

Kompendium Psychotherapie im Erwachsenenalter

Tobias Elze (2000) und Wulf Mirko Weinreich (2001-04)

Stand Januar 2004

ACHTUNG!

*Nur Textstellen in dieser Schriftgröße (12 pt) sind in Leipzig prüfungsrelevant,
klein gedruckte Kapitel und Passagen sind zusätzliches Hintergrundwissen für den Interessierten!!!*

Inhaltsverzeichnis

GESCHICHTE DER PSYCHOTHERAPIE	2
Exkurs: Meine Meckerseite (<i>nicht prüfungsrelevant ☺</i>)	9
ENTSPANNUNGSTECHNIKEN	10
I. TIEFENPSYCHOLOGIE: SIGMUND FREUD UND SEINE SCHÜLER	
Psychoanalyse: Sigmund Freud	15
Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	23
Individualpsychologie: Alfred Adler	24
Analytische Psychologie: Carl Gustav Jung	26
Körperorientierte Therapie: Wilhelm Reich (<i>nicht prüfungsrelevant</i>)	29
II. HUMANISTISCHE PSYCHOLOGIE	
Klientenzentrierte Psychotherapie: Carl R. Rogers	31
Gestalttherapie: Fritz Perls (<i>nicht prüfungsrelevant</i>)	38
Transpersonale Psychologie (<i>nicht prüfungsrelevant</i>)	43
Integrale Psychologie (<i>nicht prüfungsrelevant, aber interessant!!!</i>)	45
III. SYSTEMISCHE ANSÄTZE IN DER PSYCHOLOGIE	50
GRUPPENPSYCHOTHERAPIE	60
IV. VERHALTENSTHERAPIE	
Klassische Verhaltenstherapie	64
Kognitive Therapien	94
PSYCHOTHERAPEUT? NEIN DANKE!! (Ein Anstoß) (<i>nicht prüfungsrelevant ☺</i>)	104

Anmerkungen, Kritik oder Geschenke ;-) an: LaughingUniverse@gmx.de

Grundlagen der Psychotherapie im Erwachsenenalter

„Ich bete darum, daß es niemandem gelingen möge, eine allgemein gültige Therapie-„methode“ durchzusetzen. Bei den Verschiedenheiten der Menschen, ihrer Bedürfnisse, Werte und Ziele, könnte dies nur eine Zwangsjacke sein. Wir sollten nicht - aus Angst, daß unsere bunt blühenden Therapie-Felder vom vielbeschworenen Therapie-Dschungel überwuchert werden könnten - in die Plantagen einer "effektiven" Monokultur flüchten.“

Prof. Jürgen Kriz (aus: systema 1/97)

☞ Grundlagenliteratur für alle Kapitel:

- Kriz, Jürgen: Grundkonzepte der Psychotherapie. Weinheim: PVU 2001 (sehr gut!)
- Corsini, Raimond J.: Handbuch der Psychotherapie. Weinheim: PVU 1994
- Jaeggi, E. et al: Gibt es auch Wahnsinn, so hat es doch Methoden. München 1990
- Stumm, G. & Pritz, A. (Hrsg.): Wörterbuch der Psychotherapie. Wien 2000 (nur bei www.Zweitausendeins.de bestellbar, super Nachschlagewerk!!)

Geschichte der Psychotherapie

a) Hochkulturen der Antike, Religionen, Heilungs- und Beschwörungsrituale der Urvölker, Gelehrte und Ärzte des Altertums

- ☞ Schamanen, Priester, Magier, Rabbis, Astrologen, weise Frauen → Vorläufer des Psychotherapeuten
- ☞ Bibel, Märchen, Sagen, Schriften des Altertums, Wunderheilungen
- ☞ sporadische Praxis so alt wie Menschheitsgeschichte
- ☞ «Psychotherapie hat eine lange Geschichte, aber eine kurze Vergangenheit» → Ebbinghaus-Zitat für die Psychologie ist auch auf die Psychotherapie anwendbar

b) Entstehung der wissenschaftlichen Psychotherapie – 18. Jahrhundert

- ☞ wissenschaftlicher Hypnotismus (MESMERISMUS, BERNHEIM, LAVATER)
 - Mesmer; böhmischer Baderarzt, förderte Heilung seiner Patienten mit suggestiven Methoden, sah in Hypnose eine natürliche Kraft, keine Magie
- ☞ Hypnose (CHARCOT, 1885, BLEULER, FREUD) = Geburtsstunde der wiss. Psychotherapie
 - Begriff «Hypnose»: James BRAID (1795 – 1860)
 - VON BERNHEIM: Hypnotisierbarkeit = Umwandlung von Fremd- in Autosuggestion
 - Milton ERICKSON: Suggestion = Umschalten von konverg. zu diverg. Denken
 - Hypnotherapie heute als Ergänzungsverfahren

c) Wissenschaftliche Institutionalisierung der Psychotherapie

- ☞ Sigmund FREUD → Psychoanalyse um 1900 (Traumdeutung der Anna O.)
- ☞ I. P. PAWLOW → Behaviorismus (WATSON (Albert-Experiment, das nie repliziert wurde), SKINNER, THORNDIKE) → Verhaltenstherapie (1910 – 1920; Anwendung erst ab 1950)
- ☞ «3. Kraft» Humanistische Psychologie: MORENO → ROGERS, MASLOW, PERLS,
 - MORENO: ca.1920 Konzepte *Begegnung, Hier und Jetzt, Empathie*; Psychodrama

- Carl R. ROGERS: Personenzentrierter Ansatz (um 1940) → Gesprächspsychotherapie,
- ☞ Systemische Psychotherapie: Virginia SATIR, MINUCHIN, PALAZZOLI ab 1960
- ☞ Kognitive Psychotherapie – Kognitive Wende (um 1970): MAHONEY, MEICHENBAUM
- ☞ Transpersonale Psychologie als «4. Kraft»: C. G. JUNG, R. ASSAGIOLI, A. MASLOW, ST. GROF; K. WILBER (Übergänge zur Humanistischen Psychologie sind fließend)
- ☞ Ursachen für Entwicklung der Psychotherapie im 20. Jahrhundert sind auch in den Weltkriegen zu suchen → Kriegstraumatisierung, überforderte Frauen und Kinder

Entwicklungstendenzen:

- a) Allgemeine Psychotherapie, (z. B. nach Klaus GRAWE)
 - eine neue, einheitliche Theorie (gibt es noch nicht)
 - Berücksichtigung der 4 Wirkprinzipien
 - flexibler Therapeut, der nicht zuerst daran orientiert ist, was er selbst kann, sondern was der Patient braucht
 - 3 Wirkfaktoren: Bewältigungsperspektive, Klärungsperspektive, Beziehungsperspektive
- b) Integrative Psychotherapie (z.B. nach Hilarion PETZOLD)
 - eine Therapierichtung als Schwerpunkt, andere Richtungen als Ergänzung (eklektisches Vorgehen, ist in der Praxis normal)
 - Kompatibilität beachten (z.B. Menschenbild, therapeut. Grundannahmen)
 - Bsp: Gestalttherapie + Transaktionsanalyse + Bioenergetik + wachstumsorientierte Familientherapie (SATIR)
- c) Kurzzeittherapien
 - maximal 10 – 15 Stunden
 - z.B. VT, System. Kurzzeittherapie (S. DE SHAZER), Hypnotherapie, Humanist. Therapie
 - Kritik: Veränderungen brauchen Zeit!!!

Psychotherapie – Definition

Psychotherapie realisiert als Behandlungsprinzip die planvolle psycholog. Beeinflussung von Faktoren der Individuum-Umwelt-Beziehung unter medizinischen Anforderungsbedingungen mit dem Ziel, die subjektiven (organismischen und psychosozialen) Voraussetzungen des Individuums zur aktiven Gestaltung seiner Lebensbedingungen zu verbessern (GEYER, 1989).

Merkmale der Psychotherapie

- ☞ *absichtliche, geplante, zielorientierte Anwendung psychologischer Methoden* (versus physikalische, medikamentöse, soziale und chirurgische Maßnahmen), die zu Veränderungen von *Persönlichkeit, Erleben, Verhalten* und/oder *Verbesserung der Individuum-Umwelt-Beziehung* führen
- ☞ erfolgt durch ausgebildete, *professionelle Helfer* in *professionellem Setting*
- ☞ ist ein Prozess, der hinsichtlich Zielsetzung, Planung, Realisierung der Maßnahmen, der behandelnden und behandelten Personen und deren Interaktionen untereinander *theoretisch fundiert* sein muss
- ☞ ist aufgrund der Zielorientiertheit *empirischer Effektkontrolle* zugänglich

Indikation:

- ☞ bei behandlungsbedürftigen, krankheitswertigen Verhaltensstörungen, Erlebensstörungen, Leidenszuständen, psychischen Beeinträchtigungen und Krankheiten (incl. schweren somatischen Krankheiten)
- ☞ wenn das alltägliche Leben des Pt. in bedeutendem Maße beeinträchtigt ist

☞ wenn der Patient sich selbst nicht mehr helfen kann und daher äußere Hilfe benötigt

allgemeine Therapieziele:

- ☞ Leidensdruck vermindern
- ☞ Heilung der Krankheit / Beseitigung der Symptome bzw. Umgang damit
- ☞ Hilfe zur Selbsthilfe
- ☞ Steigerung des Selbstwertgefühles
- ☞ Wiederherstellung der sozialen Funktionsfähigkeit (Familie, Beruf)
- ☞ Persönlichkeitsentwicklung, Sinnfindung (nicht in allen Therapierichtungen)

Klassifikation der Therapierichtungen möglich nach:

- ☞ Grad der Anerkennung (Richtlinienverfahren / Schwellenverfahren / Psychoszene ...)
- ☞ Menschenbild (deterministisch, mechanistisch, reduktionistisch, holistisch, funktional, ...)
- ☞ 4 Wirkprinzipien nach GRAWE
- ☞ Gruppen- oder Einzeltherapie
- ☞ Medium (Sprache, Körperorientiert, Kunst,...)

Therapeutische Prozessphasen

Phase	Ziele	Mittel
① Indika- tionsphase	<ul style="list-style-type: none"> ☞ Diagnostische Abklärung ☞ Klärung der geeigneten Therapiemethode (Medizin. und/oder psycholog. Intervention? Welche klinisch-psychologische Behandlungs- bzw. Therapiemethoden?) 	<ul style="list-style-type: none"> ☞ Interview / Anamnese ☞ Persönlichkeitstests und klinische Tests ☞ Verhaltensbeobachtung ☞ ev. mediz. Untersuchung
② Aufbau der Therapeu- tischen Beziehung	<ul style="list-style-type: none"> ☞ Rollenstrukturierung (dem Patienten die Rolle als Patient erleichtern und erklären) ☞ Motivationsaufbau (Veränderungserwartungen, Selbstwirksamkeitserwartungen) ☞ Eventuell Vermittlung eines globalen Ätiologiekonzepts 	<ul style="list-style-type: none"> ☞ Akzeptanz und Empathie ☞ Klärung der therapeutischen Spielregeln ☞ Festlegung des Therapiezieles ☞ Therapeutischer Kontakt
③ Inszenie- rung des therapeu- tischen Lernens	<ul style="list-style-type: none"> ☞ Abbau dysfunktionalen Verhaltens, Systematischer Kompetenzaufbau, (Verhaltenstherapie = VT) ☞ Analyse und Erfahrung von Verhaltens- und Erlebensmotiven, Lösung innerpsych. Konflikte (Psychoanalyse = PA) ☞ Restrukturierung des Selbstbildes (Gesprächspsychotherapie = GPT) ☞ Integration abgespaltener Persönlichkeitsanteile (Gestalttherapie) ☞ Verstörung des Systems, um ein funktionaleres Gleichgewicht anzuregen (Systemische Therapie) 	<ul style="list-style-type: none"> ☞ Einsatz spezieller psychotherapeutischer Techniken ☞ Kontinuierliche Beobachtung und Prozeßevaluation des therapeutischen Verlaufs (z.B. Soziogramme)
④ Evaluation und Abschluss	<ul style="list-style-type: none"> ☞ Psychodiagnostische Klärung der Therapiezielerreichung ☞ Generalisierung der Therapieergebnisse, Rückfallprävention, Übertragung in den Alltag, ☞ Lösung der therapeut. Beziehung und formelle Beendigung des therapeutischen Verhältnisses 	<ul style="list-style-type: none"> ☞ Diagnostische Verfahren mit veränderungssensitiven Items; Prä-Post ☞ u. U. Reduzierung der therapeutischen Kontakte ☞ einvernehmliche Abschlussvereinbarung

Allgemeine Wirkprinzipien einer nichttherapieschulartig verfassten Allgemeinen Psychotherapie

a) **Problembewältigung (Kompetenzaspekt)**

- ☞ Aktive Hilfe zur Problembewältigung, Bewältigungsarbeit
- ☞ *Bewältigungsperspektive*: psych. Störung wird als ein *Nicht-Anders-Können* betrachtet
- ☞ z.B. Selbstsicherheitstraining, Kommunikationstraining (VT), Entspannungsverfahren

b) **Problemklärung (Motivationsaspekt)**

- ☞ Therapeutische Klärung und Klärungsarbeit aufgrund eines plausiblen Modells für die Beschwerden und Probleme
- ☞ motivationale Aspekte des Verhaltens / der Fehlanpassung erfahrbar machen: die Bedeutung von Erleben und Verhalten in Hinblick auf bewusste oder unbewusste Ziele und Werte herausarbeiten, z.B. analytisches Durcharbeiten (PA) oder Gefühlsverbalisierung (GPT)

c) **Problemaktualisierung**

- ☞ Prinzip der realen Erfahrung (Setting muss den Problemen entsprechen und Konflikte erlebbar machen) ⇒ Veränderung der erlebten Bedeutungen,
- ☞ z.B. durch Reizkonfrontation (VT), szenische Darstellung (Gestalt), Übertragung (PA)

