

Hans Morschitzky

Psychotherapie Ratgeber

**Ein Wegweiser
zur seelischen Gesundheit**



SpringerWienNewYork

 SpringerWienNewYork

Hans Morschitzky

Psychotherapie Ratgeber

Ein Wegweiser zur seelischen Gesundheit

SpringerWienNewYork

Dr. Hans Morschitzky
Hauptstrasse 77, 4040 Linz, Österreich

Das Werk ist urheberrechtlich geschützt.
Die dadurch begründeten Rechte, insbesondere die der Übersetzung, des Nachdruckes,
der Entnahme von Abbildungen, der Funksendung, der Wiedergabe auf
photomechanischem oder ähnlichem Wege und der Speicherung in Datenverar-
beitungsanlagen, bleiben, auch bei nur auszugsweiser Verwertung, vorbehalten.

© 2007 Springer-Verlag/Wien
Printed in Austria

SpringerWienNewYork ist ein Unternehmen von
Springer Science + Business Media
springer.at

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen
usw. in diesem Buch berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme,
dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung
als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürfen.

Produkthaftung: Sämtliche Angaben in diesem Fachbuch erfolgen trotz
sorgfältiger Bearbeitung und Kontrolle ohne Gewähr. Eine Haftung des Autors oder
des Verlages aus dem Inhalt dieses Werkes ist ausgeschlossen.

Satz: Reproduktionsfertige Vorlage des Autors
Druck: Strauss GmbH, 69509 Mörlenbach, Deutschland
Coverbild Info: Getty Images/Photodisc Green/Patient & Therapist/Craig Smallish

Gedruckt auf säurefreiem, chlorfrei gebleichtem Papier – TCF
SPIN: 11593432

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen
Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über
<http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

ISBN-10 3-211-33615-X SpringerWienNewYork
ISBN-13 978-3-211-33615-1 SpringerWienNewYork

Inhaltsverzeichnis

1. Geschichte und Gegenwart der Psychotherapie	1
Die Entwicklung der Psychotherapie	1
Die Situation der Psychotherapie in Deutschland	3
Ärztliche Psychotherapeuten	3
Psychologische Psychotherapeuten	5
Heilpraktiker	11
Psychotherapie in der Gesetzlichen Krankenversicherung	12
Die Situation der Psychotherapie in Österreich	23
Das österreichische Psychotherapiegesetz	23
Staatlich anerkannte Psychotherapiemethoden	25
Weitere psychosoziale Ausbildungsmöglichkeiten	29
Psychotherapie in der gesetzlichen Krankenversicherung	31
 2. Wesensmerkmale der Psychotherapie	 35
Umfassende Beschreibung von Psychotherapie	35
Methodenspezifische Therapie	39
Der Methodenstreit der Vergangenheit	39
Integrative Psychotherapie-Konzepte	40
Auf dem Weg zu einer Allgemeinen Psychotherapie?	43
Methodenspezifische Akzentuierungen	47
Wirkfaktoren der Psychotherapie	50
Die therapeutische Beziehung als zentraler Wirkfaktor	50
Aktive Mitarbeit des Patienten als Voraussetzung für den Erfolg	51
Allgemeine Wirkfaktoren	53
Spezifische Wirkfaktoren	54
Differenzielle Wirksamkeit	55
Wirksamkeit der Psychotherapie	56
Naturalistische Studien	58
Kontrollierte Studien	59
Effekte unterschiedlicher Psychotherapiemethoden	62
Effekte unterschiedlicher Therapiedauer	64
Misserfolge in der Psychotherapie	66
Berufspflichten des Psychotherapeuten	68
Rechte des Psychotherapie-Patienten	74

3. Anwendungsbereiche der Psychotherapie	75
Übergänge von seelischer Gesundheit zu psychischer Krankheit	75
Seelische Erkrankung als krisenhafte Entwicklungen im Lebenszyklus	75
Seelische Erkrankung durch Verletzung psychischer Grundbedürfnisse	77
Psychische Störungen nach dem Diagnoseschema ICD-10	78
Psychiatrische Diagnosecodes mit Diagnose-Kriterien im Überblick	80
Beängstigende Häufigkeit psychischer Störungen	92
Jeder Vierte leidet unter einer psychischen Störung	92
Angststörungen als „Einstiegsstörungen“ in psychische Erkrankungen ..	93
Depressionen auf dem Vormarsch	95
Viele andere psychische Störungen erschweren das Leben	96
Was die Zahlen sonst noch aussagen	98
Folgen psychischer Erkrankungen	99
Fragebogen: Unter welchen Beschwerden leiden Sie?	100
 4. Verlauf der Psychotherapie	 107
Vorbereitungsphase der Psychotherapie	107
Suche nach einem Psychotherapeuten	107
Therapeutensuche im Internet	108
Anmeldung zur Psychotherapie	109
Anfangsphase der Psychotherapie	111
Erstgespräch und Probesitzungen	111
Hauptphase der Psychotherapie	116
Phase 1: Analyse der Ist-Situation	116
Phase 2: Formulierung von Therapiezielen	119
Phase 3: Einsatz verschiedener Methoden zur Zielerreichung	121
Phase 4: Erfolgsbeurteilung und Erfolgsoptimierung	122
Endphase der Psychotherapie	123
 5. Spezielle Fragen bei einer Psychotherapie	 125
Welche Psychotherapieform ist die richtige?	125
Welche Bedeutung hat die Methode?	125
Stationäre oder ambulante Therapie?	127
Kurz- oder Langzeittherapie?	128
Kürzere oder längere Sitzungsabstände?	130
Einzel- oder Gruppentherapie?	131
Einzeltherapie oder Paar- bzw. Familientherapie?	133
Einzeltherapie des Kindes oder Familientherapie?	134
Ausschließlich persönliche Therapie oder auch „Internet-Therapie“? ...	135

Psychopharmakotherapie neben der Psychotherapie?	137
Pflanzliche Mittel neben der Psychotherapie?	145
Welcher Psychotherapeut ist der passende?	146
Therapeutin oder Therapeut?	146
Jüngerer oder älterer Therapeut?	147
Spezialist oder Allrounder?	148
Ärztlicher, Psychologischer oder nichtakademischer Psychotherapeut?	149
6. Probleme und Gefahren in der Psychotherapie	151
Häufige Probleme	151
Heilsame Krisen	151
Therapieabbruch und Therapeutenwechsel	152
Belastungen und negative Folgen für Angehörige	154
Häufige Gefahren	155
Abhängigkeit	155
Grenzüberschreitungen, Verliebtheit und Sex in der Therapie	156
Behandlungsfehler	159
7. Die wichtigsten Psychotherapiemethoden	161
Psychoanalytische Methoden	162
Psychoanalyse	163
Gruppenpsychoanalyse	169
Individualpsychologie	170
Analytische Psychologie	173
Tiefenpsychologisch orientierte Methoden	176
Katathym Imaginative Psychotherapie	179
Hypnosepsychotherapie	181
Autogene Psychotherapie	184
Transaktionsanalytische Psychotherapie	186
Daseinsanalyse	187
Dynamische Gruppenpsychotherapie	188
Konzentrierte Bewegungstherapie	189
Vegetotherapie	190
Bioenergetische Analyse	192
Biodynamische Psychologie	194
Primärtherapie	195
Humanistisch-existenzielle Methoden	196
Klienten-/Personzentrierte Psychotherapie (Gesprächspsychotherapie)	198
Gestalttherapie	204
Integrative Therapie	207

Psychodrama	208
Logotherapie und Existenzanalyse	210
Positive Psychotherapie	212
Neurolinguistische Psychotherapie	213
Transpersonale Psychotherapie	214
Systemische Therapien	215
Geschichtliche Aspekte der Systemischen Familientherapie	215
Der Weg zur modernen Systemischen Therapie	218
Therapeutische Aspekte der Systemischen Therapie	222
Verhaltenstherapie	223
Die Anfänge: Methodologischer Behaviorismus und Lerntheorien	223
Kognitive Wende: die Kognitive Verhaltenstherapie	224
Selbstmanagement-Ansatz	225
8. Grenzbereiche der Psychotherapie	229
Berufliche Abgrenzungen	229
Psychotherapeuten und andere Psycho-Berufe	229
Grenzziehung zwischen Psychotherapie und Beratung	232
Behandlungen ohne Psychotherapieanspruch	233
Kreativitätsbezogene Therapieformen	234
Körperbezogene Therapieformen	237
„Alternativer“ Psychomarkt und esoterisch-spirituelle Verfahren	240
Schlusswort	243
Literaturverzeichnis	245

Vorwort

Es ist eine traurige Tatsache: Jeder vierte Bürger leidet an einer psychischen Störung. Im Laufe eines Jahres ist jeder dritte, im Laufe des Lebens sogar jeder zweite Bürger eine Zeitlang von einer seelischen Erkrankung betroffen. Neben der in vielen Fällen sinnvollen oder gar unbedingt notwendigen Einnahme von Psychopharmaka besteht die angemessene Behandlung in einer Psychotherapie.

Man muss nicht „seelisch gestört“ sein, wenn man in Psychotherapie geht. Psychotherapeuten müssen nur dann eine Diagnose, also eine krankheitswertige Störung, feststellen, wenn ihre Patienten Leistungen vonseiten der Krankenkassen beanspruchen möchten. Die Krankenkassen fühlen sich nur dann zuständig, wenn ihre Versicherten krank sind im Sinne einer regelwidrigen Störung.

Es gibt noch viele andere Gründe für eine Psychotherapie: die Klärung familiärer, partnerschaftlicher und beruflicher Probleme, die fachliche Unterstützung in Krisensituationen, die Neuorientierung in Übergangsphasen des Lebens, die bessere Selbsterkenntnis auf dem Hintergrund der eigenen Lebensgeschichte, die Aufdeckung der tieferen Ursachen der vordergründigen Symptome, die Aufarbeitung unbewältigter Erlebnisse in der Vergangenheit, die Weiterentwicklung der Persönlichkeit, die Entfaltung vorhandener Talente u.a.

Menschen mit psychischen, psychosozialen und psychosomatischen Problemen finden zahlreiche Behandlungsangebote vor. Der so genannte Psycho-markt ist im Laufe der Zeit selbst für Fachleute immer unüberschaubarer geworden. Seriöse und zweifelhafte Angebote bestehen nebeneinander. Es gibt diesbezüglich zu wenig allgemein verständliche Überblicksliteratur.

Gerne habe ich die Einladung des Verlages Springer, Wien, vertreten durch Herrn Raimund Petri-Wieder, angenommen, eine Einführung in die Psychotherapie zu verfassen – für Betroffene und deren Angehörige ebenso wie für die interessierte Öffentlichkeit, vielleicht auch für manche Fachleute. Das Buch war als Ein-Mann-Buch und nicht als Mehr-Autoren-Buch vorgesehen.

Dieses Buch versteht sich als Wegweiser auf der Suche nach der richtigen Psychotherapie und dem richtigen Therapeuten, aber auch als Orientierungshilfe bei vielen Fragen im Rahmen einer bereits laufenden Psychotherapie. Es möchte über die Situation der Psychotherapie in Deutschland und Österreich ebenso informieren wie über die verschiedenen Methoden, Randgebiete, Möglichkeiten und Grenzen einer Psychotherapie. Die Situation der Psychotherapie in der Schweiz bleibt unerwähnt, um das Buch inhaltlich nicht zu überladen.

Im Mittelpunkt des Buches steht die Psychotherapie bei Erwachsenen in der freien Praxis. Die Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen, im stationären Bereich und in öffentlichen Beratungseinrichtungen wird nur am Rande erwähnt. Die zahlreichen Psychotherapieverfahren vermitteln oft den Eindruck von widersprüchlichen Vorgangsweisen im Umgang mit denselben Problemen. In der klinischen Praxis gehen erfahrene Therapeuten oft ähnlicher vor, als es nach deren unterschiedlicher theoretischer Ausrichtung erscheinen mag.

Ich habe diesen Ratgeber aus der Sicht des klinischen Praktikers geschrieben. Als Klinischer Psychologe und Psychotherapeut mit Ausbildung in Verhaltenstherapie und Systemischer Familientherapie bin ich seit 23 Jahren in der Nervenklinik in Linz, Österreich, und seit zwei Jahrzehnten in freier Praxis tätig. Im Rahmen meiner Angestellten-Tätigkeit arbeite ich nach 10 Jahren Jugendpsychiatrie, 9 Jahren Erwachsenenpsychiatrie und 3 Jahren stationärer Psychosomatik derzeit im Ausmaß von 20 Wochenstunden auf der Psychosomatischen Tagesklinik schwerpunktmäßig mit Patienten mit Schmerzstörungen sowie mit Essstörungen, freiberuflich vor allem mit Patienten mit Angst- und Panikstörungen und Burn-out.

Meine Erfahrungen im Beruf und in der Ausbildung haben mein Denken und therapeutisches Handeln geprägt. Bestimmten Psychotherapiemethoden eher als anderen verpflichtet, möchte ich dennoch so objektiv wie möglich über die Vielfalt der verschiedenen Wege zur seelischen Gesundheit berichten.

Einige persönliche Anmerkungen sollen meine integrative Sichtweise auf der Basis der Kognitiven Verhaltenstherapie veranschaulichen. Das Konfliktmodell der Psychoanalyse, die systemische Sichtweise von Problemen und lösungsorientierte Kurzzeittherapiemodelle stellen neben dem verhaltenstherapeutisch orientierten Selbstmanagement-Ansatz von Kanfer, Reinecker und Schmelzer die Grundlage meines psychotherapeutischen Vorgehens dar.

Meine ersten psychotherapeutischen Seminare absolvierte ich bereits in den 1970er-Jahren als Psychologie-Student, und zwar eine zweijährige analytische Selbsterfahrungsgruppe, weil ich ursprünglich vom Traum einer psychoanalytischen Ausbildung beseelt war, und anschließend eine Grundausbildung in Klientenzentrierter Gesprächspsychotherapie.

Im Falle einer weiteren Psychotherapie-Ausbildung würde ich am liebsten eine Hypnotherapie-Ausbildung absolvieren. Durch meinen Behandlungsschwerpunkt auf Angststörungen und psychosomatischen Störungen (vor allem somatoformen Störungen, Schmerz- und Essstörungen) bin ich auch an körpertherapeutischen Strategien interessiert.

Aus sprachlichen Gründen habe ich die männliche Form „Psychotherapeut“ und „Patient“ gewählt – wohl wissend, dass sowohl unter den Psychotherapeuten als auch unter den Psychotherapie-Patienten die Frauen die Mehrheit darstellen. Statt „Klient“ habe ich mich für das Wort „Patient“ entschlossen, denn es drückt aus, dass es sich in der Psychotherapie um leidende Menschen handelt.

Dr. Hans Morschitzky
A – 4040 Linz, Hauptstraße 77
Homepage: www.panikattacken.at
Email: morschitzky@aon.at
Tel.: 0043 732 778601

Linz, im Juli 2006

1. Geschichte und Gegenwart der Psychotherapie

Die Entwicklung der Psychotherapie

Seit Jahrhunderten, in verschiedenen Kulturen in religiösem Kontext sogar seit fast drei Jahrtausenden wurde die *Hypnose* als erste Therapiemethode zur Behandlung seelischer Probleme eingesetzt. Die moderne Psychotherapie hat ihre Wurzeln in Österreich: in Wien um 1900.

In den ersten drei Jahrzehnten des 19. Jahrhunderts entwickelte der Wiener Nervenarzt *Sigmund Freud* die Psychoanalyse als erste systematisch aufgebaute Psychotherapiemethode. Freud begann seine psychotherapeutische Tätigkeit als Hypnosetherapeut und entwickelte seine Methode in bewusster Abgrenzung zur damals üblichen Hypnosetherapie, wo die Abreaktion einer psychischen Anspannung und die Suggestion unter Hypnose dominierten.

Die *Psychoanalyse* fand im deutschen Sprachraum bald weite Verbreitung. Doch bereits in den 1910er-Jahren machten sich Mitarbeiter Freuds, namentlich C. G. Jung und Alfred Adler, mit eigenen Methoden selbstständig. Die oft jüdischen Psychoanalytiker flohen in den 1930er-Jahren vor den Nationalsozialisten nach England oder Amerika, weshalb die Psychoanalyse in den angelsächsischen Ländern rasch großen Einfluss gewann.

Viele Freud-Schüler entwickelten die Psychoanalyse weiter oder modifizierten sie, sodass seit den 1940er-Jahren verschiedene neoanalytische und tiefenpsychologische Schulen entstanden.

Die *tiefenpsychologisch orientierte Körpertherapie*, die auf den Freud-Schüler Wilhelm Reich und seine Arbeiten in den 1930er- und 1940er-Jahren zurückgeht, gewann erst durch Reich-Schüler wie Alexander Lowen und dessen Arbeiten in den 1950er- und 1960er-Jahren zunehmend an Bedeutung, im deutschen Sprachraum gar erst seit den 1980er-Jahren. Mittlerweile werden körpertherapeutische Ansätze in viele Methoden integriert.

In den 1950er- und 1960er-Jahren entwickelte sich in den USA die *Humanistische Psychotherapie* als große dritte Kraft und Gegenbewegung zur Dominanz der Psychoanalyse und des Behaviorismus, d.h. der lerntheoretisch fundierten psychologischen Therapie, dessen späteres „Kind“ die Verhaltenstherapie darstellte.

Neben der Personzentrierten Psychotherapie von Carl Rogers und der Gestalttherapie von Fritz Perls betonten auch andere humanistisch orientierte Therapeuten wie Jakob L. Moreno, Logotherapeuten wie Viktor Frankl und verschiedene Neopsychoanalytiker wie Karen Horney und Erich Fromm, dass es nicht nur darum gehe, Defizite und Störungen zu beseitigen, sondern Entwicklungsmöglichkeiten systematisch auszubauen und die Ressourcen der Patienten zu nutzen. Der Mensch wurde im Sinne des Humanismus und der Existenzphilosophie in seiner alltäglichen sozialen Wirklichkeit als sinnorientierte Ganzheit mit dem Ziel der Selbstverwirklichung und der Autonomie verstanden.

In den 1970er- und 1980er-Jahren wurde in Deutschland aus der *Gesprächspsychotherapie* nach Rogers geradezu die Bezeichnung für die gesamte Branche (damals bekanntes Schlagwort: „in Gesprächstherapie gehen“).

In den 1960er-Jahren entwickelte sich die auf mehr Wissenschaftlichkeit im Bereich der Psychotherapie pochende *Verhaltenstherapie* in Opposition zur Psychoanalyse, doch erst in den 1970er- und 1980er-Jahren gewann sie in Deutschland und Österreich jene Bedeutung in der Behandlung schwerer psychischer Störungen, die ihr auch heute weltweit zukommt. Bis in die 1990er-Jahre hinein standen sich beide Methoden sehr kritisch gegenüber, gegenwärtig zeigt sich eine „friedliche Koexistenz“. Immer mehr Psychoanalytiker und Verhaltenstherapeuten berücksichtigen in ihrer Behandlung theoretische und therapeutische Aspekte der anderen Seite.

In den 1970er- und 1980er-Jahren fand die *systemische Sichtweise* von Problemen und Störungen Anerkennung, die die individualistische Behandlung von Symptomen um den Aspekt der Interaktion, der sozialen Beziehungen und der sozialen Systeme ergänzte. Ausgehend von der Kommunikationstherapie und verschiedenen Formen der Familientherapie entwickelte sich daraus neben der Psychodynamischen Psychotherapie, der Verhaltenstherapie und der Humanistischen Psychotherapie die vierte treibende Kraft in der Psychotherapie. Mittlerweile werden systemische Aspekte auch in anderen Psychotherapiemethoden berücksichtigt, z.B. in der Psychoanalyse und in der Verhaltenstherapie.

Die zunehmende Bedeutung der Psychotherapie machte eine gesetzliche Regelung erforderlich, doch in Deutschland und Österreich gab es jahrelang eine heftige Opposition in Form der mächtigen Ärztekammern, die um ihren Einfluss fürchteten – und gegen die Ärzte war politisch nichts zu machen! Vor allem in Österreich, wo es den Beruf des Heilpraktikers nicht gibt, verwiesen die Ärzte darauf, nur sie könnten einen Heilberuf ausüben, nur sie könnten Kranke behandeln. Die moderne Gesetzgebung schuf im Psychotherapiebereich in Deutschland und Österreich den nichtärztlichen Psychotherapeutenberuf, in Österreich wurde auch das Psychologen- und Akademiker-Monopol gebrochen.

In Österreich wurde Anfang, in Deutschland Ende der 1990er-Jahre nach jeweils jahrelangem Ringen der Bereich der Psychotherapie gesetzlich geregelt. Die Berufsbezeichnung „*Psychotherapeut*“ ist seither gesetzlich geschützt, die Ausbildung durch bestimmte Richtlinien vereinheitlicht. In Österreich wurde in einem eigenen Gesetz (Psychologengesetz) auch der Bereich der Gesundheitspsychologie und der Klinischen Psychologie geregelt, sodass hier auch die klinisch-psychologische Diagnostik und Behandlung rechtlich definiert sind.

In Österreich war die Gesetzgebung im Vergleich zu Deutschland um acht Jahre voraus, es gibt jedoch noch immer keine Kassenverträge für Psychotherapie. In Deutschland wurden die berufsrechtlichen und die sozialversicherungsrechtlichen Bestimmungen gleichzeitig in Kraft gesetzt. In Österreich sind mittlerweile 21 Psychotherapiemethoden, in Deutschland nur die Analytische Psychotherapie (nach Freud, Adler und Jung), die Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und die Verhaltenstherapie als wissenschaftlich anerkannt.

Die Situation der Psychotherapie in Deutschland

In Deutschland dürfen drei Berufsgruppen Psychotherapie ausüben (jedoch nur die beiden erstgenannten Berufe dürfen sich „Psychotherapeuten“ nennen):

- Ärztliche Psychotherapeuten
- Psychologische Psychotherapeuten
- Heilpraktiker

Ärztliche Psychotherapeuten

1956 wurde für psychoanalytisch ausgebildete Ärzte die Zusatzbezeichnung „Psychotherapie“ eingeführt. 1967 traten die ersten *Psychotherapie-Richtlinien* im Rahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung in Kraft. Psychotherapie wurde von einer Kannleistung zu einer Pflichtleistung der Krankenkassen. Ärztliche Psychotherapeuten konnten eine Analytische und eine kürzere Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie mit den Krankenkassen verrechnen. Studien hatten vorher die Wirksamkeit der psychoanalytischen Therapie belegt.

Als „*Psychoanalyse*“ galten damals wie heute neben der eigentlichen Psychoanalyse von Sigmund Freud auch noch die Analytische Psychotherapie nach C. G. Jung und die Individualpsychologie nach Alfred Adler.

Die Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie wurde als gekürzte Psychoanalyse definiert, um im Kassensystem die Möglichkeit einer kürzeren Behandlungsdauer mit niedrigerer Behandlungsfrequenz und eingeschränkten Behandlungszielen zu etablieren.

Die *Psychodynamische Psychotherapie* wurde als „Große Psychotherapie“ bezeichnet und der „Kleinen Psychotherapie“ gegenübergestellt, die in den 1970er-Jahren vor allem aus der Verhaltenstherapie und der Gesprächspsychotherapie bestand. Diese beiden Psychotherapiemethoden wurden damals nicht von den gesetzlichen Krankenkassen finanziert.

Die *Verhaltenstherapie* wurde 1980 in die Leistungen der Ersatzkrankenkassen und 1987 in die Leistungen der übrigen gesetzlichen Krankenkassen einbezogen. Durch die Neufassung der Psychotherapie-Richtlinien im Jahr 1987 wurde die Verhaltenstherapie zum Richtlinienverfahren als Ergänzung der kassenärztlichen Psychotherapie. Gesundheitspolitisch hatte dies jedoch nur geringe Auswirkungen, weil es nur sehr wenige ärztliche Verhaltenstherapeuten gab. Schließlich galt die Verhaltenstherapie als Domäne der Diplom-Psychologen. Die Integration der Verhaltenstherapie in das Kassensystem gestaltete sich anfangs auch deshalb sehr schwierig, weil die frühe Verhaltenstherapie im Gegensatz zu heute den traditionellen Krankheitsbegriff ablehnte.

Die *ärztliche Psychotherapie* wurde 1992 vom Deutschen Ärztetag durch die Novellierung der Musterweiterbildungsordnung neu geregelt, vor allem wurde der Facharzt für Psychotherapeutische Medizin geschaffen.

Grundsätzlich gibt es in Deutschland für Ärzte zwei Wege zu einer *Psychotherapie-Ausbildung*: die klinische Facharztweiterbildung und die berufsbegleitende Weiterbildung. Die Facharztausbildung erfolgt ganztägig an Kliniken. Nach der fünfjährigen Facharztausbildung gelten folgende Fachärzte als Ärztliche Psychotherapeuten:

- der Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie
- der Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie
- der Facharzt für Psychotherapeutische Medizin

Das *Fachgebiet der Psychiatrie und Psychotherapie* „umfasst Wissen, Erfahrung und Befähigung zur Erkennung, nichtoperativen Behandlung, Prävention und Rehabilitation hirnerkranklicher, endogener, persönlichkeitsbedingter, neurotischer und situativ-reaktiver psychischer Krankheiten oder Störungen, einschließlich ihrer sozialen Anteile und psychosomatischen Bezüge unter Anwendung somato-, sozio- und psychotherapeutischer Verfahren“ (Weiterbildungsordnung).

Das *Fachgebiet der Psychotherapeutischen Medizin* „umfasst die Erkennung, psychotherapeutische Behandlung, die Prävention und Rehabilitation von Krankheiten und Leidenszuständen, an deren Verursachung psychosoziale Faktoren, deren subjektive Verarbeitung und/oder körperlich-seelische Wechselwirkungen maßgeblich beteiligt sind“ (Weiterbildungsordnung).

Der Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie ist auf psychiatrische Psychotherapie spezialisiert, der Facharzt für Psychotherapeutische Medizin auf Psychotherapie bei psychosomatischen, aber auch neurotischen Störungen.

Der Ausbildungsschwerpunkt liegt auf einem Hauptpsychotherapieverfahren, d.h. auf psychodynamischer oder verhaltenstherapeutischer Psychotherapie. Darüber hinaus müssen auch in einem anderen Verfahren (dem so genannten Zweitverfahren) hinreichende Kenntnisse erworben werden (z.B. in Paar- und Familientherapie).

Andere Fachärzte, wie etwa für Allgemeinmedizin, Neurologie, Gynäkologie, innere Medizin u.a., werden in einem weniger aufwändigen Weg zu Ärztlichen Psychotherapeuten. Sie besuchen berufsbegleitend Fortbildungsveranstaltungen mit tiefenpsychologischem oder verhaltenstherapeutischem Schwerpunkt und erhalten dann einen Zusatztitel („Psychotherapie“, „Psychoanalyse“, „Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie“). Die berufsbegleitende Weiterbildung erfolgt außerhalb der Dienstzeit und außerhalb jeglicher dienstlicher Verpflichtungen in Ausbildungsinstituten, in der Regel in den Abendstunden und an Wochenenden.

Daneben gibt es im Rahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung noch das Angebot der *Psychosomatischen Grundversorgung*. Jeder niedergelassene Arzt kann durch eine psychosomatische Grundausbildung ein Verständnis für psychosomatische Zusammenhänge erlangen und dieses dann in seinem diagnostischen und therapeutischen Handeln berücksichtigen; er darf somit eine „Basisversorgung“ anbieten und sollte so eine Psychotherapie vorbereiten.

Psychologische Psychotherapeuten

Diplom-Psychologen wurden erstmals 1972 durch die Einführung des Delegationsverfahrens für Analytische und Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie im Rahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung tätig. Patienten konnten auf Kosten der Krankenkassen über ärztliche Zuweisung an einer psychodynamisch orientierten nichtärztlichen Psychotherapie teilnehmen. 1976 wurde das „*allgemeine Delegationsverfahren*“ für nichtärztliche Psychotherapie eingeführt.

1987 wurde zur rechtlichen Absicherung der nichtärztlichen Psychotherapie der *erste Referentenentwurf* für ein Psychotherapiegesetz vorgelegt, der mit dem österreichischen vergleichbar ist. Dieser Versuch war von Beginn an zum Scheitern verurteilt durch die Zerstrittenheit aller betroffenen Berufsgruppen und der zahlreichen Therapieverbände. Letztlich war jedoch der Finanzminister wegen der Kosten dagegen.

Entscheidungen von Bundesgerichten prägten die Entwicklung in den 1980er-Jahren. Das Bundessozialgericht entschied 1982, dass die Krankenkassen die psychotherapeutische Leistung durch Diplom-Psychologen erstatten müssen, wenn keine Kassenleistung zur Verfügung steht. 1983 erklärte das Bundesverwaltungsgericht die Anwendung des Heilpraktikergesetzes auf Diplom-Psychologen für rechtmäßig, empfahl dem Gesetzgeber jedoch eine baldige bessere Lösung. 1988 betonte das Bundesverfassungsgericht die Notwendigkeit eines Psychotherapeutengesetzes.

1993 scheiterte der *zweite Referentenentwurf* für ein Psychotherapeutengesetz im Bundesrat, 1994 auch endgültig im Bundestag. Die Opposition war gegen eine Selbstbeteiligung (Selbstbehalt von 45 % bzw. später auf 10 % reduziert). Der *dritte Referentenentwurf* durch das Bundesgesundheitsministerium erfuhr 1997 die erste Lesung im Bundestag. Schließlich wurde nach 20 Jahren Vorarbeit das Psychotherapeutengesetz am 12.2.1998 im Bundestag und am 6.3.1998 im Bundesrat verabschiedet. Das am 16.6.1998 verlautbarte Gesetz trat mit 1.1.1999 in Kraft. Es regelt die nichtärztliche Psychotherapie durch *Diplom-Psychologen* mit dem Schwerpunkt Klinische Psychologie und gilt – im Gegensatz zu Österreich – nicht für Ärzte.

Seither gibt es zwei neue eigenverantwortlich und selbstständig arbeitende Heilberufe: den approbierten *Psychologischen Psychotherapeuten*, der ein Psychologie-Studium abgeschlossen haben muss, und den approbierten *Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten*, der anstelle von Medizin oder Psychologie auch Pädagogik oder Sozialpädagogik studiert haben kann. Letzterer behandelt Kinder und Jugendliche bis zum Alter von 21 Jahren.

Die Berufsbezeichnungen „*Psychotherapeutin*“ und „*Psychotherapeut*“ sind durch das Psychotherapeutengesetz geschützt und dürfen nur von Ärzten und Diplom-Psychologen verwendet werden. Die *Psychotherapie-Ausbildung* erfolgt an Hochschulen oder anderen anerkannten Einrichtungen und dauert in Vollzeitform drei Jahre, in Teilzeitform fünf Jahre.

In Deutschland und Österreich wird Psychotherapie aus der Sicht des Gesetzgebers als *Behandlung krankheitswertiger psychischer Störungen* mit methodisch definierten Interventionen verstanden. Die *Krankheitswertigkeit* einer Symptomatik ist die Voraussetzung für Kassenleistungen. Die Krankenkassen erbringen Leistungen nur bei einer Diagnose nach dem ICD-10, dem aktuell gültigen internationalen Diagnoseschema der Weltgesundheitsorganisation (WHO). Psychotherapie gilt als Heilbehandlung, Beratung als Intervention bei Gesunden.

Das *Psychotherapeutengesetz* definiert in § 1 Abs. 3 die Psychotherapie durch ihre Aufgabenstellung: Diagnose und Therapie von krankheitswertigen Störungen, die mithilfe wissenschaftlich anerkannter Psychotherapiemethoden behandelbar sind. Als Voraussetzung dazu wird zu Beginn der Psychotherapie eine *somatische Abklärung* gefordert, aus der sich die Angemessenheit einer psychotherapeutischen Behandlung ergibt. Es erfolgt eine Abgrenzung gegenüber psychologischen Behandlungen bei Problemen ohne Krankheitscharakter:

„Ausübung von Psychotherapie im Sinne dieses Gesetzes ist jede mittels wissenschaftlich anerkannter psychotherapeutischer Verfahren vorgenommene Tätigkeit zur Feststellung, Heilung oder Linderung von Störungen mit Krankheitswert, bei denen Psychotherapie indiziert ist. Im Rahmen einer psychotherapeutischen Behandlung ist eine somatische Abklärung herbeizuführen. Zur Ausübung von Psychotherapie gehören nicht psychologische Tätigkeiten, die die Aufarbeitung und Überwindung sozialer Konflikte oder sonstige Zwecke außerhalb der Heilkunde zum Gegenstand haben.“

Das Psychotherapeutengesetz regelt auch die Integration der neuen Berufsgruppen in das bestehende System der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung. Danach können staatlich approbierte Angehörige der beiden Berufsgruppen bei Erfüllung der im Sozialgesetzbuch V und in der Ärzte-Zulassungsverordnung vorgegebenen Voraussetzungen zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen oder ermächtigt sowie Mitglied einer Kassenärztlichen Vereinigung werden.

Nach § 11 des Psychotherapeutengesetzes erstellt der *Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie* für die zuständigen Behörden Gutachten zur Anerkennung bestimmter Psychotherapiemethoden (vgl. www.wbpsychotherapie.de).

Als wissenschaftlich werden nur jene Psychotherapieverfahren anerkannt, bei denen zu mindestens 4 von 8 klassischen Anwendungsbereichen bzw. zu mindestens 5 von 12 Anwendungsbereichen der Psychotherapie empirische Erfolgsnachweise vorliegen. Diese müssen wiederum ganz bestimmten, relativ strengen Kriterien genügen.

Auf diese Weise soll garantiert werden, dass jede anerkannte Psychotherapiemethode für einen großen Kreis von psychischen Störungen wirksam ist. Denn der Wirksamkeitsnachweis einer Psychotherapiemethode bei einem ganz bestimmten psychischen Störungsbild, wie etwa bei Angststörungen, sagt noch nichts darüber aus, ob dasselbe Verfahren auch bei anderen psychischen Erkrankungen, wie etwa Depressionen oder Substanzabhängigkeit, wirksam ist.

Diese Kriterien können viele Psychotherapiemethoden nicht erfüllen, weshalb sie nicht als wissenschaftlich anerkannt sind.

Die *zwölf Anwendungsbereiche der Psychotherapie* wurden in Anlehnung an das internationale Diagnoseschema ICD-10 erstellt:

1. Affektive Störungen (F3)
2. Angststörungen
 - phobische Störungen (F40)
 - andere Angststörungen (F41)
 - Zwangsstörungen (F42)
3. Belastungsstörungen (F43)
 - Belastungsreaktionen
 - posttraumatische Belastungsstörungen
 - Anpassungsstörungen
4. Dissoziative, Konversions- und somatoforme Störungen
 - dissoziative Störungen (F44)
 - somatoforme Störungen (F45)
 - Neurasthenie (F48)
5. Essstörungen (F50)
6. Andere Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen (F5)
 - nicht-organische Schlafstörungen (F51)
 - nicht-organische sexuelle Funktionsstörungen (F52)
7. Psychische und soziale Faktoren bei somatischen Krankheiten (F54)
8. Persönlichkeitsstörungen und Verhaltensstörungen (F6)
 - Persönlichkeitsstörungen (F60–F62)
 - Verhaltensstörungen (F63–F69)
9. Abhängigkeiten und Missbrauch (F1, F55)
10. Schizophrenie und wahnhafte Störungen (F2)
11. Psychische und soziale Faktoren bei Intelligenzminderung (F7)
12. Hirnorganische Störungen (F0)

Der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie listet aufgrund der vorgelegten Effizienzstudien detailliert auf, für wie viele der 12 Störungsbereiche das psychotherapeutische Verfahren als wirksam anerkannt wird. Pro Störungsbereich sollten wenigstens drei Wirksamkeitsstudien vorhanden sein.

Wenn einer Psychotherapiemethode zwar empirische Erfolgsnachweise, jedoch für weniger als 4 Störungsbereiche zuerkannt werden, wird dieses Verfahren nicht als eigenständige psychotherapeutische Ausbildungsmethode („*vertiefte Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten*“) anerkannt, wohl aber als Zusatzverfahren.

Wegen dieser Kriterien wurde die *Gesprächspsychotherapie* 1999 nur als Zusatzverfahren anerkannt, durch nachgereichte Studien (vor allem aus dem Bereich der so genannten „prozess-erlebnisorientierten Psychotherapie“) wurde sie 2002 als wissenschaftliche Methode und damit als vertiefte Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten anerkannt. Die sozialrechtliche Anerkennung wurde bislang dennoch verweigert und ist bis Ende 2006 zu erwarten, wenn alles gut geht.

Der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie betont *zwei Grundsätze*:

1. Der Wirksamkeitsnachweis für einen Anwendungsbereich kann in der Regel dann als gegeben gelten, wenn in mindestens drei unabhängigen, methodisch adäquaten Studien die Wirksamkeit für Störungen aus diesem Bereich nachgewiesen ist.
2. Die Anzahl von drei erforderlichen Studien für einen einzelnen Anwendungsbereich kann teilweise reduziert werden, wenn – in der Regel ältere – methodisch adäquate Wirksamkeitsstudien ohne Angabe eines spezifischen Störungsbereichs oder mit mehreren klar definierten Störungsgruppen vorliegen. Dies gilt allerdings nur für die Anwendungsbereiche 1 bis 8 der aufgeführten Liste. Liegen in der Regel mindestens 8 solche allgemeinen, ansonsten methodisch adäquate Studien vor, kann die Wirksamkeit für einen Anwendungsbereich aus dieser Gruppe bereits dann als hinreichend nachgewiesen gelten, wenn lediglich zwei für diesen Anwendungsbereich spezifische Studien vorliegen. Die Wirksamkeit für die Anwendungsbereiche 9 bis 12 der Anwendungsbereichsliste kann lediglich durch spezielle Wirksamkeitsnachweise im Sinne von 1. nachgewiesen werden.

Der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie empfahl den zuständigen Landesbehörden im Erwachsenenbereich die Beachtung folgender *zwei Grundsätze* zur Anerkennung von psychotherapeutischen Ausbildungsstätten:

„Grundsätzlich sollten alle 12 Anwendungsbereiche in der Ausbildung berücksichtigt werden. Übergangsweise wird für die Anerkennung von Ausbildungsstätten vorgeschlagen:

1. Nur solche Therapieverfahren, die für mindestens fünf Anwendungsbereiche der Psychotherapie (1 bis 12 der Anwendungsbereichsliste) oder mindestens vier der „klassischen“ Anwendungsbereiche (1 bis 8) als wissenschaftlich anerkannt gelten können, sollen als Verfahren für die vertiefte Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten entsprechend § 1 Abs. 1 der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Psychologische Psychotherapeuten zugelassen werden.
2. Therapieverfahren, die für eine geringere Anzahl von Anwendungsbereichen, als unter 1. genannt, als wissenschaftlich anerkannt gelten können, können im Rahmen der vertieften Ausbildung als Zusatzverfahren gelehrt werden.“

Der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie hat bis 2006 folgende Psychotherapiemethoden bezüglich ihrer Anerkennung als wissenschaftliche Verfahren geprüft (hier wird nur der Bereich der Erwachsenen-Psychotherapie dargestellt; die Gestalttherapeuten haben bislang noch keinen Antrag auf Anerkennung gestellt, überlegen dies jedoch derzeit):

- Verhaltenstherapie: Anerkennung (Wirksamkeit in 11 Bereichen)
- Psychodynamische Psychotherapie: Anerkennung (Wirksamkeit in 9 Bereichen; dabei erfolgte keine Unterscheidung zwischen Psychoanalyse, Individualpsychologie nach Adler und Analytischer Psychologie nach Jung)
- Gesprächspsychotherapie: Anerkennung (Wirksamkeit in 4 Bereichen)
- Hypnotherapie: keine Anerkennung (Wirksamkeit in nur 2 Bereichen)
- Neuropsychologie: keine Anerkennung (Wirksamkeit in nur 1 Bereich)
- Systemische Therapie: keine Anerkennung (unzureichende Studien)
- Psychodramatherapie: keine Anerkennung (unzureichende Studien)

Der Verhaltenstherapie und der Psychodynamischen Psychotherapie wurde der umfangreichste Wirkungsnachweis zugestanden, in ausreichendem Ausmaß auch der Gesprächspsychotherapie. Die Verhaltenstherapie und die psychoanalytisch begründeten Methoden, die bereits vor dem Psychotherapeutengesetz vom Bundesausschuss der Ärzte und der Krankenkassen als psychotherapeutische Verfahren anerkannt waren, unterlagen nicht der kritischen Prüfung durch eine Landesbehörde oder der gutachterlichen Stellungnahme des Wissenschaftlichen Beirates Psychotherapie. Der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie hielt es jedoch im Sinne einer prinzipiellen Gleichbehandlung aller Psychotherapiemethoden für notwendig, auch diese Verfahren auf ihre wissenschaftlich erwiesene Wirksamkeit zu prüfen.

Bei der Prüfung wurde nicht zwischen psychoanalytischen und tiefenpsychologischen Verfahren unterschieden; beide Methoden wurden als „*Psychodynamische Psychotherapie*“ zusammengefasst. Es wurden keine Langzeitbehandlungen (mehr als 100 Stunden Dauer) berücksichtigt, weil diese Behandlungsform besondere Forschungsfragen aufwerfen würde.

Die Langzeit-Psychoanalyse erfüllt nicht die Effizienzkriterien. Zudem gibt es für die Individualpsychologie von Adler und die Analytische Psychologie von Jung kaum Wirksamkeitsstudien. Dennoch wurden beide Verfahren als „*Analytische Psychotherapie*“ anerkannt. Nach den neuen strengen Bestimmungen der Effizienzprüfung von Methoden würden die psychodynamischen Verfahren wohl kaum mehr anerkannt.

Kritiker werfen Ärzten und Diplom-Psychologen bzw. Psychoanalytikern und Verhaltenstherapeuten vor, sich die Macht im Psycho-Bereich zu teilen, begünstigt durch das Interesse der Krankenkassen, wegen der befürchteten Kostenexplosion möglichst wenig Psychotherapiemethoden als Heilbehandlung zuzulassen.

Die Tätigkeit des *Wissenschaftlichen Beirates Psychotherapie* wurde oft kritisiert. Diese Beratungsinstanz agiere wie eine Behörde und maße sich Kompetenzen an, die ihr nicht zustünden. Auch andere Psychotherapiemethoden seien wirksam, doch hätten diese aufgrund der Art der Effizienzprüfung des Wissenschaftlichen Beirates keine Chance auf Anerkennung.

Die Anerkennung von nur vier Methoden als wissenschaftlich beruht nach Auffassung vieler Fachleute auf *engeengten Kriterien von Wissenschaftlichkeit*. Die Krankenkassen und die Therapeuten aus dem Bereich der Psychoanalyse und der Verhaltenstherapie würden aus Kosten- und Konkurrenzgründen sowie aufgrund der einseitigen Orientierung an empirischen Effizienzstudien und der Missachtung anderer Erfolgsnachweise keine anderen Psychotherapieverfahren im Kassenraum hochkommen lassen. Das Sparprogramm auf dem Gesundheitssektor dürfe nicht dazu führen, den Begriff der Wissenschaftlichkeit aus Kostengründen auf einen ganz kleinen Kreis von Richtlinienverfahren einzuengen und andere wirksame Psychotherapiemethoden der psychisch leidenden Bevölkerung vorzuenthalten. Diese Kritik hat bislang nicht einmal zur sozialrechtlichen Anerkennung der Gesprächspsychotherapie geführt.

Die Anerkennung der *Gesprächspsychotherapie* als Kassenpsychotherapie wurde nach mehrjähriger Prüfung von den Krankenkassen bis Ende August 2006 noch immer nicht ausgesprochen – zur Enttäuschung vieler Diplom-Psychologen und Psychotherapeuten, die entsprechende Forderungen gestellt hatten. Die Gesprächspsychotherapeuten erkämpften, unterstützt durch ein seit 2002 vorliegendes Gutachten des Wissenschaftlichen Beirates Psychotherapie, ein positives Gerichtsurteil. Der Spruch des Landessozialgerichtes Baden-Württemberg am 2.11.2005 ist eindeutig: Die Gesprächspsychotherapie hat Anspruch auf Fachkundeanerkennung, der Gemeinsame Bundesausschuss wurde beauftragt, diese Versorgungslücke zu schließen. Dieser wollte die Gesprächspsychotherapie kurioserweise nur als Methode und Technik für Psychoanalytiker und Verhaltenstherapeuten zulassen. Die Gesprächspsychotherapie, die bereits Gegenstand der vertiefter Ausbildung ist, wäre damit sozialrechtlich als „Methode“ für bestimmte Symptome und Altersgruppen disqualifiziert.

Die Deutsche Gesellschaft für Systemische Therapie und Familientherapie (DGSF) erreichte, dass das Verwaltungsgericht Düsseldorf am 7.4.2006 die Entscheidung traf, die *Systemische Therapie als Ausbildung gemäß dem Psychotherapeutengesetz* anzuerkennen. Wegen der interessanten Argumentation des Gerichts wird näher daraus eingegangen. Nach Auffassung des Gerichts kann die Systemische Therapie schon allein aufgrund ihrer weltweiten Verbreitung als wissenschaftlich anerkannt gelten. Darüber hinaus gebe es umfangreiche wissenschaftliche Literatur und zahlreiche Weiterbildungsinstitute.

Als wissenschaftlich gelte eine Psychotherapiemethode, wenn diese „nach herrschender wissenschaftlicher Meinung als therapeutisch wirksam angesehen werde“, wie bereits in einem anderen Zusammenhang das OVG Münster festgestellt habe. Ein Wirksamkeitsnachweis, wie ihn der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie fordere und prüfe, sei dafür nicht maßgeblich. Die Landesbehörde selbst habe zu prüfen, ob eine Psychotherapiemethode als wissenschaftlich anerkannt gelten könne. Der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie sei kein Entscheidungsträger und könne nur ergänzend zu Rate gezogen werden. Sein Votum dürfe die einzig vom Land zu treffende Entscheidung nicht ersetzen.

Im Mittelpunkt der Gerichtsverhandlung stand der Antrag eines Weiterbildungsinstitutes der DGSF auf Anerkennung als Ausbildungsstätte für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten gemäß Psychotherapeutengesetz mit Vertiefungsgebiet Systemische Therapie/Familientherapie. Die staatliche Anerkennung als Ausbildungsstätte ist notwendig, um überhaupt eine Ausbildung anbieten zu können, die zur Approbation führt. Der Antrag beschränkte sich auf die Grundentscheidung zu einem Vertiefungsgebiet Systemische Therapie/Familientherapie. Der Antrag war in erster Instanz von der Bezirksregierung abgelehnt worden mit der Begründung, dass eine Anerkennung des Wissenschaftlichen Beirates Psychotherapie nicht vorhanden sei und somit die erforderliche rechtliche Grundlage fehle. Die Erstinstanz wurde zur Ausstellung eines neuen Bescheides auf der Grundlage des Schiedsspruchs verurteilt.

Heilpraktiker

Interessierte, die keine bestimmte Berufsvorbildung aufweisen und keine vorgeschriebene Ausbildung absolvieren müssen, erhalten nach dem Heilpraktikergesetz, das ursprünglich aus dem Jahr 1939 stammt, durch eine Prüfung beim zuständigen Gesundheitsamt den „kleinen Heilpraktikerschein“, der eine eingeschränkte seelische Behandlungsbefugnis beinhaltet. Die Erlaubniserteilung „*Heilpraktiker für Psychotherapie*“ berechtigt zur Errichtung einer „Praxis für Psychotherapie“. Diese Befugnis sagt nichts über eine fundierte Psychotherapieausbildung und eine ausreichende fachliche Kompetenz aus.

Dies ist ein sehr problematischer Umstand im deutschen Gesundheitssystem: Heilpraktiker mit psychotherapeutischer Behandlungsberechtigung müssen weder eine Ausbildung an einer Heilpraktikerschule noch eine Weiterbildung an einem psychotherapeutischen Institut absolvieren. Andererseits werden Vertreter weltweit anerkannter Methoden, wie etwa der Gesprächspsychotherapie oder der Gestalttherapie, auf den Status eines Heilpraktikers reduziert.

Viele Psychotherapie-Bedürftige wissen nichts von den feinen, aber entscheidenden Unterschieden zwischen den erlaubten Bezeichnungen „Heilpraktiker Psychotherapie“ bzw. „Praxis für Psychotherapie“ eines Heilpraktikers einerseits und der Psychotherapie eines Ärztlichen oder Psychologischen Psychotherapeuten andererseits.

Alle Patienten, die bei einem Heilpraktiker eine „Psychotherapie“ machen möchten, sollten sich genauestens erkundigen, was ihnen dort geboten wird. Viele Heilpraktiker für Psychotherapie gehen nicht psychotherapeutisch im engeren Sinn des Wortes vor, sondern arbeiten mit „energetischen“, kosmobiologischen oder spirituellen Methoden, die im Rahmen des kleinen Heilpraktikerscheins durchaus eingesetzt werden dürfen.

Personen ohne ärztliche oder psychologische Ausbildung bzw. mit einer anderen als einer psychoanalytischen oder verhaltenstherapeutischen Psychotherapiemethode können in Deutschland über den Heilpraktiker-Status rechtlich einwandfrei Psychotherapie in freier Praxis ausüben („Psychotherapie/HPG“) (HPG = Heilpraktikergesetz). Sie können nicht mit den Gesetzlichen Krankenversicherungen abrechnen, wohl aber mit einigen privaten Krankenkassen.

Therapeuten mit einer Nicht-Richtlinien-Psychotherapie (Gesprächspsychotherapie, Systemische Therapie, Gestalttherapie u.a.), die zur rechtlichen Absicherung ihrer freiberuflichen Tätigkeit die Heilpraktiker-Befugnis annehmen müssen, sind dagegen als hoch qualifizierte Fachleute anzusehen.

Für eine freiberufliche Tätigkeit im Bereich der *psychosozialen Beratung* sind keinerlei Voraussetzungen erforderlich. Es handelt sich um ein freies Gewerbe, wie früher auch in Österreich. 2004 gründeten insgesamt 27 Fach- und Berufsverbände aus der Beratungsbranche mit der Deutschen Gesellschaft für Beratung einen neuen Dachverband, der das Ziel verfolgt, das Berufsbild der Beratung zu verbessern und eine übergreifende Qualitätssicherung der Beratung zu garantieren.

Psychotherapie in der Gesetzlichen Krankenversicherung

Finanzierung von Richtlinienverfahren

Der *Gemeinsame Bundesausschuss* – ein öffentlich-rechtliches Selbstverwaltungsgremium der Ärzte, Psychotherapeuten und Krankenkassen – hat gemäß § 92 Abs. 6 a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch Richtlinien beschlossen, die „der Sicherung einer den gesetzlichen Erfordernissen entsprechenden ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Psychotherapie der Versicherten und ihrer Angehörigen in der vertragsärztlichen Versorgung“ dienen. Diese seit 1999 gültigen, mehrfach aktualisierten *Psychotherapie-Richtlinien* sind unter diesem Namen im Internet abrufbar.

Die *Gesetzlichen Krankenversicherungen* (Allgemeine Ortskrankenkassen und alle Ersatzkassen), bezahlen Psychotherapie nur in Form von wissenschaftlich anerkannten Methoden sowie nur zur Behandlung seelischer Krankheiten; dazu zählen auch geistige und seelische Behinderungen, bei denen Rehabilitationsmaßnahmen notwendig werden.

Die Krankenkassen übernehmen keine Leistungen, wenn diese nicht der Heilung oder Besserung einer Krankheit bzw. der medizinischen Rehabilitation dienen. Die Therapie von Beziehungsstörungen und psychosozialen Störungen wird jedoch finanziert, wenn diese Ausdruck oder Folge seelischer oder körperlicher Krankheiten sind.

Psychotherapie ist eine *Leistung der Gesetzlichen Krankenversicherungen*, mit denen jene Psychotherapeuten abrechnen können, die

- approbiert sind, d.h. staatlich als solche anerkannt sind,
- von einer „Kassenärztlichen Vereinigung“ sozialrechtlich zugelassen sind, d.h. einen entsprechenden Vertrag haben (viele Therapeuten sind zwar approbiert, haben jedoch keinen Vertrag mit gesetzlichen Krankenkassen),
- eine wissenschaftlich anerkannte und sozialrechtlich zugelassene Psychotherapiemethode (ein so genanntes „Richtlinienverfahren“) anwenden.

Kassenleistungen erfolgen in Deutschland derzeit nur bei Ärztlichen und Psychologischen Psychotherapeuten mit psychodynamischer oder verhaltenstherapeutischer Ausrichtung. Die Gesetzlichen Krankenversicherungen finanzieren nur folgende *drei Richtlinienverfahren*:

- *Analytische Psychotherapie* (bestehend aus der Psychoanalyse von Sigmund Freud, der Analytischen Psychologie von C. G. Jung und der Individualpsychologie von Alfred Adler),
- *Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie* (modifizierte, gekürzte, stärker problemzentrierte Psychoanalyse; vier Sonderformen: Kurztherapie, Fokalthherapie, Dynamische Psychotherapie, niederfrequente Therapie in einer längerfristigen, Halt gewährenden therapeutischen Beziehung),
- *Verhaltenstherapie*.

Übende Verfahren (Autogenes Training und Progressive Muskelentspannung, jeweils bis zu 12 Sitzungen einzeln und in Gruppen) sowie *suggestive Verfahren* (Hypnose bis zu 12 Einzelsitzungen) werden im Rahmen einer Verhaltenstherapie ebenfalls finanziert, nicht aber bei einer Analytischen Psychotherapie. Diese Methoden werden jedoch bei Ärzten im Rahmen der Psychosomatischen Grundversorgung bezahlt.

Innerhalb einer Tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie ist Katalytisches Bilderleben und innerhalb einer Verhaltenstherapie ist die Rational Emotive Therapie (RET) nach Albert Ellis als Methode der kognitiven Umstrukturierung erlaubt. Zusätzlich werden mit Ausnahme der Ersatzkrankenkassen die Kosten für Tests (bis zu drei psychologische Tests und Fragebögen) im Rahmen der Psychotherapie übernommen.

Psychoanalytische Verfahren und Verhaltenstherapie dürfen nicht kombiniert werden mit folgender Begründung: „weil die Kombination der Verfahren zu einer Verfremdung der methodenbezogenen Eigengesetzlichkeit des therapeutischen Prozesses führen kann“. Diese Bestimmung ist in zweifacher Weise problematisch: Erstens widerspricht sie dem Trend zu integrativen Behandlungskonzepten, zweitens wirkt sie kurios angesichts der ursprünglichen Bestrebungen der Krankenkassen, die Gesprächspsychotherapie als Methode und Technik für bisher anerkannte Richtlinientherapeuten zuzulassen.

Von den Gesetzlichen Krankenversicherungen werden folgende Behandlungen nicht bezahlt: alle Formen der psychologischen Beratung bei gesunden Personen (Ehe-, Sexual-, Erziehungs- und Lebensberatung), darstellende Gestaltungstherapie, körperbezogene Therapieverfahren, vorbeugende Maßnahmen sowie alle Maßnahmen, die nur der beruflichen, schulischen oder sozialen Anpassung dienen.

Welche Psychotherapiemethoden sozialrechtlich zugelassen werden, bestimmt der *Gemeinsame Bundesausschuss*. Dieses Selbstverwaltungsgremium berücksichtigt neben eigenen Kriterien (vor allem dem Kriterium der Versorgungsrelevanz, d.h. der Wirksamkeit der Methode bei den häufigsten psychischen Störungen) folgende Kriterien der Psychotherapie-Richtlinien:

- Feststellung durch den wissenschaftlichen Beirat gemäß § 11 Psychotherapeuten-Gesetz, daß das Verfahren als wissenschaftlich anerkannt angesehen werden kann.
- Nachweis der erfolgreichen Anwendung an Kranken überwiegend in der ambulanten Versorgung über mindestens 10 Jahre durch wissenschaftliche Überprüfung (Stellungnahme aus der Psychotherapieforschung unabhängiger Einrichtungen, Evaluation von Behandlungen und langfristigen Katamnesen, Literatur).
- Ausreichende Definition und Abgrenzung von bereits angewandten und bewährten psychotherapeutischen Methoden, so daß die Einführung des neuartigen psychotherapeutischen Vorgehens eine Erweiterung und Verbesserung der vertragsärztlichen Versorgung bedeutet.
- Nachweis von Weiterbildungseinrichtungen für Ärzte sowie Ausbildungsstätten für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mit methodenbezogenem Curriculum in theoretischer Ausbildung und praktischer Krankenbehandlung.

Jede Psychotherapie, die kein Richtlinienverfahren darstellt, ist privat zu finanzieren. *Nicht-Richtlinienverfahren* werden von den Gesetzlichen Krankenversicherungen oft ungewollt indirekt finanziert, und zwar dann, wenn Kassenpsychotherapeuten diese im Rahmen einer Verhaltenstherapie oder einer Tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie einsetzen. Verschiedene Therapeuten haben zwei Psychotherapie-Ausbildungen abgeschlossen, eine Richtlinien-Psychotherapie und eine Nicht-Richtlinien-Psychotherapie.

Wenn ein Kassenpsychotherapeut eine Nicht-Richtlinien-Psychotherapie, wie etwa eine Gestalttherapie, durchführt, diese aber als Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie oder als Verhaltenstherapie abrechnet, stellt dies einen Betrug der Krankenkasse dar. Nach den (gescheiterten) Bestrebungen der Krankenkassen hätten Richtlinientherapeuten jedoch Methoden und Techniken der Gesprächspsychotherapie einsetzen dürfen – eine absurde Bestimmung, die nur dazu dienen sollte, die gerichtliche Auflage der Integration der Gesprächspsychotherapie in das Krankenkassensystem auf diese Weise zu umgehen.

Es ist bekannt, dass erfahrene Psychotherapeuten eher integrativ arbeiten als Anfänger, die gerade eine Methode erlernt haben. Es zeigt sich ganz allgemein ein *Trend in Richtung integrativer Therapie*, wobei jedoch eine erlernte Psychotherapiemethode die Basis des umfassenden therapeutischen Vorgehens darstellen sollte anstatt eines reinen Eklektizismus (Auswahl von Techniken ohne methodische Fundierung). Kassenpsychotherapien müssen zudem primär auf einer anerkannten Psychotherapiemethode beruhen, weil sie auch so genehmigt werden.

Nach den Übergangsbestimmungen des Psychotherapeutengesetzes dürfen Psychologische Psychotherapeuten, die schon vor 1999 freiberuflich tätig waren und mit den Krankenkassen abgerechnet hatten, dies unter bestimmten Bedingungen weiterhin tun, auch wenn sie eine andere Psychotherapiemethode, wie etwa Familientherapie, Gestalt- oder Gesprächspsychotherapie, verwenden. Die Abrechnung erfolgt über das Erstattungsverfahren (Einsendung der Honorarnote).

Bei Ärzten werden auch Maßnahmen der *Psychosomatischen Grundversorgung* finanziert. Deren Ziel ist „eine möglichst frühzeitige differenzialdiagnostische Klärung komplexer Krankheitsbilder, eine verbale oder übende Basistherapie psychischer, funktioneller oder psychosomatischer Erkrankungen durch den primär somatisch orientierten Arzt und ggf. die Indikationsstellung zur Einleitung einer ätiologisch orientierten Psychotherapie“. Als *übende und suggestive Techniken* gelten: Autogenes Training, Jacobsonsche Relaxationstherapie, Hypnose.

Jeder Patient kann sich im Rahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung *direkt* an jeden Kassenpsychotherapeuten wenden. Psychologische Psychotherapeuten können – im Gegensatz zum Delegationsverfahren vor 1999 – ohne ärztliche Überweisung aufgesucht werden. Eine Überweisung durch den Hausarzt erspart jedoch die Praxisgebühr von € 10,00 beim Psychotherapeuten, die sonst jedes Quartal zu bezahlen ist.

Wer in absehbarer Zeit trotz Dringlichkeit keinen Therapieplatz bei einem Kassenpsychotherapeuten bekommt oder in zu großer Entfernung zu einem Kassentherapeuten wohnt, erhält – allerdings nur bei vorheriger Antragstellung und einem entsprechenden Nachweis (z.B. Zahl der Absagen, Dauer der Wartezeiten) – gemäß § 13 Abs. 3 Sozialgesetzbuch V die Therapiekosten bei einem Nicht-Richtlinien-Psychotherapeuten oder bei einem sozialrechtlich noch nicht zugelassenen Richtlinien-Psychotherapeuten ersetzt. Seit dem Psychotherapeutengesetz wird diese Bestimmung jedoch sehr restriktiv gehandhabt.

Leistungsumfang

Die ersten fünf Sitzungen (bei der Psychoanalyse die ersten acht Sitzungen) sind antragsfrei und gelten als *probatorische Sitzungen* vor der eigentlichen Psychotherapie; sie erfolgen „auf Probe“ zum gegenseitigen Kennenlernen. Der Patient überprüft, ob der gewählte Psychotherapeut der für ihn richtige ist. Verschiedene Psychotherapeuten können insgesamt bis zu fünfmal aufgesucht werden. Der Therapeut klärt ebenfalls, ob er mit dem Patienten zusammenarbeiten kann. Diese Bestimmung berücksichtigt die Erkenntnisse der Psychotherapieforschung, dass eine erfolgreiche Psychotherapie eine gute Beziehung zwischen Patient und Therapeut voraussetzt.

Verhaltenstherapie und Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie sind entweder als Kurzzeittherapie oder als Langzeittherapie möglich, eine Analytische Psychotherapie ist nur als Langzeittherapie durchführbar. Eine *Kurzzeittherapie* umfasst maximal 25 Stunden. Oft wird zuerst eine Kurzzeittherapie beantragt, weil der zeitliche Aufwand dafür geringer ist. Die Überführung einer Kurzzeittherapie in eine Langzeittherapie muss bei gleichzeitiger Einleitung des entsprechenden Gutachterverfahrens bis zur 20. Sitzung beantragt werden.

Eine *Langzeittherapie* kann auch schon von Anfang an mit ausführlicher Begründung durch den Psychotherapeuten beantragt werden. Bei Unklarheit kann zuerst auch eine *Probetherapie* als Bestandteil einer Langzeittherapie erfolgen (bei einer Tiefenpsychologisch fundierten bzw. Analytischen Psychotherapie bis zu 25 Stunden, bei einer Verhaltenstherapie bis zu 15 Stunden).

Bei einer Verhaltenstherapie oder einer Tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie beantragt der Psychotherapeut zunächst meist eine Kurzzeittherapie im Ausmaß von 25 Stunden. Danach ist eine Verlängerung um 20 bzw. 25 Sitzungen möglich. Die Psychotherapie kann auf diese Weise schrittweise bis zur jeweils möglichen Höchstgrenze ausgedehnt werden.

Die Normaltherapie umfasst bei Verhaltenstherapie 45 Stunden, bei Tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie 50 Stunden. In besonderen Fällen dauert eine Verhaltenstherapie bis zu 60 Stunden und eine Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie bis zu 80 Stunden. Die Normaltherapie umfasst bei der Analytischen Psychotherapie 160 Stunden, in besonderen Fällen bis zu 240 Stunden.

Analytische und Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie dauern im Normalfall bei Kindern bis zu 70 Stunden, bei Jugendlichen bis zu 90 Stunden, in besonderen Fällen bei Kindern bis zu 120 Stunden, bei Jugendlichen bis zu 140 Stunden. Eine Überschreitung des festgelegten Stundenkontingents ist nur möglich, wenn laut Darstellung des therapeutischen Prozesses mit der Beendigung der Therapie das Behandlungsziel nicht erreicht werden konnte und bei Fortdauer der Therapie begründete Aussicht auf die Erreichung des Behandlungsziels besteht.

Die *Stundenhöchstgrenze* einer kassenfinanzierten Psychotherapie beträgt bei einer Verhaltenstherapie 80 Stunden (einschließlich Gruppentherapie in Doppelstunden), bei einer Tiefenpsychologisch fundierten Therapie 100 Stunden (in Gruppenform 80 Doppelstunden) und bei einer Analytischen Psychotherapie 300 Stunden (in Gruppenform 150 Doppelstunden).

Die Stundenhöchstgrenze beträgt bei Analytischer und Tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie von Kindern 150 Stunden (in Gruppenform 90 Doppelstunden) und von Jugendlichen 180 Stunden (in Gruppenform 90 Doppelstunden), bei Verhaltenstherapie von Kindern und Jugendlichen jeweils 80 Stunden (einschließlich Gruppentherapie in Doppelstunden).

Nach *Erreichen der Stundenhöchstzahl* übernehmen die Krankenkassen zwei Jahre lang keine weiteren Kosten. Die Verhaltenstherapie ist mit meist 25–45 Stunden die kürzeste Richtlinien-Psychotherapie.

Eine *Stunde* Psychotherapie umfasst mindestens 50 Minuten. Bei allen Richtlinienverfahren sind im Rahmen einer Einzeltherapie auch *Doppelstunden* erlaubt (bei entsprechender Verminderung der Gesamtsitzungszahl). Dies ermöglicht die intensive Einbeziehung von Partner und Familie in die Einzeltherapie des Indexpatienten.

Bei psychoanalytisch begründeten Verfahren ist die gleichzeitige Kombination von Einzel- und Gruppentherapie verboten (außer bei niederfrequenter, längerfristiger, Halt gewährender Tiefenpsychologisch fundierter Therapie).

Verhaltenstherapie kann nur in Kombination mit einer Einzeltherapie auch als Gruppenbehandlung durchgeführt werden, wobei die in der Gruppentherapie erbrachte Doppelstunde im Gesamttherapiekontingent als Einzelstunde gezählt wird. In bestimmten Fällen, wie etwa bei einer verhaltenstherapeutischen Konfrontationstherapie, können mit entsprechender Begründung auch mehrere Therapiestunden hintereinander stattfinden.

Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und Verhaltenstherapie können als Kurzzeittherapie, Normaltherapie und besonderer Fall in *halbstündigen Sitzungen* mit entsprechender Vermehrung der Gesamtsitzungszahl stattfinden.

Die gesetzlichen Krankenkassen geben ihre *Finanzmittel für Psychotherapie* folgendermaßen aus: 43 % für Analytische Psychotherapie, 33 % für Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und 24 % für Verhaltenstherapie. Daraus ergibt sich die Schlussfolgerung, dass drei Viertel der Ausgaben für die Psychodynamische Psychotherapie getätigt werden.

Antrags-, Konsiliar- und Gutachterverfahren

Der *Versicherte* muss vor Behandlungsbeginn, spätestens jedoch nach den probatorischen Sitzungen, bei seiner Krankenkasse anhand eines bestimmten Formulars, das beim Psychotherapeuten erhältlich ist, die Kostenübernahme der Psychotherapie beantragen. Zu diesem *Antrag* macht der Psychotherapeut auf einem zweiten Formular ergänzende *Angaben* (ICD-10-Diagnose, Indikation, Art und Umfang der geplanten Psychotherapie). Der Psychotherapeut muss den Antrag begründen und die Therapie als sinnvoll und notwendig erläutern.

Ein ausführlicher *Bericht* des Therapeuten wird im Auftrag der Krankenkasse von einem *Gutachter* geprüft. Der Gutachter kennt die Identität des Patienten nicht, um unbeeinflusst zu sein. Die Gutachter werden von der Kassenärztlichen Vereinigung ernannt und von den Krankenkassen bezahlt. Als Gutachter fungieren langjährig tätige Ärztliche und Psychologische Psychotherapeuten, die dasselbe Richtlinienverfahren vertreten wie das beantragte. Patienten haben ein Recht auf Einsicht in den oft sehr persönlichen Bericht und auf eine Kopie.

Nach 35 Berichten entfällt die Gutachtenpflicht für *Kurzzeittherapien*. Wegen des für den Therapeuten geringeren Aufwandes werden bei einer Verhaltenstherapie und einer Tiefenpsychologisch fundierten Therapie zuerst meist Kurzzeittherapien beantragt, auch wenn eine Langzeittherapie angebracht erscheint (z.B. bei einer Zwangsstörung). Die Diagnose stellt ein wichtiges Kriterium für eine Kurz- oder Langzeittherapie dar. Der Bericht, der nach einem bestimmten Schema erfolgt, ist bei einer *Langzeittherapie* relativ aufwändig und ausführlich.

Bei Langzeittherapien und Verlängerungen von Psychotherapien muss immer ein Bericht an den Gutachter abgegeben werden. Im Laufe der Therapie ist ein Therapeutenwechsel möglich, muss aber gut begründet werden. Dies erfordert wiederum ein Gutachten, auch wenn von der vorherigen Psychotherapie noch Stunden offen sind. Nach abgeschlossener Kurzzeittherapie besteht eine Wartefrist von zwei Jahren, außer es wird eine Langzeittherapie mit Gutachten beantragt.

Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten müssen spätestens nach Beendigung der probatorischen Sitzungen den Patienten an einen Vertragsarzt überweisen, der einen *Konsiliarbericht* erstellt. Der *Konsiliararzt*, der aus den meisten Arztgruppen stammen kann, beschreibt kurz die Art der Störung, gibt medizinische Diagnosen, nötige psychiatrische Abklärungen und medizinische Begleitbehandlungen (z.B. Medikamente) bekannt und schließt körperliche Ursachen der zu behandelnden Störung aus. Der Konsiliarbericht dient der organischen Abklärung und nicht der Erstellung eines Codes für eine psychische Störung. Der Konsiliararzt kann – am besten in Rücksprache mit dem Psychotherapeuten – auch mögliche Bedenken und Kontraindikationen bezüglich einer Psychotherapie zum gegenwärtigen Zeitpunkt anführen.

Das *Gutachterverfahren* hat einen charakteristischen Ablauf. Das Antragsformular des Patienten und das Diagnose-Code-Formular des Therapeuten verbleiben bei der Krankenkasse, ebenso der 2. Durchschlag des Konsiliarberichts, bei dem die meisten Ausführungen aus Datenschutzgründen jedoch unleserlich sind. Die Krankenkasse erfährt nur, dass ein bestimmter Versicherter aufgrund einer bestimmten Diagnose bei einem bestimmten Psychotherapeuten in Therapie ist und dass der Konsiliararzt keinen Einwand hat.

Der *anonymisierte Bericht* des Psychotherapeuten geht in einem verschlossenen Kuvert über die Krankenkasse zu einem ihm nicht bekannten Gutachter, der für die Krankenkasse die Psychotherapie bewilligt oder ablehnt. Der Sachbearbeiter notiert die verschlüsselte Kennnummer auf dem Kuvert, die eine Chiffre mit dem Anfangsbuchstaben des Nachnamens und des Geburtsdatums darstellt. Der Psychotherapeut erhält später eine schriftliche Begründung der Begutachtung, die Krankenkasse dagegen nur die Information über Zustimmung oder Ablehnung durch den Gutachter.

Das Gutachten ist innerhalb von zwei Wochen zu erstellen. Der Zeitraum von der Antragstellung bis zur *Bewilligung* sollte nicht länger als vier Wochen sein. Im Falle einer länger dauernden Wartezeit auf die Therapiegenehmigung darf der Psychotherapeut dem Patienten keine privat finanzierten Therapiestunden anbieten. Bei den gesetzlichen Krankenkassen gilt das *Sachleistungsprinzip*, d.h. jede Mischfinanzierung von privaten und Kassenleistungen ist verboten.

Bei Vorliegen einer psychischen Störung nach dem ICD-10 wird der Erstantrag fast immer bewilligt, sofern der ärztliche Konsiliarbericht keine Einwände dagegen erhebt. Bei Ablehnung der Kostenübernahme kann der Versicherte im Rahmen einer bestimmten Frist (gewöhnlich sechs Monate, grundsätzlich ein Jahr) *Widerspruch* anmelden. Die Krankenkasse bestellt dann einen Obergutachter derselben Methode, der eine neuerliche Prüfung vornimmt.

Im Rahmen des Gutachterverfahrens kann der Versicherte den Antrag auf persönliche Anhörung stellen. Bei neuerlicher Ablehnung steht die kostenfreie Klage beim *Sozialgericht* offen. Dabei kann die sachkundige Unterstützung vonseiten der unabhängigen Verbraucherberatung oder der Verbraucherzentralen hilfreich sein.

Bei privaten Versicherungen muss jeder Versicherte genau überprüfen, ob und wie viel für Psychotherapie bezahlt wird. Manche Privatversicherungen finanzieren auch eine Nicht-Richtlinien-Psychotherapie bei einem Heilpraktiker, andere schränken die Behandlungsdauer stark ein oder bezahlen nur Ärztliche Psychotherapeuten, was durch ein Gerichtsurteil abgesichert ist.

Viele Privatversicherungen sind nicht innovativer, sondern bieten oft sogar einen geringeren Leistungsumfang als die Gesetzlichen Krankenversicherungen an. Es wäre aus der Sicht der Psychotherapeuten gut, wenn die privaten Krankenversicherungen eine Vorreiterrolle übernehmen und den Wettbewerbsvorteil der schnelleren Umsetzung neuer Forschungsergebnisse in die therapeutische Versorgung nutzen würden.

Kosten und Verrechnung psychotherapeutischer Leistungen

Die gesetzlichen Krankenkassen folgen dem *Sachleistungsprinzip*, wonach es keine Zuzahlungen vonseiten des Patienten gibt. Sie haben ein direktes Abrechnungssystem, das mithilfe der Chipkarte des Patienten erfolgt. Kassenpsychotherapeuten rechnen ihre erbrachten Leistungen am Ende des Quartals über die Kassenärztliche Vereinigung mit den jeweiligen Krankenkassen ab.

Manchmal ist auch das *Kostenerstattungsverfahren* möglich. In diesem Fall stellt der Psychotherapeut für seine Leistungen eine Honorarnote gemäß der Gebührenverordnung für Privatpatienten aus, die Krankenkasse erstattet einen Teil der Kosten in der Höhe der Sätze der Kassenärztlichen Vereinigung.

Das Kostenerstattungsverfahren stellt für Menschen, die eine Eigenbeteiligung an den Kosten aufbringen können, eine Möglichkeit dar, schneller zu einer kassenfinanzierten Psychotherapie zu kommen, wenn die Therapieplätze bei kassenabrechnungsberechtigten Psychotherapeuten begrenzt, die Wartezeiten zu lang (länger als ein halbes Jahr ist unzumutbar) oder die Entfernungen zu den jeweiligen Kassentherapeuten zu weit sind. Dies erfordert jedoch eine vorherige Genehmigung durch ein gesondertes Antragsverfahren (am besten mit Nachweis von Wartezeiten bei verschiedenen Psychotherapeuten).

Die *Gebührenordnung für Psychotherapie (GOP)* enthält alle honorierten Leistungen, die durch eine Ziffer ausgewiesen sind. Jede Leistung entspricht einem bestimmten Punktwert, der mit einem bestimmten Cent-Betrag multipliziert wird, woraus sich das Honorar ergibt. Der Punktwert wird zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung und den Krankenkassen ausgehandelt.

Der Punktwert ist je nach Bundesland, Krankenkasse und Quartal unterschiedlich, übersteigt jedoch derzeit (2006) nicht den Betrag von 5 Cent. Eine Einzelpsychotherapiesitzung von 50 Minuten entspricht 145 Punkten, sodass sich daraus bei einem maximalen Punktwert von 5 Cent ein Betrag von € 72,50 pro Stunde ergibt. Die Psychotherapeuten sind mit den Kassentarifen sehr unzufrieden. Wegen zu geringer Bezahlung bei hohem Antragsaufwand werden in freier Praxis kaum Gruppentherapien auf Krankenkassenkosten angeboten.

Die Gebührenordnung für Psychotherapie regelt auch die Honorarsätze für privat Versicherte. Der Stundensatz ist 1,6- bis 2,3-mal höher als der Tarif bei den gesetzlichen Krankenkassen. Privat Versicherte erhalten vom Psychotherapeuten eine Privatrechnung und lassen sich die Kosten später von ihrer Versicherung erstatten. Manche Privatversicherungen zahlen nur bei Ärztlichen Psychotherapeuten, was gerichtlich in Ordnung befunden wurde.

Die gesetzlichen Krankenkassen verlangen seit dem Jahr 2004 bei jedem ersten Arzt-/Therapeutenbesuch im Quartal eine *Praxisgebühr* von € 10,00. Alle weiteren Behandlungen beim selben Arzt bzw. Psychotherapeuten sind im gleichen Quartal zuzahlungsfrei. Wer zu einem anderen Arzt geht, muss in dessen Praxis wieder € 10,00 für die Behandlung zahlen. Die Praxisgebühr entfällt im Falle einer Überweisung durch einen Vertragsarzt im gleichen Quartal. Die Praxisgebühr entfällt auch bei bestimmten begünstigten Personen.

Geplante Änderungen der Psychotherapie-Richtlinien

Am 20.6.2006 beschloss der *Gemeinsame Bundesausschuss* (www.g-ba.de) als oberstes Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte, Zahnärzte, Krankenhäuser und Krankenkassen eine Änderung der Psychotherapie-Richtlinien. Mit einem Schreiben vom 15.8.2006 beanstandete das Bundesministerium für Gesundheit jedoch zentrale Aspekte der geplanten Änderungen und bestätigte damit im Wesentlichen die kritischen Einwände der Bundespsychotherapeutenkammer und der Gesprächspsychotherapeuten.

Beanstandet wurde vor allem die Einführung des *Schwellenkriteriums „Versorgungsrelevanz“*, wonach eine Psychotherapiemethode nur dann als versorgungsrelevant anerkannt werden könne, wenn ihre Wirksamkeit bei den drei häufigsten psychischen Erkrankungen laut Bundes-Gesundheitssurvey 1998, nämlich Depressionen, Angststörungen und somatoforme Störungen, nachgewiesen sei. Nicht beanstandet wurde dagegen die Aufteilung der Richtlinienpsychotherapie in 9 Anwendungsbereiche:

1. Affektive Störungen: depressive Episoden, rezidivierende depressive Störungen, Dysthymie;
2. Angststörungen und Zwangsstörungen;
3. Somatoforme Störungen einschließlich Konversionsstörungen;
4. Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen;
5. Essstörungen;
6. Nichtorganische Schlafstörungen;
7. Sexuelle Funktionsstörungen;
8. Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen;
9. Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend.

Ein rein quantitativ anhand der Häufigkeit von Erkrankungen definiertes Kriterium der Versorgungsrelevanz sei unzureichend, weil andere wichtige Aspekte nicht berücksichtigt würden, z.B. Schweregrad (psychosoziales Funktionsniveau, Symptomschwere, Lebensqualität), Prognose (z.B. Chronifizierung der Störung, Entwicklung sekundärer Erkrankungen, Beeinträchtigung des psychosozialen Funktionsniveaus), sozialmedizinische und gesundheitsökonomische Folgen (z.B. Arbeitsausfallzeiten, Behandlungs- und Betreuungskosten).

Als versorgungsrelevant gelten laut den ministeriellen Ausführungen auch seltenere, aber klinisch bedeutsame psychische Erkrankungen mit dringlichem Behandlungsbedarf. Zudem würden bei einseitiger Ausrichtung am Kriterium der Versorgungsrelevanz jene Psychotherapiemethoden unberücksichtigt bleiben, die zwar hoch wirksam und spezifisch seien, jedoch nur ein begrenztes Indikationsspektrum abdecken würden.

Es sei auch nicht vertretbar, die diagnostischen und therapeutischen Fähigkeiten des approbierten Psychotherapeuten mit der Indikationsbreite des von ihm angewandten Verfahrens gleichzusetzen.

Das Gesundheitsministerium wandte sich auch entschieden gegen die vom G-BA vorgenommene völlig unübliche Abgrenzung der Begriffe „*Verfahren*“, „*Methoden*“ und „*Techniken*“. Die G-BA-Formulierungen seien problematisch, weil die Gefahr bestünde, dass ein psychotherapeutisches „*Verfahren*“ im Sinne des Psychotherapiegesetzes durch die Richtlinienänderung in eine „*Methode*“ umdefiniert werden könnte. Der G-BA-Vorsitzende hatte bereits am 3.4.2006 erklärt, die Gesprächspsychotherapie könnte zukünftig im Rahmen der Gesetzlichen Krankenversicherungen als Methode eingesetzt werden, jedoch nur von den Vertretern der bisher bereits anerkannten Richtlinienverfahren. Psychoanalytiker und Verhaltenstherapeuten dürften demnach gesprächspsychotherapeutische Methoden einsetzen, was dem eigenständigen Charakter der Gesprächspsychotherapie völlig widersprechen würde.

Der *sozialpolitische Hintergrund* ist leicht erkennbar: Es soll nach den Wünschen des G-BA keine neue Psychotherapeutengruppe in das Krankenkassensystem aufgenommen werden, dennoch soll auf diese Weise der Anerkennung der Gesprächspsychotherapie als wissenschaftliche Methode durch den Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie Rechnung getragen werden.

Das ministerielle Schreiben empfiehlt dem G-BA, die Einführung neuer Begriffe nicht eigenständig zu betreiben, sondern nur in Abstimmung mit der Bundespsychotherapeutenkammer und dem Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie vorzunehmen.

Viele *Kritiker* stellten die Behauptung auf, dass die (bislang nicht gültigen) Änderungen der Psychotherapie-Richtlinien überhaupt nur vorgenommen worden seien, um die Gesprächspsychotherapie als eigenständiges Verfahren der gesetzlichen Krankenkassen zu verhindern.

Ende August 2006 war nicht absehbar, wie die *weitere Entwicklung* verlaufen könnte. Der G-BA könnte dem Wunsch des Ministeriums Rechnung tragen, die Gesprächspsychotherapie auf der Grundlage der derzeit gültigen Psychotherapie-Richtlinien anzuerkennen. Er könnte aber auch eine weitere Verzögerung der Anerkennung der Gesprächspsychotherapie als Richtlinienverfahren erreichen mit der Forderung, dass dennoch zuerst die Psychotherapie-Richtlinien geändert werden müssten, um überhaupt weitere Psychotherapieverfahren in die Gesetzliche Krankenversicherung aufnehmen zu können.

Der G-BA hat vor den Gerichten und vor der Öffentlichkeit erklärt, bis Ende 2006 eine sozialrechtliche Bewertung und einen Beschluss zur Gesprächspsychotherapie abzugeben. Es ist im Interesse der Patienten und der Sache der Psychotherapie auf eine Anerkennung der Gesprächspsychotherapie als Richtlinienverfahren zu hoffen.

Das ministerielle Schreiben begründet auch weitere Hoffnungen: Psychotherapie sei zwar nach den *Regeln der evidenzbasierten Medizin* zu behandeln, doch selbst in der Medizin gebe es unterschiedliche Evidenzstufen. Die Verfahrensordnung erlaube im Falle des Fehlens hoher Evidenzstufen auch die Möglichkeit des Rückgriffs auf qualitativ angemessene Unterlagen niedriger Evidenzstufen, gegebenenfalls sogar Evidenzstufe IV (z.B. Expertenmeinungen).

Gut ausgebautes Versorgungssystem?

Die ambulante und stationäre psychotherapeutische Versorgung ist in Deutschland im Vergleich zu anderen Ländern relativ gut ausgebaut. Dennoch besteht eine große Unzufriedenheit.

Nach Darstellung der Bundespsychotherapeutenkammer (www.bpk.de) arbeiten in Deutschland in freier Praxis rund 18.500 Psychologische und Ärztliche Psychotherapeuten (12.000 Psychologische Psychotherapeuten, 2.500 Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, 3.500 vorwiegend psychotherapeutisch tätige Vertragsärzte). Geschätzte knapp 10.000 Psychologische Psychotherapeuten arbeiten angestellt in psychosozialen Beratungsstellen. Nach anderen Darstellungen (www.vpp.org) sind von den etwa 27.000 approbierten Psychologischen Psychotherapeuten rund 18.000 sozialrechtlich zugelassen.

40 % der Psychotherapiestellen in einem kassenärztlichen Bezirk sind Ärztlichen Psychotherapeuten vorbehalten. Diese *Quote* wird von den Ärzten nicht ausgeschöpft. Fast 1.800 ärztliche Psychotherapeutenstellen waren im Jahr 2005 nicht besetzt. Die Zahl der Ärztlichen Psychotherapeuten in Ausbildung ist rückläufig. Psychologische Psychotherapeuten können nach Darstellung der Bundespsychotherapeutenkammer keine Kassenstellen mehr annehmen, weil ihre Planungsbereiche fast überall in Deutschland gesperrt sind. Die Reservierung von Praxissitzen für Ärztliche Psychotherapeuten führt zu großen Versorgungslücken.

Die *Dauer einer ambulanten Psychotherapie* ist mit durchschnittlich über 70 Stunden pro Patient deutlich höher als in vielen anderen Ländern. Jährlich werden in Deutschland rund 700.000 Patienten ambulant oder stationär psychotherapeutisch behandelt (davon 400.000 stationär und knapp 300.000 ambulant). Die Patienten der psychosozialen Beratungsstellen, Ambulanzen und Tageskliniken sind dabei nicht erfasst. Unter Berücksichtigung der durchschnittlichen Behandlungsdauer ist die Behandlungskapazität im ambulanten und stationären Bereich der psychotherapeutischen Versorgung in Deutschland etwa gleich groß.

Beim *stationären Versorgungsangebot* ist hervorzuheben, dass – anders als international üblich – ein erheblicher Teil der stationären psychotherapeutischen Behandlung nicht in psychiatrischen Krankenhäusern erfolgt, sondern in Kliniken der medizinischen Rehabilitation. Im Jahr 2000 bestanden 171 Fachabteilungen für Psychosomatik mit 14.847 Betten und 116.664 Patienten mit einer durchschnittlichen Verweildauer von 38,4 Tagen.

Nach einer Studie bei 68 psychosomatischen Rehabilitationskliniken wurden 54 % der Patienten überwiegend psychoanalytisch oder tiefenpsychologisch behandelt, 37 % überwiegend verhaltenstherapeutisch und 9 % kombiniert tiefenpsychologisch und verhaltenstherapeutisch. Aufgrund der Spartenendenzen im Gesundheitsbereich befürchten psychoanalytische Kliniken Benachteiligungen gegenüber den für einen kürzeren Behandlungszeitraum ausgelegten verhaltenstherapeutisch orientierten Kliniken.

Die Situation der Psychotherapie in Österreich

Das österreichische Psychotherapiegesetz

Psychotherapie galt in Österreich bis zum Psychotherapiegesetz als Teil der ärztlichen Heilkunde und war damit den Ärzten vorbehalten. Jede Form von Therapie war an die ärztliche Tätigkeit gebunden, sodass nichtärztliche Psychotherapie als *Kurpfuscherei* galt. Nichtärztliche Psychotherapeuten mussten, da es in Österreich den Beruf des Heilpraktikers nicht gibt, ihre Tätigkeit offiziell „Beratung“ nennen und als freies Gewerbe ohne spezielle Voraussetzungen anmelden.

Nach jahrelangen Vorarbeiten wurde am 7.6.1990 im Österreichischen Parlament das *Psychotherapiegesetz* beschlossen. Es kam in einer ganz bestimmten politischen Konstellation zustande. Das als sehr liberal bekannte Gesetz wurde unter einem sozialdemokratischen Gesundheitsminister erstellt – gegen den Protest der Ärzteschaft und gegen das Bestreben eines Teils der Psychologen.

Der Psychotherapeuten-Beruf wurde als *eigenständige Profession* geschaffen, *ohne Bindung an ein Medizin- oder Psychologie-Studium*. In Österreich können auch andere Akademiker (Pädagogen, Theologen, Absolventen eines Lehramts für höhere Schulen oder eines Studiums der Philosophie, der Publizistik- und Kommunikationswissenschaft) sowie nichtakademische Berufsgruppen mit Matura/Abitur (Lehrer, Sozialarbeiter, Musiktherapeuten, medizinisch-technische Assistentenberufe), aber auch Personen ohne Matura/Abitur (Krankenpflegepersonal und Sanitätshilfsdienste) eine Psychotherapie-Ausbildung absolvieren.

Ohne die im Gesetz angeführten Voraussetzungen einer bestimmten schulischen und beruflichen Ausbildung können andere qualifizierte Personen zur Psychotherapie-Ausbildung dann zugelassen werden, wenn ihnen zwei Gutachten die besondere Eignung zum Psychotherapeutenberuf bestätigen.

Anders als in Deutschland wurde die Ausbildung zum Psychotherapeuten nicht als Zusatzausbildung nach einem abgeschlossenen Hochschulstudium, sondern als eine *umfassende Grund- und Spezialausbildung* gestaltet, sodass der Psychotherapeutenberuf als völlig eigenständiger Beruf gilt.

Das Psychotherapiegesetz regelt seit 1.1.1991 die Ausbildung und die Berufsberechtigung im Bereich der Psychotherapie. Die Ausbildung muss in einer staatlich anerkannten *propädeutischen* und *fachspezifischen Ausbildungseinrichtung* erfolgen. Die fachspezifische Ausbildung in anerkannten Vereinen dauert mindestens drei Jahre, das Propädeutikum, d.h. der Einführungsabschnitt vor dem Fachspezifikum, bis zu zweieinhalb Jahre, jedenfalls unterschiedlich lange, je nach Vorbildung.

Das Psychotherapiegesetz gilt für alle Berufsgruppen, inklusive der Ärzte. Den Titel „*Psychotherapeut*“ bzw. „*Psychotherapeutin*“ darf nur führen, wer eine Ausbildung nach dem Psychotherapiegesetz absolviert hat.

Das Psychotherapiegesetz bietet in § 1 Abs. 1 eine umfassende und präzise *Beschreibung von Psychotherapie* in Form eines einzigen langen Satzes:

„Die Ausübung der Psychotherapie im Sinne dieses Bundesgesetzes ist die nach einer allgemeinen und besonderen Ausbildung erlernte, umfassende, bewusste und geplante Behandlung von psychosozial oder auch psychosomatisch bedingten Verhaltensstörungen und Leidenszuständen mit wissenschaftlich-psychotherapeutischen Methoden in einer Interaktion zwischen einem oder mehreren Behandelten und einem oder mehreren Psychotherapeuten mit dem Ziel, bestehende Symptome zu mildern oder zu beseitigen, gestörte Verhaltensweisen und Einstellungen zu ändern und die Reifung, Entwicklung und Gesundheit des Behandelten zu fördern.“

Als *krankheitswertige seelische Störungen* mit Anspruch auf Krankenkassenleistungen gelten psychosozial und psychosomatisch bedingte Verhaltensstörungen und Leidenszustände. Das österreichische Psychotherapiegesetz weist – im Gegensatz zum deutschen – neben der *Krankenbehandlung* auch auf die *Förderung der Reifung, Entwicklung und Gesundheit der Behandelten* hin und vertritt damit ein umfassendes und ganzheitlich orientiertes Behandlungskonzept von seelischen Störungen.

Das österreichische Psychotherapiegesetz erwähnt – im Gegensatz zum deutschen – in § 14 auch die wichtigsten *Berufspflichten* des Psychotherapeuten:

- „(1) Der Psychotherapeut hat seinen Beruf nach bestem Wissen und Gewissen und unter Beachtung der Entwicklung der Erkenntnisse der Wissenschaft auszuüben. Diesem Erfordernis ist insbesondere durch den regelmäßigen Besuch von in- oder ausländischen Fortbildungsveranstaltungen zu entsprechen.
- (2) Der Psychotherapeut hat seinen Beruf persönlich und unmittelbar, allenfalls in Zusammenarbeit mit Vertretern seiner oder einer anderen Wissenschaft auszuüben. Zur Mithilfe kann er sich jedoch Hilfspersonen bedienen, wenn diese nach seinen genauen Anordnungen und unter seiner ständigen Aufsicht handeln.
- (3) Der Psychotherapeut darf nur mit Zustimmung des Behandelten oder seines gesetzlichen Vertreters Psychotherapie ausüben.
- (4) Der Psychotherapeut ist verpflichtet, dem Behandelten oder seinem gesetzlichen Vertreter alle Auskünfte über die Behandlung, insbesondere über Art, Umfang und Entgelt, zu erteilen.
- (5) Der Psychotherapeut hat sich bei der Ausübung seines Berufes auf jene psychotherapeutischen Arbeitsgebiete und Behandlungsmethoden zu beschränken, auf denen er nachweislich ausreichende Kenntnisse und Erfahrungen erworben hat.
- (6) Der Psychotherapeut, der von der Ausübung seines Berufes zurücktreten will, hat diese Absicht dem Behandelten oder seinem gesetzlichen Vertreter so rechtzeitig mitzuteilen, daß dieser die weitere psychotherapeutische Versorgung sicherstellen kann.“

Nach § 17 führt die Behörde die *Psychotherapeutenliste*, in die alle Psychotherapeuten mit der jeweiligen *Zusatzbezeichnung* (der staatlich anerkannten Psychotherapiemethode) eingetragen sind. Im Falle einer Kammer-Regelung, die bislang politisch nicht realisierbar war, ginge die Listenführung an die Psychotherapeuten-Kammer über. Bei einer 2004 erfolgten Befragung der Mitglieder des Berufsverbands ÖBVP befürworteten 81 % eine Kammer-Regelung.

Staatlich anerkannte Psychotherapiemethoden

Im Vergleich zu Deutschland große Methodenvielfalt

Nach dem Psychotherapiegesetz § 21 ist der *Psychotherapiebeirat* zuständig zur Beratung der Behörden hinsichtlich aller grundsätzlichen Fragen der Psychotherapie sowie zur Erstattung aller möglichen Gutachten, wie etwa zur Anerkennung von psychotherapeutischen Ausbildungseinrichtungen oder zur Anerkennung von Psychotherapeuten.

Der Psychotherapiebeirat hat bisher 21 Psychotherapiemethoden als wissenschaftlich anerkannt. Alle anerkannten Psychotherapiemethoden wurden vom Psychotherapiebeirat nach *vier Orientierungen* geordnet und in alphabetischer Reihenfolge mit den offiziellen Bezeichnungen dargestellt.

Dabei zeigen sich einige Besonderheiten:

- Die *Tiefenpsychologisch-psychodynamische Orientierung* wird in zwei Bereiche unterteilt:
 - Psychoanalytische Methoden
 - Tiefenpsychologisch fundierte Methoden
- Die *Gruppenpsychoanalyse* wird als eigene analytische Richtung angeführt.
- Die *Autogene Psychotherapie* und die *Hypnosepsychotherapie* werden als eigenständige Tiefenpsychologisch fundierte Methoden angeführt, während diese in Deutschland nur als übende bzw. suggestive Zusatzverfahren zugelassen sind.
- Verschiedene *humanistisch-existenziell orientierte Therapiemethoden* sind aufgrund kleinerer Unterschiede doppelt vertreten (sie gelten als Spezifizierung bzw. Weiterentwicklung einer ursprünglichen Methode):
 - *Gestalttherapie* (Integrative Gestalttherapie, Gestalttheoretische Psychotherapie),
 - *Logotherapie und Existenzanalyse* (Existenzanalyse, Logotherapie und Existenzanalyse),
 - *Gesprächspsychotherapie* (Klientenzentrierte und Personenzentrierte Psychotherapie).

Trotz der im Vergleich zu Deutschland weniger strengen Anerkennungskriterien für Psychotherapiemethoden haben in Österreich zwei bekannte Verfahren die staatliche Anerkennung bislang nicht erreicht:

- die *Neurolinguistische Psychotherapie (NLP)*: derzeit (2006) läuft – nach einer erfolglosen gerichtlichen Beeinspruchung der Ablehnung als staatlich anerkannte Psychotherapiemethode – die dritte Antragstellung auf Anerkennung (die Ablehnung wurde mit folgenden Argumenten begründet: „inkonsistentes Menschenbild“, „Methodeneklektizismus“);
- die *Bioenergetische Analyse*: derzeit läuft kein Anerkennungsverfahren.

Mitte Juni 2006 waren 6.087 Psychotherapeuten (4.110 Frauen und 1.977 Männer) in die Psychotherapeutenliste des Ministeriums eingetragen (Informationen von www.besthelp.at). Drei Viertel der Psychotherapeuten haben mindestens eine Zusatzbezeichnung/Methode, knapp ein Viertel (24,0 %) hat keine Zusatzbezeichnung; sie sind nach der Übergangsregelung anerkannt. Die folgende Darstellung listet die 21 anerkannten Methoden auf (in Klammer Zahl und Prozent der Personen mit Zusatzbezeichnung nach www.besthelp.at):

1. Tiefenpsychologisch-psychodynamische Orientierung

(Schwerpunkte: Unbewusstes, Übertragung/Gegenübertragung)

Psychoanalytische Methoden

- Analytische Psychologie (62 / 1,0 %)
- Gruppenpsychoanalyse (80 / 1,2 %)
- Individualpsychologie (165 / 2,5 %)
- Psychoanalyse (344 / 5,3 %)

Tiefenpsychologisch fundierte Methoden

- Autogene Psychotherapie (58 / 0,9 %)
- Daseinsanalyse (4 / 0,1 %)
- Dynamische Gruppenpsychotherapie (183 / 2,8 %)
- Hypnosepsychotherapie (61 / 0,9 %)
- Kathartym Imaginative Psychotherapie (321 / 4,9 %)
- Konzentrierte Bewegungstherapie (37 / 0,6 %)
- Transaktionsanalytische Psychotherapie (99 / 1,5 %)

2. Humanistisch-existenzielle Orientierung (Schwerpunkte: Grundlagen im Sinne der Existenzphilosophie und Humanistischen Psychologie)

- Existenzanalyse (76 / 1,2 %)
- Existenzanalyse und Logotherapie (176 / 2,7 %)
- Gestalttheoretische Psychotherapie (47 / 0,7 %)
- Integrative Gestalttherapie (354 / 5,4 %)
- Integrative Therapie (erst seit Dezember 2005 anerkannt)
- Klientenzentrierte Psychotherapie (582 / 8,9 %)
- Personenzentrierte Psychotherapie (240 / 3,7 %)
- Psychodrama (248 / 3,8 %)

3. Systemische Orientierung (Schwerpunkte: Systemtheorien, Konstruktivismus)

- Systemische Familientherapie (1.169 / 17,9 %)

4. Verhaltenstherapeutische Orientierung (Schwerpunkt: Empirische [Verhaltens-]Psychologie)

- Verhaltenstherapie (589 / 9,0 %)

Eine wissenschaftliche Psychotherapiemethode muss zwei Kriterien erfüllen: Kriterien der Methodenspezifität und Kriterien der Ausbildungseinrichtung.

Kriterien einer methodenspezifischen Ausrichtung

Zur Anerkennung als Psychotherapiemethode sind zwei methodenspezifische Kriterien sowie Wirksamkeitsbelege erforderlich:

1. Eine bestimmte *methodenspezifische Ausrichtung* („Psychotherapieschule“):
 - ausreichender wissenschaftlicher Nachweis einer zusammenhängenden Theorie und einer sich daraus ergebenden Praxis (die philosophischen Grundannahmen, die theoretischen Vorstellungen und die praktische Anwendung müssen konsistent sein);
 - nachvollziehbare problemgeschichtliche Entwicklung von Theorie und praktischer Anwendung („Schulentradiation“);
 - dokumentierte Eigenständigkeit der Methode im Vergleich zu anderen Psychotherapieschulen (theoretische und praktische Abgrenzung gegenüber anderen Psychotherapiemethoden sowie Unterschiedlichkeit von neueren gegenüber älteren, daraus entwickelten Methoden).
2. Eine *wissenschaftlich-psychotherapeutische Theorie* menschlichen Handelns:
 - eigenständige methodenspezifische Theorieentwicklung:
 - Theorie der Persönlichkeit und Persönlichkeitsentwicklung;
 - Erklärungsmodell: eine Theorie zur Entstehung von gestörtem Verhalten und Erleben sowie von psychischen Leidenszuständen;
 - Theorie der praktischen Anwendung, Technik und Wirkweise.
 - Transparenz und Nachvollziehbarkeit der Praxis:
 - Publikationen zur Spezifität der Psychotherapiemethode und der Arbeit mit Patienten;
 - Dokumentation der Methode (Fallstudien, Transskripte u.a.);
 - Anwendung und Anwendbarkeit bei unterschiedlichen Patienten- und Diagnosegruppen.
3. *Publikation und Diskussion* der Psychotherapiemethode in der Fachliteratur:
 - Anregung zu fachwissenschaftlichen Diskussionen und Forschungen;
 - wissenschaftliche Diskussion der Methode in Standardwerken;
 - ausreichende Wirksamkeitsüberprüfung (empirische oder Fallstudien);
 - internationale Verbreitung (Publikationen, Anwendung, Ausbildung).

