



KAMMER FÜR PSYCHOLOGISCHE PSYCHOTHERAPEUTEN UND  
KINDER- UND JUGENDLICHENPSYCHOTHERAPEUTEN IM LAND BERLIN  
KÖRPERSCHAFT ÖFFENTLICHEN RECHTS

# KAMMER

## TAGUNGSBERICHT

### **“Einheitliches Berufsbild und Vielfalt des Vorgehens”**

2. Berliner Landespsychotherapeutentag

vom 25. - 26.8.05

in der Humboldt Universität Berlin

# Inhalt

Seite

---

## **Vorwort**

Michael Krenz 4

## **I. Einleitung**

Manfred Thielen 5

**“Einheitliches Berufsbild und Vielfalt des Vorgehens”  
Bericht über den 2. Berliner Landespsychotherapeutentag  
vom 25. - 26.8.05 in der Humboldt Universität Berlin**

## **II. Leitvortrag**

Jürgen Kriz 7

**Methoden-Integration auf der Basis des  
„Vier-Säulen-Modells“ Ein Plädoyer zur Erhöhung  
therapeutischer Passungskompetenz**

## **Vorträge zum Thema**

Michael Linden 15  
**Argumente für eine schulenspezifische Psychotherapie**

Jürgen Hardt 20  
**Methodenintegration aus Sicht der psychodynamischen  
Psychotherapie**

Manfred Thielen 27  
**Methodenintegration aus Sicht der Körperpsychotherapie**

Armin Kuhr 34  
**Einige Aspekte der „Allgemeinen Psychotherapie“ nach Grawe**

**Zur Podiumsdiskussion „Methodenintegration“ Kernthesen  
von Prof. Dr. Jürgen Kriz** 36

## **Podiumsdiskussion**

Birgit Dohlus 37  
**Zusammenfassung der Podiumsdiskussion „Methodenintegration“**

## **III. Vortrag**

Karl-Otto Henze 39  
**Reform der Psychotherapie-Richtlinien**

## **Podiumsdiskussion**

**Statements zur Podiumsdiskussion „Reform der Psychotherapie-Richtlinien“**  
Wieland Knobbe 51  
Christoph Stöblein 52  
Armin Kuhr 53  
Manfred Thielen 54

Birgit Dohlus	55
<b>Zusammenfassung der Podiumsdiskussion „Methodenintegration, Weiterentwicklung der Psychotherapie und Reformierung der Psychotherapierichtlinien“</b>	

#### **IV. Workshops**

##### **1. Psychotherapie bei Borderline-Störungen**

<b>Fallvignette</b>	58
---------------------	----

Walter Olk	59
<b>Die Behandlung aus psychodynamischer Sicht</b>	

Christian Stigelmeyer	61
<b>Die Behandlung aus verhaltenstherapeutischer Perspektive</b>	

Peter Ebel	63
<b>Die Behandlung aus systemischer Sicht</b>	

##### **2. Psychotherapie bei Psychose**

<b>Fallvignette</b>	65
---------------------	----

Andreas Koch	65
<b>Die Sicht der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie</b>	

Birgit Leifeld	67
<b>Die Sicht der Verhaltenstherapie</b>	

Hansjörg Stahl	69
<b>Die Sicht der Systemischen Therapie</b>	

##### **3. Psychotherapie bei körperlicher Erkrankung**

<b>Fallvignette</b>	72
---------------------	----

Brigitte Schroller	72
<b>Die Sicht der Psychoanalyse</b>	

Monika Schimpf	74
<b>Die Sicht der Systemischen Therapie</b>	

Regina Podlech	75
<b>Die Sicht der methodenübergreifenden onkopsychologische Therapie</b>	

Götz Beyer	78
<b>Die Sicht der Verhaltenstherapie</b>	

##### **4. Psychotherapie bei Depressionen**

<b>Fallvignette</b>	80
---------------------	----

Detlef Karras	81
<b>Die Sicht der Verhaltenstherapie</b>	

Doris Müller	82
<b>Die Sicht der Gesprächspsychotherapie</b>	
Cornelia Leschke	85
<b>Die Sicht der Psychoanalyse</b>	
Manfred Thielen	87
<b>Die Sicht der Körperpsychotherapie</b>	
<b><u>V. Foren</u></b>	
<b>Forum I: Zur Psychotherapie in Institutionen</b>	
Sylvia Rasch-Owald/Christina Maunz	90
<b>Forum II: Situation und Problematik der niedergelassenen, freien Psychotherapeuten</b>	
Barbara Schervier-Legewie	91
<b>Bericht über Entstehung, Arbeitsweise und Inhalte des AK Freie Psychotherapeuten/innen</b>	
<b>Neue Tätigkeitsfelder im Rahmen des Gesundheitssystemmodernisierungsgesetzes (GMG)</b>	
Christina Maunz	92
<b>Disease Management Programme (DMP) und Integrierte Versorgung</b>	
Doris Müller:	94
<b>Supervision, Coaching und Organisationsberatung</b>	
Marga Henkel-Gessat	97
<b>Kooperation mit der Zahnärztekammer</b>	
Michael Nahler	97
<b>Kooperation zwischen Zahnärzten/innen und Psychotherapeuten/innen</b>	
<b>Optionale Felder der Zusammenarbeit</b>	
<b><u>VI. Vortrag</u></b>	
Reinhard Wiesner	99
<b>Psychotherapie im KJHG</b>	
<b>Podiumsdiskussion</b>	
Birgit Dohlus	105
<b>Zusammenfassung der Podiumsdiskussion „Psychotherapie nach dem KJHG“</b>	
<b>Statements zur Podiumsdiskussion „Psychotherapie nach dem KJHG“</b>	
Karl Wahlen	107
Ronald Schmidt	108
<b><u>VII. Autoren</u></b>	
	110

## **Vorwort**

Liebe Kolleginnen und Kollegen,  
Liebe Leserin, lieber Leser,

wir legen Ihnen den Tagungsbericht des 2. Landespsychotherapeutentages vom 25.8./26.8.05 vor.

Dr. Manfred Thielen hat als Mitglied des damals veranstaltenden Vorstandes die Redaktion und Dokumentation der umfangreichen Tagung übernommen. In seiner Einleitung führt er Sie differenziert in die verschiedenen theoretischen und praxeologischen Aspekte möglicher methodenintegrativer psychotherapeutischer Tätigkeiten ein.

Die sehr unterschiedlichen Beiträge können eine wichtige Grundlage für die weiter zu führende Diskussion um die Entwicklung und Professionalisierung unseres Berufsstandes sein. Sie bieten Ihnen spezifische und vielfältige Informationen zukünftiger psychotherapeutischer Tätigkeit – für

die Teilnehmer des 2. Psychotherapeutentages möge dieser Bericht auch die Erinnerungen an die vielfältigen produktiven Begegnungen mit den Kolleginnen und Kollegen aktualisieren und vertiefen.

Gedankt sei allen Verfassern für ihre Beiträge und Ihr Engagement, insbesondere Dr. Manfred Thielen für die Organisation und Redaktion dieses Berichtes!

Im Namen des Vorstands

Michael Krenz  
Präsident der Landespsychotherapeutenkammer  
Berlin

## Einleitung

### **Manfred Thielen**

#### **“Einheitliches Berufsbild und Vielfalt des Vorgehens”**

Bericht über den 2. Berliner Landespsychotherapeutentag vom 25. - 26.8.05 in der Humboldt Universität Berlin

Mit über 600 Teilnehmer/innen fand der 2. Landespsychotherapeutentag (LPT) eine überaus große Resonanz bei den Berlinern Kammermitgliedern. **Heinrich Bertram**, von 2004-2005 kommissarischer Präsident, legte in seiner Eröffnungsansprache dar, dass die Kammer als Kompetenzpartner im Gesundheitswesen allgemein geschätzt wird und eine Reihe gesundheitspolitischer Erfolge vorweisen kann. Die Erarbeitung umsetzbarer Wege der Methodenintegration könne die Kompetenz der Psychotherapie im Gesundheitswesen weiter erhöhen. Der Staatssekretär im Gesundheitsssenat **Dr.**

**Hermann Schulte-Sasse** würdigte in einem Grußwort die mittlerweile etablierte

Rolle der Psychotherapeutenkammer in der Gesundheitspolitik. An den Vorstand und Teilnehmer der Veranstaltung gerichtet meinte er: „Sie aktualisieren Ihre Fortbildung, fördern Qualitätszirkel und Sie sehen mit realistischem Blick, dass Sie nicht Getriebene, sondern selbst Handelnde sein müssen“. Die Methodenintegration sei ein wichtiger Bestandteil einer zukunftsfesten Psychotherapie, begrüßenswert sei, dass sich die Tagung auch mit übergreifenden Themen befasse wie der Kooperation mit der Zahnärztekammer. Lob gab es auch für die Einrichtung des erfolgreichen Patientenservicetelefons. Die Senatsverwaltung werde gern dazu beitragen, die Neusortierung der Kinder- und Jugendpsychotherapeuten zu unterstützen, die seitens der Kammer bereits oft diskutiert und vorbereitet wurde.

Dass die wirtschaftliche Lage der Psychotherapeuten, die Mitglied der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) sind, nicht ganz zu aller Zufriedenheit aussehe, konstatierte **Dr. Angelika Prehn**, Vorsitzende der KV Berlin. Die Integration der Psychotherapeuten insgesamt könne man allerdings als gelungen bezeichnen. Unter der Zielvorgabe, die Versorgung der Bevölkerung quali-



*Dr H. Schulte-Sasse*

tativ und hochwertig zu leisten, ließen sich vermutlich leicht restliche Spannungsfelder abbauen. Der Bedarf nach Psychotherapie sei aufgrund der gestiegenen psychischen Erkrankungen der Bevölkerung durch Lebenssituation und Lebensbrüche höher denn je: „Viele Menschen brauchen unsere ärztliche und psychotherapeutische Hilfe!“

**Armin Traute** wies in seinem Grußwort für den Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen (BDP) darauf hin, dass im Gesundheitswesen die psychologischen und die psychotherapeutischen Leistungen noch nicht angemessen berücksichtigt würden. Bei Haushaltskürzungen würden Psychotherapeuten eingespart und deren Aufgaben von Ärzten übernommen, bei der Betreuung von Schwerstkranken, in Disease-Management-Programmen (DMP) und in Sterbeprozessen sei die Fachkompetenz derzeit noch nicht wirklich berücksichtigt.

Die erschreckende Zunahme psychischer Belastungen insbesondere der Berliner Bevölkerung betonte auch **Dr. Wolfgang Schmiedel**, Präsident der Zahnärztekammer Berlin, der das neue Kooperationsmodell mit der Psychotherapeutenkammer an der Schnittstelle Psychosomatik in der Zahnheilkunde vorstellte. Eine Vielzahl von Störungen und Belastungen wirke sich auch auf die Zahngesundheit aus und führe zu einer Überforderung der Zahnmediziner in den Praxen und zu einer nicht angemessenen Versorgung der Patienten; das gemeinsame Projekt werde nicht nur die Zahnärzte und manche Psychotherapeuten entlasten, deren Patienten dentale Symptomatik aufweisen, sondern auch die Versorgung dieser Patienten-



*Marga Henkel-Gessat*

gruppe optimieren. Das Modell sei bisher in Deutschland einzigartig und werde weitere Krisen ziehen. In rund einem Jahr, ergänzte **Marga Hen-**

**kel-Gessat**, Moderatorin der Veranstaltung, wird es auch ein gemeinsames Curriculum zu Psychosomatik in der Zahnheilkunde geben, das derzeit vorbereitet werde.

Im Folgenden dokumentieren wir die Inhalte dieser Tagung chronologisch und nach den inhaltlichen Schwerpunkten. Wir beginnen mit der Vorstellung der Vorträge zur Methodenintegration, die daran anschließende Diskussion sowie die weiteren Podiumsdiskussionen hat unsere für die Tagung verantwortliche Pressereferentin Birgit Dohlus zusammengefasst. Danach wird das Thema: „Reformierung der Psychotherapie-richtlinien“ behandelt. Karl-Otto Hentze (Geschäftsführer der Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie, GwG) setzte sich in seinem Vortrag mit der Thematik historisch und konkret berufspolitisch auseinander. Anschließend fand unter Leitung von Jürgen Hardt (Präsident der PTK Hessen) eine Podiumsdiskussion statt. K.O. Hentze hat im Unterschied zu den anderen Teilnehmern kein zusätzliches Statement formuliert, da dieses aus seinem Vortrag deutlich hervorgeht. Nach dieser interessanten und kontroversen Diskussion wurde der erste Tag des Landespsychotherapeutentages beendet.

Der zweite Tag begann mit den verschiedenen Workshops und Foren. Zwei Veranstaltungen liefen jeweils parallel. In unserer Dokumentation beginnen wir mit den Workshops zur Behandlung von Borderline-Störungen, Psychose, Depression und körperliche Erkrankungen. Und zwar gehen wir nach folgender Systematik vor: zunächst wird jeweils die Fallvignette vorgestellt, dann kommen die Beiträge der ReferentInnen aus ihrer jeweils unterschiedlichen methodischen Sicht.

Die Grundidee der Workshops bestand darin, Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen den verschiedenen Psychotherapiemethoden herauszuarbeiten. Sicherlich wäre eine Zusammenfassung der Diskussionen, die unter starkem Einbezug des Publikums erfolgte, sehr spannend gewesen, doch dies überstieg unsere Kapazität, deshalb ist der/die LeserIn selbst aufgefordert, die Gemeinsamkeiten und die Unterschiede in den einzelnen Workshopbeiträgen zu entdecken.

In den Foren wurden berufspolitisch wichtige und spannende Themen und Probleme der Kammermitglieder: „Psychotherapie in Institutionen“, „Situation der freien PsychotherapeutInnen“ und das bundespolitisch wegweisende Kooperationsmodell der Berliner Psychotherapeutenkammer und der Zahnärztekammer vorgestellt und behandelt. Nachmittags fand eine weitere berufs- und wissenschaftspolitisch Podiumsdiskussion zu der Thematik: Methodenintegration und Reform der Psychotherapie-richtlinien statt, die wir ebenfalls zusammengefasst wiedergeben.

Am Abend gab es dann einen weiteren Höhepunkt mit dem Vortrag von Prof. Dr. Dr. Reinhard Wiesener (BMG), der als einer der Väter des Kinder- und Jugendhilfegesetzes (KJHG) gilt. Nach dem KJHG werden in Berlin seit Jahrzehnten Psychotherapien für Kinder- und Jugendliche außerhalb des Kassensystems durchgeführt. Aus ökonomischen Gründen wurde die Bewilligung durch die entsprechenden Senatsstellen so extrem reduziert, dass dieser gesamte Bereich gefährdet ist. Auch die nach dem Vortrag folgende Podiumsdiskussion geben wir in einer kurzen Zusammenfassung wieder, die durch zwei Einzelstatements ergänzt wird. Der inhaltlich spannende und erfolgreiche zweite Landespsychotherapeutentag klang mit einem gelungenen Fest aus.

## II. Leitvortrag

Jürgen Kriz

### **Methodenintegration auf der Basis des „Vier-Säulen-Modells“ Ein Plädoyer zur Erhöhung therapeutischer Passungskompetenz**

Bei der Diskussion für und wider „Methoden-Integration“ wird oft übersehen, dass es nicht nur ganz unterschiedliche Vorstellungen und Konzepte gibt, was „Integration“ überhaupt meint und was integriert werden soll bzw. kann. Sondern es gibt auch unterschiedliche Perspektiven und Interessenebenen, aus deren Sicht das Thema „Integration“ zu betrachten ist.

#### **1. Integration aus der Sicht der Praxis**

Das Grundproblem ist aus der Sicht der Praxis sehr einfach und mit schlichten Worten zu beschreiben: Ein Patient mit einem bestimmten Beschwerdebild erwartet von einem Therapeuten, dass er dieses behandelt. Implizit geht der Patient dabei davon aus, dass der Therapeut seinen – meist auf der Basis von populären Darstellungen sowie vom Hörensagen gebildeten - Vorstellungen und Werten bezüglich „Psychotherapie“ nicht zu sehr widerspricht.

Umgekehrt erwartet ein Therapeut mit einer bestimmten Ausbildung einen Patienten, der sich mit der von ihm erworbenen Behandlungskompetenz auch behandeln lässt. Implizit geht der Therapeut dabei davon aus, dass sich der Patient auf das der Vorgehensweise zugrunde liegende Menschen- und Veränderungsbild einlässt. So schlicht und grundlegend diese Basissituation auch ist: Die empirische Forschung zeigt, dass dies leider in der Praxis viel zu schlecht funktioniert.

Klinische Erfahrungen und empirische Effektivitätsstudien belegen nämlich, dass Psychotherapie nicht immer zum gewünschten Erfolg führt – und zwar in einem m.E. erschreckend hohen Ausmaß. Aus relativ neuen Studien ergibt sich, dass zwischen 30% (Brockmann et al. 2002) und 45% (Maschke und Otto 2003) aller Patienten in ambulanter Psychotherapie eine oder mehrere psychotherapeutische Behandlungen in der Vorgeschichte hatten und dann den Therapeuten und/ oder das Therapieverfahren wechseln. Es gibt somit einen recht großen Anteil von - zumindest partiell und vorübergehend - „Fehlind-



zierten“.  
Dieser Anteil korrespondiert mit den

Angaben der „klassischen“ Untersuchung von Grawe et al. (1994, S.726-729), nach der im Mittel 20% Abbrecher (= Misserfolge in Form vorzeitigen Therapieabbruchs) sowie 25% Nichterfolgreiche (= nicht ausreichende Verbesserungen oder gar Verschlechterungen in der Symptomatik) in den untersuchten Therapiestudien zu verzeichnen sind.<sup>1</sup>

Dieser Anteil Fehlindizierter ist zwar nicht so hoch, wie bei der Behandlung durch Medikamente. Hat doch der allergrößte Teil der Patienten im Laufe des Lebens für die jeweils spezifische Krankheit nicht-hilfreiche und nicht-nützliche Pharmaprodukte bekommen. (Ganz zu schweigen von den Milliarden für Medikamente, die gar nicht erst genommen werden sondern gleich in Müll und Toilette verschwinden – Beträge, nebenbei, die vermutlich die Ausgaben für die gesamte Psychotherapie weit überschreiten). Aber der Anteil ist auch für die Psychotherapie fraglos noch zu hoch. Auch wenn erfahrungsgemäß der allergrößte Teil auch dieser Patienten letztlich in einer für sie effektiven Therapie landet (notfalls auch im Ausland, als Selbstzahler oder unter anderen Umgehungen der bundesdeutschen Beschränkungen), werden hier unnötig Kosten angehäuft - zusätzlich zu den jahrelangen Irrwegen durch medizinische Praxen mit medikamentösen Fehlbehandlungen, die nicht selten durchlaufen

---

<sup>1</sup> Da solche Zahlen nicht nur von Therapeuten bezweifelt werden sondern von Psychotherapie-Gegnern als „Argument“ missdeutet werden, wie „ineffizient“ Psychotherapie sei, muss hier betont werden, dass diese Zahlen nicht sagen, dass 45% der Psychotherapien nicht erfolgreich wären. Sondern dass 45% der Patienten von diesem Problem betroffen sind. So wie vermutlich jeder von uns (d.h. rund 100 %) mindestens einmal ein Medikament, das er verschrieben bekam, nicht genommen hat oder es nicht wirkte (=Fehlindikation).



werden, bevor endlich eine effektive Psychotherapie erfolgt.

Das hier angeschnittene Problem psychotherapeutischer Fehlindikation wird in der gängigen Literatur als „Passungsproblem“ diskutiert. Nach dem allgemeinen Modell von Psychotherapie nach Orlinsky & Howard (1987) gilt es neben der Passung „Behandlungsmodell und Störungsmodell“ und der Passung „Therapeut und Patient“ (oft unter „therapeutischer Beziehung“

erörtert und erforscht) zumindest noch die Passung „Patient und Behandlungsmodell“ sowie die Passung „Therapeut und Störung des Patienten“ zu beachten (vgl. Abb.1). Es ist davon auszugehen, dass bei einem erheblichen Anteil der eben benannten „Fehlindizierten“ zumindest zunächst die „Passung“ nicht stimmte und eine bessere Berücksichtigung nicht nur erhebliche Kosten sondern auch Leid infolge von inadäquater Behandlung sparen würde.

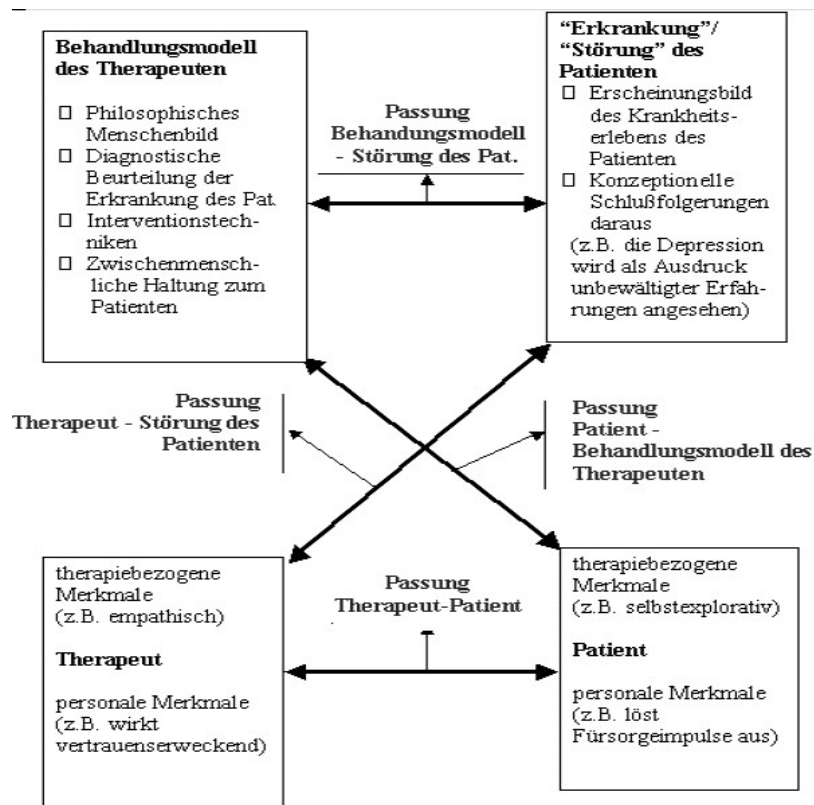


Abb. 1: AMP Allgemeines Modell von Psychotherapie Orlinsky & Howard (1987)

So wichtig das AMP auch für die Theorie- und Forschungsdiskussion sein mag: Für die Praxis bedeutet dies, dass Therapeuten zunächst einmal etwas erwerben müssen, das ich als **Passungskompetenz** bezeichnen möchte. Damit ist die Kompetenz gemeint, nicht nur theoretisch zu wissen, dass es solche Passungsprobleme gibt und welche Bedeutung sie haben, sondern diese in den konkreten Fällen bei ihren Patienten auch erkennen und damit umgehen zu können.

Dazu ist eine methodenübergreifende Grundausbildung von Therapeuten wichtig, damit überhaupt die spezifischen Bedürfnisse von Patienten auch Sicht anderer Richtungen als der eigenen wahrgenommen werden können und Kenntnisse über die dazu passenden spezifischen Angebote anderer Richtungen als der eigenen bekannt sind (siehe den „Sockel“ in Abb.2). Ohne den Erwerb

einer grundlegenden Passungskompetenz können Patienten mangels Kenntnis auch keine passenden Angebote im Sinne des AMP gemacht werden, die über die o.a. Passung zwischen dem eigenen Ansatz und den Erwartungen des Patienten hinausgehen. Die methodenübergreifende Grundausbildung ermöglicht zugleich, zukünftige Fort- und Weiterbildungsprogramme besser mit der Primärausbildung zu verzahnen, ohne einfach ein „eklektisches Additivum“ darzustellen.

Eine solche methodenübergreifende Grundausbildung erscheint heute um so wichtiger, als im Zuge der Etablierung einer „tertiären Ausbildung“ im Rahmen von Weiterbildungsstudiengängen an Universitäten inzwischen im eigentlichen psychologisch-klinischen Hauptstudium an vielen Psychologischen Instituten die Vermittlung integrativer und übergreifender Kenntnisse und Fähigkeiten

ten und Psychotherapie inzwischen zurückgefahren wurde – mit der Begründung, das würde dann ja sowieso in der „tertiären“ Psychotherapie-Weiterbildung vermittelt.

## 2. Integration aus der Sicht der Theorie

### 2.1. Vier Grundorientierungen als Widerspiegelung gesellschaftlicher Pluralität

Auch aus Sicht der Theorie ist die Frage nach der Integration sehr komplex. Denn trotz aller Bemühungen um eine ggf. vereinheitlichende Sichtweise lassen sich vier „Grundrichtungen“ oder „Grundorientierungen“ der Psychotherapie deutlich unterscheiden. Diese haben jeweils nicht nur unterschiedliche Kernkonzepte und damit unterschiedliche Fokussierungen auf den therapeutischen Prozess und was „Veränderung“ überhaupt bedeuten soll. Sondern sie sind auch unterschiedlichen Paradigmen verpflichtet, was klinisch-therapeutische „Realität“ ausmacht – und damit, was als „Fakten“ zu verstehen ist. Zugleich stellen diese „Richtungen“ eine Widerspiegelung der Vielfalt an Werten, Lebensformen, Vorlieben und Zielen in einer pluralistischen Gesellschaft dar – quasi als unterschiedliche Antworten auf die Frage „wie wollen wir leben?“. Es geht dabei um

- a) Psychodynamische (d.h. analytische und tiefenpsychologische) Ansätze,
- b) Verhaltenstherapeutische Ansätze (einschließlich der kognitiven VT),
- c) Humanistische Ansätze,
- d) Systemische Ansätze (einschließlich der Familientherapie).

Trotz dieser Heterogenität der Perspektiven kann wohl nicht bestritten werden, dass bei einer erfolgreichen Therapie der Patient Veränderungen in folgenden „Realitäts“-Aspekten durchläuft, (entsprechend den Kernkonzepten der vier Grundorientierungen), nämlich (vgl. Kriz 2004b)

- a) die biographische Eingebundenheit seiner spezifischen Konflikt(abwehr)dynamik in deren symptomgebenden (kompromissbildenden) Auswirkungen versteht, ebenso
- b) gelerntes Verhalten und/oder der zugrundeliegenden kognitiven Prozessstrukturen ändert und neue Kontingenzen aufbaut, ferner
- c) die als Angst gespürte und in Vermeidungsverhalten manifestierte Inkongruenz zwischen seinem organismischen Erleben und seinem „Selbst“ zumindest in den symptomgenerierenden Auswirkungen durch Reintegration des nicht-Zugänglichen ins „Selbst“ vermindert, und letztlich auch

- d) seine destruktiven narrativen Konstruktionen über seine Beziehungen zu sich, zu anderen und zur Welt und deren gegenseitige Stabilisierung in den Interaktionen bedeutsamer Anderer (z.B. Partner oder Familie) verflüssigt und zu neuen Sinn- und Interaktions-Mustern („Attraktoren“) in den jeweiligen Systemdynamiken findet.

Bedeutsam ist bei dieser Zusammenstellung, dass es hier nicht etwa um vier unterschiedliche Prozesse geht. Sondern es handelt sich um vier unterschiedliche Perspektiven auf die erfolgreiche Veränderung in einem einzigen Prozess, nämlich dem Therapieprozess. Es geht somit lediglich um unterschiedliche *Beschreibungen* einer Wirklichkeit.<sup>2</sup>

Das macht den Wunsch der Theoretiker verständlich, auch eine (möglichst) einheitliche Theorie zum Verständnis dieser Vorgänge zu entwickeln. Ein solcher einheitlicher (und offensichtlich alle vier o.a. Beschreibungsperspektiven umfassender) Ansatz wäre fraglos eine erhebliche Integrationsleistung in der Rekonstruktion klinischer und therapeutischer Prozesse.

### 2.2. Strukturen möglicher integrativ-übergreifender Therapie-Theorien

Allerdings gibt es solche theoretischen Entwürfe bisher bestenfalls ansatzweise. Sie sind auch kaum auf einem Wege zu finden, welcher allgemeine Aspekte in Psychotherapien herauszuarbeiten versucht, wie die „Common Factors“ von Weinberger (1995) oder – ähnlich und im deutschen Sprachraum bekannter – die „Wirkfaktoren“ im Konzept einer „Allgemeine Psychotherapie“ von Grawe (1995). Solche Ansätze sind zwar hilfreich, auf bestimmte kategorielle Aspekte hinzuweisen, die in Psychotherapien grundsätzlich eine Rolle spielen – etwa, verbunden mit der „therapeutischen Beziehung“, die Aspekte: „Ressourcenaktivierung“, „Problemaktualisierung“, „Hilfe zur Problembewältigung“ und „motivationale Klärung“ (Grawe 1995). Die Grenzen solcher Taxonomien für die Entwicklung einer Theorie von Psychotherapie wird sofort deutlich, wenn man sich einen vergleichbaren Ansatz im Bereich der Elektrizitäts-Forschung des 18 Jahrhunderts

<sup>2</sup> Diese grundsätzlich-integrative Einheit der Betrachtung klinischer Wirklichkeit steht nicht im Widerspruch dazu, dass die Perspektiven und Beschreibungen im Detail andere Behandlungsweisen begründen welche wiederum andere Veränderungsaspekte fokussieren und somit im Detail auch andere differentielle „Effekte“ erzielen.

vorstellt: Die aufkommende Forschung über elektrische Phänomene untersuchte damals statische Aufladungen durch Reibung unterschiedlicher Stoffe (z.B. eines Harz-Stabes) und die elektrostatische Anziehung anderer Stoffe (z.B. Papier). Mit den „Common Factors“ oder dem „Wirkfaktoren“-Ansatz einer „Allgemeinen Elektrizität“ würde man zu Kategorien kommen, wie: „Material“, „Reibung“, „Größe“, „Schwere“ etc. – alles Aspekte die, ähnlich den Aspekten in der Psychotherapie, bei den elektrostatischen Phänomenen eine Rolle spielen. Aber diese Aspekte stellen natürlich nicht nur keine Theorie der Elektrizität dar. Man würde auch durch immer feinere Kategorien und immer genaueres Forschen im Rahmen dieser Kategorien niemals zu einer Theorie der Elektrizität gekommen sein.

Wesentlich Erfolg versprechender sind da m.E. Wege, wie sie von Grawe (1998) in seiner „Psychologischen Therapie“ eingeschlagen wurden. Diese ist keineswegs nur als eine Weiterentwicklung von „Wirkfaktoren“ im Rahmen einer Taxonomie zu sehen, sondern als eine stärkere Hinwendung zu grundlegenden erklärenden Wirkkonzepten – etwa der Berücksichtigung und Ausarbeitung des Schema-Konzepts in diesem Zusammenhang (ein Konzept, das eigentlich aus dem Systemansatz der frühen Gestaltpsychologie stammt). Einen ähnlichen Weg gehe auch ich selbst seit rund 2 Jahrzehnten mit der Entwicklung der „Personzentrierten Systemtheorie“ (zusammenfassende Übersicht in Kriz 2004a).<sup>3</sup>

Es ist hier nicht der Ort und das Thema, auf diese theoretisch-integrativen Theorieansätze näher oder gar vergleichend einzugehen. Es soll aber hervorgehoben werden, dass eine integrativ-übergreifende Theorie der Psychotherapie in jedem Falle drei Minimalforderungen zu erfüllen hat, die sich daraus ergeben, dass Psychotherapie unter mindestens drei Aspekten nur als eine „Grenzwissenschaft“ rekonstruiert werden kann – eine Wissenschaft, die im Grenzbereich unterschiedlicher Anliegen und Vorgehensweisen angesiedelt ist, die jeweils berücksichtigt werden müssen: Dabei geht es

<sup>3</sup> Im Gegensatz zu Grawes „Allgemeiner Psychotherapie“ bzw. „Psychologischer Psychotherapie“ hatte die „Personzentrierte Systemtheorie“ allerdings nie den Anspruch, auch einen eigenen therapeutisch-praktischen Ansatz „auf den Markt“ zu bringen. Vielmehr geht es darum, therapeutische und klinische Prozesse integrativ-schulenübergreifend zu *rekonstruieren* und damit theoretisch zu begründen und verständlich zu machen.

- erstens um den Unterschied zwischen Innenwelt und Außenwelt, d.h. zwischen der Perspektive der „1. Person“ („ich“) und jener der „3. Person“ („er“, „sie“, „es“). Das innere Erleben, auf das der Satz „ich habe Angst“ verweist, ist grundsätzlich etwas anderes als die Feststellung „er hat Angst“ anhand von Beobachtungen, physiologischen Messungen etc. Trotz aller empirischer Korrelationen zwischen beiden Bereichen und der Verfeinerung der Messungen aus der Außenwelt – z.B. mittels bildgebender Verfahren – lässt sich diese qualitative Differenz nicht auflösen. Daher sind beide Perspektiven zu berücksichtigen.
- Zweitens befindet sich die Psychotherapie im Grenzbereich zwischen „Natur“ und „Kultur“: Dies wird anhand eines Beispiels deutlich (Sluneco & Mayer 1999), bei dem ein Forscher in einem ihm unbekanntem Tal eine Ansammlung von verwitterten, eingekerbten Steinen erblickt und diese zunächst mit geologischen und anderen naturwissenschaftlichen Fragestellungen und Methoden untersucht. Der gesamte Forschungsansatz verändert sich, wenn er plötzlich entdeckt, dass es sich um eine Formation aus Grabsteinen handelt und die Kerbungen offenbar Zeichen darstellen. Denn damit geraten nun die *Intentionen* der menschlichen Handlungen in den Fokus: Nicht die *Ursachen* sondern die *Gründe* für die Kerbungen und die Steininformation sind nun wichtig. Was sollen diese *bedeuten* und *für wen* soll(t)en sie etwas bedeuten? Um dies zu erforschen muss versucht werden, Wissen über die Lebensumstände, die Geschichte, die Glaubenssysteme – kurz: die Kultur – dieser zu gewinnen (bzw. vorhandenes Wissen unter dieser Perspektive zusammenzustellen). Es dürfte kaum zu bestreiten sein, dass diese *Kultur-Perspektive* für die Psychotherapie sehr bedeutsam ist. Die Aussage eines Patienten ist selten als Naturvorgang zu fassen, den es objektiv *nomothetisch* (gesetzmäßig) zu erklären gilt, sondern als Kulturvorgang, der subjektiv und kommunikativ *idiographisch* (Eigentümliches, Einmaliges beschreibend) verstanden werden muss. Zusätzlich treffen auch hier die o.a. Innen- und Außenperspektive aufeinander, da sich der Mensch wesentlich selbst verstehen muss, als jemand, dessen persönliche (Auto-)Biographie hinreichend konsistent einer „Vergangenheit“ bedarf und sich auf eine „Zukunft“ hin entwerfen kann. Welche Eigenschaften, Defizite und Symptome hat jemand (und „ich selbst“), welche Leistungen und Verhaltensweisen werden

(wie stark, wie oft, wann etc.) gezeigt? – Diese Perspektive unterscheidet sich von Fragen wie: „Als wen sehe ich mich, wer bin ich geworden, was will ich im Leben erreichen?“. Und sie unterscheidet sich erst recht von dem *Erleben*, verstanden zu werden, sowie von dem *Erleben* von Geborgenheit oder von Sinnlosigkeit.

- Drittens muss die spezifische Einordnung in die hierarchischen Wechselwirkungen zwischen Mikro- und Makro-Prozessen bedacht werden, Denn die Kernphänomene der Psychologie – Wahrnehmungen, Gedanken, Gefühle, Handlungen – nehmen eine Ebene ein, die zwischen biosomatischen („mikro“) und sozialen Prozessen („makro“) liegt, gleichwohl sind die psychologischen Prozesse aber an die anderen Prozessebenen gekoppelt.

Diese drei Aspekte psychologischer Grenzbereiche sind dabei nicht unabhängig voneinander: So ist eine „Natur“-wissenschaftliche Position mit der Perspektive der „3. Person“ verkoppelt.

Ein weiteres Charakteristikum einer integrativ-übergreifenden Theorie der Psychotherapie liegt in ihrer grundsätzlich (zumindest aber auf absehbare Zeit) **rekonstruktiven** Ausrichtung. Das bedeutet, dass die therapeutische Grundfrage: „Warum, wann und wie entwickelt sich eine bestimmte psychische Störung bei einem bestimmten Menschen?“ m.E. nur rekonstruktiv (und damit vor allem idiographisch) aber nicht prospektiv (und damit nur sehr beschränkt nomothetisch) beantwortbar sein wird.

Diese Aussage steht nicht im Widerspruch zu dazu, dass auch im Bereich von Psychotherapie nach allgemeineren Gesetzmäßigkeiten geforscht werden soll und dass vor allem gesetzmäßige Befunde aus angrenzenden Wissenschaften (etwa der Physiologie und der Gehirnforschung) eine große Bedeutung haben. Der Grenzen des Beitrag gesetzmäßiger Zusammenhänge für die Beantwortung der o.a. Frage wird aber deutlich, wenn wir die Frage zu beantworten suchen: „Warum, wann und wie fällt ein Blatt vom Baum?“. Für diese letztere Frage liefern zweifellos gesetzmäßige Erkenntnisse aus Biologie und Botanik erhebliche Grundlagen zum „Warum“ und „Wann“ - ebenso wie die Meteorologie. Die Kenntnisse der Physik mit Gravitation und Aerodynamik liefern Grundlagen zur Erörterung des „Wie“. Aber damit sind weder Zeitpunkt noch genaue Flugbahn eines konkreten Blattfalls nomothetisch vorhersagbar. Trotzdem kann aus den Kenntnissen eine erhebliche Anzahl von

Handlungsoptionen abgeleitet werden – etwa, in einem sehr trockenen Sommer die Bäume zu gießen, wenn sie ihre Blätter lange behalten sollen (was vielleicht bei Früchten relevanter ist als bei Blättern).

Eine Theorie der Psychotherapie sollte daher nicht präziser prognostischer sein wollen als die Physik und andere Naturwissenschaften. Darüber hinaus ist bei der Dynamik einer „psychischen Störung“ zusätzlich ein zentraler Aspekt wesentlich, der bei der Dynamik des „fallenden Blattes“ keinerlei Rolle spielt: Die Entwicklungsdynamik ist wesentlich von *Bedeutungen* abhängig, welche die Beteiligten einzelnen Phänomenen und deren Kontexte zuschreiben. Eine Psychotherapie-Theorie, die dies nicht zentral berücksichtigt, wird m.E. nicht einmal überzeugende rekonstruktive Erklärungen liefern können.

### 2.3 Notwendigkeit für ein integrativ-übergreifendes Theorie-Dach

Trotz aller vorgetragenen Einschränkungen, denen gegenwärtig und grundsätzlich eine integrativ-übergreifende Theorie unterliegt, ist ein möglichst einheitliches Theorie-Gebäude wichtig. Denn die für eine hinreichende Passungskompetenz erforderliche Integration kann nicht durch Eklektizismus ersetzt werden.

Wohl die meisten Supervisoren sind sich über alle Ansätze hinweg darin einig, dass es ungünstig ist, wenn Therapeuten nur deshalb eine Vorgehensweise bei einem Patienten wechseln, weil sie mit der bisherigen nicht „weiterkommen“ und nun einfach „etwas anderes ausprobieren“ wollen. Geschieht nämlich eine solche Veränderung nicht reflektiert und letztlich begründet, ist die Gefahr groß, dass hier bedeutsame Prozessanteile einfach übersehen werden - wobei dann das „andere Vorgehen“ als Ersatz meist auch sehr bald zu denselben Problemen und Grenzen führt.

Wie wichtig eine möglichst weitgehende theoretische Integration der ins Auge gefassten Vorgehensweisen und Aspekte ist, zeigt sich z.B. an der Verhaltenstherapie (VT). Die größte Stärke der VT, nämlich alles als „Technik“ zu verwenden, was sich in UV-AV-Designs<sup>4</sup> als „wirksam“ erweist, ist zugleich ihre Achillesverse. Die damit verbundene Gefahr des Eklektizismus wird z.B. bei der „Therapeutischen Beziehung“ deutlich:

---

<sup>4</sup> Gemeint ist die Auflösung in „unabhängige“ und „abhängige“ Variablen und den üblichen Analysemethoden.

Wie in allen heutigen Ansätzen wird inzwischen auch in der VT die „Therapeutische Beziehung“ als sehr bedeutsam angesehen. Im Gegensatz zu dieser beigemessenen Bedeutung, ist „Therapeutische Beziehung“ aber theoretisch nicht oder nur sehr mangelhaft ins VT-Paradigma integriert. Damit ist die Kritik von M. Buchholz berechtigt, dass bedeutsame Teile der VT-Wirkung gar nicht in der VT-Theorie auftauchen – ein Zustand, den eigentlich auch jeder VT-Anhänger als überaus unbefriedigend ansehen muss.

Damit ergibt sich ganz klar, dass ohne eine möglichst weitgehende theoretisch-konzeptionelle Integration der als wirksam erachteten Vorgehensweisen nicht nur ein Mangel an Passungskompetenz sondern auch ein unnötiger partieller Dilettantismus folgt (eben, wenn beispielsweise „Therapeutische Beziehung“ zwar als wirksamkeits-relevant angesehen wird, aber dazu kein im Rahmen des jeweiligen Ansatzes begründetes Konzept vorliegt).

Daher ist – nochmals: trotz aller vorgetragenen Einschränkungen, denen gegenwärtig und grundsätzlich eine integrativ-übergreifende Theorie unterliegt – die Arbeit an einem solchen übergreifenden theoretischen Dach wesentlich und sollte bei aller Begrenzung auch bereits in der heutigen Ausbildung größere Bedeutung zugesprochen bekommen. Konkret würde sie sowohl in den Sockel der „Methodenübergreifenden Grundausbildung“ einfließen, als auch die einzelnen „Säulen“ bereichern (vgl. Abb.2).

## 2.4. Notwendigkeit für heterogene „Säulen“ der Grundorientierung

Auf absehbare Zeit ist trotz der Bedeutung einer methodenübergreifenden Grundausbildung und eines integrativ-theoretischen Daches eine Zentrierung auch auf die vier bereits gekennzeichneten Grundorientierungen notwendig. Diese spiegeln eben nicht nur die Grundrichtungen historisch gewachsener Schulen als homogene Arbeitszentrierungen der *Psychotherapeuten* wider sondern vor allem auch die Pluralität der Werte und Weltbilder von *Patienten*. Es handelt sich somit um eine Minimal-Diversifikation von passungsgerechten Orientierungen.

Eine noch größere Diversifikation wäre durchaus zu überlegen – und findet faktisch auch statt, weil Ausbildungsinstitute spezifische Schwerpunkte haben. So sind beispielsweise im Rahmen psychoanalytischer Ausbildungsgänge Zentrierungen eher auf Freudscher „Psychoanalyse“, Adlerianischer „Individualpsychologie“ oder Jungischer „Analytischer Psychologie“ zu finden, ohne dass der Anspruch einer völligen Vereinheitlichung besteht. Allerdings ist z.B. das „Modell Österreich“ mit einer an Ausbildungsinstituten orientierten Anerkennung angesichts der Rahmenbedingungen in der BRD mit ihren bürokratischen Fixierungen auf abstrakte „Richtlinienverfahren“ kurzfristig nicht realisierbar. Daher wäre eine legale Erweiterung der beiden derzeit zugelassen Säulen PD und VT um die beiden anderen Säulen für die BRD bereits ein Fortschritt.

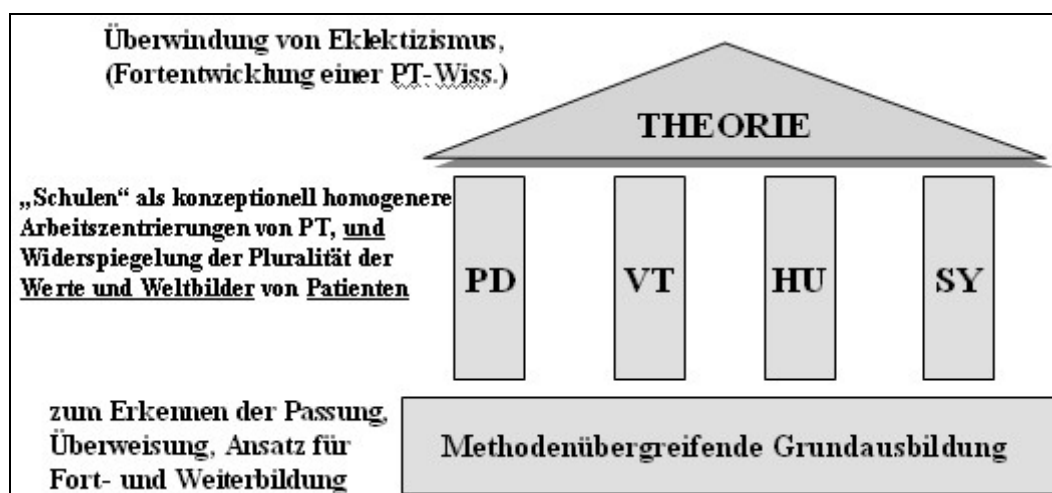


Abb. 2: Vier-Säulen-Modell (nach Kriz 2005)

Die Notwendigkeit des „Vier-Säulen-Modells“ – das der Vielfalt des therapeutischen Vorgehens in den Rahmenbedingungen der BRD besser gerecht wird – ergibt sich paradoxerweise bereits aus den o.a. Perspektiven auf den therapeutischen Prozess: Obwohl betont wurde, dass stets alle Perspektiven *theoretisch* relevant sind, kann kein Therapeut alle diese Aspekte *handlungsrelevant* im Kopf haben. Und selbst wenn ein Therapeut alle dies könnte, würde sich – auf dem gegenwärtigen Forschungsstand – wenig Praktisches daraus ergeben: Er müsste sich letztlich in einer konkreten Situation und im Hinblick auf die Beschwerden des Patienten entscheiden, ob er z.B. eher regressive Prozesse und Übertragungsdynamiken fördern, einen sokratischen Dialog oder eine systematische Desensibilisierung beginnen, durch empathische Begegnung oder Focusing unbewusstes organismisches Erleben ins Selbst integrieren oder über zirkuläres Fragen, paradoxe Intervention oder lösungsorientiertes Interview bestimmte narrativ-interaktive Muster verändern will (um nur wenige Aspekte der vier Säulen zu nennen).

Die vier Säulen stellen natürlich nur Grundorientierungen dar, die der schulen-zementierenden, richtlinien-fokussierten Denkweise der Gesundheitsbürokraten in der BRD Rechnung trägt. Wo immer möglich – und durch eine überfällige Reform realisierbar – sind natürlich auch Zusammenlegungen und Neuschneidungen solcher Säulen möglich, sofern sie theoretisch begründet werden und der Qualifikation des Ausbildungsteams entsprechen. Ähnlich, wie sich bereits psychoanalytische und tiefenpsychologisch fundierte Richtungen unter dem Label „psychodynamisch“ zusammengefunden haben (und ggf. neue Differenzierungen herausbilden), ließen sich beispielsweise die humanistische und die systemische Grundorientierung sehr gut auch als *eine* Säule in einem entsprechenden Ausbildungsgang vermitteln. Ähnlich könnte man sich körperorientierte oder „expressive arts“-orientierte Ausbildungen vorstellen, die (theoretisch begründet und praktisch erprobt) aus mehreren Säulen ergänzende Teile integrieren, bzw., andersherum, sich unterschiedlich Säulen zuordnen lassen.

De facto finden ja im stationären Bereich solche integrativen und vielfältigen Vorgehensweisen und Angebote längst statt – dort, wo der Arm der Gesundheitsbürokraten therapeutische Innovation nicht an die Kette allzu enger antiquierter Vorstellungen legen kann.

### 3. Integration aus der gesetzlichen und gesundheitspolitischen Perspektive

Wie bereits mehrfach angeklungen, wird die auf dieser Tagung zum Leitthema erhobene „Einheitlichkeit des Berufsbildes und Vielfalt des Vorgehens“ trotz aller praktischer und theoretischer Untermauerung ihrer Sinnfälligkeit und Notwendigkeit in Deutschland durch den Gesetzgeber und dessen gesundheitspolitische Umsetzungsinstanzen extrem behindert.

Einerseits droht durch den „Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA)“ eine indikationspezifische Zersplitterung von Psychotherapieverfahren. Andererseits wird in der BRD derzeit an der Ausbildung und Zulassung in reinen Richtlinienverfahren festgehalten – also etwa eine möglicherweise sinnvolle Differenzierung und Neu-Integration selbst von zugelassenen Verfahren bzw. Teilen davon in der Psychotherapeutenausbildung allein aufgrund bürokratischer Hemmnisse verhindert. Wie ich aus Gesprächen weiß, möchte so manches Ausbildungsinstitut integrativ und übergreifend ausbilden (unter Einbeziehung der differentiellen Befunde aus allen vier „Säulen“), wenn die Gesetzeslage nur etwas sinnvoller bzw. die bürokratischen Überwachungsorgane hier liberaler und realitätsorientierter wären.

Schon die allgemein widerspruchsfrei erfolgte Aufspaltung in PP und KJP ließe sich hinterfragen: Selbstverständlich ist die therapeutische Vorgehensweise bei einem 10-Jährigen anders als bei einem 30-Jährigen, und es bedarf spezifischer Ausbildungsanteile. Dies hätte aber nicht notwendig zu zwei Berufsgruppen führen müssen. Denn auch die Vorgehensweise bei der Regulationsstörung eines Säuglings ist kaum vergleichbar mit der Vorgehensweise bei dem eben erwähnten 10-Jährigen – ohne dass man, gottlob, nun auf die Idee käme, als weitere Berufsgruppen den Säuglingspsychotherapeuten und, sinngemäß, den Seniorenpsychotherapeuten etc. einzuführen. Dass bestimmte Spezialisierungen von Psychotherapeuten und/oder bestimmte Spezial-Qualifikationen sinnvoll sind, ist damit unbestritten.

Schon die Bezeichnungen und Zentrierungen, welche die einzelnen Verwaltungs-Institutionen verwenden, sind recht unterschiedlich. Wobei es sich angesichts des hohen Ausmaßes an Bürokratisierung hierzulande und damit verbundenen Kernfrage, was erlaubt und was verboten ist (oder, abgemildert: was von wem bezahlt wird), keineswegs nur um Fragen der Begrifflichkeit

und der Kommunikation handelt. Sondern es hängen im Einzelfall Existenzen davon ab.

So spricht das Sozialgesetzbuch (SGB V) von „Therapierichtungen“, „Behandlungsverfahren“ und „Behandlungsmethoden“. Der G-BA hat den Begriff der „Behandlungsformen“ eingeführt, was im Zusammenhang mit der vom ihm intendierten Aushebelung der gesetzlichen Einheit des Psychotherapieverfahrens und der Einführung einer indikationsspezifischen Beurteilung in Zulassungsverfahren steht. Der „Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie (WBP)“ wiederum konzentriert sich auf einzelne empirische Studien, die „Methoden“ zugeordnet werden, die wiederum als indikationsspezifische „Techniken“ verstanden werden. „Verfahren“ sind dann eine „Gruppe von Techniken“ (die zudem in einem bestimmten Anwendungsbereich jeweils als „wirksam“ nachgewiesen sein müssen). Aus dieser Perspektive des WBP ist zwar prinzipiell eine „Integration“ leicht möglich (sofern es dann die rechtlichen Bestimmungen nach einer Reform zulassen werden) – allerdings primär im Sinne der Kombination von „Techniken“. Gerade die in diesem Beitrag geforderte – und zumindest in manchen Ansätzen sehr bedeutsame – theoretisch-konzeptionelle Ganzheit droht dabei zersplittert oder zu einem irrelevanten Zusatzaspekt zu werden.

Insgesamt lässt sich aus diesen Ausführungen das Resümee ziehen, dass ein „einheitliches Berufsbild und die Vielfalt des Vorgehens“ mit einer Integration auf der Basis des „Vier-Säulen-Modells“ zwar praktisch und theoretisch sinnvoll ist, aber „politisch“ von Kräften stark behindert bis torpediert wird, die am Erhalt der nicht-Legalisierung eines großen Teils psychotherapeutischer Praxis in der BRD großes Interesse haben. Es besteht zudem die Gefahr, dass die bestehende Einheitlichkeit zunehmend zerschlagen und die Reste an Vielfalt weiter reduziert werden. Dies ist kontrafaktisch zur Entwicklung im stationären Bereich und wird weder den Bedürfnissen der Praktiker gerecht noch trägt es der theoretischen Entwicklung Rechnung. Ein kurzfristiger berufspolitischer und gruppenspezifischer „Erfolg“ im Sinne des Obsiegens über „Konkurrenten“, der als Motiv die Verhinderung von Pluralität verständlich machen könnte, würde aber mittelfristig der gesamten Psychotherapie und den Patienten schaden. Gefragt ist statt einer monolithischen

Einheitspraxis oder einem abstrakt-störungsspezifischen Wirksamkeits-Eklektizismus die *Passungskompetenz* von Therapeuten, die nur über das in den vier „Säulen“ repräsentierte Gesamtspektrum vertreten und vom einzelnen Therapeuten auf der Basis einer methodenübergreifenden Grundausbildung mit Blick auf ein integrativ-übergreifendes „Theorien-Dach“ realisiert werden kann.

## Literatur

- Brockmann, J., Schlüter, Th., Brodbeck, D. & Eckert, J. (2002): Die Effekte psychoanalytischer und verhaltenstherapeutischer Langzeittherapien. Eine vergleichende Studie aus der Praxis niedergelassener Therapeuten. *Psychotherapeut*, 47, 6
- Kriz, J. (2004a): Personzentrierte Systemtheorie. Grundfragen und Kernaspekte. In: Schlippe, A.v. & Kriz, W.C. (Hrsg): Personzentrierung und Systemtheorie. Perspektiven für psychotherapeutisches Handeln. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 13 – 67
- Kriz, J. (2004b): Wissenschaftliche Grundlagen: Denkmodelle. In: Senf, W. & Broda, M. (Hrsg): Praxis der Psychotherapie, 3. Aufl. Stuttgart: Thieme, 18 – 24
- Kriz, J. (2005): Von den Grenzen zu den Passungen. *Psychotherapeutenjournal*, 4, 1, 12 – 20
- Maschke, U. & Otto, Th. (2003). Therapieziele aus Patientensicht. Unveröff. Diplomarbeit. Humboldt-Universität zu Berlin: Institut für Psychologie/Lehrstuhl für Psychotherapie (Prof. I. Frohburg)
- Orlinsky, D. E. & Howard, K. (1987): A generic model of psychotherapy. *J. Integrative Eclectic Psychother* 6: 6-27. Deutsch: 1988. Ein allgemeines Psychotherapiemodell. *Integrative Therapie* 4: 281-308
- Weinberger, J. (1995): Common factors aren't so common: the common factors dilemma. *Clinical Psychology*, 2, 45-69
- Grawe, K. (1995): Grundriss einer allgemeinen Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 40, 130-145
- Grawe, K. (1998): *Psychologische Therapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Slunecko, T. & Mayer, H. (1999): Das Hindernis und die Schwelle. In: Slunecko, T. et al. (Hrsg.): *Psychologie des Bewusstseins – Bewusstsein der Psychologie*. Wien: WUV, 219-232

## Vorträge zum Thema

Michael Linden

### Argumente für eine schulenspezifische Psychotherapie

#### Definition von Psychotherapie und Methodenintegration

Wenn man die Möglichkeiten und Grenzen einer Methodenintegration in der Psychotherapie wissenschaftlich fundiert, evidenzbasiert und indikationsspezifisch diskutieren will, dann bedarf es vorab der Klärung, was unter Psychotherapie und Methodenintegration zu verstehen ist.

Es gibt vielfältige Formen psychotherapeutischer Interventionen (Tab 1). Im Folgenden soll jedoch nur über die sog. „Richtlinienpsychotherapie“ im engeren Sinne gesprochen werden. Für andere Varianten psychotherapeutischer Interventionen gelten teilweise andere Voraussetzungen.



**Tab. 1: Formen psychotherapeutischer Interventionen**

Arten von Psychotherapie	Wer macht es?
allgemeine Arzt-Patient-Interaktion	jeder Arzt
ärztliche Beratung	jeder Arzt
psychotherapeutische Krisenintervention	jeder Arzt
supportive Psychotherapie (> 30 Min)	jeder Arzt
psychiatrische Psychotherapie	Facharzt
Unterstützung zur Krankheitsverarbeitung	jeder Arzt
Gesundheitsschulung	Trainer, Ärzte, Psychologen
psychosomatische Grundversorgung	Ärzte mit Ausbildung in Psychosomatischer Grundversorgung
Richtlinienpsychotherapie	Ärztliche und psychologische Psychotherapeuten
stationäre Psychotherapie in Akutkliniken	multidimensional und Krankheitsepisode interdisziplinär mit Fokus auf die
stationäre Psychotherapie in psychotherapeutischen Fachkliniken	multidimensional und interdisziplinär mit Fokus auf die Krankheitsentwicklung

Psychotherapie (hier und im Folgenden i.S. der Richtlinienpsychotherapie) in Abgrenzung zu anderen Formen der allgemeinen zwischenmenschlichen Hilfe und Zuwendung definiert sich über die folgenden Charakteristika (Tab. 2): Psychotherapie muss lehr- und lernbar sein, woraus sich ergibt, dass ein Psychotherapeut beschreiben können muss, was er tut oder vorhat zu tun, was auch in einer Fachsprache geschehen muss, um idiosynkratischen Definitionen und Missverständnissen vorzubeugen (Kriterium der Theoriefundierung). Sie muss zielorientiert sein, woraus sich ergibt, dass ein Therapeut vor Aufnahme einer Therapie sagen können muss, was er mit welcher Wahrscheinlichkeit erreichen wird (Kriterium der Evidenzbasierung). Sein therapeutisches Vorgehen muss durch Dritte beurteilt werden können um Verstöße gegen geltende Fachstandards feststellen und ggfls. haftungs- und strafrechtlich ahnden zu können (Kriterium der Qualitätssicherung). Schließlich

ist Psychotherapie in Abgrenzung zu Manager-Training, Well-being Angeboten, Partnerschafts-, Berufs- und Erziehungsberatung oder Zauberei eine Krankenbehandlung und damit auch eingeordnet in allgemeine Regeln des Sozial- und Heilkunderechts, was die Freiheit eines Therapeuten erheblich einschränkt, da er nicht tun kann was er will und nicht einmal das was er für gut oder optimal hält, sondern das, was den Indikations- und Notwendigkeitsregeln unseres Sozialsystems entspricht. Diese Anforderungen an eine professionelle heilkundliche Psychotherapie setzen auch Grenzen für eine Methodenintegration.



**Tab. 2:**  
**Definitionscharakteristika von Psychotherapie**

Definition <b>Psychotherapie</b>	Im Unterschied zu
lehr- und lernbar	Manager-Training
zielorientiert	Well-being Angebote
theoriegestützt	Partnerschaftsberatung
evidenzbasiert	Berufsberatung
Qualitätsgesichert	Erziehungsberatung
gesetzlich normiert	Zauberei usw.
Krankenbehandlung	

Die wissenschaftliche wie versorgungspolitische Diskussion um die Stichworte „störungsspezifische Psychotherapie“, „integrative Psychotherapie“ oder „Methodenintegration“ ist getragen von dem Ziel einer schulenübergreifenden „allgemeinen Psychotherapie“. Es ist damit nicht gemeint, dass z.B. ein kognitiver Verhaltenstherapeut sowohl bei Depressionen wie bei Zwangserkrankungen in gleicher Weise Kognitionen analysiert, also bei verschiedenen Störungen auf ein und dieselbe Methode zurückgreift, bzw. indikationsspezifisch unterschiedlich vorgeht, indem er bei Zwangserkrankungen eine Reaktionsverhinderung durchführt, während er dies bei Depression nicht tut. Die Frage der sog. Methodenintegration ist nur insofern Anlass für eine kontroverse Fachdiskussion als damit gemeint ist, dass Elemente aus verschiedenen Therapieschulen oder –traditionen je nach Bedarf des Einzelfalls gemischt zur Anwendung kommen und ein Therapeut frei ist, unterschiedliche Therapieansätze in einem therapeutischen Prozess zu integrieren.

Will man dies tun, dann ergibt sich jedoch eine Reihe von grundsätzlichen Problemen, die die vorgenannten Kriterien einer professionellen heilkundlichen Psychotherapie im Kern in Frage stellen. Im Folgenden sollen nur einige ausgewählte vordringliche Probleme kurz skizziert werden unter Bezug auf die Wissenschaftstheorie, die Therapiekonzeptualisierung, die Ausbildung, die Therapiekoordination, die Qualitätssicherung und den Patientenschutz

### **Wissenschaftstheorie**

Es gibt keine wissenschaftliche Psychotherapie ohne eine Theorie und einen daraus abgeleiteten Begriffsapparat. Eine „Übertragung“ oder ein „automatischer Gedanke“ ist kein Gegenstand den man sehen könnte, sondern unter wissenschaftstheoretischer Betrachtung sog. „hypothetische Konstrukte“. Ihre Konnotation ist nur zu verstehen unter Bezug auf die Theorie aus der sie

stammen. Der Begriff der „Übertragung“ hat daher weitreichende theoretische Implikationen einschließlich von Annahmen über frühkindliche Beziehungen. Gleiches gilt für den Begriff des „automatischen Gedanken“ der ohne Bezug z.B. auf Grundannahmen und die Attributionstheorie inhaltsfrei ist. Der Begriff der „automatischen Gedanken“ wird dann fälschlicherweise z.B. synonym benutzt mit „was hat sich der Patient gedacht“. Derartige Reifizierungen, d.h. Verdinglichung hypothetischer Konstrukte, sind wissenschaftstheoretisch ein Fehler und therapeutisch ein Kennzeichen von Unprofessionalität und mangelnder Fachkenntnis.

Aus dieser Überlegung folgt, dass psychotherapeutische Begriffe nicht aus einer Therapietheorie (psychotherapeutische Schule) in eine andere übertragen werden können. Wenn ein Verhaltenstherapeut von „Übertragung“ redet, weiß man nicht, was er meint. Wenn er meint, die Interaktion zwischen Patient und Therapeut analysieren zu müssen, dann stehen hierfür verhaltenstherapeutische Begriffe zur Verfügung, einschließlich der Möglichkeit, die Lerngeschichte zu beschreiben. Es gibt also keinen Grund zu einer unsauberen und missverständlichen Begriffsbenutzung.

Eine Sonderstellung nimmt die Diskussion um die sog. „allgemeine Psychotherapie“ ein. Hier werden nicht Konzepte verschiedener Therapietheorien aus ihrem jeweiligen Kontext herausgenommen und vermischt, sondern eine neue Therapietheorie entwickelt, die den Anspruch für sich erhebt, besser zu sein als die bisherigen Theorien und diese damit überflüssig zu machen. Das Konzept der „allgemeinen Psychotherapie“ ist brillant formuliert und publiziert worden, müsste jedoch erst einmal empirisch belegt werden, was bislang nicht geschehen ist. Es basiert historisch und konzeptuell auf Denkansätzen der klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie, die auch schon den Anspruch hatte, allgemeingültige Therapieprinzipien beschrieben zu haben, was sich als falsch erwiesen hat. Es wäre eine eigne Diskussion dazulegen, warum auch der selbst gestellte Anspruch der neuen „allgemeinen Psychotherapie“ nicht eingelöst werden kann. Für das Problem der sog. „Methodenintegration“ gilt aber, dass die „allgemeine Psychotherapie“ letztlich nichts anderes ist als eine neue Psychotherapieschule und dass für die dort benutzten Begriffe dasselbe gilt wie für die Begriffe der anderen Psychotherapieschulen. Sie haben keine allgemeine Anwendbarkeit sondern sind ebenfalls theoriegebunden und nicht übertragbar.

## Therapiekonzeptualisierung und Qualitätssicherung

Psychotherapie ist das, was der Psychotherapeut tut (und wofür er bezahlt wird). Wie bereits ausgeführt muss ein Therapeut sagen können, was er macht und es muss auch möglich sein zu beurteilen, ob er das, was er vorgeblich angibt zu tun auch tatsächlich tut und obendrein qualitativ gut tut. Wenn ein Therapeut angibt z.B. Verhaltenstherapie zu machen, dann muss das nicht stimmen. Selbst wenn er vorhat Verhaltenstherapie zu machen, dann heißt das noch nicht, dass er es auch kann.

Wenn man Therapeutenverhalten beschreiben will, dann müssen sechs Ebenen voneinander unterschieden und getrennt beschrieben werden: die Beziehungsebene, die Ebene der Basistechniken, die Ebene der störungsspezifischen Techniken, die Sitzungsstrategie, die Prozessstrategie und die Heuristikebene. Die Kompetenz eines Psychotherapeuten kann und muss auf jeder dieser Ebenen gesichert, nachgewiesen und beurteilt werden.

Die Beziehungsebene umfasst Variablen wie Zugewandtheit, Interesse, Echtheit usw. Dies

kann gelernt und auch quantifizierend gemessen werden.