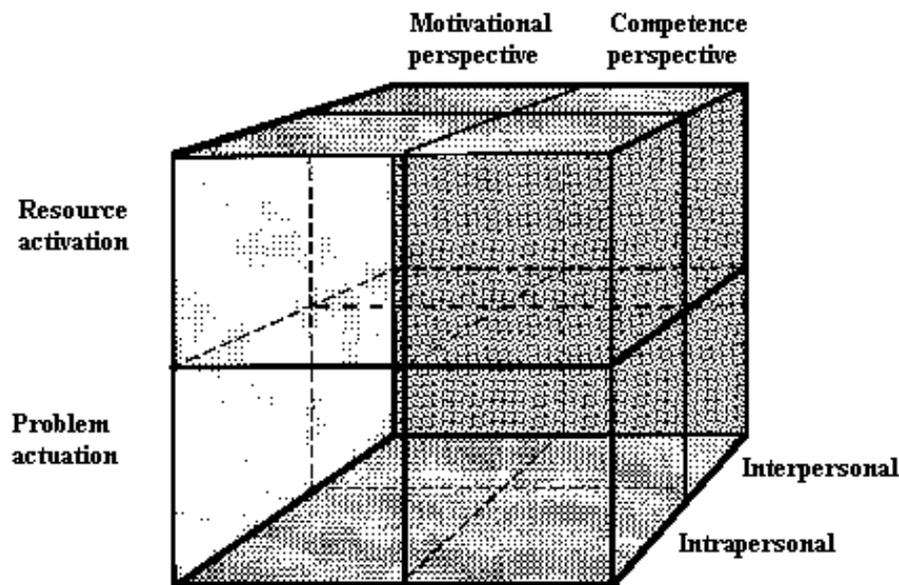
d) **Ressourcenaktivierung**

- ☞ wichtigste Ressource: soziale Beziehungen ⇒ Wichtigkeit einer guten therapeut. Beziehung
- ☞ Die Therapieform wirkt am besten, die die speziellen Ziele, Stärken, Eigenarten, Gewohnheiten und Kommunikationsebenen eines Patienten berücksichtigt (z.B. Kognitive Therapien für Intellektuelle) ⇒ Notwendigkeit, defizitorientierte Diagnostik um Ressourcendiagnostik zu erweitern
- ☞ differentielle Indikationsstellung: ist ein Patient eher klärungs- oder bewältigungsorientiert? (≈ Lage- oder Handlungsorientierung bei Schumacher)
- ☞ z.B. Reframing, positive Konnotation (System.), Akzeptanz,

Wenn man diese Wirkfaktoren als Polaritäten auf 2 Dimensionen sieht (Bewältigung – Klärung und Problemaktualisierung – Ressourcenaktivierung) und diese in eine 4-Felder-Tafel bringt, kann man die verschiedenen Therapieschulen schwerpunktmäßig darin einordnen (auch wenn natürlich die anderen Felder – aber in viel geringerem Maße – auch bedient werden):

	Klärung (Motivationale Perspektive)	Bewältigung (Kompetenz-Perspektive)
Ressourcenaktivierung	Gesprächspsychotherapie	Gestalttherapie
Problemaktualisierung	Psychoanalyse	Verhaltenstherapie

Als weitere Dimension kann man noch das Gegensatzpaar intrapersonell – interpersonell hinzunehmen und erhält dann den Therapie-Würfel:



„Wir können diesen Therapie-Würfel vielleicht als das Grawe'sche Gegenmittel oder Antidot gegen therapeutische Orthodoxie oder blinde Rechtgläubigkeit bezeichnen. Wenn man sich nämlich den ganzen Würfel vor Augen hält, ist man davor geschützt, sich vormachen zu lassen, man müsse ein Problem unbedingt so und nicht anders sehen. ... Der Würfel gibt sechs Perspektiven vor, unter denen man therapeutische Ansätze im Hinblick auf die von ihnen genutzten und nicht genutzten therapeutischen Ingredienzen prüfen kann. ... Jedes dieser Felder legt bestimmte Fragen nahe, die an einen therapeutischen Ansatz unter dem Gesichtspunkt zu stellen sind, welche Möglichkeiten der Problemaktualisierung er berücksichtigt und welche er ausklammert oder vernachlässigt (blinde Flecken).“ (K. GRAWE)

Bsp: Systemische Therapie

Family Therapie

	Motivational Perspective Clarification		Competence Perspective Mastery	
	Intrapersonal	Interpersonal	Intrapersonal	Interpersonal
Resource Perspective		█		█
Resource Actuation	█	█	█	█
Problem Perspective		█		█
Problem Actuation	█	█	█	█

„Im Interesse der Patienten wäre es sicher besser, wenn regelmäßig alle therapeutischen Möglichkeiten in Betracht gezogen würden, die ihnen wirksam helfen könnten. Ihre Aussicht auf einen guten Behandlungserfolg wäre dann objektiv am größten. Aber dazu bräuchte es Therapeuten, die willens und in der Lage wären, so therapieschulübergreifend zu denken und zu handeln.“ (K. GRAWE)

Lit.: GRAWE, Klaus (1994): Psychotherapie ohne Grenzen. Von Therapieschulen zur Allgemeinen Psychotherapie. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis* 3, 357 – 370
 GRAWE, Klaus: Einführungsreferat auf dem Psychotherapiekongress 1994 in Hamburg.

Grundelemente und allg. Wirkfaktoren der Psychotherapie

(nach J. FRANK, 1960: *Die Heiler*)

Grundelemente:

- a) Persönliche Helfer-Patient-Beziehung
- b) Ziel- und sinnvermittelnde Behandlungstheorie
- c) Fördernde und stützende Behandlungsverfahren
- d) Gesellschaftlich geachteter Behandlungsort

Wirkfaktoren:

- a) Korrektive Lernmöglichkeiten
- b) Hoffnung und Besserungserwartung
- c) Erfolgserlebnisse mit Selbstwertsteigerung
- d) Aufhebung zwischenmenschlicher Entfremdung
- e) Emotionale Erregungsabfuhr

Therapeut. Beziehung (Therapeutenvariablen)

allgemein

- ☞ Komplementarität (in der Anfangsphase Rollenerwartung des Pt. erfüllen, um therapeut. Arbeitsbeziehung aufzubauen, aber reflektieren!) (Schlüssel-Schloß-Prinzip)
- ☞ Dezentrierungsfähigkeit des Therapeuten ⇒ Fähigkeit, das System von außen zu sehen
- ☞ Akzeptanz, Empathie, Kongruenz (nicht bei allen)
- ☞ Fähigkeit, Spannungen auszuhalten
- ☞ nach M. ERICKSON: den Rapport zur bevorzugten Wahrnehmungsebene (visuell, auditiv, koenästhetisch) und zum Sprachstil (z.B. theatralisch, vorsichtig, etc) des Pt. herstellen

PA

- ☞ Abstinenzregel
- ☞ freischwebende Aufmerksamkeit
- ☞ Analyse der Übertragung, Kontrolle der Gegenübertragung
- ☞ Vertrag zwischen ICH des Pt. und Therapeuten, alles auszusprechen

VT

- ☞ Transparenz (Was wird getan und warum?)
- ☞ klare Verträge über Therapieziel und Durchführung
- ☞ aktives, direktives Handeln des Therapeuten (Rückmeldungen, Verstärkung)
- ☞ Flexibilität, geringe Abwehr und geringe eigene psych. Belastungen
- ☞ Therapeut hat Modellfunktion

GPT/Gestalt

- ☞ Awareness, Bewußtheit, persönliche Präsenz, Offenheit für den Moment, Spontaneität
- ☞ keine Klischees oder Schubladen für den Klienten und seine Probleme – jeder ist einzigartig
- ☞ Fähigkeit zum Einlassen auf und Lösen einer emotional-existentialen Beziehung

Systemische Therapie:

- ☞ Therapeut als Teil des Systems, neugierig, offen und unparteiisch, neutral
- ☞ Analyse der Kommunikationsstile
- ☞ Verstärkung des Systems, um die Suche nach einem neuen, funktionalerem Gleichgewicht anzuregen

Indikationsforschung

aussagekräftige Untersuchungen liegen laut GRAWE nur für VT und PA vor, bei den anderen Therapierichtungen beruhen die Indikationen auf Selbstaussage. Alle Richtungen haben spezielle Methoden entwickelt, um auch mit Kindern arbeiten zu können,

☞ VT:

- besonders erfolgreich bei Ängsten, Phobien und Zwängen

- auch Depressionen, sexuelle Funktionsstörungen, dissoziale PSK-Störung, Drogen
- in der Praxis auch alle anderen umschriebenen und PSK-Störungen
- nicht bei schweren psych. Störungen (endogene Depressionen, Schizophrenie, HOPS)
Ausnahme: bei Demenzen für Funktionstraining eingesetzt
- ☞ PA:
 - klassisch: somatoforme und psychosomatische Erkrankungen, klass. „Neurosen“
 - PSK-störungen, soweit nicht die intellektuelle Reflexionsfähigkeit beeinträchtigt ist
 - in der Praxis aus Tradition für alle umschriebenen Störungen (nach GRAWE mit zweifelhaftem Erfolg, Erfolg bei Zwangsstörungen z.B. sehr schlecht!)
 - auch bei Psychosen, dann unterstützend (abgemilderte Abstinenz → *Nachreifung*)
- ☞ Gestalt:
 - für alle umschriebenen und PSK-Störungen, auch Alexithymie, Drogen
 - auch für alte Patienten („Gestalten schließen“ im Sinne von Lebensabschluß)
- ☞ GPT:
 - für alle umschriebenen und PSK-Störungen, bes. Selbstwertstörungen
 - Alkohol und Drogen nur nach Vortherapie
- ☞ Systemische:
 - Paar- und Familienprobleme
 - Schizophrenie

Effektivitätsforschung

- ☞ bezieht sich auf Metastudie von GRAWE, die Kriterien (rein quantitativ-empirisch, Laborbedingungen, störungsspezifische und methodenreine Therapie) sind aber umstritten
- ☞ besonders PA und Gestalt waren in der Vergangenheit aufgrund ihrer Theorien eher evaluationsfeindlich, bzw. auf Einzelfallnachweise fixiert; aufgrund des gesellschaftl. Druckes sind quant. Methoden inzwischen auch bei PA und Gestalt normal
- ☞ Grundfrage: Symptombeseitigung oder Persönlichkeitsentwicklung? Erstere ist dank VT gut operationalisiert, gut meßbar und wird von den Kassen bezahlt. Doch ist eindeutig nachgewiesen, daß auch Therapierichtungen, die die Symptome als Fehlentwicklung oder Entwicklungshemmung betrachten und daher auf die Entwicklung der Gesamtpersönlichkeit fokussieren, Erfolge haben.
- ☞ Instrumente:
 - Symptomchecklisten (z.B. SCL-R 90) und störungsspezifische Fragebögen
 - Persönlichkeitsfragebogen (z.B. TPF)
- ☞ allgemeine Ergebnisse nach GRAWE :
 - VT wirksamer als Humanist. Therapien wirksamer als PA (Wirksamkeit der PA ist bis heute nicht empirisch gesichert!)
 - PMR ist wirksamer als AT (letzteres ist aber weiter verbreitet)
 - Meditation ist überraschend wirksam
- ☞ Qualitätssicherung
 - 3 Teilaspekte:
 1. Strukturqualität (Rahmenbedingungen der Intervention),
 2. Prozeßqualität (Güte der Umsetzung von Forschungsergebnissen in den klinischen Alltag)
 3. Ergebnisqualität (Ausmaß, inwieweit Behandlungsziel und -ergebnis übereinstimmen)
 - Messung z.B. mit PsyBaDo
 - therapieorientierte Diagnostik am besten bei VT: die Problemanalyse führt zur spez. Methodenindikation, sonst oft nur Reaktion auf Neurosen vs. Psychosen (PA, GPT)
 - entspricht bei mehr ressourcenorientierten Therapierichtungen nicht ihrem Selbstverständnis – allerdings haben sie bis heute auch keine Ressourcendiagnostik entwickelt

Exkurs: Meine Meckerseite

(bei soviel Arbeit, nehme ich mir das Recht, mal meinen eigenen Senf dazuzugeben © W.M.W.)

“Therapieerfolg ist in erster Linie abhängig vom Therapeuten; es gibt eindeutig begabte und unbegabte Therapeuten, unabhängig von ihrer theoretischen Ausrichtung“ (CRITS-CHRISTOPH et al. 1991)

Ein Einwurf zum Thema therapieorientierte Diagnostik:

Wenn die Pathopsychologie recht hat mit ihrer Theorie von der Universalgenese der Krankheiten, dem Phänomen der Durchgangssyndrome und der Theorie von der Hierarchie der Symptome – daß nämlich psychische Krankheiten von der leichten umschriebenen Störung bis zum hirnanorganischen Psychosyndrom ein einheitliches Krankheitsgeschehen sind und die Symptome nur als Phänotypen eines zugrundeliegenden Genotyps zu betrachten sind (so wie Husten, Schnupfen und Fieber Phänotypen der Krankheit Erkältung sind) – dann ist es eigentlich nur konsequent, daß an den bio-psycho-sozialen Ursachen ansetzende Therapierichtungen wie PA und humanistische Psychologie aufgrund ihres umfassenderen Krankheitsverständnis ihre Intervention vorwiegend nach der Schwere und nach dem vorherrschenden Ursachenkomplex (exogen, endogen, psychogen, soziogen) der Krankheit ausrichten, anstatt wie die symptomorientierten Therapierichtungen (Pharmakotherapie, VT) an den Symptomen und Syndromen.

Auch bei den somatischen Krankheiten gibt es ja Therapien, die am Symptom ansetzen (Wadenwickel und Hustensaft); andere, die den ganzen Körper beeinflussen (Antibiotika) und weitere, die die Gesamtpersönlichkeit miteinbeziehen (Psychosomatik, Homöopathie). Im Gegensatz zur selektiven Indikation der VT (ein bestimmtes Symptom erfordert eine bestimmte Therapie – die so ja auch nur bei klar eingrenzbar umschriebenen Störungen funktioniert und z.B. nicht bei umfassenden PSK-Störungen – bemühen sich PA und Humanistische durchaus um eine adaptive Indikation, d.h., die Therapie der jeweiligen Krankheitsentwicklung anzupassen (z.B. mit besonderen Therapieformen für Suchterkrankungen, Strukturschwache, etc.).