*Kriterien einer psychotherapeutischen Ausbildungseinrichtung*1. *Minimalanforderungen:*

- Sitz und Wirkungsbereich in Österreich;
- mindestens siebenjähriges Bestehen der Einrichtung in Österreich;
- mindestens siebenjährige kontinuierliche Tätigkeit in Aus- und Fortbildung in Österreich;
- mindestens fünf ständige Ausbilder in Österreich mit Eintragung in die Psychotherapeutenliste;
- transparentes Bestellungsverfahren von Ausbildern, die nach Abschluss der Ausbildung mindestens fünf Jahre praktische und theoretische Kompetenz in der jeweiligen Methode nachweisen können;
- internationale Vernetzung der Ausbildungseinrichtung;
- mindestens zehn Absolventen;
- wissenschaftliche Tätigkeit und Forschung innerhalb der Einrichtung;
- Bereitschaft der Ausbildungseinrichtung, für ihre Ausbildungsteilnehmer gemeinsam mit Praktikumseinrichtungen Praktikumsstellen zur Verfügung zu stellen.

2. *Ausbildungscurriculum* mit bestimmten Anforderungen:

- Bezug zu einer methodenspezifischen Ausrichtung;
- inhaltliche und quantitative Vereinbarkeit mit den Rahmenrichtlinien;
- schulenspezifisches und dem Psychotherapiegesetz entsprechendes Aufnahmeverfahren.

Die Darstellung der offiziellen deutschen und österreichischen Anerkennungskriterien, wann eine Psychotherapiemethode als wissenschaftlich gilt, macht die unterschiedlichen Begriffe von Wissenschaftlichkeit nachvollziehbar.

In *Deutschland* gilt eine Methode dann als wissenschaftlich, wenn mindestens drei empirische Studien nach sehr hohen Qualitätsstandards zu 4 von 8 bzw. zu 5 von 12 ICD-10-Diagnose-Bereichen vorliegen. Zur Erinnerung: Die deutschen Kriterien von Wissenschaftlichkeit gelten nicht für eine Langzeit-Psychoanalyse. Die Anerkennung der Individualpsychologie von Adler und der Analytischen Psychologie von Jung erfolgte ohne ausreichende Studien, sondern einfach durch Gleichsetzung mit der besser abgesicherten Psychoanalyse.

In *Österreich* wird zwar auch auf Wissenschaftlichkeit geachtet, diese jedoch nicht so definiert, dass eine bestimmte Anzahl von Studien zu einer bestimmten Anzahl von unterschiedlichen psychischen Störungen vorliegen muss. Es werden vor allem auch Fallstudien als Wirksamkeitsbeleg anerkannt.

Die Anerkennung vieler Methoden in Österreich führt zu einer blühenden Therapielandschaft, während in Deutschland durch die restriktiven Anerkennungskriterien die Tendenz besteht, dass immer mehr Ausbildungskandidaten aus verständlichen Gründen ein Richtlinienverfahren wählen.

Weitere psychosoziale Ausbildungsmöglichkeiten

Die Berufsvertretungen der Ärzte und der Psychologen haben eigene Qualifikationskriterien entwickelt, die neben einer staatlich geregelten Psychotherapieausbildung eine hochwertige psychotherapeutische Kompetenz vermitteln sollen. Es gab deshalb immer wieder Spannungen zwischen der Berufsvertretung der Psychotherapeuten einerseits und den Berufsvertretungen der Ärzte und der Psychologen andererseits.

Das *Ärzttekammer-Diplom für Psychotherapeutische Medizin (Psy-III)* als Grundlage der psychotherapeutischen Kompetenz des Arztes, das auf den ÖÄK-Diplomen „Psychosoziale Medizin“ und „Psychosomatische Medizin“ aufbaut (www.aerzttekammer.at), qualifiziert – anders als in Deutschland – nicht zur Ausübung von Psychotherapie im Sinne des Psychotherapiegesetzes. Es handelt sich um eine sechs Semester dauernde berufsbegleitende psychotherapeutische Weiterbildung für Ärzte für Allgemeinmedizin und für Ärzte in Ausbildung zum Facharzt im Umfang des Psychotherapiegesetzes. Die Ausbildung erfolgt integrativ nach schulenspezifischen Schwerpunkten.

Nach der in Österreich ab Februar 2007 gültigen neuen Ärzte-Ausbildungsordnung heißt ein Psychiater zukünftig „*Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin*“.

Ein Viertel der österreichischen Psychotherapeuten sind keine Akademiker. Gegenwärtig zeichnet sich eine *Akademisierung des Psychotherapeutenberufes* ab. Dies steht in Übereinstimmung mit der Entwicklung der Psychotherapie in Europa, wo in vielen Ländern eine akademische Vorbildung (oft ein Medizin- oder Psychologiestudium) erforderlich ist.

Für Psychotherapeuten bzw. Psychotherapie-Ausbildungskandidaten ohne Studienabschluss entstehen in Österreich immer mehr Möglichkeiten, einen akademischen Grad zu erwerben:

- *Studium der Psychotherapiewissenschaften* an der Sigmund-Freud-Privatuniversität Wien (www.sfu.ac.at), das zwar einen akademischen Grad (Mag.), jedoch keine volle Psychotherapieausbildung ermöglicht. Es ist daher daneben eine Ausbildung innerhalb eines anerkannten Ausbildungsvereins erforderlich. Das zehensemestrige Studium ersetzt derzeit also nicht die Ausbildung nach dem Psychotherapiegesetz, ermöglicht jedoch bei Gleichwertigkeit von Lehrveranstaltungen deren Anrechnung für die gesetzlich geregelte Psychotherapieausbildung.
- *Siebensemestriger Universitätslehrgang Psychotherapie* an der Donau-Universität Krems, Niederösterreich, der erst nach Absolvierung einer Psychotherapieausbildung begonnen werden kann und mit dem akademischen Grad „Master of Science“ (MSc) abschließt. Es besteht eine Kooperation mit verschiedenen Fachspezifika-Vereinen (www.donau-uni.ac.at).
- *Anschlussstudium an die Psychotherapieausbildung* (Voraussetzung: Matura/Abitur, Studienberechtigungs- oder Berufsreifeprüfung; geplant in Wien).

Auf der Grundlage des *Psychologengesetzes* besteht in Österreich das Berufsbild des Klinischen Psychologen und des Gesundheitspsychologen. Nach diesem Gesetz gibt es für Absolventen des zehensemestrigen Psychologiestudiums nachuniversitäre Ausbildungsgänge, die jedoch nicht zur Ausübung der Psychotherapie im Sinne des Psychotherapiegesetzes berechtigen. Das viersemestrig-e nebenberufliche *Curriculum Klinische Psychologie* ermöglicht die klinisch-psychologische Diagnostik und Behandlung kranker Menschen. Das *Curriculum Gesundheitspsychologie* bildet für den Bereich der Gesundheitsförderung aus.

Klinisch-psychologische Behandlung beruht nicht auf der Anwendung einer in Selbsterfahrung eigens gelernten Psychotherapiemethode, sondern auf der Anwendung der verschiedenen Gebiete der allgemeinen und angewandten Psychologie, wie etwa der Klinischen Psychologie, Gesundheitspsychologie, Entwicklungspsychologie, Persönlichkeitspsychologie, differenziellen Psychologie, Sozialpsychologie, Neuropsychologie. Klinische Psychologen verwenden in ihrer Arbeit auch Techniken verschiedener Psychotherapiemethoden, wenngleich sie keine volle Ausbildung darin haben. Selbsterfahrung ist nicht verpflichtend.

Seit 1995 gibt es *Kassenverträge für klinisch-psychologische Diagnostik*, nicht jedoch für klinisch-psychologische Behandlung. Dem Berufsverband Österreichischer Psychologinnen und Psychologen (BÖP: www.boep.at) wurde eine Verankerung der klinisch-psychologischen Tätigkeit im Kassensystem zugesichert, wenn in einem ersten Schritt die klinisch-psychologische Diagnostik auf Krankenschein akzeptiert wird.

Österreichweit existieren 95 Kassenstellen zur klinisch-psychologischen Diagnostik (zusätzlich wird bei so genannten Wahlpsychologen, die dieselben Anforderungen wie Kassenpsychologen erfüllen, ein Teil der Kosten erstattet, und zwar der Kassentarif minus 20 % Abzug). Das Versprechen einer *klinisch-psychologischen Behandlung* ist nach wie vor unerfüllt. Als Voraussetzung dafür muss erst das Psychologengesetz geändert werden.

Das Psychotherapiegesetz und das Psychologengesetz hatten Folgewirkungen: Wer seither in Österreich freiberuflich psychosozial tätig sein möchte, jedoch kein Arzt, kein Psychotherapeut und auch kein Klinischer oder Gesundheitspsychologe ist, muss ein Gewerbe als Lebens- und Sozialberater anmelden. 1989 wurde aus dem freien Gewerbe Lebensberatung das „konzessionierte“ Gewerbe *Lebens- und Sozialberatung*, später – mit den Reformen der Gewerbeordnung – entstand ein gebundenes bewilligungspflichtiges Gewerbe, seit 2002 besteht ein reglementiertes Gewerbe.

Die Ausbildung ist durch die *Lebens- und Sozialberatungsverordnung* geregelt. Dieses Gewerbe umfasst – da Klinische Psychologen nur einen Titel und keinen Tätigkeitsschutz haben – alle Formen der psychologischen Beratung gesunder Personen (inklusive Supervision und Coaching). Durch die erfolgten Reglementierungen grenzen sich seriöse Berater von unseriösen (esoterischen, energetischen, kosmobiologischen) Beratern ab.

Psychotherapie in der Gesetzlichen Krankenversicherung

Psychotherapie als Leistung der Krankenkassen – dennoch keine Verträge

Psychotherapie ist in Österreich seit der 50. ASVG-Novelle (§ 135), d.h. seit 1991, der ärztlichen Hilfeleistung gleichgestellt und damit eine Pflichtleistung der Krankenkassen. Zur Finanzierung wird seit 1992 von jedem Versicherten der Betrag von 0,6 % der Sozialversicherungsbemessungsgrundlage eingehoben, was den meisten Österreichern völlig unbekannt ist.

Aufgrund von bereits *zweimal gescheiterten Kassenvertragsverhandlungen* zwischen dem Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger (www.hauptverband.at) und dem Österreichischen Berufsverband für Psychotherapie (ÖBVP: www.oebvp.at) um einen so genannten *Gesamtvertrag für Psychotherapie*, d.h. Psychotherapie auf Krankenschein bei freiberuflich tätigen Kassenpsychotherapeuten, gibt es bislang keine Vertragspsychotherapeuten wie in Deutschland.

Im Vergleich zu Deutschland haben die Krankenkassen im Falle eines Gesamtvertrags für Psychotherapie in Österreich das Problem, dass sie nicht nur die Kassenpsychotherapeuten finanzieren müssen, sondern auch die so genannten *Wahlpsychotherapeuten*, wenn diese dasselbe Anforderungsprofil wie die Kassenpsychotherapeuten erfüllen. Das System der Wahlärzte und der Wahlpsychotherapeuten, deren Patienten den jeweiligen Kassensatz (minus 20 % Abzug) refundiert erhalten, ist in Deutschland unbekannt.

Ohne das Problem der kostenintensiven Wahlpsychotherapeuten gäbe es in Österreich wohl schon längst Kassenverträge. Die Krankenkassen befürchten eine nicht finanzierbare Kostenexplosion bei Bezahlung von 80 % des Kassentarifs an alle Nicht-Vertragstherapeuten.

1993 scheiterten die Kassenvertragsverhandlungen am Widerstand der Psychotherapeuten. Von den 550 für ganz Österreich vorgesehenen Psychotherapie-Kassenstellen hätte nicht einmal die Hälfte davon sofort besetzt werden können, wie dies von den Krankenkassen gewünscht wurde. Den Psychotherapeuten waren die Bedingungen insgesamt zu schlecht, vor allem der Stundentarif zu gering (S 550,00, d.h. € 40,00) und die inhaltlichen Restriktionen inakzeptabel (im Vergleich zu den Anforderungen im zweiten Kassenvertragsentwurf waren diese rückblickend gesehen jedoch gar nicht so hoch).

Im April 2000 scheiterte der *zweite ausformulierte Gesamtvertrag* für Psychotherapie am Widerstand einiger Krankenkassen. Vier Krankenkassen (Bundesbeamtenkrankenkasse, Bauernkrankenkasse, Tiroler und Vorarlberger Gebietskrankenkasse) waren dagegen, alle anderen im Hauptverband vertretenen Krankenkassen waren dafür. Wenn nur zwei dieser vier Krankenkassen zugestimmt hätten, gäbe es jetzt in Österreich Vertragspsychotherapeuten. Die Tiroler und die Vorarlberger Gebietskrankenkasse bevorzugten eigenständige, bessere Lösungen, der Bauernkrankenkasse schien der erwartete Aufwand nicht finanzierbar.

Innerhalb des Psychotherapeutenverbandes war nach langen Diskussionen nur ganz knapp die nötige Zweidrittelmehrheit für den Psychotherapie-Gesamtvertrag erreicht worden. Zahlreiche Psychotherapeuten waren kritisch eingestellt, vor allem wegen der über das Psychotherapiegesetz hinausgehenden Anforderungen an Kassen- und Wahlpsychotherapeuten, die dazu geführt hätten, dass die Patienten zahlreicher Psychotherapeuten, die diese Zusatzbedingungen nicht erfüllt hätten, keinen Kostenersatz von den Krankenkassen erhalten hätten. Daneben erschien der angebotene Stundentarif von S 650,00, d.h. € 47,30, vielen Psychotherapeuten zu gering.

Die zusätzlichen Anforderungen, vor allem mehr klinische Erfahrung der Kassen- und Wahlpsychotherapeuten, sollten vordergründig zwar der Qualitätssicherung dienen, waren letztlich aber auch als Mittel zur Verminderung der Zahl der zu finanzierenden Psychotherapeuten gedacht, um die Kosten für psychotherapeutische Behandlungen leichter begrenzen zu können.

Aufgrund der finanziellen Probleme der Krankenkassen und einiger grundsätzlicher Probleme ist auch in den nächsten Jahren mit keinem Gesamtvertrag für Psychotherapie zu rechnen. Die Krankenkassen stopfen mit den eingehobenen Beiträgen für Psychotherapie die Löcher in anderen Bereichen des Medizinsystems und gestehen *keine Zweckbindung* der eingenommenen Versicherungsbeiträge zu. Derzeit werden beschämende 0,2 % des Gesundheitsbudgets für Psychotherapie ausgegeben.

Der Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger versicherte am 16.4.1999 allen Abgeordneten zum Nationalrat: „Eindeutiges Ziel der Selbstverwaltung des Hauptverbandes ist es, jedem im Sinne der Sozialversicherungsgesetze kranken Anspruchsberechtigten, der Psychotherapie benötigt, die Inanspruchnahme auf Krankenschein zu ermöglichen.“

Es stimmt nachdenklich, dass es nicht einmal in den letzten Jahren, in denen eine Gesundheitsministerin mit Psychotherapieausbildung tätig war, gelungen ist, einen Gesamtvertrag für Psychotherapie, d.h. eine Psychotherapie auf Krankenschein für alle, zustande zu bringen. Immer wieder neue Hürden und Verzögerungstaktiken bestimmten die Bemühungen um einen Kassenvertrag.

Die Aussichten auf einen Gesamtvertrag werden als günstiger beurteilt, wenn alle Psychotherapeuten in Form einer *Kammer* organisiert sind, was derzeit nicht der Fall ist. Seit einigen Jahren gibt es daher im Konsens mit dem ÖBVP, bei dem eine freiwillige Mitgliedschaft besteht (nur die Hälfte der Psychotherapeuten ist derzeit im Berufsverband organisiert), politische Bestrebungen zur Etablierung einer Psychotherapeutenkammer. Der fertig ausgearbeitete Gesetzesentwurf konnte in der letzten Legislaturperiode bis Sommer 2006 jedoch nicht mehr verabschiedet werden. Eine von der Gesundheitsministerin in Auftrag gegebene Befragung aller Psychotherapeuten im Herbst 2006 soll durch eine hohe Zustimmungsquote den politischen Konsens erleichtern. Alle Ärztlichen und Psychologische Psychotherapeuten wären dann Pflichtmitglieder – was nicht alle wollen, denn die Ärzte sind bereits Ärztekammer-Mitglieder und die Psychologen streben eine eigene Kammer-Regelung an.

Seit 1992 gleich gebliebener Kostenzuschuss der Krankenkassen

Die meisten Krankenkassen gewähren einen seit 1992 gleich gebliebenen (!) *freiwilligen Kostenzuschuss* von € 21,80 (seinerzeit S 300,00) pro Stunde (für 90 Minuten Gruppentherapie € 7,27). Einige kleinere Krankenkassen, wie etwa die Krankenfürsorgeanstalten, zahlen einen höheren Zuschuss. Die großen Krankenkassen, namentlich die Gebietskrankenkassen, haben niemals eine Erhöhung des Kostenzuschusses als Übergangslösung bis zu einem Kassenvertrag angeboten.

Die ersten 10 Therapiestunden sind antragsfrei. Nach der 10. Stunde wird der Kostenzuschuss nur dann gewährt, wenn der Versicherte vorher einen *Antrag auf eine Therapieverlängerung* bei seiner Krankenkasse gestellt hat. Rechtlich gesehen sucht der Versicherte um eine Therapieverlängerung an und nicht der Psychotherapeut. Dazu gibt es ein *Antragsformular*, das bei den Krankenkassen bzw. auch bei vielen Psychotherapeuten erhältlich ist.

Der Psychotherapeut muss auf dem Formular verschiedene *Fragen* beantworten, die nicht die Verschwiegenheitsverpflichtung verletzen: Art des Antrags (Therapieverlängerung, Therapeutenwechsel), Zahl der beantragten Sitzungen, Art der Therapie (Einzel- oder Gruppentherapie), vorgesehene Psychotherapiemethode, ICD-10-Diagnose mit Code, Angaben zum bisherigen Therapieverlauf ohne Therapieinhalte (Krankheitsbild bereits gebessert bzw. noch nicht gebessert), geplante Sitzungsfrequenz, Begründung bei Therapeutenwechsel, sonstige wichtige Anmerkungen für die Bearbeitung des Bewilligungsantrages. Im Bundesland Salzburg müssen die Therapeuten dagegen ein umfangreiches Antragsformular mit vielen Fragen ausfüllen.

Berichte an Krankenkassengutachter wie in Deutschland werden von den Psychotherapeuten nicht verlangt. In bestimmten Fällen nehmen die Krankenkassen Überprüfungen vor, indem die Versicherten vorgeladen werden, doch gibt es hier unterschiedliche Vorgangsweisen. Zur Vermeidung von Problemen empfiehlt sich ein rascher Antrag auf den Kassenzuschuss nach der 10. Therapiestunde (am besten schon vor der 4. Stunde). Die Krankenkassen genehmigen die weitere Psychotherapie meist problemlos. Es können maximal 50 weitere Stunden beantragt werden, danach wiederum Stunden in derselben Höhe usw. Eine Stundenhöchstzahl für den Kostenzuschuss ist nicht festgelegt.

Der Kostenzuschuss wird für alle 21 anerkannten Psychotherapiemethoden und für alle in die Psychotherapeutenliste eingetragenen Therapeuten gewährt. Ein Therapeutenwechsel ist möglich, muss jedoch gemeldet werden anhand desselben Formulars, mit dem auch die Therapieverlängerung beantragt wird.

Alle Psychotherapeuten können *direkt* aufgesucht werden, ohne ärztliche Überweisung. Der Kassenzuschuss wird jedoch nur dann gewährt, wenn zu Beginn der Psychotherapie (vor der zweiten Stunde) die *Bestätigung einer ärztlichen Untersuchung* (Ausschluss einer organischen Ursache der therapiebedürftigen Störung) eingeholt wird; diese ist später zusammen mit der Honorarnote und dem Zahlungsbeleg an die Krankenkasse einzusenden.

Notdürftige Übergangslösungen einer psychotherapeutischen Grundversorgung

Nach der unverbindlichen *Honorarordnung* des Österreichischen Berufsverbandes für Psychotherapie (www.psychotherapie.at) beträgt der Tarif für eine Stunde (50 Minuten) Einzel- bzw. Paartherapie mindestens € 66,00 und höchstens € 132,00, für eine Doppelstunde (90 Minuten) Gruppentherapie mindestens € 25,00 und höchstens € 44,00. Aus sozialen Gründen kann jedoch ein geringeres Honorar vereinbart werden. Diese Tarife ermöglichen vielen Patienten keine Psychotherapie in der freien Praxis.

In verschiedenen Bundesländern gibt es *regionale Lösungen*, um zumindest den ärmeren Bevölkerungsschichten eine kostenlose psychotherapeutische Grundversorgung anbieten zu können. Dabei arbeiten vor allem die Gebietskrankenkassen, bei denen 75 % der Österreicher versichert sind, mit regionalen Vereinen zusammen, die wiederum mit einer bestimmten Anzahl von Psychotherapeuten zusammenarbeiten; diese behandeln bedürftige Patienten entweder in ihrer Praxis oder in den Räumen bestimmter Einrichtungen.

Diese Therapieangebote stellen aus der Sicht des ÖBVP-Präsidiums eine *Umgehung* der Bestimmungen dar, die laut *Allgemeinem Sozialversicherungsgesetz (ASVG)* gesetzlich zur psychotherapeutischen Versorgung im ambulanten Bereich vorgesehen sind. Sie beruhen nicht auf einer Vertragspartnerschaft zwischen den Krankenkassen und dem ÖBVP, der gesetzlich anerkannten offiziellen Interessenvertretung der Psychotherapeuten.

Diese Teillösungen sind unter Psychotherapeuten vor allem auch deswegen heftig umstritten, weil die Gefahr besteht, dass aus den gut gemeinten Notlösungen ein inakzeptabler Dauerzustand wird, der dem ASVG widerspricht. Die Befürworter dieser *Notlösungen* unter den Psychotherapeuten führen soziale Gründe ihres Handelns an. Die Krankenkassen haben derzeit, wo keine Einigkeit unter den Psychotherapeuten hinsichtlich der besten Vorgehensweise herrscht, ein leichtes Spiel mit den Psychotherapeuten und können ihre Bedingungen einseitig diktieren.

Gegenwärtig zeigt sich eine erhebliche *Ungleichstellung* der Versicherten: Eine sehr kleine Gruppe kommt in den Genuss einer kostenlosen Psychotherapie, während die anderen aufgrund des geringen Kassenzuschusses von € 21,80 einen hohen Selbstbehalt zu tragen haben.

Die Krankenkassen sprechen oft irreführend von einer (nicht wirklich für alle Versicherten gegebenen) „*Psychotherapie auf Krankenschein*“ und sparen dabei auf Kosten des Großteils ihrer Psychotherapie-Bedürftigen (bis zu 5 % der Bevölkerung benötigen eine Psychotherapie).

In Österreich besteht derzeit der *traurige Umstand*, dass viele Menschen im Rahmen einer ärztlichen und klinisch-psychopsychischen Untersuchung auf Krankenkassenkosten als psychisch krank diagnostiziert werden, die dann bei ihrer Krankenkasse keinen Anspruch auf kostenlose psychotherapeutische bzw. klinisch-psychologische Behandlung ihrer psychischen Störung haben.

2. Wesensmerkmale der Psychotherapie

Umfassende Beschreibung von Psychotherapie

Psychotherapie heißt wörtlich übersetzt „*Behandlung der Seele*“. Psychotherapie ist eine von vielen psychosozialen Hilfsmöglichkeiten, speziell eine bewusste und systematisch geplante, zielgerichtete, verbale, aber auch averbale interaktionelle Behandlung psychischer und psychisch beeinflusster körperlicher Störungen mit psychologischen Mitteln auf der Basis einer Theorie (Menschenbild, Krankheitslehre) und lehrbaren Technik, die wissenschaftlich als effizient ausgewiesen ist.

Allgemein formuliert ist Psychotherapie ein angemessener und wirksamer, wenngleich nicht der einzige Weg,

- psychische und psychosomatische Störungen, Verhaltensstörungen, Persönlichkeitsstörungen und interaktionelle Störungen zu mildern oder zu heilen,
- körperliche Störungen und deren psychische bzw. psychosoziale Folgen besser zu bewältigen,
- das gesunde Seelenleben wiederherzustellen und die Entfaltung und Reifung des Menschen zu fördern.

Komplexer formuliert ist Psychotherapie

- als Heilbehandlung jede erlernte und geplante Tätigkeit zur Feststellung, Heilung, Linderung und Rehabilitation von psychischen, psychosozialen und psychosomatischen Störungen, psychischen und geistigen Behinderungen sowie körperlichen Erkrankungen, bei denen Psychotherapie hilfreich ist,
- als Mittel zur Förderung und Erhaltung der seelischen Gesundheit jede Intervention zur Reifung und Entwicklung des Behandelten, und zwar
- mithilfe einer wissenschaftlich anerkannten psychotherapeutischen Methode, deren Regeln und Vorgangsweisen lehrbar und überprüfbar sind,
- auf der Grundlage einer Theorie gesunden und krankhaften Verhaltens, d.h. eines bestimmten Persönlichkeitsmodells und einer bestimmten Krankheitslehre (Erklärungsmodell psychischer Störungen),
- in Interaktion zwischen einem oder mehreren Behandelten und einem oder mehreren Psychotherapeuten, d.h. sie beruht auf kommunikativen Vorgängen und unverzichtbaren verbalen Austauschprozessen.

Neben der Krankenbehandlung verfolgt Psychotherapie auch andere Ziele, wie etwa Vorbeugung, Gesunderhaltung und Verbesserung der Lebensqualität, Bewältigung negativer Lebenserfahrungen, Klärung sozialer Beziehungen oder Entwicklung von Ressourcen. Es gibt viele Beschreibungen von Psychotherapie, die alle möglichen Aspekte erfassen sollen.

Psychotherapie

- ist eine auf wissenschaftlichen Methoden beruhende professionelle Dienstleistung für Menschen unterschiedlichen Alters bei der Bewältigung psychischer Störungen und der Beseitigung von psychosozialen Problemen und Konflikten,
- verändert gestörte Verhaltensweisen, Denkmuster, emotionale und motivationale Zustände, Persönlichkeitsanteile und Interaktionsmuster durch die aktive Mitarbeit des Patienten im Rahmen einer vertrauensvollen Beziehung,
- verhilft zur Bewältigung schwieriger Situationen des individuellen, familiären, partnerschaftlichen, sozialen, schulischen und beruflichen Lebens,
- intensiviert das Empfinden, Fühlen, Spüren und körperliche Erleben,
- fokussiert auf die Analyse und Änderung zentraler Denkmuster,
- ermöglicht das Analysieren, Verstehen, Klären und Bewältigen bestimmter Probleme und Symptome sowie deren Zusammenhänge,
- vermittelt ein besseres Verständnis für die eigene Lebensgeschichte durch deren Analyse, kognitive und emotionale Durcharbeitung,
- bietet eine Unterstützung bei unverarbeiteten Erlebnissen und Erfahrungen in der Vergangenheit und gefürchteten Situationen in der Zukunft,
- eröffnet neue Handlungsmöglichkeiten aufgrund besserer Selbsterkenntnis und neuer Fertigkeiten,
- verbessert die Konfliktfähigkeit im Umgang mit inneren und äußeren Konflikten und vermittelt hilfreiche Problemlösungsstrategien, sodass zukünftige Probleme eigenständig lösbar werden,
- dient dem Erwerb und der Festigung bestimmter Fähigkeiten im psychischen und psychosozialen Bereich und beugt im Sinne der Prävention und Prophylaxe dem Ausbruch schwerer psychischer/psychosomatischer Störungen vor,
- unterstützt die Klärung von lebensleitenden Werten, Idealen und Zielen,
- regt zur effektiven und selbstverantwortlichen Gestaltung des Lebens an,
- fördert die Reifung und Entwicklung psychisch gesunder und kranker Menschen,
- aktiviert die inneren Potenziale und Ressourcen, dient der Persönlichkeitsbildung, Selbstverwirklichung und Erreichung persönlicher Lebensziele.

Psychotherapie ist *kein Heilsversprechen*. Nach Freud kann neurotisches Elend in der Therapie oft nur in allgemeines Unglück verwandelt werden. Positiv formuliert, ist das globale Ziel der Psychotherapie nach Freud, dass der Patient wieder *arbeits-, liebes- und genussfähig* wird. Psychotherapeuten können Menschen helfen, ihre Symptome, Beschwerden und Konflikte zu bewältigen und ihre Stärken wiederherzustellen bzw. zu entwickeln, um ihre Lebensmöglichkeiten zu erweitern und ihre Lebensqualität zu verbessern. Es geht nicht nur darum, das Negative abzubauen, sondern vielmehr auch das Gute auszubauen.

Psychotherapie wird in unterschiedlichen *Settings* angeboten:

- *Einzeltherapie*. Die Einzeltherapie ist die häufigste Variante einer Psychotherapie. Sie kann bei Erwachsenen auch kombiniert werden mit der gelegentlichen Einbeziehung des Partners und bei Kindern und Jugendlichen mit der gelegentlichen Einbeziehung wenigstens eines Elternteils.
- *Paartherapie*. Bei Partnerproblemen ist eine Paartherapie dann am sinnvollsten, wenn beide Partner dazu bereit sind.
- *Familientherapie*. Bei Familienproblemen ist oft eine Familientherapie angezeigt oder wenigstens die Einbeziehung jener Familienmitglieder, die durch die aktuellen Probleme besonders betroffen sind.
- *Gruppentherapie*. Eine Gruppentherapie kann das Sozialverhalten in Gruppen wesentlich verbessern und durch die Interaktion mit anderen Personen eine zusätzliche Ausschöpfung der Möglichkeiten der jeweiligen Psychotherapiemethode bieten, sodass sie häufig als Zusatztherapie neben oder nach einer Einzeltherapie eingesetzt wird.

Psychotherapie kann in unterschiedlichen *Arbeitsformen* erfolgen:

- *Therapie im Liegen auf der Couch*. Bei einer Psychoanalyse liegt der Patient auf einer Couch, um unter Entspannungsbedingungen besser frei assoziieren zu können. Dabei sitzt der Analytiker am Kopfende der Couch, sodass der Patient den Psychotherapeuten nicht sehen und dadurch leichter eine Übertragungsbeziehung aufbauen kann, die seine Probleme zum Ausdruck bringt.
- *Therapie im Liegen auf einer Matte am Boden*. Bei einer körpertherapeutischen Behandlung liegt der Patient oft mit dem Rücken auf einer Matte – bei einer Vegetotherapie nach Wilhelm Reich mit angewinkelten Beinen (zwecks guten Bodenkontakts) und einer Atmung durch den geöffneten Mund. Bei einer Bioenergetischen Psychotherapie steht der Patient häufig.
- *Therapie im Sitzen*. Sitzen in einem Stuhl direkt oder schief gegenüber dem Psychotherapeuten mit der Möglichkeit zu regelmäßigem Blickkontakt ist die Körperhaltung bei den meisten Psychotherapiemethoden (auch bei der Tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie).
- *Mischformen*. Bei einigen Therapiemethoden können unterschiedliche Körperhaltungen eingenommen werden, mit einem Wechsel zwischen Sitzen auf einem Stuhl, Stehen, Liegen auf der Couch bzw. auf dem Boden.
- *Einwegspiegel (Reflecting Team)*. Bei einer systemischen Paar- und Familientherapie kann sich ein Therapeutenteam hinter einem Einwegspiegel oder sichtbar im Therapieraum befinden.
- *Therapie in der realen Lebensumwelt*. Eine Psychotherapie kann auch, wie etwa im Rahmen einer verhaltenstherapeutischen Konfrontationstherapie bei Platzangst (Agoraphobie) oder Zwangsstörungen, in der realen Lebensumwelt des Patienten erfolgen (Übungen in der Wohnung oder in der Stadt).

Psychotherapie ist ein Angebot für *alle Altersgruppen*:

1. *Kinder und Jugendliche*. In Deutschland gibt es für Personen bis zum 21. Lebensjahr eine eigene Behandlergruppe, den Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Darauf wird in diesem Buch wenig eingegangen. Bei Kindern und Jugendlichen sind in Deutschland trotz eigenständiger Prüfung der verschiedenen Psychotherapiemethoden bislang nur dieselben drei Richtlinienverfahren wie im Erwachsenenbereich anerkannt. Bei allen anderen Psychotherapieverfahren, wie etwa der Systemischen Therapie, ist in freier Praxis eine private Finanzierung im Rahmen der Heilpraktiker-Regelung erforderlich. Angehörige können in die Therapie des juvenilen Indexpatienten einbezogen werden. Im Bereich der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie besteht in Deutschland eine eklatante Unterversorgung. In Österreich sind Psychotherapeuten aller Methoden zur Behandlung aller Altersgruppen berechtigt. Verschiedene Psychotherapeuten haben sich jedoch durch Zusatzausbildungen und berufliche Erfahrung auf die Behandlung von Kindern und Jugendlichen spezialisiert.
2. *Erwachsene im berufstätigen Alter*. Diese Personengruppe ist die Zielgruppe des vorliegenden Buches, sodass deren Probleme in größerem Umfang dargestellt werden als die Probleme und Symptome von Kindern, Jugendlichen und älteren Menschen. Menschen im Alter von etwa 20–60 Jahren standen schon immer im Mittelpunkt psychotherapeutischer Behandlungsansätze.
3. *Ältere Menschen*. Gerontopsychotherapie ist die psychotherapeutische Behandlung von älteren Menschen, für die es weder in Deutschland noch in Österreich vom Gesetz her spezielle Behandlungsvoraussetzungen gibt. Die jeweiligen Psychotherapeuten haben jedoch meist durch Zusatzqualifikationen und berufliche Erfahrung eine spezielle Kompetenz erlangt. Im Gegensatz zu früheren Auffassungen ist eine Psychotherapie bei älteren Menschen sehr hilfreich und sinnvoll. Psychische Erkrankungen sind auch bei älteren Menschen stark im Ansteigen begriffen, sodass eine psychotherapeutische Behandlung eine wichtige Ergänzung der oft nur rein medikamentösen (antidepressiven) Therapie darstellt. Aufgrund des stark ansteigenden Anteils älterer Menschen an der Gesamtbevölkerung ist die Gerontopsychotherapie nicht nur aus menschlicher, sondern auch aus volkswirtschaftlicher Sicht von großer Bedeutung. Aufgrund der Lebenssituation stehen bei älteren Menschen ganz bestimmte Themen im Vordergrund der Behandlung. Häufig ist die Psychotherapie zu ergänzen durch ein Training spezieller Fertigkeiten zur Erhaltung möglichst großer Eigenständigkeit der Betroffenen sowie durch die Einbeziehung der Angehörigen, um diese bei der Betreuung des älteren Menschen zu unterstützen und zu beraten. Eine multiprofessionelle Behandlung durch die Zusammenarbeit mit anderen relevanten Berufsgruppen im Sinne sozial- und milieutherapeutischer Maßnahmen ist sehr wichtig.

Methodenspezifische Therapie

Der Methodenstreit der Vergangenheit

Das Wort „*Methode*“ stammt aus dem Altgriechischen und bedeutet „*Weg*“. Psychotherapiemethoden sind verschiedene Wege, wie Psychotherapeuten Menschen mit inneren Konflikten, Lebenskrisen, Orientierungsproblemen, psychosozialen Belastungen, zwischenmenschlichen Spannungen, psychischen und psychosomatischen Störungen helfen können. Es gibt nicht *die* Psychotherapie als Behandlungsmethode für psychische bzw. psychosomatische Probleme, sondern zahlreiche Methoden, die im Wettstreit miteinander stehen.

Trotz verschiedener Unterschiede weisen seriöse Psychotherapiemethoden folgende *gemeinsame Merkmale* auf: eine nachvollziehbare Störungstheorie (Krankheitslehre), Behandlungsmethoden, die zur Besserung oder Heilung führen, eine gewisse Anwendungsbreite (Indikation) und überprüfbare Belege der Wirksamkeit der Behandlung. Implizit oder explizit haben die verschiedenen Therapiemethoden auch bestimmte Vorstellungen von Gesundheit und vertreten ein bestimmtes Menschenbild.

In der Vergangenheit nahmen verschiedene Methoden gegenüber den anderen einen oft sehr kämpferischen oder gar polemischen Standpunkt ein. Dies zeigt sich auch in dem Bestreben, durch Wirksamkeitsstudien das eigene Verfahren als effizient auszuweisen und die anderen Methoden als weniger wirksam abzuqualifizieren. Neuere Psychotherapiemethoden entstanden in Abgrenzung gegenüber älteren Verfahren.

Die *Entwicklung der Psychotherapie* ist charakterisiert durch das Bemühen, die jeweils bestehenden Methoden zu ergänzen und zu erweitern, sodass innerhalb einer großen Bewegung, wie etwa der Analytischen, Humanistischen und Systemischen Psychotherapie, verschiedene Untergruppierungen mit bestimmten Differenzierungen entstanden. Wo dies nicht möglich war, weil die etablierten Schulen dies nicht zuließen oder die Neugründer dies gar nicht wollten, wurde aus der Differenzierung und Abgrenzung der neuen Methode eine alternative Bewegung, die in Opposition zu den bisherigen Verfahren auftrat.

Jede Psychotherapiemethode betont *ganz bestimmte Aspekte*. Manche Psychotherapieverfahren, wie etwa die psychoanalytischen Methoden, konzentrieren sich auf die Förderung von Einsicht in die Ursachen und Zusammenhänge zwischen den aktuellen Beschwerden einerseits und den lebensgeschichtlichen Hintergründen andererseits und zielen eher auf eine Veränderung der Persönlichkeit als auf eine rasche und direkte Veränderung der vordergründigen Symptomatik ab. Andere Verfahren, wie etwa die Verhaltenstherapie und die Systemische Kurzzeittherapie, bemühen sich um rasche Symptom- und Problembewältigung, ohne Bearbeitung der Lebensgeschichte und Veränderung der Persönlichkeit. Tiefenpsychologische Therapeuten möchten eher die Probleme aus der Herkunftsfamilie therapieren, systemische Psychotherapeuten eher die Probleme in der gegenwärtigen Familiensituation.

Die humanistischen Psychotherapiemethoden fördern primär das emotionale Erleben im Hier und Jetzt, die Begegnung mit sich selbst in der Gegenwart, ohne dabei – wie die Psychoanalyse – das emotionale Erleben auf dem Hintergrund der frühkindlichen Lebenssituation zu vertiefen, und ohne – wie die Verhaltenstherapie – die Therapie nach konkreten, in Verhaltenskategorien definierten Zielen und nach einem systematisch geplanten Behandlungsablauf auszurichten. Logotherapeuten und Existenzanalytiker konzentrieren sich oft auf Sinn und Werte, die das Leben bestimmen.

„*Viele Wege führen nach Rom*“, heißt eine Redewendung. Auch in der Psychotherapie können verschiedene Vorgangsweisen zum *gleichen Ziel* führen, nämlich zur Verminderung des Leidensdrucks und zur Verbesserung der Lebensqualität. Gefühle, Gedanken und sichtbares Verhalten hängen eng zusammen. Veränderungen des Denkens (neue Sichtweisen) führen zu Änderungen im Verhalten. Rasche Änderungen im Verhalten bewirken auch Änderungen der Denkmuster. Die Veränderung der Gefühle dauert etwas länger. Veränderungen werden für jenen Bereich zuerst angestrebt, für den sie am wichtigsten erscheinen oder am schnellsten erreichbar sind.

Heute ist klar: Die Psychotherapiemethode allein macht noch keinen Therapieerfolg aus. Die im deutschen Kassensystem zugelassenen Verfahren (Psychoanalyse und Verhaltenstherapie) beruhen in ihrer Effizienz oft auch noch auf anderen Faktoren und Vorgangsweisen als den behaupteten Techniken.

Integrative Psychotherapie-Konzepte

Im klinischen Alltag haben theoretisch unterschiedlich orientierte Therapeuten erstaunlich *ähnliche Vorgangsweisen*. Sie arbeiten integrativ, indem sie Aspekte aus verschiedenen Methoden gleichermaßen berücksichtigen. Jenseits des Schulenstreits gibt es schon seit langem Bemühungen, die verschiedenen Methoden zum Wohle des Patienten miteinander zu verbinden, entweder im Sinne einer Einheitstherapie oder in Form der Integration in die eigene Methode.

Immer mehr Psychotherapeuten gehen von den konkreten Problemen des Patienten aus und bieten im Rahmen einer tragfähigen Beziehung ihre Hilfeleistung bei der Bewältigung der aktuellen Beschwerden und Störungen an. Erfolgreiche Therapeuten unterschiedlicher Schulen hören dem Patienten einfach zu, gehen auf seine Darstellungen ein, stellen Zusammenhänge her, bieten Erklärungen, Deutungen und Rückmeldungen an, versetzen sich in die Welt des Patienten mit seinen Gefühlen, Gedanken und Erlebnissen und versuchen ihn aus seiner Perspektive heraus zu verstehen, akzeptieren und wertschätzen ihn als Menschen in seinem Sosein, konfrontieren ihn aber auch mit dem, was nötig erscheint, halten trotz aller Vertrautheit und emotionalen Nähe eine gewisse Distanz ein, geben ihm das Gefühl, dass sie ihn unterstützen, ohne deswegen ihre Unabhängigkeit und neutrale Position zugunsten einer Parteinahme für ihn aufzugeben.

Technischer Eklektizismus

Man spricht von „*eklektischen*“ *Therapiekonzepten*, wenn Psychotherapeuten in der klinischen Praxis nach eigenen Vorstellungen bestimmte Techniken aus verschiedenen Psychotherapiemethoden miteinander verbinden. Zahlreiche bekannte Therapeuten bevorzugen eine eklektische, d.h. auswählende Vorgangsweise.

Dieser Ansatz mag in der konkreten Therapiesituation durchaus vernünftig und hilfreich sein, ist letztlich jedoch unbefriedigend. Der Therapeut springt dabei nach Belieben zwischen verschiedenen therapeutischen Denksystemen hin und her, anstatt auf der Basis eines einheitlichen theoretischen Konzepts vorzugehen. Daraus ergibt sich im klinischen Alltag leicht eine unreflektierte Praxis, eine chaotische Vielfalt und ein therapeutischer Wildwuchs.

Theoretische Methodenintegration

Schon seit den 1950er-Jahren gibt es Versuche, die damals dominierenden Psychotherapiemethoden, nämlich die Psychoanalyse und die lerntheoretisch orientierte Verhaltenstherapie, zu einem einheitlichen Therapiemodell zu verschmelzen. Letztlich konnte sich keines der verschiedenen integrativen Konzepte durchsetzen. Die Verbindung von Methoden, die jeweils auch ihre Schwächen aufweisen, garantiert noch keineswegs eine Super-Methode.

Später entstanden zwei Psychotherapiemethoden, die sich bereits vom Namen her als integrativ bezeichnen und mit dem Namen von *Hilarion Petzold* verbunden sind: die Integrative Gestalttherapie und die Integrative Therapie.

Petzold hat sich um die Integration verschiedener Psychotherapiemethoden große Verdienste erworben. Er entwickelte bereits in den 1970er-Jahren ein *tetradisches Modell*, das im Rahmen eines vierstufigen Therapieablaufs auf unterschiedliche therapeutische Verfahren zurückgreift:

1. *Initialphase*. In der Phase der Orientierung geht es neben dem therapeutischen Beziehungsaufbau um das Kennenlernen und Sammeln des Materials.
2. *Aktionsphase*. In der Phase der Aktion wird das Material unter starker emotionaler Beteiligung aufgearbeitet. Dabei können humanistische, tiefenpsychologische, systemische und verhaltenstherapeutische Strategien hilfreich sein.
3. *Integrationsphase*. Danach geht es um Neuordnung und Aufarbeitung des emotionalen Geschehens. Hier sind stärker einsichtsorientierte (tiefenpsychologische oder kognitiv orientierte) Therapiemethoden von großer Bedeutung.
4. *Konsolidierungs- oder Neuorientierungsphase*. In der Stabilisierungsphase sind oft verhaltensorientierte Strategien zur Etablierung und Stabilisierung neuer Verhaltensweisen sehr hilfreich.

Integratives Vorgehen auf der Basis einer ausgewiesenen Methode

Es ist nach wie vor sinnvoll und im Rahmen von kassenfinanzierten Psychotherapien sogar notwendig, eine bestimmte *erlernte Psychotherapiemethode als Basistherapie* zu verwenden. Die Erkenntnisse und Strategien anderer Psychotherapieverfahren sollten nur auf der Grundlage einer ganz bestimmten Methode integrativ eingesetzt werden.

Nach dem deutschen Psychotherapeutengesetz und nach dem österreichischen Psychotherapiegesetz wird man nur Psychotherapeut durch die Absolvierung einer ganz bestimmten Methode, die in Theorie und Praxis zu erlernen und in Selbsterfahrung am eigenen Leib zu erproben ist. Berufsanfänger arbeiten viel eher ausschließlich nach der erlernten Methode als langjährig berufstätige Therapeuten, die oft schulenübergreifend und integrativ vorgehen.

Erfahrene Psychotherapeuten unterschiedlicher Methoden arbeiten in der klinischen Praxis ähnlicher, als dies durch ihre schulspezifische Ausbildung zu erwarten wäre. Der Streit zwischen Psychoanalyse und Verhaltenstherapie verliert zumindest in der Psychotherapieforschung an Bedeutung.

Methodenintegration ist modern: Psychoanalytiker berücksichtigen – vor allem in stationären Einrichtungen – verhaltenstherapeutische Konzepte zur rascheren Symptombewältigung (z.B. bei Angststörungen und Depressionen), Verhaltenstherapeuten integrieren psychoanalytische, humanistische und systemische Konzepte. Der verhaltenstherapeutisch orientierte *Selbstmanagement-Ansatz* von Kanfer, Reinecker & Schmelzer ist ein methodenoffenes Konzept.

In der Psychotherapie werden allgemein *vier Grundströmungen* unterschieden, die sich derzeit nicht im Sinne einer theoretischen Methodenintegration miteinander verbinden lassen: analytische bzw. tiefenpsychologische Ansätze, verhaltenstherapeutische Ansätze, humanistische Ansätze, systemische Ansätze.

Die Ausbildung der Psychotherapeuten nach verschiedenen Methoden wird wohl auch in Zukunft unerlässlich sein, in zunehmendem Ausmaß müssen dabei aber auch wichtige Aspekte anderer Methoden berücksichtigt werden, zumindest in Form der Weiterbildung in anderen Verfahren neben oder nach Abschluss einer staatlich anerkannten Psychotherapiemethode.

Die Überschreitung des Schulendenkens ist nach Auffassung vieler Fachleute für die Weiterentwicklung der Psychotherapie in wissenschaftlicher und beruflicher Hinsicht unbedingt nötig. In der klinischen Praxis ist ein *integrativer Behandlungsansatz* geradezu eine ethische Notwendigkeit. Psychisch kranke Menschen haben das Recht auf die Behandlung mit allen als wirksam erwiesenen psychotherapeutischen Möglichkeiten, um eine Milderung oder Beseitigung ihres Leidensdrucks zu erfahren.

Manche Autoren nennen *fünf therapieschulenübergreifende Wirkfaktoren*: therapeutische Beziehung, Erfolgserwartung, Problemkonfrontation, kognitive Kontrolle über das Problem und Erfolgs- bzw. Misserfolgzuschreibungen durch Patienten.

Die Erarbeitung einer methodenübergreifenden Theorie und Praxis der Psychotherapie bleibt für viele Therapeuten ein großes Ziel in der Zukunft, gegenwärtig ist es bereits als Fortschritt anzusehen, wenn im klinischen Alltag die Grabenkämpfe, gegenseitigen Abwertungen und Feindseligkeiten von Therapeuten unterschiedlicher Methoden abnehmen zugunsten von mehr Verständnis für einander und von mehr Zusammenarbeit im Interesse der leidenden Bevölkerung.

In der momentanen Situation der leeren Kassen im Gesundheitssystem fällt es den verschiedenen Psychotherapiemethoden oft sehr schwer, ihre egoistischen Interessen zurückzustellen und im Laufe der Zeit erworbene Machtansprüche aufzugeben. Schließlich geht es vor allem in Deutschland darum, welche Methoden in den Kreis der kassenfinanzierten Psychotherapie aufgenommen werden. In Zeiten knapper werdender Geldmittel wird der Profilierungsdruck größer, die eigene Methode als wirksamer auszuweisen als die anderen, um damit leichter an die Geldtöpfe heranzukommen bzw. den bereits zugewiesenen Platz besser verteidigen zu können. Die *Berufsvertretungen* der Psychotherapeuten und der Psychologen fordern die Anerkennung aller seriösen Psychotherapiemethoden.

Auf dem Weg zu einer Allgemeinen Psychotherapie?

Psychotherapeuten wie der 2005 verstorbene Klaus Grawe geben sich mit den erwähnten integrativen Ansätzen nicht zufrieden. Sie möchten die verschiedenen Methoden mit ihrem einengenden Denken in Schulen überwinden zugunsten einer „*Allgemeinen Psychotherapie*“ oder „Psychologischen Psychotherapie“, die alle wissenschaftlich als wirksam erwiesenen Therapieelemente umfassen sollte.

Nach Grawe haben die verschiedenen Schulen in der Psychotherapie eine nützliche Funktion erfüllt. Sie haben therapeutische Vorgehensweisen konzipiert, erprobt und kultiviert, Therapeuten in der Anwendung dieser Vorgehensweisen ausgebildet und auf eine möglichst breite Anwendung der Vorgehensweisen hingewirkt. Die Zeit für eine schulenartig betriebene Psychotherapie sei jedoch abgelaufen. Frei nach Schiller könnte man sagen: „Der Mohr hat seine Schuldigkeit getan, der Mohr kann gehen.“

Keine einzige Psychotherapiemethode sei von ihren theoretischen Konzepten her in der Lage, die Gesamtheit der gesicherten Fakten auf dem Gebiet der Psychotherapie auch nur annähernd vollständig zu erklären. Jede Psychotherapiemethode nehme nur einen Bruchteil der Möglichkeiten wahr, die nachweislich geeignet seien, Menschen mit psychischen Störungen und Problemen wirksam zu helfen. Sowohl unter dem Wahrheits- als auch unter dem Nützlichkeitsaspekt seien alle Psychotherapiemethoden überholt. Die Zukunft der Psychotherapie liege in der therapieschulenübergreifenden Nutzung der bisher erarbeiteten Erkenntnisse. Schulen seien mittlerweile ein Hemmschuh.

Psychotherapiemethoden stellen nach allgemeiner Auffassung *Schwerpunktsetzungen* dar. Es stellt sich die Frage, ob gegenwärtig und in nächster Zeit tatsächlich eine allumfassende psychotherapeutische Einheitsmethode die Lösung des Schulenstreits und der Begrenztheit der verschiedenen Psychotherapiemethoden darstellt. Welche Studien, Gremien und Experten sollen bestimmen, was in der Psychotherapie als allgemein anerkannt gilt und wie neue Erkenntnisse in die Basiskonzepte integriert werden sollen?

Grundsätzlich besteht *kein Widerspruch* zwischen der faktischen Präsentation der Psychotherapie in Form verschiedener Methoden und dem sinnvollen Bemühen um Methodenintegration. Die unterschiedlichen Vorlieben, Interessen und Werthaltungen der Psychotherapeuten und der Patienten lassen sich in einer pluralistischen Gesellschaft derzeit nicht durch das Konzept einer Allgemeinen Psychotherapie auflösen, sondern erfordern weiterhin differenzierte therapeutische Angebote, jedoch unter Berücksichtigung von Aspekten, die von anderen Psychotherapiemethoden betont werden.

Nach *Grawe* beruht eine erfolgreiche Psychotherapie neben dem grundlegenden Aspekt einer guten Therapiebeziehung auf *vier zentralen Wirkfaktoren*, die er als Grundlage einer Allgemeinen Psychotherapie betrachtet.

Ressourcenorientierung

Therapeuten helfen Patienten dann am schnellsten und besten, wenn sie an den Möglichkeiten, Fähigkeiten, Eigenarten und Motivstrukturen der Patienten ansetzen. Die *Aktivierung von Ressourcen* innerhalb und außerhalb der Person, die Erkenntnis und Wiederentdeckung der eigenen Stärken anstelle der Fixierung auf die Probleme, Symptome und Defizite und die Bestärkung der eigenen Potenziale zur Lösung von Problemen fördern den Prozess der Heilung. Die Entwicklung von Vertrauen in die eigene Person und die Hoffnung auf die Wirksamkeit des eigenen Verhaltens unterstützen die Veränderungsmotivation.

Effiziente therapeutische Strategien sind nur dann voll wirksam, wenn sie an die *spezielle Situation des Patienten* angepasst werden, d.h. der Psychotherapeut muss das Therapiekonzept auf den Patienten abstimmen. Die Art der Motivation und der Umfang der Ressourcen des Patienten sind von zentraler Bedeutung für eine erfolgreiche therapeutische Beziehungsgestaltung und eine Gewinn bringende Auswahl der therapeutischen Strategien. Der Ansatz bei den positiven Ressourcen bezieht sich nicht nur auf die Aktivierung dessen, was der Patient bereits kann, sondern auch auf die Förderung dessen, was er gerne lernen möchte, und auf die Berücksichtigung dessen, wozu er motiviert ist und wozu nicht.

Eine optimale Ressourcenaktivierung nutzt auch die zwischenmenschlichen Beziehungen des Patienten. *Soziale Unterstützung* durch die Angehörigen bestärkt den Selbstwert, erleichtert die Bewältigung von Problemen und fördert veränderungsorientierte therapeutische Interventionen.

Problemaktualisierung

Psychotherapien sind dann besonders wirksam, wenn Patienten ihre Probleme in der Therapie realitätsnahe und unmittelbar durchleben und nicht nur besprechen und analysieren. Patienten sollen über ihre Probleme nicht nur diskutieren, sondern diese in der Therapie auf der Ebene der Gefühle, der Körperreaktionen und des beobachtbaren Verhaltens *aktuell erleben* und auf allen Sinneskanälen möglichst *lebendig erfahren*, um eine andere und bessere Bewältigung ihrer Probleme zu erreichen.

Es geht um die *Vermittlung neuer, korrigierender emotionaler Erfahrungen* durch die Auseinandersetzung mit den konkreten Problemen auf der Ebene intensiver Vorstellungen und lebendiger Vergegenwärtigungen von Problemsituationen (z.B. „Stellen Sie sich die gefürchtete Situation ganz intensiv vor“) oder in Form von emotionsaktivierenden Konfrontationen mit realen Situationen. Auf diese Weise werden Auslöser, Abläufe und Konsequenzen der Probleme erfahrbar und bewältigbar. *Erlebnisaktivierende Psychotherapien* beschleunigen die Lösung von Problemen, weil durch konkrete Erfahrungen die problem erzeugenden Situationen wiederhergestellt und dadurch leichter bewältigbar werden.

Aktivierung und Bewältigung emotional belastender Situationen erfordern

- eine Gruppentherapie bei generalisierten zwischenmenschlichen Problemen,
- eine Paartherapie bei Partnerproblemen,
- eine Familientherapie oder die Einbeziehung relevanter Familienmitglieder bei Familienproblemen,
- eine Konfrontation mit der konkreten Alltagsrealität durch Aufsuchen relevanter Orte bei Platzangst (Agoraphobie) oder Waschzwängen.

Aktive Problembewältigung

Nach der Wiederbelebung der Probleme, der intensiven Aktivierung alter Gefühle und der vertieften Einsicht und besseren Selbsterkenntnis benötigen viele Patienten *konkrete Anleitungen* und *Hilfestellungen*, wie etwa bestimmte Strategien, Techniken und Übungen zur Überwindung der anstehenden Probleme und zur Verbesserung ihrer Fähigkeiten und Fertigkeiten.

Eine Psychotherapie, die die *Bewältigungsperspektive* ernst nimmt, unterstützt die Patienten mehr oder weniger aktiv und konkret bei der Bewältigung ihrer Probleme und Symptome durch die gemeinsame Entwicklung von *Problemlösestrategien*, jedoch in einer Weise, dass dadurch ihre Selbsthilfekompetenz gestärkt wird. Die einzelnen Maßnahmen können je nach Problembereich sehr unterschiedlich sein. Eine aktive Hilfe bei der Problembewältigung ist erst nach der kognitiv-affektiven Klärung angezeigt.

Motivationale Klärung

Patienten benötigen *plausible Erklärungsmodelle* (Psychoedukation) bezüglich der Entstehung und Aufrechterhaltung ihrer Probleme, um mehr Einsicht in die Ursachen und Zusammenhänge ihrer Probleme und Symptome zu gewinnen und ihre Therapiemotivation zu verbessern. Patienten fragen oft: „Warum bin ich so, wie ich bin? Warum verhalte ich mich so und nicht anders? Was will ich eigentlich erreichen, wenn ich mich nicht mehr durch Symptome bestimmen lasse?“ Der Prozess der Selbstreflexion ermöglicht den Patienten, sich auf dem Hintergrund ihrer Lebensgeschichte besser zu verstehen.

Unter der *Klärungsperspektive* geht es um das *Fördern von Einsicht und Selbsterkenntnis*. Die Bereitschaft zur aktiven Problembewältigung ist erst möglich, wenn die Patienten ihr Erleben und Verhalten in Zusammenhang mit bewussten und unbewussten Zielen und Werten sowie in Bezug auf ihre Lebensgeschichte verstehen und ihre Grundannahmen und Befürchtungen verändern.

Die Unterscheidung zwischen klärungs- und bewältigungsorientierten Vorgangsweisen und deren Beachtung in der Psychotherapie ist von großer Bedeutung für den guten Verlauf der Therapie. Der Versuch einer raschen Problembewältigung mit an sich hilfreichen Methoden wird zumindest bei jenen Patienten scheitern, die hohen Klärungsbedarf bezüglich Herkunft, Hintergründen und Zusammenhängen ihrer Probleme und Beschwerden haben.

Konkret heißt dies, dass die bewältigungsorientierte Durchführung einer verhaltenstherapeutischen Konfrontationstherapie bei Platzangst (Agoraphobie), eine Aktivierungstherapie bei Depressionen oder eine Lebensstiländerung bei Essstörungen oder schädlichem Alkoholgebrauch zum Scheitern verurteilt ist, wenn der Patient im Sinne einer motivationalen Klärung vorerst einmal das Bedürfnis hat, sich auf dem Hintergrund seiner früheren und aktuellen Lebenssituation besser verstehen und seine momentanen Gefühle besser wahrnehmen zu lernen. Vielen Patienten ist vorheriges Verstehen ihrer Person wichtiger als rasche Änderung.

Die früher übliche Gegenüberstellung von einsichtsorientierten und „*aufdeckenden*“ Therapieverfahren, wie etwa der Psychoanalyse, und üben und „*zudeckenden*“ Verfahren, wie etwa der Verhaltenstherapie, im Sinne einer Entweder-Oder-Haltung sollte einer „Sowohl-als-auch-Einstellung“ Platz machen. Die meisten Patienten benötigen sowohl die Klärungsperspektive als auch die Bewältigungsperspektive als einander ergänzende Perspektiven zur erfolgreichen Behandlung ihrer Störung.

Nach Grawe ist es eine *überholte Vorstellung*, in der Psychoanalyse nur die Einsicht (motivationale Klärung) zu suchen, bei Humanistischer Psychotherapie (z.B. Klientenzentrierter Psychotherapie oder Gestalttherapie) nur die Gefühlsaktivierung (Problemaktualisierung) und in der Verhaltenstherapie nur die konkrete Handlungsanleitung (Problembewältigung).

Methodenspezifische Akzentuierungen

Die verschiedenen Psychotherapiemethoden betonen *unterschiedliche Zugänge* in der Behandlung von Menschen mit seelischen Problemen und Störungen. Die folgenden Beschreibungen heben verschiedene Vorgangsweisen in der Psychotherapie unter dem Gesichtspunkt von *Polaritäten* hervor, d.h. als Gegensätzlichkeiten bei wesensmäßiger Zusammengehörigkeit. Die jeweiligen polaren Behandlungsansätze sind gleichermaßen wichtig, sie werden jedoch in den verschiedenen Psychotherapiemethoden unterschiedlich gewichtet.

Symptombezogene und persönlichkeitsverändernde Methoden

Als *symptombezogene Methoden* mit dem Schwerpunkt auf der Bewältigung konkreter Probleme und Symptome gelten Verhaltenstherapie, Autogene Psychotherapie, Hypnosetherapie und Neurolinguistische Psychotherapie. Es handelt sich dabei um einen Behandlungsansatz, der den Wünschen vieler leidender Patienten entspricht, nämlich dass die vorhandenen, lebensbeeinträchtigenden Beschwerden möglichst rasch verschwinden mögen, ohne lange über deren Ursachen in der Vergangenheit (oder gar in der Kindheit) nachdenken zu müssen. Es handelt sich dabei aber keineswegs um „oberflächliche“ Methoden.

Als eher *persönlichkeitsverändernde Methoden* mit dem Schwerpunkt auf der Änderung von Persönlichkeitsaspekten gelten die Psychoanalyse, die Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und die Humanistische Psychotherapie. Es besteht die zentrale Annahme, dass eine dauerhafte Symptombewältigung nur über den Weg einer tief greifenden Persönlichkeitsveränderung möglich sei.

Ursachenzentrierte und lösungsorientierte Methoden

Ursachenzentrierte Therapien, oft auch problemzentrierte oder defizitorientierte Therapien genannt, beschäftigen sich vorwiegend mit Ursachen, Defiziten und Problemen. Zentrale Frage sind: „Warum ist das so?“, „Warum bin ich so geworden, wie ich bin?“ *Warum-Fragen* sind vergangenheitsorientiert.

Der Blick zurück ist wichtig, um Ereignisse aus dem früheren Leben besser verstehen und verarbeiten zu lernen. Warum-Fragen helfen, sich selbst aufgrund von Einsicht besser annehmen zu können. Daraus folgen jedoch noch keine Antworten und keine konkreten Hilfestellungen zur Bewältigung der gegenwärtigen Situation.

Die entsprechenden Therapiemethoden bezeichnen sich selbst als aufdeckend und einsichtsorientiert. Als typische ursachenzentrierte Therapiemethoden gelten die Psychoanalyse und die Tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapien.

Lösungsorientierte Therapien beschäftigen sich primär mit Zielen und möglichen Lösungen. Zentrale Fragen lauten: „Wozu tue ich mir das an?“, „Wohin möchte ich gehen?“ *Wozu- und Wohin-Fragen* sind auf ein Ziel ausgerichtet. Es geht um mögliche Lösungen, um die Aktivierung der vorhandenen Ressourcen zur Bewältigung der aktuellen Probleme.

Probleme ergeben sich bei lösungsorientierten Therapiemethoden vor allem aus dem Umstand, dass bei vielen psychischen und psychosomatischen Störungen ohne Verständnis der Hintergründe die Gefahr rascher Rückfälle besteht.

Als typische lösungsorientierte Therapien gelten die Verhaltenstherapie, die Hypnosetherapie, die lösungsorientierte Kurzzeittherapie und die Neurolinguistische Psychotherapie.

Vergangenheitsbezogene und gegenwartsbezogene Methoden

Vergangenheitsbezogene Methoden, wie etwa die Psychoanalyse und die tiefenpsychologisch fundierten Therapien, sehen die Kernprobleme in ungelösten, meist unbewussten Problemen in der Kindheit, sodass diese zuerst aufgedeckt, analysiert und bewältigt werden müssen, bevor das Leben in der Gegenwart vollends gelingen kann.

Gegenwartsbezogene Methoden, wie etwa die Humanistisch-existenzielle Psychotherapie, die Systemische Therapie und die Verhaltenstherapie, sehen die Hauptprobleme in der Unfähigkeit, sich voll und ganz auf die momentane innere und äußere Befindlichkeit einlassen zu können und die aktuellen Probleme im Umgang mit sich selbst sowie mit der Umwelt ohne fremde Hilfe lösen zu können.

Stark strukturierende und wenig strukturierende Methoden

Stark strukturierende Therapien, wie etwa die Verhaltenstherapie, die Gestalttherapie, systemisch orientierte Kurzzeittherapien und körperorientierte Verfahren, zeichnen sich dadurch aus, dass der Therapeut klare Strukturen vorgibt, aktiv eingreift, Vorschläge macht, Anregungen zur Überprüfung bietet und konkrete Therapieziele verfolgt, die in mehr oder weniger systematisch geplanter Weise erreicht werden sollen.

Wenig strukturierende Therapien, wie etwa die Psychoanalyse, die tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapien und die klassische Form der Personenzentrierten Psychotherapie, vermeiden bewusst klare Strukturen und Handlungsanleitungen, weil sie z.B. in Form der freien Assoziation unbewusste Prozesse aufdecken oder die Person in ihrer Entwicklungsfähigkeit ohne äußere Einschränkungen fördern möchten.

Sprachlich orientierte und nichtsprachliche Methoden

Stärker sprachlich orientierte Therapien entsprechen dem traditionellen Bild von Psychotherapie. Letztlich ist jede Psychotherapie eine Form der verbalen Kommunikation zwischen Therapeut und Patient.

Stärker nichtsprachliche Therapien, wie etwa die körperorientierten Verfahren, die Katathym Imaginative Psychotherapie und Psychotherapien unter Einbeziehung kreativer Medien, z.B. die Integrative Therapie, betonen auch nonverbale Aspekte in der Behandlung von Menschen mit psychischen Störungen, denen buchstäblich oft die Worte fehlen, um ihre Befindlichkeit ausdrücken zu können. Kreative und imaginative Techniken werden zunehmend in allen möglichen Therapien eingesetzt, vor allem auch bei psychosomatischen Störungen.

Individuumbezogene und interaktionsbezogene Methoden

Stärker individuumbezogene Therapien, wie etwa die Psychoanalyse, die Tiefenpsychologisch orientierte Psychotherapie und einige humanistisch orientierte Psychotherapiemethoden, betonen die Auseinandersetzung des Menschen mit sich selbst nach dem Motto „Die Änderung der Beziehung zu sich selbst verändert auch die Beziehungen zu den anderen Menschen“.

Stärker interaktionsbezogene Therapien, wie etwa die Systemische Therapie, konzentrieren sich auf die interaktionellen Aspekte menschlichen Verhaltens und die zwischenmenschlichen Konflikte in Partnerschaften, Familien, Gruppen und Arbeitssituationen. Auch andere Verfahren, wie etwa die Verhaltenstherapie, verstehen sich durchaus als interaktionsorientierte Therapiemethoden.

Ausmaß therapeutischer Abstinenz in den verschiedenen Methoden

Methoden mit stärker abstinenter Therapeuten, vor allem die Psychoanalyse und die Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, fördern die Entwicklung einer Übertragungsbeziehung. Der Patient wird seine Muster eher dann auf den Therapeuten übertragen und damit zur Bearbeitung anbieten, wenn sich der Psychotherapeut gemäß der analytischen Abstinenzregel bezüglich seiner Person, seiner Gefühle und Bedürfnisse möglichst zurückhaltend (abstinent) verhält.

Methoden mit wenig abstinenter, sondern vielmehr stark engagierten Therapeuten, wie etwa die Verhaltenstherapie, die Gestalttherapie und die klassische Form der Systemischen Familientherapie, fördern die reale Begegnung von Person zu Person.

Wirkfaktoren der Psychotherapie

Die therapeutische Beziehung als zentraler Wirkfaktor

Die zentrale Bedeutung einer *guten und vertrauensvollen Beziehung zwischen Psychotherapeut und Patient* ist das am besten abgesicherte Ergebnis der Psychotherapieforschung. In allen Psychotherapiemethoden kommt der Beziehung zwischen Therapeut und Patient ein hoher Stellenwert zu. Patienten benötigen ein Gesprächsklima, das den Erfolg der Therapie fördert, insbesondere wohlwollendes Verständnis, Akzeptanz als Mensch mit den konkret gegebenen Problemen, gegenseitiges Vertrauen und emotionale Geborgenheit. Über eine gute Beziehung zu einem Therapeuten finden die Patienten auch wieder eine bessere Beziehung zu sich selbst.

Carl Rogers gründete die Klienten-/Personzentrierte Psychotherapie auf das Konzept der therapeutischen Beziehung bzw. der Beziehungsgestaltung als allgemeines Wirkprinzip und beeinflusste mit dieser Sichtweise auch andere Psychotherapeuten, wie etwa die Verhaltenstherapeuten.

In der *Psychoanalyse* gilt eine bestimmte Art der Therapiebeziehung (Entwicklung einer Übertragungsbeziehung) als zentraler Wirkfaktor der Therapie. Bei Langzeitpsychoanalysen waren aufgrund der Art der Therapiebeziehung bereits nach drei Stunden relativ gute Vorhersagen über den späteren Therapieerfolg möglich.

Eine *gute Therapiebeziehung* ist für die einen Therapeuten, wie etwa die Verhaltenstherapeuten, eine zwar notwendige, aber keinesfalls hinreichende Voraussetzung für eine effektive Therapie, für die anderen, wie etwa die Personzentrierten Psychotherapeuten, die entscheidende und für den Therapieerfolg ausreichende Bedingung.

Das beste theoretische und methodische Therapiekonzept kann jedenfalls nur dann voll wirksam werden, wenn es in eine gute Beziehung zwischen Patient und Therapeut eingebettet ist, aus der heraus die Veränderung des Patienten in Gang kommt. Die beste Psychotherapie ist jene Vorgangsweise, wo der Patient über eine gute Beziehung zum Therapeuten sich selbst wieder mehr vertrauen lernt und die Beziehung zu sich selbst verbessert.

Studien weisen darauf hin, dass andere Faktoren als die theoretische und praktische Ausbildung die Qualität der therapeutischen Beziehung und in der Folge davon auch das Behandlungsergebnis bestimmen. Es kommt entscheidend auf die *persönlichen und interpersonalen Kompetenzen des Psychotherapeuten* an, unabhängig von seiner Methode und seiner beruflichen Erfahrung. Patienten spüren, ob ein Psychotherapeut an ihnen echt interessiert ist und ihnen helfen möchte und fühlen sich dadurch geborgen und aufgebaut.

Es wurden auch andere Psychotherapeuten, wie etwa Verhaltenstherapeuten, die gar nicht nach den Prinzipien der Klientenzentrierten Psychotherapie, sondern nach den Grundsätzen der Verhaltenstherapie vorgehen, als warmherzig und einführend beurteilt.

Aktive Mitarbeit des Patienten als Voraussetzung für den Erfolg

Neben der therapeutischen Beziehung als der Basis einer erfolgreichen Psychotherapie hängt das Ergebnis in starkem Ausmaß von der *Motivation* und Bereitschaft des Patienten zur *aktiven Mitarbeit* in der Therapie ab. Nach Auffassung zahlreicher Psychotherapeuten ist der Aspekt der *Selbstwirksamkeit* von zentraler Bedeutung für das Therapieergebnis. Der Patient gewinnt im Rahmen der Therapie die Erkenntnis und die Erfahrung, dass er seine Symptome beeinflussen kann und schöpft daraus Hoffnung, in Zukunft mit seinen Problemen besser umgehen zu können. Dies stärkt sein Gefühl der Kontrolle über sich selbst und die Umwelt.

Ein Psychotherapeut kann einen Patienten nicht reparieren wie ein KFZ-Mechaniker ein Auto und nicht so behandeln wie ein Arzt eine Wunde. Psychotherapeuten sind keine Gurus oder Wunderheiler, auch keine Zauberkünstler, die Tricks zum Eigengebrauch zur Verfügung stellen. Ein Psychotherapeut kann nur so gut sein, wie ein Patient sich selbst an der Lösung seiner Probleme im Rahmen der Therapie beteiligt und konkrete Schritte in Richtung Veränderung setzt.

Viele Therapeuten verstehen Psychotherapie als *Hilfe zur Selbsthilfe*, als professionelles Angebot, sich selbst besser helfen zu können, als Rahmen, innerhalb dessen die Patienten mit therapeutischer Unterstützung neue Erfahrungen machen und ihre Potenziale und Ressourcen besser entwickeln lernen. Es erfolgt eine interaktive Auseinandersetzung mit bestimmten Themen, Problemen und Beschwerden des Patienten, der zu neuen Sichtweisen und Handlungsmöglichkeiten angeleitet wird. Es werden gemeinsam neue Wege gesucht, den Weg muss jeder Patient jedoch selbst gehen. Der Therapeut begleitet ihn dabei ein Stück weit.

Viele Patienten sind anfangs nur motiviert, aufgrund eines erheblichen Leidensdrucks negative Zustände zu vermindern oder zu beseitigen. Oft gelingt es erst im Laufe der Therapie, von der *Negativmotivation* der Beseitigung einer unerwünschten Befindlichkeit zur *Positivmotivation* der Erreichung eines bestimmten erwünschten Zustands zu gelangen. Die aktive Mitarbeit des Patienten in der Therapie hängt wesentlich von seiner Bereitschaft, seinem Mut und seiner Fähigkeit ab, zentrale Veränderungen in seinem Leben anzupfeilen, um seinen Problemen und Beschwerden die Grundlage zu entziehen.

Zahlreiche Patienten sind zu Therapiebeginn sehr *ambivalent*: Sie möchten sich aufgrund des Leidensdrucks gerne ändern, scheuen aber den Aufwand, der dafür notwendig ist. Sie erkennen oft erst in der Anfangsphase der Therapie, wie hoch der Aufwand für die gewünschte Veränderung ist. Vorher dachten sie, der Psychotherapeut würde ihnen schon irgendwie helfen können, ohne dass sie sich dabei besonders anstrengen müssten. In dieser Phase fragen sich nicht wenige Patienten, ob sie nicht doch lieber so bleiben sollten, wie sie sind, anstatt aktiv einen anstrengenden Veränderungsprozess einzuleiten und umzusetzen.

Patienten arbeiten dann an der Therapie aktiv mit, wenn ihnen das *Ziel* der angestrebten Änderungen wichtiger ist als die Beibehaltung des gegenwärtigen Leidenszustands. Oft bedarf es nur der Erkenntnis, dass die aktuellen Probleme und Beschwerden Ausdruck von natürlichen und notwendigen Veränderungen im Rahmen des Lebenszyklus sind, die vom Patienten effiziente Bewältigungsstrategien erfordern, um die neue Situation optimal zu meistern.

Die *Motivation* zur Veränderung von Problemen und die Inanspruchnahme von Psychotherapie ist das Ergebnis eines prozesshaften Geschehens, bei dem aus zunehmendem Leidensdruck und der Erkenntnis von Einflussmöglichkeiten der Wunsch nach Besserung und Mitarbeit am Heilungsprozess entstehen.

Prochaska und Mitarbeiter unterscheiden sechs sich überlappende *Stadien der Therapiemotivation* und der Bereitschaft zur Selbstveränderung:

1. *Stadium der Vor-Nachdenklichkeit.* In diesem ersten Stadium sperren sich die Patienten gegen jede Änderung, sind von Abwehr oder Verleugnung bestimmt und haben keine Therapiebereitschaft. Sie sind sich ihres Problems oft gar nicht bewusst und sehen keine Zusammenhänge zwischen der aktuellen Symptomatik und psychischen bzw. sozialen Faktoren. Die Patienten benötigen Informationen über ihre Störung und ein plausibles Krankheitsmodell, das einen aktiven Veränderungsansatz begünstigt.
2. *Stadium der Nachdenklichkeit.* Die Patienten sind sich ihres Problems bewusst, erkennen zunehmend die mögliche Bedeutung psychischer Faktoren am Krankheitsgeschehen und wägen Kosten und Nutzen, Aufwand und Ertrag der Therapie ab. Sie haben noch kein adäquates Behandlungskonzept, keine Behandlungsmotivation, keine Veränderungsbereitschaft. Trotz Problembewusstsein sind sie noch nicht zum Handeln bereit. Therapeuten unterstützen den Prozess und geben Informationen über möglichen Folgen der Nichtveränderung und weisen auf die Chancen einer Veränderung hin.
3. *Stadium der Entscheidungsfindung.* Die Patienten erkennen die Bedeutung psychischer Faktoren und entscheiden sich für Veränderungsschritte. Sie benötigen Informationen über die besten Behandlungsmöglichkeiten.
4. *Stadium der Handlungsaktivierung.* Die Patienten setzen ihre Ziele aktiv um, probieren mit Hilfe des Therapeuten neue Verhaltensmöglichkeiten aus und nehmen – oft unter großem inneren Aufwand – konkrete Veränderungen vor.
5. *Stadium des Durchhaltens bzw. des Wiedereintritts in den Prozess des Wandels nach Rückfällen.* Die Patienten arbeiten nach konkreten Veränderungen an der Festigung der erlernten Fähigkeiten und der Stabilisierung des erreichten Verhaltens, um Rückfälle zu verhindern. Der Therapeut hilft bei der Rückfallvorbeugung und der Sicherung der Therapieerfolge. Die Patienten müssen mit erlebten Rückfällen umgehen lernen, sich bei Bedarf wieder in Therapie begeben und Rückfälle als Chance sehen, daraus etwas zu lernen. Informationsdefizite können Rückfälle erleichtern.
6. *Stadium des Therapieabschlusses.* Die Patienten haben die gewünschten Veränderungen auf Dauer erreicht oder arbeiten alleine an sich weiter.

Allgemeine Wirkfaktoren

Alle Psychotherapiemethoden möchten die oft schon sehr entmutigten Patienten aufmuntern, neue Wege des Denkens, Fühlens und Handelns zu versuchen, sich auf andere Erfahrungen mit sich und der Umwelt einzulassen und bessere Bewältigungsstrategien für die gegebenen Probleme und aktuellen Beschwerden zu entwickeln. Neue Sichtweisen, Erkenntnisse, Einstellungen, Erfahrungen und Verhaltensweisen führen dazu, dass sich die Patienten wieder besser fühlen und die Symptome und Beschwerden abnehmen oder sogar ganz verschwinden.

Als *allgemeine Wirkfaktoren* einer Psychotherapie werden, u.a. mit Bezug auf das Buch „Die Heiler“ von Jerome D. Frank, gewöhnlich aufgezählt:

- eine intensive, emotional betonte und vertrauensvolle Beziehung zu einem Therapeuten oder einem Team von Therapeuten;
- die akzeptierende Haltung des Therapeuten, der am Patienten interessiert ist;
- die Stärkung der Erwartungen des Patienten, dass ihm durch die persönlichen Qualitäten des Therapeuten, der einen gesellschaftlichen Status genießt und in einem besonderen Setting arbeitet, geholfen werden kann;
- Lernen durch Teilnahme an einer Gruppe (Beobachtung anderer, Interaktion mit anderen, Gefühl der Zugehörigkeit und des Verstandenseins, Erfahrung, für andere wertvoll und hilfreich zu sein, tröstliche Erkenntnis, dass andere Menschen ähnliche Probleme haben);
- eine umfassende Informationsvermittlung und heilsame Sinnfindung in Form einer einleuchtenden Theorie oder eines Mythos mit einer Erklärung über das Wesen und die Ursachen der Störung, denn das Verstehen der aktuellen Situation erleichtert die Veränderung (die Abstimmung auf das Weltbild des Patienten erhöht die Wirksamkeit der Unterweisung);
- eine überzeugende Behandlungsmethode, d.h. neue oder alternative Bewältigungsstrategien in Form von plausiblen Anleitungen zur Beseitigung der Störung unter Bezug auf die Erklärungsmodelle (eine nachvollziehbare Problemanalyse ermöglicht neue Sichtweisen und Behandlungsansätze);
- die Vermittlung von Erfolgserlebnissen, die die Hoffnung des Patienten auf Erfolg, auf Heilung oder Linderung der Beschwerden, bestärken, weiteren Erfolg möglich oder sogar wahrscheinlich machen und das Gefühl von Selbstvertrauen, Selbstwirksamkeit (aus eigener Kraft etwas bewirken können) und persönlicher sowie interpersonaler Kompetenz aufbauen (die Stärkung des Selbstwirksamkeitsglaubens ist nach dem amerikanischen Psychologen Bandura der zentrale Wirkeffekt einer Psychotherapie);
- die Förderung des emotionalen Erlebens und die Erleichterung des Ausdrucks emotionaler Erregung als Voraussetzung für Einstellungs- und Verhaltensänderungen;
- die aktive Mitarbeit und die Konfrontation des Patienten mit dem Problem.

Die *Psychotherapieforschung* hat gezeigt: Der Behandlungserfolg hängt nicht nur von der Methodenzugehörigkeit des Therapeuten, sondern auch von dessen persönlichen Merkmalen sowie von allgemeinen Vorgehensweisen ab, die in allen oder mehreren Psychotherapieverfahren vorhanden sind.

Es ist trotz aller Studien bislang umstritten, in welchem Ausmaß allgemeine und spezifische Therapiefaktoren wirksam sind. Man geht derzeit davon aus, dass der Großteil der therapeutischen Effekte durch allgemeine Wirkfaktoren bestimmt ist. Nur ein geringer Teil des Therapieerfolgs hängt nach dem derzeitigen Stand des Wissens von spezifischen Wirkfaktoren ab.

Spezifische Wirkfaktoren

Neben allgemeinen Wirkfaktoren sind in der Psychotherapie auch spezifische Wirkfaktoren bedeutsam, d.h. die *einzigartigen Bestandteile der jeweiligen Methoden*, z.B. methodenspezifische Aspekte bei der Behandlung bestimmter Störungen, wie etwa Angststörungen, Zwangsstörungen, posttraumatischer Belastungsstörungen, Depressionen, sexueller Funktionsstörungen, Essstörungen und Substanzabhängigkeit. Die eindeutige Identifizierung und empirische Abschätzung spezifischer Wirkfaktoren ist in der Praxis nur schwer möglich, weil allgemeine und spezifische Wirkfaktoren stets gemeinsam auftreten.

Die *Überlegenheit bestimmter störungsspezifischer Verfahren* ist empirisch vielfach gesichert, und zwar überall dort, wo es um Lern- und Informationsdefizite sowie um die Auflösung sich selbst verstärkender Mechanismen geht: bei Angststörungen um die Angst vor der Angst und die Vermeidung Angst machender Situationen, bei Depressionen und Zwangsstörungen um sich selbst verstärkende negative Denkmuster, bei Essstörungen und Substanzabhängigkeit um den Teufelskreis der „Sucht“ und die Schuldgefühle bei einem Rückfall, bei sexuellen Funktionsstörungen um die Wechselwirkung zwischen Erwartungsangst und beeinträchtigter sexueller Reaktion.

Wirksamkeitsstudien bezüglich spezifischer Wirkfaktoren wurden vor allem von *Verhaltenstherapeuten* vorgelegt, die daraus die bessere Wirksamkeit ihrer Methode im Vergleich zu anderen Verfahren ableiten. Es hat sich jedoch gezeigt, dass auch andere Psychotherapiemethoden ähnliche Erfolge erzielen können, wenn sie bestimmte störungsspezifische Aspekte und bestimmte Vorgehensweisen berücksichtigen.

Bei *stationären Psychotherapien* mit dem Druck rascher Veränderungen innerhalb des Aufenthaltszeitraums werden allgemeine und spezifische Wirkfaktoren derzeit schon viel häufiger gleichzeitig berücksichtigt als bei ambulanten Therapien, wo oft noch unnötige Schulenstreitigkeiten festzustellen sind.

Derzeit ist es nicht möglich, bestimmte Psychotherapiemethoden und bestimmte psychische Störungen generell so eng miteinander zu verbinden, dass dies eher eine Garantie auf Heilung darstellen würde als andere Verknüpfungen.

Differenzielle Wirksamkeit

Als *differenzielle Wirksamkeit* bezeichnen Fachleute die Wirksamkeit einer bestimmten Psychotherapiemethode bei bestimmten Patienten mit einer bestimmten psychischen Erkrankung. Die zentrale Frage lautet: „Welche Psychotherapiemethode ist bei welchem Patienten mit welcher Störung durch welchen Psychotherapeuten mit welcher Zielsetzung wie wirksam?“

Die amerikanischen Psychotherapieforscher *Orlinsky* und *Howard* entwickelten ein *Allgemeines Modell von Psychotherapie* mit vier zentralen Faktoren, die den Prozess und das Ergebnis einer Psychotherapie wechselseitig beeinflussen:

1. *Das Behandlungsmodell des Psychotherapeuten.* Auf der Seite des Therapeuten zählen sein philosophisches Menschenbild, seine diagnostische Beurteilung der Krankheit des Patienten, seine Interventionstechniken und seine zwischenmenschliche Haltung dem Patienten gegenüber.
2. *Die Störung des Patienten.* Auf der Seite des Patienten geht es um sein Erscheinungsbild des Krankheitserlebens und seine konzeptionellen Schlussfolgerungen, d.h. wie er sich selbst seine Störung erklärt (z.B. Depression als Folge von Überforderung oder Verlusterlebnissen).
3. *Die therapiebezogenen und persönlichen Merkmale des Psychotherapeuten.* Auf der Seite des Therapeuten zählen sein Verhalten in der Psychotherapie (z.B. einführend und akzeptierend) und seine persönlichen Merkmale (sein Alter, Geschlecht usw.).
4. *Die therapiebezogenen und persönlichen Merkmale des Patienten.* Auf der Seite des Patienten geht es um sein Verhalten in der Therapie (z.B. aktiv, offen) und um seine persönlichen Merkmale (z.B. attraktiv, impulsiv).

Eine Psychotherapie gelingt dann am besten, wenn diese vier zentralen Faktoren gut zueinander passen, und scheitert dann, wenn diese Faktoren nicht ausreichend aufeinander abgestimmt sind und nicht entsprechend berücksichtigt werden.

Demnach sind vier *Passungen* von großer Bedeutung:

1. *Passung Therapeut – Patient* (personale und therapiebezogene Merkmale). Dieser Aspekt wird von beiden in den ersten Therapiestunden geklärt.
2. *Passung Therapeut – Erkrankung des Patienten* (Art und Erscheinungsbild). Nicht jeder Psychotherapeut kann jeden Patienten gleich gut behandeln.
3. *Passung Patient (Ansprechbarkeit) – Behandlungsmodell des Therapeuten.* Es passt nicht jedes Behandlungsmodell für jeden Patienten.
4. *Passung Behandlungsmodell – Störung des Patienten.* Es passt nicht jedes Therapiekonzept für jede Störung gleich gut. Bei Agoraphobie und Zwangsstörungen ist eine Verhaltenstherapie zumindest bei bestimmten Patienten (Bereitschaft zur Konfrontation) wirksamer als andere Therapiemethoden.

Wirksamkeit der Psychotherapie

Der renommierte Psychologie-Professor *Hans Eysenck* stellte 1952 die Behauptung auf, dass die Psychoanalyse völlig unwirksam sei und nur auf Spontanheilungen beruhe, wie diese bei psychischen Störungen häufig vorkommen würden. Wirklich effizient sei nur die damals neue Methode der lerntheoretisch orientierten Verhaltenstherapie. Diese Polemik ist heute überwunden. Eysencks Kritik initiierte jedoch die Psychotherapieforschung mit anspruchsvollen Studien.

Es ist wissenschaftlich eindeutig gesichert: *Psychotherapie wirkt*. Psychotherapeutische Interventionen sind sogar hoch wirksam bei vielen psychischen Störungen, oft auch im Vergleich mit einer Psychopharmakotherapie. Durchschnittlich 75–80 % der Patienten geht es nach einer abgeschlossenen Psychotherapie wesentlich und anhaltend besser als vorher. Diese Fakten sind durch Studien belegt und mittlerweile allgemein akzeptiert. Derart erfreuliche Zahlen gelten jedoch nur für abgeschlossene Therapien. Art, Umfang und Ausmaß der Wirksamkeit einer Therapie sind selbst unter Fachleuten umstritten.

Psychotherapie verbessert nach verschiedenen Untersuchungen nicht nur das psychische Wohlbefinden, sondern auch die körperliche Gesundheit. Kosten-Nutzen-Analysen weisen auf die *volkswirtschaftliche Bedeutung* wirksamer Psychotherapie hin. Es kommt zu Kosteneinsparungen als Folge einer verringerten Inanspruchnahme medizinischer Einrichtungen und Leistungen und als Folge besserer psychischer und körperlicher Gesundheit (weniger und kürzere stationäre Aufenthalte, weniger Arztbesuche, weniger Untersuchungen, weniger Medikamente, weniger Krankenstände, weniger krankheitsbedingte Berentungen).

Die erste umfangreiche deutsche Wirksamkeitsstudie der psychoanalytischen Therapie, vorgelegt von *Annemarie Dührssen* im Jahr 1962, dokumentierte bereits vor mehr als vier Jahrzehnten, dass Psychotherapie der Krankenkasse Geld einsparen hilft. Diese Katamnese-Studien bei 1.004 Patienten in Berlin führten 1967 dazu, dass die Psychoanalyse und die Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie in den Leistungskatalog der deutschen Krankenkassen aufgenommen wurden.

Bei vielen Störungen, wie etwa Angststörungen, Zwangsstörungen oder Depressionen, ist die *Wirksamkeit von Verhaltenstherapie* im Vergleich zu Wartekontrollgruppen, Placebothérapien (unspezifischen Therapiemaßnahmen) oder Psychopharmakotherapie viel besser und umfangreicher nachgewiesen als die Wirksamkeit anderer Psychotherapiemethoden – eben weil Verhaltenstherapeuten sehr empirisch-wissenschaftlich orientiert sind.

In zunehmendem Ausmaß bemühen sich auch die Vertreter anderer Therapieverfahren um mehr Wirksamkeitsstudien nach hohen Standards, um den Nachweis ihrer Effizienz zu erbringen. Nach dem deutschen Psychotherapeutengesetz und dem österreichischen Psychotherapiegesetz gelten als wissenschaftliche Therapien nur nachweislich wirksame Psychotherapien.

Amerikanische Untersuchungen an großen Patientengruppen ergaben, dass nach 8–13 Sitzungen bereits bei der Hälfte der Patienten bedeutsame Verbesserungen auftraten, nach rund 50 Sitzungen bei insgesamt 75–83% der Patienten. Selbstverständlich benötigen unterschiedliche Ziele auch einen unterschiedlichen therapeutischen Aufwand. Veränderungen auf der Symptomebene treten schneller ein als auf der Ebene der Persönlichkeit oder der sozialen Beziehungen. Bei 14 % zeigten sich erste Verbesserungen bereits vor Therapiebeginn, was wohl als Ausdruck der entschlossenen Änderungsbereitschaft zu interpretieren ist.

Verschiedene Studien, die Nachuntersuchungen bei behandelten Patienten zu einem späteren Zeitpunkt vornahmen, konnten auch langfristige Effekte von Psychotherapie belegen, d.h. die Erfolge blieben stabil erhalten. Es wurde auch nachgewiesen, dass spätere „Auffrischungssitzungen“ nach der eigentlichen Psychotherapie den anhaltenden Therapieerfolg absichern.

Zahlreiche empirische Belege stützen ein *dreistufiges Phasenmodell psychotherapeutischer Veränderung*, das als Aufwands-Wirkungsmodell bekannt geworden ist. In der *ersten Phase* (schon nach einigen Stunden) kommt es ohne großen Aufwand zu relativ raschen Verbesserungen des allgemeinen Wohlbefindens, bedingt durch den Aufbau von Hoffnung und positiven Erwartungen bezüglich einer effektiven Symptomkontrolle. In der *zweiten Phase* (häufig schon nach 10–20 Sitzungen) erfolgt eine stabile Besserung auf der Symptomebene. In dieser Phase wird die eigentliche Symptomatik behandelt. In der *dritten Phase* (nach einer unterschiedlich langen Zeitdauer) erfolgt eine umfassende Rehabilitierung der Patienten im Sinne einer Funktionstüchtigkeit in verschiedenen Bereichen (Selbstwert, Partnerschaft, Familie, Beruf u.a.). Im Mittelpunkt dieser Phase stehen die Wiederherstellung des früheren Funktionsniveaus, das Erlernen neuer Rollen, Denk- und Verhaltensweisen und die Übertragung des Gelernten auf den Lebensalltag. In der dritten Phase fallen weitere Verbesserungen weniger auf als in den beiden ersten Phasen, weil sie sich weniger dramatisch ereignen.

Nach diesem Drei-Phasen-Modell therapeutischer Veränderungen erreicht ein großer Teil der Patienten schon frühzeitig und relativ rasch eine Verbesserung ihrer Beschwerden, während ab einer bestimmten Therapiedauer ein extrem hoher Therapieaufwand nötig ist, um weitere Fortschritte zu erzielen. Auf der Basis dieses Modells lassen sich auch entsprechende Therapievorhersagen treffen.

Die Forschung erfasst die Wirksamkeit der Psychotherapie auf zweifache Weise: durch *naturalistische und experimentelle Studien*. Beide Vorgangsweisen haben Vor- und Nachteile. Fachleute sagen: Naturalistische Studien haben eine mangelnde interne, aber eine hohe externe Validität (sie erfassen die reale Therapiepraxis ganz gut), experimentelle Studien haben eine hohe interne, aber eine mangelnde externe Validität (sie sind nicht oder nur bedingt auf die reale Therapiepraxis übertragbar). Zukünftig ist eine Kombination beider Strategien sinnvoll.

Naturalistische Studien

Naturalistische Studien sind *Untersuchungen im klinischen Feld*, d.h. in der Alltagspraxis. Es geht dabei weniger um den Nachweis spezifischer Wirkfaktoren, sondern primär um allgemeine Wirkfaktoren und dynamische Veränderungsprozesse in der Therapie. Es wird die *Befindlichkeit der Patienten vor und nach der Psychotherapie* auf der Basis der Selbsteinschätzung erhoben und miteinander verglichen. Letztlich zählt bei der Therapie ein zentrales Erfolgskriterium: die subjektive Leidensminderung der Patienten, die sich aus großem Leidensdrucks in Therapie begeben haben.

Naturalistische Studien im Sinne von Vorher- und Nachher-Befragung weisen bestimmte Probleme auf. Es fehlen unbehandelte oder anders behandelte Vergleichsgruppen – was von Kritikern als zentrale Schwäche angesehen wird. Meist handelt es sich um retrospektive Studien (erst nach der Therapie durchgeführt) und nicht um Therapieverlaufsstudien. Bei derartigen Befragungen antworten zudem eher die zufriedenen als die frustrierten Patienten, wodurch die positiven Effekte einer Therapie leicht überschätzt werden.

Die größte, 1995 vom renommierten US-Psychologen *Martin Seligman* veröffentlichte Befragung erfolgte bei 7000 Lesern der amerikanischen Verbraucherzeitschrift *Consumer Reports*, einer Art „Stiftung Warentest“. Trotz verschiedener Schwächen dieser Untersuchung sind die Ergebnisse sehr interessant. 44 % der Therapieteilnehmer fühlten sich geheilt, 43 % deutlich gebessert. Länger dauernde Psychotherapien waren wirksamer als kürzer dauernde. Besonders erfolgreich waren Therapien, die länger als zwei Jahre dauerten. Die Wirksamkeit ging weit über eine Symptomreduktion hinaus. Psychologen, Psychiater und Sozialarbeiter waren ähnlich erfolgreich. Die Kombination von Psychotherapie und Psychopharmakotherapie war nicht effektiver als Psychotherapie allein. Patienten, die ihre Therapeuten sorgfältig auswählten und sich aktiv an der Behandlung beteiligten, erreichten bessere Ergebnisse als andere. Verschiedene Behandlungsmodalitäten zeigten keine wesentlichen Unterschiede in der Wirksamkeit.

Eine *deutsche Version der Consumer-Reports-Studie* mit Unterstützung der „Stiftung Warentest“ erbrachte bei knapp 1.800 Befragten im Wesentlichen ähnliche Ergebnisse. Nach der Psychotherapie waren die Probleme bei 55 % der Befragten „viel besser“, bei 36 % „etwas besser“. Insgesamt waren mit der Psychotherapie 33 % „absolut zufrieden“, 43 % „sehr“ und 17 % immerhin noch „ziemlich zufrieden“. Länger dauernde Therapien waren effektiver als kürzere. Im Gegensatz zur US-Studie erreichten Frauen bessere Ergebnisse als Männer. Die drei in Deutschland von den Krankenkassen finanzierten Therapieverfahren (Psychoanalyse, Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und Verhaltenstherapie) waren gleich wirksam. Das psychische Allgemeinbefinden und die Zufriedenheit der Patienten waren bei allen Psychotherapien ähnlich ausgeprägt. Die Psychoanalyse schnitt bei der Verminderung der belastenden Symptome sogar besser ab als die beiden anderen Verfahren.

Kontrollierte Studien

Kontrollierte Studien, oft „Laborstudien“ genannt, entsprechen Anforderungen, wie sie in der Naturwissenschaft üblich sind. Sie sind das Forschungsdesign bei Medikamentenwirksamkeitsstudien und überprüfen in der Psychotherapie spezifische technische Faktoren auf ihre Wirksamkeit, und zwar so, dass Veränderungen eindeutig diesen spezifischen Faktoren zugeschrieben werden können. Laut Fachsprache prüfen kontrollierte Studien die *Effizienz* und naturalistische Studien die *Effektivität* einer Therapiemaßnahme.

Die Kriterien der so genannten *evidenzbasierten Medizin* mit ihrem „Goldstandard“ der *randomisierten (zufallsausgewählten), kontrollierten Doppelblindstudien* (Patient und Arzt sind „blind“/uninformiert) werden bei kontrollierten Studien mehr oder weniger unverändert auf die Psychotherapie übertragen, was von vielen Kritikern als sehr problematisch beurteilt wird.

Bei Medikamentenstudien der Pharmaforschung werden zur Vermeidung von Verfälschungseffekten alle Patienten nach Zufall ohne deren Wissen (und auch ohne Wissen des behandelnden Arztes) auf eine Behandlungsgruppe mit dem wahren Medikament und eine oder zwei Kontrollgruppe mit einem Scheinmedikament (Placebo) bzw. einem bereits eingeführten Standardpräparat aufgeteilt. Über einen längeren Zeitraum erfolgen dann Vergleichsuntersuchungen bezüglich der Wirksamkeit des neuen Mittels gegenüber dem Scheinmittel bzw. dem bereits eingeführten Medikament.

Wenn die Versuchspersonen in der Psychotherapieforschung nicht nach Zufall auf verschiedene Gruppen aufgeteilt werden können, wie dies bei Medikamentenstudien gefordert wird, werden die Patienten in der Therapiegruppe zumindest mit den Patienten einer Warteliste, einer unspezifischen Behandlungsgruppe (Placebogruppe) oder einer anderen Kontrollgruppe verglichen. Der Vergleich (z.B. mit einer unbehandelten Wartekontrollgruppe) dokumentiert dann den Effekt der untersuchten psychotherapeutischen Behandlungsmethode.

Bei Vergleichen mit einer *Placebo-Gruppe* muss man Effekte berücksichtigen, die bei Medikamentenstudien zumindest nicht in diesem Ausmaß auftreten. Vergleiche zwischen einer Behandlungsgruppe, einer Placebo-Gruppe und einer Wartekontrollgruppe ergaben, dass die Behandlungsgruppe erwartungsgemäß die höchste Wirksamkeitsrate aufwies. Bis zu 66 % der Placebo-Patienten erreichten ebenfalls positive Veränderungen, verglichen mit unbehandelten Patienten. Dies lässt sich dadurch erklären, dass eine unspezifische (Placebo-)Behandlung auf die Wirksamkeit des Placeboeffekts zurückgeht.

Die Teilnahme an der Placebogruppe aktiviert *allgemeine Therapiefaktoren*, wie etwa heilsame persönliche Zuwendung durch einen Fachmann, Kontakt mit anderen Patienten, Abbau von Demoralisierung, Aktivierung von Hoffnung, Anwendung von an sich unspezifischen Möglichkeiten zur Symptombeeinflussung, Verstärkung des Selbstwirksamkeitsglaubens (Bestärkung des Glaubens an die persönliche Beeinflussbarkeit der aktuellen Symptomatik).

Wenn Effizienzstudien in der Psychotherapie ähnlich angelegt werden wie in der Medizin, d.h. als kontrollierte Studien, wird schon allein dadurch die *Verhaltenstherapie bevorzugt*, weil deren klinische Praxis diesem Vorgehen am nächsten kommt. Psychoanalytisch, humanistisch und systemisch orientierte Psychotherapiemethoden können viel schwerer in Form derartiger Vergleiche auf ihre Wirksamkeit überprüft werden, weil sie weniger auf bestimmten Techniken aufbauen und auch weniger auf klar operationalisierbare (beobachtbare) Erfolgskriterien ausgerichtet sind – und wenn andere Methoden schon nach diesen Richtlinien vorgehen müssen, fühlen sie sich auf bestimmte Details reduziert.

Viele nicht verhaltenstherapeutisch orientierte Psychotherapeuten, deren Verfahren in Deutschland nicht als wissenschaftlich anerkannt ist, vertreten die Auffassung, dass Wirksamkeitsuntersuchungen ausschließlich nach dem Modell von Therapievergleichsstudien der Pharmaforschung dem Charakter ihrer Methode nicht gerecht werden, weil durch die Notwendigkeit einer Vergleichsgruppe eine vollständige Standardisierung des therapeutischen Vorgehens erforderlich sei und damit eine Verkürzung ihrer Methode erfolge. Sie berufen sich dabei auf ähnliche Kritiken der Psychotherapieforschung in den USA.