Die Ebene der Basistechniken umfasst die psychotherapeutischen Interventionen, die für eine bestimmte therapeutische Schule als charakteristisch angesehen werden können. Es sind die Interventionen, die zum allgemeinen Methodenrepertoire eines jeweiligen Psychotherapeuten gehören. So muss jeder Verhaltenstherapeut z.B. in der Lage sein, ein Arbeitsbündnis und eine Therapiezielvereinbarung mit dem Patienten herzustellen, Hausaufgaben zu stellen, eine Verhaltensanalyse durchzuführen, mit dem Patienten ein Störungsmodell zu entwickeln, Problemlösungen zu strukturieren, Kognitionen zu modifizieren, Selbstkontrolle und Selbstmanagement einzuüben oder Emotionen zu bearbeiten. Für jeden dieser Bereiche lassen sich detaillierte Verfahrensvorschriften benennen. Tab. 3 zeigt als Beispiel, was zu einem Problemlösetraining im Einzelnen gehört. Wenn ein Band einer Therapiesitzung abgehört wird, dann kann ein Beurteiler objektiv feststellen ob in dieser Sitzung ein Problemlösetraining durchgeführt wurde und ob alle technischen Erfordernisse auch korrekt umgesetzt wurden. Hiefür kann bei Bedarf auch auf Manuale oder Kompetenz-Checklisten zurückgegriffen werden. Gleiches ist auch für andere Therapierichtungen möglich.

**Tab. 3:**  
**Verhaltenstherapeutisches Vorgehen beim Problemlösetraining (in Anlehnung an die Verhaltenstherapie-Kompetenz-Checkliste)**

➤ Bestehende Probleme bzw. schwierige Situationen werden auf der Verhaltensebene beschrieben.
➤ Der bisherige Umgang mit dem Problemverhalten bzw. mit schwierigen Situationen wird hinterfragt und analysiert.
➤ Bestehende Probleme werden in Einzel- bzw. Teilprobleme unterteilt und erst dann bearbeitet.
➤ Es werden nach Schwierigkeit gestufte Hierarchien von Problemen, Themen, Aufgaben oder Anforderungssituationen erstellt.
➤ Es wird an Übungsproblemen gearbeitet, d. h. an Problemen, die für den Patienten relevant sind, in denen er jedoch Fehler machen kann, üben kann, ohne etwas zu riskieren (z.B. Arbeitsplatz, Ehe)
➤ Es werden mit dem Patienten detailliert mehrere alternative Verhaltensoptionen für konkrete Situationen herausgearbeitet. Strategien zur Bewältigung der relevanten Probleme werden im Detail auf der Verhaltensebene besprochen.
➤ In einzelnen Übungen (Dialog, Rollenspiel, Exposition) werden Probleme oder Verhaltensproben dargestellt, modifiziert und geübt.
➤ Über die Qualität der Übungen (Dialog, Rollenspiel, Exposition) wird dem Patienten eine Rückmeldung gegeben.

Die Ebene der störungsspezifischen Techniken umfasst solche Methoden, die nicht zum allgemeinen Repertoire gehören sondern speziell bei bestimmten Erkrankungen anzuwenden sind. Beispiele wären „Worry Exposure“ bei Generalisierten Angststörungen oder „Reaktionsverhinderung“ bei Zwangserkrankungen.

Auf den Ebenen der Sitzungsstrategie und der Prozess-Strategie ist zu beurteilen, ob ein Therapeut seine Interventionen im Zeitverlauf und unter Berücksichtigung der Therapieentwicklung zum richtigen Zeitpunkt einsetzt. So ist beispielsweise eine vorzeitige Deutung ist einer der klassischen Kunstfehler in der Psychoanalyse.

Die Ebene der Heuristik beschreibt schließlich die theoretischen Konzepte sowohl bezüglich der therapeutischen Schule wie des vorliegenden Krankheitsbildes. Zu fragen ist also, ob ein Therapeut die theoretischen Modelle z.B. von Bibring kennt, wenn er tiefenpsychologisch eine depressive Störung behandeln will.

Die Interaktion dieser sieben Ebenen der psychotherapeutischen Kompetenz lässt sich am Beispiel der Musik erläutern. Die Basisebene entspricht der allgemeinen Musikalität und dem musikalischen Gefühl, die Basistechniken der Beherrschung des Instruments oder die Fingerläufigkeit am Klavier, die störungsspezifischen Techniken der Fähigkeit, einen bestimmten Lauf zu spielen, die Sitzungsstrategie und Prozessstrategie der Notenabfolge in einem Satz bzw. über die ganze Partitur hin und die Heuristik der Theorie über den Komponisten und das Stück. Es ist evident, dass man auf jeder dieser Ebenen kompetent oder inkompetent sein kann und dies die Ebenen sind auf denen professionelle von unprofessionellen Therapeuten unterschieden werden können.

Die Unterscheidung dieser Kompetenzebenen ist aber nur von Bedeutung für die Beurteilung der Qualität einzelner Therapeuten, sondern auch für die Operationalisierung und Abgrenzung verschiedener Schulen. So gibt es auf der Beziehungsebene methodenabhängige Unterschiede, indem ein Psychoanalytiker z.B. mehr emotionale Distanz, ein klientenzentrierter Therapeut mehr emotionale Wärme oder ein Verhaltenstherapeut mehr dirigierende Strukturiertheit benötigt als andere Therapeuten. Große Unterschiede zwischen verschiedenen Schulen finden sich auf der Technikebene. Die in Tab. 3 genannten Interventionen würde ein Psychoanalytiker oder klientenzentrierter Gesprächspsychotherapeut niemals in dieser Form einsetzen. Es würde sich auch verbieten, in einer psychoanalytischen Behandlung einmal schnell solche „verhaltenstherapeutischen Elemente“ zu benutzen, dass diese einen entsprechenden verhaltenstherapeutischen Behandlungsprozess voraussetzen und nicht isoliert eingesetzt werden können. So werden in der klinischen Praxis zunehmend Patienten gesehen, die mehr Angst haben als zuvor, nachdem ihnen im Rahmen einer anderen Therapieform „auch noch eine verhaltenstherapeutische Exposition“ zugemutet wurde, die jedoch nicht fachgerecht in einen verhaltenstherapeutischen Behandlungsprozess eingebettet war. Dies hat die Qualität eines Kunstfehlers.

## Therapeutenausbildung

Die vorgenannten Überlegungen zur Therapiekonzeptualisierung und Qualitätssicherung in der Psychotherapie, die für eine begrifflich und technisch saubere schulenbasierte Psychotherapie sprechen, haben auch unmittelbar Konsequenzen für die Therapeutenausbildung. Ein Psychotherapeut muss bis zur Approbation nur sechs Fälle behandelt haben. Wenn er zwanzig behandelt hat, bevor er selbstverantwortlich zu arbeiten beginnt, dann ist das in der Regel eher viel. Es gibt aber im ICD alleine neun Oberkapitel im Bereich der psychischen Störungen mit hunderten von einzelnen Erkrankungen zu denen auch noch die Indikationen bei somatischen Erkrankungen hinzugechnet werden müssen. Schließlich gibt es für jede einzelne Krankheit, wie z.B. Zwangsstörungen ein Dutzend Prägnanz- und Entwicklungsformen, auf die psychotherapeutisch unterschiedlich eingegangen werden muss. Daraus folgt, dass es unmöglich ist, eine Ausbildung durchzuführen, in der ein zukünftiger Psychotherapeut für jede einzelne Krankheit eine „störungsspezifische“ Therapie lernt. Es kann nur ein paradigmatisches Vorgehen erlernt werden. Realistischerweise und in der Praxis bewährt lernt der Therapeut schulenspezifische Grundkenntnisse auf allen vorgenannten Ebenen. In der Selbsterfahrung und Supervision lernt er eine therapeutische Beziehung nach den Erfordernissen seiner Schule aufzubauen, er lernt Basistechniken und erwirbt die Fähigkeit, störungsspezifische Techniken zu erwerben, wenn sie im Einzelfall benötigt werden. Er lernt einen Therapieprozess zu steuern und lernt, in der Theorie und Begrifflichkeit seiner Schule zu denken und sich auszudrücken.

Die Frage ist, wie viele Schulen ein Therapeut lernen kann. Die eigene praktische Erfahrung besagt, dass die zur Verfügung stehende Zeit meist schon nicht zur soliden Aneignung auch nur einer Psychotherapieschule reicht. Der Versuch mehrere gleichzeitig zu lernen führt regelhaft zu konzeptuellen Verwirrungen im Kopf des angehenden Therapeuten. Wer gleichzeitig versucht fünf Sprachen zu lernen muss mit Interferenzen rechnen, die das Lernen erschweren. Es ist auch besser hundert Stunden Musikunterricht auf ein Instrument zu setzen, als je eine Stunde auf hundert Instrumente. Ohne eine strikte Schulbindung in Theorie und Praxis ist eine qualifizierende Ausbildung nicht sicherzustellen.

## Therapiekoordination

Die Notwendigkeit zur theoriebasierten Therapiestringenz und -klarheit betrifft jedoch nicht nur den einzelnen Therapeuten sondern auch die Einbindung des Therapeuten in sein soziales Umfeld. Therapeuten müssen regelhaft in multiprofessionellen Bezügen arbeiten. Dies betrifft die Zusammenarbeit mit zuweisenden Ärzten, die Kooperation in Kliniken zwischen den verschiedenen Berufsgruppen, die Kommunikation mit den Kostenträgern oder die Selbstdarstellung nach außen. Wenn ein Arzt einen Patienten an einen Psychotherapeuten überweisen will, dann muss er wissen, was er von diesem erwarten kann. Wenn eine Klinik eine therapeutische Entwicklung eingeleitet hat und einen Weiterbehandler sucht, dann muss sie wissen, ob ein bestimmter Therapeut in der Lage ist, den eingeleiteten Therapieprozess fortzuführen oder ob die Gefahr besteht, dass einen völlig neuen Ansatz gewählt wird. Die Leistungsträger haben zudem aufgrund ihrer Sorgfaltspflicht entschieden, nicht jede Variante von Psychotherapie (oder auch von Pharmakotherapie) in ihren Leistungskatalog aufzunehmen sondern hierfür gewisse Mindestvoraussetzungen verlangt, die nur schulenbezogen zu definieren sind. Sie haben ein Recht zu erwarten, dass ein Therapeut sich in diesem Rahmen bewegt und keine idiosynkratische Eigenvariante an Therapie anbietet, für die es keinerlei Basis mehr gibt anzunehmen, dass sie mehr hilft als schadet.

Diese Koordinierungsnotwendigkeit macht es zwingend, dass schulenbezogene Therapieevaluationen vorgelegt werden, die dann unter der Voraussetzung einer schulenspezifischen Therapeutenausbildung die Annahme erlauben, dass die sog. „Praxis“ ein Recht hat, sich auf die vorliegende wissenschaftliche Evidenz zu berufen. Im Einzelfall kann in Kunstfehlerprozessen geprüft werden, ob ein Therapeut sich an die Regeln der von ihm abgerechneten Therapie gehalten hat.

Zum Schluss ist noch zu fragen, warum der Wunsch nach der Einheitspsychotherapie viele Anhänger findet. Verschiedene Therapieschulen haben deutlich unterschiedliche Denk- und Interventionsansätze. Dies erlaubt dass zukünftige Therapeuten sich in die Therapieform einarbeiten, die ihnen ihrer Persönlichkeit nach am ehesten entspricht. Da die Übereinstimmung von Therapeutenpersönlichkeit und Therapiemethode für die Wirksamkeit nicht unwichtig ist, sollte diese Differenzierungsmöglichkeit nicht ohne Grund aufgegeben werden. Ein ähnliches Argument gilt für die Zuordnung von Patienten oder Erkrän-

kungen zu bestimmten Behandlungsansätzen. Mehrere Therapieschulen bedeuten mehr Behandlungsmöglichkeiten als wenn es nur noch eine einzige gäbe. Das Problem der differentiellen Auswahl von Ausbildungskandidaten wie einer rationalen Zuweisungssteuerung für Patienten und Krankheitszustände ist ohne Frage noch nicht gelöst, aber prinzipiell lösbar und kein Grund die Psychotherapieschulen zu diskreditieren. Schließlich ist auch noch anzumerken, dass die Existenz von Therapieschulen auch nicht bedeutet, dass damit kein wissenschaftlicher Fortschritt mehr möglich wäre. Die Entwicklungen der letzten Jahre zeigen, dass gerade von den Therapieschulen die intensivste Forschung getragen wurde.

## Literatur

- Staats, M., Bär, T., Linden, M.: Messinstrumente der Therapeutencompliance in der Verhaltenstherapie. *Verhaltenstherapie*, 2003, 13, 62- 67.
- Linden, M., Kiermeir, J.: Medizinische Diagnostik und Therapie als kooperativer Problemlöseprozess von Arzt und Patient. Von der „evidenzbasierten“ zur „rationalen evidenzbasierten“ Medizin. *Die Psychiatrie*, 2004, 1, 42- 49.
- Linden, M., Staats, M., Bär, T., Zubrägel, D.: The assessment of treatment strategy in cognitive behavior therapy: Using the Pivotal Topic Measure. *Psychotherapy Research*, 2005, 15, 382- 391.
- Linden, M.: Leitlinien und die Psychologie medizinischer Entscheidungsprozesse bei der Behandlung depressiver Erkrankungen. *Fortschritte der Neurologie Psychiatrie*, 2005, 73, 249- 258.
- Linden, M.: Prinzipien der Psychotherapie. In: SCHÖLMERICH J (Hrsg.): *Medizinische Therapie*. Springer, Heidelberg, 2005, S. 1317- 1322.
- Linden, M.: Stationäre „psychosomatische Rehabilitationen“ gemäß Sozialgesetz. In: FRIEBOES R. M., ZAUDIG M., NOSPER M. (Hrsg.): *Rehabilitation bei psychischen Störungen*. Urban und Fischer, München, 2005, S. 332 – 352.
- Linden, M., Zubrägel, D., Bär, T., Wendt U, Schlattmann, P.: Efficacy of Cognitive Behaviour Therapy in Generalized Anxiety Disorders. Results of a controlled clinical trial (Berlin CBT-GAD-Study). *Psychotherapy and Psychosomatics*, 2005, 74, 36-42.
- Linden, M., Hautzinger, M. (Hrsg.): *Verhaltenstherapiemanual*. Springer Verlag, Berlin, 2005, S. 595.

Müller, C., Bär, T., Zubrägel, D., Linden, M.: The therapeutic alliance and the treatment outcome in cognitive behavior therapy of generalized anxiety disorders: differences between therapist-patient-alliance, patient-therapist-alliance, mutual alliance and therapist-patient-concordance. 2006, in print.

Linden, M., Müller, C., Milev, D.: Das Mehr-Ebenen-Modell psychotherapeutischer Kompetenz. 2006, im Druck.

Jürgen Hardt

## Methodenintegration aus Sicht der psychodynamischen Psychotherapie

*Ich werde nach einer kurzen, persönlichen Vorbemerkung eine entschiedene Kritik der Ansätze einer Allgemeinen Psychotherapie formulieren und deren wesentliche Schwäche herausstellen, die ich in einem Niveauverlust psychologisch-psychotherapeutischen Denkens ausmache.*

*Das wird mich zum Sinn der Schulen führen, den ich im Angebot von elaborierten psychischen Gegenstandsbildungen sehe, die eine kohärente Sprache für seelische Probleme bieten und die es erlauben, vorwissenschaftliches Reden über und Verstehen von seelischen Zusammenhängen zu übersetzen, zu überschreiten und wieder zu erreichen.*

*Nachdem entschieden Plädoyer für die Schulen, die meines Erachtens Unverzichtbares leisten, werde ich ganz kurz auf die Sprachenwende in der Wissenschaftsphilosophie, dem „linguistic turn“, speziell in den Human- und Sozialwissenschaften eingehen, den die Psychologie, Psychotherapie und besonders die Psychotherapieforschung offensichtlich verschlafen hat, oder negiert und abwertet als post-modernes beliebiges und unwissenschaftliches Geschwätz.*

*Die wissenschaftsphilosophische Auffassung der geordneten Sprachspiele – eine allgemeine Form der psychischen Gegenstandsbildungen – macht es möglich, die Einheit der psychotherapeutischen Dialekte im Übersetzen auszumachen und zu fordern.*

*In der Vertiefung wittgensteinschen Denkens bilden Lebensformen den Grund der verschiedenen Sprachspiele, das ist ein von ihm selten gebrauchtes, aber entscheidendes Konzept, das die linguistische Perspektive durch eine praxeologische ersetzt. Der Bezug auf Lebensformen erlaubt eine praxeologische Integration der psychotherapeutischen Traditionen. Diese Integrationsbemühung geht von der Lebensform Psy-*

*chotherapie aus und nicht von akademischen Übersichten. Psychotherapie als Lebensform begreifen – die verschiedene Ausprägungen hat – aber auf Grunderfahrungen beruht, erlaubt Übersetzungen ohne Niveauverluste anzufertigen.*



*Damit schließe ich an den aktuellen Diskurs über Wittgensteins Denken an – das Thema Konflikt der Lebensformen – in dem mit Hilfe dieses Konzeptes kulturelle und wissenschaftliche Vielfalt und Einheit zusammen gedacht werden können. Das ist eine Aufgabe, die wir, von der Lebenspraxis Psychotherapie ausgehend, praxeologisch beginnen sollten. Damit erübrigt sich bei genauem Hinsehen, die völlig unbegründete Kritik an der post-modernen Wende, sie würde die Beliebigkeit predigen, und sei damit die Todesglocke aller wissenschaftlichen Bemühungen. Im Gegensatz dazu erfüllt sie endlich ein Versprechen des modernen Projektes, einer Wissenschaft der Vielfalt des Lebens zu sein.*

*Ein solches Nachdenken über die wissenschaftliche Psychotherapie würde damit wieder an die Spitze wissenschaftsphilosophischen Denkens anschließen und nicht wie bisher um Generationen nachhinken.*

Meine Ausführungen werden, wegen der Kürze, die geboten ist und um eine Diskussion zu befördern, polemisch sein. Damit verstoße ich zugleich gegen ein gesellschaftliches Tabu, weil ich auf die Ansätze des gerade verstorbenen **Klaus Grawe** sehr kritisch eingehen werde. Ich möchte Sie bitten, meine unverhohlene, zum Teil auch scharfe

Kritik als eine Ehrerbietung des Menschen  
**Klaus Grawe** anzusehen.

Das ist in unserem Fach deswegen so schwierig, einem Menschen trotz Kritik Ehre zu erbiehen, weil wir in der Psychotherapie unsere professionellen und unsere privaten Lebenseinstellungen und -auffassungen so schwer voneinander trennen können. Um ein altmodisches Wort zu gebrauchen: für die meisten von uns ist **Psychotherapie eine Herzensangelegenheit** und das macht Verletzungen und Kränkungen in unseren Auseinandersetzungen so schmerzlich. Wenn wir das aber anerkennen, dass Psychotherapie betreiben Herzensangelegenheit ist, das heißt eine **Lebensform** ist, dann zeigt sich auch ein Weg, den ich mitbereiten möchte, wie man mit Respekt die Unterschiede mit aller Schärfe austragen kann. Insofern macht es auch Sinn, von „WIR Psychotherapeuten“ zu reden, von einem Beruf, der sich auch im Privatleben auswirkt, was gerade eben öffentlich bemerkt worden ist.

An diesem Respekt vor uns Psychotherapeuten mangelt es allerdings vielen Vertretern der allgemeinen Psychotherapie. Kaum eine Publikation spart an heftig polemischen, bissigen, gar abfälligen Bemerkungen über die unbelehrbaren, starren Schulenvertreter; auch dort, wo eine solche Polemik keinen erkennbaren Sinn in der Gedankenführung hat. Ich erspare Ihnen und mir Belege, Sie können sie zuhauf finden.

Bedenkenswert ist daran aber, dass nirgendwo gefragt wird, was die Schulenvertreter, die allerlei unlauterer Motive verdächtigten Kolleginnen und Kollegen, eigentlich in die Schulen führt, was sie dort suchen und finden und was sie dazu treibt, solch angeblich unzeitgemäßen Unsinn mitzumachen.

Die Schulen werden, in dem Epoche machenden Werk von **Klaus Grawe**, auf einer einzigen Seite dreimal als Ballast bezeichnet: Als „hinderlicher Ballast“, der mitgeschleppt wird und, so muss man zufügen, damit den wissenschaftlichen Fortschritt behindert. Sie gehören nach ihm zum „dezidiert abzuwerfenden Ballast“ auf dem Weg zu einer allgemeinen Psychotherapie. Die Schulen stehen nur im Weg. „Sie haben ihre Schuldigkeit getan (Seite 786)“, formuliert er und zitiert damit aus einem oder zwei klassischen Dramen. Diese beiden Schauspiele handeln von äußerst raffinierten psychologischen Ränkespielen, die nur mit einer hoch komplexen wissenschaftlichen Psychologie zu verstehen sind.

Ob **Grawe** mit diesem Zitat an den **Othello** des Shakespeare oder aber an die **Verschwörung des Fiesco**, das republikanische Trauerspiel von Schiller anschließt, ist nicht zu klären. Auf jeden Fall geht es in beiden Stücken um skrupellose Machtpolitik, die von der Zerstörung von Menschenleben nicht zurück scheidet und keinen Respekt vor dem Leben hat. Soll/darf man so mit den Schulen umgehen?

Ich erspare mir eine genauere Interpretation. Wichtig ist mir aber daran, dass der prominenteste Vertreter der allgemeinen Psychotherapie unbedacht ein Zitat verwendet, ohne nach dem Sinnzusammenhang zu fragen, aus dem es entnommen ist. Und das ist, meines Erachtens, ein Hauptmanko dieser Entwürfe: sie missachten die Komplexität psychologisch gebildeten Verstehens.

Auf **alltäglichem Niveau** könnte man sich so verständigen und sich des Beifalls und der Zustimmung gewiss sein, weil niemand genauer nachfragt, was wohl gemeint sein könnte. **Eine wissenschaftliche Psychologie, die für die psychotherapeutische Praxis taugt, muss raffinierter sein und sie ist es meist.** Sie fragt immer auch, was jemand meint, wie etwas zu verstehen ist, was er sagt oder was er schreibt. Ist das nicht unsere Art, wie wir als Psychotherapeuten verstehen und reden? Müssen wir uns nicht Gedanken machen, was mitklingt, wenn ein Zitat verwendet wird, fragen wir nicht, was uns jemand sagen will, wenn er ein Zitat verwendet?

**Rudolf Wagner** geht in seinen Publikationen milder mit den Schulen um, aber auch er fühlt sich, abgesichert in einer sich selbst verstärkenden Strömung, dazu berechtigt, die Schulvertreter der Starrheit und der Scheuklappen zu bezichtigen. Obwohl er sich auf „Gegenstandsbildung“ in der Psychotherapie zu bewegt und immer wieder vor einer unzulässigen Reduktion und Simplifizierung der Menschenbilder warnt, kann er die Notwendigkeit von Sprachgrenzen, das heißt, Begrenzungen von Gegenstandsbildungen nicht anerkennen, sondern er klagt sie nur an. Er bleibt beim Vorwurf der Starrheit und der Scheuklappenmentalität. (Ich komme später auf seine Ansätze kurz zurück.)

Nach einer, meines Erachtens, moderaten Kritik seiner Arbeit über „Ressourcen orientierte Psychotherapie bei Persönlichkeitsstörungen“ fühlte sich **Peter Fiedler** zu heftiger Polemik und Diffamierung berechtigt. Er bezichtigte mich und meinen Koautor, Mathias Hebebrand, ohne die Inhalte unserer Kritik im Einzelnen zu würdigen,

des Festhaltens an „der reinen Lehre“ (ich habe mich gefragt, woher nimmt er das) als jemanden, dem die „empirische Forschung“ ein Dorn im Auge ist (ich frage mich, was gibt ihm die Berechtigung zu solcher Behauptung). Er bezichtigte uns, dass wir „Abschottung“ betreiben mit einer „typisch deutschen Häusle-Bauer-Mentalität“.

Dass ihm nicht gefällt, was wir zu sagen haben, ist ihm unbenommen, dass jemand mehr austellt, als er einstecken kann, nichts Ungewöhnliches. Aber was gibt ihm die Berechtigung, so persönlich abfällig und beleidigend zu werden? Zieht er die Berechtigung alleine daraus, dass er mit oberflächlicher Kenntnis die Schulen nur als „Monolithe“ wahrnimmt, wahrnehmen kann? Wenn man so auf die Schulen sieht und so von ihnen spricht – und Sprache konstituiert nun einmal unsere Weltsicht mit – dann sieht man allerdings nur starre Oberflächen. Man könnte auch sagen, dieser Befund entlarvt einen oberflächlichen Blick. Bei vielen Autoren der Allgemeinen Psychotherapie regt sich der Verdacht, ihre Kenntnis der Schulen beruhe auf der Lektüre von Übersichtsreferaten, bestenfalls von einführenden Lehrbüchern. Eine genauere Kenntnis fehlt, was bekanntlich zu festen (Vor-)Urteilen führt.

Bei allen diesen Ansätzen gibt es allerdings, neben der heftigen Polemik, auch ein ganz **anderes Verhältnis zu den Schulen**. Weil sie abgewertet sind, werden sie ohne Skrupel ausgebeutet. Sie sind wie **Steinbrüche**, in denen sich jeder nach Geschmack bedienen kann. Bei genauem Lesen findet man bei all diesen Konzeptionen eine Fülle von **manchmal zur Beliebigkeit abgegriffenen Konzepten**, herausgebrochen aus den kompletten Gegenstandsbildungen, die nur die Schulen liefern.

Damit komme ich zum **Sinn der Schulen**. Die Schulen bieten unverzichtbare psychische Gegenstandsbildungen. Das Konzept der psychischen Gegenstandsbildung wurde von **Wilhelm Salber** zuerst 1965 skizziert und dann vielfach weiter ausgearbeitet. Damit ist gemeint, dass wir, um wissenschaftliche Psychologie und auch Psychotherapie betreiben zu können, kohärente Vorstellungen von seelischen Zusammenhängen und Wirkungsweisen entwickeln müssen. Diese Gegenstandsbildungen – Theorien und Methoden im Zusammenhang – gehen immer von vorwissenschaftlichen Ansätzen, Verstehens- und Könnensformen in der Lebenspraxis aus, sie schließen an die Lebenspraxis des Alltags an und sie

transformieren das alltägliche Wissen und Können. Sie streben zwar die Geschlossenheit eines Systems an, aber erreichen es nie. Wenn sie sich als komplettes System verstehen, dann sind sie wissenschaftlich steril geworden. Diese Beobachtung kann man am besten an der Entwicklungs- und Rezeptionsgeschichte der Psychoanalyse nachvollziehen.

Die **Übersetzung der Alltagspsychologie und Alltagspsychotherapie** ist wesentliche und unverzichtbare Leistung der Gegenstandsbildung im Bereich der Psychotherapie; mit ihrer Hilfe wissen wir nicht einfach besser, sondern **anders Bescheid über Lebensdinge** als die Menschen, die zu uns kommen, und das ist die Basis, von der aus neue Erfahrungen möglich werden.

Solche **Gegenstandsbildungen** - man kann sie auch im strengen Sinne als **Sprachspiele** bezeichnen - müssen komplett sein und sie sind zugleich nie abgeschlossen, sie erlauben, sie zwingen dazu, immer weitergehende Fragen zu stellen und weisen nur den Weg zu Antworten. Sie streben an, so etwas wie mehr oder weniger geschlossene Systeme zu bilden, sie sind aber in Bezug auf die Alltagspraxis und ihre Grundfragen, von der sie ausgehen immer offen. Weil sie von der **Lebenspraxis** ausgehen und sie wieder erreichen wollen, also ihren **Bezugspunkt** bilden, sind die verschiedenen Gegenstandsbildungen, wie Sprachen, ineinander transformierbar und übersetzbar.

Wenn man die Theoriebildung in der psychologischen Psychotherapie so ansieht, bemerkt man, dass schon die **alltägliche Lebenspraxis** selbst mehr oder weniger komplette **vorwissenschaftliche Psychologien** bereithält, die mehr oder weniger explizit sind. Die Alltagspsychologien sind oft viel bestimmter und verlangen mehr Autorität, als jeder wissenschaftliche Entwurf. Auch das ist eine Tatsache, der wir Rechnung tragen müssen.

Als Menschen haben wir schon immer Vorstellungen von seelischen Zusammenhängen, um im Leben zu Recht zu kommen. Dazu gehören auch mehr oder weniger mitteilbare und systematisierte, psychotherapeutische Strategien. Die Schulen bieten einen Anschluss an die **vorwissenschaftliche Lebenspraxis**, sie helfen in einer neuen Sprache, die persönlichen Erfahrungen mit dem Seelischen neu zu ordnen. Meist verlangen die Schulen eine Selbsterfahrung deren Sinn es ist, die eigenen Konzepte kennen zu lernen und sie in mitteilbare Konzepte zu transformieren. Damit werden die eigenen Konzepte neu angeeignet und sie werden mehr oder weniger weitgehend systematisiert.

**Grawe** verweist in seinem Schlusskapitel auf die Assimilations- und Akkommodationsprozesse in wirksamen psychotherapeutischen Geschehen und bezieht sich damit das Konzept von Jean **Piaget**. So ähnlich muss man sich auch die Strukturierungsprozesse im Erwerb einer psychotherapeutischen Professionalität vorstellen, als eine Anverwandlung und eine Aneignung von Konzepten.

**Wagner** verweist darauf, dass wir immer Bilder vom Menschen **konstruieren** müssen, um verantwortlich psychotherapeutisch handeln zu können. Er spricht in dem Zusammenhang auch vom **Modellieren** und nähert sich der Konzeption der Gegenstandsbildung an. Er vergisst aber dabei, dass wir alle mit meist festen, unbedachten **vorwissenschaftlichen Menschenbildern** in die Ausbildungsprozesse eintreten, die dann mehr oder weniger neben, oft sogar unberührt von den professionellen Menschenbildern weiter bestehen. In der klinischen Praxis müssen die **professionellen Menschenbilder privat zur Verfügung stehen. Die Schulen bieten die notwendige Transformation unseres vorwissenschaftlichen Verstehens und Könnens.**

Unter diesem Gesichtspunkt betrachtet, droht den Konzeptionen der allgemeinen Psychotherapie, die Schulen übergreifend sein wollen, eine erhebliche Gefahr, zumindest ein Verlust.

Ich will mit dem **Verlust** anfangen, es droht, dass sie die Differenzierung der ausgebildeten Sprachen verlieren, weil sie eine bloße Verrechnung nach Effektivität betreiben und die **Denkzusammenhänge** auflösen, indem sie die „Grammatik“ der Systeme missachtet. Das führt dann bestenfalls zu einem Esperanto oder zu einem Pigeon-Englisch.

Aber die Gefahr ist ernster, die Gefahr besteht, dass die Vertreter einer **Allgemeinen Psychotherapie ohne Gegenstandsbildung und ohne Gegenstandsbindung** der Alltagspsychologie verhaftet bleiben oder ihr anheim fallen.

Ich will ein ganz kurzes Beispiel bringen. Nachdem **Klaus Grawe** in seinem Fazit die „mächtigen Wirkprinzipien“ dargestellt hat, nämlich der Problembewältigungsperspektive und der Klärungsperspektive, kommt er nicht darum herum, sich zu fragen, wie die beiden zuerst voneinander unabhängig dargestellten Perspektiven, miteinander zusammen hängen (seine eher polemischen Bemerkungen über die Schulen in diesem Zusammenhang lasse ich aus). Den funktionalen

Zusammenhang formuliert er dann so: „**Um etwas zu tun, muss man beides: man muss wollen können, aber man muss auch können wollen**“ (S 754).

Als Psychotherapeut muss man natürlich fragen, wie „wollen können“ und „können wollen“ miteinander zusammen hängt und was das eigentlich bedeutet. Wir brauchen Vorstellung von diesen Zusammenhängen, um die Fragen und Beschwerden der Patienten verstehen zu können und damit in der klinischen Situation zu Recht zu kommen. Psychotherapeutische Praktiker haben solche Vorstellungen und sie müssen sie haben; sie brauchen sie Notgedrungenenerweise in der klinischen Situation, um intervenieren zu können.

Die Patienten sagen, „ich will schon, aber ich kann nicht“, oder sie sagen, „ich weiß nicht was ich will, wenn ich es wüsste, was ich will, dann könnte ich auch“. Meist halten wir das für den Ausdruck seiner Selbstsicht und nicht für einen psychologischen Befund. Um intervenieren zu können, müssen wir weiterfragen, müssen verstehen, was der Patient meint. Solche Fragen sind Angebote der Patienten an uns, weiter zu denken. Sie sind zugleich kennzeichnend für den psychotherapeutischen Alltag.

Da braucht es Konzepte, wie wir die Fragen verstehen können und was daraufhin erfolgen soll, denn es geht darum, **wie Seelisches miteinander zusammen hängt** und zwar nicht nur statistisch, sondern wie es **auseinander hervor geht, wie es gemacht wird, wie es sich in Einzelschritten profiliert**. Solcher Art Verstehen liefern die Schulen und die braucht der klinische Alltag, will er nicht an die Alltagspsychologie verfallen.

In solche Verstehensprozesse werden wir als Therapeuten Notgedrungenenerweise immer wieder einbezogen. Die Strategien damit umzugehen sind allerdings sehr unterschiedlich. Wir könnten versuchen, den Patienten zu trösten, oder zuerst heraus zu finden, was er denn wirklich will. Oder wir können die Klage als eine Gestaltung der Beziehung sehen, die sich weiter entwickelt und irgendwann dem Patienten die Möglichkeit eröffnet, sein Wollen, seine Ziele zu erfahren, ohne das wir ihm explizit dabei helfen müssen.

Genau diese Fragen sind bewegend für den psychotherapeutischen Alltag und sie sind nur zu lösen, wenn wir komplette Gegenstandsbildungen haben, die natürlich die psychischen Zusammenhänge im Patienten, so wie wir sie auffassen und uns zugleich mit umfassen.



Die **Isomorphie von Patient und Therapeut** ist bei den psychodynamischen Konzepten schon immer gegeben, ganz im Gegensatz zu dem Missverständnis das **Wagner** verbreitet, der meint, Psychoanalytiker würden die Patienten grundsätzlich anders wahrnehmen als sich selbst. Das trifft mit Sicherheit nicht zu, sondern die psychologischen Prinzipien, die das Verstehen des Patienten leiten, gelten selbstverständlich genauso für den Psychotherapeuten (Psychoanalytiker), der sich gerade als leidender Mensch erfahren können muss, um dem Patienten helfen zu können. Nur in einer engen Austauschbeziehung kann der Patient seine eigenen Strategien in Frage stellen und neue entwickeln. Gerade hier erweist sich das Konzept des Coaching, das **Fiedler** einführt, als etwas in der Psychoanalyse längst Bekanntes, das man aber nur entdecken kann, **wenn man zu übersetzen gelernt hat**.

Dass Wollenkönnen und Könnenwollen zusammenhängen, ist meines Erachtens eine magere psychologische Aussage, die von vielen gebildeten alltagspsychologischen Einsichten bei weitem übertroffen werden. Sie ist zumindest eine Aussage, die der raffinierten impliziten Psychologie Shakespeares im Othello oder gar der Schillers in der Verschwörung des Fiesco bei weitem nachsteht.

Die Schulen bieten also ein elaboriertes Verstehen von seelischen Zusammenhängen – Gegenstandsbildungen – an, die wir brauchen, um die unzureichende Alltagspsychologie überschreiten zu können, sie zu übersetzen, um dann wieder an sie anzuschließen.

Der wissenschaftsphilosophische Diskurs ist seit mehr als einem halben Jahrhundert durch die **Wende zur Sprache**, dem linguistic turn, gekennzeichnet. Damit ist gemeint, dass wir, auch wenn wir Wissenschaft betreiben, die Grenze unserer Sprache und unseres Verstehens nicht überschreiten können. Das trifft besonders für die Human- und Sozialwissenschaften zu, die wir als **Sprachspiele** im Sinne Wittgensteins verstehen müssen, das heißt Formen des in Sprache artikulierten Verstehens, die zugleich die Gegenstände mit denen wir zu tun haben und die wir vorfinden mit konstituieren.

Diese Konzeption entspricht, ohne dass sich Salber auf den linguistic turn bezogen hat, weitgehend der psychischen Gegenstandsbildung, seiner **psychologischen Wissenschaftstheorie**, die versucht Lebenspraxis und wissenschaftlichen Anspruch miteinander zu verbinden.

Die wissenschaftsphilosophische Auffassung der geordneten Sprachspiele, eben als allgemeine Form der psychologischen Gegenstandsbildung, macht es möglich die **Einheit der verschiedenen psychotherapeutischen Dialekte im Übersetzen zu fordern**. Das heißt aber zugleich, ihre jeweilige Begrenztheit und Eigenart zu respektieren.

Die Sprachwende, der linguistic turn, wird meist als beliebiges post-modernes Geschwätz abgetan, das gerade erst den „Therapiedschungel oder Therapiesumpf“ zum Erblühen gebracht hat, weil es dadurch angeblich überhaupt keine Kriterien für Wissenschaftlichkeit und Unwissenschaftlichkeit gibt. Diese Kritik ist allerdings unbegründet, wenn man die Konzeptionen Wittgensteins weiterdenkt. In der Vertiefung wittgensteinschen Denkens bietet sich der Grund der Sprachspiele in den **Lebensformen**. Lebensformen sind nicht einfach beliebig, sondern sie sind immer Versuche, unaufhebbare Lebensprobleme zu lösen, dazu kommt, dass sie in Traditionen vermittelt werden.

Deswegen ist es möglich eine **Vielfalt von Lebensformen** anzuerkennen, gar vom **Konflikt der Lebensformen** zu reden und gleichzeitig ihre **Einheit** zu denken. Damit sind wir beim aktuellen Diskurs über Wittgensteins Denken angelangt, in dem gerade mit Hilfe des Konzeptes der Lebensformen kulturelle und wissenschaftliche Vielfalt und Einheit zusammen gedacht werden können.

Das heißt für unsere Thematik, wenn man die vielfältigen Methoden, die ich lieber Gegenstandsbildungen nennen möchte, weil sie immer zugleich auch komplette Theorien von seelischen Zusammenhängen sind und nicht nur Handlungsweisen, integrieren will, sollte man nicht von einem **akademischen Überblick** oder von einer **einfachen Effektivitäts- und Effizienzverrechnung** ausgehen, sondern man muss **die kompletten Gegenstandsbildungen als Sprachspiele und im Grunde als Lebensformen auffassen**, die man über den Bezug auf **Grunderfahrungen** und **unausweichlichen Lebensproblemen** miteinander in Beziehung bringen kann.

Psychotherapie als „Lebensform“ aufzufassen und damit einen Weg zu eröffnen, die verschiedenen „Sprachspiele“ miteinander in Verbindung zu bringen, ist für mich ein relativ neuer Ansatz. Dieser Ansatz ist ebenfalls eher ein **Programm**, wie das der Allgemeinen Psychotherapie oder wie sich die allgemeine Psychotherapie als Konzept verstehen sollte, was **Grawe** immer wieder in Erinnerung rief, und nicht als ein abgeschlossenes oder abschließbares Projekt. Er befürchtete, dass

bei einem Abschluss die allgemeine Psychotherapie Schulencharakter gewinnen könnte, dogmatisch werden könne. Ich meine dagegen, dass auf eine Gegenstandsbildung, nämlich auf das, was die Schulen zu bieten haben, auf keinen Fall zu verzichten ist. Ob damit zwangsläufig eine **Dogmatisierung** einhergeht, ist zu bezweifeln, die ständige **Übersetzung** ist der beste Schutz.

Nach der längst **überfälligen Sprachwende** in der Psychotherapie ist eine **Wende zur Lebenspraxis**, ich würde sie eine **praxeologische Wende** nennen, angesagt. Auch das ist eine Entwicklung, die eigentlich der wissenschaftsphilosophischen Entwicklung lange nachhinkt. Richard Rorty hat schon vor vielen Jahren den linguistic turn im neo-pragmatic turn vollendet.

Diese **Wende zur Praxis** deutet sich übrigens auch in vielen Publikationen zur **Psychotherapieintegration** an. Sie ist also programmatisch nichts wirklich Neues. Das Besondere meines Ansatzes liegt im **Bezug auf die psychischen Gegenstandsbildungen, die alltägliche Praxis transformiert**. Das ist die psychologische Tradition des Denkens, aus der ich komme, und die ich, um sie in den Wissenschaftsdiskurs eingliedern zu können, mit Sprachspielen gleichsetze.

Das Konzept der Sprachspiele ist missverständlich, hauptsächlich wegen der oft ungerechtfertigten Resonanz auf die post-moderne Kritik. Man wirft solcher Art Denken Beliebigkeit und Unverbindlichkeit vor und macht gerade solches Denken für den Wirrwarr der Sprachverwirrung im psychotherapeutischen Bereich verantwortlich. Dabei vergisst man ganz, dass die **Postmoderne ein notwendiges Korrektiv des unpsychologischen Projektes der Moderne war**.

Ich habe an der Werk- und Lebensgeschichte von Paul Feyerabend gezeigt, wie der **Bezug auf unaufhebbare Lebensprobleme** die scheinbare Beliebigkeit als Abwehr entlarvt und gleichzeitig die Möglichkeit eröffnet, unterschiedliche Lebensformen auf grundlegende Lebensprobleme zu beziehen. Im Hinblick auf Feyerabend erweist sich die scheinbar fröhliche Beliebigkeit und die unbegrenzte Methodenvielfalt, als ein Versuch, mit dem Versagen irgendwie zu Recht zu kommen und letztlich als eine Abwehr gegen die unverrückbaren Gesetze des Lebens und den unvermeidbaren Tod. Das enthüllt eine psychotherapeutische Sichtweise, die von Lebensproblemen ausgeht.

Mit der Auffassung der Sprachspiele als einem beliebigen und freien Spiel wäre ein Wesentliches der psychotherapeutischen Gegenstandsbildung verfehlt. Selbst, wenn die **Wahl einer therapeutischen Schule** zufällig und damit unverbindlich wäre, so werden schulische Traditionen doch nach ihrer Einübung eine **eigene Angelegenheit**, eine **Herzensangelegenheit**, wie ich es oben nannte, die sich als professionelles Können nur schwer von privatem Lebenkönnen trennen lässt. (In der August-Nummer der PP-Ausgabe des Deutschen Ärzteblattes finden Sie dazu eine treffende Glosse.)

Als Psychotherapeuten sind wir ursprünglich mit den eigenen Lebensproblemen konfrontiert und wir lernen Notgedrungenerweise die unterschiedlichsten Lebensformen kennen, wir müssen immer neu wahrnehmen, wie Menschen versuchen, mit den immer gleichen Aufgaben zu Recht zu kommen. Oft machen wir die Erfahrung, dass unsere eigenen Lösungen, denen der Menschen, die uns aufsuchen, bei Weitem unterlegen sind. Das macht uns, sollte uns bescheiden machen, es sollte uns **Respekt vor den unterschiedlichsten Lebensformen** einflößen. Das ist, denke ich, ein erstes Kennzeichen einer **Lebensform Psychotherapie**, weitere gilt es herauszuarbeiten.

Eine Folge dieser permanenten Verunsicherung in Lebensangelegenheiten, die notwendig ist, und deren Verlust, dem Verlust psychotherapeutischer Kompetenz gleichkommt, ist es verständlich, dass wir nach **Gleichgesinnten** suchen, dass wir Gleichgesinnte brauchen, Menschen, die **unsere Sprachspiele und unsere Lebensformen teilen**, bei denen wir uns aufgehoben fühlen können. Das gelingt natürlich am Besten, wenn eine solche Gemeinschaft sich gegen andere mit möglichst ähnlichen Anliegen abgrenzt.

Hier komme ich zu einem weiteren Sinn der Schulen. Sie bieten nicht nur Gegenstandsbildungen als Verständnisse des Seelischen an, sie bieten als **Gemeinschaften Halt**, in einem Beruf, der immer wieder Lebenslösungen relativiert und damit verunsichert.

Dieser sozusagen psychohygienischen Funktion müssen die Schulen Rechnung tragen. **Die Propagandisten der Allgemeinen Psychotherapie befrieden dieses Bedürfnis durch ihre Polemik gegen die Schulen**.

Ich habe dagegen im Laufe der letzten Jahre die Erfahrung gemacht, dass es einen anderen Weg gibt. Als Präsident einer Kammer bin ich jenseits

meiner primären psychotherapeutischen Bezugsgruppe, der Psychoanalytiker, mit vielen Psychotherapeutinnen und -therapeuten andere Provenienz in Berührung gekommen. Nachdem ich zuerst über die psychoanalytische Haltung, dann über die psychotherapeutische Haltung unter psychodynamischem Aspekt nachgedacht und publiziert hatte, zeichnete sich immer deutlicher **eine psychotherapeutische Haltung** ab, die den Psychotherapeuten, die ihre Tätigkeit in der Beziehung zwischen Menschen begründen, gemeinsam ist. Eine Psychotherapeutische Haltung, die trotz verschiedener Ausprägungen doch gemeinsame Züge hat. Diese gemeinsamen Züge der psychotherapeutischen Haltung sieht man aber nur, wenn man Psychotherapie als **Lebens- und Beziehungspraxis** versteht.

Weil der Begriff der Haltung allzu normativ besetzt, zu statisch ist und die Gegenstandsbildung als Sprachspiele nicht aufgreift, habe ich schließlich das **Konzept der Lebensform** als Ausgangspunkt des Nachdenkens über die Vielfalt der psychotherapeutischen Ansätze gewählt. Die wissenschaftliche Lebensform Psychotherapie hat viele Kennzeichen, die noch expliziert werden müssen. Der Anfang dieses Denkens liegt in der Praxis und damit unterscheidet sich dieser Ansatz wesentlich von den vorliegenden Konzepten einer Allgemeinen Psychotherapie.

Wenn Sie beginnen, über Ihre psychotherapeutische Praxis als Lebenserfahrung nachzudenken und zu reden, werden Sie sich verwundern, wie leicht die **Verständigung über Schulgrenzen** geht und Sie werden Ihre eigene Sprache und Verstehensweise neu schätzen lernen. Das ist so, als würden Sie sich in eine neue Sprache einle-

ben. Mit der Entdeckung der Feinheiten einer neuen Sprache wird Ihnen erst der Reichtum der eigenen Sprache wieder bewusst, ein Reichtum, der im Alltag oft in Vergessenheit gerät.

## Literatur

- Fiedler, P. (2004): „Ressourcenorientierte Psychotherapie bei Persönlichkeitsstörungen“. In PsthJ 1/2004, S. 4-12.
- Grawe, K., Donati, R. und Bernauer F. (1994): „Psychotherapie im Wandel – Von der Konfession zur Profession“. Göttingen.
- Hardt, J. (2004): „> Does Anything Go? < – Gedanken zum Werk und zur Krankengeschichte von Paul Feyerabend“. In: Schüler-Schneider, A. (Hrsg.) „Identität und Krankheit“. Frankfurt.
- Hardt, J. und Hebebrand, M. (2004): „Stellungnahme zu Fiedler, P. „Ressourcenorientierte Psychotherapie .....“. In: PsthJ 2/2004, S. 144-146.
- Kernberg, O. F., Dulz, B. und Eckert, J. (2005): „WIR: Psychotherapeuten über sich und ihren >unmöglichen< Beruf“. Stuttgart/New York.
- Lütterfeld, W. und Roser, A. (Hrsg) (1999): „Der Konflikt der Lebensformen in Wittgensteins Philosophie der Sprache“. Frankfurt.
- Mittelstraß, J. (1982): „Wissenschaft als Lebensform“. Frankfurt.
- Salber, W. (1965): „Der psychische Gegenstand“. Bonn.
- Sonnenmoser, M. (2005): „Psychotherapeuten – privat >Daheim nichts als abschalten<“. DÄB, PP-Ausgabe, August 2005, S. 356-357
- Wagner, R. F. und Becker, P. (Hrsg.) (1999): „Allgemeine Psychotherapie“. Göttingen.

## Methodenintegration aus Sicht der Körperpsychotherapie

### Kurze Geschichte der Körperpsychotherapie

Die Körperpsychotherapie ist historisch gesehen das zweitälteste Psychotherapieverfahren nach der Freud'schen Psychoanalyse. Sie geht zurück auf Wilhelm Reich (1897-1957). Vorläufer von ihm waren Georg Groddeck (1866-1934) und der ungarische Analytiker Sandor Ferenczi (1873-1933).

Groddeck, von dem Freud den Begriff des Es übernahm, arbeitete vor allem mit Menschen mit funktionellen und psychosomatischen Beschwerden. Bei ihnen wandte er auch direkte körperliche Interventionen, z.B. Massagetechniken an und verband sie mit der verbalen Arbeit. Der ungarische Analytiker Sandor Ferenczi versuchte seine, z.T. sehr schwierigen Patienten mit einem großen Maß an Empathie zu verstehen und arbeitete auch mit körperbezogenen Interventionen (Polenz 1994, S. 161 ff), z.B. gab er direkten körperlichen Halt, wenn die Patienten frühkindliche Traumatisierung erlebt hatten. Auch sein bekannter Schüler Michael Balint erlaubte seinen Patienten in der Regression körperlichen Kontakt, wie z.B. das Halten der Hand (S. 228 f).

Vor dem Hintergrund seiner klinischen Erfahrung entwickelte Wilhelm Reich, der von 1924 - 1930 das "Technische Seminar" der Wiener Psychoanalytischen Vereinigung leitete, 1933 seine „Charakteranalyse“ und schaffte damit den Übergang von der Psychoanalyse zur Körperpsychotherapie.

Reich ging von der dialektischen Verbindung von Psyche und Soma und der funktionellen Identität von psychischer und physischer Störung aus. Verdrängte Gefühle schlagen sich seiner Meinung nach auch muskulär und vegetativ, z.B. in Form eines Muskelpanzers nieder. Um diese muskuläre Verkrampfung zu lockern bzw. zu überwinden und die verdrängten Gefühle der Patienten zugänglich zu machen, entwickelte er zwischen 1933 und 1948 die Vegetotherapie und eine Reihe körperlicher Interventionstechniken, die auf die Psyche zurück wirkten. Er stellte weiter fest, dass bestimmte charakterliche Haltungen oft mit bestimmten Körperhaltungen einhergehen und diagnostizierte sie sowohl aus der Art der Bewegung, der Mimik oder dem

Tonus einzelner Muskeln als auch aus dem psychischen Material. Reich entwickelte deshalb zwei Zugangswege, einmal als Psychoanalytiker über das Wort und als Vegetotherapeut über den Körper. Sein durch die Vegetotherapie erweitertes psychoanalytisches Grundverständnis der Beziehungsdynamik behielt er weitgehend bei, obwohl sein Spätwerk sicherlich umstritten ist.



Andere Quellen der Entwicklung der Körperpsychotherapie kamen von der Bewegungs- und Atemlehrerin Elsa Gindler (1885-1961). Sie kam aus der deutschen Gymnastikbewegung und wollte das Gewahrwerden des Bewusstseins über den eigenen Körper wecken. Sie gründete 1917 in Berlin ein eigenes "Seminar für Harmonische Körperausbildung" und gehörte 1926 zu den Mitbegründern des "Deutschen Gymnastikbundes". Bei ihr wurde geübt ohne Übungen, man erfuhrt sich stattdessen in Haltung und Bewegung. Jeder sollte individuell eigene Übungen entwickeln, um z.B. seinen verspannten Schultergürtel zu lösen. Über das Gewahrwerden sollte das Bewusstsein für den eigenen Körper geweckt werden. Zu den Kursen von Gindler gingen damals bekannte Zeitgenossinnen wie Laura Perls, die Frau von Fritz Perls, dem Begründer der Gestalttherapie, Annie Reich, Reichs erste Frau, Elsa Lindenberg, seine Lebensgefährtin, Ruth Cohn, die Begründerin der "Themenzentrierten Interaktion", Charlotte Selver, die Begründerin des "sensory awareness". Nach Auskunft seiner Tochter Eva hat auch Reich selbst an Kursen bei Gindler teilgenommen (Geuter 2000, S.59; Geuter 2004, S. 98 ff)

Über die Gindler-Schülerin Gertrud Falke Heller kam der Psychoanalytiker Helmut Stolze (1917), der Begründer der Konzentrativen Bewegungstherapie (KBT), mit dieser Arbeit in Kontakt. In der KBT stehen Angebote der Erfahrung und nicht vorgegebene Übungen im Vordergrund. Die Methode bedient sich dabei der Hilfe von Gegenständen wie Ball, Seil oder Stock. Der Therapeut erschließt die unbewusste Bedeutung einer Handlung oder Bewegung aus ihrem Symbolcharakter, was dann psychotherapeutisch aufgearbeitet wird. Es geht um Erfahren, Lernen und Aufdecken

zugleich. Die Methode der KBT ist in psychosomatischen Kliniken und den stationären psychotherapeutischen Einrichtungen sehr verbreitet.

Die Körperpsychotherapie hatte auch einen nicht unwesentlichen Anteil an der Herausbildung der Humanistischen Psychotherapie, insbesondere der Gestalttherapie. Perls, ihr Begründer, war eine Zeitlang Patient bei Reich. Das bereits von Reich formulierte Prinzip der Selbstregulation bekam in der Humanistischen Psychotherapie, insbesondere in der Gesprächspsychotherapie von Rogers eine wichtige Bedeutung.

In den **70 er und 80 er** Jahren hatte die Körperpsychotherapie als Teil der **Humanistischen** Psychotherapiebewegungen und in Folge der Studentenbewegung, einen großen Aufschwung. Es gab auch eine Reihe persönlicher Verbindungen: Petzold lernte im Umfeld von Perls, Ruth Cohn, die Begründerin der Themenzentrierten Interaktion, die wie Perls die Gindler-Arbeit kannte, machte nun Bioenergetik.

Die Funktionelle Entspannung (FE) nach Marianne Fuchs, ein weitere körperpsychotherapeutische Methode, hatte ihre Quellen ebenfalls in der Reformbewegung der 20 er Jahre und darüber hinaus in der psychosomatischen Medizin und der Gestaltkreislehre von Viktor von Weizsäcker. Als Resultat der Verbindung von Humanistischer Psychotherapie, insbesondere der Gestalttherapie mit dem körperbezogenen Ansatz nach Gindler und psychoanalytischem Denken in der Tradition von Ferenczi entstand die Integrative Therapie nach Petzold (1988).

### **Aktuelle Entwicklung der Körperpsychotherapie**

Heute gibt es innerhalb der Körperpsychotherapie drei Hauptentwicklungslinien.

- Erstens die sog. nachreichianische Linie. Stichworte sind: die psychotherapeutische Arbeit mit dem expressiven, energetischen und vegetativem Körper. Hier spielt die Arbeit mit der Atmung, Bewegung, Berührung und Körperausdruck eine große Rolle. Die Bioenergetik, die Biodynamik, die Biosynthese u.a. gehören zu dieser Linie.
- Zweitens: die sog. integrative, leibfundierte Linie. Hier steht die nonverbale und verbale Kommunikation des beseelten Körper, des Leibes, im Vordergrund. Zu dieser Linie gehören die Konzentrierte Bewegungstherapie, die Funktionelle Entspannung, die Integrative

Leibtherapie (Petzold) und die tiefenpsychologisch fundierte Tanztherapie (Trautmann-Voigt u.a.)

- Drittens, die psychoanalytisch-tiefenpsychologische Linie, in der der Körper in die Psychoanalyse bzw. psychoanalytisch orientierte Arbeit einbezogen wird. Bekannte Vertreter sind Tilmann Moser, Günther Heisterkamp, George Downing, Peter Geißler u.a. (s. Busch 2005, S. 34-35)

Die Haupttendenz in allen Schulen der Körperpsychotherapie ist es, Beziehungs- und Körperarbeit dialektisch miteinander zu verbinden. Die Beziehungsarbeit ist in der Regel tiefenpsychologisch und humanistisch fundiert, theoretisch werden die neuen Erkenntnisse der Säuglingsforschung und der Neurowissenschaften zur Untermauerung, Vertiefung und Weiterentwicklung der Arbeit einbezogen

Die Körperpsychotherapie ist in vielen Bereichen der stationären Psychotherapie fester Bestandteil eines in der Regel methodenintegrativen Behandlungskonzeptes. In Kliniken mit psychodynamischer Grundorientierung ist die Körperpsychotherapie das am häufigsten angewandte Zweitverfahren (Geuter 2002a, 42-47).

In der ambulanten Praxis kann Körperpsychotherapie nur privat auf der Basis der Heilpraktikerlaubnis für Psychotherapie praktiziert werden.

An den Universitäten wird sie durch verschiedene Professoren vertreten: Prof. Dr. Thomas Loew (Regensburg) ist Ordinarius in Regensburg, Prof. Dr. Dirk Revenstorf (Tübingen) betreut die erwähnte Körperpsychotherapiestudie, Prof. Dr. Seewald lehrt Körperpsychotherapie an der Uni Marburg, PD Dr. Ulfried Geuter hat dort einen Lehrauftrag für Körperpsychotherapie im Master-Studiengang Motologie, um nur einige zu nennen.

Die wissenschaftliche Literatur über Körperpsychotherapie ist sehr vielfältig, U.Geuter hat in seiner Bibliografie weit über 1000 Titel aufgeführt. (Geuter 2002). In diesem Herbst wird ein Handbuch zur Körperpsychotherapie (Marlock, G. & Weiss, H. (Hrsg.)) herauskommen, das umfassend über den historischen und aktuellen theoretischen und praktischen Stand der Körperpsychotherapie informieren wird.

### **Empirie**

Da die Körperpsychotherapie außerhalb der Universitäten entwickelt worden und kein Richtlinienverfahren ist, konnte sie auch entsprechend

weniger bzw. keine Forschungsgelder bekommen, was sich natürlich auf ihre Beforschung auswirkt. Der universitäre Forschungsbetrieb hat sich stark auf die Beforschung der Verhaltenstherapie konzentriert, da dies den Forschern auch gute individuelle Karrierechancen eröffnet, bessere sicherlich, als wenn sie ein Nicht-Richtlinienverfahren beforscht hätten. Die akademische Forschung ist hier in der Bringschuld.

Dennoch liegen mehr als 14 Evaluationsstudien zur Wirksamkeit von Körperpsychotherapie vor (s. Röhrich 2000, S. 150–151; Geuter 2004)). Unter Betreuung von Prof. Dirk Revenstorf läuft seit mehreren Jahren eine Studie zur Wirksamkeit von ambulanter Körperpsychotherapie mit 157 Fällen, deren Zwischenergebnisse 2003 im Psychotherapie Forum 11, 70-79 publiziert wurden. (Koemeda-Lutz, Kaschke, Revenstorf u.a. 2003).

Prof. Th. Loew u.a. hat nachgewiesen, wie Funktionelle Entspannung den Atemwegswiderstand ähnlich beeinflussen kann wie Medikamente (Loew 1996, Loew et al. 1996). Die Wirkung der Methode bei Asthma scheint gesichert (Deter u. Allert, 1983, Loew et al. 2001) bei Patienten mit Colon irritabile ist sie wahrscheinlich (Loew et al. 1994). Studien zur Bioenergetik (Gudat, 1997, Ventling u. Gerhard 2000) und zur Konzentrativen Bewegungstherapie (Seidler 2001) liegen vor.

Neue Erkenntnisse der Wissenschaften, insbesondere der Neurowissenschaften und der Säuglingsforschung erfordern ständige Weiterentwicklungen der Psychotherapie in Theorie und Praxis. Der Körper und der gesamte Bereich der non-verbalen Kommunikation spielen von daher eine immer größere Bedeutung für die Psychotherapie. Dies zeigt sich auch in der Richtlinienpsychotherapie, Moser, Heisterkamp u.a. setzen sich seit vielen Jahren für den Einbezug des Körpers in die Psychoanalyse ein, auch in der Verhaltenstherapie gibt es deutliche Bestrebungen, z.B. von Görlitz (1998) Sulz u.a. beziehen ihn auch in die Verhaltenstherapie mit ein.

### **Säuglingsforschung:**

Aus der Säuglingsforschung kommt heute eine wichtige Unterstützung körperpsychotherapeutischer Ansätze. Durch ihre verfeinerten Untersuchungsmethoden können Säuglingsforscher zeigen, wie sich präverbal affektmotorische Kommunikationsmuster entwickeln, die das weitere Leben eines Menschen prägen.

Ein Beispiel aus der Säuglingsforschung: Affekt-abstimmung und –attunement aus der Säuglingsforschung D. Sterns (1992) .Stern hat sich mehrfach öffentlich positiv zur Körperpsychotherapie geäußert. Eine gezielte Affektabstimmung ist für die therapeutische Arbeit mit Affekten von Bedeutung. Die Art und Weise, wie die primären Bezugspersonen auf den affektiven Zustand des Kindes eingehen, einschwingen können, ist prägend für die Feinabstimmung und die Ausbildung seiner Affekte und Gefühle.

Die Beförderung von Vitalitätseffekten und der Affektabstimmung spielen eine wichtige Rolle in der Psychotherapie im allgemeinen und in der Körperpsychotherapie im besonderen, hier ist es möglich, nonverbale Abstimmungen zu finden, die Rhythmus, Takt, Bewegungsabläufe und Haltungsmuster entsprechend berücksichtigen. Affektabstimmungen vollziehen sich häufig non-verbal über Mimik, Gestik, Bewegung und Berührung.

Wenn man diese Erkenntnisse auf die Psychotherapie überträgt, so kann man feststellen, dass in der Interaktion zwischen Therapeut und Klient selektive Abstimmungen eine wichtige Rolle spielen. Die selektive Abstimmung enthält das bedeutende Moment der Anregung und kann dem Patienten neue Impuls geben. Der Körperpsychotherapeut kann z.B. sprachliche Informationen des Patienten in Bewegung übersetzen.

Sterns Überlegungen zur Affekt-Abstimmung sind hilfreich, Übertragungs- und Gegenübertragungsprozesse auch auf der nonverbalen und körperlichen Ebene besser zu verstehen und das therapeutische Bewusstsein darüber entsprechend zu erhöhen. Die Erkenntnis, dass sich Übertragungsgefühle auch verkörpern können, ist nicht neu (s. Reich, Downing u.a.), sie kann aber durch die Säuglingsforschung genauer differenziert werden.

Wenn Psychotherapie wirksam sein will, müssen neue Interaktionsformen und Körperstrategien gebildet und verinnerlicht werden. Diese neue RIGs (Repräsentationen generalisierter Interaktionen, Representations of Interactions that have been Generalized) führen auf der neurophysiologischen Ebene zu neuen synaptischen Vernetzungen im Gehirn bzw. diese Prozesse bedingen sich wechselseitig.

### **Gehirnforschung**

Nach den Erkenntnissen der Gehirnforschung werden Menschen vorwiegend unbewusst durch

Affekte und Emotionen aus den tieferen Hirnstrukturen, besonders jenen des Stammhirns und des limbischen Systems und nicht durch ihr Ich gelenkt. Menschliches Erleben ist immer eine sensomotorisch-affektive Einheit. Umlernen von alten Strukturen erfordert eine ausreichend hohe emotionale Beteiligung (Roth 2001). Deshalb spielen erlebnisaktivierende Methoden und Interventionstechniken eine große Rolle, um alte, neurotische Muster verändern zu können.

Im Rahmen der Entwicklung neuer Interaktionsformen, die Körper-Mikropraktiken und therapeutischen Affektstimmungen einschließen, haben die verschiedenen Interventionstechniken der Körperpsychotherapie ihren festen Platz:

- a) indirekte Körperübungen zur Wahrnehmung von Körperempfindungen, Affekten und Gefühlen;
- b) Entspannungstechniken und Arbeit mit Berührung, auch Tiefen- bzw. dynamische Entspannung, sanfte Atemtechniken, u.a.;
- c) Entladungstechniken: körperlicher und emotionaler Ausdruck im therapeutischen Kontakt, vegetotherapeutische Arbeit u.a., Arbeit mit körperlichen und psychischen Impulsen
- d) Körperorientierte Rollenspiele, Schlüsselszenen u.a.

### Ein neuer Bereich: Babytherapie

Ein weiterer neuer Bereich, der durch die Psychotherapie-Richtlinien in keiner Form abgedeckt wird, sind „körperorientierte Babytherapien“. Paula Diederichs betreibt in Berlin seit vielen Jahren eine Schreibbaby-Ambulanz und macht mit Babys und deren Eltern Psychotherapie nach körperpsychotherapeutischen Prinzipien. Es gibt mittlerweile eine ganze Reihe körperorientierter Babytherapeuten, ihre theoretischen Überlegungen und praktischen Erfahrungen sind in dem sehr lesenswerten Sammelband von Thomas Harms (2000) „Auf die Welt gekommen. Die neuen Baby-Therapien.“ zusammengestellt.