Daß die Fürsprecher einer symptomorientierten Therapie das nicht sehen können, liegt daran, daß sie, gerade soweit sie Vertreter der klassischen VT sind, aufgrund einer fehlenden Entwicklungspsychologie eine psych. Störung als ein Einzelphänomen betrachten, das keinen Bezug zur Lebensgeschichte und Persönlichkeit des Erkrankten hat. Sie können sehr gut den Mechanismus des Symptoms erklären – aber nicht, warum der eine Mensch eine Phobie (oder auch Erkältung) bekommt und der andere nicht.

PA und Humanistische gehen stattdessen davon aus (und das ziemlich unwidersprochen, auch wenn einzelne Details der klass. PA aus heutiger Sicht in das Reich der Mythen gehören), daß der psych. Anteil der Krankheit zu einem großen Teil durch Bindungsstörungen in der frühen Kindheit mitverursacht sind: entweder direkt, als dort angelegte Neurose, oder indirekt im Sinne einer psychischen Vulnerabilität. Daß das nicht so weit hergeholt sein kann, erkennen inzwischen ja auch Vertreter der VT an (z.B. BECK, DOWD).

Das spricht natürlich nicht gegen eine symptomorientierte Therapie – wie ja auch Wadenwickel ein gutes Mittel sind, um in kurzer Zeit das Fieber zu senken. Aber es soll zumindest deutlich machen, daß der Anspruch der VT, als einzige eine störungsgeleitete Therapieindikation zu besitzen, längst nicht so logisch und stringent ist, wie immer dargestellt wird und vor allem aus einer anderen Perspektive auch nicht unbedingt Sinn macht (mal ganz davon abgesehen, daß die PA mit Strukturdiagnose / Konfliktanalyse / Diagnose der Abwehrmechanismen / Bewältigungsdiagnose sehr wohl in der Lage ist, eine differenzierte Diagnose zu stellen!). Außerdem soll es etwas deutlicher machen, warum Prof. GRAWE mit seiner Metastudie durchaus einen wichtigen Beitrag zur Therapieentwicklung geleistet hat, aber seine Bewertung einzelner Therapierichtungen halt nur aus seinem Weltbild heraus richtig ist – jedoch ist sein Weltbild sicher nicht das einzig mögliche.

Zum Thema (wissenschaftl.) Anerkennung von Psychotherapie empfehlen sich 2 Artikel von Prof. Kriz:

http://dueker.psycho.uni-osnabrueck.de/faecher/klin_ps/kriz/warstein-wiss.htm

http://dueker.psycho.uni-osnabrueck.de/faecher/klin_ps/kriz/wb.htm

- ☞ Was in Leipzig auch ein wenig ein Problem ist: Permanent wird die aktuelle VT mit der klass. PA von vor 100 Jahren verglichen. Wenn man die aktuelle PA mit Pawlow's Hundexperiment vergliche, würde die VT auch ziemlich peinlich dabei wegkommen (Das machen z.B. PA-orientierte UNIs).
- ☞ Damit niemand glaubt, ich wäre glühender Verfechter der PA: Meine Richtung ist die Gestalttherapie. Das humanistische Menschenbild ist m.E. einfach das bisher überzeugendste. Die Gestalttherapie mutet auf den ersten Blick vielleicht etwas chaotisch an, ist aber m.E. bisher das am offensten und integrativsten angelegte Konzept, das das Beste aus PA, VT, System., Humanist. und Transpersonaler Psychologie vereint. Und Ihre Therapieergebnisse sind nach GRAWE durchaus der VT ebenbürtig.... Sie gehört zwar zu den Richtungen, wo hohe Anforderungen an die Persönlichkeit des Therapeuten gestellt werden – im Gegensatz zu den eher manual- und technikorientierten Schulen – die aber dem Therapeuten auch den meisten Freiraum für eigene Kreativität lassen. (Die Systemische hat m.E. leider den Nachteil, ähnlich reduktionistisch zu sein wie die VT: Die Entwicklung des Individuums ist egal, Hauptsache, das System funktioniert wieder.)

Entspannungstechniken

☞ Schwerpunkt: Autogenes Training (AT) → Verfahren von J. H. SCHULTZ (1934)

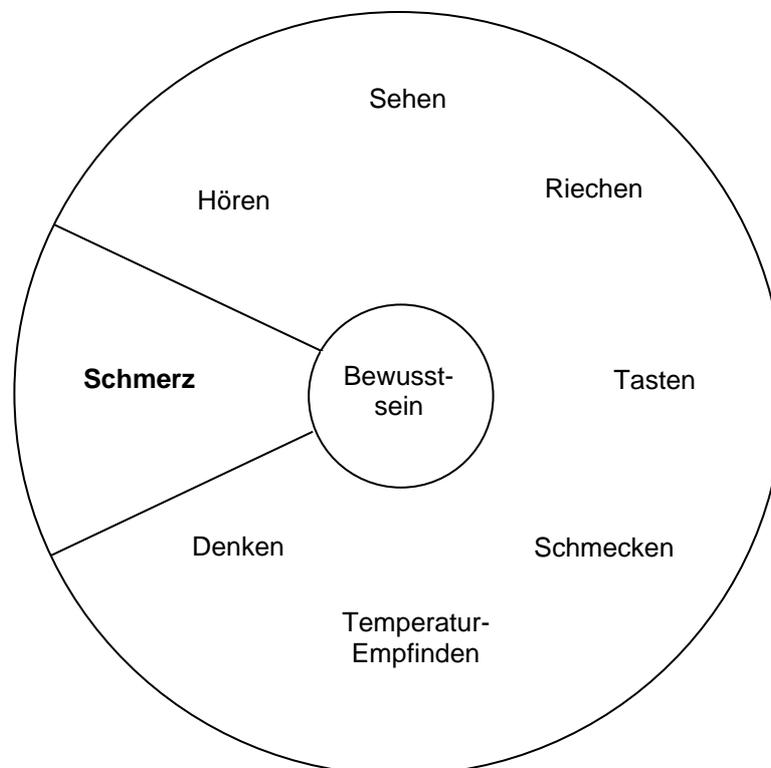
Literatur:

- KÖNIG, DI POL, SCHAEFFER: *Autogenes Training*. Jena: Thieme 1979
- gleiche Autoren: *Fibel für das AT*
- Günter KRAMPEN: *Übungskurse zum AT*. Göttingen: Hogrefe

Der Aufmerksamkeitscheinwerfer

☞ Hintergrund: Gate-Control-Theorie

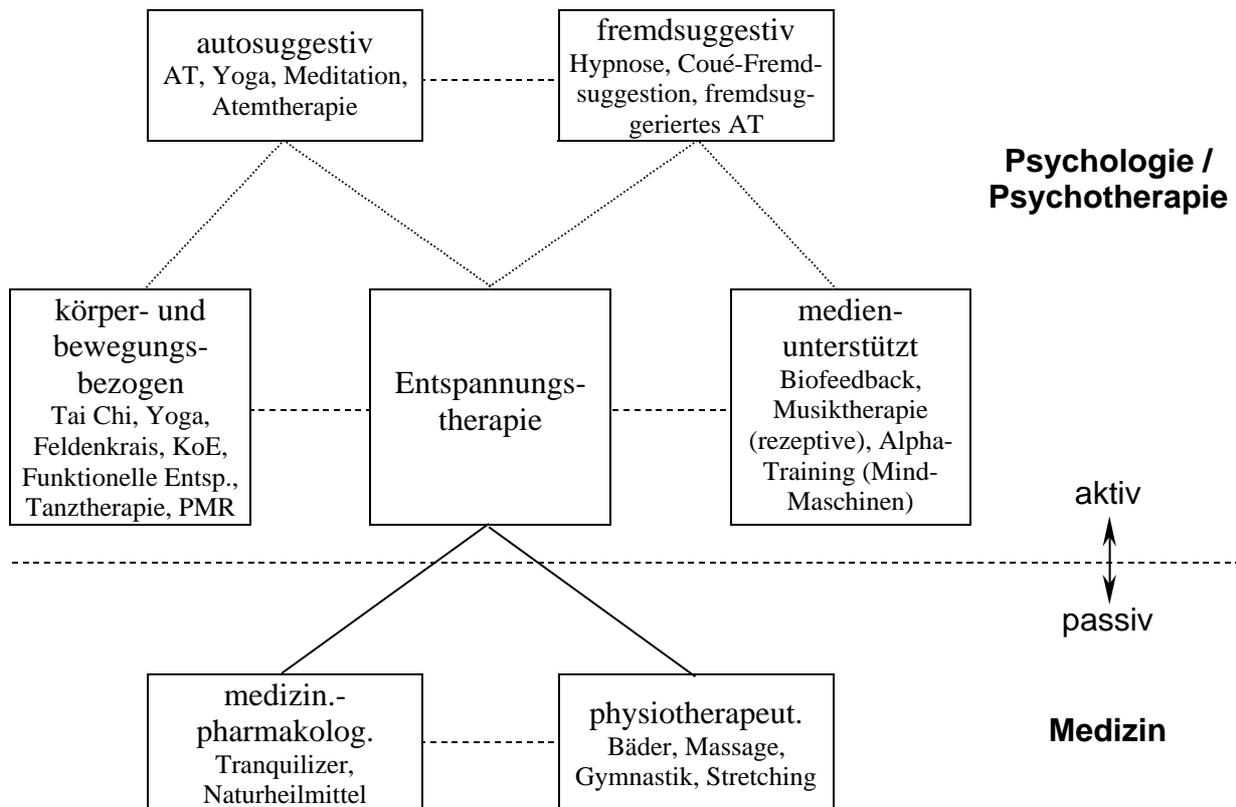
- im Rückenmark Nervenschaltstelle («gate»), die für Schmerzweiterleitung verantwortlich ist
- wenn man sich auf Schmerz konzentriert → «gate» erweitert sich ⇒ mehr Schmerz wird wahrgenommen
- Konsequenz: Man muss Patient Fähigkeit beibringen, Aufmerksamkeit weg vom Schmerz hin zu anderem zu lenken
- ⇒ «Genusstraining» → Sinne neu trainieren
- andere Möglichkeit: Entspannungstechniken wie AT



☞ Abb.: der Aufmerksamkeitscheinwerfer

- er muss in der Schmerztherapie vom Schmerz wegbewegt werden

Einteilung der Formen der Entspannungstherapie



Erläuterung einiger Begriffe:

- ☞ COUÉ: «Mit jedem Tag geht es dir in jeder Hinsicht immer besser und besser.»
 - jedes Organ wird «angesprochen», z. B.: «Dein Magen kann heute noch besser die Nahrung verdauen. Er arbeitet hervorragend. Nun kommt die Nahrung in deinem Darm an. Die Ausscheidung funktioniert wunderbar...»
- ☞ Moshe FELDENKRAIS: Physiker, Physiologe → entwickelte Bewegungsfolgen, die gesundheitsförderlich sind (wird nicht von Krankenkasse finanziert)
- ☞ KoE: Konzentrierte Entspannung (von Frau GRINDLER in Leipzig in 20-er Jahren entwickelt)
- ☞ ähnliche Technik: Funktionelle Entspannung (Frau FUCHS)
- ☞ PMR: Progressive Muskelrelaxation (E. JAKOBSEN)
- ☞ Atemtherapie: z.B. Benson-Atem-Meditation

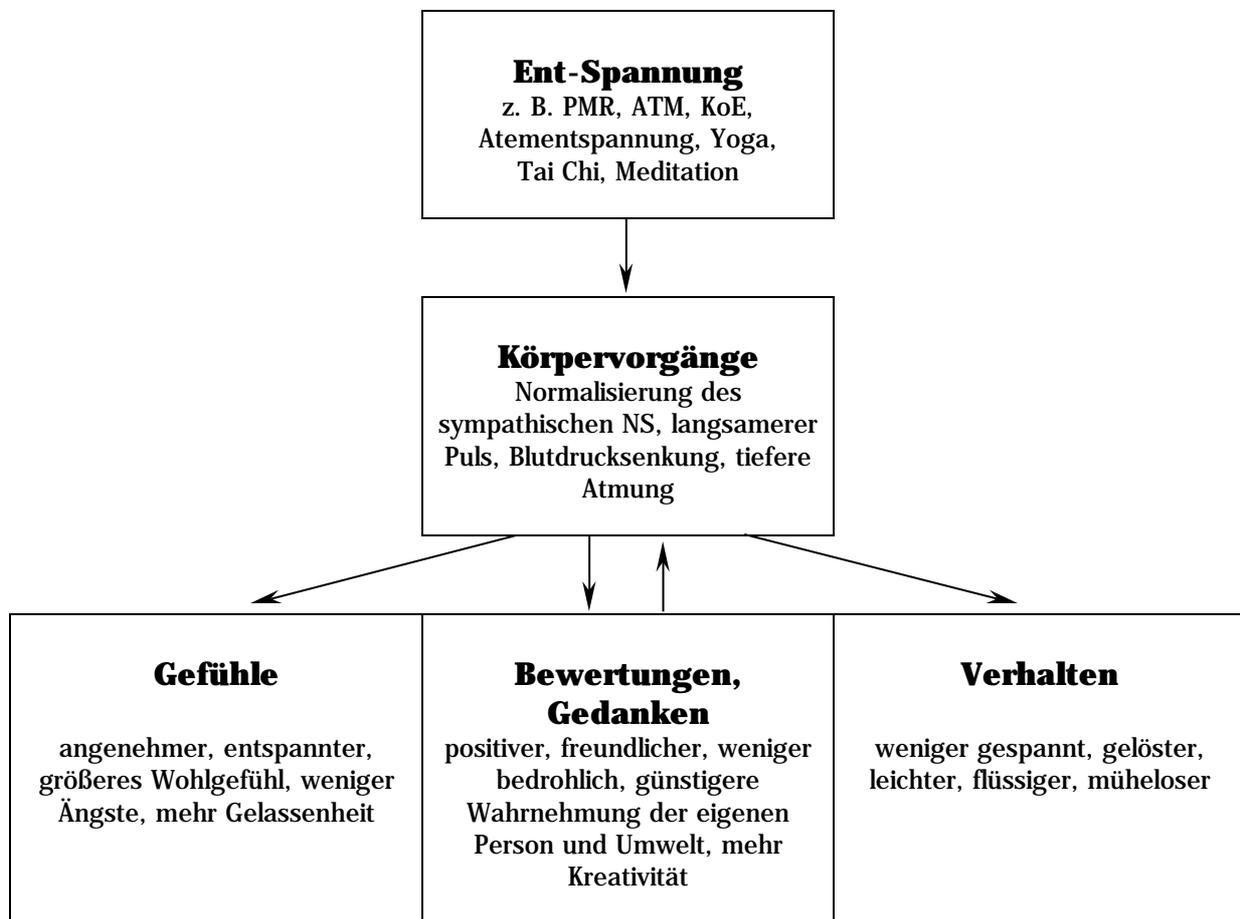
Physiologische Reaktionen

(nach VAITL, 1978)

- Vertiefung, Verlangsamung und Gleichmäßigkeit der *Atmung*
- Reduktion des *O₂-Verbrauchs*
- Absinken der *Herzfrequenz*
- Zunahme des *galvanischen Hautwiderstands* (von Biofeedbackgeräten genutzt)
- Tonusverlust* der Skelettmuskulatur
- Zunahme der Aktivität der *Alpha-Wellen* (in Folge Reduktion des sensorischen Inputs und Abnahme der okulomotorischen Aktivität)

- g) Zunahme der *EEG-Synchronisation* (durch Lenkung der Aufmerksamkeit auf einen internen wiederkehrenden Reiz und durch weitgehende Ausblendung akustischer und taktiler Reize)

Entspannung – Was bewirkt sie?