Im Berufsverband der US-amerikanischen Psychologen (American Psychological Association APA) entstand zu Beginn dieses Jahrzehnts eine Gegenbewegung zur Vormachtsstellung von Studiendesigns nach dem Modell der randomisierten klinischen Prüfung (*Randomized Clinical Trial RCT*), das die kognitiv-behavioralen Verfahren eindeutig bevorzugte. Der bekannte Psychologe und frühere APA-Präsident *Martin Seligman*, der die naturalistische Consumer-Reports-Studie geleitet hatte, änderte aufgrund seiner Erfahrungen seine Vorliebe für experimentelle Studien und wurde zu einem entschiedenen Vertreter der naturalistischen Untersuchungsdesigns trotz deren Probleme.

Die *Kritiker* der ausschließlich experimentellen Psychotherapieforschung werfen der Laborforschung vor, sie sei auf Störungen und Interventionstechniken fixiert und vernachlässige, dass die Wirksamkeit der Psychotherapie aus dem Ergebnis eines komplexen Zusammenwirkens folgender Faktoren resultiere: Interventionstechniken, therapeutische Beziehung, Merkmale des Patienten (auch jenseits seiner Störung) und komplexe Eigenschaften des Psychotherapeuten. Der Psychotherapeut als manualgesteuerter, vom Patienten gar nicht frei gewählter, sondern vom Untersuchungsleiter zugeteilter Techniker, der sich in experimentellen Studien an standardisierte Behandlungsprogramme halten müsse, sei eine Verkürzung des in freier Praxis tätigen Psychotherapeuten derselben Methode.

Im Gegensatz zum Psychotherapiebeirat in Österreich orientiert sich der *Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie* in Deutschland ausschließlich an der evidenzbasierten Psychotherapieforschung, die eine Studien- und eine Kontrollgruppe mit jeweils klinisch relevanten Patienten (möglichst mit ICD-10-Diagnose) umfassen muss, was weit reichende gesundheitspolitische Konsequenzen hat, nämlich dass bestimmte Methoden nicht finanziert werden.

In Deutschland wurden auf der Basis dieser Vorgangsweise bis August 2006 nur vier Psychotherapiemethoden als wissenschaftliche Psychotherapie anerkannt (Analyse, Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, Verhaltenstherapie, Gesprächspsychotherapie) und vier abgelehnt. Der Systemischen Therapie und der Psychodramapsychotherapie wurde vorgehalten, die vorgelegten Studien seien so unzureichend, dass in keinem der zwölf am ICD-10 orientierten Bereiche ein ausreichender Wirksamkeitsnachweis bestehe. Der Hypnotherapie wurde nur in zwei Bereichen und der Neuropsychologie nur in einem Bereich ein ausreichender Wirksamkeitsnachweis zugestanden.

Kontrollierte Psychotherapiestudien entsprechen zwar den üblichen wissenschaftlichen Effizienzkriterien in der medizinischen Forschung, weisen jedoch zusammenfassend gesehen viele *Probleme* auf:

- meist kurze Therapiedauer, weil wegen der Knappheit der Forschungsgelder und des raschen Erfolgsdrucks bei wissenschaftlichen Studien Langzeittherapien oft gar nicht in Frage kommen;
- vorgegebene Sitzungszahl ohne individuelle Abweichungen;
- ausgewählte so genannte monosymptomatische Patienten, d.h. bei Studien zur Wirksamkeit verhaltenstherapeutischer Konfrontationstherapie werden beispielsweise Angstpatienten ausgeschlossen, die gleichzeitig auch depressiv sind oder Substanzmissbrauch betreiben (im klinischen Alltag finden sich jedoch oft Menschen mit psychischer Mehrfacherkrankung);
- genau definierte Störung im Mittelpunkt der Untersuchung – und nicht der Mensch, der diese Störung aufweist, d.h. die Bedeutung der Person von Patient und Therapeut sowie deren Beziehung zueinander werden vernachlässigt;
- keine freie Therapeutenwahl, sodass der wichtigste Aspekt einer Psychotherapie, eine gute emotionale Beziehung, nicht berücksichtigt wird;
- standardisierte Behandlung mit detaillierten Vorgaben anhand eines Behandlungsmanuals, das keine individuellen Vorgangsweisen je nach Situation und Person zulässt (erfahrene Therapeuten, die sich an Manuale halten müssen, erzielen nachweislich schlechtere Behandlungsergebnisse als sonst);
- Notwendigkeit einer Vergleichsgruppe zur Studiengruppe, sodass die Wirksamkeit einer Methode immer im Vergleich zu nicht oder anders behandelten Personen dokumentiert werden muss und nicht durch Vergleiche vor und nach der Behandlung bei denselben Personen;
- große Nähe zu Universitäten oder speziellen Kliniken, die meist eine verhaltenstherapeutische Ausrichtung aufweisen und durch die Art des Zugangs die Selektion bestimmter, eher leichter gestörter Patienten begünstigen (oft finden sich in der Alltagspraxis schwerer und mehrfach gestörte Patienten);
- insgesamt gesehen eine gewisse Realitätsferne, weil kontrollierte Studien nicht der Versorgungsrealität entsprechen.

Effekte unterschiedlicher Psychotherapiemethoden

Die *Psychotherapieforschung* hat folgende Erkenntnisse erbracht:

1. Keine Psychotherapiemethode ist im Durchschnitt und durchgängig bei allen psychischen Störungen wirksamer als die anderen Verfahren. Dieser Befund gilt als das *Äquivalenzparadoxon* in der Psychotherapie und wurde bereits 1975 vom Psychotherapieforscher Lester Luborsky derart zusammengefasst: „*Alle haben gewonnen, und jeder bekommt einen Preis.*“
2. Im Gegensatz zu älteren Therapievergleichsstudien wurden in der neueren Psychotherapieforschung wesentlich bessere Effekte bestimmter Verfahren, vor allem der Verhaltenstherapie, gegenüber anderen Methoden nachgewiesen. Der verstorbene Psychotherapieforscher *Klaus Grawe* stellte nach der Auswertung vieler Studien die Behauptung auf, dass *bestimmte Psychotherapiemethoden weitaus wirksamer* seien als andere. Seine Arbeitsgruppe verglich vier Psychotherapiemethoden (Psychoanalyse, kognitiv-behaviorale Therapie, Gesprächspsychotherapie und Familientherapie) und bestätigte der Verhaltenstherapie die beste Wirksamkeit. Grawe berücksichtigte nur Studien mit Labor-Design. Grawes Thesen lösten unter Experten intensive, sehr kritische Diskussionen aus und belebten die Psychotherapieforschung – ähnlich wie seinerzeit die Kritik von Eysenck.
3. Unter Berücksichtigung der *Methodengebundenheit* minimierten sich die behaupteten Unterschiede in der Wirksamkeit verschiedener Therapiemethoden. Mehr als zwei Drittel (69 %) der Effekte hängen mit der Zentrumszugehörigkeit der jeweiligen Forscher zusammen. Dies ist so zu erklären, dass Psychotherapeuten, die Studien zum Nachweis der Wirksamkeit des eigenen Verfahrens im Vergleich zu anderen therapeutischen Vorgehensweisen durchführen, aufgrund verschiedener Mechanismen auch zum gewünschten Ergebnis kommen. Gegenwärtig kann somit keine Psychotherapiemethode den Anspruch erfüllen, generell wirksamer zu sein als die anderen Verfahren.
4. Nach vier zentralen Wirkfaktoren-Bereichen differenziert, machen Patienten-Merkmale (Persönlichkeitsmerkmale, Lebenssituation, Ausprägung der Symptome) etwa 40 %, Beziehungsfaktoren (Art der Therapeut-Patienten-Beziehung) etwa 30 %, Placebo/Hoffnungs-Faktoren (Effekte positiver Erwartungen) etwa 15 % und die eigentliche Psychotherapiemethode (z.B. Techniken wie etwa die Konfrontationstherapie bei Angststörungen) ebenfalls etwa nur 15 % der Ergebnis-Varianz aus.
5. Trotz fehlender signifikanter Unterschiede in der Wirksamkeit verschiedener Methoden sind nach Auffassung von Forschern und Psychotherapeuten im Einzelfall für bestimmte Patienten bestimmte Verfahren hilfreicher als andere. Es gibt jedoch kaum Studien, um die Frage der so genannten „*differenziellen Wirksamkeit*“ einer Psychotherapiemethode zu klären: „Welche Methode ist bei welchem Patienten mit welcher Störung durch welchen Psychotherapeuten mit welcher Zielsetzung wie wirksam?“

Trotz intensiver Bemühungen ist es bislang nicht gelungen, klare, wissenschaftlich gesicherte Zuordnungskriterien zu bestimmten Psychotherapiemethoden zu finden, obwohl die Vertreter verschiedener Therapieschulen den Anspruch erheben, ihre Methode sei bei der Behandlung bestimmter psychischer Störungen erfolgreicher als andere Verfahren. Daraus ergibt sich die Konsequenz, dass *keine indikations- und störungsspezifische Zulassung von Psychotherapiemethoden* im Kassensystem möglich ist.

Viele Verhaltenstherapeuten gehen aufgrund zahlreicher deutscher und internationaler Studien aus dem Bereich der evidenzbasierten Psychotherapie davon aus, dass sie die Vertreter der wirksamsten und wissenschaftlich am besten abgesicherten Psychotherapiemethode seien. Sie leiten daraus oft den Anspruch auf einen besonderen Versorgungsantrag ab. Wie erwähnt, werfen Kritiker diesen Studien vor, dass allein bereits der verhaltenstherapeutische Forschungshintergrund einen großen Teil der Ergebnisse erkläre und verweisen auf die Probleme von kontrollierten Studien.

In den letzten 10 Jahren wurden den zahlreichen verhaltenstherapeutischen Studien mehrere Wirksamkeitsstudien aus dem Bereich der *Psychoanalyse* gegenüber gestellt, die der psychoanalytischen Psychotherapie eine gute Wirksamkeit bestätigten. Eine deutsche Verlaufsstudie mit naturalistischem Design in freier Praxis bei psychoanalytischen und verhaltenstherapeutischen Langzeitpsychotherapien von Patienten mit Angststörungen und Depressionen ergab eine ähnlich gute Wirksamkeit für beide Verfahren.

Eine von der Deutschen Forschungsgemeinschaft geförderte Studie, die die Kognitive Verhaltenstherapie mit psychodynamischer Kurztherapie bei generalisierten Angststörungen verglich, fand beide Methoden sehr wirksam, ohne große Unterschiede zwischen beiden Verfahren.

Die *Klientenzentrierte Psychotherapie* war in verschiedenen Therapievergleichsstudien ähnlich wirksam wie kognitiv-behaviorale, d.h. verhaltenstherapeutische Methoden – vor allem dann, wenn auch neuere Weiterentwicklungen der klassischen Gesprächspsychotherapie berücksichtigt wurden, nämlich die Konzepte der prozess-erlebnisorientierten Therapie nach Greenberg u.a.

Die Vertreter der verschiedenen Therapiemethoden verstehen unter *Therapieerfolg* oft völlig unterschiedliche Sachverhalte, was sich auch in den Wirksamkeitsstudien zeigte. Zahlreiche Therapiepatienten berichteten von einem Therapieerfolg, obwohl sich die Symptomatik selbst nicht wesentlich gebessert hatte. Damit ergibt sich die Frage, was Patienten wirklich als hilfreich erleben.

Das *Bundesministerium für Bildung und Forschung* stellt in Deutschland ab dem Jahr 2005 über den Zeitraum von sechs Jahren 18 Millionen Euro für die Psychotherapieforschung zur Verfügung. Mit den Forschungen sollen unterschiedliche Therapieprozesse besser verstanden und verschiedene Behandlungsstrategien bewertet werden. In überregionalen Forschungsverbünden werden diesbezüglich universitäre und außeruniversitäre Forschungseinrichtungen zu verschiedenen psychischen Störungen zusammenarbeiten. Dabei werden auch Krankenhäuser und Therapiezentren mit einbezogen.

Effekte unterschiedlicher Therapiedauer

Die Frage nach der *optimalen Dauer* einer erfolgreichen Psychotherapie hat unter Fachleuten zu zahlreichen Kontroversen geführt, die oft sehr polemisch ausgetragen wurden. Die jahrelange Diskussion, ob kürzere Therapien genauso wirksam seien wie längere, ist mehr als der Streit zwischen Verhaltenstherapeuten mit meist kürzeren Behandlungen und Psychoanalytikern mit traditionell längeren Behandlungen. Es geht dabei nicht um rein akademische Diskussionen, sondern um Sachverhalte von höchster berufs- und sozialpolitischer Relevanz, oft nach dem Motto „Gut ist, was rasch wirkt“, „Besser ist, wer schneller Symptome heilt“ – und dies hilft den Krankenkassen Geld sparen.

Gesundheitspolitiker und Krankenkassenfunktionäre hören in Zeiten knapper werdender Mittel oder gar leerer Kassen im Gesundheitsbereich gerne, dass kürzere Therapien bei geringerem finanziellen Aufwand mindestens gleich gute Ergebnisse zeigen wie länger dauernde Behandlungen mit viel höheren Kosten. Sie neigen zur Bevorzugung derartiger Methoden, wo immer dies möglich ist. Dieses Denken führt in Deutschland in zunehmendem Ausmaß zur Begünstigung der Verhaltenstherapie.

Dramatisch ist die Situation in den USA: Dort werden von privaten Versicherungen sowie von Versicherungen, die im Auftrag der Arbeitgeber für die Gesundheitskosten der Beschäftigten aufkommen (*Managed Care Organizations MCO*), meist nur 10–20 Therapiestunden bezahlt. Prominente amerikanische Psychologen wie Martin Seligman weisen auf die negativen Folgen für psychisch Kranke in den USA hin, wenn sich die Versicherungen auf die ausreichende Wirksamkeit von Kurzzeittherapien berufen.

Der bekannte, aus Österreich stammende Psychotherapeut *Paul Watzlawick*, der in Palo Alto, USA, im Rahmen von Kurzzeittherapie-Projekten mitarbeitete, erklärte einmal, dass er auch in 100 Stunden nicht erreichen könne, was er in 10 Stunden nicht geschafft habe. Der Psychotherapieforscher *Klaus Grawe* behauptete, eine erfolgreiche Psychotherapie dauere nicht wesentlich länger als 40–50 Stunden. Eine mehr als 50 Stunden dauernde Psychotherapie sollte wegen Unfähigkeit des Therapeuten am besten abgebrochen werden. Bei 100 Therapiestunden stimme das Verhältnis von Aufwand und Ertrag nicht mehr. Die Aussagen Grawes wurden von anderen Psychotherapieforschern einer inhaltlichen und methodischen Kritik unterzogen und stimulierten die Psychotherapieforschung.

Verhaltenstherapeuten mit Schwerpunkt auf der Behandlung von Menschen mit Panikstörungen legten wissenschaftliche Untersuchungen vor, wonach bereits 15 Therapiestunden ausreichend seien für eine dauerhafte Behandlung. Verhaltenstherapeuten, die eher kürzere Behandlungen durchführen (oft nur 15–45 Stunden), leiten aus der raschen Wirksamkeit ihrer Methode die Überlegenheit ihres Verfahrens gegenüber Langzeitpsychotherapien psychoanalytischer und humanistischer Form ab. Dieser Anspruch wird von Vertretern anderer Methoden kritisiert.

Die amerikanische *Consumer-Reports-Studie* und deren deutsche Variante belegten, wie bereits erwähnt, dass Psychotherapien mit einer Dauer zwischen ein und zwei Jahren, vor allem aber auch darüber, deutlich bessere Ergebnisse brachten als kürzere Behandlungen. Länger dauernde Psychotherapien führten über die aktuelle Problematik hinaus ganz allgemein zur Verbesserung von Beziehungsfähigkeit, Selbstwertgefühl, Alltagsstress-Bewältigung und Arbeitsproduktivität.

Dort, wo es keine Kassenverträge für Psychotherapie gibt, wie etwa in Österreich, wo in verschiedenen Bundesländern nur sehr beschränkte kostenlose Versorgungsmodelle für die ärmeren Versicherten (zumeist nur der Gebietskrankenkassen) angeboten werden, sind kürzer dauernde Psychotherapien in freier Praxis oft das einzige realistische Behandlungsangebot. Die häufige Frage, ob eine längere Psychotherapie nicht doch besser wäre als eine kürzere, kann nicht abgehoben von den finanziellen Möglichkeiten der Betroffenen diskutiert werden.

Der seit Jahrzehnten erhobene Vorwurf von Psychoanalytikern, dass eine Verhaltenstherapie nur zu *Symptomverschiebungen* führe, ist aufgrund der Forschungsergebnisse nicht haltbar. Verhaltenstherapeuten geben jedoch mittlerweile zu, dass viele Patienten in der klinischen Alltagspraxis eine längere Psychotherapie benötigen, als früher postuliert wurde, vor allem wenn Mehrfacherkrankungen wie Angststörung, Depression, Alkohol- und Tranquilizermissbrauch, Persönlichkeitsstörungen und persönliche Defizite das Krankheitsbild beeinflussen. Verhaltenstherapien dauern in der deutschen Versorgungspraxis viel länger als in wissenschaftlich orientierten Zentren. Verhaltenstherapeutische Forscher anerkennen mittlerweile, dass die meist an speziellen Forschungszentren erstellten Erfolgsnachweise der verhaltenstherapeutischen Behandlung auch noch in der klinischen Alltagspraxis überprüft werden müssen und nicht ohne weiteres auf die Routineversorgung übertragen werden können.

Das Hauptziel einer Langzeit-Psychoanalyse – die Veränderung und Umstrukturierung der Persönlichkeit als Voraussetzung für eine dauerhafte Heilung der aktuellen Störung und als Vorbeugung gegenüber neuerlichen psychischen Erkrankungen mit ähnlichen oder anderen Symptomen – wird in Deutschland auch von der Tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie problematisiert, die sich mit kürzer dauernden psychoanalytischen Interventionen zufrieden gibt.

Psychotherapie umfasst auch die Behandlung von Menschen mit *chronischen psychischen Störungen* und chronischen körperlichen Erkrankungen mit psychosozialen Folgeproblemen. Bei diesen Patienten ist eine Langzeittherapie oder wenigstens eine psychotherapeutische Betreuung in größeren Abständen durchaus sinnvoll und hilfreich, obwohl keine Heilung möglich ist. Jede Form der *Verbesserung der Lebensqualität* durch psychotherapeutische Maßnahmen und jeder länger dauernde Versuch der Rehabilitation psychisch oder psychosomatisch Kranker ist ein Akt der Humanität und darf nicht nur unter dem Aspekt der Kostenfrage und der wissenschaftlichen Effizienz diskutiert werden.

Misserfolge in der Psychotherapie

Die Bereitschaft zur Auseinandersetzung mit Misserfolgen zeigt die Reife einer Therapiemethode. Als Misserfolg gilt ein Therapieverlauf, der aus der Sicht des Patienten und/oder des Psychotherapeuten nicht mit dem gewünschten Erfolg endet. Man kann mindestens fünf verschiedene *Formen von Misserfolg* unterscheiden, die in der Psychotherapieforschung erst in langsam zunehmendem Ausmaß untersucht werden:

- Verschlechterung durch Verstärkung oder Ausweitung der Symptomatik,
- Risiken der Therapie durch unerwartete Komplikationen,
- Nebenwirkungen im Sinne unerwünschter Behandlungseffekte,
- Wechselwirkungen mit medizinischen oder sozialen Interventionen,
- Behandlungsfehler als Schäden durch unsachgemäße Behandlung.

Die Bewertung von Erfolg oder Misserfolg einer Therapie hängt wesentlich von den Therapiezielen der Patienten und Therapeuten ab. Als *zentrale Kriterien für den Therapieerfolg* gelten oft klinisch bedeutsame Verbesserungen der Symptomatik und die Zufriedenheit der Patienten mit der Behandlung. Studien haben ergeben, dass diese beiden Kriterien nicht immer übereinstimmen. Mehr als die Hälfte der Patienten, deren Symptome sich in der Therapie verstärkt, nicht verändert oder nicht ausreichend gebessert haben, ist rückblickend mit der Therapie zufrieden. Umgekehrt betrachten im Rückblick nicht alle Patienten eine Therapie als positiv, die mit einer wesentlichen Besserung der Symptomatik geendet hat. Dieser Umstand zeigt, dass Therapieerfolgsbeurteilungen auf mehreren Kriterien beruhen und daher auch umfassender als bisher untersucht werden müssen.

Auf der *Seite des Patienten* sind folgende Ursachen für therapeutische Misserfolge maßgeblich: Schwere und Grad der Chronifizierung der psychischen Störung, Probleme im Umgang mit dem Therapeuten (mangelndes Vertrauen), unrealistische Therapieerwartungen, mangelnde Therapiemotivation, sekundärer Krankheitsgewinn (persönliche Vorteile und soziale Schonung durch die Krankheit), schwierige Lebensumstände, unzureichende soziale Unterstützung durch das Umfeld des Patienten, das im Falle einer Veränderung des Patienten nicht selten eigene Nachteile und Probleme fürchtet.

Auf der *Seite des Psychotherapeuten* spielen folgende Faktoren eine große Rolle bei einem Misserfolg der Behandlung: mangelnde Empathie (geringe emotionale Einfühlung und Anteilnahme), allgemein negative Therapiebeziehung, unzureichende Beherrschung therapeutischer Techniken, mangelnde Übereinstimmung mit dem Patienten über den Therapieprozess. Eine Psychotherapie gilt insbesondere auch dann als gescheitert, wenn es zu Grenzüberschreitungen, vor allem zu sexuellen Kontakten kommt und der Psychotherapeut die therapeutische Interaktion zur Befriedigung eigener Bedürfnisse missbraucht.

Jede Psychotherapiemethode kann im Einzelfall vorübergehend oder auf Dauer mit einem Misserfolg einhergehen. Nach wissenschaftlichen Erkenntnissen bleiben bis zu 25 % der Psychotherapien ohne messbaren Erfolg, werden bis zu 30 % der Therapien nicht erfolgreich abgeschlossen, treten bei 5–10 % der Therapien sogar Verschlechterungen auf. Ein Viertel bis zu einem Drittel der Patienten beendet die Psychotherapie gleich in der Anfangsphase.

Die Angaben von Erfolgsraten ausschließlich auf der Basis abgeschlossener Therapien ergeben ein geschöntes Bild. Misserfolge stellen eine Herausforderung zur differenzierten Analyse und Weiterentwicklung einer Therapiemethode dar und sollten nicht einfach nur als Schwäche gesehen werden.

Rückfälle mit anschließender stabiler Besserung sind durchaus als normal anzusehen. Rückfälle treten öfter einige Zeit nach der Beendigung der ambulanten oder stationären Psychotherapie auf sowie in unspezifischen Stresssituationen, z.B. bei Belastungen durch psychosoziale Faktoren (partnerschaftliche, familiäre oder berufliche Probleme) und bei körperlichen Erkrankungen der eigenen Person oder naher Verwandter.

Vertreter aller Psychotherapiemethoden neigen dazu, vor allem in der Positionierung gegenüber anderen Schulen und angesichts des Verteilungskampfes um die begrenzten finanziellen Mittel im Gesundheitsbereich, die *Stärken und Erfolge der eigenen Methode* hervorzuheben und die Schwächen der anderen Verfahren anzuprangern, statt sich mit den eigenen Grenzen auseinanderzusetzen und nach Verbesserungsmöglichkeiten zu suchen. In Publikationen, Kongressberichten und Vorträgen werden meist erfolgreiche Behandlungen mit den eigenen Therapiekonzepten vorgestellt, während – ähnlich wie in der Pharmaforschung – von Misserfolgen und Fehlschlägen kaum berichtet wird. In der Supervision, die gerade zur Bearbeitung therapeutischer Probleme gedacht ist, wird dagegen offen über Fehler, Zweifel und Misserfolge gesprochen. In Deutschland sind aus der Vergangenheit vor allem die gegenseitigen Vorwürfe von Psychoanalytikern und Verhaltenstherapeuten bekannt.

Es zeigt von der Stärke einer Psychotherapiemethode, wenn auch die *Fehler und Misserfolge reflektiert* und in selbstkritischer Auseinandersetzung damit zu minimieren versucht werden. Je mehr eine Psychotherapieschule nach außen hin allgemein anerkannt ist, umso eher kann sie sich in internen Diskussionen und methodenspezifischen Kongressen mit den eigenen Schwächen und Fehlern beschäftigen und sich für andere Verfahren öffnen.

Durch die nachgewiesenen Erfolge der am weitesten verbreiteten Psychotherapiemethoden ist zumindest im Bereich der Psychotherapieforschung mittlerweile eine gewisse Beruhigung und Konsolidierung eingetreten, wenngleich im klinischen Alltag aus Konkurrenzgründen nach wie vor unschöne Streitszenen festzustellen sind. Nachweis und Rechtfertigung der eigenen Methode stehen in der Forschung nicht mehr so im Vordergrund wie in den letzten 15 Jahren. Die Vertreter der verschiedenen Methoden können sich mehr als früher mit den Grenzen und Problemen des eigenen Verfahrens beschäftigen.

Berufspflichten des Psychotherapeuten

Der Berufskodex für österreichische Psychotherapeuten

Die Berufspflichten der Psychotherapeuten in Österreich sind in relativ allgemeiner Form bereits im Psychotherapiegesetz § 14 aufgelistet und wurden 1993 erstmals in detaillierter Form als Berufskodex veröffentlicht. Zur Behandlung von Patientenbeschwerden stehen Ethikkommissionen zur Verfügung. Ahndungen sind erschwert durch den Umstand, dass es in Österreich keine Pflichtmitgliedschaft beim Berufsverband ÖBVP und noch keine Kammerregelung gibt. Bei schweren Verstößen kann jedoch der Psychotherapiebeirat Maßnahmen setzen.

Der „*Berufskodex für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten*“ ist eine Richtlinie des österreichischen Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen, basierend auf Gutachten des Psychotherapiebeirats. Er fordert von Therapeuten einen verantwortungsvollen Umgang mit der eigenen Person, mit der Psychotherapie und den anvertrauten Patienten und versteht sich als Konkretisierung, Interpretation und Ergänzung zu den im Psychotherapiegesetz festgeschriebenen Berufspflichten der Therapeuten.

Der Berufskodex umfasst folgende Aspekte (www.psychotherapie.at):

- *Fachliche Kompetenz und Fortbildung.* Es besteht eine Verpflichtung zu regelmäßiger Fortbildung, Supervision, wissenschaftlicher Redlichkeit der Tätigkeit, ausschließlichem Angebot jener Leistungen, für die eine Qualifikation und Kompetenz erworben wurde, sowie zu einem Kundig-Machen bezüglich relevanter Vorschriften und Sachverhalte im Gesundheitsbereich.
- *Vertrauensverhältnis, Aufklärungs- und besondere Sorgfaltspflichten in der psychotherapeutischen Beziehung.* Die Verpflichtungen der Psychotherapeuten und die Rechte der Patienten stehen in entsprechender Beziehung. Dazu gehören freie Psychotherapeutenwahl, Freiwilligkeit der Behandlung, umfassende Aufklärung über die geplante Behandlung, sorgfältige diagnostische Abklärung, im Bedarfsfall in Konsultation mit anderen Berufsgruppen des Gesundheitswesens (mit Ärzten zwecks medizinischer Behandlung, mit Klinischen Psychologen zwecks klinisch-psychologischer Diagnostik), Führung von Aufzeichnungen über die Behandlung, Recht auf Einsicht in diese Unterlagen (außer den persönlichen Aufzeichnungen zur Reflexion des Therapieprozesses), Schutz der Persönlichkeitsrechte der Patienten, insbesondere Geheimhaltung anvertrauter Geheimnisse und Verschwiegenheit gegenüber Dritten (Entbindung von der Verschwiegenheitsverpflichtung durch den Patienten ist möglich), Vermeidung von Missbrauch des Vertrauensverhältnisses, vor allem Vermeidung von sexuellem, wirtschaftlichem oder sozialem Missbrauch, Information des Patienten über geplante Therapiebeendigung.

- *Psychotherapeutische Leistungen in der Öffentlichkeit.* Es bestehen eine Verpflichtung zur Führung der Berufsbezeichnung „Psychotherapeut“ bzw. „Psychotherapeutin“ in Verbindung mit dem Recht auf Führung der in der Psychotherapeutenliste eingetragenen Zusatzbezeichnungen, eine Verpflichtung zum klaren Ausweis der tatsächlich praktizierten Methoden und Verfahren unter Vermeidung jeder Irreführung hinsichtlich der fachlichen Kompetenz, eine Verpflichtung zu sachlicher und wahrheitsgemäßer Werbung sowie eine Verpflichtung zur Einhaltung der Schilderordnung (Aushängen von Praxisschildern mit den nötigen sachlichen Informationen).
- *Kollegiale Zusammenarbeit und Kooperation mit angrenzenden Berufen.* Es bestehen eine Verpflichtung zur kooperativen Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen aus dem Bereich der Heilkunde, eine Verpflichtung zu konstruktiver und wertschätzender Kritik gegenüber Vertretern anderer Methoden sowie eine Verpflichtung zu fairer Konkurrenz, Toleranz und Zusammenarbeit in Bezug auf die eigene Berufsgruppe sowie auch auf andere Heilberufe.
- *Kollegiale Zusammenarbeit von Angehörigen des psychotherapeutischen Berufes.* Psychotherapeuten sollten im Bedarfsfall in wechselseitiger Konsultation und Kooperation zum Wohle der Patienten in Bezug auf dessen Diagnostik und Behandlung stehen. Die Errichtung von Gemeinschafts- und Gruppenpraxen ist möglich.
- *Kollegiale Zusammenarbeit mit Angehörigen des psychotherapeutischen Berufes in Ausbildung.* Unter Supervision arbeitende Psychotherapeuten, die für ihr therapeutisches Handeln selbst verantwortlich sind, dürfen von ihren therapeutischen Ausbildern nicht überfordert und über einen sachlich gerechtfertigten Kostenersatz hinaus auch nicht finanziell belangt werden.
- *Anwendung des Berufskodex im Rahmen der psychotherapeutischen Ausbildung.* Die Grundsätze des Berufskodex zum verantwortungsvollen Umgang der Psychotherapeuten mit ihren Patienten gelten in ähnlicher Weise auch für den Umgang zwischen ausbildenden und auszubildenden Psychotherapeuten (z.B. keine Ausnutzung des Abhängigkeitsverhältnisses).
- *Mitwirkung im Gesundheitswesen.* Psychotherapeuten sollen durch ihre Tätigkeit zur Schaffung von Lebensbedingungen beitragen, die der Förderung, Erhaltung und Wiederherstellung der psychischen Gesundheit und der Reifung und Entwicklung der Patienten dienen.
- *Psychotherapieforschung.* Psychotherapeuten sollten im Interesse der Weiterentwicklung der Psychotherapie zur Mitarbeit im Bereich der Psychotherapieforschung bereit sein, eine entsprechende Aufklärung der betreffenden Patienten und die Wahrung ihrer Persönlichkeitsrechte garantieren.

Der Berufskodex enthält auch Regelungen bei Streitfällen und Richtlinien für den Umgang bei Verstößen gegen den Berufskodex.

Die Musterberufsordnung für alle deutschen nichtärztlichen Psychotherapeuten

Die „Musterberufsordnung für die Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen“, im Jänner 2006 auf dem Deutschen Psychotherapeutentag verabschiedet, regelt die Berufsausübung für alle nichtärztlichen Therapeuten (für Ärzte gelten die ärztlichen Bestimmungen). Als Ziele gelten die Förderung des Vertrauens zwischen Therapeut und Patient, der Schutz des Patienten, die Sicherung der freien Berufsausübung, die Sicherstellung der Qualität, des Ansehens des Berufs und eines berufswürdigen Verhaltens.

Die Musterberufsordnung und ihre 30 Paragraphen sind für jedermann nachlesbar unter www.bptk.de/bptk/rechtliches/100660.html. Die zentralen Berufsaufgaben von Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, die einen freien Beruf und kein Gewerbe ausüben, werden durch folgenden markanten Satz umschrieben: „Psychotherapeuten üben die Heilkunde unter Berücksichtigung der aktuellen wissenschaftlichen Standards aus mit dem Ziel, Krankheiten vorzubeugen und zu heilen, Gesundheit zu fördern und zu erhalten sowie Leiden zu lindern.“

Neben den gesetzlich geschützten *Berufsbezeichnungen* „Psychologische Psychotherapeutin“ oder „Psychologischer Psychotherapeut“ bzw. „Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin“ oder „Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut“ sowie „Psychotherapeutin“ oder „Psychotherapeut“ kann auch das *Psychotherapieverfahren* angeführt werden, das Gegenstand der vertieften Ausbildung war, sowie der *Tätigkeitsschwerpunkt* (dafür ist jedoch eine nachgewiesene nachhaltige Tätigkeit in diesem Bereich erforderlich).

Von den *allgemeinen Berufspflichten* her sind Psychotherapeuten angehalten, ihren Beruf gewissenhaft auszuüben, dem ihnen entgegengebrachten Vertrauen zu entsprechen; die Autonomie der Patienten zu respektieren, Schaden zu vermeiden, Nutzen zu mehren, Gerechtigkeit anzustreben; die Würde ihrer Patienten zu achten, unabhängig von Geschlecht, Alter, sexueller Orientierung, sozialer Stellung, Nationalität, ethnischer Herkunft, Religion und politischer Überzeugung; nichts zu tun, was mit ihrer Aufgabe unvereinbar ist; fachliche Weisungen nur von entsprechend fachlich qualifizierten Personen entgegenzunehmen; die professionelle Qualität ihres Handelns unter Einbeziehung wissenschaftlicher Erkenntnisse zu sichern und weiterzuentwickeln; bei ihrem öffentlichen Auftreten alles zu unterlassen, was dem Ansehen des Berufsstandes schadet; fachliche Äußerungen fachlich informierend und wissenschaftlich fundiert zu treffen und irreführende Heilungsversprechen und unlautere Vergleiche zu vermeiden; bei Großschadensereignissen oder Katastrophen je nach landesrechtlichen Vorschriften sich im Bedarfsfall an der psychosozialen Notversorgung der Bevölkerung zu beteiligen.

Es gibt auch Hinweise auf die Pflichten gegenüber der Landespsychotherapeutenkammer sowie Regelungen bei Verstößen gegen die Bestimmungen der Musterberufsordnung.

Die *Regeln der Berufsausübung* sehen im Einzelnen vor:

- *Allgemeine Obliegenheiten.* Psychotherapeuten sind verpflichtet, sich über alle für die Berufsausübung geltenden Vorschriften zu informieren, diese zu beachten und darauf gründende Anordnungen und Richtlinien zu befolgen sowie sich hinreichend gegen Haftpflichtansprüche im Rahmen ihrer beruflichen Tätigkeit abzusichern.
- *Sorgfaltspflichten.* Psychotherapeuten dürfen das Vertrauen, die Unwissenheit, die Leichtgläubigkeit, die Hilflosigkeit oder die wirtschaftliche Notlage ihrer Patienten nicht ausnutzen und keine unangemessenen Versprechungen oder Entmutigungen in Bezug auf den Heilungserfolg machen. Sie müssen vor Behandlungsbeginn eine diagnostische Abklärung unter Einbeziehung anamnestischer Erhebungen vornehmen (unter Berücksichtigung von Befunden Dritter) und bei der Indikationsstellung und Erstellung eines Gesamtbehandlungsplans die mit dem Patienten erarbeiteten Behandlungsziele berücksichtigen. Sie dürfen keine Behandlung ohne gesichertes Vertrauensverhältnis und ohne ausreichende Qualifikation für die konkrete Aufgabe vornehmen (im Bedarfsfall besteht eine Verpflichtung zur Unterstützung bei der Suche nach Behandlungsalternativen). Bei Erfolglosigkeit ist die Behandlung mit Begründung und Besprechung des weiteren Vorgehens zu beenden. Die Behandlung erfolgt in persönlichem Kontakt, elektronische Kommunikationsmedien dürfen in begründeten Ausnahmefällen und unter Beachtung besonderer Sorgfaltspflichten eingesetzt werden. Psychotherapeutische Forschungsprojekte, bei denen die Behandlung nur über Kommunikationsnetze durchgeführt wird, bedürfen der Genehmigung durch die Kammer. Bei Erfordernis weiterer Informationen oder Fähigkeiten sind in Absprache mit dem Patienten andere Psychotherapeuten, Ärzte oder Angehörige anderer Heil- und Gesundheitsberufe hinzuzuziehen. Die Überweisung von Patienten muss nach fachlichen Notwendigkeiten ohne Entgeltforderungen oder sonstige Vorteile erfolgen. Eine zeitlich parallele oder nachfolgende Behandlung von Ehepartnern, Partnern, Familienmitgliedern oder von in engen privaten oder beruflichen Beziehungen zu einem Patienten stehenden Personen muss sorgfältig geprüft werden (und ist damit nicht grundsätzlich verboten).
- *Abstinenz.* Psychotherapeuten müssen ihre Beziehungen zu Patienten und deren Bezugspersonen professionell und verantwortungsbewusst gestalten. Sie dürfen die Vertrauensbeziehung von Patienten nicht zur Befriedigung eigener Interessen und Bedürfnisse missbrauchen. Sie erhalten nur das vereinbarte Honorar und dürfen nur geringfügige Geschenke annehmen. Außertherapeutische Kontakte zu Patienten sind auf das Nötigste zu beschränken und so zu gestalten, dass die Therapiebeziehung möglichst wenig gestört wird. Jeder sexuelle Kontakt mit einem Patienten oder ihm nahe stehenden Personen ist unzulässig. Das Abstinenzgebot gilt auch nach der Beendigung der Psychotherapie für den Fall späterer Therapiebedürftigkeit. Vor der Aufnahme privater Kontakte ist ein zeitlicher Abstand von

mindestens einem Jahr einzuhalten. (Der Antrag auf Verbot sexueller Kontakte auf Lebenszeit fand keine Mehrheit. Die Verfechter eines zeitlich unbeschränkten Verbots sexueller Beziehung argumentierten, dass der Psychotherapeut auch nach der Beendigung der Therapie allein die Verantwortung für die Beziehung zur Patientin trage.)

- *Aufklärungspflicht.* Jede Therapie erfordert die Einwilligung des Patienten und dessen Aufklärung über die Behandlung. Die Aufklärungspflicht umfasst Indikation, Art der Behandlung, Therapieplan, Behandlungsalternativen und mögliche Behandlungsrisiken, sowie die Klärung der Rahmenbedingungen, z.B. Honorarregelung, Sitzungsdauer, Sitzungsfrequenz und voraussichtliche Gesamtdauer der Behandlung. Die Aufklärung muss vor Therapiebeginn in einer auf die Befindlichkeit und Aufnahmefähigkeit des Patienten abgestimmten Form erfolgen. Im Falle nötiger Änderungen im Behandlungsablauf muss der Patient informiert werden.
- *Schweigepflicht.* Psychotherapeuten haben über den Tod des Patienten hinaus eine Verschwiegenheitsverpflichtung bezüglich der Behandlung und aller Informationen, die ihnen im Zusammenhang mit ihrer beruflichen Tätigkeit durch und über Patienten und Dritte anvertraut und bekannt geworden sind. Die Schweigepflicht ist nur aufgehoben bei wirksamer Entbindung durch den Patienten oder bei Schutzbedürftigkeit eines höherwertigen Rechtsgutes (z.B. bei Selbstgefährdung). Im Rahmen beruflicher Besprechungen (kollegiale Beratung, Intervision, Supervision) oder wissenschaftlicher Dokumentationen dürfen Informationen über Patienten und Dritte nur in anonymisierter Form im Sinne des Bundesdatenschutzgesetzes verwendet werden, sodass keine Rückschlüsse auf den Patienten möglich sind. Wenn eine Anonymisierung nicht möglich ist, erfordert die Weitergabe von Informationen die vorherige ausdrückliche Entbindung von der Schweigepflicht durch den Patienten. Bild- und Tonaufnahmen der Therapie bedürfen der Einwilligung des Patienten, der über sein Recht auf spätere Löschung der Aufzeichnungen zu informieren ist. Alle Informationen Dritter sind auf das erforderliche Ausmaß zu beschränken. Die Verschwiegenheitsverpflichtung gilt auch für Mitarbeiter und an der Therapie teilnehmende Psychotherapeuten in Ausbildung.
- *Dokumentations- und Aufbewahrungspflicht.* Psychotherapeuten müssen psychotherapeutische Behandlungen und Beratungen dokumentieren (wenigstens Datum, anamnestiche Daten, Diagnosen, Fallkonzeptualisierungen, psychotherapeutische Maßnahmen, gegebenenfalls Ergebnisse psychometrischer Erhebungen). Die Dokumentationen sind mindestens zehn Jahre lang aufzubewahren, gezählt ab dem Ende der Behandlung.
- *Datensicherheit.* Die erhobenen Daten und persönlichen Aufzeichnungen müssen sicher verwahrt werden und gegenüber Zugriffen umfassend geschützt sein. Dies gilt auch für elektronisch gespeicherte Daten und Aufzeichnungen unter Beachtung der aktuellen Sicherheitsstandards.

- *Einsicht in Behandlungsdokumentationen.* Patienten haben auch nach Abschluss der Behandlung das Recht auf Einsicht in die sie betreffenden Dokumentationen. Die Einsicht darf nur ganz oder teilweise verweigert werden, wenn dies den Patienten gesundheitlich gefährden würde oder wenn Rechte Dritter betroffen sind. Der Psychotherapeut kann mit Begründung die Einsicht in seine persönlichen Aufzeichnungen über seine emotionalen Erlebnisweisen im Rahmen der Therapie (subjektive Daten) verweigern, wenn die Einsicht dem Patienten, dem Therapeuten oder Dritten schaden würde.
- *Umgang mit minderjährigen und eingeschränkt einwilligungsfähigen Patienten.* Bei diesen Patientengruppen gelten spezielle Bestimmungen, auf die in diesem Zusammenhang nicht eingegangen wird.
- *Honorierung und Abrechnung.* Das Honorar beruht auf der Gebührenordnung für Psychotherapeuten (GOP), soweit nicht gesetzlich etwas anderes bestimmt ist. Die GOP-Sätze dürfen nicht in unlauterer Weise unterschritten oder sittenwidrig überschritten werden. In begründeten Ausnahmefällen kann das Honorar ganz oder teilweise erlassen werden. Honorarfragen müssen vor Behandlungsbeginn geklärt und Abweichungen von den GOP-Tarifen schriftlich vereinbart werden. Abrechnungen müssen die Leistungen wahrheitsgemäß und in zeitlich korrekter Abfolge wiedergeben.
- *Fortbildungspflicht.* Berufstätige Psychotherapeuten müssen zur Erhaltung und Weiterentwicklung ihrer Fähigkeiten an Fortbildungsmaßnahmen entsprechend der Fortbildungsordnung der Landespsychotherapeutenkammer teilnehmen und diese der Kammer auf Verlangen nachweisen.
- *Qualitätssicherung.* Psychotherapeuten müssen den aktuellen Qualitätsanforderungen durch qualitätssichernde Maßnahmen entsprechen und dies der Kammer nachweisen können.
- *Delegation.* Psychotherapeuten können diagnostische Teilaufgaben und behandlungsergänzende Maßnahmen an Dritte delegieren, wenn diese dafür qualifiziert sind und die Patienten damit einverstanden sind. Der delegierende Psychotherapeut trägt dabei die Gesamtverantwortung für die delegierten Maßnahmen und ist zur regelmäßigen Kontrolle der delegierten Leistungserbringung verpflichtet.

Die Musterberufsordnung regelt auch noch zahlreiche berufliche Aspekte, auf die in diesem Zusammenhang nicht eingegangen wird.

Die Musterberufsordnung ist nicht bindend für die deutschen Bundesländer. Die Länderkammern bleiben satzungsgebend. Eine Musterberufsordnung sollte nach allgemeiner Auffassung jedoch rechtsangleichend wirken: Für alle Berufsangehörigen sollte ein möglichst einheitliches, mindestens aber vergleichbares Berufsrecht gelten. Dieses Ziel ist nur zu erreichen, wenn die Landesberufsordnungen weitestgehend an die Musterberufsordnung angepasst werden, weil die Musterberufsordnung sonst sinnlos und überflüssig wäre.

Rechte des Psychotherapie-Patienten

Die Rechte des Psychotherapie-Patienten wurden bereits bei den Pflichten der Psychotherapeuten beschrieben, wie sie in Deutschland in der „*Musterberufsordnung*“ und in Österreich im „*Berufskodex für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten*“ verankert sind. Dennoch soll hier noch einmal in zusammenfassender Weise auf einige wichtige Aspekte hingewiesen werden.

Jeder Psychotherapie-Patient hat das Recht auf

- freie Wahl eines Psychotherapeuten,
- Selbstbestimmung bezüglich Beginn, Beendigung oder Unterbrechung der Therapie,
- Verweigerung der Therapie auch für den Fall, dass Ärzte oder Angehörige diese für dringend notwendig halten,
- Verweigerung einer stationären Einweisung, außer im Falle akuter Suizidalität oder sonstiger akuter Erkrankung mit Selbst- oder Gemeingefährlichkeit,
- Behandlung als mündiger Mensch und Beachtung seiner Würde,
- Mitbestimmung und Mitgestaltung des Therapieablaufs,
- umfassende Information über Diagnose, Krankheitsverlauf, Behandlungsmöglichkeiten, Behandlungsaussichten, Behandlungsrisiken, Behandlungsdauer, Behandlungskosten, alternative Behandlungsmöglichkeiten,
- Information über Qualifikation, Behandlungserfahrung und eventuelle Behandlungsschwerpunkte des Psychotherapeuten,
- Datenschutz, d.h. die dem Therapeuten anvertrauten Informationen dürfen ohne Zustimmung des Patienten nicht an Dritte weitergegeben werden, auch nicht an Ärzte oder Angehörige,
- Einspruch bzw. Konsequenzen für den Fall, dass der Therapeut aus bestimmten gut gemeinten Gründen Informationen an Dritte weitergeben möchte oder bereits weitergegeben hat,
- Einsicht in Berichte und Unterlagen, z.B. Testbefunde, Gutachten, Berichte des Therapeuten an den Krankenkassen-Gutachter (wie diese in Deutschland sehr detailliert bei Anträgen auf Langzeittherapien erstellt werden müssen), ausgenommen persönliche Aufzeichnungen über die eigenen Gefühle und Gedanken des Therapeuten in Zusammenhang mit der Therapie,
- Beschwerde über das Verhalten des Therapeuten bei diesem selbst sowie bei bestimmten Institutionen wie etwa Krankenkassen oder Berufsvertretungen,
- Verweigerung von Informationen, die der Therapeut aus einem bestimmten Grund gerne bei ihm eingeholt hätte,
- Distanzierung gegenüber grenzverletzendem Verhalten des Therapeuten,
- Haftpflichtansprüche bei Verletzung der Sorgfaltspflicht, schwerwiegenden Behandlungsfehlern oder sexuellem Missbrauch.

3. Anwendungsbereiche der Psychotherapie

Psychotherapie kann für gesunde und kranke Menschen hilfreich sein. Als Heilbehandlung bei psychischen Symptomen mit Krankheitswertigkeit wird sie von den Krankenkassen finanziert. Bei gesunden Menschen ist die Abgrenzung der Psychotherapie gegenüber allen Formen der psychologischen bzw. psychosozialen Beratung schwieriger, aber dennoch in einer Hinsicht leicht möglich: Es handelt sich bei einer Psychotherapie um psychologische Interventionen auf der Basis einer bestimmten Methode, die mit verfahrenstypischen Theorien, Erklärungsmodellen und Interventionsstrategien einhergeht. Beratung dient eher der Prävention und bietet gezielte Hilfestellungen und konkrete Problemlösungen an. Psychotherapie wird aber auch in der Beratung eingesetzt.

Übergänge von seelischer Gesundheit zu psychischer Krankheit

Seelische Erkrankung als krisenhafte Entwicklungen im Lebenszyklus

Jeder Mensch ist im Laufe des Lebens, vor allem in *Umbruchsphasen* und in *Übergangszeiten* von einem Lebensabschnitt zu einem anderen, mit Krisen und Schwierigkeiten konfrontiert. Belastende Erfahrungen sind Teil der menschlichen Entwicklung. Geeignete Problemlösungen und seelische Anpassungsleistungen an geänderte Lebensumstände führen zur Reifung der Persönlichkeit.

Typische Veränderungen und Herausforderungen im Rahmen des normalen *Lebenszyklus* sind etwa Pubertät, Erwachsenwerden, Schul- und Berufsabschluss, berufliche Selbsterhaltung, Auszug von zu Hause, Partnerschaft und Ehe, Erweiterung der Partnerschaft durch Kinder, Doppelbelastung durch häusliche und berufliche Tätigkeit bei Frauen, Auszug der Kinder, Älterwerden (Klimakterium, Krankheiten, Verminderung der körperlichen und geistigen Leistungsfähigkeit), familiäre Veränderungen durch die berufliche Karriere des Mannes, Arbeitslosigkeit, Pensionierung, Verlust des Partners durch Tod, Trennung oder Scheidung, Tod, schwere Erkrankung oder Pflegebedürftigkeit von Angehörigen.

Es ist ganz normal, auf schwierige oder verzweifelte Situationen vorübergehend mit Symptomen zu reagieren, wie etwa mit Angst, Depression, Alkoholmissbrauch, Essanfällen, Schlafstörungen, psychosomatischen Beschwerden. Es ist auch völlig richtig, wenn Betroffene mit ihren Problemen selbst zurechtkommen möchten. Die meisten Alltagsschwierigkeiten lassen sich ohne professionelle Hilfestellung bewältigen. Das *Grundproblem* ist nicht, dass Menschen Probleme haben, sondern dass sie mit diesen nicht bzw. nicht effektiv genug umgehen können, sodass daraus krankheitswertige, klinisch relevante Probleme entstehen.

Symptome lassen sich oft als *ineffiziente Bewältigungsversuche* verstehen und werden erst dann zu behandlungsbedürftigen Störungen mit Krankheitswert, wenn sie über einen längeren Zeitraum andauern, aus eigener Kraft nicht bewältigbar erscheinen, großes Leid verursachen, die Lebensqualität stark vermindern und die schulische, berufliche und soziale Leistungsfähigkeit beeinträchtigen.

Bei Problemen und Symptomen ist es anfangs auch durchaus sinnvoll, auf die Hilfe von Familienmitgliedern, Verwandten, Freunden, Bekannten oder Arbeitskollegen zu vertrauen. *Soziale Unterstützung* hat sich bei vielen körperlichen und seelischen Erkrankungen als wichtiger heilender Faktor herausgestellt. Wenn Hilfe von außen fehlt oder unzureichend ist, können Krisen und Belastungen leicht zu ernsthaften Gefährdungen der Gesundheit werden und das Leben dauerhaft aus dem Gleichgewicht bringen.

Selbsthilfegruppen und *Selbsthilfe-Ratgeber* sind ebenfalls wichtige Quellen zur Stärkung der eigenen Kräfte. Wenn jedoch alle Bemühungen der eigenen Person und der sozialen Umwelt nicht ausreichen, die Beschwerden wirksam zu lindern oder zu beseitigen, ist eine rasch psychotherapeutische Hilfeleistung angezeigt, um weitere Beeinträchtigungen und noch größeres Leid zu verhindern.

Der seelische und körperliche Leidensdruck und die psychischen und psychosozialen Folgen können so ausgeprägt werden, dass ohne fachliche Hilfeleistung krankheitswertige Störungen entstehen. Es ist keine Schande, bei seelischen, sozialen und psychosomatischen Problemen einen Psychotherapeuten aufzusuchen, wenn dessen Hilfe zielführend ist.

Die Betroffenen akzeptieren einen unnötigen Leidensdruck, wenn sie lösbare Probleme, bewältigbare Konflikte und heilbare Symptome bzw. Krankheiten nicht mithilfe eines Psychotherapeuten in Angriff nehmen. Die Bereitschaft, angesichts der eigenen Überforderung fachliche Hilfe anzunehmen, gilt als Ausdruck des Gesundheitsstrebens und als erster Schritt auf dem Weg zur Heilung.

Folgende Problembereiche führen bei (noch) gesunden Menschen oft zu einer Psychotherapie:

- *Individuelle Probleme*: Lebenskrisen, Selbstwertprobleme, Selbstüberforderung, innere Unsicherheit, soziale Defizite, sexuelle Probleme, Stimmungsschwankungen, Stimmungstiefs und Befindlichkeitsstörungen als Reaktion auf psychosoziale Belastungen, Ängste, geringe Stresstoleranz, geringe Konfliktfähigkeit, Probleme im Umgang mit Gefühlen, Burn-out, Sinnfragen;
- *Beziehungsprobleme*: Partner-, Familien- und Erziehungsprobleme;
- *Schulische und Ausbildungsprobleme*: Probleme hinsichtlich Motivation und Leistungsfähigkeit, Überforderung, falscher Bildungsweg;
- *Berufliche Probleme*: übermäßiger Stress im Betrieb, Interaktionsprobleme am Arbeitsplatz, berufliche Orientierungsprobleme.

Seelische Erkrankung durch Verletzung psychischer Grundbedürfnisse

Der Psychotherapieforscher *Klaus Grawe* versteht psychische Störungen auf dem Hintergrund der Verletzung von *vier Grundbedürfnissen* des Menschen:

1. *Grundbedürfnis nach Kontrolle.* Menschen haben ein fundamentales Bedürfnis nach Orientierung und Kontrolle, um dadurch einen möglichst großen Handlungsspielraum zur Gestaltung des eigenen Lebens und zur Erreichung ihrer Ziele zu erlangen und zu erhalten. Erfahrungen im Leben, bestimmte Situationen nicht kontrollieren zu können, verletzen das menschliche Kontrollbedürfnis und begünstigen über die Aktivierung der Stresshormone psychische Störungen, wie etwa Depressionen oder Angststörungen. Stress im Sinne großer Belastungen ist durchaus nicht ungesund, sondern nur dann krank machend, wenn die Lebens- und Umweltbedingungen nicht kontrolliert werden können. Die Erschütterung des Grundvertrauens in Menschen durch Erfahrungen von körperlicher und sexueller Gewalt und das Erlebnis völligen Kontrollverlusts durch ein Trauma können zu posttraumatischen Belastungsstörungen und zu Persönlichkeitsänderungen führen.
2. *Grundbedürfnis nach Lustgewinn und Unlustvermeidung.* Menschen möchten angenehme Zustände erreichen und unangenehme vermeiden. Störungen im Lustbereich zeigen sich in Substanzmissbrauch und Essstörungen und im Verlust von Lust und Freude bei vielen Tätigkeiten (wie bei Depressionen).
3. *Grundbedürfnis nach Bindung.* Die Bindungstheorie des englischen Psychoanalytikers John Bowlby und die darauf aufbauende Bindungsforschung haben die fundamentale Bedeutung einer guten Mutter-Kind-Beziehung für die seelische Gesundheit des Menschen deutlich aufgezeigt. Unsichere Bindungsmuster im Säuglings- und Kleinkindalter, in Kindheit und Jugend sowie im späteren Leben beeinflussen die psychische Entwicklung in negativer Weise, indem sie zu bestimmten psychischen Erkrankungen, wie etwa Depressionen oder Borderline-Persönlichkeitsstörungen, führen.
4. *Grundbedürfnis nach Selbstwerterhöhung.* Alfred Adler sah in der Überwindung eines Minderwertigkeitsgefühls eine zentrale Motivationsquelle des Menschen. Ein stabiler Selbstwert ist die Basis für psychische Gesundheit. Frustrationen des Bedürfnisses nach Selbstwerterhöhung und Selbstwertschutz begünstigen psychische Störungen aller Art, vor allem jedoch Depressionen, Substanzmissbrauch und bestimmte Persönlichkeitsstörungen.

Die Erfahrung der *Inkongruenz*, d.h. der Abweichungen zwischen den Wahrnehmungen der Realität und den persönlichen Zielen, Erwartungen, Überzeugungen und Bedürfnissen, hat erhebliche Auswirkungen auf das Nervensystem und führt zu seelischen Störungen, wenn die Inkongruenz nicht bewältigbar ist.

Psychische Störungen nach dem Diagnoseschema ICD-10

Die gesetzliche Psychotherapieregelung schafft in Deutschland und Österreich ein Novum: Nichtärztliche Psychotherapeuten dürfen eine Diagnose stellen. Krankenkassenleistungen für Psychotherapie erfolgen nur bei einer vom Psychotherapeuten festgestellten psychischen Störung nach dem aktuellen, international verbindlichen Diagnoseschema ICD-10 der Weltgesundheitsorganisation (WHO). ICD-10 heißt „International Classification of Diseases“, 10. Revision. Psychische Störungen werden dort unter dem Buchstaben F angeführt.

Eine psychische Störung wird nach dem deutschen Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie folgendermaßen definiert (www.wbpsychotherapie.de):

„Eine psychische Störung wird als ein klinisch bedeutsames psychisches oder Verhaltenssyndrom bzw. Muster bezeichnet, das bei einem Individuum auftritt. Definitionsgemäß ist es mit aktuellem Leiden (z.B. Schmerz) oder Versehrtheit (z.B. Behinderung in einem oder mehreren wichtigen Funktionsbereichen) verbunden oder es besteht eine Beeinträchtigung in der Fähigkeit, Entwicklungsaufgaben (z.B. Schule) zu bewältigen oder ein signifikant erhöhtes Risiko für Tod, Schmerz, Siechtum oder ein bedeutsamer Verlust an Freiheit. Der Begriff der Psychischen Störung ist vor allem dahingehend widersprüchlich, dass psychische Störungen zugleich somatische und die somatische Störungen zugleich psychische Phänomene beinhalten und somit eine sich ausschließlich im psychischen (mental) Bereich manifestierende Störung praktisch nicht vorkommt. Dennoch hat er sich insbesondere in der Folge des DSM-III/IV, dem die Definition entnommen ist, durchgesetzt.“

Krankheitswertige psychische Störungen bestehen aus umschriebenen Symptomen bzw. Symptomgruppen (Syndromen) oder gestörten Lebensbereichen. Als krankheitswertig gelten Störungen, die durch die Aufnahme in das ICD-10 als solche anerkannt sind. Der Wissenschaftliche Beirat charakterisiert die für Kassenleistungen geforderte Krankheitswertigkeit einer psychischen Störung derart:

„Im Falle von Krankheitswertigkeit schränkt die Psychische Störung deutlich die normale Lebensführung der Person, ihre berufliche (oder schulische) Leistung oder soziale Aktivitäten und Beziehungen ein oder sie verursacht dem Individuum erhebliches Leiden. Auch die Stärke der Abweichung vom in einem soziokulturellen Raum üblichen Verhalten kann einen Hinweis auf die Krankheitswertigkeit einer Störung darstellen. In diesem Sinne besteht im DSM-IV und in der ICD-10 eine Tendenz, den Begriff der Störung implizit mit dem der Krankheitswertigkeit zu verbinden.“

Früher war die Unterscheidung zwischen Neurose und Psychose allgemein üblich. In den modernen Diagnoseschemata, d.h. im weltweit gültigen ICD-10-Schema und im amerikanischen psychiatrischen Diagnosemanual DSM-IV, wurde diese Klassifizierung mehr oder weniger aufgegeben.

Als *Psychosen* galten psychische Erkrankungen mit einem vorübergehenden oder dauernden Verlust des Realitätsbezugs (Schizophrenie, früher so genannte endogene Depression bzw. Manie u.a.).

Als *Neurosen* galten psychische Störungen, bei denen der Realitätsbezug durchgehend erhalten blieb und volle Einsicht bestand in die Irrationalität der Störung bei gleichzeitig gegebener Unfähigkeit, diese selbst zu bewältigen. Neurosen galten als rein psychisch verursacht, Psychosen als erblich mitbestimmt. Konstitutionelle Faktoren können in beiden Fällen vorhanden sein.

Das ICD-10 verwendet – ebenso wie das amerikanische DSM-IV – anstelle von „Krankheit“ oder „Erkrankung“ den Begriff der „*Störung*“, um die multifaktorielle Genese psychischer Störungen zu betonen und den Eindruck einer rein biologischen Störung zu vermeiden, der sich aus dem üblichen Krankheitsbegriff ergibt. Diagnosen sollen nur beschreibend sein und keine Erklärungen beinhalten.

ICD-10-Diagnosen bestehen aus einem Code von maximal vier einstelligen Zahlen nach dem Buchstaben F. Die erste Zahl bezeichnet die jeweilige Hauptgruppe psychischer Störungen. Die zweite Zahl drückt die weitere Spezifizierung aus. Nach den beiden ersten Zahlen wird ein Punkt gesetzt. Oft reicht dieser Code bereits aus, die aktuelle Symptomatik im Wesentlichen zu charakterisieren, z.B. F32 depressive Episode. Die dritte und vierte Zahl definieren die entsprechenden Subgruppen. Ein Beispiel (F43.21) soll dies näher verdeutlichen:

<i>Code</i>	<i>Bezeichnung</i>
F43.21	Genaue Diagnose „Anpassungsstörung, längere depressive Reaktion“
F	Hauptgruppe „Psychische und Verhaltensstörungen“
F4	Gruppe „Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen“
F43	Untergruppe „Reaktionen und schwere Belastungen und Anpassungsstörungen“
F43.2	Weitere Untergruppe „Anpassungsstörungen“
F43.21	Weitere Untergruppe „längere depressive Reaktion“

Interessierte erhalten im Folgenden einen Überblick über alle wichtigen psychischen Störungen nach dem ICD-10 mit dem entsprechenden Code. Psychotherapie-Patienten können auf diese Weise ihre eigene Diagnose ermitteln und einen Vergleich mit der vom Psychotherapeuten gegebenen Diagnose vornehmen.

Psychotherapie-Patienten haben ein Recht darauf, vom Arzt oder Psychotherapeuten die genaue Diagnose ihrer Störung zu erfahren und diese auch nachvollziehen zu können durch eigene Überprüfung. Oft sind zwei oder mehrere Diagnosen nebeneinander berechtigt. Es gibt nicht immer *die* einzig wahre Diagnose.

Es werden meist nur die im ICD-10 näher ausgeführten Diagnosen mit den Zahlen von 0 bis 7 dargestellt. Der Code 8 bezeichnet immer „sonstige näher bezeichnete Störungen“, der Code 9 „nicht näher bezeichnete Störungen“ im Bereich der jeweiligen Gruppe bzw. Subgruppe. Auf diese beiden Restgruppen wird nur in bestimmten Fällen hingewiesen.

Psychiatrische Diagnosecodes mit Diagnose-Kriterien

F0 Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen

Verschiedene Arten der Demenz (F00–F03), nicht durch Substanzen bedingtes organisches amnestisches Syndrom (F04) oder Delir (F05), sonstige psychische Störungen aufgrund einer Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns oder einer körperlichen Krankheit (F06), Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen aufgrund einer Krankheit, Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns (F07). Bei hirnanorganischen Störungen ist eine klassische Psychotherapie kaum möglich, wohl aber eine Betreuung und ein Training der Patienten sowie eine Unterstützung und Beratung der Angehörigen.

F1 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen

Störungen durch schädlichen Gebrauch oder Abhängigkeit von Substanzen. Früher wurde der Begriff „Missbrauch“ verwendet.

Die *zweite Zahl* spezifiziert die Art der psychotropen Substanz (z.B. 0 = Alkohol)

Die *dritte Zahl* spezifiziert das klinische Erscheinungsbild:

0 = akute Intoxikation (Vergiftung)

1 = schädlicher Gebrauch (z.B. F13.1 = schädlicher Gebrauch von Valium)

2 = Abhängigkeitssyndrom (z.B. F10.2 = Alkoholabhängigkeit)

3 = Entzugssyndrom (z.B. F11.3 = Opiatentzugssyndrom)

4 = Entzug mit Delir (hirnanorganisches Syndrom, u.a. Bewusstseinsstörung)

5 = psychotische Störung (geistige Störung, nicht Teil von Konsum und Entzug)

6 = amnestisches Syndrom (d.h. Merkfähigkeitsstörung)

7 = Restzustand und verzögert auftretende psychotische Störung

Die *vierte Zahl* ermöglicht eine weitere Spezifizierung, z.B. beim Abhängigkeitsyndrom (F1x):

0 = gegenwärtig abstinent

1 = gegenwärtig abstinent, aber in beschützender Umgebung

2 = gegenwärtige Teilnahme an einem ärztlich überwachten Ersatzdrogenprogramm (kontrollierte Abhängigkeit)

5 = ständiger Substanzgebrauch

6 = episodischer Substanzgebrauch

F10 Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol

F11 Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide

F12 Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide

F13 Psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa und Hypnotika

F14 Psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain

F15 Psychische und Verhaltensstörungen durch andere Stimulanzien, einschließlich Koffein

F16 Psychische und Verhaltensstörungen durch Halluzinogene

F17 Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak

F18 Psychische und Verhaltensstörungen durch flüchtige Lösungsmittel

F19 Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen

F2 Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen**F20 Schizophrenie**

Typische Störungen des Denkens, der Wahrnehmung und der Gefühle (inadäquate oder verflachte Affektivität). Die Klarheit des Bewusstseins und die intellektuellen Fähigkeiten sind meist nicht beeinträchtigt, im Laufe der Zeit können aber auch kognitive Defizite hinzukommen, ebenso Veränderungen des Sozialverhaltens u.a.

F20.0 Paranoide Schizophrenie

Häufige Wahnvorstellungen bestehen neben anderen schizophrenen Symptomen.

F20.1 Hebephrene Schizophrenie

Affektive Veränderungen im Vordergrund, andere Symptome nur flüchtig.

F20.2 Katatone Schizophrenie

Psychomotorische Störungen (Erregung oder Erstarrung) im Vordergrund.

F20.3 Undifferenzierte Schizophrenie

Schizophrenie, ohne einer der beschriebenen Unterformen zu entsprechen.

F20.4 Postschizophrene Depression

Längere depressive Episode, schizophrene Symptome abgeschwächt.

F20.5 Schizophrenes Residuum

Chronisches, jedoch nicht völlig unveränderliches Stadium einer Schizophrenie.

F20.6 Schizophrenia simplex

Schleichende Veränderung ohne akute Symptome, wie schizophrenes Residuum.

F21 Schizotype Störung (keine Subgruppen)

Exzentrisches Verhalten, Persönlichkeitsvariante, nicht eindeutig schizophren.

F22 Anhaltende wahnhafte Störungen**F22.0 Wahnhafte Störung**

Ein Wahn oder mehrere aufeinander bezogene Wahnhalte dauern mindestens zwei Monate oder lebenslang an. Sonstige typisch schizophrene Symptome fehlen.

F23 Akute vorübergehende psychotische Störungen (mit Subgruppen)

Akute schizophrene Symptome klingen innerhalb von zwei Wochen ab.

F24 Induzierte wahnhafte Störung (keine Subgruppen)

Zwei eng verbundene Personen teilen einen Wahn. Schizophren ist nur eine Person, die andere Person übernimmt deren Wahnvorstellungen.

F25 Schizoaffective Störungen (mit Subgruppen)

Affektive (depressive oder manische) und schizophrene Symptome nebeneinander. Gegenwärtig entweder manische Symptome (F25.0) bzw. depressive Symptome (F25.1) im Vordergrund oder es besteht eine Mischung aus beiden (25.2).

F3 Affektive Störungen

Veränderung von Stimmung oder Affektivität mit krankhaftem Tief (Depression) oder krankhaftem Hoch (Manie). Die Klassifikation in einer für alle Fachleute annehmbaren Weise ist erschwert durch den Umstand, dass die Beziehungen zwischen Ursachen, Symptomatik, Verlauf und Ansprechen auf die Behandlung noch nicht ausreichend geklärt sind.

F30 Manische Episode

Abnorm gehobene oder gereizte Stimmung, gesteigerte Aktivität oder Ruhelosigkeit, Rededrang, Ideenflucht, soziale Enthemmung (unangemessenes Verhalten), vermindertes Schlafbedürfnis, überhöhte Selbsteinschätzung oder Größenwahn, Ablenkbarkeit, tollkühnes oder rücksichtsloses Verhalten, Libidosteigerung. Man unterscheidet Hypomanie (F30.0), d.h. „unterhalb Manie“, und Manie ohne psychotische Symptome (F30.1) bzw. Manie mit psychotischen Symptomen (F30.2).

F31 Bipolare affektive Störung (mit Subgruppen)

Wechsel von gehobener Stimmung (Manie oder Hypomanie) und Stimmungstief (Depression), mit genauer Codierung des jeweiligen Zustandsbildes.

F32 Depressive Episode

Depressive Stimmung, Interessen- oder Freudlosigkeit an früher angenehmen Aktivitäten, verminderter Antrieb oder gesteigerte Ermüdbarkeit, Verlust von Selbstvertrauen oder Selbstwertgefühl, unbegründete Selbstvorwürfe oder ausgeprägte, unangemessene Schuldgefühle, wiederkehrende Gedanken an Tod oder Selbstmord, suizidales Verhalten, vermindertes Denk- und Konzentrationsvermögen, Unentschlossenheit, psychomotorische Agitiertheit oder Hemmung, Schlafstörungen, Appetitverlust oder gesteigerter Appetit mit Gewichtsveränderung.

Je nach Symptomausmaß unterscheidet man zwischen leichter, mittelgradiger und schwerer depressiver Episode (ohne bzw. mit psychotischen Symptomen). Zusätzlich kodierbar: ohne oder mit somatischen Symptomen wie Interessenverlust, Unfähigkeit, sich zu freuen, Früherwachen, Morgentief, psychomotorische Hemmung oder Agitiertheit, Appetit-, Gewichts- und Libidoverlust.

F32.0 Leichte depressive Episode**F32.1 Mittelgradige depressive Episode****F32.2 Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome****F32.3 Schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen****F33 Rezidivierende depressive Störung**

Wiederholte depressive Episoden ohne manische Episoden, zusätzliche Codierung des gegenwärtigen klinischen Zustandsbildes.

F33.0 Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode**F33.1 Rezidivierende depressive Störung, gegenw. mittelgradige Episode****F33.2 Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode****F33.3 Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen****F33.4 Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert**

F34 Anhaltende affektive Störungen

Anhaltende und meist fluktuierende Stimmungsstörungen ohne klare Episoden.

F34.0 Zykllothymia

Andauernde Stimmungsinstabilität zwischen depressiven und hypomanischen Zuständen ohne ausgeprägten episodischen Charakter.

F34.1 Dysthymia

Wenigstens mehrere Jahre andauernde depressive Verstimmung ohne Episoden.

F4 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen

Diese Störungsgruppe umfasst sehr unterschiedliche Krankheitsbilder, die historisch mit dem Neurosenkonzept zusammenhängen und durch einen großen Anteil an psychischer Verursachung charakterisierbar sind.

F40 Phobische Störungen

Angst vor eindeutig definierten, an sich ungefährlichen Situationen oder Objekten mit Vermeidungsreaktionen und körperlichen Angstsymptomen.

F40.0 Agoraphobie (Platzangst)

Furcht oder Vermeidung von Menschenmengen, öffentlichen Plätzen, allein Reisen, weit entfernten Reisen, in Verbindung mit zahlreichen körperlichen und geistigen Symptomen (oft Panikattacken oder panikähnlichen Symptomen). Angst, in eine Angstsituation zu kommen, wo man nicht jederzeit weg kann oder wo jede Hilfe fehlt. Es geht letztlich um die Vermeidung von Körpersymptomen.

F40.1 Soziale Phobien

Angst vor Beobachtung, Kritik und Blamage mit Vermeidung von Mittelpunktssituationen in Verbindung mit verschiedenen körperlichen Angstsymptomen.

F40.2 Spezifische Phobien

Angst vor eng umschriebenen Situationen oder Objekten wie Tieren, Höhen, Fliegen, geschlossenen/engen Räumen, Dunkelheit, Spritzen, Blut u.a.

F41 Andere Angststörungen

Angstsymptome ohne Auslöser durch äußere Reize, wohl aber durch innere Reize (Körpersymptome, Angst machende Gedanken und Vorstellungen).

F41.0 Panikstörung

Attackenartiges Auftreten körperlicher und geistiger Symptome mit subjektivem Bedrohtheitsgefühl und späterer Erwartungsangst vor neuerlichen Panikattacken. Panikattacken bzw. Sorgen, bedroht zu sein, führen oft zu einer Agoraphobie.

F41.1 Generalisierte Angststörung

Ständig wechselnde Sorgen und Befürchtungen um alles Mögliche in Verbindung mit belastenden körperlichen und geistigen Symptomen.

F41.2 Angst und depressive Störung, gemischt

Gleichzeitiges Vorhandensein von Angst und Depression, nicht ausgeprägt.

- F42 Zwangsstörung**
Wiederkehrende quälende Zwangsgedanken und unangenehme, keinesfalls lustvolle Zwangshandlungen. Bei vorhandener Einsicht in die Unsinnigkeit leisten die Betroffenen zumindest bei einem Zwang erfolglos Widerstand.
- F42.0 Vorwiegend Zwangsgedanken oder Grübelzwang**
Quälende zwanghafte Ideen, bildhafte Vorstellungen oder Zwangsimpulse.
- F42.1 Vorwiegend Zwangshandlungen (Zwangsrituale)**
Zwangsrituale bezüglich Reinlichkeit (besonders Händewaschen), wiederholte Kontrollen zur Vermeidung vermeintlicher Gefahr, übertriebene Ordnung und Sauberkeit.
- F42.2 Zwangsgedanken und -handlungen, gemischt**
- F43 Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen**
Ein außergewöhnliches Ereignis (Trauma) oder eine Lebensveränderung führen zu Schwierigkeiten in der Anpassung an die neue Situation („Anpassungsstörung“).
- F43.0 Akute Belastungsreaktion**
Maximal einige Tage lang anhaltende Reaktion auf eine außergewöhnliche physische oder psychische Belastung mit körperlichen und geistigen Symptomen.
- F43.1 Posttraumatische Belastungsstörung**
Verzögerte Reaktion auf ein belastendes Ereignis oder eine kürzer bzw. länger dauernde außergewöhnliche oder katastrophale Bedrohung, die bei jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde. Lebendige Wiedererinnerung an das Trauma bei Tag und Nacht, gleichzeitig Unfähigkeit, alle Aspekte der Belastung zu erinnern, Vermeidung von Situationen oder Gedanken, die an das Trauma erinnern, Schlafstörungen, Reizbarkeit/Wutausbrüche, Konzentrationsstörungen, Überwachtheit, Schreckhaftigkeit, Betäubtsein, emotionale Abstumpfung.
- F43.2 Anpassungsstörungen**
Zustände von subjektiver Bedrängnis und emotionaler Beeinträchtigung, die die Leistungsfähigkeit und die sozialen Funktionen behindern, während eines Anpassungsprozesses nach einer entscheidenden Lebensveränderung oder nach belastenden Lebensereignissen. Meist depressive und/oder ängstliche Reaktionen, bei Jugendlichen oft zusätzlich Störung des Sozialverhaltens.
- F43.20 Kurze depressive Reaktion (nicht länger als einen Monat dauernd)**
- F43.21 Längere depressive Reaktion (nicht länger als zwei Jahre dauernd)**
Früher „Reaktive Depression“ genannt; ein leichter depressiver Zustand als Reaktion auf eine länger anhaltende Belastungssituation, die insgesamt nicht länger als zwei Jahre andauert (bei längerer Dauer: „Dysthymie“).
- F43.22 Angst und depressive Reaktion, gemischt**
- F43.23 Mit vorwiegender Beeinträchtigung von anderen Gefühlen**
- F43.24 Mit vorwiegender Störung des Sozialverhaltens**
- F43.25 Mit gemischter Störung von Gefühlen und Sozialverhalten**

F44 Dissoziative Störungen (Konversionsstörungen)

Teilweiser oder völliger Verlust der Integration von Wahrnehmen, Erleben und Verhalten, z.B. Verlust der Erinnerung an die Vergangenheit (F44.0), der psychischen Reaktionsfähigkeit (F44.2), der Kontrolle von Körperbewegungen (F44.4), der Wahrnehmung unmittelbarer Empfindungen (F44.6), des Identitätsbewusstseins. Die Störungen bestehen meist nur einige Wochen oder Monate, können aber auch lang dauernd sein. Es handelt sich um rein psychogene Störungen, die in engem zeitlichen Zusammenhang mit Traumata, emotionalen Konflikten, unlösbaren Problemen und interpersonellen Problemen stehen; früher waren die Bezeichnungen „Hysterie“ und „Konversionsstörungen“ üblich.

F44.0 Dissoziative Amnesie (psychogene Erinnerungsstörung)**F44.1 Dissoziative Fugue (ungewöhnliches Herumreisen ohne Erinnerung)****F44.2 Dissoziativer Stupor (psychogene Regungslosigkeit)****F44.3 Trance- und Besessenheitszustände (ungewollte Trance)****F44.4 Dissoziative Bewegungsstörungen**

Vollständiger oder teilweiser Verlust der Bewegungsfähigkeit eines oder mehrerer Körperteile (z.B. psychogene Lähmung, Gang-, Stand- oder Sprechstörung).

F44.5 Dissoziative Krampfanfälle (nichtepileptische Anfälle)**F44.6 Dissoziative Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen**

Vollständiger oder teilweiser Verlust von Hautempfindungen oder Sinneswahrnehmungen (psychogene Seh-, Hör-, Riechstörung)

F44.7 Dissoziative Störungen (Konversionsstörungen), gemischt**F45 Somatoforme Störungen**

Organisch nicht oder nicht ausreichend begründbare körperliche Symptome, die trotz negativer Befunde immer wieder Ärzten präsentiert werden zur neuerlichen Abklärung bzw. organmedizinischen Behandlung.

F45.0 Somatisierungsstörung

Vielfältige, oft wechselnde körperliche Symptome ohne (ausreichende) organische Ursachen bestehen seit mindestens zwei Jahren und führen zu ständigen Arztkontakten, weil die Betroffenen nichtorganische Ursachenerklärungen ablehnen. Es bestehen mindestens sechs Symptome aus zwei von vier körperlichen Bereichen (Magen/Darm, Herz/Kreislauf, Blase/Genitalbereich, Hautbereich/Schmerzen).

F45.1 Undifferenzierte Somatisierungsstörung

Restkategorie: weniger Symptome bestehen seit mindestens sechs Monaten.

F45.2 Hypochondrische Störung

Seit mindestens sechs Monaten Überzeugung, schwer krank zu sein, mit dem Wunsch nach ständigen medizinischen Untersuchungen. Negative Befunde wirken nur kurze Zeit beruhigend, weil die Krankheitsängste andauern. Die Krankheitsangst kann mit oder ohne meist harmlose körperliche Symptome bestehen. Als Untergruppe zählt dazu die *Dysmorphophobie* (F45.21), d.h. die Überzeugung, körperlich entstellt zu sein.

F45.3 Somatoforme autonome Funktionsstörung

Nichtorganische Störungen des vegetativen Nervensystems, wobei ein Organsystem im Vordergrund steht, neben anderen unspezifischen Körpersymptomen. Eine bestimmte Dauer der Symptomatik ist nicht erforderlich. Die Symptome hängen oft mit psychischen Belastungsfaktoren oder Problemen zusammen.

F45.30 Kardiovaskuläres System

Funktionelle Herz-Kreislauf-Störung, z.B. Herzphobie, psychogene Hypertonie

F45.31 Oberer Gastrointestinalbereich

Funktionelle Störungen des Magens, z.B. Reizmagens

F45.32 Unterer Gastrointestinalbereich

Funktionelle Störungen des Darms, z.B. Reizdarm

F45.33 Respiratorisches System

Funktionelle Störung der Atmung, z.B. Hyperventilation

F45.34 Urogenitalsystem

Funktionelle Blasen- und Genitalstörungen, z.B. Reizblase

F45.4 Anhaltende somatoforme Schmerzstörung

Ein mindestens sechs Monate an den meisten Tagen andauernder belastender Schmerz in einem Körperteil, der organisch nicht oder zumindest nicht vollständig erklärbar ist, steht im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit der Patienten. Es besteht ein enger Zusammenhang mit emotionalen Konflikten oder psychosozialen Belastungen, die als Ursache, Auslöser oder Verstärker der Beschwerden gelten.

F45.8 Sonstige somatoforme Störungen

Störungen, die nicht durch das vegetative Nervensystem vermittelt werden und nur auf bestimmte Körperregionen, wie etwa die Haut, begrenzt sind, z.B. psychogene Menstruationsbeschwerden, psychogene Schluckstörung (inklusive Globusgefühl), psychogener Juckreiz, psychogener Schiefhals, psychogenes Zähneknirschen.

F48 Andere neurotische Störungen (Restkategorie)**F48.0 Neurasthenie**

Mindestens drei Monate anhaltendes und quälendes Erschöpfungsgefühl nach geringer geistiger Anstrengung und/oder anhaltende und quälende Müdigkeit und Schwäche nach nur geringer körperlicher Anstrengung, in Verbindung mit verschiedenen Symptomen: Muskelschmerzen, Benommenheit, Spannungskopfschmerz, Schlafstörung, Unfähigkeit zu entspannen, Reizbarkeit. Ruhe, Entspannung oder Ablenkung wirken dabei nicht erholsam.

F48.1 Depersonalisations-/Derealisationssyndrom

Entfremdungsgefühle gegenüber sich selbst (Depersonalisation: Gefühl, neben sich zu stehen, nicht ganz da zu sein, losgelöst zu sein, sich innerlich fremd zu sein) und/oder gegenüber der Umwelt (Derealisation: die Umwelt erscheint verändert).

F5 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren**F50 Essstörungen****F50.0 Anorexia nervosa**

Bewusst herbeigeführter und aufrecht erhaltener Gewichtsverlust von mindestens 15 % unter dem erwarteten Gewicht, bezogen auf Alter und Größe (tatsächliches Körpergewicht mindestens 15 % unter einem BMI von 17,5, dem Wert für kritisches Untergewicht). Meist bei heranwachsenden Mädchen und jungen Frauen. Vermeidung von angeblich fett machenden Speisen, Selbstwahrnehmung als zu fett (Körperschemastörung), Angst, bei mehr Essen zu dick zu werden. Neben stark eingeschränkter Nahrungsaufnahme oft auch exzessive sportliche Betätigung zur Förderung von Gewichtsverlust. Die Unterernährung führt zu hormonellen und Stoffwechseleränderungen sowie zu körperlichen Funktionsstörungen. Bei Frauen Verlust der Menstruation, bei Männern Interessenverlust an Sexualität.

Unterscheidung zwischen Anorexie ohne aktive Maßnahmen zur Gewichtsabnahme (F50.00) und Anorexie mit aktiven Maßnahmen zur Gewichtsabnahme, wie etwa Erbrechen oder Abführen (F50.01), d.h. bulimische Form der Anorexie.

F50.1 Atypische anorexia nervosa

Trotz Gewichtsverlust und gewichtsreduzierendem Verhalten fehlen einige typische Anorexie-Kriterien (z.B. keine Amenorrhoe, keine Angst vor Dickwerden).

F50.2 Bulimia nervosa

Häufige Fressattacken innerhalb von drei Monaten mit raschem Verzehr großer Mengen an Nahrung mit folgenden Gegensteuerungsmaßnahmen aus Angst vor Gewichtszunahme: Beseitigung der Nahrung durch Erbrechen und/oder Abführmittel, zeitweilige Hungerperioden und gewichtskorrigierende Medikamente (z.B. Entwässerungsmittel). Selbstwahrnehmung als zu dick mit Angst vor Dickwerden.

F50.3 Atypische Bulimia nervosa

Einige typische Bulimie-Kriterien fehlen (z.B. keine Sorge um die Figur).

F50.4 Essattacken bei sonstigen psychischen Störungen

Übermäßiges Essen als Reaktion auf belastende Ereignisse (z.B. bei Trauer), das im Laufe der Zeit zu Übergewicht führt.

F50.5 Erbrechen bei anderen psychischen Störungen

Psychogenes Erbrechen aus emotionalen Gründen ohne vorherige Essattacken.

F50.8 Sonstige Essstörungen

Pica (Essen nicht essbarer Sachen) bei Erwachsenen, psychogener Appetitverlust

F50.9 Nicht näher bezeichnete Essstörung

Binge-Eating-Störung (Fressattacken ohne Erbrechen), die im ICD-10 noch keinen eigenen Code hat.

- F51 Nichtorganische Schlafstörung
- F51.0 Nichtorganische Insomnie
- Nichtorganische Einschlafstörungen, Durchschlafstörungen oder schlechte Schlafqualität wenigstens dreimal pro Woche während mindestens eines Monats.
- F51.1 Nichtorganische Hypersomnie
- Übermäßige Schlafneigung während des Tages oder Schlafanfälle, verlängerter Übergang zum vollen Wachzustand (Schlaftrunkenheit), fast täglich über mindestens einen Monat oder in wiederkehrenden Perioden kürzerer Dauer, mit Leidensdruck und Beeinträchtigung der sozialen oder beruflichen Funktionsfähigkeit.
- F51.2 Nichtorganische Störung des Schlaf-Wach-Rhythmus
- Mangelhafte Übereinstimmung zwischen dem individuellen Schlaf-Wach-Rhythmus und dem erwünschten Schlaf-Wach-Rhythmus der Umgebung. Es besteht Schlaflosigkeit während der Hauptschlafperiode und Hypersomnie während der Wachperiode fast täglich mindestens einen Monat lang oder wiederholt während kürzerer Zeiträume; die Folgen: Leidensdruck und mangelnde Funktionsfähigkeit.
- F51.3 Schlafwandeln (Umhergehen im Schlaf ohne Erinnerung)
- F51.4 Pavor nocturnus (nächtliche Episoden mit Furcht, Panik, Erregung)
- F51.5 Albträume (Angsträume: Erinnerung an häufige Bedrohungsträume)
- F52 Nichtorganische sexuelle Funktionsstörungen
- F52.0 Mangel oder Verlust von sexuellem Verlangen
- F52.1 Sexuelle Aversion und mangelnde sexuelle Befriedigung
- F52.2 Versagen genitaler Reaktionen (Erektionsstörung, keine Befeuchtung)
- F52.3 Orgasmusstörung (fehlender oder verzögerter Orgasmus)
- F52.4 Ejaculatio praecox (vorzeitiger Samenerguss)
- F52.5 Nichtorganischer Vaginismus (Scheidenkrampf mit Koitusproblemen)
- F52.6 Nichtorganische Dyspareunie (Schmerzen während des Verkehrs)
- F52.7 Gesteigertes sexuelles Verlangen (nicht näher definiert)
- F53 Psychische und Verhaltensstörungen im Wochenbett
- Bis sechs Wochen nach der Geburt entstehen leichtere Depressionen (F53.0) oder schwerere Depressionen mit bzw. ohne psychotische Symptome (F53.1).
- F54 Psychische Faktoren und Verhaltenseinflüsse bei andernorts klassifizierten Krankheiten (früher „psychosomatische Störungen“ genannt)
- Psychische Aspekte bei allen körperlichen Erkrankungen in Form von Auslösern oder Verstärkern des organischen Geschehens, z.B. bei Asthma, Magen-Darm-Geschwüren, Hauterkrankungen. Codierung mit der organischen Störung.
- F55 Missbrauch von nicht abhängigkeiterzeugenden Substanzen
- Missbräuchliche Verwendung von Antidepressiva, Abführmitteln, Schmerzmitteln, säurebindenden Mitteln, Vitaminen, Hormonen und pflanzlichen Mitteln.

F6 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen

Tief verwurzelte, anhaltende, stabile und von der Mehrheit der Bevölkerung deutlich abweichende Reaktionen bezüglich Wahrnehmung, Denken, Fühlen, Verhalten und Sozialkontakten, in Verbindung mit unterschiedlich stark ausgeprägtem Leidensdruck und gestörter sozialer Funktionsfähigkeit. Die gestörte Persönlichkeitsentwicklung hat meist in der späten Kindheit oder Jugendzeit begonnen und bis in das Erwachsenenalter angehalten. Das Erscheinungsbild ist nicht Folge einer Erkrankung des Gehirns oder einer psychischen Störung (dies wäre eine „Persönlichkeitsänderung“). Von der Definition her ist ein wesentlicher Persönlichkeitswandel nicht oder nur schwer möglich, eine Psychotherapie kann jedoch helfen, besser mit der jeweiligen Wesensart zurechtzukommen.

- F60 Persönlichkeitsstörungen (hier nicht ausführlich beschrieben)
- F60.0 Paranoide Persönlichkeitsstörung (misstrauisch u.a.)
- F60.1 Schizoide Persönlichkeitsstörung (affektiv und sozial distanziert u.a.)
- F60.2 Dissoziale Persönlichkeitsstörung (unsozial, aggressiv, delinquent)
- F60.3 Emotional instabile Persönlichkeitsstörung (affektlabil u.a.)
- F60.30 Impulsiver Typ (Unberechenbarkeit, Impulsivität, Wut, Gewalt u.a.)
- F60.31 Borderlinetyp (Selbstbild-Störung, instabile Beziehungen, Leere u.a.)
- F60.4 Histrionische Persönlichkeitsstörung (dramatisierend u.a.)
- F60.5 Anankastische (zwanghafte) Persönlichkeitsstörung (rigide, starr)
- F60.6 Ängstliche (vermeidende) Persönlichkeitsstörung (Vermeidung u.a.)
- F60.7 Abhängige Persönlichkeitsstörung (abhängig von anderen Menschen)
- F60.8 Sonstige spezifische Persönlichkeitsstörungen (z.B. narzisstische)
- F61 Kombinierte und sonstige Persönlichkeitsstörungen
- F61.0 Kombinierte Persönlichkeitsstörungen (mehrere F60-Diagnosen)
- F62 Andauernde Persönlichkeitsänderung, nicht Folge einer Schädigung oder Krankheit des Gehirns
- F62.0 Andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung

Eindeutige, seit mehr als zwei Jahren anhaltende Änderungen in Wahrnehmung, Denken, Selbst- und Umweltbezug in der Folge einer Extrembelastung (Trauma), z.B. Misstrauen, sozialer Rückzug, innere Leere und Hoffnungslosigkeit, ständige Nervosität ohne aktuelle Ursachen, Gefühle der Entfremdung sich selbst und der Umwelt gegenüber, stark beeinträchtigte soziale Funktionsfähigkeit.
- F62.1 Andauernde Persönlichkeitsänderung nach psychischer Krankheit

Über zwei Jahre dauernde Persönlichkeitsänderung als Folge einer schweren psychiatrischen Erkrankung, von der die Betroffenen klinisch ohne Residualsymptome genesen sind, z.B. Abhängigkeit von anderen, Passivität, Vernachlässigung früherer Aktivitäten, sozialer Rückzug oder Isolation, veränderte Selbstwahrnehmung, Affektstörung, Beeinträchtigung der sozialen Funktionsfähigkeit.
- F62.8 Sonstige andauernde Persönlichkeitsänderungen (nach Schmerzen)
- F63 Abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle
- F63.0 Pathologisches Glücksspiel (unkontrollierbarer Drang zum Spielen)
- F63.1 Pathologische Brandstiftung (Pyromanie: Drang zum Feuerlegen)
- F63.2 Pathologisches Stehlen (Kleptomanie) (ohne Bereicherungsabsicht)

- F63.3 Trichotillomanie (innerer Drang zum Haareausreißen)
 F63.8 andere abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle
 F64 Störungen der Geschlechtsidentität
 F64.0 Transsexualismus
 Seit mindestens zwei Jahren in der Rolle des anderen Geschlechts leben wollen mithilfe chirurgischer und hormoneller Behandlungen.
- F64.1 Transvestitismus unter Beibehaltung beider Geschlechtsrollen
 F64.2 Störungen der Geschlechtsidentität des Kindesalters
 F65 Störungen der Sexualpräferenz (andersartige sexuelle Erregung)
 Seit mindestens 6 Monaten wiederholt auftretende intensive sexuelle Impulse und Fantasien, die sich auf ungewöhnliche Gegenstände oder Aktivitäten beziehen, unter denen der Betroffene leidet.
- F65.0 Fetischismus (sexuelle Erregung durch Gegenstände)
 F65.1 Fetischistischer Transvestitismus (z.B. erregende Frauenkleidung)
 F65.2 Exhibitionismus (unerwartetes Entblößen des Genitales vor anderen)
 F65.3 Voyeurismus (Beobachtung der sexuellen Aktivitäten anderer)
 F65.4 Pädophilie (sexuelle Handlungen an Kindern)
 F65.5 Sadomasochismus (Sex durch Zufügung von Schmerz/Erniedrigung)
 F65.6 Multiple Störungen der Sexualpräferenz (mehrere F65-Diagnosen)
 F65.8 Sonstige Störungen der Sexualpräferenz (Frotteurismus, Sodomie u.a.)
- F66 Psychische und Verhaltensprobleme in Verbindung mit der sexuellen Entwicklung und Orientierung (Sexualpräferenz nicht problematisch)
 F66.0 Sexuelle Reifungskrise (unsicher bezüglich Identität/Orientierung)
 F66.1 Ichdystone Sexualorientierungsstörung (eindeutig, aber unbehaglich)
 F66.2 Sexuelle Beziehungsstörung (Probleme mit Sexualpartnern)
 F68 Sonstige Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (Untergruppen)
- F7 Intelligenzminderung (verschiedene Subgruppen nach Ausmaß)**
 Nicht die Intelligenzminderung, wohl aber die mit Intelligenzminderung einhergehende Verhaltensstörung kann Gegenstand einer unterstützenden Psychotherapie sein.
- F8 Entwicklungsstörungen**
 Die verschiedenen Entwicklungsstörungen bezüglich Sprechen/Sprache, schulischer und motorischer Fertigkeiten, die im Kleinkindalter oder in der Kindheit beginnen, werden hier nicht mit ihren im ICD-10 genau beschriebenen Unterformen dargestellt.
- F80 Umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache
 F81 Umschriebene Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten
 F82 Umschriebene Entwicklungsstörungen der motorischen Funktionen
 F83 Kombinierte umschriebene Entwicklungsstörungen
 F84 Tiefgreifende Entwicklungsstörungen

F9 Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend

- F90 Hyperkinetische Störungen (aufmerksamkeitsgestört, überaktiv u.a.)
F90.0 Einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung
F90.1 Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens
F91 Störung des Sozialverhaltens
Mindestens sechs Monate dauerndes Verhalten mit Aufsässigkeit, Aggressivität, Wutausbrüchen, Lügen, Stehlen, Einbrüchen, Schuleschwänzen, Weglaufen u.a.
F91.0 Auf den familiären Rahmen beschränkte Störung des Sozialverhaltens
F91.1 Störung des Sozialverhaltens bei fehlenden sozialen Bindungen
F91.2 Störung des Sozialverhaltens bei vorhandenen sozialen Bindungen
F91.3 Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigen Verhalten (ohne delinquentes Verhalten, gewöhnlich bei jüngeren Kindern)
F92 Kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen
F92.0 Störung des Sozialverhaltens mit depressiver Störung
F93 Emotionale Störungen des Kindesalters
Entwicklungsbezogenheit der Symptome: Verstärkungen normaler Entwicklungstrends und weniger eigenständige, qualitativ abnorme Verhaltensweisen.
F93.0 Emotionale Störung mit Trennungsangst des Kindesalters
Trennungsangststörungen (Angst vor Trennung von der Hauptbezugsperson mit anderen Symptomen) beginnen immer vor dem sechsten Lebensjahr.
F93.1 Phobische Störung des Kindesalters
F93.2 Störung mit sozialer Ängstlichkeit des Kindesalters
F93.3 Emotionale Störung mit Geschwisterrivalität
F94 Störungen sozialer Funktionen mit Beginn in der Kindheit und Jugend
F94.0 Elektiver Mutismus (kein Sprechen in bestimmten Situationen)
F94.1 Reaktive Bindungsstörung des Kindesalters
F94.2 Bindungsstörung des Kindesalters mit Enthemmung
F95 Ticstörungen (mit Untergruppen)
F98 Sonstige Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (sehr heterogene Störungsgruppe)
F98.0 Nichtorganische Enuresis (Einnässen, mit Untergruppen)
F98.1 Nichtorganische Enkopresis (Einkoten, mit Untergruppen)
F98.2 Fütterstörung im frühen Kindesalter
F98.3 Pica im Kindesalter
F98.4 Stereotype Bewegungsstörungen (mit Untergruppen)
F98.5 Stottern
F98.6 Poltern (schnelles Reden mit Störung des Sprechflüssigkeit)

Beängstigende Häufigkeit psychischer Störungen

Viele Studien bestätigen die beängstigende Häufigkeit psychischer Störungen in der Bevölkerung. Psychische Störungen, vor allem Angststörungen, Depressionen und psychosomatische Beschwerden, zählen zu den häufigsten Erkrankungen. Dies zeigt die Wichtigkeit einer Psychotherapie neben der gleichzeitig oft angezeigten medizinischen Behandlung. Je schneller adäquate Hilfe gesucht wird, desto früher kann ein negativer Teufelskreis durchbrochen und eine Chronifizierung der Störung verhindert werden. Es dauert oft noch immer bis zu sieben Jahren, bis endlich die richtigen Fachleute aufgesucht werden.

Die folgenden Zahlen sollen Menschen mit psychischen Störungen vor Augen führen, wie verbreitet ihre Erkrankung ist, und ihnen Mut machen, sich in Behandlung zu begeben, nach dem Motto; „Ich bin nicht allein, sondern in guter Gesellschaft.“

Jeder Vierte leidet unter einer psychischen Störung

Psychische Störungen sind derart im Ansteigen begriffen wie sonst keine anderen Erkrankungen. *Gegenwärtig leidet jeder Vierte, im Laufe eines Jahres jeder Dritte, im Laufe des Lebens sogar jeder Zweite unter einer psychischen Störung.*

Nach der ersten bundesweiten Erhebung des Gesundheitszustandes der deutschen Bevölkerung im Alter von 18 bis 65 Jahren (*Gesundheitssurvey 1998*), genauer nach einem von Psychologinnen durchgeführten Zusatzsurvey bei 4.181 Personen, hatten 32,1 % der Deutschen (37,0 % der Frauen und 25,3 % der Männer) innerhalb der letzten 12 Monate irgendeine psychische Störung. Frauen sind weitaus häufiger von psychischen Störungen betroffen als Männer – mit Ausnahme der Substanzabhängigkeit, wo Frauen stark aufholen.

Innerhalb der letzten 12 Monate hatten 11,9 % affektive Störungen (6,3 % aktuell), 14,5 % Angststörungen (9 % aktuell) und 11,0 % somatoforme Störungen (7,5 % aktuell). Im Laufe des Lebens entwickelt fast jeder zweite Deutsche (43 %) eine psychische Störung. 40 % haben mehr als eine psychische Diagnose. 60 % hatten keinerlei Behandlung. Nur jeder Dritte nahm mindestens einmal professionelle Hilfe in Anspruch.

Nach einer *Studie der Weltgesundheitsorganisation (WHO)* in 14 Ländern leidet ein Viertel der Patienten von Allgemeinärzten unter psychischen Störungen. In Deutschland erhielten 20,9 % der Hausarzt-Patienten eine psychiatrische Diagnose, weitere 8,5 % klagten über typische Beschwerden, ohne die vollen Kriterien einer psychiatrischen ICD-10-Diagnose zu erfüllen. Im Einzelnen hatten 1,6 % eine akute Agoraphobie, 1,3 % eine akute Panikstörung, 8,5 % eine generalisierte Angststörung, 8,6 % eine Depression, 0,7 % eine Dysthymie (leichte chronifizierte Depression), 2,1 % eine Somatisierungsstörung, 6,3 % eine Alkoholabhängigkeit, 7,5 % eine Neurasthenie.

Rund 60 % aller Patienten, die wegen psychischer Probleme den Hausarzt aufsuchen, weisen nach der WHO-Studie mehr als eine psychische Störung auf (zumeist Angst und Depression). Chronische körperliche Störungen, wie etwa Diabetes mellitus, koronare Herzkrankheiten, Polyarthritis, erhöhen das Risiko für psychische Störungen – wenn nicht für Depressionen, dann für Neurasthenie, d.h. für einen allgemeinen psychophysischen Erschöpfungszustand.

Nach einem deutschen Forschungsgutachten werden bei über 80 % der Betroffenen von den Hausärzten psychische Störungen nicht richtig als solche erkannt und behandelt. Patienten berichten bevorzugt nur körperliche Symptome ohne psychosoziale Hintergründe, viele Ärzte konzentrieren sich einseitig auf die Körpersymptome.

Psychische Störungen werden nach dem Urteil der WHO-Experten von vielen Hausärzten oft gar nicht identifiziert. Die Übereinstimmung zwischen der ICD-10-Diagnose durch Fachleute und der Feststellung einer psychischen Erkrankung durch den Hausarzt betrug nur 60 %, d.h. bei 40 % wurde die psychische Störung vom Hausarzt nicht erkannt. Rund 50 % aller Angststörungen werden vom Hausarzt entweder nicht erkannt oder als Depressionen bzw. somatische Störung fehldiagnostiziert; weitere 25 % werden fehlbehandelt.