Ich komme jetzt zu der Frage, wie ich mir eine sinnvolle Methodenintegration vorstelle:

### Methodenintegration

Von der Grundtendenz würde ich dem Modell von J. Kriz einer Methodenintegration auf verschiedenen Säulen zustimmen. Aus meiner Sicht stellt sich die Frage, ob die von J. Kriz formulierten vier Säulen ausreichen. M.E. müsste noch eine fünfte Säule hinzukommen, die das „kör-

perorientierte Vorgehen“ umfassen sollte. Nach meiner Erfahrung spielt das Körperliche, spielen die non-verbale Botschaften des Patienten in jeder Psychotherapie eine ähnlich große, manchmal sogar größere, Rolle, als das Wort. Auf diesen existenziellen Bereich nicht systematisch und wissenschaftlich einzugehen, hieße eine wichtige Chance zu verpassen, dem Leid des Patienten möglichst umfassend und mit allen therapeutischen Möglichkeiten zu begegnen.

Folgende Argumente sprechen für einen Einbezug des Körpers:

1. Psychisches verkörpert sich, psychische Symptome und Störungen ebenfalls, häufig steht sogar das Körperliche im Vordergrund wie bei den somatoformen Störungen.
2. Psychische Probleme und Symptome korrespondieren in der Regel mit somatischen Beschwerden, wie z.B. Müdigkeit, Schlafstörungen, Appetitlosigkeit, oder zuviel Appetit, keine Energie, Magenbeschwerden, unspezifische Schmerzbeschwerden, Druckgefühle, Schwitzen, Schwindel etc.
3. Der Patient ist nicht nur über das Wort sondern auch, häufig sogar mehr oder direkter über den Körper zu erreichen,
  - a) dem Patienten Halt gebe, Containment (nach Bion, Winnicott), was insbesondere bei Frühgestörten von großer Bedeutung sein kann, kann auch mittels körperlicher Interventionen (durch Hand auflegen, Rückenstärkung, Rücken an Rücken stehen u.a.) erfolgen.
  - b) körperpsychotherapeutische Übungen, z.B. aus der Bioenergetik oder Biodynamik helfen bei schwierigen Prozessen in der Therapie, dass der Patient aus der Kognition in die Emotion, von der Empfindung zum Gefühl, aus dem Kopf und in den Körper kommt.
  - c) Körper- und Bewegungsübungen helfen eine Bewusstheit über den Körper herzustellen;
  - d) Körperliche Rollenspiele helfen Schlüsselsituationen zu reinszenieren;
  - e) Gefühle in der Therapie auch körperlich auszudrücken hat häufig eine karthartische Funktion;
  - f) Die Beobachtung und Veränderung der Atmung kann sich positiv auf die emotionale Erlebnisfähigkeit der Patientin auswirken.
4. Über das körperliche Symptom kann der ihm eventuelle zugrunde liegende psychodynamische Konflikt aufgedeckt und psychotherapeutisch bearbeitet werden.
5. Die Beziehungsebene in der Psychotherapie

werden erweitert,

- a.) die organische Ebene, die die somatische und vegetative Resonanz des Therapeuten tritt neben die Ebenen aus der Humanistischen Psychotherapie und der Analyse und Tiefenpsychologie;
- e) der Ebene von Ich-Du (Martin Buber, Humanistische Psychotherapie)
- f) der Ebene von Übertragung und Gegenübertragung.

### **Institutioneller Bereich:**

Im stationären, teilstationären und im Bereich von Beratungsstellen wird Methodenintegration bzw. methodenübergreifendes Arbeiten seit vielen Jahren erfolgreich praktiziert. Hier hat sich die Erfahrung durchgesetzt, dass die Komplexität psychischer Störungen auch entsprechend komplex und vielfältig behandelt werden sollte. Offensichtlich herrscht in diesem Bereich ein gesunder Pragmatismus vor, dass alle diejenigen Methoden gut sind, die dem Behandlungserfolg und damit dem Patienten nutzen.

Die Realität bereits existierender Methodenintegration spiegelt sich auch in unserer Berliner Psychotherapeutenkammer. Nach einer Kammerumfrage von 2004 (über 60 % Beteiligung) arbeiten 97 % der Kammermitglieder im institutionellen Bereich bereits methodenintegrativ. Hieran wird deutlich, dass in einem Bereich, wo die Restriktionen des Psychotherapeutengesetzes nicht greifen, sich offensichtlich das durchsetzt, was am effektivsten und hilfreichsten.

Auch im ambulanten Bereich geht der faktische Trend m.E. in Richtung Methodenintegration. Ein Großteil der Kollegen/innen sind in mehreren Psychotherapieverfahren, häufig in Richtlinien- und in Nicht-Richtlinienverfahren ausgebildet. Es besteht also das deutliche Bedürfnis, über den eigenen Tellerrand hinaus zu schauen und seine psychotherapeutische Kompetenz ständig weiter zu entwickeln. In Gesprächen mit vielen Kammermitgliedern wurde deutlich, dass mit der Länge der Berufserfahrung auch das Interesse und die Bereitschaft wachsen, verschiedene Verfahren und Methoden zu verbinden und zu integrieren. Ausgangspunkt dabei ist der Patient, für den man eine individuelle Behandlungsstrategie entwirft, bei der es sinnvoll sein kann, in verschiedenen Phasen der Therapie auch verschiedene methodische Schwerpunkte zu setzen.

### **Methodenintegration im eh. Kostenerstattungsmodell der Techniker Krankenkasse**

Bis in die 90 er Jahre gab es auch ein Erfolg versprechendes Modell für Methodenintegration in der ambulanten Psychotherapie. Es war das Kostenerstattungsmodell der Techniker-Krankenkasse (TK-Modell). Im Rahmen dieses Modells war methodenübergreifendes Arbeiten möglich. Es gab auch ein Gutachterverfahren, in denen Gutachter, die in Regel auch in verschiedenen Verfahren qualifiziert waren, der Krankenkasse die Weiterbehandlung empfahlen oder auch ablehnten. Das Verfahren war also qualitätsgesichert. Dieses TK-Modell wurde sowohl von den Patienten als auch den Psychotherapeuten sehr gut angenommen und sollte sogar ausgeweitet werden, bis es gerichtlich gestoppt wurde.

Im Rahmen eines individuell begründeten Behandlungsplanes konnten auch Nicht- Richtlinienverfahren wie die Gesprächspsychotherapie, die Gestalttherapie, die systemische Therapie, die Körperpsychotherapie, das Psychodrama, die Neuropsychologie u.a. zur Anwendung kommen. Es könnte auch heute ein gutes Modell sein, um Methodenintegration in der ambulanten Psychotherapie zu ermöglichen.

Durch eine notwendige Reformierung der Psychotherapierichtlinien sollte es dem einzelnen Psychotherapeuten in jedem individuellen Behandlungsfall ermöglicht werden, ob er/sie wie bisher Richtlinienpsychotherapie oder ein methodenintegratives Vorgehen anwendet. Das bestehende Gutachterverfahren müsste um Gutachter, die für die Beurteilung methodenintegrativen Vorgehens qualifiziert sind, erweitert werden. Sowohl durch dieses erweiterte Gutachterverfahren, als auch durch die gesetzliche Fortbildungspflicht und die Berufsordnung wäre einer notwendigen Qualitätssicherung genüge getan.

Diese noch tendenziell pragmatische Methodenintegration sollte begleitend auch theoretisch fundiert und begründet werden. Ein zentrales Thema ist hierbei sicherlich die Frage des Menschenbildes, kann man z.B. das Menschenbild der Psychoanalyse, das von Trieben und von der Existenz des Unbewussten ausgeht mit dem Menschenbild der Verhaltenstherapie, das kein Unbewusstes kennt und das Lernen in den Mittelpunkt stellt, miteinander in Verbindung bringen. Dies ist sicherlich kein leichtes Unterfangen, doch halte ich es prinzipiell für nicht unmöglich, zumal die Berührungspunkte zugenommen haben. Z.B. relativiert die Säuglingsforschung von Stern u.a. die Freud-



sche Auffassung von der starken Triebgesteu-  
ertheit des Menschen und arbeitet die große Be-  
deutung der sog. Ich-Funktionen für die psychi-  
sche Entwicklung heraus. In der modernen Ver-  
haltenstherapie wird auf die Bedeutung der Be-  
ziehung für den Behandlungserfolg ein viel grö-  
ßerer Stellenwert gelegt als noch vor Jahren.

Wenn man davon ausgeht, dass alle wissen-  
schaftlich begründeten Psychotherapieverfahren  
einen „rationalen Kern“, d.h. wesentliche Er-  
kenntnisse und Erfahrungen über psychisches  
Wachstum, Störung und Therapie haben, dann  
kann es sich lohnen, diese Kerne zu einem um-  
fassenderen Netzwerk zu verbinden. Auch in der  
empirischen Forschung gibt es Anhaltspunkte für  
eine Methodenintegration. Es gibt Untersuchun-  
gen, die nachweisen, dass die Wirksamkeit ver-  
schiedener Psychotherapieverfahren bzw.  
-methoden gleich ist, der sog. „Dodo-Bird-  
Effekt“. Er wurde von Wampold und Kollegen  
(1997) getestet. „Sie haben dabei Psychothera-  
pievergleichsstudien von 1970 bis 1995 unter-  
sucht, in denen die Therapeuten aller vergliche-  
nen Behandlungen von der Wirksamkeit ihres  
Verfahrens überzeugt waren und jene ausge-  
schlossen, in denen ein Verfahren quasi nur als  
Kontrollgruppe dienen sollte. Außerdem haben  
sie keine Vorab-Klassifizierung in Schulen vor-  
genommen, sondern Wampold et al. haben die  
einzelnen Treatments miteinander verglichen.  
Sie haben dabei den Dodo-Bird-Effekt über eine  
Testung der Verteilungsform bestätigen können.  
Die gefundene Verteilung der Effektstärkenun-  
terschiede zwischen verschiedenen Treatments  
entsprach dabei fast exakt der bei Richtigkeit des  
Dodo-Effektes zu erwartenden Zufallsvertei-  
lung.“ (zitiert nach Fliegner 2003, S. 19).

**Zusammenfassend** möchte ich sagen, dass ich  
mich für eine gleichberechtigte Methodeninteg-  
ration ausspreche, die auch die körperorientierte  
Psychotherapie einschließen muss. Um auch  
kurzfristig weitere Verbesserung der psychothe-  
rapeutischen Behandlung zu ermöglichen, müs-  
sen die Psychotherapierichtlinien so reformiert  
werden, dass neben der Richtlinienpsychothera-  
pie auch ein methodenintegratives Vorgehen  
möglich wird.

## Literatur

Busch, T. (2005). Der Körper in der Psychothe-  
rapie. Berliner Kammer Rundbrief, I/2005, S.  
34-35.

- Damasio, A.R. (1999) Ich fühle, also bin ich. Die  
Entschlüsselung des Bewusstseins. München:  
List- Verlag.
- Deter, H.C. & Allert, G. (1983). Group Therapy  
for Asthma Patients: A Concept for the Psycho-  
somatic Treatment for Patients in a Medical  
Clinic- A Controlled Study. *Psychotherapy and  
Psychosomatics*, 40, S. 95-105.
- Fliegner, B. (2003). Zur Debatte um die wissen-  
schaftliche Anerkennung von Psychotherapie-  
verfahren, in: „Wissenschaftlichkeit von Psy-  
chotherapieverfahren“, Broschüre der Psycho-  
therapeutenkammer Berlin, S. 19.
- Geuter, U. (2004). Körperpsychotherapie und  
Erfahrung – Zur Geschichte, wissenschaftlichen  
Fundierung und Anerkennung einer psychothe-  
rapeutischen Methode, in: *Report Psychologie*,  
2/2004, S. 98 –111.
- Geuter, U. (2002a). Körperpsychotherapie als  
Behandlungsmethode in der stationären psycho-  
dynamischen Psychotherapie psychosomati-  
scher Patienten. *Psychotherapeuten Forum*, 9,  
H.3, S. 5-8.
- Geuter, U. (2002b). Deutschsprachige Literatur  
zur Körperpsychotherapie. Eine Bibliografie.  
Berlin: Ulrich Leutner (2. verb. erw. Aufl.).
- Geuter, U. (2000). Historischer Abriss zur Ent-  
wicklung der körperorientierten Psychotherapie.  
In: Röhrich, F. (2000). *Körperorientierte Psy-  
chotherapie psychischer Störungen*. Göttingen:  
Hogrefe-Verlag.
- Görlitz, G. (1998). Körper und Gefühl in der Psy-  
chotherapie (Bd. 1: Basisübungen; Bd.2: Auf-  
bauübungen). Stuttgart: Pfeiffer.
- Gudat, U. (1997). Bioenergetische Analyse als  
ambulante Psychotherapie – Anwendungsberei-  
che und Wirkungen. *Psychotherapie Forum*, 5,  
S. 28-37.
- Harms, T. (Hrsg.), (2000). Auf die Welt gekom-  
men. Die neuen Baby-Therapien. Berlin: Ulrich  
Leutner.
- Koemeda-Lutz, M., Kaschke, M., Revenstorf, D.  
u.a. (2003). Zwischenergebnisse zur Wirksam-  
keit von ambulanter Körperpsychotherapien -  
Eine Multicenter-Studie in Deutschland und der  
Schweiz. *Psychotherapie Forum*, 11, S. 70-79.
- Loew, T.H., Heinrich, D. & Arnim, A. v. (1994).  
Effekte einer 10stündigen Kurztherapie bei Co-  
lon-irritabile-Patienten in Kleinstgruppen mit  
Funktioneller Entspannung im Vergleich zum  
Placebo. In: F. Lamprecht, R. Johnen (Hrsg.),  
Salutogenese. Ein neues Konzept für die Psy-  
chosomatik? S. 621-628. Frankfurt/M.: Verlag  
für akademische Schriften.
- Loew, T.H. (1996). Wirkung von Funktioneller  
Entspannung im Vergleich mit Salbutamol und  
einem Placeboentspannungsverfahren bei aku-

- ten Asthma bronchiale. Monatszeitschrift für Kinderheilkunde, 144, S. 1357-1363.
- Loew, T.H., Siegfried, W., Martus, P., Tritt, K. & Hahn, E. (1996). 'Functional Relaxation' Reduces Acute Airway Obstruction in Asthmatics as Effectively as Inhaled Terbutaline. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 65, S. 124-128.
- Loew, T.H., Tritt, K., Siegfried, W., Bohmann, H., Martus, P. & Hahn, E. (2001). Efficacy of 'functional relaxation' in comparison to terbutalin and a 'placebo relaxation' method in patients with acute asthma. A randomised, prospective, controlled, crossover experimental investigation. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 70, S. 151 – 157.
- Marlock, G. & Weiss, H. (2005, in Druck). Handbuch der Körperpsychotherapie. Schattauer.
- Reich, W. (1989). Charakteranalyse. Köln: Kiepenheuer & Witsch.
- Polenz, S. v. (1994). Und er bewegt sich doch. Ketzerisches zur Körperabstinenz der Psychoanalyse. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Röhrich, F. (2000). Körperorientierte Psychotherapie psychischer Störungen, Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Roth, G. (2001). Fühlen, Denken, Handeln. Frankfurt/M.
- Seidler, K.-P. (2001). Konzentrative Bewegungstherapie – (KBT). Ergebnisse der empirischen Forschung. *Psychotherapeut*, 46, S. 223-231.
- Spellbrink, W. (2005). Die wissenschaftliche Anerkennung psychotherapeutischer Verfahren. Begriffliche Missverständnisse auch 6 Jahre nach Inkrafttreten des Gesetzes. Kammer Rundbrief II/2005, S. 7-9, der Kammer für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten im Land Berlin.
- Stern, D. (1992). Die Lebenserfahrung des Säuglings. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Ventling, C.D. & Gerhard, U. (2000). Zur Wirksamkeit bioenergetischer Psychotherapien und Stabilität des Therapieresultats. Eine retrospektive Untersuchung. *Psychotherapeut*, 45, S. 230-236.

Armin Kuhr

## Einige Aspekte der „Allgemeinen Psychotherapie“ nach Grawe

### Vorbemerkung

Ursprünglich war vorgesehen, dass Klaus Grawe seine Vorstellungen von einer modernen Psychotherapie vorträgt. Sein plötzlicher Tod verhindert das. Aus diesem Grund wurde ich gebeten in einer Kurzvorstellung die wesentlichen Grundsätze seiner Überlegungen zu einer schulengreifenden Psychotherapie zu skizzieren. Für eine umfassende Information müssen selbstverständlich seine eigenen Schriften zu Rate gezogen werden (zuletzt: Neuropsychotherapie, 2004). In diesem Rahmen ist es nur möglich, wenige Grundgedanken vorzutragen, die die Leser/innen, soweit sie nicht ohnehin mit Grawes Überlegungen vertraut sind, neugierig machen mögen, seine Texte im Original zu lesen. Das erhöht vielleicht die Chance, dass Grawes Überlegungen auch weiterhin die Entwicklung der Psychotherapie in Theorie, Forschung und Praxis befruchten.

### Grundgedanken der Allgemeinen Psychotherapie

In der Einleitung zu seinem Buch *Neuropsychotherapie* schreibt Grawe (2004, S. 29): „Mit Neuropsychotherapie meine ich also zum Einen, eine neurowissenschaftliche Perspektive auf die Problemstellungen der Psychotherapie und zum Anderen die praktischen Schlussfolgerungen, die sich aus dieser Perspektive ergeben.“ An anderer Stelle (S. 28), schreibt er: „*Neuropsychotherapie* legt den Schwerpunkt auf neurowissenschaftliche Grundlagen der Psychotherapie, *Psychologische Therapie* legte den Schwerpunkt auf genuin psychologische Grundlagenforschung. Mein Hauptanliegen ist dabei gleich geblieben: Es geht mir um eine wissenschaftliche Fundierung der Psychotherapie in der aktuellen Grundlagenforschung.“

Grawes Unbehagen mit den Eingrenzungen, welche die Orientierung an Therapieschulen mit sich bringt, reicht lange zurück. Zunehmend hatte er den Eindruck, dass die Schulorientierung in eine Sackgasse führe, weil sie die wissenschaftliche Weiterentwicklung der Psychotherapie behindere, wenn nicht sogar in die Sackgasse führe. Der Zusammenhang zwischen einer bestimmten Therapierichtung und dem

Therapieerfolg erschien ihm (besonders nach der großen Bestandsaufnahme der Psychotherapieforschung (Grawe, Donati und Bernauer, 1994) zunehmend fragwürdig. Er begann Überlegungen zu entwickeln, wie das Therapieschulsystem zu überwinden sei und, in der Tradition von Garfield (1992) und Weinberger (1995) nach Merkmalen zu suchen, die bei Therapien, in denen eine besonders gute Wirkung erzielt wurde, realisiert würden. Als Wirkfaktoren identifizierte er Ressourcenaktivierung (Nutzung vorhandener motivationaler Bereitschaften und Fähigkeiten), Problemaktualisierung (die realen Situationen aufsuchen oder herstellen, in denen die Probleme auftreten), Problembewältigung (Schaffen positiver Bewältigungserfahrungen im Umgang mit den bestehenden Problemen), motivationale Klärung (Schaffung eines klareren Bewusstseins über die Hintergründe des problematischen Erlebens und Verhaltens) und die Therapiebeziehung. Die an diese Überlegung anknüpfenden Forschungsprojekte aus seiner Arbeitsgruppe erbrachten eine Reihe von Hinweisen auf die Bedeutung dieser Wirkfaktoren.

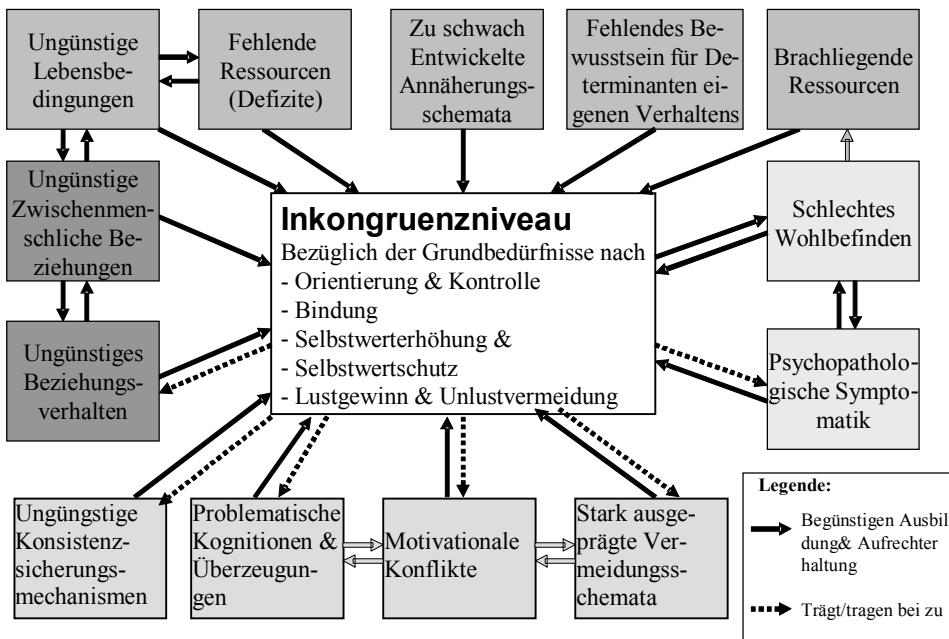
In einem nächsten Entwicklungsschritt versuchte er, eine übergreifende theoretische Grundlage für die „Allgemeine Psychotherapie“ zu finden, die er im Übrigen dezidiert **nicht** als neue Therapierichtung verstanden wissen wollte, sondern als einen Weg, Psychotherapie auf eine kohärente Grundlage zu stellen und die Grenzen zwischen den verschiedenen Therapieformen zu überwinden.

Aufgrund seiner intensiven Beschäftigung mit den Ergebnissen der psychotherapeutischen Wirkungs- und Prozess-Outcome Forschung entwickelte er die „Konsistenztheorie“ (Grawe, 1998, 2004), die darauf angelegt war, die gesicherten Fakten auf dem Gesamtgebiet der klinischen Psychologie und Psychotherapie einzubinden, einschließlich der neuesten Erkenntnisse aus den Neurowissenschaften.

Der zentrale Begriff der *Konsistenz* bezieht sich auf die Übereinstimmung bzw. Vereinbarkeit



## Die funktionale Rolle der Inkongruenz im



Bedürfnis, jemanden kennen zu lernen versus Angst vor Ablehnung). Ein längerfristig andauernder und sich immer wiederholender Misserfolg bei der Erreichung von Annäherungszielen und beim Umgang mit Vermeidungszielen führt zu einem hohen Inkongruenzniveau, welches zu somatischen und/oder psychologischen Symptomen führen kann (vgl. Abbildung Grawe, 2004, S. 347).

In der Psychotherapie geht es nach Grawe darum (2004, S. 37) die

gleichzeitig ablaufender neuronaler/psychischer Prozesse. Damit verknüpft ist die Annahme, dass das menschliche Nervensystem konsistente Prozesse anstrebt. Die psychische Aktivität wird von Grundbedürfnissen bestimmt, die Grawe (2004, nach Epstein, 1990) als Bedürfnis nach *Orientierung und Kontrolle*, nach *Bindung*, nach *Lustgewinn und Unlustvermeidung* und nach *Selbsterhöhung und Selbstwertschutz* bezeichnet. Der Mensch macht die Erfahrung, dass diese Bedürfnisse befriedigt oder verletzt werden, er bemüht sich darum, sich so zu verhalten, dass „Konsistenz“ erreicht wird und die Grundbedürfnisse möglichst gut befriedigt werden. Sind die zielorientierten Aktivitäten für die Befriedigung der Grundbedürfnisse erfolgreich, besteht eine Übereinstimmung zwischen aktuellen motivationalen Zielen und den konkreten Erfahrungen, diese bezeichnet Grawe als *Kongruenz*. Stimmen die realen Erfahrungen und die aktivierten motivationalen Ziele nicht überein, versucht der betreffende Mensch diese Inkongruenzen zu beheben bzw. zu verringern. Hierzu bilden sich Verhaltensweisen heraus, die positiv sein können (Erschließung neuer Ressourcen) oder negativ, die zwar die aktuelle Inkongruenz reduzieren, letztlich aber nicht zu positiver Bedürfnisbefriedigung führen. Im letzteren Fall mögen die Muster mittel- oder langfristig so destruktiv wirken, dass externe Hilfe (z.B. Psychotherapie) notwendig wird. Eine weitere Quelle von inkonsistentem psychischen Geschehen ist nach Grawe die Diskordanz, womit die Nichtvereinbarkeit mehrerer gleichzeitig aktivierter motivationaler Tendenzen bezeichnet wird (das

entstandenen Inkongruenzen zu beheben, was bedeutet, „dass man das, was ein Mensch erlebt, die Wahrnehmungen, die er macht, in Übereinstimmung bringt mit seinen wichtigsten motivationalen Zielen.“

Bei der konsistenztheoretischen Therapieplanung stellen sich zwei Leitfragen:

1. Welche Ressourcen des Patienten kann ich am besten nutzen/aktivieren und wie kann ich das bei *diesem* Patienten am besten tun?
2. Für welche Probleme/Inkongruenzquellen sollte ich vordringlich Bewältigungs- und/oder Klärungserfahrungen herbeiführen und wie kann ich das bei *diesem* Patienten am besten erreichen?

Bei der Therapieplanung werden die verschiedenen Faktoren, welche zu Inkongruenz führen (vgl. Abbildung) identifiziert und in eine Rangordnung gebracht. Die bedeutendsten Themen werden nach und nach „abgearbeitet“, wobei die klinische Erfahrung zeigt, dass die Arbeit in *einem* der wesentlichen Bereiche auch andere (bei grundsätzlich konstruktiver Entwicklung) positiv beeinflusst.

Grawe hat in den letzten Jahren einige Forschungsprojekte initiiert, die den Nutzen dieser Vorgehensweise überprüfen. Die bisher vorliegenden Ergebnisse sind ermutigend. Sie müssen fortgeführt und in anderen Arbeitsgruppen repliziert werden.

## Literatur

- Epstein, S. (1990). Cognitive-experiential self-theory. In L.A. Pervin (Ed.), Handbook of personality: Theory and research. (pp. 165-192). New York: Guilford.
- Garfield, S. L. (1992). Eclectic psychotherapie: A common factors approach. In J.C. Norcross & M.R. Goldfried (Eds.). Handbook of psychotherapy integration. New York: Basic Books.

- Grawe, K./Donati, R./Bernauer, F. (1994). Psychotherapie im Wandel: Von der Konfession zur Profession (3.Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Grawe, K. (1998). Psychologische Therapie. Göttingen: Hogrefe.
- Grawe, K. (2004). Neuropsychotherapie. Göttingen: Hogrefe.
- Weinberger, J. (1995). Common factors aren't so common: The common factors dilemma. Clinical Psychology: Science & Practice, 2, 45-69.

## Zur Podiumsdiskussion „Methodenintegration“ Kernthesen von Prof. Dr. Jürgen Kriz

- Bei „Methodenintegration“ diskutieren wir über etwas, das zumindest partiell in der Praxis längst realisiert, aber von den Gesundheitsbürokraten ignoriert und (wo möglich bei der formalen Regelung ambulanter Therapien) torpediert wird. Umfragen zeigen: Der allergrößte Teil stationärer Psychotherapeuten bezieht sich nicht nur auf ein Verfahren. Auch in Praxen wird – „inoffiziell“ – von vielen Therapeuten integrativ gearbeitet
- Umso wichtiger ist es, diese Integrationsrealität nicht dem Zufall oder gar eklektischem Dilettantismus zu überlassen, sondern sich dem wissenschaftlich und organisatorisch stärker zuzuwenden. Erst wenn diese therapeutische Realität von der Illegalität (in Praxen) befreit wird, lässt sie sich besser beforschen, in qualifizierten Ausbildungsinstituten theoretisch fundiert(er) vermitteln und durch wissenschaftliche Diskurse weiterentwickeln.
- Vor dem Hintergrund der völlig unzureichenden offiziellen Struktur des Psychotherapie-Sektors in der BRD bedeutet „Integration“ Unterschiedliches:
  1. (Re-)Integration der vor dem PsychThG zentralen, in wissenschaftlichen Lehrbüchern vertretenen, im Ausland erlaubten und in stationärer Praxis seit langem erprobten Verfahren in die *legale* Praxis der BRD. Dies gilt besonders für die derzeit völlig ausgeblendeten Grundorientierungen humanistischer und systemischer Verfahren. Dies sollte mit der gleichzeitigen Auflage und Förderung verbunden werden, ggf. die Wirksamkeit dieser Verfahren umfangreicher zu untersuchen (besonders dort, wo die Struktur akademischer Karrieren diese Untersuchungen bisher stark vernachlässigt hat).
  2. Integrationsmöglichkeiten zwischen Verfahren, soweit sie theoretisch begründet und praktisch bewährt sind. D.h., statt einer bürokratischen Abdrängung in die Illegalität und offizieller Ignoranz endlich Erforschung und wissenschaftliche Diskussion der längst vorhandenen umfangreichen Praxis. Hier ist insbesondere auch über Ansätze zu diskutieren, die allein kein Grundverfahren sein wollen oder können – z.B. Hypnotherapie, Körpertherapie, Logotherapie und Existenzanalyse, Kunst- und Ausdruckstherapie etc.
  3. Theoretische Integration im Sinne einer Rekonstruktion zentraler klinischer und therapeutischer Prozesse bei gleichzeitiger Anerkennung der Heterogenität und Vielfalt der Praxis als korrespondierend zur Heterogenität und Vielfalt der „Lebensformen“ (Werte, Orientierungen etc.) einer pluralistischen Gesellschaft. (Die ist im „Vier-Säulen-Modell“ ausgeführt).
- Wichtig ist, in der „Integrations“-Debatte nicht das Bemühen um eine einheitliche theoretische Rekonstruktion mit der Vorstellung einer einheitlichen Praxis zu verwechseln (vgl. vorherigen Punkt).
- Zumindest muss eine theoretische Integration so weit entwickelt und allgemein vermittelt werden, dass die Passungskompetenz von Therapeuten erhöht wird. Therapeuten müssen in die Lage versetzt werden, das Passungsproblem der Psychotherapie mit ihren zu hohen Fehlinvestitionen besser zu lösen (auch wenn diese Fehlinvestitionen einen nur winzigen Bruchteil der vergeudeten Mittel für fehlindizierte Pharma-Produkte ausmachen).

## Zusammenfassung der Podiumsdiskussion „Methodenintegration“

Moderation: Dipl.-Psych. Bernd Fliegner (bis 9/2005 Sprecher des Ausschusses „Wissenschaft, Forschung, Qualitätssicherung“ der PTK Berlin)

Teilnehmer: Dipl.-Psych. Jürgen Hardt, Dipl.-Psych. Karlfried Hebel-Haustedt (Mitglied des Vorstandes der PTK NRW), Prof. Dr. Jürgen Kriz, Prof. Dr. Armin Kuhr, Prof. Dr. Michael Linden, Dr. Manfred Thielen.

Unter der Überschrift „Methodenintegration“ wurden unter Gesprächsleitung von Bernd Fliegner fachliche und berufspolitische Positionen rund um Methodenvielfalt und Methodenintegration dargelegt und in der Diskussion ergänzt.

Während in der stationären Psychotherapie die Integration verschiedener Psychotherapieverfahren die Regel ist, dürfen in der ambulanten, von den Krankenkassen finanzierten, Richtlinienpsychotherapie, nur Psychoanalyse, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und Verhaltenstherapie angewandt werden. Die sogenannten Nicht-Richtlinientherapien wie die Systemische Therapie/Familientherapie, die Gestalttherapie, die Körperpsychotherapie, das Psychodrama, die Neuropsychologie u.a. können hier nicht zur Anwendung kommen.

Dass das „über den Tellerrand schauen“ nicht nur eine Forderung der Experten mit Blick auf die Bedeutung der Vielfalt der Methoden ist, dass diese Vielfalt nicht nur in den Praxen vielfach praktiziert, sondern bereits auch in der Ausbildung Realität ist, beschrieb Karlfried Hebel-Haustedt anhand der Erfahrungen in seinem tiefenpsychologisch fundiertem Institut: „Wir haben beobachtet: Was macht ein Kollege zum Beispiel mit einem Borderline-Patienten.“ Dabei sei deutlich geworden, dass bei den erfahrenen Kollegen offenbar eine Methodenintegration, die auch Nicht-Richtlinienverfahren umfasst, erfolgt.

Prof. Dr. Linden problematisierte den Begriff der Methodenintegration, da er nicht präzise fasse, was damit gemeint sein. Für ihn stelle es eine Überforderung dar, wenn sich ein Psychologischer Psychotherapeut in mehreren Verfahren ausbilden wolle. Letztlich sei er doch primär mit einem Verfahren identifiziert und dies solle er auch beherrschen, zumal auch überprüfbar sein müsse, wie er es anwende.

Allerdings zeige die Tatsache, so Dr. Manfred Thielen, dass die Mehrzahl der Kollegen in mindestens zwei Verfahren ausgebildet sind, dass ein objektives Bedürfnis nach Methodenintegration vorliege. Jedes Verfahren habe Vorzüge und Defizite, eine Methodenintegration, die explizit Nicht-Richtlinienverfahren einschließen müsse, könnte zur Verbesserung des Behandlungserfolges beitragen. Die rationalen Kerne, d.h. die besten Elementen der verschiedenen Psychotherapieverfahren, müssten auf einer klaren gemeinsamen theoretischen Grundlage zu einem Ganzen integriert werden. Zudem zeige die empirische Psychotherapieforschung keine generelle Überlegenheit einer Therapieart gegenüber einer anderen.

Es liege auch an der Unsauberkeit in der Begrifflichkeit, dass die Diskussion untereinander schwierig sei, merkte Jürgen Hardt an. Er plädierte dafür, an der Schulenspezifität festzuhalten, allerdings nach einer gemeinsamen Sprache zu suchen, um die verschiedenen Richtungen mehr miteinander in Diskurs zu bringen.

Prof. Dr. Jürgen Kriz argumentierte für eine Methodenintegration in der Ausbildung auf der Basis der von ihm dargelegten vier psychotherapeutischen Grundorientierungen (psychodynamisch, verhaltenstherapeutisch, systemisch, humanistisch). Gegen Ende der Ausbildung könne eventuell eine Spezialisierung in einer Grundorientierung erfolgen. Die gegenwärtigen Psychotherapie-richtlinien seien historisch überholt, es gehe vor allem um die Entwicklung der Passungskompetenz des Psychotherapeuten. Die Passung zwischen Therapeut und Patient verbessere die Wahrscheinlichkeit des Therapieerfolges. Dass dieser Weg sinnvoll sei, bezweifelte Prof. Dr. Kuhr: Ein Therapeut brauche nach dem gegenwärtigen Stand wohl noch eine „Heimat“, die Sozialisation in einem bestimmten Therapieverfahren, er plädiere eher für einen „informierten Pluralismus“, der über den Zaun schaue und die Möglichkeit eröffne, wirksame Therapiemethoden aus anderen Ansätzen für den (indizierten) Einzelfall zu übernehmen.

Bei der Diskussion der Methodenintegration müsse zwischen der theoretischen und der praktischen Ebene unterschieden werden, forderte Dr. Thielen. Es gebe gute Erfahrungen und zufriedene Patienten mit der methodenübergreifenden Psychotherapie im stationären und im ambulanten Bereich. Im

institutionellen Bereich arbeiten nach einer Umfrage der Berliner Psychotherapeutenkammer von 2004 (ca. 60 % Beteiligung) 97 % der KollegInnen methodenintegrativ. In der ambulanten Praxis war das Modell der Techniker-Krankenkasse, in dem methodenintegratives Arbeiten möglich war, erfolgreich. Aus dieser erfolgreichen Kooperation von Verfahren müssten praktische Forderungen abgeleitet werden: vor allem, dass alle sozialrechtlich anerkannten Psychotherapeuten diejenigen Verfahren integrieren dürfen, in denen sie ausgebildet sind.

Prof. Dr. Michael Linden wünschte sich mehr Präzision bei der Begrifflichkeit in der Diskussion. Man müsse sich als Zuweiser auf die Methode des Therapeuten verlassen können. Psychotherapie müsse lehr- und lernbar sein, und das sähe er bei einer postulierten Methodenintegration nicht, darin war er sich mit Jürgen Hardt einig. Eine psychotherapeutische Ausbildung wie die Psychoanalyse verlange allerdings auch darüber hinausgehende Fähigkeiten. Wer beispielsweise zu einer so nahen therapeutischen Beziehung wie in der Psychoanalyse nicht fähig sei, müsse ein anderes Verfahren lernen, meinte Jürgen Hardt. Das sei ein gutes Beispiel, merkte Prof. Dr. Kriz an, wo der Therapeut gleich am Anfang klären könne, was der Patient eigentlich wolle – eventuell sei ein anderer Kollege mit einem anderen Verfahren sinnvoller; daher sei auch die zuverlässige Kenntnis über andere Verfahren notwendig.

Am Beispiel der Gesprächspsychotherapie werde deutlich, dass es sowohl bei der berufs- als auch der sozialrechtlichen Anerkennung von Psychotherapieverfahren nicht nur um Wissenschaftlichkeit sondern auch um Lobbyismus gehe, sagte Dr. Thielen. Bei den gegenwärtigen einseitig empirisch ausgerichteten Kriterien des Wissenschaftlichen Beirates Psychotherapie (WBP) und den Kriterien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) hätten die Nicht-Richtlinienverfahren kaum eine Chance auf Anerkennung. Im Kontext einer geforderten Methodenintegration könnten sie bereits kurzfristig zur Anwendung kommen.

Karlfried Hebel-Haustedt sah auch das Problem, dass es bei der Verfahrensdiskussion nicht nur um Wissenschaftlichkeit gehe, sondern auch um Macht, Geld und seine Verteilung. Auch Prof. Dr. Kuhr sah wirtschaftliche Aspekte als eine wesentliche Ursache für den Disput. Es komme sicher nicht mehr Geld ins System Gesundheitswesen, wenn mehr Verfahren zugelassen wür-

den, skizzierte Prof. Dr. Linden die Perspektive. Er könne allerdings mit dem Begriff der Methodenintegration nicht wirklich etwas anfangen und sich vorstellen, was er dabei von dieser Art von Therapie erwarten könne. Seines Erachtens sei es hilfreich, meinte Jürgen Hardt, Psychotherapie als Lebensform zu sehen: „Da entdecken wir vielleicht mehr Gemeinsamkeiten.“

Die Kammer solle sich auf die reiche Tradition an Psychotherapieverfahren besinnen, so ein Beitrag aus dem Publikum, und sich dafür einsetzen, dass diese auch anwendbar würden. Dies sei gerade seitens der Berliner Psychotherapeutenkammer bereits angegangen worden, antwortete darauf Dr. Thielen. Ebenfalls aus dem Publikum kam die Anmerkung, dass in der Praxis bereits häufig Methodenintegration passiere. Die Wissenschaft sei aufgefordert, diese Praxis näher zu untersuchen und auch theoretische Begriffe darüber zu bilden. Über Verfahrens- bzw. Methodenfragen sollte der Berufsstand selbst entscheiden, ohne dass sich Politiker oder Technokraten hierin einmischen.

Das sah Prof. Dr. Kuhr differenzierter: Politiker müssten durchaus mitreden, wenn es um die praktische Umsetzung von Entwicklungen aus dem Feld der Psychotherapie gehe. Der Berufsstand sei aufgefordert, daraus resultierende Veränderungswünsche aktiv in die Politik einzubringen und die entsprechende Überzeugungsarbeit zu leisten. Dies unterstützte auch Prof. Dr. Linden, der darauf hinwies, dass nicht der Berufsstand allein entscheide, sondern beispielsweise im Rehabilitationbereich auch die Krankenkassen. Er warnte vor störungsindizierten Leitlinien, die mancher Bürokrat als Ziel vor Augen habe, hier sei die Schulenspezifität ein hilfreicher Schutz. Die Positionierung gegenüber der Politik forderte auch Dr. Thielen und machte deutlich, dass die Berliner Kammer auch hier bereits seit längerer Zeit aktiv sei. Die Richtlinienverfahren dürften sich nicht wie aus dem Steinbruch der Verfahren bedienen, sondern klinisch bewährte Nicht-Richtlinienverfahren sollten legal praktiziert werden können. Im Rahmen eines methodenintegrativen Vorgehens würde es auch möglich, dass die ständigen Innovationen aus der Wissenschaft zeitnah Eingang in die Praxis finden. Prof. Dr. Kriz fasste zusammen, was er unter Methodenintegration versteht: 1. legale Integration wissenschaftlich begründeter, international anerkannter und klinisch erprobter Nicht-Richtlinienverfahren in die ambulante Praxis; 2. Integrationsmöglichkeiten zwischen verschiedenen Verfahren und 3. theoretische Integration im Sinne einer Rekonstruktion zentraler klinischer und therapeutischer Prozesse

### III. Vortrag

Karl-Otto Hentze

#### **Reform der Psychotherapie-Richtlinien**

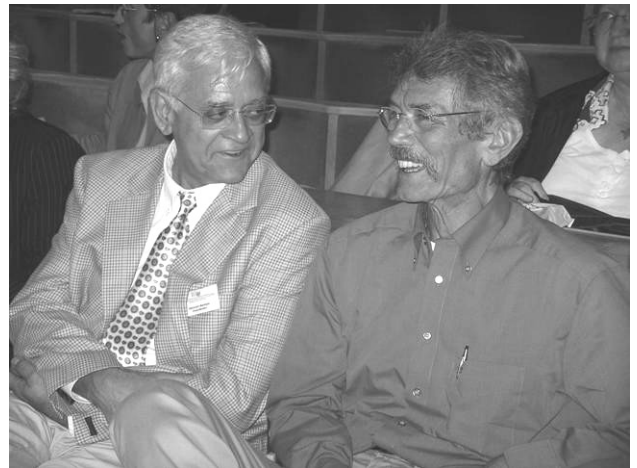
„Die Fragwürdigkeit des gegenwärtigen deutschen Regelungssystems auf dem Gebiet der Psychotherapie ist für jemanden, der außerhalb der Gültigkeit dieses Regelungssystems psychotherapeutisch tätig ist, wohl leichter erkennbar als von innerhalb. Wir in der Schweiz psychotherapeutisch Tätigen sind durchaus neidisch darauf, dass unsere deutschen Kollegen inzwischen voll in die kassenärztliche Versorgung integriert sind, während Patienten, die in der Schweiz von einem Psychologen therapiert werden, immer noch den größten Teil der Behandlung selbst bezahlen müssen. Aber was für ein Preis wurde in Deutschland dafür bezahlt! Welche wunderbaren Freiheiten genießen wir im Vergleich zu unseren durch irrationale Richtlinien gegängelten deutschen Kollegen! Wir dürfen unsere Patienten so behandeln, wie wir es für richtig halten“ (K. Grawe, Psychotherapeutenjournal 1/2005)

#### **Vorwort<sup>1</sup>**

Die „Reform der Psychotherapie-Richtlinien“ wird in dem vorliegenden Beitrag primär aus dem Blickwinkel des noch jungen Psychotherapeutenrechts diskutiert. Die fachlichen Leistungen, die zugunsten der Versicherten in der vertraglichen Versorgung zur Anwendung kommen können, sind das zentrale Strukturelement der Psychotherapie-Richtlinien. Deshalb stehen Fragen zur Transformation der berufsrechtlich erworbenen Qualifikationen in das Sozialrecht im Mittelpunkt des Beitrages. Weitere Fragen, denen bei einer Reform der Psychotherapie-Richtlinien besondere Bedeutung zukommt, wie

- Erweiterung des Indikationsspektrums
- das Gutachterverfahren
- Leistungsmengenbegrenzung/kontingentierte Mengenzuweisung an unterschiedliche Verfahren

bleiben der Diskussion nach einer Reform der Strukturelemente vorbehalten.



*Heinrich Bertram (li.) im Gespräch mit Karl-Otto Hentze*

Die in der psychotherapeutischen Versorgung vorgefundene Realität steht schon lange nicht mehr mit den Vorgaben der Psychotherapie-Richtlinien in Übereinstimmung. Der Richtliniengeber hat es versäumt, den Diskurs mit der Praxis zu halten. Seine abschottende Politik gegenüber Entwicklungen hat zu einer Verselbständigung in der Praxis geführt.

Dieser unbefriedigende Zustand fordert dazu heraus, in Überlegungen zur Reform der Psychotherapie-Richtlinien beziehungsweise der psychotherapeutischen Versorgung einzutreten. Dabei ist eine Bestandsaufnahme der bisherigen Entwicklung hilfreich, um Fehlentwicklungen zu erkennen und Reformen vorzuschlagen, die die Erfahrungen berücksichtigen.

Mit der ordnungspolitisch gebotenen Verrechtlichung der Psychotherapeuten zum Heilberuf hat der Gesetzgeber berufsrechtliche und sozialrechtliche Rahmenbedingungen geschaffen, die bei Überlegungen zu einer Neugestaltung der psychotherapeutischen Versorgung zu beachten sind.

Aktuell sieht sich die Psychotherapie - ausgelöst auch durch ökonomische Zwänge - einem verstärkten Legitimationsdruck ausgesetzt und steht in der Beweisspflicht für ihre Nützlichkeit.

Im Zentrum dieser neuen Forderungen und Anforderungen an die Psychotherapie stehen die „evidenzbasierte Psychotherapie“ und die „verfahrensdifferentielle Indikation“. Deshalb wird auf diese beiden Themen ausführlicher eingegangen.

<sup>1</sup>Der Beitrag ist eine den Platzgründen geschuldete reduzierte Fassung. Interessenten können die ausführliche Fassung über die LPK Berlin bei dem Verfasser abrufen.



## Themen-Überblick

### Reform der Psychotherapierichtlinien

1. Entwicklung der (GKV-)Richtlinienpsychotherapie 1967 – 1998 in vier Phasen
2. Alternatives psychotherapeutisches Leistungsrecht 1978 – 1998
3. Psychotherapeutische Versorgung 1987
4. Vergleich Arbeit im Delegationsverfahren und in der TK-Regelung
5. Psychotherapeutische Versorgung bei Inkrafttreten des PsychThG
6. Der gesetzliche Auftrag an den Gemeinsamen Bundesausschuss
7. Defizite in der Versorgung
8. Neuerungen bei der Bewertung von Psychotherieverfahren
  - a. Verfahrensdifferentielle Indikation
  - b. Evidenzbasierte Psychotherapie
9. Das allgemeine Modell von Psychotherapie
10. Verbesserung durch Erweiterung der Versorgung
11. Verzahnung von Berufsrecht und Sozialrecht
12. Schlussfolgerungen und Perspektiven

#### 1. Entwicklung der (GKV-) Richtlinienpsychotherapie 1967 – 1998

##### a. 1967 - 1976

Mit Einführung der Psychotherapie-Richtlinien im Jahre 1967 wurde der Grundstein für die heutige psychotherapeutische Versorgungsrealität gelegt. Die erste Phase der kassenpflichtigen Behandlung von Versicherten bei krankheitswertiger psychischer Symptomatik erfolgte ausschließlich mit Psychoanalyse und tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie; die Indikation beschränkte sich auf aktuelle Störungen. Das 1972 eingeführte Delegationsverfahren erlaubte dann „nichtärztlichen Psychotherapeuten“ mit einer analytischen Ausbildung als ärztliche Heilhilfspersonen sich an der Versorgung zu beteiligen.

##### b. 1976 - 1987

1976 mussten die Psychotherapie-Richtlinien erweitert werden, weil die Sozialgerichte die Behandlung chronischer Störungen und die Behandlung von Behinderten den gesetzlichen Krankenkassen als Pflichtleistung zugewiesen hatten. Im Widerspruch zu den Forderungen der Fachwelt (Psychiatrie-Enquete, 1972 – 1975), wurden Gesprächspsychotherapie und Verhaltenstherapie nicht in die Versorgung einbezogen.

##### c. 1987 - 1989

Anlässlich des Übergangs von der RVO zum SGB V im Jahr 1987 war die Neufassung der PT-R geboten. Nolens volens wurden die Richtlinien um Verhaltenstherapie ergänzt, die faktisch bereits seit 1980 (Ersatzkassen) bzw. 1986 (Primärkassen) Bestandteil der Versorgung war. Ergänzend zur Psychotherapie wurde die psychosomatische Grundversorgung eingeführt, die allerdings dem Aufgabenbereich der Ärzte vorbehalten blieb.

Die mit der Neufassung eingeführte Öffnungsklausel für weitere Verfahren sah u.a. vor, dass diese den Nachweis erfolgreicher Anwendung über einen Zeitraum von mind. 10 Jahren überwiegend in der ambulanten Versorgung zu führen hatten. Damit war die Berücksichtigung neuer Verfahren nahezu ausgeschlossen.

Von 1989 bis zur Einführung des PsychThG blieben die Richtlinien inhaltlich und strukturell unverändert. In diesen Zeitraum fällt die Einbeziehung der damaligen DDR in die Gesundheitsversorgung, dort gewachsenen Strukturen der Gesundheitsversorgung wurden aufgelöst; die in der DDR die psychotherapeutische Versorgung dominierenden Gesprächspsychotherapeuten wurden aufgefordert, ihre Leistungen fortan unter dem Etikett „tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie“ abzurechnen.

Zur Arbeit im Delegationsverfahren.

Das Delegationsverfahren war als „Kann-Bestimmung“ ausgestaltet und systematisch als vorübergehende Hilfskonstruktion vorgesehen, bis der ärztliche Nachwuchs die psychotherapeutische Versorgung sicherstellen konnte. Grundsätzlich blieb psychotherapeutische Behandlung in der vertraglichen Versorgung Ärzten vorbehalten. Die Mitarbeit im Delegationsverfahren war also nicht statusbegründend (Zulassung/Praxissitz).

#### 2. Alternatives psychotherapeutisches Leistungsrecht 1978 - 1998

Die fortdauernde Unterversorgung veranlasste die Krankenkassen, die Leistungsansprüche ihrer Versicherten auch außerhalb der vertraglichen Regelungen durch Einzelfall-Kostenerstattungen und durch geregelte Kostenerstattungen zu erfüllen. Die sog. „Einzelfall-Kostenerstattung“ wurde weitgehend ohne besondere Anforderungen an die Qualifikation der Behandler gewährt. Die quantitativ ungleich bedeutsamere geregelte Kostenerstattung im Rahmen der TK-Regelung wurde un-

zutreffend aber wohl absichtsvoll als „grauer Markt“ diskreditiert.

### TK-Regelung 1978 - 1996

Die Bereitschaft der TK zur Kostenerstattung ab 1978 ist wohl als Reaktion auf die restriktive „Politik“ des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen im Widerspruch zu den Forderungen der Psychiatrie-Enquete (1975) zu verstehen.

Mit Ergänzungen und Modifizierungen wurde die zwischen der TK und dem BDP vereinbarte Regelung nahezu 20 Jahren praktiziert, bis das LSG NRW im Oktober 1996 der Klage der KBV gegen diese Regelung stattgab.

Die TK-Regelung hatte erhebliche berufspolitische Bedeutung:

#### a. Rechtlich

Die TK-Regelung war eine vertragsähnliche Regelung neben den Arzt-Kassenverträgen und stellte das damals geltende ärztliche Heilbehandlungsmonopol in Frage.

#### b. Fachlich

- Psychotherapeutische Behandlung im Rahmen der TK-Regelung wurde als methodenübergreifende Psychotherapie erbracht.
- Leistungskontingente waren prinzipiell nicht vorgesehen, eine Mengen-Begrenzung gab es nicht; beendet wurde die Behandlung durch den Behandler selbst oder durch eine (ablehnende) gutachterliche Stellungnahme.
- Es wurde ein psychologisches Gutachterverfahren eingerichtet, das von dem Berufsstand organisiert und verantwortet wurde.
- Maßnahmen zur Sicherung der Struktur- und Prozessqualität waren
  1. Qualifikationsanforderungen (Klin. Psychologe)
  2. Verpflichtung zur kontinuierlichen Fortbildung
  3. Erneuerung der Behandlungsberechtigung spätestens alle 2 Jahre (Fortbildungsnachweis)
  4. Gutachter-System

Zur „methodenübergreifenden Psychotherapie“:

Unter „methodenübergreifender Psychotherapie“ wurde gefasst, dass verschiedene psychotherapeutische Verfahren, Methoden und Interventionen allein oder in Kombination zur Anwendung kommen konnten. Es lag grundsätzlich in der Entscheidung und Verantwortung des Behandlers, ob und wie er unterschiedliche Ansätze in der Behandlung kombinierte. Der TK-Regelung kam natürlich auch in Zusammenhang mit den Bemühungen um eine gesetzliche Regelung der

Psychotherapie Bedeutung zu. Der Gesetzgeber trug dem in seinem Entwurf für ein Psychotherapeutengesetz 1993 Rechnung, indem er in § 12 Abs.3 des Entwurfes vorsah, dass die TK-Behandler übergangsrechtlich in die Versorgung zu übernehmen seien.

#### 3. Einige Daten zur psychotherapeutischen Versorgung im Jahr 1987

Gewählt wird das Jahr 1987

- das zeitlich in der Mitte der Laufzeit der TK-Regelung liegt und
  - für das Daten aus der KBV-Statistik und aus der Untersuchung des „Instituts für freie Berufe“ („Wasilewski-Studie“) vorliegen
1. Behandlungsfälle: 122.000  
Vertragliche Versorgung: 72.000 (60 %)  
Kostenerstattung: 50.000 (40 %)
  2. Beteiligung der versch. Leistungserbringer  
Psychotherap. tätige Ärzte 25 %  
Psychologen 75 %
  3. Anteil unter den Psychotherapeuten  
Delegationspsychologen 40 %  
KE-Psychotherapeuten 60 %

Nach der KBV-Statistik wurden 1987 insgesamt 72.293 Behandlungen in der vertragsärztlichen Versorgung durchgeführt. 56% dieser Behandlungen wurden bereits damals von Psychologen (im Delegationsverfahren) durchgeführt, auf die Ärzte entfielen 44%.

Für das gleiche Jahr wurde von dem „Institut für freie Berufe“, Universität Nürnberg (Wasilewski-Studie) die Untersuchung „Kosten der Psychotherapie bei Klinischen Psychologen“ über die gesamte psychotherapeutische Versorgung durchgeführt.

Danach wurden insgesamt 122.000 Behandlungsfälle gezählt.

Die circa 50.000 von der KBV nicht erfassten Behandlungsfälle gliedern sich auf in

- 30.000 im Wege der Kostenerstattung
- 19.000 Selbstzahler

Ärzte und Psychotherapeuten in der Versorgung: 70% der Behandlungen wurden von Psychologen (einschließlich Delegationsverfahren) durchgeführt, auf die Ärzte entfielen nur 30%.

#### c. Zur Anwendung verschiedener Psychotherapieverfahren im Jahr 1987:

Sowohl im Delegationsverfahren mit 38% als auch im Kostenerstattungsverfahren mit 55% nahm Gesprächspsychotherapie eine besonders prominente Rolle in der Versorgung ein (Mehrfachnennungen waren möglich).

Anwendung verschiedener Psychotherapieverfahren in der Versorgung

- Gesprächspsychotherapie 55 %
- TP 48 %
- Verhaltenstherapie 48 %
- Familientherapie 29 %
- Gestalttherapie 28 %
- Psychoanalyse 22 %

c. Versorgungsbedarf

Verschiedene Untersuchungen seit 1988 (Experten-Kommission der Bundesregierung 1988, Forschungsgutachten 1991) hatten übereinstim-

mend einen Psychotherapiebedarf für 5 % der Bevölkerung ermittelt. 2% bedürften dringend der Behandlung. Tatsächlich wurden in der vertragsärztlichen Behandlung aber nur 18% der dringend einer Behandlung Bedürftigen, d.h. 252.500 Patienten behandelt, die sich auf die beiden RLV mit Analyse/TP ca. 11% und Verhaltenstherapie ca. 7 % aufteilten (Daten des Gesundheitswesens, Schriftenreihe des BMG“)

#### 4. Vergleich Arbeit im Delegationsverfahren / in der TK-Regelung

	Richtlinien-Psychotherapie	TK-Regelung
Qualifikation	WB KV-Institut	WB KLIPS/BDP
Rechtsstellung	ärztliche Hilfsperson	selbständig-eigenverantwortlich
Kooperation mit Arzt	im Auftrag des Arztes	gleichberechtigt
Verfahren	verfahrensgebunden	methodenübergreifend
Leistungsumfang	starre Kontingente	nach Behandlungsverlauf
Finanzierung	Sachleistung	Kostenerstattung
Qualitätssicherung	?	Fortbildungsverpflichtung Befristete „Zulassung“ Supervisionsverpflichtung

#### Bewertung der TK-Regelung:

Die TK-Regelung betont die Kompetenz des Behandlers, der auf der Grundlage seiner Qualifikation zur psychologischen Behandlung Art und Umfang der Behandlung nach eigener fachlicher Erkenntnis und nach eigenem fachlichem Ermessen bestimmt. Damit entsprach die Stellung des TK-Behandlers für den Bereich der Psychotherapie dem des Arztes für die somatische Behandlung, der auf der Grundlage seiner Approbation und Weiterbildung nach dem Stand der medizinischen Erkenntnisse tätig wird.

Auch mit dem Verzicht auf eine absolute Kontingentierung der Leistungen betont die TK-Regelung die Behandlerkompetenz. Mit der Priorisierung der Behandlerkompetenz, die die Wahl des fachlichen Vorgehens in die Zuständigkeit des Behandlers verlagerte, konnte innerhalb der TK-Regelung auch der ansonsten eifersüchtig geführte Schulenstreit überwunden werden. Insofern kann die TK-Regelung als eine Alternative zu der Richtlinien-Psychotherapie gesehen werden.

#### 5. Die psychotherapeutische Versorgung bei Inkrafttreten des PsychThG

Mit Einführung des PsychThG wurde die psychotherapeutische Versorgung gesetzlich geregelt, die Psychotherapeuten wurden ordnungspolitisch verrechtlicht. Die von dieser Profession entwickelte und auch bewährte psychotherapeutische Kultur wurde nicht aufgegriffen, vielmehr wurde die vorgefundene Verfahrensvielfalt in der Versorgungsrealität bürokratisch auf die bisherigen drei RLV reduziert.

In diesem Zusammenhang ist besonders bemerkenswert, dass die zur Zufriedenheit aller Beteiligten mehr als 20 Jahre praktizierte TK-Regelung in den gesetzlichen Bestimmungen – abweichend von dem Gesetzentwurf 1993 – unberücksichtigt geblieben ist.

Obwohl also auch seit 1999 nur drei Psychotherapieverfahren offiziell zugelassen sind, findet man sowohl in der ambulanten als auch in der stationären Versorgung eine ausgeprägte therapeutische Vielfalt.

Für den ambulanten Versorgungsbereich ist diese Realität quasi systematisch herbeigeführt worden, weil insbesondere die Psychotherapeuten aus der Kostenerstattung gezwungen wurden, zur Sicherung ihrer Existenz offiziell ihrem Psychotherapieverfahren abschwören, sich einer sog. Nachqualifikation unterwerfen und ihre Arbeit zukünftig als eines der Richtlinienverfahren deklarieren mussten.

## 6. Der gesetzliche Auftrag an den Gemeinsamen Bundesausschuss

Mit der Einführung des PsychThG und der damit verbundenen Integration der psychotherapeutischen Versorgung sowie der Psychotherapeuten in das Sozialrecht war auch die Ergänzung der sozialrechtlicher Bestimmungen des SGB V erforderlich. Für das Übergangsrecht hatte insbesondere der § 92 6a Bedeutung:

“ 92 Richtlinien der Bundesausschüsse  
(6a) In den Richtlinien nach Absatz 1 Satz 2 Nr. 1 ist insbesondere das Nähere über die psychotherapeutisch behandlungsbedürftigen Krankheiten, **die** zur Krankenbehandlung **geeigneten Verfahren**, das Antrags- und Gutachterverfahren, die probatorischen Sitzungen sowie über Art, Umfang und Durchführung der Behandlung zu regeln. .... Sie sind erstmalig **zum 31. Dezember 1998 zu beschließen** und treten am 1. Januar 1999 in Kraft.“ (Hervorhebung Verf.)

Damit hatte der Gesetzgeber den damaligen Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen beauftragt, die Psychotherapie-Richtlinien bis zum Inkrafttreten des Gesetzes zu überarbeiten. Aus berufsrechtlicher Sicht und aus Sicht des Ausbildungsrechts sind die wissenschaftlich anerkannten Verfahren (§ 1 Abs. 3 PsychThG), jedenfalls aber die Psychotherapieverfahren, in denen vertieft ausgebildet wird, zur Krankenbehandlung geeignete Verfahren. Dem Auftrag des Gesetzgebers, bis zum 31. Dezember 1998 die Psychotherapie-Richtlinien zu beschließen, ist der Bundesausschuss nicht nachgekommen. Der Bundesausschuss rechtfertigte sein Unterlassen gegenüber dem BMGS damit, dass unter dem Zeitdruck bis zum Inkrafttreten des PsychThG weitergehende Arbeiten nicht möglich gewesen seien, im Jahre 1999 solle die Überarbeitung nachgeholt werden. Dieser Selbstverpflichtung ist der Bundesausschuss bis heute nicht nachgekommen.

Der Gesetzgeber hatte einen Zeitraum von weniger als sechs Monaten (Gesetzesverkündung am

18.06.1998) für ausreichend gehalten, die neuen Richtlinien zu beschließen.

### a. Neue Anforderungen an den G-BA

Durch das PsychThG ist dem G-BA eine neue Aufgabe, neue Kompetenz und Verantwortung zugewachsen, die noch nicht überall erkannt wird. Er steht in der Verantwortung, dass das psychotherapeutische Berufsrecht und das Sozialrecht nicht auseinander fallen. Verfassungskonform kann der Bundesausschuss das Zulassungsrecht nur dadurch lösen, dass er wissenschaftlich anerkannte Verfahren, in denen Psychotherapeuten vertieft ausgebildet werden können, ohne weiteres als Richtlinien-Verfahren bestätigt.

Anders als vor der Einführung des psychotherapeutischen Berufsrechts, als Entscheidungen des G-BA sich lediglich auf die Berufsausübungsmöglichkeiten von Ärzten auswirkten sowie auf die Frage, ob Psychologen als ärztliche Heilhilfspersonen im Rahmen des Delegationsverfahrens tätig werden konnten, haben die Entscheidungen des G-BA jetzt Rückwirkungen auf das (inzwischen geschaffene) Berufsrecht der Psychotherapeuten und berühren verfassungsrechtliche Fragen (Artikel 12 GG).

### b. Neue Leistungskategorie „Behandlungserfahren“

Mit dem PsychThG ist zu den gesetzlichen Leistungskategorien „Therapierichtungen“, „Behandlungsmethoden“ und „Arznei- und Heilmittel“ zusätzlich die Leistungskategorie „Behandlungsverfahren“ eingeführt worden und zwar ausschließlich im Kontext des Psychotherapeutenrechts.

Wie sich in der zum 1.10.2005 in Kraft getretenen neuen Verfahrensordnung des G-BA zeigt, wird das bisher nicht ausreichend beachtet. Psychotherapieverfahren sollen danach vielmehr nach gleichen Kriterien wie ärztliche Teilverrichtungen bewertet werden. Die unterschiedliche Gegenstandsrichtung von Organmedizin und Psychotherapie wird damit ignoriert (s. auch unter 8.)

### c. Kriterium der Geeignetheit

Für die Anerkennung von Psychotherapieverfahren wurde mit dem PsychThG das Kriterium der Geeignetheit eingeführt, womit eine innovationsfeindliche Begünstigung der etablierten Richtlinienpsychotherapie und -therapeuten vermieden werden sollte.

## 7. Defizite in der Versorgung

### a. Zur Qualität in der derzeitigen vertraglichen Versorgung

Klinische Erfahrungen und empirische Effektivitätsstudien zeigen, dass das vertragliche Versorgungsangebot völlig unzureichend ist. Fehlindikationen und Misserfolge sind erheblich. Fast jeder 2. Psychotherapiepatient wird nicht erfolgreich behandelt. Fast jeder 5. Patient bricht seine Behandlung erfolglos ab, jeder 4. Patient beendet seine Behandlung erfolglos oder gar mit einer Verschlechterung seiner Eingangssymptomatik. Verlässliche Aussagen, wie viele dieser nicht erfolgreich behandelten Patienten einen zweiten Behandlungsversuch starten, liegen nicht vor.

Die Untersuchung von VT-Abbrechern bei Diagnosen, für die der VT besondere Geeignetheit zugeschrieben wird, weist eine Quote von 23% auf (Jacobi, 2002). Durch verschiedene Untersuchungen ist seit 1994 (Grawe) bis 2003 (Brockmann; Reschke und Otto) belegt, dass sich 45% der Psychotherapiepatienten in einer Zweit- oder Drittbehandlung befinden. Es ist also davon auszugehen, dass diesen Patienten keine angemessene Passung in dem Therapie-Angebot zur Verfügung stand (zur Passung s. u.).