Demonstration von Entspannungsinduktionsformeln zur Übung

- a) *AUSSENREIZABSCHIRMUNG*, z.B.:
 - „Lassen Sie sich nicht stören von den Geräuschen...“
 - „Schließen Sie die Augen.“ (außerdem das Licht löschen)
 - „Hören Sie die Musik.“ (New-Age-Musik)
- b) *INDIREKTE ENTSPANNUNGSREGELN*, z.B.
 - „...dabei können Sie völlig entspannen, völlig loslassen.“
- c) *IMAGINATION*, z.B. Pt. soll sich «Zitrone» vorstellen → physiologische Reaktion (Speichelfluss) vollzieht sich ⇒ Konditionierte Reaktion verbal ausgelöst
- d) *SUGGESTIONSEXPERIMENTE*, die Pt. zeigen sollen, dass über Autosuggestion menschliche Wahrnehmung beeinflusst werden kann, so dass Pt. überzeugt wird, z. B. auch seine Schmerzen beeinflussen zu können
 - «Fallversuch»: Pt. stellt sich hin und schließt die Augen; Instruktion: «Stellen Sie sich vor, wie Sie fallen und fallen», dabei leichte Berührung am Rücken, darauf Zurückziehen der Hände → Pt. fällt nach hinten → Auffangen!!!

- «Pendelversuch»: Pendel wird von Pt. still gehalten; Suggestion: Pendel schwingt → Pt. sieht es schwingen

Grundformeln des Autogenen Trainings (AT)

☞ sollte Pt. mindestens 6 mal subvokal wiederholen

Verlauf des AT (nach MENSEN):

Übung bzw. Schritt	Übungsformel
1. Ruheübung	«Ich bin ganz ruhig.»
2. Schwereübung (Muskelentspannung)	«Der rechte (bei Linkshändern der linke) Arm ist ganz schwer.» → der linke → rechtes Bein → linkes Bein → Arme und Beine → «Mein Körper ist ganz schwer, gelöst und entspannt.»
3. Wärmeübung (Gefäßerweiterung)	wie Schwereübung, aber mit «ganz warm»
☞ 1. bis 3. = Grundkonzept des AT.	
4. spezielle Organformeln:	«Mein Herz schlägt ganz ruhig und gleichmäßig.» «Die Atmung ist ganz ruhig und gleichmäßig.» (J. H. SCHULTZ: «Es atmet mich.») «Mein Bauch ist strömend warm.» (J. H. SCHULTZ: «Sonnengeflecht» statt Bauch) «Meine Stirn ist angenehm kühl.» (ev. auch „leicht und klar“ oder bei Migräne: „angenehm warm“)
5. Rücknahme	«Arme fest! » (Arme strecken, Fäuste ballen), «Tief atmen! » (Arme gestreckt zur Seite und über den Kopf bewegen), «Augen auf!»; ist nicht nötig, wenn man AT vor dem Einschlafen macht.
6. Rückmelderunde	

Vorsicht bei...

- ☞ Epileptikern: Organismus kann bei Entspannung mit Dysregulation reagieren (z. B. epileptischer Anfall)
- ☞ Patienten mit Hypotonie: bei «Schwereübung» Absinken von Muskeltonus und Blutdruck ⇒ Schwindelanfall möglich.
- ☞ Kontrolle durch Biofeedbackgeräte, EEG, EKG und Hauttemperaturmessung möglich

Techniken bei der Vermittlung des AT

- Vorgespräch mit jedem Teilnehmer, *Einführungsinformationen*, Motivierung (mit Experimenten, um Zweifel auszuräumen) (Problem: 50-60% Abbrecher)
- Gruppengröße: 6 bis 10 ideal, max. 20
- besser in Gruppen als einzeln (Gruppendynamik)
- Evaluation mit AT-Eva von KRAMPEN oder KEVA (computerisiert, Uni Leipzig)
- Rücknahme vorher üben: «Schließen Sie die Augen. Sagen Sie jetzt bitte leise zu sich selbst: ...»

- e) *Formeln*: 6 mal Darbietung im Lernprozess, möglichst wenig heterosuggestive Elemente → Pt. soll sich selbst suggerieren, nicht Therapeut
 - f) Fortschreiten zur *nächsten Übung* erst, wenn vorherige Stufe mindestens zweimal sicher erreicht wurde
 - g) *Häufigkeit* des Übens: am besten zwar 3 mal täglich, in Praxis aber oft nicht durchführbar ⇒ wenigstens einmal täglich zu realisieren versuchen, in der Woche besser möglich als am Wochenende, denn dieses hat keine Struktur (gut: Feiertage in der Woche)
 - h) *Haltungen*: Toter-Mann-Stellung: liegend, mit leicht gespreizten Beinen auf eigener Decke (gibt Sicherheit), oder Liege- oder Alpha-Stuhl (Droschkenkutschersstellung ist unmodern)
 - i) *externe Bedingungen*: Abschirmung von Außenwelt, Ruhe, angenehme Raumtemperatur, bequemer Sitz; keine besprochenen Tonbänder (höchstens wenn der Patient sie selbst bespricht, weil AUTO(!)-suggestion); aber Musik ist möglich
 - j) *Protokoll*: Rückmeldung über die Hausaufgaben in schriftlicher Form ist wichtig
 - k) *Dauer des Erlernens*: mindestens 10 Wochen
- ☞ *Formelhafte Vorsatzbildung* (≠ Übungsformeln) individuell lernen
- positiv, kurz, mit persönlichem Wertesystem kompatibel
 - affirmativ (nicht: «Ich will nicht mehr dick sein.», sondern: «Ich bin schlank!»)
 - wird in den entspannten AT-Zustand hineingegeben
 - muß mindestens 100 Mal angewendet werden, um Wirkung zu zeigen

Grundsatz von ROSA: «Finde deinen Lehrer.» → auf keinen Fall Lehrer wählen, der nicht aus Überzeugung handelt.

Progressive Muskelrelaxation (PMR)

- ☞ ähnliche Technik, aber weniger suggestiv
- ☞ in den 20-er Jahren von E. Jacobson in den USA entwickelt
- ☞ Pt. in entspannter Haltung (am besten liegend) in ruhiger Umgebung
- ☞ wird beim Erlernen von Übungsleiter angeleitet, oft in der Gruppe
- ☞ 16 Muskelgruppen werden sukzessive angespannt, mehrere Sekunden in der Spannung gehalten und wieder entspannt (Entspannungszeit mindestens doppelt so lange wie Anspannung) → Wirkung durch Kontrast von Spannung und Entspannung
- ☞ Reihenfolge nach D. OHM: dominante Hand und Unterarm → dominanter Oberarm → andere Hand und Unterarm → anderer Oberarm → Stirn → obere Wangenpartie und Nase → untere Wangenpartie und Kiefer → Nacken und Hals → Brust, Schulter und obere Rückenpartie → Bauchmuskulatur → dominanter Oberschenkel → dominanter Unterschenkel → dominanter Fuß → anderer Oberschenkel → anderer Unterschenkel → anderer Fuß
- ☞ in der Anfangsphase wird jede Muskelgruppe 2 mal hintereinander geübt, später Verbindung mehrerer Muskelgruppen zu Muskelkomplexen
- ☞ Vorteil: leichter zu erlernen als AT, meist beim ersten Mal Erfolgserlebnis
- ☞ kann gut zu Hause durchgeführt werden, auch mit Anleitungs-CD

Sigmund Freud und seine Schüler

Psychoanalyse: Sigmund Freud

PA ist eine Wissenschaftsauffassung, eine Theorie und eine psychotherapeut. Methode

Literaturempfehlungen:

- ☞ THOMÄ & KÄCHELE: *Grundlagen der psychoanalytischen Therapie* → bestes und umfangreichstes Werk (2 Bd.), mit empirischer Forschung (?)
- ☞ J. RATTNER: *Klassiker der Psychoanalyse* → guter Überblick über die Schulen
- ☞ Zeitschrift *Forum der Psychoanalyse*
- ☞ Zeitschrift *Psyche*

Entwicklung der Psychoanalyse als psychotherapeut. Methode

- ☞ aus nicht zufriedenstellender Hypnose entwickelt (FREUD war Schüler bei CHARCOT): Unwirksamkeit hypnotischer Suggestionen, mangelnde Hypnotisierbarkeit einiger Patienten
- ☞ außerdem Probleme: Fehlreproduktion bei zeitlicher Abfolge von Ereignissen / Fakten
 - ⇒ Schwierigkeiten der Affektentäußerung = «Widerstand» gegen Hypnose
 - ⇒ Lehre von den «Abwehrmechanismen» (heute in allen therapeutischen Schulen)
- ☞ FREUD wählte Sitzplatz am Kopfende (wollte direkten Blickkontakt vermeiden)
- ☞ FREUD erklärte schließlich Hypnose für unnötig: beim ungerichteten Sprechen des Pt. im Wachzustand (*freie Assoziation*) kann Therapeut aus Versprechern, Andeutungen und Verschwiegenem auf Verdrängtes schließen

Klassische Methode:

- ☞ *Setting*: Patient liegt auf Couch, Analytiker am Kopfende, keine Berührung
- ☞ *Psychoanalytische Grundregel*: Vertrag mit dem ICH des Pt., vorbehaltlos alles zu sagen, was ihm in den Sinn kommt (auch wenn es völlig unwichtig, sinnlos oder peinlich scheint)
- ☞ *Ziel des Therapeuten*: Verstehen, Aufnehmen, dem Pt. Deutungen anbieten, um mehr Material von ihm zu bekommen, Überbrücken von Erinnerungslücken
- ☞ wöchentliche 1 bis 5 Stunden (= *hochfrequent*), ist aber von Entscheidung des Patienten abhängig; oft über Jahre [im Gegensatz dazu GRAWE: nach 40 bis 60 Stunden erreicht Therapiewirkung ihr Maximum, unabhängig von Methode – dieser Verallgemeinerung wird von verschiedenen Seiten heftig widersprochen, nicht nur von der PA!!!]
- ☞ humanistische Zielrichtung: «*Wo ES war, soll ICH werden.*» (Persönlichkeitsentwicklung)

2 Grundeinstellungen:

- ① *Abstinenzregel* → keine pers. Beziehung zum Patienten – pers. Einladungen des Pt. dürfen z.B. nicht angenommen werden
 - Haltung von Neutralität und Anonymität gegenüber dem Pt. («therapeut. Inkognito»)
 - auch keine wertenden Stellungnahmen (Trösten, Beschwichtigen, Ermutigen, Beraten...)
 - PA geht nicht mit Bekannten oder Verwandten
- ② *Frei schwebende Aufmerksamkeit*:
 - breites «Suchfeld», um Gefühle des Patienten richtig zu interpretieren, nicht auf eine Sache einzuschränken
 - Analytiker verfolgt das szenische Gestalten des Pt. und deutet es vor dem Hintergrund der PA-Theorie. Er greift nicht gestaltend ein!