Der Weg bis zur richtigen Diagnose ist oft lang, der Weg bis zur richtigen, nämlich psychotherapeutischen Behandlung, meist noch länger (oft bis zu sieben Jahren oder mehr). Etwa 5 % der Bevölkerung (in Großstädten bis zu 8 %) benötigen eine Psychotherapie. Nur rund 6 % der Menschen, für die eine Psychotherapie hilfreich wäre, befinden sich tatsächlich in Psychotherapie.

Angststörungen als „Einstiegsstörungen“ in psychische Erkrankungen

Angst- und Panikstörungen sind bei Frauen die häufigste, bei Männern nach Alkoholproblemen die zweithäufigste psychische Störung. Angststörungen finden sich bei Frauen doppelt so häufig wie bei Männern.

Nach mehreren Studien sind in Deutschland 9 % aktuell und 15 % im Laufe eines Jahres von krankhaften Ängsten betroffen. Nach dem Gesundheitssurvey 1998 hatten 14,5 % der Deutschen (19,8 % der Frauen und 9,2 % der Männer) im Laufe der letzten 12 Monate eine Angststörung. Im Einzelnen litten in diesem Zeitraum 12,6 % unter Phobien, 2,5 % unter generalisierten Angststörungen und 2,3 % unter Panikstörungen.

Nach der größten Erhebung in den USA Anfang der 1990er-Jahre entwickeln im Laufe des Lebens fast 25 % der amerikanischen Bevölkerung eine Angststörung: 3,5 % eine Panikstörung, 5,3 % eine Agoraphobie, 5,1 % eine generalisierte Angststörung, 13,3 % eine soziale Phobie, 11,3 % eine spezifische Phobie und 15,6 % einzelne Panikattacken ohne Panikstörung.

Mehr als die Hälfte der Personen mit einer Angststörung wies bereits vor dem Erwachsenenalter irgendeine Form von krankhafter Angst auf (mehrheitlich phobische Ängste oder Trennungsangst im Kindesalter).

80–90 % der Angststörungen setzen vor dem 35. Lebensjahr ein, vor allem zwischen dem 10. und 25. Lebensjahr. Demnach treten Angststörungen bei jüngeren Altersgruppen häufiger auf als vergleichsweise Depressionen.

Oft sind zwei oder drei Angststörungen gleichzeitig vorhanden, z.B. eine Panikstörung und eine generalisierte Angststörung oder eine Panikstörung und eine Agoraphobie. Ängste nehmen unbehandelt oft einen chronischen Verlauf. Nur weniger als 20 % der Angstpatienten erleben eine Spontanheilung. Reine Angststörungen haben eine geringere Spontanheilungsrate als reine Depressionen.

70 % der Angstpatienten erleiden im Laufe ihres Lebens mindestens eine weitere psychische Störung, oft sogar mehrere. Die häufigsten Verläufe sind früh auftretende, d.h. in Vorpubertät, Pubertät oder jungem Erwachsenenalter einsetzende Angststörungen, die später von somatoformen, depressiven und Suchterkrankungen gefolgt werden. Angststörungen sind demnach starke Risikofaktoren für Depressionen, Missbrauch bzw. Abhängigkeit von Substanzen (Alkohol, Beruhigungsmittel) sowie für somatoforme Störungen. Nach dem deutschen Gesundheitssurvey 1998 hatten in den letzten 12 Monaten 54,3 % der Menschen mit einer Angststörung mindestens eine weitere psychische Störung.

Mehr als 70 % aller psychischen Mehrfacherkrankungen, wo Angst eine Rolle spielt, haben mit einer Angstsymptomatik begonnen. Bei Menschen, die im Laufe des Lebens eine Angststörung und eine Depression entwickelt haben, war bei zwei Drittel bis zu drei Viertel der Fälle die Angststörung zuerst da, bei 10–20 % der Befragten traten beide Störungen im gleichen Jahr auf. Nur bei 15–20 % entstanden die Depressionen vor den Angststörungen; hier waren die Betroffenen oft bereits über 40 Jahre alt. Am häufigsten führt eine generalisierte Angststörung im Laufe der Zeit zu einer Depression.

Es wirkt auf Dauer demoralisierend und deprimierend, wenn man sich seinen panischen oder phobischen Ängsten hilflos ausgeliefert fühlt und keine Kontrolle darüber hat. Das erlebte Kontrollverlustgefühl begünstigt eine depressive Reaktion, die wiederum den Teufelskreis der Angst verstärkt, dass man sich im Bedarfsfall nicht selbst helfen kann.

21 % der Personen mit Angststörungen entwickeln eine Alkoholabhängigkeit, eine weitere Gruppe greift zu abhängig machenden Beruhigungsmitteln oder illegalen Drogen. Viele Sozialphobiker setzen seit der Pubertät Alkohol als Bewältigungsstrategie ihrer sozialen Ängste ein.

Ohne Behandlung chronifizieren viele Angststörungen und verlaufen sehr negativ. Spontanheilungen sind selten, und zwar seltener als bei anderen Störungen wie etwa Depressionen.

Im Durchschnitt erfolgt eine adäquate Behandlung erst nach sieben Jahren. 60 % der Menschen mit Angstsymptomen haben niemals einen Psychotherapeuten aufgesucht. Von den behandelten Angstpatienten erhielten die meisten (fast 90 %) Medikamente, nur jeder Sechste ging in eine Psychotherapie.

Depressionen auf dem Vormarsch

Depressionen bestimmen in zunehmendem Ausmaß das Leben von Menschen aller Altersgruppen. Laut Gesundheitssurvey 1998 wird *jeder vierte Bürger irgendwann in seinem Leben depressiv*; innerhalb eines Jahres trifft es 11,9 % (davon 15,4 % der Frauen und 8,6 % der Männer). In den letzten 12 Monaten hatten 8,3 % eine depressive Episode, 1,3 % eine bipolare (manisch-depressive) Störung und 4,5 % eine Dysthymie, d.h. eine chronifizierte leichtere Depression. In diesem Zeitraum wiesen 60,2 % der Menschen mit einer depressiven Störung mindestens eine weitere psychische Krankheit auf.

Zum Befragungszeitpunkt waren 10,3 % der Deutschen in irgendeiner Form depressiv, davon 5,6 % leicht, 7,3 % mittelgradig und 4,2 % schwer. Nach internationalen Untersuchungen leiden 8–11 % der westlichen Bevölkerung aktuell und 20–30 % in ihrem Leben an einer Depression. Nach einer großen Studie entwickeln im Laufe des Lebens 17,1 % eine depressive Episode, 6,4 % eine Dysthymie und 1,6 % eine bipolare Störung.

Man schätzt, dass nur jede zweite Depression erkannt wird und davon wiederum nur die Hälfte behandelt wird. Depressive Störungen sind im Laufe des Lebens bei Frauen (25 %) doppelt so häufig wie bei Männern (12 %). 75 % der depressiven Patienten entwickeln im Laufe des Lebens mindestens eine weitere psychische Störung, am häufigsten eine Angststörung. Mindestens jeder vierte Depressive unternimmt einen Suizidversuch. Jährlich sterben mehr Menschen durch Selbsttötungen als durch Verkehrsunfälle, Tötungsdelikte und HIV/AIDS.

Depressive Störungen nehmen seit den 1940er-Jahren weltweit zu. Depressionen werden nach den Vorhersagen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) bis 2020 nach Herz-Kreislauf-Erkrankungen die zweithäufigste Krankheit sein.

Vor allem auch jüngere Menschen sind zunehmend von Depressionen betroffen. 2 % der Kinder unter 12 Jahren und 5 % der Jugendlichen unter 20 Jahren erkranken an Depressionen. Der Ersterkrankungsgipfel liegt heute nicht mehr – so wie noch vor einigen Jahren – zwischen dem 30. und 40. Lebensjahr, sondern bereits zwischen dem 18. und dem 25. Lebensjahr.

Frauen erkranken im Vergleich zu Männern 2- bis 3-mal häufiger an einer Depression. Frauen werden auch häufiger rückfällig als Männer. Während die Erkrankungsrate bei Frauen mit dem Alter konstant bleibt, nehmen bei Männern die Depressionen mit dem Rentenalter zu und gleichen sich im höheren Alter der Häufigkeit von Frauen an.

Nur die Hälfte der Depressiven wird überhaupt, nur jeder 5. Depressive adäquat behandelt. 6,3 % aller Frühberentungen und 2,2 % aller Arbeitsunfähigkeitstage sind durch Depressionen bedingt. Die Rückfallquote nach einer Depression liegt bei rund 50 %, d.h. jeder zweite Ersterkrankte erlebt eine weitere depressive Phase. Je häufiger Depressionen auftreten, umso höher wird auch die Wahrscheinlichkeit für einen erneuten Rückfall trotz momentaner Symptommfreiheit.

Zunehmender Stress, Angststörungen in jungen Jahren (Vorpubertät oder Pubertät), einseitige Konzentration auf negative Aspekte des Lebens, fehlende soziale Unterstützung im Beruf oder Privatleben, unfreiwilliges Single-Leben und Partnerprobleme begünstigen die Entwicklung von Depressionen. Menschen mit Partnerproblemen neigen 25-mal häufiger zu Depressionen als andere Personen.

Depressionen und Angststörungen werden auch begünstigt durch den Verlust einer Beziehung, den Verlust an Wohlbefinden, eine Demütigung in Form von Abwertung, ein Eingengtsein durch widrige Lebensumstände und die Gefahr eines drohenden Verlusts oder sonstiger Nachteile. Verluste und Demütigungen fördern vor allem Depressionen, befürchtete Gefahren eher die Entwicklung einer generalisierten Angststörung.

Ängstliche und depressive Patienten, die positive Veränderungen in ihrem Leben erkennen können, haben – unabhängig von der Art der Symptome und der Intensität der Störung – höhere Besserungsraten. Die Heilungsrate ist auch bei jenen Patienten erhöht, die auf soziale Netzwerke und soziale Unterstützung zurückgreifen können.

Viele andere psychische Störungen erschweren das Leben

Abhängigkeit und Missbrauch von Alkohol ist die häufigste psychische Störung bei Männern. Nach dem Gesundheitssurvey 1998 hatten in den letzten 12 Monaten 3,7 % eine Alkoholabhängigkeit (2 % der Frauen und 7 % der Männer) und 0,6 % eine Drogenabhängigkeit, also etwa 4–5 % eine Substanzabhängigkeit. Im gleichen Zeitraum hatten 13,2 % irgendeine Störung durch psychotrope Substanzen – davon 10,6 % der Frauen und 15,7 % der Männer. Es zeigt sich ein stark zunehmender Anteil von Frauen mit Abhängigkeit oder schädlichem Gebrauch von Substanzen. In Österreich gelten 5 % aktuell und 10 % im Laufe des Lebens als alkoholabhängig, weitere 13 % sind alkoholgefährdet.

Es liegen auch Häufigkeitsstatistiken zu zahlreichen anderen psychischen Störungen vor. Nach dem *Gesundheitssurvey 1998* hatten innerhalb der letzten 12 Monate 0,7 % eine Zwangsstörung, 0,3 % eine Essstörung, 2,6 % eine psychotische Störung und 11,0 % eine somatoforme Störung (davon 15,0 % der Frauen und 7,1 % der Männer). 8,1 % hatten im gleichen Zeitraum eine Schmerzstörung. Nach anderen Studien haben 2–5 % der Bevölkerung eine posttraumatische Belastungsstörung, 2–3 % der 18- bis 35-jährigen Frauen eine Bulimie, 25 % eine Schlafstörung. Viele Menschen leiden unter sexuellen Funktionsstörungen (nach einer amerikanischen Studie 43 % der Frauen und 31 % der Männer).

Jeder dritte Patient geht zum Arzt mit körperlichen Beschwerden, die keine oder keine ausreichende organische Ursache haben. Der *Anteil somatoformer (primär funktioneller) Störungen* beträgt in Allgemeinpraxen bis zu 35 %, in Allgemeinkrankenhäusern bis zu 30 %.

12,3 % der deutschen Bevölkerung werden im Laufe des Lebens von einer *Schmerzstörung* geplagt. Nach EU-weiten Studien leidet sogar jeder Fünfte unter *chronischen Schmerzen* (länger als 6 Monate Dauer), die durch psychische und psychosoziale Faktoren verstärkt werden können. Viele Schmerzpatienten spüren ihre Schmerzen noch stärker, wenn sie gleichzeitig auch depressiv sind. Schmerzkranken werden oft depressiv durch die chronischen, absolute Hilflosigkeit erzeugenden Schmerzen.

Die Bedeutung der psychotherapeutischen Betreuung chronisch Schmerzkranker wird derzeit weder von den Ärzten noch von den Betroffenen ausreichend erkannt. Medizinische Behandlungen allein sind zu wenig, wenn psychosoziale Faktoren schmerzverstärkend wirken. Psychologisch-psychotherapeutische Behandlungsprogramme mit Breitenwirkung stellen eine Herausforderung für die Zukunft dar.

Bei einem Teil der *primär körperlichen Erkrankungen* spielt auch die Psyche eine Rolle, sodass auch hier psychotherapeutische Interventionen hilfreich sein können, um psychische und psychosoziale Folgen besser bewältigen zu lernen, falls auch noch psychische und psychosoziale Belastungsfaktoren einen krankheitsverschlimmernden Einfluss ausüben.

Mit Ausnahme von Substanzabhängigkeit, Psychosen und bipolaren (manisch-depressiven) Störungen erkranken Frauen (33 %) häufiger an psychischen Störungen als Männer (22 %), vor allem an Angststörungen, Depressionen und somatoformen Störungen. Der Anteil der Frauen mit Alkoholproblemen ist, wie bereits erwähnt, deutlich im Steigen begriffen. Frauen entwickeln auch häufiger ein Risiko für komplexe psychische Mehrfacherkrankungen.

Psychische Störungen nehmen bei *Kindern und Jugendlichen* stark zu und bleiben unbehandelt oft bis ins Erwachsenenalter bestehen. Unter den 14- bis 17-Jährigen hatten 17,5 % innerhalb der letzten 12 Monate eine psychische Störung: 9,3 % eine Angststörung, 8,2 % eine Depression, 6,3 % eine somatoforme Störung und 2 % eine Essstörung. Angststörungen sind die häufigsten psychischen Störungen bei Kindern und Jugendlichen.

Nach anderen Daten entwickelt fast jedes fünfte Kind innerhalb der letzten sechs Monate eine psychische Störung. 15 % der Grundschulkinder und 10 % der Jugendlichen sind von krankheitswertigen *Ängsten* betroffen. Bis zu 2,5 % der Kinder und bis zu 8 % der Jugendlichen leiden an *Depressionen*. Wenigstens 4–6 % aller Kinder und Jugendlichen in Deutschland leiden unter dringend behandlungsbedürftigen seelischen Beeinträchtigungen und Erkrankungen.

Beängstigend ist das Ausmaß von *Alkoholproblemen* bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Nach einer repräsentativen Studie im Raum München sind bereits unter den 14- bis 24-Jährigen 6,2 % alkoholabhängig und weitere 9,7 % betreiben einen Alkoholmissbrauch. Es zeigt sich ein zunehmender Trend zu frühzeitigem und riskantem kombinierten Konsum von Alkohol, Tabak und illegalen Drogen (meist Cannabis und Ecstasy). Junge Männer sind drei- bis fünfmal häufiger von Alkoholproblemen betroffen als junge Frauen.

Was die Zahlen sonst noch aussagen

Jeder zweite Mensch mit einer psychischen Störung erleidet eine weitere psychische Erkrankung. *Psychische Mehrfacherkrankungen* nehmen mit dem Alter sowie der Art und Dauer der Primärerkrankung zu. Mehrfacherkrankungen erhöhen das Ausmaß der sozialen Beeinträchtigung und Behinderung und führen gehäuft zu Selbstmord, Hospitalisierung, Arbeitslosigkeit und sozialer Isolierung.

Bei der Mehrzahl der Menschen treten psychische Erkrankungen nur ein- bis zweimal im Leben auf. Aber immerhin rund 40 % der psychischen Störungen verlaufen chronisch von der Jugend bis zum Lebensende. Vor allem bei fehlender oder unzureichender Behandlung besteht ein erhöhtes Risiko für eine lebenslange Leidensgeschichte und Beeinträchtigung mit zunehmenden Komplikationen. Dennoch kann eine gewisse Lebensqualität erhalten sein, ähnlich wie bei vielen Menschen mit einer chronischen körperlichen Erkrankung, wie etwa mit Diabetes oder Bluthochdruck, wenn die Bereitschaft besteht, mit Rückfällen besser umgehen zu lernen.

Erfahrungen von körperlicher und/oder sexueller Gewalt erhöhen das Risiko für eine schwere psychische Erkrankung.

Die Mehrzahl der psychischen Störungen (vor allem Angststörungen, Substanzstörungen, somatoforme Störungen) beginnen vor dem 20. Lebensjahr, sodass eine rasche Diagnose und eine bald einsetzende Psychotherapie neben der medizinischen Behandlung sehr wichtig sind.

Es bestehen keine bedeutsamen Unterschiede hinsichtlich psychischer Erkrankungen zwischen verschiedenen EU-Ländern. Es gibt – außer bei Depressionen und Drogengebrauch – keine sicheren Hinweise auf einen Anstieg der psychischen Störungen im letzten Jahrzehnt. Die vielfache Behauptung, dass Angststörungen in den letzten Jahrzehnten zugenommen hätten, ist empirisch nicht ausreichend belegt.

Nur 26 % der psychisch Kranken erhalten pro Jahr irgendeine Behandlung (z.B. eine kurze Beratung oder ein kurzes Gespräch beim Hausarzt), noch weniger bekommen eine adäquate Behandlung. Mit Ausnahme von Psychosen, schweren Depressionen und komplexen Störungen vergehen oft viele Jahre, manchmal sogar Jahrzehnte, bis die erste Therapie eingeleitet wird.

Unterbehandlung zeigt sich vor allem bei Kindern und Jugendlichen sowie bei Angststörungen und Substanzmissbrauch/-abhängigkeit. Zur Behandlung werden am häufigsten Psychopharmaka eingesetzt, Psychotherapie wird nur sehr selten als alleinige Behandlung angeboten.

Nur rund 10 % der Menschen, die professionelle Hilfe brauchen, gehen in eine ambulante Psychotherapie. Davon finden in Deutschland nur etwa 5–6 % einen Therapieplatz. Ungefähr zwei Drittel der Psychotherapie-Patienten sind Frauen. Männern fällt es schwerer, den Bedarf einer psychotherapeutischen Behandlung zuzugeben. Sie behandeln sich oft lieber selbst – mit Alkohol. Fazit: Die Möglichkeiten einer Psychotherapie werden zu wenig genutzt.

Folgen psychischer Erkrankungen

Die Kosten psychischer Erkrankungen betragen in Deutschland etwa 3–4 % des Bruttoinlandsprodukts, hauptsächlich als Folge des Produktivitätsverlusts. Die Gesundheitskosten sind bei Angstpatienten höher als bei Patienten mit Depressionen oder Schizophrenie, weil sie durch ihre Krankheits- und Todesängste das Gesundheitssystem unverhältnismäßig oft in Anspruch nehmen.

In Österreich sind laut Gesundheitsministerium die *Krankenstände* wegen psychischer Erkrankungen seit 1993 um 56 % gestiegen. Psychische Störungen sind eine der Hauptursachen für Krankenstände und Frühberentungen. Mit 8 % der Krankheitstage stehen die psychischen Störungen in Deutschland bereits an vierter Stelle. Bei Frauen steht diese Krankheitsursache mit 11 % sogar an dritter Stelle (Männer: 6 %). Der Anteil an Krankheitstagen aus psychischen Gründen hat sich seit 1990 verdoppelt. Psychische Erkrankungen zählen nach bösartigen Tumorerkrankungen zu den am längsten dauernden Krankheiten.

Während die Krankenstandstage insgesamt sinken, steigen sie bei Menschen mit psychischen Erkrankungen an. Oft handelt es sich dabei gleichzeitig auch um arbeitslose Personen. Am häufigsten stehen psychisch bedingte Krankenstände in Zusammenhang mit Angststörungen, Reaktionen auf schwere Belastungen, somatoformen Störungen, Depressionen und Suchterkrankungen. Bei Männern sind Alkoholprobleme die häufigsten psychisch bedingten Krankenstandszeiten.

Nach einer Statistik der Deutschen Angestellten-Krankenkasse (DAK) haben im Zeitraum 1997–2004 die psychischen Erkrankungen um 68,7 % zugenommen, die Erkrankungen des Kreislaufsystems dagegen um 17,2 % abgenommen.

Die zunehmenden Krankenstände aus psychischen Gründen beeinflussen die durchschnittliche Krankenstandsdauer erheblich. Entscheidend für die Höhe des Krankenstandes sind Langzeitfälle mit über sechswöchiger Krankheitsdauer. Sie machen nur 4 % der Fälle aus, verursachen aber über 40 % der Krankheitstage.

Rund ein Drittel der jährlichen Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit sind durch psychische Erkrankungen verursacht. Nach der Rentenzugangstatistik des Verbands Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR) erfolgten 2004 31 % der Frühberentungen wegen psychisch bedingter Erwerbsminderung. Psychisch Kranke schieden fast 20 Jahre vor der gesetzlichen Altersgrenze oder fast 13 Jahre vor dem tatsächlichen durchschnittlichen Renteneintrittsalter (60,4 Jahre) aus dem Erwerbsleben aus.

Geduldiges Abwarten, bis die psychische Erkrankung von alleine verschwindet, hilft meist nicht. Ohne adäquate Behandlung werden psychische Störungen meist chronisch und bestehen laut Studien oft auch noch nach zehn Jahren. Die geringen Spontanheilungsraten weisen auf die Notwendigkeit einer aktiven Auseinandersetzung mit der psychischen Störung im Sinne einer Psychotherapie hin.

Fragebogen: Unter welchen Beschwerden leiden Sie?**Belasten Sie Symptome, Probleme oder Veränderungen?**

- Haben Sie belastende Symptome, Probleme, Krisen oder Lebensumstände, mit denen Sie allein nicht mehr zurechtkommen? ☐
- Belasten Sie Erfahrungen aus der Vergangenheit auch jetzt noch sehr stark? ☐
- Ärgern Sie sich über verschiedene Dinge, die Sie nicht beeinflussen können? ☐
- Haben Sie tatsächlich alle Möglichkeiten ausgeschöpft, sich selbst zu helfen? ☐
- Haben Ihnen auch Gespräche mit Verwandten oder Freunden bzw. Selbsthilfe-Ratgeber nicht wirklich oder nicht dauerhaft helfen können? ☐
- Sind Sie schon seit Längerem zunehmend mit sich unzufrieden? ☐
- Fühlen Sie sich seit einigen Wochen, Monaten oder gar Jahren verändert, anders als sonst, und beunruhigt Sie diese Veränderung? ☐
- Fallen Ihre Veränderungen auch anderen Menschen deutlich auf? ☐
- Beeinträchtigen Ihre Beschwerden Ihre schulische, berufliche und soziale Funktionsfähigkeit sowie Ihre Lebensqualität in erheblicher Weise? ☐
- Unterlassen oder vermeiden Sie wegen Ihrer Beschwerden verschiedene Tätigkeiten oder Situationen, die Sie früher erfreut haben? ☐
- Ergeben sich wegen Ihrer Beschwerden bereits Folgeprobleme? ☐
- Stehen Sie vor einem Rätsel, soweit es die Erklärung der eingetretenen Veränderungen und Beschwerden betrifft? ☐

Möchten Sie Ihre Lebensmöglichkeiten besser nutzen lernen?

- Sind Sie an der Entwicklung Ihrer Persönlichkeit, Ihrer Potenziale und Fertigkeiten interessiert, wissen aber selbst keinen Weg dazu? ☐
- Möchten Sie Ihre Interessen, Aktivitäten und Sozialkontakte erweitern? ☐
- Glauben Sie, dass es Ihnen besser ginge, wenn Sie Ihr Denken ändern und Ihre Verhaltensmöglichkeiten erweitern könnten? ☐
- Könnten Sie profitieren durch einen anderen Umgang mit Ihren Gefühlen? ☐
- Möchten Sie Ihre Beziehungen bzw. Ihre Beziehungsfähigkeit verbessern? ☐
- Möchten Sie mit bestimmten inneren und äußeren Konflikten besser umgehen lernen, wenn es Möglichkeiten dafür gibt? ☐
- Stehen Sie vor neuen Lebensaufgaben oder vor einer Neuausrichtung Ihres Lebens, wo Ihnen ein Fachmann hilfreich zur Seite stehen könnte? ☐
- Träumen Sie davon, mehr Zeit für sich selbst zu haben? ☐
- Haben Sie die Bereitschaft, an einer Veränderung aktiv mitzuarbeiten, wenn Ihnen ein Fachmann dabei helfen kann? ☐

Leiden Sie unter krankheitswertigen Ängsten oder Zwängen?

Leiden Sie unter körperlichen Symptomen von Panikattacken: Bekommen Sie ohne ersichtlichen Grund plötzlich und unerwartet eine heftige, 5–30 Minuten dauernde Attacke mit subjektiv bedrohlich erscheinenden körperlichen Symptomen, wie etwa Herzrasen, Atemnot, Engegefühle in der Brust, Schweißausbrüche, Zittern oder Schwindel, sodass Sie glauben, gleich sterben zu müssen? Traten diese Attacken bereits wiederholt auf? Fürchten Sie sich vor dem Wiederauftreten derartiger Attacken trotz des Wissens um deren Ungefährlichkeit?

○

Leiden Sie unter kognitiven Symptomen von Panikattacken: Bekommen Sie plötzlich Angst, verrückt zu werden, die Kontrolle über sich zu verlieren und sich oder anderen etwas anzutun, Entfremdungsgefühle sich selbst gegenüber (Depersonalisation) oder der Umwelt gegenüber (Derealisation)?

○

Leiden Sie unter generalisierten Ängsten: Haben Sie ständig unkontrollierbare Sorgen und Befürchtungen bezüglich Ihres Lebensalltags und Ihrer Angehörigen in Verbindung mit belastenden körperlichen Symptomen? Erkennen Sie selbst, dass diese Befürchtungen oft unnötig oder übertrieben sind?

○

Leiden Sie unter Platzangst (Agoraphobie): Fürchten oder vermeiden Sie bestimmte Situationen (Menschenmengen, öffentliche Plätze, allein Reisen, weite Entfernungen von zu Hause) und bekommen Sie dabei belastende körperliche Symptome wie Herzrasen, Atemnot, Schwindel oder Übelkeit?

○

Leiden Sie unter sozialen Phobien: Fürchten Sie sich davor, im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit anderer Menschen zu stehen und kritisch beurteilt zu werden? Bekommen Sie in diesen Situationen körperliche Symptome (Schwitzen u.a.)? Möchten Sie am liebsten die Beobachtung durch andere Menschen vermeiden und deshalb sozialen Situationen ausweichen?

○

Leiden Sie unter spezifischen Phobien: Fürchten Sie die Konfrontation mit speziellen Situationen (Fliegen, Höhen, engen Räumen, Spritzen, Blut, bestimmten Tieren, Blitz und Donner u.a.) und möchten Sie daher diesen Situationen oder Objekten am liebsten ausweichen?

○

Leiden Sie unter Ängsten in Verbindung mit schweren körperlichen Erkrankungen: Sind Ihre Ängste nach erheblichen körperlichen Krankheiten wie Herzinfarkt, Gehirnschlag, Krebs, Stoffwechselerkrankungen, Epilepsie u.ä. aufgetreten?

○

Leiden Sie unter Ängsten in Verbindung mit Substanzmissbrauch: Sind Ihre Ängste nach dem Konsum von Alkohol oder Drogen aufgetreten und wurden sie dadurch verstärkt?

○

Leiden Sie unter Zwangshandlungen: Haben Sie häufige Zwangsrituale wie ständiges Waschen (Hände, Körper), Reinigen (Wohnung, Kleidung, Arbeitsplatz, Auto u.a.), Kontrollieren (Ofen, Strom, Türen u.a.), Ordnen, Zählen (gute und schlechte Zahlen) – Tätigkeiten, die Sie als übertrieben oder unsinnig erkennen, aber dennoch nicht unterlassen bzw. nur unter großer psychischer Belastung unterbrechen können?

○

Leiden Sie unter Zwangsgedanken: Werden Sie gequält durch unsinnige oder persönlichkeitsfremde aggressive, sexuelle oder gotteslästerliche Gedanken oder Impulse, gegen die Sie ankämpfen, die sich aber dennoch immer wieder in sehr belastender Weise in den Mittelpunkt Ihrer Aufmerksamkeit drängen?

○

Leiden Sie unter einer depressiven Störung?

- Leiden Sie seit mehr als zwei Wochen beinahe täglich unter depressiver Stimmung, Interessenverlust, Freudlosigkeit, Antriebsmangel und erhöhter Müdigkeit? ☐
- Sind Ihre Aufmerksamkeit und Ihre Konzentration vermindert? ☐
- Sind Ihr Selbstvertrauen und Ihr Selbstwertgefühl vermindert? ☐
- Haben Sie Schuld- und Wertlosigkeitsgefühle? ☐
- Sehen Sie Ihre Zukunft negativ und pessimistisch? ☐
- Haben Sie Selbstmordgedanken bzw. schon einen Selbstmordversuch gemacht? ☐
- Leiden Sie unter Schlafstörungen? ☐
- Ist Ihr Appetit vermindert? ☐
- Haben Sie Freude und Interesse an angenehmen Tätigkeiten verloren? ☐
- Zeigen Sie wenig gefühlsmäßige Reaktionen auf an sich freudige Ereignisse? ☐
- Wachen Sie vorzeitig auf (zwei oder mehr Stunden früher als üblich)? ☐
- Ist Ihre Stimmung besonders am Morgen auf dem Tiefpunkt? ☐
- Sind Sie psychosomatisch gehemmt/blockiert oder erregt? ☐
- Haben Sie einen deutlichen Appetitverlust festgestellt? ☐
- Haben Sie einen erheblichen, nicht beabsichtigten Gewichtsverlust erlebt? ☐
- Hat Ihr sexuelles Verlangen deutlich abgenommen? ☐
- Leiden Sie unter andauernder Stimmungslabilität (zu viel Auf und Ab)? ☐
- Leiden Sie unter seit mehreren Jahren andauernder depressiver Verstimmung ohne ausgeprägte depressive Episoden (Phasen)? ☐

Leiden Sie unter den Folgen belastender Lebensereignisse?

Leiden Sie unter einer Anpassungsstörung im Sinne einer kürzeren oder längeren depressiven Reaktion – ausschließlich als Folge von Lebensumständen wie Scheidung, Trennung, Tod von Angehörigen, Arbeitsplatzverlust, bestimmten Enttäuschungen, finanziellen Sorgen, Krankheit bzw. Krankheit in der Familie? ☐

Leiden Sie unter einer posttraumatischen Belastungsstörung: Drängt sich ein belastendes Erlebnis (sexuelle und/oder körperliche Gewalt, Überfall, Unfall, Kriegserlebnis, Naturkatastrophe, Technik-Katastrophe u.a.) immer wieder auf durch lebendige Wiedererinnerung bei Tag und/oder Nacht, die Sie durch verschiedene körperliche, geistige und seelische Symptome sehr belastet und erregt? Versuchen Sie die Konfrontation mit diesbezüglichen Gedanken, bildhaften Vorstellungen, Orten oder sonstigen Reizen zu vermeiden, weil Sie in quälender Weise immer wieder daran erinnert werden? Leiden Sie unter starker Erregung, wenn Sie diesen Situationen, Gedanken und bildhaften Vorstellungen nicht ausweichen können? ☐

Leiden Sie unter Missbrauch oder Abhängigkeit von Substanzen?

- Trinken Sie vermehrt Alkohol, wenn Sie angespannt, müde, traurig, enttäuscht oder ängstlich sind? ☐
- Denken Sie an alkoholfreien Tagen vermehrt an Alkohol? ☐
- Trinken Sie wiederholt bewusst heimlich und unbeobachtet? ☐
- Gab es in den letzten drei Wochen weniger als fünf Tage ohne Alkohol? ☐
- Waren Sie im letzten halben Jahr mehrmals mehrere Tage hintereinander betrunken? ☐
- Hören Sie mit dem Alkoholtrinken erst auf, bis Sie betrunken sind? ☐
- Haben Sie Schuldgefühle am Tag nach zu viel Alkoholkonsum und nehmen Sie sich dann vor, in Zukunft weniger zu trinken, jedoch erfolglos? ☐
- Haben nahe stehende Personen Sie bereits auf Ihren vermehrten Alkoholkonsum angesprochen? ☐
- Haben Sie ein morgendliches Händezittern nach Alkoholkonsum am Vorabend? ☐
- Trinken Sie öfter bereits am Morgen, um sich wieder fit zu fühlen? ☐
- Trinken Sie seit längerer Zeit tagsüber mehrmals Alkohol? ☐
- Hatten Sie im letzten Jahr Erinnerungslücken nach viel Alkoholkonsum? ☐
- Besteht bei Ihnen laut Arzt ein Missbrauch oder eine Abhängigkeit von Alkohol? ☐
- Besteht bei Ihnen ein Missbrauch oder eine Abhängigkeit von Beruhigungsmitteln bzw. Schlafmitteln vom Benzodiazepintyp? ☐
- Besteht bei Ihnen ein Missbrauch oder eine Abhängigkeit von illegalen Drogen? ☐
- Betreiben Sie Missbrauch von Abführmitteln oder Schmerzmitteln? ☐
- Rauchen Sie oft zu viel bzw. besteht bei Ihnen eine Nikotinabhängigkeit? ☐
- Trinken Sie oft zu viel Kaffee bzw. besteht bei Ihnen eine Koffeinabhängigkeit? ☐
- Verwenden Sie andere Mittel, um sich aufzuputschen oder zu dämpfen? ☐

Leiden Sie unter einer Essstörung?

- Leiden Sie unter Magersucht (Anorexie)? ☐
- Leiden Sie unter Ess-Brech-Sucht (Bulimie)? ☐
- Leiden Sie unter Fressattacken ohne Erbrechen? ☐
- Leiden Sie unter übermäßigem Essen bei psychischen Problemen? ☐
- Leiden Sie unter psychogenem Erbrechen (ohne vorherigem Überessen)? ☐
- Leiden Sie unter psychogener Appetitlosigkeit (ohne Depression)? ☐
- Belastet Sie erhebliches Übergewicht als Folge psychosozialer Stressfaktoren und falscher Ernährungsgewohnheiten? ☐
- Machen Sie ständig Diäten zur Gewichtsregulierung? ☐

Leiden Sie unter körperlichen Symptomen ohne oder mit erheblichen organischen Ursachen?

Fühlen Sie sich krank, auch wenn die Ärzte bisher keine (ausreichenden) organischen Ursachen für Ihre körperlichen Beschwerden finden konnten? ☐

Sind Sie öfter krank geschrieben, obwohl Sie keine erhebliche organische Erkrankung haben, sich aber dennoch körperlich beeinträchtigt erleben? ☐

Leiden Sie unter einer Somatisierungsstörung: Haben Sie seit mehr als zwei Jahren vielfältige, ständig wechselnde körperliche Symptome des vegetativen Nervensystems mit häufigen Arztkontakten zur organischen Abklärung, jedoch ohne erheblichen Organbefund? ☐

Leiden Sie unter einer undifferenzierten Somatisierungsstörung: Haben Sie verschiedene nichtorganische Körpersymptome zumindest seit einem halben Jahr? ☐

Leiden Sie unter einer somatoformen autonomen Funktionsstörung: Besteht eine nichtorganische Störung eines bestimmten Organsystems des vegetativen Nervensystems, wie etwa Herz/Kreislauf, Magen/Darm, Atmung, Urogenitalsystem? ☐

Leiden Sie unter Krankheitsängsten (Hypochondrie): Sind Sie seit mindestens sechs Monaten überzeugt, krank zu sein, ohne dass bisher eine körperliche Krankheit gefunden wurde? Gehen Sie deswegen oft zu Ärzten und können Sie es schwer glauben, dass Sie organisch im Wesentlichen gesund sind? Beschäftigen Sie sich übermäßig mit medizinischen Informationen oder vermeiden Sie diese aus Angst vor Beunruhigung? ☐

Leiden Sie unter der Angst bzw. der Überzeugung, körperlich entstellt zu sein: (Dysmorphophobie): Glauben Sie, dass bestimmte Körperteile zu klein, dick, unförmig u.a. sind? Betrachten Sie sich deswegen oft im Spiegel oder vermeiden Sie die Beobachtung durch andere? Möchten Sie am liebsten eine Operation zur optischen Verbesserung Ihres Äußeren? ☐

Leiden Sie unter einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung: Haben Sie seit mindestens sechs Monaten Schmerzen, für die die Ärzte keine (ausreichende) organische Ursache finden können und mit denen Sie sich ständig beschäftigen? Fällt es Ihnen schwer zu glauben, dass diese mit psychischen Problemen und psychosozialen Belastungen zusammen hängen? ☐

Leiden Sie unter anhaltender psychophysischer Erschöpfung („Neurasthenie“): Haben Sie seit mindestens drei Monaten nach geringer körperlicher und/oder geringer geistiger Anstrengung anhaltende, quälende Erschöpfungsgefühle in Verbindung mit verschiedenen Symptomen (Muskelschmerzen, Anspannung, Unfähigkeit zu entspannen, Benommenheit, Reizbarkeit u.a.)? ☐

Leiden Sie unter einer dissoziativen Störung mit körperlichen Symptomen der Willkürmotorik und/oder der Wahrnehmung: Haben Sie psychogene Anfälle, Bewegungsstörungen, Sprachstörungen, Störungen von Sehen, Hören oder Riechen bzw. Störungen der Hautempfindung? ☐

Leiden Sie unter früher so genannten psychosomatischen Störungen: Haben Sie eine körperliche Erkrankung, die durch psychologische Faktoren und Verhaltenseinflüsse ausgelöst, aufrechterhalten oder verstärkt wird? ☐

Leiden Sie unter einer sonstigen psychischen Störung?

- Leiden Sie unter einer nichtorganischen Schlafstörung? ☐
- Haben Sie eine sexuelle Funktionsstörung oder eine sexuelle Lustlosigkeit? ☐
- Haben Sie eine sexuelle Beziehungsstörung? ☐
- Haben Sie eine sexuelle Identitätsstörung? ☐
- Haben Sie Auffälligkeiten in Ihrer sexuellen Ausrichtung? ☐
- Betreiben Sie Glücksspiel in krankhafter Weise? ☐
- Leiden Sie unter krankhaftem Haarausreißen (Trichotillomanie)? ☐
- Kommt es vor, dass Sie aus innerer Anspannung Dinge stehlen? ☐
- Können Sie Ihre Gefühle und Ihr Verhalten so wenig kontrollieren, dass Sie aggressiv gegen sich selbst und/oder andere werden? ☐
- Haben Sie eine Störung des Sozialverhaltens? (Welche genau?) ☐
- Leiden Sie unter krankhaft gehobener Stimmung (Manie, Hypomanie)? ☐
- Leiden Sie unter den Folgen einer geistigen Störung (Schizophrenie)? ☐
- Leiden Sie unter einer Persönlichkeitsstörung (von Fachleuten diagnostiziert)? ☐
- Leiden Sie unter einer andauernden Persönlichkeitsänderung als Folge eines Traumas, einer psychischen Erkrankung oder chronischer Schmerzen? ☐

Haben Sie bestimmte psychosoziale Belastungen?

- Leben Sie in einer belastenden Partnerbeziehung? ☐
- Haben Sie familiäre Probleme? ☐
- Leiden Sie unter den Folgen einer Scheidung oder Trennung? ☐
- Leiden Sie unter dem Verlust/Tod eines Angehörigen oder Bekannten? ☐
- Haben Sie Probleme in der Erziehung Ihrer Kinder? ☐
- Haben Sie Probleme mit Ihren Eltern oder Schwiegereltern? ☐
- Fühlen Sie sich durch sonstige Personen Ihrer sozialen Umwelt belastet? ☐
- Haben Sie berufliche Probleme oder Probleme in Ihrer Ausbildung? ☐
- Leiden Sie unter den Belastungen und Folgen einer körperlichen Erkrankung oder Behinderung? ☐
- Müssen Sie in belastender Art für kranke oder behinderte Angehörige sorgen? ☐
- Leiden Sie unter Arbeitslosigkeit oder finanziellen Sorgen? ☐
- Leiden Sie unter Ihren Wohnbedingungen? ☐
- Fühlen Sie sich als Frau oft überlastet durch Haushalt und Kinder? ☐
- Haben Sie einen Beruf, der Sie aufgrund der Belastung überfordert? ☐

Haben Sie persönliche Probleme ohne Diagnosecharakter?

- | | |
|---|-----------------------|
| Sind Sie ständig eifersüchtig, sodass dies Ihre Beziehung belastet? | ☐ |
| Leiden Sie unter Verlustängsten? | ☐ |
| Haben Sie erhebliche soziale Kontaktprobleme? | ☐ |
| Fühlen Sie sich im Umgang mit anderen Menschen unterlegen und schwach? | ☐ |
| Haben Sie Probleme, sich in sozialen Situationen durchzusetzen? | ☐ |
| Können Sie schwer mit sozialen Konflikten umgehen? | ☐ |
| Haben Sie Probleme im Umgang mit dem anderen Geschlecht? | ☐ |
| Haben Sie wenig Selbstachtung und neigen Sie zu ständiger Selbstkritik? | ☐ |
| Leiden Sie unter großer Selbstunsicherheit? | ☐ |
| Leiden Sie unter einem geringen Selbstwertgefühl? | ☐ |
| Fehlt Ihnen ein gesundes Selbstvertrauen? | ☐ |
| Sind Sie öfter nervös oder gereizt? | ☐ |
| Bekommen Sie leicht Wutausbrüche und aggressive Tendenzen? | ☐ |
| Haben Sie Probleme mit Ihrem Körper oder einzelnen Körperteilen? | ☐ |
| Leiden Sie unter Problemen mit Ihrer Figur bzw. Ihrem Gewicht? | ☐ |
| Ekeln Sie sich vor sich selbst? | ☐ |
| Fühlen Sie sich ungeliebt und einsam? | ☐ |
| Fühlen Sie sich sozial isoliert bzw. leben Sie ohne soziale Unterstützung? | ☐ |
| Fühlen Sie sich von allen oder den meisten Menschen unverstanden? | ☐ |
| Haben Sie Sinnlosigkeitsgefühle (ohne Depression)? | ☐ |
| Sind Sie unzufrieden mit Ihrem Sexualleben? | ☐ |
| Ist Ihre geistige Leistungsfähigkeit vermindert (verminderte Konzentration u.a.)? | ☐ |
| Ist Ihr Schlaf nicht mehr so gut und erholsam wie früher? | ☐ |
| Leiden Sie phasenweise unter Alpträumen? | ☐ |
| Essen Sie oft aus Frust? | ☐ |
| Greifen Sie bei Problemen leicht zu diversen Suchtmitteln wie etwa Alkohol? | ☐ |
| Haben Sie eine nicht-stoffgebundene Sucht (Arbeit, Fernsehen, PC u.a.)? | ☐ |
| Stressen Sie sich ständig? Müssen Sie dauernd etwas tun? | ☐ |
| Stehen Sie unter innerer Anspannung und können Sie nur schwer abschalten? | ☐ |
| Fühlen Sie sich überlastet oder ausgebrannt (noch ohne Krankheitswertigkeit)? | ☐ |
| Haben Sie Probleme, Verantwortung zu übernehmen? | ☐ |
| Fühlen Sie sich orientierungslos und ohne echte Lebensziele? | ☐ |
| Befinden Sie sich in einer belastenden Umbruchssituation Ihres Lebens? | ☐ |

4. Verlauf der Psychotherapie

In diesem Kapitel werden jene Aspekte einer Psychotherapie besprochen, die mit der jeweiligen Therapiephase zusammenhängen. Zur besseren Strukturierung erfolgt eine Unterscheidung in vier Phasen mit zahlreichen phasentypischen Fragen zur persönlichen Klärung, wenngleich es sich dabei oft nur um idealtypische Unterscheidungen handelt, weil in der klinischen Praxis die verschiedenen Phasen ineinander übergehen:

- Vorbereitungsphase: Therapeutensuche, eigenständige Problemanalyse
- Anfangsphase: Erstgespräch und Probesitzungen
- Hauptphase: wichtige Abläufe der Behandlung
- Endphase: Abschluss der Therapie

Vorbereitungsphase der Psychotherapie

Suche nach einem Psychotherapeuten

Empfehlungen zur Psychotherapie kommen oft von Ärzten und anderen Fachleuten im Gesundheitswesen sowie von Verwandten, Freunden oder Bekannten. Öfter werden von diesen Personen bereits bestimmte Therapeuten empfohlen. In diesem Fall werden oft auch schon bestimmte Empfehlungen abgegeben.

Schwieriger gestaltet sich die Suche nach einem passenden Psychotherapeuten, wenn interessierte Patienten ganz auf sich selbst gestellt sind. Grundsätzlich bestehen folgende Möglichkeiten, um an Namen und Adressen von Psychotherapeuten heranzukommen:

- *Telefonbuch.* Im Telefonbuch (vor allem auch in den Gelben Seiten) findet man die freiberuflich tätigen Psychotherapeuten unter den Stichworten „Psychotherapeuten“ bzw. „Psychotherapie“. Ärztliche Psychotherapeuten sollte man unter der Rubrik „Ärzte“ bzw. unter den entsprechenden Facharztgruppen suchen. Wer einen Psychologischen Psychotherapeuten sucht, kann unter dem Stichwort „Psychologen“ fündig werden, weil dort auch die übrigen Qualifikationen der Psychologen angeführt sind. Für Deutschland: www.gelbeseiten.de, für Österreich: www.herold.at.
- *Therapeutenliste.* Öfter besteht die Möglichkeit, bei der Krankenkasse oder beim Psychotherapeutenverband um Zusendung einer Therapeutenliste zu ersuchen.
- *Suche im Internet.* Bei Suchmaschinen wie www.google.de bzw. www.google.at oder www.yahoo.de bzw. www.yahoo.at hilft oft bereits die Eingabe bestimmter Stichworte weiter, z.B. Psychotherapeuten, Psychotherapie, Name der Stadt und der Therapiemethode. Im Folgenden werden die Möglichkeiten der Internet-Abfrage aus umfangreichen Listen dargestellt.

Therapeutensuche im Internet

Das Internet erleichtert die Suche nach Psychotherapeuten. Verschiedene Dateien erlauben auch Abfragen nach Region, Methode, Geschlecht, Spezialisierung u.a.

Deutschland

Der Bund Deutscher Psychologinnen und Psychologen (www.bdp-verband.org) bietet mit dem *Psychotherapie-Informations-Dienst (PID)* eine Liste aller deutschen Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mit Abfragemöglichkeiten an: www.psychotherapiesuche.de

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (www.kbv.de) vermittelt die Anschriften und Qualifikationen aller deutschen Ärzte und Psychotherapeuten unter: www.kbv.de/arztsearch/178.html

Die Bundesärztekammer (www.bundesaerztekammer.de) bietet eine Suche nach allen Ärzten, Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten unter: www.arzt.de/Arztsearch/index.html

Die Deutsche Psychotherapeutenvereinigung (www.deutschepsychotherapeutenvereinigung.de) präsentiert ein Mitgliederverzeichnis Psychologischer Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten unter: www.psychotherapeutenliste.de

Die Bundespsychotherapeutenkammer (www.bptk.de) bietet folgende Suche an: www.bptk.de/service/psychotherapeutensuche/index.html
www.psych-info.de

Viele interessante Informationen über Psychotherapie gibt es unter:
www.bptk.de (Homepage der Bundespsychotherapeutenkammer)
www.bvvp.de (Homepage des Bundesverbandes der Vertragspsychotherapeuten)
www.vpp.org (Homepage des Verbandes Psychologischer Psychotherapeuten im Bund Deutscher Psychologinnen und Psychologen)
www.therapie.de (Homepage eines Psychotherapeuten, mit Therapeutensuche)
www.btonline.de/psychotherapie.html (Homepage eines Heilpraktikers/Pth)
www.gesundheit-psychologie.de/Psychotherapie/index.htm (private Seite)
www.zpid.de/redact/category.php?cat=214 (ZPID-Homepage mit vielen Links)

Österreich

Die aktuelle Liste der in Österreich anerkannten Psychotherapeuten mit zahlreichen Abfragemöglichkeiten sowie viele andere Informationen zum Bereich der Psychotherapie in Österreich sind unter folgenden Internet-Seiten zu finden:

ipp.bmgf.gv.at: offizielle Listen der Psychotherapeuten, Klinischen und Gesundheitspsychologen des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen

www.psyonline.at und *www.besthelp.at*: vom privaten Betreiber *www.bestnet.at* (privates Internet-Portal für Beratung und Hilfe mit den Daten aller Psychotherapeuten, Ärzte und anderer medizinischer bzw. psychosozialer Berufsgruppen)

www.psychotherapie.at: Homepage des Österreichischen Bundesverbandes für Psychotherapie (ÖBVP)

Anmeldung zur Psychotherapie

Die Anmeldung zur Therapie ist bei jedem Psychotherapeuten direkt möglich, *ohne ärztliche Überweisung*. Oft meldet sich der Therapeut per Anrufbeantworter und gibt seine Anmeldezeiten bekannt. Die Mehrzahl der nichtärztlichen Psychotherapeuten arbeitet aus Kostengründen ohne Sprechstundenhilfe. Ein großer Teil der Psychotherapeuten ohne Kassenvertrag arbeitet zur besseren finanziellen Absicherung auch angestellt.

Es ist ganz normal, vor dem Erstgespräch der Psychotherapie aufgeregt und nervös zu sein. Schließlich geht es um eine bedeutsame Angelegenheit des Lebens, bei der es nicht gelungen ist, die damit verbundenen Probleme und Beschwerden selbst zu lösen, sodass es notwendig geworden ist, einen Außenstehenden wie einen Psychotherapeuten in oft sehr persönlicher und emotional belastender Weise zu informieren und seine Unterstützung zu erbitten.

Manche Patienten benötigen zum Erstgespräch die *Begleitung* durch eine vertraute Person, wie etwa Mutter, Partner oder Freundin. Manchmal muss auch eine andere Person die Anmeldung vornehmen, um auf diese Weise die letzte Hürde auf dem Weg zur Therapie zu überwinden.

Zweifeln ist vorweg die Instruktion zu empfehlen: „Ich kann mir das ja einmal unverbindlich anschauen.“

Deutsche Kassenpsychotherapeuten haben oft monatelange *Wartezeiten*. Ähnliches gilt auch in Bezug auf die knapp bemessenen Stellen der behelfsmäßigen kostenlosen psychotherapeutischen Grundversorgung durch die Gebietskrankenkasse in verschiedenen Bundesländern in Österreich, die mit Psychotherapeuten über Vereine zusammenarbeiten. Es ist daher sehr wichtig, sich bei der Anmeldung über die wahrscheinliche Wartezeit zu erkundigen.

Hilfreiche Fragen vor der Psychotherapie

In der Vorbereitungsphase auf die Psychotherapie können die folgenden *Fragen* eine klärende Funktion für Sie haben:

- Was genau möchten Sie mithilfe einer Psychotherapie erreichen?
- Welche Erwartungen und Befürchtungen haben Sie?
- Welche Psychotherapiemethode bevorzugen Sie aufgrund welcher Informationen und Argumente?
- Möchten Sie eine Psychotherapie eher in freier Praxis oder eher im Rahmen einer Einrichtung absolvieren?
- Wird Ihrer Einschätzung nach eine ambulante Psychotherapie ausreichen oder sollten Sie auch eine stationäre Behandlung in Betracht ziehen?
- Mit welchen Überlegungen möchten Sie einen Ärztlichen, Psychologischen oder sonstigen Psychotherapeuten?
- Was spricht für eine Therapeutin, was für einen Therapeuten?
- Benötigen Sie Ihrer Meinung nach eine Einzeltherapie, eine Partner- bzw. Familientherapie und/oder eine Gruppentherapie?
- Welche Therapeuten mit welchen Methoden befinden sich in Ihrer Nähe?
- Möchten Sie eine Psychotherapie mit Kassenleistung oder aus bestimmten Gründen die Therapie selbst bezahlen?
- Wie lange sind die Wartezeiten auf eine kassenfinanzierte bzw. selbst finanzierte Psychotherapie?
- Wie viele Wochen oder Monate Wartezeit auf eine kassenfinanzierte Psychotherapie können Sie grundsätzlich tolerieren?
- Was möchten Sie tun, wenn Ihnen die Wartezeit auf eine kassenfinanzierte Psychotherapie zu lange erscheint?
- Welche Kostenübernahme können Sie im Falle einer privaten Versicherung bzw. Zusatzversicherung erwarten?
- Mit wie vielen Stunden rechnen Sie aufgrund welcher Überlegungen?
- In welchen zeitlichen Abständen möchten Sie aus gegenwärtiger Sicht die Therapiesitzungen wahrnehmen?
- Zu welcher Zeit sind aufgrund Ihrer familiären und beruflichen Situation Therapiesitzungen möglich?
- Wie weit darf der Therapeut grundsätzlich von Ihrem Wohnort entfernt sein?
- Möchten Sie eher eine symptombezogene Therapie (Beseitigung konkreter Symptome) oder eher eine „Hintergrund-Therapie“ (Aufarbeitung der Lebensgeschichte, Klärung bestimmter familiärer oder beruflicher Probleme)?
- Welche Bedeutung hat für Sie die Entwicklung Ihrer Ressourcen und Potenziale in der Psychotherapie? Wie wichtig ist es Ihnen, bestimmte Fähigkeiten und Fertigkeiten zu erwerben bzw. auszubauen?

Anfangsphase der Psychotherapie

Die Anfangsphase der Therapie umfasst das Erstgespräch und bei weiterem Orientierungsbedarf vor der Entscheidung zur Psychotherapie die in Deutschland so genannten *probatorischen Sitzungen*. Insgesamt sind im Rahmen des deutschen Krankenkassensystems bis zu fünf Sitzungen vor dem offiziellen Therapiebeginn möglich. Die Sitzungen können bei verschiedenen Therapeuten erfolgen.

In *Österreich* gibt es offiziell keine probatorischen Sitzungen, dennoch gilt auch hier: lieber bald wechseln, als ständig das Gefühl zu haben, beim falschen Therapeuten zu sein. Bei Unsicherheit empfiehlt es sich, mit dem Psychotherapeuten vorerst einmal 2–3 Probegespräche zu vereinbaren und erst danach eine bestimmte Therapievereinbarung zu treffen.

Erstgespräch und Probesitzungen

Im Erstgespräch klären Patient und Therapeut, ob sie sich auf eine therapeutische Beziehung einlassen können. Das *gegenseitige Kennenlernen* ist das Hauptziel des Erstgesprächs, das gewöhnlich noch nicht als erste Therapiestunde gilt, wenngleich bereits therapeutische Wirkungen eintreten können. Beide Partner haben nach dem Erstgespräch bzw. den Probesitzungen das Recht, eine Psychotherapie abzulehnen. Im positiven Fall wird ein mündlicher, manchmal auch ein schriftlicher Therapievertrag erstellt.

Ein Psychotherapeut kann auf den ersten Eindruck sympathisch oder unsympathisch wirken, was oft den weiteren Verlauf bestimmt, vor allem wenn auch dessen Arbeitsumgebung diesen Eindruck bestätigt. Es ist eine notwendige Therapievoraussetzung, dass die „*Chemie stimmt*“. Dennoch ist es sinnvoll, sich mit der endgültigen Beurteilung etwas Zeit zu lassen und sich in weiteren Gesprächen auch von den Fähigkeiten des Therapeuten zu überzeugen.

Wie das *Erstgespräch im Detail* abläuft, hängt sehr stark von der Person des Therapeuten und seiner Methode, aber auch vom Patienten und seinem Verhalten ab. Viele Psychotherapeuten erfragen die Art der Kontaktaufnahme (Zuweisungsmodus), die wichtigsten biographischen und medizinischen Daten, die zentralen Aspekte der Lebensgeschichte, die aktuelle Lebens- und Familiensituation, die gegenwärtigen Probleme und Symptome sowie deren Erscheinungsformen, Entstehungsgeschichte und Folgen, aber auch die bisherigen psychotherapeutischen und medikamentösen Bewältigungsversuche sowie die vorläufigen Therapieziele.

In der Exploration der ersten Stunden geht es nicht darum, eine Unmenge von Informationen über alle möglichen Lebensbereiche des Patienten zu sammeln, sondern jene Daten zu erheben, die nach Auffassung des Psychotherapeuten mit der konkreten Störung in Zusammenhang stehen könnten. Patienten haben dabei das Recht, bestimmte Fragen nicht zu beantworten.

Verschiedene Psychologische Psychotherapeuten setzen in Deutschland im Rahmen der probatorischen Sitzungen auch *Tests* und *Fragebögen* ein. In Österreich verwenden manche Psychotherapeuten ebenfalls verschiedene Tests und standardisierte Fragebögen. Derartige Verfahren ermöglichen eine umfassende Psychodiagnostik und erleichtern die Therapieplanung.

Bei Vorgabe von Symptom- und Beschwerdefragebögen in der ersten und in der letzten Stunde ist eine spätere *Erfolgsbeurteilung* möglich, in welchem Ausmaß die Psychotherapie zur Symptombewältigung sowie zur Verbesserung der Lebensqualität beigetragen hat.

Patienten sollten in der ersten Stunde alles erfragen, was ihnen wichtig erscheint und den Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung mit der Hoffnung auf Heilung oder Besserung fördert, wie etwa die Art der Therapiemethode, die konkrete Art des therapeutischen Vorgehens, die Dauer einer eventuellen Wartezeit auf den Therapiebeginn, die Dauer und die Häufigkeit der Sitzungen, die voraussichtliche Mindestdauer der Therapie (soweit abschätzbar), mögliche Probleme und Behandlungsrisiken, eventuelle Behandlungsalternativen, die Höhe eines von verschiedenen Therapeuten eingehobenen, privat zu finanzierenden Kostenersatzes im Falle einer kurzfristigen Terminabsage (Krankenkassen finanzieren nur stattgefundene Sitzungen), bei frei finanzierter Therapie auch das Honorar und den Zahlungsmodus.

Im Falle einer Psychotherapie ohne Kassenfinanzierung ist das Erstgespräch bei manchen Therapeuten gratis, bei anderen so teuer wie jede andere Stunde.

Seriöse, wissenschaftlich überprüfbare Psychotherapie muss für jedermann durchschaubar und nachvollziehbar sein. Psychotherapie-Patienten haben ein *Recht auf Transparenz* und sollten wie Kunden in der Wirtschaft Wert darauf legen, Genaueres über die Angebote zu erfahren, bevor sie einen mündlichen oder schriftlichen Vertrag eingehen.

Psychotherapeuten müssen bereit sein, sich allen informativen und auch kritischen Fragen zu stellen. Es sollte nachdenklich stimmen, wenn ein Psychotherapeut nicht bereit sind, alle Fragen des Patienten zu beantworten. Derartige Fragen sollten vom Psychotherapeuten nicht als Misstrauen oder Vermeidungsstrategie interpretiert werden.

Menschen, die von einem Arzt oder einem Angehörigen in Psychotherapie geschickt werden, haben das Recht, sich reserviert zu verhalten und sich nach dem Erstgespräch Bedenkzeit zu erbitten.

Patienten sollten sich im Falle eines umfangreichen Informationsbedürfnisses durch *schriftlich formulierte Fragen* auf das Erstgespräch vorbereiten und während des Erstgesprächs die wichtigsten Informationen des Therapeuten aufschreiben. Dies ist gerade bei zwei oder drei Erstgesprächen mit verschiedenen Psychotherapeuten sinnvoll, um Vergleiche vornehmen zu können.

Mehrere Erstgespräche bei verschiedenen Psychotherapeuten sind dann zu empfehlen, wenn man sich mangels konkreter Therapeuten-Empfehlungen selbst ein Bild vom passenden Psychotherapeuten machen muss.

Hilfreiche Fragen des Patienten an den Therapeuten

Verschiedene Psychotherapeuten bieten Basisinformationen schriftlich an, etwa durch ein *Informationsblatt* oder eine *Homepage*. Durch eine derartige Patientenaufklärung wird ein so genannter „*informed consent*“ erzeugt. Der Patient soll dem Psychotherapeuten vor der Behandlung keine Blankovollmacht ausstellen, sondern erst nach umfassenden Informationen seine Zustimmung zur vorgesehenen Therapie erteilen und dadurch aktiver mitarbeiten, als dies sonst möglich wäre. Ein derartiges Vorgehen gilt heute in der Medizin als Standard.

Wenn schriftliche Unterlagen fehlen oder vorher nicht zugänglich waren, sind folgende *Fragen* zur allgemeinen Orientierung im Erstgespräch oder zu einem späteren Zeitpunkt sinnvoll:

- Welche Psychotherapiemethode stellt die Behandlungsgrundlage dar?
- Welche Berufsausbildung und Berufserfahrung hat der Therapeut? Ist er vom Grundberuf her Arzt, Psychologe oder hat er einen anderen Beruf erlernt?
- Wie viele Sitzungen dauert durchschnittlich eine Psychotherapie?
- Wie lange dauert eine Therapiestunde: 45, 50 oder 60 Minuten? (50 Minuten sind Standard)
- Welche Sitzungshäufigkeit ist üblich (einmal oder mehrmals pro Woche, einmal alle zwei Wochen)?
- Wie viele Sitzungen werden beim aktuellen Problem vorerst vorgeschlagen?
- Wie beurteilt der Therapeut die Erfolgschancen? Wann gibt es erste Erfolge?
- Wie verlaufen die einzelnen Sitzungen? Was passiert in der Therapie?
- Gibt es Aufgaben und Vereinbarungen zwischen den einzelnen Sitzungen?
- Wie geht der Therapeut gewöhnlich bei den aktuellen Beschwerden vor?
- Welche Kosten übernehmen gesetzliche und private Krankenkassen?
- Was ist zu beachten bei Leistungen durch die gesetzliche Krankenkasse?
- Welche Tarife, Zahlungsmodalitäten und sonstigen Bedingungen gelten bei privat finanzierter Psychotherapie?
- Welche Vereinbarungen gelten bei entfallenen Stunden infolge Krankheit oder sonstigem Fernbleiben? (Therapeuten haben das Recht auf einen Kostenersatz für entfallene Stunden, den der Patient selbst zu bezahlen hat.)
- Wie geht der Therapeut mit Informationen und Verschwiegenheit um?
- Ist der Therapeut auch außerhalb der Sitzungen zu erreichen?
- Gibt es unter bestimmten Umständen die Möglichkeit zu Krisensitzungen?
- Dürfen Angehörige an der Sitzung teilnehmen, wenn dies sinnvoll erscheint?
- Welches Vorgehen wird für den Fall einer Therapiebeendigung vereinbart?
- Welche sonstigen Regeln sind in der Psychotherapie zu beachten?

Wichtige Fragen des Therapeuten an den Patienten

In der ersten Stunde stellt der Psychotherapeut (oft anhand eines Leitfadens oder Fragebogens) allgemeine Orientierungsfragen sowie verschiedene biografische, lebensgeschichtliche, problem- und diagnosebezogene Fragen, die in den weiteren Sitzungen je nach Therapeut mehr oder weniger ausführlich erörtert werden. Im Wesentlichen geht es dabei um folgende *Themen*:

- Überweisungskontext: Klärung der Frage, wer die Zuweisung zu welchem Zweck veranlasst hat (Arzt, Verwandte, Bekannte oder andere Personen)
- Situativer Kontext: Gründe, warum die Psychotherapie gerade jetzt gewünscht wird
- Therapiemotivation: Erfolgt die Therapie freiwillig oder unter Druck?
- Daten zur Person und Lebensgeschichte: Alter, Familienstand, Schul- und Berufsausbildung, Partner- und Sozialbeziehungen, bisherige Entwicklung
- Daten zur Familie und sozialen Umwelt: Angaben zu Partner, Herkunftsfamilie, Verwandtschaft des Partners, Schul- bzw. Berufssituation, Lebensumwelt (Wohnsituation, Sozialkontakte)
- Frühere körperliche und seelische Erkrankungen
- Von Fachleuten gestellte, dem Patienten bekannte ICD-10-Diagnosen
- Anlass und Motive zur Psychotherapie: Was führt zur Therapie?
- Behandlungs- und Veränderungsmotivation: Will der Patient von sich aus oder auf Drängen anderer Menschen bei sich etwas ändern?
- Ausmaß des Veränderungsdrucks: Wer oder was macht Druck? Wie schnell ist aufgrund verschiedener Umstände eine Veränderung nötig?
- Erste Erfassung der aktuellen Probleme und Symptome
- Entwicklung und Umstände der verschiedenen Beschwerden
- Auswirkungen und Folgen der therapiebedürftigen Störung
- Bisherige Psychotherapie-Erfahrung: Wann und bei wem fand bereits früher bei welcher Störung mit welchem Ziel eine Psychotherapie statt?
- Früher und derzeit eingenommene Medikamente: Welche Psychopharmaka wurden bisher zu welchem Zweck und mit welchem Erfolg eingenommen?
- Eigenständige Problemlösungsversuche: Was hat geholfen, was nicht?
- Globale und detaillierte Therapieziele des Patienten: Was genau soll erreicht werden? Welche kurz-, mittel- und langfristigen Ziele sind vorhanden?
- Bisherige Erklärungsmodelle: Wie erklären der Patient, seine Angehörigen und seine Helfer (Ärzte, Therapeuten, sonstige Betreuer) die Beschwerden?
- Vom Patienten gewünschtes therapeutisches Setting (Einzeltherapie, Einzelbeziehung von Angehörigen, begleitende oder nachfolgende Gruppentherapie)
- Stärken des Patienten: Was läuft gut? Welche Fähigkeiten sind vorhanden?

Wichtige Fragen nach dem Erstgespräch bzw. nach den Probesitzungen

- Finden Sie den Therapeuten sympathisch, vertrauenswürdig und kompetent?
- Fühlen Sie sich in der Gesprächssituation und in den Räumlichkeiten des Therapeuten wohl?
- Beantwortet der Therapeut Ihre Fragen umfassend, freundlich und geduldig oder ist er unwirsch, vorwurfsvoll und gekränkt bei Nachfragen?
- Hört der Therapeut Ihnen interessiert zu, geht er auf Ihre Wünsche und Anliegen ein oder möchte er Ihnen etwas einreden und Sie zu etwas drängen?
- Haben Sie ein ausreichend klares Bild von der Arbeitsweise des Therapeuten sowie von der geplanten Psychotherapiemethode bekommen? Fühlen Sie sich über das therapeutische Vorgehen nachvollziehbar informiert?
- Sind Sie mit den Informationen und Erklärungen des Therapeuten zufrieden oder bezweifeln Sie verschiedene seiner Aussagen?
- Finden Sie die bisher gegebenen Erklärungen des Therapeuten bezüglich Ihrer Probleme und Störungen hilfreich?
- Haben Sie das Gefühl, dass der Therapeut Sie als Mensch wertschätzt, als Partner ernst nimmt, sich in Sie einfühlen kann, Ihre Beschwerden versteht?
- Können Sie sich vorstellen, dass auf die dargelegte Art und Weise bei Ihnen eine Heilung oder Linderung Ihrer Beschwerden möglich ist?
- Haben Sie einen ausreichenden Überblick über den wahrscheinlichen Zeit- und Kostenaufwand oder brauchen Sie noch zusätzliche Informationen?
- Hielt der Therapeut die bisherigen Termine pünktlich und die sonstigen Abmachungen gewissenhaft ein?
- Fühlen Sie sich insgesamt ermutigt, aufgebaut, in Ihrer Veränderungsmotivation bestärkt oder innerlich entmutigt bzw. nicht ernst genug genommen?
- Haben Sie das Gefühl, dass Sie im Falle späterer Schwierigkeiten mit dem Therapeuten über alles offen reden können?
- Haben Sie durch die Kontakte mit dem Therapeuten Hoffnung auf Veränderung bezüglich Ihrer Beschwerden bekommen?
- Besteht ein Grundkonsens zwischen Ihren Therapiezielen und den Zielen des Therapeuten?
- Was ist noch offen und unklar, bevor Sie beim aufgesuchten Therapeuten mit der Behandlung beginnen können?
- Bestehen grundlegende Meinungsverschiedenheiten zwischen Ihnen und dem Therapeuten hinsichtlich wichtiger Aspekte der Therapie?
- Sollten Sie Kontakt mit einem weiteren Therapeuten aufnehmen, bevor Sie die Entscheidung für oder gegen eine Psychotherapie treffen?

Hauptphase der Psychotherapie

Die Hauptphase der Therapie ist je nach Psychotherapiemethode sehr unterschiedlich und kann nicht in allgemein gültiger Weise dargestellt werden. Obwohl es keinen einheitlichen Therapieablauf gibt, lassen sich dennoch bei allen Methoden und innerhalb jeder Therapie mindestens *vier Phasen* unterscheiden:

Phase 1: Analyse der Ist-Situation

Phase 2: Entwicklung von Zielen und Alternativen

Phase 3: Einsatz verschiedener Methoden zur Zielerreichung

Phase 4: Erfolgsbeurteilung und Erfolgsoptimierung

Phase 1: Analyse der Ist-Situation

Im Rahmen der *Problemanalyse* zu Beginn der Therapie erfolgt je nach Therapeut und Methode eine unterschiedlich genaue Erfassung der Beschwerden und deren Ursachen und Folgen. Vor allem Verhaltenstherapeuten machen eine sehr genaue Verhaltensanalyse. Humanistische Psychotherapeuten setzen weniger auf derartige rationale Analysen.

Patienten können mithilfe der folgenden *Fragen* ihre Beschwerden leichter analysieren und sich selbst besser verstehen lernen:

- Was sind Ihre zentralen Beschwerden, deretwegen Sie in Therapie gehen?
- Wenn Sie Ihre Probleme nach dem Ausmaß der Belastung reihen, in welcher Reihenfolge würden Sie diese anführen?
- Können Sie bei sich selbst eine bestimmte ICD-10-Diagnose stellen?
- Falls Sie Ihre Beschwerden schon längere Zeit haben, was genau hat dazu geführt, dass Sie gerade jetzt eine Psychotherapie beginnen möchten?
- Seit wann bestehen Ihre Beschwerden? Wie haben sich diese zuerst gezeigt?
- Wann, wie häufig, wie intensiv, unter welchen Bedingungen, mit welchem Ablauf und welchen Schwankungen treten Ihre Beschwerden auf?
- Gibt es auch Ausnahmen? Gibt es Zeiten und Umstände, wo Ihre Beschwerden nicht oder kaum auftreten? Wenn ja, wie erklären Sie sich das?
- Haben sich Ihre Beschwerden im Laufe der Zeit verändert? Wenn ja, wie?
- Können Sie Ihre Beschwerden absichtlich verschlimmern? Welches Verhalten führt sofort dazu, dass es Ihnen gleich schlechter geht als vorher?
- Welche Gedanken, Gefühle und körperlichen Zustände haben Sie in Verbindung mit Ihren momentanen Beschwerden?
- Was sind die wichtigste Entstehungsursachen Ihrer Beschwerden?
- Welche damaligen Ursachen sind auch heute noch bedeutsam?
- Welche Faktoren halten Ihre Beschwerden derzeit aufrecht?
- Was glauben Sie, warum Ihre Beschwerden auch jetzt noch, vielleicht nach vorübergehender Besserung, bestehen bleiben?

- Falls Sie schon einmal ähnliche Beschwerden gehabt und diese vollständig überwunden haben, wie erklären Sie sich, dass die Beschwerden jetzt wieder auftreten und von Ihnen nicht mehr erfolgreich bewältigt werden können?
- Was sind die tieferen Ursachen und Hintergründe Ihrer Beschwerden in der Kindheit, in Ihrer weiteren Lebensentwicklung, in Ihrer Persönlichkeit, in der aktuellen Partner-, Familien-, Berufs- und Lebenssituation?
- Bestehen gegenwärtig Zusammenhänge zwischen Ihren Beschwerden und Ihrer familiären, partnerschaftlichen, beruflichen oder schulischen Situation?
- Was sind die wichtigsten Einstellungen, Lebensregeln und Wertvorstellungen, die Ihnen Ihre Eltern vermittelt haben? Welche gelten für Sie auch jetzt noch? Wie hängen diese mit Ihren Beschwerden zusammenhängen?
- Welche Menschen waren bzw. sind an der Auslösung und Aufrechterhaltung Ihrer Beschwerden beteiligt? Wer könnte Ihnen jetzt bei Änderungen helfen?
- Welches Verhalten der Personen Ihrer sozialen Umwelt verschlimmert Ihre Probleme, auch wenn dieses nicht die Ursache Ihrer Beschwerden ist?
- Haben wichtige Personen Ihrer sozialen Umwelt bestimmte Probleme, die sich auf Ihre Person und Ihr Leben negativ auswirken?
- Gibt es an Ihrem Arbeitsplatz Umstände und Probleme, die Ihre Gesundheit gefährden, weil Sie damit nicht umgehen können?
- Welche Erfahrungen Ihres Lebens haben Sie vermutlich noch nicht ausreichend verarbeitet, sodass Sie dadurch noch immer belastet sind?
- Welche Befürchtungen bezüglich Ihrer zukünftigen Lebenssituation wirken sich derzeit negativ auf Ihr Verhalten, Denken und Erleben aus?
- Welche Aspekte Ihrer Persönlichkeit erschweren die Bewältigung Ihrer Probleme und Symptome?
- Was müsste aufgrund Ihrer Analysen und Erkenntnisse passieren, damit Ihre Symptome und Probleme in nächster Zeit verschwinden könnten?
- Können Sie im Falle überzeugender Erklärungsversuche für Ihre Beschwerden vorhersagen, unter welchen Bedingungen Ihre Beschwerden nach einer vorübergehenden Besserung wieder stärker auftreten müssten?
- Welche Erklärungen und Ratschläge zur Bewältigung Ihrer Beschwerden haben Sie bisher von Angehörigen und Bekannten erhalten?
- Welche Erklärungsversuche und Änderungsvorschläge für Ihre Beschwerden haben Sie bisher von Fachleuten (Ärzten, Psychotherapeuten u.a.) erhalten?
- Wie beeinträchtigen Ihre Beschwerden ganz konkret Ihr Leben? Welche Einschränkungen und Behinderungen sind damit verbunden?
- Welche persönlichen, sozialen und beruflichen Folgen haben Ihre Beschwerden bisher gehabt?
- Was sind derzeit die negativsten Auswirkungen Ihrer Beschwerden?

- Welche Folgen hätte es für Ihre Lebenssituation, wenn Ihre Beschwerden bestehen bleiben sollten? Was wären die negativsten Konsequenzen?
- Welche Folgen fürchten Sie für die Zukunft, wenn sich nichts ändert?
- Welche Folgen hätte die Bewältigung Ihrer Beschwerden für Ihre partner-schaftliche, familiäre und berufliche/schulische Situation?
- Angenommen, es geschieht über Nacht ein Wunder: Sie wachen am Mor-gen auf und haben keine Beschwerden mehr. Welche positiven und negati-ven Auswirkungen hätte dies auf Ihr Leben? Was würden Sie dann tun (so-fort, in nächster Zeit, mittelfristig)?
- Was haben Sie zur Bewältigung Ihrer Beschwerden selbst unternommen?
- Was hat bisher zur vorübergehenden Beseitigung oder Linderung der Be-schwerden am besten geholfen, was überhaupt nicht?
- Falls Sie früher bereits psychotherapeutische Hilfe in Anspruch genommen haben, was davon hat Ihnen am meisten geholfen, was war wirkungslos?
- Wie reagieren Angehörige, Bekannte und Kollegen auf Ihre Beschwerden?
- Welche Reaktionen der Umwelt haben Ihnen bisher am meisten geholfen, welche am meisten geschadet?
- Kann man an Ihren Beschwerden auch irgendetwas Positives sehen? Wo-für sind sie vielleicht ganz gut? Welche positive Funktion haben sie? Wel-chen Krankheitsgewinn und welche Vorteile haben Sie durch Ihre Be-schwerden?
- Wie sehr erwarten Sie von einer Psychotherapie (weitere) Erklärungsver-suche, wie sehr Hilfestellungen für konkrete Veränderungen?
- In welchem Zeitraum erwarten Sie sich positive Veränderungen bzw. müs-sen sich Besserungen ergeben? Was bedeutet dies für die Länge einer Psy-chotherapie?
- Wie sehr möchten Sie selbst, wie sehr wollen andere bei Ihnen Änderun-gen? In welchem Ausmaß möchten Sie sich anderen zuliebe ändern?

Die Kraft zur Veränderung kommt oft aus jenen Bereichen des Patienten, die trotz aller Probleme noch gut funktionieren. Der Blick auf die *positiven Anteile* in der Person ist daher eine wichtige Quelle für die Hoffnung auf Besserung:

- Was sind Ihre Stärken, Fähigkeiten und Talente?
- Was schätzen und loben andere Menschen an Ihnen?
- Was läuft in Ihrem Leben nach wie vor gut, womit sind Sie zufrieden?
- Was gibt Ihnen grundsätzlich Halt in Ihrem jetzigen Leben?
- Was macht Sie derzeit glücklich, worüber können Sie sich noch freuen?
- In welchen Bereichen Ihres Lebens haben Sie auch jetzt keine Probleme?
- Was haben Sie früher schon alles geschafft, ohne fremde Hilfe?
- Wie haben Sie ähnliche Probleme wie jetzt früher erfolgreich bewältigt?
- Was haben Sie früher gerne getan, das Sie jetzt vernachlässigt haben? Was davon sollten Sie zukünftig wieder öfter tun?

Phase 2: Formulierung von Therapiezielen

Patienten und Therapeuten stehen zu Beginn der Psychotherapie vor zwei bedeutsamen Fragen in Bezug auf die gewünschten Veränderungen, die als *Therapieziele* gelten:

1. *Was soll weniger werden?* Praktisch alle Patienten können anfangs, bedingt durch ihren Leidensdruck, relativ gut angeben, welche Symptome, Probleme und Belastungen sie gerne loswerden möchten, d.h. wie ihre Ziele in negativer Formulierung lauten. Jeder Leidende möchte seinen Schmerz loswerden und kann in dieser Zeit oft an nichts anderes denken.
2. *Was soll mehr werden?* Viele Patienten können anfangs nicht oder nur sehr schwer angeben, wie ihre Ziele positiv ausschauen, d.h. welche Verhaltensweisen, Einstellungen, Eigenschaften und Fertigkeiten sie erreichen möchten. Sie sind so mit ihren Beschwerden beschäftigt, dass sie sich ein Leben ohne ihre Probleme oft noch gar nicht vorstellen können oder noch gar nicht konkret auszumalen wagen, weil sie trotz des Leidensdrucks nicht selten an den Möglichkeiten einer Veränderung zweifeln. Dennoch sind folgende Fragen bereits zu Therapiebeginn sehr wichtig:
 - Was soll an die Stelle des unerwünschten Zustands treten?
 - Wie schaut ein glückliches und erfülltes Leben aus?

Therapieziele müssen auf dem Hintergrund der tatsächlichen Möglichkeiten und der momentanen Realisierbarkeit betrachtet werden. Je unklarer und utopischer die ausgesprochenen oder unausgesprochenen Therapieziele sind, umso länger dauert die Psychotherapie und umso eher droht sie zu einer Ende-nie-Therapie zu werden. In diesem Sinn sind zwei weitere Fragen von zentraler Bedeutung:

1. *Was kann ich wirklich ändern?* Unter Bezug auf die Ressourcen der Person und die aktuelle Lebenssituation sowie unter Berücksichtigung von Störungsmaß und Motivation des Patienten sind möglichst realistische Therapieziele zu definieren, die die Hoffnung auf Veränderung bestärken.
2. *Womit muss ich mich zumindest vorläufig oder auf Dauer abfinden?* Es ist nicht immer alles möglich, was gewünscht wird. Manche Ziele sind leider nicht realisierbar, sodass es auch ein Therapieziel sein kann, sich mit seinem Leben und den tatsächlichen Möglichkeiten besser abfinden zu lernen, anstatt ständig von unmöglichen Zielen zu träumen und dadurch noch frustrierter zu werden. Abschied von unerreichbaren Lebensidealen und Verzicht auf nicht erfüllbare Sehnsüchte schaffen oft erst die Voraussetzungen für ein erfüllteres Leben im Hier und Jetzt und für eine realistische Sicht der Zukunft.

Bei vielen orientierungslosen Patienten kann es das erste Ziel der Psychotherapie sein, überhaupt *nach Zielen zu suchen*, die das Leben und in Zusammenhang damit auch die Therapie sinnvoll erscheinen lassen.

Je nach Psychotherapiemethode stehen unterschiedliche *Therapieziele* im Mittelpunkt der Behandlung:

- Bewältigung gegenwärtiger Probleme und aktueller Symptome mit dem Ziel der möglichst raschen „Selbstbehandlungsfähigkeit“ (Verhaltenstherapie)
- Aufarbeitung lebensgeschichtlich bedingter unbewusster Probleme als Voraussetzung für dauerhafte Änderungen auf Symptomebene (Psychoanalyse)
- Bearbeitung aktueller Probleme auf dem Hintergrund der Lebensgeschichte (Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie)
- Entfaltung der Persönlichkeit, Entwicklung der Ressourcen, Vertiefung des Erlebens im Hier und Jetzt (Humanistische Psychotherapie)
- Entwicklung eines Lebenssinns und Auseinandersetzung mit der existenziellen Dimension der Person (Logotherapie und Existenzanalyse)
- Änderungen im Bereich der Sozialbeziehungen und Reflexion von Symptomen im aktuellen Beziehungskontext (Systemische Therapie)
- Veränderungen des körperlichen Erlebens und Behandlung der „Seele“ über die Behandlung des Körpers (Körpertherapie)

Folgende Fragen erleichtern die *Zielanalyse*:

- Können Sie Ihre Ziele in kurz-, mittel- und langfristige Ziele einteilen?
- Was möchten Sie in absehbarer Zeit erreichen: (a) in privater Hinsicht, (b) in familiärer/partnerschaftlicher Hinsicht, (c) in beruflicher Hinsicht?
- Was möchten Sie in Zukunft ausbauen, mehr tun, besser machen?
- Was können Sie erst tun, wenn Sie Ihre Beschwerden nicht mehr haben?
- Was genau soll anders werden (Denkmuster, Gefühle, Verhaltensweisen, körperliche Reaktionsweisen, Lebensbedingungen, Sozialbeziehungen)?
- Was müssen Sie unbedingt erreichen, damit die Therapie Sinn gehabt hat?
- Was möchten in der Therapie idealerweise gerne erreichen?
- Welche Verbesserungen erwarten Sie bereits für die nächsten 3–6 Monate?
- Mit welchen Verbesserungen könnten Sie zufrieden sein, falls in der Therapie keine optimale Bewältigung Ihrer Beschwerden möglich ist?
- Welche kleinen Veränderungen würden bereits einen Fortschritt bedeuten?
- An welchen Umständen erkennen Sie Fortschritte und Rückschritte?
- Was soll im Vordergrund stehen: die Bewältigung von konkreten Symptomen und Problemen, die Bearbeitung von Hintergründen oder die Veränderung und Erweiterung Ihrer Persönlichkeit?
- Welche Veränderungen wünschen Sie auf der Ebene der Beziehungen?
- Erwarten Sie sich vom Psychotherapeuten eher eine emotionale und soziale Unterstützung in einer schwierigen Lebenssituation oder eine konkrete Hilfestellung bei der Bewältigung bestimmter Probleme?
- Wie wichtig sind Ihnen genaue Zielvereinbarungen mit dem Therapeuten?

Phase 3: Einsatz verschiedener Methoden zur Zielerreichung

Bei jeder Psychotherapiemethode kommen bestimmte *Strategien* und *Techniken* zum Einsatz, die geeignet erscheinen, unerwünschtes Verhalten, Denken und Erleben abzubauen und erwünschte Verhaltensweisen, Denkmuster und Gefühle aufzubauen bzw. zu intensivieren. Die verschiedenen Therapiemethoden unterscheiden sich dabei in der Art und Weise, wie systematisch geplant bzw. wie spontan und ausschließlich vom Patienten gesteuert der jeweilige Therapieablauf erfolgt.

Die Verhaltenstherapie verfügt von allen Psychotherapieverfahren über das umfassendste Methodenarsenal zur Behandlung verschiedener Störungen. Andere Methoden, wie etwa die klassische Personenzentrierte Psychotherapie, lehnen außer einer bestimmten förderlichen therapeutischen Grundhaltung den Einsatz spezieller Techniken und Verfahren als Manipulation des Patienten ab und regen vielmehr die Selbstentfaltung der Persönlichkeit an.

Abseits der reinen Lehre setzen Therapeuten unterschiedlicher Schulen Methoden und Techniken aus anderen Therapieverfahren ein, wenn dies in der konkreten Situation sinnvoll erscheint. In diesem Sinne verzichten Verhaltenstherapeuten auf den Einsatz bestimmter Techniken, wenn es z.B. um Ziel- und Motivationsklärung bzw. um Sinn-, Wert- und Entscheidungsfragen geht, und verwenden Klientenzentrierte Psychotherapeuten bestimmte Techniken, wenn dadurch die Entwicklung der Persönlichkeit des Patienten gefördert werden kann.

Der Einsatz bestimmter Methoden zur Erreichung der angestrebten Ziele ist nur auf dem Hintergrund einer guten Arbeitsbeziehung zwischen Patient und Therapeut Erfolg versprechend. Bei jedem Psychotherapieverfahren gibt es bestimmte *Routine- bzw. Standard-Vorgangsweisen*, die jeweils auf die Person des Patienten zugeschnitten werden müssen, wenn eine optimale Wirksamkeit erreicht werden soll.

Im Sinne einer transparenten Therapie müssen Patienten über die geplanten Maßnahmen vorher ausgeklärt und um ihre Zustimmung ersucht werden. Patienten haben jederzeit das Recht, bestimmte Vorgangsweisen und Techniken von Verhaltenstherapeuten, Gestalttherapeuten, Hypnosetherapeuten, Körpertherapeuten und anderen Therapeuten abzulehnen, wenn ihnen diese grundsätzlich oder zu einem bestimmten Zeitpunkt nicht angebracht erscheinen.

Heilsam ist niemals die Technik an sich, sondern die Bereitschaft des Patienten, mithilfe der angebotenen Vorgangsweisen *neue Lernerfahrungen* mit sich und der Umwelt zu machen und diese in sein persönliches Handeln zu integrieren.

Jeder Patient hat das Recht, in seinem persönlichen Tempo lernen zu dürfen. Wenn Techniken dazu eingesetzt werden, den emotionalen Widerstand des Patienten zu durchbrechen, um – gut gemeint – bestimmte Ziele rascher zu erreichen oder um in Gruppensituationen bestimmte eindrucksvolle Effekte zu erzielen, können schwere *Behandlungskomplikationen* auftreten.

Phase 4: Erfolgsbeurteilung und Erfolgsoptimierung

Je nach Therapiemethode und je nach individuell vereinbarten Therapiezielen gelten bestimmte *Erfolgskriterien* der Behandlung. Die Mehrzahl der Psychotherapeuten und Patienten lässt sich dabei von ihren unmittelbaren Eindrücken leiten, andere wiederum legen Wert auf differenzierte Therapieverlaufsbeurteilungen anhand bestimmter Fragen und Skalen.

Im Verlauf der Therapie können *Änderungen in der Vorgangsweise* erforderlich sein, wenn die angestrebten Ziele nicht in der erhofften Weise realisierbar erscheinen. Konkrete Fortschritte bestärken die Hoffnung auf weitere Erfolge. Therapeuten und Patienten sind oft unterschiedlicher Meinung bezüglich dessen, was in der Therapie noch offen ist. Patienten, die unter dem Druck bestimmter Symptome, Lebenskrisen und Beziehungsprobleme in Therapie gekommen sind, geben sich oft schneller mit den erreichten Erfolgen zufrieden als Psychotherapeuten, die je nach Therapieverfahren oft noch verschiedene zentrale Probleme als ungelöst betrachten.

Psychotherapeuten führen häufig folgende Argumente zur Fortsetzung der Psychotherapie an: Die Persönlichkeitsentwicklung sei noch nicht ausreichend stabil, der Aufbau neuer Fertigkeiten noch nicht weit genug gediehen, die Vergangenheitsbewältigung noch nicht tief genug erfolgt, die Klärung familiärer oder beruflicher Probleme noch nicht umfassend genug erledigt, die Rückfallsgefahr noch nicht ausreichend gebannt. Im Falle *unzureichender Behandlung der Grundprobleme* drohe ein Rückfall, weil man auf die Bewältigung möglicher Krisen noch nicht optimal vorbereitet sei.

Angesichts von beschränkten Zeitressourcen, Kostenfragen bei privat finanzierter Psychotherapie, Stundenbeschränkungen bei kassenfinanzierter Therapie und anderen erschwerenden Umständen stellt sich im klinischen Alltag oft die Frage, was gegen Ende der Therapie noch unbedingt erreicht werden muss. Es ist die Aufgabe des Psychotherapeuten, den Patienten auf die *Chancen* einer weiterführenden Therapie hinzuweisen.

Viele durchaus motivierte Patienten erkennen bald, dass mit der Länge der Therapie die erreichbaren Fortschritte oft nicht mehr so dramatisch eintreten wie im bisherigen Therapieverlauf, vergleichen das Verhältnis von Aufwand und Ertrag und fragen nach dem weiteren Gewinn der Therapie in absehbarer Zeit. Es ist dann nötig, Bilanz zu ziehen und anhand klarer Kriterien eine Beurteilung vorzunehmen, was tatsächlich erreicht wurde und was noch offen ist. Bei Bedarf ist eine *neuerliche Zielklärung* vorzunehmen, um dadurch in der Therapie wieder neue Perspektiven zu eröffnen.

Bei befürchtigtem oder absehbarem *Misserfolg* kann überlegt werden, wie die Möglichkeiten einer Psychotherapie noch besser als bisher genutzt werden können, denn die Fortsetzung und Länge der Psychotherapie allein garantiert noch keinen Erfolg. Oft müssen aufgrund der gemachten Erfahrungen die Therapieziele revidiert oder die Behandlungsstrategien geändert werden, wenn die bisherigen Vorgangsweisen nicht zum gewünschten Ziel geführt haben.

Endphase der Psychotherapie

Probleme (nicht nur psychologische) bestehen in einer *Ist-Soll-Diskrepanz*. Das, worunter man leidet, möchte man gerne ändern, kann es aber mit eigenen Mitteln nicht ausreichend bewirken. Eine Psychotherapie ist ein Weg, die Ist-Soll-Diskrepanz mithilfe eines Fachmanns zugunsten von mehr Lebenszufriedenheit zu verändern.

Im positiven Fall endet eine Psychotherapie dann, wenn der Patient mit den Problemen und Symptomen, die zur Therapie geführt haben, besser umgehen kann bzw. diese mehr oder weniger vollständig bewältigt hat. Grundsätzlich endet eine Psychotherapie immer dann, wenn die ursprünglichen oder die in der Therapie veränderten Therapieziele teilweise oder ganz erreicht sind. Die Psychotherapie kann aber auch dann jederzeit zu Ende sein, wenn der Patient dies so wünscht, z.B. weil sich keine oder nur geringe Fortschritte einstellen oder weil die therapeutische Beziehung nicht passt.

Bei länger dauernder Psychotherapie ist es ganz normal, dass auch ein wenig *Wehmut* über das Ende der Therapie aufkommt, wenn man den Psychotherapeuten als guten und verlässlichen Wegbegleiter kennen gelernt hat. Jeder seriöse Therapeut wird die Selbstständigkeit und nicht die Abhängigkeit fördern, z.B. durch größere Abstände zwischen den einzelnen Sitzungen gegen Ende der Therapie. *Ablösungsprobleme* zeigen sich vor allem bei langer Therapiedauer, was durchaus normal ist, wenn die Art der Beschwerden und deren Bewältigung eine länger dauernde therapeutische Beziehung erforderlich gemacht haben. Das Ende einer Therapie fällt oft dann schwer, wenn aus der Therapiebeziehung bereits ein freundschaftlicher Kontakt geworden ist.

Die *letzten Therapiestunden* dienen dem Abschluss der Therapie, der Zusammenfassung der Ergebnisse, dem Ausblick auf die Zukunft und der Vorbeugung möglicher Rückfälle. In der Schlussphase der Therapie werden die erreichten Verbesserungen stabilisiert, das Leben nach der Therapie vorbereitet und mögliche Rückfälle im Sinne einer Vorbeugung besprochen.

Gegen Ende der Therapie ist es grundsätzlich sinnvoll, die Sitzungsabstände zu vergrößern, um die Stabilität des Patienten zu überprüfen. Öfter ist es ratsam, eine kleine Therapiepause einzulegen und erst danach das Abschlussgespräch zu führen. Patienten können dadurch die Erfahrung machen, dass sie die Therapie nicht mehr so brauchen wie früher, sondern allein bereits gut zurechtkommen.

Krisen- und Notfallsitzungen nach dem eigentlichen Therapieende sollten eingeplant werden. Im Falle einer kassenfinanzierten Psychotherapie sollten einige der genehmigten Therapiestunden sicherheitshalber für Rückfälle oder Krisen aufgehoben werden, ohne gleich wieder einen Therapieantrag an die Krankenkasse stellen zu müssen (falls überhaupt noch ein Antrag aufgrund der verbrauchten Stunden gestellt werden kann). Dies gilt auch für den sinnvollen Fall von einigen Sitzungen zur Stabilisierung bzw. zur Vorbeugung gegenüber Rückfällen.

Viele Patienten erkennen das nahende Ende einer Psychotherapie daran, dass sie nicht mehr so gerne oder so regelmäßig an der Therapie teilnehmen möchten, dass sie Termine verschieben oder sich darauf nicht mehr so freuen wie früher, unabhängig davon, ob die Therapie bereits viel oder eher erst wenig gebracht hat.

Am Ende der Therapie, oft auch bereits nach bestimmten Therapieabschnitten, ist es sinnvoll, durch bestimmte *Fragen* oder standardisierte Beurteilungsbögen Bilanz zu ziehen, was die Behandlung gebracht hat und was nicht:

- Haben Sie Ihre persönlichen Therapieziele erreicht: vollständig oder wenigstens teilweise?
- Was ist nach der Therapie noch offen, ungeklärt und unbewältigt? Welche Hoffnungen haben sich nicht erfüllt? Was hätten Sie sich noch gewünscht?
- Woran genau haben Sie erstmals bzw. endgültig erkannt, dass Sie in der Therapie einen Durchbruch erzielt haben?
- Können Sie sich bezüglich Ihrer Symptome und Probleme nach der Therapie besser verstehen als vorher?
- Was genau hat sich durch die Therapie bei Ihnen geändert im Verhalten, Denken, Fühlen und körperlichen Erleben?
- Welche Interaktionsmuster und Lebensumstände haben Sie durch Ihren Einsatz verändert, was können Sie besser als vor der Therapie als unveränderlich hinnehmen?
- Welche negativen Aspekte, wie etwa bestimmte Symptome, sind verschwunden oder wenigstens vermindert?
- Welche Alltagsprobleme können Sie besser bewältigen als vorher?
- Welche positiven Aspekte, wie etwa die Entwicklung eines höheren Selbstbewusstseins oder einer besseren sozialen Kompetenz, sind hinzugekommen?
- Welche Stärken und Fähigkeiten haben Sie in der Therapie weiterentwickelt?
- Was hat Ihnen geholfen, die „Schatten der Vergangenheit“ loszuwerden?
- Was sind die wichtigsten Erkenntnisse und Verhaltensänderungen, die durch die Psychotherapie bewirkt wurden?
- Wie hat sich Ihre Beziehung zum Therapeuten im Laufe der Behandlung verändert?
- Welche negativen Therapieerfahrungen verdienen weitere Aufmerksamkeit? Was hat dies mit Ihnen, was mit dem Therapeuten zu tun?
- Wann und angesichts welcher Rückfallsszenarien sollte die Therapie wieder aufgenommen werden?
- Angenommen, Sie bekommen einen Rückfall, wie könnte sich dieser am ehesten ereignen? Welche Vorkehrungen können Sie diesbezüglich treffen?
- Was vereinbaren Sie mit Ihrem Therapeuten für den Fall eines Rückfalls?

5. Spezielle Fragen bei einer Psychotherapie

In diesem Kapitel werden häufig gestellte Fragen zur besseren persönlichen Orientierung beantwortet. Die Fragen werden gruppiert nach den beiden Themenbereichen „*Die richtige Methode*“ und „*Der richtige Therapeut*“. Dabei wird vorausgesetzt, dass es die richtige Methode und den richtigen Therapeuten jeweils nur in Bezug auf die Person und die Bedürfnisse des Patienten gibt. Ratsuchende, die sich hier Hinweise auf die beste und oder gar einzig richtige Psychotherapiemethode erwarten, werden daher enttäuscht sein.

Welche Psychotherapieform ist die richtige?

Welche Bedeutung hat die Methode?

Nach den Ergebnissen der Psychotherapie-Forschung ist die Art der Methode für den Therapieerfolg nicht so wichtig, wie die verschiedenen Psychotherapieverfahren behaupten. Dennoch ist es aufgrund der qualitativen Unterschiede der einzelnen Methoden so, dass bestimmte Patienten durch bestimmte Verfahren besser ansprechbar und erreichbar sind als durch andere.

Die beste Methode ist jene, die am besten zu den Anliegen und Bedürfnissen sowie zur Eigenart des Patienten passt. Manche Psychotherapeuten müssen sich erst noch daran gewöhnen, dass der mündige Patient als Kunde bestimmt, welches „Produkt“ er aufgrund genauer Information über alle Angebote als das für ihn passendste auswählt.

Für eine *Psychoanalytische bzw. Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie* sprechen folgende Bedürfnisse:

- Wunsch nach Bearbeitung unverarbeiteter Kindheitserlebnisse
- Bewältigung von Problemen, die mit in der Kindheit oder der Persönlichkeit zusammenhängen
- Trotz Symptomdruck Wunsch nach Aufarbeitung der Vergangenheit und Arbeit an der Persönlichkeit
- Wunsch nach einer längeren Therapie grundlegender Probleme und zentraler Hintergründe ohne unmittelbares Erreichen bestimmter Teilziele und ohne kurzfristige Bewältigung verschiedener Symptome

Für eine *Humanistische Psychotherapie* sprechen folgende Bedürfnisse:

- Entwicklung der Persönlichkeit unabhängig vom Symptomdruck
- Trotz vorhandener Symptome Wunsch nach primärer Behandlung der zugrunde liegenden Persönlichkeitsaspekte, wie etwa mangelnde emotionale Wahrnehmung, Erlebnis- und Ausdrucksfähigkeit
- Bedürfnis nach Neuorientierung bezüglich verschiedener Lebensaspekte
- Bedürfnis nach Klärung existenzieller Fragen

Für eine *Systemische Therapie* sprechen folgende Bedürfnisse:

- Interaktionsprobleme in der Partnerschaft, Familie oder Arbeitswelt
- Reflexion aktueller Probleme auf dem Hintergrund der gegenwärtigen Partner-, Familien- und Berufssituation
- Neustrukturierung sozialer Interaktionen und Interaktionsmuster

Für eine *Verhaltenstherapie* sprechen folgende Bedürfnisse:

- Wunsch nach gegenwartszentrierter Behandlung
- Wunsch nach konkreter Symptom- und Problembewältigung
- Wunsch nach Erlernung bestimmter Fähigkeiten und Fertigkeiten
- Verständnis von Psychotherapie als konkretem Problemlösungsprozess

Die Vergangenheit hat unser Leben geprägt, die Zukunft ist die Chance, Neues zu planen und negative Erfahrungen der Vergangenheit zu korrigieren und zu kompensieren. Verstehen und Ändern sind zwei zentrale Therapieanliegen.

Verschiedene Psychotherapiemethoden, namentlich die Psychoanalyse, beschäftigen sich vor allem mit unverarbeiteten Erfahrungen und Problemen in der Vergangenheit und fördern das Selbstverständnis, andere wiederum, wie etwa die Verhaltenstherapie oder lösungsorientierte Kurzzeittherapiemodelle, lenken den Blick eher auf die Zukunft und die Bewältigung aktueller Probleme.

Bestimmte humanistische Therapiemethoden, wie etwa die Gestalttherapie oder die Gesprächspsychotherapie, beschäftigen sich schwerpunktmäßig mit dem aktuellen Erleben, mit der Wahrnehmung der momentanen Befindlichkeit, mit der Beziehung des Patienten zu sich selbst, als Voraussetzung dafür, später weitere Schritte unternehmen zu können, wie etwa die Beziehung zu seinen Eltern oder seinem Partner zu klären.