### b. Versorgungsforschung

Die Ergebnisse zur qualitativ defizitären Versorgung werden durch die Ergebnisse aus der Versorgungsforschung bestätigt. An einer Versorgungs-Untersuchung der Universität Göttingen im Jahr 2001 (Schütte et al., Universität Göttingen) in den KV-Bezirken Göttingen und Kassel nahmen 42 % der zugelassenen Behandler teil. Die wichtigsten Ergebnisse und Folgerungen der Autoren besagen, dass die RLV ihr methodisches Vorgehen überprüfen und modifizieren müssten, um den Versorgungsansprüchen gerecht zu werden.

- a. Die strenge Begrenzung der abrechnungsfähigen Richtlinien-Psychotherapie auf drei Verfahren bedeutet eine Verarmung der therapeutischen Praxis. Wesentliche vorhandene fachliche Ressourcen werden nicht genutzt.
- b. Jeder 10. Patient lehnt die Aufnahme psychotherapeutischer Behandlung ab, weil die „persönliche Passung“ nicht gegeben ist.
- c. Die Anerkennung weiterer psychotherapeutischer Verfahren aus dem humanistischen, erlebnisorientierten und systemischen Be-

reich ist eine folgerichtige Forderung aus der Untersuchung und eine Notwendigkeit, soll die Patientenversorgung verbessert werden.

## 8. Neuerungen zur Bewertung von Psychotherapieverfahren

### a. Verfahrensdifferentielle Indikation – Diagnosebezogene Behandlungsberechtigung?

#### a.1 Ausgangslage

Das PsychThG kennt nur einen Indikationsbereich für Psychotherapie. Die PT-R und die PTV folgen dem und benennen zur Indikationsstellung für Psychotherapie unter A 1. P-TR die „seelische Krankheit“. Zur Eingrenzung der kassenpflichtigen Leistungen werden unter „D Anwendungsbereiche“ der PT-R die zu behandelnden Krankheiten in drei Anwendungsbereiche unterteilt. Der EBM, der zum 1.4.2005 in Kraft getreten ist, sieht wie bisher nur die für alle RLV einheitliche Psychotherapie-Indikation vor. Der EBM bestimmt den Inhalt der abrechnungsfähigen Leistungen.

#### a.2 Neuere Entwicklungen

Deshalb muss überraschen, dass der Gemeinsame Bundesausschuss offensichtlich (und ohne die dazu erforderliche gesetzliche Ermächtigung) von den gesetzlichen Bestimmungen und den untergesetzlichen Regelungen abweichen und damit ein neues Psychotherapieverständnis etablieren will. Erstmals im Fragenkatalog zur Neuropsychologie am 01.04.2005 wurde erkennbar, dass der G-BA neue Psychotherapieleistungen der GKV getrennt nach Anwendungsbereichen bewerten will.

Die Absicht des G-BA, eine indikationsbezogene Bewertung von Psychotherapieleistungen einführen zu wollen, wird auf die Behauptung gestützt, „In der Fachwelt ist es unstrittig, dass es dem heutigen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse entspricht, psychotherapeutische Behandlungsverfahren indikationsbezogen zu bewerten.“

#### a.3 Zum Stand der Psychotherapieforschung

Das steht mit dem Stand der Psychotherapieforschung nicht in Übereinstimmung. Richtig ist lediglich, dass in der Fachwelt Interesse an störungsspezifischer Psychotherapieforschung besteht. In begrenztem Maße gibt es auch Anhaltspunkte für verfahrensdifferenziell-störungsspezifische Indikationsstellungen; normierungsfähige Erkenntnisse zur verfahrensdifferenziellen Indikation liegen aber nicht vor.

Es ist auch kaum zu erwarten, dass die Forschung dafür in absehbarer Zukunft verlässliche Indikatoren wird angeben können. Das komplexe und überdeterminierte Geschehen in einer psychotherapeutischen Behandlung, die Vielfalt der Einflussfaktoren und die kaum zu realisierende Isolierung von „Substanzen“ in einer Psychotherapie ist eine wohl nicht überwindbare Hürde.

#### a.4 Konsequenzen einer störungsspezifischen bzw. diagnosebezogenen Abrechnungsgenehmigung in der Praxis

Eine indikationsbezogene Bewertung mit der Folge der Erteilung einer indikations-/diagnosebezogenen „Abrechnungsgenehmigung“ bzw. Behandlungsberechtigung wäre auch im Hinblick auf den Regelfall der Komorbidität in der Versorgung, aber auch der Symptomveränderungen während einer Behandlung nicht realisierbar. Psychotherapieverfahren, bei denen die psychostrukturellen Hintergründe im Fokus der Behandlung stehen, behandeln nicht vordergründig das Symptom, sondern seelische Krankheit. Bei einer diagnosebezogenen Abrechnungsgenehmigung wäre formal ein häufiger Wechsel des Behandlers erforderlich, faktisch aber wohl kaum zu erwarten. Das schon derzeit zu konstatierende Auseinanderklaffen der Psychotherapierichtlinien-Vorgaben und der Behandlungspraxis würde noch verstärkt.

#### a.5 Patienten sind mehr als ihre Störung:

Die störungsspezifische Laborforschung orientiert sich an dem naturwissenschaftlichen Paradigma der Körpermedizin. Dort sieht die idealtypische Untersuchungsanordnung des „Goldstandard“ vor: Patienten wird aufgrund ärztlicher Verordnung ein Medikament verabreicht, die Auswirkungen werden untersucht und dann mit den Ergebnissen bei einer Gruppe verglichen, denen Placebos verabreicht worden waren. Eine für die Psychotherapie analoge Beforschung wird mit der Durchführung von sog. störungsspezifischen randomisierten Studien (Labor-Studien) versucht. Mit störungsspezifischen Studien werden aber weitgehend Artefakte untersucht, die weder in der stationären noch in der ambulanten Praxis vorkommen.

Die dem zugrunde liegende funktionalistische Sichtweise des Menschen verkünstelt den „Untersuchungsgegenstand Mensch“ so weit, dass er sich kaum noch als Bestandteil des menschlichen Lebens erkennen lässt; der Mensch wird als das in seine Funktionsstörungen aufteilbare Etwas

betrachtet, das partiell repariert werden kann. Der störungsspezifische Forschungsansatz mag für die Grundlagenforschung von Bedeutung sein, seine Ergebnisse erlauben aber keine Aussagen zur Wirksamkeit und zum Nutzen in der praktischen psychotherapeutischen Versorgung. Die Reduzierung der Psychotherapie-Patienten auf die Manifestation ihrer Störung greift zu kurz, weil die tatsächlich behandlungsbedürftige seelische Krankheit nicht erreicht wird.

#### a.6 Verfahrensdifferentielle Indikationsstellung ist Gegenstand der Berufsausübung

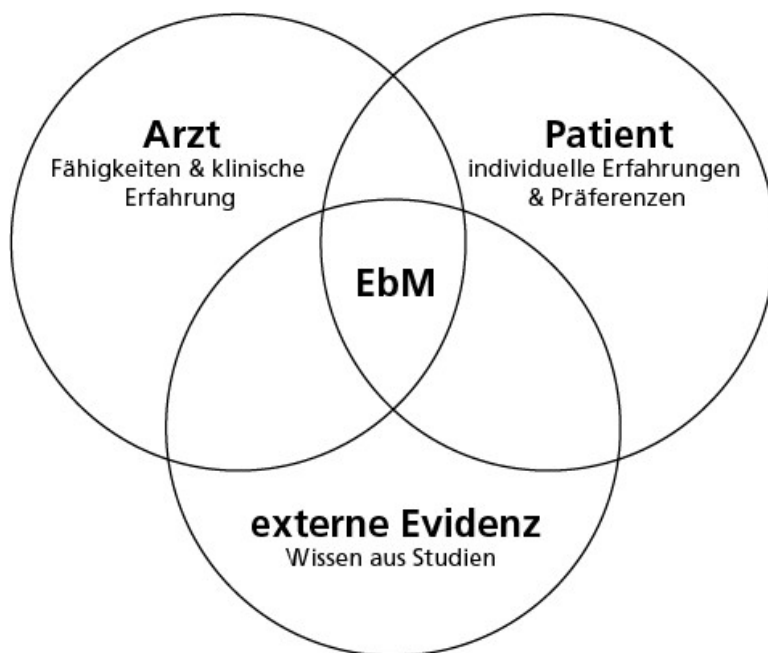
Den Kommentatoren der Psychotherapie-Richtlinien Faber/Haastriek ist zuzustimmen, dass eine verfahrensdifferentielle Indikationsstellung Gegenstand der psychotherapeutischen Berufsausübung sein muss und nicht durch diagnosebezogene Behandlungsberechtigungen geregelt werden kann. Psychotherapeuten werden ausweislich des Gegenstandskatalogs der Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen zur verfahrensdifferentiellen Indikationsstellung qualifiziert.

Mit dem von dem G-BA beabsichtigten Bewertungsverfahren würde für die Psychotherapie ein Paradigmen-Wechsel eingeleitet, dem die Vorstellung zugrunde liegt, Psychotherapie lasse sich genormt (manualisiert) anwenden und wie ein Medikament verordnen. Psychotherapie lässt sich aber dem Wissenschaftsparadigma der Körpermedizin nicht unterordnen.

#### b. Evidenzbasierte Medizin/Evidenzbasierte Psychotherapie

Die Anwendung der Prinzipien in der evidenzbasierten Medizin (ebM) auf die Psychotherapie wird aktuell diskutiert und insbesondere von den Leistungsträgern vehement gefordert. Dabei wird ebM gerne ungenau – oder interessensgeleitet wohl auch vorsätzlich – missverstanden und verkürzt. Evidenzbasierte Medizin wird als das Bemühen definiert, die Entscheidungsgrundlagen für Diagnose und Behandlung durch eine bessere Verzahnung von praktisch-klinischer Erfahrung mit Forschungswissen zu optimieren und dadurch die bestmögliche Diagnostik und Behandlung für jeden Patienten zu gewährleisten. EbM besteht aus 3 gleichwertigen Aspekten (siehe Abbildung)

- dem Patienten mit einem individuellen Problem (Patientenpräferenz),
- dem Behandler mit seiner klinischen Erfahrung (Klinische Expertise) und
- der externen Evidenz, die aus wissenschaftlichen Studien gewonnen wurde.



Modell nach Havnes RB et. al.. ACP Journal Club 1996: 125

Praktizierte evidenzbasierte Medizin realisiert sich also in dem Dreiecksverhältnis

**Behandler - Wissenschaft - Patient**

Diese drei „Bausteine der evidenzbasierte Medizin“ sind nicht hierarchisch, sondern in einer gleichberechtigten Wechselwirkung zu sehen. Die externe klinische Evidenz kann die klinische Erfahrung ergänzen, aber niemals ersetzen. Die individuelle Expertise entscheidet, ob die externe Evidenz überhaupt auf den Patienten anwendbar ist.

Entgegen einem weit verbreiteten und zum Teil geförderten Missverständnis ist evidenzbasierte Medizin nicht auf randomisierte, kontrollierte Studien, sog. RCT-Studien[1], populär auch als „Labor-Studien“ bezeichnet, begrenzt; andernfalls wäre evidenzbasierte Medizin eine „Kochbuch-Medizin“. Die Verabreichung eines Medikaments oder die Anwendung von Ultraschall einerseits und die komplexe Leistung Psychotherapie andererseits lassen sich eben nicht nach gleichen methodischen Prinzipien und Versuchsanordnungen untersuchen.

Aus der pars-pro-toto-Setzung

**Evidenzstufe 1 = evidenzbasierter Psychotherapie**

wird für die Psychotherapie in einem nächsten Schritt gefordert, nur Interventionen und Metho-

den, die diesen Goldstandard-Effektivitätsnachweis führen können, in der psychotherapeutischen Versorgung anzuwenden bzw. zuzulassen

Dem liegt die Vorstellung zugrunde, Psychotherapie könne gleich einem Medikament verordnet und zur Anwendung gebracht werden. Welches Verfahren, welche Methode, welche Intervention wirksam und verträglich zur Anwendung gebracht werden kann, das müssen aber Psychotherapeut und Patient gemeinsam entscheiden (s. Allgemeines Modell von Psychotherapie)

Die Forderung, Psychotherapieleistungen mit der gleichen Elle zu messen wie ärztliche Teilverrichtungen kann nur als geistige Übersprungshandlung verstanden werden, dass mit der Verortung der Psychotherapie in den Organisationsstrukturen der Organmedizin diese sich den Prinzipien der Organmedizin und damit einem naturwissenschaftlichen Paradigma fügen könnte.

[1] RCT (randomised controlled trials): Experimentelle Vergleichsstudien, in den Patienten mit einer mit identischen, möglichst eng isolierten Störung zufällig Vergleichsgruppen (behandelt – unbehandelt; medikamentöse Behandlung – psychotherapeutische Behandlung) zugeordnet werden

## 9. AMP – Das Allgemeine Modell von Psychotherapie (Orlinski/Howard)

Die Ergebnisse zur Qualität psychotherapeutischer Versorgung bestätigen die klinische Erfahrung, dass der Versuch, die Effektivität von Psychotherapie ausschließlich verfahrensspezifisch erklären und zuordnen zu wollen, zu kurz greift. Psychotherapieverfahren unterscheiden sich in ihrem Menschenbild, in unterschiedlichen Orientierungen, Werten und Zugangsweisen zur Welt und damit auch in ihren Konzepten zu den krankheitsverursachenden Faktoren und den Wirkfaktoren für konstruktive Veränderungen. Dem entspricht die wissenschaftlich gesicherte Erkenntnis, dass verschiedene psychotherapeutische Angebote für verschiedene Patienten unterschiedlich gut geeignet sind.

Diese Zusammenhänge zwischen den spezifischen Merkmalen eines psychotherapeutischen Angebots und dem Therapieerfolg haben Eingang in das in der psychotherapeutischen Forschung zunehmend beachtete „Allgemeine Modell von Psychotherapie“ (APM) von Orlinski und Howard gefunden. Auf der Grundlage empirischer Forschungsergebnisse messen die Autoren der Beachtung der folgenden vier Faktoren besondere Bedeutung für eine erfolgreiche Psychotherapie zu:

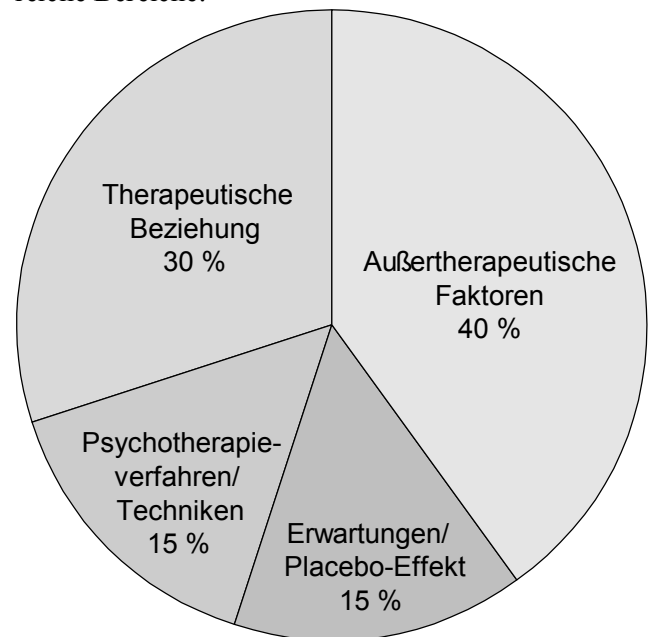
1. Das Behandlungsmodell des Therapeuten
2. Die Erkrankung/Störung des Patienten
3. Die therapierelevanten Merkmale des Therapeuten
4. Die therapierelevanten Merkmale des Patienten.

Der Therapieerfolg ist davon abhängig, ob positive „Passungen“ zwischen Therapeutenvariablen und Patientenvariablen dieser vier Faktoren gegeben sind oder hergestellt werden können. Eine erfolgreiche Behandlung kann umso mehr erwartet werden, je besser folgende vier Passungen stimmen:

1. Die Passung Behandlungs- und Störungsmodell
2. Die Passung Patient und Behandlungsmodell
3. Die Passung Therapeut und Patient
4. Die Passung Therapeut und Störung des Patienten

Weitere Hinweise, die das Konstrukt AMP stützen, finden sich in verfahrenübergreifenden und verfahrenvergleichenden Forschungsansätzen, durch die empirisch belegt wird, dass in den unterschiedlichen Therapieverfahren gemeinsame Faktoren wirksam und für den Therapieerfolg relevant sind.

Diese Forschungsrichtung benennt vier umfangreiche Bereiche:



Aus: Bruce E. Wampold (2001) *The Great Psychotherapy Debate*. Erlbaum: London

Was bewirkt Veränderungen in der Psychotherapie?

Aus dem Schaubild wird deutlich, dass der Anteil der verfahrensspezifischen Wirksamkeit offensichtlich allgemein überschätzt wird. Es bestätigt, dass die Bemühungen der empirischen Forschung, Psychotherapie in organmedizinischem Verständnis als „Anwendung“ oder in Form von Manualen „verabreichen“ zu wollen, ein Irrweg ist. Entsprechende ökonomisch motivierte gesundheitspolitische Forderungen mögen verständlich sein, mit Blick auf den komplexen Gegenstand Psychotherapie sind sie wohl nicht erfüllbar.

## 10. Verbesserung der Versorgung durch Ergänzung um weitere Verfahren

Frohburg (2003) und Eckert/Frohburg/Kriz (2004) haben im Hinblick auf das AMP und in Zusammenhang mit dem vor dem G-BA geführten Bewertungsverfahren der GPT in gesonderten Studien untersucht, ob vorab mit einem Richtlinienverfahren erfolglos behandelte Patienten (Abbrecher/Abschluss ohne Erfolg) mit GPT erfolgreich behandelt werden können.

### a. Frohburg 2003

Frohburg hat die Therapieergebnisse von 15 GPT-Patienten, die vorab mit einem Richtlinienverfahren erfolglos behandelt worden waren, untersucht: 14 dieser 15 Patienten konnten mit GPT erfolgreich behandelt werden. Die Kriterien, die für den Abbruch der RL-Psychotherapie ausschlaggebend/bestimmend waren und umgekehrt



als eingetretene Bedingungen bei der Behandlung durch GPT genannt wurden, waren

- der Behandlungserfolg
- Zielsetzung und Prozessbedingungen der Behandlung
- die therapeutische Beziehung

b. Eckert/Frohburg/Kriz (2004)

Es wurden 25 GPT-Therapeuten, die mit RLV erfolglos vorbehandelte Patienten erfolgreich behandelt hatten, befragt. Jeder zweite der Therapiewechslers gab Erfolglosigkeit als Grund an. Weitere Gründe waren mit jeweils mit 40% die therapeutische Beziehung und das Behandlungsmodell/Verfahren. Die Gründe, die Patienten für ihren Wechsel von einem Therapieverfahren zu einem anderen angeben, stimmen mit dem empirisch gewonnenen Erkenntnis überein, dass der Erfolg einer psychotherapeutischen Behandlung wesentlich davon abhängt, ob die vier im AMP genannten Passungen gegeben sind

Beide Untersuchungen lassen folgende zusammenfassende Schlussfolgerung zu: Gesprächspsychotherapie hat die Möglichkeit, „Passungen“ herzustellen, die von den bereits etablierten psychotherapeutischen Richtlinien-Verfahren nicht in gleicher Weise erreicht werden konnten. Mit diesen Ergebnissen wird von den Autoren keine Überlegenheit der GPT in Anspruch genommen, sie werden vielmehr als Beleg angesehen, dass eine Ergänzung der psychotherapeutischen Versorgung um weitere wirksame Verfahren zu einer Verbesserung der Patientenversorgung führt.

Die Ergebnisse unterstützen also die Notwendigkeit von Alternativen zu den Richtlinienverfahren und die Gültigkeit des AMP.

## 11. Verzahnung von Berufsrecht und Sozialrecht

a. Zwingende Bewertung von „Verfahren“

Der Gesetzgeber hat das psychotherapeutische Berufs- und Ausbildungsrecht mit dem Sozialrecht verzahnt, indem er das Psychotherapeutengesetz als sogenanntes Artikelgesetz (Art.1 "Psychotherapeutengesetz-PsychThG", Art. 2 „Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“) gestaltet hat. Zur Wahrung dieses Zusammenhangs von psychotherapeutischem Berufsrecht und Sozialrecht ist es erforderlich, dass Psychotherapieverfahren entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen als „Verfahren“ bewertet werden. (s. auch unter 6.)

b. Einige Anmerkungen zu Zusammenhängen von psychotherapeutischem Berufsrecht und Sozialrecht

Auch für die Psychotherapeuten gilt das Prinzip „Berufsrecht geht vor Sozialrecht“. Approbierte Psychotherapeuten könnten auf der Grundlage ihrer vertieften Ausbildung schon aus verfassungsrechtlichen Gründen (Berufszugangsregelung) nicht aus dem vertraglichen Leistungsrecht ausgeschlossen werden. Aktuelle Überlegungen, eine diagnosebezogene Teil-Zulassung einzuführen, würde die Ignorierung des geltenden Prinzips „Berufsrecht vor Sozialrecht“ bedeuten. Psychotherapeuten, denen ihre Approbation auf der Grundlage einer vertieften Ausbildung erteilt wurde, würde faktisch die Berufszulassung verwehrt.

1. Der Fachkundeerwerb für Psychotherapeuten erstreckt sich auf die vertiefte Ausbildung in einem Verfahren.

Das Berufsrecht sieht ebenso wenig wie die PT-R, die PTV, der EBM, die Fachkunderegelung für Psychotherapeuten und die Ärzte-Weiterbildungsordnungen eine Zulassung von Psychotherapieverfahren für Teilbereiche der Psychotherapieindikation „seelische Krankheit“ vor.

Ein diagnose- oder störungsbezogener Eingriff in die Psychotherapeuten-Fachkunde wäre nur mit dem Vorhaben vergleichbar, die Behandlungsberechtigung eines Internisten auf einzelne innere Organe einschränken und die Behandlung z.B. von Leber und Milz ausschließen zu wollen.

2. Nach den gesetzlichen Vorgaben ist in den Psychotherapie-Richtlinien insbesondere das Nähere über die zur Krankenbehandlung geeigneten Psychotherapieverfahren zu regeln. Voraussetzung für die Eintragung von Psychotherapeuten in das Arztregister und damit für den grundsätzlichen Anspruch auf Zulassung zur vertraglichen Versorgung (Praxis-sitz) ist der Fachkundenachweis. Der Fachkundenachweis setzt voraus, dass der Psychotherapeut mit der Approbation eine vertiefte Ausbildung in einem durch den Gemeinsamen Bundesausschuss anerkannten Behandlungsverfahren erfolgreich abgeschlossen hat. Die Ausbildung qualifiziert im gesamten „Spektrum von Störungen mit Krankheitswert, bei denen Psychotherapie indiziert ist“ (§ 4 PsychTh-APrV), zur eigenverantwortlichen Berufsausübung (§ 8 PsychThG). Die dadurch erworbene Fachkunde umfasst den Indikationsbereich der PT-R.

Der G-BA hat - im Unterschied zu ärztlichen Methoden - keine Kompetenz, die erforderli-

- che Qualifikation der Psychotherapeuten zu regeln.
3. Die untergesetzlichen Regelungen greifen den gesetzlichen Verfahrens-Begriff auf. Die PT-R und der EBM beziehen sich durchgängig auf „Verfahren“ als zu bewilligende Leistungen. Die PTV fordert als fachliche Befähigung die „Fachkunde“ gemäß § 95c SGB V.
  4. Der G-BA hat in seiner neuen Verfahrensordnung die Besonderheiten des psychotherapeutischen Berufs- und Sozialrechts unbeachtet gelassen hat. In der aktuell verabschiedeten Verfahrensordnung, die die G-BA-Arbeit regelt, ist vorgesehen, dass die gesetzlich neue Leistungskategorie „Behandlungsverfahren“ mit der Leistungskategorie der „medizinischen Behandlungsmethode“ gleichgesetzt wird.

## 12. Schlussfolgerungen und Perspektiven

- a. Aktuelle Möglichkeiten zur Verbesserung der Versorgung

Vorschläge zur Reform der PT-R müssen die übergeordnet geltenden gesetzlichen Regelungen - hier insbesondere die berufsrechtlichen und sozialrechtlichen Vorgaben - berücksichtigen, wenn sie Anspruch auf Realisierbarkeit erheben wollen. Das schränkt die aktuell möglichen und umsetzbaren Veränderungsvorschläge ein. Die Ergebnisse der Versorgungsforschung zeigen, dass die Qualität der Versorgung völlig unzureichend ist.

Die strenge Abgrenzung der Psychotherapieverfahren voneinander muss überwunden werden. Historisch lässt sich diese Verfahrensbindung der vertraglichen Psychotherapieausübung aus der Entwicklung seit 1967 ableiten, die PT-R haben aber mit der Entwicklung nicht Schritt gehalten.

Entsprechende Untersuchungen zeigen, dass durch eine größere Vielfalt und Differenzierung des psychotherapeutischen Versorgungsangebotes die Versorgung verbessert werden kann. Die enge Koppelung der Versorgung an wenige Verfahren/Therapieschulen zeigt sich als kontraproduktiv und findet im Übrigen in der Praxis keine Beachtung. Eine Erweiterung und Differenzierung des Versorgungsangebots und eine Stärkung der Behandlerkompetenz ist erforderlich. Entscheidend ist, den Patienten individuell Behandlungsangebote zur Verfügung zu stellen, die

für sie „passen“. Dazu ist es erforderlich und auf der Grundlage der geltenden gesetzlichen und untergesetzlichen Normen möglich, weitere wirksame Verfahren in die Versorgung einzubeziehen.

- b. Perspektiven durch Weiterentwicklung der gesetzlichen Bestimmungen

In dem Psychotherapeutengesetz ist die Fachkunde verfahrensbezogen definiert. Psychotherapeuten können in der vertraglichen Versorgung nur ein Verfahren zur Anwendung bringen und zwar das Verfahren, das Gegenstand ihrer vertieften Ausbildung war. Für andere Verfahren können sie nur dann eine Abrechnungsgenehmigung/Behandlungsberechtigung erhalten, wenn sie erneut eine 3- bis 5-jährige Ausbildung durchlaufen.

Diese Bestimmung greift die Regelungen auf, die vorgeseztlich in die PT-R Eingang gefunden hatten. Sie sind Ausdruck der innovationsfeindlichen Haltung des die Richtlinien gebenden Bundesausschusses, der daran festgehalten hatte, die Versicherten nicht mit Psychotherapie sondern exklusiv mit bestimmten Psychotherapieverfahren zu versorgen.

Die Konsequenz aus den Ergebnissen der Versorgungsforschung wie auch aus der tatsächlichen Entwicklung der psychotherapeutischen Versorgung kann nur sein, die Bindung der Fachkunde an ein Verfahren und die daraus folgende verfahrensgebundene Behandlungsberechtigung aufzugeben. Zwei Alternativen sind in der Diskussion, die – jedenfalls auf absehbare Zeit – keine Lösung sein können:

1. Die Vorstellungen und Absichten, eine diagnosebezogene Zulassung von Psychotherapieverfahren durch verfahrensdifferentielle Indikation zu etablieren, müssen - mit Blick auf den Stand der Psychotherapieforschung und die Eigengesetzlichkeit von Psychotherapie - als nicht realisierbar angesehen werden.
2. Die Alternative, die verfahrensbezogene Psychotherapie durch eine allgemeine Psychotherapie abzulösen und die vertiefte Ausbildung in einem Verfahren aufzugeben, ist insbesondere hinsichtlich der noch fehlenden theoretischen Konzeptualisierung einer solche Psychotherapie nicht zu verwirklichen. Für die praktische Berufsausübung bedarf es der Möglichkeit, das eigene Handeln auf theoretische Grundlagen rückzubeziehen und zu reflektieren.

Eine sach- und fachgerechte Lösung zur Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung

wird aber erreicht, wenn die sozialrechtliche Fachkunde mit der Approbation erworben wird und die Berufsausübungsberechtigung nicht länger auf das verfahrensgebundene Vertiefungsgebiet eingeschränkt bleibt.

Psychotherapeuten würden damit – vergleichbar dem Facharzt – in dem Fachgebiet Psychotherapie umfassend und nach eigener Kompetenz und Expertise unter Einbeziehung neuer Erkenntnisse und erworbener Fähigkeiten tätig werden können. Damit werden Ressourcen und Kompetenzen freigesetzt, deren Aktivierung derzeit „verboten“ ist.

Berufsrechtlich hat der Gesetzgeber in § 8 PsychThG den Weg zu dieser verfahrensübergreifenden Fachkunde gewiesen und geöffnet: Die Psychotherapeuten-Ausbildung erstreckt sich auf die Vermittlung eingehender Grundkenntnisse in den wissenschaftlich anerkannten Verfahren sowie auf eine vertiefte Ausbildung in einem dieser Verfahren. Die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung knüpft an die Psychotherapierichtlinien an, indem sie vorschreibt, dass die Ausbildung Fähigkeiten vermitteln muss, die zu Diagnostik, Therapie und Rehabilitation von Störungen mit Krankheitswert befähigen, bei denen Psychotherapie indiziert.

Der Psychotherapeut bringt also alle Voraussetzungen mit, Patienten lege artis zu behandeln und gleichzeitig verfahrensdifferentiell zu entscheiden, welche Interventionen er bei welchen Störungen und welchem Patienten effektiv zum Einsatz bringt.

Die Prinzipien der evidenzbasierten Psychotherapie können berücksichtigt werden, weil die bisher von den Richtlinien-Vorgaben überschattete Behandler-Expertise gestärkt wird. Der Therapeut kann zusammen mit dem Patienten unter dem Aspekt der Passung differentiell herausfinden, mit welchem Verfahren oder auch bei welchem Behandler der Patient die bestmögliche Behandlung erfahren kann.

Der zur eigenverantwortlichen und selbstständigen Ausübung des Berufs (§ 8 PsychThG) qualifizierte Psychotherapeut kann darüber hinaus entsprechend seiner Behandlerkompetenz selbst entscheiden, welches Verfahren oder auch welche methodischen Ansätze eines Verfahrens er zur Anwendung bringt bzw. ob er einen verfahrensübergreifenden Ansatz wählt. Dazu gehört auch, dass Psychotherapeuten, die zur Wahrung der Behandlungskonsistenz ausschließlich mit

ihrem Schwerpunktverfahren behandeln wollen, also eine verfahrensübergreifende Psychotherapie ausschließen, frei bleiben, ausschließlich mit „ihrem“ Verfahren zu arbeiten.

Das ermöglicht es, den Patienten individuell bessere Passungen für die Behandlung anzubieten, die Quote der Fehlbehandlungen und der Mehrfachbehandlungen kann reduziert werden. Der Weiterentwicklung der Psychotherapie abträgliche Schulenstreit wird beendet, die Psychotherapie kann ohne abschottendes Besitzdenken in eine neue Qualität der Weiterentwicklung und des gegenseitig voneinander Lernens eintreten.

Schließlich wird mit der Erlangung der Fachkunde durch die Approbation auch dem sozialrechtlichen Regelwerk entsprochen. Das Prinzip „Sozialrecht folgt dem Berufsrecht“ wird für die Psychotherapeuten in gleicher Weise gewährleistet wie für die ärztliche Profession. Da die Psychotherapeuten-Ausbildung bundesweit inhaltsgleich ist, ist die Approbation die notwendige und ausreichende Voraussetzung (§ 135 Abs. 2 SGB V) zum Fachkundenachweis.

#### **Abkürzungsverzeichnis**

AprV	Ausbildungs- und Prüfungsverordnung
BUB-RL	Richtlinie zur Bewertung medizinischer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
G-BA-VO	Verfahrensordnung des Gemeinsamen Bundesausschuss
GKV	Gesetzlich Krankenversicherung
PsychThG	Psychotherapeutengesetz
PT-R	Psychotherapie-Richtlinien
PTV	Psychotherapievereinbarung
RLV	Richtlinienverfahren
RVO	Reichsversicherungsverordnung
SGB V	Sozialgesetzbuch V



*Das Podium (v. li.): Manfred Thielen, Jürgen Hardt, Peter Ebel, Wieland Knobbe, Christoph Stößlein, Armin Kuhr*

## **Podiumsdiskussion**

### **Statements zu „Reform der Psychotherapie-Richtlinien“**

#### **Wieland Knobbe**

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

ich danke für die Möglichkeit als Vertreter der Anwendungsformen psychoanalytischer Psychotherapie als Kassenleistung für Erwachsene zu den Psychotherapierichtlinien eine kurze Stellungnahme abgeben zu dürfen. Aufgrund der fortgeschrittenen Zeit und der Enge des Zeitrahmens für mein Statement möchte ich mich auf wenige Aspekte beschränken, die mir wichtig sind:

Die Forderung nach mehr Qualität in der psychotherapeutischen Versorgung unterstütze ich. Und, vom Patienten her gedacht: psychotherapeutische Behandlung muss zur Verfügung stehen, wenn sie benötigt wird.

Unter diesem Gesichtspunkt ist die derzeitige Zulassungspolitik, insbesondere in unterversorgten Gebieten, kritisch zu prüfen. Allerdings:

eine bloße Ausweitung der Verfahrensvielfalt beim Einzelnen niedergelassenen Psychotherapeuten führt nicht automatisch zur Steigerung der verfügbaren Therapieplätze. Wir erbringen als Psychotherapeuten zeitbezogenen Leistungen und der Therapie-Tag nun einmal realistisch betrachtet nur maximal 8 – 10 Stunden, die wir unseren Patientinnen und Patienten zur Verfügung stellen können.

Auf der Grundlage einer fundierten Psychotherapieausbildung in einer im Rahmen der Psychotherapierichtlinien anerkannten Methode kann die Anwendung einer modifizierten Technik, wie etwa Krisenintervention, Paar- und Familientherapie, Entspannungsverfahren, auch immaginative Techniken, um nur einige zu nennen, im Sinne der Versorgung von Hilfesuchenden sinnvoll sein.

Aber: Grundlage für die Erweiterung des methodischen Repertoires muss eine fundierte psycho-

therapeutische Ausbildung bilden, wie sie qualitativ mit hohen Anforderungen an Selbsterfahrung, supervidierte Praxis und Theorie in den Psychotherapierichtlinien definiert ist. Also, bei aller Kritik, zunächst einmal, was ist gut an den Psychotherapierichtlinien?

- Kurz zusammengefasst. Sie dienen uns Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten als Schutz! Ohne die Richtlinien würde es die Psychotherapie im Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung nicht geben!
- Wir haben mit den Psychotherapierichtlinien ein probates Verfahren der Sicherung von Qualitätsstandards im Gesundheitssystem: mittlerweile sind 60 % aller ärztlichen Leistungen sind per Richtlinien geregelt.
- Die Psychotherapierichtlinien sichern uns langfristig die Rahmenbedingungen für unsere Tätigkeit :
  1. wirtschaftlich weil durch das Gutachterverfahren eine vorgezogene Wirtschaftlichkeitsprüfung vorgenommen wird. Das BSG Urteil zur angemessenen Honorierung von genehmigungspflichtigen Psychotherapeutischen Leistungen hat bewiesen, wie wichtig dieser Schutz im Streit um die Verteilung der Geldtöpfe in den KV'en ist.
  2. Die Psychotherapierichtlinien sichern, das Psychotherapie im Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherungen bleibt: damit sind wir vor der Willkür einzelner Kassenverbände oder lokaler KV-Politik geschützt. Veränderungen sind nur über den gemeinsamen Bundesausschuss bei der KBV möglich.

## Christoph Stößelein

Als niedergelassener Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut mit den Fachrichtungen Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und Psychoanalyse, als Vorstandsmitglied der Berliner Kammer für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und als Mitglied der „Vereinigung analytischer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten“ setze ich mich ebenso wie Herr Dr. Knobbe (DGPT) für die Beibehaltung und angemessene Reform der Psychotherapie-Richtlinien ein. In der Argumentation habe ich mich aufgrund der Kürze der Zeit mit Herrn Dr. Knobbe dahingehend abgesprochen, dass ich die

Was wäre an Veränderung wünschenswert?

- Das Gutachterverfahren wird weiterentwickelt. Hier werden die Ergebnisse der derzeitigen Debatte um die Qualitätssicherung in der psychotherapeutischen Praxis einfließen müssen. Es wäre schön, wenn verfahrensgemessen evaluiert werden könnte. Das ist in Entwicklung.
- Weiter wird die Entwicklung von angemessenen Methoden zur Qualitätssicherung Auswirkung zur verfahrensdifferentieller Indikation haben. Hier ist gerade schmerzlich, dass unter den Bedingungen des Individualbudgets die probatorischen Sitzungen hintenrum quasi aus dem Leistungskatalog gestrichen werden, weil sie aufgrund des Individualbudgets in Berlin nicht mehr bezahlt werden. Hier droht die Gefahr, dass die Psychotherapierichtlinien, die Diagnose und Indikationsstellung als Grundlage der Therapiegenehmigung hoch ansetzen, unterlaufen werden.

Ich fordere deshalb dazu auf, das Kind nicht mit dem Bade auszuschütten:

- Wir brauchen die Schutzfunktion der Psychotherapierichtlinien, gerade in Zeiten des Diktates der Ökonomischen Zwänge!
- Die Ausweitung von Behandlungsmethoden ohne fundierte Psychotherapieausbildung bringt keine Verbesserung der Qualität!
- Eine Überprüfung der Versorgungsplanung in Mangelgebieten, die Optimierung der Vernetzung von Behandlern, die Entwicklung neuer Versorgungsformen zusammen mit Ärzten und die angemessene Bezahlung von Diagnose und Indikationsstellung verbessert die Chancen, das der Patient die Behandlung erhält, die er braucht!

von ihm vorgebrachten Argumente nicht noch einmal wiederholen möchte, sie aber unterstütze.

Zusammenfassend stellen wir fest, dass die Psychotherapie-Richtlinien einen geschützten Rahmen für psychotherapeutische Behandlungen, sowohl für Patient, wie auch für Behandler darstellen. Forderungen, diese sofort abzuschaffen, schaden daher Psychotherapeuten und Patienten. Da man nicht erwarten kann, dass im Rahmen der Psychotherapie-Richtlinien alle emotionalen Erkrankungen, vor allem dann, wenn sie mit einer erheblichen Sozialstörung oder Drogenabusus verbunden sind, behandelt werden können, müssen die Psychotherapie-Richtlinien durch Verträge

im Rahmen der integrierten Versorgung ergänzt werden. Dies ist im Bereich der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie in Rheinland-Pfalz bereits geschehen („Sozialpsychotherapie-Vereinbarung“ nach §140 a SGB V) und soll auf unterversorgte Gebiete in Brandenburg ausgedehnt werden. Im Rahmen der IV-Verträge sollen psychisch chronisch kranke und multimorbide Kinder und Jugendliche behandelt werden, für deren Behandlung es wichtig ist, dass die Psychotherapeuten regelmäßigen Kontakt zu Kinder- und Jugendpsychiatern, zu Jugendämtern, zu Schulen und Ausbildern und natürlich zu den Familien der Patienten halten. Ein derartiger Aufwand in Bezug auf Kooperation mit den Bezugspersonen der Patienten ist im Rahmen der Richtlinien nicht vorgesehen. Ich sehe es als eine wesentliche Aufgabe für den neu zu wählenden Kammervorstand an, die Chancen und Risiken der neuen Versorgungsformen (IV-Verträge und medizinische-psychotherapeutische Versorgungszentren) zu eruieren und die Kammermitglieder fachlich zu beraten.

In seinem Einleitungsreferat hat Herr Hentze kritisiert, dass zahlreiche Psychotherapien, die im Rahmen der Psychotherapie-Richtlinien stattfinden, von Patienten oder Psychotherapeuten abgebrochen werden. Ich bin nicht wie er der Meinung, dass die Hereinnahme neuer Verfahren in die Psychotherapie-Richtlinien automatisch dieses Problem lösen kann. Vielmehr müssen sich die Psychotherapeuten mehr als bisher mit Fragen der Differentialindikation beschäftigen, auch wenn es dafür keine Richtlinien gibt: Welcher Psychotherapeut mit bestimmten Persönlichkeitsvariablen, Therapeutenvariablen, einer bestimmten Berufserfahrung und einem bestimmten erlernten Verfahren kann welchen Patienten mit einer bestimmten Störung, bestimmten Persönlichkeitsvariablen, Motivation, Introspektionsfähigkeit am besten behandeln? Wenn dies nicht beachtet wird, dann wird auch die Hereinnahme neuer Verfahren in die Psycho-

## Amin Kuhr

Armin Kuhr stellt Überlegungen zur Weiterentwicklung der Psychotherapierichtlinien über die Grenzen der Verfahren hinweg vor, die auf der Basis eines Diskussionspapiers von Vogel und Kuhr (2004) beruhen.

Zur Etablierung der Psychotherapie in Deutschland haben die Psychotherapierichtlinien einen wesentlichen Beitrag geliefert. Mit ihrer Hilfe gelang es, Psychotherapie als Leistung im ge-

therapie-Richtlinien an dem Problem des Psychotherapieabbruches, das durch suboptimale Passungen begründet ist, nichts ändern. In Bezug auf die Problematik der Differentialindikation verweise ich auf den „Kommentar Psychotherapie-Richtlinien“ von Faber/Haarstrick (Hrsg.), erschienen bei Urban & Fischer. Die Psychotherapeuten müssen Passungen zwischen Therapeut und Pat. während der probatorischen Sitzungen besser beachten und ggf. zum Kollegen überweisen; dem entgegen steht die extrem schlechte Bezahlung der probatorischen Sitzungen, die von den Psychotherapeuten praktisch verlangt, die diagnostische Arbeit und die Frage nach der Passung umsonst zu machen.

Die Richtlinienbehandlung betrifft nur den Sozialrechtlichen Bereich, d.h. die von den Krankenkassen genehmigten und über die KV abzurechnenden Behandlungen. Berufsrechtlich dürfen Psychotherapeuten, z.B. im Angestelltenverhältnis oder über das KJHG weitere wissenschaftliche Methoden anwenden; bei der Anwendung bestimmter Methoden ist die Absicherung des Psychotherapeuten über den Heilpraktikerstatus empfehlenswert.

Aus der Sicht meines Berufsverbandes ist es von besonderer Bedeutung, die Behandlung von Kleinkindern im Rahmen der Psychotherapie-Richtlinien klar zu regeln. Da bei Säuglingen und Kleinkindern das in den Psychotherapie-Richtlinien beschriebene Neurosenmodell nicht greift, deren Behandlung gemeinsam mit Mutter und Vater jedoch hochwirksam ist, schlägt die VAKJP (siehe dazu die Ausführungen von Prof. Windaus bei Gesprächskreis II) vor, unter die Anwendungsbereiche der Psychotherapie (Kap. D) die Position 1.4. anzufügen: Entwicklungs- und Beziehungsstörungen entsprechend der diagnostischen Klassifikation 0 bis 3.

setzlichen Krankenversicherungssystem zu etablierten und ihr damit eine angemessene Rolle in der Versorgung zu sichern. Auch wenn die Psychotherapierichtlinien in den vergangenen Jahren immer wieder verändert wurden, stellten diese Anpassungen keinen Bruch mit den Grundprinzipien dar, die aufgrund der wissenschaftlichen und gesellschaftlichen Entwicklung zunehmend fragwürdiger werden. Die Gefahr besteht, dass die Psychotherapierichtlinien sich immer weiter von

der praktizierten Therapiepraxis entfernen und dass sie sich zunehmend zu einem „potemkinischen Dorf“ entwickeln, dessen Bauteile mittelfristig (über uns Psychotherapeuten/innen) zusammenstürzen könnten.

Den Krankenkassen sind die Probleme um die Richtlinien seit langem bekannt. Daher wird unter anderem darauf gedrängt, dass die Psychotherapie (ebenfalls) ihre empirische Fundierung verstärkt belegt („Evidenzbasierung“). Kann sie dies tun, angesichts der Tatsache, dass die kategoriale Aufteilung der Psychotherapieverfahren („Schulenorientierung“) zunehmend weniger von der wissenschaftlichen Entwicklung getragen wird? Die wachsenden theoretischen Bedenken spiegeln sich wider in der Tatsache, dass die meisten psychotherapeutischen PraktikerInnen methodenübergreifend arbeiten und dabei Techniken einsetzen, die nicht notwendig der eigenen „vertieften Ausbildung“ entsprechen. In den Kliniken wird bekanntlich „schon immer“ methodenübergreifend gearbeitet. Völlig überholt scheint auch die Forderung, dass die jeweils eingesetzten Behandlungsmaßnahmen einem einheitlichen theoretischen Konzept folgen müssen. Dies entspricht weder dem Stand der Wissenschaft noch dem allgemein etablierten Vorgehen innerhalb der Medizin. Schließlich erfordern es die Entwicklungen in Europa, die Psychotherapierichtlinien in ihren faktischen Wir-

## Manfred Thielen

Die Psychotherapierichtlinien stellen historisch gesehen sicherlich einen Fortschritt dar, doch müssen sie heute dringend weiterentwickelt und der tatsächlichen psychotherapeutischen Praxis angepasst werden. Die meisten der Berliner Kammermitglieder sind in mehr als einem Psychotherapieverfahren ausgebildet. Die überwiegende Mehrheit der Psychotherapeuten im institutionellen Bereich arbeitet methodenintegrativ. Auch im ambulanten Bereich gibt es seit Jahren eine sehr starke Tendenz innerhalb der Kollegenschaft in Richtung Methodenintegration. Wie die positiven Erfahrungen des methodenintegrierenden und –übergreifenden Arbeitens im ehemaligen Kostenerstattungsmodell der Techniker-Krankenkasse zeigen (s. Beitrag Hentze) ist seine hauptsächliche Intention, die psychotherapeutische Behandlung im Sinne des Behandlungserfolges zu verbessern. Deshalb sollten auch kurzfristig die Psychotherapierichtlinien reformiert werden. Und zwar in dem Sinne, dass allen sozialrechtlich anerkannten Psychotherapeuten ermöglicht wird, dass sie auch Interventionen

kungen zu überprüfen und festzustellen, inwieweit die „Konkurrenzfähigkeit“ der deutschen Psychotherapeuten/innen im europäischen Vergleich erhalten bleiben kann.

Es wäre unrealistisch, im Moment eine Totalrevision anzustreben, da die entsprechenden Implikationen kaum abschätzbar wären. Es erscheint sinnvoller, Modelle zu diskutieren, welche den wesentlichen Entwicklungen der Psychotherapie im wissenschaftlichen Bereich Rechnung tragen ohne die politischen und rechtlichen Folgen aus dem Blick zu verlieren. Es erscheint sinnvoll (höchste Zeit?), solche Modelle zu entwickeln bzw. zu diskutieren und auf ihre Tragfähigkeit für die Übernahme in die Psychotherapierichtlinien zu prüfen (Vier Säulen Modell von Kriz, Allgemeine Psychotherapie von Grawe).

In der längerfristigen Perspektive könnte es allerdings sinnvoller sein, von der Zertifizierung psychotherapeutischer Verfahren Abstand zu nehmen und - über eine Revision der Ausbildung - die „Zertifizierung und (Re- Zertifizierung) von PsychotherapeutInnen“ in den Blick zu nehmen.

## Literatur

DGVT (2004). Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis, 36 (4), Suppl. 4, S.5

aus anderen Verfahren, in denen sie qualifiziert sind, anwenden dürfen..

Diese KollegInnen haben durch ihr Studium, ihre Approbation und ihre Ausbildung in einem Richtlinienverfahren umfassend nachgewiesen, dass sie in der Lage sind, Psychotherapie nach wissenschaftlichen Kriterien in der Praxis anzuwenden. Durch die Fortbildungspflicht nach dem GMG sind sie darüber hinaus verpflichtet, ihre Fähigkeiten, Fertigkeiten, ihren Wissensstand zu erhalten und fortzuentwickeln. Analog zur „Experimentierfreiheit“ des Arztes muss ihnen die Freiheit und die Möglichkeit gegeben werden, selbst einschätzen zu können, welche Interventionen im Sinne der Verbesserung des Behandlungserfolges des Patienten adäquat sind. Diese Interventionen müssen durch Supervision, Intervision und das Gutachterverfahren qualitätsgesichert sein. Allerdings sollten dann auch die Gutachter ähnlich wie im damaligen Verfahren der Technikerkrankenkassen ebenfalls über Aus- bzw. Fortbildungen in den angewandten Verfahren verfügen.

Die Psychotherapierichtlinien müssen dahingehend verändert werden, dass methodenübergreifendes und methodenintegratives Vorgehen ermöglicht wird. Es sollten weitere Psychotherapieverfahren zugelassen werden. Dafür müssen die Punkte 3.1.-3.3. vollständig erneuert werden.

Das Kriterium für die Anerkennung weiterer Verfahren sollte ihre wissenschaftlich Begründetheit sein, d.h.:

- a) die Berücksichtigung des wissenschaftlichen Sach- und Fachverständes, der Fachliteratur und der Lehre und Forschung unter Einbeziehung der internationalen Standards und wissenschaftlichen Ergebnisse

- b) die Relevanz und Verbreitung in der bisherigen ambulanten und stationären Praxis unter Einbeziehung der Behandlungserfahrungen der jeweiligen Praktiker
- c) Klinischer Erprobtheit

Die Kompetenz, über die wissenschaftliche Begründetheit eines Verfahrens zu entscheiden, sollte bei den jeweiligen Landespsychotherapeutenkammern und nicht beim Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie liegen. Der Grundsatz, dass das Berufsrecht dem Sozialrecht vorgeordnet ist, sollte streng befolgt werden.

Birgit Dohlus

## **Zusammenfassung der Podiumsdiskussion „Methodenintegration, Weiterentwicklung der Psychotherapie und Reformierung der Psychotherapierichtlinien“**

Moderation: PD Dr. Dipl.-Psych. Ulfried Geuter (Berlin)

TeilnehmerInnen: Thomas Ballast (VDAK), Dipl.-Psych. Heinrich Bertram (bis 9/2005 kommissarischer Präsident der PTK Berlin), Renate Höhfeld (KJP, PTK Berlin, G-BA), Karl-Otto Hentze, Prof. Dr. Jürgen Kriz, Dr. Dipl.-Psych. Lothar Wittmann (Vizepräsident der BPtK, Präsident der PTK Niedersachsen).

Unter Leitung und Moderation von PD Dr. Ulfried Geuter wurden Status und notwendige Weiterentwicklung der Psychotherapie diskutiert. In seinem ersten Statement erläuterte Karl-Otto Hentze, Geschäftsführer der Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG), die Psychotherapie müsse qualitativ als defizitär bezeichnet werden, da ein nicht unerheblicher Teil der kassenfinanzierten Richtlinienverfahren nicht zu dem gewünschten Erfolg führen. Nicht unschuldig daran sei – so die vorherigen Diskussionen - die Begrenzung auf drei Verfahren, für die es keine Grundlage gebe; eine Vergrößerung des Angebotes an Verfahren könne die Fehlerquote offenbar senken helfen. Vor einer Aufweichung von psychischen Störungen als Krankheitsbegriff warnte Dr. Lothar Wittmann (PTK Niedersachsen), da die GKV nach Leistungen suche, die sie aus dem Katalog ausschließen könne; die bestehenden Richtlinien seien ein Beispiel für ähnliche wie bei den Ärz-

ten, man solle von Regularien nicht abweichen. Die vorhandenen Richtlinien dürften aber nicht statisch sein, sondern müssten die dynamische Entwicklung aufgreifen, betonte Thomas Ballast (VdAK). Die methodenübergreifenden Ideen seien in den Beratungsgremien noch nicht angekommen. Auf Kostenträgerseite werde Psychotherapie nicht hinsichtlich Ausgrenzung, sondern hinsichtlich möglicher Zuzahlungen diskutiert. Jede Richtliniendiskussion werde die Diskussion in den Gremien bereichern. Für das Jahr 2006 erwartete Thomas Ballast eine Entscheidung hinsichtlich der Gesprächspsychotherapie. Renate Höhfeld (G-BA) betonte ebenfalls die Notwendigkeit von weiterführenden Diskussionen, darunter den Aspekt, wie sich Methoden integrieren lassen, die innerhalb der Verfahren neu entstanden sind. Es sei immer mit „riesigen Affekten“ zu rechnen, wenn Angst aufkäme etwas zu verlieren oder wenn Neues eingeführt würde. Wichtig sei auf jeden Fall, betonte Heinrich Bertram (PTK Berlin), dass die Psychotherapie weiter Bestandteil der GKV-Versorgung bleibe, auch die Psychotherapierichtlinien sollten bestehen bleiben; die Kompetenz für die Qualitätssicherung gehöre in die Hände des Berufsstandes. Tendenzen wie Ausrichtung auf eine störungsspezifische Indikation, „McDonaldisierung der Psychotherapie“ sowie weiteren Einschränkungen müsse entgegengewirkt werden. Eine Reform der Richtlinien sei wichtig, um den breiten Erfahrungsschatz des Berufsstandes mit seinen wissenschaftlich begründeten Verfahren widerzuspiegeln, wozu auch die Nicht-Richtlinienverfahren gehörten.



Der Hinweis auf die „wissenschaftliche Anerkennung“ der Verfahren sei wichtig, meinte dazu Prof. Dr. Jürgen Kriz (Uni Osnabrück) – was aber „wissenschaftlich“ sei, sei nicht geklärt. Bei den Richtlinien werde Wissenschaft zu Verengung und Ausgrenzung missbraucht, anstatt die Denkräume zu erweitern: „Das ist doch eine Pervertierung des Begriffs Wissenschaft!“ Gesprächspsychotherapie sei zwar wissenschaftlich, aber immer noch nicht sozialrechtlich anerkannt. Der G-BA verzögere diese Anerkennung.

Dr. Geuter stellte die Frage, ob die Qualität gewinnen würde, wenn mehr Verfahren aufgenommen würden. Sicher sei die Erweiterung der Verfahren günstiger für die Passung zwischen Therapeut und Patient, meinte Karl-Otto Hentze (GwG Köln). Die Gesprächspsychotherapie beispielsweise könne Passungen anbieten, wo die Richtlinien-therapie versage. Die Approbation müsse als Zugang zu den Leistungskriterien der Krankenkassen ausreichen, forderte Karl-Otto Hentze, sie bestätige die Kompetenz des Psychotherapeuten, der ein reines Verfahren, aber auch methodenübergreifend behandeln dürfe: „Unsere Erfahrung fließt bisher nicht ein in das Regelwerk.“ An der Methodenintegration führe kein Weg vorbei, sagte Heinrich Bertram, die Vielfalt der psychotherapeutischen Kompetenz schließe die Zugehörigkeit zu einer gemeinsamen geistigen Heimat nicht aus – schön beschrieben am Modell von Kriz – . Mehr Passung sah auch Thomas Ballast als notwendig an – ein Patient mache eine Therapie bei dem Behandler, bei dem er beginne ohne ausreichende Alternativen zu kennen, Misserfolge seien dadurch vorprogrammiert. Aus Sicht der Krankenkassen wäre es hilfreich zu wissen, welche Psychotherapie bei welcher Indikation am sinnvollsten und effektivsten sei. Überwunden werden müsse auch der Streit zwischen Ärzten mit Zusatzausbildung in Psychotherapie und den Psychotherapeuten, es gehe um die Entwicklung von Regeln, aber auch um eine Qualitätssicherung, die auch finanzierbar sein müsse. Die Abgrenzung verwunderte Renate Höhfeld: Es gebe nur eine Psychotherapie – ob durch den Arzt oder durch den Psychotherapeuten. Psychotherapeuten würden nicht für Symptome einer Störung ausgebildet, sondern für das, was „unter der Störung liegt“, das sei weit weg vom Symptomblick. Prof. Dr. Kriz betonte, dass sein Modell eine Art Basiskompetenz aufbaue, keineswegs die Kompetenz verwässere – aber auch dazu befähige zu überweisen „wenn ich nicht passe“. Vor Einführung der Psychotherapierichtlinien habe es mehr Verfahren gegeben – wäre die BRD in der DDR aufgegangen, hätte die

aufgegangen, hätte die Gesprächspsychotherapie gesiegt „und die anderen Verfahren müssten beweisen, dass sie besser sind“. In Deutschland sei es Alltag, das die Vielfalt der Verfahren zwar genutzt werde, nicht aber in der Abrechnung erscheinen würden, die „reine Verhaltenstherapie“ werde sicher selten erbracht. Eine Reihe von Patienten weiche ins Ausland aus, um sich mit Psychotherapieverfahren behandeln zu lassen, die in Deutschland verboten sind.

Die Frage, welche dieser Verfahren Thomas Ballast denn als Kassenleistung einkaufen solle, stellte U. Geuter den Experten auf dem Podium. Es gebe keinen Anlass zur Panik unter den Kostenträgern, meinte L. Wittmann, denn am Bestand der Psychotherapie ändere sich nichts „wenn der richtige Name an den Türen steht“. Bei den jüngeren Kollegen sei die Kluft zwischen Wissenschaft und Praxis nicht so groß, dies könne dazu beitragen, dass die Richtlinien „aus einem Guss neu geschneidert werden aus wissenschaftlich und praktisch Gebotenen“. Der Gemeinsame Bundesausschuss prüfe anders als der Wissenschaftliche Beirat nicht die wissenschaftlichen, sondern die ambulanten Erfolge, stelle Renate Höhfeld klar. Dies ergänzte Thomas Ballast mit dem Hinweis, er brauche für den Leistungskatalog der Kassen Hinweise, welcher neue Nutzen durch neue Verfahren im Vergleich zu den bestehenden gegeben sei, auch in wirtschaftlicher Hinsicht. Aus dem Plenum kam der Hinweis, dass die Richtlinien nicht geändert werden müssten, da bereits jetzt alle Kompetenz eingesetzt werde, die man erworben habe - aber auch die Forderung nach der Einführung der methodenübergreifenden Psychotherapie als Kassenleistung und das Wegkommen von einzelnen Verfahren wurde von mehreren Diskutanten deutlich vertreten.

Auch in dieser Diskussion spielten wirtschaftliche Faktoren der bereits zugelassenen und noch ausgegrenzten Verfahren in den Redebeiträgen der Veranstaltungsteilnehmer eine deutliche Rolle. Man könne tun und an Verfahren anwenden was man wolle, entgegnete Thomas Ballast Wünschen nach einer Erweiterung der Richtlinienverfahren, es gebe aber keinen Anspruch auf Finanzierung durch die Kasse: Wenn diese Leistungen einkaufe, bestimme sie auch, welche das seien. Den Gedanken, die Psychotherapie an sich als einheitliches und ganzheitliches Verfahren anzusehen anstelle einzelner Verfahren in der Psychotherapie griff Moderator U. Geuter auf. Wenn es aber um neue Verfahren und deren Aufnahme gehen soll, dann wolle er wissen, welche Kriterien ein Verfahren erfüllen müsse. Er wäre froh, es gebe keine

„Mischmaschpsychotherapie“, sagte Dr. Wittmann, und er wäre froh, wenn die Psychotherapie an sich als Verfahren gelten könne - allerdings habe die Psychotherapie auch bemerkenswerte Spezifitäten, hier sei weiterer Diskussionsbedarf. Eigentlich sei die Benennung von Verfahren ursprünglich als Öffnungsklausel gedacht gewesen, erinnerte K. O. Hentze, in der Umsetzung werde sie aber als Gitter genutzt. Dass sich der Wissenschaftliche Beirat als „Wissenschaftsgericht“ formiert habe, sei so nicht vorgesehen gewesen. Psychotherapie sei nicht gleichzusetzen mit der Verabreichung eines Medikamentes, die Therapie sei viel zu komplex, um eine Zuordnung von seelischer Krankheit und entsprechendem Verfahren erstellen zu können.

Offenbar sei noch viel zu tun vor einer grundlegenden Überarbeitung der Richtlinien, fasste Thomas Ballast seine Eindrücke von der Veranstaltung zusammen. Unter anderem müsste sich die Psychotherapie manchem Repräsentanten auf Kassenseite auch mehr erklären, man dürfe sich Präzisierungsfragen nicht verschließen. Von einer Änderung der bisher schulenspezifischen Ausbildung rate er ab, solange man nicht darlegen könne, was diesen Weg ablöse. Zu Bedacht bei allen Reformwünschen forderte abschließend Renate Höhfeld auf: Psychotherapie sei zwar kein Medikament, habe aber auch Nebenwirkungen: „Wir müssen mehr wissen über unsere Verfahren und die Ergebnisse, und selbst reflektieren über uns selbst“, so Renate Höhfeld, auch die Techniken auf ihre Wirksamkeit überprüfen und sagen können, worin diese bestehe. darauf hätten die Kassen einen Anspruch. „Es wäre schön, wenn sich die gute Therapie und die Vielfalt, die wir nutzen, in den Richtlinien auch wiederfinden würde“, meinte Prof. Dr. Kriz abschließend. Das Publikum applaudierte dem Podium anhaltend.

## IV. Workshops

### 1. Psychotherapie bei Borderline-Störungen

#### Fallvignette: Frau A, 35 Jahre

##### 1. Symptome/Probleme

Frau A kommt nach zweiwöchigem stationärem Aufenthalt in anthroposophischer Klinik wegen Depressionen, Gefühlen von Sinnlosigkeit, stundenlangen Weinkrämpfen, starken autoaggressiven Impulsen (mit dem Kopf gegen die Wand laufen, Haarbüschel ausreißen etc.), Selbstanklagen, Schuldgefühlen, Zukunftsängste (privat, beruflich, gesundheitlich) und verstärkten Suizidgedanken in die psychotherapeutische Praxis. Auslöser für die Krise sei das plötzliche, unerwartete Verlassenwerden durch den Partner nach 3-jähriger Beziehung, ihre längerfristige Arbeitslosigkeit sowie die Konfrontation mit der Diagnose Hepatitis C gewesen. Sie erlebe starke Gefühle von Ohnmacht und Ausgeliefertsein, stehe unter enormer innerer Spannung; sei ständig körperlich und psychisch erschöpft, dabei innerlich unruhig und getrieben. Ferner bestünden Schlafstörungen, Neurodermitis sowie Migräne bei Belastung; sozial habe sie sich stark zurückgezogen.

Eine ambulante Psychotherapie (VT) habe sie nach 5 Monaten abgebrochen, weil sie sich von der Therapeutin nicht verstanden gefühlt habe.

##### 2. Familie, Lebensgeschichte

Die Patientin wuchs als Einzelkind bei Eltern (Mutter +24, Bürokauffrau; Vater +27, Handwerker) in westdeutscher Kleinstadt auf; Vater starb bei Autounfall, als Pat. 3 J. alt war; Mutter reagierte mit Depressionen, trank exzessiv, verwehrte. A. blieb sich selbst überlassen, kümmerte sich um Haushalt, musste die häufig volltrunkene Mutter mehrfach wegen Verletzungen ins Krankenhaus bringen. A. entwickelte Schuldgefühle („Mutter trinkt wegen mir!“).

Seit früher Kindheit Einsamkeit, Verlassenheitsgefühle; hyperaktiv, Konzentrationsprobleme, schlechte Schulleistungen auf-

grund der Überforderung; „Zornattacken“ (Haare ausreißen); wegen ihres verwehrten Äußeren wurde sie von Mitschülern ausgegrenzt, von Lehrern für „doof“ gehalten; enge Bindung an Italien. Schulfreundin und deren Familie; als A. 14 J. alt war, ging Mutter in stationäre Therapie; Tochter blieb alleine zurück, verstärkter Drogenkonsum (anfangs Haschisch, LSD, Tabletten), dann regelmäßig Heroin (geraucht, gefixt), entwickelte Abhängigkeit; Mutter kehrte mit neuem Partner aus Therapie zurück; kein Interesse an Tochter; mit 16. J. kalter Entzug und Rückzug aus Drogenmilieu; Mutter zog zu neuem Lebenspartner nach Süddeutschland ohne Tochter, A. lebte vorübergehend bei Freundin, dann in WG; unstete Jahre mit häufigen Wohn- und Arbeitsplatzwechseln; mehrere kurzfristige Beziehungen (6-12 Monate); 20-jährig Umzug nach Berlin; lebte in WG („Familienersatz“), einige enge Freundschaften.



Das Podium (v. li.): Monika Basqué, Walter Olk, Peter Ebel, Christian Stigelmeyer

**Schule, Beruf:** durchgängig Konzentrations- und Leistungsprobleme Schulabbruch nach 8. Klasse Hauptschule, verschiedene Jobs; Berufswunsch Hebamme scheiterte, da kein Schulabschluss; nach längerer Orientierungslosigkeit und diversen Jobs; erfolgreich 2-jährige Buchhändlerlehre in links-alternativem Verlag absolviert; Tätigkeit in Verlag / Buchladen der links-alternativen Szene („Heimat“) für geringes Gehalt; 1999 1-jährige Zusatzausbildung im Bereich Marketing /Vertrieb; danach kurzfristige Jobs; trotz intensiver Bemühungen seit 4/01 arbeitslos.