Psychopathologie

- ☞ Neurosen (heute: umschriebene und PSK-Störungen) entstehen durch *unbewältigte, inner-psychische Konflikte* (!) zwischen den *Instanzen* (ICH, ES und ÜBER-ICH) im Verlauf der frühkindl. Libido-Entwicklung (*genet. Annahme*), was zu einer Fixierung auf bzw. Regression in eine frühere Phase der psychosex. Entwicklung führt. Triebansprüche des ES werden in's Unbewußte verdrängt. Neurosen können lange Zeit unerkannt existieren (*Latenzannahme*) und manifestieren sich in Krisensituationen in den Symptomen (*Manifestationsannahme*), die als mißglückter Selbstheilungsversuch zu betrachten sind.
 ⇒ Bewußtmachung der Konflikte durch Deutung
- ☞ Psychosen (PA-umgsp.: „frühe Störungen“) entstehen durch schwere Traumatisierung (z.B. Verlust) und dadurch gestörter Entwicklung der psych. Struktur, bes. des ICH
 - Psychotiker galten lange Zeit wegen mangelnder ICH-Stärke als unbehandelbar
 - ⇒ Abmildern der Abstinenzregel: stützende Therapie und „*Nachreifung*“ (S. FERENZ);
- ☞ Borderline-PSK: expressiv-analytische Therapie (O.F. KERNBERG)

Instanzenmodell (psychische Struktur)

(nach J. Kriz)

- ☞ ES
 - biolog. Triebe in nicht sozialisierter Form, spez.: Lebenstrieb (Libido, Eros), Todestrieb
 - Grundbedürfnisse und Impulse, die auf sofortige, rücksichtslose Befriedigung drängen
 - folgt Lustprinzip, wenn keine Befriedigung des Bedürfnisses erfolgt, entsteht Spannung.
- ☞ ICH
 - entwickelt sich aus dem Es
 - Entscheidungsinstanz: sucht den Kompromiss zwischen triebhaften, emot. Impulsen und Bedürfnissen unter Berücksichtigung der realen Möglichkeiten der Umwelt und den Einschränkungen durch das ÜBER-ICH, Angst als Indikator
 - „Reiter auf dem Pferd, der die Kraft des ES lenkt“
 - schiebt die vom Es verlangte Bedürfnisbefriedigung auf
 - Funktionen: Bewußtsein, Wahrnehmung, Selbst-Objekt-Differenzierung, Denken, Sprache, Planung, Abwehrmechanismen, Selbstkontrolle, Frustrations- und Affekttoleranz
- ☞ ÜBER-ICH
 - entwickelt sich als letztes, mit der Lösung des Ödipuskonflikt.
 - moralische und ethische Wertvorstellungen, Gebote, Verbote, Normen
 ⇒ Gewissen (manchmal strenger, als die realen Vorbilder) ⇒ interne strafende Instanz

Die *psychische Struktur* umfasst die Gesamtheit der Funktionsweisen und den Aufbau einer Person. Die Funktionen und Fähigkeiten des ICHs werden als *Ich-Funktionen* benannt:

<i>Realitätsprüfung</i> (Wahrnehmung)	= die Fähigkeit, innere und äußere Reize adäquat zu beurteilen
<i>Sinn für Realität</i> (Welt und Selbst)	= das adäquate innere Erleben der äußeren und inneren Welt mit Aufrechterhaltung von Ich-Grenzen
<i>Kontrolle von Impulsen</i>	= die Fähigkeit, Gefühle und Antriebe zu steuern
<i>Fähigkeit zu Objektbeziehungen</i>	= die Fähigkeit, Kontakte aufzubauen, Beziehungen aufrechtzuerhalten und wechselseitig zu gestalten
<i>Defensive Funktionen</i>	= der adäquate Einsatz von Abwehrmechanismen (z.B. Sublimierung: Transformation von Libido-Energie in kulturelle Leistung)

Psychologie des Unbewussten

- ☞ «Cogito, ergo sum.» (DESCARTES)
- ☞ «Nicht *ich* denke, sondern *es* denkt mich.» (NIETZSCHE)
- ☞ «Das Unbewusste ist wie ein fremdes Wesen, das für uns schafft und vorbereitet, um uns endlich die reifen Früchte in den Schoß zu werfen.» (WUNDT)
- ☞ Ergebnisse zum unbewussten Lernen, subliminale Wahrnehmung, unbewusste Denkvorgänge, Forschungen zum emotionalen Unbewussten, unbewusster, gefühlsbezogener Informationsverarbeitung, unbewusster Bedeutungsaktivierung → P. LEWICKI
- ☞ topographisches Modell von Freud: Bewußtsein, Vorbewußtes, Unbewußtes
- ☞ Lit: A. HUBER: In den Dunkelkammern der Psyche. *Psychologie Heute*, 12, 1994,

Abwehr

Lit: Anna Freud: Das Ich und seine Abwehrmechanismen (1936)

- ☞ Funktionen: Angst binden, Schuldgefühle neutralisieren, Straf- und Aggressionsbedürfnis befriedigen
- ☞ beschreiben die konkreten Mechanismen, deren sich der Widerstand bedient, berühmte 9+1-Formel
 1. Verdrängung: motiviertes „Vergessen“ eines Bewußtseinsinhaltes, ist am wirksamsten, benötigt aber die meiste Energie (wie jemanden aussperren und dann die Tür zuhalten)
 2. Regression: Rückzug aus einer Anforderungssituation, Verharren oder Zurückfallen in eine entwicklungsgeschichtl. frühere Entwicklungsphase, (z.B. sekund. Enuresis)
 3. Isolierung: Abtrennen von Gedanken, Gefühlen, Verhalten von der übrigen Person
 4. Wendung gegen die eigenen Person: ursprünglich auf andere Objekte gerichtete Impulse werden gegen sich selbst gerichtet, z.B. Aggression → Autoaggression
 5. Ungeschehenmachen: Rituale, die abgelehnte Handlungen, Gedanken und Gefühle neutralisieren sollen, Grundmechanismus der Zwangsneurose
 6. Reaktionsbildung: auf eigene Impulse mit einer übertriebenen Gegenreaktion reagieren (der geile Moralapostel)
 7. Verkehrung in´s Gegenteil: Verwandlung eines Triebzieles in sein Gegenteil mit Umkehrung von Aktivität – Passivität, z.B. Wendung des Sadismus in Masochismus
 8. Projektion: eigene abgelehnte Anteile werden anderen Menschen zugeschrieben und dort *bekämpft!*
 9. Introjektion / Identifikation: Gegenteil von Projektion – Verleugnung eigener Gedanken, Gefühle und Verhaltensweisen und Übernahme derselben von anderer Menschen, Sonderform: Identifizierung mit dem Angreifer (wenn z.B. Kinder nach schmerzhaften Zahnarztbesuch Zahnarzt spielen)
- +1 Sublimierung: Kompensation frustrierter Bedürfnisse durch überpersönl. Ideale, Kulturleistungen, etc.; als reifster, unsere Zivilisation ermöglichender Abwehrmechanismus
- ☞ weitere Abwehrmechanismen:
 - Verleugnung: die äußere Realität wird nicht anerkannt (oft bei schweren Krankheiten)
 - Rationalisierung: ängstigende Gefühle werden aus dem affektiven Bereich in den intellektuellen verschoben: über Sexualität reden, statt sie leben
 - Konversion: Verschiebung psych. Konflikte auf die somat. Ebene in Form von Krankheiten
 - Spaltung: Unfähigkeit, anderen gegenüber differenzierte Gefühle zu haben; Objekt-Idealisierung oder Verteufelung ohne Zwischenstufen; besonders bei struktureller ICH-Schwäche (z. B. Borderline)
 - Dissoziation: Abtrennung in der Selbstwahrnehmung („Ich weiß nicht mehr, wer ich bin!“) bis hin zur Aufspaltung in mehrere Teilpersönlichkeiten (z.B. multiple PSK-Störung)
 - Verschiebung: Gefühle werden von einem ängstigenden Objekt auf harmlosere Gegenstände verschoben: die Wut auf den Chef jetzt gegen das Kind; ist Kernvorgang bei Phobien
 - Affektisolierung: ein Gefühl wird wahrgenommen, die dahinterstehende Ursache jedoch verleugnet

Psychosexuellen Entwicklung und Konflikte

- ☞ Vier aufeinanderfolgende psychosexuelle Phasen, es ist jeweils ein anderer Teil des Körpers am besten geeignet, die Libido-Bedürfnisse des Es am besten zu befriedigen.
 1. **orale Phase:** Befriedigung durch Erregung der sensorischen Nervenendigungen des Mundes, Saugen und Nahrungsaufnahme sind wichtigste Lustempfindungen (1. Lebensjahr)
Konflikt: *Symbiotische Verschmelzung vs. Subjekt-Objekt-Differenzierung* (ab dem 5./6. Monat)
Hauptaufgabe: Überwindung der Symbioseablösung und Errichtung der ersten Selbst- und Objektrepräsentanten schlechte Entwicklungsbedingungen sind Prädisposition für Selbstpathologien (psychotische Fragmentierung oder grobe Projektionen (Wahn))

2. **anale Phase:** Lustempfindung konzentriert sich auf Anus und Abgeben und Zurückhalten (2. Lebensjahr)
Konflikt: *Abhängigkeit vs. Autonomie* (2. und 3. Lebensjahr)
- Gelingt die Lösung des Konflikts, wird Objektkonstanz erreicht, "Entweder-Oder" löst sich zugunsten eines "Sowohl-als-Auch" auf.
 - Mißlingen einer adäquaten Lösung bedeutet dagegen rigide Polarisierung zwischen objektbezogenen und narzißtischen (Selbst-) Bedürfnissen: Unterdrückung des eigenen Selbst mit der Folge der Prädisposition zur Depression und narzißtischen Störungen, psychosomatischen Erkrankungen, Zwangsneurosen oder mangelnde Integration von guten und bösen Selbst-Anteilen, was zu Borderline-Zuständen führen kann; Beeinträchtigung der Objektkonstanz als Voraussetzung für die Angstneurose Die Frage, warum das eine Mal diese und ein anderes Mal jene pathologische "Lösung" resultiert, kann aufgrund unseres heutigen Wissens nur unvollständig beantwortet werden. HOFFMANN:
Die Mütter von zwangsneurotischen Patienten reagieren auf die Selbstständigkeitsbestrebungen des Kindes nicht mit Angst und Panik (Borderline-Zustände), nicht (nur) mit Schuldgefühlemachen (Depression), nicht mit Rückzug aus dem Kontakt (narzißtische und schizoide Störungen), sondern eben mit Liebenentzug, kontrollierender Strenge und Disziplinierung. (aber natürlich keine 1:1-Beziehung zwischen Erziehungsstil und spezifischer Störung)
3. **phallische Phase:** Befriedigung durch Stimulation der Genitalien (3 – ca. 6. Lebensjahr)
Konflikt: der ödipale Konflikt: Dyadische versus triadische Beziehung (4. / 5. Lj.) *Sicherheit und Beschränkungen der dyadischen Beziehung versus Chancen und Risiken der Dreierbeziehung*
- wird gelöst über die Identifikation mit dem gleichgeschlechtlichen Elternteil (→ Festigung der Geschlechtsidentität) und die Verdrängung der Begierde nach dem gegengeschlechtlichen Elternteil; kann nur gelingen, wenn vorherige Entwicklungsaufgaben bewältigt wurden
 - mangelhafte Bewältigung: Disposition zu reiferer Psychoneurose, wie hysterisch oder phobisch ausgestaltete neurotische Störungen mit ödipaler Problematik
4. **Latenz:** keine psychosexuelle Phase, Es-Impulse sind nicht stark (6. Lj. bis Pubertät)
Konflikt: *Sicherheit der Primärgruppe (Familie) versus Chancen und Risiken der Sekundärgruppen*
- Konflikt besteht zwischen der Tendenz, sich in die Sicherheit der Primärgruppe zu flüchten, oder aber praktisches und soziales Handeln in den Sekundärgruppen zu lernen, ohne sich zwanghaft anzupassen.
 - Scheitern kann zu reiferen Psychoneurosen, z.B. Schulphobien, führen.
5. **Genitale Stadium:** heterosexuelle Interessen sind vorherrschend. (ab Pubertät)
Konflikt: *Genitalität und Identität versus infantile Bindungen und Identitätsdiffusion*
- **Hauptaufgabe:** Regulation und Integration der Triebimpulse, Identitätsfindung, Aufgeben infantiler Bindungen, Ablösung von der Familie.
 - Die Konflikte der vorangegangenen Phasen werden "neu aufgelegt": Festhalten an kindlichen Identifikationen versus eigene Identitätsfindung. Wichtig dabei ist *konstruktive Aggression*: sich widersetzen und auflehnen ist wie in der Trotzphase im 3. Lj. zur Identitätsentwicklung notwendig.
 - Scheitern führt zu Identitätsdiffusion und Identitätskrisen, auch psychotische Störungen möglich.
- ☞ Wenn Konflikte zwischen den Wünschen des Es und den Gegebenheiten der Umwelt nicht zu lösen sind, entwickeln sich bestimmte Persönlichkeitsmerkmale (z.B. anale Persönlichkeit), Einfrieren der Entwicklung auf einer frühen psychosex. Stufe nennt Freud *Fixierung*, Rückkehr zu einer solchen *Regression*.
- ☞ in neueren Richtungen der PA werden die Beziehungskonflikte stärker als reale Beziehungen gesehen (z.B. allgem. Bindungsstörungen nach BOWLBY), nicht nur unter dem Gesichtspunkt der Triebbesetzung

Freud´s Angsttheorien

- ☞ 3 Arten von Angst
- *Realangst*: ICH reagiert mit Realangst, wenn in der Außenwelt Gefahr droht (reale Lebensgefahr)
 - *Gewissensangst/Moralangst*: Angst vor Strafe, die das Über-ICH für die Verletzung moralischer Normen auferlegt (wird als Schuld oder Scham erlebt)
 - *Neurotische Angst/Triebangst*: Furcht vor den schrecklichen Folgen (Liebesentzug), die das ICH erwartet, wenn es zuläßt, daß eine früher bestrafte Triebregung sich äußert.
- ☞ 1. *Angsttheorie*: neurotische Angst ist *Ergebnis* der Abwehr von Triebimpulsen (bes. Blockierung der Libido in Form ungelebter Sexualität), („Angst entsteht, weil wir Dinge wollen, die wir nicht bekommen können.“)
- ☞ 2. *Angsttheorie*: Beziehung zwischen Angst und Abwehr wird umgedreht („Angst entsteht, weil wir unsere Wünsche fürchten.“): Abwehr ist Ergebnis der neurotischen

Angst vor den katastrophalen Konsequenzen (bes. Liebesentzug durch die Umwelt), die man befürchtet, wenn einem (schon früher) bestraften Triebimpuls nachgegeben wird.

- ☞ Geburt ist Prototyp der Angst-Situation; nachdem sich das ICH entwickelt hat, wird Angst zum *Signal* einer drohenden Überstimulation (*Signalangst*), kündigt an, daß man von ES-Impulsen oder anderen Kräften überwältigt wird: die Angst hat funktionelle Rolle, sie signalisiert dem ICH, daß es reagieren muß, z.B. mit Abwehrmechanismen.