Viele Patienten fragen in der Psychotherapie mehr nach dem *Warum* als nach dem *Wozu* und *Wohin*. Dies kann das Verharren in einer Opferrolle fördern, weil dabei den handelnden Personen der Vergangenheit so viel Macht gegeben wird, dass diese auch das gegenwärtige Leben noch immer blockieren können. Warum-Fragen erleichtern das Verständnis für Probleme, Wohin-Fragen initiieren Veränderung.

Was ist die *richtige Vorgangsweise*? Die Antwort hängt von den Wünschen und Zielen des Patienten ab. Wer in der persönlichen Lebensgeschichte einiges aufarbeiten möchte, das er als Ursache für seine aktuellen Probleme sieht, wird eher in einer Tiefenpsychologisch orientierten Psychotherapie gut aufgehoben sein. Wer in eher kürzerer Zeit bestimmte Probleme, wie etwa einen partnerschaftlichen oder beruflichen Konflikt, lösen möchte und konkrete Ziele ansteuert, wie z.B. ohne Angst oder mit erträglicher Angst wieder allein reisen zu können, wird eher von einer Verhaltenstherapie oder einer Systemischen Therapie profitieren. Wer sich vorerst einmal selbst intensiver erfahren und erleben und einen besseren Zugang zu sich selbst gewinnen möchte, kann vielleicht am besten von einer Humanistischen Psychotherapie profitieren.

Stationäre oder ambulante Therapie?

Grundsätzlich ist eine *ambulante Psychotherapie* im natürlichen Umfeld das beste Therapieangebot, vor allem wenn eine intensive und länger dauernde Behandlung bei ein und demselben Psychotherapeuten notwendig erscheint und der Patient aufgrund der Art der Beschwerden auch dazu in der Lage ist.

Eine *stationäre Psychotherapie* ist dann angezeigt, wenn die psychische oder psychosomatische Störung des Patienten so ausgeprägt ist, dass eine rein ambulante Psychotherapie keine Besserung der Symptomatik erwarten lässt.

Ein *stationärer Aufenthalt* kann unabhängig von einer Psychotherapie aus verschiedenen Gründen notwendig sein: schwere psychische oder psychosomatische Erkrankung, Krankenstand ohne Besserung der Beschwerden, Entzug von Substanzen, intensive Psychopharmakotherapie, medikamentöse Um- oder Neueinstellung, multiprofessionelle Behandlung, vorübergehend nötiger Abstand zur natürlichen Umgebung, erhöhtes Ruhebedürfnis nach einer Erschöpfung.

Stationäre Psychotherapie ist oft nicht das Hauptziel für die Aufnahme in eine medizinische Einrichtung. In der *stationären Akutpsychiatrie* steht anfangs die Behandlung mit Medikamenten im Vordergrund, nach einer ersten Besserung erfolgt eine Ausweitung des Behandlungsangebots in Richtung Entspannungsgruppen, Physiotherapie, Sport, Ergotherapie, Gestaltungstherapie und Musiktherapie. Psychotherapeuten gibt es in der stationären Psychiatrie meist nur in relativ geringer Zahl, vor allem auch bezogen auf die große Zahl der Patienten. Aus ökonomischen Gründen werden in vielen Krankenhäusern und speziellen Kliniken meist Gruppentherapien angeboten, während Einzeltherapien oft begrenzt und auf bestimmte Anlässe oder einige wenige Gespräche beschränkt sind.

Vor einer stationären Aufnahme sollten die psychotherapeutischen Angebote, deren methodische Ausrichtung und rasche Verfügbarkeit überprüft werden, um Enttäuschungen zu vermeiden. Stationäre Einrichtungen in Deutschland arbeiten entweder nach einem verhaltenstherapeutischen oder nach einem psychoanalytischen Konzept.

In Krankenhäusern ist genau zu erfragen, ob tatsächlich eine Psychotherapie im engeren Sinn (nach einer bestimmten Methode mit fixen Terminen) angeboten wird oder ob Gespräche bei einem Psychiater oder Klinischen Psychologen ohne Psychotherapieausbildung vorgesehen sind. Viele Krankenhäuser verweisen unter dem Druck möglichst kurzer Aufenthaltszeiten darauf, dass stationär nur eine „*Anbehandlung*“ mit anschließender Weitervermittlung an niedergelassene Psychotherapeuten möglich ist.

In Deutschland bieten Kliniken mit längeren Aufenthaltszeiten oft eine intensive psychotherapeutische Betreuung an (vor allem psychosomatische Kliniken mit 6–12 Wochen, öfter sogar mit bis zu 26 Wochen Behandlungszeit). Psychosomatische Kliniken bzw. Abteilungen sind in Österreich gerade im Aufbau.

Kurz- oder Langzeittherapie?

Grundsätzlich dauert eine Psychotherapie so lange, bis die Probleme gelöst und die Beschwerden beseitigt sind, die zur Therapie geführt haben. *Einschränkungen* der Dauer ergeben sich aus äußeren Umständen (begrenzte Stundenzahl im Rahmen kassenfinanzierter Therapien, begrenzte Geldmittel bei privat finanzierten Therapien) oder Gründen, die in der Person liegen (z.B. mangelnde Motivation).

Inhaltlich richtet sich die *Therapiedauer* neben der Art der Psychotherapiemethode (eine Psychoanalyse dauert bekanntlich viel länger als eine Verhaltenstherapie oder eine Systemische Therapie), nach den Zielen des Patienten und dem Tempo der erreichten Fortschritte. Das Hauptziel „Besserung bzw. Beseitigung der aktuellen Symptome“ lässt sich schneller erreichen als das Hauptziel „Änderung bzw. Erweiterung von Aspekten der Persönlichkeit“.

Therapien dauern umso länger, je anspruchsvoller die Ziele und je schwieriger die Wege zu deren Erreichung sind. Viele Therapien dauern nicht so lange, wie dies von den Therapeuten für notwendig erachtet wird. Oft beenden Patienten die Therapie vorzeitig, weil sie nach einer Besserung auf der Symptomebene keinen Leidensdruck mehr verspüren, während die zugrunde liegenden partnerschaftlichen, familiären oder beruflichen Probleme noch lange nicht gelöst sind.

Die häufige *Wunschvorstellung*, dass die richtige Methode zu möglichst raschen Therapieerfolgen führen möge, ist aus der Sicht des Einzelnen, der oft schon seit langem unter seiner psychischen Störung leidet, und aus der Sicht des Gesundheitssystems, das alle Einsparungsmöglichkeiten nutzen möchte, durchaus verständlich, aus verschiedenen Gründen jedoch problematisch.

Hinter den aktuellen Krankheitssymptomen steht ein ganz bestimmter Mensch – und menschliche Entwicklung und persönliche Veränderung brauchen oft viel Zeit, auch wenn der persönliche und lebensgeschichtliche Hintergrund der jeweiligen Symptomatik bereits klar erkannt ist und der Wunsch nach konkreten Veränderungen gefestigt erscheint.

Patienten müssen die *Grundentscheidung* treffen,

- ob sie in der Psychotherapie auf der Problem- und Symptomebene primär nur einen negativen Teufelskreis durchbrechen möchten und die weiteren Veränderungen ohne Therapie vornehmen möchten,
- ob sie nach der Besserung auf der Symptomebene auch die individuellen oder sozialen Hintergründe der Störung bearbeiten möchten,
- ob sie im Rahmen einer länger dauernden Psychotherapie primär an der Änderung ihrer Persönlichkeit (z.B. Abbau von Defiziten, Erweiterung der Möglichkeiten) arbeiten möchten und auf die Auflösung der Symptome ohne symptomorientierte Therapie hoffen, wie dies bei einer Analytischen, Tiefenpsychologisch fundierten oder Humanistischen Psychotherapie häufig erwartet wird.

Im klinischen Alltag stellt sich die Diskussion „*kurze Symptomtherapie versus lange Hintergrundtherapie*“ nicht in der Schärfe und Ausgeprägtheit wie bei den bekannten Schulenstreitigkeiten, weil die Vertreter der verschiedenen Methoden um die Behandlungsbedürftigkeit in beiden Bereichen wissen und das Behandlungskonzept oft auch entsprechend mehrgleisig ausrichten.

Es zeigt sich, dass selbst eine Verhaltenstherapie, deren prominenteste wissenschaftliche Vertreter aufgrund von Forschungsbefunden oft eine kürzere Therapie von 15–25 Stunden propagieren, in der Alltagspraxis immer länger dauert. Dies hängt teilweise wohl damit zusammen, dass im niedergelassenen Bereich schwierigere und mehrfach erkrankte Patienten in Behandlung stehen, verglichen mit den eher leichter gestörten und speziell ausgewählten Patienten an universitären Forschungsstätten. Längere Verhaltenstherapien weisen aber auch darauf hin, dass hier ähnlich an den Hintergründen der jeweiligen Störungen gearbeitet wird wie bei anderen Psychotherapiemethoden.

Im *deutschen Krankenkassensystem* gilt eine Psychotherapie als *Kurzzeittherapie* bis zum Ausmaß von 25 Stunden, danach spricht man von einer *Langzeittherapie*. Eine Therapie kann anfangs durchaus als Kurzzeittherapie angelegt werden, obwohl angesichts der Schwere der Störung eine Langzeittherapie indiziert ist. Im Falle von Fortschritten mit der Hoffnung auf weitere Verbesserungen kann später ein Antrag auf eine Langzeittherapie gestellt werden.

Verhaltenstherapien sind die kürzesten Therapien (oft nur 20–45 Stunden), Klienten-/Personzentrierte Psychotherapien dauern meist länger (25–70 Stunden), Gestalttherapien oft noch länger (um 100 Stunden), gefolgt von Tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapien (beliebt und erfolgreich sind aber auch die nur rund 50 Stunden dauernden Psychoanalytischen Fokalthherapien). Die längste Therapie ist mit oft 300 oder mehr Stunden die klassische Psychoanalyse.

Die *Dauer der Psychotherapie* nach Monaten oder Jahren hängt naturgemäß von der Häufigkeit der wöchentlichen Sitzungen ab. Bei wöchentlichen Sitzungen unter Berücksichtigung der Urlaubszeiten umfasst eine Psychotherapie über ein Jahr etwa 40 Stunden. Selbst eine verhaltenstherapeutisch orientierte Langzeittherapie von maximal 80 Stunden im deutschen Kassensystem erstreckt sich damit bereits über zwei Jahre. Eine Kurzzeittherapie von maximal 25 Stunden im deutschen Kassensystem dauert damit etwas länger als ein halbes Jahr. Eine psychoanalytische Langzeittherapie von maximal 300 Stunden im deutschen Kassensystem mit 3 Stunden pro Woche (und damit etwa 120 Stunden pro Jahr) umfasst einen Zeitraum von mindestens zweieinhalb Jahren.

Psychotherapie ist eine *Wegbegleitung* durch einen Psychotherapeuten für eine *bestimmte Zeit* des Lebens, oft für die schwierige Phase des Übergangs von einem Lebensabschnitt zu einem anderen. Eine zu lange Dauer der Psychotherapie kann leicht zum Ersatz für fehlende Sozialkontakte werden und letztlich zur emotionalen Abhängigkeit vom Therapeuten führen, aber auch zum Ersatz für eigenständiges Denken und Handeln. Eine zu kurze Dauer der Psychotherapie kann andererseits die Gefahr unnötiger Rückschläge provozieren.

Kürzere oder längere Sitzungsabstände?

Die *Häufigkeit der Therapiesitzungen*, die pro Sitzung gewöhnlich 50 Minuten dauern, hängt von mehreren Faktoren ab, vor allem von der Psychotherapiemethode und der Akutheit der Symptomatik. Sitzungen können mehrfach pro Woche (bei einer klassischen Psychoanalyse drei- bis fünfmal pro Woche) oder nur einmal im Monat stattfinden (bei manchen Systemischen Therapien).

Die Zahl der insgesamt möglichen Sitzungen und deren Abstände hängen bei privat finanzierter Psychotherapie auch von der ökonomischen Situation der Patienten ab. Verschiedene vollständig oder (in Österreich) zum größeren Teil privat finanzierte Therapien sind aus finanziellen Gründen kürzer als sinnvoll.

Bei den meisten *Einzeltherapien* (außer den Analytischen Therapien) finden die Sitzungen einmal pro Woche statt, bei Krisen oder erheblicher Beeinträchtigung auch zwei- oder dreimal pro Woche, später bei Besserung nur mehr alle zwei Wochen. Gegen Ende der Psychotherapie können noch größere Sitzungsintervalle sinnvoll sein, öfter verbunden mit dem Angebot, im Bedarfsfall eine Krisensitzung vereinbaren zu können.

Die *letzten Therapiestunden* können – vor allem bei Kassenfinanzierung mit vorher notwendiger Beantragung einer bestimmten Stundenanzahl – als Reserve aufgehoben werden für den Fall von Rückfällen oder stützenden Auffrischungssitzungen zur Erhaltung der erreichten Fortschritte.

In bestimmten Fällen sind auch *Doppelstunden* oder *geblockte Therapieeinheiten* über mehrere Stunden mit Pausen sinnvoll. Im Rahmen einer Verhaltenstherapie können mehrere Stunden anberaumt werden – vor allem im Falle einer Konfrontationstherapie bei Platzangst (Agoraphobie) oder Zwangsstörungen im realen Lebensraum zu Hause oder in freier Natur bzw. in der Stadt. Was in diesen Fällen tatsächlich möglich ist, hängt von den Zugeständnissen der Krankenkassen ab (in Österreich können bei Kassenleistungen nur zwei Therapiestunden pro Tag verrechnet werden).

Bei *privat finanzierten Psychotherapien* können alle möglichen individuellen Vereinbarungen getroffen werden, z.B. auch zwei oder drei Therapietage mit jeweils mehreren Stunden, wenn der Patient aus größerer Entfernung zu einem bestimmten Therapeuten mit speziellen Angeboten anreist.

Gruppentherapien dauern meist eine Doppelstunde (insgesamt meist einhalb Stunden mit jeweils 45 Minuten pro „Stunde“) oder maximal drei Einheiten. Bei Abend- oder Wochenendveranstaltungen erstrecken sich Gruppentherapien oft über mehrere Stunden. Paar- und Familientherapien umfassen oft eine Doppelstunde (mindestens 90 Minuten).

Intensivseminare über mehrere Tage ermöglichen wichtige Erkenntnisse und emotional bedeutsame Erfahrungen in kurzer Zeit, können jedoch danach zur ernüchternden Feststellung führen, dass sich im Alltagsleben nicht alles wie geplant und erhofft umsetzen lässt.

In manchen Fällen kann die Vereinbarung kurzer *Telefonate* zwischen den Sitzungen oder ein Email-Kontakt sinnvoll sein.

Einzel- oder Gruppentherapie?

Die meisten Psychotherapiemethoden können auch in Gruppenform durchgeführt werden. Gruppentherapien sind in bestimmten Fällen neben oder nach einer Einzeltherapie sinnvoll.

Einzeltherapien ermöglichen eine engere Patient-Therapeut-Beziehung sowie ein individuelleres Eingehen auf den Patienten als Gruppentherapien und sind überall dort angezeigt, wo eine Eins-zu-Eins-Beziehung sinnvoll oder notwendig erscheint, d.h. wo der Patient aufgrund der Schwere der Erkrankung und der persönlichen Bedürftigkeit kontinuierlich im Mittelpunkt des therapeutischen Geschehens stehen soll.

Manchen Patienten, die aufgrund ihrer Probleme sehr mit sich selbst beschäftigt sind, ist die Auseinandersetzung mit den Anliegen anderer Menschen anfangs oft nicht zumutbar. Verschiedene Patienten sind aufgrund ihrer Störung noch gar nicht fähig zu einer Gruppentherapie und würden dabei nur Misserfolge oder gar Ablehnung erleben. Eine Einzeltherapie bietet in vielen Fällen raschere Erfolge als eine Gruppentherapie, weil der Psychotherapeut die individuelle Problematik des Patienten gezielt und ständig berücksichtigen kann.

Gruppentherapien nutzen die Gruppe als heilenden Faktor. Sie bieten ein ideales Trainingsfeld zur Verbesserung der sozialen Interaktionsfähigkeit sowie auch zur Analyse und Bearbeitung von Beziehungsproblemen. Dies gilt beispielsweise für Menschen mit sozialen Ängsten, sozialem Rückzug und mangelndem Durchsetzungsvermögen, aber auch für Personen, die aufgrund negativer Lebenserfahrungen wieder mehr Selbstsicherheit unter Menschen entwickeln möchten. Gruppen ermöglichen ein weites Feld von sozialen Lernmöglichkeiten durch unterschiedliche Modelle und unterschiedliche Beziehungsmuster zu den einzelnen Teilnehmern. Sie sind eine Stütze für Menschen in schwierigen Lebenssituationen und ermöglichen neue Sozialkontakte.

Die Teilnahme an einer Gruppentherapie erfordert eine gewisse soziale Kontaktfähigkeit trotz der aktuellen Probleme und eine gewisse Ich-Stärke bzw. Frustrationstoleranz, um mit sozialen Konflikten Gewinn bringend umgehen zu können. Gruppentherapien sind im Falle einer privaten Finanzierung preiswerter als Einzeltherapien, erfordern möglicherweise jedoch einen längeren Zeitraum und mehr Stunden, bis Erfolge sichtbar werden.

Grundsätzlich gilt: In freien Praxen werden kaum, im stationären Rahmen vorwiegend Gruppentherapien angeboten. In der freien Praxis erfordern Gruppentherapien einen relativ hohen Aufwand, der finanziell nicht ausreichend abgegolten wird (im deutschen Kassensystem gibt es ein kompliziertes und zeitaufwändiges Antragsverfahren).

In Krankenhäusern und Spezialkliniken sind aufgrund der hohen Patientenzahlen Gruppentherapien kostengünstiger. Bei einem Schwerpunkt auf Einzeltherapien wäre in stationären Einrichtungen eine große Zahl von Psychotherapeuten erforderlich, was hohe Personalkosten verursachen würde. Stationäre Gruppentherapien fördern aber auch die soziale Interaktion zwischen Patienten.

Gruppentherapien umfassen etwa acht Personen und dauern meist eine Doppelstunde (gewöhnlich 90 Minuten), manchmal auch länger, wenn sie in Form von Blöcken abgehalten werden (z.B. Wochenendveranstaltungen). Die Häufigkeit der Sitzungen reicht von mehrmals wöchentlich bis einmal pro Monat.

Die Gruppen können *geschlossen* sein, d.h. ohne neue Teilnehmer, oder *offen*, d.h. es können neue Teilnehmer hinzukommen. Gruppentherapien können *störungsspezifisch* sein (z.B. für Patienten mit Ängsten, Zwängen, Depressionen, Essstörungen oder Alkoholproblemen) oder ohne inhaltliche Festlegungen ganz allgemein der Reifung und Entwicklung der Gruppenteilnehmer durch den Prozess der Interaktion mit anderen Menschen dienen.

Bei *Analytischen Gruppentherapien* werden die Beziehungen der Gruppenteilnehmer zueinander als therapeutische Möglichkeiten gezielt genutzt (z.B. zur Analyse von Übertragungsmustern). *Verhaltenstherapeuten* bieten oft Trainingsgruppen an (z.B. zur Verbesserung von Selbstsicherheit, Kommunikation oder Konflikt- bzw. Problemlösefähigkeit). *Humanistisch orientierte Gruppentherapien* fördern vor allem die Entwicklungsmöglichkeiten der Teilnehmer.

Selbsterfahrungsgruppen ohne Schwerpunkt auf Krankenbehandlung werden von den Krankenkassen nicht finanziert. Entsprechende Gruppen in Form von Abend-, Wochen- oder Wochenendgruppen bieten Volkshochschulen, spezielle Seminarhäuser, bestimmte Institutionen oder einzelne Personen mit und ohne Psychotherapieausbildung an.

Es besteht ein riesiger *Gesundheitsmarkt* mit vielen Gruppenangeboten vonseiten unterschiedlich qualifizierter Leiter, die jeder Interessierte durch gezielte Informationssuche auf Seriosität prüfen muss. Oft heißt es: „Die Teilnahme erfolgt auf eigene Gefahr. Im Falle einer Psychotherapie sollten Sie mit Ihrem Therapeuten Rücksprache halten.“

Neben Gruppenpsychotherapie gibt es auch therapeutisch geleitete *Selbsthilfegruppen* (z.B. bei Alkoholproblemen, Angst- und Zwangsstörungen, Depressionen, psychosomatischen Störungen) sowie Selbsthilfegruppen ohne fachmännische Unterstützung (was das Wesen einer Selbsthilfegruppe ausmacht). Selbsthilfegruppen sind – neben oder nach einer oft nötigen Einzel- oder Gruppentherapie – gute Möglichkeiten, mit Betroffenen und Gleichgesinnten selbstständig an der Bewältigung der vorhandenen Beschwerden zu arbeiten, die Persönlichkeit weiterzuentwickeln, die soziale Beziehungsfähigkeit zu fördern und in Krisenzeiten durch die gegenseitige Unterstützung der Teilnehmer sozialen Halt zu finden. Der Austausch der persönlichen Erfahrungen kann ermutigend wirken durch das Gefühl, mit seinen Problemen nicht allein dazustehen, und bietet Hoffnung, dass eine Besserung möglich ist, weil auch andere Menschen Fortschritte erzielt haben.

Bei ernsthaften Problemen und Störungen sind Selbsthilfegruppen allein meist unzureichend. Eine Selbsthilfegruppe kann für bestimmte Menschen auch eine Motivationshilfe sein, später mit einer Psychotherapie zu beginnen, weil manche Teilnehmer von positiven Effekten einer Therapie berichten.

Einzeltherapie oder Paar- bzw. Familientherapie?

Die meisten psychischen Störungen haben *systemische Aspekte*, d.h. sie stehen in Interaktion mit der jeweiligen sozialen Umgebung. Sie werden entweder durch Beziehungsprobleme verursacht, verstärkt und aufrechterhalten oder führen in weiterer Folge oft zu Beziehungsproblemen. Depressionen, Alkoholprobleme, Angst- und Zwangsstörungen können durch Partnerprobleme entstehen bzw. ausufern oder aufgrund der intra- und interindividuellen Dynamik zu solchen führen.

Oft entwickelt sich folgender *Teufelskreis*: Die psychische Symptomatik entstand ursprünglich durch ein Beziehungsproblem, das sich im Laufe der Zeit durch die ineffiziente Bewältigung der individuellen Störung interaktionell noch weiter verschärft hat. In diesen Fällen braucht nicht nur der einzelne Kranke, sondern auch das System der Angehörigen eine Unterstützung.

Oft ist eine Einzeltherapie unter gelegentlicher Einbeziehung des Partners im Sinne einer *partnerunterstützten Einzeltherapie* angezeigt. Bei Angststörungen, Zwangsstörungen, Depressionen und Alkoholproblemen ist der Partner von der jeweiligen Symptomatik immer mit betroffen. Sein Verhalten kann sich symptomverstärkend oder symptomlindernd auswirken. Manchmal ist daher bereits die gelegentliche Anwesenheit des Partners im Sinne einer Beratung zielführend.

Die Entscheidung, ob bei Beziehungsproblemen eine Einzeltherapie oder eine Paar- bzw. Familientherapie erfolgt, hängt wesentlich davon ab, ob die anderen betroffenen Personen in konstruktiver Weise an einer Therapie teilnehmen möchten. Manchmal erfolgen eine Einzeltherapie und eine Paar- bzw. Familientherapie gleichzeitig bei verschiedenen Psychotherapeuten.

Es ist zu überlegen, ob *aufeinander folgende Therapien* nicht sinnvoller sind, z.B. zuerst eine kürzere Partnertherapie zur grundsätzlichen Klärung der Beziehung und anschließend eine längere Einzeltherapie zur Bewältigung jener Probleme, die stärker mit der eigenen Person zusammenhängen. Bei einem massiven Partnerkonflikt kann die Entscheidung für eine längere Einzeltherapie auch eine Vermeidungsreaktion sein, sich den Partnerproblemen zu stellen.

Je nach Psychotherapiemethode werden die aktuellen Sozialbeziehungen als unterschiedlich bedeutsam für die jeweilige Störung angesehen. Systemische Therapeuten stellen die Analyse und Veränderung der partnerschaftlichen und familiären Beziehungen in den Mittelpunkt der Psychotherapie, arbeiten dabei aber immer häufiger mit Einzelnen ohne Einbeziehung von Angehörigen.

Paar- und familientherapeutische Sitzungen werden im deutschen Krankenkassensystem – anders als in Österreich – grundsätzlich nicht bezahlt, außer im Falle einer Einzeltherapie eines Indexpatienten, die durch die Einbeziehung von relevanten Angehörigen erweitert werden kann, oder im Falle einer Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen, wo zusätzliche Sitzungen für die Familie beantragt werden können. Kassenleistungen erfordern in Deutschland und Österreich, dass eine Person eine krankheitswertige Störung haben muss.

Einzeltherapie des Kindes oder Familientherapie?

Bei *Kindern* und *Jugendlichen* ist eine Einzeltherapie dann sinnvoll, wenn ihr Verhalten sich nicht nur als Folge der Familiensituation erklären lässt. Je mehr die Störung des Kindes durch familiäre Aspekte verstärkt und aufrechterhalten wird, desto eher sollte die Möglichkeit einer Familientherapie erwogen werden, an der zumindest die relevanten Familienmitglieder teilnehmen sollten.

Ängste, Phobien, Zwänge, Depressionen, Verhaltensstörungen, Aufmerksamkeitsstörungen, Essstörungen, Bettnässen und andere Störungen im Kindes- und Jugendalter müssen ernst genommen werden und enden mit zunehmendem Alter oft nicht von alleine. Viele psychisch Kranke berichten, dass ihre Störung bereits im Kindes- und Jugendalter begonnen habe. Eine angemessene Psychotherapie ist daher sehr wichtig. Die entsprechenden Diagnosen im Kindes- und Jugendalter werden im ICD-10 in der Gruppe F9 aufgelistet und in diesem Buch auf S. 91 dargestellt. Hilfreich kann bereits eine *Elternberatung* sein.

Anlass für eine Behandlung sind oft Auffälligkeiten in der Schule oder in der Berufsausbildung (z.B. Überforderung, Aggressionen, schulische Defizite, Konzentrationsstörungen, Leistungsabfall bei guter Intelligenz, Schulverweigerung), die erst bei näherer Analyse der oft zahlreichen Ursachen verständlich werden. Auffälligkeiten in der Familie (z.B. ständige Trotzhaltung, übermäßige Eifersucht gegenüber Geschwistern, Trennungsangst bei stunden- bzw. tagesweiser Trennung von den Eltern), im Freundeskreis (z.B. häufige Aggressivität, übermäßige Schüchternheit, sozialer Rückzug) oder im sonstigen Verhalten (z.B. ständige Unruhe, Schlafstörungen, Stottern, Diebstähle, Schuleschwänzen) sollten auf Dauer ebenfalls nicht verharmlost werden.

Der Umstand, dass heutzutage fast jede zweite Ehe durch Scheidung endet, hinterlässt oft auch tiefe Spuren bei den Kindern und bedarf nicht selten einer fachlichen Hilfestellung, um mit den daraus resultierenden Folgen besser umgehen zu lernen (z.B. depressive Reaktion des Kindes nach der Scheidung der Eltern, Probleme bei der Integration in die neue Familie nach Wiederverheiratung des Elternteils, bei dem das Kind lebt).

In Deutschland gibt es seit 1999 den Beruf des *Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten*, in Österreich gibt es keine spezielle, staatlich anerkannte Berufsgruppe zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen, zahlreiche Psychotherapeuten haben sich jedoch auf deren Behandlung spezialisiert.

Im Falle einer Familientherapie bietet sich in erster Linie die *Systemische Familientherapie* als geeignete Behandlungsmethode an. Es bestehen jedoch auch im Rahmen anderer Psychotherapiemethoden Angebote einer familienbezogenen Behandlung (z.B. bei einer verhaltenstherapeutisch, tiefenpsychologisch oder humanistisch orientierten Familientherapie).

Sinnvoll ist oft auch die aufeinander folgende Kombination von Einzel- und Familientherapie oder die zeitgleiche Kombination von Einzeltherapie des Kindes und Beratung der Eltern. In bestimmten Fällen ist anstelle einer klassischen Familientherapie ein Elterntaining angezeigt.

Ausschließlich persönliche Therapie oder auch „Internet-Therapie“?

Das Internet stellt eine neue Form der zwischenmenschlichen Kommunikation dar und dient mittlerweile auch als Mittel zur Unterstützung von Menschen mit seelischen Problemen und psychischen Störungen.

Viele Ärzte und Psychotherapeuten haben bereits eine Homepage, auf der sie Interessierten zahlreiche Informationen anbieten oder für konkrete Anfragen zur Verfügung stehen. Der Autor kann aufgrund der Erfahrungen mit seiner Homepage (www.panikattacken.at) nur Positives dazu berichten.

Die Internetrichtlinie für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten „*Kriterien zur Ausgestaltung der psychotherapeutischen Beratung via Internet*“ des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen stellt für Österreich Folgendes klar (www.psychotherapie.at):

- Eine *Psychotherapie via Internet ist nicht möglich*, weil die Kriterien für eine regelrechte Psychotherapie nicht erfüllt sind, vor allem die Unmittelbarkeit der therapeutischen Beziehung im persönlichen Kontakt, die diagnostische Abklärung und die Indikationsstellung. Eine Internet-basierte Psychotherapie widerspricht dem Psychotherapiegesetz, das bei krankheitswertiger Störung eine unmittelbare persönliche Interaktion erfordert.
- Anstelle einer psychotherapeutischen Behandlung ist jedoch eine *psychotherapeutische Beratung* nach methodenspezifischen Grundsätzen möglich, wenn dabei die Vorgaben des *Psychotherapiegesetzes* eingehalten werden, das auch für den Bereich der psychotherapeutischen Beratung gilt:
 - Beschränkung auf erlernte Fähigkeiten und erworbene Kompetenzen,
 - Unmittelbarkeit der Berufsausübung in Form einer synchronischen (direkten) Kommunikation per Chat, Telefon oder Kamera (die asynchrone Kommunikation per Email ist nur als unterstützende Begleitmaßnahme für Terminvereinbarungen, Erst- und Allgemeininformationen zulässig),
 - gewissenhafte Berufsausübung in Form der Verpflichtung zur Prüfung der hinreichenden Entscheidungsgrundlage, ob die Distanz zum Patienten noch eine fachgerechte Interaktion zulässt,
 - Verpflichtung zur Prüfung der Situations- und Gefahrenbeherrschung (der Therapeut muss mögliche Gefahren erkennen und beherrschen),
 - verlässliche Entscheidungsgrundlage für die Fortsetzung der Beratung und richtige Einschätzung der möglichen Gefahren des Internets angesichts einer vermuteten psychischen Störung des Patienten,
 - vorzeitige Beendigung der Internetberatung mit alternativem Angebot bei entsprechender Gefahreinschätzung,
 - Verpflichtung zur spezifischen Dokumentation laut Berufskodex,
 - Einhaltung der Berufspflichten (Verschwiegenheit u.a.),
 - Einhaltung von E-Commerce-Gesetz und Konsumentenschutzgesetz.
- *Internet-Kenntnisse* und deren praktische Umsetzung zur Einhaltung technischer Mindestsicherheitsstandards sind notwendig.

In Deutschland ist das Thema „Internet-Psychotherapie“ unter Psychotherapeuten heftig umstritten. Die Mehrheit der Delegierten zur Bundespsychotherapeutenkammer unterstützte Anfang 2006 das Sondervotum, wonach grundsätzlich jede psychotherapeutische Behandlung den persönlichen Kontakt erfordert und Internet-Therapie nur in Ausnahmefällen und unter Beachtung besonderer Sorgfaltspflichten zugelassen wird.

In der Musterberufsordnung der deutschen Bundespsychotherapeutenkammer (www.bptk.de/bptk/rechtliches/100660.html), die im Jänner 2006 beschlossen wurde, heißt es in § 5 Abs. 5:

„Psychotherapeuten erbringen psychotherapeutische Behandlungen im persönlichen Kontakt. Sie dürfen diese über elektronische Kommunikationsmedien nur in begründeten Ausnahmefällen und unter Beachtung besonderer Sorgfaltspflichten durchführen. Modellprojekte, insbesondere zur Forschung, in denen psychotherapeutische Behandlungen ausschließlich über Kommunikationsnetze durchgeführt werden, bedürfen der Genehmigung durch die Kammer und sind zu evaluieren.“

In den USA und den Niederlanden werden die Möglichkeiten der Internet-Therapie schon seit langem genutzt, in Deutschland werden erst seit einigen Jahren verstärkt Internet-Therapien angeboten. Es gibt bereits mehrere Untersuchungen zur Internet-Therapie bei Menschen mit leichten bis mittelschweren Depressionen, posttraumatischen Belastungsstörungen, Angst- und Panikstörungen, Zwangsstörungen, Essstörungen, Substanzabhängigkeit, Tinnitus, Partnerproblemen und anderen Beschwerden, die eine gute Wirksamkeit aufzeigen, sodass sich das Konzept einer Internet-basierten Therapie als ergänzende oder alternative psychotherapeutische Behandlungsmethode weiter zu erforschen lohnt, und zwar zumindest bei Menschen, die aus unterschiedlichen Gründen nicht persönlich an einer Psychotherapie teilnehmen können oder wollen.

Als Methode wurde bei Internet-Therapien meist die Kognitive Verhaltenstherapie eingesetzt. In der klinischen Praxis handelt es sich häufig um eine Kombination aus Psychoedukation, psychotherapeutischer Beratung und psychotherapeutischer Behandlung.

Es ist wahrscheinlich, dass in Zukunft Möglichkeiten gefunden werden, wie die persönliche Anwesenheit in der Psychotherapie mit einer teilweisen Internet-Therapie verbunden kann. Vor allem ist es vorstellbar, dass die Phasen der Anbahnung und des Ausklingens einer Psychotherapie sowie die Phase nach der Therapie (spätere Internet-Kontakte zur Absicherung der Erfolge) am ehesten für Internet-basierte Patient-Therapeut-Kontakte geeignet sind. Nach mehrjährigem Experimentieren hat sich der Autor dieses Buches jedoch zu persönlicheren Telefongesprächen entschlossen, weil die sicherlich noch bessere und intimere Interaktion per Webcam noch nicht allgemein üblich ist.

Im Rahmen von Psychotherapien mit Krankenkassen-Leistungen ist persönliche Anwesenheit unbedingt erforderlich, im Rahmen von institutioneller Psychotherapie sowie bei privat finanzierter Psychotherapie bestehen größere Spielräume zur Anwendung und Evaluierung einer Internet-Psychotherapie.

Psychopharmakotherapie neben der Psychotherapie?

Psychopharmaka können neben einer Psychotherapie eine *vorübergehend sinnvolle oder für einen längeren Zeitraum notwendige Hilfestellung* sein, die berufliche und soziale Leistungsfähigkeit des Patienten aufrechtzuerhalten oder Verschlechterungen zu vermeiden. In unserer Leistungsgesellschaft ist es zunehmend wichtig, Krankenstände auf das geringstmögliche Ausmaß zu reduzieren und wegen seiner psychischen Probleme nicht negativ aufzufallen. Psychopharmaka schaffen in bestimmten Fällen erst die Voraussetzung für eine Psychotherapie und vermitteln die nötige Energie, die in der Psychotherapie erworbenen Erkenntnisse und Fertigkeiten besser umzusetzen.

Die zentrale Frage lautet heute nicht mehr: Medikamente ja oder nein? Vielmehr geht es um die Frage: Wann sind bei wem welche Psychopharmaka in welcher Dosierung sinnvoll? Bei verschiedenen psychischen Störungen, wie etwa Schizophrenie, schweren Depressionen, Angst-, Panik- und Zwangsstörungen sowie lebensbeeinträchtigenden Schlafstörungen, besteht – zumindest zu bestimmten Zeitpunkten – die beste Therapie nach Meinung vieler Fachleute nicht in einer Monotherapie, sondern in einer *Kombinationstherapie von Psychotherapie und Psychopharmakotherapie*.

Bei einer schweren depressiven Episode mit somatischen Symptomen, bei einer Schizophrenie mit akuter Symptomatik, bei akuter psychosomatischer Störung, bei Substanzabhängigkeit und bei lebensgefährlicher Anorexie sind medizinische Behandlungen vor und neben einer Psychotherapie oft unbedingt erforderlich.

Psychopharmaka sind oft auch bei früher so genannten neurotischen Störungen hilfreich. Bei akuten Panikattacken ermöglicht eine vorübergehende Behandlung mit einem Tranquilizer in Verbindung mit einem Antidepressivum eine rasche Beruhigung und Stabilisierung und eine Überbrückung der Wartezeit auf die Psychotherapie. Bei einer schweren Zwangsstörung, wo vor allem Zwangsgedanken im Vordergrund stehen, haben sich Antidepressiva in doppelt so hoher Dosis wie bei Depressiven neben einer Psychotherapie bewährt, selbst wenn es sich dabei um eine Verhaltenstherapie handeln sollte, die zu den diesbezüglich erfolgreichsten Therapien gehört. Eine reine Psychotherapie gilt in diesen Fällen als *Kunstfehler* und als Vorenthalten der bestmöglichen Therapie.

Fragen bezüglich Medikamente sind an den behandelnden Arzt zu richten. Nichtärztliche (Psychologische) Psychotherapeuten sind dafür nicht zuständig. Nach dem Motto „Schuster, bleib’ bei deinem Leisten“ sollten sich nichtärztliche Psychotherapeuten in Medikamenten-Fragen ebenso wenig einmischen wie Ärzte in die Belange einer Psychotherapie. Psychotherapeuten können jedoch hilfreich sein bei der Frage, ab wann es gut ist, sich seinen Gefühlen ohne den Schutz von Psychopharmaka zu stellen, z.B. bei einer verhaltenstherapeutisch orientierten Angstbewältigungstherapie. Zur Vermeidung von Problemen sollten entsprechende Vereinbarungen zwischen Arzt und Psychotherapeut getroffen werden.

Ein nichtärztlicher Psychotherapeut darf den Patienten auf die *Gefahr einer Abhängigkeit* hinweisen, wenn etwa bei Angststörungen Tranquilizer ungebührlich lange verordnet werden, ebenso wenn bei hartnäckigen Einschlafstörungen über Monate hinweg abhängig machende Tranquilizer-Schlafmittel eingesetzt werden. Der Ratschlag des Therapeuten, bei einem (zweiten) Facharzt für Psychiatrie eine Stellungnahme einzuholen, stellt keine Grenzüberschreitung dar.

Die Thematik einer medikamentösen Therapie neben einer Psychotherapie ist manchmal Gegenstand heftiger Auseinandersetzungen zwischen Ärzten und nichtärztlichen Psychotherapeuten. In vielen Fällen ist ein *telefonisches Gespräch* zwischen dem nichtärztlichen Psychotherapeuten und dem ärztlichen Behandler bezüglich eines Gesamttherapiekonzepts am zielführendsten, denn die Kommunikation über den Patienten („Sagen Sie Ihrem Arzt...“) kann für diesen sehr belastend sein. Probleme und Konflikte zwischen verschiedenen Behandlern sollten nicht auf dem Rücken des Patienten ausgetragen werden.

Menschen mit psychischen Störungen sollten über die wichtigsten Wirkungen und Nebenwirkungen der verschiedenen Psychopharmaka gut informiert sein, um Vor- und Nachteile einer Kombinationstherapie besser abwägen zu können. Folgende Internet-Seiten informieren allgemein verständlich über Psychopharmaka:

www.netdokter.de (die Deutschland-Variante ist relativ umfangreich)

www.netdokter.at (die Österreich-Variante ist weniger umfangreich)

<http://de.wikipedia.org/wiki/Psychopharmaka> (Homepage von wikipedia)

www.panikattacken.at/beruhigungsmittel/benzos.htm (Homepage des Autors)

www.panikattacken.at/antidepressiva/antidepressiva.htm (Homepage des Autors)

www.psychiatrie-aktuell.de/bgdisplay.jhtml?itemname=psychopharmaka

www.medinfo.de/medikamente.asp (Wirkstoffe, Medikamenten-Infos)

www.neuro24.de/psychopharmaka.htm (Homepage eines deutschen Psychiaters)

www.ak-mezizin.de/depressi/index.htm (Überblick über Antidepressiva)

www.wegweiser-psychopharmaka.de/lexikon (Homepage einer deutschen Psychiaterin mit allen Psychopharmaka mit Wirkstoffen und Markennamen)

Psychopharmaka sind Mittel, die auf das Gehirn einwirken und auf diese Weise die psychischen Vorgänge beeinflussen. Sie *fördern oder hemmen die Übertragung von Informationen* zwischen den Nervenzellen an den Synapsen, d.h. an den Kontaktstellen zwischen zwei Nervenbahnen. Informationen werden in den Nerven elektrisch und zwischen den Nerven auf chemischem Weg über den synaptischen Spalt von einem Nerv zum anderen weitergeleitet. Durch elektrische Impulse werden die Botenstoffe (Transmitter) in kleinen Bläschen in einen Spalt zwischen zwei Synapsen freigesetzt und gelangen dann an die Wand der nächsten Synapse, wo sie eine Reaktion auslösen, danach wird die Information wieder über den Nerv elektrisch weitergeleitet.

Man unterscheidet *fünf Arten von Psychopharmaka*, die im Überblick kurz dargestellt werden. Es handelt sich um Beruhigungsmittel (Tranquilizer), Schlafmittel (Hypnotika), Antidepressiva, Phasenprophylaktika und Neuroleptika.

Beruhigungsmittel

Tranquilizer vom Typ der Benzodiazepine sind die heute maßgeblichen Beruhigungsmittel. Sie schirmen jenen Teil des Gehirns, der als das Zentrum der Gefühle gilt, nämlich das *limbische System*, gegen übermäßige Reize ab und dämpfen die Reaktion darauf. Alle Tranquilizer wirken mehr oder weniger gleich:

- *angstlösend*: sie dämpfen Ängste und vermindern innere Anspannungen;
- *antipanisch*: sie fangen Panikattacken ab;
- *antiaggressiv*: sie dämpfen die Aggressionsbereitschaft;
- *emotional dämpfend und sedierend*: sie dämpfen die vegetativen und hormonellen Reaktionen auf emotionale Reize, was stressreduzierend wirkt;
- *hypnotisch*: sie wirken schlafanstoßend;
- *muskelentspannend*: sie entspannen die Skelettmuskulatur;
- *krampflösend*: sie wirken antiepileptisch.

Benzodiazepine sind für den akuten Einsatz gedacht. Sie sollten nur vorübergehend und nicht regelmäßig eingenommen werden, denn sie machen bei längerer Einnahme (oft schon nach 2–3 Monaten) abhängig. Sie wirken rasch beruhigend, angstlösend und schlaffördernd. An nicht abhängig machenden Beruhigungsmitteln wird geforscht. Die bekanntesten chemischen Substanzen sind (in Klammer die Markenpräparate mit einigen Generika, d.h. gleichwertigen Präparaten nach Auslaufen des Patentschutzes des Markenprodukts):

Alprazolam (D/Ö: Alprazolam, D: Tafil, Xanax, Ö: Xanor, Alprastad)

Bromazepam (D/Ö: Lexotanil, Bromazepam, D: Lexostad, Bromazanil)

Diazepam (D/Ö: Valium, Diazepam, D: Faustan, Ö: Gewacalm, Psychopax)

Lorazepam (D/Ö: Lorazepam, D: Tavor, Duralozam, Ö: Temesta, Merlit)

Oxazepam (D/Ö: Adumbran, Praxiten, D: Oxazepam, Durazepam, Ö: Anxiolyt)

Viele Verhaltenstherapeuten legen großen Wert darauf, dass eine Konfrontationstherapie bei Agoraphobie ohne Medikamente erfolgt, zumindest ohne Tranquilizer, wenn schon aus bestimmten Gründen Antidepressiva für längere Zeit regelmäßig eingenommen werden müssen. Dies wird damit begründet, dass Angstpatienten alle Erfolge sich selbst und nicht den Medikamenten zuschreiben lernen, um auf diese Weise wieder mehr Selbstvertrauen zu gewinnen. Bei regelmäßiger Tranquilizer-Einnahme sind gefühlsaktivierende und emotionszentrierte Vorgangsweisen grundsätzlich wenig sinnvoll bzw. noch verfrüht.

Schlafmittel (Hypnotika)

Hypnotika sind Mittel, die den Schlaf herbeiführen. Häufig werden bestimmte Benzodiazepine eingesetzt, die nach längerer Einnahme abhängig machen:

Flunitrazepam (D/Ö: Rohypnol, D: Fluninoc, Flunitrazepam, Ö: Somnubene)

Lormetazepam (D/Ö: Noctamid, Lormetazepam, D: Ergocalm, Loretam)

Nitrazepam (D: Nitrazepam, Mogadan, Eaton N, Somnibel, Ö: Mogadon)

Triazolam (D/Ö: Halcion, D: Halcion mite)

Neuere Schlafmittel mit etwas geringerem Abhängigkeitspotenzial sind:

Zolpidem (D/Ö: Zoldem, Zolpidem, D: Stilnox, Bikalm, Ö: Ivadal)

Zopiclon (D: D: Zopiclon, Ximovan, Optidorm, Somnosan, Ö: Somnal)

Antidepressiva

Es gibt stimmungsstabilisierende, aktivierende und dämpfende Antidepressiva. Antidepressiva machen nicht abhängig; viele wirken erst nach 2–3 Wochen.

Als *stimmungsstabilisierende und angstlösende Antidepressiva* gelten die Mittel aus der Gruppe der *Serotonin-Wiederaufnahmehemmer*:

Citalopram (D/Ö: Citalopram, D: Cipramil, Citalon, Sepram, Ö: Seropram, Pram, Eostar, Citalhexal)

Escitalopram (D/Ö: Cipralex, Ö: Entact) – Nachfolgeprodukt von Citalopram

Fluvoxamin (D/Ö: Fluvoxamin, D: Fevarin, Ö: Floxyfral)

Fluoxetin (D/Ö: Fluoxetin, D: Fluctin, Fluox, Ö: Fluctine, Mutan, Positivum)

Paroxetin (D/Ö: Seroxat, Paroxat, Paroxetin, D: Euplix, Tagonis, Ö: Ennos)

Sertralin (D/Ö: Sertralin, Gladem, D: Zoloft, Ö: Tresleen)

Zu den modernen Antidepressiva zählen auch folgende Substanzen:

- *Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer* (aktivierend)
 - *Venlafaxin* (D: Trevilor, Trevilor retard, Ö: Efectin, Efectin ER)
 - *Milnacipran* (nur Ö: Dalcipran, Ixel)
 - *Duloxetin* (D/Ö: Cymbalta)
- *Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer* (aktivierend, antriebssteigernd)
 - *Reboxetin* (D/Ö: Edronax, D: Solvex, Ö: Reboxetine)
 - *Viloxazin* (D/Ö: Vivilan)
- *Noradrenalin-Serotonin-selektive Antidepressiva* (dämpfend, angstlösend):
 - *Mirtazapin* (D/Ö: Mirtazapin, Remeron, D: Remergil, Ö: Mirtabene)
- *Serotonin-Modulatoren* (dämpfend, zum Einschlafen)
 - *Trazodon* (D: Thombran, Trazodon, D: Trittico, Trittico retard)

In speziellen Fällen wird ein *MAO-Hemmer* der zweiten Generation verschrieben, und zwar *Moclobemid* (D/Ö: Aurorix, Moclobemid).

In der klinischen Praxis wird bei leichteren ängstlich-depressiven Zustandsbildern sowie bei somatoformen Störungen öfter das beruhigend wirkende trizyklische Antidepressivum *Opipramol* (D/Ö: Insidon) verordnet.

Bei den älteren *trizyklischen Antidepressiva*, die wegen ihrer stärkeren Nebenwirkungen (Herz-Kreislauf-Störungen, Übelkeit, Verstopfung, Mundtrockenheit, Gewichtszunahme, Müdigkeit, Zittern, Schwindel, sexuelle Lustlosigkeit u.a.) nicht mehr so häufig verschrieben werden, unterscheidet man:

- *Dämpfende, angstlösende, oft zum Einschlafen verordnete Antidepressiva:*
 - *Amitriptylin* (D/Ö: Saroten, D: Amineurin, Ö: Tryptizol)
 - *Dibenzepin* (D/Ö: Noveril, D: Noveril retard)
 - *Doxepin* (D/Ö: Doxepin, D: Sinquan, Mareen 50, Ö: Sinequan)
 - *Trimipramin* (D: Stangyl)
- *Aktivierende, antriebssteigernde, stimmungsaufhellende Antidepressiva:*
 - *Clomipramin* (D/Ö: Anafranil, Clomipramin, D: Hydiphen)
 - *Imipramin* (D/Ö: Tofranil, D: Imipramin, Pryleugan)
- *Primär antriebssteigernde Antidepressiva:*
 - *Desipramin* (D/Ö: Pertofran, D: Petyllyl)
 - *Nortriptylin* (D/Ö: Nortrilen)

Als *Tetrazyklische Antidepressiva* gelten das stimmungsaufhellende Präparat *Ludomil* und das dämpfende Mittel *Tolvin/Tolvon*.

Die *Nebenwirkungen* sind bei den modernen Antidepressiva zwar wesentlich geringer und harmloser als bei den älteren Antidepressiva, zumindest bei bestimmten körperlich sensiblen Menschen aber dennoch sehr belastend.

Immer mehr Psychotherapie-Patienten nehmen auf Anraten der Ärzte Antidepressiva ein. Die stark ansteigende Verschreibung von Antidepressiva macht bei den Krankenkassen einen bedeutsamen Kostenfaktor aus.

In vielen Fällen kann *eine Psychotherapie auch ohne Psychopharmaka erfolgreich sein*, was durch zahlreiche Studien belegt ist. Es ist keinesfalls immer eine Kombinationstherapie nötig, wie diese gegenwärtig von vielen Fachleuten bei Depressiven und Angstkranken zur Standardbehandlung erklärt wird.

Phasenprophylaktika

Phasenprophylaktika sind Psychopharmaka zur langfristigen *Vorbeugung* von schweren Depressionen und Phasen bei manisch-depressiven Erkrankungen; sie erfordern eine mehrjährige Einnahme. Die wichtigsten Substanzen sind:

- *Lithium* (D: Hypnorex, Ö: Quilonorm)
- *Bestimmte Antiepileptika* (beeinflussen auch die Emotionen)
 - *Carbamazepin* (D: Tegretal, Ö: Tegretol)
 - *Valproinsäure* (D/Ö: Convulex, Neurolepsin)
 - *Lamotrigin* (D/Ö: Lamictal)

Neuroleptika

Neuroleptika – auch *Antipsychotika* genannt – sind Substanzen, die primär zur Behandlung von Psychosen (Schizophrenie) eingesetzt werden. Sie beeinflussen bestimmte Überträgersubstanzen (Transmitter) des Hirnstoffwechsels und wirken dadurch antipsychotisch, dämpfend und antriebsmindernd bei psychomotorischen und affektiven Erregungszuständen, vor allem auch schlaffördernd. Neuroleptika vermindern Wahngedanken, Sinnestäuschungen, Erregtheit und Aggression und sollen das Denken und die Wahrnehmung positiv beeinflussen.

Man unterscheidet *hochpotente Neuroleptika* (z.B. Dapotum, Decentan, Fluanxol, Haldol), die primär gegen die psychotischen Symptome und weniger beruhigend wirken, *mittelpotente Neuroleptika* und *niederpotente Neuroleptika* (z.B. Truxal, Melleril), die stärker beruhigend und weniger antipsychotisch wirken. Bei Bedarf werden hoch- und niederpotente Mittel kombiniert eingesetzt, um sowohl die Wahnsymptome als auch die Erregungszustände zu behandeln.

Neuroleptika machen nicht abhängig. Die älteren Neuroleptika haben jedoch starke Nebenwirkungen, die neueren so genannten *atypischen Neuroleptika* haben eine gute antipsychotische Wirksamkeit bei weitaus weniger körperlichen Nebenwirkungen und beeinträchtigen auch weniger die intellektuellen Fähigkeiten. Klassische und atypische Neuroleptika, die zur Behandlung von Psychosen entwickelt wurden, werden im deutschen Sprachraum in niedriger Dosierung öfter auch Menschen mit Angst- und Panikstörungen, Zwangsstörungen und Depressionen verschrieben. Der Einsatz von niedrig dosierten Neuroleptika bei Angstpatienten als Tranquilizer-Ersatz ist auch unter Fachärzten umstritten. Als Mittel der ersten Wahl gelten bei Angst- und Zwangspatienten Antidepressiva vom Typ der Serotonin-Wiederaufnahmehemmer.

Es handelt sich dabei um folgende, in Deutschland und Österreich gleichnamige *Markenpräparate*: Abilify, Dogmatil, Laponex, Nipolept, Risperdal, Serdolect, Seroquel, Solian, Zeldox, Zyprexa.

Placeboeffekt bei Psychopharmaka

Bei Psychopharmaka sind *psychologische Faktoren* bedeutsam, die unter dem Begriff „Placebo“ bekannt sind. Placebos sind *Leerpräparate* mit harmlosen Stoffen (Stärke, Milchezucker oder Kochsalzlösung), die durch den Glauben des Patienten an eine Wirkung tatsächlich Wirkeffekte zeigen, obwohl pharmakologisch keine gegeben sind.

Pseudoplacebos sind Scheinmedikamente in dem Sinn, dass sie zwar bestimmte Stoffe (Vitamine, Metalle, Pflanzenextrakte usw.) enthalten, jedoch nicht die behauptete Wirkung ausüben. Viele Ärzte verschreiben derartige Pseudoplacebos, weil die Patienten oft eine Medikation erwarten.

Im Rahmen von *Medikamentenstudien* wird von Pharmafirmen anerkannt, dass bei einer Placebogruppe eine Symptomreduktion gegenüber einer unbehandelten Kontrollgruppe eintritt. Der Effekt des neuen Medikaments muss nur größer sein als der Placeboeffekt. Im Abschlussbericht zu einer Medikamentenstudie heißt es dann z.B.: „Das Medikament bewirkte in der Behandlungsgruppe bei 60 % der Patienten eine signifikante Symptomreduktion, während dies in der Placebogruppe nur bei 35 % der Fall war.“

Placebos wirken am besten bei Symptomen oder Störungen, die *zeitlichen Schwankungen* unterliegen, z.B. bei Depressionen, Angststörungen und Schmerzstörungen.

Eine Placeboreaktion ist wahrscheinlicher, wenn die Behandlung auf eine Funktion des Zentralnervensystems gerichtet ist, wie dies bei psychischen Störungen der Fall ist. Das Vorhandensein von Angst scheint die beste Voraussetzung für eine Placebowirkung zu sein, auch bei organisch bedingten Störungen.

Die Angstspannung wird durch *suggestive Effekte* rund um die Placebobehandlung reduziert. Patienten ohne Angst reagieren auf Placebos schlechter. Je stärker die Schmerzen und der Leidensdruck sind, umso größer ist der Placeboeffekt.

Bei Patienten mit Angststörungen und Depressionen beruht mindestens ein *Drittel*, oft sogar die *Hälfte* der vermeintlichen Medikamentenwirkung auf der Placebowirkung.

Placeboeffekte lassen sich durch folgende *Faktoren* erklären:

- Persönlichkeit des Patienten (Hoffnung, Erwartung, Suggestibilität),
- experimentelle Einflussfaktoren (Umstände, Aussehen der Tabletten u.a.),
- situative Einflussfaktoren (Persönlichkeitsvariablen des Arztes, Art der Arzt-Patient-Beziehung, Art des Behandlungsmilieus).

Der Placeboeffekt ist ein *unspezifischer Behandlungseffekt*, der bei jeder medizinischen und auch psychotherapeutischen Behandlung wirksam ist. Er stellt eine unbewusste *Aktivierung der Selbstheilungskräfte* des Menschen dar, obwohl die Wirkung anderen Kräften als den eigenen zugeschrieben wird. Die Wirksamkeit von Placebos beruht auf den komplizierten Zusammenhängen zwischen Psyche, Nerven- und Immunsystem.

Mögliche *Wirkmechanismen* von Placebos sind Konditionierung, Entwicklung einer Erwartungshaltung und Freisetzung endogener Überträgersubstanzen einschließlich der Endorphine, d.h. der körpereigenen Peptide mit morphinähnlicher Wirkung, und der adrenalinähnlichen Katecholamine.

Die Wirksamkeit von Placebos, die auch bei körperlichen Störungen zumindest kurzfristig gegeben ist, kann nicht durch Einbildung und Erfolgserwartung erklärt werden. Seit längerem ist nachgewiesen, dass zumindest bei bestimmten Schmerzpatienten der Glaube an die schmerzdämpfenden Effekte des Placebos zur *Ausschüttung endogener analgetisch wirkender Stoffe* führt. Es handelt sich dabei um die vermehrte Ausschüttung von Endorphinen.

Fragen zur Einnahme von Psychopharmaka

Menschen, die neben einer beabsichtigten oder bereits laufenden Psychotherapie auch vorübergehend oder regelmäßig Psychopharmaka einnehmen, sollen durch die folgenden *Fragen* angeregt werden, die Wertigkeit von Psychotherapie im Vergleich zu Medikamenten zu überlegen:

- Wissen Sie eigentlich, wofür bzw. wogegen Sie Psychopharmaka erhalten?
- Kennen Sie die Diagnose, die zur Psychopharmaka-Verordnung führte?
- Was hat Ihnen der behandelnde Arzt gesagt, als Sie danach gefragt haben?
- Nehmen Sie die Psychopharmaka aus denselben Gründen, deretwegen Sie bereits in Therapie sind bzw. deretwegen Sie in Therapie gehen möchten?
- Welche Wirkungen erwarten Sie von Psychopharmaka, die Sie bislang nicht mit eigenen Kräften erzielen konnten?
- Welche positiven Wirkungen der Psychopharmaka haben Sie beobachtet?
- Welche erhofften Wirkungen sind bislang ausgeblieben?
- Welche Nebenwirkungen haben Sie beobachtet? Was sagt Ihr Arzt dazu?
- Haben Sie das Gefühl, dass Sie die Psychopharmaka wirklich brauchen oder leben Sie eher in der Erwartungsangst, dass es Ihnen nach längerer Einnahme wieder schlechter gehen könnte, wenn Sie die Medikamente absetzen?
- Welche Gefühle möchten Sie mit den Psychopharmaka „wegmachen“?
- Welche Gefühle und Zustände sind wirklich krankhaft, welche eher normale Zustände menschlichen Seins, die Sie besser aushalten lernen müssen?
- Was genau müssen Sie bei Ihrer Persönlichkeit und Ihrem Verhalten ausbauen, um ohne Psychopharmaka besser leben zu können?
- Wovor haben Sie die größte Angst, wenn Sie die Psychopharmaka jetzt langsam ausschleichen würden? Gefährdet dies den Psychotherapieerfolg?
- Nehmen Sie schon länger als 2–3 Monate regelmäßig Tranquilizer ein? Haben Sie gewusst, dass Sie nach dieser Zeit schon abhängig werden können?
- Glauben Sie, dass Sie bereits einen schädlichen Gebrauch von Tranquilizern betreiben? Was sagt Ihr Arzt dazu?
- Wissen Sie, dass bei Tranquilizer-Einnahme im Falle eines Verkehrsunfalls Ihre Versicherung ansteigt?
- Glauben Sie, dass die Psychotherapie nur mithilfe von Psychopharmaka gelingen wird oder ist eine Therapie auch ohne Medikamente vorstellbar?
- Möchten Sie sich durch Psychopharmaka eine längere Psychotherapie ersparen?
- Wie lange möchten Sie die Psychopharmaka neben einer Psychotherapie einnehmen?
- Was genau sind die späteren Kriterien zum Absetzen der Psychopharmaka?

Pflanzliche Mittel neben der Psychotherapie?

Pflanzliche Mittel (*Phytopharmaka*) haben bei der Behandlung psychischer Störungen in den letzten Jahren zunehmend an Bedeutung gewonnen, unterstützt auch durch die Empfehlung von Fachleuten und die Herstellung der Mittel durch bekannte Pharmafirmen.

Bei Wirkungslosigkeit sollte zuerst die Ursache in möglicher Unterdosierung gesucht werden. Eine *Wirkungsverbesserung* pflanzlicher Präparate ist oft durch längere Einnahme und höhere Dosierung möglich (z.B. täglich mindestens 900 mg Johanniskraut-Extrakt bei Depressionen).

Verschiedene *Tees* sind nach Auffassung aller Fachleute unzureichende Behandlungsmittel bei klinisch relevanten psychischen Störungen, weil die Wirksubstanz im Vergleich zu hochkonzentrierten Extrakten viel zu gering ist.

Von einer *Selbstbehandlung* mit pflanzlichen Präparaten ist dringend abzuraten, wenngleich die entsprechenden Mittel frei erhältlich sind. Erfahrene Ärzte und Apotheker sollten unbedingt zu Rate gezogen werden, denn auch pflanzliche Präparate können unerwünschte Nebenwirkungen haben.

Die früher sehr beliebte Substanz *Kava-Kava* – ein Rauschpfeffer aus der Südsee als natürliches Beruhigungsmittel bei Angststörungen – wurde wegen schwerer Leberschäden bei hochgradiger Überdosierung EU-weit verboten.

Die *wichtigsten pflanzlichen Substanzen* sind gegenwärtig:

- *Johanniskraut*. Zahlreiche Studien belegen, dass Johanniskrautpräparate bei leichten und mittelschweren Depressionen sowie bei ängstlich-depressiven Zuständen gleich wirksam sind wie synthetische Antidepressiva. Vom Wirkmechanismus her sind sie ähnlich wirksam. Die meisten Wirksamkeitsstudien liegen für die Präparate *Jarsin*, *Laif*, *Remotiv*, *Esbericum forte*, *Neuroplant* und *Aristofor* vor. Aufgrund der Art des Abbaus im Körper kann die Wirksamkeit von Medikamenten beeinträchtigt werden. Hoch dosierte Johanniskrautpräparate können in Einzelfällen daher auch die Wirkung von Antikonzeptika (Antibabypillen) beeinträchtigen, was viele Frauen verunsichert hat. Der Beipacktext enthält einen entsprechenden Hinweis. Es liegen dazu einander widersprechende Studien vor.
- *Baldrian*, *Hopfen*, *Melisse* und *Passionsblumenkraut*. Diese Mittel haben sich als natürliche Beruhigungs- und Schlafmittel bewährt und werden durch den Wegfall der Kava-Kava-Präparate in ähnlicher Weise wie Johanniskraut auch bei Angststörungen eingesetzt. Es gibt verschiedene Kombinationspräparate, z.B. eine Baldrian-Hopfen-Mischung (D: Hovaletten N, Ö: Hova), die die Wirksamkeit verstärken sollen.

Homöopathie und *Bach-Blüten* werden bei psychischen Störungen ebenfalls in großem Umfang eingesetzt, doch wird darauf in diesem Zusammenhang nicht näher eingegangen. Es gibt dazu keine derart eindrucksvollen Wirksamkeitsstudien wie bei Johanniskraut, wenn man nach dem Prinzip der evidenzbasierten Medizin geht, d.h. nach wissenschaftlich erwiesener Wirksamkeit.

Welcher Psychotherapeut ist der passende?

Therapeutin oder Therapeut?

Zur Thematik „Therapeutin oder Therapeut“ gibt es meist unberechtigte Vorurteile. Das Geschlecht des Therapeuten ist in einer Psychotherapie durchaus von Bedeutung, aber nicht so stark, wie oft angenommen wird. Selbst bei Sexualtherapien kann ein gegengeschlechtlicher Therapeut genauso hilfreich sein wie ein gleichgeschlechtlicher.

In bestimmten Fällen und bei entsprechenden Ressourcen – zumindest in verschiedenen Institutionen – können gleichzeitig ein weiblicher und ein männlicher Therapeut Gewinn bringend tätig sein. Ein derartiges Setting kann auch in Gruppentherapien oder in Systemischen Familientherapien von Vorteil sein.

Viele *Frauen* bevorzugen bei Partner- und Sexualproblemen, weiblichen Rollenproblemen, Schwangerschaftsproblemen, Erziehungsproblemen, Essstörungen, sexueller Traumatisierung oder häuslicher Gewalt eine Therapeutin und finden dabei oft auch die Unterstützung durch feministische Sichtweisen. Bei Vergewaltigung oder sexuellem Missbrauch ist Frauen eher eine Therapeutin zu empfehlen. Eine Psychotherapie bei einer Therapeutin ist in diesen Fällen durchaus sinnvoll, aber keinesfalls immer notwendig.

Viele *männliche Patienten* können gerade von einem männlichen Psychotherapeuten profitieren und erwarten sich durch die Gleichgeschlechtlichkeit ein besseres Verständnis für ihre Lage und Symptomatik. Manche Männer bevorzugen eine Therapeutin, weil sie gerade von einer Frau mehr Einfühlungsfähigkeit und Akzeptanz erwarten, während sie bei einem männlichen Therapeuten mehr Anforderungen und in der Folge davon mehr Status- und Rivalitätsprobleme fürchten.

Bei *Kindern* und *Jugendlichen* kann es bedeutsam sein, einen gleich- oder gegengeschlechtlichen Therapeuten zu wählen, je nachdem, welche positiven und negativen Erfahrungen mit Frauen und Männern bestehen bzw. in welcher Entwicklungsphase sich das Kind bzw. der Jugendliche gerade befindet.

Grundsätzlich gilt zum Geschlecht des Psychotherapeuten folgende Überlegung: Jeder Patient hat in Abhängigkeit vom Geschlecht des Therapeuten die Chance, ein dazu passendes Rollenverhalten zu entwickeln, seine Identität in der eigenen Geschlechtsrolle zu stärken und damit seine Entwicklungsmöglichkeiten zu fördern. Es kommt darauf an, welche Bedürfnisse und Lernmöglichkeiten zum Zeitpunkt des Therapiebeginns gerade im Vordergrund stehen. Patienten mit dem Wunsch nach einer Therapeutin bzw. einem Therapeuten sollten im Falle einer Wahlmöglichkeit ihrer Vorliebe durchaus folgen, wenn sie sich dann in der Psychotherapie subjektiv wohler fühlen.

Zur persönlichen Klärung ist es hilfreich, dass sich Patienten fragen, welche Gedanken, Erwartungen, Vorstellungen und Gefühle sie mit dem Geschlecht des Therapeuten verbinden, um die Motive ihrer Therapeutenwahl besser verstehen zu lernen.

Jüngerer oder älterer Therapeut?

Das Alter und die menschliche bzw. berufliche Erfahrung des Therapeuten können in bestimmten Psychotherapien einen maßgeblichen Einfluss auf das Ergebnis haben. Zumindest beeinflussen diese Faktoren die Erwartungen von Patienten, dass ältere Psychotherapeuten besser helfen können als jüngere, was keinesfalls immer der Realität entspricht.

Hinter dem Bedürfnis nach einem *älteren Psychotherapeuten* steht oft nicht nur der Wunsch des Patienten nach einem therapeutisch sehr erfahrenen Helfer, sondern auch die Hoffnung, von dessen breiterer persönlicher Lebenserfahrung profitieren zu können und Ratschläge zu bekommen, die mehr sind als Bücherweisheiten.

Nicht selten wird in einem älteren Psychotherapeuten bewusst oder unbewusst eine Vater- bzw. Mutter-Figur gesucht, die auf dem Hintergrund der eigenen Lebensgeschichte eine ganz bestimmte Funktion erfüllen soll, z.B. die Rolle eines gütigen und Geborgenheit gebenden Ersatz-Elternteils.

Ältere Patienten können sich oft nicht vorstellen, wie jüngere Therapeuten, die ihre Söhne bzw. Töchter sein könnten, ihnen aufgrund ihrer geringeren Lebenserfahrung helfen können. Erwachsene Patienten mit Kindern gehen bei Erziehungsproblemen nicht selten davon aus, dass ein jüngerer Therapeut ohne Kinder sie nicht so gut verstehen könne wie ein älterer Therapeut, der durch die Erfahrung mit eigenen Kindern eine ganz andere Perspektive habe. Ein junger Therapeut könne vielleicht zwar gute Ratschläge geben, könne sich aber mangels eigener Erfahrungen schwerer in ihre Lage als Eltern einfühlen.

Verschiedene Faktoren sprechen durchaus für die Wahl eines jüngeren Psychotherapeuten. Viele *junge Therapeuten* gleichen ihren Mangel an langjähriger beruflicher Erfahrung durch ein hohes Engagement und einen nicht selten aktuelleren Wissensstand aus. Jüngere Psychotherapeuten sind bei privater Bezahlung meist kostengünstiger als ältere und renommierte Psychotherapeuten, die aufgrund der größeren Nachfrage außerhalb des Kassensystems einen höheren Tarif verlangen können. Sie sind meist noch nicht so überlaufen wie ältere Therapeuten, sodass ein Therapieplatz leichter erreichbar ist. Jüngere Psychotherapeuten in Ausbildung unter Supervision, die bereits selbst Patienten übernehmen dürfen, sind bei privater Bezahlung eine durchaus interessante Behandlungsalternative.

Der Faktor des Alters als Ausdruck einer gewissen Reife und Lebenserfahrung spielt auch im österreichischen Psychotherapiegesetz eine Rolle, wonach zur selbstständigen Ausübung der Psychotherapie nur berechtigt ist, wer das 28. Lebensjahr vollendet hat. Das psychotherapeutische Fachspezifikum darf nur beginnen, wer das 24. Lebensjahr vollendet hat. In Deutschland erübrigt sich ein derartiger Passus, weil durch die vorherige Absolvierung eines Studiums der Medizin, der Psychologie, der Pädagogik oder der Sozialpädagogik ohnehin ein derartiges Alter erreicht wird.

Spezialist oder Allrounder?

Psychotherapeuten haben aufgrund ihrer Ausbildung die Befähigung zur Behandlung von Menschen mit allen möglichen psychischen Störungen und Problemen. Jeder Psychotherapeut sollte grundsätzlich in der Lage sein, gemäß seiner Methode alle Patienten zu behandeln, die Anspruch auf Kassenleistungen haben. Dennoch ist es unmöglich, dass ein Psychotherapeut in allen Bereichen seines Faches eine gleich gute Befähigung und Erfahrung aufweist. Im Falle einer Überforderung bei einem bestimmten Problem ist der Psychotherapeut sogar verpflichtet, von einer Behandlung Abstand zu nehmen und den Patienten über alternative Therapiemöglichkeiten zu informieren.

Viele Psychotherapeuten haben sich auf die *Behandlung bestimmter Probleme und Beschwerden* spezialisiert, wie etwa Angst- und Zwangsstörungen, Depressionen, Schlafstörungen, Substanzmissbrauch (Alkohol, Medikamente), Essstörungen, Sexualstörungen, psychosomatische Beschwerden, Schmerzstörungen, Frauenprobleme, Partner- und Familienprobleme, Erziehungsprobleme, Kinder- und Jugendlichenprobleme, schulische oder berufliche Probleme.

Bei verschiedenen *Psychotherapeutenlisten im Internet* ist es möglich, Therapeuten abzurufen, die sich auf die Behandlung von Menschen mit einer bestimmten Störung und einem bestimmten Alter in einem bestimmten Setting spezialisiert haben. An einer Psychotherapie Interessierte sollten sich erkundigen, ob es sich dabei tatsächlich um Spezialisten handelt oder eher um Ankündigungen im Sinne werbestrategischer Maßnahmen.

Es gibt keine klaren Kriterien dafür, wann jemand als „Spezialist“ zu bezeichnen ist. Im Rahmen von Weiterbildungen nach Abschluss einer Psychotherapieausbildung bestehen je nach Methode unterschiedliche Möglichkeiten des Erwerbs von *Zusatzqualifikationen*.

Verschiedene Therapeuten gehen bei bestimmten Störungen (z.B. Angststörungen, Depressionen und psychosomatischen Störungen) nicht nach einer bestimmten Psychotherapiemethode vor, sondern verwenden alle als wirksam bekannten Strategien aus allen Verfahren, weil jeder Patient ein Recht auf die bestmögliche Behandlung habe. Sie verwenden *störungsspezifische Konzepte*.

Andere Therapeuten, wie etwa viele Vertreter aus dem Bereich der klassischen Personenzentrierten Psychotherapie, halten sich an die allgemeinen Behandlungsgrundsätze ihrer Psychotherapiemethode und lehnen störungsspezifische Strategien entschieden ab, weil es sich dabei um ungebührliche Einengungen der Patienten handle. Viele humanistische Psychotherapeuten lehnen die meist verhaltenstherapeutisch fundierten Behandlungsmanuale ab.

Psychotherapeuten sollten nach humanistischer Sichtweise vielmehr die spezifischen Eigenschaften der Patienten und die Möglichkeiten der therapeutischen Beziehung berücksichtigen, anstatt einseitig diagnosegeleitet und gar manualgestützt vorzugehen. Viele Belastungen und Krisen der Patienten lassen sich in der Praxis nicht nach einem Behandlungsleitfaden therapieren, sondern erfordern individuelles Vorgehen, Kreativität und Flexibilität.

Ärztlicher, Psychologischer oder nichtakademischer Psychotherapeut?

Während es in Deutschland im Rahmen der Gesetzlichen Krankenversicherungen nur akademische Psychotherapeuten gibt (Ärzte, Psychologen oder Pädagogen), sind in Österreich und anderen Ländern auch nichtakademische Psychotherapeuten tätig. Viele Patienten stehen vor der Frage, welche Bedeutung der Grundberuf des Psychotherapeuten hat, und suchen diesbezüglich nach Entscheidungskriterien. Einige allgemeine Hinweise sollen die Entscheidung erleichtern.

Unter den *deutschen Kassenpsychotherapeuten* stellen nichtärztliche Therapeuten bereits die überwiegende Mehrheit dar. 85 % der deutschen Kassenpsychotherapeuten sind Psychologische Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Dabei zeigen sich folgende Aspekte: Ärztliche Psychotherapeuten haben mehrheitlich eine psychoanalytische Ausbildung, Psychologische Psychotherapeuten haben mehrheitlich eine verhaltenstherapeutische Ausbildung.

Bei der *Empfehlung zu einer Psychotherapie* fällt aufseiten der Zuweiser öfter folgende Tendenz auf, die zwar verständlich, aber nicht immer sinnvoll ist: *Ärzte* empfehlen eher einen Ärztlichen Psychotherapeuten, *Psychologen* eher einen Psychologischen Psychotherapeuten. Dahinter stehen nicht selten Vorurteile, leider aber auch konkrete und bittere Erfahrungen.

Ärztliche Zuweiser können nichtärztliche Psychotherapeuten nennen, die mangels medizinischer Grundkenntnisse falsche therapeutische Strategien gewählt haben. Psychologische bzw. sonstige nichtärztliche Psychotherapeuten verweisen nicht selten darauf, dass Ärztliche Psychotherapeuten ihre Patienten oft auch gleich zur Einnahme von Psychopharmaka drängen.

Es kann auch vorkommen, dass ein Hausarzt lieber eine Überweisung an einen nichtärztlichen Psychotherapeuten vornimmt, weil er fürchtet, den Patienten bei der Überweisung an einen Facharzt für Psychiatrie zu verlieren, weil dieser dann neben der Psychotherapie auch gleich die Psychopharmakotherapie übernehmen könnte.

Man sollte die Thematik ganz offen ansprechen: Eine gewisse *Konkurrenz* zwischen den verschiedenen Berufsgruppen ist durchaus gegeben. Der Patient sollte jedoch auf seine Überlegungen und Erfahrungen im Rahmen des Erstgesprächs bzw. der Probesitzungen vertrauen.

Psychotherapie-Interessierte mit einer körperlichen Erkrankung denken öfter, sie könnten von einem Psychotherapeuten, der zugleich Arzt ist, mehr profitieren als von einem nichtärztlichen Psychotherapeuten. Dies lässt sich generell nicht so behaupten. Es hängt zudem vom Arzt ab, ob dieser sowohl psychotherapeutisch als auch medikamentös bei einem Patienten tätig sein möchte bzw. ob dieser überhaupt eine medizinische Ordination hat. Ein Teil der Ärztlichen Psychotherapeuten lehnt die Kombination beider Tätigkeiten wegen möglicher Rollenkonflikte ab und verweist bezüglich Medikamente auf Fachärzte oder Hausärzte.

In *Deutschland* können neben den Ärzten aufgrund des Psychotherapeutengesetzes nur Diplom-Psychologen, im Kinder- und Jugendlichenbereich auch Pädagogen und Sozialpädagogen den Titel „Psychotherapeut“ bzw. „Psychotherapeutin“ erwerben. Nach den Bestimmungen der verschiedenen Ausbildungsinstitute in Nicht-Richtlinien-Psychotherapiemethoden können auch andere akademische Berufsgruppen zur Psychotherapieausbildung zugelassen werden (z.B. bei den Methoden Gesprächspsychotherapie und Systemische Therapie), ja sogar nichtakademische Berufsgruppen (z.B. bei den Methoden Gestalttherapie, Transaktionsanalyse und Psychodrama), die ausgebildeten Therapeuten müssen ihren Beruf dann jedoch als Heilpraktiker ausüben.

Wer aus Kostengründen nur eine kassenfinanzierte Psychotherapiemethode wählen kann, aber dennoch von den Möglichkeiten einer Nicht-Richtlinien-Psychotherapie (z.B. Gestalttherapie, Systemische Therapie) profitieren möchte, sollte nach einem Therapeuten suchen, der in zwei Methoden ausgebildet ist. Ein Kassentherapeut muss zwar nach einer Richtlinien-Psychotherapiemethode vorgehen, wird jedoch seine andere erlernte Methode im Sinne eines integrativen Vorgehens je nach Bedarf berücksichtigen.

In *Österreich* können sich neben Ärzten und Psychologen zahlreiche akademische und nichtakademische Berufsgruppen in einer der 21 anerkannten Psychotherapiemethoden ausbilden lassen. Ein Viertel der österreichischen Psychotherapeuten sind keine Akademiker.

Der Umstand, dass jemand vom Grundberuf her Arzt oder Psychologe ist, garantiert nicht unbedingt, dass er deswegen fachlich besser ist als ein nicht-akademischer Psychotherapeut. Selbst bei den später gescheiterten Kassenvertragsverhandlungen wurde von den österreichischen Krankenkassen die Anerkennung nichtakademischer Therapeuten als Kassenpsychotherapeuten niemals in Frage gestellt. Mit der Anerkennung nichtakademischer Therapeuten war auch die Hoffnung auf geringere Kosten im Gesundheitsbereich verbunden.

Aus der Sicht vieler deutscher Fachleute stellen die Anerkennung derart vieler Psychotherapiemethoden und die Zulassung derart vieler Grundberufe (Quellenberufe) zur Psychotherapieausbildung wie in Österreich einen Qualitätsverlust dar. Auch in Österreich waren viele Ärzte und Psychologen ursprünglich gegen einen derart weit gefassten Kreis von Psychotherapie-Kandidaten.

Aus der Sicht der Schöpfer des österreichischen Psychotherapiegesetzes gelten andere Kriterien für eine hilfreiche Psychotherapie als die Art der Berufsvorbildung des Psychotherapeuten und der Wirksamkeitsnachweis der Methode ausschließlich durch so genannte kontrollierte Effizienzstudien. Man ging davon aus, dass neben Ärzten und Psychologen auch andere Personen, die zum Beruf des Psychotherapeuten grundsätzlich geeignet erscheinen, bei umfassender Ausbildung eine hilfreiche therapeutische Tätigkeit entfalten können. Es gibt viele gute und erfahrene nichtakademische Psychotherapeuten, die vom Grundberuf her z.B. Lehrer, Theologen, Sozialarbeiter, Ergotherapeuten, Physiotherapeuten, Logopäden oder Gesundheits- und Krankenpfleger sind.

6. Probleme und Gefahren in der Psychotherapie

Häufige Probleme

Heilsame Krisen

Patienten machen eine Psychotherapie in der berechtigten Hoffnung, dass es ihnen danach besser geht als vorher. Es ist jedoch oft unvermeidlich, dass sich die Betroffenen durch die Therapie *vorübergehend schlechter* fühlen als vorher. Es werden zentrale, bisher ausgeblendete Themen angesprochen, emotional belastende Probleme und Konflikte thematisiert, Symptome und Beschwerden direkt angegangen. Viele Patienten fühlen sich dadurch emotional aufgewühlt, verwirrt, unsicher und hilflos, nicht selten enttäuscht in ihren Erwartungen nach rascher Heilung oder Besserung ihrer Beschwerden, manchmal sogar wütend auf den Psychotherapeuten, der für die Verschlechterung der Befindlichkeit verantwortlich gemacht wird.

Patienten haben trotz ihres Leidensdrucks durch ihre Symptome eine gewisse Stabilisierung erlebt und stehen Veränderungen oft sehr ambivalent gegenüber. Sie haben sich mit ihrem Zustand arrangiert, sich daran gewöhnt und damit zu leben gelernt, wenngleich sie nicht wirklich zufrieden waren. Durch die Psychotherapie wird das frühere *pathologische Gleichgewicht* in eine heilsame Krise gebracht. Es ist für viele Patienten schwer aushaltbar, dass das alte Gleichgewicht erschüttert und zerstört ist, ein neues, gesünderes sich jedoch noch nicht eingestellt hat. Es handelt sich dabei um eine heikle Übergangsphase von einem krankhaften zu einem gesünderen Zustand.

Das Wissen um *typische Therapiekrisen* kann allein schon die Motivation und Bereitschaft zum Durchhalten in belastenden Phasen der Behandlung erhöhen. Eine *gute Therapiebeziehung*, bei der Gefühle wie Enttäuschung, Zweifel, Entmutigung und Ärger offen angesprochen werden können, kann wesentlich dazu beitragen, derartige Krisen in der Therapie erfolgreich zu meistern. Wenn der Therapeut auf die Besorgnis des Patienten nicht eingeht, sollte die Fortsetzung der Therapie überdacht werden.

An einer Psychotherapie Interessierte und deren Angehörige müssen wissen: *Eine Psychotherapie kann phasenweise körperlich und seelisch sehr belastend sein*. Wenn der Psychotherapeut dies nicht ausreichend berücksichtigt, den Patienten nicht darauf vorbereitet oder durch die Art der Interventionen überfordert, kann es leicht zu einem Therapieabbruch kommen.

Angehörige, die den Patienten nach der Therapiestunde sehr aufgelöst erleben, können verständlicherweise leicht dazu neigen, von der weiteren Psychotherapie abzuraten. Wenn dies zu ernsthaften Spannungen im Zusammenleben führt, sollten besorgte Angehörige auf einen gemeinsamen *Termin* beim Psychotherapeuten Wert legen, um sich mit dessen Sichtweise vertraut zu machen und ihre Sicht der Dinge darzustellen.

Therapieabbruch und Therapeutenwechsel

Patienten haben jederzeit das Recht, die Psychotherapie abubrechen und einen anderen Therapeuten aufzusuchen, egal aus welchem Grund, ohne dass sie vonseiten der Krankenkasse negative Konsequenzen zu erwarten haben.

Ein *Therapieabbruch* mit oder ohne anschließende Therapie bei einem anderen Psychotherapeuten ist dann zu überlegen, wenn die Therapie bei an sich guter therapeutischer Beziehung keine oder zu geringe Fortschritte zeigt oder gar negative Auswirkungen in Form einer länger dauernden Verschlechterung der Beschwerden hat und diese Situation durch Therapieumstellungen und klärende Gespräche zwischen Patient und Therapeut nicht veränderbar war.

Ratsam ist ein *Therapeutenwechsel* für den Fall, dass eine grundlegende Störung der therapeutischen Beziehung gegeben ist, was ein wesentliches Hindernis für das Gelingen der Psychotherapie darstellt, wie etwa fehlendes Vertrauen in den Therapeuten, Unverstandenfühlen durch den Therapeuten, geringe Akzeptanz und mangelnde Wertschätzung vonseiten des Therapeuten, ungenügendes Eingehen des Therapeuten auf die Wünsche des Patienten, drängendes Verhalten des Therapeuten.

Notwendig ist ein Therapeutenwechsel ohne längeres Zögern und Überlegen vor allem dann, wenn der Therapeut eine Gefahr für die körperliche und seelische Gesundheit des Patienten darstellt. Dies gilt für jede Form eines grenzüberschreitenden Verhaltens des Therapeuten, speziell einer ungebührlichen emotionalen und körperlichen Nähe oder gar sexuellen Zudringlichkeit.

Patienten sollten den Mut aufbringen, ihre *Unzufriedenheit* in der Therapie offen anzusprechen, ihre Gründe für einen beabsichtigten Therapieabbruch näher zu erläutern und ein ausführliches Abschlussgespräch mit dem Therapeuten zu führen, anstatt sich telefonisch abzumelden oder gar ohne klärende Worte einfach nicht mehr zu erscheinen und hinter dem Rücken des Therapeuten nach neuen Behandlungsmöglichkeiten zu suchen. Ein derartiges Verhalten, bei dem die Probleme in der Therapie konkret und konstruktiv angesprochen werden, trägt wesentlich zur Reifung des Patienten bei, weil es sich dabei nicht um eine konfliktvermeidende, sondern um eine konfliktlösende Strategie handelt. Bei Bedarf kann ein klärendes Gespräch zwischen Patient und Therapeut auch unter Einbeziehung eines Angehörigen erfolgen.

Folgende *Fragen* sind bei einem eventuellen Therapieabbruch hilfreich:

- Was fürchten Sie am meisten, wenn Sie die Therapie jetzt abbrechen?
- Möchten Sie die Psychotherapie wegen mangelnder Fortschritte beenden?
- Haben Sie das Gefühl, der Therapeut ist nicht wirklich kompetent?
- Stimmt die Therapiebeziehung nicht? Was müsste anders sein?
- Hat der Psychotherapeut Sie gekränkt oder nicht verstanden?
- Was hätten Sie schon längst sagen sollen? Warum haben Sie geschwiegen?
- Was hat in der Therapie bisher gefehlt, was geht Ihnen ab?
- Was müsste anders laufen, wenn die Therapie doch weitergehen sollte?

Verschiedenen Psychotherapeuten fällt es schwer, Kritik anzunehmen und Misserfolge einzugestehen; sie suchen die Ursache für bislang ausbleibende oder unzureichende Erfolge beim Patienten. Wenn Therapeuten keinerlei so genannte *Metadiskussionen* vertragen, d.h. Diskussionen über die Frage, wie die Therapie läuft, üben sie subtil Macht über den Patienten aus, sich das bisherige Vorgehen weiterhin gefallen lassen zu müssen.

Patienten sind *Kunden* und haben ein Recht darauf, selbst beurteilen zu dürfen, ob sie mit dem „Produkt“ zufrieden sind. In der Wirtschaft sagt man: „Der Kunde hat immer Recht.“ Dasselbe gilt auch in der Psychotherapie. Was letztlich zählt, ist die Zufriedenheit und das zunehmende Wohlbefinden der Patienten – auch wenn diese aus der Sicht verschiedener autoritärer Psychotherapeuten nicht wissen könnten, was für sie wirklich gut und richtig sei. Zugegebenermaßen kann man mit bestimmten Psychotherapeuten nicht oder nur schwer ein sinnvolles Abschlussgespräch führen, wenn diese die Kritik ihrer Patienten nur als Ausdruck von Widerstand betrachten.

Sicherlich kann die Therapiebeendigung auch die Folge von *Widerstand* und *mangelnder Motivation* aufseiten des Patienten sein. Der Abbruch der laufenden Psychotherapie lässt sich öfter durchaus verstehen als Flucht des Patienten vor notwendiger, ursprünglich gewünschter Veränderung oder als Schutz vor emotionaler Überforderung und weiterer Frustration. Manche Patienten möchten gerade dann den Therapeuten wechseln, wenn die Psychotherapie gleichsam auf den zentralen Punkt des Problems gekommen ist. Sie nehmen sich dadurch die Chance, wichtige Erkenntnisse zu gewinnen und heilsame Veränderungen vorzunehmen.

Im *deutschen Krankenkassensystem* hat ein Therapieabbruch nur die Folge, dass ein Wechsel zu einem anderen Psychotherapeuten innerhalb der nächsten zwei Jahre wie eine Therapieverlängerung behandelt wird, d.h. der Therapieantrag wird von einem Kassengutachter geprüft, der im Falle einer weiterhin bestehenden psychischen Störung und eines plausiblen therapeutischen Konzepts eine weitere Psychotherapie befürwortet. Bei einem Wechsel innerhalb derselben Psychotherapiemethode vermindert sich die Zahl der offenen Stunden um die bereits absolvierten Sitzungen. Wenn ein Patient bei einem Therapeutenwechsel auch die Psychotherapiemethode wechselt, d.h. wenn er beispielsweise von einer Psychoanalyse zu einer Verhaltenstherapie wechselt oder umgekehrt, steht ihm dagegen die volle Anzahl an Therapiestunden nach der jeweiligen Methode zu.

In *Österreich* muss zur Sicherung des weiteren Kassenzuschusses ohne großen bürokratischen Aufwand vom Patienten mit einer Bestätigung durch den Psychotherapeuten ein neuerlicher Therapieantrag gestellt werden, der den Therapeutenwechsel bekannt gibt. Es gibt keine Regelungen, wie oft man bei Inanspruchnahme von Kassenleistungen den Psychotherapeuten wechseln darf. Die Krankenkassen achten nur darauf, dass sie jeweils nur für einen Therapeuten den Kostenzuschuss zahlen.

Belastungen und negative Folgen für Angehörige

Angehörige und Bekannte sind von den Problemen und Symptomen des Patienten in mehrfacher Hinsicht betroffen. Sie müssen seine Beschwerden oft hilflos mit ansehen, ohne helfen zu können, oder sie versuchen ständig zu helfen um den Preis der Einschränkung der eigenen Lebensqualität. Häufig kommt es zwischen dem Patienten und seinen Angehörigen in Zusammenhang mit seinen Problemen und Symptomen auch zu *Spannungen*, die offen ausgetragen oder verdrängt werden.

Im Falle einer Psychotherapie treten oft *zusätzliche Probleme* auf: Die Patienten fangen nicht selten an, ihren Angehörigen vorzuwerfen, dass diese an ihren Problemen Schuld seien und verweisen darauf, dass sie dies erst in der Psychotherapie so richtig erkannt hätten – was die Angehörigen verständlicherweise gegen die Therapie aufbringt.

In weiterer Folge können die in der Psychotherapie erreichten positiven Veränderungen für den Patienten – zumindest vorübergehend – *negative Auswirkungen auf die soziale Umwelt* haben. Partner, Familienmitglieder, Verwandte, Freunde, Arbeitskollegen und sonstige Personen sind auf die eingetretenen Veränderungen des Patienten oft nicht genügend vorbereitet, sodass es zu Konflikten kommen kann. Die Symptome des Patienten haben die Beziehungsprobleme oft nur verdeckt.

Typische Beispiele dafür sind etwa:

- Eine Frau tritt ihrem dominanten Mann gegenüber selbstbewusster und durchsetzungsfähiger auf, sodass bisher ungewohnte Spannungen in der Beziehung die Folge sind, was bis zur Scheidung führen kann.
- Eine Frau kann sich gegenüber ihren Besitz ergreifenden Eltern besser abgrenzen, sodass diese von ihrer Tochter sehr enttäuscht sind.
- Eine Frau ist durch eine Angstbewältigungstherapie in der Lage, ihr Leben ohne Angst zu meistern, und unternimmt wieder Dinge allein oder mit Freundinnen zusammen, was beim Partner das Gefühl auslöst, nicht mehr wichtig genug zu sein oder gar Ängste provoziert, die unabhängig gewordene Frau könnte eine Trennung überlegen.
- Eine früher depressive Frau entwickelt mehr Eigeninitiative und mehr soziale und berufliche Aktivitäten, sodass sich ihre kranken Eltern nicht ausreichend betreut fühlen und ihr Egoismus und geringe Fürsorgebereitschaft vorwerfen.
- Ein Mann, dessen Sexualleben und Partnerschaft durch seine früheren Potenzprobleme gelitten hat, hat nach der Überwindung seiner Probleme plötzlich nicht mehr Lust auf seine, sondern auf eine andere Frau.
- Ein Mann mit einem drohenden Burn-out im Beruf ändert seine Einstellungen und Verhaltensweisen, was zu Spannungen mit seinen Arbeitskollegen oder Vorgesetzten führt, weil diese weiterhin von seinem Übereifer profitieren möchten.

Häufige Gefahren

Abhängigkeit

In der Psychotherapie stellt sich die Frage, wie das *Bedürfnis nach Abhängigkeit und Geborgenheit* einerseits und das *Bedürfnis nach Unabhängigkeit und Autonomie* andererseits zum Wohle der eigenen Person in Balance gehalten werden können. In der Psychotherapie geht es um die Frage nach vorübergehender gesunder Abhängigkeit bzw. dauerhafter und damit ungesunder Abhängigkeit vom Therapeuten.

Vertrauen und Geborgenheit im Rahmen der therapeutischen Beziehung sind für den Erfolg der Behandlung sehr wichtig. Eine *vorübergehende Abhängigkeit* vom Psychotherapeuten als Folge der mangelnden Selbsthilfefähigkeit sowie der emotionalen Instabilität ist durchaus normal. Nicht die Tatsache, dass der Patient durch eine Psychotherapie in eine zeitweise Abhängigkeit vom Therapeuten gerät, ist das Problem, sondern wie Patient und Therapeut im Verlauf der Therapie damit umgehen.

Psychotherapie soll letztlich *mehr Selbstständigkeit und Autonomie* ermöglichen. Dazu gehört, dass der Patient die Fortschritte im Rahmen der Therapie zunehmend sich selbst zuschreiben lernt anstatt nur dem Therapeuten (oder den Medikamenten), was seine Abhängigkeit vom Fachmann verfestigen würde.

Bestimmte Psychotherapiemethoden, vor allem die Psychoanalyse, fördern durch die Entwicklung einer *Übertragungsbeziehung* zum Zwecke der Behandlung fundamentaler Störungen eine vorübergehende Regression und starke Abhängigkeit vom Therapeuten. Das Ziel der Therapie ist jedoch auch hier die Emanzipation und Ablösung vom Psychotherapeuten, die (Wieder-)Herstellung der Fähigkeit, das eigene Leben ohne dauerhafte professionelle Hilfe selbst zu bewältigen.

Wenn ein Psychotherapeut das Ziel der Autonomie aus dem Auge verliert, hält er den Patienten abhängiger als nötig, begeht er einen schwerwiegenden *Behandlungsfehler*, missbraucht er die Abhängigkeit des Patienten zur Befriedigung eigener Bedürfnisse. Der gut gemeinte Versuch, immer wieder neue Probleme mit dem Patienten gemeinsam lösen zu wollen, die dieser bereits allein bewältigen kann, behindert die Entwicklung des Patienten zu mehr Selbstvertrauen und Selbstständigkeit.

Verschiedene Patienten machen sich gegen alle Bemühungen des Therapeuten selbst gerne von ihm abhängig. Eine gewisse *Verliebtheit* verstärkt das bewusste oder unbewusste Bestreben nach Ersatzgeborgenheit und Sicherheit einer verlässlichen Beziehung. Wenn Verständnis und Geborgenheit im Leben nur mehr beim Psychotherapeuten erlebt werden, besteht die Gefahr der emotionalen *Abhängigkeit* und einer endlosen Psychotherapie. Dies sollte in der Therapie zum Thema gemacht werden. Die langsame Beendigung der Abhängigkeit ist sehr wichtig. Größere Therapieabstände erleichtern die Ablösung.

Grenzüberschreitungen, Verliebtheit und Sex in der Therapie

Es ist verständlich, wenn in einer länger dauernden sozialen Interaktion, wie dies bei einer Psychotherapie der Fall ist, aufseiten des Patienten, aber auch aufseiten des Therapeuten *Verliebtheit* aufkommt, wie dies sogar bei einigen berühmten Psychotherapeuten dokumentiert ist. Der Patient erlebt eine Situation unbedingter Zuwendung und Aufmerksamkeit, in der ein gegengeschlechtlicher Therapeut erotisch anziehend wirken mag und die Fantasie beflügelt. Es ist wichtig, derartige Empfindungen in der Psychotherapie anzusprechen, vor allem wenn sie zu einem bestimmenden Element der therapeutischen Beziehung werden.

Ein Psychotherapeut kann menschliche Empfindungen von *Sympathie* und *Zuneigung* verspüren, darf diesen jedoch niemals in Form entsprechender Handlungen nachgeben. Frauen sollten bereits bei flirtenden Psychotherapeuten vorsichtig sein. Die Grenzen einer therapeutischen Beziehung werden in der Psychotherapie nicht erst bei körperlichem Kontakt in Form von Streicheln, Küssen oder gar sexuellen Handlungen im engeren Sinn überschritten, sondern bereits durch einen *zu engen Umgang außerhalb der Psychotherapie*, z.B. persönliche Einladungen, mehr als reine Grußkarten aus dem Urlaub, schriftliche oder telefonische Kontakte mit Patienten zu anderen als therapeutischen Zwecken. Im Falle *sexueller Beziehungen* im Rahmen einer Psychotherapie handelt es sich meist um Therapeut-Patientin-Kontakte, seltener auch um Therapeutin-Patient-Kontakte.

Im Falle von *sexuellen Übergriffen* sollte unbedingt eine *Meldung* an die zuständige Psychotherapeutenkammer (in Österreich an den zuständigen Psychotherapeutenverband), an die zuständige Ärztekammer, an die zuständige Krankenkasse sowie an Patientenbeschwerdestellen erfolgen, falls nicht sofort eine gerichtliche Anzeige erfolgt. Sexuelle Kontakte stellen immer einen Missbrauch durch den Psychotherapeuten dar und bewirken beim Patienten großen psychischen Schaden. Nicht selten handelt es sich dabei um Retraumatisierungen von Patienten, die bereits in ihrem früheren Leben körperliche und/oder sexuelle Gewalt erlebt haben.

In *Deutschland* wird seit 1998 „sexueller Missbrauch unter Ausnutzung eines Beratungs-, Behandlungs- oder Betreuungsverhältnisses“ nach § 174 c des Strafgesetzbuches mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder Geldstrafe bestraft. Wörtlich heißt es dazu in Absatz 2: „Ebenso wird bestraft, wer sexuelle Handlungen an einer Person, die ihm zur psychotherapeutischen Behandlung anvertraut ist, unter Missbrauch des Behandlungsverhältnisses vornimmt oder an sich vornehmen läßt.“

In *Österreich* gilt dies leider nur im Umgang mit Minderjährigen. Bei Erwachsenen besteht im Falle einer freiwilligen sexuellen Beziehung vonseiten der Patientin keine Strafbestimmung. Geahndet werden nur sexuelle Vergehen durch Nötigung oder Gewalteinwirkung vonseiten des Psychotherapeuten, wie dies auch bei anderen Sozialkontakten der Fall ist.

Aufgrund der Berufspflichten des Psychotherapeuten und der Bestimmungen des deutschen Strafgesetzbuches bleiben Psychotherapie-Patienten auch dann, wenn sie sich nach Auffassung des Therapeuten verführerisch verhalten sollten, *Opfer* und sind niemals Täter. Diese Sichtweise erleichtert es Betroffenen, entsprechende Maßnahmen zu ergreifen, die letztlich auch dem Schutz anderer Patienten dienen, denn die entsprechenden Psychotherapeuten sind leider oft *Wiederholungstäter*.

Nach statistischen Minimalschätzungen von deutschen Experten beträgt das Risiko sexueller Übergriffe in einer Psychotherapie weniger als 1 % (geschätzte 300–600 Fälle in Deutschland). Bei deutschen und amerikanischen Befragungen gaben 5–10 % der Ärzte und Therapeuten irgendeine Form von sexuellen Übergriffen zu. In rund 90 % der Fälle waren Männer die Täter und Frauen die Opfer.

Sexuelle Übergriffe sollten unbedingt zum *Therapieabbruch* führen. Es gibt in der Psychotherapie keine Anlässe und Umstände, die sexuelle Kontakte legitimieren könnten, auch nicht in einer Sexualtherapie. Die Patienten müssen selbst beurteilen, wann bereits ständige Fragen nach ihrem Sexualleben ohne therapeutische Notwendigkeit als zudringlich einzustufen sind.

In der Psychoanalyse gilt die *Abstinenzregel* von Sigmund Freud, wonach der Psychotherapeut alle privaten Äußerungen und Wünsche unterlassen muss mit dem Ziel, dadurch die Entwicklung einer Übertragungsbeziehung zu fördern. In einer psychoanalytischen Therapie werden Patienten nicht berührt, bei anderen Therapiemethoden, wie etwa humanistischen Therapien oder verschiedenen Körpertherapien, stellen dagegen Berührung und Körperkontakt mit Einverständnis des Patienten ein wichtiges therapeutisches Mittel dar. Dabei darf es jedoch niemals um die Befriedigung von Bedürfnissen des Psychotherapeuten gehen.