**Partnerschaften:** ab 14. LJ mehrere kurzfristige Beziehungen (6-12 Monate); mehrere Jahre vollständiger Rückzug von Männern; Ende 80er- Jahre 2-jährige Beziehung zu jüngerem Mann, der sie wegen jüngerer Frau verlässt; 9 Jahre Singleleben; 3-jährige Beziehung

zu „großer Liebe“, gleichaltrigem Mann; starker Kinderwunsch, den sie wegen Sterilisation des Partners zurückstellt. Partner verlässt sie kurz nach Diagnose Hepatitis C plötzlich und unerwartet.

### 3. Gegenwärtige Situation:

A. lebt alleine, sozial zurückgezogen. Kon-

takt zu zwei langjährigen Freundinnen; lebt strenge Diät, versucht ohne Alkohol zu leben; erhält Misteltherapie; ritualisiertes Alltagsleben; sehr ruhebedürftig; besucht Heileurythmiegruppe.

### 4. Somatischer Befund:

starkes Schielen des rechten. Auges; Neurodermitis; Hepatitis C (B 17.1); Alkoholunverträglichkeit.

Walter Olk

## Die Behandlung aus psychodynamischer Sicht

Die Geschichte der Patientin rührt mich an; ich empfinde Respekt vor ihrer Leistung, zu überleben und sich durch ein Leben mit sehr schwierigen Ausgangsbedingungen zu kämpfen. In mir entsteht das Bild eines kleinen Mädchens, das völlig überfordert um seine Existenz und um ein „kleines Stück vom Kuchen“ ringt. Allerdings wirkt die Schilderung ihres Auftretens im Erstkontakt (abwertend, aggressiv) ganz anders: offensichtlich muss sich die Patientin massiv schützen vor erneuter Enttäuschung und Verlassenwerden, wenn sie sich in Abhängigkeit begeben würde. Ich würde in der Behandlung immer wieder versuchen, mir die kleine verzweifelte Kämpferin vor Augen zu rufen, um die zu erwartenden aggressiven Attacken entschlüsseln und aushalten zu können. In der Behandlung ginge es letztlich darum, zu diesem Mädchen in der Patientin Kontakt aufzunehmen.

Ich habe Fragen bezüglich der Diagnose „Borderline-Persönlichkeitsstörung“ und des Schweregrads der Störung. Einige der Symptome sind typisch; andere charakteristische Symptome fehlen. Ich würde im näheren Verlauf das Strukturniveau der Persönlichkeit näher erforschen. Das beträfe vor allem die Entwicklung der Ich-Funktionen (wie Affekttoleranz, -differenzierung, Impulskontrolle, Selbstwertregulation, Objektwahrnehmung und Realitätsprüfung), das Vorkommen von Abwehrformen typischer Spaltungsmechanismen (gut/böse), projektiver Identifizierung, abrupten Wechseln von Idealisierung und Abwertung, Liebe und Hass sowie dem Versuch, Macht und Kontrolle über den Anderen zu errichten als Abwehr der eigenen Ohnmacht. Besonders wichtig ist mir die Frage nach der Qualität der Objektbeziehungen, d.h. der inneren Erfahrungsbilder der wichtigsten Bezugspersonen und der äußeren Beziehungen zu Freunde/innen, Partner/innen, Kollegen/innen: wie stabil, kontinuierlich, integriert oder

wie durch Hass oder Verfolgungsängste verzerrt, von momentanen, schnell wechselnden Gefühlszuständen abhängig sind diese? Wie sind die Partnerbeziehungen verlaufen? Was sind nach Ansicht der Patientin die Gründe für ihre Einsamkeit?

Nach meinem Eindruck handelt es sich bei Frau X. um eine Persönlichkeit auf mittlerem Strukturniveau, was prognostisch recht günstig wäre und auch eine Therapie im ambulanten Setting ermöglichen würde.

### Hypothesen

Auffällig ist das Muster von „Stark-sein“, der Flucht in die Progression, was die Patientin schon als kleines Kind benutzte: orale Bedürfnisse wurden von der Mutter nur sehr defizitär befriedigt; das Kind wuchs verwahrlost auf. Die Patientin hat gelernt, die frühen Sehnsüchte nach Versorgung, emotionaler Zuwendung und Spiegelung mit Leistung, „stark-sein“ und der Versorgung der Anderen (Mutter) abzuwehren. Sie entwickelte eine Pseudo-Autonomie ohne ein positives affektives- und Beziehungs-Fundament. Diese Abwehr scheint jetzt unter der erneuten Verlusterfahrung zusammen zu brechen. Frau X. hatte in ihrem Freund sowohl die (nie erlebte) fürsorgliche Mutter als auch den idealen Vater gesucht, was – auch angesichts des angstvoll-symbiotischen Beziehungsmusters – zum Scheitern verurteilt war.

Im Zentrum der Genese der Störung steht die frühe Erfahrung der depressiven, abweisenden, ja psychisch „toten“ Mutter. Diese Mutter-Erfahrung trägt die Patientin als tiefe Schicht in sich: mit dem Symptom des „mit dem Kopf gegen die Wand Laufens“ rennt sie unbewusst gegen die Wand der unerreichbaren Mutter, mit der verzweifelten Wut, sie/überhaupt jemanden zu erreichen in ihrer Verlassenheit. Subjektstufig ist es ein Anrennen gegen die eigene Wand, ihr eigenes

emotionales Abgestorbensein, um durch die Stimulierung der Grenzen wieder Lebendigkeit zu spüren. So gesehen inszeniert Frau X. in der auto-aggressiven Symptomatik unbewusst einerseits die Opfer-Täter-Dynamik, denn sie ist Schlägerin und Geschlagene; andererseits dient sie dem Schutz vor Fragmentierung des Selbst und vor Verschmelzung mit dem Objekt.

Innerlich ist die Patientin noch nicht getrennt von ihrer frühen Mutter, ist unbewusst identifiziert mit ihr – genau wie diese leidet sie unter Sucht, Depression, Selbstverletzung. Eine innere Ablösung und Distanzierung von der kranken Mutter würde Schuld bedeuten – aber auch die eigene Angst aktivieren vor einer wirklichen Autonomie, für die sie nicht die innere Basis hat. Der Patientin fehlte auch der triangulierende, Trennung und Verselbständigung fördernde Vater; er bleibt in ihr als idealisierte, unerreichbare Sehnsuchtsfigur.

In der späteren Heroinsucht manifestierten sich die Abhängigkeit und die Dichotomie von der „guten, beruhigenden Mutter“ und von der „zerstörender Mutter“. Auch hier schaffte die Patientin eine „harte Abnabelung“ (kalter Entzug) über „Stärke“; es ist aber nicht davon auszugehen, dass damit die zugrunde liegende Konfliktdynamik gelöst ist, was sich auch im späteren Alkoholmissbrauch sowie anderen autoaggressiven Symptomen zeigt.

Die Patientin ist verzweifelt und tragisch auf der Suche nach „Heimat“ (so hieß auch der Buchladen, in dem sie eine Zeit arbeitete), nach Zugehörigkeit; und sie sucht nur im Objekt, weiß nicht, wie sie sich selbst eine Heimat sein und geben kann.

## Behandlung

Da es sich um eine recht schwere Störung handelt, die schon in der Kindheit mit Hyperaktivität und Schulstörungen beginnt, sich fortsetzt in einer Pubertäts- und Adoleszenzkrise mit Drogensucht und Suizidalität und nun in einer Verlassenheitsdepression auf Basis einer deutlichen Selbst- und Beziehungsstörung äußert, ist m.E. eine Behandlung mit einer längeren und intensiveren therapeutischen Beziehungskontinuität indiziert. Damit soll nicht nur eine zeitweise Stabilisierung, sondern auch eine Umstrukturierung (d.h. auch Höherentwicklung der Ich-Funktionen) und Loslösung aus der inneren Verstrickung mit der destruktiven Mutter-Imago erzielt werden.

Ich würde dazu als Setting eine modifizierte analytische Psychotherapie wählen, die im Gegenübersitzen und mit einer Frequenz von zwei Sitzungen pro Woche stattfindet.

Zu Beginn würde ich mit der Patientin einen Therapiekontrakt schließen mit Vereinbarungen z.B. über Alkoholkonsum, Umgang mit Suizidalität, autoaggressivem Verhalten, möglichem Klinikaufenthalt, Behandlungsabbruchtendenzen. Dabei fordere ich ihre Eigenverantwortung (z.B. aktive Kontaktaufnahme mit einem Krisendienst bei Suizidalität) und ihre Zusage, dies alles offen mit mir zu besprechen. Ich würde die Patientin über meine Art zu arbeiten informieren. Ihre Ziele möchte ich so konkret wie möglich erfahren und die Realisierbarkeit aus meiner Sicht besprechen.

Allgemein gehe ich in der modifizierten analytischen Psychotherapie zweigleisig vor: auf dem einen „Gleis“ geht es um Stärkung des Realitätskontaktes, der Bewältigungsmuster und Höherdifferenzierung der Abwehr. Hier bin ich für die Patientin auch Repräsentant der Außenwelt (d.h. nicht freischwebend neutral wie in der klassischen Analyse), setze in diesem Sinne Grenzen (z.B. indem ich das Ausagieren klar begrenze), strukturiere. Ich übernehme zeitweilig für die Patientin Hilfs-Ich-Funktionen (z.B. halte ich den Sinn und das Positive unserer Beziehung aufrecht, wenn die Patientin alles zerstören will); manchmal bin ich für sie eine Art Coach. Auf dem anderen „Gleis“ arbeite ich direkt im Hier-und-Jetzt unserer Beziehung: ich containe ihre für sie unerträglichen Affekte, versuche ihre innere Welt und ihren tiefen Schmerz zu verstehen und ihr verständlich zu machen; ich versuche Worte, Symbole, Metaphern oder Geschichten zu finden, die diesen Gefühlen einen Sinn, einen Kontext und ein Gefäß geben. Ich würde sehr wahrscheinlich das für Borderline-Persönlichkeiten typische „Minenfeld“ von oft heftig aggressiven, abwertenden, abweisenden, misstrauischen Beziehungsaufnahmen (Übertragungen) am eigenen Leib erleben, wäre den Duschen von Idealisierung zu plötzlicher Verteufelung ausgesetzt. In der Gegenübertragung würde ich mich vermutlich oft ohnmächtig fühlen, wütend, überwältigt traurig oder unfähig zu denken. Meine Aufgabe verstehe ich darin, diese *direkt zwischen uns erlebte Dynamik*, die das Modell der dysfunktionalen Beziehungsmuster der Patientin „draußen“ darstellt, auszuhalten, innerlich zu „verdauen“ und in „verdauter“ (d.h. integrierterer Form) der Patientin zur Verfügung zu stellen, damit sie ihre Muster wahrnehmen, verstehen, zu ihnen Distanz gewinnen und neue Wege mit mir erproben kann.

Zu Beginn würde ich sicher mehr auf dem ersten „Gleis“ arbeiten, mich für ihre realen Lebenssituationen, ihre Arbeitslosigkeit, die Bewältigung der Hepatitis-Erkrankung, ihre soziale Situation interessieren. Es geht hier – parallel zum Aufbau der therapeutischen Beziehung – um Aufbau von Vertrauen, um Verstehen, Selbstwert- und „Rücken“-Stärkung. Der Ansatz läuft über die gesunden Ich-Anteile und Ressourcen, die es zu nutzen und zu erweitern gilt. In dem Maße, wie sich ein beobachtendes Ich und eine zunehmende Gefühlsmodulation entwickelt, können die äußeren und dann die inneren Konflikte gedeutet werden. Die Spaltungstendenzen und ihre destruktiven Auswirkungen auf die Beziehungswelt und auf Verzerrungen der Wirklichkeit der Patientin könnten dann konfrontiert werden so wie die Spaltungen „grauenhafte Mutter“ versus „idealer Vater“, „ich bin schuld an allem“ versus „nur die Anderen sind schuld“. Weitere Komplexe wären die unbewusste Identifikation mit der Mutter, die Nachfolge in Depression und Sucht und das innere Verbot der Loslösung; die unbewusste Wiederholung destruktiv-symbiotischer Beziehungsmuster mit den Partnern; schließlich die Erforschung der eigenen Destruktivität mit dem Ziel der Integration abgespaltener Selbst-Anteile.

Zum Schluss möchte ich die Bedeutung von Supervision oder Intervision für die Behandlung

Christian Stigelmeyer

## Die Behandlung aus verhaltenstherapeutischer Perspektive

Die Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) befindet sich seit vielen Jahren im Zentrum vielseitiger Forschung. Parallel dazu wächst die Neigung zur Vergabe dieser Diagnose. Nach Jerschke et al. (1998) werden in der Bundesrepublik Deutschland 24% der stationären Behandlungskosten für psychische Erkrankungen für Borderline-Patienten/innen aufgewendet. Der bundesweite jährliche Kostenaufwand wird auf 6,2 Milliarden DM geschätzt und liegt damit nur leicht unterhalb der Gesamtbehandlungskosten für schizophrene Erkrankungen.

Die *Dialektisch-Behaviorale Psychotherapie (DBT)* nach Marsha Linehan wurde in den 80er Jahren als ambulantes Behandlungskonzept für chronisch suizidale PatientInnen mit einer Borderline-Störung entwickelt. Ein empirischer Wirksamkeitsnachweis konnte Anfang der 90 Jahre erbracht werden. Im Vergleich mit Be-

von Borderline-Persönlichkeiten hervorheben. Ohne die Einführung des „Dritten“ könnte es zu sehr destruktiven oder zumindest fruchtlosen Verstrickungen zwischen Patientin und Therapeut kommen.

## Anschließende Diskussion

Ich freue mich darüber, dass alle drei Fachrichtungen der therapeutischen Beziehung einen hohen Stellenwert einräumen. Der Unterschied scheint mir, dass die VT/ DBT adäquatere Verhaltensweisen „für draußen“ trainieren würde, während in der tiefenpsychologisch fundierten/ analytischen Psychotherapie die direkt *erlebte* therapeutische *Beziehung* das Feld der Erforschung und neuer Erfahrungen wäre. Auch könnte ich mir vorstellen, dass in dem betonten Bemühen der VT und auch des systemischen Ansatzes, die Ressourcen und positiven Bewältigungsmuster zu stärken, das tiefe Verstehen des Schmerzes und Leidens der Patientin und des sie-darin-Annehmens zu kurz kommen könnte. Weiter würde mich z.B. interessieren, wie die anderen Fachrichtungen mit dem „Minenfeld“ der Affekte der Borderline-Persönlichkeit oder mit der häufig auftretenden sexualisierenden Übertragung (und Gegenübertragung) - gerade bei der Konstellation Patientin/ Therapeut - umgehen oder ob es bei der DBT nicht zu Spaltungen zwischen Einzelbehandlung und Gruppentraining kommt.

handlungen, die von Therapeuten/innen ohne störungsspezifische Ausbildung durchgeführt wurden, ergaben sich im Rahmen einer kontrollierten, randomisierten Studie auf mehreren Ebenen signifikante Unterschiede zugunsten der DBT. Dies betraf insbesondere die Reduzierung von Häufigkeit und Schweregrad parasuizidalen Verhaltens, der Hospitalisierungsdauer und -frequenz, der Häufigkeit von Therapieabbrüchen sowie die Integration und die Fähigkeit zur Regulation von Emotionen, wie zum Beispiel Wut und Ärger (Linehan 1991, 1993). Neuere randomisierte kontrollierte Untersuchungen liegen von Koons et al. (2001), Verheul et al. (2003) und Bohus et al. (2004) vor.

Nach Linehans Verständnis liegt der BPS eine *Störung der Affektregulation* zugrunde, welche auf eine hohe emotionale Verletzbarkeit bei gleichzeitiger Unfähigkeit, Gefühle zu steuern,

zurückzuführen ist. Ursächlich für die erworbenen Defizite der Affektregulation und damit der Entwicklung der Borderline-Störung sieht Marsha Linehan entsprechend ihrer „*Biosozialen Theorie*“ Störungen in der Interaktion von neurobiologischen und psychosozialen Faktoren. Können neurobiologische Faktoren für die generelle erhöhte emotionale Vulnerabilität verantwortlich gemacht werden, verhindern psychosoziale Bedingungen, dass die betreffende Person angemessene Handlungs- und Kommunikationskompetenzen erlernt, welche eine Reduktion der Affekte zur Folge könnte. Stattdessen kommt es zu subjektiv als ausgesprochen aversiv erlebten Spannungszuständen, welche häufig erst durch selbstverletzendes Verhalten beendet werden können (Stiglmayr et al., 2001). In der Terminologie der Verhaltenstherapie kann die Spannungsreduktion damit als negativer Verstärker definiert werden, der die Aufrechterhaltung dieser Verhaltensmuster gewährleistet.

Für die Dauer einer DBT sollten mindestens zwei Jahre veranschlagt werden. Das therapeutische Prozedere ist durch abgrenzbare Therapiephasen, durch hierarchisch geordnete Behandlungsziele bis hin zur Gestaltung der einzelnen Therapiestunden klar strukturiert. Die vielfältigen Defizite im Bereich der Spannungstoleranz, der Emotionsregulation und der zwischenmenschlichen Kompetenz sowie der gering ausgeprägten Fähigkeit, sich auf das Hier und Jetzt zu konzentrieren erfordern von den Borderline-Patienten/innen zusätzlich zur Einzeltherapie die Teilnahme an einem Fertigkeitentraining in der Gruppe.

Die Einzeltherapie findet in der Regel einmal wöchentlich statt, die Gruppentherapie einmal in der Woche für zwei Stunden. Weitere Bestandteile der DBT neben der Einzel- und Gruppentherapie sind Telefonkontakte zwischen Therapeut/in und Patient/in sowie eine sich regelmäßig treffende Supervisionsgruppe.

Der Ablauf der ambulanten Therapie gliedert sich in klar voneinander abgrenzbaren Behandlungsphasen. Die *Vorbereitungsphase* dient der Diagnostik und Informationsvermittlung über das Krankheitsbild, die Grundzüge der DBT sowie der Zielanalyse und Motivationsklärung. Anschließend folgt die *erste Therapiephase*, in der die in der Vorbereitungsphase definierten Problembereiche bearbeitet werden, die in direktem Zusammenhang mit Verhaltensweisen wie Suizidalität und Selbstverletzung (1), Gefährdung der Therapie (2) oder schwerwiegenden

Beeinträchtigung der Lebensqualität (3) stehen. Die zu bearbeitenden Problembereiche bzw. Therapieziele sind hierarchisch geordnet: Wann immer ein höher geordneter Problembereich auftritt, z.B. Suizidalität, muss dieser bearbeitet werden. Im Zentrum dieser Therapiephase steht hierbei die Erhöhung der emotionalen Belastbarkeit. Dies kann nur erreicht werden, wenn der Borderline-Patient gleichzeitig neue Verhaltensfertigkeiten in den jeweiligen problematischen Bereichen im Rahmen eines Fertigkeitentrainings in der Gruppe vermittelt werden. Ist die Patientin ausreichend belastungsfähig, kann mit der *zweiten Therapiephase* begonnen werden, in welcher die Bearbeitung traumatischer Erfahrungen und der bisher meist blockierten Trauer im Mittelpunkt.

Im Kern organisiert sich der therapeutische Prozess um eine therapeutische Grundhaltung, welche von Marsha M. Linehan als „*dialektisch*“ bezeichnet wird. Damit betont sie, dass Spannungen, die sich zwischen Widersprüchen generieren, für die Entwicklung von Veränderungsprozessen genutzt werden sollten. Die Grundhaltung des Therapeuten besteht darin, fortwährend Widersprüchlichkeiten zu akzeptieren, zu akzentuieren und die so generierte Spannung für den therapeutischen Prozess nutzbar zu machen. Lerntheoretisch formuliert geht die DBT davon aus, dass auch dysfunktionale Verhaltensmuster wie Selbstverletzungen durch die jeweiligen Konsequenzen aufrechterhalten werden, also aus der Sicht der PatientIn stimmig erscheinen. Die einseitige Betonung des pathologischen Charakters dieser Handlungen und zu forciertes Drängen auf Veränderung läuft Gefahr, dass die PatientIn ihre subjektive Wahrnehmung negiert sieht. Das führt in der Regel zur Zunahme dysfunktionaler Verhaltensmuster oder zum Abbruch der Therapie.

Die DBT bewegt sich demnach im Spannungsfeld zwischen *Validierung* auf der einen Seite sowie *Veränderung* auf der anderen. Erfahrene DBT-Therapeuten/innen zeichnen sich durch einen raschen, spielerisch wirkenden Wechsel zwischen diesen beiden Polen aus, so dass die gegebenen Dichotomisierungstendenzen von Borderline-Patienten/innen aufgefangen werden und die Patienten/innen lernen, ihre Probleme dialektisch zu betrachten. Beiden Strategien werden bestimmte Techniken zugeordnet: zu den veränderungsorientierten Techniken zählen Kontingenzmanagement, Emotions-Exposition, kognitive Umstrukturierung sowie die Vermittlung von Fertigkeiten. Diese Techniken werden ausbalanciert durch akzeptierende Techniken wie Akzeptanz, Empathie und Reflexion - zusammengefasst unter dem Überbeg-

riff *Validierungsstrategien*. Durch diese soll der jeweilige Sinn im Erleben und Verhalten herausgearbeitet werden, um der Patientin zu vermitteln, dass ihre Reaktionen auch zum gegenwärtigen Zeitpunkt nachvollziehbar sind.

## Literatur

- Bohus, M., Haaf, B., Simms, T., Limberger, M. F., Schmahl, C., Unkel, C. & Linehan, M. (2004). Effectiveness of inpatient dialectical behavioral therapy for borderline personality disorder: a controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 487-499.
- Jerschke, S., Meixner, K., Richter, H. & Bohus, M. (1998). Zur Behandlungsgeschichte und Versorgungssituation von Patientinnen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung in der Bundesrepublik Deutschland. *Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie*, 66, 545-552.
- Koons, C. R., Robins, C. J., Tweed, J. L., Lynch, T. R., Gonzalez, A. M., Morse, J. Q., Bishop, G. K., Butterfield, M. I. & Bastian, L. A. (2001). Efficacy of dialectical behavior therapy in women veterans with borderline personality disorder. *Behavior Therapy*, 32, 371-390.
- Linehan MM; Armstrong HE, Suarez A, Allmon D & Heard HL (1991). Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry* 48, 1060-1064.
- Linehan MM, Heard HL & Armstrong HE (1993). Naturalistic follow-up of a behavioral treatment for chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry* 50, 971-974.
- Stiglmayr, C. E., Shapiro, D. A. Stieglitz, R. D., Limberger, M. F. & Bohus, M. (2001). Experience of aversive tension and dissociation in female patients with borderline personality disorder – a controlled study. *Journal of Psychiatric Research*, 35, 111-118.
- Verheul, R., Van den Bosch, L. M. C., Koeter, M. W. J., De Ridder, M. A. J., Stijnen, T. & Van den Brink, W. (2003). Dialectical behaviour therapy for women with borderline personality disorder. *British Journal of Psychiatry*, 182, 135-140.

Peter Ebel

## Die Behandlung aus systemische Sicht

Die Diagnose „Borderline“ wird im systemtherapeutischen Kontext, bezogen auf die Ressourcen und Fähigkeiten der so zertifizierten Klientinnen und Klienten, dekonstruiert. Auf pathologisierende Theorien und Bewertungen wird verzichtet. Fokussiert wird das spezifische Interaktionsmuster und als eine besondere Form der Organisation von Ambivalenz beobachtet. Dieser Perspektivenwechsel ermöglicht bisheriges Denken, Fühlen und Handeln als Lösungsversuch anzuerkennen, sich selbst und andere in vielfältigen Kontexten anders und neu zu sehen.

Das systemtherapeutische Ziel ist, die Beziehungsmuster zu rekontextualisieren und in ihrem jeweiligen Rahmen deutlich zu machen. Im öffnenden Dialog werden Fragen entwickelt, die sich auf die Beziehung zu den eigenen Bedürfnissen beziehen und auf die Beziehungen zu Bezugspersonen in der eigenen Familie, zu Freunden und Freundinnen. Ebenso richten sich die Fragerichtungen auf die wahrgenommenen Beziehungsqualitäten in Arbeitssystemen und anderen zwischenmenschlichen Begegnungen. Welche Alternative, welche Gestaltungsvarianten zu belastend erlebten Mustern können ange-

regt werden? Welche Funktionen haben die im Rahmen der Borderlinediagnose beschriebenen Aspekte, in der Regulierung von Nähe und Distanz in Beziehungen? Die Absicht ist bisherige Sichtweisen auf sich selbst und auf andere zu irritieren und eine pathologiefreie, ressourcenorientierte Perspektive zu entwickeln.

Borderlinediagnostizierte Klientinnen und Klienten haben im Verlauf von oft jahrelangen, mitunter vielfältigen Therapieversuchen und unter Erduldung pathologischer Zuschreibungen. Kränkungen und Entwertungen erleben müssen. Sie zeigen sich häufig skeptisch gegenüber psychotherapeutischen Profis, dann wieder zeigen sie, dass sie ihre gesamten Hoffnungen in die Therapie investieren. Ihre Ambivalenzen bewirken häufig emotionale Wechselbäder auf Seiten der Therapeutinnen und Therapeuten: Unbehagen, Wünsche nach einer Beendigung der therapeutischen Beziehung wechseln sich ab mit einem professionellen Interesse an den oft schillernd wirkenden Lebensgeschichten. In Fallsupervisionen berichten Kolleginnen und Kollegen mitunter, dass sie sich in dieser spezifischen psychotherapeutischen Arbeit besonders herausgefordert fühlen, ihr Fach-



wissen und ihre therapeutische Kunst unter Beweis stellen zu müssen.

Borderlinetypische Abwertungsmuster implizieren ein „entweder – oder“, ein „schwarz – oder weiß“ anstatt Zwischentöne zu erlauben im Sinne eines „sowohl – als auch“. Die therapeutische Kunst erfordert einen sensiblen Umgang mit den schnell oszillierenden „Entweder – oder – Mustern“ auf der Ebene des inneren Erlebens, der Beziehungsgestaltungen im Alltag und im therapeutischen Rahmen – im unmittelbaren Kontakt mit der Therapeutin, dem Therapeuten. Gelingt der sensible therapeutische Umgang mit den genannten Oszillationen, wird ein Perspektivenwechsel möglich und Musterveränderungen werden wahrscheinlich. Wie kann ein „entweder – oder“ zum „sowohl – als auch“ führen? Wie kann beides umgesetzt werden? Wenn nicht gleichzeitig, wie ist es nacheinander möglich? Systemtherapeutisch sinnvoll erscheint ein längeres Verbleiben bei der einen und anschließend bei der anderen Option. Dies setzt die Entscheidung der Klientin, des Klienten voraus, eine Rangfolge zu bilden und benötigt Zeit und Geduld. Verlieren die ambivalenten Momente ihre damit einhergehenden Belastungen, ist bereits einiges erreicht. Systemtherapeutisch geht es um das Erkennen von vielseitigen Bedürfnissen und um die Möglichkeiten diese angemessen leben zu können.

Bezogen auf die hier vorgestellte Fallbeschreibung würde ich Frau A. zu Beginn einer systemtherapeutischen Einzeltherapie befragen, welche Fragen sie selbst mitgebracht hat. Was möchte sie über mein therapeutisches Angebot wissen und was möchte sie über sich selbst erfahren? Was denkt sie über sich? Wie erklärt sie sich das? Mein professionelles Interesse, meine therapeutische Aufmerksamkeit würde ich auf das Neue beziehen, auf die Anregung von Neugier bei Frau A.

Eine Fokussierung mittels dieser und ähnlicher Fragen bewirken häufig einen überraschenden, irritierenden Effekt. Nicht ich, nicht wir, systemische Therapeutinnen und Therapeuten haben

die Antworten. Gemeinsam beginnt ein Suchprozess nach möglichen Lösungen und passenden Ideen. Diese Form der Kooperation bewirkt eine Enthierarchisierung der psychotherapeutischen Beziehung und etabliert ein Zusammenwirken von Expertin und Experten.

Die Skepsis, die ambivalenten Gefühle von Frau A. würden mich im therapeutischen Dialog dazu einladen ihre Wünsche zu erkunden: Was genau möchte Frau A.? Und was möchte sie auf gar keinen Fall? Was soll alles nicht passieren und was stattdessen? Ihre Skepsis als ihr spezifisches Erfahrungswissen wertzuschätzen und Frau A. mit dieser Haltung als Expertin ihrer Situation und ihres Lebens zu respektieren, erscheint mir besonders sinnvoll zu sein.

Der wertschätzende Blick, die respektvolle Perspektive, lädt Frau A. dazu ein, sich mit der eigenen Geschichte auszusöhnen und eine Lösung von den „Symptomaten“ zu ermöglichen. Was denkt Frau A. wofür ihre „Symptomatik“ sorgt? Wofür ist diese gut? Was denkt Frau A., was weiß sie wofür es gut ist so zu leben, wie sie lebt? Welchen Sinn gibt sie dem?

Meiner Erfahrung nach ist die Arbeit mit Lösungshypothesen und Visionen oft besonders effektiv. Denkbar ist aus meiner Sicht, Frau A. einen Zeitsprung anzubieten: „Frau A., mal angenommen weitere Jahre sind vergangen. Wie sieht ihr Leben im Jahr 2015 aus?“

Wird dieses visionäre Angebot angenommen, passt der Blick aus der Zukunft heraus, dann sind häufig beeindruckende Veränderungen in der Haltung, in der Art wie Geschichten erzählt werden, beobachtbar.

Daran anschließend könnte Frau A. danach befragt werden, wie aus ihrer Sicht ein erster Schritt aus der Zukunft in die Gegenwart aussehen könnte: Der Ausgangspunkt dabei ist die Lösungsfo-  
kussierung.

## 2. Psychotherapie bei Psychose

### Fallvignette

Es handelt sich um einen 32-jährigen männlichen Patienten. Im Laufe der letzten Jahre mehrere Zwangseinweisungen aufgrund paranoid-halluzinatorischer Episoden

Auslöser für die Psychotherapie war eine Mobbing-Situation, in die er als Berufsanfänger geriet.

Im Erleben des Patienten fragten ihn seine Kolleginnen ständig, wie es mit der Liebe stehe. Der Patient war neu und isoliert in der Stadt, wo er – nach gerade frisch abgeschlossener Berufsausbildung seinen Arbeitsplatz angetreten hatte. Er erlebte die Neugier der Kolleginnen bedrängend und meinte bald herauszuhören, dass diese über seine vermutete sexuelle Orientierung spotteten, bloß weil er von keiner Freundin berichtete.

Er habe zunehmend gereizt reagiert: „Was würden Sie denn machen, wenn Ihnen Ihre Kollegin unverhohlen unterstellt, dass Sie es mit einem Hund trieben?“ Man müsse sich nicht alles bieten lassen und so habe er die Kollegin mit Schimpfwörtern auf Distanz gehalten. Die Vorgesetzte und eine weitere Kollegin hätten sich mit der angreifenden Kollegin verbündet.

Er sei nach Hause gegangen und hätte dort angefangen Möbel aus dem Fenster zu werfen. „Nicht dass Sie glauben, ich war psychotisch, ich war so voller Wut“. Als wenig später dann die Polizei anrückte, sei er aus dem 3. Stock des Wohnhauses gesprungen. Er zog sich schwere Brüche an Beinen, Becken und Lendenwirbel zu, die eine

lange chirurgische und krankengymnastische Nachbehandlung erforderlich machten.

Sein Therapieziel: Unterstützung beim wieder auf die Beine kommen und Verstehen wie es zur Mobbing-Situation kommen konnte. Die Bearbeitung der Mobbing-Situation verläuft allerdings schwierig und mit Brüchen und manchmal länger anhaltenden Bearbeitungspausen.

Untervignette: Lange Zeit meidet der Patient das Thema, betont, schimpft über die sadistischen Psychiater und Psychologen, die ihre Patienten und deren Krankheiten bräuchten um ihre kaputten Seelen daran aufzurichten. Er jedenfalls glaube nicht, dass er jemals schizophren gewesen sei.

Untervignette: Er sieht einen Fleck an der Wand, erkennt darin einen Blutfleck und sinniert darüber, dass ich meine Patienten so schwach und verzweifelt machte, dass sie sich den Kopf gegen die Wand schlagen müssten.

Untervignette: der Patient steuert das ihm zentrale Thema („Mobbing-Prophylaxe“) immer wieder an, sucht mich ganz offensichtlich als Verbündeten, sucht mein Verständnis dafür, dass es Situationen gibt, wo auch der friedliebendste Mensch sich Respekt verschaffen müsste, weil man sonst alles mit ihm machen könne. Sobald er meiner unbedingten Solidarität dabei nicht mehr sicher ist, wechselt er das Thema oder bringt Beispiele aus der Internationalen Politik zur Untermauerung seiner Position oder er beginnt mich übermäßig als den „bisher besten Therapeuten, dem er begegnet sei zu loben, auch wenn man mal unterschiedlicher Meinung sein dürfe.“,

Andreas Koch

### Die Sicht der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie

Die Untervignetten in der Falldarstellung machen deutlich, dass ein direktes Bearbeiten des formulierten Behandlungsfokus oft nicht möglich ist. Die therapeutische Beziehung ist immer wieder in Gefahr. Um die sich abbildende Beziehungsdynamik zu verstehen, ist es hilfreich, das u.a. von Menzios beschriebene schizophrene Dilemma zu verstehen:

Dabei droht dem Patienten einerseits der Weltverlust, wenn ein überlebenswichtiger Anderer verlor

ren geht. Gleichzeitig erlebt der Patient den überlebenswichtigen Anderen als so einnehmend, dass in dessen Nähe der Selbst- (und damit auch der Welt) Verlust droht. Als Ursache für die Entstehung des schizophrenen Dilemmas werden gescheiterte Interaktionen zwischen Säugling und der Mutter angenommen.

Es entwickelt sich beidseitig eine Kompromissbildung der negativen Identität, die dann in der Adoleszenz mit ihren Entwicklungsaufgaben (Ablösung

von der Herkunftsfamilie, Eingehen von außerfamiliären intimen Beziehungen, Entwicklung sexueller, beruflicher und ethischer Identität) von Dekompensation bedroht ist. Denn mit der gefundenen Kompromissstruktur lassen sich die anstehenden Aufgaben nicht lösen. Aufgrund fehlender oder gar dysfunktionaler Beziehungsregulations-schemata entsteht bei entsprechend vulnerablen Jugendlichen eine „organismische Panik“, in der vergeblich um eigenes Identitätserleben gerungen wird, was wiederum erhebliche affektive und kognitive Ressourcen bindet. Bei Fehlen von sicheren Koordinaten, von erfahrbarer Urheberschaft kommt es dann zu charakteristischen psychotischen Symptomen wie Fragmentierungserleben, quälende affektive Ambitendenz, Denkstörungen, Unsicherheit der Herkunft von Gedanken und Affekten.

Menschen, welche die psychotische Angst erleben, versuchen diese unter Einsatz verschiedenster Bewältigungsmethoden zu bannen. Diese Symptome stellen unterschiedlich effektive Restitutionsversuche (S. Freud) dar, insbesondere Wahn, Zwang, Manie und borderline-ähnliche Spaltungen, die alle als Ordnungsversuche zu verstehen sind. Oft beobachtet man ja nach Etablierung einer wahnhaften Erklärung aufseiten der Erkrankten eine deutliche Entspannung

Es erscheint vor diesen theoretischen Überlegungen nachvollziehbar, dass das schizophrene Dilemma sich auch in einer so intensiven Beziehung wie einer therapeutischen Beziehung zwangsläufig konstellieren muss.

Dieser Konflikt ist zu Beginn einer Therapie nicht deutbar. Die Deutung würde nicht verstanden oder den Therapeuten in den Rang eines gefürchteten allmächtigen, gleichwohl emotional wichtigen Gegenübers erheben und wäre somit ein potenzieller Auslöser für organismische Panik und sich anschließender symptomatischer Restitutionsversuche. Vielmehr geht es anfangs und auch während der Therapie immer wieder aufs Neue darum, einen therapeutischen Raum zu schaffen, in welchem der Patient sich als Schöpfer und Mitspieler erleben kann. Sehr zentral hierbei ist die aus der fatalen Kompromissbildung der „negativen Intimität“ angetragenen Übertragungs-Gegenübertragungsdynamiken zu erkennen und sie nicht zu agieren.

Es geht darum, das um seine Identität ringende Subjekt anzuerkennen, sein Erleben zu respektieren und nach zu vollziehen. Wie bedroht muss sich der in der Fallvignette beschriebene Patient

denn fühlen, dass ein Fleck an der Wand solche Kaskaden von Befürchtungen anstößt. Diese Not ist erst einmal zu verstehen. In diesen Zuständen regiert das nackte Entsetzen und es besteht kein sicherer psychischer Binnenraum, in dem Phantasien exploriert werden können. Der Patient fühlt sich selbst so ausgeliefert und abhängig, dass er mehr braucht als die Abstinenz des Therapeuten, oft braucht er einen Therapeuten, der in diesem Moment handelnd und schützend eingreift: Der Patient war dankbar und erleichtert, als ich den Fleck abwischte. Ein Vorgehen, das Dührsen (1999) mit „Handlungsdialog“ beschreibt und der *in diesen Zuständen* oft der einzige Zugang zu den Patienten sein kann.

In einem solchen „Handlungsdialog“ erfährt der Patient, dass er *wirksam* ist, seine Äußerung führt zu einer Antwort des Therapeuten, die seinen Gefühlszustand positiv reguliert. Derartige korrigierende Beziehungserfahrungen sind noch nicht die ganze Therapie. Aber sie sind eine unverzichtbare Voraussetzung, dass der Patient gemeinsam mit dem Therapeuten einen angstfreien psychischen Binnenraum entwickeln kann, auf dessen Grundlage er dann in späteren Therapiephasen auch Einsicht in potenzielle Auslöser psychotischer Zustände gewinnen kann.

Wichtig sind in diesen Therapiephasen Interventionen, die auf eine Wiederherstellung der gestörten therapeutischen Beziehung zielen. Der Therapeut sollte in der Lage sein, paranoide und andere psychotische Übertragungen zu tragen, er sollte fragen, was in seinem Verhalten dazu beigetragen haben könnte, dass der Patient ihn so sieht. Er sollte aktiv verstehen können, was den Patienten verunsichert: Etwa: „als Sie mich gerade so schmunzeln sahen, hat dies Ihr Vertrauen in mich total erschüttert“.

Der Patient muss sich immer wieder als *Subjekt* auch seiner Gefühle erleben können. Das so genannte „Spiegeln“ des Patienten ist hierbei angemessener als das weiter oben\* problematisierte Deuten. Allerdings sollte man sich darüber im Klaren sein, dass eine Spiegelung wie „da sind Sie ganz schön wütend“ schon deutend-interpretative Anteile enthält, die von Patienten in *vulnerablen Zuständen* als intrusiv erlebt werden können. Besser sind Interventionen, welche die Subjekt-Objekt-Differenzierung betonen, wie: „ich weiß gar nicht wie Ihnen das damit geht. Wenn ich mich in Ihre Lage versetze, wäre ich ziemlich sauer“ oder die beobachtbares Verhalten ansprechen („da ballen Sie Ihre Faust;“). Abwehrleistungen (gegen drohende Dekompensationen) sind zu würdigen und als Ich-Leistung zu stärken: „das war Ihnen wich-

tig, dass da niemand sah, wie es Ihnen geht.“ (statt: „da steckt noch mehr drin, da will noch mehr hoch.“)

Das beschriebene Vorgehen soll helfen, die therapeutische Beziehung immer wieder herzustellen und damit die Voraussetzungen für das Bearbeiten des schizophrenen Grundkonfliktes legen. Dührsen beschreibt hierbei 5 Phasen einer psychodynamischen Therapie. Oft begannen schizophrene Patienten die Therapie mit einer idealisierenden Erwartung (wir beide gegen die böse Welt). Dies war auch bei dem in der Fallvignette beschriebenen Patienten der Fall. Zwangsläufig lösen die damit verbundenen Nähewünsche Ängste aus, von mir als übermächtigem Therapeuten verschlungen zu werden. Die heftigen paranoiden Projektionen des Patienten, die nach ca. 15 Therapiestunden einsetzen lassen sich als Versuch verstehen rettenden Abstand zu schaffen. Das Bestehen dieser „Absetzphase“ (welche Dührsen (1999) etwas unglücklich „ambivalente Phase“ nennt) mit Hilfe der oben beschriebenen Techniken oder besser „Haltungen“ führt zu einer entspannteren Phase, „der partiell-funktionellen Verschmelzung“ Hierbei kann der Patient relativ angstfrei die Ich-Funktionen des Therapeuten mitnutzen, ohne von starken Fusionsängsten befallen zu werden. Diese Phase ist mit dem Patienten mittlerweile einigermaßen stabil erreicht: „*Es war wichtig, dass ich meine Wut geäußert habe und Sie das mit mir ausgehalten haben*“, blickte der Patient auf die turbulente Phase zurück. In dieser Phase ist die

Birgit Leifeld

## Die Sicht der Verhaltenstherapie

In der Fallvignette erfahren wir als erstes, dass der 32-jährige männliche Patient in den letzten Jahren mehrmals gegen seinen Willen stationär wegen paranoid-halluzinatorischer Episoden behandelt werden musste, was einer genauen Analyse bedarf.

Zur **Ursache der häufigen Zwangseinweisungen** in psychiatrische Kliniken lassen sich verschiedene Hypothesen aufstellen, die im Rahmen der Diagnostik überprüft werden sollten. Die vorliegenden Informationen („*nicht, dass Sie glauben ich war psychotisch*“, „*er jedenfalls glaube nicht, dass er jemals schizophren gewesen sei*“) lassen vermuten, dass mangelnde Krankheitseinsicht und –akzeptanz, fehlende Medikamentencompliance und fehlende Wahrnehmung von Frühwarnzeichen als mögliche

Betonung der Urheberschaft von Gedanken, Gefühlen, Träumen usw. wichtig. Sie ist die Voraussetzung, dass der Patient innere Konflikte überhaupt anerkennen und verstehen kann.

Die Bearbeitung seiner Konflikte in der so genannten „Rekonstruktionsphase“ führt dazu, dass der Patient seine Konflikte als individuelle Stressoren und Vulnerabilitäten erkennen lernt und andere Bewältigungsmöglichkeiten erlernen kann. Erst in dieser Phase ist die Beziehung so stabil, dass sich der Patient herauswagen und dann klärend und auch deutend etwa an der Mobbing-Situation gearbeitet werden kann.

Hier habe ich es als hilfreich erlebt, ein *drittes Objekt* zu verwenden: Gemeinsam rekonstruierten der Patient und ich die Mobbing-Situation mithilfe des Sceno-Kastens als visualisierter Probestühne. Patient und ich waren (wiederum noch in der Phase der „partiell-funktionellen Verschmelzung“) ein Coaching-Team, welches alternative Handlungsmöglichkeiten für die Hauptfigur da unten auf der Scenobühne ausfantasierte.\*

## Literatur

- Dührsen, S. (1999). *Handlung und Symbol*, Göttingen.  
Mentzos, S. (Hrsg.) (1992). *Psychose und Konflikt*. Göttingen.

Ursachen für das häufige Auftreten von Psychosen angenommen werden können.

Solange der Patient keine ausreichenden Strategien erworben hat, sich vorbeugend zu schützen, kommt dem Therapeuten eine verantwortungsvolle Rolle zur Verhütung einer akuten Psychose zu. **Kurzfristige Strategien zur Rezidivprophylaxe**, die Identifikation von Frühwarnzeichen, die Abschätzung und ggf. Reduktion der aktuellen Belastungsfähigkeit des Patienten sowie die Vermittlung der Funktion und protektiven Wirkung der Neuroleptika sollten während der Probatorischen Sitzungen vermittelt werden.

Die **langfristige Rezidivprophylaxe**, die darauf abzielt, dass der Patient zunehmend selbstverantwortlich mit der Erkrankung umgehen lernt, bein-

haltet sowohl psychoedukative als auch verhaltenstherapeutische Strategien und sollte im Laufe der Behandlung gemeinsam mit dem Patienten erarbeitet werden: Vermittlung von Basisinformationen zu Diagnose, Ursache, Verlauf und Behandlungsmöglichkeiten, Aufbau eines funktionalen Krankheitsmodells, Erkennen individueller Frühwarnsymptome und Verbesserung der Achtsamkeit, Identifikation von Belastungsfaktoren und Möglichkeiten, diese zu reduzieren, Möglichkeiten die Belastbarkeit zu steigern, Erarbeitung eines individuellen Krisenplanes.

Ich würde dem Patienten empfehlen, seine **Angehörigen in diesen Teil der Behandlung mit einzubeziehen.**

Auf jeden Fall sollten die ausgeprägten interpersonellen Konflikte von Anfang an bei der **Beziehungsgestaltung zum Patienten** berücksichtigt werden. Aus der Vignette („*Neugier der Kollegen war bedrängend*“, „*man muss sich nicht alles bieten lassen und so habe er die Kollegin mit Schimpfwörtern auf Distanz gehalten*“, „*schimpft über die sadistischen Psychiater und Psychologen, die ihre Patienten und deren Krankheiten bräuchten, um ihre kaputten Seelen daran aufzurichten*“) lassen sich erste Hypothesen bezüglich **überdauernder kognitiver Schemata** des Patienten auf der Beziehungsebene ableiten: Meine Grenzen werden nicht respektiert, ich werde nicht ernst genommen, wenn ich nicht ständig aufpasse, werde ich ausgenutzt und geschädigt, um meine Grenzen zu verteidigen, muss ich sofort massiv einschreiten.

Die Überzeugung, mit der der Patient seine eigene Perspektive bezüglich der Wahrnehmung interpersoneller Beziehungen vertritt, verdeutlicht die Ich-Syntonie. Der Patient erlebt sein interpersonelles Verhalten aus der Eigenperspektive weder störend, abweichend noch normverletzend, hat also selbst kaum Möglichkeiten, die Unangemessenheit seiner Kognitionen und daraus resultierender Handlungen kritisch zu reflektieren. Die Suche nach Bestätigung und Verstärkung seiner Grundüberzeugungen durch den Therapeuten deutet jedoch darauf hin, dass der Patient seine Beteiligung an den Konfliktsituationen wahrnimmt und unter den negativen Konsequenzen seines Verhaltens leidet. Da er dies aber nicht zum Anlass nimmt, seine kognitiven Schemata zu hinterfragen bzw. sein Verhalten zu verändern, ist davon auszugehen, dass die permanente Kontrolle bezüglich der eigenen Grenzen und die aggressive Abwehr von Nähe als Selbstschutz zu verstehen sind.

Zur Bildung von Hypothesen bezüglich der Entstehung und Aufrechterhaltung der Beziehungsstörung wären relevante anamnestiche Daten, die in der Fallvignette nicht vorliegen, notwendig.

Durch **komplementäres Handeln zur Motivebene** schafft der Therapeut als erstes eine vertrauensvolle Therapeut-Patient-Beziehung, die als wesentliche Voraussetzung für den Erfolg der Behandlung betrachtet werden kann. Zur Vermeidung von Krisen in der Therapeut-Patient-Interaktion wird im Rahmen der kognitiven Therapie zunächst eine sensible Beachtung der ichsyntonon Vulnerabilitäts- und Selbstschutzeigenarten vorgenommen. Erst langfristig sollte eine Modifikation der dysfunktionalen kognitiven Schemata erfolgen.

In der Fallvignette werden zwei kritischen Situationen auf der Beziehungsebene geschildert, die als **Beziehungstests** verstanden werden können. *Der Patient unterstellt dem Therapeuten schädigende Absichten.* Darauf sollte der Therapeut gelassen reagieren, dem Patienten eine korrigierende Erfahrung ermöglichen, ihm vermitteln, dass es nicht seine Absicht ist, ihn zu schädigen und ihn bittet darauf aufmerksam zu machen, wenn er Grenzen unabsichtlich überschreitet. *Der Patient erwartet Bestätigung seiner dysfunktionalen Grundannahmen und Solidarität gegen vermeintliche Angreifer.* Der Therapeut bleibt so neutral wie möglich, bestätigt weder die Grundannahmen noch solidarisiert er sich, weil dies einer positiven Verstärkung dysfunktionaler Kognitionen und Verhaltensweisen gleich käme. Der Therapeut zeigt sich solidarisch indem er dem Patienten anbietet, die Situation und die Sinnhaftigkeit seines Selbstschutzes genau zu analysieren, indem er seine Sichtweise respektiert und diese ggf. in die Lerngeschichte des Patienten einbettet und ihn vorsichtig motiviert, seine Grundannahmen zu prüfen.

Neben einer guten Beziehungsgestaltung gilt es vor allem, mit dem Patienten eine gemeinsame **Grundlage für das Verständnis der Erkrankung** zu entwickeln und durch **Aufstellen gemeinsam getragener Ziele** zu einem Arbeitsbündnis zu gelangen.

Der Patient hat offensichtlich Schwierigkeiten, die in hohem Maße stigmatisierende Diagnose paranoid-halluzinatorische Psychose anzunehmen, sodass es wichtig ist, ausgehend von der Analyse der von ihm geschilderten akuten Krisensituation ein funktionales Bedingungsmodell zu entwickeln, das von ihm als Erklärungsmodell angenommen werden kann. Der Therapeut bietet dem

Patienten das SORK-Schema als Strukturierungsmöglichkeit an, bündelt die Informationen in das Vulnerabilitäts-Stress-Modell ein und leitet gemeinsam mit dem Patienten daraus Therapieziele ab.

Es kann angenommen werden, dass der Patient nach seinem Klinikaufenthalt noch unter einer ausgeprägten Minus-Symptomatik leidet und sich hinter dem Wunsch „wieder auf die Beine kommen“ das Ziel verbirgt, aktiver zu werden, mehr Lebensfreude zu entwickeln, den Alltag wieder zu bewältigen, seine Arbeit wieder aufzunehmen und eine Lebensperspektive zu entwickeln. Dazu wäre der Aufbau einer Tagesstrukturierung unter Berücksichtigung befriedigender Aktivitäten sowie eine sukzessive Belastungssteigerung erforderlich.

Dass der Patient in den vergangenen Jahren trotz chronifizierter Erkrankung in der Lage war, eine Berufsausbildung zu absolvieren sollte als eine zu nutzende Ressource im Hinblick auf die Realisierung der Autonomiewünsche und einer selbstständigen Lebensbewältigung betrachtet werden. Mit der „*Klärung der Mobbing-Situation*“ ist wahrscheinlich von Seiten des Patienten neben dem Verstehen auch der Wunsch verbunden,

solche Krisensituationen in Zukunft besser zu bewältigen. Dies sollte zunächst durch eine Veränderung auf der Verhaltensebene, die die Beziehungsmotive des Patienten berücksichtigt, geschehen, z.B. durch den Aufbau angemessener Äußerung von Wünschen nach Distanz und Einhaltung der eigenen Grenzen. Das Gefühl der Selbsteffizienz im Umgang mit zwischenmenschlichen Konfliktsituationen kann beim Patienten dadurch gestärkt werden und gibt ihm Selbstsicherheit, bevor in einem zweiten Schritt - mit Zustimmung des Patienten - die Aspekte des automatischen Denkens und der paranoiden Grundannahmen modifiziert werden können.

Weitere Therapieziele und Interventionen, die dem Patienten zur Bewältigung seiner Erkrankung empfohlen werden können, sind: Reduzierung der Belastung durch Stimuluskontrolle, Reduzierung des Erregungsniveaus durch kurz- und langfristig stressreduzierende Strategien, Steigerung der Belastbarkeit durch Training sozialer Kompetenzen. Bei der Auswahl der Therapieziele und Behandlungsmethoden sollte dem Autonomiebedürfnis und den Selbsthilfekompetenzen des Patienten ausreichend Rechnung getragen werden.

Hansjörg Stahl

## Die Sicht der Systemischen Therapie

Mein Beitrag im Rahmen des Workshops zum Thema „Psychose“ verstand sich angesichts der vorgestellten und im Kontext des Gesprächs zwischen Kollegen mit unterschiedlichen Blicken nicht als wohlkomponierte Partitur systemischer Psychosentherapie, vielmehr beschränkte er sich auf den Status einer losen Ideensammlung zu therapeutisch möglicherweise nützlichem Handeln.

Ein kurzes Wort sei noch zur Verortung meiner Überlegungen auf dem mittlerweile (auch historisch gesehen) breitgefächerten Feld Systemischer Psychosentherapie gesagt. Relevante Bezugsrahmen symbolisieren zwei Orte. Der eine deutsche liegt in Heidelberg, verweist auf die bekannten Arbeiten von H. Stierlin, F. Simon (1991), A. Retzer (2004). Sie sind in ihrer therapeutischen Pragmatik bemerkenswert virtuose Ausführungen zirkulären Fragens; theoretisch liefern sie ausführliche Beschreibungen psychotischer Weltbilder, ihrer „weichen“ Wirklichkeitskonstruktion, der typischen Modi familiärer

Konfliktorganisationen und Gestaltung von Ambivalenz u.v.a.m. Sie entwickeln eine Fülle von Vorschlägen für Therapeuten, zu deren wichtigsten ein umfassendes Neutralitätskonzept gehört und wohl auch die Idee der „Wiedereinführung des Exkommunizierten in Kommunikation“. Am erfolgreichsten, also lebenspraktisch nachhaltig scheinenden Therapien aus der Sicht der genannten Autoren v.a. dann zu verlaufen, wenn es gelingt das Krankheitskonzept der Psychose bei Klient und Familienangehörigen aufzulösen.

Der andere Ort liegt in Finnland, genauer in Westlappland. Die innovativen Ideen, die unter dem Titel need-adapted treatment in den skandinavischen Ländern bei der Behandlung von Psychosen entwickelt wurden, bereichern J. Seikkula u.a. (2003) um das Konzept des „offenen Dialogs“. Nicht nur wird die therapeutische Behandlung psychotischer Klienten von spezialisierten, interdisziplinär zusammengestellten Teams über einen langen Zeitraum im Kontext der Familie und nahem sozialem Netzwerk organisiert, sondern von

Anbeginn an geht es darum, mit den Teilnehmern der Therapieversammlung einen Dialog zu initiieren, der ein erhöhtes Verständnis der Umstände der eingetretenen Krise erlaubt. Die therapeutische Arbeit und Kompetenz besteht vor allem anderen darin, diesen Dialog in Gang zu bringen und aufrecht zu erhalten, nicht schnelle Entscheidungen zu fällen. Die Idee von Dialogizität ist, dass es dem Klienten möglich wird, neue Worte zu finden für verwirrende Ereignisse und verängstigende Erlebnisse, Erfahrungen also, die bislang einen prä-narrativen Status hatten und nun auf dem Weg öffnender Dialoge eine narrative Dimension erlangen können.

*Zielorientierendes Fragen* als systemtherapeutische Strategie trägt zunächst dazu bei, die Bedeutsamkeit der therapeutischen Bemühung zu etablieren. Ziele sollen dabei aus Sicht der Klienten Sinn machen nicht vorrangig aus Sicht professioneller Dienstleister. Zielbeschreibungen geben Hinweise für ein mögliches Ende der Therapie und markieren die Endlichkeit therapeutischer Prozesse von Anfang an. Ziele sind stets revisionsfähig gehalten, unterliegen Wandlungen und bringen eine Aufmerksamkeitsfocussierung mit sich, die die Selbstkompetenz der Klienten unterstützt. Jemand mit psychiatrischen Labels nach Zielen zu fragen ist schon deshalb nicht trivial, weil es die Möglichkeit vielfältiger Lebenschancen im Unterschied zu chronifizierten und chronifizierenden Versorgungskarrieren mit anbietet und eigene Optionschancen (wieder) zur Diskussion stellt.

„*Unterstützung beim wieder auf die Beine kommen*“ – verstehe ich, ohne das Bildhafte in den Worten überhören zu wollen, erst mal in lebenspraktischer Absicht und frage mich und ihn: Woran würde er es merken, dass er wieder auf die Beine kommt? Welches wären untrügliche Anzeichen aus seiner Sicht? Und was noch und was noch? Woran würden es bedeutsame Andere (andere Professionelle wie behandelnder Psychiater, Physiotherapeutin, ihm Nahestehende wie Eltern, FreundInnen ...) merken, dass er wieder auf die Beine kommt? Aus seiner Sicht – seit dem Sprung aus dem 3. Stock zu wie viel % ist er bis heute bereits auf die Beine gekommen? Wie kam es dazu? Wer hat was dazu beigetragen? Wie wäre die Lebenssituation für ihn, wenn er zu, sagen wir mal, 20 % auf den Beinen wäre? Zu wie viel % müsste er auf den Beinen sein, dass er darüber nachdenkt, es hätte ausreichend Therapie stattgefunden und er bräuchte sie nicht mehr oder eine Pause täte gut?

Angenommen, er wäre eines nahen oder fernen Tages völlig auf den Beinen- wie sähe sein Leben aus? Wenn er von diesem Zeitpunkt auf die Therapie zurückblickte, welchen Beitrag hätte die Therapie dazu geleistet?

„*Verstehen wie es zur kritischen Situation kommen konnte*“ - wofür ist es ihm wichtig, zu verstehen wie es zur „Mobbing-Situation“ kommen konnte? Nach einer abwägenden Untersuchung des „Verstehenswollens“ würde sich aus meiner Sicht die Suche nach einer narrativen Plausibilität des Geschehens anschließen. Ich würde ich ihm vorschlagen das Geschehen als Dokumentarfilm (Titel: „der gemobbte Mann“ oder „ein Mann sucht Respekt“ oder wie würde er den Film selbst betiteln?) anzusehen und sequentiell zu analysieren. Als Video-Version hätte dies in jedem Fall den Vorteil, Stop-, Vorwärts- und Rückwärtstasten bedienen zu können, die er jederzeit einsetzen könnte.

Teil A der Filmbesprechung orientierte sich an der Perspektive, was sehen wir den Mann tun? Was denken Sie, wie hat sich der Mann entschieden so zu handeln wie er handelt?

Teil B an jener: Was hätte der Mann im Film den Kolleginnen sagen können? Gibt es etwas, was es hätte wirkungsvoller machen können? Wie hätte er über sich denken können? Wie hätte er sich sonst noch Respekt verschaffen können? Welche Vor- und welche möglichen Nachteile brächten die jeweiligen Aktionen mit sich? Anschließend könnte sich der Raum für einen Dialog entfalten, der sich um die Frage dreht: Wie möchte er von heute aus gesehen in Zukunft mit seiner Wut umgehen?

Was würde er sich selbst raten, wenn sich Situationen anbahnen, in denen er „voller Wut“ sein könnte oder bereits ist? Und - was wären hierzu die Ideen der bedeutsamen Anderen?

Bewährt hat sich pragmatisch eine Gesprächsführung, die sich ausführlich metakommunikativ ihrer Wirkung auf den Klienten vergewissert, also etwa früh danach fragt: welche Wirkung diese diskursive Art der Beschäftigung mit der Vergangenheit auf die Gegenwart hat? Ist dies eine sinnvolle Art, das Gespräch zu führen? Habe ich Ihnen etwas Falsches, Unsinniges vorgeschlagen? Das gilt insbesondere für Situationen, in denen Irritationen auftreten – also der Fleck an der Wand o.ä. Fragestrategie dann: was an den bisherigen Gesprächen, in der jetzigen Sitzung gibt Ihnen Anlass zu denken, ich bräuchte Klienten zur Ver-

zweiflung, um mich daran aufzurichten, zu bereichern? Was ist jetzt zu tun?

Wofür sich sonst noch interessieren – wohin fragen?

Er wollte sich mit dem Sprung aus dem 3. Stock möglicherweise (vielleicht wollte er sich auch nur dem Zugriff der Polizei entziehen oder vielleicht dachte er tatsächlich, sich durch die Lüfte bewegen zu können) das Leben nehmen – welches Leben wollte er sich denn nehmen? Also: was waren, was sind seine Wünsche an das Leben?

Wie denkt der Klient über seine Erfahrungen, die er gemacht hat heute? Waren das insgesamt eher bereichernde oder beschämende oder indifferente Erfahrungen? Wie bewertet er sie jetzt? Was hat er Anderen – vielleicht – auch voraus? Was möchte er noch testen?

Ein Thema der Gespräche könnten Trennungen, Ablösung, Autonomiewünsche und die daran geknüpften Statuspassagen inklusive ihrer Risiken und Herausforderungen sein? Und so fallen mir Fragen ein wie: Wie wäre es für ihn/seine Eltern, würde er sich entschließen Programmierer, Unternehmensberater oder Bäcker zu werden - alles Berufe, die mit denen der Eltern nichts zu tun haben? Was bedeutete es aus seiner, der elterlichen Sicht ein Leben als selbständiger, erwachsener Mann zu führen? Wie könnte er die Wurzeln in seiner Familie bewahren und seine

eigenen Flügel schwingen? Was wäre, wenn er sich selbst treu bliebe und den Draht zu beiden, unterschiedlichen und vielleicht in Liebe entzweiten Eltern bewahrte? Und wie wäre es, wenn er all dies nicht zur gleichen Zeit tun wollte? Also wie wäre es, wenn er montags eher der Sohn des Vaters wäre, dienstags eher der Sohn der Mutter, mittwochs bis samstags wäre er eher er selbst und sonntags würde er sich eine Ruhepause von all dem gönnen?

Zu guter letzt frage ich mich: wie dünkte wohl der junge Mann, über den wir hier uns unterhalten, über das Gesagte, hätte er es gehört? Was würde er aufgreifen wollen? Was weiter ausführen und was vielleicht zurückweisen? Welche Idee spräche ihn an – welches Wort regte ihn auf? Und mit wem würde er weiter gerne in einen Dialog treten? Und worüber würde er diskret den Mantel beredten Schweigens decken?

## Literatur

- Simon, F. B. (1991). *Meine Psychose, mein Fahrrad und ich*. Heidelberg.
- Retzer, A. (2004). *Systemische Familientherapie der Psychosen*. Göttingen.
- Seikkula, J. et.al. (2003). *Offener Dialog in der Psychosebehandlung-Westlapplandprojekt*. In: Aderhold V. et al. (Hrsg.). *Psychotherapie der Psychosen – Integrative Behandlungsansätze aus Skandinavien*. Gießen.



### 3. Psychotherapie bei körperlicher Erkrankung

#### Fallvignette

Herr Böttcher, Mitte 40, befindet sich in stationärer onkologischer Behandlung bei Erstdiagnose einer Plasmozytom-Erkrankung im Stadium 3 A, Ersterkrankung vor 2 Monaten. Unter der Chemotherapie bekam er Kribbeln und Taubheitsgefühle an den Fingerspitzen (konnte nicht sein Handy benutzen) und an den Füßen, aktuell ist diese Symptomatik abgeklungen.

Während eines Erstgespräches mit der Psychoonkologin meinte er, aktuell keinen Bedarf an Gesprächen zu haben. Zu diesem Zeitpunkt hatte er die medizinische Diagnose sowie seinen Behandlungsplan gerade erst erfahren. Er fühlte, dass er mit der medizinisch vorgesehenen Therapie gesund werden wird. Er hatte zwar vor Jahren ein Testament gemacht, setzt aber jetzt auf Hoffnung. Bisher hat er immer seine Probleme lösen können und traut sich das auch dieses Mal zu.

Zwei Monate später während des vierten Zyklus' der Chemotherapie meldet sich Herr Böttcher mit dem dringenden Anliegen eines Gesprächs bei der Psychoonkologin. Er wollte Informationen darüber, wie er sein unkontrolliertes Weinen in den Griff bekommen könnte. Dies trat plötzlich mit dem dritten Chemo-Zyklus' (veränderte Medikation) auf. Er berichtet, dass er unter der Chemotherapie erste Beschwerden erlebt hat, außerdem hat er über andere Patienten erfahren, wie sich Behandlungsverläufe auswirken können. Er fühlt sich nicht traurig, ihn stört das Weinen gegenüber Verwandten und Bekannten, die ihn nach seinem Befinden fragen. Er berichtet, dass er manchmal zittert, lustlos ist, sich häufiger nicht konzentrieren kann, keinen Appetit hat, sich auch fragt, warum er krank geworden ist und wie es weiter geht.

Brigitte Schroller

#### Die Sicht der Psychoanalyse

Bei Herrn Böttcher fällt mir als erstes auf, dass er sich keine Sorgen wegen der bösartigen Krankheit macht und nicht unter den körperlichen Beschwerden leidet, sondern, dass er darunter leidet, sein Handy nicht benutzen zu können. Er leidet demnach darunter, den Kontakt zu ihm wichtigen Menschen nicht aufrechterhalten zu

Er glaubt immer noch, gesund zu werden, aber mitunter schleichen sich doch Zweifel ein. Dann fragt er sich, wie wird es mit meiner Familie weitergehen. Herr Böttcher lebt seit vielen Jahren in einer Partnerschaft mit einer Frau, deren beide nunmehr erwachsene Söhne er mit aufgezogen hat. Er liebt diese Söhne sehr und hat sie testamentarisch als Alleinerben eingesetzt. Sein leiblicher Sohn aus der früheren Ehe soll lediglich den Pflichtteil von dem von Herrn Böttcher erbauten Haus erhalten, wenn er diesen einklagt. Die erste Ehe war relativ schnell gescheitert, da er viel zu jung geheiratet und ein Kind bekommen hatte. Wichtig ist ihm noch zu erwähnen, dass ihm die Krebserkrankung seines Schwiegervaters (der Vater seiner Partnerin), den er 1 ½ Jahre begleitet hat bis zu dessen Tod vor 7 Jahren, jetzt wieder vor Augen ist. Auch seine Mitpatienten auf der Station beschäftigen ihn jetzt mehr als zuvor.