Trauma und Konflikt

Neurose resultiert aus der Unfähigkeit, mit einem überwältigendem Affekt umzugehen, der in einer traumatischen Situation entstanden ist.

- ☞ normaler Verarbeitungsmodus: motorische Entladung, Aussprache, Reaktionen wie Weinen, Rache etc.
- ☞ Gelingt diese, aus welchen Gründen auch immer, nicht, so bleibt dem Individuum keine andere Wahl, als diesen Affekt zu verdrängen und zugleich viele Gedanken und Situationsbilder, die mit ihm in einem assoziativen Zusammenhang gestanden haben. In Zukunft werden Assoziationen, die verdrängte Elemente erwecken, gleichzeitig auch diesen nicht abreagierten Affekt reaktivieren, so daß jeweils erneute und stärkere Verdrängung erforderlich würden.
- ☞ Nach neuerer Ansicht wird das Trauma nicht nur als einmaliges akutes Ereignis verstanden, sondern auch als chronische Traumatisierungen, die zentrale, existentielle Verunsicherungen und die Frustration zentraler Grundbedürfnisse umfassen (FREUD: Frustrationen von sexuellen Triebbedürfnissen; MENTZOS: zusätzlich Frustrationen des Kontaktbedürfnisses, der Autonomiestrebungen, Fehlen einer Geborgenheit und Sicherheit garantierenden Bezugsperson, narzißtische Kränkungen). Die daraus erwachsende vermehrte Angstreaktionsbereitschaft und schnelle Mobilisierung von Abwehr blockiert auch in Zukunft das bewußte Erleben dieser frustrierten Wünsche. Um erneute Traumatisierungen zu verhindern, etabliert sich ein Gegensystem, das auf Dauer neue Leidensquelle wird.

Charakterstrukturen und -neurosen

FREUD beschrieb, wie eine Fixierung auf einer Stufe der psychosexuellen Entwicklung sich prägend auf den gesamten Charakter auswirken kann – abhängig von den gewählten Abwehrmechanismen. Früher auch Psychopathien genannt, werden Charakterneurosen heute als *nicht näher bezeichnete Störungen* oder *Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen* eingestuft.

Es liegt kein konkretes Beschwerdebild vor, eher eine umfassende Prägung des gesamten Erlebens und Verhaltens, wird allerdings oft als Prädisposition für eine umschriebene Störung oder Psychose angesehen. Es gibt fließende Übergänge von einem zum anderen (Mehrfachdiagnosen) und besonders zur „normalen“ bzw. „zwar nicht krankhaften, aber doch auffälligen“ Persönlichkeit. Besonders wichtig ist, daß diese Eigenheiten sich in erster Linie im zwischenmenschlichen Umgang ausdrücken, als unflexible Muster, auf die Umwelt zu reagieren. Da sie von ihren Trägern als Persönlichkeitsmerkmale erlebt werden, haben sie für sie keinen Krankheitswert, sind also ich-synton – im Gegensatz zu den meisten umschriebenen Störungen!

Schizoider Charakter: der Schizophrenie nahe: frühe strukturelle Mängel, Abwehr zwischenmenschlicher Beziehungen nach frühen Verlusterfahrungen; misstrauisch, leicht verletzlich; emotionale Kühle, flache Affekte; spröde, oft unnahbare Exzentriker; Individualisten mit überzogenem Selbständigkeitsstreben; wenig Freunde, empfindlich und labil im Kontakt mit anderen. Einerseits vorsichtig bis misstrauisch, andererseits empfindlich gegenüber Zurückweisung und herabsetzender Behandlung. Oft phantastische Überzeugungen, seltsame Glaubensinhalte, leben in der eigenen Welt, mangelnde Sensibilität gegenüber gesellsch. Normen.
- Positive Aspekte: oft intellektuell scharfsichtig, mit z. T. großer intuitiver Begabung (welche die Betroffenen jedoch häufig nicht nutzen können).

Depressiver Charakter (heute: dependente PSK-Störung): in oraler Phase pathologische Antwort auf Objektverlust → Verlust des Urvertrauens → lebenslange Sehnsucht nach symbiot. Beziehung: Suche nach Nähe, Wärme, Geborgenheit und nach Anerkennung; Abhängigkeits- und Anklammerungstendenzen, Angst vor Verlassen-Werden; Gefügigkeit, Unterordnung, „Beißhemmung“: Vermeidung von Aggression, wird lieber gegen sich selbst gerichtet; Angst vor Selbständigkeit und eigenen Entscheidungen, wenig Selbstwertgefühl.

Narzisstischer Charakter: ein kindl. Interaktionstrauma kann zum Rückzug und zur Überidealisierung des eigenen Selbst führen (hinter der Maske ein geringes Selbstwertgefühl). Vermeidet emotionale Beziehungen; Selbstliebe, Selbstverherrlichung, Wunsch nach passivem Geliebtwerden, sehr empfindlich gegen Kritik, erwarten ständige Bewunderung, mangelnde Empathie. Kühle Menschen, die sich selbst als unwiderstehlich

erleben; benutzen zwischenmenschl. Beziehungen für eigene Ziele, oft sehr manipulativ. Bei Dekompensation narzisstische Krise (z.B. Depression, Suizid)

- Sublimierung: Schauspieler, Führernaturen, die andere beeinflussen können.

Zwanghafter Charakter: in der analen Phase durch Reaktionsbildung: Abwehr eigener aggressiver und sexueller „schmutziger“ Impulse durch Unterwerfung unter „moralische“ Prinzipien; Tendenz zu Übertreue und Perfektionismus, Streben nach Eigen- und Umweltkontrolle; ängstlich, Furcht vor Risiko; Neigung zu Skrupeln und Schuldgefühlen; Tendenz zur Rechthaberei und Dogmatismus; Problem, Arbeit zu delegieren, weil andere nicht perfekt genug sind; Vernachlässigung von Erholung und zwischenmenschlichen Beziehungen, Liebesleben oft gefühlsmäßig gestört. Neigen NICHT zu Zwangsstörungen, sondern zu somatoformen oder hypochondrischen!

Hysterischer Charakter: in der phallischen Phase nicht bewältigter Ödipus-Konflikt: ein abgewehrter Impuls wird in's Körperliche konvertiert oder affektualisiert (Inzenierung für äußere oder innere (Über-ICH-) Beobachter); theatralisches Verhalten, übertriebener Gefühlsausdruck, oberflächliche Emotionen; distanzlos, Neigung zum Sexualisieren, übertriebene Sorge um Äußerlichkeiten, Bewunderungsgier, Geltungsbedürfnis, labiles Selbstwertgefühl; erhöhte Kränkbarkeit bei Ausbleiben von Anerkennung, wenig Frustrationstoleranz (z.B. bei Belohnungsaufschub), Neigung zu Rivalität mit anderen; sprunghaft, planlos und chaotisch, ohne innere Orientierung, von äußeren Einflüssen bestimmbar, suggestibel; ohne Kontinuität, können sich nicht festlegen; durch wunschhaftes Denken bestimmt, Tagträumereien; oft auch Kindliche Note in Gebaren, Haltung, Kleidung und Lebensführung.

- Positiv: eindrucksvolle Selbst- und Fremddarstellung (Schauspieler), unterhaltsam, aber anstrengend.

Genitaler Charakter: reife, liebevolle, freundliche, kontaktbereite Menschen.

Psychoanalytische Diagnostik

FREUD befaßte sich als erster ausführlich mit *Psychogenese* und *Psychodynamik*. Danach gehörten eine *bestimmte Symptomatik* mit einer *bestimmten Entstehungsart*, einem *bestimmten Konflikt*, *bestimmten Abwehrmechanismen* und *Charaktermerkmalen* zusammen. Allerdings fand er noch nicht zu einer differenzierten Therapie: Störungen waren für ihn entweder mit PA als Universalmethode behandelbar, oder eben (z.B. aufgrund mangelnder ICH-Stärke) nicht behandelbar.

3 diagnostische Ebenen relevant:

- 1) *Art des zugrundeliegenden, zentralen Konflikts* und der daraus entstehenden sekundären Konflikte
- 2) *Reifungsgrad*, Kohäsion, strukturelle Beschaffenheit *des ICHs* (Selbsts) mit besonderer Berücksichtigung eventueller struktureller Mängel → konfrontativ-aufdeckende oder stützend-nachreifende Therapie
- 3) *Modus der Konfliktverarbeitung*, das sind die im Vordergrund stehenden Abwehr- Ersatzbefriedigungs- und Reparationsmechanismen (Modus meint dabei *das Ganze der Reaktion*, auch die Art des Umgangs mit den äußeren und inneren Objekten, und setzt sich zusammen aus Abwehrmechanismen, Charakterstruktur und konkreter klinischer Störung).

Phasenabhängige Ätiologie:

- *Symbiotische Phase bzw. frühe orale Phase* (ca. bis 4./6. Lebensmonat): Schizophrenie, Borderline, narzißtische Persönlichkeitsstörung
- *Späte orale Phase* (ca. bis Ende des 1. Lebensjahres): Psychotische Depression, Substanzabhängigkeit, Anorexie, Bulimie, psychosomatische Störungen
- *Frühe anale Phase* (ca. bis Ende des 2. Lebensjahres): Paranoide Störung
- *Späte anale Phase* (ca. bis Ende des 3. Lebensjahres): Zwangsneurose
- *Frühe genitale Phase* (ca. bis Ende des 5. Lebensjahres): Ängste (Phobien), Konversions hysterien (psychosomatische bzw. Persönlichkeitsstörungen)

Therapeutische Interventionstechniken

① Beziehung

- therapeutisches Agenz: Beziehungsfähigkeit
- Herausbildung einer *Übertragungsneurose* → Ort der Intervention
- nicht das «Dort-und-Dann» des Pt. wird gedeutet, sondern das übertragungsneurotische Arrangement innerhalb der therapeut. Beziehung

② Einzeltechniken des Therapeuten:

a) *Analyse von Widerständen*

- «Widerstandsarbeit geht vor inhaltlicher Arbeit.»
- ist oft langwierig, da Abwehrmechanismen langjährig verfestigt sind
- z. B. Sprechen vom Kinobesuch oder Auto (= *externe* Inhalte) ist bereits Widerstand (!)

b) *Analyse der Übertragung*

- Übertragung = Verhaltensmuster, meist in Kindheit gelernt, Rekonstellierung auf den Therapeuten im Sinne des Ersatzes von Bezugspersonen (Eltern) ⇒ *Wiederholungszwang*
 - Beschwerden des Pt. verlieren an Bedeutung
 - Beziehung zum Therapeuten nimmt an Bedeutung zu (Übertragungsneurose)
 - neurotische Konflikte werden aktiviert und in der Katharsis durch Einsicht gelöst

c) *Kontrolle der Gegenübertragung*

- die (möglichst) nichtneurotische Reaktion des Analytikers auf das Beziehungsangebot des Pt. = «umgekehrte» Übertragung,
- ist oftmals frustrierend für den Pt.
- Gegenübertragung muss streng kontrolliert werden, um nicht eigene Bedürfnisse oder neurot. Konflikte auszuleben, ⇒ Supervision, Eigenanalyse
- typ. Therapeutenrollen: emot. Alphabet, Guru, unglückl. Therapeut, kompetenter Th.
- Folgen von nicht kontrollierter Gegenübertragung:
 - 1) Verlust von schwebender Aufmerksamkeit
 - 2) Agieren (Vorschläge, die nicht zur Therapie gehören)
 - 3) Abstinenzverletzung
 - 4) Pt. bekommt nicht mehr erforderliche Hilfe
 - 5) reziproke emotionale Abhängigkeit

d) *Konfrontation (Aufzeigen)*

- den Patienten auf Details in seinem Verhalten aufmerksam machen, z.B. Zu-Spät-Kommen, Auffälligkeiten in Mimik und Gestik, Sprachauffälligkeiten, etc

e) *Klärung (Klarifizierung)*

- durch präzise Fragen ein Thema herausarbeiten
- anamnestisch relevante Informationen herausfiltern

f) *Deuten / Interpretation*

- bes. von unbewußt produziertem Material, vor allem Träume
- PA-Hauptaktivität = einsichtsfördernde Intervention, folgt den Prozessen des Pt.
- Erinnern, Wiederholen, Durcharbeiten soll durch Deuten stimuliert werden
- Gefahr: fehlerhafte Deutungen
(Deutung manchmal auch als Dreischritt von Konfrontation, Klärung und eigentl. Deuten)

g) *Rekonstruktion*

- Ergänzen von Lücken im Material des Patienten, das verdrängt ist, aber in´s Gesamtbild des Konfliktes und seiner Symptome gehört

③ Haupttechnik des Patienten:

a) *Erinnern: freie Assoziation* ⇒ Kernkonflikte der Vergangenheit;

- wichtigster «Materialspender», ist daher eine PA-Grundregel
- *Vertrag mit dem ICH des Pt.*, vorbehaltlos alles zu sagen, was ihm in den Sinn kommt (auch wenn es völlig unwichtig, sinnlos oder peinlich scheint)
- zu Beginn Freies Assoziieren niemals flüchtig, zuletzt gut und von existenzieller Natur
- auch: Berichten von Träumen

b) *Wiederholen*: Wiederinszenierung dieser Kernkonflikte

c) *Durcharbeiten*: Einsicht beim Patienten durch Herstellen von Zusammenhängen

- im klass. Setting eher nur redend-reflektierend: emotionale Ausbrüche sind eher unerwünscht („Abreagieren“)
- Integration der Deutung in die gesamte Person
- ist der eigentliche Heilungsschritt

Gesprächsführung im analytischen Sinne, Stufen:

- a) Kontaktherstellung
- b) Exploration notwendiger Zusammenhänge
- c) Ringen um die Psychogenese / Aufhebung der somatischen Fixierung
- d) Fokussieren und Herausarbeiten des Störungsumfeldes → Aufzeigen, Deuten
- e) Vereinbarung (Freiwilligkeit: eine Vereinbarung nie aufzwingen)

Therapieziele:

- ☞ „Wo ES war, soll ICH werden“ (S. FREUD): gute Balance zwischen der Bewußtmachung von Konflikten und einer gesunden Abwehr als Anpassungsstrategie
- ☞ „Umwandlung des neurotischen Elends in normales Unglücklichsein“ (S. FREUD): Eingezwängt zwischen Natur (maßlose Triebe) und Kultur (begrenzung) schlängeln die Menschen sich durch und können froh sein, wenn eine gesunde Konstitution ihnen das Schicksal des Neurotikers erspart
- ☞ Nachreifung der Persönlichkeit, indem unbewußte Konflikte aufgedeckt und adäquat verarbeitet werden und damit Regression/Fixierung auf infantile Stufen der psychosex. Entwicklung überwunden werden. Ziel: reifer, genitaler Charakter (was Freisein von größeren neurotischen Störungen voraussetzt)
- ☞ 4 konkrete Ziele:
 1. Auflösung der Übertragungsneurose
 2. Fortführung eines unterbrochenen Entwicklungsprozesses
 3. das Erreichen intrapsychischer Autonomie
 4. Entwicklung selbstanalytischer Fähigkeiten

Indikation

- ☞ Klassisch: Neurosen, Persönlichkeitsstörungen, psychosomatische Störungen;
- ☞ später dann nach Modifikation des Settings auch „strukturelle Störungen“: „Borderline“ (KERNBERG), narzisstische Störungen und Psychosen; ist aber sehr (zeit-)aufwendig
- ☞ Die Indikation zur klassischen PA richtet sich neben der Diagnose u.a. nach: hoher Leidensdruck, keine Chronizität der Symptomatik, gute Introspektionsfähigkeit; Arbeitsbündnis verlangt Spaltung von Ich in vernünftigen und neurotischen Anteil ⇒ verlangt relativ kräftige Ich-Funktionen und die relative Abwesenheit von psychotischen und Borderlinezügen und auch ein Gutteil Intelligenz
- ☞ Kontraindikation: Perversionen, Süchte und Dissoziativität werden fast ganz von der PA ausgeschlossen, da hier der Leidensdruck zu gering ist;

Relevanz und Kritik

- ☞ Effizienz:
- ☞ Studie der AOK 1985, n=200, nach 200 Stunden PA:
 - 38% sehr gute Besserung
 - 25% zufriedenstellende Besserung
- ☞ wenig empirisches Material durch Selbstbeschränkung auf qualitative Auswertung
- ☞ theoretisch interessanteste, in ihren Wirkungen für das moderne Empfinden weitreichendste Theorie. „Trotzdem liegt die größte Relevanz der PA [...] darin, daß eine große Zahl von Psychologen und Sozialarbeitern in psychoanalytischen Konzepten denken und [...] diese Konzepte in ihre Therapie einbeziehen.“ (JAEGGI)

- ☞ subversives Potential einer selbstreflexiven Wissenschaft
- ☞ Es ist schwierig, das Denken der PA zu validieren: Es ist kein „Bakterien-Fieber-Modell“ (teils behauptet, weil ja Ödipuskonflikt als Ursache), sondern eindeutig ein sozialwissenschaftliches Modell. „Die Validierung der Psychoanalyse geschieht vorwiegend anhand ihrer interpretierenden Methode, wobei die Patientenberichte immer noch das wichtigste Material darstellen. Dieser „hermeneutische“ Zugang stellt einen vollkommen anderen wissenschaftlichen Zugang dar, als eine naturwissenschaftliche Psychologie es verlangt. Für diese sind die in sich stimmige Falldarstellung, die logisch evidente Ableitung der Hinweis auf Paralleltäten etc. nicht ausreichend.“ (Jaeggi)
- ☞ JAHODA: Unvereinbarkeit der Sprachen: Universität (behavioristisch) vs. PA (Metaphern, Analogien)
- ☞ Schulendenken, „verschworene Gemeinschaft“ mit Initiationsriten, Meister-Schüler-Verhältnis
- ☞ Selbstbestätigung durch Zirkelschlüsse, Bedeutungsüberschuß von Symbolen, Analogien
- ☞ Adultomorphisierung: Übertragung der Erwachsenenicht auf kindl. Erleben (doch woher wollen wir wissen, daß ein Kind im 2. Lj Allmachtsphantasien hat???)
- ☞ Selbstmythologisierung der PA: 3 narzistische Kränkungen des menschlichen Stolzes:
 1. Kosmologie, KOPERNIKUS (1473-1543): Die Erde steht nicht im Mittelpunkt;
 2. Biologie, DARWIN (1809-1882): Der Mensch stammt vom Affen ab;
 3. FREUD (1856-1939): Mensch ist nicht Herr im eigenen Haus
- ☞ (Überheblichkeit durch) Psychologismus: jedes und alles ist von unbewußten infantilen Motiven bestimmt, ob man bei Rot über die Ampel fährt, oder einen Bausparvertrag abschließt (und wir PA-ler sind die einzigen, die da durchblicken)

Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie

Die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie umfasst Therapieformen, die aktuell wirksame neurotische Konflikte behandeln, dabei aber durch *Begrenzung des Behandlungszieles*, durch ein *konfliktzentriertes Vorgehen* und *durch Einschränkung regressiver Tendenzen* (d. h. die Wiederholung kindlicher Einstellungen gegenüber dem Therapeuten wird nicht forciert) eine Konzentration des therapeutischen Prozesses anstreben.

- ☞ aus der PA abgeleitete Therapieform, die auch in Gruppen durchgeführt werden kann
- ☞ dynamische Therapie bezieht sich auf die Neo-Analytiker (Fromm, Horney, etc)
- ☞ Indikation bei akuten Konflikten, Ängsten, Lebenskrisen

	PA	Tiefenpsych. Fokalthherapie	Dynamische Therapie
Dauer	160 – 240 Stunden, 2 – 3 Jahre	50 – 80 Stunden, 1 – 2 Jahre	
Häufigkeit	2 – 3 mal pro Woche	1 mal pro Woche	
Setting	im Liegen	im Gegenübersitzen	
Zeitbezug	Vergangenheit	Gegenwart	
Gegenstand	Übertragungsneurose	aktueller Konflikt (konfliktzentriert)	
Deutung	⊗⊗⊗	⊗	⊗
Neutralität	⊗⊗⊗	⊗⊗	⊗
Klarifikation	⊗	⊗⊗	⊗⊗
freies Assoziieren	⊗⊗⊗	⊗⊗	⊗
Förderung des Dialogs	⊗	⊗⊗	⊗⊗⊗
Widerstandsanalyse	⊗	⊗⊗	⊗⊗⊗
Konfrontation	⊗	⊗⊗⊗	⊗⊗⊗
Traumanalyse	⊗⊗⊗	⊗	⊗

Individualpsychologie: Alfred Adler

- ☞ in Deutschland propagiert von Michael TITZE
- ☞ hatte besonderen Einfluß auf die Pädagogik / Päd. Psychologie: „Lehre den Lehrer“
- ☞ *Unterschiede* zur FREUDSchen Psychoanalyse theoretischer und praktischer Natur:
theoretische Unterschiede:
- ① ADLER: Befriedigung des Trieblebens ist soziokulturell mitbestimmt, es gibt *keine prinzipiell unaufhebbaren Triebkonflikte*, Sexualtrieb wird als Konfliktherd nicht beachtet
- ② Der Mensch ist ein primär *soziales* Wesen (deutlicher Gegensatz zu FREUD) ⇒ **Gemeinschaftsgefühl** als ein zentrales Konzept (Mitmenschlichkeit, soziale Verantwortlichkeit etc.) ⇒ Sinn der Evolution: die ideale Gemeinschaft
- ③ **Bewußtsein** ist das Zentrum der Persönlichkeit. Der Mensch ist grundsätzlich bewußt und kennt gewöhnlich die Gründe seines Verhaltens. Statt Topographischen Modell nur funktionale Trennungen von bewußt – unbewußt statt Instanzenmodell: ICH, „kleines Kind in uns“, sozial geprägtes *Gewissen*;
- ④ Das **Schöpferische Selbst** ist das aktive Prinzip menschlichen Lebens: der Mensch macht seinen eigenen Charakter selbst, verleiht seinen Erfahrungen Sinn.
- ⑤ **Teleologisches** Prinzip: der Mensch soll erkennen, *woraufhin* er lebt (statt entwicklungsgeschichtlichem Determinismus (FREUD), Ziele und Funktionen beachtend)
⇒ 3 Begriffe:
 - *Lebensplan*: in früher Kindheit erworbenes, unbewußtes Lebensziel / -richtung
 - *Leitlinie*: grundsätzliche Handlungsprinzipien zur Erfüllung des Lebensplans
 - *Lebensstil*: konkrete Taktiken der Auseinandersetzung mit den Anforderungen der Umwelt und den eigenen Minderwertigkeitsgefühlen
- ⇒ Persönlichkeitsmodell ist zeitlich (statt räumlich, wie bei FREUD und JUNG)
- ⑥ **dialektisches Denken** in Gegensatzpaaren (z.B. Minderwertigkeit – Überwertigkeit)
- ⑦ **Pathogene Faktoren**
Minderwertigkeitsgefühle: (Selbstwert, psychisch) entstehen aus dem Gewährwerden von Unzulänglichkeiten in einem beliebigen Lebensbereich. Sie sind Triebkraft jeglicher Verbesserung: Der Mensch wird gestoßen durch das Bedürfnis, seine Minderwertigkeit zu überwinden = *Kompensation* und gezogen durch das Verlangen, überlegen zu sein = *Geltungsstreben*.
 - **Organminderwertigkeit**: (physisch) großes Konfliktpotenzial
 - neurotische Strategien des Patienten:
 - *Überkompensation* ⇒ *Machtmensch* („Ich bin der Größte!) oder *Rückzug* in depressive Verstimmungen („Ich bin ein armer Wurm!“)
 - *Arrangement* (Überanpassung, z. B. Überfreundlichkeit)
 - *tendenziöse Apperzeption* (= selektive Wahrnehmung): realitätsferne Wahrnehmung und Interpretation der Umwelt, Fiktionen, „*private Logik*“
 - *Entwertungstendenzen* des Anderen zur Sicherung des eigenen Selbstwerts
 - *Projektion* und *Rationalisierung* wie bei FREUD
 - *Abgrenzung von der Gemeinschaft* (z.B. durch Perfektionismus)
- ⑧ **Ätiologie**: Neurose ist nicht Ergebnis innerpsych. Konflikte (FREUD), sondern als *Abwehr von Umweltanforderungen* aus einem Minderwertigkeitsgefühl (Ohnmacht) heraus. Die Symptome ermöglichen Vermeidung von Anforderungen und Gewinn von Mitleid und Rücksicht = Betonung des sekundären Krankheitsgewinns. Keine Differentiallätiologie á la FREUD

Def.: «Die *Neurose* kann damit zunächst als der Versuch angenommen werden, einem bestehenden *Konflikt* mit *selbstschädigenden*, d. h. pathologischen *Mitteln* aufzulösen. Daneben stellt die *Neurose* selbst aber auch einen untrüglichen *Hinweis* auf eben diesen Konflikt dar, der hinter der spanischen Wand des Symptomgeschehens weiterhin, wenn auch in einer weniger manifesten Form besteht.»

Neue Interventionstechniken:

- ☞ starke Bedeutung von *Erziehung: Liebe und Geborgenheit*
- ☞ *Ermutigungsprinzip* (heute: Ressourcen stärken)
- ☞ Prinzip der *Bewusstmachung*: Heilung durch intellekt. Einsicht des Pt. in seinen Irrtum
- ☞ Erforschung des „falschen“ Lebensplans (häufig: Mangel an Gemeinschaftsgefühl)
- ☞ Erforschung der Familienkonstellation: Erziehungsstil, Familienthemen, frühe Erlebnisse, *Geschwisterkonstellationen, Machtkampf in der Familie*
- ☞ *Selbstverantwortung fördern*: Pt. kann frei entscheiden, auch ganz anders zu handeln
- ☞ Ansatz ADLERS ist nicht solitär: schließt z. B. *Verhaltenstraining, Hausaufgaben*, mit ein.

Therapiepraxis

- ☞ in 2 Phasen

① *Therapeutische Beziehungsaufnahme:*

- a) den Klienten gewinnen
 - therapeutische Atmosphäre schaffen: Offenheit, Anteilnahme, Humor
 - Akzeptanz zeigen für Persönlichkeit des Kranken
 - Therapeut überlässt sich der Führung durch den Klienten (!)
- b) Verstehendes Einfühlen:
 - Empathie
 - Nondirektivität: Kommenlassen statt Erzeugen
 - selbst ein Beispiel für non-Professionalität und non-Direktivität sein
 - Intuition
 - *Deutung als Angebot, Vorschlag(!)*, einen Sachverhalt sprachlich zu fassen
- c) Sprache des Analytikers:
 - keine Expertensprache – Authentizität, Humor, Gleichnisse, bildhafte Sprache
 - teilnehmende Fragen
- d) wohlwollende Abstinenz:
 - emotionaler Kontakt statt emotionale Anonymität á la FREUD
- e) Vergangenheitsprinzip:
 - Frage nach Bild der Biographie (Woher → Wohin),
 - nach Leitthemen seines Lebens, die sich immer wiederholen
 - motivierendes Einbinden des teleologischen Prinzips
- f) Frage nach Familienkonstellationen
 - Familienklima: wie kam es sozialisatorisch zu den Minderwertigkeitsgefühlen? (Überich-Bereiche, Normenverinnerlichung)
 - Vorwegnahme systemischer Ansätze

② *Arbeitsphase:*

- ☞ dialogischer Perspektivwandel: Selbstreflexion: sich selbst mit Abstand betrachten
- ☞ Untergraben der „*privaten Logik*“ des Pt
- ☞ Techniken:
 - a) Konfrontation
 - b) Mut zur Unvollkommenheit vermitteln
 - c) Paradoxien, Witze, Humor
 - d) Herstellung eines autonomen Gewissens

- e) Traumanalyse
 - f) freies Assoziieren („Was fällt Ihnen dazu ein?“)
 - g) Umdeutung von Symptomen (heute: Reframing),
 - h) sokratischer Dialog
- ☞ Kernpunkt in der stark kognitiv orientierten Therapie (Nähe zur kognit. VT!) ist es, dem Klienten etwas bewußt zu machen, z.B. Motive, Krankheitsgewinn, etc. In diesem Sinne gibt es bei ADLER das „Unbewußte“, nicht aber in dem zentralen Sinne wie bei FREUD.