Hilfreiche Fragen zum Schutz vor Grenzüberschreitungen

- Redet Ihr Therapeut zunehmend über sich selbst, seine persönliche Situation, seine persönlichen Probleme, Wünsche und Sorgen? Sucht er Ihren Trost?
- Ersucht Sie Ihr Therapeut immer wieder um private Dienste, wie etwa verschiedene Hilfeleistungen und kleinere Arbeiten?
- Fördert Ihr Therapeut bei Ihnen eine starke emotionale Befindlichkeit, wie etwa Weinen, um Sie dann berühren und trösten zu können?
- Macht Ihr Therapeut mehrdeutige Anspielungen, flirtende Bemerkungen oder gar sexuelle Witzeleien? Oder schreibt er Ihnen gar erotische Briefe?
- Lobt Ihr Therapeut gerne Ihre Figur und/oder Ihre Kleidung?
- Sitzt Ihr Therapeut in für Sie abstoßender Weise vor Ihnen oder fühlen Sie sich von ihm unangenehm betrachtet?

- Redet Ihr Therapeut gerne über Ihre sexuellen Erfahrungen, Ihre sexuellen Vorlieben und Ihr Intimleben mit Ihrem Partner, ohne dass dies in einem plausiblen Zusammenhang mit den Therapieinhalten und -zielen steht?
- Hat Ihr Therapeut schon einmal gemeint, dass Ihnen eine sexuelle Beziehung mit ihm durchaus gut tun könnte im Sinne einer Heilung von Komplexen?
- Lässt Ihr Therapeut Sie entkleiden, angeblich zu Therapiezwecken? (Auch in Körpertherapien bleiben intime Bereiche bekleidet.)
- Haben Sie das Gefühl, dass Ihr Therapeut Ihre Notlage einer schwierigen Partnerschaft oder Ehe gerne dazu benützt, gleichsam wie ein platonischer Freund aufzutreten und Sie diesbezüglich zu trösten?
- Hat die Therapiebeziehung den Charakter einer erotischen Freundschaft?
- Sucht Ihr Therapeut Ihre Nähe und möchte er Sie unbegründet berühren?
- Möchte Ihr Therapeut Sie gerne küssen und umarmen?
- Strebt Ihr Therapeut während der Stunde eine romantische Stimmung an?
- Versucht Ihr Therapeut, Sie zu privaten Treffen einzuladen?
- Möchte Ihr Therapeut Sie bei privaten Treffen zu Alkoholkonsum überreden, um Ihren Verstand auszuschalten und Ihre Hemmungen zu vermindern?
- Macht Ihr Therapeut Ihnen unübliche Geschenke, die seine besondere Aufmerksamkeit Ihnen gegenüber zum Ausdruck bringen?
- Schreibt Ihr Therapeut Ihnen persönliche Briefe, die über eine ganz normale Urlaubskarte hinausgehen?
- Bietet Ihr Therapeut Ihnen kostenlose Telefonate oder kostenlose, angeblich therapeutische Treffen außerhalb des Therapieraums oder außerhalb definierter therapeutischer Übungssituationen an? Ruft er Sie öfter ohne Grund an?
- Haben Sie öfter das Gefühl, dass Ihr Therapeut Ihnen absichtlich den letzten Termin gibt, um dadurch leichter die Therapiestunde überziehen und anschließend den Übergang in eine private Situation erleichtern zu können?
- Wollte Ihr Therapeut Sie bereits zu einem sexuellen Kontakt überreden?
- Hat Ihr Therapeut Sie schon irgendwie zu erpressen versucht, um eine sexuelle Beziehung mit Ihnen beginnen oder aufrechterhalten zu können?
- Hat Ihr Therapeut Sie schon einmal regelrecht zu vergewaltigen versucht?
- Haben Sie mit Ihrem Therapeuten freiwillig sexuelle Kontakte gehabt? Wissen Sie, dass Ihnen dies letztlich schadet?
- Wissen Sie, dass Ihr Therapeut auch dann eine berufsethisch verwerfliche Tat und (in Deutschland) ein strafrechtlich geahndetes Verhalten setzt, wenn Sie sich aus freien Stücken sexuell auf ihn einlassen, weil es sich dabei um Missbrauch einer therapeutischen Beziehung, um Ausnutzung Ihrer Abhängigkeit und Ihrer Emotionen handelt?

Behandlungsfehler

Behandlungsfehler sind *Schäden durch unsachgemäße Behandlung* als Folge mangelnder Sorgfalt. Man spricht auch von Therapieschäden oder Kunstfehlern, ähnlich wie in der Medizin, wo dieses Thema bereits viel offener diskutiert wird als in der Psychotherapie.

Akupsychiatrische Abteilungen machen immer wieder die Erfahrung, dass Patienten nach seriösen und weniger seriösen Therapieseminaren wegen *psychotischer Zustände* oder wegen *Selbstmordgefahr* stationär aufgenommen werden müssen. Vereinzelt begingen Personen in Zusammenhang mit der Therapie auch Selbstmord. Es handelt sich dabei gewöhnlich um emotionale Überforderungen von Teilnehmern bei Veranstaltungen aus dem Bereich alternativer (esoterischer) Therapien, manchmal aber auch aus dem Bereich anerkannter Psychotherapiemethoden, wo bestimmte Vorsichtsmaßnahmen nicht eingehalten wurden.

Zumindest in *Einzelfällen* gibt es immer wieder bestimmte Vorwürfe:

- Die psychische Krise eines Psychotherapie-Ausbildungsteilnehmers wäre vermeidbar gewesen, wenn der Lehrtherapeut einfühlsamer gewesen und weniger konfrontativ vorgegangen wäre.
- Die Depression eines Patienten hätte verhindert werden können, wenn sich der Psychoanalytiker aktiver seiner Probleme angenommen und nicht nur in sehr distanzierter Weise die zentralen Probleme aufgedeckt hätte, ohne sich für das Wohlergehen des Patienten verantwortlich zu fühlen.
- Die unerwartete Symptomverschiebung wäre nicht passiert, wenn der Verhaltenstherapeut mehr auf die Grundprobleme statt nur auf die vordergründigen Symptome des Patienten geachtet hätte.
- Der Körpertherapeut hätte erkennen müssen, dass er mit seinen provokativen Techniken beim Patienten einen psychotischen Zusammenbruch und keinen heilsamen Durchbruch auslöst.
- Der Hypnosetherapeut hätte beachten müssen, dass er bei einer nicht ausreichend vorbereiteten Altersregression möglicherweise ein Kindheits-trauma aktiviert und keinen heilsamen Prozess fördert.
- Die Ehescheidung eines Patienten hätte verhindert werden können, wenn der Therapeut im Rahmen einer Einzeltherapie rechtzeitig das familiäre Umfeld berücksichtigt hätte. Der Hinweis, dass heutzutage jede zweite Ehe in einer Scheidung endet ist eine zu einfache Standard-Rechtfertigung.
- Die schwere psychische Erschütterung nach einem Wochenendseminar oder einer einwöchigen Blockveranstaltung hätte abgefangen werden können, wenn der Betroffene eine anschließende Nach- oder Weiterbehandlung erhalten hätte. Der Hinweis des Seminarleiters, dass jeder Teilnehmer die aufgetretenen Probleme anderswo bearbeiten sollte, ist eine zu billige Entschuldigung, wenn in Gruppentherapien nicht sorgsam genug vorgegangen wird.

Anbieter von psychotherapeutischen Veranstaltungen und Leiter von Selbsterfahrungsseminaren machen es sich sehr einfach, wenn sie nur darauf verweisen, dass Zwischenfälle unvermeidlich seien, weil bestimmte Personen einfach ein höheres Risiko für psychische Störungen hätten, das man vorher nie genau abschätzen könne. Organisatoren von Psycho-Veranstaltungen versuchen die Verantwortung für derartige Vorfälle oft dadurch zu minimieren, dass sie Interessierte vorher darauf hinweisen, ihren Arzt oder Psychotherapeuten zu fragen, ob die Teilnahme zum gegenwärtigen Zeitpunkt ratsam sei – oder sie verweisen einfach auf die Selbstbeurteilungsfähigkeit, ob man derzeit psychisch stabil genug sei, an derartigen meist sehr gefühlsaktivierenden Therapien teilzunehmen, die oft auf der Herbeiführung von Grenzsituationen bei verminderter Verstandeskontrolle beruhen (Motto „Blockaden überwinden“).

Der *Druck zum Mitmachen* und Überschreiten seiner Grenzen bei verschiedenen Übungen ist in Gruppentherapien oft viel stärker als in Einzeltherapien. Psychotherapeuten stehen in und vor Gruppen auch stärker unter Druck, sich beweisen zu müssen und gehen eher in riskanter Weise vor als im Rahmen einer Einzeltherapie.

Oft hört man folgende *problemverharmlosende Argumentationslinien*:

- Die Methode ist richtig, nur der Therapeut hat falsch gehandelt.
- Schwarze Schafe gibt es leider in jeder Berufsgruppe.
- Die Methode ist richtig und der Psychotherapeut hat auch richtig gehandelt, die psychische Anfälligkeit des Therapieteilnehmers war jedoch nicht bekannt und dessen Auffälligkeit daher nicht vorhersehbar.
- Derartige Therapieschäden kommen nur bei unqualifizierten Therapeuten aus dem Esoterik-Bereich oder bei unerfahrenen Psychotherapeuten mit zu wenig Ausbildung, Eigentherapie u.a. vor.
- Derartige Therapieschäden kommen nicht bei der eigenen Therapiemethode vor, wohl aber bei anderen Verfahren, was deren Problematik bestätige.

Durch die Etablierung der Psychotherapie als wirksame Behandlungsmethode bei psychischen und psychosomatischen Problemen ist in den letzten Jahren bei Vertretern vieler Methoden die Bereitschaft gestiegen, sich nicht nur der Misserfolge, sondern auch der möglichen Schäden einer Psychotherapie anzunehmen, um aus negativen Erfahrungen zu lernen, anstatt immer wieder nur zu betonen, dass eine richtig angewandte anerkannte Psychotherapiemethode völlig gefahrlos sei.

Psychotherapeuten veröffentlichen verständlicherweise lieber Erfolgsberichte als Kunstfehler. Vertrauen in die Psychotherapie kann aber auch dadurch entstehen, dass Gefahrenpotenziale offen angesprochen werden.

Die Psychotherapieforschung hat sich der Thematik der Therapieschäden in den letzten Jahren in stärkerem Ausmaß angenommen als früher. Dennoch gibt es dazu noch kaum Arbeiten, die über die Besprechung von Einzelfällen oder grundsätzlichen Problemen hinausgehen.

7. Die wichtigsten Psychotherapiemethoden

Es gibt weltweit mehrere Hundert Psychotherapiemethoden. In diesem Kapitel werden – über das deutsche Psychotherapeutengesetz und das österreichische Psychotherapiegesetz hinausgehend – die wichtigsten Psychotherapiemethoden auf jeweils 1–6 Seiten vorgestellt. Die Verfahren mit einer großen Anzahl an ausgebildeten Psychotherapeuten werden ausführlicher beschrieben als andere Methoden.

Die Darstellung beruht auf der *Einteilung nach psychoanalytischen, tiefenpsychologischen, humanistischen, systemischen und verhaltenstherapeutischen Methoden*. Bei jeder Psychotherapiemethode erfolgen in unterschiedlichem Ausmaß kurze Hinweise auf Gründerpersönlichkeit, Grundannahmen, Theorien, zentrale Begriffe, Ziele, Methoden, Techniken, Setting, Indikation und Zielgruppen.

Folgender Hinweis ist sehr wichtig: *Die Psychoanalyse, die Verhaltenstherapie, die Gestalttherapie, die Gesprächspsychotherapie, die Systemische Therapie, das Psychodrama* gibt es schon lange nicht mehr. Innerhalb der verschiedenen Psychotherapiemethoden besteht ein manchmal friedliches, manchmal streitbares Nebeneinander verschiedener Schulen und Lehrmeinungen.

Die Darstellung beruht neben zahlreichen anderen, im Inhaltsverzeichnis angeführten Werken zu bestimmten Psychotherapiemethoden auf folgender *Überblicksliteratur*:

- Federspiel, K. & Lackinger Karger, I. (1996). Kursbuch Seele. Was tun bei psychischen Problemen? Beratung, Selbsthilfe, Medikamente. 120 Psychotherapiemethoden auf dem Prüfstand. Köln: Kiepenheuer & Witsch.
- Kraiker, C. & Peter, B. (Hrsg.) (1998). Psychotherapieführer. Wege zur seelischen Gesundheit. München: Beck.
- Kriz, J. (2001). Grundkonzepte der Psychotherapie. Weinheim: Beltz PVU.
- Senf, W. & Broda, M. (Hrsg.) (2004). Praxis der Psychotherapie. Ein integratives Lehrbuch. Stuttgart: Georg Thieme.
- Slunecko, T. & Sonneck, G. (Hrsg.) (1999). Einführung in die Psychotherapie. Wien: Facultas UTB.
- Stumm, G. & Pritz, A. (Hrsg.) (2000). Wörterbuch der Psychotherapie. Wien: Springer.
- Stumm, G. & Wirth, B. (Hrsg.) (2006). Psychotherapie. Schulen und Methoden. Eine Orientierung für Theorie und Praxis. Wien: Falter.

Es wurden auch zahlreiche Informationen aus dem *Internet* berücksichtigt, wie etwa die offiziellen Homepages der verschiedenen Psychotherapiemethoden und Ausbildungsvereine in Deutschland und Österreich, aber auch die gute Patienten-Information über die in Österreich anerkannten psychotherapeutischen Methoden des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen (www.bmgf.gv.at).

Psychoanalytische Methoden

Die Psychoanalyse von Sigmund Freud ist die „Mutter“ der Psychotherapie und die Basis für die Entwicklung zahlreicher weiterer Psychotherapiemethoden. Die Person Freuds und die klassische Psychoanalyse haben in der Öffentlichkeit nach wie vor eine Bedeutung, wie sie in der Realität der therapeutischen Versorgungspraxis in Österreich gar nicht mehr gegeben ist (nur fünfhäufigste Psychotherapiemethode) und in Deutschland nur aufgrund der Kassenfinanzierung möglich ist. Das öffentliche Interesse an der Psychoanalyse hat sich zuletzt im Jahr 2006 anlässlich des 150. Geburtstags von Sigmund Freud in Form zahlreicher Medienberichte gezeigt.

In Deutschland werden unter dem Überbegriff „*Psychodynamische Psychotherapie*“ die Analytische Psychotherapie und die Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie zusammengefasst. Diese Methoden betonen gegenüber verhaltenstherapeutischen, humanistischen und systemischen Konzepten die *Bedeutung der unbewussten Dynamik seelischer Vorgänge*.

In Zusammenhang mit der Bearbeitung größtenteils unbewusster Inhalte aus der Kindheit steht auch eine ganz spezifische Form der Beziehung zwischen Therapeut und Patient, die durch *Übertragung* und *Gegenübertragung* charakterisiert ist. Der Patient erkennt im Laufe der Zeit die ihm anfangs unbewussten Erinnerungen an frühere Beziehungsmuster, die sich auch in der therapeutischen Beziehung wiederholen und gerade dadurch auflösbar werden.

Nach traditioneller analytischer Auffassung ist eine Psychotherapiemethode umso weniger als psychoanalytisch bzw. tiefenpsychologisch fundiert zu betrachten, je mehr sie gerade das Unbewusste und den spezifischen Charakter der Patient-Therapeut-Beziehung vernachlässigt, d.h. je weniger sie den Aspekt der *Übertragungsbeziehung* (und damit die Beziehungsarbeit) für therapeutische Veränderungen nutzt.

In Deutschland sind unter der Bezeichnung „*Analytische Psychotherapie*“ drei Psychotherapiemethoden als wissenschaftlich anerkannt:

- die Psychoanalyse von Sigmund Freud
- die Analytische Psychologie von Carl G. Jung
- die Individualpsychologie von Alfred Adler

In Österreich sind vier Psychotherapiemethoden als jeweils eigenständige „*Psychoanalytische Methoden*“ anerkannt, die im Folgenden näher beschrieben werden:

- die Psychoanalyse
- die Gruppenpsychoanalyse
- die Analytische Psychologie von Carl G. Jung
- die Individualpsychologie von Alfred Adler

Psychoanalyse

Die Psychoanalyse wurde zu Beginn des 19. Jahrhunderts vom Wiener Nervenarzt *Sigmund Freud* (1856–1939) als erste systematisch entwickelte Psychotherapie begründet. In seiner zusammen mit dem Wiener Arzt Josef Breuer 1895 herausgegebenen Artikelsammlung „*Studien zur Hysterie*“ arbeitete Freud zunächst noch mit der von der Hypnose beeinflussten „kathartischen Methode“, die er beim Neurologen Charcot während seines Besuchs in Paris 1885 kennen gelernt hatte. Dabei wurden die „eingeklemmten“ Affekte durch die hypnotische Wiedererinnerung an traumatische Ereignisse freigesetzt, in der Folge davon verschwanden auch die Symptome. 1889 besuchte Freud in Nancy den Neurologen Bernheim, der Versuche mit der so genannten posthypnotischen Suggestion unternahm. Aus diesen Versuchen schloss Freud auf die Existenz eines Unbewussten, das die menschlichen Verhaltensweisen beeinflusst.

Freud beurteilte die damalige Art der Hypnose bald als zudeckend, weil nicht einsichtsorientiert, und ersetzte sie durch die Methode der freien Assoziation, bei der die Patienten spontan und unzensuriert alle Einfälle berichten sollten. Als ausgiebiges Material dazu dienten die Träume. 1900 erschien Freuds Buch „*Die Traumdeutung*“, das den Beginn der Psychoanalyse markiert. Das Wort „Psychoanalyse“ verwendete Freud erstmals 1896 in seinem Aufsatz „Zur Ätiologie der Hysterie“.

Mit seinem 1905 veröffentlichten Werk „*Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie*“ revolutionierte Freud die damals übliche Sichtweise der kindlichen Sexualität, wonach Kinder noch keine sexuellen Empfindungen hätten. Die Provokation des medizinischen Establishments brachte ihn – neben der später widerrufenen Behauptung, weibliche Hysterie sei durch sexuellen Missbrauch in der Familie verursacht – im frühen Wien um die Chance einer ersehnten Professur.

In einem Brief an den befreundeten Berliner HNO-Arzt Wilhelm Fliess formulierte Freud bereits 1897 nach selbstanalytischen Betrachtungen (er unterzog sich einer kontinuierlichen Selbstanalyse) erstmals die These vom „*Ödipuskomplex*“, d.h. vom Phänomen libidinöser Bindungen zur eigenen Mutter bei gleichzeitigem Rivalitätsverhältnis zum Vater. Freud hatte zeitlebens eine sehr enge Mutterbindung.

1910 gründete Freud die „*Internationale Psychoanalytische Vereinigung*“. 1922 bekam Freud, verursacht durch sein starkes Zigarren-Rauchen, Kiefer- und Mundhöhlenkrebs, der sich trotz zahlreicher Operationen mit Entfernung von Teilen von Kiefer und Gaumen bis zu seinem Tod ständig verschlimmerte.

Nach der Machtergreifung der Nationalsozialisten in Deutschland fielen Freuds Werke im Mai 1933 der Bücherverbrennung anheim. Nach dem Einmarsch der deutschen Truppen in Wien emigrierte der atheistische Jude Freud, der sich immer zum Judentum bekannt hatte, im Juni 1938 nach London, wo er am 23.9.1939 an den Folgen einer von ihm gewünschten tödlichen Dosis Morphium starb.

Viele berühmte Psychoanalytiker emigrierten in der Nazizeit in die USA, wo die Psychoanalyse seit den 1940er-Jahren einen enormen Aufschwung nahm. Seit den 1950er-Jahren prägte die Psychoanalyse auch das Gebiet des neu geschaffenen Bereichs der *Psychosomatik*. Erst nach dem 2. Weltkrieg konnte die ärztlich dominierte Psychoanalyse in Deutschland wieder einen festen Platz erobern.

Freuds Werk wurde neben vielen Schülern und Anhängern in verschiedenen Ländern vom jüngsten seiner sechs Kinder, der von ihm analysierten Tochter *Anna* (1895–1982), fortgeführt, die gleichzeitig auch seine Sekretärin, Assistentin, Organisatorin bzw. Vertreterin seiner Auftritte auf Kongressen und Pflegerin während seiner Krebserkrankung war.

Trotz aller Kritik an der Psychoanalyse bleibt es das große *Verdienst* von Freud, die Bedeutung der Subjektivität (Persönlichkeit, Gefühle, Konflikte), des Unbewussten, der Kindheit und der (kindlichen) Sexualität erkannt zu haben, und zwar in einer Zeit, als es noch wenig Verständnis für die Psyche gab.

Zentrale psychoanalytische Begriffe, Konzepte, Themen und Techniken sollen im Folgenden kurz erläutert werden:

- *Bedeutung der frühen Kindheit.* Die Kindheit und die frühen lebensgeschichtlichen Erfahrungen haben einen prägenden Einfluss für das ganze weitere Leben. Die Gegenwart wird in der Therapie im Lichte der Vergangenheit gesehen. Das Hauptziel einer klassischen Psychoanalyse ist die Aufarbeitung vergangener, oft frühkindlicher Erlebnisse und Konflikte und weniger die Bearbeitung aktueller Konflikte, Probleme und Symptome.
- *Betonung der Sexualität für die gesunde Entwicklung.* Bereits Kinder haben eine Sexualität – diese Behauptung war vor 100 Jahren revolutionär und galt als sehr anstößig. Eine gesunde Sexualität wird für die Identität des Menschen als sehr wichtig erachtet. Freud zeigte auf, wie Neurosen durch Unterdrückung der Sexualität und durch sexuellen Missbrauch entstehen können.
- *Bedeutung der Beziehungskonstellation zu den Eltern.* Ein 4- bis 5-jähriger Junge steht in einer begehrenden Haltung seiner Mutter gegenüber und erlebt dabei den Vater als Rivalen (Ödipuskomplex). Bei kleinen Mädchen ist dies umgekehrt. Erst die Auflösung des Ödipuskomplexes erlaubt eine gesunde Persönlichkeitsentwicklung. Die Art der Beziehung zum gleichgeschlechtlichen Elternteil bestimmt das Ausmaß der Identifizierung mit der eigenen Geschlechtsrolle, die Art der Beziehung zum gegengeschlechtlichen Elternteil bestimmt die spätere Partnerbeziehung.
- *Bedeutung der Träume.* Freuds grundlegendes Werk „Die Traumdeutung“ (für den Verkauf der 600 Exemplare der ersten Auflage benötigte der Verlag 8 Jahre), weist auf die Bedeutung der Träume als Ausdruck unbewusster Prozesse hin. Freud betrachtete die Traumdeutung als „Königsweg“ zum Unbewussten. Die Patienten sollen zu ihren berichteten Träumen frei assoziieren und auf diese Weise unbewusste Prozesse freilegen.

- *Entwicklung der Libido.* Geprägt vom naturalistisch-mechanistischen Zeitgeist interpretierte Freud die menschliche Entwicklung nach einem Triebmodell, bei dem die Libido als sexuell getönter Trieb die zentrale Antriebskraft darstellte. Später stellte Freud der Libido den unter Psychoanalytikern sehr umstrittenen Aggressions- oder Todestrieb gegenüber.
- *Phasentheorie der psychosexuellen Entwicklung.* Die Libido und die psychosexuelle Entwicklung des Menschen verlaufen in verschiedenen Phasen, die durch die jeweils bevorzugte erogene Zone der Libido bestimmt werden. Die orale Phase umfasst das 1. Lebensjahr, die anale Phase das 2. und 3. Lebensjahr, die phallische oder ödipale Phase das 4. bis 6. Lebensjahr, die Latenzphase das 7. bis 11. Lebensjahr, die genitale Phase setzt mit dem 12. oder 13. Lebensjahr ein. Unbewältigte Phasenkonflikte und Störungen der Libido führen zu Neurosen. Wenn die phasentypischen Konflikte nicht gelöst, sondern verdrängt werden, kommt es zu einem Rückzug auf die davor liegende Phase. Bei Erwachsenen bestimmt diese Abwehrform den Umgang mit Situationen, die den alten, verdrängten Konflikt wiederaufleben lassen. Das neurotische Symptom weist in symbolischer Form auf den ungelösten Grundkonflikt hin. Die neurotische Störung ist umso ausgeprägter, je früher der unbewältigte Konflikt auftritt. Bereits in der oralen Phase eingetretene Störungen sind daher am schwierigsten zu behandeln. Störungen äußern sich durch Regression in unbewältigte Entwicklungsphasenkonflikte. In den 1920er-Jahren wandte sich Freud von seinem naturwissenschaftlich-energetisch orientierten Libidokonzept zugunsten der Entdeckung des Ichs ab.
- *Drei-Instanzen-Modell der Psyche.* Es, Ich und Überich sind die zentralen Persönlichkeitsanteile. Das Es umfasst die unkontrollierbaren Triebe und Körperenergien. Das Überich umfasst die normativen Instanzen, moralischen Regeln und Gesetze, die das anarchistische Es kontrollieren. Das Ich ist die Entscheidungsinstanz zwischen den drängenden Impulsen des Es und dem kontrollierenden Überich (Gewissen). Das Ich vermittelt zwischen den Bedürfnissen des Individuums und der Gesellschaft. Es ist das Ziel der Psychoanalyse, das Ich zu stärken („Wo Es war, soll Ich sein“).
- *Topgraphisches Modell der Psyche mit dem Unbewussten als zentralem Wirkmechanismus.* Freud unterschied drei Aspekte des menschlichen Geistes: Bewusstsein, Vorbewusstes und Unbewusstes. Da die eigentlichen Ursachen von psychischen Störungen nicht bewusst und durch eigene Bemühungen auch nicht bewusstseinsfähig sind, ist zu deren Aufdeckung eine Psychoanalyse erforderlich, in der die zentralen Hintergründe verstanden und durchgearbeitet werden müssen. Dies führt dann auch zur Bewältigung der darauf beruhenden aktuellen Probleme, Konflikte und Symptome. Die Bewusstmachung von unbewussten Vorgängen und nicht erkannten Zusammenhängen, z.B. bezüglich der Funktion des Symptoms in einem ganz bestimmten Kontext, ist von entscheidender Bedeutung für die Heilung.

- *Weiterentwicklungen der Trieb- und Strukturtheorien Freuds.* Für die moderne Psychoanalyse wurden die von Freud-Schülern entwickelten Konzepte der Ich-Psychologie, der Selbst-Psychologie, der Objektbeziehungstheorie und der interpersonellen Psychoanalyse bedeutsam. Diese Weiterentwicklungen der ursprünglichen psychoanalytischen Theorien führten zu einem neuen Bild vom psychisch gesunden und psychisch kranken Menschen, aber auch zu neuen Behandlungsansätzen, die die Heilungsmöglichkeiten der Psychoanalyse wesentlich erweiterten.
- *Konfliktmodell.* Das Konfliktmodell umfasst intrapsychische und interaktionale Konflikte. Konflikte zwischen verschiedenen Wünschen, zwischen Wünschen und inneren Versagungen sowie zwischen Wünschen und äußerer Realität bestimmen die individuelle und interaktionale Dynamik und wirken sich in Form von psychischen und körperlichen Symptomen negativ auf das gegenwärtige Erleben aus. Aufgrund widersprüchlicher Bestrebungen bestehen unbewusste innere Spannungen und Konflikte, die meist schon in der Kindheit grundgelegt wurden. Typische Konflikte sind etwa Nähe-Distanz oder Abhängigkeit-Unabhängigkeit. Zur Neurose führen zu frühe und zu starke Versagungen, aber auch übermäßige Gewährung. Eine dosierte Frustration wirkt sich für die normale Entwicklung am günstigsten aus. Der Grundkonflikt zwischen dem Menschen als Triebwesen, der die Befriedigung seiner egoistischen Wünsche anstrebt, und dem Menschen als sozialem Wesen, der seine eigenen Bedürfnisse zugunsten anderer Menschen und der Gesellschaft zurückstellt, bleibt im Grunde zeitlebens als Aufgabe zur jeweils bestmöglichen Bewältigung bestehen. Die Kultur gilt nach Freud als reife Form der Bewältigung dieser Spannung, die Neurose dagegen als unreife Form.
- *Zweiseitige Entwicklung von Störungen.* Ein bestimmtes, in der Kindheit grundgelegtes Problem, mit dem man schon ganz gut zu leben gelernt hat, wird durch bestimmte Faktoren im späteren Leben wieder aktiviert, sodass neben dem aktuellen Konflikt auch der ungelöste, meist unbewusste und unverstandene Grundkonflikt gelöst werden muss.
- *Übertragung.* Gefühle, Empfindungen, Fantasien, Wünsche und Ängste im Umgang mit frühkindlichen Beziehungspersonen werden auf gegenwärtige Personen sowie auch auf den Therapeuten übertragen. Diese Verschiebungen und Projektionen führen zu einer Verzerrung der Realität. In der Psychoanalyse wird bewusst die Entwicklung einer Übertragungsbeziehung gefördert, um dadurch die Übertragungen des Patienten bearbeiten zu können. Der Psychoanalytiker hilft dem Patienten, die wiederkehrenden Übertragungsmuster zu erkennen und zu ändern. Der Psychoanalytiker fördert nur bei Patienten, die er als ausreichend stabil einschätzt, die Entwicklung einer Übertragungsneurose, und zwar durch die Aktivierung kindlicher Interaktionsmuster, deren Auflösung in der Therapie erst gesunde Interaktionsmuster in der Gegenwart erlaubt.

- *Gegenübertragung.* Es handelt sich dabei um die Übertragungen des Therapeuten auf den Patienten. Zu deren Reflexion und Kontrolle ist eine intensive Eigentherapie von einigen Hundert Stunden (Lehranalyse) erforderlich. Als gesunde Reaktion handelt es sich bei der Gegenübertragung um den Umgang des Analytikers mit den Übertragungen des Patienten. In der Gegenübertragung zeigt sich der aktuelle Einfluss der Patienten auf den Psychoanalytiker und nicht einfach nur die Neurose des Therapeuten.
- *Widerstand.* Aufgrund unbewusster Motive sperren sich Patienten mithilfe verschiedener Abwehrmechanismen gegen die Erkenntnisse, die in der Psychoanalyse zum Vorschein kommen. Die Deutungen des Therapeuten sind oft schmerzhaft, sodass die Patienten sich lange dagegen wehren, was vom Therapeuten als „Widerstand“ interpretiert wird.
- *Abwehrmechanismen.* Mit jeder Neurose sind unbewusst ablaufende Abwehrmechanismen verbunden, die Anna Freud herausgearbeitet hat. Verdrängung und Verleugnung, Verschiebung und Vermeidung, Isolierung und Rationalisierung (Intellektualisierung), Ungeschehenmachen, Regression, Reaktionsbildung, Sublimierung, Wendung gegen die eigene Person, Verkehrung ins Gegenteil, Spaltung, Projektion und Introjektion ermöglichen eine kurzfristige Entlastung sonst unerträglicher innerer Zustände.
- *Therapieziele: Veränderung der Persönlichkeit und Bearbeitung tiefer liegender Probleme und frühkindlicher Störungen als Voraussetzung für dauerhafte Symptomfreiheit.* Die Umstrukturierung bestimmter Persönlichkeitsanteile, die Bearbeitung unbewusster frühkindlicher Konflikte und bei defizitärer Entwicklungsgeschichte auch die Nachreifung der Persönlichkeit sind die notwendigen Voraussetzungen für eine anhaltende Heilung. Bei einer reinen Symptomtherapie besteht nach psychoanalytischer Auffassung die Gefahr eines Symptomwechsels, d.h. ohne Bewältigung des Grundkonflikts tritt nach der Beseitigung eines Symptoms ein anderes an dessen Stelle.
- *Prozess der Heilung.* Eine Psychoanalyse umfasst drei Aspekte: Erinnern – Wiederholen – Durcharbeiten. Die verdrängten Anteile werden zuerst erinnert und aus dem Unbewussten hervorgehoben. Als Mittel dazu dient die freie Assoziation, die in der Mitteilung aller Einfälle ohne jegliche Zensur besteht. Anschließend wird der Konflikt in der Übertragungsbeziehung wiederholt mit dem Ziel, die damit verbundenen Affekte neuerlich zu erleben. In Form einer Übertragungsneurose wird eine Regression in die entsprechende Lebensphase provoziert und der Grundkonflikt unter emotionaler Beteiligung reinszeniert, sodass er intensiv durchgearbeitet werden kann. Die in der Kindheit beeinträchtigte psychosexuelle Entwicklung wird also in der Beziehung zum Psychoanalytiker wiederbelebt und geheilt. Die Auflösung der Übertragungsneurose stellt den entscheidenden Schritt zur Heilung des Patienten dar. Deutungen des unbewussten Materials durch den Psychoanalytiker fördern die kognitive Verarbeitung.

- *Therapie auf der Couch.* Eine klassische Psychoanalyse erfolgt im Liegen auf der Couch, wo der Patient den Psychoanalytiker nicht sehen kann, der hinter ihm am Kopfende der Couch sitzt. Dadurch wird die Regression erleichtert: Der Therapeut wird zur Projektionsfläche der Übertragungen des Patienten, der seinen Einfällen und Assoziationen freien Lauf lassen kann. Eine klassische Psychoanalyse umfasst 3–5 Sitzungen pro Woche und erstreckt sich über mehrere Jahre und 200–500 Sitzungen oder mehr (Psychoanalytiker haben eine mindestens so lange Lehranalyse absolviert).
- *Therapeutische Abstinenz.* Der Psychoanalytiker bleibt als Person dem Patienten gegenüber stets auf neutraler Distanz, hält sich als Mensch mit seinen Wünschen, Gefühlen und Empfindungen extrem zurück und fördert auf diese Weise die Entwicklung einer Übertragungsbeziehung. Er nimmt auch keine positiven oder negativen Bewertungen vor. Jede Form von Berührung oder sonstiger emotionaler Nähe stellt einen Verstoß gegen die Therapieprinzipien dar. Die Abstinenz des Psychoanalytikers soll dem Patienten helfen, seine Bedürfnisse intensiv zu spüren. Der Wunsch des Patienten nach einer engen stützenden Beziehung wird ebenso frustriert wie das Verlangen nach konkreten Problemlösungen.

Die Psychoanalyse hat wie keine andere Psychotherapiemethode bei vielen psychischen und psychosomatischen Erkrankungen spezifische *Störungsmodelle* entwickelt, die im Laufe der Jahrzehnte immer mehr erweitert wurden, jedoch von Kritikern, insbesondere aus dem Bereich der Verhaltenstherapie, im Laufe der Zeit immer mehr in Zweifel gezogen wurden.

Eine klassische Psychoanalyse, die grundsätzlich bei allen möglichen Störungen eingesetzt werden kann, ist nur für jene Personen sinnvoll, die gewillt sind, sich über einen längeren Zeitraum mit sich und ihrer Lebensgeschichte auseinanderzusetzen und die auch unabhängig von einem aktuellen Symptombdruck bereit sind, an sich zu arbeiten und sich mit ihrer Lebensgeschichte auseinanderzusetzen.

Das typische Setting der orthodoxen Psychoanalyse ist die Langzeitform einer *Einzeltherapie auf der Couch*, die Therapie kann aber auch als problembezogene Fokalthherapie, als Analytische Gruppentherapie oder als Paar- und Familientherapie durchgeführt werden, wird dann aber in *Deutschland* bei den Krankenkassen als Tiefenpsychologisch fundierte Einzel- oder Gruppenpsychotherapie abgerechnet, die sich als gekürzte, stärker problemzentrierte Psychoanalyse versteht. Es gibt auch eine Analytische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie.

In *Österreich* ist die Gruppenpsychoanalyse als eigene Psychotherapiemethode anerkannt. Der Begriff der „Tiefenpsychologisch orientierten Psychotherapie“ ist in Österreich weiter gefasst als der Begriff der „Tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie“ in Deutschland; er umfasst auch Methoden, die zwar aus der Psychoanalyse entstanden sind, jedoch keine Psychoanalyse im engeren Sinne darstellen.

Gruppenpsychoanalyse

Die Gruppenpsychoanalyse beruht auf den Erkenntnissen Sigmund Freuds und sozialwissenschaftlichen Theorien und nutzt diese im Rahmen einer therapeutischen Gruppe. Sie wurde nach ersten Anfängen in den 1920er-Jahren in den 1940er-Jahren von Psychoanalytikern in Großbritannien entwickelt, vor allem von *Sigmund H. Foulkes* und *Wilfried R. Bion*.

Im Laufe der Zeit entstanden drei verschiedene Formen Psychoanalytischer Gruppentherapie: die Therapie des Einzelnen in der Gruppe, die Analyse der Gruppe als Ganzes und die Kombination aus diesen beiden therapeutischen Vorgangsweisen.

Jedes Gruppenmitglied hat die Möglichkeit, in der Gruppe seine Grundkonflikte zu reinszenieren und zu bearbeiten, indem im Hier und Jetzt die ursprünglichen konfliktauslösenden Situationen wiederhergestellt werden. Es ist das *Ziel* der Gruppenpsychoanalyse, unbewusste Vorgänge bewusst zu machen, sodass der Einzelne neue Entscheidungs- und Handlungsmöglichkeiten gewinnt und verschiedene Übertragungen auf andere Menschen erkennt, sodass diese auflösbar werden.

Der *Analytische Gruppentherapeut* bringt keine Themen ein, sondern ermutigt die Teilnehmer, ihre Gefühle, Empfindungen, Gedanken, Fantasien und Träume möglichst spontan in Form des freien Assoziierens zu berichten. Der Therapeut hält sich als reale Person möglichst zurück, um Übertragungsbeziehung zu erleichtern und seiner Arbeit an Übertragung und Widerstand der einzelnen Gruppenteilnehmer nachkommen zu können. Er deutet Vorgänge in der Gruppe, vor allem die Wiederholung verdrängter Konflikte in Übertragungssituationen während des Gruppengeschehens.

Die *Gruppenmitglieder* sollen außerhalb der Gruppentherapie möglichst wenig Kontakt miteinander haben, sodass auch zwischen den Teilnehmern Übertragungsprozesse gefördert werden. Die *Gruppensituation* schafft ein vielfaches Übertragungsfeld aus früheren Sozialisationsformen (Familie, Schule u.a.) und ermöglicht auf diese Weise den Zugang zur seinerzeitigen Entstehung und gegenwärtigen Behandlung psychischer Störungen. Ähnlich wie in der Einzelpsychoanalyse wird die Wiederholung verdrängter Konflikte in der Übertragungssituation im Rahmen des Gruppengeschehens bearbeitet.

Die Analytische Gruppentherapie erfolgt entweder regelmäßig im Ausmaß von 1–2 Wochenstunden oder geblockt in Form mehrerer Sitzungen über mehrere Tage. Neben den Kleingruppen mit 7–12 Teilnehmern gibt es auch Großgruppen ab 25 Teilnehmer.

Die Gruppenpsychoanalyse wird in modifizierter Form auch bei der ambulanten und stationären Therapie schwerer psychischer Störungen, wie etwa Abhängigkeitserkrankungen und Psychosen, angewandt, aber auch bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen. Es gibt auch eine psychoanalytische Paar-Gruppentherapie sowie Familientherapie.

Individualpsychologie

Der Wiener Allgemeinarzt *Alfred Adler* (1870–1937) arbeitete im ersten Jahrzehnt des 19. Jahrhunderts eng mit Sigmund Freud zusammen und begründete nach seiner Trennung in den 1910er- und 1920er-Jahren die Individualpsychologie. Seine letzten Lebensjahre verbrachte er in den USA, bedingt durch den sich ausbreitenden Nationalsozialismus und die austrofaschistische Regierung.

Adler stimmte mit Freud überein hinsichtlich der Bedeutung des Unbewussten und der Betonung der Kindheit für die Entwicklung seelischer Störungen, in therapeutischer Hinsicht auch bezüglich der Phänomene Übertragung, Gegenübertragung und Widerstand. Adler kritisierte jedoch das individualistische und sexuell dominierte Triebkonzept Freuds, was 1911 zu seinem Ausschluss aus der Wiener Psychoanalytischen Vereinigung führte.

Adler erweiterte das psychoanalytische Denken um *soziale Aspekte*, nämlich durch die Betonung, dass jeder Mensch ein angeborenes Potential an *Gemeinschaftsgefühl* besitze. Er erklärte seelische Störungen im Gegensatz zu Freud nicht als Reaktionen auf verdrängte sexuelle Komplexe, sondern als Reaktionen auf persönliche Schwächen, Unterlegenheits- und Unzulänglichkeitsgefühle („*Minderwertigkeitskomplexe*“) von Kindheit an.

Mit der Bezeichnung „*Individualpsychologie*“ wollte Adler die Einheit, Ganzheit, Unteilbarkeit und Einmaligkeit des Individuums gegenüber Freud hervorheben, der den Menschen in einzelne Triebe, Konflikte und Instanzen (Ich, Es, Überich) aufteilte.

Gegenüber den negativen Aspekten der Psyche bei Freud strich Adler die Fähigkeit des Menschen zu Wachstum und Entfaltung sowie zur Überwindung von Mängeln (vor allem von bestimmten Minderwertigkeitsgefühlen) hervor. Die Entwicklung der Persönlichkeit, die bei Freud sehr stark durch intrapsychische Kräfte bestimmt ist, erfolgt nach Adler viel stärker in der Auseinandersetzung zwischen der Person und den sozialen Anforderungen.

Die Individualpsychologie hebt – anders als es die Bezeichnung vermuten lassen würde – die *soziale Dimension des Individuums* hervor. Als sozialistischer Arzt sah Adler den Menschen nicht als isoliertes Einzelwesen, sondern als Gemeinschaftswesen. Er und seine Schüler beteiligten sich intensiv an sozialen Reformprogrammen des „roten Wien“ der Zwischenkriegszeit, aber auch später am Aufbau von Erziehungsberatungsstellen und im Bereich der Schulpädagogik.

Die unterschiedlichen Sichtweisen beider Ärzte hängen nicht zuletzt auch mit ihrer Herkunft und ihren unterschiedlichen Patientengruppen zusammen. Freud behandelte vorwiegend Menschen aus reicheren Schichten, die aufgrund ihrer Lebenssituation kaum andere als sexuelle Probleme hatten. Adler hatte sich schon als Student mit dem Marxismus und Sozialismus auseinandergesetzt und behandelte vorwiegend Patienten aus der Mittelschicht, bei denen Probleme des gesellschaftlichen Status und des wirtschaftlichen Fortkommens dominierten.

Neben der Arbeitsfähigkeit und der Liebesfähigkeit kommt nach Adler der *Mitmenschlichkeit* als drittem Therapieziel die größte Bedeutung zu, da sich die psychische Gesundheit am Grad der Beitragsleistung für die Gemeinschaft zeigt. Für Adler stand das Individuum in einem bestimmten sozialen Kontext, in einer bestimmten aktuellen Lebenssituation, im Mittelpunkt der Psychotherapie.

Zentrale Konzepte sind das Minderwertigkeitsgefühl, das durch das Geltungsstreben kompensiert wird, sowie der Lebensstil und der Lebensplan, der die unbewussten Strategien des Menschen in der Auseinandersetzung mit der Umwelt zum Ausdruck bringt. Adler interessierte sich dafür, wie jeder Mensch im Umgang mit der Umwelt seine Schwächen und Unsicherheiten kompensiert.

Menschen mit Organminderwertigkeit, sozialer bzw. ökonomischer Benachteiligung und verzärtelndem Erziehungsstil der Eltern entwickeln *Minderwertigkeitsgefühle* und *Minderwertigkeitskomplexe* und in der Folge davon oft sehr belastende und sozial ungünstige Kompensationsversuche zur Bewältigung ihrer Schwächen.

Minderwertigkeitsgefühle werden von Adler nicht negativ betrachtet, sondern als entscheidender Antrieb zur besseren Selbstentfaltung gesehen. Menschen mit leichter körperlicher Beeinträchtigung entwickeln oft besondere geistige oder künstlerische Fähigkeiten.

Neurotische Symptome ergeben sich nach Adler nicht aus der Abwehr von Triebregungen wie bei Freud, sondern aus einem falschen Lebensstil und der Abwehr gegenüber Anforderungen vonseiten der Umwelt, denen sich die Patienten aufgrund ihrer Minderwertigkeitsgefühle nicht gewachsen fühlen und am liebsten entziehen möchten. Die Kombination von Minderwertigkeitskomplexen und übersteigertem Geltungstrieb als *Überkompensation* führt zu einer missglückten Anpassung an die Gemeinschaft.

Die Art der individuellen Verarbeitung von Lebensproblemen kann nach Adler zu seelischen Störungen führen. Psychische Erkrankungen wurzeln in Belastungen und problematischen Entwicklungen in der Kindheit und in sozialen Prägungen in der Familie (später auch in Schule und Beruf), woraus größtenteils unbewusste innere Konflikte entstanden.

Die *Beeinträchtigung der Selbstentfaltung und der Beziehungsfähigkeit* in der Kindheit führen zu psychischen Erkrankungen und Gemeinschaftsunfähigkeit. Der Mensch ist dann gesund, wenn er als ganze Person ohne wesentliche Einschränkungen (ohne Minderwertigkeitsgefühle) privat, beruflich und gesellschaftlich am sozialen Leben in der Gemeinschaft teilnehmen kann.

Der *Erforschung unbewusster Motive*, jedoch anderer als von Freud angenommen, ist von entscheidender Bedeutung. Die Patienten erzählen spontan und assoziieren frei, was ihnen einfällt. Es geht um das Bewusstwerden und Deuten von Unbewusstem, um das Verstehen der bewussten und unbewussten psychischen Aktivitäten (einschließlich des Erlebens) im Hier und Jetzt, vor allem auch um das Verstehen von Übertragung und Widerstand, Abwehr und Sicherung.

Das persönliche Erleben muss in der Selbsterfahrung im Rahmen der therapeutischen Beziehung verstanden, heilend belebt und verarbeitet werden. Der entscheidende Wirkungsmechanismus besteht in der *Wiederbelebung der Emotionen*, die zur konkreten Störung geführt haben, in Form der *Übertragungsbeziehung* zwischen Patient und Therapeut.

Die therapeutische Arbeit richtet sich auf ein aktuelles Problem, das in seinem lebensgeschichtlichen Kontext betrachtet wird. Anstelle einer reinen Symptomtherapie wird primär eine *Umstellung der Lebensstil- und Beziehungsmuster* angestrebt, die erst die Überwindung des aktuellen Problems ermöglicht. Alle Äußerungen der Person, wie etwa Mimik, Gestik, Verhalten, Gang, Sprache, Blick, Charakterzüge, Träume u.a. werden zur Bearbeitung herangezogen.

Die Therapie ist im Gegensatz zur Psychoanalyse nicht kausal, sondern *final* ausgerichtet, d.h. es geht mehr um das „Wozu“ als um das „Warum“ seelischer Vorgänge. Es ist die Funktion der Symptome, die Minderwertigkeitsgefühle zu überdecken und die Verantwortlichkeit des Individuums für bestimmte Lebensaufgaben aufzuheben. Der Patient soll durch die Psychotherapie wieder die *Verantwortung* für sein Leben übernehmen und seine Lebenspläne umsetzen lernen.

Die Therapie verläuft in *zwei Phasen*: anfangs in einer analytischen und später in einer synthetischen (integrierenden) Form. Der Therapeut verhält sich im Sinne einer „gleichmütigen Hilfsbereitschaft“ und eines „wohlwollenden Zuschauens“ und ermutigt den Patienten in der zweiten Phase zu mehr Aktivität und Selbstvertrauen. Individualpsychologische Therapeuten verzichten im Gegensatz zu orthodoxen Psychoanalytikern oft auf die Abstinenzregel, sondern fördern das verantwortliche Handeln des Patienten durch gezielte Hilfestellungen.

In seinem späteren Wirken zeigte Adler stark suggestive und kognitiv-therapeutische Tendenzen, was als manipulativ kritisiert wurde. Adlers Schüler entwickelten seine Konzepte unterschiedlich weiter. Verschiedene Ideen und Ziele, wie etwa die Förderung der Entwicklungsfähigkeit des Menschen, haben Ähnlichkeiten mit der Humanistischen Psychologie, weshalb man Adler als einen ihrer wesentlichen Vorläufer bezeichnen kann. Andere Vorstellungen, wie etwa kognitiv-psychologische Überlegungen, weisen Bezüge zur neueren Verhaltenstherapie auf. Adlers Betonung der sozialen Dimension des Menschen erleichterte die Einbeziehung gruppentherapeutischer Konzepte.

Seit den 1970er-Jahren nähert sich die Individualpsychologie sehr stark der Psychoanalyse an. Dies zeigt auch der Umstand, dass deutsche Individualpsychologen Kassenverträge für Analytische Psychotherapie erhalten.

Die Therapie findet meist im Sitzen, manchmal auch auf der Couch statt, mit 2–4 Sitzungen pro Woche, gewöhnlich über mehrere Jahre hinweg. Eine kürzere Therapie ist möglich. Als Zielgruppe kommen Personen jeden Alters mit unterschiedlichen Symptombildungen in Frage, also auch Kinder und Jugendliche. Die Individualpsychologie gewann auch große Bedeutung in der Erziehungsberatung durch die Betonung schädlicher Erziehungseinflüsse.

Analytische Psychologie

Der Schweizer Psychiater *Carl Gustav Jung* (1875–1961) entwickelte seine von ihm „*Analytische Psychologie*“, später auch „*Komplexe Psychologie*“ genannte Psychotherapie anfangs in bewusster Abgrenzung von Sigmund Freud, mit dem er im ersten Jahrzehnt des 19. Jahrhunderts eng zusammenge- arbeitet hatte. Jung betrachtete sich – im Gegensatz zu den populären Darstel- lungen – ebenso wenig wie Adler als Freud-Schüler im engeren Sinne.

C. G. Jung (er selbst nannte seine Vornamen fast immer nur abgekürzt) warf Freud eine einseitig sexuelle Sichtweise der Libido vor und konnte ihm in der Thematik des Sexualsymbolismus und des Ödipuskomplexes nicht folgen. Er betrachtete die *Libido als allgemein wirksame energetische Kraft*, als Le- bensenergie, die bis in kosmische Dimensionen reicht. Jung verstand die Psy- che als eine dynamische Mischung aus teilweise bewussten, teilweise unbewussten gesunden und krankhaften Komplexen, die sich in der Vergangenheit entwickelt und immer wieder neu formiert haben und Erfahrungen, Vorstellun- gen, Ideen und Gefühle in gegenseitiger Wechselwirkung umfassen.

Jung erweiterte Freuds Konzept des persönlichen Unbewussten durch die Annahme eines *kollektiven, überpersönlichen Unbewussten*, das bei allen Men- schen aller Zeiten und Kulturen in Form von gemeinsamen Vorstellungsbildern („*Archetypen*“, d.h. „Urmustern“) zu finden sei. Das persönliche Unbewusste entspricht dem Unbewussten Freuds und umfasst Aspekte wie Vergessenes, Verdrängtes, nicht bewusst (unterschwellig) Wahrgenommenes, Gedachtes und Gefühltes. Das kollektive Unbewusste ist nicht persönlich erworben, sondern vererbt, d.h. phylogenetisch erworben. Jung versuchte seine Annahme eines kollektiven Unbewussten durch ausgedehnte Forschungsreisen in viele Länder und Kulturen zu belegen. Als späterer Universitätsprofessor für Medizinische Psychologie war ihm die wissenschaftliche Sichtweise sehr wichtig.

Das Unbewusste, das erforscht und aus dem dunklen Bereich ans Licht ge- bracht werden muss, war für Jung nicht nur der Ort der Triebe und der negati- ven Emotionen, wie dies bei Freud der Fall war, sondern auch die Quelle der Kreativität und der Selbstverwirklichung (Individuation). Die Patienten sollen lernen, ihre eigenen inneren Ressourcen zu erkennen und weiterzuentwickeln.

Jung entwarf zwar auch eine differenzierte *Typenlehre* (z.B. die Unter- scheidung in Extraversion und Introversion), doch steht diese Typologie heu- zutage gegenüber den zentralen Themen, wie etwa Individuation, Archetypen, Komplexen und Symbolen, mehr im Hintergrund. Wichtig ist dabei der Hin- weis, dass es Jung immer um die *Komplementarität*, d.h. um die gegenseitige Ergänzung der verschiedenen Pole ging – und damit um die Integration der verschiedenen Dimensionen in das Selbst als Gesamtpersönlichkeit.

Die *Ursache psychischer Probleme* besteht nach Jung in einer Störung des vom Selbst, dem Zentrum der Gesamtpersönlichkeit, gesteuerten Individua- tionsprozesses zur seelischen Reifung. Dieser erfolgt in Form eines Austausch- prozesses zwischen dem Unbewussten und dem Bewusstsein.

Die Vernachlässigung wesentlicher seelischer Bereiche führt zur Selbstentfremdung („Entzweiung mit sich selbst“) und damit zur Neurose. Gesundheit besteht nicht in einer ungetrübten Harmonie, sondern vielmehr im Akzeptieren der gegensätzlichen Bestrebungen und Pole in der Person sowie in der Integration von Bewusstem und Unbewusstem. Zur Gesundung soll aus dem Ich ein Selbst werden.

Therapieziele sind die *Individuation*, d.h. die psychische Entfaltung des Selbst, die Selbstverwirklichung des Menschen in seiner Einzigartigkeit, und die *Integration der abgespaltenen unbewussten Persönlichkeitsanteile*, wodurch die Möglichkeiten des Erlebens und Handelns erweitert werden.

Von der *Persona*, d.h. der sozial angepassten Seite des Menschen, abgespalten ist der „*Schatten*“, d.h. der dunkle Anteil der Persönlichkeit. Angestrebt wird die Aussöhnung mit dem Schatten, mit den nicht gelebten Aspekten der Person, die dem Ich komplementär gegenüberstehen.

Wichtig ist auch die Integration der polaren Archetypen *Anima* (des Weiblichen, Erdhaften, Gefühlvollen, Schöpferischen) und *Animus* (des Männlichen, Logischen und Sprachlich-Rationalen). Die Vernachlässigung der gegenschlechtlichen psychischen Bereiche durch ein einseitiges Leben der jeweiligen Geschlechtsrolle führt zur Verarmung des Individuums.

Die Analytische Psychologie ist auf die *Ganzwerdung und Reifung der Person* ausgerichtet und betrachtet seelische Probleme nicht nur als behandlungsbedürftige psychische und psychosomatische Störungen, sondern vielmehr auch als Anzeichen dafür, dass eine Änderung der Einstellung zu sich selbst und zum Leben notwendig und möglich ist.

Als *Zielgruppe* gelten demnach nicht nur psychisch kranke Menschen, sondern vor allem auch Personen, die an der Entwicklung ihrer Persönlichkeit arbeiten möchten. Der Psychotherapeut versteht sich als Begleiter auf dem Weg zur Individuation, zum persönlichen Wachstum, zur Person, die der Patient sein kann, wenn er seine Begabungen und Entfaltungsmöglichkeiten entwickelt. Der Therapeut verhilft dem Patienten zu einem besseren Zugang zu den Heilungskräften seines Unbewussten und bietet ihm dazu einen schützenden Raum an, in dem er Halt finden und Neues erproben kann.

In der Therapie von psychischen und psychosomatischen Leidenszuständen werden die relevanten Komplexe und Konflikte identifiziert, miteinander ertragen und bearbeitet.

Primäres Ziel der Analytischen Psychologie ist nicht die rasche Symptombeseitigung oder die symptombezogene Heilung, sondern die Analyse von Charakter, Persönlichkeit und persönlichem Unbewussten des Patienten sowie die Förderung von Wachstum und Selbstverwirklichung.

Neurosen werden von Jung durchaus positiv gesehen, weil sie eine Weiterentwicklung der Persönlichkeit eröffnen. Heilende Kraft ist nicht der Therapeut, sondern die Psyche selbst, wenn die Patienten sie bewusst geschehen lassen. Jung glaubte – anders als Freud – fest an die positiven Kräfte im Menschen.

Als *Methoden*, um die Sprache des Unbewussten sichtbar zu machen, den Dialog zwischen Ich und Unbewusstem zu fördern und die innere Erlebniswelt zu erweitern, werden Träume, Fantasien, Symbolhaftes, kreative Medien (Malen, Schreiben, Musik), Märchen, Mythen und Themen aus der Kunst eingesetzt, aber auch eine spezielle Tagtraumtechnik („aktive Imagination“).

Die *Traumarbeit* als Auseinandersetzung mit dem Unbewussten ist das zentrale Mittel der Jungschen Analyse. Träume bringen symbolhaft die Probleme des Patienten zum Ausdruck und verhelfen ihm zum Verständnis seiner Lage. Zahlreiche Einfälle und Deutungsmöglichkeiten ergeben das Netzwerk des Gesamtsinns eines Traumes.

Eine *Störung* wird vor allem durch Teilbereiche der Psyche bewirkt, die von der Gesamtpersönlichkeit abgespalten und verdrängt sind. Derartige Teilpsychen werden „*Komplexe*“ genannt. Komplexe sind problematische Lebens-themen, die Konflikte und Probleme verursachen. Komplexe gehen oft auf Traumata zurück. Bestimmte Inhalte sind zwar aus dem Bewusstsein entfernt, die erlebbaren Gefühle und stereotypen Verhaltensweisen nötigen den Patienten jedoch, sich mit seinem Unbewussten auseinanderzusetzen, was durchaus wachstumsfördernd wirken kann. Wenn der unbewusste Anteil eines Komplexes erkannt wird, verschwinden die Symptome, weil die Energie wieder frei fließen kann.

Die integrierende Kraft der Psyche wird in der Therapie durch den bewusst machenden und kreativen Umgang mit den gesunden und krank machenden Prozessen erweitert zugunsten einer besseren Lebens- und Beziehungsfähigkeit. Die Therapie ist nicht kollektiven Normen von Normalität verpflichtet, sondern nur der Förderung der Individuation des Patienten.

In der Analytischen Psychologie werden *keine standardisierten Techniken* eingesetzt und *keine vorformulierten Behandlungsziele*, wie etwa die Symptombeseitigung, angestrebt, sondern primär *seelische Nachreifung*, *Selbstverwirklichung* und *korrigierende Beziehungserfahrungen* im therapeutischen Kontext. In diesem Sinn gilt Jung als einer der Vorläufer der Humanistischen Psychotherapie.

Die Jungsche Analyse ist nicht nur auf die psychologische, sondern vielmehr auch auf die geistige Entwicklung des Menschen ausgerichtet. Die *spirituelle Dimension* ist von großer Bedeutung. In diesem Sinn kommen in der Therapie auch philosophische, religiöse, mythische und mystische Aspekte zur Sprache. Jung beschäftigte sich eingehend mit östlicher Philosophie, Alchimie, Mystik, Okkultismus und Phänomenen, die man heute „Parapsychologie“ nennen würde. Er gilt in diesem Sinn auch als Vorläufer der Transpersonalen Psychotherapie.

Die Analytische Psychologie findet meist im Gegenübersitzen statt und ist für Jugendliche und Erwachsene jeden Alters geeignet. Die Behandlung kann zwar auch in Form einer kürzeren Therapie erfolgen, wird jedoch in der Praxis meist als Langzeittherapie angeboten. Die Sitzungen erfolgen ein- oder zweimal pro Woche, bei Bedarf auch öfter.

Tiefenpsychologisch orientierte Methoden

Bereits in den 1920er-Jahren gab es erste Versuche, die psychoanalytische Behandlung zu straffen, um in kürzerer Zeit Behandlungserfolge zu erzielen. In den 1980er-Jahren wurden in Deutschland im Zuge der Neufassung der Psychotherapie-Richtlinien der Krankenkassen zwei Verfahren als *Psychodynamische Psychotherapie* zugelassen: die Analytische Psychotherapie und die Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie.

Seit 1999 ist in Deutschland die Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, die auf den theoretischen Grundlagen der Psychoanalyse beruht, neben der Analytischen Psychotherapie und der Verhaltenstherapie eines der drei so genannten Richtlinienverfahren.

Als „*Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie*“ mit Anspruch auf Kassenfinanzierung gelten in Deutschland nur solche Verfahren, die sich trotz zeitlicher Kürzung und inhaltlicher Modifikation grundsätzlich auf dem Boden der *Psychoanalyse* bewegen.

Gegenüber der klassischen psychoanalytischen Technik bestehen *modifizierte Regeln*, z.B. nur 1–2 Therapiestunden pro Woche, kürzere Therapie, Bearbeitung umschriebener Konflikte und konkreter Probleme. Die Einbeziehung von Angehörigen (Partner, Eltern, Kinder) ist möglich. Es werden in kürzerer Zeit begrenzte Ziele angestrebt, wie etwa Symptomreduktion oder begrenzte Einsicht in innere Konflikte. Die Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie bemüht sich um die Verbesserung der Bewältigungsmöglichkeiten von Symptomen und regt auf diese Weise die Veränderung der Persönlichkeit an.

Die Psychotherapie erfolgt nicht auf der Couch, sondern im *Sitzen* als Gespräch, ähnlich einer Alltagskonversation. Der Therapeut ist aktiver, nimmt *Deutungen* auf der Basis von Hypothesen über unbewusste Konflikte vor und legt Wert auf den Aufbau einer therapeutischen Beziehung, ohne durch analytische Abstinenz ständig Übertragungsbeziehungen zu fördern. Er präsentiert sich selbst nicht nur als Projektionsfläche für frühere Interaktionsmuster des Patienten, sondern *intervenierte in stärkerem Ausmaß* als in einer klassischen Psychoanalyse.

Das Kernstück der Tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie ist die *Psychodynamik der Konflikte*. Ein pathologischer Grundkonflikt aus der Kindheit führt in einem bestimmten lebensgeschichtlichen Zusammenhang zu einem inneren Konflikt, der die Schwachstelle der Person darstellt und sich in einem meist unbewussten Aktualkonflikt manifestiert, ausgelöst durch eine aktuelle Konfliktsituation (ein bestimmtes inneres oder äußeres Ereignis).

In der Therapie wird der Aktualkonflikt auf dem Hintergrund des Grundkonflikts bearbeitet. Die Patienten sollen erkennen, dass ihre Symptome im Lichte ihres früheren und aktuellen Lebens Sinn machen. In der Therapie sollen die Patienten alternative Verhaltensweisen erwerben, wie sie mit Konflikten umgehen können.

Tiefenpsychologisch fundierte Methoden konzentrieren sich neben aktuellen inneren Konflikten auch auf zwischenmenschliche Probleme. Erinnerungen aus Kindheit und Jugend werden eher nur im Rahmen der Behandlung von Hier-und-Jetzt-Problemen angesprochen. Es erfolgt im Vergleich zur klassischen Psychoanalyse eine stützende Therapie, wie auch bei anderen Methoden.

Die Patienten arbeiten vor allem an der Lösung jener Alltagsprobleme, deretwegen sie in Therapie gekommen sind. Der Therapeut hilft dem Patienten stärker als in der Langzeitanalyse, die gewonnenen Erkenntnisse in seinem Alltagsleben umzusetzen und Strategien für künftiges Verhalten zu entwickeln.

In Deutschland wird die Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie als Kurzzeittherapie (maximal 25 Stunden) und als Langzeittherapie (maximal 100 Stunden) angeboten – im Gegensatz zur reinen Langzeittherapie der Analytischen Psychotherapie (maximal 300 Stunden).

In Deutschland sind im Rahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung vier Sonderformen der Tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie anerkannt:

1. *Kurztherapie.* Kurztherapie ist nicht dasselbe wie Kurzzeittherapie. Es erfolgt eine Vereinbarung auf ein begrenztes Therapieziel und einen begrenzten Therapieumfang im Ausmaß von meist 40 Stunden. Im Mittelpunkt steht ein abgegrenzter aktueller Konflikt mit einer definierten krankheitswertigen Symptomatik.
2. *Fokalthherapie.* Diese von Michael Balint entwickelte klassische Form der Analytischen Kurztherapie kann als Kurzzeit- oder Langzeittherapie durchgeführt werden und stellt einen bewussteinfähigen Fokus, d.h. einen neurotischen Kernkonflikt, in den Mittelpunkt der Therapie.
3. *Dynamische Psychotherapie.* Diese Sonderform wurde von Annemarie Dührssen entwickelt. Es erfolgt eine Einigung auf die Bearbeitung eines bestimmten Konflikts, wobei der Bezug zum Aktualkonflikt erhalten bleibt.
4. *Niederfrequente Therapie in einer längerfristigen, Halt gewährenden therapeutischen Beziehung.* Es handelt sich dabei um eine länger dauernde unterstützende Psychotherapie bei chronisch psychisch Kranken, wie etwa mit Ich-Entwicklungsstörungen und verfestigten Persönlichkeitsstörungen. Durch größere Therapieabstände, z.B. im Ausmaß eines Monats, ist ohne großen Druck eine mehrjährige Betreuung möglich. Im Rahmen dieser Sonderform ist auch eine Kombination von Einzel- und Gruppentherapie möglich, die bei allen anderen Formen einer kassenfinanzierten Analytischen Psychotherapie verboten ist.

Im Rahmen einer übergeordneten Tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie kann auch Katathymes Bilderleben, das in Deutschland nicht als eigenständige Psychotherapiemethode anerkannt ist, als Ergänzung der verbalen Therapie eingesetzt werden, wenn aufgrund der Struktur des Patienten im Rahmen einer rein verbalen Interaktion kein Fortschritt erreichbar ist.

„Tiefenpsychologisch orientierte Psychotherapie“ ist auch der Oberbegriff für unterschiedliche Therapiemethoden, die zwar aus der Psychoanalyse abgeleitet sind, jedoch etwas anderes darstellen als eine modifizierte Psychoanalyse. In Österreich bezeichnet man als „*Tiefenpsychologisch orientierte Methoden*“ eine Gruppe von staatlich anerkannten Psychotherapiemethoden, die ihre Wurzeln zwar in der Psychoanalyse haben, jedoch selbstständige Weiterentwicklungen darstellen. Ihre Gründer waren oft orthodoxe Psychoanalytiker, die die Psychoanalyse weiterentwickelten oder sich auf psychoanalytische Konzepte beriefen.

Mit der Bezeichnung „Tiefenpsychologisch orientiertes Verfahren“ nehmen bestimmte Methoden, wie etwa verschiedene körperorientierte Verfahren, eine Standort-Beschreibung vor und erhoffen sich dadurch eine leichtere Anerkennung als seriöse Psychotherapiemethode. Dies gilt vor allem für einige nicht einmal in Österreich anerkannte Verfahren (Primärtherapie, Hakomi, Radix, Core Energetics u.a.).

In Deutschland sind derartige Tiefenpsychologisch orientierte Psychotherapiemethoden bei den Krankenkassen nicht zugelassen (das Katathyme Bilderleben darf im Rahmen einer Tiefenpsychologisch fundierten Therapie eingesetzt werden, das Autogene Training bis zu 12 Stunden nur in der Psychosomatischen Grundversorgung sowie im Rahmen einer Verhaltenstherapie).

In diesem Psychotherapie-Ratgeber werden als „*Tiefenpsychologisch orientierte Methoden*“ folgende in Österreich anerkannte Verfahren angeführt:

- Autogene Psychotherapie
- Daseinsanalyse
- Dynamische Gruppenpsychotherapie
- Hypnosepsychotherapie
- Katathym Imaginative Psychotherapie
- Konzentrative Bewegungstherapie
- Transaktionsanalytische Psychotherapie

Darüber hinaus werden unter diesem Begriff auch noch weitere, derzeit auch in Österreich staatlich nicht anerkannte Psychotherapiemethoden beschrieben, deren Gründer auf die tiefenpsychologische Fundierung hinwiesen:

- Vegetotherapie
- Bioenergetische Analyse
- Biodynamische Psychologie
- Primärtherapie

Verschiedene Tiefenpsychologisch orientierte Methoden, wie etwa die Transaktionsanalytische Psychotherapie, die Bioenergetische Analyse (Bioenergetik) und die Hypnotherapie, werden öfter der Humanistischen Psychotherapie zugeordnet.

Katathym Imaginative Psychotherapie

Der deutsche Psychiater und Psychoanalytiker *Hanscarl Leuner* (1919–1996) begründete in den 1950er-Jahren unter der Bezeichnung „*Katathymes Bilderleben*“ eine Tiefenpsychologisch orientierte Psychotherapie, die mit Vorstellungen (Imaginationen) und Tagträumen arbeitet. Mit der Bezeichnung „*katathym imaginativ*“ wird zum Ausdruck gebracht, dass stark emotionale bzw. vom Affekt bestimmte tagtraumartige Bildinhalte im Mittelpunkt der Psychotherapie stehen.

Über den Weg der Imagination, der Tagtraumtechnik, bestimmter Symbole und Motive finden die Patienten Zugang zu ihrer emotionalen Innenwelt und zu ihrem bewussten Erleben. Über die *bildhafte Symbolsprache* werden die tieferen Schichten der Persönlichkeit und die unbewussten Prozesse des Seelenlebens aktiviert, abgespaltene Anteile integriert, Affekte durchlebt und bewältigt, zentrale Konflikte thematisiert und bearbeitet sowie seelische Energiereserven aktiviert. *Symbolisches Probehandeln* ermöglicht neue Wege aus Konflikten, Lebenskrisen, Beziehungsproblemen, Angst, Depression und psychosomatischen Störungen.

Neben der Bewusstmachung und Aufarbeitung negativer Erfahrungen in der Vergangenheit (vor allem frühkindlicher Konflikte, Mangel Erfahrungen und traumatischer Erlebnisse) stehen die aktuellen Probleme und emotionalen Neu-Erfahrungen im Mittelpunkt der Behandlung. Es geht um die emotionale Einsicht und nicht nur um das kognitive Verstehen mit der Gefahr der Intellektualisierung.

Die Behandlung erfolgt in Form einer *Grund-, Mittel- und Oberstufe*, wo jeweils verschiedene Themen in Form bestimmter Standardmotive oder frei gewählter Motive bearbeitet werden. In einem vertieften Entspannungszustand wird zuerst das jeweilige Bild entwickelt und beschrieben, anschließend wird die symbolische Bedeutung nach psychoanalytischen Grundsätzen erarbeitet, d.h. die aufkommenden Bilder werden nach bestimmten Kriterien gedeutet.

Die angebotenen Motive ermöglichen unter therapeutischer Anleitung den Zugang zu inneren Bildern, Szenen, Erinnerungen, Gefühlen, Wünschen, Konflikten und Problemen sowie deren spätere Bearbeitung. Die Patienten können ihre Bilder auch malen. Aus den Erkenntnissen ergeben sich Chancen auf neue Möglichkeiten des Wahrnehmens, Fühlens oder Handelns. Die Patienten lernen über ihre innere Bilderwelt, bisher unbekannte Zusammenhänge zu verstehen, gelernte Beschränkungen zu überwinden und innere Potentiale zu erschließen.

In der *Grundstufe* werden frühe Phasen der psychischen Entwicklung behandelt, emotionale Inhalte differenziert und Möglichkeiten zum Nachholen und Nachreifen emotionaler Defizite angeboten. Der Therapeut verhält sich begleitend, stützend und fördernd, er vermeidet in dieser Behandlungsphase jedes konfrontative Vorgehen. Bei bestimmten Patienten ist der unterstützende Stil auch über die Grundstufe hinaus erforderlich. Die Standardmotive der Grundstufe sind: Blume, Wiese, Bach, Berg, Haus und Waldrand.

Einige *Beispiele* sollen die tiefenpsychologischen Aspekte kurz erläutern. Das Motiv der Wiese ermöglicht eine Art Bühne für die handelnden Gestalten des Symboldramas und bietet eine erste Möglichkeit, Stimmungen und Probleme des Patienten zu erkennen. Das Motiv des Berges mit Ausblick auf die Landschaft zeigt die Schwierigkeiten des Aufstiegs und die Art der gesehenen Landschaft auf und lässt Probleme beim Durchsetzen von Ansprüchen erkennen. Das Motiv des Baches, der durch eine Wiese fließt und dessen Verlauf man von der Quelle bis zur Mündung ins Meer verfolgen kann, vermittelt ein Bild über die seelische Dynamik und die inneren Blockaden. Das Motiv des Hauses dient als Symbol für die Persönlichkeit, wo durch die Art und Größe des Hauses Hinweise auf die Problematik des Patienten gewonnen werden.

Die *Mittel- und Oberstufe* dient der Konfliktbearbeitung, tieferen Erkenntnis und Integration aller Erfahrungen. Der Therapeut ermutigt entweder zur Auseinandersetzung mit den konflikthaften Symbolen oder zum freien Assoziieren. Bei der Symbolkonfrontation sollen die Patienten einen bestimmten Bildinhalt genauer betrachten, dem sie lieber ausweichen möchten. Meist handelt es sich dabei um bestimmte Menschen oder Tiere, die unangenehme Affekte auslösen, wie etwa Angst, Trauer, Wut, Ärger, Aggressionen. Beim freien Assoziieren sollen sich die Patienten dem unkontrollierten Fluss ihrer Bilderketten überlassen, der Therapeut kann aber auch über „assoziative Schleifen“ den Patienten fragen, ob ihn die bei bestimmten Bildern beschriebenen Gefühle an frühere Situationen und Erfahrungen im Leben erinnern, sodass diese einer Bearbeitung zugeführt werden können.

Ein wichtiges *Standardmotiv der Mittelstufe* ist etwa die Begegnung mit einer Beziehungsperson, oft verschlüsselt über ein Tier, um soziale Beziehungsprobleme zu erkennen und zu bewältigen. Zur Bearbeitung sexueller Probleme dient für Männer das Motiv des Rosenbusches, den sie pflücken sollen, und für Frauen die Anweisung, als Anhalterin zu reisen (Motiv der Kutschenfahrt). Die Thematik der Aggression wird über die Begegnung mit dem Löwen bearbeitet, das Ich-Ideal durch die Begegnung mit einer Person gleichen Geschlechts mit gewünschten Eigenschaften. Bei psychosomatischen Beschwerden wird das Motiv der Reise in das Körperinnere eingesetzt: Der Patient soll als kleines Wesen durch eine Körperöffnung in den Körper gelangen und diesen erforschen.

Als *Standardmotive der Oberstufe* gelten: Höhle, Sumpfloch, Vulkan, Foliant. Das Motiv der Höhle soll tief verdrängte Konflikte zum Vorschein bringen, das Sumpfloch archaische Bilder von Menschen und Tieren, um sexuelle oder ödipale Konflikte zu erkennen.

Die Katathym Imaginative Psychotherapie wird Menschen aller Altersgruppen im Sitzen oder Liegen als Kurz- oder Langzeittherapie bei allen möglichen psychischen und psychosomatischen Störungen in Form von Einzel-, Paar- und Gruppentherapie angeboten. In der Gruppentherapie hält sich der Therapeut bei der Interpretation zurück. Stark rationalisierende, emotional blockierte Patienten können von der bildhaften Symbolisierung durchaus gut profitieren.

Hypnosepsychotherapie

Die Hypnose ist die *älteste Psychotherapiemethode* und eine der ältesten Heilmethoden der Menschheit. Sie wurde früher meist in religiösem bzw. magisch-mythologischem Zusammenhang eingesetzt. Die Bezeichnung „*Hypnose*“ geht auf das altgriechische Wort für Schlaf (hypnos) zurück, hat aber nichts damit zu tun. Der abgesenkte und eingeengte, jedoch hoch konzentrierte und aufmerksame Bewusstseinszustand in Hypnose wird „*Trance*“ genannt.

Als *Hypnosetherapie* oder *Hypnotherapie* bezeichnet man die *Anwendung hypnotischer Trance* und hypnotischer Phänomene in der Psychotherapie. Hypnose kann im Rahmen unterschiedlicher Psychotherapiemethoden eingesetzt werden, beispielsweise in tiefenpsychologischem Kontext („Hypnoanalyse“) oder in verhaltenstherapeutischem Kontext. Als eigenständige Psychotherapiemethode umfasst sie die klassische Hypnose ebenso wie die moderne Hypnotherapie.

Die *Tiefe der Trance* hängt vom Grad der Suggestibilität ab. Ein Mensch ist nach gesicherten Erkenntnissen umso leichter und tiefer hypnotisierbar, je besser er sich in eine Sache vertiefen kann (*Absorptionsfähigkeit*), je echter und lebendiger er sich Dinge vorstellen kann (*Imaginationsfähigkeit*) und je umfassender er andere, nicht zum momentanen Erlebnisinhalt gehörende Eindrücke ausblenden kann (*Dissoziationsfähigkeit*). Die Art der hypnotherapeutischen Beziehung ist ebenfalls ein zentraler Faktor der Hypnotisierbarkeit, denn sie entscheidet über das persönliche Vertrauen und erleichtert den Rapport.

Suggestibilität und Hypnotisierbarkeit weisen in der Bevölkerung eine Normalverteilung auf, d.h. nur sehr wenige Menschen sind leicht hypnotisierbar und nur sehr wenige Menschen sind kaum oder überhaupt nicht hypnotisierbar. Hoch suggestible Menschen im Sinne guter Hypnotisierbarkeit sind keineswegs willensschwach und deshalb leicht beeinflussbar; sie sind aufgrund ihrer Fähigkeiten nur besser in der Lage, sich auf das hypnotische Geschehen einzulassen.

Therapeutische Hypnose ist etwas völlig anderes als die Schaubudenhypnose, wie sie vielen Menschen bekannt ist. Der Patient behält dabei seinen Willen und seine moralischen Vorstellungen, nichts erfolgt gegen seine Interessen und seine ethischen Normen. Notfalls wird der Patient sofort wach, wenn er sich anders nicht wehren kann.

Jede Hypnose ist letztlich *Selbsthypnose*: Der Patient setzt um, was ihm der Psychotherapeut suggeriert und was er selbst glauben und tun möchte.

Die Aufsehen erregenden Phänomene der *Amnesie* (fehlende Erinnerung an die Vorgänge unter Hypnose) und der *posthypnotischen Suggestion* (spätere Befehlsausführungen aus dem Unbewussten heraus, z.B. „Sie trinken keinen Alkohol mehr“) kommen nur selten vor und haben früher zu einem falschen Verständnis der Hypnose geführt. Der Therapeut ist kein „Macher“, der Hypnotisierte ist kein passiver Empfänger von Suggestionen. Wer dies nicht berücksichtigt, wird von den Ergebnissen einer Hypnosetherapie bald enttäuscht sein.

Der Hypnosetherapeut begünstigt beim Patienten mithilfe verschiedener *Techniken* (Fixation eines Gegenstandes, Konzentration auf ein inneres Bild, bestimmte Suggestionenformeln, Reizabschirmung u.a.) einen *veränderten Bewusstseinszustand*, der eine erhöhte Beeinflussbarkeit und einen leichteren Zugang zu unbewussten Vorgängen bewirkt. In diesem Zustand sehr bildhaften Denkens und erhöhter Empfänglichkeit für neue Sicht- und Erlebnisweisen werden unerwünschte Verhaltensmuster ausgeschaltet und heilende Vorgänge eingeleitet und im Unbewussten abgespeichert.

Die *klassische Hypnose* setzt direkte Suggestionen ein, wie auch schon die ärztlichen Hypnotiseure der Schule von Nancy in den letzten zwei Jahrzehnten des 19. Jahrhunderts, bei denen Sigmund Freud zu Besuch war. Die moderne Hypnose in Form der Hypnotherapie favorisiert dagegen indirekte Suggestionen, die den Patienten zu etwas anregen und keinesfalls zu etwas drängen möchten. Freuds Ablehnung der Hypnose als „zudeckender“ Methode nach der ersten Phase der Begeisterung sowie die spätere Dominanz psychoanalytischer Denkweisen haben dazu geführt, dass die Hypnose in den ersten zwei Dritteln des 20. Jahrhunderts wenig Bedeutung erlangt hat.

In Abgrenzung zur klassischen Hypnose und zur tiefenpsychologisch orientierten Hypnosetherapie arbeitete der amerikanische Psychiater *Milton H. Erickson* (1902–1980) insbesondere seit den 1950er-Jahren mit der von ihm begründeten modernen *Hypnotherapie*. Erickson litt an den Folgen einer im 18. Lebensjahr aufgetretenen Kinderlähmung und saß schließlich im Rollstuhl.

Ericksons Hypnotherapie verbreitete sich im deutschen Sprachraum seit ca. 1980 zunehmend und führte zu einer Renaissance der vorher eher wenig verwendeten therapeutischen Hypnose. Ericksons Verständnis von Hypnose gab dieser Therapiemethode weltweit neuen Auftrieb und förderte auch die Entwicklung anderer Therapiemethoden, wie etwa die Strategische bzw. Lösungsorientierte Kurzzeittherapie oder die Neurolinguistische Psychotherapie (NLP).

Erickson verwendete den *Begriff des Unbewussten* als Metapher für die Steuerung des Menschen aus dem Inneren heraus. Anders als Freud, der im Unbewussten die negativen und verdrängten Aspekte der Person sah, betonte er die positive Rolle des Unbewussten als unerschöpfliche Ressource zur kreativen Selbstheilung. Das Unbewusste galt bei Erickson als der Hort der lebenslangen, oft kaum genutzten Erfahrungen des Menschen. Der Schwerpunkt der Therapie liegt auf den Fähigkeiten und Stärken und nicht auf den Defiziten und Schwächen des Patienten.

Ericksons Hypnotherapie erweitert die durch starre Schemata und Denkmuster begrenzten Fähigkeiten des Bewusstseins, indem dieses mithilfe verbaler und nonverbaler Techniken dem Unbewussten erlaubt, freier zu funktionieren. Gleichzeitig wird es dem Bewusstsein ermöglicht, die unbewussten Selbstheilungskräfte und kreativen Ressourcen zu akzeptieren und zu integrieren. Bevorzugte *Techniken* sind: Utilisation (Benützung der positiven Aspekte eines Symptoms für die Lösung), Umdeutung, Metaphern, Reframing (Veränderung des Bezugsrahmens eines Problems).

In der Hypnosetherapie können unbewusste Konflikte, Kindheitserlebnisse und seelische Verwundungen aufgespürt und bearbeitet werden, es können aber auch aktuelle Probleme angegangen und Lösungen erarbeitet werden.

Mithilfe der *Altersregression* können Zusammenhänge bezüglich der Entstehung von Problemen und Symptomen in der Vergangenheit ebenso aufgefunden werden wie aufbauende positive Erfahrungen in früherer Zeit, als es noch keine Symptome gab.

Mithilfe der *Zukunftsprogression* können psychische Zustände und Situationen in der Zukunft vorweggenommen werden, sodass man von diesem Standort aus zurückblicken kann, wie man Schritt für Schritt sein konkretes Problem lösen konnte. In Trance kann man Vorstellungen über die Zukunft entwickeln und daraus Perspektiven und Handlungsansätze für die Gegenwart gewinnen.

Hypnotherapie ist kein rein imaginatives Verfahren, sondern soll Ressourcen aktivieren, Lösungen ermöglichen und zum Handeln ermutigen.

Eine *lösungs- und ressourcenorientierte Hypnotherapie* ist grundsätzlich ein kurzzeittherapeutisches Verfahren im Ausmaß von 20–40 Stunden. Daneben ist auch eine tiefenpsychologisch orientierte Langzeittherapie möglich. Nach Studien verbessert die Kombination von Hypnose plus Tiefenpsychologie bzw. Verhaltenstherapie den Behandlungserfolg erheblich.

Hypnosetherapie kann bei Menschen jeden Alters als Einzel-, Paar- oder Gruppentherapie eingesetzt werden zur Verbesserung der Leistungsfähigkeit, Klärung bei Konflikten und Lebenskrisen, Bewältigung von psychischen, psychosomatischen und körperlichen Störungen (z.B. Schmerzen).

Hypnotherapie sollte nicht eingesetzt werden bei Personen mit hochgradig instabiler Wirklichkeitskonstruktion, wie etwa psychotischen Patienten.

Hypnose ist nicht geeignet zur Wahrheitsfindung nach dem Motto: „Was ist in meiner Kindheit zu einem bestimmten Zeitpunkt wirklich geschehen?“ In Hypnose „wiedergefundene Erinnerungen“ können grundsätzlich wahr, aber auch völlig frei fantasiert sein, ohne jeden Realitätscharakter. Das Erleben in Hypnose erhöht aufgrund der Lebendigkeit der Vorstellungen den Glauben an den Wahrheitscharakter einer vermeintlichen Erinnerung, tatsächlich jedoch kann es sich um eine Projektion aus der Sicht der Gegenwart handeln.

Von einer Hypnosetherapie ist auch dann abzuraten, wenn völlig unrealistische Erwartungen an die Psychotherapie bestehen, wie dies häufig der Fall ist bei Menschen mit einer eher passiven Grundhaltung, die vom Psychotherapeuten die Beseitigung ihrer Symptome ohne ihr eigenes Zutun gleichsam wie im Schlaf erwarten.

Patienten wünschen oft auch den Einsatz von Hypnose als Technik, ohne sich darüber klar zu sein, dass dies nur in einem bestimmten Kontext der Psychotherapie Sinn macht. Viele Probleme und Symptome lassen sich auch ohne jede Form der Hypnose bewältigen.

Hypnose kann in Einzelfällen durchaus zu Ergebnissen führen, die wie ein Wunder ausschauen. Es ist jedoch falsch, Hypnose von vornherein wie ein Wundermittel bei sonst untherapierbaren Störungen einsetzen zu wollen.

Autogene Psychotherapie

Der Berliner Psychiater *Johannes H. Schultz* (1884–1970) entwickelte aus seinen Erfahrungen mit der Hypnose in den 1920er- und 1930er-Jahren das „Autogene Training“ als *Methode der konzentrativen Selbstentspannung*. Mit der Bezeichnung „autogen“ („aus sich selbst heraus entstehend“) wies er darauf hin, dass jeder Mensch die Umschaltung des Körpers in einen angenehmen und erholsamen Entspannungszustand durch gedankliche Vorstellungen allein, ohne fremde Hilfe, herbeiführen kann (im Gegensatz zu „heterogen“, d.h. von anderen bewirkt, wie etwa bei der Hypnose). Das Autogene Training in seiner umfassendsten Form besteht aus *drei Stufen*: Grundstufe, Mittelstufe mit formelhaften Vorsatzbildungen und Oberstufe mit autogenen Imaginationen.

Die *Grundstufe des Autogenen Trainings* mit den bekannten *sechs Übungen*, die jedermann in Form von Kursen mit 6–7 Terminen z.B. in Krankenhäusern oder Erwachsenenbildungseinrichtungen erlernen kann, zielt auf Erfahrungen ab, die J. H. Schultz bei seinen langjährigen Erfahrungen mit Hypnotisierten regelmäßig als spontane Reaktionen bei tiefer Entspannung aufgefallen waren: ein Schwere- und Wärmegefühl, eine Ruhigstellung von Herz und Atmung, eine Wärmeempfindung im Leib und eine besondere Kühle der Stirn.

Die sechs Übungen der Grundstufe streben mit mithilfe bestimmter *Standardformeln* gezielt die Entspannung bestimmter Körperteile an:

1. Die *Schwereübung* („Der rechte/linke Arm ist ganz schwer“; später Ausweitung auf andere Körperregionen) ermöglicht eine körperliche Entspannung durch das Loslassen der Muskulatur.
2. Die *Wärmeübung* („Der rechte/linke Arm ist ganz warm“; später Ausweitung auf andere Körperregionen) bewirkt eine Entspannung der Blutgefäße als Folge der Entspannung der Muskulatur.
3. Die *Herzübung* („Mein Herz schlägt ruhig und regelmäßig“) normalisiert die Herz Tätigkeit (bei Herzsensiblen wird die Atemübung vorgezogen).
4. Die *Atemübung* („Meine Atmung ist ruhig und gleichmäßig“) harmonisiert die Atmung (die Ausatmung fördert auch die Entspannung der Muskulatur und verstärkt damit den Effekt der Schwereübung).
5. Die *Leib- oder Sonnengeflechtübung* („Sonnengeflecht strömend warm“) entspannt und harmonisiert die Bauchorgane.
6. Die *Kopfübung* („Stirn angenehm kühl“) beruhigt einen überhitzten Kopf. Bei wohlrig warmem Körper ergibt sich eine erfrischend kühle Stirn.

Alle Übungen werden der Reihe nach gelernt. Jede Übungsformel wird sechsmal wiederholt. Zwischen den Übungen vertieft die zweimalige so genannte *Ruhetönung* (Formel „Ich bin vollkommen ruhig“) die Entspannung.

Die Schwere-, Wärme- und Atemübung reichen für die Grundentspannung aus. Die Herz-, Sonnengeflecht- und Kopfübung sind sehr hilfreich bei bestimmten organbezogenen Beschwerden. Die Entspannung ermöglicht später auch eine geistige Leistungssteigerung.

Die *Mittelstufe des Autogenen Trainings* umfasst neben den Standardformeln auch individuelle Formeln, so genannte „*formelhafte Vorsatzbildungen*“, die auf die speziellen Bedürfnisse der Betroffenen ausgerichtet sind. Diese Autosuggestionen werden von Patient und Therapeut gemeinsam entwickelt, z.B. „Die Nase ist angenehm warm“, „Die Blase hält“, „Ich schlafe nachts ganz ruhig, tief und fest“, „Ich will es, kann es, schaffe es“, „Ich spreche sicher und klar“, „Ich vertrete mein Recht“. Die Patienten prägen sich ihre formelhaften Vorsatzbildungen in tiefer Entspannung ein, weil in diesem veränderten Bewusstseinszustand autosuggestive Anweisungen leichter aufgenommen werden. Diese Selbstanweisungen sollen später aus dem Unterbewusstsein heraus wirken, analog zu den posthypnotischen Suggestionen in der Hypnose.

Die *Oberstufe des Autogenen Trainings* ähnelt einer *Tagtraumtechnik*, wo Imaginationen sowie aufkommende Erinnerungen und Gefühle im Mittelpunkt der Therapie stehen. Die Bildinhalte und deren Symbolik ermöglichen eine vertiefte Innenschau in den psychischen Bereich. Die Oberstufe wird erst nach längerer Erfahrung mit der Unter- und Mittelstufe angeboten, oft in Form einer Jahresgruppe. Typische Inhalte sind: Farberlebnisse, Wahrnehmung konkreter Gegenstände, Schau abstrakter Werte, Übungen zur Persönlichkeitsentwicklung und Charakterbildung (z.B. Veranschaulichung des gegenwärtigen psychischen Zustands durch Vorstellungen wie „Was stört meinen Weg?“, „Wie könnte ich sein?“), „Imaginationen wie „Auf dem Meeresgrund“ oder „Weg auf die Bergeshöhe“ sowie freie und gesteuerte Bilderlebnisse mit bestimmter Zielsetzung.

J. H. Schultz bezeichnete die Oberstufe als tiefenpsychologisch fundiertes, imaginativ-meditatives Verfahren. Die Behandlung folgt den drei klassischen Schritten der tiefenpsychologischen Technik: Erinnern, Wiederholen, Durcharbeiten. Das Autogene Training als Psychotherapie ist somit mehr als reine Entspannung und bloße Autosuggestion, wie es vielen Menschen bekannt ist: Es geht dabei um die gestufte Auseinandersetzung mit belastenden psychischen Themen im Sinne einer tiefer gehenden Psychotherapie.

Im Gegensatz zur Katathym Imaginativen Psychotherapie, bei der der Therapeut einen wesentlich größeren Einfluss ausübt, imaginieren die Patienten in der Entspannung allein; sie bestimmen selbst die Regressionstiefe und teilen erst danach ihre Bildinhalte dem Therapeuten oder der Gruppe mit. Die Oberstufe sollte nur bei psychisch eher stabilen Menschen mit relativer Ich-Stärke eingesetzt werden.

Das Autogene Training wird als Einzel- oder Gruppentherapie Menschen aller Altersgruppen angeboten zur Bewältigung von Alltagsproblemen, Stress, psychophysischen Leidenszuständen, Schmerzen und allen möglichen psychischen Störungen – außer den üblichen Kontraindikationen, vor allem schwerer Depression und Schizophrenie.

Die Grundstufe ist in einer Kurzzeitpsychotherapie erlern- und einsetzbar (bei regelmäßigem und langfristigem Üben des Patienten zu Hause), die Oberstufe ist eher als Langzeitpsychotherapie anzusehen.

Transaktionsanalytische Psychotherapie

Der kanadische, in die USA emigrierte Psychiater und ursprüngliche Psychoanalytiker *Eric Berne* (1910–1970) entwickelte vor allem in den 1960er-Jahren die Transaktionsanalyse mithilfe einer *Begrifflichkeit aus der Alltagswelt*, d.h. ohne besondere Fachsprache, um leicht verstehbar zu sein, was zu einer weiten Verbreitung seiner Bücher geführt hat.

In seinen ersten Veröffentlichungen legte er Wert auf schnelle Veränderungen und rasche Symptomkontrolle, vor allem bei schwer gestörten Patienten, was den Konzepten der Verhaltenstherapie nahe kommt, in seinen letzten Werken erfolgte eine Wiederannäherung an die Psychoanalyse.

Man unterscheidet daher neben anderen Schulrichtungen zwischen einer klassischen, kurz oder mittellang dauernden *verhaltensorientierten Transaktionsanalyse*, wo über einen konkreten Behandlungsvertrag umschriebene Therapieziele angestrebt werden, und einer eher lang dauernden *tiefenpsychologisch orientierten Transaktionsanalyse*, wo die Analyse und Änderung von seit der Kindheit bestehenden Verhaltensmustern im Mittelpunkt der Behandlung stehen (ebenso Übertragung und Gegenübertragung).

Die transaktionsanalytische Psychotherapie umfasst *drei Grundkonzepte*:

1. *Konzepte zur Struktur der Persönlichkeit.* Berne nahm drei Ich-Zustände an: Kindheits-Ich (Regressionen auf frühere, meist kindliche Fixierungen des Verhaltens, Denkens und Fühlens), Eltern-Ich (Introjektionen elterlichen Verhaltens, Denkens und Fühlens) und Erwachsenen-Ich (realitätsangemessenes Verhalten, Denken und Fühlen). Zwischenmenschliche Kommunikation vollzieht sich in Transaktionen dieser Ich-Anteile. Die Analyse dieser inneren Ebene der Transaktion wird „*Strukturanalyse*“ genannt. Das Ziel ist die Stärkung des Erwachsenen-Ichs, dessen Entflechtung von den beiden anderen meist sehr dominierenden Ich-Zuständen und die Übernahme von Verantwortung.
2. *Konzepte zur Gestaltung von Beziehungen.* Jeder Mensch steht im Austausch, in Transaktion mit seiner Umwelt in Form seiner drei Ich-Anteile. Die Analyse der zwischenmenschlichen Kommunikationsprozesse bzw. Interaktionsmuster (so genannter „*Spiele*“) und der Ausprägung der jeweiligen Ich-Anteile entspricht der Transaktionsanalyse im engeren Sinne.
3. *Konzepte zur Lebensgestaltung.* Aufgrund der Lebensentwicklung, insbesondere der elterlichen Einflüsse in der Kindheit, haben sich bestimmte Lebensdrehbücher (so genannte „*Skripts*“) entwickelt. Deren Analyse wird „*Skriptanalyse*“ genannt und entspricht einem stärker tiefenpsychologischen Vorgehen.

Das ursprüngliche gruppentherapeutische Setting wurde im Laufe der Jahre auch auf einzel-, paar- und familientherapeutische Settings übertragen. Gesunden und kranken Menschen wird eine kurz-, mittel- oder langfristige Therapie angeboten zur Behandlung aller möglichen Beschwerden.

Daseinsanalyse

Als Begründer der Daseinsanalyse gelten die Schweizer Psychiater *Ludwig Binswanger* (1881–1966), der 1941 den Begriff prägte, und *Medard Boss* (1903–1990), der sich nach dem 2. Weltkrieg von Binswanger abspaltete und die heute maßgebliche Schule der Daseinsanalyse in Zürich gründete. Deren langjähriger Leiter, der Schweizer Psychiater *Gion Condrau* (geb. 1919), erlangte als Mitbegründer der Daseinsanalyse bedeutenden Einfluss auf die weitere Entwicklung. Die Daseinsanalyse wirkt sehr philosophisch-abstrakt.

Die Daseinsanalyse versteht sich als Weiterentwicklung der Psychoanalyse bei gleichzeitiger Berücksichtigung des phänomenologischen Denkens. Die Sichtweisen des Philosophen *Martin Heidegger* wurden auf den Bereich der Psychiatrie und Psychotherapie übertragen. Anstelle des Begriffs der Psyche werden die Begriffe „*Dasein*“ und „*Existenz*“ des Menschen bevorzugt.

Menschen und Dinge der Umwelt sind einfach da und werden so genommen, wie sie sich zeigen. Alles, was ist, zeigt sich selbst und bedarf keiner Sinngebung von einem anderen her. Die Daseinsanalyse kümmert sich um die Phänomene selbst, nicht um dahinter liegende Strebungen, auch nicht um Ursacheenerklärungen für Kranksein. Dies ist die *phänomenologische Maxime* der Daseinsanalyse.

Daseinsanalytiker konzentrieren sich auf *Sinn* und *Bedeutung* der beobachteten Phänomene sowie auf Sinn und Bedeutung gesunden und gestörten menschlichen Existierens. Sie vermeiden Deutungen von Symptomen, Träumen und Verhaltensweisen und verzichten auf kausale Erklärungen. Eine Schlange wird z.B. als solche, als Phänomen, gesehen und nicht als Symbol (wie bei Freud) oder als Archetyp (wie bei Jung). Träume sind ein wichtiges Material in der Therapie, jedoch ohne die Annahmen Freuds, dass etwas Bestimmtes damit gemeint sei.

Symptome sind nicht sinnlos, sondern drücken etwas Wichtiges aus, das herausgefunden werden muss. Sie liefern wertvolle Hinweise zum Verständnis dessen, worum es dem Patienten geht. *Krankheit* wird als Unfreisein, als Mangel an Gesundheit und Bedrohung der menschlichen Existenz gesehen. Als Kranker ist der Mensch nicht nur in bestimmten Organbereichen, sondern in seinem ganzen Existieren beeinträchtigt.

Als *Therapieziel* gilt die größtmögliche Freiheit, die Freiheit von den beengten Vollzugsmöglichkeiten des Daseins.

Das analytische Gespräch ermöglicht Einsicht und Auseinandersetzung mit der eigenen Existenzweise, mit Ängsten, Wünschen und abgewehrten Bereichen. Der Patient lernt, mit seiner Haltlosigkeit in der Welt besser umzugehen und sich auf seine Um- und Mitwelt einzulassen, ohne davor zu fliehen.

Die Daseinsanalyse erfolgt im Liegen auf der Couch oder im Sitzen bei Einzelnen, Paaren, Familien und Gruppen und wird Menschen aller Altersgruppen als Kurz- und Langzeitpsychotherapie (oft mit mehreren Sitzungen pro Woche) bei allen möglichen Problemen und Störungen angeboten.

Dynamische Gruppenpsychotherapie

Der Wiener Psychiater *Raoul Schindler* (geb. 1923) entwickelte in den 1950er-Jahren die Dynamische Gruppenpsychotherapie als ganzheitliches und integrativ orientiertes Verfahren. Er verfolgte das Ziel, psychotherapeutische und gruppendynamische Methoden sowie tiefenpsychologische und sozialpsychologische Denkmodelle möglichst effizient miteinander zu verbinden.

Die Gruppenteilnehmer gestalten die Gruppensitzungen in Kommunikation mit den anderen Teilnehmern frei und kreativ und nutzen die Möglichkeiten zur persönlichen Rollengestaltung. Sie entwickeln im Laufe der Zeit eine bestimmte *Rangposition*: *Alpha* („Führer“, handelnd-dominierender Typ), *Beta* („Fachmann“, Sachkenntnis im Bereich der Gruppe, unabhängig vom emotionalen Geschehen), *Gamma* („Mitglied“, Anhänger und Verehrer des Alpha-Typs) und *Omega* („Prügelknabe“, unterlegene Gegenposition zum Alpha-Typ).

Der dynamische Gruppentherapeut setzt Techniken ein, die die Prozessfähigkeit der Gruppe erhalten und erweitern, aber auch kreative Methoden, wie etwa Rollenspiele, Interaktionsübungen, Übungen zur Verbesserung der Fremd- und Selbstwahrnehmung. Grundsätzlich verhält er sich zurückhaltend bzw. greift nur dann in das Gruppengeschehen ein, wenn er direkt involviert wird. In bestimmten Fällen gibt er Rückmeldungen über die ablaufenden Gruppenprozesse. Die Gruppen stellt er meist nach Themenbereichen zusammen (z.B. Partnerprobleme, Arbeitsplatzprobleme) und weniger nach diagnostischen Kategorien.