Seine Partnerin geht mit ihm unsicher-tröstend um, und sagt „Es wird schon“, wie es auch viele andere tun, was er nicht mehr gut ertragen kann. Er fürchtet, dass seine Söhne ein Gespräch über seinen Tod und die Zeit danach nicht aushalten könnten. Sie verlassen regelmäßig mit Tränen in den Augen den Raum, wenn es zu dieser Thematik kommt. Sein Wunsch jedoch ist, dass er einem der beiden Söhne die Erbabwicklung anvertrauen kann, wozu es bisher nicht gekommen ist.

Finanziell geht es ihm gut, er ist ein vorausschauender Mensch, der Probleme vorausschauend löst. Für ihn hat sich die medizinische Therapie positiv ausgewirkt, dennoch haben sich Zweifel über seine weitere Zukunft eingeschlichen.

Angenommen, es käme zu einer Vereinbarung über (stützende, supportive) Psychotherapie.

können. Wenn er nicht per Handy erreichbar ist, ist meine Fantasie dazu, fürchtet er wohl, gar nicht mehr erreichbar zu sein. Ich würde ihn fragen, was ihm das Handy bedeutet, für welche Personen es ihm besonders wichtig ist. Supportiv arbeitend, also ich-stützend, würde ich ihn fragen, welche anderen Kontaktmöglichkeiten er hat. Fällt ihm

dazu nichts ein, würde ich ihm anbieten, dass er vorübergehend andere bitten könnte, für ihn zu wählen.

Während des Erstgesprächs fällt mir aus psychoanalytischer Sicht auf, dass Herr Böttcher eine tödliche Krankheit hat. Er idealisiert die medizinische Therapie, die ihn gesund machen wird. Ein kleiner Zweifel taucht jedoch auf, als ihm einfällt, dass er schon ein Testament gemacht hat. Hier würde ich als Behandlerin seine Abwehr respektieren, ihm stützend sagen: Ich an Ihrer Stelle hätte ein gutes Gefühl, mit einem Testament vorgesorgt zu haben.

Im Gespräch zwei Monate später möchte er Tipps, wie er sein Weinen abstellen kann. Mir fällt auf, dass er dem Weinen nicht auf den Grund gehen möchte. Dafür würde ich mich dann interessieren. Aber da er mir kein Gefühl anbietet, muss ich mich fragen, was er mit seiner Affektisolierung als Abwehr schützen muss. Deswegen biete ich ihm wieder mit dem behandelungstechnischen Mittel der Hilfs-Ich-Übernahme an: Ich kenne von Menschen das Weinen als Ausdruck der Traurigkeit und ich frage mich, warum Sie glauben, nicht traurig zu sein, aber dennoch weinen zu müssen. Ihre Beschwerden, die Sie bekommen haben und auch die Erzählung über die Möglichkeit, vielleicht doch nicht gesund zu werden, wie andere Patienten, würden mich an Ihrer Stelle traurig machen.

Ich denke für mich, er darf nicht traurig sein, muss deswegen depressiv werden.

In der Frage, warum er krank geworden ist, schimmert Neid auf diejenigen, die gesund sind und das Gefühl, vom Schicksal ungerecht behandelt worden zu sein. Hierzu würde ich sagen: Sie haben das Gefühl, dass es ungerecht ist, dass gerade Sie krank geworden sind. Vielleicht fragen Sie sich sogar, was Sie getan haben, dass Sie so bestraft werden. Ich würde ihn jedoch auch mit der Tatsache konfrontieren, dass alle Menschen krank werden und auch sterben. Dies würde ich deswegen betonen, weil Menschen, die sich krank fühlen oft glauben, sie seien die einzigen auf der Welt denen es so schlecht geht.

Den Neid auf die anderen würde ich noch nicht ansprechen, da es für ihn zu bedrohlich würde, ein derart verpöntes, verbotenes Gefühl zu haben.

Er fragt sich dann noch, wie es weiter geht, wie es mit seiner Familie weiter geht. Seine Idealisie-

rung der medizinischen Therapie wird aufgrund der realen Tatsachen brüchig, so dass Angst in ihm aufsteigt. An dieser Stelle würde ich ihn nach seinen Vorstellungen fragen, wie er denkt, dass es weiter geht, um genaueres über seine spezifische Angst zu erfahren. Aber auch seine Vorstellungen darüber, wie er seine Zeit gut nutzen kann, würde ich mit ihm besprechen. Ich würde ihn fragen: Ist es nicht für jeden von uns so, dass wir jeden Tag so leben sollten, als wäre es der letzte?

Seine depressive Reaktion lässt auf einen früheren Objektverlust schließen, also den Verlust eines Menschen, der ihm nahe stand. Diesen Verlust konnte er nicht betrauern, vermutlich aus den gleichen Gründen, weshalb er jetzt auch nicht traurig sein kann – aus Affektisolierung.

Ich erfahre von Herrn Böttcher aus seiner Lebensgeschichte, dass es eine frühere gescheiterte Ehe gibt, aus der er einen Sohn hat. Er sagt auch hier nichts über die schmerzlichen Hintergründe der Trennung, sondern rationalisiert mit, er war viel zu jung. In einer längeren Behandlung würde ich ihn fragen, ob er wirklich denkt, dass sein junges Alter dazu geführt hat, dass die Ehe gescheitert ist, oder ob es noch andere Gründe gab. Ich würde ihm sagen, dass es mir so vorkommt, als würde er mit der rationalen Erklärung die schmerzlichen Gefühle, die die Trennung sicher mit sich gebracht hat, weit von sich fern halten kann, so dass er sie nicht mehr spüren muss. Ich würde mich auch ihm gegenüber wundern, weshalb er seinen leiblichen Sohn im Vergleich zu den Söhnen seiner Lebenspartnerin schlechter behandelt. Ich würde ihm verdeutlichen, dass ich da einen Ärger, eine Aggression von ihm gegen seinen Sohn verspüre, verbunden mit der Frage, ob er eine Idee hat, woher diese Gefühle bei ihm kommen. Denn normalerweise lieben Väter ihre Kinder.

Wir wissen jetzt natürlich nicht, welche Erinnerung und welche Affekte bei Herrn Böttcher auftauchen. Danach richtet sich, wie klärend, konfrontativ oder deutend ich mit ihm arbeiten kann. Von daher trage ich Ihnen weiter vor, wie ich mit ihm arbeiten würde.

Bezogen auf seinen Sohn stellt sich mir die Frage, ob er in Verschiebung die narzisstische Wut, die das Scheitern der Ehe für Herrn Böttcher mit sich gebracht hat, abbekommt. Vielleicht hat Herr Böttcher sich nie getraut, sich mit seiner Ehefrau über seine Enttäuschung an ihr auseinander zu setzen.

Ich erfahre weiter, dass sich Herr Böttcher mit der Krebserkrankung seines Schwiegervaters beschäftigt, den er bis zu dessen Tod begleitet hat. Außerdem glaubt er ja, dass seine Söhne ihn nicht aushalten, mit seinem Thema Tod und Zeit nach seinem Tod. Projiziert er hier nicht eigene Gefühle auf die Söhne, frage ich mich. Deswegen würde ich ihn zunächst genau schildern lassen, wie das war mit seinem Schwiegervater, vor allem, wie es ihm dabei ging. Vermutlich würde er affektisolierend und rationalisierend erzählen, so dass ich genau darauf achten würde und Gefühle benennen würde, die er sich verbietet. Ebenso würde ich ihm im Laufe dieses Prozesses darauf aufmerksam machen, dass vielleicht er es auch ist, der die Tränen in den Augen seiner Söhne nicht aushalten kann.

Über seine Partnerin ist er enttäuscht, wird mir deutlich, weil er sich mit ihrem <Es wird schon> in seiner inneren Not nicht angenommen fühlt. Er spürt wohl, dass sie etwas Anderes von ihm will, als einen schwachen, lebensbedrohten Mann. Doch dies, den vorausschauenden Menschen, der Probleme vorausschauend löst und der finanziell gut sorgt, kann er ihr vielleicht nicht mehr bieten. Da muss in ihm Angst aufkommen, dass er von ihr im Stich gelassen wird, und er allein und hilflos dem Prozess des Sterbens aus-

Monika Schimpf

## Die Sicht der Systemischen Therapie

Quasi auf der Höhe seiner beruflichen und privaten Zufriedenheit wird Herr Böttcher mit einer Plasmozytom-Diagnose im Stadium 3 A konfrontiert. Eine wichtige Lebensprämisse bisher half in schwierigen Situationen: „Bisher habe ich meine Probleme immer allein lösen können“. In der Systemischen Therapie kann gut mit solchen Grundsätzen gearbeitet werden. Welche Probleme konnte er wie bisher alleine lösen? Welcher Rückgriff auf welche Ressourcen war damals gut und könnte jetzt wieder aktiviert werden? Wenn es einen kleinen Unterschied heute gäbe, der es sinnvoll macht, sich zusätzlich zum Vertrauen in die eigene Stärke auch der Hilfe anderer zu bedienen, welcher wäre dies?

Krebspatienten werden leider immer noch sowohl in Laien- wie Fachkreisen implizit und/oder explizit beschuldigt: Irgendetwas hätten sie falsch gemacht, sonst wären sie nicht krank geworden. Deshalb bräuchten sie, um gesund werden (oder sich mit dem baldigen Tod aussöhnen)

geliefert ist. Seine Fantasie scheint dabei zu sein, nur wenn ich etwas zu bieten habe, werde ich geliebt. Wenn ich krank und schwach bin habe ich nichts zu bieten, also werde ich nicht geliebt und muss einsam sterben.

Noch nicht zur Sprache gekommen ist seine Enttäuschung an mir, der Vertreterin der medizinischen Therapien, die ihn vielleicht doch nicht gesund macht.

Aus dem Publikum kam zum Schluss die Frage, wie wir vier Vertreter der Richtungen Verhaltenstherapie, Methodenübergreifende Therapie, Psychoanalyse und Systemische Therapie, in der Klinik integrativ arbeiten könnten. Meine Antwort dazu: Nehmen wir an, wir wären die Klinikkonferenz, dann müssten wir vom Patienten ausgehen. Der eine Patient braucht mehr übende Techniken oder auch eine direkte Umstrukturierung seiner Annahmen, der andere Patient braucht Beratung und stützende Gespräche, wieder ein anderer Patient möchte introspezieren, möchte kausal aufdeckend von sich selbst erfahren, noch ein anderer Patient stellt niemals Fragen über sich und sein Leben und braucht Anregungen in diesem Bereich. Je nach Patient wäre dann die eine oder die andere Therapieform indiziert.

zu können, unbedingt psychotherapeutische Hilfe. Systemische Therapeutinnen gehen hier eher davon aus, nicht zu wissen (und nicht wissen zu müssen), was Menschen krebskrank gemacht hat. Wir kennen alle Kolleginnen und Kollegen die sich intensiv mit ihrer eigenen Selbsterfahrung und gesunder Lebensführung auseinandersetzen, wie aus heiterem Himmel an Krebs erkrankten und kurz darauf starben. Ebenso kennen vermutlich viele von uns Menschen, deren Selbstreflexion wir als gering einstufen, deren Gesundheitsfürsorge auch nach einer Krebsdiagnose zu wünschen übrig lässt, und die eine Krebserkrankung mit Hilfe klassischer, schulmedizinischer Behandlungsmethoden gut und lange überleben.

Es geht in der Systemischen Therapie zu Beginn jedes Kontaktes um den Kontext. In diesem Fall: wie kommt Herr Böttcher gerade jetzt auf die Idee, ein Gespräch mit der Onkopsychotherapeutin zu suchen? Ist es eher das Pflichtprogramm, das Krebskranken nahe gelegt wird? Sind es die

vielen Tränen seiner Angehörigen und deren Wunsch, von dem großen seelischen Druck und der Hilflosigkeit entlastet zu werden? Hat er selbst Ideen, was ihm jetzt helfen könnte? Sucht er nach Ursachenerklärungen, warum gerade er erkrankt ist? Will er sein, wie er sagt, „unkontrolliertes“ Weinen wieder unter Kontrolle bringen? Was würden die Tränen statt Worte ausdrücken mögen? Was wäre anders, wenn er wieder die Kontrolle will? Die zur Zeit populärer gewordenen Konzepte von Salutogenese und Resilienz gehen, im Prinzip in der Tradition des lösungsorientierten Ansatzes, davon aus, in der Psychotherapie die Bedürfnisse der körperlich Erkrankten zu erforschen und deren bisherige guten Lösungswege zu verstärken.

Meiner Meinung nach brauchen Menschen, die von einer schweren Diagnose traumatisiert im Schockzustand versuchen einen klaren Kopf zu behalten, ggf. eine unterstützende Psychotherapie, um sich nicht durch Behandlungsvorschriften, der Angst ihrer Angehörigen von deren Glauben an die Richtigkeit ihrer Gefühle abbringen zu lassen. Dabei darf die Psychoonkologie nicht zum verlängerten Arm des medizinischen Personals mutieren und ihre Aufgabe z.B. darin sehen, den Patienten von der Richtigkeit vorgeschlagener medizinischer Behandlungsideen zu überzeugen, quasi eine medizinische Compliance herzustellen, sondern eher Fragen anstoßen: „Wie können Sie im Gespräch mit Frau Dr. .... dafür sorgen, dass alle ihre Fragen zu Ihrer Zufriedenheit beantwortet werden? Wer könnte ihnen helfen, die für sie notwendigen Informationen zu besorgen? Sollten sie allein zum Gespräch gehen oder jemanden mitnehmen? Was wäre ein gutes Vorgehen im Gespräch mit ihrem

Sohn, um testamentarische Fragen zu klären, ohne dass dies ihre (berechtigte) Hoffnung auf Heilung untergräbt? Wessen Anwesenheit tut Ihnen jetzt gut, wen wollen Sie zurzeit weniger sehen? Wie können sie ihre Partnerin ermuntern, dass „Es-wird-schon-wieder-Gerede“ eher sein zu lassen und mit ihnen ihre gegenseitigen Ängste und Zweifel zu besprechen?

Welche Themen sind für sie für gemeinsame Gespräche wichtig, welche gar nicht? Welchen Zusammenhang sieht Herr Böttcher zwischen dem früheren Erleben des langsamen Sterbens des Schwiegervaters an Krebs und seiner jetzigen Erkrankung? Welche inneren Bilder, Sätze helfen ihm, dabei Unterschiede zu sehen?

Was müssten wir herausarbeiten, damit seine Hoffnung auf Heilung gestärkt wird, ohne die Erkrankung zu banalisieren? Somit werden wir Teil eines stärkenden Teams, das der Kranke um sich herum aufbauen kann, und das er je nach Bedarf und je nach eigener Notwendigkeit nutzen kann, wobei er selbst Motor und Chef seiner (evtl.) Heilung bleibt und seine Autonomie behält. Eine mögliche Verbesserung seiner Gesundheit hat er dann selbst erreicht. Viele (ehemalige) Krebskranke berichten, dass der Heilungsweg sie menschlich weiter gebracht hätte: sie wären dankbarer, auf Wesentliches konzentrierter, mit sich und anderen wohlwillender geworden. Der Radprofi Lance Armstrong schreibt dazu in seinem Buch über seine Krebsheilung: „Die Krebskranken sind bevorzugte Menschen. Sie können Dinge und Zusammenhänge erkennen, die ihnen ohne die Erkrankung versagt worden wären.“ Darin liegt die Chance für alle Beteiligten.

Regina Podlech

## Die Sicht der methodenübergreifenden onkopsychologischen Therapie

Ich gehe davon aus, dass Herr B. zum Zeitpunkt des Erstgesprächs den „Krankheitsschock“ im Zuge des Krankheitsverarbeitungsprozesses in Verbindung mit der anfänglichen Ungewissheit, mit welcher Therapie man dieser begegnen könne, gerade beginnt zu überwinden. Dabei legt er aus fachlicher Sicht zunächst eine eher überzogene Hoffnung in die medizinische Therapie (gesunder Verdrängungsprozess, der zu akzeptieren ist, da er schützt). Dabei bezieht sich die „überzogene“ Hoffnung auf die Vorstellung, in jedem Fall gesund zu werden und auf den anfänglichen unbekümmerten Umgang mit der

Chemotherapie und ihrer Wirkung. Er macht sich diesbezüglich zumindest noch keine Gedanken. Ich habe den Eindruck, dass er vom Verarbeitungsstil her ein Kämpfertyp ist, ein Mensch der nicht aufgibt, sondern gesund werden will und dafür kämpft, in voller Compliance mit dem medizinischen Vorhaben.

Dass er bereits vor Jahren sein Testament erstellt hat, werde ich als Beispiel dafür, Probleme grundsätzlich vorausschauend zu handhaben. Für mich stellt sich die Frage, welchen Anlass er damals hatte, sein Testament zu erstellen. Da er sich im

ersten Gespräch jedoch verdrängend und rational gibt und sein selbständiges Problemlösen betont, also zeigt, dass er jetzt ohne Psychotherapeut auskommen wolle, dem Therapeuten aber zugleich die Chance zum ersten Gespräch gibt (Vertrauensaufbau und erstes Kennen lernen), würde ich zu diesem Zeitpunkt nicht näher nachfragen. Der Widerspruch zwischen der überzeugenden Hoffnung auf Gesundung und dem von der jetzigen Erkrankung emotional abgekoppelte Thema ‚Tod‘, dass sonst für die meisten neu an Krebs erkrankten Patienten anfänglich sehr im Vordergrund steht, deutet mir eine momentane Überforderung an (auch Verdrängung von Angst). Das würde ich zunächst hinnehmen und schlage eine selbstsicherheitsstärkende, akzeptierende Intervention vor: „Ich freue mich, dass sie Hoffnung und eine klare Perspektive vor Augen haben und bin beeindruckt, dass sie schon vor so langer Zeit an ihr Testament gedacht haben.“

Ich würde auch erfahren wollen, ob er Symptome seiner Krankheit spürt, wie es ihm aktuell körperlich geht und ob bzw. seit wann er davon etwas bemerkt hat (gibt mir Rückschlüsse auf den Verlauf und den Stand der Krankheitsverarbeitung, die emotionale Beteiligung, etc. Außerdem interessiert mich routinemäßig das soziale Umfeld z.B. welche ihm nahe stehenden Menschen ihn besuchen können, die ihm beistehen oder um wen er sich sorgt und inwieweit er finanziell abgesichert ist.

Mir fällt auf, dass er nur mit Blick auf den medizinischen Therapieerfolg von einem Gefühl spricht (er fühle, dass er gesund werde“). Dieses positive Gefühl gibt ihm offenbar den dringend nötigen Halt, während er alle anderen, vor allem belastende Gefühle für sich behält (oder verdrängt). Deshalb schlage ich an dieser Stelle Verstärkung vor: „Positive Zukunftsgefühle, sind für den Therapieverlauf wichtig. Ich hoffe, dass sie diese bewahren werden und sehe, dass sie mit einer guten Einstellung die Therapie beginnen. Ich gehe deshalb davon aus, dass Sie mich/einen Therapeuten jetzt nicht dringend brauchen und bitte darum, sich ggf. zu melden, falls sie später unter der Chemotherapie doch das Gefühl haben, dass es Ihnen nutzen könnte.“

Herr B. möchte dringend wissen, wie er während des vierten Chemotherapiezykluses „sein Weinen“ in den Griff bekommen könne. Dazu muss man wissen, warum, wie oft und in welchem Zusammenhang (Verhaltensanalyse) er weint und wie er sich dabei verhält. In der On-

kologie kommt es auch vor, dass vermehrtes unkontrolliertes Weinen ein Symptom bösartigen zentralen Befalls sein kann. Außerdem muss erfragt werden, ob und in welchen Situationen er sonst jemals geweint hat (kontrolliert und unkontrolliert), welche Erfahrungen er im Umgang mit Sozialpartnern hatte und wie es ihm dabei ergangen ist.

Eine Ursache seines Weinens scheinen ihm die erlebten Beschwerden infolge der Chemotherapie zu sein. Er berichtet davon, sein Handy nicht bedienen zu können, von Appetitminderung, Konzentrationsstörungen, Lustlosigkeit und Schwächegefühl. Chemotherapeutisch bedingte Nervenschäden sind ebenso bekannt (Kribbeln, Missempfinden, Einschlaf- und Taubheitsgefühl, Störung der Fein- und Grobmotorik und der sensorischen Funktion) wie die übrigen genannten Symptome. Sie können auf ein „Fatigue- Syndrom“ (Art Erschöpfungszustand/relativ häufig unter Chemotherapie) oder an eine beginnende depressive Episode hinweisen (ist differentialdiagnostisch zu klären).

Neben der selbst erlebten Symptomatik hört und sieht Herr B. weitere Nebenwirkungen bei seinen Mitpatienten. Mit der Zeit lässt sich der Zweifel an der eigenen Gesundheit bei einer Plasmozytomerkrankung kaum verdrängen. (Patienten begegnen in einer onkologisch ausgerichteten Klinik Mitpatienten mit gleicher (z.T. fortgeschrittener) Erkrankung und tauschen sich aus.) Außerdem ist möglicherweise demnächst im Behandlungsplan eine Stammzellübertragung nach Hochdosismethotherapie angezeigt, eventuell sogar eine mit erheblichen Risiken verbundene allogene Knochenmarktransplantation. Diesen Zusammenhang scheint Herr B. noch zu verdrängen. Sein persönliches Erklärungsmuster für das Weinen, würde ich ernst nehmen und ihm aufgrund seiner rationalen Art (Traurigkeit und Angst sind ihm noch nicht bewusst), seine möglichen Gefühle spiegeln: „Das stelle ich mir schlimm vor, meine Hände nicht mehr so nutzen zu können wie bisher, so hilflos und abhängig zu sein.“ Bei (zu erwartender) Zustimmung, frage ich danach, ob er eine solche Hilflosigkeit schon zuvor erlebt habe. Wenn nicht: „Ich kann mir an ihrer Stelle vorstellen, dadurch Gedanken zu entwickeln, wie es wohl mit meiner Erkrankung weitergeht. Was könnte auf mich zukommen, wenn mich die Krankheit immer weiter einschränkt? Das würde mich Weinen lassen und mir auch Angst machen.“ Seine Gefühle würde ich ihm bis zu einem annehmbar erträglichem Maße bewusst machen. Ich würde ihn Weinen

lassen und anschließend betonen, dass das Weinen aufgehört habe. Danach fragen, wie er sich fühlt, ob sein berechtigtes Weinen in meiner Gegenwart auszuhalten war. Anzustreben ist außerdem eine kognitive Umstrukturierung: Weinen könne man in so einer Situation nur zulassen, wenn man stark ist. Trauriges im gesunden Ausmaß zu beweinen ist gerade bei einer bedrohlichen Erkrankung ein notwendiges, positives Signal. Es zeige, dass er berechnete Sorgen in Bezug auf die Krankheit und Therapie verarbeitet. In größerer Gesellschaft und unkontrolliert sei es dagegen nicht nötig zu Weinen. Aber in Gegenwart eines Angehörigen oder Freundes, solle er sich das Weinen regelrecht vornehmen, es sich in geschützter Umgebung erlauben. Er braucht die notwendigen Tränen dann nicht mehr mit viel Energie zurückhalten. Neben dem Weinen ist auch auf die in der Onkologie typischen Gedanken des „Warum“ der Erkrankung, auf seine subjektive Krankheits-theorie sowie darauf einzugehen, wie es weitergehen soll. Ich würde den bisherigen Therapieerfolg betonen und die Chance auf viele weitere Lebensjahre fokussieren. Das heißt, die Unsicherheit im künftigen Verlauf bliebe realistisch bestehen und der aufbauende Effekt des positiven Denkens ginge trotz eines möglicherweise negativen Krankheitsverlaufs nicht verloren. In der stationären onkologischen Versorgung ist der Psychotherapieverlauf grundsätzlich flexibel zu handhaben. Die Hauptgesprächsthematik hat sich dem aktuellen Befinden des Patienten anzupassen und ist in enger Verknüpfung mit den medizinischen Befunden und dem Krankheitsverlauf zu handhaben.

Die Schilderung des Herrn B. lässt als spätere Thematik die Krankheit und den Tod des Schwiegervaters, vielleicht den Verlust seiner ersten Ehefrau, vor allem aber persönliche Erlebnisse erwarten. Vielleicht ist eine Traumatisierung erneut aufgeflammt und belastet Herrn B. zusätzlich, so dass sich z.B. die Einflussmöglichkeiten in seinem eigenen Krankheits- und Therapieverlauf zur Entlastung anbieten könnten. Eine „Einflussmöglichkeiten“ kann sein, mitzubestimmen, wie lange um das Leben gekämpft werden soll, wie und wo, wen man wann bei sich haben möchte, was danach geschehen soll (Testament event. Patientenverfügung etc.) – je nach dem, was der Patient an Inhalten einbringt und in der Verarbeitung aushält. Aber auch der Umgang auch mit Bemerkungen wie

„wird schon“ oder „wie geht’s?“ im sozialen Umfeld sind zu thematisieren. Dazu gehört auch, dass es besonders schwer ist, seine liebsten Mitmenschen traurig zu ertragen: Wer hält das Weinen eigentlich nicht aus, seine Söhne oder er, oder gerade sie miteinander noch nicht?

Die für Herrn B. anstrengende Thematik ist in Verbindung mit Ressourcenentwicklung und -nutzung, stabilisierenden Inhalten (eventuell Phantasie Reisen, Entspannungsverfahren, Systematische Desensibilisierung, Interventionen der Verhaltenstherapie, Methoden der Hypnotherapie, Gedankenstopp) stufenweise denkbar. Außerdem gibt es weitere Themen, die in der Onkopsychologie relevant sind, z.B. Umgang mit Stimmungsschwankungen, wie kann der Patient selbst zu Wohlbefinden und Genesung beitragen, wie lässt sich ein erträgliches Leben unter der Therapie gestalten, Rollenveränderungen in der Familie, Ungewissheit; Ungerechtigkeitsgefühle, Sexualität; Partnerverlustängste, Umgang mit weiteren Begleiterscheinungen der Therapie (Fatigue, Appetitstörungen, Schleimhautentzündungen, Körperfunktionseinschränkungen - bei seiner Erkrankung z.B. infolge möglicher Frakturen oder Nierenschädigung-, statistische und individuelle Prognose, antizipatorische Trauer).

Der Patient ist darauf hinzuweisen, dass das Weinen u.U. nicht einfach verschwindet. Vielmehr ist zu erwarten, dass er im Verarbeitungsprozess noch mehrmals Traurigkeit erleben werde. Zu klären ist zudem, ob eine wohnortnahe niedergelassene Kollegin einbezogen werden soll, da er nur wenige Tage stationär behandelt wird und zwischen den Aufenthalten einige Wochen liegen. Bei Verdacht auf eine depressive Episode ist abzuklären, wie stark der Lebenswille ausgeprägt ist, welche Ressourcen vorhanden sind und wie der Patient zum Einsatz möglicher Psychopharmaka sowie zu regelmäßigen psychotherapeutischen Gesprächsterminen steht.

Ich würde Herrn B. bestärken, dass es richtig ist, sich jetzt beim Therapeuten gemeldet zu haben, er sich so schneller und sicherer stabilisieren könne und ihm anbieten, sich b. B. jederzeit telefonisch melden zu können, selbst Nachts per Anrufbeantworter. Zu Empfehlen ist ihm aktuell, sich dem ihn beschäftigenden Themenkomplex zunächst regelmäßig zu widmen – Gesprächstermine vereinbaren!

## Die Sicht der Verhaltenstherapie

Nachfolgend sollen Überlegungen zur Fallvignette aus der Sicht des niedergelassenen Verhaltenstherapeuten dargelegt werden.

Krebserkrankungen können durch die Betroffenen und ihre Familien selbst dann als existentiell bedrohlich erlebt werden, wenn die Heilungsaussichten gut sind. Sie treffen die Betroffenen fast immer überraschend, unvorbereitet und entsprechend hart. Von einer Minute zur anderen müssen Entscheidungen getroffen werden, die nie getroffen werden sollten. Die Kontrolle über weite Teile des eigenen Lebens ist verloren gegangen.

Bei einer Vereinbarung über eine stützende Psychotherapie, die sich an die stationäre Behandlung anschließt, ist dem Patienten zunächst das Angebot zu wiederholen, das er zu Beginn der Chemotherapie nicht annehmen konnte: Zeit miteinander zu verbringen und Vertrauen aufzubauen, Problem- und Fragestellungen zu entdecken sowie Antworten zu suchen.

Am Anfang der Behandlung steht wie immer die Entwicklung der therapeutischen Beziehung. Bei diesem Patienten ist schon von Beginn deutlich zu erkennen, dass er Kontrolle und Planung i.S. übergeordneter Pläne bevorzugt. Zur Entwicklung und Stabilisierung der therapeutischen Beziehung ist es also unabdingbar, das Prinzip des Führens und Folgens zu realisieren und sich komplementär zu den Plänen des Patienten zu verhalten. Kurz: Der Patient muss zunächst erleben, dass seine Pläne akzeptiert werden und er die Kontrolle über die Gesprächssituation hat.

In den ersten Gesprächen werden die Ziele für die Therapie erarbeitet. Dabei kommt dem Therapeuten eine beratende und psychoedukative Funktion zu. Die Entscheidung über die konkreten Therapieziele wird letztendlich durch den Patienten gefällt. I.S. der adaptiven Indikation sind Behandlungsziele von Therapeuten und Patienten ständig auf ihre Sinnhaftigkeit zu überprüfen, entsprechend zu verändern und ggf. zu ergänzen.

Im vorliegenden Fall hat der Patient bereits einen konkreten Auftrag erteilt: Er möchte nicht mehr unkontrolliert Weinen, denn es ist ihm in Gegenwart von Verwandten und Bekannten unangenehm. Dieses negativ formulierte Therapieziel

ist jedoch nur bedingt zur Ableitung von Interventionsmöglichkeiten geeignet. Im Rahmen der Problemanalyse können die Bedingungen, unter denen das beklagte Verhalten auftritt, genauer beschrieben werden. Die gemeinsame Erarbeitung der konkreten Bedingungsanalyse führt häufig dazu, dass ein positiv formuliertes Therapieziel gefunden werden kann. In diesem Fall kann es durchaus die bessere Kontrolle über das eigene Verhalten sein (Selbstkontrolle im Rahmen des Selbstmanagements). Erfahrungsgemäß kommt es jedoch oft dazu, über die Notwendigkeit des so formulierten Bedürfnisses zu sprechen. Damit wäre dann die Möglichkeit eröffnet, z.B. über das Thema Kontrolle und die damit in Zusammenhang stehende Bedeutung der Erkrankung für die aus den Fugen geratene Lebensplanung zu sprechen, Erleben und Haltungen zu reflektieren und ggf. über Strategien der Kognitiven Verhaltenstherapie zu relativieren. Manchmal geraten Themen der Vergangenheit in den Focus der Behandlung, hier z.B. die gescheiterte Ehe und das offensichtlich problematische Verhältnis zum ehelichen Sohn. Auch hier wäre die Frage zu beantworten, welche konkreten Wünsche der Patient tatsächlich hat (z.B. Bereinigung des Verhältnisses zum ehelichen Sohn), warum er sich diese bisher nicht erfüllen konnte und ob jetzt eine Möglichkeit besteht, diese Wünsche noch zu erfüllen.

Darüber hinaus ist zu eruieren, über welche Ressourcen der Patient verfügt, die behandlungsfreien Zeiten als erfüllte Lebenszeit zu erleben. Möglicherweise sind die dazu notwendigen Fähigkeiten zu erwerben.

Bezogen auf die Krebserkrankung selbst kann dem Patienten in der gebotenen Vorsicht (keine unberechtigten Hoffnungen wecken vs. nichts unversucht zu lassen, den Krankheitsverlauf mit eigenen Versuchen zu beeinflussen) der Vorschlag unterbreitet werden, sich mit dem Konzept von Simonton zu befassen. Dabei wird versucht, über imaginative Verfahren die Selbstheilungskräfte zu unterstützen.

Mit dem Patienten ist weiterhin zu klären, ob die Auseinandersetzung mit dem Thema Krebserkrankung gemeinsam mit der Familie zu führen ist. Schließlich ist die in der Fallvignette beschriebene Erkrankung in einem Stadium, indem eine Heilung eher unwahrscheinlich ist. Ggf. sind die Angehörigen anzuregen, Unterstützung für sich zu

organisieren. Ziel dabei wäre es, eine größere Sicherheit im Umgang mit der Erkrankung ihres Angehörigen zu erlangen. Das wäre auch denkbar, wenn die in der Verhaltenstherapie seit Jahrzehnten praktizierte Ausbildung psychologischer Laien (Angehörige, Pflegekräfte etc.) zu Co-Therapeuten zugrunde gelegt werden kann. Allerdings wird dabei sicherlich der von der Krankenkasse gewährte finanzielle Rahmen gesprengt.

Letztlich wird sowohl für den Betroffenen und seine Angehörigen der Umgang mit Sterben und Tod notwendig werden. Hier sind Ängste, Schuldgefühle, Zorn, Verzweiflung, Anklagen usw. zu erwarten und zu tolerieren. Eine Zusammenarbeit mit einem Hospiz kann bei entsprechendem Krankheitsverlauf angeregt werden.

Abschließend einige Bemerkung zu den Besonderheiten bei der Verhaltenstherapie von Patienten mit Krebserkrankungen:

1. Es gibt keinen Grund, die begleitende Psychotherapie Krebskranker zu verweigern. Dennoch ist eine solche Behandlung etwas Besonderes. Sie erfordert vor allem Offenheit und innere Stabilität der Therapeuten sowie die Fähigkeit, sich jederzeit kongruent und klar zu verhalten.
2. Die Therapeuten sollten über die spezielle Erkrankung gut Bescheid wissen, sich u.U. fehlende Informationen bei entsprechenden Fachärzten einholen. Psychotherapeuten fällt bekanntlich manchmal die Aufgabe zu, auch medizinische Informationen zu vermitteln und zu interpretieren.
3. Eine Zusammenarbeit mit den betreuenden Ärzten ist in jedem Fall i.S. des Patienten, erspart ihm Missverständnisse und Widersprüche, also weitere Verunsicherungen.
4. Der Supervisionsbedarf kann durch die Arbeit mit sterbenden Patienten besonders hoch sein. Dem sollte man sich keinesfalls entziehen.
5. Besonderer Wert sollte auf die eigene Psychohygiene gelegt werden. Supervision allein erhält auf längere Sicht die eigene Arbeitsfähigkeit nicht.



## 4. Psychotherapie bei Depressionen

### Fallvignette

Symptomatik: Die Patientin Frau X. berichtet spontan über: Reizblase, Reizmagen, mehrere Wurzelspitzenresektionen und Migräneanfälle mit Aura (Lähmungserscheinungen/ Sprachstörungen). Die eigenen Bedürfnisse durchzusetzen und sich von anderen abzugrenzen gelingt ihr zwar manchmal, kostet aber sehr viel Mühe; sie neigt zu unproduktiven Grübeleien; sie ist „auf Akzeptanz durch andere angewiesen“; sie hat „Probleme mit Entscheidungen“; „Auseinandersetzungen machen ihr Angst“; Verlustängste; „schottet sich bei Problemen emotional ab“; Überbewertung von Streitereien; „neigt zu völliger Verausgabung“.

Als weitere Beschwerden auf Nachfragen berichtet sie über: Schwächegefühl, Übelkeit, Kopfschmerzen, rasche Erschöpfbarkeit, Gefühl der Benommenheit, Mattigkeit, Magenschmerzen, traurige Stimmungszustände, leichte Erregbarkeit, Stimmungsschwankungen, zwanghaftes Grübeln, Fremdheitsgefühle sich selber gegenüber, Minderwertigkeitsgefühle, Schuldgefühle, Lebensangst, Unkonzentriertheit oder Vergesslichkeit, allgemeine Unruhe, Trennungsangst, sowie ein so genanntes endogenes Ekzem an der rechten Hand.

Frau X. ist Mitte 30, sie machte Abitur, studierte Lehramt und ist seit 1990 als Lehrerin tätig. Der Vater (+29) arbeitete als Filmvorführer und ist seit einigen Jahren in Rente. Die Mutter (+28) hat Köchin gelernt und in diversen Jobs kurzzeitig gearbeitet, überwiegend war sie jedoch Hausfrau. Frau X. ist die Älteste von 4 Geschwistern. Sie ist ehelich geboren und war ein erwünschtes Kind. Beide Brüder (-2/-3) sind gelernte Handwerker und derzeit als Kraftfahrer tätig. Die Schwester (-8) hat eine Ausbildung zur Groß- und Außenhandelskauffrau gemacht. In diesem Beruf arbeitet sie auch heute. Sie ist ledig, hat eine feste Partnerschaft und einen Sohn.

Frau X. hatte in ihrer Kindheit ein sehr enges Verhältnis zu ihrem nächst jüngerem Bruder. Sie bezeichnet sich und ihn als Leidensgefährten bezüglich der Bevorzugung des anderen Bruders durch die Eltern. Heute hat sie zu ihm ein eher gutes, aber „lockeres“ Verhältnis. Der andere Bruder war das Lieblingskind der Eltern. Frau X. sagt, sie habe ihn als Kind beneidet und auch gehasst, weil er sich, wie sie sagt, „hinterhältig“

bei den Eltern eingeschmeichelt habe. Frau X. hat zu ihm heute ein eher „lockeres, oberflächliches“, aber mittlerweile „neutrales“ Verhältnis. Zu ihrer Schwester hat sie als Kind ein enges Vertrauensverhältnis, welches auch heute noch besteht. Die Beziehung, die sie als Geschwister zu einander haben, ist eher die einer Mutter-Tochter-Beziehung, wobei Frau X. die Rolle der Mutter einnimmt.

Der Vater hat Frau X. in der Kindheit früh Verantwortung übertragen, sie sollte einem „typisch“ weiblichen Rollenverhalten entsprechen, in dem nach Meinung des Vaters die Frau den Haushalt erledigt. Sie soll aber auch gut in der Schule sein und einen „angesehenen Beruf“ erlernen. Einerseits ist sie stolz darauf, andererseits fühlt sie sich dadurch überfordert. Die Beziehung zu ihrem Vater ist eher distanziert. Frau X. nimmt an, er sei stolz auf sie, das kann er ihr aber nicht zeigen. Die Atmosphäre zwischen beiden ist oft bedrückt, er scheint ihr ausweichen zu wollen. Im Verhältnis zu ihrer Mutter sind die Rollen früh vertauscht. Frau X. ist ihrer Mutter Vertraute und Helferin. Sie fühlte sich für ihre ängstliche, selbstunsichere, oft kranke Mutter verantwortlich. Das Verhältnis zur Mutter hätte sich gewandelt. Die Mutter beklagt nun das „Anderssein“ ihrer Tochter und fühlt sich von ihr emotional „missbraucht“ und unverstanden. Sachliche Gespräche sind nicht möglich mit ihr, vor allem nicht über die Kindheitsprobleme. Die Mutter bagatellisiert die Kindheitsprobleme oder gibt sich an allem die Schuld. Frau X. vermeidet inzwischen Problemdiskussionen mit der Mutter. Das Verhältnis zu ihr beschreibt sie als eher neutral und oberflächlich. Wenn Frau X. ihrer Mutter von ihren Schwierigkeiten erzählt, wird sie jedes Mal enttäuscht. Die Mutter kann keine echte Hilfe oder Anteilnahme an der Situation ihrer Tochter bieten.

Die Mutter leidet nach Annahme der Patientin an Depressionen, die jedoch nicht fachgerecht behandelt wurden, da die Mutter eine Therapie ablehnte. Der Konsum an Schlaftabletten ist hoch, einmal so hoch, dass sie daran fast verstorben wäre. Der Vater nimmt ebenfalls oft Schlaftabletten und hat ein Alkoholproblem. Frau X. bezeichnet ihn als „Quartalssäufer“. Sie berichtet von mindestens einer Selbstmordäußerung des Vaters nach einem Alkoholexzess. Der älteste Bruder trinkt ebenfalls seit frühester Jugend Alkohol.

Frau X. war als Kind beliebt, ausgelassen und fröhlich, ab dem Zeitpunkt der Pubertät hat sie sich in selbst zurückgezogen und sich viel alleine beschäftigt. Sie hat gelesen und Tagebuch geschrieben. In der Schule zeichnet sie sich durch Gewissenhaftigkeit und Ehrgeiz aus. Sie ist verantwortungsbewusst und eine gute Schülerin. Die Pubertät geht einher mit einem Wechsel in eine andere Schule, den sie nur schwer verkraftet. Sie ist nun zurückhaltend, schüchtern und hat Schwierigkeiten, Freunde zu finden. Sie fühlt sich minderwertig und gehemmt, auch hat sie Probleme mit ihrem Äußeren. Sie sieht sich hässlich, zu dick und ihren Busen zu groß (obwohl in der Fremdwahrnehmung normalgewichtig, attraktiv, feminin). Sie will in den Klassenverband aufgenommen werden und dazugehören, erlebt sich selbst aber oft als "anders", was für sie schlecht bedeutet. Sie hat wechselnde, „oberflächliche“ Freundschaften und wird als Streberin bezeichnet. Den ersten Geschlechtsverkehr mit einem Mann hat sie kurz vor ihrem 19. Geburtstag. Sie will es ausprobieren, hat aber keine feste Beziehung zu diesem Zeitpunkt. Danach hat sie mehrere sexuelle Beziehungen in meist festen Partnerschaften. Das Studium erlebt sie als sehr angenehm. Sie hat viele Kontakte, verlebt eine lockere Zeit mit zahlreichen Unternehmungen. In den Seminaren an der Universität

hält sie sich in ihrer Beteiligung zurück und hat Minderwertigkeitskomplexe. Der Übergang vom Studium zum Beruf fällt ihr schwer. In ihrer Verzweiflung überlegt sie, ob sie den Beruf als Lehrerin aufgeben soll, entschließt sich dann doch, Lehrerin zu bleiben. Jetzt ist sie gut eingearbeitet und hat meist Freude an ihrem Beruf.

Frau X. hat eine mehrjährige Partnerschaft mit einem Lehrer (+10). Sie lebt mit ihm zusammen in dessen Zweieinhalb-Zimmerwohnung und hat noch eine eigene Einzimmerwohnung. Diese Wohnsituation belastet sie sehr und sie hegt Trennungsgedanken aus Verzweiflung heraus. Sie beschreibt sich als zuverlässig, pflichtbewusst, äußerlich überwiegend ausgeglichen, ehrlich, authentisch, selbstkritisch, neugierig, ehrgeizig, gerne dominierend, rücksichtsvoll, willensstark, aktiv. Sie fühlt sich für das Wohl anderer stark verantwortlich, mag klare Strukturen, macht gerne Pläne, ist gerne unabhängig, bezeichnet sich als beruflich erfolgreich, kann gut organisieren und ist begeisterungsfähig. Sie redet aber eher wenig, ist ruhig, bezeichnet sich als gute Zuhörerin und Vermittlerin. Sie ist besorgt und ängstlich, wobei ihre Ängste, wie sie selbst sagt, „eher fiktiv“ sind. Sie hat nur wenige Kontakte, aber doch einige stabile Beziehungen.

Detlef Karras

## Die Sicht der Verhaltenstherapie

Wir sehen im vorliegenden Fall eine Fülle von Symptomen, so dass es im Sinne der Verhaltenstherapie gut ist, eine genaue Differenzierung der Symptomatik vorzunehmen und zu ordnen. Dabei werden zwei Bereiche deutlich: Depression und soziale Ängste. Bei der Depression müssen wir zwischen primärer und sekundärer Depression unterscheiden: Die primäre Depression wird wie hier durch unmittelbare Erfahrung von Verlust und Abwertung hervorgerufen (hier: Konkurrenz zum Bruder, Verknüpfung von Anerkennung an Leistung, Suiziddrohungen), während die sekundäre Depression die Folge einer anderen Störung (z.B. Zwangsstörung) wäre durch Einschränkung des Lebensraumes und durch Verstärkerverlust – dies ist hier nur eingeschränkt sichtbar und daher weniger von Bedeutung.

Wenn wir die Symptomatik und damit die Problembereiche gewissermaßen vorsortiert haben, stellt sich die Frage, die mit der Patientin beant-

wortet werden muss: Was ist vordringlich? Was sollte als Erstes bearbeitet werden?

Typisch für die Verhaltenstherapie ist, am Symptom anzusetzen. Hier interessiert insbesondere, was die „aufrechterhaltenden Bedingungen“ sind. Insgesamt betrachten wir nämlich drei zeitliche Bereiche, die für die Entwicklung eines Symptoms von Bedeutung sind: Die schon erwähnten aufrechterhaltenden Bedingungen der Gegenwart, zweitens die Entstehung der Symptomatik innerhalb der Lebens- bzw. Lerngeschichte, häufig hervorgerufen durch soziale Stresssituationen, und drittens die „prämorbid Persönlichkeit“, die in Kindheit und Ursprungsfamilie geformt wurde.

Nehmen wir an, das depressive Erleben steht im Vordergrund, dann könnten wir hier ansetzen. Nach dem Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung (wie in jedem Fall) könnten wir die negative kognitive Struktur („kognitive Triade“) mit Abwertung des Selbst, der Umwelt und der Zukunft

hinterfragen und verändern. Auf der Verhaltens-ebene ginge es um den Versuch einer Aktivierung: Verbesserung sozialer Kontakte und Erleben positiver Verstärker (Freude und Spaß).

Sollten die sozialen Ängste im Vordergrund stehen (Schule, Freund, Mutter), könnte der Ansatz wie bei einer sozialen Phobie erfolgen: Aus konkreten Situationen heraus die Angst erzeugenden Kognitionen identifizieren, hinterfragen, verändern, neues Verhalten erproben, Risiko eingehen.

Entscheidend wird dann sein, über die Stützung in konkreten Situationen hinaus die überdauernden Strukturen zu ermitteln, die zum wiederholten Auftreten der Problematik führen. Hier scheint mir der Vergleich mit einer dependenten Persönlichkeitsstruktur angemessen, in der eine gewisse Polarität deutlich wird: Auf der einen Seite entwickelt die Patientin im Alleinsein, das sie als Befreiung aus der Abhängigkeit erlebt, das Gefühl von Freiheit und Unabhängigkeit und kann ihre Ressourcen ausleben. Auf der anderen Seite schlägt das Bedürfnis nach Nähe durch, das über das Normalmaß hinaus von Verlustängsten und Schuldgefühlen gespeist wird. Dieses starke Spannungsfeld verdeutlicht ihre Ambivalenz, in der sie lebt und die für die vielfältigen körperlichen Symptome verantwortlich ist. Es hätte gar keinen Sinn, die Patientin zu einer Entscheidung zu drängen („Trennen Sie sich endlich!“), viel wichtiger ist es, die Ambivalenz ernst zu nehmen und verstehbar zu machen. Ich möchte an dieser Stelle noch eine Vermutung äußern, was die

Symptomatik so besonders hartnäckig macht. Es gab in der Familie vielfältige Suiziddrohungen und Todesängste, wobei es sehr wahrscheinlich ist, dass sich die Patientin als älteste Tochter verantwortlich fühlte und Schuldgefühle entwickelte. Dies könnte heute noch eine Rolle spielen, wenn sie sich von der Mutter nicht abgrenzen kann („Wenn ich zu eigenständig bin, bin ich Schuld am Tod eines Familienmitglieds“).

Werden die vorgenannten Konflikte gelöst, dann ist zu erwarten, dass die vielfältigen körperlichen Symptome in den Hintergrund treten. Dies kann verstärkt werden, indem die Symptome als Signal für psychische Probleme verstanden werden, indem auf sie fokussiert wird, z. B. auf die kranke rechte Hand, und gefragt wird, was das Symptom ausdrücken könnte („Verleihen Sie ihm eine Stimme!“).

Da ihre Familie noch eine starke Rolle spielt, wäre es als dritter Bereich sicher sehr hilfreich, sich deren Struktur in Form eines Genogramms zu vergegenwärtigen. Dadurch wird erkennbar, welchen Einfluss die einzelnen Familienmitglieder auf die Patientin hatten und welche Botschaften die heutige kognitive Struktur der Patientin bestimmen.

Die einzelnen Schritte könnten je nach Erfordernis und Stand des therapeutischen Prozesses vorgenommen werden, und ich könnte mir vorstellen, dass dieses Vorgehen hilfreich für die vielfältigen Konflikte und Probleme und auch die somatischen Beschwerden der Patientin ist.

Doris Müller

## Die Sicht der Gesprächspsychotherapie

Als Gesprächspsychotherapeutin ist es mir fremd, einen Psychotherapieprozess „vorauszusagen“, da die Arbeit mit jeder/m Patientin/en ein „einzigartiger“ interaktioneller Prozess ist, der vor allen Dingen von der/m Patientin/en bzw bestimmt wird. Deshalb sind meine Ausführungen vielleicht etwas allgemein.

### I. Zur Symptomatik

In der Gesprächspsychotherapie gilt seelisches Leid als Ausdruck von Inkongruenz zwischen Selbst und Erfahrung. Die Patientin erlebt viel Inkongruenz, die Abwehr der Erfahrung funktioniert nicht völlig. Sie hat Angst und versteht sich nicht, was Anzeichen dafür sein kann, dass sie mit Erfahrungen beschäftigt ist, die nicht mit

ihrem Selbstkonzept (das z.B. beinhaltet zu funktionieren, unabhängig, ausgeglichen zu) zu vereinbaren sind:

- Reizblase und Reizmagen könnten dafür sprechen, dass die Patientin das Erleben von Problemen mit der Selbstkontrolle (Angst, dass sie nicht funktioniert) und Problemen mit der Selbstberuhigung (Erleben, dass sie das noch nicht kann) als Körpererfahrungen symbolisiert.
- Inkongruenzerleben zeigt sich auch darin, „sich von der Anerkennung anderer abhängig zu fühlen“ und in der Angst in dem Bedürfnis nach Angenommenwerden von anderen - in der gleichen Form wie von der Mutter – nämlich aggressiv oder durch emotionales Verlassenwerden - zurückgewiesen zu werden.

- Weitere Anzeichen für das Inkongruenzerleben sind ihre unbewussten Strategien, sich selbst gegen bedrohliche Erfahrungen zu wehren: wie z.B. Fremdheitsgefühle sich selbst gegenüber, „Abschotten bei emotionalen Problemen“ usw.

Die Entstehung des Inkongruenzerlebens würde ich darauf zurückführen, dass die Patientin in ihrer Kindheit erfahren hat, dass ihr Erleben und Ausdrücken von Bedürfnissen und Gefühlen von den Eltern weder akzeptiert noch verstanden wurde. Insbesondere scheinen die Eltern auf das Bedürfnis nach Angenommenwerden in dem Bedürfnis nach Hilfe bei der Selbstregulierung nicht akzeptierend und einfühlend eingegangen zu sein - das kann z.B. heißen, dass wenn sie einen Wutanfall hatte, sie vermutlich nicht erfahren konnte, dass ihre Wut bedingungslos akzeptiert wurde und sie gleichzeitig davor geschützt wurde, dem kleinen Bruder „den Kochlöffel auf den Kopf zu hauen“. Sie wurde emotional allein gelassen. Stattdessen gab es die Forderung nach Bemutterung der Mutter und Befriedigung der narzisstischen Bedürfnisse des Vaters.

Die Migräneanfälle mit Aura könnten eine drastische Re-Inszenierung dieser Erfahrungen sein: die Patientin verliert jede Kontrolle über den Schmerz und zugleich jede Möglichkeit, Verantwortung zu übernehmen – sie kann nichts tun.

## II. Zur Diagnose

Nach ICD-10 würde ich F34.1 Dysthymia und zusätzlich bei der Vielzahl der psychosomatischen Symptome F 45.0 Somatisierungsstörung nennen.

## III. Zum therapeutischen Vorgehen

Rogers hat keine „Vorschriften“ über Interventionen gemacht, sondern auf einer hohen Abstraktionsebene die Wirkfaktoren einer hilfreichen psychotherapeutischen Arbeitsbeziehung beschrieben. Das Ziel bleibt immer die Verwirklichung der Empathie. Welche Intervention empathisch ist, kann nicht vorausgesagt werden, sondern ist an der Reaktion des Patienten zu erkennen. So möchte ich zunächst allgemein beschreiben, worum es mir bei der Psychotherapie dieser Patientin gehen könnte und dann orientiert an dem Phasenkonzept von Swildens (1991) einen möglichen Verlauf ganz kurz skizzieren.

Worum kann es gehen?

Eine Gesprächspsychotherapie könnte der Patientin ermöglichen, sich selbst besser zu verstehen. So kann ihr Bedürfnis nach Selbstaktualisie-

rung dazu führen, dass sie Erfahrungen, die von einem bedeutsamen Anderen nicht anerkannt werden, so lange wiederholt bzw. immer wieder die Situationen aufsucht, in denen eine Wiederholung und Anerkennung möglich und wahrscheinlich ist, bis sie verstanden und anerkannt werden. Das betrifft die o.g. Körper- und die Beziehungserfahrungen.

Die GPT könnte ihr helfen zu verstehen, dass sie z.B. alles vermeiden muss, was zu Ablehnung von anderen führt (bis zur körperlichen u. seelischen Erschöpfung) – mit der unbewussten Hoffnung, dass die Mitwelt ihre Bedürfnis- und Gefühlserfahrungen und deren Ausdruck anerkennt. Gelingt es durch das gesprächspsychotherapeutische Beziehungsangebot, das durch Verstehen und Anerkennen gekennzeichnet ist, als Therapeutin für die Zeit der Psychotherapie eine „bedeutsame andere“ zu werden, kann es der Patientin helfen:

- sich selbst besser anerkennen zu können,
- die massive Angst zu verlieren „nicht richtig zu sein“,
- um letztendlich die Erfahrungen in ihr Selbstkonzept zu integrieren und damit die Inkongruenz zu reduzieren

Bezüglich der psychotherapeutischen Beziehung würde ich besonders den Aspekt im Auge behalten, der für die Patientin mit Enttäuschungen verbunden sein wird. So kann ich ihr nicht die Liebe geben, die sie bei der Mutter vermisst hat, sondern kann nur den damit verbundenen Schmerz und die Enttäuschung (und in der Scham, dass sie diese nicht besser kontrollieren kann und überhaupt erlebt) verstehen und positiv anerkennen. Enttäuschen kann auch sein, dass ich nur eine Stunde in der Woche für sie da bin, dass die Therapie endlich ist und sie mich mit anderen Patienten teilen muss. Ich würde mich auf untergründige Wut aufgrund dieser Enttäuschung einstellen und auf ihre Angst, dass sie mich damit aggressiv macht oder dass ich sie verlasse oder wegschicke. Ich versuche durch mein Beziehungsangebot zu vermitteln, dass mir diese Wut und Angst willkommen ist. Ich würde mich zudem darauf einstellen, dass eine Abhängigkeit entstehen könnte, die im Laufe des Prozesses zu thematisieren ist.

## Psychotherapeutische Phasen

Ich orientiere mich bei meiner Arbeit an den von Hans Swildens in seiner „prozessorientierten Gesprächspsychotherapie“ beschriebenen fünf Phasen.

1. In der **Prämotivationsphase** geht es darum, die vertrauensvolle Arbeitsbeziehung aufzubauen. Bei Depressiven heißt das, Hoffnung zu wecken.

Bei dieser Patientin wäre es mir daher wichtig durch die Verwirklichung der gesprächspsychotherapeutischen Grundprinzipien eine „sichere Basis“ nach Bowlby anzubieten und zu spüren, ob sie dieses Angebot annehmen kann. Ich biete ihr ein zuverlässiges „für sie da sein“, an. Sie soll spüren, dass sie vollständig und bedingungslos wertgeschätzt wird, auch wenn sie nicht funktioniert. Sie kann damit eine „korrigierende Beziehungserfahrung“ machen.

Auch würde ich durch mein kongruentes Vertrauen in ihre Aktualisierungstendenz ihr die Hoffnung vermitteln wollen, dass sie ihre Probleme in den Griff kriegen kann. Unbedingt wertschätzend aufzugreifen ist in dieser Phase die u.U. geäußerte „Heilserwartung“ bei gleichzeitiger Hoffnungslosigkeit und dabei eine ehrliche Prognose abgeben. Auf eine Äußerung wie „mir ist sowieso nicht zu helfen“, könnte ich z.B. reagieren: „Im Augenblick fühlen Sie sich hoffnungslos verloren, mir macht aber Hoffnung, dass sie den Weg hierher gefunden haben.“

Anamnestisch wäre zudem z.B. nachzufragen wo sie aufgewachsen ist, wie Geschwister und Eltern damit umgehen, dass sie die erste und einzige Akademikerin in der Familie ist, wieso sie bezüglich ihres Partners so verzweifelt ist, wie sie frühere Trennungen von Partnern erlebt hat.

2. In der **Symptom/Syndromphase** geht es um das passgenaue Verstehen des Symptomerlebens und der damit verbundenen Gefühle – also darum, sich in die subjektive Welt des Patienten hineinzusetzen und empathisch zu reagieren. Die Patientin sollte sich in Bezug auf ihre körperlichen Symptome sehr ernst genommen fühlen. In Bezug auf die depressive Symptomatik der Patientin erscheint mir besonders wichtig, die Beschwerden zu *lokalisieren, konkretisieren und differenzieren*: Wenn die Patientin z.B. sagt „Es ist alles nur schrecklich.“ würde ich lieber nicht reagieren mit: „Heute fühlen sie sich wieder ganz mies.“ Das würde eher das Gefühl von Hilflosigkeit und Ohnmacht verstärken. Stattdessen würde ich nachfragend reagieren: „War da etwas, was sie besonders schlimm heruntergezogen hat?“ Dann käme vielleicht: „Gestern war ich wieder bei meiner Mutter.“ – und damit wären wir beim konkreten Erleben in der konkreten Situation, was der Patientin eher erlaubt, aktiv reagieren zu können. Wichtig ist hier auch die Einbeziehung des „inneren Bezugsrahmens“. Es geht dabei nicht nur um das Verstehen der einzelnen konkreten Gefühle, sondern auch darum,

wie die Patientin ihr Erleben bewertet bzw. was sie zu ihren Gefühlen fühlt. So könnte eine weitere therapeutische Reaktion aussehen: „sie sind jetzt noch enttäuscht und ärgern sich, auch darüber, dass sie sich über ihre Mutter ärgern.“ Als Therapeutin konsequent will ich nicht wertend sondern wertschätzend sein. Dadurch wird die Selbstexploration angeregt und die Anerkennung der eigenen Gefühle gefördert.

3. In der **Konflikt/Problempphase** geht es um die hinter den Symptomen liegende Problematik. Bei dieser Patientin sind das nicht in das Selbstkonzept integrierte Erfahrungen. Die inzwischen sichere Arbeitsbeziehung verbunden mit empathischem Verstehen, dicht am Erleben bleibend, könnte der Patientin erlauben, Wut und Angst zuzulassen, den dahinter liegenden Schmerz in dem angstfreien und nicht wertenden Rahmen der Therapie zu erleben und in das Selbstkonzept zu integrieren. Widerstände, die oft in dieser Phase auftauchen, sind bedingungslos zu akzeptieren. Klärende Interpretationen und Konfrontationen können bei ihrer Bearbeitung helfen.

In der zweiten und dritten Phase könnten bei dieser Patientin Erlebnis aktivierende Interventionen angeboten werden – z.B. aus dem Focusing, aus der Gestalttherapie oder Arbeit mit dem „inneren Kind“ – dann, wenn ich den Eindruck hätte, dass die Patientin solche Angebote annehmen kann und der Verstehens – und Integrationsprozess dadurch gefördert werden kann.

4. Auf die **Existenzielle Phase**, in der u.a. die Fragen nach dem Sinn des Lebens auftauchen gehe ich nicht ein.

5. In der **Abschiedsphase** ist es wichtig, einen Abschied zu erarbeiten, der evtl. vorhandene schmerzhaftes Trennungserfahrungen nicht wiederholt und bei dem die Patientin erleben kann, dass sie nicht verlassen wird, weil sie nicht „akzeptabel“ ist. Meine Erfahrung mit depressiven Patienten zeigt, dass ich den Abschied häufig selbst thematisieren muss – also rechtzeitig die Nichtdirektivität aufgeben muss. Nicht selten treten in dieser Phase „alte“ Symptome wieder auf. Wut, Angst und Enttäuschung werden Thema. Werden diese Gefühle bedingungslos anerkannt und verstanden, kann der Abschied eine positive Erfahrung - im Sinne der Bewältigung eines wichtigen Lebensabschnittes - werden und sich von allen bisherigen Abschiedserfahrungen unterscheiden.

## Die Sicht der Psychoanalyse

Oder: Frau Oberstudienrätin wird sich bei gelockter Abwehr Fehlleistungen leisten können. In diesem Fall gehe ich davon aus, dass der emotionale Kontakt zu Frau X. hergestellt worden ist, die therapeutische Beziehung bereits im Gange ist, mit einer zunächst milden positiven, vermutlich Mutterübertragung, und dass die Pat. intelligent ist und über eine differenzierte Persönlichkeit verfügt und über Einsichtsfähigkeit in die psychische Bedingtheit des bei ihr vorhandenen Beschwerdebildes, sowie, dass die Motivation zur Psychotherapie stark vorhanden ist.

Die Stimmungslage ist depressiv verstimmt; bevorzugte Abwehrmechanismen der Pat. Frau X sind Rationalisierung, Fleiß, Anpassung und Devotheit, Ehrgeiz und Leistungsorientierung und vor allem Vermeidung und Verdrängung, sowie Flucht in die Progression. Eine infantile Fixierung lässt sich in der analen Phase vermuten, jedoch bei relativ hohem Strukturniveau, bzw. entwickelter Persönlichkeitsstruktur. Der psychopathologische Befund ist höchstwahrscheinlich unauffällig bezüglich Motorik, Affekt, Antrieb, Bewusstsein, Wahrnehmung, Denken und Gedächtnis.

Zum Teil hat sich die Problematik von Frau X. schon früh in der Herkunftsfamilie konstelliert, indem es zu einer Parentifizierung vor allem durch die Mutter kam. Flankierend trat die frühe Verantwortung hinzu. Vor allem hohe Erwartungen an Leistungen und Angepasstheit durch den Vater, Frau X. übernahm die Mutterrolle an Mutterstelle bei der Schwester, und entwickelte überhöhte Anforderungen an sich selbst, suchte dabei aber vergeblich nach Bestätigung, die aber weder durch den Vater noch durch die Mutter kamen in ihrer Kindheit, aber auch bis jetzt nicht. Im jungen Erwachsenenalter hatte sie vermutlich aufgrund ihrer DDR-Sozialisation eine erhebliche Schwierigkeit im Sinne einer nur teilweise bewältigten Schwellensituation, nämlich die Westadaption, die sie jedoch berufsbedingt durch den Wechsel in den Westteil der Stadt forcierte.

Neben der depressiven Symptomatik hat sie ein akutes Problem mit Nähe und engen Beziehungen bei gleichzeitigen Trennungsängsten in der Partnerschaft; z.B. in der Frage der Wohnform. Insofern hat die Depression auch einen vorläufigen Bilanzaspekt bei nicht zu übersehender Bin-

dungs- und Beziehungsstörung und mehr oder minder kaum kaschierter Bedürftigkeit parallel dazu, so dass sich hier hypothetisch ein unbewusster Ambivalenzkonflikt vermuten lässt, gespeist aus frustranen Beziehungserfahrungen in der Herkunftsfamilie und mit den aktuellen Objekten, sprich ihren Lebenspartner, mit dem sich im unbewussten Wiederholungszwang eine ähnlich frustrierende Situation konstellierte, bzw. unbewusst von der Pat. Frau X. hergestellt wird.

Vermutlich, ohne, dass sich schwere Traumatisierungen explorieren ließen, scheint doch zum Einen eine mehrphasige Mikrotraumatisierung vorzuliegen und zum Anderen aus der latenten Überforderungssituation eine partielle defizitäre Persönlichkeitsentfaltung- bzw. -entwicklung hervorzugehen, bzw. vorzuliegen, so dass die Flucht in die Progression um den Preis von Lebensfreude und Erfüllung und Sinnhaftigkeit erfolgte.

Kumulativ ist die Pat. Frau X. aus dieser Entwicklung heraus und der sich daraus akut konstellierte Situation dekompenziert mit teilweiser Dysfunktionalität im Arbeitszusammenhang, aufgrund der Symptomatik.