Der zentrale *Wirkmechanismus* der Gruppentherapie besteht in der Bewusstmachung von Widerständen, Abwehrmechanismen, intra- und interpersonellen Konfliktszenierungen sowie Übertragungs- und Gegenübertragungsphänomenen. Insgesamt geht es um die Nutzung der *Gesundheitspotenziale*.

Als *Ziel* der Gruppentherapie gilt die Verbesserung individueller Probleme und Störungen über den Weg der Erfahrung von Abgrenzung und Rollenbildung in der Gruppe. Authentisches Handeln resultiert aus einem Gleichgewicht zwischen inneren und äußeren Ansprüchen.

Die Gruppentherapie regt mithilfe der Organisationskraft der Gruppe und der Unterstützung durch den therapeutischen Leiter die Selbstgesundung auf der Basis bestehender Ressourcen an.

Die Dynamische Gruppenpsychotherapie versteht sich gleichermaßen als Psychotherapie des Einzelnen durch die Gruppe wie auch als Therapie der Gruppe durch sie selbst. Die Psychopathologie orientiert sich am Konzept der Selbstorganisation und ihren Störungen sowie am Konzept der Gruppenfixierung.

Die Dynamische Gruppenpsychotherapie ist hilfreich für gesunde und kranke Menschen bei Krisen, Konfliktsituationen, psychischen und psychosomatischen Störungen, in der Rehabilitation, in Umstellungsphasen nach Substanzabhängigkeit und bei Änderungen in bestimmten Lebensphasen.

Konzentrativen Bewegungstherapie

Die Konzentrativen Bewegungstherapie geht auf die bewegungs- und wahrnehmungsorientierte Körperarbeit der Berliner Bewegungspädagogin *Elsa Grindler* (1885–1961) in den 1920er-Jahren zurück. Im Mittelpunkt ihrer Arbeit stand die Wahrnehmung von Spannung und Entspannung in den Bewegungsangeboten, die Atmung und die gezielte Aufmerksamkeit auf den eigenen Bewegungsablauf ohne Wertung in „richtig“ und „falsch“ – jeder soll seinen eigenen Weg finden.

Der Münchner Nervenarzt und Psychoanalytiker *Helmut Stolze* erweiterte dieses Verfahren um die tiefenpsychologische Bearbeitung der Bewegungsabläufe, erprobte es im universitär-klinischen Bereich und führte es 1958 unter dem Namen „Konzentrativen Bewegungstherapie“ in den Psychotherapiebereich ein. Es wurde in den folgenden Jahrzehnten von der Münchner Krankengymnastin und Therapeutin *Christine Gräff* (geb. 1939) weiterentwickelt.

In der Konzentrativen Bewegungstherapie werden unmittelbare Sinneserfahrungen auf der Basis tiefenpsychologischer Denkmodelle und entwicklungspsychologischer Erkenntnisse (nach Jean Piaget) interpretiert und bearbeitet. Wahrnehmung und Bewegung gelten als die sinnliche Basis unseres „Befühlens“. Die Patienten erfahren die Körper-Seele-Zusammenhänge somit ganz unmittelbar.

Im Mittelpunkt der Therapie steht die *Körperselbstwahrnehmung* – was zugleich auch eine Abgrenzung gegenüber anderen körper- und bewegungstherapeutischen Methoden darstellt. Der Therapeut macht bestimmte Bewegungsangebote und bietet damit Möglichkeiten zum körperlichen Wahrnehmen und Erleben an. Der Patient bestimmt frei seine Bewegungsabläufe in wacher, gespannter Aufmerksamkeit. Die Bewegung erfolgt „konzentriert“ auf allen Ebenen der motorischen Entwicklung – vom Liegen bis zum Gehen – und ermöglicht auf diese Weise auch einen Zugang zu frühen, oft sogar vorsprachlichen Erfahrungsebenen.

Konzentrativen Bewegungstherapeuten gehen davon aus, dass Erinnerungen ihren Niederschlag in Form von Haltung, Bewegung und Verhalten finden und auf diese Weise auch wiederbelebt werden können. Die verbale Bearbeitung macht das Erlebte besprechbar und auf dem Hintergrund der Lebensgeschichte umfassender verstehbar. Was erkannt und gespürt wird, kann in Form von Proben neu erlebt und gelebt werden.

Der andersartige Umgang mit dem Körpererleben ändert das Bewusstsein und ermöglicht die Überwindung motorischer, emotionaler und kognitiver Begrenzungen. Im Vordergrund stehen das körperliche Hier-und-Jetzt-Erleben, taktile Erfahrungen und ein neues In-Bewegung-Kommen im Sinne einer besseren Entfaltung aller Möglichkeiten.

Die Konzentrativen Bewegungstherapie steht in Form von Einzel- und Gruppentherapie gesunden und kranken Menschen aller Altersgruppen offen, vor allem bei psychischen Störungen mit körperlichen Symptomen und Folgen.

Vegetotherapie

Der österreichische Arzt *Wilhelm Reich* (1897–1957) gilt mit seiner Vegetotherapie als der Begründer der Körpertherapie. Er war eine der umstrittensten Persönlichkeiten der Psychotherapiegeschichte. Bis zu seiner Flucht vor den Nationalsozialisten arbeitete er in Wien, später lebte er in den USA.

Ursprünglich als Psychoanalytiker tätig, entwickelte Reich aus der Freud'schen Libidotheorie zuerst die *Charakteranalyse*, später die *Vegetotherapie* und schließlich die *Orgontherapie*. Er versuchte Marxismus und Psychoanalyse zu verbinden und wurde schließlich von beiden Gruppierungen ausgeschlossen.

Reich bedauerte Freuds Abwendung von der „reinen Lehre“ der sexuellen Energie. Er wollte gerade dieser Theorie durch seine Lehre von der „*orgastischen Potenz*“ treu bleiben. Dabei standen nicht sexuelle Höhepunkte im Vordergrund, sondern vielmehr das freie Strömen der sexuellen Energien.

Reich verstand unter der orgastischen Potenz die *Fähigkeit zur vollständigen Hingabe an das Fließen der biologischen Energie ohne jede Hemmungen*, die Fähigkeit zur Entladung der hochgestauten sexuellen Erregung durch unwillkürliche lustvolle Körperzuckungen. Wenn die sexuellen Energien frei fließen können, ist der Mensch nach Reich liebes- und gemeinschaftsfähig, gesund und nicht neurotisch. Wenn das Fließen der Energie blockiert ist, kommt es zu psychischen Störungen und neben den seelischen auch zu körperlichen Verspannungen.

Verdrängung äußert sich nicht nur psychisch, sondern auch körperlich. Blockierungen des Energieflusses zeigen sich in Form chronischer Muskelverspannungen, Fehlhaltungen oder unausgewogener Entwicklungen der Körperstruktur und führen zu Störungen in einer oder mehreren körperlichen Funktionen. Reich beschrieb psychische Blockaden als „*Charakterpanzer*“, der sich in Verspannungen bestimmter abgrenzbarer Muskelgruppen („*Muskelpanzer*“) zeige.

In seiner Charakteranalyse brach Reich in den 1930er-Jahren mit der Trennung von Körper und Seele in der Psychoanalyse, betonte die Ganzheit des Menschen und bezog die Arbeit am menschlichen Körper direkt in die Psychotherapie mit ein. Er befasste sich nicht mehr bloß mit unverarbeiteten Kindheitssituationen und verdrängten Gefühlen, sondern untersuchte, wie der Patient diese Verdrängung vollzog.

Reich wies auf die *Bedeutung körperlicher Vorgänge* hin, vor allem auf die willkürliche Muskulatur und die Atmung. Er entdeckte, dass die *Anspannung der Muskeln* und die *Einschränkung der Atmung* die Intensität von Gefühlen und Empfindungen vermindern und verdrängen können. Er sah in der Verkrampfung der Muskulatur die körperliche Seite des Verdrängungsvorganges. Konsequenterweise strebte Reich durch Eingriffe am Körper den Abbau der muskulären Verspannung der Patienten an – und gab damit die Abstinenzregel (keine enge Zuwendung, sondern emotionale und körperliche Distanzierung) auf, die ein psychoanalytisches Grundprinzip darstellt.

Mithilfe der Vegetotherapie versuchte Reich den *Muskel- und Charakterpanzer aufzulösen*. Aufgrund des Konzepts der prinzipiellen Identität von Körper und Seele ist ein zweifacher Behandlungszugang möglich: einerseits von der psychischen Seite her durch die Bearbeitung chronischer Charakterhaltungen, andererseits von der körperlichen Seite her durch die Lockerung der verspannten Bereiche und die Entladung der Anspannung.

Durch die *Intensivierung der Atmung* und bestimmte Übungen und Berührungen soll die Energie wieder frei fließen, was sich im Orgasmusreflex ausdrückt. Damit einher geht auch mehr Lebendigkeit und Beweglichkeit des ganzen Körpers. Bei körperlichen Berührungen sind sexuelle Stimulierungen aus ethischen Gründen verboten.

Reichs „Entdeckung“ des *Orgons*, jener Bioenergie, die seiner Meinung nach das ganze Universum erfülle und alle Lebensbereiche umfasse, führte zur Begründung der *Orgontherapie*. Diese Energieform sei die biophysikalische Grundlage für die Wirksamkeit der Psychotherapie, wirke bakterizid, töte Krebszellen und sei in so genannten Orgon-Akkumulatoren (Apparaten zur Intensivierung der Orgonstrahlung) speicherbar.

Reichs Akkulatoren wurden in den USA wegen Kurfuscherie gerichtlich verboten, seine Schriften wegen angeblicher Werbung für diese Geräte verbannt und er selbst wegen Missachtung des Gerichts in seinem letzten Lebensjahr ins Gefängnis geworfen, wo er auch verstarb.

Die Arbeiten zur Charakteranalyse, die noch in der Psychoanalyse wurzelten, fanden durchaus breite Zustimmung, doch Reichs Aussagen zur orgastischen Potenz und zur Körperpanzerung wurden von den meisten seiner psychoanalytischen Kollegen abgelehnt, seine Orgontheorie von der gesamten Fachwelt als Pseudowissenschaft kritisiert.

Die Vegetotherapie erfolgt im Liegen, bei 90 Grad angewinkelten Knien, die Ein- und Ausatmung soll durch den Mund erfolgen. Diese Position soll den ungehinderten energetischen Fluss fördern. Der Patient ist nur leicht bekleidet, sodass seine Verspannungen leicht erkennbar sind. Diese Methode ist dann angezeigt, wenn rein verbale Therapien nicht ausreichend wirken. Völlige Nacktheit ist – im Gegensatz zu einigen Therapeuten – unnötig und unethisch.

Ein Jahrzehnt nach Reichs Tod wurden seine Ideen von der Studentenbewegung in den USA und Westeuropa wiederentdeckt und teilweise missverstanden. Reich galt als psychoanalytischer Marxist und Kündler einer sexuellen Revolution. Er ging im Gegensatz von Freud, der die Beherrschung der Triebe und deren Sublimation als die Basis von Kultur und Moral ansah, davon aus, dass der Mensch erst durch das Ausleben seiner sexuellen Bedürfnisse zu einem sozialen und verantwortungsbewussten Wesen werde. Anfang der 1970er-Jahre entdeckte man Reich auch als Begründer der körperorientierten Psychotherapie.

Aus der Vegetotherapie entstanden auch die zwei heutzutage bedeutsamen Körperpsychotherapiemethoden, nämlich die *Bioenergetische Analyse* von Alexander Lowen und die *Biodynamische Psychologie* von Gerda Boyesen.

Bioenergetische Analyse

Der amerikanische Psychiater und Reich-Schüler *Alexander Lowen* (geb. 1910) entwickelte in den 1950er- und 1960er-Jahren die bioenergetische Analyse als tiefenpsychologisch orientierte Körpertherapie. Diese brachte er als „*Bioenergetik*“ durch leicht verständliche Bücher mit vielen Übungsangeboten einem großen Leserkreis ohne psychotherapeutischen Hintergrund nahe. Er machte die Körpertherapie durch zahlreiche Schriften und Schüler „salonfähig“.

Lowen modifizierte die Vegetotherapie, indem er sich sowohl von Reichs einseitiger Beschäftigung mit der Orgontheorie als auch von dessen einseitiger Ausrichtung auf die sexuelle Dimension distanzierte. Reich überschätzte seiner Meinung nach die Bedeutung des Orgasmusreflexes für den Therapieerfolg und unterschätzte die Bedeutung der Liebe in der Sexualität.

Trotz der fehlenden empirischen Beweisbarkeit der Orgonenergie glaubte auch Lowen an eine fundamentale Energie (letztlich Freuds Libido), die er „*Bioenergie*“ nannte.

Neurosen beruhen nicht auf unterdrückter Sexualenergie, sondern auf grundsätzlich gestauter Lebensenergie, d.h. auf der Einschränkung des emotionalen Ausdrucks in verschiedenen Entwicklungsphasen.

Muskuläre Anspannungen sind nicht ausschließlich muskuläre Panzerungen im Sinne neurotischer Blockierungen, sondern können immer dann auftreten, wenn der Mensch in seinem lebendigen Ausdruck blockiert wird.

Das *Therapieziel* ist weniger die Erreichung der orgastischen Potenz (obwohl Sexualität als sehr wichtig gilt), sondern vielmehr die volle emotionale Ausdrucksfähigkeit, das freie Fließen der Lebensenergie.

Lowen betonte die zentrale *Funktion der Atmung* für das Erleben von Gefühlen und die Lebendigkeit des Menschen. Tiefe Atmung bewirkt durch die vermehrte Sauerstoffzufuhr ein höheres körperliches Energieniveau. Störungen der Atmung zeigen sich in verminderter Einatmung und unvollständiger Ausatmung.

Die *Hauptdynamik der neurotischen Entwicklung* beruht – wie in der Psychoanalyse – auf dem Grundkonflikt zwischen den Triebimpulsen einerseits und der notwendigen Anpassung an einschränkende Umweltbedingungen andererseits. Der Hauptkonflikt wird in der ödipalen Phase angesiedelt, wo oft repressive Beschränkungen des Lustprinzips zur muskulären Panzerung führen.

Lowen entwickelte Reichs Charakterlehre weiter und beschrieb *fünf krankhafte Grundcharaktere* (schizoider, oraler, masochistischer, psychopathischer und rigider Charakter). Ein Charakter ist keine statische Eigenschaft, wohl aber eine relativ stabile Reaktionsbereitschaft und ein bestimmter bioenergetischer Zustand. Er zeigt sich auf der körperlichen Ebene in Form bestimmter Panzerungen, auf der seelischen Ebene in Form bestimmter Grundstimmungen (Langeweile, Leere, Verlassenheit u.a.), auf der rationalen Ebene in Form spezifischer Denkweisen, auf der sozialen Ebene in Form bestimmter Beziehungsmuster.

Lowen ordnete jeden *Charaktertyp* einer ganz bestimmten Entwicklungsphase zu, in der zentrale Grundbedürfnisse nicht oder nur teilweise erfüllt wurden. Jede Charakterstruktur geht mit einer ganz bestimmten Form von Muskelpanzerung einher. Der freie Fluss der Gefühle kann durch chronische Muskelverspannungen gehemmt sein, im Ausdruck behindert werden und vor dem Bewusstsein des Betroffenen verborgen bleiben.

Das Verwurzelt-Sein im Boden („*Grounding*“, „geerdet sein“) ermöglicht die Einheit des Menschen. Diese beruht auf der guten Beziehung zwischen Organismus, Umwelt (Beziehung zum Boden) und Mitwelt (zwischenmenschliche Beziehungen). Lowen brachte den Boden mit der „Mutter Erde“ in Verbindung und schloss aus der Art des Geerdet-Seins, d.h. aus der Art des Stehens auf dem Boden, auf die Beziehung zur Mutter. Geerdet-Sein im Körper, in der Psyche, in der Sexualität sind zentrale Therapieziele.

Bioenergetische Analyse berücksichtigt die *funktionelle Identität von Körper und Seele*. Körperliche Interventionen und verbale Aufarbeitung ergänzen sich gegenseitig. Es werden körperliche Verspannungen bewusst gemacht, verdrängte Emotionen wiederbelebt und verarbeitet, lebensgeschichtliche Hintergründe von Panzerungen erhellt, der Muskelanspannung zugrunde liegende Konflikte bewältigt und blockierte Impulse durch Bewegung gelöst.

Übertragung und Widerstand, entwicklungsgeschichtliche Aspekte, phasenspezifische Aufgaben und traumatisierende Erlebnisse sind ähnlich wichtig wie in der Psychoanalyse.

Es geht in der Körpertherapie nach Lowen um den *richtigen Umgang mit Energie*, d.h. um Energieaufbau und Energieverteilung (Ladung, Entladung, Erdung), sowie um die Mobilisierung des Energieflusses im Körper, d.h. um die Anhebung des Energieniveaus. In der Verspannung ist viel Energie gebunden. Wenn energetische Blockaden gelöst werden, brechen oft heftige Emotionen hervor, wie etwa starkes Weinen oder explosionsartige Wut. Derartige emotionale Entladungen werden nicht einfach zur raschen Druckentlastung angestrebt, sondern langsam vorbereitet innerhalb eines ganz bestimmten therapeutischen Prozesses; sie setzen eine gute Therapiebeziehung und eine gewisse Ich-Stärke voraus.

Lowen entwickelte viele *Techniken* zum Abbau der Verspannung: einerseits Übungen bezüglich vertiefter Atmung (tiefe Einatmung, vollständige Ausatmung), Stehen („Erden“ im Sinne des richtigen Stehens auf dem Boden), Stimme (Schreien, Stöhnen, Seufzen), andererseits direkte therapeutische Behandlungseingriffe wie Körperkontakt oder Massage. Bestimmte körperliche Stresspositionen sollen zum Vibrieren und zur Entladung/Entspannung der Muskeln führen.

Die Bioenergetische Analyse wird im Rahmen einer Einzel- oder Gruppentherapie vorwiegend bei Erwachsenen zur Behandlung aller möglichen psychischen Störungen mit körperlichen Begleitsymptomen eingesetzt. Die Therapie erfolgt im Sitzen, Stehen und Liegen. Vom Ziel her ist sie humanistisch orientiert. Das erste Anerkennungsverfahren in Österreich verlief negativ.

Biodynamische Psychologie

Die norwegische, nach England ausgewanderte Psychologin und Physiotherapeutin *Gerda Boyesen* (1922–2005), absolvierte zuerst bei einem Reich-Schüler eine Vegetotherapie-Ausbildung und ging in den 1960er-Jahren nach London, wo sie als erste Frau eine eigene Psychotherapiemethode gründete, nämlich die Biodynamische Analyse. Es handelt sich dabei um eine tiefenpsychologisch fundierte Körpertherapie, bei der nicht die chronischen Muskelverspannungen (wie bei Reich und Lowen) im Vordergrund stehen, sondern vielmehr die Funktionen des vegetativen Nervensystems – und hier wiederum der *Bauchraum* mit seinen Flüssigkeitsansammlungen.

Mit dem Konzept der „*Psychoperistaltik*“ wies Boyesen darauf hin, dass emotionales Erleben in engem Zusammenhang mit Darmbewegungen (Peristaltik) stehe. Spontane Darmbewegungen nach emotionaler Katharsis sind laut Boyesen von neuen Erkenntnissen begleitet.

Charakteristisches Kennzeichen der Therapie ist das Hörrohr (Stethoskop), mit dem Biodynamiker während der Therapie die *Darmgeräusche* der Patienten abhören, um deren aktuellen Spannungszustand zu erkunden.

Boyesen bemühte sich um die körperliche Verankerung der Psychoanalyse und betonte dabei die ineinander greifenden Ebenen von Körper, Geist und Seele. Ihr zentraler Beitrag zur Körperpsychotherapie wird in der Entdeckung der *Schlüsselfunktion des vegetativen Organsystems* für die Körper-Seele-Wechselwirkungen gesehen.

Der Ursprung des menschlichen Unbewussten, das sowohl die Emotionen als auch die Kognitionen beeinflusst, liegt nach Boyesen nicht nur in den neuronalen Netzen des Gehirns und in muskulären Spannungsmustern, sondern vielmehr auch in den pulsierenden wässrigen Gefilden des Bauchraums, der über ein eigenes, autonomes Nervengeflecht verfügt.

Boyesen ging davon aus, dass psychische Störungen mit Veränderungen der *Flüssigkeitsverteilung im Gewebe* verbunden seien. In Analogie zu Reichs Muskelpanzer entwickelte sie das Konzept eines *Gewebe- und Eingeweidepanzers*. Mithilfe der Psychoperistaltik erfolgen die Entladung eines überhöhten Flüssigkeitsdrucks und die buchstäbliche „Verdauung“ von psychischem Stress.

Wie die Bioenergetik von Lowen steht auch die Biodynamik von Boyesen in engem Zusammenhang mit humanistischen Konzepten. Die selbstheilenden Fähigkeiten des Organismus und die selbstregulativen Funktionen der Psyche werden aus der vegetativen Perspektive heraus unmittelbar angesprochen.

Durch ein *dreistufiges Vorgehen* (Biodynamische Massage, Biodynamische Vegetotherapie und organische Psychotherapie) werden Panzerungen durch Massage sanft gelöst, Emotionen ausgedrückt und die damit verbundenen Kognitionen und Erinnerungen bearbeitet.

Biodynamische Analyse erfolgt in allen möglichen Körperpositionen als Kurz- oder Langzeittherapie vorwiegend bei Erwachsenen.

Primärtherapie

Der amerikanische Psychologe, Sozialarbeiter und ursprüngliche Psychoanalytiker *Arthur Janov* (geb. 1911) entwickelte in den 1970er-Jahren die wenig systematisierte Primärtherapie („*Urschreithérapie*“). Verschiedene Bücher sorgten damals für weltweites Aufsehen und heftige Diskussionen. Mittlerweile ist es um die Primärtherapie eher ruhig geworden. In der Vergangenheit gab es in der Therapiepraxis gefährliche Auswüchse emotionaler Entladung.

Im deutschen Sprachraum wird eine „*Integrative Primärtherapie*“ vertreten, unter Einbeziehung von Konzepten aus anderen Psychotherapiemethoden, wie etwa Transaktionsanalyse, Psychodrama, Hypnotherapie oder NLP.

Janov simplifizierte die Neurosenlehre der frühen Psychoanalyse und erweiterte sie durch seine Annahme, dass nicht nur frühkindliche, sondern bereits vorgeburtliche und während der Geburt auftretende Beeinträchtigungen (Traumata) die spätere Entwicklung entscheidend prägen. Er stellte die Behauptung auf, dass der Fötus von der Empfängnis an über eine Art Bewusstseinspeicher verfüge, in dem sämtliche traumatische Erfahrungen festgehalten würden. Solche Erfahrungen würden sich umso negativer auswirken, je früher sie gemacht würden.

Zu den *Traumatisierungen des Fötus* würden auch Stress, Angst, Krankheiten und Substanzmissbrauch aufseiten der Mutter gehören, die über den Blutkreislauf den Zustand des Fötus erheblich beeinflussen würden, besonders negativ erlebe der Fötus jedoch psychische Traumatisierungen, wie etwa bewusste oder unbewusste Ablehnung durch die Mutter.

Wenn primäre Bedürfnisse, vor allem nach bedingungsloser Annahme und Liebe, nicht befriedigt oder gar frustriert werden, bleibt laut Janov im Körper eine Art *Urschmerz* zurück, der abgespalten werde und den Organismus in seiner weiteren Entwicklung behindere und zu psychischen Störungen führe.

Das Urerlebnis, der Urschmerz, müsse wiedererinnert und in Form von kathartischen Entladungen neu durchlebt werden, sodass sich im Urschrei (daher „*Urschreithérapie*“) der Weg zum „wahren Selbst“ eröffnen könne. Die primären Bedürfnisse (daher „*Primärtherapie*“) werden in der Therapie analysiert und bearbeitet, denn die Heilung bestehe im Fühlen und Erleben der abgespaltenen, nicht gefühlten Bedürfnisse und Erlebnisse. Trotz des auftretenden Schmerzes bei der Affektentladung seien derartige Erfahrungen sehr befreiend.

Primärtherapie wird anfangs meist als dreiwöchige Intensivgruppentherapie, danach als Einzel-, Gruppen- oder Wochenendgruppentherapie angeboten. Die Gefahr psychischer Zusammenbrüche als Folge massiver emotionaler Entgleisungen ist zumindest bei psychisch instabilen Personen nicht zu unterschätzen. Eine gewisse Ich-Stärke stellt die Voraussetzung für eine Primärtherapie dar. Wegen ihrer Grundannahmen ist die Primärtherapie kritisch zu sehen.

Die Primärtherapie gehört – ähnlich wie andere Methoden (z.B. Rebirthing mit Reinkarnationstherapie, Rolfing, Core Energetics, Radix, Holotrope Therapie) – zu den umstrittensten Verfahren im Psycho-Bereich.

Humanistisch-existenzielle Methoden

Die Humanistische Psychologie entstand in den 1960er-Jahren als *dritte Kraft in der Psychologie* – neben der Psychoanalyse mit ihrem analytisch-kausalen, mechanistischen und deterministischen Verständnis des Menschen und neben dem Behaviorismus mit seinem reduktionistischen Reiz-Reaktions-Modell menschlichen Verhaltens und seinem streng empirisch-wissenschaftlichen Anspruch. Die Humanistische Psychotherapie ist kein einheitliches Theoriegebäude, sondern eine Richtung innerhalb der Psychotherapie, die ganz bestimmte Ziele verfolgt.

Es ist das Grundanliegen der Humanistischen Psychotherapie, die Psychologie im Sinne des Humanismus und des Existenzialismus zu erneuern. Sie betont *das Gesunde und Kreative im Menschen* anstatt ständiger Analysen und einseitiger Therapien der negativen Anteile des Menschen. Sie möchte den Klienten befähigen, seine Potenziale zu nutzen und seinen Freiheits- und Entwicklungsspielraum eigenverantwortlich zu erweitern.

Die *humanistische Gedankenwelt* beruht auf einem optimistischen Menschenbild: Der Mensch ist in seinem tiefsten Inneren gut und seelisch gesund. Alles dreht sich um die Einzigartigkeit des Menschen, seine Autonomie und Wahlfreiheit sowie seine Tendenz zur Selbstverwirklichung.

Es geht um das Wachstum des Klienten, sein Potenzial an Entwicklungsmöglichkeiten, sein bewusstes Erleben, seine Einheit und Ganzheit sowie seine Beziehungsfähigkeit. Der sich entfaltende Mensch soll in die Gesellschaft hinein wirken und für menschenwürdigere Lebensverhältnisse sorgen. Soziales und gesellschaftliches Engagement sowie emanzipatorisches Denken sollen zu einer humanen Umwelt führen.

Die *existenzialistische Sichtweise* betont existenzielle Grundprobleme wie Sinnfindung, Lebenserfüllung, Liebe, Einsamkeit, Vergänglichkeit und Tod sowie die phänomenologische Bearbeitung dieser zentralen Themen.

Als Humanistische Psychotherapie bezeichnet man eine Gruppe unterschiedlicher Methoden, die auf einem gleichartigen Menschenbild und ähnlichen therapeutischen Strategien beruhen. Zur Humanistischen Psychotherapie gehören vor allem die Klienten-/Personzentrierte Psychotherapie nach Rogers und die Gestalttherapie von Perls.

Unter bestimmten Gesichtspunkten zählen zur Humanistischen Psychotherapie auch die Logotherapie und Existenzanalyse von Frankl, das Psychodrama von Moreno, die Transaktionsanalyse von Berne, die Positive Psychotherapie von Peseschkian, die Bioenergetik von Lowen, die Biodynamik von Boyesen und die Transpersonale Psychotherapie (z.B. Holotrope Therapie nach Grof).

Humanistische Therapien sehen in der *Förderung des emotionalen Erlebens* und in der Intensivierung der Beziehung zwischen Therapeut und Klient im Hier und Jetzt die zentralen Wirkfaktoren der Psychotherapie. Sie streben eine Verbesserung der Beziehung des Klienten zu sich selbst und zur Umwelt an.

Im Gegensatz zu Psychoanalytikern, die ihren Blick vorwiegend in die Vergangenheit richten, und auch im Gegensatz zu Verhaltenstherapeuten, die primär ziel- und zukunftsorientiert vorgehen, richtet sich das Hauptinteresse von humanistischen Psychotherapeuten auf die Gegenwart, auf das *unmittelbare Hier und Jetzt*, auf die aktuellen Empfindungen, auf die Wahrnehmung der momentanen Gefühle.

Das Motto der Therapie lautet: „Sei ganz du selbst!“, „Werde, der du bist!“ Die Ausrichtung des Lebens auf die Gegenwart fördert ein selbstbestimmtes Leben nach den momentanen Bedürfnissen.

Nach Fritz Perls, dem Begründer der Gestalttherapie, ist jener Mensch neurotisch, der sich immer mit der Vergangenheit oder immer mit der Zukunft beschäftigt. Gesund macht das Sich-Einlassen auf das gegenwärtige Erleben als Voraussetzung für späteres Handeln.

Die Patienten sollen die *Verantwortung* für sich selbst und für ihr Leben übernehmen und sich den aktuellen Konflikten stellen, ohne ständig über die möglichen Ursachen ihrer Probleme in der Vergangenheit nachzudenken. Es bringt nichts, die anderen oder äußere Umstände für das momentane Schicksal verantwortlich zu machen. Die Patienten sollen lernen, sich als jene Person, die sie gegenwärtig sind, zu akzeptieren und das Beste daraus zu machen.

Humanistische Psychotherapeuten möchten die Patienten weniger anleiten, konkrete Probleme zu bewältigen und aktuelle Symptome zu überwinden, sondern sie vielmehr zu einem neuen Umgang mit sich selbst zu befähigen.

Typische *Fragen* sind etwa: „Wie fühlt sich das an?“, „Was empfinden und spüren Sie gerade jetzt?“, „Was macht das mit Ihnen körperlich?“

Humanistische Therapeuten verhalten sich sehr einfühlsam, wohlwollend und verständnisvoll und möchten dadurch den Patienten ermutigen, sich in seiner Eigenart anzunehmen, seine Gefühle wahrzunehmen und bei seinen Entscheidungen zu berücksichtigen sowie mehr mit sich selbst zu experimentieren, um Neues zu wagen.

Die Patienten können – ähnlich wie in Psychodynamischen Therapien – zur Sprache bringen, was sie möchten. Der Therapeut achtet bei allen vorgebrachten Themen jedoch darauf, wie die Patienten die jeweiligen Inhalte gefühlsmäßig erleben und was sie dabei besonders berührt oder belastet.

Während viele Gesprächspsychotherapeuten mit Patienten sehr sanft umgehen, sind Gestalttherapeuten oft sehr konfrontierend, ja geradezu provozierend. Sie machen auch mehr direkte Vorschläge, ähnlich wie Verhaltenstherapeuten. Im Gegensatz zu Verhaltenstherapeuten treffen humanistische Therapeuten meist jedoch keine detaillierten Vereinbarungen über ganz konkrete Verhaltensänderungen.

Patienten, die konkrete Handlungsanleitungen und Lösungsangebote suchen, können sich von personenzentrierten Psychotherapeuten ebenso leicht im Stich gelassen fühlen wie von psychoanalytischen Psychotherapeuten. Gestalttherapeuten treten zwar forscher auf, beziehen sich jedoch mehr auf die Gefühle und den Körper als auf gezielt geplante Verhaltensänderungen.

Klienten-/Personzentrierte Psychotherapie (Gesprächspsychotherapie)

Die therapeutische Beziehung als hinreichender Heilungsfaktor

Der amerikanische Psychologie-Professor *Carl R. Rogers* (1902–1987) entwickelte in den 1940er- und 1950er-Jahren eine Psychotherapie, die er zuerst (im Kontrast zu direkter Beratung und interpretativer Psychoanalyse) „*nicht-direktiv*“, später „*klientenzentriert*“, schließlich „*personenzentriert*“ nannte. Rogers sprach von „Klienten“, um ihren aktiven Status gegenüber eher passiv leidenden Patienten hervorzuheben.

Rogers bevorzugte die Bezeichnung „personenzentriert“, um damit zum Ausdruck zu bringen, dass durch ein derartiges Vorgehen nicht nur in der Therapie, sondern auch in Beratung und Unterricht, ja sogar in jeder Kommunikation zwischen Personen die Selbstverwirklichung des Menschen gefördert werden kann. Heilsam ist demnach die tiefe Begegnung von Person zu Person.

Psychotherapie stellt für Rogers nur einen *Spezialfall konstruktiver menschlicher Beziehungen* dar. Er entwickelte für sein aus der therapeutischen Praxis abgeleitetes Modell eine philosophische Grundlage und übertrug seine Konzepte ab den 1960er-Jahren auch auf andere Lebens- und Arbeitsbereiche, wie etwa Selbsterfahrungsgruppen, Beratung, Supervision, Partnerschaft, Familie und Gesellschaftspolitik.

In seiner späteren Schaffensphase in Kalifornien standen bei Rogers nicht mehr klinische Themenbereiche im Mittelpunkt, sondern Pädagogik, Bildungsfragen (Erwachsenenbildung), Großgruppen, interkulturelle Workshops, philosophische Themen, gesellschaftspolitische Anliegen, Konfliktlösung und Friedensarbeit. Er übertrug seine therapeutischen Ideen auf das „normale“ Leben.

Abgeschreckt durch die Orthodoxie-Streitigkeiten anderer Methoden lehnte Rogers zeitlebens die Gründung eines eigenen Verbands mit dem Ziel der Etablierung einer speziellen Schule ab. Wie vielen anderen Psychotherapie-Gründern blieb auch Rogers nicht erspart, was viele seiner Schüler als Weiterentwicklung seines Ansatzes betrachteten. Es ging dabei um die zentrale Frage, ob die therapeutische Beziehung allein tatsächlich den hinreichenden Heilungsfaktor darstelle oder ob auch noch andere Aspekte zu beachten und damit in die Klientenzentrierte Psychotherapie zu integrieren seien.

In Österreich führte diese schulenspezifische Diskussion zur Anerkennung von zwei selbstständigen Psychotherapiemethoden, und zwar der „orthodoxen“ *Personenzentrierten Psychotherapie* und der *Klientenzentrierten Psychotherapie*, die auch neuere Entwicklungen berücksichtigt.

In Deutschland ist die Psychotherapie nach Rogers als „*Gesprächspsychotherapie*“ bekannt. Ihre Anerkennung als wissenschaftliche Psychotherapiemethode gelang letztlich nur mithilfe von Studien aus der „unorthodoxen“ störungsspezifischen („prozess-erlebnisorientierten“) Variante der Klientenzentrierten Psychotherapie nach Greenberg, obwohl diese und ähnliche Strategien manchen Vertretern der Personzentrierten Psychotherapie widerstreben.

Rogers veränderte und erweiterte sein therapeutisches Grundkonzept im Laufe der Zeit, ähnlich wie auch andere Psychotherapie-Gründer (z.B. Freud) verschiedenen erkannten Notwendigkeiten entsprachen. Es stellt sich in diesem Zusammenhang die grundsätzliche Frage, ob die Weiterentwicklung einer Psychotherapiemethode nur deshalb als unorthodox und „abweichlerisch“ gilt, weil sie nicht den Segen des selbst meist sehr innovativen Gründervaters erlangt hat.

In den 1940er-Jahren (in der *non-direktiven Phase*) stand für Rogers das nicht-direktive Vorgehen im Vordergrund – anstelle von intellektuellen Interpretationen, besserwissenden Expertenratschlägen und manipulativ-lenkendem Therapeutenverhalten, wie dies psychoanalytisch und lerntheoretisch orientierte Therapeuten praktizierten.

In den 1950er-Jahren (in der *gefühlsverbalisierenden Phase*) wurden die Klienten als Experten für ihr Erleben angesprochen; sie sollten durch das vertiefte Spiegeln von Gefühlen durch den Therapeuten in ihrer Selbstexploration gefördert werden, um sich selbst und ihre emotionsbeladenen Einstellungen besser kennen zu lernen.

Gegen Ende der 1950er-Jahre (in der *erlebnisorientierten Phase*) gewannen der interaktive Charakter der therapeutischen Beziehung und das unmittelbare körpernahe Erleben des Klienten zunehmend an Bedeutung.

In den 1960er-Jahren erweiterte Rogers die Einzeltherapie in Richtung *Personenzentrierter Encountergruppen* („Begegnungsgruppen“, Selbsterfahrungs- und Therapiegruppen). Die Gruppe gilt als Möglichkeit zur Begegnung der Teilnehmer von Person zu Person. Die Vielfalt wechselseitiger korrekativer Beziehungserfahrungen in der Gruppe fördert das Wachstum aller Teilnehmer.

Entsprechend der Humanistischen Psychologie ging Rogers in sehr optimistischer Weise davon aus, dass der Mensch über *Potenziale zu Wachstum, Reife und Selbstverwirklichung* verfüge und unter günstigen Bedingungen regenerative Kräfte entfalten könne. Rogers vertraute auf die menschliche Natur und ihre Entwicklungsmöglichkeiten, auf die Fähigkeiten des Klienten zur Selbstbestimmung, auf dessen Kraft zur eigenständigen Bewältigung seiner Probleme und Symptome.

Der *Therapeut* ist kein Experte mit Fachwissen zur Problembewältigung, sondern ein Begleiter des Klienten auf dem Weg zur Entwicklung seiner Persönlichkeit durch die unmittelbare Begegnung von Person zu Person, die eine zunehmende Öffnung statt Abwehr bewirkt. Das Konzept der *Therapie als Begegnung* fragt nicht expertenorientiert („Was hat der Klient? Was braucht er?“), sondern begegnungsorientiert („Wie erlebt sich der Klient?“).

Heilsam sind nach Rogers die aktuellen Erfahrungen, die Klienten in der Hier-und-Jetzt-Situation der therapeutischen Begegnung machen. Das innere Potenzial zur Selbstverwirklichung („*Selbstaktualisierungstendenz*“) könne durch Beeinträchtigungen und Störungen im Erleben und Verhalten des Menschen geschwächt und vermindert sein, könnte aber vor allem durch eine einfühlsame, wertschätzende und innerlich echte Therapeut-Klient-Beziehung wieder aufgebaut werden.

Die Wirkung einer Psychotherapie beruht nach Rogers nicht auf einer speziellen therapeutischen Methode oder Technik, sondern vielmehr auf einer guten Beziehung zwischen Therapeut und Klient.

Die drei therapeutischen Grundeinstellungen *Empathie* (nicht wertendes, einführendes Verstehen), *Akzeptanz* (unbedingte Wertschätzung) und *Kongruenz* (Echtheit) sind nach Rogers die notwendigen und hinreichenden Bedingungen, die es dem Klienten ermöglichen, mehr Vertrauen zu sich zu gewinnen, innere Bewertungsinstanzen zu entwickeln und für Veränderungen offener zu werden. Unabhängig von der Art der Störung des Patienten (z.B. Angststörung, Depression, Borderline-Persönlichkeitsstörung, posttraumatische Belastungsstörung, psychosomatische Störung) gelten dieselben Wirkprinzipien der heilsamen Beziehung zwischen Therapeut und Klient.

Durch die *einfühlende, wertschätzende und nicht an Bedingungen geknüpfte, akzeptierende therapeutische Beziehungsgestaltung* können Klienten angstfrei und offen ihre Probleme besprechen, ihre inneren und äußeren Konflikte klären, ihre Gefühle zulassen und neue Erfahrungen erproben. Auf diese Weise lernen Patienten, ihre Belastungen und Symptome schrittweise zu vermindern, neue und befriedigende Problemlösungen zu entwickeln, für Veränderungen offen zu sein, ihr Leben aktiv nach den eigenen Bedürfnissen und Werten zu gestalten, mehr Vertrauen zu sich zu gewinnen, ein positives Selbstbild aufzubauen und ihre inneren Ressourcen und Energien in Richtung größerer Reife zu nutzen.

Die Klienten-/Personzentrierte Psychotherapie soll dem Patienten durch eine differenziertere Selbst- und Umweltwahrnehmung eine Neuorientierung seines Verhaltens und Erlebens ermöglichen. Die Veränderung des Klienten war Rogers stets wichtiger als die Analyse der Persönlichkeitsstruktur.

Das *Selbst*, das durch den Kontakt und die Auseinandersetzung mit den Mitmenschen entsteht, wird durch positive soziale Begegnungen gefördert. Wenn sich der Klient in der mitmenschlichen und therapeutischen Begegnung auf seine Gefühle einlässt und sich dabei verstanden fühlt, entwickelt sich seine Persönlichkeit. Je mehr der Klient seine neuen Erfahrungen zulässt und diese in sein Selbst integriert, umso flexibler wird sein Selbst, umso gesünder ist seine Persönlichkeit. Durch die vorbildhaft kongruente Haltung der Therapeuten lernt der Klient, mehr Kongruenz zu entwickeln.

Wenn das Selbstkonzept, d.h. die Vorstellungen des Klienten, wie er ist und sein möchte, aufgrund verschiedener Umstände nicht mit seinem tatsächlichen Erleben und seinen gemachten Erfahrungen übereinstimmt, kommt es zu einer *Inkongruenz*, die zu Angst und innerer Anspannung führt. Ein rigides Selbst wehrt neue Erfahrungen ab, verzerrt oder verleugnet sie.

„Negative“ Gefühle, Ängste und psychosomatische Spannungszustände sind ein Signal dafür, dass wichtige neue Erfahrungen nicht in das bisherige Selbstkonzept integriert werden können und deshalb bedrohlich wirken. Daraus können sich jedoch auch Impulse für Veränderungen ergeben.

Über Rogers hinaus – Notwendige Erweiterungen oder Irrwege?

Die Personzentrierte Psychotherapie wurde im deutschen Sprachraum in den 1960er- und 1970er-Jahren vom Hamburger Psychologie-Professor *Reinhard Tausch* (geb. 1921) als „*Klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie*“ bekannt gemacht. Mit dem Wort „Gesprächspsychotherapie“ sollte in einer Zeit, als die Psychotherapie noch als Teil der Medizin und damit als ärztliche Tätigkeit galt, ausgedrückt werden, dass Psychotherapie mittels Gesprächen erfolge, die einem Psychologen nicht verboten werden könnten.

Die Klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie legte in Deutschland – durchaus in der Tradition von Rogers, dem Wissenschaftlichkeit, Dokumentation und Analyse von Therapieprozessen in Form von Tonbandaufzeichnungen der Therapiegespräche sehr wichtig waren – großen Wert auf empirisch-wissenschaftliche Wirksamkeitsprüfung.

Tausch vertrat mit seiner therapeutisch sehr aktiven Ehefrau Anne-Marie eine *multimodale Psychotherapie*: eine Gesprächspsychotherapie bei starken inneren Anspannungen oder Sinnfragen, eine Verhaltenstherapie bei starken äußeren Verhaltensbeeinträchtigungen. Er versuchte auch, die Gesprächspsychotherapie durch bestimmte Techniken (z.B. Entspannungsmethoden) wirksamer zu gestalten.

In den 1960er-Jahren wiesen Rogers-Mitarbeiter in den USA auf die Notwendigkeit hin, das Basisverhalten des Therapeuten durch zusätzliche, differenziell einzusetzende Interventionen, wie etwa Konfrontation, Selbsteinbringung und Beziehungsklärung, zu erweitern. Sie lösten damit einen Richtungsstreit aus, der sich später fortsetzte.

In den 1980er-Jahren erfolgte in Europa – insbesondere in Holland und Deutschland – eine Weiterentwicklung der neuen Konzepte.

Der Rogers-Schüler und Psychologie-Professor *Eugene T. Gendlin* (geb. 1926), dessen jüdische Familie 1938 von Wien in die USA floh, entwickelte in den 1960er-Jahren die Technik des *Focusing* als stärker körperzentrierte Form der Gesprächspsychotherapie. Die Patienten lernen in einer Art Innenschau, besser in sich hineinzuspüren und ihre Gefühle stärker körperlich zu erleben. Im Mittelpunkt der Therapie steht die *gefühlte Bedeutung* (Frage: „Wie fühlt sich das an?“), die achtsame und absichtslose Wahrnehmung und kreative Nutzung des körperlichen Erlebensflusses. Das therapeutische Gespräch ist auf bedeutungshaltige Körperempfindungen („*Felt Sense*“) konzentriert, die der Klient als „körperliche Resonanz“ zu seinem Problem spüren lernt. Durch schrittweise Symbolisierung (z.B. Suchen stimmiger Worte, Bilder, Bewegungen) dieser körperlich fühlbaren Bedeutung eines Problems werden die zuvor nicht dem Bewusstsein zugänglichen, unklaren Aspekte dieses Problems klarer verstanden und damit einer Veränderung zugänglich gemacht.

Das Focusing-Konzept wurde vom österreichischen Psychologen *Johannes Wiltshko* (geb. 1950) im Rahmen der Klientenzentrierten Psychotherapie zur Focusing-Therapie ausgebaut.

Der Psychologie-Professor *Leslie S. Greenberg* (geb. 1945), der durch seine Studien die Humanistische Psychotherapie in den USA im akademischen Bereich zu verankern half, entwickelte unter Bezugnahme auf die Gestalttherapie eine stärker erlebnisaktivierende, gefühlszentrierte und problematische Erlebens- und Denkmuster gezielt verändernde Therapieform („*prozess-erlebnisorientierte Psychotherapie*“). Er versucht, die Ansätze von Rogers und Perls in einem ausgewogenen Gleichgewicht miteinander zu verbinden.

Greenberg sieht die Ursachen psychischer Störungen nicht nur in der Inkongruenz zwischen dem körperlich Gefühltem und dem im Selbst-Gewahrsein Symbolisierten, sondern auch in der Aktivierung negativer emotionaler Schemata als vorbewusster Strukturen, mit denen emotionale, kognitive und sinnliche Informationen verarbeitet werden. Der Therapeut muss die Erlebnisverarbeitung direkt beeinflussen, um die Beziehungen und emotionalen Reaktionen positiv verändern zu können. Eine gute Therapiebeziehung allein ist diesbezüglich nicht ausreichend.

Der belgische Psychologie-Professor *German Lietaer* (geb. 1939) erweiterte die Personzentrierte Psychotherapie ebenfalls zu einem integrativen erlebnisorientierten Ansatz.

Der Psychiater *Hans Swildens* (geb. 1924) förderte in den 1980er-Jahren in den Niederlanden die *Prozessorientierte Gesprächspsychotherapie*, die für Patienten mit unterschiedlichen Erkrankungen störungsspezifische (differenzielle) Konzepte entwickelte und die Therapie auf diese Weise stärker an die Bedürfnisse und Probleme der Patienten anpasste.

Der deutsche Psychologie-Professor *Rainer Sachse* (geb. 1948) begründete die *Zielorientierte Gesprächspsychotherapie* und als Weiterentwicklung davon die *Klärungsorientierte Psychotherapie*. Es handelt sich dabei um eine störungsspezifische Therapie mit dem Schwerpunkt auf der Klärung und Änderung affektiver und kognitiver Schemata. Die therapeutischen Bedingungen Empathie, Akzeptierung und Echtheit (Kongruenz) seien weder notwendige noch hinreichende Bedingungen für konstruktive Veränderungen beim Patienten. Die Beziehung sei nicht der entscheidende Wirkfaktor der Therapie, sondern nur die notwendige Voraussetzung für eine effektive Behandlung. Der Therapeut müsse als Experte auftreten, aktiver agieren, prozessdirektiv intervenieren und störungsspezifisch handeln. Verstehen allein genüge nicht, wenn der Patient in seinen Mustern stecke und festgefahren sei. Es sei mit Zustimmung des Patienten mehr Konfrontation statt ständiger Vermeidungsstrategien erforderlich. Gesprächspsychotherapie benötige dringend störungsspezifische integrative Konzepte.

Die heftige Kritik von Sachse führte zu starker Gegenkritik und zum Austritt Sachses aus dem Berufsverband der Gesprächspsychotherapeuten. Die Klärungsorientierte Psychotherapie ist mittlerweile eine eigenständige integrative Therapieform und umfasst Konzepte aus der prozess-erlebnisorientierten Psychotherapie, der Focusing-Therapie, der Kognitiven Therapie, der Verhaltenstherapie und der Gestalttherapie.

Fazit: Neben der klassischen Personzentrierten Psychotherapie entwickelte sich im Laufe der letzten zwei Jahrzehnte eine stärker *zielorientierte, problem- und störungsspezifische Gesprächspsychotherapie*. Die Therapie konzentriert sich dabei auf bestimmte Teilziele, die der Psychotherapeut mithilfe bestimmter Bearbeitungsangebote zu erreichen hilft, ähnlich wie bei einer Verhaltenstherapie. Diese Konzepte gestatten dem Therapeuten einen aktiv-intervenierenden Einsatz und erweitern die Personzentrierte Therapie durch die Berücksichtigung verschiedener Techniken (z.B. Entspannungstechniken) und bestimmter Übungen (z.B. Körperwahrnehmungsübungen), aber auch durch Elemente aus anderen Psychotherapiemethoden, wie etwa Gestalttherapie, Körpertherapie, Tiefenpsychologie oder Verhaltenstherapie.

In der Klientenzentrierten Psychotherapie entstand sogar eine regelrechte „*manualgestützte Gesprächspsychotherapie*“, bei der bestimmte störungsspezifische Leitthemen und bestimmte Interventionsformen miteinander verbunden wurden. Die stärkere Systematisierung und Strukturierung des Behandlungsverlaufs ermöglichte auch eine bessere Lehrbarkeit und empirische Überprüfbarkeit der Klientenzentrierten Psychotherapie.

Aus der Sicht „orthodoxer“ personzentrierter Psychotherapeuten besteht bei den erweiterten Konzepten die große Gefahr, die spontane Entfaltungstendenz des Klienten einzuschränken.

In *Deutschland* ist die Gesprächspsychotherapie, die alle unterschiedlichen Strömungen umfasst, seit 2002 zwar als wissenschaftliche Methode und damit als vertiefte Ausbildung anerkannt, bis Ende August 2006 jedoch nicht als Richtlinienverfahren, d.h. Gesprächspsychotherapeuten dürfen bislang keine Patienten auf Kosten der gesetzlichen Krankenkassen behandeln.

In *Österreich* sind zwei Psychotherapiemethoden nach Rogers staatlich anerkannt, nämlich die Klientenzentrierte und die Personenzentrierte Psychotherapie. Beide Methoden unterscheiden sich vor allem hinsichtlich der Frage, ob die Therapiebeziehung als der allein entscheidende Heilungsfaktor gilt.

Die *Klientenzentrierte Psychotherapie* vertritt den erweiterten integrativen Ansatz. Sie berücksichtigt differenzielle und störungsspezifische Aspekte sowie das Focusing-Konzept von Gendlin.

Die *Personenzentrierte Psychotherapie* stellt die klassische Form der Personenzentrierung nach Rogers in den Mittelpunkt. Nicht Methoden und Techniken seien heilsam, sondern nur die nach den bekannten Rogers-Grundsätzen gestaltete Beziehung zwischen Therapeut und Klient.

Klienten-/Personenzentrierte Psychotherapie in Form einer Einzel-, Paar-, Familien- und Gruppentherapie ist ein kürzer oder länger dauerndes Behandlungsangebot für Menschen aller Altersgruppen mit inneren und interaktionellen Konflikten sowie psychischen und psychosomatischen Störungen.

Patienten mit dem Wissen um orthodoxe und integrative Konzepte der Gesprächspsychotherapie sollten zu Therapiebeginn sehr genau erfragen, welches Behandlungskonzept der aufgesuchte Psychotherapeut vertritt.

Gestalttherapie

Der in die USA ausgewanderte deutsch-jüdische Psychiater, frühere Psychoanalytiker und Reich-Schüler *Frederick (Fritz) S. Perls* (1893–1970) begründete in den 1950er-Jahren zusammen mit seiner Frau Laura und einigen anderen Therapeuten die Gestalttherapie als erlebnisaktivierende Psychotherapie. Die heute verbreiteten Therapieformen stellen Erweiterungen seiner Methode dar.

Perls war von der deutschen Gestaltpsychologie bzw. Gestalttheorie beeinflusst und betonte mit der Bezeichnung „Gestalttherapie“ die *ganzheitliche Orientierung* seiner Methode. Als weitere Einflussfaktoren gelten Psychoanalyse, Körpertherapie, Psychodrama, Existenzialismus und Zen-Buddhismus. Auf Kosten klinischer Aspekte beschäftigte sich Perls zunehmend mit bewusstsenserweiternden Prozessen.

Trotz heftiger Kritik an der Psychoanalyse war Perls die *Widerstandsanalyse* sehr wichtig, d.h. die Analyse und das Durcharbeiten von Widerständen, die Kontakt, Einsicht und Veränderung behindern. Perls beschrieb einige Abwehrmechanismen, durch die Patienten unselbstständig und neurotisch werden.

Psychische Störungen entwickeln sich aus unvollständig verarbeiteten Erlebnissen mit der sozialen Umwelt, bedingt durch bestimmte Abwehrmechanismen. Neurosen entstehen durch mangelnden Kontakt zu sich selbst und zur Umwelt, durch die Einengung von Erfahrungen, die Beschränkung des Verhaltens und das Leugnen von Bedürfnissen.

In der Psychotherapie werden die Kontaktstörungen überwunden, die Selbstheilungskräfte des Patienten freigelegt und neue Einsichten, Erfahrungen und Verhaltensmöglichkeiten erschlossen. Perls bestritt nicht die prägende Bedeutung von Kindheit und Jugend, betonte jedoch das Leben in der Gegenwart, weil nur hier konkrete Veränderungen möglich seien.

Perls, der Theoretisieren ablehnte, entwickelte keine systematische Theorie der Gestalttherapie, sondern betonte einige *zentrale Prinzipien*: Gegenwartsorientierung (Leben im Hier und Jetzt statt Vergangenheitsfixierung), Gewahrsein (sich seiner selbst bewusst sein), Erlebnisaktivierung, Kontakt und Beziehungsfähigkeit, seelisches Wachstum, Selbstakzeptanz, Übernahme der Verantwortung für das eigene Leben. Der Mensch wird im Sinne der Humanistischen Psychologie als fähig angesehen, sein Leben sinnvoll zu gestalten und Störungen aus eigener Kraft zu überwinden.

Die Patienten sollen über die *Erlebnisaktivierung*, d.h. das unmittelbare Erleben von Gefühlen, zum Handeln gelangen, ohne in der Psychotherapie ständig nur zu reden und zu analysieren. Entscheidend sind neue Erfahrungen.

Die Erlebnisorientierung wird durch zahlreiche Experimente und Techniken gefördert, wie etwa Darstellen, Rollenspiel, körpertherapeutische Übungen, Fantasieübungen, „heißer Stuhl“ (darauf sitzen bedeutet, mit seinem Problem im Mittelpunkt der Gruppe zu stehen) oder leerer Stuhl (darauf „sitzt“ ein Teil der Persönlichkeit des Patienten oder eine andere Person, mit der ein Dialog erfolgt). Es werden auch Techniken aus anderen Methoden übernommen.

Die Gestalttherapie von Perls ist *konfrontativer* als viele andere Psychotherapiemethoden. Sie möchte den Patienten mit jenen Gefühlen und Erfahrungen in Kontakt bringen, die er am liebsten vermeiden möchte. Es kann dadurch zu starken Gefühlserregungen kommen. Die Therapeuten bringen sich mit ihren Beobachtungen und Gefühlen stark ein.

Im Mittelpunkt der Therapie stehen die Entwicklung und Verfeinerung des *Gewahrseins* (Awareness) aller gerade vorhandenen und zugänglichen Gefühle, Empfindungen und Verhaltensweisen. Wissen und intellektuelle Einsicht heilen nicht. Oberste Priorität haben das unmittelbare *Hier und Jetzt* (die Gegenwartsorientierung) und der *Kontakt* (die Beziehungsfähigkeit des Menschen). Der Mensch intensiviert durch eine bessere emotionale Erlebnisfähigkeit den Kontakt zu sich selbst und zur Umwelt.

Emotional nicht abgeschlossene konflikthafte Erfahrungen im früheren Leben – „*offene Gestalten*“ genannt – werden in Identifikationen, Dialogen und Rollenwechseln bearbeitet, um eine gut lebbare Lösung zu erreichen.

Der Gestalttherapie wurde die Förderung eines egozentrischen Denkens vorgeworfen, wie dies im sehr individualistisch orientierten *Gestaltgebet* von Perls zum Ausdruck kommt: „Ich tu, was ich tu; und du tust, was du tust. Ich bin nicht auf dieser Welt, um nach deinen Erwartungen zu leben, und du bist nicht auf dieser Welt, um nach den meinen zu leben. Ich bin ich und du bist du – und wenn wir uns zufällig finden, wunderbar. Wenn nicht, kann man auch nichts machen.“

Perls, der eine stark individualistisch ausgerichtete Persönlichkeit war, erweiterte in seinen letzten Lebensjahren die individuelle Dimension um die soziale. Dies zeigte sich vor allem in dem Umstand, dass er anstelle der Einzeltherapie die *Gestalt-Gruppenarbeit* als Einzelarbeit in der Gruppe betonte.

Nach der Gründungsphase in den USA und davon ausgehend in Europa entstanden im Laufe der Zeit unterschiedliche Varianten, Strömungen und Stile der Gestalttherapie: an der *amerikanischen Westküste* etablierte sich der gegenwartsorientierte Stil von Perls zur Behandlung von „Normalneurotikern“, an der *amerikanischen Ostküste* entwickelte sich eher ein analytisch orientierter Ansatz für stärker psychisch kranke Menschen, wo Vergangenheit und Zukunft eine größere Rolle spielen.

Im deutschen Sprachraum gibt es ebenfalls zwei eigenständige Entwicklungen der Gestalttherapie, die in Österreich als unterschiedliche Psychotherapiemethoden anerkannt sind: die *Integrative Gestalttherapie* nach dem deutschen Psychologen, Philosophen und Theologen *Hilarion Petzold* (geb. 1944) und die *Gestalttheoretische Psychotherapie* nach dem deutschen Psychologen *Hans-Jürgen Walter* (geb. 1944). Es handelt sich dabei um zwei von mehreren Versuchen, die wenig ausformulierte Theorie der Gestalttherapie neu zu fassen.

Petzold gründete 1972 zusammen mit Johanna Sieper und Hildegund Heinel das „Fritz Perls Institut für Integrative Therapie, Gestalttherapie und Kreativitätsförderung (FPI)“ in Düsseldorf und etablierte dort die Integrative Gestalttherapie.

Petzold, einer der kreativsten Psychotherapeuten und Pioniere der Methodenintegration, verband die Gestalttherapie von Perls mit zahlreichen anderen Methoden und Theorien, wie etwa Psychoanalyse, Psychodrama, Körper- und Leibtherapie, kreativen Methoden (z.B. therapeutischem Theater) und sozial-psychologischen Ansätzen. Gruppenvorgänge, Regressionsprozesse und körperliches Erleben werden gleichermaßen betont. Auf die soziale und ökologische Dimension wird großer Wert gelegt.

Walter bemühte sich neben der besseren grundlagentheoretischen Fundierung und der stärkeren Berücksichtigung gestalttheoretischer Prinzipien um die Möglichkeiten einer Integration der Gestalttherapie mit kompatiblen Ansätzen von Psychoanalyse, Tiefenpsychologie, Psychodrama, Klientenzentrierter Psychotherapie, Kognitiver Verhaltenstherapie und Systemischer Therapie.

Die *Gestalttheoretische Psychotherapie* ist eine erlebnisorientierte tiefenpsychologisch begründete Methode, die sich konsequent an den Erkenntnissen und experimentell-psychologischen Befunden der Gestaltpsychologie und an deren phänomenologischer Ausrichtung orientiert. Die verwendeten Techniken sind sehr variabel und auf den Einzelfall ausgerichtet. Im Wesentlichen soll über erlebnisaktivierende Interventionen eine Integration von Fühlen, Empfinden, Denken und Verhalten gefördert werden. Die psychotherapeutische Haltung und das Menschenbild weisen enge Bezüge zur Individualpsychologie von Adler auf.

Die Gestalttheoretische Psychotherapie verbreitete sich in den letzten Jahren im deutschsprachigen Raum (Deutschland, Österreich, Schweiz). Im englischsprachigen Raum bestanden schon früher verschiedene gestalttheoretische Ansätze in der Psychotherapie, die im Wesentlichen eine Verbindung von Gestalttheorie und Psychoanalyse zum Ziel hatten.

Die Weiterentwicklungen der Gestalttherapie mit der Ausdehnung des Behandlungsschwerpunktes vom Hier-und-Jetzt-Blickpunkt auf die Vergangenheit ermöglicht die Behandlung schwerer gestörter Menschen, wie etwa Patienten mit Persönlichkeitsstörungen oder Substanzabhängigkeit.

Gestalttherapie wird in Form von Einzel-, Paar-, Familien- und Gruppentherapie Menschen unterschiedlichen Alters bei allen möglichen psychischen und psychosomatischen Störungen als Kurz- oder Langzeittherapie angeboten.

In den *Gestaltgruppen* steht gewöhnlich ein Teilnehmer im Mittelpunkt, während die anderen als Beobachter reagieren. Der Psychotherapeut ist je nach gestalttherapeutischer Schule aktiv intervenierend bis konfrontierend oder eher abstinente. Große Bedeutung hat auch die Arbeit im nichtklinischen Bereich sowie die Tätigkeit im Bereich der Prävention gewonnen.

Die Gestalttherapeuten haben in *Deutschland* noch keinen Antrag auf Anerkennung als wissenschaftliche Psychotherapie gestellt. Dies wird derzeit überlegt, obwohl die Beispiele der Systemischen Therapie und der Hypnotherapie eine Ablehnung befürchten lassen.

In den letzten Jahren wurden auch verschiedene Wirksamkeitsnachweise der Gestalttherapie veröffentlicht.

Integrative Therapie

Der deutsche Psychologe, Philosoph, Theologe und Gestalttherapeut *Hilarion Petzold* (geb. 1944) entwickelte in den 1970er-Jahren zusammen mit *Johanna Sieper* und *Hildegund Heintl* die Integrative Therapie als systematische Methodenintegration und schulenübergreifendes Verfahren aus Psychoanalyse, Gestalttherapie, Psychodrama, Verhaltenstherapie, Körpertherapie, Integrativer Leib- und Bewegungstherapie, Entspannungsverfahren und kreativen Medien.

Petzold gilt aufgrund seiner Persönlichkeit, seiner multiprofessionellen und umfassenden psychotherapeutischen Ausbildung sowie seines weitläufigen Schaffensbereichs (Mitherausgeber vieler Bücher) als eine der Leitfiguren der modernen Psychotherapie. Seine Integrative Therapie ist aktiv-analysierend, erlebnisaktivierend, kreativitätsfördernd, leiborientiert, emotionszentriert und kognitiv-therapeutisch orientiert. Der Einsatz von Körperarbeit und kreativen Medien (Malen, Formen mit Ton, Klänge) sind zentrale Merkmale.

Alle bekannten Psychotherapiemethoden haben nach Petzold nur bestimmte Aspekte des Menschen berücksichtigt, z.B. Freud die Vergangenheit, Perls die Hier-und-Jetzt-Situation, Moreno die Gruppe und das Netzwerk, Reich den Körper usw. Die Integrative Therapie möchte die verschiedenen Aspekte des Menschseins in einem bestimmten lebensgeschichtlichen und sozioökologischen Kontext in der Theorie miteinander verbinden, in der Therapie gleichermaßen berücksichtigen und auf diese Weise den üblichen monomethodischen, eingleisigen Ausbildungs- und Behandlungsmethoden entgegenwirken.

Die Integrative Therapie umfasst ein breites Spektrum an Zugangsweisen und Behandlungswegen; sie berücksichtigt neben dem verbalen Austausch zwischen Therapeut und Patient auch nonverbale und kreative Techniken. Je nach Patient wird ein individuelles, maßgeschneidertes Therapiekonzept erstellt. Denken, Erleben und Verhalten der Patienten sollen in Form einer ganzheitlichen Therapie durch die Bearbeitung aktueller Lebensprobleme, sozialer Beziehungssysteme und unbewusster Konflikte neu organisiert werden.

Die Integrative Psychotherapie versteht Psychotherapie als Heilbehandlung (Behandlung von Störungen), als Gesundheitsförderung (Prävention und Gesundheitsförderung), als Weg zur Persönlichkeitsentfaltung (Förderung von Bewusstheit, Kompetenz und Selbstwirksamkeit) und als Möglichkeit der Kulturarbeit durch die Förderung des gesellschafts- und gesundheitspolitischen Bewusstseins (Engagement für soziale Gerechtigkeit und humane Lebensbedingungen).

Die Integrative Therapie wird als Einzel-, Paar-, Familien- und Gruppentherapie für eine Vielfalt von Problemen und Beschwerden angeboten.

Die Integrative Therapie wurde in Österreich im Dezember 2005 als 21. und bislang letzte Psychotherapiemethode staatlich anerkannt. Die komplette Ausbildung wird von der Donau-Universität Krems, Niederösterreich, angeboten, was für Österreich ungewöhnlich ist, weil Psychotherapie-Ausbildungen in der Regel über private Vereine erfolgen.

Psychodrama

Der in Bukarest geborene, in Wien aufgewachsene und 1925 in die USA ausgewanderte Allgemeinarzt, Psychiater, Sozialforscher und Pionier der Gruppenpsychotherapie *Jakob Levy Moreno* (1889–1974) entwickelte in den 1930er- und 1940er-Jahren unter dem Einfluss des Stegreiftheaters das Psychodrama als humanistische und erlebnisorientierte Psychotherapie mit dem Ziel, Erfahrungen oder Probleme der Vergangenheit und Gegenwart in Form einer Gruppentherapie durchzuspielen (daher „Psychodrama“) und auf diese Weise zu verarbeiten.

Moreno hob gegenüber dem „passiven Liegen“ in der Psychoanalyse den aktiven, *aktionsorientierten Aspekt* seiner Psychotherapie hervor, wo die Innen- und Außenperspektive eines Problems in Form eines Rollenspiels auf einer Art Bühne durchgearbeitet wird. Gegenüber der Dominanz intrapsychischer Aspekte in der Psychoanalyse förderte Moreno das Verständnis des Menschen in seiner sozialen Rolle und seinem sozialen System und betonte dies auch durch die Art seiner Gruppentherapie. Er verstand das Psychodrama als zwischenmenschliche Therapie und Tiefentherapie der Gruppe. Der spielerische Charakter ermöglicht eine szenische und damit oft sehr dramatische Darstellung des Seelenlebens und der zwischenmenschlichen Beziehungen.

Die im Rollenspiel gewonnenen Erfahrungen führen zu tief greifenden Erkenntnissen und neuen Lösungsmöglichkeiten und fördern den Reifungsprozess der Persönlichkeit. Im Rahmen der interpersonal orientierten Psychotherapie Morenos erfolgt die Klärung problematischer zwischenmenschlicher Beziehungen, die Aufdeckung verdrängter Konflikte, die kathartische (heilende) Wiederbelebung und das szenische Verstehen früherer und gegenwärtiger Lebenssituationen, die Vermittlung emotionaler Neuerfahrungen und schließlich die Motivierung und Befähigung zur Erprobung neuer Verhaltensmuster.

Eine typische, mindestens 1,5–2,5 Stunden dauernde Gruppensitzung läuft in drei Phasen ab.

In der *Eröffnungs- oder Erwärmungsphase* wird von einem Gruppenteilnehmer ein bestimmtes Konfliktmaterial erinnert, der Gruppe präsentiert und mit dem Therapeuten zusammen die Zielrichtung der psychodramatischen Darstellung festgelegt.

In der *Spiel- oder Aktionsphase* wird das Problem vom Hauptdarsteller (dem so genannten Protagonisten) mithilfe des Psychotherapeuten und unter Mitwirkung der Gruppenteilnehmer, die bestimmte Personen seiner sozialen Umwelt spielen, spontan, ohne vorherige Übung, wiederbelebt (reinszeniert) und emotional intensiv durchlebt.

In der *Integrationsphase* werden die gewonnenen Erfahrungen und Erkenntnisse im Rahmen eines Gruppengesprächs kognitiv verarbeitet. Die Therapie erfolgt meist in Form einer geschlossenen Gruppe, d.h. mit fixen, gleich bleibenden Teilnehmern, kann aber auch in Form einer offenen Gruppe mit wechselnden Teilnehmern hilfreich sein.

Psychodrama ermöglicht oft einen raschen Zugang zu komplexen Lebensproblemen sowie zur Auseinandersetzung mit den „Mitspielern“ auf der Bühne des realen Lebens. Frühere Lebenssituationen und Erfahrungen werden im darstellenden Spiel ein zweites Mal bewusst und damit anders durchlebt als beim ersten Mal im tatsächlichen Leben, was durch die emotionale Auseinandersetzung mit den oft nicht verarbeiteten Erinnerungen einen heilenden Effekt hat. Es können aber auch aktuelle oder zukünftige Situationen durchgespielt werden, um besser damit umgehen zu lernen.

Bestimmte *Techniken* intensivieren das Erleben, fördern die Einsicht in bislang nicht erkannte Zusammenhänge und erleichtern neue Verhaltensweisen.

Beim *Doppeln* steht der Therapeut oder ein Gruppenmitglied hinter dem Protagonisten, fühlt sich in der Ich-Form in dessen Denken, Erleben und Verhalten ein und spricht aus, was den Protagonisten gerade bewegen könnte.

Beim *Spiegeln* ahmt ein Gruppenmitglied den Protagonisten möglichst genau nach und konfrontiert ihn mit seinem Verhalten, sodass er sich wie im Spiegel wiedererkennen kann. Für den Fall einer erwarteten heftigen emotionalen Reaktion kann ein anderes Gruppenmitglied den Protagonisten in Form eines Hilfs-Ichs unterstützen.

Beim *Rollentausch* nimmt der Protagonist die Rolle einer anderen Person ein und fühlt sich ganz in diese ein, um sie besser verstehen zu können.

Darüber hinaus gibt es noch weitere Techniken, wie etwa „*leerer Stuhl*“ (der Protagonist spricht mit einer bestimmten imaginären Person, die er sich auf einem leeren Stuhl sitzend vorstellt), „*Beiseitereden*“ (der Protagonist bzw. sein Hilfs-Ich wendet während des Spiels den Kopf zur Seite und spricht aus, was er momentan wirklich fühlt und denkt), „*Monolog*“ (der Protagonist spielt alle an der Handlung beteiligten Personen selbst), *Aktionssoziogramm* (jedes Gruppenmitglied drückt die emotionale Nähe und Distanz zu den anderen grafisch in Form von räumlichen Abständen zu ihm selbst aus).

Psychodrama wird neben dem bekannteren Gruppendrama auch als *Mono-drama* (Einzeltherapie) oder *Soziodrama* (Intervention auf der Ebene von Gruppen) eingesetzt.

Die Konflikte eines Menschen lassen sich durchaus im Rahmen einer Individualtherapie zusammen mit dem Psychotherapeuten, ohne weitere Mitspieler, szenisch darstellen und anschließend im Gespräch bearbeiten.

Die hilfreichen Techniken des Psychodramas werden wegen ihrer theoretischen Offenheit auch in anderen Psychotherapiemethoden gerne verwendet, wie etwa in der Gestalttherapie oder in der Verhaltenstherapie, wenngleich in etwas veränderter Form.

Psychodrama kann als Kurz- oder Langzeitpsychotherapie bei verschiedenen Problemen und Störungen von Menschen unterschiedlichen Alters wirksam sein. Bereits Moreno wies auf die unbegrenzte Einsetzbarkeit seiner Methode hin. Psychodrama ist nicht nur in der Psychotherapie, sondern auch in der Jugend- und Erwachsenenarbeit, im Unterricht und in der Beratung, beim Coaching und in der Organisationsentwicklung hilfreich.

Logotherapie und Existenzanalyse

Der österreichische Psychiater und Neurologe *Viktor E. Frankl* (1905–1997) begründete auf dem Hintergrund tief gehender und auch veröffentlichter persönlicher Erfahrungen (Überlebender eines Konzentrationslagers, Verlust seiner Familie im KZ) sowie auf dem Boden existenzphilosophischer Richtungen die Existenzanalyse und Logotherapie, die er selbst nach der Psychoanalyse und der Individualpsychologie als „*dritte Wiener Schule der Psychotherapie*“ bezeichnete.

Frankl entwickelte seine Gedanken bereits in den 1930er-Jahren. Schon als junger Arzt wandte er sich gegen die Auffassung seines früheren Mentors Sigmund Freud, dass traumatische Kindheitserfahrungen und unterdrückte Triebimpulse das Leben des Menschen bestimmen würden, aber auch gegen die Behauptung Adlers, dass das menschliche Handeln auf der Kompensation von tief sitzenden Minderwertigkeitskomplexen beruhe.

Die menschliche Lebensdynamik ist nach Frankl von der Suche nach einem Sinn im Leben angesichts eines oftmals gegebenen *existenziellen Vakuums* geprägt. Frankl stellte in der Zwischenkriegszeit die Sinnfrage ins Zentrum seiner Wiener Arbeiten zur Suizidprophylaxe.

Frankl beschrieb erstmals 1946 die *Logotherapie* als sinnorientierte Lebens- und Behandlungsform für Menschen, die psychisch noch nicht schwer krank sind, jedoch unter einer existenziellen Orientierungslosigkeit leiden.

Die *Existenzanalyse* verstand er als die theoretische und anthropologische Grundlage der Psychotherapie. In zahlreichen allgemein verständlichen Büchern wies Frankl auf die *Bedeutung des Sinns im Leben* und die *Notwendigkeit einer Aufgabe* für die psychische Gesundheit hin.

Logotherapeuten unterstützen den *Willen des Menschen zum Sinn*, geben dem Patienten jedoch keinen Sinn vor, sondern helfen ihm vielmehr, den für ihn gültigen Sinn in seinem Leben zu finden.

Logotherapeuten möchten neurotische Erkrankungen verhindern, indem sie Sinnlosigkeits- und Leeregefühle verhüten bzw. behandeln und ein sinnerfülltes Leben ermöglichen. Die Logotherapie hat deswegen vor allem im nicht-klinischen Bereich große Verbreitung gefunden, wie etwa bei Lehrern, Sozialarbeitern, Krankenpflegepersonal und Seelsorgern.

In der Logotherapie werden die gesunden Anteile des Menschen gestärkt, die bei psychischen Störungen zur Linderung der Krankheitssymptome und zur Neuorganisation des Verhaltens und Erlebens führen können.

Logotherapie und Existenzanalyse nach Frankl wird als Kurz- oder Langzeittherapie eingesetzt in Form einer Einzel-, Paar-, Gruppen- oder Familientherapie. Die Therapie erfolgt im Sitzen und als Gespräch.

Zur Bearbeitung von Sinnproblemen im Rahmen einer typisch logotherapeutisch ausgerichteten Therapie reicht meist eine Kurzzeittherapie (im Allgemeinen 10–15 Stunden), weil oft keine Vor- oder Krankheitsgeschichte aufgearbeitet wird.

Frankl wehrte sich sehr gegen die verpflichtende Selbsterfahrung bei Psychotherapeuten („geistige Nabelschau“), wie sie im österreichischen Psychotherapiegesetz vorgesehen ist. Aus Protest trat er 1991 aus der ursprünglichen Gesellschaft aus. Seine Schüler stellten sich auf die Erfordernisse des Psychotherapiegesetzes ein und gründeten einen eigenen Ausbildungsverein.

Der österreichische Arzt und Psychologe *Alfried Längle* (geb. 1951), der mit Frankl jahrelang zusammengearbeitet hatte, erweiterte in den 1980er-Jahren Frankls logotherapeutisches Sinnkonzept um den therapeutischen Ansatz der *Existenzanalyse*, die mit spezifischen Methoden ausgestattet wurde. Wegen verschiedener Unterschiede sind in Österreich daher zwei einander ähnliche Schulen als eigenständige Methoden anerkannt: einerseits die *klassische Logotherapie und Existenzanalyse nach Frankl* (Ziel: Sinn-Findung, Wertfragen), die gegenwärtig durch die österreichische, zuletzt in Deutschland tätig gewesene Psychologin Elisabeth Lukas (geb. 1942) am prominentesten vertreten wird, andererseits die *erweiterte Form der Existenzanalyse nach Alfred Längle* (Ziel: Lebensfindung).

Die revidierte Form der Existenzanalyse versteht sich als Weiterführung des Franklschen Ansatzes, konkret als *Personale Existenzanalyse*, wo die biographische Arbeit und die Emotionalität von großer Bedeutung sind. Es handelt sich um eine existenzielle und phänomenologische Methode der Psychotherapie, die psychische Störungen tiefenpsychologisch mit Existenzanalyse behandeln möchte. Unklarheiten, Unentschiedenheiten und Verfremdungen im Laufe der Lebensentwicklung sollen beseitigt und die eigenen Gefühle besser verstanden werden.

Existenzanalytische Psychotherapeuten arbeiten stets mit dem Erleben der Patienten, mobilisieren deren Kräfte und Fähigkeiten und verhelfen zur persönlichen Erfüllung im Leben. Existenz wird als in Freiheit und Verantwortung gestaltetes Leben verstanden, wo der Gegenwart und Zukunft große Bedeutung zukommt. Im Mittelpunkt der Therapie stehen Fragen wie „Wofür soll ich leben?“, „Mag ich leben?“, „Darf ich so sein, wie ich bin?“, „Kann ich sein, da, wo ich bin?“

Die *Existenzanalyse nach Längle* sieht den Menschen nicht als Ergebnis von innerpsychischen Vorgängen oder Umwelteinflüssen, sondern als Wesen, das seine Werte reflektiert und überprüft, biographisch bedingte Beschränkungen zugunsten von größerer Weltoffenheit überwindet und im Bewusstsein seiner zentralen Werte das Leben gestaltet. Begriffe wie Dasein (Existenz), Beziehung (Werte), Freiheit in der Entscheidung, Verantwortung (Gewissen) sind Grundbegriffe des existenzanalytischen Denkens, die im Schlüsselbegriff „Sinn“ (auf griechisch „Logos“) zusammenlaufen. Die Existenzanalyse nach Längle bedient sich im Gegensatz zur „orthodoxen“ Existenzanalyse und Logotherapie nach Frankl, die weniger technikorientiert ist, einer Vielfalt spezifischer Methoden und Techniken zur Erreichung der gesteckten Ziele. Eine existenzanalytische Psychotherapie nach Längle erfolgt über einen längeren Zeitraum (mindestens 20–30 Stunden) bei allen möglichen psychischen Störungen.

Positive Psychotherapie

Der aus dem Iran stammende, seit 1954 in Deutschland lebende Psychiater und Neurologe *Nossrat Peseschkian* (geb. 1933) entwickelte vor allem in den 1970er-Jahren seine *Positive Psychotherapie*, die nichts mit dem Positiven Denken nach Murphy und Peale zu tun hat.

Durch seine zahlreichen Bücher, seine weltweite Seminartätigkeit und seine Gründung von Zentren für Positive und Transkulturelle Psychotherapie machte Peseschkian seine Methode rasch einer großen Öffentlichkeit bekannt.

Positive Psychotherapie versteht sich als tiefenpsychologisch fundiertes Verfahren, wird aber in diesem Buch wegen der humanistischen Grundauffassungen (z.B. jeder Mensch sei seinem Wesen nach gut) unter den humanistisch orientierten Psychotherapiemethoden angeführt.

Peschkian richtet den Blick auf *die positiven Aspekte des Menschen*, auf die vorhandenen Möglichkeiten und Fähigkeiten, die als Ressourcen für jede Befindlichkeitsverbesserung und Heilung von Störungen gelten. Patienten sollen durch Umdeutungen lernen, ihre Probleme, Symptome und Störungen positiv zu verstehen in dem Sinn, dass sie deren Sinn leichter erfassen und schneller Wege finden, um durch eine Verhaltensänderung ihre Störung überflüssig zu machen.

Positive Psychotherapie beachtet nicht nur die *positiven Aspekte von Störungen*, sondern auch andere Faktoren: Sie berücksichtigt Konflikthalt und Konfliktdynamik auf der Basis einer *Mikrotraumentheorie* (d.h. Konflikte und Störungen haben bestimmte Ursachen), betont *transkulturelle Aspekte*, verwendet Konzepte, Mythologien und Geschichten aus dem Orient und nutzt dadurch die Weisheit anderer Kulturen, passt die Therapie an die Bedürfnisse des Patienten an (jeder Mensch sei einzigartig), behandelt interaktionelle Aspekte von Störungen durch Paar- und Familientherapie, vermittelt Grundkonzepte für den Umgang mit Störungen und Krankheiten und legt aufgrund eines integrativen Ansatzes Wert auf die Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Methoden und Fachrichtungen.

Ein wichtiger Grundkonflikt besteht nach Peseschkian im Widerstreit zwischen Höflichkeit (sich einfügen in bestehende Ordnungen) und Ehrlichkeit (auf die eigenen Bedürfnisse achten).

Peschkian versteht den Menschen aufgrund seiner transkulturellen Erfahrungen und Einstellungen nicht als isoliertes Einzelwesen, sondern berücksichtigt auch dessen zwischenmenschliche, kulturelle und religiöse Situation. Gerade transkulturelle Gesichtspunkte ermöglichen ein besseres Verständnis der psychischen und psychosomatischen Störungen vieler Patienten.

Positive Psychotherapie gilt eher als Kurzzeittherapie und bietet Anleitungen zur besseren Selbsthilfe. Sie möchte Einzelnen, Paaren, Familien und Gruppen helfen, mit individuellen und interaktionellen Problemen sowie mit psychischen und psychosomatischen Störungen besser zurechtzukommen.

Neurolinguistische Psychotherapie

Der Mathematiker *Richard Bandler* (geb. 1950) und der Linguistik-Professor *John Grinder* (geb. 1939) entwickelten – später zusammen mit Robert Dilts und andere Therapeuten – in den USA in den 1970er-Jahren das *Neurolinguistische Programmieren (NLP)* als Methode zur erfolgreichen Kommunikation. Sie beobachteten drei berühmte Psychotherapeuten (den Hypnotherapeuten Milton Erickson, den Gestalttherapeuten Fritz Perls und die Familientherapeutin Virginia Satir) im Kontakt mit ihren Klienten und analysierten deren Verhalten, um es lehr- und lernbar zu machen.

Seit den 1980er-Jahren wurde NLP zu einer Art Modetherapie, die weit über den Bereich der Psychotherapie hinaus vor allem in der Wirtschaft und in der Erwachsenenbildung an Bedeutung gewann. NLP wurde als Methode der Persönlichkeitsentwicklung sowie effektiver Kommunikation vermarktet.

Entsprechend der Humanistischen Psychologie, vor allem jedoch gemäß der Hypnotherapie von M. Erickson, geht NLP davon aus, dass der Mensch über die notwendigen Erfahrungen und inneren Kräfte zur Bewältigung kritischer Situationen verfügt. Der Zugang zu den Ressourcen, die durch bestimmte Umstände blockiert wurde, soll wieder hergestellt werden, indem die Blockaden durch verschiedene Techniken aufgehoben werden.

NLP ist ein *lösungsorientierter Ansatz*, der den Schwerpunkt auf die Bewusstwerdung und Stärkung der eigenen *Ressourcen* legt. Therapie wird als zielgerichtete *Kommunikation* zur Lösung von Problemen verstanden. Es geht darum, andere, wirksamere Lösungen und Alternativen zum bisherigen Problemverhalten zu entwickeln und auf allen sinnlichen Repräsentationssystemen zu erproben, indem diese mental durchgespielt werden.

NLP berücksichtigt die verschiedenen *sinnlichen Repräsentationssysteme* (Sehen, Hören, Spüren, Riechen, Schmecken) gemäß des Umstands, dass unsere Wahrnehmung der Welt durch die Sinnesorgane erfolgt und auch unsere weitere Verarbeitung der Eindrücke sinnesspezifischen Qualitäten entspricht. Durch die Art der unwillkürlichen Augenbewegungen könne man Rückschlüsse auf das gerade benutzte sinnliche Repräsentationssystem tätigen.

Der Arbeit mit *Submodalitäten* kommt große Bedeutung zu. Sinnesspezifische Veränderungen von Erinnerungen (z.B. andere Farben, Töne oder Gerüche vorstellen) erleichtern bereits die Verarbeitung unangenehmer Erinnerungen. Die bewusste Koppelung positiver Erinnerungen und Fähigkeiten des Menschen mit bestimmten äußeren sinnlichen Reizen erleichtert den Zugang zu Ressourcen und deren Übertragung in einen anderen Kontext. Dies wird „*Anker*“ genannt und heißt in der Verhaltenstherapie „Konditionierung“.

Bestimmte *Grundannahmen* (beliefs) steuern unbewusst die Selbsteinschätzung und das Verhalten des Menschen. Neue Erfahrungen sollen zu neuen Einstellungen führen. Es werden schnelle Änderungen angestrebt.

NLP, das sich immer mehr als seriöse Psychotherapie verstehen möchte, wird für alle möglichen Störungen und Altersgruppen angeboten.

Transpersonale Psychotherapie

Die Transpersonale Psychotherapie beschäftigt sich mit den transzendierenden, d.h. Raum und Zeit überschreitenden Erfahrungen des Menschen. „*Transpersonal*“ (vom Lateinischen trans = jenseits von) bedeutet „jenseits der Person, das Persönliche überschreitend“. Der Mensch überwindet durch transpersonale Erfahrungen die Grenzen seiner Person und macht Erfahrungen, die beschrieben werden können durch Worte wie außerkörperliche Wahrnehmung, Nahtoderfahrung, außergewöhnliche Bewusstseins Erfahrung, Trance, psychedelische Erfahrungen (unter Drogen), Präkognition (vorbegriffliche Wahrnehmung), Telepathie, früheres Leben, direkte Wahrnehmung geistiger Welten, Archetypen u.a. Bewusstseinsveränderungen gibt es auch in psychotischen Episoden und Depressionen.

Es geht um das „Jenseits“ innerhalb des Zeitraums zwischen Geburt und Tod sowie um das Davor und Danach – jedoch nicht im Sinne einer bestimmten Religion, sondern im Sinne einer weit gefassten spirituellen Dimension.

Zum Selbst als dem Integrationskern der Persönlichkeit gehört nach dem Verständnis der Transpersonalen Psychotherapie auch die Offenheit gegenüber dem überpersönlichen Seinsmodus. Transpersonale Erfahrungen gelten als potenziell heilsam. Sie werden in der Therapie bewusst gefördert durch verschiedene Techniken, wie etwa Hyperventilation, Meditation, Musik, Tanz u.a.

Der tschechische, in die USA ausgewanderte Psychiater und Medizinphilosoph *Stanislav Grof* (geb. 1931) entwickelte in den 1970er- und 1980er-Jahren als derzeit bekannteste Transpersonale Psychotherapie die *Holotrope Therapie* (holotrop = das gesamte Wesen des Menschen erfassend). Er erforschte in Prag und in den USA die Wirkung psychedelischer Drogen (vor allem LSD). Nach dem LSD-Verbot entwickelte Grof zusammen mit seiner Frau Christina als Ersatz die Technik des *holotropen Atmens* (eine beschleunigte Atemtechnik im Sinne einer starken Hyperventilation) als Mittel zur Herstellung transpersonaler Bewusstseinszustände und zur Therapie psychischer und psychosomatischer Störungen.

Die Holotrope Psychotherapie beruht auf dem *Zusammenspiel von rascher Atmung, Musik und Körperarbeit*. Die dadurch ausgelösten *Trancezustände* führen zu neuen Erfahrungen und Erinnerungen an längst vergessene oder niemals bewusste Erlebnisse. Die Therapieteilnehmer erinnern sich angeblich sogar an die Zeit vor und während der Geburt, ja sogar vor ihrer physischen Existenz. Die behauptete Wiedererinnerung an die Geburtserfahrung vermittelt wichtige Einsichten in unser Dasein. Die gemachten Erfahrungen werden durch Malen symbolisch verdichtet und mit den anderen Therapieteilnehmern bzw. mit dem Therapeuten besprochen.

Holotrope Therapie wird als Einzel- und Gruppentherapie angeboten und kann so heftige emotionale und körperliche Reaktionen auslösen, dass eine gewisse Ich-Stärke als Schutz vor psychischer Destabilisierung angezeigt erscheint. Aufgrund der Grundannahmen ist das Verfahren sehr umstritten.

Systemische Therapien

Geschichtliche Aspekte der Systemischen Familientherapie

Die Systemische Familientherapie, heute umfassender „*Systemische Therapie*“ genannt, betont den Umstand, dass jedes Individuum Teil eines Systems ist. Jeder Mensch ist in bestimmte soziale Beziehungen und Systeme (Familie, Partnerschaft, außerfamiliäre Beziehungen, schulischer und beruflicher Kontext) eingebettet, die sein Verhalten prägen. Ehemals revolutionär, hat sich die systemische (interaktionelle) Sichtweise von Verhalten und Symptomen heute allgemein durchgesetzt.

Systemische Therapie ist eine bestimmte Sichtweise psychischer Probleme und impliziert kein fixes therapeutisches Setting, wie etwa Partner- oder Familientherapie. Systemische Therapeuten sehen den Einzelnen zwar immer in einem bestimmten sozialen Kontext, arbeiten jedoch oft ohne Angehörige im Einzelsetting („Systemische Einzeltherapie“).

Die Systemische (Familien-)Therapie hat keine einzelne Gründerpersönlichkeit, sondern entstand an verschiedenen Orten und aus verschiedenen Traditionen heraus mehr oder weniger gleichzeitig, ähnlich wie die Verhaltenstherapie. Ihre Anfänge gehen auf die Kommunikationstheorie und Familientherapie der 1950er- und 1960er-Jahre in den USA zurück. Damals wurden neue Möglichkeiten der Behandlung von Schizophrenie ausprobiert. In heute als einseitig oder falsch erkannter Weise wurden pathologische Familienbeziehungen und Kommunikationsmuster als Ursache der Schizophrenie diskutiert. Von besonderer Bedeutung war diesbezüglich das *Mental Research Institute in Palo Alto*.

Familientherapeutische Sichtweisen sind heutzutage so selbstverständlich, dass deren revolutionärer Charakter in früherer Zeit heutzutage gar nicht mehr vorstellbar ist. Die *Pioniere der Familientherapie* in den 1950er- und 1960er-Jahren betonten gegenüber den damals vorherrschenden biologischen und psychodynamischen Krankheitstheorien die soziale Verursachung seelischer Störungen. Sie führten einen anderen Krankheitsbegriff ein, wonach nicht der Einzelne, sondern vielmehr das System der Familie krank sei. Man sprach von einem „Index-Patienten“ als Ausdruck eines gestörten Familiensystems.

Die ursprünglich meist psychoanalytisch ausgebildeten Familientherapeuten durchbrachen mit der Einbeziehung der Familie in die Psychotherapie die Prinzipien der Psychoanalyse, wonach Psychotherapie immer als Einzeltherapie verstanden wurde, in der die Familienbeziehungen in der frühen Kindheit, nicht jedoch in der Gegenwart analysiert wurden.

Mit Ausnahme der psychoanalytischen Familientherapie beschäftigten sich praktisch alle frühen Familientherapieschulen mit dem Hier und Jetzt, mit der aktuellen Familiensituation, in der Absicht, konkrete Veränderungen familiärer Strukturen und Interaktionsmuster zu bewirken, um dadurch ein besseres Zusammenleben zu ermöglichen und die Symptome einzelner Familienmitglieder überflüssig zu machen.

Innerhalb der Familientherapie entstanden in den USA in den 1960er- und 1970er-Jahren *verschiedene Schulen*, die unterschiedliche Konzepte und Strategien entwarfen, wie etwa die strukturelle Familientherapie nach *Minuchin*, die strategische Familientherapie nach *Haley*, die entwicklungsorientierte bzw. wachstums- und erlebnisorientierte Familientherapie nach *Satir* u.a. und die psychoanalytisch orientierte Familientherapie (Berücksichtigung früherer Generationen, was als „Mehr-Generationen-Familientherapie“ bezeichnet wurde).

Als die eigentliche „Wiege“ der Systemischen Therapie gilt das so genannte *Mailänder Modell* des Teams um *Mara Selvini-Palazzoli*, das in den 1970er- und Anfang der 1980er-Jahren erstellt wurde und eine Wende in der Vorgangsweise bei familiären Problemen brachte. Diese Arbeitsgruppe erfand

- ein ausgefeiltes therapeutisches Setting (ein Team mit zwei Therapeuten als Interviewern im Raum und zwei Therapeuten als Beobachtern hinter einem Einwegspiegel, in der Mitte der Sitzung eine Pause zur Besprechung des Therapeutenteams, am Ende der Stunde eine zentrale Schlussintervention),
- ein Vorgehen auf der Basis vorher formulierter Hypothesen,
- die Idee der Zirkularität (Wechselwirkungen von Beziehungen anstelle eines einseitigen Ursache-Wirkungs- bzw. Täter-Opfer-Denkens),
- zirkuläre Fragen zur Identifizierung der familiären Interaktionsmuster durch die einzelnen Familienmitglieder (z.B. „Wie wird die Mutter mit dem Vater umgehen, wenn sie keine Ängste mehr hat?“),
- paradoxe Verschreibungen, Familienrituale u.a.

Die früher dominierende strukturell-strategische Familientherapie und das ursprüngliche Mailänder Modell gerieten aus verschiedenen Gründen in den 1980er-Jahren in die *Krise*:

1. Die Forschung hat das *Konzept störungsspezifischer Strukturen und Prozesse* in Paar- und Familienbeziehungen *widerlegt*. Bestimmte Familienstrukturen führen nach Auffassung der Familientherapie der 1960er- und 1970er-Jahre zu bestimmten Störungen, wie etwa Essstörungen, Alkoholabhängigkeit, manisch-depressiven Erkrankungen oder psychosomatischen Störungen. Dies ging bis zu der falschen Behauptung, „verrückt“ würde man nur durch ein „verrücktes“ System. Daher sei in der Therapie die Familie der Patient und nicht ein einzelnes Familienmitglied. Eine solche Sichtweise stellte auch das traditionelle individuumzentrierte Diagnosesystem in Frage. Die so genannte *Spezifitätstheorie*, nach der bestimmte Strukturen in Partnerschaft oder Familie zu bestimmten psychischen und psychosomatischen Störungsbildern führen würden, ist jedoch falsch. Es konnten keine spezifischen Zusammenhänge zwischen Familienstrukturen, -mustern und -prozessen einerseits und psychischen Störungen andererseits nachgewiesen werden – auch wenn in der klinischen Praxis oft noch so getan wird, als sei dies tatsächlich der Fall.

2. Die beobachtbaren Interaktionsmuster sind oft nicht die Ursache, sondern die *Folge* der psychischen Störung eines Familienmitglieds, d.h. es handelt sich dabei häufig um *Anpassungsleistungen* des Familiensystems an das problematische Familienmitglied. Früher wurde behauptet, die psychische Störung eines Familienmitglieds sei die Folge eines gestörten Familiensystems, heute sehen viele systemische Therapeuten die Verhältnisse oft eher umgekehrt: Die Familienprobleme seien die Folge der Probleme eines Familienmitglieds. Um das ungelöste Problem herum bilde sich ein *Problem-system*, in das verschiedene Familienmitglieder mehr oder weniger stark involviert seien.
3. *Ungünstige familiäre Bedingungen* sind als unspezifische Einflussfaktoren zwar weiterhin bedeutsam für den Ausbruch und den späteren Verlauf psychischer Störungen, die klassische Familientherapie war jedoch – ähnlich wie die Psychoanalyse in der Individualtherapie – einseitig an krank machenden Familienbedingungen interessiert und *auf die Pathologie fixiert* und vernachlässigte die Ressourcen der einzelnen Familienmitglieder als durchaus vorhandene Bewältigungsstrategien im Umgang mit Krankheit und als Chancen auf eine gesunde Entwicklung ohne massive therapeutische Eingriffe. Die *Pathologisierung* im Sinne kranker Familien (z.B. „Magersucht-Familie“, „depressive Familie“) provozierte massiven Widerstand bei den Therapieteilnehmern. Die gesunden Familienmitglieder wollten sich weder krank fühlen noch schuldig für die Probleme des Indexpatienten.
4. Die strukturell-strategische Familientherapie hatte bestimmte Vorstellungen von Normalität in der Familie, die mit ganz bestimmten, jedoch nicht reflektierten *Wertvorstellungen* zusammenhingen. Diese wirken auf den ersten Blick oft durchaus plausibel, tragen aber weder der möglichen Vielfalt gesunder familiärer Lebensweisen Rechnung noch konnten sie tatsächlich als krank machend erwiesen werden. Die Therapeuten traten in diesem Modell als *Experten* und „Macher“ auf. Sie gaben vor zu wissen, wie die normale Familie auszuschauen habe und wie sie wieder besser funktionieren könne.

In der Entwicklung der Systemischen Therapie wurden die grundlegenden Konzepte immer wieder durch neue abgelöst. Die *zentralen Konzepte* stammen nicht aus Psychologie, Medizin oder klinischer Praxis, sondern aus anderen Wissenschaftsbereichen (Systemtheorie, Kybernetik, Physik, Biologie, Philosophie, Sprachwissenschaft).

Die mit den jeweiligen theoretischen Grundkonzepten verbundenen therapeutischen Vorgangsweisen führten von anfangs sehr massiven Interventionen zu immer zarteren Einflussnahmen auf die Familienbeziehungen, charakterisiert durch die *Reflexion der aktuellen Situation* – und es bleibt dem Familiensystem überlassen, was es daraus macht. Diese „*Nicht-Intervention*“ ist das genaue Gegenteil des früheren autoritär-expertenhaften Machertums.

Der Weg zur modernen Systemischen Therapie

Die Entwicklung der Systemischen Familientherapie der Vergangenheit zur Systemischen Therapie der Gegenwart soll im Folgenden anhand einiger wichtiger Aspekte und Konzepte kurz dargestellt werden.

Überwindung der „Kybernetik 1. Ordnung“

Die klassische Familientherapie nahm bis in die 1980er-Jahre hinein Bezug auf die Allgemeine Systemtheorie und beruhte auf Konzepten und Theorien, die heute als „*Kybernetik 1. Ordnung*“ bezeichnet werden. Man beschrieb objektive Systemeigenschaften der Familie unter Einbeziehung kybernetischer Erkenntnisse. Feedbackschleifen zur Erhaltung des Gleichgewichts hatten dabei eine besondere Bedeutung.

Dem *Symptom* wurde eine *wichtige Funktion zur Stabilisierung der Familie* zugeschrieben. Das kranke Familienmitglied galt als „*Indexpatient*“ und „*Symptomträger*“, der eine grundlegende Störung der Struktur und Kommunikation der Familie zum Ausdruck bringt.

Die Therapie verfolgte das Ziel, ungünstige Feedbackschleifen zu unterbrechen und dadurch bestimmte Symptome und Störungen zu beseitigen. Die Therapeuten versuchten auf sehr aktive Weise, das familiäre System durch bestimmte Interventionen aus dem pathologischen Gleichgewicht zu bringen, bessere Strukturen und Interaktionsmuster zu schaffen und hilfreichere Regeln zur Beziehungsgestaltung zu etablieren.

Diese frühere Form der Familientherapie beruhte auf einem *Kontrollmodell*: Ein krankhaftes Familiensystem sollte wieder in den gesunden Normalbereich geführt werden. Durch die erfolgten Änderungen der Systembedingungen würde auch das aktuelle Symptom oder Problem gleichsam automatisch verschwinden.

Die ursprünglich große Begeisterung für die strukturell-strategische Familientherapie führte bald zur ernüchternden Erfahrung, dass sich die erstrebten Ziele nicht umsetzen ließen oder am Widerstand der Familie scheiterten.

„Kybernetik 2. Ordnung“ als Folge des radikalen Konstruktivismus

Unter dem Einfluss der Philosophie des *Radikalen Konstruktivismus*, der u.a. von Paul Watzlawick in die Psychotherapie eingeführt wurde, entwickelte sich in den 1980er-Jahren eine Sichtweise, die „*Kybernetik 2. Ordnung*“ genannt wurde. Demnach gibt es keine objektive Sichtweise der Dinge und des familiären Geschehens. Jedes Familienmitglied hat seine eigene subjektive Sicht und ist der Konstrukteur der sozialen Realität. Es gibt keine objektive Wahrheit. Wahr ist das, was nützlich ist – was gerade jetzt passt und hilfreich ist.

Nach der Trennung des ursprünglichen Mailänder Teams entwickelten *Boscolo* und *Cecchin* die Systemische Familientherapie in Richtung Konstruktivismus und Kybernetik 2. Ordnung weiter.

Die neuere Systemische Therapie folgt einem *Konversationsmodell*. Im Mittelpunkt stehen die Sichtweisen und Konstruktionen der Realität, wie sie von den einzelnen Familienmitgliedern entworfen werden. In Form eines Diskurses zwischen den Therapieteilnehmern erfolgt eine Auseinandersetzung mit den verschiedenen Sichtweisen in Bezug auf ein bestimmtes Familienproblem.

Konzepte zur Pathologie und Diagnostik sind in einer konstruktivistisch orientierten Therapie ohne Bedeutung. Es gibt – im Gegensatz zur strukturellen Familientherapie – *keine objektive Diagnose* dysfunktionaler Familienstrukturen. Jede Pathologisierung durch diagnostische Etikettierung wird dadurch vermieden.

Ein *Problem* ist nur mehr dann gegeben, wenn die einzelnen Systemteilnehmer ein solches wahrnehmen und darunter leiden. Es geht primär um die Suche nach neuen passenden Problembeschreibungen und um die persönliche Bedeutung problematischer Situationen.

Der *Radikale Konstruktivismus* förderte in der Familientherapie die Aufwertung des Individuums, die Betonung der inneren Welt und der Sichtweisen der Familienmitglieder. Angesichts der früheren Dominanz des Systems hatte das Individuum und sein inneres Erleben kaum Bedeutung. Das Verstehen von Zusammenhängen unter Berücksichtigung intrapsychischer Prozesse der Systemmitglieder wurde wichtig.

Bei Relevanz können auf Wunsch von Therapieteilnehmern auch die Sichtweisen bezüglich der Geschichte des Familiensystems thematisiert werden. Das überrascht: Die neuere Systemische Therapie beschäftigt sich mehr mit einzelnen Personen, ihren Sichtweisen, Geschichten und Begegnungen als mit Systemen, Subsystemen und regelhaften Interaktionsmustern.

Die Entwicklung der Systemischen Therapie in Richtung *Konversationsmodell* ist vergleichbar der so genannten „Kognitiven Wende“ in der Verhaltenstherapie, wo neben dem Verhalten auch die Denkmuster des Menschen an Bedeutung gewannen.

Als Folge der konstruktivistischen Sichtweise gelten auch die Ansichten der Experten als relativ. Der *Psychotherapeut* ist kein außenstehender objektiver Beobachter des Familiensystems, sondern ein Teil des therapeutischen Systems. Er weiß oft nicht besser als die anderen, was für die Familie gut ist, und hat *keinen Expertenstatus* mehr, sondern wird zum Partner, Suchenden und Lernenden zusammen mit den Therapieteilnehmern.

Der Therapeut ist nur mehr dafür verantwortlich, einen guten Fortgang der Therapie zu ermöglichen, indem die einzelnen Familienmitglieder durch Konversation hilfreichere Sichtweisen der aktuellen Familienprobleme erlangen. Der Therapeut ist nicht mehr – so wie früher – Experte für Lösungen, sondern für die *In-Gang-Haltung des Prozesses*. Es geht um die kreative Nutzung der Ressourcen der einzelnen Therapieteilnehmer für konstruktives Tun.

Sich selbst erzeugende (autopoietische) Systeme

Anstelle des starren kybernetischen Homöostase-Modells, nach dem ein System sich immer nur im Gleichgewicht halten möchte, wurde aus der Biologie das *Modell sich selbst erzeugender („autopoietischer“) Systeme* übernommen. Systeme und Individuen werden als sich selbst organisierend verstanden.

In der Therapie dominieren seither Dynamik, Wandel, Fluktuation und Veränderung statt Stabilität und Struktur. Therapeutische Interventionen mit einem ganz bestimmten Ziel werden unmöglich, weil das Ergebnis einer Einflussnahme nicht vorhersagbar ist.

Der Therapeut kann das vorhandene System nur „*verstören*“, ohne vorher zu wissen, was dabei herauskommt. Dieser bescheidene Ansatz mag eine Enttäuschung sein für jene, die von einer Systemischen Therapie mehr erwarten.

Das Grundproblem ist nicht das Familiensystem, sondern das Problemsystem

Früher ging man davon aus, dass ein pathologisches System ein Problem bewirkt, vor allem dass *falsche Strukturen* (z.B. das Kind in einer Elternposition, wie etwa der Sohn in einer Partnerfunktion) und *dysfunktionale Subsysteme* (z.B. eine zu enge Mutter-Kind-Beziehung) Symptome erzeugen.

Jetzt gilt das Gegenteil: *Ein Problem erzeugt ein Problemsystem*. Familiäre Kommunikation bzw. Interaktion ist strukturiert nach einem Problem. Die Familie an sich und die jeweiligen Familienstrukturen werden nicht mehr als der Ort des Problems angesehen. Das Grundproblem ist die *Bewertung des Problems* durch die daran Beteiligten. Das jeweilige Problem, dessen Bedeutung für die darin verstrickten Personen und deren Sichtweise und Kommunikation über das Problem sind die Themen der Therapie.

Aus diesem Grund ist nicht mehr die Teilnahme aller Familienmitglieder an der Therapie erforderlich, sondern nur mehr jener Personen, die Teil des Problemsystems sind. Es kann aber auch eine Einzelperson allein an der Therapie teilnehmen. Dies erklärt am besten die notwendig gewordene Änderung der Bezeichnung der Therapiemethode.

In der Fachwelt wurde aus der Systemischen Familientherapie die Systemische Therapie, in der klinischen Praxis und bei der staatlichen Anerkennung als Psychotherapiemethode in Österreich ist jedoch nach wie vor die Bezeichnung „Systemische Familientherapie“ üblich.

Das Therapieziel ist nicht mehr die Umstrukturierung des Familiensystems, sondern die *Auflösung des Problemsystems*, das in einer verfahrenen Kommunikation über ein bestimmtes Problem besteht. Familiäre Systeme sind immer das Ergebnis von Kommunikation und Sprache. Der therapeutische Dialog soll dem Austausch von Ideen und der Erweiterung von Sichtweisen dienen, die neue Handlungsmöglichkeiten zur Bewältigung des Problemsystems eröffnen.

Reflecting Team

Zum *Konversationsmodell* der Systemischen Therapie passt auch die Methode des Reflecting Teams, das an bestimmten Orten mit entsprechenden therapeutischen Ressourcen eingesetzt wird. Ein kleines Therapeutenteam verfolgt in einem anderen Raum hinter einem *Einwegspiegel* oder im Therapieraum das Gespräch zwischen dem Therapeuten und den Therapieteilnehmern und gibt gegen Ende der Therapiestunde bedeutsame Beobachtungen bekannt.

Es handelt sich dabei nicht um objektive Feststellungen, sondern um subjektive Wahrnehmungen, die für die Therapieteilnehmer anregend sein können, ihre Sichtweisen und Handlungsmöglichkeiten zu erweitern. Anschließend können die Therapieteilnehmer dazu Stellung nehmen, sodass ein *konstruktiver Dialog* bezüglich neuer Ideen zur Lösung der aktuellen Probleme möglich ist.

Lösungsorientierte Kurzzeittherapie

Auf dem Hintergrund systemischer Sichtweisen entwickelte ein Team um *Steve DeShazer* in den 1980er-Jahren in den USA die *Lösungsorientierte Kurzzeittherapie* als niedrigschwelliges Angebot für einfache, sozial benachteiligte Menschen. Dabei wird auf ausführliche Problembeschreibungen und langwierige Problemanalysen zugunsten rascher Problemlösungen verzichtet.

Die Lösung eines Problems erfordere kein Wissen über dessen Ursache. Ständiges Reden über Probleme und Ursachen bedeute nur eine Fixierung auf Defizite statt der notwendigen Ausrichtung auf die Stärken und die Mobilisierung der Ressourcen.

Im Mittelpunkt steht die *Zieldefinition* mit der Frage: „Was wird anders sein, wenn das Problem nicht mehr besteht?“ Dies wird häufig über die „Wunder-Frage“ erfasst: „Was wird bei einem Wunder morgen anders sein?“ Menschen verfügen über ausreichende Ressourcen und Fähigkeiten, um ihre Probleme selbst zu lösen.

Der Therapeut exploriert beim Patienten *kleine Ausnahmen* und *positive Schritte*, die dieser bereits selbst als ersten Beitrag zur Lösung des ganzen Problems gesetzt hat und ermutigt ihn, weiterhin Dinge zu tun, die Veränderungen bewirken, und alles zu unterlassen, was nicht funktioniert.

Die Lösungsorientierte Kurzzeittherapie hat Methoden und Strategien entwickelt, die im Laufe der Zeit in andere Psychotherapiemethoden, wie etwa in die Verhaltenstherapie, integriert wurden.

Eine problemzentrierte Kurzzeittherapie von 10 Sitzungen wurde in den 1970er-Jahren in den USA von *Paul Watzlawick* u.a. entwickelt. Ganz normale Probleme würden durch den falschen Umgang damit (ineffiziente Problemlösungsstrategien nach dem Muster „*Mehr desselben*“) zu klinischen Problemen. Probleme werden in einen interaktiven Kontext gestellt. Das Ziel sind kleine konkrete Veränderungen im Interaktionsprozess, die zu größeren führen.

Therapeutische Aspekte der Systemischen Therapie

Systemische Therapeuten erarbeiten zusammen mit den Mitgliedern eines Systems die ausgesprochenen und unausgesprochenen *Regeln* und die gegenwärtigen *Muster*, nach denen ihre Beziehungen strukturiert sind, sowie die aktuellen und möglichen *Sichtweisen* der konkret vorgebrachten Probleme.

Die Therapeuten initiieren *direkt* (durch bestimmte Interventionen und Aufgaben) oder in der neueren Systemischen Therapie eher *indirekt* (durch Reflexion dessen, was in der Familie abläuft bzw. durch Diskussion über die Sichtweisen der einzelnen Familienmitglieder) sinnvolle Änderungen der Regeln und Muster, neue Bedeutungsgebungen und eine hilfreiche Kommunikation in Hinblick auf das aktuelle Problem. Durch die Veränderung der Regeln und Muster und die konkreten Anstöße zu neuen Problemlösungsversuchen kann sich das Verhalten der Systemmitglieder ebenso ändern wie durch neue Sichtweisen der belastenden Probleme im Rahmen eines zieloffenen Dialogs.

Von besonderer Bedeutung sind bestimmte *Fragetechniken* und *Umdeutungen* (Reframing), die bei den Therapieteilnehmern neue Sichtweisen und Suchstrategien für Problemlösungen anregen. Letztlich geht es in der neueren Systemischen Therapie um einen *Diskurs* über Kognitionen, die in der Verhaltenstherapie als Kognitive Therapie und in der Psychoanalyse als einsichtsorientierte und aufdeckende Therapie bekannt sind, jedoch ohne den didaktisch-pädagogischen Charakter der Verhaltenstherapie und ohne die Grundannahmen der Psychoanalyse, wie etwa Aufdecken unbewusster Motive aus der Kindheit.

Systemische Therapien sind eher *kurz bis mittellang*. Paar- und Familientherapien erfolgen meist in größeren Abständen – einerseits um das System nicht zu überlasten, andererseits um den kreativen Möglichkeiten der Therapieteilnehmer mehr Zeit zu lassen. Zur Therapie werden jene Personen eingeladen, die durch das aktuelle Problemsystem belastet sind; diese müssen nicht immer Familienmitglieder, sondern können durchaus auch andere Kommunikationspartner sein.

Systemische Therapeuten verhalten sich *neutral* und allparteilich gegenüber allen Therapieteilnehmern und ihren Ideen. Sie respektieren die Autonomie des Patienten und lehnen jedes direktiv-manipulative Vorgehen entschieden ab.

Die Deutsche Gesellschaft für Systemische Therapie und Familientherapie (DSFS) warnt auf ihrer Homepage (www.dgsf.org) nachdrücklich vor den Gefahren der nach wie vor sehr beliebten *Familienaufstellungen* nach dem bayrischen Priester Bert Hellinger und seiner meist selbsternannten Schüler in Form von Gruppenveranstaltungen *ohne Einbettung in eine Systemische Therapie*. Familienaufstellungen, die im Rahmen einer Systemischen Therapie nützlich sein können, werden hier oft unkritisch und unethisch eingesetzt.

Das österreichische Gesundheitsministerium informiert auf der Basis eines Gutachtens des Psychotherapiebeirats in ähnlicher Weise über die Gefahren einer unqualifizierten Aufstellungsarbeit.

Verhaltenstherapie

Die Anfänge: Methodologischer Behaviorismus und Lerntheorien

Die Verhaltenstherapie hat ihre Wurzeln im forschungsmethodischen Ansatz des *Behaviorismus* der ersten Jahrzehnte des 20. Jahrhunderts in den USA, der sich gegen alle empirisch nicht objektivierbaren Konzepte wandte, seit den 1940er- und 1950er-Jahren in zunehmendem Ausmaß vor allem gegen die dominierende Psychoanalyse, der Unwissenschaftlichkeit vorgeworfen wurde.

Im Gegensatz zu fast allen anderen Psychotherapiemethoden hat die Verhaltenstherapie keinen bestimmten Gründer, dennoch können verschiedene „Väter“ namhaft gemacht werden. Die Verhaltenstherapie hat sich Ende der 1950er-Jahre mehr oder weniger gleichzeitig in England (durch *Eysenck*), in Südafrika (durch *Wolpe*) und in den USA (durch *Skinner*) entwickelt.

Der Begriff „*Verhaltenstherapie*“ wurde 1953 erstmals von Skinner verwendet. Eine ernst zu nehmende Therapiemethode entstand daraus jedoch erst in den 1960er-Jahren. Das Image der frühen Verhaltenstherapie war belastet durch den Umstand, dass lernpsychologische Erkenntnisse aus Tierexperimenten unkritisch auf den Menschen übertragen wurden.

Lerntheoretiker wie Skinner bauten erwünschte Verhaltensweisen durch gezielte Verstärkung (operante Konditionierung) auf. Frühe Verhaltenstherapeuten wie Wolpe boten eine Angstbewältigung mithilfe der *Systematischen Desensibilisierung* an. Patienten lernen dabei, sich Angst machenden Objekten und Situationen sukzessive unter Entspannung anzunähern (Entspannung vermindert Angst). Dieses Vorgehen, das früher als *die* Methode der verhaltenstherapeutischen Angstbehandlung bekannt war, gilt in der modernen Angstbehandlung als überholt, weil Angst bewusst erlebt und dadurch bewältigt statt „wegentspannt“ werden soll.

Im Mittelpunkt der frühen Verhaltenstherapie stand das beobachtbare und überprüfbare Verhalten. Begriffe wie Bewusstsein oder Seele galten in der Tradition des Behaviorismus als „*black box*“ – wissenschaftlich nicht überprüfbar. Der Mensch wurde auf beobachtbare *Reiz-Reaktions-Mechanismen* reduziert und auch diesbezüglich therapiert – eine auf Dauer nicht haltbare Position, wie sich bereits in den 1960er-Jahren herausstellte.

Menschliches Leben ist durch *Lernvorgänge* geprägt, die sich in beobachtbaren Verhaltensänderungen zeigen. Der Mensch wird als Wesen gesehen, das nach bestimmten Lerngesetzen seine Verhaltensweisen, Einstellungen und Gefühlsreaktionen erlernt hat und daher auch wieder verlernen, d.h. ändern kann. Dies begünstigte eine sehr optimistische Sichtweise von Psychotherapie.

Man erkannte jedoch bald, dass sich nach dem Motto „Alles, was erlernt ist, kann auch wieder verlernt werden“ nicht alle Reaktionen des Menschen gleich schnell verändern lassen, vor allem, wenn diese stärker in der Persönlichkeitsstruktur, in zentralen Einstellungen, in traumatischen Erfahrungen oder in der Vererbung, wie etwa bei Dunkelangst, verankert sind.

In der 1960er- und frühen 1970-er Jahren bestand die Verhaltenstherapie in der *Übertragung der so genannten Lerngesetze auf den Bereich der Therapie*. Die therapeutischen Strategien reduzierten sich darauf, „Lernfehler“ zu korrigieren und angepasstes Alternativverhalten zu entwickeln. Neue positive Erfahrungen führen zur Korrektur alter negativer Erfahrungen. Verschiedene Symptome, wie etwa bestimmte Ängste, werden durch klassische Konditionierung erlernt und durch operante Konditionierung aufrechterhalten. Wegen der entstandenen Konditionierungen ist Umlernen schwieriger als Neulernen.

Bei der *klassischen Konditionierung* wird ein zuvor neutraler Reiz durch die zeitliche Kopplung mit einem anderen (unbedingten, unkonditionierten) Reiz, der dieses Verhalten ursprünglich ausgelöst hat, zum Auslöser eines bestimmten Verhaltens. Eine Platzangst (Agoraphobie) kann später durch konditionierte Reize ausgelöst werden, die beim ersten Auftreten der Angst zufällig vorhanden waren (z.B. enge Räume, fehlende Fluchtmöglichkeit oder bestimmte Gerüche).

Bei der *operanten Konditionierung* verändern die Folgen eines Verhaltens dessen spätere Auftretensrate. Erwünschtes Verhalten kann durch Belohnung verstärkt, unerwünschtes durch Nichtbelohnen abgebaut werden. Vermeidungsreaktionen treten zukünftig vermehrt auf, wenn Vermeidung in Angst machenden Situationen zur Angstlinderung, zu kurzfristig positiven Konsequenzen, führt. Patienten sollen sich stattdessen ihren phobischen Ängsten stellen.

Die traditionellen *Lerntheorien* (klassische und operante Konditionierung) wurden im Laufe der Zeit immer umfangreicher. Es wurde vor allem auch das *Lernen durch Beobachtung* (Lernen am Modell) erforscht, schließlich kam es zur Entwicklung der *kognitiven Lerntheorien*.

Die Lerntheorien sind in der modernen Verhaltenstherapie noch immer bedeutsam, jedoch nicht mehr so ausschließlich wie in früherer Zeit. Trotz aller Veränderungen der Verhaltenstherapie im Laufe der letzten Jahrzehnte bleibt der Begriff des Lernens von zentraler Bedeutung: *Erfahrungsorientiertes Lernen* ist die Basis von Veränderungsprozessen.

Kognitive Wende: die Kognitive Verhaltenstherapie

Seit der zweiten Hälfte der 1970er-Jahre werden im Rahmen der „*Kognitiven Wende*“ auch die Gedanken (Kognitionen) und dysfunktionalen Denkmuster berücksichtigt. Die Wurzeln der *Kognitiven Verhaltenstherapie* liegen in den Arbeiten von Michael J. Mahony und Donald W. Meichenbaum, in der Kognitiven Therapie nach Aaron T. Beck und in der Rational-Emotiven Therapie (RET) von Albert Ellis. Die Kognitive Verhaltenstherapie, die eine *Kombination aus lerntheoretischen und kognitiven Ansätzen* darstellt, vermied die Fehler der rein lerntheoretisch orientierten Verhaltenstherapeuten, die ausschließlich am Verhalten ansetzten. Der Begriff des Verhaltens wird seit drei Jahrzehnten sehr umfassend verstanden.

Verhalten umfasst vier Aspekte: beobachtbares Verhalten/sichtbares Handeln, körperlich-physiologische Reaktionen, Denkprozesse und gefühlsmäßiges Erleben. Alle vier Ebenen beeinflussen sich gegenseitig.

Verhaltenstherapeuten betonen seit langem früher vernachlässigte Aspekte, wie etwa die Gefühle, die Autonomie und Selbstverwirklichungstendenz des Patienten, die Funktion von Symptomen, den inneren Widerstand, die systemische Bedingtheit von Verhalten und die Beziehungsgestaltung zwischen Therapeut und Patient. Sie integrieren zunehmend andere Therapiemethoden in ihr Vorgehen, wie etwa die Systemische Therapie, die Hypnosetherapie oder körpertherapeutische Konzepte. Lösungs- und ressourcenorientierte Vorgehensweisen wurden auch in der Verhaltenstherapie zum Schlagwort und gelten als genuin verhaltenstherapeutischer Kurzzeittherapieansatz.

Verhaltenstherapie als *auf der empirischen Psychologie basierende Psychotherapie* ist heutzutage so weit gefasst, dass gar keine einfache Definition möglich ist, sondern nur ein Verweis auf allgemeine Prinzipien, wie sie im Folgenden angeführt werden.

Selbstmanagement-Ansatz

Zu Beginn der 1990er-Jahre setzte sich in der Verhaltenstherapie der methodenoffene *Selbstmanagement-Ansatz* von Kanfer, Reinecker und Schmelzer durch. Verhaltenstherapie wird als *Problemlöseprozess* bei aktuellen Schwierigkeiten, als Hilfe zur Selbsthilfe, als „*Anleitung zum Selbstmanagement*“ verstanden. Das oberste Ziel ist eine bessere *Selbstkontrolle* und Selbststeuerungsfähigkeit sowie die Autonomie und Selbstverantwortung des Patienten.

Die *Selbstmanagement-Therapie* ist zielgerichtet, transparent, partnerschaftlich, problemorientiert, handlungsorientiert und zeitlich begrenzt. Der Therapeut sieht seine Hauptaufgabe darin, den Patienten möglichst schnell zu befähigen, mit seinen Problemen alleine fertig zu werden, also dessen Selbstheilungskräfte zu mobilisieren und sich selbst überflüssig zu machen. Ziel ist die Autonomie des Patienten und seine Fähigkeit, mit den Problemen des Lebens besser umgehen zu können. Dementsprechend pragmatisch sind die einzelnen Schritte. Patienten werden darin unterstützt, verhaltensorientiert, lösungsorientiert, positiv, in kleinen Schritten, flexibel und zukunftsorientiert zu denken und zu handeln.

Verhaltenstherapeuten konzentrieren sich auf *aktuelle Probleme*, möchten neue Erfahrungen und Fähigkeiten vermitteln, unterstützen die Patienten im Umgang mit belastenden Gefühlen, verhelfen zur Klärung persönlicher Ziele und Motive (Zielpräzisierung und Motivationsförderung sind auch Therapieziele), ermöglichen Einsicht in die Zusammenhänge zwischen den Symptomen und Beschwerden einerseits und den persönlichen, sozialen und lebensgeschichtlichen Hintergründen andererseits und helfen bei der Nutzung der Ressourcen.

Verhaltenstherapeuten legen großen Wert auf eine genaue *Problem- und Verhaltensanalyse*, d.h. auf die Erfassung der auslösenden, aufrechterhaltenden und verschlimmernden Aspekte eines Problems oder Symptoms sowie auf intraindividuelle und interaktionelle Faktoren. Welche Verhaltensabläufe, Denkmuster, Gefühle und körperliche Befindlichkeiten sind gegeben? Unter welchen Bedingungen tritt das Problem aus? Was verstärkt und mildert das Problem? Welchen Einfluss haben Faktoren der sozialen Umwelt (Familie, Beruf u.a.)?

Verhaltenstherapie ist *zielorientiert*: Es werden genaue Ziele definiert, mit deren Erreichung die Therapie beendet wird. Die Zielerreichung wird über kleine Schritte angestrebt, und zwar so, wie dies am leichtesten möglich erscheint, z.B. zuerst auf der Ebene des Verhaltens, der Gedanken oder der Interaktionsmuster.

Verhaltenstherapie ist *handlungsorientiert*: Es geht um das Hier und Jetzt, das momentane Leben, die aktuelle Symptomatik, die aktive Bewältigung der gegenwärtigen Probleme, die Konfrontation mit gemiedenen Situationen, die rasche Vermittlung positiver Erfahrungen zur Stärkung des Selbstvertrauens. Angestrebt werden Lösungen für konkrete Probleme in der Gegenwart und bessere Problemlösungsfähigkeiten für die Zukunft. Negative Erfahrungen in der Vergangenheit werden thematisiert, wenn sie das gegenwärtige Leben beeinflussen.

Verhaltenstherapie ist *zukunftsorientiert*: Bestimmte Ziele werden nach einem bestimmten Therapieplan Schritt für Schritt zu erreichen versucht. Patienten sollen neue Erfahrungen mit sich und im Umgang mit ihrem Problem machen und durch positive Erfahrungen die negativen Erlebnisse in der Vergangenheit kompensieren lernen. Verhaltenstherapeuten bevorzugen die *direkte Konfrontation* mit dem Problem, z.B. im Umgang mit Ängsten und Phobien, die ohne Auseinandersetzung mit den gefürchteten Reizen zu einem immer größeren Vermeidungsverhalten führen und dadurch noch stärker werden.

Verhaltenstherapie ist um einen *systematisch geplanten Lern- und Veränderungsprozess mit konkreten Handlungsanleitungen* bemüht, der von einem unbefriedigenden Ist-Zustand zu einem gewünschten Soll-Zustand führt. Das Ziel ist nicht die vollständige Heilung, sondern die *Besserung der Beschwerden* in einem Ausmaß, dass der Patient ohne Therapeut auskommt und als sein eigener Therapeut handeln lernt. Es geht vor allem um *Hilfe zur Selbsthilfe*.

Verhaltenstherapie wirkt nicht nur aufgrund von Techniken, wie dies früher gesehen wurde und von Kritikern der Verhaltenstherapie auch jetzt noch behauptet wird, sondern auf der Basis einer vertrauensvollen und unterstützenden therapeutischen *Beziehung* und einer guten Zusammenarbeit zwischen Therapeut und Patient bei der Realisierung bestimmter therapeutischer Strategien. Verhaltenstherapeuten anerkennen seit langem die entscheidende Bedeutung der Therapiebeziehung und halten diese für eine notwendige, im Gegensatz zur Klientenzentrierten Therapie jedoch nicht hinreichenden Komponente des Therapieerfolgs.

Der Patient gilt bei der Planung und Zielbestimmung der Therapie als Partner des Therapeuten und arbeitet aktiv an der Umsetzung der vereinbarten Maßnahmen mit, vor allem auch in Form von Hausaufgaben zwischen den Therapiesitzungen, die den Therapieerfolg beschleunigen und absichern. Alle Therapiekonzepte sind für die Patienten transparent, die einzelnen Schritte nachvollziehbar.

Bereits nach dem alten Konzept der sozialen Verstärkungsbedingungen individuellen Verhaltens wurden Angehörige und sonstige Helfer in die Therapie einbezogen. Dies gilt noch viel mehr seit der zunehmenden Betonung interakti-oneller und systemischer Aspekte menschlichen Verhaltens und Handelns.

Verhaltenstherapeuten ist die *Erfolgskontrolle* (Evaluation) ihrer Therapie sehr wichtig, indem sie möglichst konkrete Ziele festlegen, deren Erreichbarkeit in Form von Therapiebeurteilungsbögen oder Symptom- und Beschwerde-listen überprüfbar ist. Die Verhaltenstherapie legt von allen Psychotherapiemethoden den größten Wert auf *empirisch-wissenschaftliche Überprüfbarkeit* und gilt als das bestuntersuchte psychotherapeutische Verfahren überhaupt. Sie betont die theoretische Verankerung der Psychotherapie in der wissenschaftlichen Psychologie. Die Verhaltenstherapie orientiert sich von ihrer Geschichte her sehr stark an der naturwissenschaftlichen Methodik und an den Grundlagen der Psychologie, aber auch benachbarter Wissenschaften (Medizin u.a.).

Auf dem Hintergrund der Betonung sozialer und ökonomischer Faktoren entstanden in der deutschen Verhaltenstherapie Konzepte gemeindenaher psychologischer Versorgung, um effektiv und vor allem auch präventiv helfen zu können.

Verhaltenstherapie erfordert beim Patienten die Bereitschaft, sich im Denken, Fühlen und Verhalten bzw. Handeln ändern zu wollen. Das Ziel rascher Verhaltensänderungen ohne Verstehen, was im Patienten überhaupt abläuft, und bloße Aktivierung und Konfrontation ohne Bewältigung der oft zu zugrunde liegenden inneren Ambivalenzen kann leicht zum Misserfolg und Scheitern der Therapie führen, worauf vor allem tiefenpsychologische Experten hingewiesen haben. Verhaltenstherapeuten haben jedoch mittlerweile gelernt, mit Widerstand, Motivationsproblemen, inneren Zwiespältigkeiten und Konflikten umzugehen.

Verhaltenstherapeuten haben zu vielen weit verbreiteten psychischen Störungen, wie etwa Angst- und Panikstörungen, Zwangsstörungen, Depressionen, Schizophrenie, Essstörungen, Sexualstörungen, Schlafstörungen, Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit, psychosomatischen Störungen oder Schmerzstörungen, *spezielle Behandlungsprogramme* entwickelt und evaluiert, ebenso zum Aufbau bestimmter Fähigkeiten, wie etwa soziale Kompetenz, Problemlösefähigkeit, Stressbewältigung. Darüber hinaus gibt es spezielle Behandlungsprogramme bei Partner- und Familienproblemen sowie bei Problemen von Kindern, Jugendlichen und älteren Menschen. Das Interesse an standardisierten Behandlungsprogrammen, die in der Praxis gewöhnlich individualisiert eingesetzt werden, beruht auf dem Bedürfnis nach Überprüfung der Wirksamkeit.

Die bekannten *Behandlungsmanuale* für verschiedene psychische und psychosomatische Störungen vermitteln bei oberflächlicher Betrachtung leicht den falschen Eindruck, als würden Verhaltenstherapeuten in der klinischen Praxis nicht möglichst individuell vorgehen.

Die Verhaltenstherapie hat in Form der *Verhaltensmedizin* der ursprünglich rein psychoanalytisch fundierten Psychosomatik neue theoretische Konzepte und therapeutische Strategien der Behandlung von körperlichen Störungen mit psychischen Faktoren gegenübergestellt.

Verhaltenstherapie erfolgt in Form von *Einzel-, Paar-, Familien- und Gruppentherapie* für Personen aller Altersgruppen. Verhaltenstherapeuten beschränken sich keineswegs auf jene Personengruppen, wo Heilung oder wesentliche Besserungen wahrscheinlich sind, sondern bemühen sich auch um die Behandlung chronisch Kranker zur Verbesserung der Lebensqualität, wie etwa bei der Therapie von chronisch Schizophrenen, chronisch körperlich Kranken, Behinderten oder alten Menschen mit beginnender Demenz.

Bei bestimmten psychischen Erkrankungen, wie etwa Panikstörungen, können bereits 15 Therapiesitzungen zur Besserung ausreichen, bei chronifizierten Störungen und Mehrfacherkrankungen sind oft bis zu 45 oder mehr Stunden notwendig. Tendenziell werden in der klinischen Praxis, vor allem bei schweren psychischen Störungen, Verhaltenstherapien immer länger und dauern keineswegs so kurz, wie dies durch Mustertherapien in einem bestimmten Setting (z.B. in universitätsnahen Einrichtungen oder speziellen Kliniken mit ausgewählten Patienten und guter Personalausstattung) suggeriert wird.

Die moderne Verhaltenstherapie ist längst über die Phase hinaus, wo bei bestimmten Störungen, wie etwa Angststörungen, fast alles machbar schien. Man gibt sich oft mit Teilerfolgen, z.B. bei chronischen Störungen, zufrieden.

Verhaltenstherapeuten begeben sich bei Bedarf und auf Wunsch auch in das reale Lebensmilieu der Patienten (Übungen in der Wohnung bei Zwangsstörungen, *Konfrontationstherapie* in der realen Umwelt bei Angststörungen), um dadurch den Therapieerfolg zu verbessern. Wenn die Konfrontation mit der äußeren Realität und die Aktivierung zu konkreten Handlungen schwer möglich ist oder ohne ausreichenden Erfolg bleibt, erfolgt eine primär kognitiv orientierte Therapie, z.B. bei Zwangsstörungen und Depressionen.

Die Verhaltenstherapie, die schon seit längerem die systemische Sichtweise von Symptomen integriert hat, öffnet sich zunehmend auch für tiefenpsychologische Sichtweisen, z.B. die Aufarbeitung frühkindlicher oder traumatischer Erfahrungen oder die Behandlung von Borderline-Persönlichkeitsstörungen unter Berücksichtigung psychoanalytischer Konzepte, betont aber auch sehr das humanistische Ideal der Selbstentfaltung der Persönlichkeit.

Diese Tendenzen zeigen die Offenheit und Integrationsfähigkeit der Verhaltenstherapie für andere Modelle und Methoden, ohne dabei das Grundkonzept des systematisch geplanten, schrittweisen Lernens neuer Verhaltensweisen aus den Augen zu verlieren. *Fazit:* Die moderne Verhaltenstherapie befindet sich auf dem Weg zu einer Allgemeinen Psychotherapie nach Grawe.

8. Grenzbereiche der Psychotherapie

Berufliche Abgrenzungen

Psychotherapeuten und andere Psycho-Berufe

Psychotherapie ist nach wie vor ein umstrittenes Gebiet. Ärzte sehen die Psychotherapie gerne als Teil der ärztlichen Heilkunde, namentlich der Psychiatrie und der Psychosomatik, Psychologen gerne als Teil der Klinischen Psychologie. Aus der Sicht vieler Psychotherapeuten, vor allem auch aus der Sicht des österreichischen Psychotherapiegesetzes, ist die Lage klar: *Psychotherapie ist eine eigenständige Wissenschaft*, Psychotherapeut ein eigenständiger Beruf, ein eigener Heilberuf. Psychotherapie ist weder der Medizin noch der Psychologie untergeordnet, wenngleich sie sich des Wissens beider Disziplinen bedient.

Bei seelischen Problemen wissen viele Menschen nicht, welcher Fachmann für sie zuständig ist. Zahlreiche psychisch Kranke sind überrascht, dass der aufgesuchte Psychiater nicht auch automatisch zumindest eine kürzere Psychotherapie durchführt, der aufgesuchte Psychologe oft kein Psychotherapeut ist und damit keine Verrechnungsmöglichkeit mit den Krankenkassen hat, der aufgesuchte Psychotherapeut bzw. Psychologe bei Bedarf nicht auch Medikamente verschreiben kann.

Wenn Psychologen einen Doktor-Titel aufweisen, werden sie – vor allem in Österreich, wo alle Ärzte einen Doktor-Titel führen – oft mit Ärzten verwechselt; dabei haben sie ihren Titel nur durch eine Doktorarbeit erworben. Einige Hinweise können hilfreich sein, die verschiedenen Psycho-Berufe besser auseinander halten zu können. Die wohl häufigste Verwechslung besteht beim Beruf des Psychologen und des Psychiaters.

Ein *Psychotherapeut* ist jemand, der nach den gesetzlichen Grundlagen eine Psychotherapie-Ausbildung absolviert hat. Vom Grundberuf her ist ein Psychotherapeut in Deutschland in der Erwachsenenpsychotherapie ein Arzt („Ärztlicher Psychotherapeut“) oder ein Diplom-Psychologe („Psychologischer Psychotherapeut“), in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie auch ein Pädagoge. In Österreich kommen dagegen noch zahlreiche andere akademische Berufe, vor allem aber auch nichtakademische Grundberufe („Quellenberufe“) in Frage. Die Mehrzahl der europäischen Länder fordert bei Psychotherapeuten eine akademische (meist ärztliche oder psychologische) Vorbildung. In Deutschland dürfen auch Heilpraktiker Psychotherapie ausüben, sich jedoch nicht „Psychotherapeut“ nennen. Nichtärztliche Psychotherapeuten arbeiten bei körperlichen Erkrankungen oder psychiatrischen Störungen mit medikamentöser Behandlungsbedürftigkeit mit Ärzten zusammen. Bei einer nichtärztlichen Psychotherapie wird von den deutschen und österreichischen Krankenkassen der schriftliche Nachweis einer ärztlichen Untersuchung zwecks Ausschluss organischer Ursachen der behandelten Störung gefordert.

Ein *Psychoanalytiker* ist ein Psychotherapeut, der eine Psychoanalyse nach den gesetzlichen Ausbildungsrichtlinien absolviert hat.

Ein *Psychologe* ist jemand, der Psychologie studiert und in Deutschland mit dem Diplom abgeschlossen hat, sodass er „Diplom-Psychologe“ genannt wird. Nur studierte Psychologen dürfen sich so nennen. In Österreich beenden Psychologen ihr Studium mit dem Magister-Titel und erwerben nach einem zweijährigen nebenberuflichen Curriculum die Berufsbezeichnung „Klinischer Psychologe“ und/oder „Gesundheitspsychologe“. Zukünftig gibt es einen EU-weiten Master-Abschluss. In Deutschland darf ein Diplom-Psychologe ohne Psychotherapie-Ausbildung keine psychisch Kranken behandeln. In Österreich führt ein Klinischer Psychologe nach dem Psychologengesetz bei psychisch Kranken eine klinisch-psychologische Behandlung durch, ein Gesundheitspsychologe arbeitet dagegen mit psychisch Gesunden in der Gesundheitsvorsorge.

Ein *Psychiater* ist jemand, der Medizin studiert und danach eine Facharzt-Ausbildung absolviert hat. Ein Psychiater ist – im Gegensatz zu Psychologen und nichtärztlichen Psychotherapeuten – zur Verschreibung von Medikamenten (Psychopharmaka) berechtigt. Psychiater üben in unterschiedlichem Ausmaß auch zeitintensive Psychotherapie aus oder bieten im Rahmen einer Kassenpraxis zumindest psychotherapeutisch orientierte kürzere Gespräche an. Im Rahmen der üblichen Facharztpraxis ist bei Kassenvertragsärzten meist nicht jene intensive psychotherapeutische Auseinandersetzung möglich, wie dies von vielen Psychotherapiebedürftigen oft gewünscht wird. Die Betroffenen sollten ihre Wünsche anmelden und um Weitervermittlung ersuchen, wenn der Psychiater keine oder nur wenig Psychotherapie anbietet.

Ein *Heilpraktiker* ist jemand, der in Deutschland nach dem Heilpraktikergesetz eine heilende Tätigkeit ausüben und in diesem Zusammenhang auch eine Nicht-Richtlinien-Psychotherapie (Gesprächspsychotherapie, Gestalttherapie Systemische Therapie u.a.) anbieten darf. In Österreich gibt es keine Heilpraktiker; nach dem Ärztegesetz gilt eine derartige Tätigkeit als Kurpfuscherei.

Daneben gibt es noch zahlreiche andere Berufsbezeichnungen im psychosozialen Bereich, die in Deutschland und Österreich teilweise unterschiedlich geregelt sind. Die entsprechenden Tätigkeiten, wie etwa Supervision, werden oft auch von Psychotherapeuten, Psychologen und anderen Berufsgruppen ausgeübt, wenn sie die entsprechende Befähigung und Berechtigung dazu aufweisen.

„*Psychosoziale Beratung*“ umfasst alle professionell ausgeübten Tätigkeiten, die sich auf Themen und Probleme bezüglich des Denkens, Fühlens und Handelns von Menschen beziehen, vor allem auch hinsichtlich seiner sozialen und interaktionellen Verflochtenheit. Was in Deutschland noch ist Wunsch, ist in Österreich bereits Realität, nämlich der Umstand, die verschiedenen psychosozialen Beratungstätigkeiten zu differenzieren, durch entsprechende Ausbildungen zu qualifizieren und durch bestimmte Gesetze bzw. Verordnungen rechtlich abzusichern. Derzeit kann in Deutschland jedermann eine „psychologische Beratung“ anbieten, weil diese Bezeichnung ungeschützt ist.

Ein *Lebens- und Sozialberater* ist in Österreich jemand, der nach der Lebens- und Sozialberatungs-Verordnung aus dem Jahr 2003 in freier Praxis alle Formen der Beratung von Einzelnen, Paaren, Familien, Gruppen, Teams und Institutionen ausübt, d.h. grundsätzlich mit gesunden Personen arbeitet. Oft ist die Grenze zwischen gesunden und kranken Personen schwer zu ziehen, z.B. bei einem Burn-out, d.h. bei einer beruflich bedingten Erschöpfungssymptomatik. Diplomierte Lebens- und Sozialberater arbeiten nicht nur im Bereich der Gesundheit, sondern auch in anderen Berufsfeldern, wie etwa Arbeit und Wirtschaft. Dieses Berufsbefugnis stellt in Österreich auch die gesetzliche Grundlage für einige der im Folgenden genannten Berufe dar. Die Ausbildung ist in Österreich genau geregelt und kann auf verschiedene Art und Weise nebenberuflich erworben werden. In Deutschland ist der Bereich der psychosozialen Beratung in der freien Praxis gesetzlich ungeregelt und steht jedermann als freies Gewerbe offen.

Ein *Ehe- und Familienberater* ist jemand, der an einer (oft christlich orientierten) Lehranstalt für Ehe- und Familienberatung eine Ausbildung absolviert hat und zur Verbesserung partnerschaftlicher/familiärer Interaktionsmuster beiträgt.

Ein *Supervisor* ist jemand, der eine berufsbegleitende Beratung als Einzel-, Gruppen- und Teamsupervision anbietet. Die Reflexion der beruflichen Situation (individuelle Befindlichkeit, Rollenmuster, Beziehung zu Klienten bzw. Patienten, Interaktionen im Team, Strukturen der Institution u.a.) soll eine bessere Gestaltung des Arbeitsfeldes, eine emotionale Entlastung bei großem Druck, eine effektivere Handlungsweise und eine höhere Zufriedenheit am Arbeitsplatz ermöglichen. Teamsupervision und Coaching sind die häufigsten Supervisionsformen.

Ein *Coach* ist jemand, der Einzelne bezüglich Arbeitssituationen berät und trainiert. Coaching ist ein eigenständiges Feld berufsbezogener Beratung, und zwar eine spezielle Form der Einzelsupervision vor allem für Führungskräfte und andere Personen in beruflich verantwortungsvollen Positionen. Coaching ist demnach meist Leitungssupervision, kann aber auch anderen Personen zuteil werden, z.B. Arbeitslosen bei der Suche nach einem Arbeitsplatz. Coaching von leitenden Personen dreht sich um Führungs- und Managementaufgaben, insbesondere Gestaltung der Führungsrolle, Training von Führungsfertigkeiten, Management von Veränderungsprozessen und beruflichen Krisensituationen sowie persönliche Karriereplanung. Coaching bezeichnet eher eine Tätigkeit in der Wirtschaft, Supervision eher im sozialen und medizinischen Bereich.

Ein *Mediator* ist jemand, der im Streit zwischen zwei Personen oder Gruppen vermittelt. Er fördert Konfliktlösungen, z.B. in Scheidungsfragen, bei beruflichen oder sonstigen Streitfällen. In Österreich ist die Ausbildung geregelt durch die Zivilrechts-Mediations-Ausbildungsverordnung. In Deutschland arbeiten qualifizierte Mediatoren ohne staatliche Ausbildungs- und Berufsregelungen. Der Deutsche Anwaltsverein wehrt sich vehement gegen jede Professionalisierung.

Grenzziehung zwischen Psychotherapie und Beratung

Die *Übergänge* zwischen (psychologischer und psychosozialer) Beratung und Psychotherapie sind fließend. In der Alltagspraxis können Beratung und Psychotherapie nicht immer leicht auseinander gehalten werden.

Unter Berufung auf das deutsche Psychotherapeutengesetz und das österreichische Psychotherapiegesetz ist die Unterscheidung grundsätzlich einfach: *Psychotherapie* ist die Behandlung von Menschen mit eindeutig definierten psychischen und psychosomatischen Störungen, *Beratung* ist die Betreuung von Menschen ohne manifeste psychische oder körperliche Erkrankung.

Die Abgrenzung zwischen Psychotherapie und Beratung beruht auf der zentralen Unterscheidung zwischen krank und gesund. Oft sind Psychotherapeuten auch tätig im Bereich der reinen Beratung, d.h. bei (noch) gesunden Menschen mit seelischen oder psychosozialen Problemen.

In *Österreich* dürfen auch Klinische Psychologen kranke Menschen „klinisch-psychologisch“ behandeln. Diese Tätigkeit gilt gesetzlich nicht als Psychotherapie, weil sie nicht auf der Basis einer theoretisch und praktisch erlernten und in Eigenerfahrung erlebter staatlich anerkannter Psychotherapiemethode beruht, sondern auf den zahlreichen Teildisziplinen der wissenschaftlichen Psychologie.

Zusammenfassend gesehen lassen sich folgende *Unterscheidungsmerkmale* zwischen Psychotherapie und Beratung anführen:

- Psychotherapie ist Heilbehandlung, d.h. Krankenbehandlung, Beratung ist eher eine Prävention, eine Vorbeugung von Krankheiten.
- Psychotherapie bezieht sich von den Zielen her auf die Heilung, Verbesserung oder Linderung von psychischen und psychosomatischen Leidenszuständen im Ausmaß von Krankheitswertigkeit sowie auf die Veränderung verschiedener Aspekte der Persönlichkeit, Beratung hat als Ziel die Verbesserung der konkreten Lebenssituation, die Veränderung von Grundeinstellungen und Problemen ohne Krankheitswertigkeit und strebt keine Veränderung der Persönlichkeit an.
- Psychotherapie dauert länger und umfasst weiter gesteckte Ziele, Beratung dauert kürzer und bezieht sich auf engere Bereiche.
- Psychotherapie setzt eine starke Veränderungsbereitschaft voraus, Beratung erfordert nicht unbedingt eine Veränderungsmotivation.
- Psychotherapie beruht auf einer engen, besonders gestalteten Beziehung, Beratung konzentriert sich eher auf die Informationsvermittlung und Hilfestellung bei der Bewältigung eines Problems ohne engere Beziehung.
- Psychotherapie ist eher nicht-lenkend, Beratung ist eher lenkend durch die Art der Informationsvermittlung und das Wesen von Ratschlägen.
- Psychotherapie findet regelmäßig statt, Beratung eher nur sporadisch und aus aktuellem Anlass.

Behandlungen ohne Psychotherapieanspruch

Es gibt viele seriöse Therapieverfahren, isolierte Techniken, esoterisch-spirituelle Verfahren und „alternative“ Methoden zur Beeinflussung der psychischen Befindlichkeit. Die wichtigsten davon sollen kurz dargestellt werden. In Deutschland bestehen, wie erwähnt, keine berufsrechtlichen Regelungen in freier Praxis.

Kreativitäts- und körperbezogene Therapieverfahren haben durch ihre heilsame Wirkung zwar einen psychotherapeutischen Charakter und können in diesem Sinne im Rahmen anerkannter Psychotherapiemethoden durchaus Gewinn bringend eingesetzt werden, gelten aber nicht einmal nach den im Vergleich zu Deutschland liberaleren Anerkennungsrichtlinien in Österreich als eigenständige psychotherapeutische Methoden. Dies ist zwar in Österreich grundsätzlich möglich, wie das Beispiel der Anerkennung der Konzentrativen Bewegungstherapie als Tiefenpsychologisch orientierte Psychotherapie zeigt, es müssen jedoch dazu nach den ministeriellen Anerkennungsrichtlinien (dargestellt in Kapitel 2) umfangreiche Voraussetzungen erfüllt sein.

Im Bereich der kreativen Therapieverfahren gibt es für Musiktherapeuten, Tanztherapeuten und Kunst-/Gestaltungstherapeuten umfassende und anspruchsvolle Ausbildungen, offiziell jedoch außerhalb des Bereichs der Psychotherapie.

Musik-, Tanz- und Kunsttherapie als (psycho-)therapeutische Interventionsmethoden beruhen gewöhnlich auf tiefenpsychologischen oder humanistischen Grundlagen. Viele Kunst- und Gestaltungstherapeuten haben sich auf dem Hintergrund einer Ergotherapie-Ausbildung weiterentwickelt und weitergebildet.

Zahlreiche *Musik-, Tanz- und Kunsttherapeuten* beziehen sich, wenn sie mit psychotherapeutischer Zielrichtung arbeiten, ausdrücklich auf ein integratives Behandlungskonzept. Ein tiefenpsychologischer Ansatz besteht vor allem dann, wenn psychische Störungen im Mittelpunkt der Behandlung stehen, ein humanistischer (oft gestalttherapeutischer) Ansatz kommt meist dann zum Tragen, wenn die Förderung kreativer Potenziale das zentrale Therapieziel darstellt.

Diese Methoden nehmen vor allem im Rahmen stationärer psychiatrischer und psychosomatischer Behandlungskonzepte einen hohen Stellenwert ein. In der freien Praxis fehlt – im Gegensatz zu den medizinisch-technischen Berufen (z.B. Physiotherapeuten oder Logopäden) – die Finanzierung durch die Krankenkassen.

Innerhalb der Psychotherapie wurde die Einbeziehung kreativer Methoden insbesondere von Therapeuten wie Hilarion Petzold durch seine *Integrative Kunsttherapie* und seine *Integrative Bewegungs- und Leibtherapie* gefördert. Vor allem die Humanistische Psychotherapie und die Tiefenpsychologisch orientierte Psychotherapie verwenden nonverbale Behandlungstechniken zur Erweiterung der Behandlungsmöglichkeiten.

Kreativitätsbezogene Therapieformen

Kreativitätsbezogene Verfahren aktivieren das *schöpferische Potenzial* des Menschen, seine kreative Seite, und bringen auf *vorsprachliche Weise* unbewusste Gefühle, Gedanken, Wünsche, Sehnsüchte und Erinnerungen zum Ausdruck, die in Form von Musik, Tanz, Theater, Puppenspiel, bildnerischem Gestalten (Malen, Kneten u.a), handwerklicher Betätigung und Schreiben bearbeitet und verarbeitet werden können.

Je nach Patient und Problem wählt der Therapeut ein bestimmtes kreatives Medium als Mittel der prozesshaften Darstellung und Bearbeitung eines Problems aus. Entscheidend sind nicht das Ergebnis und die künstlerische Qualität der Arbeiten, sondern der *gestalterische Prozess*, in dem sie entstanden sind, und die *emotionale Bedeutung der Produkte* für den Patienten.

Psychotherapeuten verschiedener Methoden bedienen sich dieser Verfahren, die von ausgebildeten Personen außerhalb einer Psychotherapie oft in Reinform angeboten werden.

Musiktherapie

Die Musiktherapie, in den 1950er-Jahren in den USA entstanden, spricht sehr stark die Gefühle an und ermöglicht über die *Aktivierung emotionaler Prozesse* heilende Effekte für Körper und Seele. Leicht handhabbare Instrumente zur kreativen musikalischen Betätigung (*aktive Musiktherapie*) und das innerlich aktivierende Hören bestimmter Musikstücke (*rezeptive Musiktherapie*) bringen den Patienten in Einzel- und Gruppenarbeit in Kontakt mit sich selbst und mit anderen und fördern sein gefühlsmäßiges Erleben und sein kreatives Tun. Frühere Lebensereignisse und damit einhergehende Gefühle werden aktiviert, nochmals durchlebt und anschließend im Gespräch mit dem Musiktherapeuten verarbeitet.

Musiktherapie hilft psychisch bzw. psychosomatisch kranken Menschen bei der Bewältigung von psychischen Blockaden, traumatischen Erlebniseinschränkungen, psychosomatischen Störungen und sprachlich schwer vermittelbarer Problemen. In psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen arbeiten Musiktherapeuten eng mit Ärzten, Psychologen und Psychotherapeuten im Rahmen eines Gesamtbehandlungsprogramms zusammen.

Alle deutschen Musiktherapie-Ausbildungszentren fanden sich 1998 zusammen, um zehn schulenübergreifende Thesen zu formulieren, die die gesetzlichen Grundlagen für die Ausübung von Musiktherapie in freier Praxis darstellen sollen, d.h. es soll ein Berufsschutz für die bis jetzt ungeschützte Bezeichnung „Musiktherapeut“ erreicht werden. These 6 ist integrativ formuliert: „Musiktherapeutische Methoden folgen tiefenpsychologischen, verhaltenstherapeutisch-lerntheoretischen, systemischen, anthroposophischen und ganzheitlich-humanistischen Ansätzen.“

Tanztherapie

Die Tanztherapie als psycho- und körpertherapeutische Methode im Einzel- und Gruppensetting entstand in den 1940er-Jahren in den USA. In Deutschland wurden seit Ende der 1970er-Jahre verschiedene Tanztherapie-Verbände gegründet. Die gesetzlich ungeschützte Tätigkeit als Tanztherapeut wird gewöhnlich von Menschen mit einem sozialpädagogischen Beruf ausgeübt.

Tanz war schon immer Bestandteil heilender Rituale. Tanz kann bis zur Trance führen und Körper, Geist und Seele gleichermaßen stimulieren. Der Tanz als *bewegungsmäßiges Ausdrucksmittel und künstlerisches Medium* ist in hohem Maße dazu geeignet, die körperlich-seelische Integration zu fördern.

Im Tanz werden Gefühle ausgedrückt und in Bewegung umgesetzt. Bewegung und Bewegungsausdruck werden in der Tanztherapie in Zusammenhang mit Empfindungen und Gefühlen gesehen und in lebensgeschichtlichem Kontext betrachtet. Das Innere kann im äußeren Verhalten zum Ausdruck gelangen und auf diese Weise umgestaltet werden. Neue Verhaltensweisen im Umgang mit anderen Menschen können in Form des Tanzes ausprobiert werden.

Kunst- und Gestaltungstherapie

In der Kunst- oder Gestaltungstherapie werden Konflikte des Alltagslebens und emotionale Probleme der Gegenwart und der Vergangenheit auf kreative Weise zu lösen versucht. Psychische und psychosomatische Probleme werden über *gestalterische Arbeiten* in Form von Bildern, Plastiken u.a. bearbeitet. In der Kunsttherapie geht es sowohl um den künstlerischen Prozess als auch um das Produkt. Häufig besteht bei den Therapeuten ein tiefenpsychologischer oder humanistischer Hintergrund.

Seelische Probleme, die das Leben blockieren, werden vom Patienten symbolhaft und unbewusst dargestellt und anschließend zusammen mit dem Therapeuten aufgearbeitet. Die vom Patienten gemalten Bilder fördern – vergleichbar den Träumen in der Psychoanalyse – unbewusstes Material zutage.

Kunst-/Gestaltungstherapie ist besonders hilfreich bei Menschen mit Kontaktstörungen, die mit Sprechhemmungen oder Hemmungen im Ausdruck von Gefühlen zusammenhängen. Kunst- und Gestaltungstherapie dient auch der Förderung der bislang unausgeschöpften kreativen Potentiale.

Kreatives Gestalten mit Hilfe aller fünf Sinne fördert die schöpferischen Kräfte und stärkt das Selbstbewusstsein der Patienten, oft verbessert es auch die soziale Kontaktfähigkeit durch die zeitweise erforderliche Zusammenarbeit mit anderen Menschen.

Kunsttherapeuten haben – abgesehen von anthroposophisch orientierten Therapeuten (Stichwort „Waldorfschule“ nach Rudolf Steiner) – bislang kaum eigenständige theoretische Konzepte entwickelt, sondern beziehen sich meist auf tiefenpsychologische oder gestalttherapeutische Grundlagen.

Drama- und Theatertherapie

Die Dramatherapie, die in den 1960er- und 1970er-Jahren in England und in den USA entwickelt wurde, stößt seit einiger Zeit auch im deutschen Sprachraum auf zunehmendes Interesse.

Unter Dramatherapie versteht man die gezielte *Nutzung von Drama- und Theaterkonzepten* für psychotherapeutische Zwecke. In der Dramatherapie werden die Möglichkeiten des Theaters und des Rollenspiels genutzt, um im Einzel- und Gruppensetting persönliche Probleme zu bearbeiten.

Die wichtigsten *Mittel* des Theaters sind: Sprache, Körperausdruck, Stimme, Gestik, Mimik, Masken und Kostüme. Die Dramatherapie arbeitet mit fiktiven Kontexten aus Theater, Literatur, Film, Fernsehen, Mythen, Märchen und Geschichten. In der Dramatherapie werden alle Möglichkeiten der Darstellung genutzt: Theater, Puppenspiel u.a. Das *Spiel* gilt als die zentrale Aktivität in der Dramatherapie.

Spieltherapie

Im Spiel untersucht der Mensch die reale Welt durch seine Vorstellungen von der Welt. Es handelt sich dabei um eine „*Als-ob-Realität*“. In ausgangsoffenen Spielsituationen werden neue Zugänge zu vorhandenen Ressourcen gesucht. Persönliche und familiäre Geschichten werden darstellerisch bearbeitet, Gefühle in oft kathartischer (erleichternder) Weise ausgedrückt und problematische Verhaltensmuster aufgelöst.

Das Spiel ermöglicht den nichtsprachlichen Ausdruck und die Bearbeitung bislang unbewusster Konflikte, Wünsche und Fantasien des Kindes und aktiviert die Selbstheilungskräfte.

Die Spieltherapie als Form der Kinderpsychotherapie wurde von *Anna Freud* und *Melanie Klein* im Rahmen der Psychoanalyse entwickelt. Die nicht-direktive, klientenzentrierte Form der Spieltherapie, bei der das Kind die Leitung hat, wurde von *Virginia Axline* weiterentwickelt. Es gibt auch eine direkte, therapeutengeleitete Form der Spieltherapie.

Poesietherapie, Bibliothherapie und Märchenarbeit

Das *Lesen* von Geschichten und sonstiger Lektüre (*Bibliothherapie*), das *Schreiben* von Geschichten, Gedichten, Briefen und Tagebüchern (*Poesietherapie*) sowie das *Hören* und eigenständige Ausgestalten von Märchen (*Märchenarbeit*) sprechen die Emotionen und die kreativen Fähigkeiten der Patienten an.

Auf symbolhafte Weise kommen in der Einzel- und Gruppenarbeit oft zentrale Lebensthemen unbewusst zum Ausdruck und ermöglichen neue Lösungsversuche.

Körperbezogene Therapieformen

Ein erheblicher Teil der menschlichen Kommunikation läuft nicht über die Sprache, sondern über den Körper. Es ist daher nahe liegend, bei bestimmten Störungen keine „Redetherapie“, sondern eine „Körpertherapie“ anzuwenden.

In Deutschland gibt es keine als Psychotherapie anerkannte Körpertherapie, in Österreich ist die *Konzentrativen Bewegungstherapie* als bislang einzige körperbezogene Form der Psychotherapie staatlich legitimiert, der Anerkennungsantrag der Bioenergetischen Analyse wurden wegen nötiger Änderungen in den 1990er-Jahren abgelehnt. Im Laufe der letzten Jahrzehnte entstand ein ziemlicher Wildwuchs an körpertherapeutischen Verfahren unterschiedlicher Qualität.

Bei der Ausübung körperbezogener Methoden durch entsprechend ausgebildete Ärzte, Psychotherapeuten, Klinische Psychologen, Heilpraktiker (in Deutschland), Lebens- und Sozialberater (in Österreich), Pädagogen, Heilgymnasten/Physiotherapeuten, Masseure und andere anerkannte Berufe ergeben sich meist keine Probleme für Teilnehmer an derartigen Einzel- und Gruppentherapien bzw. Kursangeboten in Einrichtungen der Erwachsenenbildung.

Im Einzelfall sollten Interessenten auf den Grundberuf, die spezifischen Ausbildungen und die klinische Erfahrung der Behandler, Trainer und Lehrer achten, um die Gefahr von psychischen und körperlichen Schäden zu minimieren.

Im Folgenden werden einige weit verbreitete körperorientierte Verfahren und Techniken kurz vorgestellt, die innerhalb und außerhalb bekannter Psychotherapiemethoden häufig eingesetzt werden, um körperbezogene Leidenszustände zu mildern oder zu beseitigen. Der Einsatz im Rahmen einer Psychotherapie erfordert die Legitimierung durch eine entsprechende Zusatzausbildung.

Feldenkrais-Methode

Der Physiker *Moshé Feldenkrais* (1904–1984) entwickelte ein Trainingsprogramm zur Verbesserung der Beweglichkeit, aus dem später ein pädagogisches Gesamtkonzept entstand. Bewusst eingeübte, physiologisch richtige Bewegungsabläufe sollen die unbewussten, falschen Bewegungen und Haltungen ersetzen.

In der Einzelarbeit („*Funktionale Integration*“) spüren die Patienten die von der Trainerin unterstützte richtige Bewegung des Körpers, in der Gruppenarbeit („*Bewusstheit durch Bewegung*“) führen die Patienten die Übungen eigenverantwortlich durch.

Es handelt sich um Bewegungen bei weitgehend entspannten Muskeln und Sehnen. Die einzelnen Übungen werden ohne großen Kraftaufwand meist im Liegen durchgeführt. Das Ziel ist das bessere Wahrnehmen und Erleben des Körpers, um dadurch auch eine psychische Stabilisierung zu erreichen.

Funktionelle Entspannung nach Marianne Fuchs

Die Funktionelle Entspannung der ursprünglichen Gymnastiklehrerin *Marianne Fuchs* (geb. 1908), in den 1940er- und 1950er-Jahren in Deutschland entwickelt, versteht sich als tiefenpsychologisch fundierte Körpertherapie bei funktionellen und psychosomatischen Störungen.

Es ist das *Ziel*, den Körper und einzelne Bewegungen intensiver wahrzunehmen, vor allem in Verbindung mit der Atmung. Die Konzentration auf die Ausatmung und die damit einhergehenden körperlichen Veränderungen unterstützen die Entspannung und das Loslassen. Auf der körperlichen Ebene werden Prozesse ausgelöst, die sich auf die Psyche positiv auswirken.

Es gibt kein festes Programm an Übungen, sondern der Patient wird vom Therapeuten verbal oder nonverbal angeregt, sich selbst zu entdecken, sich zu erspüren und diese Erkenntnisse in sein Bewusstsein zu heben.

Im Rahmen einer Tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie übernehmen die deutschen Krankenkassen die Behandlungskosten.

Atemtherapien

Atemtherapien werden in drei unterschiedlichen Bereichen eingesetzt:

- in der *Heilgymnastik/Physiotherapie* zur Behandlung von Krankheiten der Bronchien und der Lunge (vor allem Asthma),
- in der *Stimm- und Sprachheilkunde* zur Schulung und Behandlung von Stimme und Atmung,
- in der *Psychotherapie* bei Angststörungen, funktionellen (somatoformen) und psychosomatischen Störungen.

Bei psychischer Erregung verändert sich sofort die Atmung (Luftanhalten, Atembeschleunigung). Menschen mit großem Stress, starker körperlicher Anspannung, quälenden Schmerzen und psychischen Störungen haben im Laufe der Zeit eine falsche, meist zu flache und zu schnelle Atmung entwickelt – oder sie halten bei emotionaler Betroffenheit einfach die Luft an.

Einfache Atemtechniken, wie etwa die Lippenbremse (langsames Ausatmen bei leicht geschlossenen Lippen), können unter fachlicher Anleitung Beklemmungsgefühle abbauen und wohltuende Entspannungseffekte bewirken. Eine Sammlung hilfreicher Atemtechniken bietet die Homepage des Autors: www.panikattacken.at/atmung/atmung.htm.

Einen großen Beitrag zur Etablierung von Atemtechniken in der Psychotherapie und in der Psychosomatik leistete die Atemlehrerin *Ilse Middendorf* (geb. 1910) mit ihrer Atemlehre („Der erfahrbare Atem“).

Atemtechniken und ihre verschiedenen Anwendungsformen haben in verschiedenen Psychotherapiemethoden (z.B. Körpertherapie, Gestalttherapie, Verhaltenstherapie) einen hohen Stellenwert erlangt.

Fernöstliche Entspannungstechniken

Bei Psychotherapie-Patienten erfreuen sich fernöstliche Gesundheitstechniken zunehmender Beliebtheit, die an immer mehr Orten im deutschen Sprachraum in Form von Gruppenkursen angeboten werden. Diese Techniken können neben einer Psychotherapie zweifellos die Entspannung, die rhythmische Atmung und das Körperbewusstsein fördern, wenn man sich – vor allem bei den chinesischen Methoden Tai Chi und Qi Gong – mit dem geistigen Hintergrund anfreunden kann.

In der *Traditionellen Chinesischen Medizin (TCM)* sind entspannende Bewegungsübungen ein wichtiger Bestandteil. Sie sollen die Lebensenergie stärken und die Körperkräfte harmonisieren.

Krankheiten sind in der TCM Ausdruck einer Störung im Fluss der Lebensenergie. Durch eine gezielte Lenkung der Körperenergie sei es möglich, Krankheiten zu bewältigen. Ta Chi beruht ausschließlich auf Bewegungsübungen, Qi Gong umfasst auch Ruheübungen.

Tai Chi („Höchste Energie“), in China täglich von Millionen Menschen praktiziert, besteht aus einer exakt festgelegten Abfolge ineinander fließender Körperbewegungen in meditativem Zeitlupentempo. Man spricht auch von „Schattenboxen“, weil die Übungsabfolge einen stilisierten Kampf mit einem imaginären Gegner darstellt.

Es geht darum, den Fluss der *Lebensenergie (Chi oder Qi)* anzuregen, indem die gegensätzlichen Pole von *Yang* und *Yin* durch die Art der Gebärden harmonisiert werden. Im Rhythmus der Atmung wechseln sich die „männliche“ Yang-Bewegung (Angriff) und die „weibliche“ Yin-Bewegung (Rückzug) ab.

Qi Gong („Arbeit an/mit der Energie“), das viel leichter und schneller zu erlernen ist als die komplizierten Tai-Chi-Bewegungen, soll den freien Fluss der Qi-Lebensenergie fördern. Insgesamt 16 Grundstellungen, die mit Tiernamen bezeichnet sind, werden aus einem ruhigen, aufrechten und festen Stand im Zeitlupentempo bei einem ganz spezifischen Atemfluss ausgeführt.

Der ruhige Fluss der Lebensenergie Qi kann auch durch eine Meditation gefördert werden, bei der die körperlichen Bewegungen, die die Kraft des Qi durch den Körper leiten, nur durch gedankliche Konzentration vorgestellt werden. Ziel von Qi Gong ist es, das Qi des Körpers nach innen zu richten und dort eventuelle Ungleichgewichte auszugleichen und nicht, wie bei Tai Chi, die Aufmerksamkeit auch nach außen, auf einen imaginären Partner, zu richten.

Yoga – ein Bestandteil der traditionellen indischen Heilkunde – ist eine Mischung aus Entspannungsverfahren und Körperübungen zur Gesunderhaltung und Harmonisierung des Körpers. Eine wichtige Rolle im Übungsprogramm spielt die richtige Atmung. Die Übungen bestehen aus speziellen Körperstellungen, Atemübungen und Tiefenentspannung und fördern Gelassenheit und innere Ruhe ebenso wie die Spannkraft des Körpers und seine Beweglichkeit.

„Alternativer“ Psychomarkt und esoterisch-spirituelle Verfahren

Das Buch „*Die Psycho-Szene*“ des Klinischen Psychologen und Wissenschaftsjournalisten Colin Goldner bietet einen Überblick über das Geschäft mit Heil und Heilung und beschreibt in kritischer Weise eine Unmenge von Therapien zwischen Seriosität und Scharlatanerie: Aromatherapie, Aura-Healing, Ayurveda, Bach-Blüten, Bioresonanztherapie, Bodywork, Channeling, Clearing, Core Energetics, Edelstein-Therapie, Enneagramm, Farbtherapie, Geistheilung, Hakomi, Kinesiologie, Psycho-Astrologie, Psychosynthese, Radiästhesie, Radix, Rebirthing, Reiki, Rolfing, Reinkarnationstherapie, Schamanische Therapie, Subliminals, Tantra, Tarot u.a. Verschiedene dieser Verfahren werden auch von Psychotherapeuten eingesetzt.

Viele Patienten suchen Hilfe bei „alternativen“, esoterischen und spirituellen Therapien. Es besteht ein regelrechter *Psychomarkt* mit allen möglichen Angeboten zur Selbstverwirklichung, Selbsterfahrung und Selbstheilung – bis hin zu Heilslehren mit Heilsversprechungen, die sich im Gewand pseudopsychotherapeutischer Verfahren präsentieren.

Therapie im weitesten Sinn und diverse Angebote für die Bereiche Persönlichkeitsentwicklung, psychologische Freizeitgestaltung, Sinnfindung und spirituelle Erfahrung boomen im Wellness-Zeitalter und stellen einen riesigen Wachstumsmarkt dar. Nicht-Fachleuten fällt die Unterscheidung zwischen seriösen und unseriösen Therapieangeboten oft sehr schwer.

Die *New-Age-Bewegung* („Neues Zeitalter“) entstand in den 1970er-Jahren als Gegenbewegung zum modernen, aus der Aufklärung hervorgegangenen Denken mit seinem technologischen und umweltzerstörerischen Charakter. Die Hinwendung zur Innenwelt und zur Spiritualität (außerhalb der traditionellen Religionsformen) soll unsere Kultur und Umwelt verändern. Schlagworte wie Bewusstseinsveränderung, Ganzheitlichkeit, Intuition, Einklang, Kreativität, Energie-Gleichgewicht, Ökologie bestimmen das Selbstverständnis.

Es geht primär um spirituelle Selbst- und Seinerfahrung, um die Wahrnehmung der geistigen Wirklichkeit jenseits der materiellen Ebene, und weniger um die Bewältigung seelischer Alltagsprobleme. Aus der Sicht der traditionellen Religionen handelt es sich dabei um eine Selbstheilung ohne Gott. Geheilt wird oft mit geistigen Mitteln, mit feinstofflicher Energie, vor allem jedoch mit kosmischer Energie.

Positives Denken, vermittelt durch die Bücher der amerikanischen Pastoren *Murphy* und *Peale*, ist „in“. Dagegen ist nichts einzuwenden, wenn es zu konkreten positiven Handlungen führt. Verklärung und Leugnung einer deprimierenden Lebenssituation stellt jedoch keine Lebensbewältigung dar, sondern eine Flucht vor der Wirklichkeit. Es kann eine Hilfe sein, einem schweren Leiden einen positiven Sinn zu geben, es ergibt sich jedoch der Verdacht auf esoterisch-religiöse Hintergründe, wenn ein Trainer oder Berater eine aktuell sehr belastende Lebenssituation als vorherbestimmt und notwendigen Weg zur Heilung erklärt.

Psychologisch ausgerichtete Wochenendseminare können der Seele durchaus gut tun, sollten jedoch nicht ständig als Ersatz für fehlende Sozialkontakte besucht werden, weil sie die Flucht aus dem konkreten Leben verstärken können.

Bei mangelnder psychischer Stabilität können bestimmte Kurse, Seminare und Workshops für Menschen in Krisen sowie für Personen mit Bedarf an einer fachgerecht durchgeführten Psychotherapie eine *Gefahr für die Gesundheit* sein, weil sie aufwühlen, ohne anschließend eine ordnende und heilende Funktion zu übernehmen.

Familienaufstellungen ohne ausreichenden therapeutischen Kontext, Trancezustände jeder Art ohne kompetente Führung, Rückführungen in die Kindheit oder angeblich sogar in ein früheres Leben, die Aufnahme fremder Energien und die emotionale Öffnung durch ekstatische Erlebnisse können schlimmen, manchmal sogar in der Psychiatrie, wenn eine psychische Störung ausgelöst wird oder eine bereits vorhandene nicht rechtzeitig erkannt wird.

Die Lektüre „alternativer“ Medizin- und Psycho-Bücher kann persönlich durchaus hilfreich sein, ersetzt jedoch nicht – ebenso wenig wie die Teilnahme an Angeboten auf dem Psychomarkt – eine notwendige Psychotherapie.

Verschiedene „alternative“ Verfahren lassen sich durchaus subjektiv Gewinn bringend einsetzen zur Verbesserung von Selbstbewusstsein, Selbstwahrnehmung oder Körpererfahrung. Problematisch werden esoterisch-spirituelle Angebote dann, wenn sie mit Heilsversprechungen auftreten und als Behandlungsmethode für Menschen mit schweren psychischen Störungen angepriesen werden (vgl. die hilfreichen Hinweise unter <http://psychomarkt.berens.net>).

Vorsicht gegenüber vielen Heilern und vermeintlichen Propheten ist vor allem dann angezeigt, wenn diese

- wie ein Guru mit heilenden und geheimnisvollen Energien auftreten,
- überirdische und magische Kräfte auszuüben behaupten,
- mit exklusivem Anspruch und unter Abwertung von Fachleuten auftreten,
- die Heilung allein von ihren Kräften abhängig erklären,
- von ärztlichen und psychotherapeutischen Behandlungen abraten,
- relativ rasche Heilung selbst bei chronischen Beschwerden versprechen,
- eine genauere Kenntnis und Analyse der Beschwerden für unnötig halten,
- Verschlechterung bei Nicht-Befolgen der Ratschläge prophezeien,
- einfache Antworten auf komplexe Lebensfragen anbieten,
- eine einzige Ursache und demnach nur einen Lösungsweg sehen,
- Krankheiten als selbstverschuldet durch falschen Glauben hinstellen,
- das Leben als vorherbestimmt nach einem weisen Plan betrachten,
- das Leben mit mystischen Energieströmen in Verbindung bringen,
- blinden Glauben und absoluten Gehorsam fordern,
- Vorauszahlungen bei länger dauernder Behandlung verlangen,
- vorherige Beratung mit anderen Menschen für unnötig halten.

Der Psychomarkt der Esoterikszene ist der Nährboden für Gruppen um selbsternannte Meister, die einen sektenähnlichen Zusammenhalt entwickelt haben und ein häufiges Auffangbecken für psychisch labile Menschen darstellen.

Die Enquete-Kommission „*Sogenannte Sekten und Psychogruppen*“ des deutschen Bundestages (www.agpf.de/Bundestag-Enquete-Bericht-1998.pdf) legte am 9.6.1998 den Endbericht vor, in dem der Begriff der „*Psychogruppe*“ erläutert wurde:

„Der Begriff ‚Psychogruppe‘ hat sich in den letzten Jahrzehnten zur Bezeichnung der ‚vielfältigen psychologischen und pseudopsychologischen Angebote zur Lebenshilfe, Lebensorientierung und Persönlichkeitsentwicklung außerhalb der fachlichen Psychologie und des Gesundheitswesens‘ verbreitet. Darunter fallen so verschiedene Dinge wie psychologische Erfolgskurse für die Wirtschaft, esoterische Beratungsangebote zur Bewältigung von Geldproblemen, Astralreisen, medialer Kontakt mit außerirdischen Intelligenzen und Rückführungen in frühere Leben. Für diese und andere Ziele werden eine Vielzahl von Methoden angeboten: Therapien mit Anleihen aus den traditionellen Psychotherapieschulen, Emotions- und Körpertherapie (z.B. Primärtherapie, Rebirthing), spirituelle Angebote mit therapeutischem Anspruch (z.B. Reiki, Reinkarnationstherapie), Einsatz von technischen Geräten im Bereich der Esoterikszene (z.B. mind-machines, Bioresonanz), Naturheilmethoden mit spirituellem Hintergrund (z.B. Aromatherapie, Bachblütentherapie), magische und okkulte Praktiken (z.B. Telepathie, Psychokinese, Pendeln, Tarot), Naturreligionen, mystische und spirituelle Traditionen, esoterische Seelsorge oder Lebensberatung.

Diese Methoden haben gemeinsam, daß sie neben ihrer Praxis in Gruppen auch gewerblich als Lebensbewältigungshilfe und zur Persönlichkeitsveränderung benutzt werden. Außerdem dienen sie der Freizeitgestaltung, der Unterhaltung und der Befriedigung des Bedürfnisses nach sinnlichen und ästhetischen Erlebnissen. Es handelt sich um den Dienstleistungsbereich, der auch mit dem Etikett ‚Psychomarkt‘ bezeichnet wird. Neutralere könnte man von einer alternativen, nicht schulmäßigen Pädagogik, Psychologie und Psychotherapie sprechen, die neben den anerkannten Schulen betrieben wird, so wie es neben der Schulmedizin eine nicht schulmäßige Alternativmedizin gibt. Einige Verfahren dieses alternativen Psychomarktes werden auch von schulmäßigen Psychologen eingesetzt.“

In Bezug auf diesen Bericht, der von vielen Seiten heftig kritisiert wurde (z.B. Vorwurf der einseitigen Zusammensetzung der Kommission und der unbegründeten Panikmache bezüglich Sekten und anderen Gruppierungen), brachte Bayern im Jahr 2003 beim Bundesrat den Entwurf zu einem „*Lebensbewältigungshilfegesetz*“ („Gesetz über Verträge auf dem Gebiet der gewerblichen Lebensbewältigungshilfe und der Persönlichkeitsentwicklung“) ein, der jedoch am 24.9.2004 abgelehnt wurde (er wurde nur von einer Minderheit der anderen Landesregierungen unterstützt).

Das Gesetz war zum Schutz der Verbraucher im Bereich der gewerblich angebotenen Lebensbewältigungshilfen gedacht und sollte verschiedene Dinge detailliert regeln (schriftliche Fixierung des Vertragsinhalts, Widerrufsrecht, Kündigungsrecht, Informationspflicht des Verbrauchers über den Kursanbieter, dessen Qualifikation, die gesamten Kurskosten u.a.).

Schlusswort

Am Ende dieses Buches bleibt es jedem Leser selbst überlassen zu beurteilen, wie hilfreich dieser Psychotherapie-Ratgeber für die persönliche Lebenssituation ist. Viele Fragen sind möglicherweise trotz aller Informationen noch offen.

Über manche Unsicherheit von Interessanten an einer Psychotherapie kann nur der Mut hinweghelfen, einen Ersttermin bei einem Psychotherapeuten zu vereinbaren, anstatt weitere schriftliche Informationen einzuholen oder gar Bücher über die jeweilige Psychotherapiemethode zu lesen, wie sie im Literaturverzeichnis angeführt sind. Viel wissen zu wollen, ohne sich auf eine konkrete Psychotherapie einzulassen, kann auch eine Vermeidungsstrategie sein.

Leser aus Deutschland und Österreich können enttäuscht sein, dass sich subjektiv zu viele Informationen auf das jeweils andere Land beziehen. Dies ist leider unvermeidlich bei einem Ratgeber wie diesem, der erstmals in dieser Ausführlichkeit deutsche und österreichische Leser gleichermaßen über die Situation der Psychotherapie informieren möchte.

Wer über die Lage der Psychotherapie in seinem Land verärgert ist, kann durch einen Blick über die Grenze erkennen, ob es anderswo besser ist – und vielleicht plötzlich mit der Situation in seinem Land zufriedener sein als vorher. Wie ersichtlich, ist überall noch viel zu verbessern.

Die Geldknappheit im Gesundheitsbereich ist in Deutschland und Österreich offensichtlich, dennoch muss im Sinne langfristiger Strategien sowie Aufwand-Ertrags-Berechnungen überlegt werden, wie die psychische Gesundheit der Bürger gefördert werden kann, damit nicht durch die weiterhin stark ansteigenden direkten und indirekten Folgen psychischer Störungen die Kosten letztlich noch höher werden, als dies bereits derzeit der Fall ist.

Psychotherapeutisch ausgebildete Leser werden vielleicht mit manchen Darstellungen unzufrieden sein, weil sie ihre Methode einseitig oder verkürzt wiedergegeben erleben. Dies ist bis zu einem gewissen Grad unvermeidlich, wenn ein einzelner Autor eine Darstellung aller wichtigen Psychotherapiemethoden bieten soll.

Es war das Anliegen des Verlags, dass ein einzelner Autor einen Überblick über alle seiner Meinung nach relevanten Aspekte der Psychotherapie für „Laien“ bietet, anstatt dass mehrere Autoren ein hochgradig spezifisches Buch verfassen, das für den Durchschnittsbürger zu anspruchsvoll ist. Vielleicht können aber auch manche Fachleute von diesem Ratgeber profitieren.

Ich vertrete ein integratives psychotherapeutisches Behandlungsmodell auf der Basis der Verhaltenstherapie unter Berücksichtigung systemischer, tiefenpsychologischer, humanistischer und körpertherapeutischer Konzepte.

Ich habe mich angesichts meiner eigenen therapeutischen Haltung um eine möglichst neutrale Darstellung der einzelnen Methoden bemüht und hoffe, der Sache der Psychotherapie gedient und den Lesern bei der Orientierung geholfen zu haben.

Ich habe die Beschreibung der verschiedenen Psychotherapiemethoden aus der Sicht der jeweiligen Vertreter möglichst ohne kritisch bewertende Stellungnahmen meinerseits vorgenommen. An einer Psychotherapie Interessierte, die in diesem Buch die Empfehlung einer bestimmten Psychotherapiemethode gesucht haben, mögen vielleicht enttäuscht sein.

Als Verhaltenstherapeut und Systemischer Therapeut, der vor 35 Jahren am liebsten Psychoanalytiker geworden wäre und vor bald 30 Jahren den Weg zum Gesprächspsychotherapeuten begonnen (und nicht abgeschlossen) hat, fällt es mir schwer, anderen Menschen zu sagen, dass nur eine Psychotherapiemethode für sie heilsam sei, wo ich doch selbst im Laufe der Jahrzehnte von mehreren Methoden fasziniert war. Für mich ist die Verhaltenstherapie, vor allem die Kognitive Verhaltenstherapie, zur therapeutischen Heimat geworden, weil sie meiner Persönlichkeit entspricht. Bei einer anderen beruflichen Entwicklung, z.B. einer Tätigkeit außerhalb der Psychiatrie, hätte sich aber vielleicht doch eine andere Schwerpunktsetzung ergeben.

Am Ende dieses Buches gehe ich auf die Frage ein, nach welchen Richtlinien ich selbst vorgehen würde, wenn ich in den nächsten Jahren eine Psychotherapie benötigen würde bzw. welche Ratschläge ich einem guten Freund geben würde, der mich nach einem „guten“ Psychotherapeuten und nach der „richtigen“ Psychotherapiemethode fragen würde. Mir selbst und einem guten Freund würde ich ein Vorgehen in folgender Reihenfolge empfehlen:

1. *Achte auf deine Problemlage und deine Bedürfnisse:* Willst du ganz konkrete Hilfestellungen bei deinen Problemen und Symptomen? Willst du neue Fertigkeiten erlernen? Willst du lebensgeschichtliche Hintergründe deiner Probleme bearbeiten? Willst du neue Erfahrungen mit dir selbst machen und dich selbst besser kennen lernen? Willst du deine Sozialbeziehungen klären?
2. *Achte auf die methodische Ausrichtung des Psychotherapeuten:* Vertritt er eine Methode, die zu deiner aktuellen Problem- und Bedürfnislage passt?
3. *Achte auf die Person des Psychotherapeuten:* Vertraust du dem Therapeuten aufgrund deiner bisherigen Informationen und Eindrücke? Glaubst du, dass er dich gut verstehen und unterstützen kann? Kannst du ihm alles sagen?
4. *Achte auf die beruflichen Erfahrungen des Psychotherapeuten:* Hat der Therapeut ausreichend Erfahrung mit deinen Problemen und Symptomen?
5. *Beginne mit einer kürzeren Probetherapie:* Der richtige Therapeut ist der, der mit Person, Erfahrung und Methode zu deiner Befindlichkeit passt.

Rückmeldungen aus dem Kreis der Leser nehme ich dankbar entgegen, um bei einer späteren Auflage bestimmte Aspekte besser herauszuarbeiten oder eventuell fehlerhafte bzw. einseitige Darstellungen zu korrigieren. Ein Mangel war leider unvermeidbar: Aufgrund der Beschränkung auf 250 Seiten war es nicht möglich, das konkrete Vorgehen der verschiedenen Methoden demonstrieren zu können.

Literaturverzeichnis

- Ahrens, S. & Schneider, W. (Hrsg.) (2002). Lehrbuch der Psychotherapie und Psychosomatischen Medizin (2. Auflage). Stuttgart: Schattauer.
- Ameln, F. v., Gerstmann, R. & Kramer, J. (2004). Psychodrama. Berlin: Springer.
- Barolin, G. S. (2006). Integrierte Psychotherapie. Anwendungen in der Gesamtmedizin und benachbarten Sozialberufen. Wien: Springer.
- Bartuska, H., Buchsbaumer, M., Mehta, G., Pawlowsky, G. & Wiesnagrotzki, S. (Hrsg.) (2005). Psychotherapeutische Diagnostik. Leitlinien für den neuen Standard. Wien: Springer.
- Batra, A., Wassermann, R. & Buchkremer, G. (2005). Verhaltenstherapie. Grundlagen – Methoden – Anwendungsgebiete (2., überarbeitete Auflage). Stuttgart: Georg Thieme.
- Berne, E. (2006). Die Transaktionsanalyse in der Psychotherapie. Eine systematische Individual- und Sozial-Psychiatrie (2. Auflage). Paderborn: Junfermann.
- Böker, H. (Hrsg.) (2005). Psychoanalyse und Psychiatrie. Geschichte, Krankheitsmodelle und Therapiepraxis. Berlin: Springer.
- Bongers, D., Schulthess, P. & Stümpfel, U. (2005). Gestalttherapie und Integrative Therapie. Eine Einführung. Bergisch Gladbach: Edition Humanistische Psychologie.
- Bongratz, W. & Bongratz, B. (2000). Hypnosetherapie (2., korrigierte Auflage). Göttingen: Hogrefe.
- Brandl-Nebehay, A., Rauscher-Gföhler, B. & Kleibel-Arbeithuber, J. (Hrsg.) (1998). Systemische Familientherapie. Grundlagen, Methoden und aktuelle Trends. Wien: Facultas.
- Brockert, S. (2000). Praxisführer Psychotherapie. München: Knaur.
- Eckert, J., Biermann-Ratjen, E.-M. & Höger, D. (2006). Gesprächspsychotherapie. Lehrbuch für die Praxis. Berlin: Springer.
- Erlacher-Fakas, B. & Jorda, C. (1996). Monodrama. Heilende Begegnung. Vom Psychodrama zur Einzeltherapie. Wien: Springer.
- Federspiel, K. & Lackinger-Karger, I. (Hrsg.) (1996). Kursbuch Seele. Was tun bei psychischen Problemen? Beratung, Selbsthilfe, Medikamente. 120 Psychotherapien auf dem Prüfstand. Köln: Kiepenheuer & Witsch.
- Finke, J. (2004). Gesprächspsychotherapie. Grundlagen und spezifische Anwendungen (3. Auflage). Stuttgart: Georg Thieme.
- Frank, J. D. (1997). Die Heiler (2. Auflage). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Frenzel, P., Keil, W. W., Schmid, P. F. & Stölzl, N. (Hrsg.) (2001). Klienten-/Personzentrierte Psychotherapie. Kontexte, Konzepte, Konkretisierungen. Wien: Facultas.
- Fuhr, R., Sreckovic, M. & Gremmer-Fuhr, M. (Hrsg.) (2001). Handbuch der Gestalttherapie (2., unveränderte Auflage). Göttingen: Hogrefe.

- Fürst, J., Ottomeyer, K. & Pruckner, H. (Hrsg.) (2004). Psychodrama-Therapie. Ein Handbuch. Wien: Facultas.
- Gendlin, E. T. (1998). Focusing-orientierte Psychotherapie. Ein Handbuch der erlebensbezogenen Methode. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta.
- Gendlin, E. T. & Wiltchko, J. (1999). Focusing in der Praxis. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta.
- Goldner, C. (2000). Die Psycho-Szene. Aschaffenburg: Alibri Verlag.
- Gräff, C. (2000). Konzentrative Bewegungstherapie in der Praxis (3., überarbeitete und erweiterte Auflage). Stuttgart: Hippokrates.
- Grawe, H. (2004). Neuropsychotherapie. Göttingen: Hogrefe.
- Grawe, K., Donati, R. & Bernauer, F. (2001). Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession (5. Auflage). Göttingen: Hogrefe.
- Greenberg, L. S., Rice, L. N. & Elliott, R. (2003). Emotionale Veränderung fördern. Grundlagen einer prozeß- und erlebensorientierten Therapie. Paderborn: Junfermann.
- Hartmann-Kottek, L. & Stümpfel, U. (2004). Gestalttherapie. Berlin: Springer.
- Hautzinger, M. (2000) Kognitive Verhaltenstherapie bei psychischen Störungen. Weinheim: Beltz Psychologie Verlags Union.
- Hiß, P. (1998). So finden Sie den richtigen Therapeuten. Frankfurt am Main: Campus Verlag.
- Hochgerner, M., Hoffmann-Widhalm, H., Nausner, L. & Wildberger, E. (Hrsg.) (2004). Gestalttherapie. Wien: Facultas.
- Hoffmann-Axthelm, D. (Hrsg.) (2004). Mit Leib und Seele. Wege der Körperpsychotherapie. Basel: Schwabe.
- Hubble, M. A., Duncan, B. L. & Miller, S. D. (Hrsg.) (2001). So wirkt Psychotherapie. Empirische Ergebnisse und praktische Folgerungen. Dortmund: Verlag Modernes Lernen.
- Kanfer, F. H., Reinecker, H. & Schmelzer, D. (2006) Selbstmanagement-Therapie. Ein Lehrbuch für die klinische Praxis (4., durchgesehene Auflage). Berlin: Springer.
- Kanfer, F. H. & Schmelzer, D. (2005). Wegweiser Verhaltenstherapie. Psychotherapie als Chance (2., korrigierte und aktualisierte Auflage). Berlin: Heidelberg.
- Keil, W. W. & Stumm, G. (Hrsg.) (2002). Die vielen Gesichter der personzentrierten Psychotherapie. Wien: Springer.
- Klußmann, R. (2000). Psychotherapie. Psychoanalytische Entwicklungspsychologie, Neurosenlehre, Psychosomatische Grundversorgung, Behandlungsverfahren, Aus- und Weiterbildung (3., vollständig überarbeitete Auflage). Berlin: Springer.
- Kornbichler, T. (2005). Wann hilft eine Psychotherapie? Stuttgart: Kreuz Verlag.
- Kornbichler, T. (2006). Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie. Eine praktische Orientierungshilfe. Stuttgart: Kreuz Verlag.

- Kossak, H. C. (2004). Hypnose. Ein Lehrbuch für Psychotherapeuten und Ärzte (4., überarbeitete Auflage). Weinheim: Beltz Psychologie Verlags Union.
- Köthke, W., Rückert, H.-W. & Sinram, J. (1999). Psychotherapie? – Psychoszene auf dem Prüfstand. Göttingen: Hogrefe.
- Kraiker, C. & Peter, B. (Hrsg.) (1998). Psychotherapieführer. Wege zur seelischen Gesundheit (5., vollständig überarbeitete und aktualisierte Auflage). München: C. H. Beck.
- Krapf, M. & Krapf, G. (2004). Autogenes Training. Berlin: Springer.
- Kriz, J. (2001). Grundkonzepte der Psychotherapie (5., vollständig überarbeitete Auflage). Weinheim: Beltz Psychologie Verlags Union.
- Küchenhoff, J. (2005). Psychodynamische Kurz- und Fokalthherapie. Theorie und Praxis. Stuttgart: Schattauer.
- Längle, A. (Hrsg.). (2000). Praxis der Personalen Existenzanalyse. Wien: Falcultas.
- Lehmkuhl, U. (Hrsg.) (2003). Wie arbeiten Individualpsychologen heute? Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Leuner, H. & Wilke, E. (2005). Katathym-imaginative Psychotherapie (6., revidierte Auflage). Stuttgart: Georg Thieme.
- Linden, M. & Hautzinger, M. (Hrsg.) (2005). Verhaltenstherapiemanual (5., vollständig überarbeitete Auflage). Berlin: Springer.
- Lowen, A. (1998). Bio-Energetik. Therapie der Seele durch Arbeit mit dem Körper. Reinbek: Rowohlt-Tb.
- Luborsky, L. (1999). Einführung in die analytische Psychotherapie. Ein Lehrbuch (3. Auflage). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Lutz, W., Kosfelder, J. & Joormann, J. (Hrsg.) (2002). Misserfolge und Abbrüche in der Psychotherapie. Bern: Hans Huber.
- Maaser, R., Besuden, F. & Bleichner, F. (2002). Theorie und Methode der körperbezogenen Psychotherapie. Ein Leitfaden für die klinische Praxis. Stuttgart: Kohlhammer.
- Margraf, H. (Hrsg.) (2000). Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Bd. 1. Grundlagen, Diagnostik, Verfahren, Rahmenbedingungen (2. vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage). Berlin: Springer.
- Margraf, H. (2000). Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Bd. 2. Störungen – Glossar (2. vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage). Berlin: Springer.
- Marlock, G. & Weiss, H. (2006). Handbuch der Körperpsychotherapie. Stuttgart: Schattauer.
- Märtens, M. & Petzold, H. (Hrsg.) (2002). Therapieschäden. Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie. Mainz: Matthias Grünewald Verlag.
- Möller, H.-J., Laux, G., Kapfhammer, H.-P. (Hrsg.) (2005). Psychiatrie und Psychotherapie. Berlin: Springer.
- Müller, E. H. (1996). Psychotherapeuten – Risiken und Nebenwirkungen. Wie Therapien hilfreich werden. Freiburg im Breisgau: Herder.
- Perrez, M. & Baumann, U. (Hrsg.) (2006). Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie (3., vollständig überarbeitete Auflage). Bern: Hans Huber.

- Peseschkian, N. (1985). Positive Psychotherapie. Theorie und Praxis einer neuen Methode (7. Auflage). Frankfurt: Fischer-Tb.
- Petzold, H. G. (1998). Integrative Bewegungs- und Leibtherapie. Ein ganzheitlicher Weg leibbezogener Psychotherapie. Bd. 1 und 2 (3. Auflage). Paderborn: Jungfermann.
- Petzold, H. G. (2004). Integrative Therapie. 3 Bde. (2., erweiterte Auflage). Paderborn: Jungfermann.
- Piontek, R. (2005). Wegbegleiter Psychotherapie (2., korrigierte Auflage). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Pokorny, V., Hochgerner, M. & Cserny, S. (2001). Konzentrative Bewegungstherapie (2., aktualisierte Auflage). Wien Facultas.
- Pritz, A. (Hrsg.) (2006). Einhundert Meisterwerke der Psychotherapie. Ein Literaturführer. Wien: Springer.
- Pritz, A. & Vykoukal, E. (Hrsg.) (2003). Gruppenpsychoanalyse (2. Auflage). Wien: Facultas.
- Prochaska, J., Norcross, J. C. & DiClemente, C. C. (1997). Jetzt fange ich neu an. Das revolutionäre Sechs-Schritte-Programm für ein dauerhaft suchtfreies Leben. München: Knaur.
- Reichel, R. (Hrsg.) (2005). Beratung – Psychotherapie – Supervision. Einführung in die psychosoziale Beratungslandschaft. Wien: Facultas.
- Reimer, C., Eckert, J., Hautzinger, M. & Wilke, E. (2000). Psychotherapie. Ein Lehrbuch für Ärzte und Psychologen (2., überarbeitete und erweiterte Auflage). Berlin: Springer.
- Reimer, C. & Rüger, U. (2006). Psychodynamische Psychotherapien (3., neu bearbeitete und aktualisierte Auflage). Berlin: Springer.
- Reinecker, H. (Hrsg.) (2003). Lehrbuch der Klinischen Psychologie und Psychotherapie (4., vollständig überarbeitet und erweiterte Auflage). Göttingen: Hogrefe.
- Reinecker, H. (2005). Grundlagen der Verhaltenstherapie. Weinheim: Beltz Psychologie Verlags Union.
- Revenstorf, D. & Peter, B. (2001). Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin. Manual für die Praxis. Berlin: Springer.
- Rief, W. & Exner, C. (2006). Psychotherapie. Ein Lehrbuch. Stuttgart: Kohlhammer.
- Röhrich, F. (2000). Körperorientierte Psychotherapie psychischer Störungen. Ein Leitfaden für Forschung und Praxis. Göttingen: Hogrefe.
- Sachse, R. (2003). Klärungsorientierte Psychotherapie. Göttingen: Hogrefe.
- Schlippe, A. v. & Schweitzer, J. (2003). Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung (9. Auflage). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Schmidt, E. (2006). Lehrbuch Konzentrative Bewegungstherapie. Grundlagen und klinische Anwendung. Stuttgart: Schattauer.
- Schütz, P., Schneider-Sommer, S. & Gross, B. (2001). Theorie und Praxis der Neuro-Linguistischen Psychotherapie (NIPt). Paderborn: Jungfermann.

- Schwertfeger, B. & Koch, K. (1995). Der Therapieführer. Die wichtigsten Formen und Methoden. Ein Leitfaden. München: Heyne.
- Senf, W. & Broda, M. (Hrsg.) (2005). Praxis der Psychotherapie. Ein integratives Lehrbuch (3., völlig neu bearbeitete Auflage). Stuttgart: Georg Thieme.
- Siegel, W. (2003). Tut mein Therapeut mir gut? Das Begleitbuch für die Psychotherapie. Stuttgart: Kreuz Verlag.
- Slunecko, T. & Sonnek, G. (Hrsg.) (1999). Einführung in die Psychotherapie. Wien: Facultas UTB.
- Soppa, P. (2004). Psychodrama (2., überarbeitete Auflage). Wiesbaden: Vs Verlag.
- Spagnuolo, L. & Amendt-Lyon, N. (Hrsg.) (2006). Die Kunst der Gestalttherapie. Eine schöpferische Wechselbeziehung. Berlin: Springer.
- Stavemann, H. H. (Hrsg.) (2005). KVT-Praxis. Strategien und Leitfäden für die Kognitive Verhaltenstherapie. Weinheim: Beltz Psychologie Verlags Union.
- Stewart, I. & Joines, V. (2006). Die Transaktionsanalyse (5. Auflage). Eine Einführung. Freiburg: Herder.
- Strauß, B. & Geyer, M. (Hrsg.) (2006). Grenzen psychotherapeutischen Handelns. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Strauß, B., Hohagen, F. & Casper, F. (Hrsg.) (2006). Lehrbuch Psychotherapie. Göttingen: Hogrefe.
- Stumm, G., Brandl-Nebehay, A. & Fehlinger, F. (1996). Handbuch für Psychotherapie und psychosoziale Einrichtungen. Wien: Falter.
- Stumm, G. & Jandl-Jager, E. (2006). Psychotherapie. Ausbildung in Österreich. Wien: Falter.
- Stumm, G., Pritz, A., Gumhalter, P., Nemeskeri, N., & Voracek, M. (Hrsg.) (2005). Personenlexikon der Psychotherapie. Wien: Springer.
- Stumm, G., Wiltshko, J. & Keil, W. W. (2003). Grundbegriffe der Personzentrierten und Focus-orientierten Psychotherapie und Beratung. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta.
- Stumm, G. & Wirth, B. (Hrsg.) (2006). Psychotherapie. Schulen und Methoden. Eine Orientierungshilfe für Theorie und Praxis (3., überarbeitete und erweiterte Auflage). Wien: Falter Verlag.
- Thomä, H. & Kächele, H. (2006). Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie. Bd. 1. Grundlagen (3., überarbeitete Auflage). Berlin: Springer.
- Tschuschke, V. (2003). Kurzgruppenpsychotherapie. Theorie und Praxis. Berlin: Springer.
- Urban, A. (2002). Psychotherapie. Störungen. Therapien. Kennzeichen einer erfolgreichen Behandlung. München: Foitzick Verlag.
- Verbraucher-Zentrale Nordrhein-Westfalen e.V. (Hrsg.) (1999). Chance Psychotherapie. Angebote sinnvoll nutzen. Düsseldorf: Verbraucherzentrale NRW.

- Weltgesundheitsorganisation (Hrsg.) (1999). Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen. Bern: Hans Huber.
- Wirsching, M. (1999). Psychotherapie. Grundlagen und Methoden. München: C. H. Beck.
- Wittchen, H.-U. & Hoyer, J. (Hrsg.) (2006). Klinische Psychologie und Psychotherapie. Berlin: Springer.
- Wittchen, H.-U. & Jacobi, F. (2001). Die Versorgungssituation psychischer Störungen in Deutschland. Eine klinisch-epidemiologische Abschätzung anhand des Bundes-Gesundheitssurveys 1998. Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz, 44, 991–1000.
- Wöller, W. & Kruse, J. (2005). Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie. Basisbuch und Praxisleitfaden (2. Auflage). Stuttgart: Schattauer.
- Zaudig, M., Trautmann, R. D., Joraschky, P., Möller, H.-J., Rupprecht, R. & Saß, H. (Hrsg.) (2005). Therapielexikon Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie. Berlin: Springer.

Über den Autor



Hans Morschitzky, geb. 1952, Dr. phil., Klinischer Psychologe und Gesundheitspsychologe, Psychotherapeut (Zusatzbezeichnungen „Verhaltenstherapie“ und „Systemische Familientherapie“)

Er arbeitet seit 1983 in der oberösterreichischen Landes-Nervenlinik Wagner-Jauregg in Linz und hat seit 1987 eine eigene Praxis mit dem Schwerpunkt Angststörungen, Burn-out und psychosomatische Störungen.

Seit 1999 ist er nur mehr 20 Wochenstunden angestellt. Er arbeitet nach fast zwei Jahrzehnten in der Psychiatrie derzeit in der Psychosomatischen Tagesklinik.

Hans Morschitzky vertritt ein integratives Behandlungsmodell auf der Basis der Verhaltenstherapie unter Berücksichtigung anderer Psychotherapiemethoden.

In seinen bisher sechs Büchern war es ihm immer wichtig, zentrale Aspekte aus dem Bereich der psychischen Störungen einem möglichst großen Leserkreis zu vermitteln und damit eine entsprechende Öffentlichkeitsarbeit zu leisten.