Es handelt sich um eine Dysthymia (F34.1) bei gleichzeitiger Somatisierungsstörung auf der Basis einer stark anankastisch strukturierten Persönlichkeit (F60.5). Sehr sorgfältig ist zu explorieren, dass es keinen derzeitigen Anhalt für eine Suizidalität bei der Pat. Frau X. gibt, höchstwahrscheinlich jedoch scheint es in der Dynamik der Herkunftsfamilie, bzw. mehrerer ihrer Mitglieder eine manifeste, bzw. latente Suizidalität, wenn nicht sogar Todesdrohung bei Nichtanpassung an die dysfunktionale Familie zu geben.

Es wird behandlungstechnisch dabei um das Durcharbeiten der unbewussten aktuellen Konflikte im Kontext der Genese von Frau X. gehen und um Aspekte der nötigen Nachreife mit einerseits Fokussierung der eigenen unbewussten destruktiven Anteile und andererseits partieller korrigierender emotionaler Beziehungserfahrung, ohne zu tiefes Abgleiten in die Regression, um die Arbeitsfähigkeit nicht zu erschüttern, bzw. eine maligne Regression zu vermeiden.

Die prognostische Einschätzung ist bezogen auf die Pat. Frau X. als relativ günstig einzuschätzen. Die Therapiemotivation der Pat. ist gut und der

Leidensdruck erheblich. Das Problembewusstsein ist gut entwickelt und die Patientin scheint von großer Verlässlichkeit zu sein, bei durchaus guter partieller Lebensbewältigung, sowie einer hinreichenden Fähigkeit zur Regression. Sie scheint genügend Flexibilität mitzubringen und lässt positive Entwicklungsmöglichkeiten in der Therapie aufgrund früherer Entwicklungsschritte vermuten, etwa, dadurch, dass sie als einzige Akademikerin aus ihrer Herkunftsfamilie hervorgegangen ist, so dass die Behandlung als notwendig, wirtschaftlich und sinnvoll zu beurteilen ist.

Ihre Selbstwahrnehmung wird sich vermutlich weiterentwickeln und sie wird sich mehr zutrauen, was vor allem im Kontakt zu anderen Menschen deutlich werden wird. Das betrifft u. a. ihre Konfliktscheu. Zunehmend ist bei günstigem Analyseverlauf zu erwarten, dass die Patientin in der Lage sein wird, ihre Probleme reflektierter zu betrachten und zu hinterfragen.

In dieser Propädeutikphase kam es bei Frau X. wiederholt zu Gefühlen von Wertlosigkeit, Angst vor dem Alleinsein und Isolationsgefühlen. Dennoch ist es Frau X. in dieser Zeit gelungen, therapeutische Hilfe in Anspruch zu nehmen und sich insgesamt gesehen darüber zunächst partiell wieder zu stabilisieren.

Durch die massiven Veränderungen in recht kurzer Zeit fühlt sich Frau X. besonders in belastenden Lebenssituationen sehr schnell verunsichert. Konflikte mit anderen Menschen auszutragen, macht ihr immer viel Angst. In dieser akuten Zeit sind die typisch negativ-depressiven Haltungen sehr dominant. In diesem Zusammenhang ist Frau X. auf Anerkennung und Bestätigung von außen angewiesen.

Ihre ambivalente Haltung gegenüber dem Wunsch nach Nähe und der gleichzeitig damit auftretenden Angst vor dieser, stellt sich im Übertragungsgeschehen höchstwahrscheinlich dar und wird nach der Durcharbeitung von Frau X. entspannter besprochen und weniger rigid zensiert erlebt werden. Dies ist als günstig für die analytische Behandlung zu prognostizieren.

Auch hat die Patientin. vermutlich sehr große Ängste vor den Ferienzeiten, dem Getrenntsein von ihrer Analytikerin, bzw. wird es darum gehen, das sehr sorgfältig zu bearbeiten und diese unerträglichen Gefühle auf ein erträglicheres

Maß zu schrumpfen. Ebenso kann sich dann vermutlich die Patientin Frau X. hin und wieder eine Fehlleistung „leisten“, die Tendenz zu zwanghafter Pedanterie wird abnehmen. Z. B. zur plastischen Erläuterung: Früher durften die Balkonpflanzen nur eine Farbe haben, heute dürfen diese bunt durcheinander wachsen und sie kann sich daran erfreuen.

Dennoch gibt es vermutlich weiterhin ein erhebliches Kontrollbedürfnis, das sie jedoch bei ihrer Arbeit als Lehrerin besser kompensieren kann. Minderwertigkeitsgefühle und Unsicherheiten sind zentrale Aspekte des Unbehagens von Frau X., welche die Patientin selbst als veränderungsbedürftig und –fähig empfindet.

Ihre Motivation ist als sehr hoch zu bewerten: Sie hat ihre krankhaften Anteile erkannt und das feste Vorhaben, sich diesbezüglich zu verändern, um ihren großen Leidensdruck zu verringern und ein gesünderes und damit „schöneres“ Leben zu führen. Vermutlich wird die Patientin sehr „froh“ sein, wenn ihre Analytikerin sie entlastet, bzw. sie sich selbst, von Perfektionsansprüchen an sich selbst. Sie könnte an der Stelle gut bearbeitbar werden lassen, dass es auch sehr menschlich ist, nicht immer perfekt zu sein. Insgesamt könnte sie dadurch z.B. den Umgang mit Kollegen verständnisvoller und etwas gelassener gestalten. Dadurch wird sie vermutlich weniger besorgt und auch ausgeglichener.

Im psychoanalytischen Prozess gelingt es vermutlich auch zunehmend ihre Defizit- und Insuffizienzgefühle in den Kontext ihrer wirklich auch kargen Kindheit zu stellen und affektiv begreifbarer zu machen. Es geht auch um gesündere Beziehungsgestaltung, womit sie sich schwer tut. Erfreulicherweise manifestieren sich in der Regel die pathogene Persönlichkeitsanteile in der Übertragungsbeziehung. Die Patientin benötigt in diesem Zusammenhang sicherlich sehr viel emphatische und respektvolle Unterstützung, Bestätigung und Anerkennung, auch wird die Eröffnung des Phantasieraumes als Möglichkeitsraum ebenso wichtig sein wie die emotionale Nachnahrung durch die Psychoanalytikerin.

Höchstwahrscheinlich klingt dann auch schnell die blühende somatische Symptomatik, Migräne, Ekzem, etc., ab, da sie intrapsychisch nicht mehr von Nöten sein wird.

## Die Sicht der Körperpsychotherapie

Die Körperpsychotherapie geht von der Dialektik von Psyche und Soma aus, es gibt also eine Wechselwirkung von psychischen und somatischen Symptomen. Psychische Symptome und Konflikte drücken sich demnach auch in muskulären Verspannungen bzw. Verkrampfungen und vegetativen Störungen aus. Die hervorstechenden somatischen Symptome der Pat. X wie Migräne, Kopf-, Magenschmerzen, Reizmagen, Reizblase, Mattigkeit u.a. stellen auch Verkörperungen ihrer psychischen Problematik dar.

1. Bereits in der probatorischen Phase würde ich meine **eigene Resonanz** auf die Pat. reflektieren. Wie reagiere ich sowohl psychisch als auch somatisch auf sie? Was wirkt auf mich gesund, wo sind ihre Potenziale oder Ressourcen? Bei Frau X kommt mir die Phantasie, ihr Rückenstärkung zu geben und sie dabei zu unterstützen, ihre Energie vom Kopf (Kopfschmerzen, Grübeln u.a.) in den Körper zu bringen, aber auch der aggressivere Impuls, sie wach zu rütteln.

2. In der anamnestischen und diagnostischen Phase würde ich ihren Körper mit einbeziehen, ihre Körperhaltung, ihre Atmung, ihre Bewegungsmuster, ihre muskuläre Spannung, ihre Stimme. Aus der Erfahrung sinkt der Körper bei Depressiven leicht bis stärker nach unten, sie können abhängig aussehen. Der Körper, bzw. bestimmte Körperregionen, können schlaff, kindlich oder energielos bzw. spannungslos wirken. Migräne und Kopfschmerzen sind nach meiner Erfahrung in der Regel auch Ausdruck von zurückgehaltenen negativen Gefühlen, vor allem von Ärger und Wut. In meiner somatischen Resonanz reagiere ich auf diese zurückgehaltenen Gefühle häufig mit leichter Müdigkeit und leichtem Kopfdruck. Die Atmung spielt eine wichtige Rolle für das Zulassen von Gefühlen, die durch eine flache Atmung und Blockaden im Zwerchfellbereich häufig gedämpft bzw. unterdrückt werden. Depressive haben häufig Probleme mit der Einatmung, da sie Schwierigkeiten haben, in der Realität emotional präsent zu sein. Aus der Körperanalyse würde ich dann Hypothesen und Schlussfolgerungen für die spätere körperpsychotherapeutische Arbeit ziehen.

3. Bei der **therapeutische Beziehungsgestaltung**, die auch in der Körperpsychotherapie eine zentrale Rolle spielt, gehe ich in der Regel von mindestens 3 Ebenen aus:

- der Ebene der somatischen Resonanz (die Chemie zwischen uns);
- der Ebene der Ich-Du-Beziehung (Humanistischen Psychotherapie);
- der Ebene von Übertragungs- und Gegenübertragungsgefühlen (Psychoanalyse).

Diese Ebenen würde ich bei dem Aufbau einer tragfähigen therapeutischen Beziehung und im gesamten Therapieverlauf berücksichtigen. In einer Körperpsychotherapie stehen generell verbale und körperliche Interventionen in einer dialektischen Beziehung zueinander.

4. Anhand der **Biografie** würde ich jetzt zusammen mit der Patientin versuchen, bestimmte **Grundkonflikte** in ihrer Ursprungsfamilie herauszuarbeiten. Auffallend bei Frau X. ist z.B., dass sie offensichtlich zu beiden Eltern eine schwierige Beziehung hatte. Vom Vater hat sie zu wenig emotionale Zuwendung, Anerkennung und Wertschätzung bekommen, sie vermutet nur, dass er auch stolz auf sie ist. Doch ihre erwachsene Beziehung ist distanziert und oberflächlich. Vermutlich hat sie ihre negativen Gefühle zu ihm verdrängt. Wahrscheinlich hat sie noch Wut- und Ärgergefühle aus ihrer Kindheit über seine mangelnde emotionale Unterstützung, Orientierung und vor allem Wertschätzung und Anerkennung. Eine besondere Rolle scheint hier die Entwicklungsphase der Pubertät gespielt zu haben, offensichtlich kam er nicht damit zurecht, dass seine Tochter weiblicher wurde. Er hat auf diese Entwicklung mit Abwertung reagiert. Sicherlich hat auch seine starke Suchttendenz bei ihr Aggressionen ausgelöst, weil er emotional kein wirkliches Gegenüber für sie war, sondern sich häufig betäubt hat. Noch stärker scheinen aber ihre unausgedrückten negativen Gefühle zu ihrer Mutter zu sein. Die depressive, hilflose, Schlaftabletten süchtige Mutter hat die Pat. schon in der Kindheit massiv überfordert und das Mutter-Tochter-Verhältnis umgekehrt, so dass sich die Tochter für die Mutter verantwortlich fühlte. Vielleicht hat sich damals bereits bei Frau X. die Überzeugung herausgebildet, sie sei Schuld, dass es der Mutter so schlecht ging und sie so depressiv war. Wichtig wäre auch zu erkunden, wie die ersten 3 Jahre in der Mutter-Kind-Interaktion ausgesehen haben, es ist zu vermuten, dass hier bereits deutliche Defizite entstanden sind: die Pat. wurde vermutlich bereits in dieser frühen Zeit dazu erzogen, möglichst keine Bedürfnisse zu haben, da diese die depressive Mutter überfordert hätten. Die gestauten und



tabuisierten Aggressionen gehen bei Frau X anstatt nach außen nach innen in Form von depressiven Stimmungen und einer Reihe von Psychosomatisierungen. Es geht also primär darum, diese verdrängten und unterdrückten Gefühle freizusetzen. Vermutlich und erfahrungsgemäß liegen hinter diesen Aggressionen auch eine tiefe Trauer und Schmerz über die mangelnde Liebe und Empathie von ihren Eltern.

Ihre starken Wutgefühle auf ihre Eltern hat sie auch ihren jüngsten Bruder verschoben, den sie „gehasst“ hat, weil er sich scheinbar bei den Eltern „eingeschmeichelt“ und „hinterhältig“ verhalten hat. Diese Verschiebung müsste herausgearbeitet und bewusst gemacht werden. Wahrscheinlich war es für sie als Kind weniger bedrohlich, auf ihren Bruder als auf ihre Eltern wütend zu sein.

5. Doch wie kommt Frau X. nun in Kontakt mit ihren verdrängten Gefühlen, oft besteht hierin eine große Schwierigkeit rein verbaler Psychotherapieverfahren, die Patienten erkennen kognitiv relativ viel von ihren Problemen, doch sie haben Schwierigkeiten, sie zu fühlen. Auf der Basis der therapeutischen Beziehung und der tiefenpsychologisch und humanistisch fundierten verbalen Arbeit würde ich ihr anbieten, auch körperlich zu arbeiten. Natürlich muss zuvor das Einverständnis für **Körperarbeit** gegeben worden sein. Ich würde mit ihren Kopfschmerzen beginnen bzw. dem Symptom, das in den Sitzungen selbst am stärksten auftauchen würde. Ich würde ihr vorschlagen, sich hinzulegen, die Atmung zu vertiefen und die Aufmerksamkeit auf ihren Kopf zur richten. Dann würde ich ihr anbieten, dass sie ihren Kopf sprechen lässt, was ihn so schmerzt: „Ich (Kopf) habe Schmerzen, weil...“ Wenn der Zugang zu ihrem Körpererleben noch schwierig ist, besteht auch die Möglichkeit – natürlich mit Einwilligung der Pat. –, dass ich den Kopfschmerz mit Hilfe des Drucks meiner Hände verstärke und ihr vorschlage, den erlebten Schmerz auch körperlich auszudrücken. Nach meiner Erfahrung wandelt sich der Schmerz häufig zu Ärger und Wut. Wenn sie Kontakt mit ihrem Ärger oder ihrer Wut aufnehmen kann, dann unterstütze ich sie, diese Gefühle auch körperlich auszudrücken, z.B. mit der Hand auf die Matratze zu schlagen.

Nach George Downing „Wort und Körper in der Psychotherapie,“ (1996) sind bei vielen Patienten affekt-motorische Systeme für Wut oder Ärger häufig wenig oder sogar gar nicht ausgebildet. Sie scheinen diese Gefühle nicht zu haben. Eine

gute Möglichkeit, um mit den verdrängten Gefühlen zunächst körperlich Kontakt aufzunehmen, wäre auch das Angebot von aggressionsfördernden bioenergetischen Übungen.

Wenn aber bioenergetische Übungen beim Pat. zuviel Abwehr, Widerstand oder Trotz hervorrufen, gibt es auch die Möglichkeit biodynamisch, sanfter zu arbeiten. Mit Hilfe von Übungen zur dynamischen Tiefenentspannung, wozu auch Berührungen und Massagen gehören können, kann der Widerstand „geschmolzen“ werden und Gefühle selbstregulativ freigesetzt werden. Als besonders wirksam haben sich auch die verschiedenen Formen der Atemarbeit herausgestellt, denn über die Lockerung von Zwerchfellblockaden wird erfahrungsgemäß die emotionale Wahrnehmungs- und Ausdrucksmöglichkeit erhöht. Wenn es mit Hilfe der Körperarbeit gelingt, emotionale Blockaden zu lockern und die Gefühle in Kontakt kommen, dann wird auch Selbstregulation anregt und die Pat. X beginnt, sich auch körperlich wohler, zumindest zeitweise, zu fühlen.

5. Wenn nun die Pat. mit Hilfe der Körperarbeit in Kontakt mit den bisher vermiedenen Gefühlen gekommen ist, unterstütze ich den Patientin, diese Gefühle im Hier und Jetzt **objektbezogen** zu richten. Z.B. wird mit Hilfe von körperorientierten Rollenspielen versucht, zu explorieren, mit welchen Personen aus der Ursprungsfamilie die Gefühle eigentlich verbunden sind. Bei Frau X. würden sich Rollenspiele mit den Eltern und den Geschwistern, vor allem dem „gehassten“ Bruder anbieten. Körperorientiert insofern, als der Therapeut die Rolle des Anderen einnimmt und die Pat. damit die Möglichkeit hat, ihren z.B. ignoranten Vater wegzudrücken, zu schütteln, zu boxen etc. Wenn die Gefühle zu heftig sind, kann die Pat. sie auch symbolisch gegen einen Schaumstoffwürfel richten oder mit Aggressionsticks auf ihn einschlagen, je nachdem, was notwendig ist.

Der Therapeut kann in diesem Kontext aber nicht nur Gegenüber oder Container für die negativen Gefühle sondern auch für die vermissten, ungelebten positiven Gefühle sein, z.B. kann er Halt geben, auch körperlich – Hand in den Rücken legen - Trost spenden, emotional Anteil nehmen. Sowohl in der Körperarbeit als auch in den körperorientierten Rollenspielen und Übungen findet häufig eine fokussierte Regression statt, in denen den Patientin die Möglichkeit gegeben wird, emotional nachzureifen, von Seiten des Therapeuten werden sie „nachgenährt“. Bei Frau X. wäre es z.B. wichtig, dass sie auch die unterdrückten kindlichen Bedürfnisse nach mütterliche Nähe, Für-

sorge, Unterstützung und Orientierung zulassen kann. Natürlich spielen dabei auch Übertragungsgefühle eine wichtige Rolle. Der Therapeut kann dann die Rolle der „guten“ Mutter, des „guten „ Vaters“ aber auch der bösen, versagenden Eltern bekommen.

6. Wenn die Grundkonflikte sowohl verbal als auch körperlich bearbeitet sind, dann wende ich mich auch den aktuellen Konflikten zu, allerdings gibt keine mechanische Abfolge d.h. die aktuellen Themen können auch vor den Grundkonflikten bearbeitet werden. Im Falle von Frau X. würden wir uns auch ihrer aktuellen Beziehung zu wenden, explorieren, welche alten Anteile (alte Gefühle zu Mutter/Vater/Geschwister) darin enthalten sind, dann würden ihre authentischen Gefühle aber auch ihre Kognitionen zu ihrem Partner herausarbeiten und auf ihre eigenen Anteile fokussiert werden. Was kann sie tun, um

ihre Beziehung zu verbessern bzw. sich einen klaren Standpunkt zu ihr zu erarbeiten? Was macht sie in ihrer aktuellen Beziehung depressiv? Wie funktioniert hier ihr autoaggressives Grundmuster? Was passiert, wenn sie auch hier vitaler wird und ihre aversiven Gefühle wirklich in den Kontakt bringt? Sicherlich würde ihre Beziehungs- und Konfliktfähigkeit belebt. In diesem Kontext geht es auch um das Erlernen von Beziehungs- und Konfliktfähigkeit und die Entwicklung von Handlungsalternativen.

7. Zum Abschluss würde der gesamte Verlauf des gesamten Behandlungsprozesses rückblickend zusammengefasst und analysiert und das Ende der Therapie vorbereitet. Idealtypisch gestaltet sich die Dialektik von Körper- und Beziehungsarbeit wie ein Tanz auf verschiedenen Ebenen, wo man die Ebenen je nach Situation wechseln kann und den jeweils konkret richtigen Fokus setzen kann.

## V. Foren

### Forum I: Zur Psychotherapie in Institutionen

Sylvia Rasch-Owald/Christina Maunz

Am Forum für Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen in Institutionen nahmen rund 30 Kollegen und Kolleginnen teil. Nach einer kurzen Einleitung durch die Moderatorin Sylvia Rasch-Owald wurden zunächst zu fünf vorgegebenen Themen Wünsche, Vorschläge, Forderungen an die Kammer gesammelt.

Die vorgegebenen Themen lauten:

- Fortbildungsordnung
- Qualitätsmanagement
- Berufsrecht vs Dienstrecht
- Eigenständige Identität der Psychotherapeuten/innen in Institutionen
- Kammer als Dienstleisterin

Folgende Ergebnisse zu den einzelnen Themen werden hier stichpunktartig wiedergegeben:

#### Fortbildungsordnung

- Fortbildungspflicht auch für PP in Institutionen, keine PP mehrerer Klassen!
- Zertifizierung von institutionsinternen Fortbildungen
- Adäquate methodenübergreifende Fortbildungen für die Arbeit mit schwerstgestörten Patienten/innen
- Angebot preiswerter Fortbildungen für gering verdienende Psychotherapeuten/innen

#### Qualitätsmanagement

- Vereinbarkeit von Leitung und Psychotherapie in Institutionen
- Sind Psychologen in Institutionen eine aussterbende Berufsgruppe?

Gründe:

- weniger Lohn
- geringe Attraktivität
- längere Arbeitszeit
- sachfremde Inhalte
- Wie lange gehören psychologische Psychotherapeuten/innen noch zum **Heilhilfspersonal**?
- Mangelhafte Ausbildung der Psychotherapeuten/innen für die Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen

#### Berufsrecht versus Dienstrecht

- Definitionsmacht des Arbeitgebers

- Darf geleistete Psychotherapie in einer Institution offiziell so genannt werden?
- Sozialarbeiterstellen von approbierten PP besetzt
- Übernahme der Kammergebühren durch den Arbeitgeber?
- Fachaufsicht Ws Dienstaufsicht bei medizinischer oder Verwaltungs-Leitung
- Möglichkeiten für leitende Tätigkeiten einfordern
- Verhältnis zwischen Psychologen/innen und Ärzten angleichen hinsichtlich
  - Hierarchie
  - Vergütung
- Schweigepflicht – Schweigerecht auch bei Zusammenarbeit unterschiedlicher Institutionen?
- Zeitmanagement: andere Aufgaben haben Vorrang vor (Langzeit-) Psychotherapie
- Möglichkeit der Niederlassung für Teilzeitbedienstete
- Eintrag ins „Ärztereister“ – sinnvoll?

#### Eigenständige Identität der PsychotherapeutInnen in Institutionen

- Therapie in Institutionen bedeutet Freiheit in der Anwendung von Methoden!
- Führt das Modell der integrierten Versorgung zum Abbau der Psychotherapeuten/innen in Institutionen?
- Anerkennung/Wertschätzung der Psychotherapie im Vergleich zu anderen Tätigkeiten
- Akzeptanz durch die Krankenkassen der psychotherapeutischen Leistungen im Rahmen der Krankenhausbehandlung? Gibt es hierzu Kontakte zwischen der Kammer und den Krankenkassen?
- Psychotherapie in der stationären Jugendhilfe: Luxus oder unverzichtbarer Bestandteil?
- Fließende Übergänge zwischen Therapie und Beratung
- Vernetzungskompetenz der Psychotherapeuten/innen in Institutionen

#### Kammer als Dienstleisterin

- Verbesserung des Kontakts zwischen Kammer und Institutionen
  - Information
  - Stellenbekanntgabe
  - Öffentlichkeitsarbeit

- Kundenorientierter – auf unterschiedliche Zielgruppen ausgerichtet – Überblick über **alle** – auch institutionell integrierte - psychotherapeutische Leistungsangebote in Berlin
- Steuerungsinstrument entwickeln, um auch schwierige Zielgruppen mit psychotherapeutischen Leistungen zu erreichen
- Adäquate Reaktion auf aktuelle Erkenntnisse über psychische Erkrankungen (z. B. IGES-Studie, BKK): Wir – die PP – haben dem Gesundheitssystem etwas zu bieten! Selbstbewusster auftreten!

- Verstärkten „Kampf“ um die sozialrechtliche Anerkennung zusätzlicher Verfahren, die seit jeher in Institutionen eingesetzt werden
- Arbeitsplatzbeschreibung für Psychotherapeuten/innen in Institutionen
- Unterschiedliche Kammerbeiträge abhängig vom Verdienst (BAT IIa – IIIb)

Fast die Hälfte aller Kammermitglieder arbeitet in Institutionen. Das Forum war eine gute Gelegenheit, sie zu hören und ernst zu nehmen mit ihren Sorgen, Wünschen und auch Forderungen, um sie damit verstärkt in die Kammer zu integrieren.

## Forum II: Situation und Problematik der niedergelassenen Psychotherapeuten

Barbara Schervier-Legewie

### Bericht über Entstehung, Arbeitsweise und Inhalte des AK Freie PsychotherapeutInnen

Konfrontiert mit der Notwendigkeit, als niedergelassene Psychologische Psychotherapeutinnen ohne Kassenzulassung die berufliche Identität und Existenz definieren und sichern zu müssen, fragten wir uns im vergangenen Jahr, wo die vielen anderen Kolleginnen und Kollegen sind, die sich in ähnlicher beruflicher Situation befinden.

Mit Unterstützung des VPP Berlin luden wir zu einem ersten Treffen im September 2004 ein, an dem 17 Kolleginnen und Kollegen teilnahmen. Deutlich wurden dabei die im Zusammenhang mit dem Zulassungsverfahren erlebten massiven Kränkungen, aber auch die vielfältigen beruflichen Qualifikationen der Teilnehmer und die darin enthaltenen Chancen und Freiheitsgrade. Vorläufig nannte der AK sich Psychotherapeuten/innen ohne Kassenzulassung.

Aus dem Wunsch, aktiv nach Angebotsmöglichkeiten außerhalb der Vertragstherapie zu suchen, ergaben sich folgende Themen:

- Führen einer freien Praxis
- Kostenerstattung – Möglichkeiten außerhalb der Richtlinientherapie
- Angebote im Bereich Paarberatung und –therapie
- Neue Tätigkeitsfelder und deren Finanzierungsmöglichkeiten
- Gesundheitsmodernisierungsgesetz (GMG) + Integrierte Versorgung
- Disease Management Programme (DMPs)

- Stand der sozialrechtlichen Anerkennung der GT
- Europarechtliche Bestimmungen für Psychologische Psychotherapeuten
- Eintrag ins Arztregister

Seit Herbst 2004 trifft sich der AK jeden 1. Mittwoch im Monat in den Räumen der VPP-Geschäftsstelle in Berlin-Schöneberg.

Die Teilnehmerzahl liegt zwischen 12 und 25 pro Treffen. Die Treffen werden inhaltlich von einer Kleingruppe zu einem vorher abgestimmten Thema vorbereitet.

Seit Dezember letzten Jahres nennt sich der Arbeitskreis „AK Freie PsychotherapeutInnen“.

Die übergreifenden Ziele entwickeln sich aus der gemeinsamen Diskussion und lassen sich zurzeit beschreiben mit:

- Austausch fundierter Informationen über alle für Freie Psychotherapeuten/innen relevanten Themen
- Kollegialer Kontakt und Austausch
- Erarbeiten der Profile psychologischer und psychotherapeutischer Kompetenzen der Teilnehmerinnen und Teilnehmer des AK
- Entwickeln von Ideen zu kollegialen Kooperationen u. Netzwerken
  - Erarbeiten neuer Tätigkeitsfelder

Interessenten bitten wir um Anmeldung:  
Barbara Schervier-Legewie: [info@schervier.de](mailto:info@schervier.de)  
Christina Maunz: [christina.maunz@t-online.de](mailto:christina.maunz@t-online.de)

# Neue Tätigkeitsfelder im Rahmen des Gesundheitssystemmodernisierungsgesetzes (GMG)

Christina Maunz

## Disease Management Programme (DMP) und Integrierte Versorgung

### 1. Einleitung

Durch das Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz (GMG) besteht erstmals im deutschen Gesundheitssystem die Möglichkeit als so genannter Leistungserbringer direkt mit den Krankenkassen (GKV) zu verhandeln. Das war bisher nicht möglich, da die Kassenärztliche Vereinigung (KV) als Institution das Monopol für den ambulanten Bereich besitzt, über den sog. Kollektivvertrag mit den Kassen zu verhandeln und abzurechnen.

Um im Gesundheitssystem neue Tätigkeitsfelder erschließen zu können, ist es unabdingbar, das System gut zu kennen. Hierzu möchte ich mit meinem Vortrag einen Beitrag leisten.

### 2. Disease Management Programme (DMP)

Das Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz (GMG) ist am 1. Januar 2004 in Kraft getreten. DMP sind strukturierte Behandlungsprogramme für chronisch kranke Menschen – Definition § 137 ff SGB V

Ziel: Verbesserung der Versorgungsqualität

#### Welche DMP gibt es bisher?

DMP Brustkrebs

DMP Diabetes mellitus

DMP Koronare Herzerkrankung

DMP Asthma

Die Programme werden regelmäßig überprüft vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) u. an den aktuellen Stand der neuesten Erkenntnisse angepasst.

#### Wie viele Patienten sind bisher im DMP eingeschrieben

Aussage des AOK-Bundesverband 2005: 1,6 Millionen

#### Welche Möglichkeiten bestehen hier für uns Psychotherapeuten?

Beispiel: DMP Diabetes mellitus

Psychologische u. psychotherapeutische Interventionen

#### Diabetes-Schulung für die Patienten

- Vermittlung von Wissen u. Fertigkeiten über die Erkrankung
- Erarbeitung persönlicher Behandlungsziele
- Unterstützung bei der Verhaltensänderung – Ernährung, Bewegung
- Selbstmanagement u. Empowerment

### 3. Psychotherapeutische Interventionsansätze

- Krankheitsbewältigung
- Ehe-, Familien- und Lebensberatung
- Depressionsbehandlung – es besteht ein erhöhtes Risiko
- Behandlung der krankheitsspezifischen Ängste und Phobien
- Behandlung psychogener Essstörungen
- Behandlung der Alkoholabhängigkeit
- Behandlung der Nikotinabhängigkeit
- Interventionen zur Stressreduktion
- Familientherapie bei jungen Diabetikern, die noch bei den Eltern leben

#### Wie ist die psychotherapeutische Behandlung im DMP definiert?

Bei psychischen Beeinträchtigungen mit Krankheitswert sollte die Behandlung durch

- **qualifizierte Leistungserbringer** erfolgen.

Ergebnisse der DAWN-Studie (Diabetes – Ansichten, Wünsche u. Nöte) – erste weltweite Studie zu den psychosozialen Aspekten von Diabetes mellitus

#### Deutschland-Befragung

- 500 erwachsene Diabetiker
- 250 Allgemeinmediziner u. Diabetologen
- 50 Krankenschwestern u. 50 Patientenberater/innen

#### Ergebnisse der Patientenbefragung Reaktion auf die Diagnose Diabetes

- 80% der Diabetiker gaben an, dass sie die Diagnose sehr besorgt hat.

- Für die meisten war die Diagnose mit negativen Emotionen wie Ärger u. Depressivität verbunden

#### **Diabetesbezogene Ängste**

- Die Besorgnis über die Gewichtsreduktion steht im Vordergrund
- danach folgen die Befürchtungen über das Auftreten von diabetesbedingten Folgeerkrankungen
- weiter wurden Ängste vor der Insulintherapie angegeben.

#### **Ergebnisse der Ärztebefragung**

60% der Ärzte gaben an, über nicht genügend Fähigkeiten zu verfügen, um psychosoziale Probleme gemeinsam mit dem Patienten besprechen zu können; sie verfügen nicht über Kompetenzen, Lösungsperspektiven zu entwickeln.

#### **Überweisung der Patienten zum Psychotherapeuten oder Psychiater**

1,2% der Allgemeinmediziner überweisen Patienten zur Psychotherapie  
2% der Fachärzte überweisen Patienten zur Psychotherapie

#### **Fazit der Autoren**

Forderung einer besseren Integration psychosozialer Konzepte in die Diabetestherapie.

### **4. Integrierte Versorgung (IV)**

Steht für eine Vernetzung des ambulanten u. stationären Bereiches - Definition § 140 ff SGB V. In der Vergangenheit, d.h. vor dem GMG, scheiterten die Verhandlungen dazu immer an der Finanzierungsfrage, da es kein Budget für solche Verträge gab.

Das jährliche Gesamtbudget setzt sich zusammen aus:

- bis zu 1% der jährlichen ärztlichen Vergütungen – rund 220 Millionen Euro plus
- 1% aus dem Krankenhaustopf = rund 460 Millionen Euro.

Definition Qualifizierte Leistungserbringer § 140 b SGB V:

Die Krankenkassen können die Verträge abschließen mit:

- einzelnen Vertragsärzten u. –zahnärzten
- sonstigen Leistungserbringern (?)
- Trägern von Krankenhäusern

- Trägern von stationären Vorsorge u. Reha-Einrichtungen
- Managementgesellschaften
- Trägern medizinischer Versorgungszentren
- Gemeinschaften

### **5. Aktueller Stand zur Integrierten Versorgung und DMP in Berlin**

In Berlin gibt es noch keine Projekte mit Psychotherapeuten als Leistungserbringer

#### **Projekte der Integrierten Versorgung mit psychotherapeutischer Beteiligung in anderen Bundesländern**

- **Hessen:** Versorgungsvertrag der BKK mit dem Wiesbadener Forum für Essstörungen
- **NRW Essen:** Westdeutsches Kopfschmerz-zentrum im Universitätsklinikum Essen mit der KKH
- **Saarland:** Projekt für Alkoholerkrankungen u. Depressionen der SHG-Klinik Merzig mit den Ersatzkassen
- **Baden-Württemberg:** Groß angelegtes Projekt der AOK zum Rückenschmerz mit der Baden-Württembergischen Krankengesellschaft, Haus- u. Fachärzten, Psychotherapeuten u. Schmerztherapeuten.

### **6. Fazit**

- Es gibt hier Ressourcen innerhalb des Gesundheitssystems, die unbedingt von uns Psychotherapeuten genutzt werden sollten!
- Empfehlenswert ist hierzu der Zusammenschluss zu Psychotherapeutennetzwerken.
- Bei den DMP wird die Psychotherapie bis jetzt aus dem „Regelversorgungstopf“ finanziert. Der VPP in NRW hat den Vorschlag formuliert, eine neue psychotherapeutische Versorgungsform „Psychotherapie im DMP“ einzuführen.
- Im Rahmen der Integrierten Versorgung sehe ich gute Möglichkeiten für „Freie Psychotherapeuten“, hier ist die Grundvoraussetzung die berufsrechtliche Anerkennung.
- Die Forderung unseres Arbeitskreises richtet sich an die Berufsverbände, Kammern u. Bundespsychotherapeutenkammer: Sie sollten hier endlich mal aktiv werden, um Einflussmöglichkeiten evtl. über den Gemeinsamen Bundesausschuss geltend machen zu können!

## Supervision, Coaching und Organisationsberatung

Mit meinen kurzen Ausführungen möchte ich Sie als Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ermutigen, sich den Tätigkeitsfeldern Supervision, Coaching und, Organisationsberatung zuzuwenden. Gerade dort sind, wie ich noch erläutern werde, psychotherapeutische Kompetenzen besonders wichtig. Zugleich möchte ich vermitteln, dass diese Beratungsdienstleistungen eine ganz andere Komplexität beinhalten als Psychotherapie.

Ganz generell haben alle drei Beratungsformen Supervision, Coaching und Organisationsberatung mit der Begleitung von Lern-, Veränderungs- und Entwicklungsprozessen zu tun. Ich stimme hier mit Gerhard Fatzer (dabei beziehe ich mich auf das Buch, das er 2005 herausgegeben hat: „Gute Beratung von Organisationen, auf dem Weg zu einer Beratungswissenschaft“) überein, dass die Unterschiede der Beratungsformen weniger inhaltlicher Art sind, sondern eher durch das Setting entstehen und die Namensgebung durch die traditionelle Herkunft. So wird der Begriff Supervision traditionell im sozialen Bereich benutzt, Coaching und Organisationsberatung eher in der Wirtschaft.

Bei Supervision unterscheidet man zwischen Einzel-, Gruppen-, Fall- und Teamsupervision. Beim Coaching handelt es sich um die Beratung einer Führungskraft – oder auch um die Beratung eines Führungsgremiums und bei der Organisationsberatung wird mit ganzen Teilen oder Subsystemen von Organisationen gearbeitet.

Coachs und Organisationsberater/innen stammen aus allen möglichen Berufsgruppen: Betriebswirte, Soziologen, Pädagogen, Kaufleute, Bankkaufleute, Philosophen und andere tummeln sich auf dem Markt. Supervisoren kommen eher aus sozialwissenschaftlichen Berufen. Supervision und Organisationsberatung haben bereits eine längere Tradition, Coaching als Beratungsform hat sich erst seit ca. 15 Jahren etabliert.

### 1. Besondere Eignung von Psychotherapeuten

Mit Astrid Schreyögg (BDP Zeitschrift Wirtschaftspsychologie 2001) möchte ich behaupten, dass Psychologen sehr gute Voraussetzungen für diese Arbeitsbereiche mitbringen – in Bezug auf ein fundiertes Wissen über menschliches Erleben

und Verhalten – ich möchte noch betonen, dass ich eine Psychotherapieausbildung für eine besonders gute Voraussetzung halte. An dieser Stelle möchte ich mich als Gesprächspsychotherapeutin „outen“ und nicht verhehlen, dass ich das personenzentrierte Konzept für ein sehr wirksames Konzept in den genannten Arbeitsbereichen halte, aber natürlich stellen andere psychotherapeutische Konzepte ebenfalls eine wichtige Grundlage für diese Beratungsdienstleistungen dar.

Dazu ein Beispiel: ich bekam einen Auftrag von einem Non-profit Unternehmen, die Umstrukturierung der Organisation zu begleiten. Bei meinem ersten Kontakt stellte sich heraus, dass bereits ein Unternehmensberater in der Institution tätig war und die Dokumentation der Beratung zeigte, dass methodisch aufwändig, ziel – und lösungsorientiert gearbeitet wurde – und die Ergebnisse durchaus sinnvoll und vernünftig erschienen. Dennoch fühlten sich die Führungskräfte irgendwie im Stich gelassen, und ich sollten ihnen nun bei der Umsetzung helfen. Im Laufe meiner Arbeit stellte ich dann bald fest, dass es Riesenängste vor der Umsetzung gab - Umstrukturierungsvorhaben bedeuten oft, dass Machtpositionen sich oder gewohnte Aufgabenbereiche sich verändern usw. Diese Ängste waren den Beteiligten zunächst nicht bewusst, konnten aber im Laufe der Arbeit gespürt, - und besonders wichtig: akzeptiert und verstanden werden. Interessant fand ich dann, dass die Beteiligten nach abgeschlossenem Verstehensprozess zunächst einmal ihre Ängste ernst nehmen und alles beim alten belassen wollten – und auch auf meine weiteren Dienste verzichteten. D.h. natürlich auch, dass der Leidensdruck in der bestehenden Organisationsstruktur nicht so groß war wie die Angst vor der Veränderung. Ein Jahr später hörte ich dann, dass die Umstrukturierung erfolgreich in Angriff genommen wurde.

Auf dem letzten Coaching-Kongress des BDP im Juni dieses Jahres fühlte ich mich durch Professor Harald Geißler (Bundeswehr-Universität Hamburg) in Bezug auf Coaching bestätigt. H. Geißler erstellt zur Markttransparenz und Qualitätssicherung Gutachten über Coachs, die dann im Internet als gute Coachs präsentiert werden (zu finden unter: [www.coaching-gutachten.de](http://www.coaching-gutachten.de)). Für diese Gutachten verschafft sich H. Geißler sowohl einen persönlichen Eindruck, lässt sich Dokumentatio-

nen von Coachingprozessen schicken – auch Ton bzw. Bildaufnahmen von einzelnen Sitzungen.

Auf die Frage eines Teilnehmers, was denn z.B. Gründe für eine Nichtempfehlung seien, antwortete H. Geißler, dass häufig Lösungen vorgeschlagen werden, bevor der Klient verstanden wurde.

Psychotherapeuten/innen haben gelernt Menschen zu verstehen, d.h. nicht nur den Inhalt einer Klientenäußerung wahrzunehmen, sondern auch die dahinter stehenden Bedürfnisse, Gefühle und Bewertungen dieser Gefühle und Bedürfnisse – und haben gelernt, darauf nicht wertend oder besserwisserisch zu reagieren. Dies ermöglicht Klienten/innen eigene kreative Lösungen zu entwickeln. D.h. nicht, dass Coaching eine Form der Psychotherapie ist ! Das muss deutliche betont werden – wobei es durchaus vorkommt, dass jemand mit einem Coachinganliegen kommt, aber eigentlich Psychotherapie will – das ist bei der Auftragsklärung herauszufinden!

## 2. Welche Kompetenzen sind neben den therapeutischen gefragt?

Aus meiner eigenen beruflichen Erfahrung in den letzten Jahren, kann ich sagen, dass bei der Akquise von Supervisionsaufträgen inzwischen immer nach der Anerkennung der Deutschen Gesellschaft für Supervision gefragt wird. Die Auftraggeber gehen davon aus, dass in der Ausbildung Kompetenzen wie Gruppenleitung, Konfliktmanagement, Gesprächsführung, problemorientierte Methoden usw. erworben werden. Der BDP bemüht sich m.W. auch seit einiger Zeit, dass der Supervisor BDP vom DGSv ebenfalls anerkannt wird.

In Bezug auf Coaching schießen die Verbände, die Qualitätsstandards entwickeln, aus dem Boden. Es gibt aber noch keinen „maßgeblichen“ - vergleichbar mit dem DGSv. Z.Zt. hat es den Anschein, dass der „Deutsche Berufsverband für Coaching“ DBVC e.V. sich anschickt der maßgebende Verband in Deutschland zu werden. Der Verband bietet Ausbildung und Fort- und Weiterbildung an und vereinigt bekannte Autoren auf dem Gebiet.

Profit- und Non-Profitunternehmen haben häufig ihre eigenen Anforderungsprofile erstellt, nach denen sie Coachs – oder auch OE-Berater/innen „rekrutieren“. Um noch mal auf den BDP Coaching Kongress 2005 zurückzukommen: Hier waren Vertreter und Vertreterinnen von Sie-

mens, Daimler Chrysler, T-Systems, Telekom und als Vertreter des Mittelstands ein Personaler von Vaillant (Durchlauferhitzer).

Es wurden folgende Erwartungen geäußert:

- Feldkompetenz (d.h. wer Mercedes Führungskräfte coachen will oder bei Mercedes OEMachen will, sollte sich in der Automobilbranche auskennen)
- Eigene Leitungserfahrung
- Methodenkompetenz
- Psychologische Hintergrunderfahrung
- Persönliche Ausstrahlung
- Mobilität, gute Erreichbarkeit
- Referenzen

## 3. Chancen auf dem Markt

In leichter Abwandlung eines Bibelzitats möchte ich sagen: Viele fühlen sich berufen, wenige werden auserwählt!

Einerseits wird der Nutzen von z.B. Coaching anerkannt, was folgende Untersuchungsergebnisse belegen:

Die Wiener Privatuniversität für Management unternahm die bisher umfangreichste Studie zur Verbreitung und Einsatz von Coaching im deutschsprachigen Raum: von Juni bis November 2004 wurden Experteninterviews und Online-Befragungen durchgeführt. 261 ausgefüllte Fragebögen wurden ausgewertet. Von den Unternehmen, die an der Befragung teilnahmen arbeiten 72 % international, 35 % waren Non-Profit.Org. 23 % kommen aus der Industrie. 99 % der Befragten erklärten eine positive Einstellung zu Coaching zu haben, 58 % halten Coaching für sehr effektiv, weitere 39 % für eher effektiv.

Coaching wird vor allem für geeignet gehalten, um Führungskompetenz zu verbessern, um Krisen bei Umstrukturierungen und bei Arbeitsplatzwechsel zu bewältigen. Fast alle Befragten waren sich über die ideale Zielgruppe einig: 90 % nennen das obere und 93 % das mittlere Management.

Interessant ist nun, das trotz dieser positiven Einschätzungen hinsichtlich der Effektivität von Coaching 2004 bei 55 % der untersuchten Unternehmen weniger als die Hälfte der Führungskräfte ein Coaching in Anspruch genommen hat. Nur bei 8 % der Firmen haben fast alle Mitglieder des Top-Managements ein Coaching absolviert.

D.h. die positive Einschätzung ist theoretisch vorhanden aber noch nicht selbstverständliche Praxis geworden. Ich vermute, dass neben der Sparsam-



keit der Unternehmen doch auch immer noch die Scheu eine Rolle spielt, externe Hilfe anzunehmen – Hilfsbedürftigkeit passt ja nicht so sehr zum Selbstbild von Managern. Von einer Kollegin, die als Coach viel zu tun hat, weiß ich z.B. dass manche Führungskräfte heimlich ein Coaching absolvieren – da gibt es wahrscheinlich noch die Angst als „Psycherl“ wie man in Süddeutschland sagt, angesehen zu werden.

Unbestritten ist jedenfalls, dass das Angebot an Supervisoren, Coaches und Unternehmensberatern wesentlich größer ist als die Nachfrage. In Bezug auf Coaching hat Jörg Middendorf im Mai 2005 in der Zeitschrift *Wirtschaft und Weiterbildung* eine Studie vorgestellt mit dem Titel „Coach ist kein Beruf für Anfänger“. Dort wird auch ausgeführt, wie schwierig die Akquisition von Aufträgen ist. An dieser Studie, die von Dezember 2004 – bis Ende Januar 2005 online durchgeführt wurde, beteiligten sich 373 Coaches. Davon waren mehr als 60 % über 40 Jahre alt, und 87 % hatten mehr als 5 Jahre Berufserfahrung, 30 % sogar mehr als 15 Jahre Berufserfahrung, bevor sie als Coach tätig wurden.

Die Studie ergab weiterhin, dass Coaching ganz selten die Haupteinnahmequelle ist - sondern eher das 2. oder 3. Standbein neben anderen Tätigkeiten. Die meisten Coaches - nämlich 67,8 % arbeiten hauptsächlich als Trainer bzw. Trainerinnen und bieten andere Beratungsformen an (49,1 %). Die wenigsten der Befragten (5,9 %) arbeiten als Psychotherapeuten. *Hier habe ich mich gefragt, ob das nicht etwas wenig ist – und vielleicht mit der Art der Befragung im Internet zu tun hat.)*

Die meisten Coaches arbeiten als Freiberufler, wobei die Gründung von Beratungsfirmen zunimmt. Nicht erforscht ist, ob es Beratungsfir-

men leichter gelingt, an Aufträge zu kommen als den freiberuflichen Einzelkämpfern. In dem schon erwähnten Buch von Gerhard Fatzer wird allerdings postuliert, dass das Einzelkämpfertum ein Auslaufmodell ist und nur noch seit langem bekannte und anerkannte Freiberufler die Aussicht auf gute Aufträge haben.

Beim diesjährigen schon erwähnten BDP Coaching-Kongress, wurde deutlich, dass die Unternehmen sehr konservativ sind bei der Beschäftigung von Coaches - d.h. sie behalten jahrelang die, mit denen sie gute Erfahrungen gemacht haben – so dass sozusagen kein „Platz im Pool“ mehr ist. Persönliche Empfehlungen - also Mund zu Mund Propaganda - scheinen immer noch eine gute Möglichkeit zu sein, den Kontakt mit einem Unternehmen zu bekommen – d.h. das Knüpfen von Beziehungen ist in dieser Branche – wie sicher auch in anderen – nicht zu unterschätzen. Aus meiner persönlichen Erfahrung kann ich sagen, dass ich alle meine Aufträge nur durch Empfehlungen erhalten habe.

#### 4. Schlussfolgerungen

Psychotherapeuten haben grundsätzlich ein gutes Rüstzeug, wenn sie Leitungserfahrung haben und Feldkompetenz, nicht erwarten ihren Lebensunterhalt alleine mit Supervision, Coaching und Organisationsberatung zu verdienen. Wichtig erscheint mir, eventuellen Auftraggebern transparent zu machen, welche Vorteile die psychotherapeutische Kompetenz dem Unternehmen bieten kann – als da vor allem sind:

- das passgenaue Verstehen der Problematik auf individueller und systemischer Ebene
- der kompetente Umgang mit Widerständen
- und die akzeptierende Begleitung der Klienten bei ihrer eigenen kreativen Lösungsfindung.

Marga Henkel-Gessat

## Kooperation mit der Zahnärztekammer

Das ist ein neues Berufsfeld für die PPT!  
Seit Ende letzten Jahres gibt es eine intensive Zusammenarbeit mit der Zahnärztekammer (ZÄK).

Die erste Informationsveranstaltung im Februar 2005 in der KZV mit Dr. Wolfgang Schmiedel, Frau Blumenthal-Barby, Michael Nahler und Dr. Gerhard Schütz war ein großer Erfolg. Abwechselnd trafen sich in der ZÄK und in der PTK (von unserer Seite M. Nahler, Dr. G. Schütz und Herr Schauer) Mitglieder beider Kammern zu einem ‚Runden Tisch‘. Am 7. Juni fand die erste Fortbildungsveranstaltung für ZÄ, PPT und KJP in der Zahnklinik mit über 400 Teilnehmern statt. Referenten waren Dr. W. Schmiedel und M. Nahler. Das hat uns ermutigt weiter zu planen, zeigt es auch das große Interesse beider Berufsgruppen. Das letzte Treffen des Runden Tisches am 17.08.05 brachte wichtige Ergebnisse:

Es wird neben einem Ratgeber für ZÄ und Patienten, der acht Seiten umfasst und im DIN A5 Format erscheinen wird einen Flyer geben, der in Kurzfassung über das Thema Psychosomatik (Seele und Zähne) informiert. Beides soll in unseren Praxen und in denen von Zahnärzten ausliegen. Im Internet wird der Flyer als PDF-Datei zum Ausdrucken zur Verfügung gestellt. Die Kosten werden von beiden Kammern je zur Hälfte getragen.

Die Vorbereitungsgruppe für das Curriculum besteht aus je drei Vertretern der Psychotherapeuten und der Zahnärzte. Beabsichtigt ist, das Curriculum in modularen Bausteinen zu organisieren. An den einzelnen Modulen können Psy-

chotherapeuten und Zahnärzte teilnehmen. Zwei 3er-Teams von ZÄ und PPT werden das Curriculum gemeinsam inhaltlich bis zum Juli 2006 vorbereiten.



Über die Bezeichnung der gemeinsamen Sprechstunde wurde ebenfalls Einigkeit erzielt; sie lautet: „Seele und Zähne“-Patientensprechstunde. In der KZV sollen ab Oktober einmal monatlich – immer am Mittwoch Patientensprechstunden als Modellversuch stattfinden. Es wird eine Dokumentation und Auswertung der Inanspruchnahme der Sprechstunde erfolgen.

*Wir haben drei 2er Teams benannt, die jeweils von Zahnärzten schriftlich angemeldete Patienten behandeln.*

Ein weiteres wichtiges Thema war **Supervision für Zahnärzte**. Deutlich wurde bei der Planung, dass es Berührungspunkte der Zahnärzte mit Psychotherapeuten gibt. Es entstand die Idee, ein niedrigschwelliges Angebot für die Zahnärzte vorzuhalten, z. B. einen Workshop zum **Umgang mit schwierigen Patienten** oder zur **Vermeidung des Burnout**, bei dem dann auf Möglichkeiten von Supervision, Qualitätszirkeln und ähnlichen Veranstaltungen hingewiesen werden kann. Die PPT und ZÄK Kammern werden dies als „Kammerinitiierte Fortbildung“ anbieten. Wir machen uns ebenfalls Gedanken über Workshops, die Sie in diesen Bereich einführen. Das ist für 2005/2006 geplant.

Michael Nahler

## Kooperation zwischen ZahnärztInnen und PsychotherapeutInnen Optionale Felder der Zusammenarbeit

Der Titel der Veranstaltung verweist auf die Notwendigkeit, mehrdimensionale Behandlungsansätze mit fachübergreifender Kompetenz diagnostisch, therapeutisch und prophylaktisch anzupacken. Das Wissen um die bio-psychosoziale Bedingtheit von Krankheiten und Krankheitsverarbeitung fordert synergistische Anstren-

gungen mit dem Ziel der Symptomminderung oder –beseitigung, der Steigerung von Lebensqualität und, nicht zuletzt, der Ökonomisierung therapeutischer Strategien. In einem bisher eher vernachlässigten Bereich unter den o.g. Gesichtspunkten bieten sich nun dank des Aufeinanderzugehens von Psychotherapeutenkammer und Zahn-

ärztekammer neue Chancen einer Verbesserung der Versorgung zahnärztlicher Patienten. Die Kooperationschancen lassen sich für unterschiedliche systemische Abläufe der zahnärztlichen Praxis benennen und es können Interventionsansätze beschrieben werden, die den jeweiligen Anforderungen Rechnung tragen.

Zur Differenzierung bieten sich vier thematische Blöcke an: Patientenbindung; Optimierung des Behandlungsablaufs; umfassendere psychische Blockaden, die eine adäquate zahnärztliche Behandlung verhindern oder erschweren; Arbeitsfelder für den präventiven Bereich.

Die vier thematischen Blöcke lassen sich nach Aufgabenstellung und Interventionsmöglichkeiten vorläufig aufschlüsseln und sind natürlich erweiterbar.

So kann beispielsweise der Block „Patientenbindung“ aufgeschlüsselt werden in:

- a. Verbesserung der Compliance
- b. Umgang mit schwierigen Patienten
- c. Vermeiden ungünstiger und Anwenden günstiger Suggestionen
- d. Kinder im Zahnarztstuhl: Wie erreiche ich Entängstigung und Mitarbeit?

Der Block „Optimierung...“ in:

- a. Vorab-Desensibilisierung ängstlicher Patienten
- b. Autosuggestive Techniken bei Betäubungsmittelunverträglichkeit
- c. Autosuggestive und VT-Methoden, um Komplikationen bei der Behandlung zu verringern

- d. Praxisinterne Maßnahmen für Aufmerksamkeitslenkung und Entspannung
  - e. Helferinnenschulung
- Der Block „Psychische Blockaden...“ in:
- f. Muskuläre Sperren
  - g. Spritzenphobie
  - h. Angst vor Ausgeliefertsein und
- der Block „Prävention“ in:
- i. Wissensvermittlung: Stimulusorientierte und operante Methoden zur Verbesserung der Zahn- und Mundhygiene
  - j. Entwicklung von Trainingseinheiten zur Unterdrückung parafunktionaler Aktivitäten (Knirschen, Pressen, Saugen...)
  - k. Entwicklung von Konzepten, behandlungs- und beratungsresistente Patientengruppen zu entängstigen und zu motivieren

Die Einbindung der psychotherapeutischen Fachkraft in das zahnärztliche Behandlungsprocedere kann unterschiedliche Ausmaße annehmen und ist abhängig von der gestellten Aufgabe. Patientenberatung und -edukation nimmt einen wesentlichen Teil ein. Darüber hinaus kann der Bogen der psychotherapeutischen Interventionsmöglichkeiten von der Vermittlung von Zustandskontroll- und Deeskalationstechniken, Durchführung von spezifischen Seminaren zur behandlungsunterstützenden Verwendung von Sprachmustern, über die Entwicklung von standardisierten Programmen und Tandeminterventionen während der Behandlung bis hin zu vorbereitenden Maßnahmen (Desensibilisierung, Habituation, Selbstkontrolltechniken, Traumabearbeitung etc.) auf Patientenseite gespannt werden.

## Vortrag

Reinhard Wiesner

### **Psychotherapie im KJHG**

Ich widme mich dem Thema aus der Perspektive des Kinder- und Jugendhilferechts, mit dem ich mich seit Jahrzehnten befasse. Aus dieser Sicht ist dieses Thema spezifisch: weil Psychotherapie im Gesamtspektrum der Kinder- und Jugendhilfe nur ein relativ kleines Tätigkeitsfeld erfasst. Damit ist indes keine Bewertung dieses Hilfeansatzes verbunden. Aus der Perspektive der Kinder- und Jugendhilfe ist das Thema paradigmatisch, weil es zeigt, dass die rechtliche Bewertung eines Sachverhalts in hohem Maße vom fachlichen Vorverständnis abhängt und die Dynamik der fachwissenschaftlichen Diskussion immer wieder mit der Statik des Rechts konfrontiert wird. Das Thema ist aber auch deshalb paradigmatisch, weil es Problemlagen betrifft, die aus verschiedenen Perspektiven betrachtet und demzufolge unterschiedlichen Leistungssystemen zugeordnet und damit wiederum aus verschiedenen „Kassen“ bezahlt werden kann.

Wer wissen will, wo Psychotherapie im KJHG (die Abkürzung steht für Kinder- und Jugendhilfegesetz, juristisch präziser wäre es stattdessen vom VIII Buch Sozialgesetzbuch – Kinder- und Jugendhilfe – zu sprechen) ihren Ort hat, der muss zunächst wissen, worum es in der Kinder- und Jugendhilfe geht:

#### **Systemfunktion der Kinder- und Jugendhilfe**

Das Programm der Kinder- und Jugendhilfe wird in § 1 Abs. 3 SGB VIII entfaltet: Jugendhilfe soll zur Verwirklichung des Rechts nach Absatz 1 (d.h. des Rechts auf Förderung der Entwicklung und auf die Erziehung zu einer eigenverantwortlichen und gemeinschaftsfähigen Persönlichkeit) insbesondere junge Menschen in ihrer individuellen und sozialen Entwicklung fördern und dazu beitragen, Benachteiligungen zu vermeiden oder abzubauen, Eltern und andere Erziehungsberechtigte bei der Erziehung beraten und unterstützen, Kinder und Jugendliche vor Gefahren für ihr Wohl schützen, dazu beitragen, positive Lebensbedingungen für junge Menschen und ihre Familien sowie eine kinder- und familienfreundliche Umwelt zu erhalten oder zu schaffen.



Das Ziel der Kinder- und Jugendhilfe ist somit die Integration junger Menschen in die Gesellschaft durch

- Hilfe zur „Erziehung“ und „Bildung“ als interaktivem Prozess
- die Förderung der Entfaltung körperlicher, geistiger und seelischer Anlagen
- die Verhinderung und Beseitigung von Störungen des Erziehungs-, Entwicklungs- und Reifungsprozesses .Erziehung/Entwicklung und Elternverantwortung

Unsere Verfassung, das Grundgesetz, und die darauf aufbauende Rechtsordnung treffen Aussagen über die Rechte und Pflichten bei der Erziehung.

Ausgangspunkt ist dabei das Kind (i. S. von Minderjähriger) als Rechtssubjekt. Ihm garantiert die Verfassung von Geburt an ein Recht auf freie Entfaltung seiner Persönlichkeit (Art. 2 Abs. 1 GG). Freilich setzt „Entfaltung“ der Persönlichkeit seinerseits einen bestimmten Entwicklungsprozess, einen bestimmten „Reifegrad“ voraus. Kinder kommen zwar mit einer hoch differenzierten „Grundausstattung“ auf die Welt, diese bedarf jedoch der Entwicklung durch Pflege, Betreuung und Bildung.

Damit wird die Förderung der Entwicklung „zu einer eigenverantwortlichen und gemeinschaftsfähigen Persönlichkeit“ zur Voraussetzung für die (sukzessive) Ausübung des Grundrechts aus Artikel 2 Abs. 1 GG.

Für diesen Entwicklungs- Bildungs- und Erziehungsprozess tragen nach unserer Verfassung die Eltern die primäre Verantwortung. Dabei macht die neuere Forschung zunehmend deutlich, dass Bildung und Erziehung nicht einseitige Vorgänge i. S. von Fremdbestimmung sind, sondern Kinder eigenaktiv sind und für ihre körperliche intellektuelle und emotionale Entwicklung die Erfüllung elementarer Bedürfnisse wesentliche Bedingung ist. Die primäre Erziehungsverantwortung der Eltern wird dadurch zunehmend zur Herausforderung, weil die Familie schon frühzeitig von weiteren Lernwelten und Bildungsorten flankiert wird und mit zunehmendem Alter begleitende Medienerfahrungen hinzutreten – Außeninflüsse, die von Eltern nur noch bedingt und begrenzt wahrnehmbar und beeinflussbar sind.

### **Aufgaben des „Staates“**

In welcher Weise trägt nun der „Staat „eine Mitverantwortung für das Aufwachsen von Kindern?

Anzumerken ist, dass hier der Staat im weiteren Sinne gemeint ist und alle Aktivitäten einbezogen werden, die aus öffentlichen Mitteln gefördert werden, mögen sie auch von sog. freien Trägern bzw. deren Einrichtungen und Diensten erbracht werden.

Soweit die Förderung der Entwicklung in den (primären) Verantwortungsbereich der Eltern fällt, ist es die vorrangige Aufgabe des Staates, den Entwicklungs- und Erziehungsprozess zu unterstützen und zu ergänzen, wenn der „erzieherische Bedarf“ nicht von den Eltern gedeckt werden kann. Wenn sie also nicht in der Lage sind die Bedürfnisse, die das Kinder oder der Jugendliche seinem Alters- und Entwicklungsstand entsprechend hat, zu decken. Worin der erzieherische Bedarf besteht, der nicht von den Eltern gedeckt wird, kann nur im Einzelfall gemeinsam mit der für die Hilfe verantwortlichen Fachkraft festgestellt werden.

Erreicht das „Erziehungsdefizit“ die Stufe der „Gefährdung des Kindeswohls“, dann wird das so genannte „staatliche Wächteramt“ aktiviert: Die Kenntnis von Anhaltspunkten für eine Kindeswohlgefährdung verpflichtet das Jugendamt zur Risikoabschätzung und zum Angebot von Hilfen an die Eltern und das Kind oder den Jugendlichen zur Abwehr der Gefährdung. Sind sie nicht bereit oder in der Lage, die Hilfe anzunehmen und damit die Gefährdung abzuwenden, so hat der Staat im Eilfall durch Inobhutnahme

ansonsten durch Maßnahmen des Familiengerichts die Gefährdung durch Schutz des Kindes oder Jugendlichen abzuwenden.

Die Eltern tragen zwar die primäre, aber nicht die ausschließliche Verantwortung für die Erziehung und Entwicklung ihrer Kinder und Jugendlichen. Soweit die Förderung der Entwicklung nicht in ihren Verantwortungsbereich fällt ist, wird die (Mit)Verantwortung des Staates auf folgende Weise ausgelöst:

- durch den Erziehungsauftrag der Schule nach Artikel 7 GG als Ort des Erwerbs von Allgemeinbildung und spezifischen Kompetenzen
- die Heilung von Krankheiten durch Ausübung von Heilkunde und
- rehabilitative Maßnahmen durch medizinische, berufliche und soziale Rehabilitation.

Diese verschiedenen „Fördersysteme“ verfolgen verschiedene Hilfeziele:

- Förderung der Entwicklung von Kindern und Jugendlichen (durch die Jugendhilfe) bezieht sich auf die Unterstützung des von den Eltern zu verantwortenden interaktiven Erziehungsprozesses
- Schulische Bildung und Erziehung: im Vordergrund steht der Bildungsprozess in der Schule, die Interaktion zwischen Schülern und Lehrern
- Krankenbehandlung: sie bezieht sich auf die Behebung bzw. Milderung der Erkrankung einer Person, des leidenden Menschen („Patienten“).
- Rehabilitation zielt auf die Förderung der Selbstbestimmung und der Teilhabe einer Person am Leben in der Gesellschaft, die wegen einer (seelischen) Störung beeinträchtigt ist, wobei bei Kindern und Jugendlichen Wechselwirkungen zwischen seelischer Störung und dem Erziehungsprozess bedeutsam sind.

Ein Vergleich verschiedener Hilfesysteme zeigt ein Spezifikum der Förderung der Entwicklung im Bereich der Kinder- und Jugendhilfe: ihr Anknüpfungspunkt ist nicht eine einzelne Person, sondern die Eltern-Kind-Beziehung.

Leistungen der Jugendhilfe mit Einsatzmöglichkeiten für psychotherapeutische Methoden

Das Achte Buch Sozialgesetzbuch – Kinder- und Jugendhilfe beschreibt in seinen §§ 11 bis 41 ein breites Spektrum von „Leistungen“ der Kinder- und Jugendhilfe, die von allgemeinen Angeboten der Freizeitgestaltung bis hin zu intensiven therapeutischen Einzelhilfen reichen. Zwar spricht das Gesetz an keiner Stelle von „psychotherapeutischen Leistungen“. Dennoch können im Hinblick

auf den jeweiligen Leistungszweck psychotherapeutische Methoden im Rahmen verschiedener Leistungen zum Einsatz kommen:

§ 17: Beratung in Fragen der Partnerschaft, Trennung und Scheidung. Hierzu zählen im Einzelnen Partnerschaftsberatung, Partnerschaftskonfliktberatung und Beratung in Trennungs- und Scheidungssituationen.

§ 18: Beratung und Unterstützung bei der Ausübung des Umgangsrechts. Nicht selten ist der Grund für einen Streit im Hinblick auf die Ausübung des Umgangsrechts in einem hohen Konfliktniveau zwischen den Elternteilen zu suchen. So kommen insbesondere im Zusammenhang mit der Ausübung eines begleiteten Umgangsrechts Beratung und Therapie zum Einsatz.

§ 27: Hilfe zur Erziehung. Hier findet sich in der „Leistungsbeschreibung“ immerhin ein Hinweis auf psychotherapeutische Methoden, wenn es in Absatz 3 heißt: „Hilfe zur Erziehung umfasst insbesondere die Gewährung pädagogischer und damit verbundener therapeutischer Leistungen.“

§ 35a: Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche. Zu den Maßnahmen der Eingliederungshilfe gehören u.a. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, darunter Psychotherapie als ärztliche und psychotherapeutische Behandlung sowie Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft, darunter heilpädagogische Leistungen für Kinder im Vorschulalter.

§ 40 Krankenhilfe. Sie umfasst das Leistungsspektrum der gesetzlichen Krankenversicherung für Kinder und Jugendliche, die nicht versichert sind. Als Leistung der Kinder- und Jugendhilfe kommt sie aber nur für solche Kinder und Jugendliche in Betracht, die in Pflegefamilien oder Heimen stationär untergebracht sind.

§ 41 Hilfen für junge Volljährige. Sie richtet sich an junge Menschen, die „trotz Volljährigkeit“ im Prozess der Verselbständigung und Ablösung pädagogischer und ggf. therapeutischer Unterstützung bedürfen.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass den Schwerpunkt für den Einsatz psychotherapeutischer Methoden die Hilfen zur Erziehung nach § 27 sowie die Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche nach § 35a bilden.

## Hilfe zur Erziehung

### Voraussetzungen

Wenden wir uns zunächst dem Leistungsbestand der Hilfe zur Erziehung zu. Nach § 27 Abs. 1 hat ein Personensorgeberechtigter, das sind in der Regel die Eltern oder der alleinsorgeberechtigte Elternteil, bei der Erziehung eines Kindes oder eines Jugendlichen Anspruch auf Hilfe (Hilfe zur Erziehung), wenn eine dem Wohl des Kindes oder des Jugendlichen entsprechende Erziehung nicht gewährleistet ist und die Hilfe für seine Entwicklung geeignet und notwendig ist.

Mit dieser Formel wird eine Defizitsituation beschrieben, in der die Eltern den Bedürfnissen des Kindes oder Jugendlichen für ihre Entwicklung nicht gerecht werden. Festzustellen ist also – schematisch gesprochen – eine Differenz zwischen den Bedingungen derer das Kind in seiner konkreten Alters- und Lebenssituation für eine seinem Wohl entsprechende Erziehung bedarf und den Bedingungen, unter denen diese „Erziehung“ tatsächlich stattfindet. Die Gründe dafür können vielfältig sein, sie können in der Person des Kindes, der der Eltern bzw. eines Elternteils, in der Interaktion zwischen Eltern und Kindern oder in den Rahmenbedingungen für die Eltern-Kind-Beziehung liegen. Mit dieser Formulierung hat der Gesetzgeber bewusst eine Bedarfssituation beschreiben wollen, die unterhalb der Gefährdung des Kindeswohles liegt. Damit sollte die Kinder- und Jugendhilfe verpflichtet werden, bereits in einem frühen Stadium von Fehlentwicklung tätig zu werden, bevor sich Störungen verfestigen und nur noch Interventionen infrage kommen, die mehr oder zwangsläufig mit einer Herausnahme des Kindes aus der Familie verbunden sind.

### Rechtsfolgen

Als Rechtsfolge sieht die Vorschrift die „Gewährung pädagogischer und damit verbundener therapeutischer Leistungen“ vor. Die Formulierung ist im Zusammenhang mit dem Verständnis von Pädagogik und (Psycho)Therapie der 70iger und 80iger Jahre zu verstehen, die von einer schärferen Abgrenzung zwischen den beiden Hilfeansätzen geprägt war. Aus heutiger Sicht sind auch (psycho)therapeutische Verfahren denkbar, die pädagogische und therapeutische Anteile miteinander verknüpfen.

§ 27 hat im Leistungsspektrum den Charakter einer Generalklausel und verweist hinsichtlich der einzelnen Rechtsfolgen auf die anschließenden Vorschriften mit der Formulierung: „Hilfe zur

Erziehung wird insbesondere nach Maßgabe der §§ 28 bis 35 gewährt. Art und Umfang der Hilfe richten sich nach dem erzieherischen Bedarf im Einzelfall; dabei soll das engere soziale Umfeld des Kindes oder des Jugendlichen einbezogen werden.“

Der nachfolgende Katalog der einzelnen Hilfeformen, der von der Erziehungsberatung bis zur intensiven sozialpädagogischen Einzelbetreuung reicht, repräsentiert das Hilfespektrum Ende der 80iger Jahre und berücksichtigt noch nicht die zwischenzeitlichen Entwicklungen.

Wenden wir uns zunächst den typischen Hilfeformen zu, soweit sie Einsatzgebiete für psychotherapeutische Methoden sind bzw. sein können. In Betracht kommt zunächst die Erziehungsberatung (§ 28). Ihr Profil beschreibt die Norm wie folgt:

Die Erziehungsberatungsstellen und andere Beratungsdienste und –einrichtungen sollen Kinder, Jugendliche, Eltern und andere Erziehungsbeauftragte bei der Klärung und Bewältigung individueller und familienbezogener Probleme und der zugrunde liegenden Faktoren, bei der Lösung von Erziehungsfragen sowie bei Trennung und Scheidung unterstützen. Dabei sollen Fachkräfte verschiedener Fachrichtungen zusammenwirken, die mit unterschiedlichen methodischen Ansätzen vertraut sind.

Zentrale Elemente der Qualität von Erziehungsberatung sind damit Methodenvielfalt und das Zusammenwirken mehrerer Fachkräfte. Im Rahmen von Erziehungsberatung kommt eine Vielzahl von psychotherapeutischen Verfahren zur Anwendung, darunter auch solche, die für heilkundliche Behandlungen nicht anerkannt sind (vgl. Bundeskonferenz für Erziehungsberatung: Erziehungsberatung und Psychotherapie, ZfJ 2005, 357).

### **Erziehung in einer Tagesgruppe (§ 32)**

Das Profil dieser Hilfeform wird im Gesetzestext wie folgt beschrieben:

Hilfe zur Erziehung in einer Tagesgruppe soll die Entwicklung des Kindes oder des Jugendlichen durch soziales Lernen in der Gruppe, Begleitung der schulischen Förderung und Elternarbeit unterstützen und dadurch den Verbleib des Kindes oder des Jugendlichen in seiner Familie sichern.

Sowohl das soziale Lernen in der Gruppe als auch die Elternarbeit kann im Einzelfall den

Einsatz psychotherapeutischer Verfahren notwendig werden lassen.

### **Heimerziehung (§ 34)**

Das Strukturmerkmal der Heimerziehung und zugleich das Unterscheidungsmerkmal zu anderen Hilfeformen ist nach dem Gesetzeswortlaut „die Verbindung und vielfältige Verschränkung von Alltag, Pädagogik und Therapie“. Deshalb kommen in der Heimerziehung schon seit langer Zeit psychotherapeutische Verfahren zum Einsatz, die sich entweder im Rahmen der Heimerziehung an das Kind selbst oder im Rahmen der Elternarbeit an die Eltern wendet.

Die in den §§ 28 bis 35 beschriebenen Hilfesettings stellen aber keinen abschließenden Katalog dar. Denn § 27 Abs. 2 spricht davon, dass Hilfe zur Erziehung „insbesondere“ nach Maßgabe der §§ 28 bis 35 gewährt wird. Die Vorschrift gestattet es damit, auch neue Hilfeformen zu entwickeln und in den Leistungskanon der Hilfe zur Erziehung einzubeziehen wie sie inzwischen unter den Stichworten „flexible Hilfen“ bzw. „maßgeschneiderte Hilfen“ bekannt geworden sind.

Ausgangspunkt für die Feststellung des Hilfebedarfs ist die (gestörte) Eltern-Kind-Interaktion. Geeignet und notwendig sind solche Maßnahmen, die Erfolg versprechend erscheinen, um die Eltern-Kind-Interaktion zu verbessern. Dabei ist das Spektrum der Hilfeziele bei der Hilfe zur Erziehung vielfältig und stellt auf die Art der Interaktionsstörung und die bei Kind und Eltern vorhandenen oder zur aktivierenden Ressourcen ab. Ziele können deshalb z.B. sein

- die Beseitigung von Kompetenzdefiziten bei den Eltern
- die unmittelbare Unterstützung der Entwicklung des Kindes oder des Jugendlichen
- die partielle und zeitlich begrenzte Erziehung durch dritte Personen (Pflegeeltern, Heimerzieher) mit begleitender Elternarbeit zur Rückgewinnung der notwendigen elterlichen Erziehungskompetenz
- die vollständige und dauerhafte Erziehung durch dritte Personen (Vollzeitpflege, Verselbständigung älterer Jugendlicher) mit begleitender Elternarbeit für die Ablösungs- und Übergangsphase.

Was bedeuten diese Ziele nun für den Einsatz psychotherapeutischer Verfahren im Rahmen der Hilfe zur Erziehung?

Psychotherapeutische Verfahren können zur Anwendung kommen, wenn und soweit sie die Ent-

wicklung des Kindes durch die Förderung der Eltern-Kind-Interaktion fördern. Dies bedeutet, dass das Methodenrepertoire im Hinblick auf diese Zielsetzung auszuwählen und einzusetzen ist. Zur Erreichung dieses Ziels kommen psychotherapeutische Interventionen bei Kindern und Jugendlichen, psychotherapeutische Arbeit mit den Eltern und psychotherapeutische Arbeit mit dem „System Familie“ in Betracht.

### **Abgrenzung zwischen Hilfe zur Erziehung (SGB VIII) und Krankenbehandlung (SGB V)**

Das System der pädagogischen, therapeutischen und gesundheitlichen Versorgung in Deutschland ist tief gegliedert und ausdifferenziert, was umfassende Schnittstellen zwischen den einzelnen Leistungsbereichen und der darauf bezogenen Finanzierung zur Folge hat. Im Hinblick auf den Einsatz psychotherapeutischer Verfahren steht dabei die Abgrenzung zwischen der Hilfe zur Erziehung und der Krankenbehandlung nach dem SGB V im Vordergrund.

### **Nachrang der Jugendhilfe (§ 10 SGB VIII)**

Ein Charakteristikum der Kinder- und Jugendhilfe ist ihr Nachrang. Sie wird damit wie die Sozialhilfe als Teil der öffentlichen Fürsorge ausgewiesen. Dieser Nachrang der Jugendhilfe führt zu zwei Konsequenzen:

Leistungen nach anderen Gesetzen können nicht deshalb versagt werden, weil ähnliche oder teils identische Leistungen auch im Leistungskatalog der Kinder- und Jugendhilfe vorgesehen sind. Andererseits bedeutet der Nachrang der Jugendhilfe nicht, dass sie gewissermaßen als Ausfallbürge alle Lücken und Defizite schließt, die in anderen Leistungsbereichen aufgrund abschließender Leistungskataloge oder einer restriktiven Verwaltungspraxis bestehen. Voraussetzung für das Wirksamwerden des Nachrangprinzips ist neben einer vollständigen oder partiellen Überschneidung der Leistungsvoraussetzungen eine vollständige oder partielle Überschneidung der Leistungsinhalte. Ist eine solche Überschneidung nicht feststellbar, stellt sich die Rangfrage zwischen verschiedenen Leistungen nicht. Denkbar ist, die Leistungen im Hinblick auf die Bedarfsdeckung miteinander zu kombinieren.

### **Leistungsvergleich**

Zu fragen ist deshalb in diesem Kontext: Liegen die Tatbestandsvoraussetzungen beider Leis-

tungsnormen, also diejenigen nach § 27 SGB V und die nach § 27 SGB VIII vor? Ergeben sich in beiden Leistungsnormen die gleichen Rechtsfolgen?

Ein Abgleich der Voraussetzungen zeigt, dass § 27 SGB V eine psychische Störung mit Krankheitswert voraussetzt, während § 27 SGB VIII nach Sinn und Zweck der Vorschrift eine Störung des Erziehungsprozesses verlangt. Dafür ist nicht unbedingt (aber auch nicht implizit, also: keine psychische Störung ...) eine psychische Störung festzustellen bzw. nachzuweisen, sondern die Notwendigkeit einer Unterstützung der Eltern beim Erziehungsprozess (erzieherischer Bedarf). Hinsichtlich der Rechtsfolgen sieht § 27 SGB V heilkundliche Psychotherapie vor, das sind die in den Psychotherapierichtlinien zugelassenen Verfahren. Demgegenüber ergeben sich aus § 27 SGB VIII keine Hinweise für die dort einzusetzenden psychotherapeutischen Methoden.

Dies kann im Einzelfall bedeuten, dass eine klare Unterscheidung möglich ist, also entweder psychische Störungen mit Krankheitswert oder eine Störung des Erziehungsprozesses vorliegt. Diese Alternative verursacht keine Probleme. Denkbar ist aber auch, dass sowohl eine psychische Störung mit Krankheitswert als auch eine Störung des Erziehungsprozesses festgestellt werden kann. In diesem Fall wird zu fragen sein, ob „trotz“ der psychischen Störung des Kindes oder Jugendlichen mit Krankheitswert eine „normale“, d.h. angemessene Eltern-Kind-Interaktion stattfindet. In diesen Fällen wird heilkundliche Psychotherapie auf der Grundlage von § 27 SGB V zum Einsatz kommen. Ist hingegen die Eltern-Kind-Interaktion belastet bzw. gestört, so haben psychotherapeutische Verfahren im Rahmen von Hilfe zur Erziehung den Vorrang. Es kommt also auf den Schwerpunkt der erforderlichen Intervention an.

### **Anwendungsprobleme**

Diese Unterscheidung lässt sich jedoch in der Praxis aus verschiedenen Gründen häufig nicht eindeutig treffen. Dabei ist zunächst zu konstatieren, dass dieselben Symptome, Phänomene oder Auffälligkeiten von unterschiedlichen Personen oder Professionen verschieden wahrgenommen und gedeutet werden. Hinzu kommt, dass sich die individuelle Ebene und die darauf bezogenen Störungen einerseits und die Beziehungsebene andererseits nicht klar voneinander trennen lassen. Bei Kindern und Jugendlichen kommt hinzu, dass es eine enge Wechselwirkung von individueller Störung und dem Erziehungsprozess gibt. Darüber



hinaus lassen sich psychotherapeutische Verfahren für verschiedene Zwecke einsetzen. Für die Abgrenzung bzw. Zuordnung könnte deshalb entweder an der Therapieform oder am Therapiezweck angeknüpft werden.

Ausgangspunkt für die weitere Diskussion sind die Richtlinienverfahren, weil sie in beiden Leistungsbereichen zum Einsatz kommen können. In der heilkundlichen Therapie wird der Umgang mit seelischen Prozessen mit Blick auf ein zu erreichendes Ziel methodisch strukturiert. Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts, der sich inzwischen auch die Verwaltungsgerichte anschließen, ist für die Zuordnung einer therapeutischen Maßnahme zur Krankenbehandlung oder zur Hilfe zur Erziehung nicht die eingesetzte „Technik“, auch nicht der eingetretene Erfolg maßgeblich, sondern der mit der Therapie angestrebte Zweck (BSG vom 03.09.2003 zur sog. Petö-Therapie). Das BSG führt dort aus: „Für die Abgrenzung zwischen medizinischen und nicht medizinischen Maßnahmen und damit für die Zuständigkeit der Krankenversicherung kommt es in erster Linie auf die Zielsetzung der Maßnahme an... Falls eine Methode eines der in § 27 oder § 11 Abs. 2 SGB V genannten Ziele (Erkennen oder Heilen einer Krankheit, Verhütung der Krankheitsverschlimmerung, Linderung von Krankheitsbeschwerden, Vermeidung, Beseitigung oder Besserung einer Behinderung) verfolgt und dabei an der Krankheit selbst bzw. an ihren Ursachen ansetzt, verliert der Umstand an Bedeutung, dass – wie bei der konduktiven Förderung – für die Behandlung vorwiegend pädagogische Mittel eingesetzt werden. Medizinische und nicht medizinische Behandlungszwecke lassen sich freilich gerade bei komplexen Rehabilitationsangeboten oft nur schwer oder gar nicht voneinander abgrenzen... Wesentlich ist in diesem Zusammenhang, welche Erwartungen der Leistungserbringer selbst mit seinem Vorgehen verbindet. Ob die gestellten Ziele objektiv erreichbar sind, ist eine Frage der Wirksamkeit und Zweckmäßigkeit der Maßnahme, für die Einordnung als medizinische Behandlung aber nicht entscheidend (SGB vom 03.09.2003 – BIKR 34/01 R).

Maßgeblich ist nach dieser Rechtsprechung also nicht die Auswahl des Verfahrens, sondern der mit dem Einsatz des Verfahrens angestrebte Zweck. Dies bedeutet, dass Verfahren, deren Einsatz zu heilkundlichen Zwecken der Approbation bedarf! zu anderen Zwecken auch ohne Approbation eingesetzt werden können. Denn das PthG ist ein Psychotherapeutengesetz, kein

Psychotherapiegesetz. („Wer heilkundliche Psychotherapie ausüben will ...bedarf der Approbation“, § 1 PthG).

Die Zweckbestimmung ist aber (vielleicht: nicht immer) objektiv möglich, sondern hängt auch von der Perspektive des jeweiligen Leistungserbringers ab, der im Einzelfall aufgesucht worden ist.

### **Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche (§ 35a SGB VIII)**

Zur Beantwortung der Frage, ob und inwieweit zur Erbringung von Eingliederungshilfe seelisch behinderter Kinder und Jugendlicher psychotherapeutische Verfahren Anwendung finden können, ist es zuerst notwendig, eine schwierige Verweisungstechnik über das SGB XII (Sozialhilfe) in das SGB IX zu verfolgen. Dort wird zwischen medizinischer (§§ 26 – 32 SGB IX), beruflicher (§§ 33 – 43 SGB IX) und sozialer Rehabilitation (§§ 55 – 59 SGB IX) unterschieden.

Zu den Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation gehört Psychotherapie als ärztliche und psychotherapeutische Behandlung (§ 26 Abs. 2 Nr. 3). Im Rahmen der sozialen Rehabilitation kommen heilpädagogische Leistungen für Kinder im Vorschulalter in Betracht (§ 55 Abs. 2 Nr. 2 SGB IX).

Für den Einsatz psychotherapeutischer Verfahren im Rahmen der Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche bedeutet dies: als Maßnahme der medizinischen Rehabilitation wird die Psychotherapie als ärztliche und psychotherapeutische Behandlung explizit genannt. Damit wird aber gleichzeitig eine Begrenzung auf Psychotherapie als Heilkunde vorgenommen. Leistungen der medizinischen Rehabilitation werden von der Jugendhilfe nur nachrangig, d.h. für den nicht versicherten Kreis junger Menschen gewährt.

Die im Rahmen der sozialen Rehabilitation vorgesehenen heilpädagogischen Leistungen für nicht schulpflichtige Kinder sind in der Kinder- und Jugendhilfe für alle psychotherapeutischen Verfahren offen, wenn diese auf den Zweck der sozialen Eingliederung ausgerichtet sind.

### **Schlussbemerkungen**

Psychotherapeutische Verfahren haben also auch in der Kinder- und Jugendhilfe ihren Platz und ihre Bedeutung für das Erreichen der § 1 Abs.1 SGB VIII formulierten Ziele, nämlich der Erzie-

hung und Entwicklung einer eigenverantwortlichen und gemeinschaftsfähigen Persönlichkeit. Wie in allen Leistungssystemen so konzentriert sich auch in der Kinder- und Jugendhilfe die öffentliche Aufmerksamkeit zunehmend auf die Kostenentwicklung. Da die Ausgaben in vielen Teilbereichen, so auch den Hilfen zur Erziehung und der Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche weiter ansteigen, wird nicht nur vor Ort auf verschiedene Weise versucht, die Ausgaben zu senken. Darüber hinaus wird immer stärker von den Ländern gefordert, die bundesgesetzlichen Leistungsverpflichtungen zu lockern, um auf diese Weise die Kommunen im sozialen Bereich zu entlasten. Hier werden die Ergebnisse der gegenwärtigen Koalitionsverhandlungen abzuwarten sein. Die Jugendminister der Länder haben andererseits auf ihrer letzten jährlichen Konferenz die Gesundheitsförderung als gesamtgesellschaftliche Aufgabe herausgestellt und dabei die Mitverantwortung der Kinder- und Jugendhilfe betont.

Unter Punkt 6 ihres Beschlusses vom 12./13. Mai dieses Jahres bitten sie die Gesundheitsministerkonferenz (GMK) um Unterstützung bei verschiedenen Anliegen, darunter

- Sicherstellung einer kindgerechten ambulanten, fachärztlichen Versorgung sowie eines ausreichenden Psychotherapieangebots für Kinder und Jugendliche insbesondere in ländlichen Räumen
- Klärung der Kostenübernahme für psychotherapeutische Leistungen durch die Krankenkassen, um zu vermeiden, dass wegen mangelnder Versorgungsleistungen die Jugendhilfe in Anspruch genommen wird (abgedruckt in AGJ - FORUM Jugendhilfe 3/2005 S. 32 – 33).

Es bleibt zu hoffen, dass das Thema psychotherapeutische Leistungen nicht „unter die Räder“ kommt und nur noch als Gegenstand der Abgrenzung und Unzuständigkeit fungiert, sondern beide Leistungsbereiche – Krankenkassen und Jugendhilfe - ihre Verantwortung für die Entwicklung junger Menschen erkennen und wahr nehmen.

Birgit Dohlus

### **Zusammenfassung der Podiumsdiskussion „Psychotherapie nach dem KJHG“**

Moderation: Dipl.-Psych. Christiane Angermann-Küster (PTK Berlin, seit 9/2005 Mitglied des VS)

Teilnehmer: Dipl.-Psych. Heinrich Bertram (bis 9/2005 kommissarischer Präsident der PTK Berlin, seitdem Mitglied des VS), Dr. Harro Naumann (Landesarzt), Dipl.-Psych. Manfred Otto (BAPP), Monika Schippmann (zuständige Senatsverwaltung), Dipl.-Psych. Ronald Schmidt (Leiter des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes Reinickendorf), Dipl.-Psych. Karl Wahlen (Bezirksamt Neukölln), Prof. Dr. Reinhard Wiesener (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend – BMFSFJ)

Luxus betrachtet und sei bedroht. Manfred Otto unterstützte diese pessimistische Position: Es habe in den letzten 10 Jahren einen „Riesenabbau“ bis auf die Hälfte der Behandler (60% der Mittel) gegeben. Nicht die Rechtslage und die politische Unterstützung sei das Problem, sondern die praktische Realisierung. Es gebe ein Abgrenzungsproblem zur Heilbehandlung nach SGBV – statt sich in Konfrontationen zu verschleißen – sei eine Clearingstelle für die unterschiedlichen Indikationsstellungen notwendig. Das Berliner Ausführungsgesetz zum SGB VIII sei mit Hilfe der Psychotherapeutenkammer gesichert worden, sagte Vizepräsident Heinrich Bertram, die jetzige bestehende Regelung schütze den Bestand, ein weiterer Abbau sei verhindert worden. Es gehe nicht nur um Erhaltung des Status, sagte Herr Wahlen, sondern um die Verhinderung einer schleichenden Auflösung. Psychotherapie in der Jugendhilfe sei Psychotherapie und nicht Pädagogik. Es gebe viel Verwirrung in der praktischen Hilfeplanung. Wenn Kinder das Recht auf Entwicklungsförderung hätten, wäre die jetzige Situation eine Rechtsverletzung, wenn die Jugendhilfe prüfe, ob eine Therapie notwendig sei.

In der dem Vortrag von Prof. Wiesener folgenden Podiumsdiskussion wurde die reale Situation in Berlin an den gegebenen gesetzlichen Möglichkeiten dargelegt. Moderatorin Christiane Angermann-Küster führte durch die Veranstaltung. Dr. Harro Naumann betonte, dass die Kinder- und Jugendhilfe in Berlin auch außerhalb der GKV möglich sei, es werde sogar ausdrücklich ein Spielraum eingeräumt – dennoch werde sie als

Es müsse deutlicher werden, forderte Dr. Naumann, wie sinnvoll das Angebot sei, „und die

Menschen, die das bezahlen, müssen wissen: Was wird da gemacht?“ Zuviel verheddere sich in verwaltungstechnischen Diskussionen, eine kollegialere Kommunikation sei notwendig. Herr Schmidt meinte, für ihn sei es nicht so sicher, dass die Psychotherapie in der Jugendhilfe erhalten bleibe, nicht allein aufgrund des Spardrucks. Die Psychotherapeuten müssten ein eindeutiges Ja der öffentlichen Jugendhilfe zu Psychologie und Psychotherapie neben der Pädagogik einfordern und aus Qualitätsgründen Abgrenzungskriterien deutlicher formulieren, aber Mischfinanzierung nicht ausschließen. Die Kassenärztliche Vereinigung müsse endlich den Notstand in der Kinder- und Jugendpsychotherapie erkennen und mehr Behandler zulassen

Die Rahmenbedingungen seien eigentlich klar geregelt, stellte Monika Schippmann dar. Derzeit seien 10 % aller Gesamtfälle in der Jugendhilfe psychotherapeutische Leistungen. Die Berechtigung sei nicht mehr generell in Frage gestellt, das führe „zu einer Beruhigung an der Front.“ Rahmenbedingungen müssten neu verhandelt werden. Hinsichtlich der Methoden meinte M. Schippmann, die drei Ebenen im therapeutischen Vorgehen (Psychotherapie- Familientherapie - Lerntherapie) seien unterschiedlich auch in ihrer Honorierung - wenn eine Vereinheitlichung machbar wäre, sei dies sinnvoll, ebenso wie Wirksamkeitsnachweise für die KJHG-Psychotherapien sowie die Weiterqualifizierung der Behandler. Dies unterstützte auch Prof. Wiesner, der die Qualitätsdebatte über Wirksamkeitsnachweise – ein Problem, das auch die Ärzte hätten – anregte, um mehr Akzeptanz für die Psychotherapie zu erhalten.

Manfred Otto wies auf die realen Probleme hin, immer häufiger würde von den entsprechenden Stellen die Bewilligung von notwendigen KJHG-Psychotherapien abgelehnt. Die fachlichen Argumente für diese Ablehnungen seien äußerst fragwürdig. Eltern seien allein oft überfordert, für ihr Recht auf eine Psychotherapie nach dem KJHG für ihr Kind gegenüber den entsprechenden Stellen der Bezirksämtern einzutreten. M. Schippmann versprach, sich um die spezielle Problematik zu kümmern, sah allerdings Kom-

munikationsdefizite auf beiden Seiten. Das Jugendamt müsse nach rechtlicher Sicht entscheiden, sagte Prof. Wiesner, doch dazu käme es nur selten, weil nur wenige Eltern ihr Recht einklagen würden. Bewegung käme erst durch mehr Druck seitens der Leistungsberechtigten zustande. Fachdiagnostische Stellen benötigten die Unterstützung der Kammer, betonte Heinrich Bertram, möglicherweise könnte ein unabhängiges Gutachterwesen hier hilfreich sein, die Kammer werde die Machbarkeit prüfen. Im Sinne der Qualitätssicherung sei es nötig, die Entscheidungshierarchien nach fachlichen Kriterien zu reformieren und in einen konstruktiven Prozess umzuwandeln, schlug Herr Wahlen vor. Auf Seiten der Psychotherapie sei durch Leistungs- und Abschlußberichte bereits einiges vorhanden, was er sich im Gegenzug von der öffentlichen Seite auch wünsche, meinte Manfred Otto. Das zeige, meinte Dr. Naumann, dass bei der von Prof. Kriz in seinem Einführungsvortrag zum LPT angeführten Problem der Passung auch die Versorgungsstrukturen berücksichtigt werden müssten. Viele Probleme seien nicht juristisch, sondern „durch unsere Kompetenz miteinander zu sprechen“ zu lösen. Eine Qualitätsentwicklungsvereinbarung könne ein hilfreicher Schritt sein, gab Frau Schippmann zu überlegen, eine entsprechende Empfehlung könne möglicherweise mit der Kammer erarbeitet werden. Sie wünsche sich, dass die Jugendhilfe nicht zu einem neuen Schlachtfeld, sondern konkrete Hilfe machbar werde. Bei Fortbildungs- und Qualitätszirkeln versprach die Kammer Mitwirkung, es wäre auch zu überlegen, so Heinrich Bertram, ob die Schulung der Leistungserbringer bei der Hilfeplanung sinnvoll sein könne, ebenso Konfliktseminare für Leistungserbringer und Entscheider. Herr Schmidt schlug als Qualitätssicherungsmaßnahme Hilfeplankonferenzen und eine klare Zielbeschreibung vor, se sei ein großes Qualitätsmerkmal, dass in Berlin approbierte Therapeuten eingesetzt würden. Heinrich Bertram dankte allen Diskutanten und Referenten und besonders der Senatsverwaltung für die gute Zusammenarbeit, die ein sehr gutes Beispiel für weitere Kooperation sei.

## Statements zur Podiumsdiskussion „Psychotherapie nach dem KJHG“

Karl Wahlen

Zur Frage, was zu tun ist, um der Psychotherapie in der Jugendhilfe einen Platz zu sichern, möchte ich drei Bemerkungen machen. Damit will ich versuchen zu zeigen, dass der Anspruch der Psychotherapie auf den Status einer legitimen Leistung der Jugendhilfe begründet ist.

1. Psychotherapie ist Psychotherapie. Auch in der Jugendhilfe ist Psychotherapie Psychotherapie und nicht Pädagogik oder irgendetwas anderes als Psychotherapie. Ebenso wie im medizinischen Versorgungssystem Psychotherapie nicht die Verabreichung von Medikamenten oder eine operative Maßnahme oder irgendeine andere medizinische Behandlung ist. Eine Rose ist eine Rose, auch wenn sie in einem Obstgarten wächst. Sie wird dadurch nicht zum Apfel- oder Pflaumenbaum.

2. Psychotherapie ist immer dann angezeigt, wenn wir es mit Störungen des Erlebens und Verhaltens zu tun haben, die sich der willentlichen Steuerung und der direkten Beeinflussbarkeit durch die Betroffenen entziehen und die dadurch Leidenszustände hervorrufen. Solche Störungen müssen auch dann vorliegen, wenn die dann angezeigte Psychotherapie im Rahmen der Jugendhilfe stattfindet (und nicht im Versorgungssystem der GKV). Andernfalls hätte man es nicht mit Psychotherapie zu tun oder zumindest nicht mit einer begründeten Indikation für Psychotherapie. - Andererseits ist im Rahmen der Jugendhilfe die Behandlung von Erkrankungen als genuine Jugendhilfeleistung nicht vorgesehen (wenn man einmal von der Leistung "Krankenhilfe" absieht). Krankenbehandlung ist Sache des Versorgungssystems der GKV, nicht der Jugendhilfe. - Das sieht ganz nach einem Dilemma aus und klingt paradox: Psychotherapie auch in der Jugendhilfe ist nur angezeigt, wenn behandlungsbedürftige seelische Störungen vorliegen, die unter einer bestimmten, nämlich der medizinischen Betrachtungsweise Krankheitswert haben. Aber zugleich darf Psychotherapie in der Jugendhilfe nicht der Behandlung einer Krankheit dienen. Wie geht das zusammen?

3. Das Dilemma lässt sich auflösen. Unter zwei Voraussetzungen: Erstens muss man Psychotherapie aus ihrer engen Verkoppelung mit dem medizinischen Versorgungssystem zumindest gedanklich heraus-schrauben (können). Zweitens muss man sie mit den Zwecken, den Aufgaben und Zielen der Jugendhilfe gedanklich und dann

auch therapie-praktisch in Einklang bringen (können).

Anders als das medizinische Versorgungssystem, dessen Code der Begriff „Krankheit“ ist, hat das Jugendhilfesystem seine begründende und ordnende Grundkategorie m.E. in dem Begriff der „Kindeswohlgefährdung“. Wo Kindeswohl beeinträchtigt ist, wo Gefahren für das Kindeswohl aufscheinen oder bestehen, da hat die Jugendhilfe ihre Pflichten und Aufgaben. Sie ist gesetzlich verpflichtet, Kindeswohlgefährdungen abzuwehren. Und zwar deshalb, weil sie den Auftrag hat, Rechte von jungen Menschen zu gewährleisten. Jedes Kind und jeder Jugendliche, jeder junge Mensch, jeder Einzelne von ihnen hat nämlich das gesetzlich verbrieft „Recht auf Förderung seiner Entwicklung und auf Erziehung zu einer eigenverantwortlichen und gemeinschaftsfähigen Persönlichkeit“ (§ 1 Abs. 1 SGB VIII). Geschieht das Gegenteil von Entwicklungsförderung, also Entwicklungsbehinderung oder -hemmung, so haben wir es im Grunde mit einer Rechtsverletzung zu tun. In diesem Sinne liegt dann m.E. Kindeswohlgefährdung, Kindeswohlbeeinträchtigung oder Kindeswohlverletzung vor.

Dem Aufgabenspektrum der Jugendhilfe (§ 1 Abs. 2 und 3 SGB VIII), das sich aus deren Grundfunktion ergibt, Kindeswohlgefährdungen möglichst nicht eintreten zu lassen oder sie abzuwenden, müssen psychotherapeutische Leistungen sich zuordnen lassen, wenn sie einen begründeten Platz in diesem Hilfesystem haben sollen. Ihre Rechtfertigung müssen sie folglich in der Grundkategorie der Jugendhilfe, nämlich in der "Kindeswohlgefährdung", finden. Obgleich sie als Therapien definitionsgemäß einen Bezug zu krankheitswertigen Störungen haben, müssen sie ihre Ziele und Vorgehensweisen an den handlungsleitenden Auftrag, an den Zweck der Jugendhilfe binden, Beeinträchtigungen des Wohls junger Menschen zu verhindern, zu mildern oder zu beseitigen, nicht jedoch an den der Jugendhilfe fremden Auftrag, Krankheiten zu heilen.

Es kann sein und kommt vor, dass Eltern mit ihren Kindern in einem tiefgreifend gestörten Beziehungs-, Kommunikations- und Interaktionsmuster verharren, dass die Eltern in ihrer erzieherischen Kompetenz nachhaltig überfordert sind, so dass es in der Folge seitens der Eltern zu nachhaltig dysfunktional wirkenden, wenngleich pädagogisch

gemeinten Verhaltensmaßnahmen kommt, die als Symptom für die Gefahr oder das Vorliegen der Dekompensation der elterlichen Funktionen zu werten sind. In einer solchen Situation muss auf Seiten des Kindes von einer Beeinträchtigung seines Wohlergehens und seiner Entwicklungsmöglichkeiten ausgegangen werden. Die Befundlage auf Seiten des Kindes wird von einem dem entsprechenden symptomatischen Verhalten und gestörten Erleben wie von einer damit korrespondierenden Beeinträchtigung seines Entwicklungsprozesses gekennzeichnet sein. In einer solchen erzieherischen Situation halte ich

## Ronald Schmidt

Ich arbeite als Klinischer Psychologe und Psychotherapeut im Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienst (KJPD) des Gesundheitsamtes Berlin-Reinickendorf in einem interdisziplinären Team von Sozialpädagogen, Ärzten und Psychologen.

Für einen gewissen Teil unserer Arbeit stehen wir den Jugendämtern als Fachdiagnostischer Dienst beratend und gutachterlich zur Verfügung. Ich möchte Ihnen Einiges zur Berliner Entwicklung der Einbeziehung ambulanter Psychotherapie in die Jugendhilfe erläutern.

In Berlin waren die Jugendämter schon immer auch Kostenträger der Sozialhilfe für Kinder- und Jugendliche. In den anderen Bundesländern wurden sie das erst mit Einführung des SGB VIII / KJHG.

Die KJPDs hatten die Aufgabe, im Rahmen des Bundessozialhilfegesetzes (BSHG) Ärztliche Gutachten und Stellungnahmen für die Jugendämter zu erarbeiten, ob seelische Behinderungen i.S.d. §39 BSHG vorlagen oder drohten und welche Eingliederungshilfen erforderlich waren. Dazu gehörten auch Psychotherapien, u.z. nicht nur in Berlin.

Die Ziele dieser psychotherapeutischen Hilfen waren:

- Ermöglichung der Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft
- Entwicklungs- und Reifungsförderung
- Hilfe zur angemessenen Schulbildung
- Verbesserung der sozialen und familiären Beziehungsstrukturen
- Verbesserung der erzieherischen Kompetenzen der Eltern

eine psychotherapeutische Behandlung für angezeigt, die als Hilfe zur Erziehung Geltung beanspruchen kann. Für diese Indikation, insbesondere für deren Zuordnung zu den Hilfen zur Erziehung, spielt es zunächst keine Rolle, wo und bei wem die Störung dieses von Dekompensation bedrohten Eltern-Kind-Systems seinen Anfang genommen oder seine "eigentliche" Ursache hat. Entscheidend ist hier m.E. die Feststellung erheblich gestörter erzieherischer Verhältnisse, deren Dysfunktionalität mit Bildungs- und Beratungsleistungen für die in der Erziehungsverantwortung stehenden Eltern allein nicht auflösbar erscheint.

Hierin fand sich schon eine recht klare Beschreibung der allgemeinen Aufgaben der Jugendhilfe, wie sie später im KJHG formuliert wurden. Die positiven Erfahrungen mit dem Einsatz von Psychotherapien (außer der EFB-Arbeit) führten dann auch im KJHG, und explizit im Berliner AGKJHG zur Einbeziehung therapeutischer und psychotherapeutischer Maßnahmen in die Jugendhilfe.

Leider gab es in der Jugendverwaltung immer wieder auch starke psychotherapiefeindliche Tendenzen, die durch den immensen Spardruck der letzten Jahre noch verstärkt wurden, und die eine Herauslösung der therapeutischen Hilfen aus dem AGKJHG forderten.

Auch auf der Bezirksebene ist die Akzeptanz von Psychologie und Psychotherapie in der Jugendhilfe von der jeweiligen fachpolitischen Einstellung der Jugendamtsleitung, und natürlich einzelner Mitarbeiter, abhängig.

Die nach wie vor mangelhafte Ausstattung mit Kindertherapeuten im Rahmen der GKV nährte den Vorwurf an die Fachdienste, sie würden die Jugendhilfe systemwidrig benutzen, um Versorgungslücken in der GKV auszugleichen.

Auch wenn es zurzeit so aussieht, als ob der Erhalt therapeutischer und psychotherapeutischer Hilfen im aktualisierten AGKJHG gesichert wurde, gilt es die weitere Entwicklung aufmerksam zu verfolgen und zu beeinflussen.

- Nicht nur angesichts der erschreckenden Vorkommnisse der letzten Zeit von Kindesmisshandlungen und Tötungen muss die öffentliche Jugendhilfe neben Pädagogik und Sozialpädagogik die Psychologie und Psychotherapie in ihre Handlungskonzepte einbeziehen.

- Inhalte und Ziele, wie auch Voraussetzungskriterien für die Psychotherapie in der Jugendhilfe müssen deutlicher erarbeitet werden, um sie von der in der Krankenversorgung unterscheiden zu können.
- Kooperationsverfahren und Qualitätssicherung müssen überarbeitet werden.
- Für Überschneidungen der beiden Systeme müssen Modelle einer Mischfinanzierung gefunden werden.
- Die GKV muss endlich Lösungen anbieten für eine Verstärkung des Angebotes an Behandlern für Kinder und Jugendliche.
- Die positiven Erfahrungen in Berlin sollten offensiv in das übrige Bundesgebiet transportiert werden.
- Psychotherapie in der Jugendhilfe ist keine Systemwidrigkeit und die sie empfehlenden Fachdienste sind keine Beschaffungstätter.
- Wer in seiner Jugendhilfearbeit auf Psychologie und Psychotherapie verzichtet, handelt unverantwortlich und sträflich gegenüber unserer Jugend.

## **Autoren**

### **Dipl.-Psych. Götz Beyer**

Psychologischer Psychotherapeut, niedergelassen, Verhaltenstherapie.

### **Dipl.-Soz.Wiss. Peter Ebel**

Jahrgang 1960, Dipl. Soz. Wiss./Soziale Arbeit, Psychologie  
Psychotherapeut für Systemische Einzel-, Paar- und Familientherapie, Gesprächspsychotherapeut (GwG), Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut und Systemischer Supervisor (DGSv, SG) in freier Praxis. Lehrender Supervisor (SG) und Lehrtherapeut am IST - Institut für Systemische Therapie, Berlin.

### **Dipl.-Psych. Jürgen Hardt**

Wetzlar, Studium Psychologie mit Schwerpunkt Philosophie in Köln,  
Mitarbeit in der Psychiatriereform, psychotherapeutische Praxis,  
Lehranalytiker, Gruppenanalytiker, Psychologischer Psychotherapeut,  
Präsident der Hessischen Landeskammer für PP und KJP  
Arbeiten: Grenzbereich Psychoanalyse und Philosophie,

### **Dipl.-Psych. Marga Henkel-Gessat**

Verhaltenstherapie, Tiefenpsychologisch fundierte Körperpsychotherapie, Familientherapie, Gesprächspsychotherapie, Arbeitsschwerpunkte: Psychosomatik Zahnmedizin, Psychosomatik Tumorerkrankungen, Paartherapie - Sexuelle Störungen  
Praxisadresse: Eichenallee 63 - 14050 Berlin,  
Tele 030-3040533- Fax 030-3045890  
henkel-gessat@gmx.de

### **Dipl.-Psych. Karl-Otto Hentze**

Psychotherapeut, Bundesgeschäftsführer der Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG), Gesprächspsychotherapie, Ausbilder in GPT  
Fortbildungen in TP und humanistischen Verfahren  
Melatengürtel 125 a, 50825 Köln, hentze@gwg-ev.org

### **Dipl.-Psych. Detlef Karras**

Diplom-Informatiker, seit 1977 halbe Stelle an einer Erziehungs- und Familienberatung, seit 1980 Psychotherapeutische Praxis, 1981 Kassenzulassung in VT, ab 1983 KV-anerkannter Supervisor. Ausbildung in VT, GT, Familientherapie, NLP und Hypnotherapie.

Seit 1993 Dozent/Supervisor/Lehrtherapeut im Rahmen der Weiterbildung in Verhaltenstherapie an der Humboldt-Universität Berlin, danach bei der BAP.

Tel. 030-341 08 10 - dkarras@t-online.de

### **Dipl. Psych. Andreas Koch**

geb. 1958, verheiratet, 2 Kinder; Psychologischer Psychotherapeut, niedergelassen in Berlin-Friedenau, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie; 1991-2002 Arbeit in der ambulanten-komplementären Versorgung psychisch erkrankter Menschen (Betreutes Wohnen, Kontakt- und Beratungsstelle), mehrjährige Teilnahme an der Überregionalen Weiterbildung in Analytischer Psychosentherapie in München. Weiterbildung in klientenzentrierter Gesprächspsychotherapie und EMDR-Traumatherapie

### **Dr. Wieland Knobbe**

Dipl.-Psych., Psychoanalytiker, niedergelassener Psychologischer Psychotherapeut.  
Mitglied der Sitzungsleitung und der Redaktion der Berliner Seiten des „Psychotherapeutenjournal“ der Berliner Psychotherapeutenkammer.

### **Prof. Dr. Jürgen Kriz**

Professor für „Psychotherapie und klinische Psychologie“ an der Universität Osnabrück im FB „Humanwissenschaften“, Mitglied des Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie (WBP). Psychotherapeut und Ausbilder für personenzentrierte Psychotherapie (GwG), Mitglied der Nds. Psychotherapeutenkammer. Korrespondierendes Mitglied der Gesellschaft für Logotherapie und Existenzanalyse, Wien, Ehrenmitglied. Deutschen Systemischen Ges., Berlin.  
Mitherausgeber von „Gestalt-Theorie“ sowie der Buchreihen „Familienpsychologie - Familientherapie - Systemische Therapie“ und „Psychotherapie: Ansätze und Akzente“. Wissenschaftlicher Beirat von „Psychotherapeut“, „Integrative Therapie“, „Existenzanalyse“ und „Person-Centered and Experiential Psychotherapies“.  
Publikationen: ca. 200 Beiträge und 19 Bücher über methodisch-statistische und klinisch-therapeutische Fragen, u.a. Grundkonzepte der Psychotherapie (5. Aufl. 2001), Systemtheorie; eine Einführung für Psychotherapeuten, Psychologen und Mediziner (1997/ 3.: 2000), Chaos, Angst und Ordnung; wie wir unsere Lebenswelt gestalten (1997/ 2.: 1998). Interessenschwerpunkte  
Im Rahmen seiner „Personzentrierten Systemtheorie“ Arbeit an der Verbindung von naturwissenschaftlich fundierter Systemtheorie (Synergetik) mit Psychotherapie/Psychopathologie und Be-

wusstseinsphänomenen; ferner: Fragen der Forschungsmethodik.

Adresse: Universität Osnabrück, FB Psychotherapie und Klinische Psychologie  
D-49069 Osnabrück, Tel. G: 0049-541 969 47 42, Fax G: 0049 541 969 47 47  
e-mail: juergen.kriz@uni-osnabrueck.de

### **Prof. Dr. Armin Kuhr**

geb. 1944, Studium der Psychologie in Hamburg, nach dem Vordiplom im Zweig für Pädagogische und Klinische Verhaltensmodifikation (Prof. Tausch). Diplomarbeit bei Tausch. Assistent im Fach Pädagogische Psychologie der Pädagogischen Hochschule Niedersachsen, Abteilung Göttingen (1971-1978). Promotion 1975 mit einem Thema aus der Pädagogischen Psychologie bei Specht/Bredenkamp. Nach kurzer Tätigkeit in einer Klinik für Herzinfarkt-rehabilitation der BfA in Berlin ab 1978 wissenschaftlicher Mitarbeiter des Arbeitsbereiches Klinische Psychologie. Habilitation (Thema: Stottern) 1987. Ab 1990 regionale Leitung von Weiterbildungskursen Verhaltenstherapie der DGVT. Leitung des Arbeitsbereiches Klinische Psychologie ab 1994. 1997 Ausscheiden aus dem Öffentlichen Dienst und Niederlassung in einer Gemeinschaftspraxis (ohne Kassenzulassung). Seit 1999 Geschäftsführer einer staatlich zugelassenen Ausbildungsstätte (in Kooperation mit der DGVT) für Verhaltenstherapie für Erwachsene (seit 2000 auch für Kinder und Jugendliche), Leiter der Ausbildungsambulanz. 1999 bis 2001 Mitglied des Landessprecherteams der DGVT in Niedersachsen. 2000-2001 stellvertretender Vorsitzender des Errichtungsausschusses der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen. 2001-2005 Mitglied der Kammerversammlung und Vorsitzender des Ausschusses für Aus-, Fort- und Weiterbildung. Seit 2002 Mitglied des geschäftsführenden Vorstands der DGVT. Seit 2003 Niederlassung als Psychologischer Psychotherapeut in Berlin. Mitglied der Delegiertenversammlung der Psychotherapeutenkammer Berlin.  
Inhaltliche Schwerpunkte der therapeutischen Arbeit: Ambulante Verhaltenstherapie mit den Schwerpunkten Angst- und Zwangsstörungen, in geringerem Umfang Depression, Essstörungen und Psychosen.  
Unterrichtstätigkeit: Lehrtätigkeit an der Medizinischen Hochschule Hannover, Durchführung von Lehrveranstaltungen in der Verhaltenstherapieausbildung, Supervision.  
Forschungsinteressen: Therapie der Zwangsstörung, Qualitätssicherung in Ausbildung und Therapie.

Weitere Mitgliedschaften in Fach- und Berufsverbänden: ABCT (Association for Behavioral and Cognitive Therapies, USA), BPS (British Psychological Society, GB – Chartered Psychologist), SPR (Society for Psychotherapy Research)

### **Dipl.-Psych. Birgit Leifeld**

Nach Studium der Psychologie an der TU Berlin ab 1976 als Diplom-Psychologin freiberuflich psychotherapeutisch tätig. Seit 1978 in Berlin Charlottenburg als Psychologische Psychotherapeutin mit Schwerpunkt Verhaltenstherapie in eigener Praxis niedergelassen. Arbeit mit Kindern und Jugendlichen sowie Erwachsenen im Einzel-Familien- und Gruppensetting. Dozentin und Supervisorin im Rahmen des Berliner Modellversuchs „Ausbildung zur Klinischen Psychologin/Psychotherapeutin“. Schwerpunkt in der Entwicklung Psychoedukativer Gruppenprogramme für Kinder und Erwachsene mit chronischen körperlichen oder chronischen psychischen Erkrankungen. Seit 2000 als Dozentin, Lehrtherapeutin und Supervisorin an der Berliner Akademie für Psychotherapie und der Mitteldeutschen Akademie für Psychotherapie tätig. Langjährige Erfahrung u.a. in der psychotherapeutischen Behandlung von Patienten mit schizophrenen und affektiven Psychosen und deren Angehörigen im Einzel- und Gruppensetting.

### **Dipl.-Psych. Cornelia Leschke**

Psychologische Psychotherapeutin, Psychoanalytikerin und Verhaltenstherapeutin (DPG, DGPT, DAGG-AG, DGVT, u.a.), Supervisorin, Dozentin und Lehrtherapeutin, Mitglied an den Ausbildungsinstituten BIPP und BAP.  
Psychologiestudium an der Freien Universität Berlin 1976 -1983, Kunststudium an der Hochschule der Künste Berlin, heute Universität der Künste 1978 – 1982.  
An der HDK, heutige UDK, als Wissenschaftliche Mitarbeiterin im Fachbereich 4, Visuelle Kommunikation, Mitarbeit in Lehre und Forschung, Gremienarbeit, Prüfungsberechtigung in den Fächern: Sozialwissenschaft.  
Kommunikationswissenschaft und Kunstwissenschaft 1987-1992 Freie Praxis in Einzel-, Paar- und Gruppentherapie, seit 1984 Kooperation in psychosomatisch-onkologischer Schwerpunktpraxis 1987 - 1990 Kooperation mit psychiatrisch-neurologischer Praxis 1990 – 1998. Niederlassung als Kassen-Einzelpraxis, Psychoanalyse, Psychotherapie.  
Verhaltenstherapie für Erwachsene als Einzel- und Gruppenverfahren; sowie Hypnose, Autogenes Training und Muskelrelaxation, Lehrpraxis. Verschiedene Rundfunk- und Fernsehbeiträge,



sowie Vorträge, Moderationen und Publikationen. Forschungsschwerpunkte: Psychoanalyse und Kunst, Ästhetische Theorie, Sprache, Träume, Gender studies, Behandlungstechnik, Gruppenprozesse u.a.

Anschrift: Eichenallee 5, 14050 Berlin, Tel.: 030-3052931, Fax: 030-30812318

### **Prof. Dr. Michael Linden**

Leiter der Abteilung Verhaltenstherapie und Psychosomatik am Rehabilitationszentrum Seehof der Deutschen Rentenversicherung und Leiter der Forschungsgruppe Psychosomatische Rehabilitation an der Charité, Universitätsmedizin Berlin

Anschrift: Rehabilitationszentrum Seehof der Deutschen Rentenversicherung  
Lichterfelder Allee 55, 14513 Teltow, Tel.: 03328 345678, Fax: 03328 345555  
mail: linden@zedat.fu-berlin.de

### **Dipl.-Psych. Christina Maunz**

Psychologische Psychotherapeutin, Diplom TU Berlin 1983.

Fortbildungen: Gesprächspsychotherapie, Gestalttherapie, Hypnotherapie Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, Ressourcenorientierte Kurzzeittherapie.

Psychoonkologie: Simonton-Gruppentherapie, Psychologische Schmerztherapie.

Stressbewältigung, Supervision u. Coaching, Public Health – Gesundheitsmanagement, 10-jährige Tätigkeit in verschiedenen Reha-Kliniken u. Universitätsklinik in den Bereichen: Onkologie – Innere Medizin, Neurologische Rehabilitation, Querschnittserkrankungen Tätigkeit in freier Praxis in Berlin-Wilmersdorf seit 2004 mit folgender Spezialisierung: Menschen mit körperlichen Erkrankungen: Krankheitsbewältigung Psychologische Schmerztherapie, Behandlung von Schlafstörungen, Ehe- u. Familienberatung speziell für Menschen mit körperlichen Erkrankungen u. deren Angehörige.

Supervision u. Coaching: Fortbildung u. Supervision für Berufsgruppen aus der Onkologie u. Berufsgruppen in Reha-Einrichtungen, Konfliktmanagement.

Kontakt: Brentanostr. 18, 12163 Berlin, Tel. 030/89 72 45 20 – christina.maunz@t-online.de

### **Dipl.-Psych. Doris Müller**

geb. 1945, Psychologische Psychotherapeutin, Supervisorin BDP/GwG, Lehrtherapeutin GwG, Ausbilderin in personenzentrierter Beratung und Gesundheitsförderung GwG, Notfallpsychologin PECON, fortgebildet u.a. in VT, Gestalttherapie, analytische Gruppenpsychotherapie, EMDR,

Organisationspsychologie. Z.Zt. tätig in einer lernpsychotherapeutischen Einrichtung der Jugendhilfe u. freiberuflich als Psychotherapeutin, Supervisorin, Dozentin in der Erwachsenenbildung und in der Personal- und Organisationsentwicklung.

Adresse: Stubenrauchstr. 61, 12161 Berlin, Fon u. Fax: 89 731 731, mueller.d.a@t-online.de

### **Dipl.-Psych. Michael Nahler**

Psychologischer Psychotherapeut, Ausbildung in VT, Entspannungsverfahren, Hypnotherapie, Psychologische Schmerztherapie. Dozent, Supervisor und Lehrtherapeut für VT. Institut für Psychologische Schmerztherapie Berlin, Rothenburgstr. 38, 12163. ips@snaflu.de (<mailto:ips@snaflu.de>)

### **Dipl.-Psych. Walter Oik**

Psychologischer Psychotherapeut, 51 Jahre, verheiratet, 1 Kind. Weiterbildungen in Gestaltpsychotherapie (IGG Berlin) und Psychoanalyse (Institut f. Psychotherapie, Koserstr./Görzallee). Fortbildungen in Körperpsychotherapie, NLP und Hypnotherapie. Seit 1983 psychotherapeutisch tätig, ambulant und stationär. 1984-1988 und 1997 bis heute Anstellung in leitender Funktion im Bereich stationäre Suchttherapie; z.Zt. halbe Stelle als Einrichtungsleiter des „Adaptionshauses Berlin“, Tannenhof Berlin-Brandenburg e.V. 1988 bis heute Niederlassung in psychotherapeutischer Praxis (Gemeinschaftspraxis mit Kollegen/innen verschiedener Fachrichtungen). Einzelpsychotherapie (tiefenpsychologisch fundiert und analytisch), Gruppentherapie, Beratung; Paarberatung, Supervision, Fortbildung. Psychotherapeutische Praxis, Cosimaplatz 2, 12159 Berlin, Tel.: 030-8519906  
olk.walter@web.de

### **Dipl.-Psych. Regina Podlesch**

Psychologische Psychotherapeutin, angestellt, stationär, methodenübergreifend.

### **Dipl.-Psych. Sylvia Rasch-Owald**

geboren 1948, Beruflicher Werdegang: Studium an der FU Berlin, Psychologie-Diplom 1977, Klinische Psychologin 1992, Approbation 1999, Klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie mit über 20 jähriger Berufspraxis, 3jährige berufs begleitende Weiterbildung in Gruppenleitung und -analyse. Langjährige Tätigkeit als angestellte Diplom-Psychologin und Psychotherapeutin im Strafvollzug, als freiberufliche Psychotherapeutin. Auslandserfahrung als Therapeutin in einem multinationalen und multiprofessionellen Team. Seit 8 Jahren im Vorstand der GwG (Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie):

Herausgeberin des Verlags und der Zeitschrift;  
Organisation des Weltkongresses 2006  
Adresse: Fontaneallee 28, 15732 Eichwalde  
e-mail: sro@onlinehome.de

**Dipl.-Psych. Barbara Schervier-Legewie**

Psychologische Psychotherapeutin; Diplom in  
Psychologie 1981 (TU Berlin)  
Ausbildung in Gesprächspsychotherapie, Inte-  
grativer Paar- und Familientherapie, Tiefenpsy-  
chologisch fundierter Psychotherapie und Kon-  
flikt-Coaching, Langjährige Tätigkeit in Ein-  
richtungen des Gesundheitswesens (akutpsychi-  
atrische Stationen; Sozialpsychiatrischer Dienst);  
Tätigkeit in Freier Praxis seit 1990;  
Schwerpunkte: Einzelberatung und –therapie,  
Paarberatung und –therapie, Supervision von  
Teams und Einzelnen, Coaching  
Kontakt: Lepsiusstr. 58, 12163 Berlin, Fon+Fax:  
030 – 833 02 46, mail: info@schervier.de

**Dipl.-Psych. Monika Schimpf**

Systemische (Lehr-) Therapeutin ( SG ),  
(Lehr-)Supervisorin(SG), niedergelassenen in  
eigener Praxis und angestellt als Leiterin des  
Instituts für Systemische Therapie, Veröffentli-  
chungen zum Lösungsorientierten Umgang bei  
Essstörungen.

**Dipl.-Psych. Ronald Schmidt**

Jahrgang 1950, Psychotherapeutischer Psycho-  
therapeut  
Studium: Psychologie, Kunstgeschichte  
Therapieausbildung: Verhaltenstherapie (Grund-  
ausbildung), Gesprächspsychotherapie  
Tiefenpsychologisch Fundierte Psychotherapie,  
Katathym Imaginative Psychotherapie, Autoge-  
nes Trainin, Progressive Relaxation  
Tätigkeit: Kinder- und Jugendpsychiatrischer  
Dienst Berlin-Reinickendorf,  
Eigene Praxis, Lehrtherapeut für Tiefenpsycho-  
logisch Fundierte Psychotherapie  
Kontakt: ron.mail@web.de

**Dipl.-Psych. Brigitte Schroller**

1976 Dipl.-Psych.. Aufgrund meiner verhaltens-  
therapeutischen Grundkenntnisse, ununterbro-  
chener Fortbildungen und Behandlungen wurde  
ich 1982 als Verhaltenstherapeutin von der KV  
Berlin zugelassen. 1979 habe ich zusammen mit  
zwei Diplom-Psychologen den Funktionsbe-  
reich Psychosomatik im Christophorus-Kinder-  
krankenhaus aufgebaut und habe dort bis bis  
Ende 1983 gearbeitet. Von 1983 bis 1990 habe  
ich mich in Psychoanalyse und analytischer  
Psychotherapie im Institut für Psychotherapie in  
Berlin weitergebildet und bin seit 1990 als Psy-

choanalytikerin und Psychotherapeutin von der  
KV Berlin zugelassen. Seitdem arbeite ich nie-  
dergelassen ganztags. Seit 1992 bin ich als Do-  
zentin der Deutschen Akademie für Psychothera-  
pie für tiefenpsychologische Theorie und Super-  
visorin für tiefenpsychologisch orientierte Be-  
handlungen tätig bei Diplom-Psychologen, die  
keine Weiterbildung an einem KBV anerkannten  
Institut absolviert haben. 1998 wurde ich als Mit-  
glied in das Berliner Institut für Psychotherapie  
und Psychoanalyse - BIPP - aufgenommen und  
bin dort als Dozentin tätig. Zur Lehranalytikerin  
im BIPP wurde ich in 1998 ernannt. Seit 2004  
bin ich anerkannte Lehranalytikerin der DGPT.  
Seit 1998 bin ich Dozentin für die KBV aner-  
kannte Ergänzungsqualifikation der Berliner  
Akademie für Psychotherapie -BAP - unter der  
Leitung von Frau Prof. E. Jaeggi, die fortlaufend  
für Diplom-Psychologen, die unter die Über-  
gangsregelung des PtG fallen, angeboten wird.  
Im Januar 2000 bin ich als Dozentin, Lehrthera-  
peutin und Supervisorin in der BAP aufgenom-  
men worden.

1998 habe ich die Zulassung der KV Berlin für  
Gruppenpsychotherapie in tiefenpsychologisch  
fundierter und analytischer Psychotherapie bei  
Erwachsenen erhalten. Zurzeit arbeite ich am  
Aufbau einer eigenständigen tiefenpsychologi-  
schen Gruppenpsychotherapie-Weiterbildung,  
deren Curriculum bereits von der KV Berlin an-  
erkannt ist, mit. Ich bin staatlich anerkannte Su-  
pervisorin.

**Dipl.-Psych. Hansjörg Stahl**

über 20 Jahre Berufserfahrungen in stationärer,  
ambulanter und aufsuchender Arbeit mit Familien.  
Jg. 1954, Diplompädagoge, KJPP, Systemischer  
Therapeut (SG), Supervisor (SG)  
Lehrtherapeut (SG) am IST-Berlin Teltower  
Damm 7, 14059 Berlin  
Praxis für Paar- und Familientherapie mit Bettina  
Börsch (PPT) in Berlin-Mitte  
Mail: hansjoergstahl@t-online.de

**Dr. Christian Stiglmayr**

Dipl.-Psych., Psychologischer Psychotherapeut,  
(VT), VT-Supervisor, DBT-Trainer und –Su-  
pervisor, niedergelassen im Bezirk Berlin-  
Neukölln, Leiter des Fortbildungsinstituts "Ar-  
beitsgemeinschaft für wissenschaftliche Psycho-  
therapie Berlin - AWP-berlin", AWP-Berlin,  
Bundesring 58, 12101 Berlin,  
christian\_stiglmayr@web.de.

**Dipl.-Päd. Christoph Stößlein**

Ausbildung am Institut für Psychotherapie Berlin  
e.V. in Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

(Psychoanalyse/Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie) im Einzel- und Gruppenverfahren, Berufstätigkeit u.a. im Kinderschutz Zentrum Berlin e.V., einer psychiatrischen Akutklinik (KJP), einer psychotherapeutischen Fachklinik für Jugendliche; niedergelassen in eigener Vollzeitpraxis in Berlin, Vorstandsmitglied der Kammer für PP und KJP im Land Berlin, Delegierter des Landes Berlin in der Bundespsychotherapeutenkammer.

### **Dr. Manfred Thielen**

Dipl.-Psych., Psychologischer Psychotherapeut. Niedergelassen, Abrechnungsgenehmigung für Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und Verhaltenstherapie. Weiter ausgebildet in Körperpsychotherapie, Gesprächspsychotherapie; Fortbildungen in Gestalttherapie u.a. Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Körperpsychotherapie (DGK e.V.).

Zusammen mit Dr. Thomas Busch Leitung des Instituts für Körperpsychotherapie Berlin, Ausbilder, Supervisor. Kongressleitung, –organisation und –vorträge.

Diverse Veröffentlichungen, z.B. „Narzissmus. Körperpsychotherapie zwischen Energie und Beziehung.“ Leutner Verlag Berlin 2002.

2001-2005, Mitglied des Vorstandes der Berliner Psychotherapeutenkammer, Ressort: Wissenschaft, Forschung, Qualitätssicherung, seit 2004 Mitglied des Redaktionsbeirates des „Psychotherapeutenjournals“, Delegierter der Bundespsychotherapeutenkammer und der Berliner Psychotherapeutenkammer, seit 2005 Sprecher des „Bündnis für psychische Gesundheit“.

Adresse: Cosimaplatz 2, 12159 Berlin,  
Tel.:030/8519906, E-Mail: ma.thielen@gmx.de

### **Dipl.-Psych. Karl Wahlen**

59 Jahre, Psychologischer Psychotherapeut, Erziehungsberater, Entwicklungspsychologe; Berufliche Tätigkeiten: Wissenschaftlicher Assistent an der Universität Bielefeld, Forschung und Lehre im Fachgebiet Entwicklungspsychologie (4 Jahre), Wissenschaftlicher Mitarbeiter am Max-Planck-Institut für Bildungsforschung, Berlin, entwicklungspsychologische Forschung im Projekt "Kindliche Entwicklung und soziale Struktur" (Island-Studie, Berlin-Reykjavik) (5 Jahre), Psychologischer Mitarbeiter in einem Berliner Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienst (10 Jahre), Leiter des Fachbereichs Psychosoziale Dienste (Erziehungs- und Familienberatung, Kinder- und Jugendpsychiatrische Beratung) des Jugendamtes Berlin-Neukölln (seit 1994)  
Kontaktadresse: Am Treptower Park 36, 12435 Berlin  
Email: kpwahlen@t-online.de  
karl.wahlen@ba-nkn.verwalt-berlin.de

### **Prof. Dr. Dr. h.c. Reinhard Wiesner,**

Bundesministerium für Familien, Senioren, Frauen und Jugend, Ministerialrat des Referats Kinder- und Jugendhilferecht.

Tagungsbericht zusammengestellt von  
**Dr. Manfred Thielen**

Herausgegeben im Mai 2006 von der  
**Kammer für Psychologische Psychotherapeuten  
und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten  
im Land Berlin**

Kurfürstendamm 184

10707 Berlin

Tel.: 030-887140-0

Email: [info@psychotherapeutenkammer-berlin.de](mailto:info@psychotherapeutenkammer-berlin.de)

im

***Psychotherapeutenverlag***

Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

Im Weiher 10

69121 Heidelberg

**Copyright**

Alle Rechte vorbehalten. ©Kammer für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten im Land Berlin. Nachdruck, auch auszugsweise, Reproduktion oder Einspeicherung nur mit Genehmigung der Kammer.