Analytische Psychologie: Carl Gustav Jung

- ☞ hatte als einziger Analytiker Bezug zu WUNDT, Weiterentw. des Assoziationsexperiments
- ☞ JUNGs´ Assoziationsexperiment (= Brückenschlag PA – experiment. Psychologie): 25 Wörter wie Haus, Ball, Liebe, Achtung, Kreuzung, Straße etc. vorgelesen → Pt. muss Assoziationen laut nennen → Latenzzeit gemessen (heute werden aber auch Antworten ausgewertet) → Ergebnis:
 - Männer reagierten besonders auf Wörter wie Ehrgeiz, Geld, etc.
 - Frauen reagierten besonders auf Wörter wie Familie, Schwangerschaft⇒ Lehre von den *Komplexen*
- ☞ Beschäftigung auch mit Ethnologie (Expeditionen vor Ort, um Psyche der Primitiven zu erforschen), Religionswissenschaft, östl. Philosophien, Mythen, Parapsychologie – ohne aber Wissenschaftlichkeit und Empirie zu verlassen! (JACOBI)
- ☞ enge Freundschaft mit Physik-Nobelpreisträger W. PAULI (JUNG-PAULI-DIALOG)
- ☞ Seelisches ist weniger *kausales* Prinzip, denn *Finalitätsprinzip* (Werde, der du bist...) ⇒ zielgerichtetes Handeln möglich, anstatt von Vergangenheit determiniert (FREUD)
- ☞ Individuation ≈ Selbstaktualisierung ⇒ Vorläufer der Humanist. Psychologie
- ☞ psychologische Typenlehre, Symbollehre, 20 Bd. Gesamtwerk
- ☞ war der „Kronprinz“ FREUDs; Trennung nach Meinungsverschiedenheiten zu Unbewußtem, Libido & Ödipuskomplex ⇒ in Nazizeit antisemitische Äußerungen gegen FREUD

Theoretische Unterschiede zur Psychoanalyse

① Libidotheorie

- ☞ Libido bei JUNG: Lebenskraft (*élan vital*), Energie, die allen psychischen Prozessen zu Grunde liegt (viel weiter gefaßt, als bei FREUD)
 - a) Wille und Willenshandlung
 - b) Affekt und Emotion im positiven und negativen Sinne
 - c) Bewusstes und Unbewusstes
 - d) durch symbolische Manifestation verständlich
 - e) kann regredieren, kanalisiert und projiziert werden
 - f) kann inflatorisch anschwellen, verdrängt, gezähmt, gespeichert, verwandelt werden
 - g) kann im kollektiven Unbewussten versinken

② Bewußtsein

- ☞ ist ein Teil des Unbewußten, der sich phylogenetisch erst spät entwickelt hat
- ☞ ist vor allem auf die *Außenwelt* gerichtet
- ☞ kann unterschiedliche *Grade von Klarheit* annehmen
- ☞ „wie die Haut über dem Körper des Unbewußten“
- ☞ Kontakt zum Unbewußten über *Gedächtnis, Emotionen, Einbrüche* (z.B. künstler. Inspiration) und *Träume*

- ☞ Bewußtsein und Unbewußtes verhalten sich zueinander kompensatorisch ⇒ Psyche als selbstregulierendes, homöostatisches System
- ☞ ICH bekommt Impulse gleichermaßen aus Bewußtsein und Unbewußtem

③ Kollektives Unbewusstes

- ☞ ist Teil jeden individuellen Unbewußten, ist persönlichkeitsunspezifisch
- ☞ wird von der gesamten Menschheit geteilt, ist phylogenetisch erworben
- ☞ besteht aus zeitlosen *dynamischen Grundmustern* (Archetypen), die die Regulierung der Psyche bewirken, analog den allgem. Strukturierungsprinzipien der Gestaltpsychologie
- ☞ *Archetypen*: Urbilder seelischer Gestaltungsmöglichkeiten, finden sich in allen Kulturen in Mythen, Märchen, Ritualen, etc (weiser Mann, Drache, ewiger Jüngling, Jungfrau etc.)

Das Schichtenmodell von C. G. Jung



a) Persona:

- Ich-Komplex, Anpassung an die Umwelt
- «Kompromiss zwischen Individuum und Sozietät über das, als was er erscheint» enthält Wunschbild, Fremdbild, Grenzen des Ich-Ideals
- flexibler Schutzwall: Maske nach Außen, Rollen im Leben, Fassade
- gute Persona: wie Haut → Schutz bieten, aber Wärme durchlassen
- kranke Persona: wie Panzer → schützt zwar, verhindert aber jeglichen Austausch ⇒ Verkümmern der Seele

b) Schatten:

- im Ich-Aufbau vernachlässigte Eigenschaften; teils verdrängte, teils nicht gelebte Züge des Menschen, positiv und negativ; dennoch Teile des Ich
- verdrängte und nicht gelebte Eigenschaften; Mängel und Schwächen, die man kennt, aber nicht wahrhaben will
- oft keine Auseinandersetzung aus eigenem Antrieb ⇒ Therapie: Anerkennung und Integration der Schatten = Ausweitung des ICH (1. Stufe der Individuation)

c) Archetypen, Anima, Animus:

- ererbte kollektive Bilder, gegengeschlechtliche Archetypen
- Teil des kollektiven Unbewusstes neben dem persönlichen Unbewusstes

Psychopathologie

- ☞ 2 Ursachen für Neurosen:
 - minderwertige psych. Grundfunktion (Denken, Fühlen, Empfinden, Intuition) drängt in's Bewußtsein
 - durch Traumata / seelische Verletzungen werden bestimmte Inhalte (weil sie mit dem Bewußtsein unvereinbar sind) verdrängt, darum lagern sich mit gleichem Gefühlston geladene Erlebnisinhalte = *Komplexe*; diese Inhaltsgruppen wirken als „Teilpersönlichkeiten“ (bes.: dissoziative Störung) ⇒ Symptome, stereotype Verhaltensweisen
- ☞ Neurose positiv als Heilkrise: Komplexe und Schatten zeigen die Entwicklungsthemen auf ⇒ bewußte Annahme, Übernahme der Verantwortung dafür und Integration;
Akzeptieren der amoral. Natur des Unbewußten: es kennt kein gut und böse

Individuation

- ☞ ist der Prozeß der Menschwerdung im Ganzen
- ☞ 2 Lebensphasen:
 - a) erste Lebenshälfte:
 - Initiation in die äußere Wirklichkeit als „Naturzweck“
 - Entwicklung des ICH, der *Persona* und der psych. Grundfunktionen [Denken (= Beurteilen), Fühlen (= Bewerten), Empfinden (= Wahrnehmung der Außenwelt), Intuition (6. Sinn, z.B. Vorahnungen)]
 - Bewältigung äußerer Lebensaufgaben (Arbeit, Kinder, ...)
 - b) zweite Lebenshälfte:
 - Individuation im engeren Sinne: „Erkenne Dich selbst!“
 - Initiation in die innere Wirklichkeit; ist „Kulturzweck“, ⇒ nicht zwingend für jeden
 - ist ohne festes Ziel, wohl aber mit fester Richtung: „Der Weg ist das Ziel!“
 1. Phase: Integration der Schatten aus dem individuellen Unbewußten,
 2. Phase: Integration der Archetypen aus dem kollektiven Unbewußten
- ☞ Ziel (auch einer Therapie): Befreiung des Individuums aus dem Zwang des persönl. Unbewußten und der Kollektivpsyche ⇒ vollintegriertes Selbst, «Werde, der du bist!»
- ☞ geht weit über symptomatische Heilung hinaus = Nähe zur Humanistischen Psychologie

Analyse nach C. G. Jung

- ☞ mythisch-religiös, besser: transpersonal
- ☞ Hilfe zur *Befreiung von Selbstentfremdung*, Anleitung zur *Selbstfindung*
- ☞ dialektische therapeutische Beziehung im Zentrum
 - am Ende der Therapie stehen Therapeut und Patient gleichermaßen verändert da
- ☞ verstehende, vorurteilsfreie Annahme der Schatten des Pt. durch den Therapeuten
- ☞ nicht so starker Vergangenheitsbezug, eher *Gegenwartsbezug*
- ☞ Erkennung von *Lebensaufgaben* und der Ausweichmechanismen davor
- ☞ Therapeut als Katalysator der Selbsterkenntnis des Patienten,
- ☞ *Traumdeutung* als wichtigste Technik:
 - Träume haben kompensatorische Funktion
 - symbolisieren, was den Träumer zum Verständnis seiner Lage führen kann
 - *Subjekt-Deutung*: externe Traumobjekte (z.B. best. Personen) werden auch als Repräsentanten eigener psychischer Anteile gesehen
 - durch eine große Anzahl von Deutungsmöglichkeiten, die von Träumer und Analytiker gemeinsam zusammengetragen werden, Entschlüsselung der Traumsymbole auf verschiedenen Ebenen (Realebene, Subjektebene, etc.)

- ☞ Methode der *aktiven Imagination*: Patient soll sich Szenen vorstellen, z. B. auf Grundlage eines Traumes, darin: Selbst- und Welterfahrung in bildhaft-symbolischer Form

Typenlehre

3 Dimensionen

- a) Denken – Fühlen, b) Empfinden– Intuition, c) Introvertiert – Extrovertiert
- ⇒ 8 Typen: Denktyp, Fühltyp, Intuitionstyp, Empfindungstyp, die jeweils intro- oder extrovertiert sein können
- ☞ Kugelmetapher der Psyche: die 3 Dimensionen werden zu den 3 Raumachsen
 - die Kugel schwimmt im Wasser – alles was unter Wasser ist, ist unbewußt
 - ⇒ Ziel: die Kugel immer weiter aus dem Wasser heben

Körperorientierte Therapie: Wilhelm Reich
--

- ☞ Psychotherapie ist wesentlich effektiver, wenn man den Körper einbezieht
- ☞ VON FREUD-Schüler Wilhelm REICH begründet: Vegetotherapie
 - während FREUD die PA immer mehr zu einer ICH-Psychologie machte, verfolgte REICH das ursprüngl. energetische Konzept der Krankheit durch Triebunterdrückung weiter
 - Experimente und Forschungen zur PA, polit. Soziologie, Biologie, Physikochemie
 - von FREUDS Libido-Energie zu einer universellen Grundenergie allen Lebens: *Orgon*
 - ist bis heute das *enfant terrible* der Psychologie
 - Versuch der Verbindung von Kommunismus und PA (sexuelle Unterdrückung geht einher mit der Entwicklung des Privateigentums → bürgerl. Zwangsmoral als innerfamiliärer Ausdruck einer autoritären Klassengesellschaft) ⇒ Ausschluß sowohl aus der KP als auch aus der Psychoanalyt. Gesellschaft
 - Lit: Die Massenpsychologie des Faschismus (1933!!!) → Flucht vor den Nazis,
 - in den USA unter mysteriösen Umständen nach Zerstörung seines Institutes und öffentl. Verbrennung seiner Bücher im Gefängnis gestorben, bis heute wissenschaftlich diskreditiert
 - großer Einfluß auf verschiedenste Richtungen der Humanist. Psychologie (PERLS, etc),
 - oft als Ergänzungsverfahren angewendet
- ☞ Weiterführung durch **Alexander LOWEN: Bioenergetik** und Pierrakos: Core-Therapy

Thesen der körperorientierten Psychotherapie

- a) Das Leben ist *Materie und Energie*.
- b) Das *freie Strömen* und Pulsieren dieser Energie erhält körperliche Gesundheit. Die *orgastische Potenz* (das Zulassen spontaner Spannungsentladungen des Körpers, z.B. in der Sexualität), hat *regulierende Wirkung* für den *Energiehaushalt* des Körpers.
- c) Neurose entsteht als Differenz von Energieaufbau und Energieabbau: durch mangelnde Bedürfnisbefriedigung und Gefühlsunterdrückung kommt es zum *Energiestau*. Dieser führt zu statischen und funktionellen Verspannungen der unwillkürlichen Muskulatur → Entstehung des *Muskelpanzers* (= „*fleischgewordene Lebensgeschichte*“).
- d) Dieser Muskelpanzer hat eine Abwehrfunktion gegen die Bedürfnis- und Gefühlsimpulse
- e) Körperl. und psych. Vorgänge sind *funktional äquivalent*. Z.B. führen Muskelverspannungen zu Angst und seelischen Verspannung, und umgekehrt. *Stauungsneurose* und *Psychoneurose* können sich gegenseitig hochschaukeln.
- f) Persönlichkeitstheorie: Die Oberfläche des Menschen besteht aus einem *Charaktermaske* (*Charakterpanzer*, adäquat zum Muskelpanzer), der aus Abwehr der Bedrohung der persönl. Integrität (z.B. durch Traumata, Stress,...) in der Kindheit gebildet wurde. Diese Charaktermaske ist ein falsches Selbst, welches das ursprüngliche wahre Selbst verdeckt.
- g) *Charakterlehre* von FREUD weiterentwickelt: phallisch-narzisstischer, hysterischer, passiv-femininer, männlich-aggressiver, zwanghafter, masochistischer,
- h) Durch aktuelle Umstände und Situationen kann der Energiestau verstärkt werden und es kommt zur neurot. Dekompensation.
- i) Kernsätze: «Ich bin mein Körper.», «Der Körper lügt nicht.»
- j) Therapie: Panzer auflösen durch *Körperarbeit* (Haltung korrigieren, Muskeln lockern, Atmung vertiefen, Durchblutung fördern)

- Reaktivierung nichtgelebter Gefühle (Katharsis) und - parallel dazu - der verdrängten seelischen Verletzungen, diese werden analytisch aufgearbeitet
- darunter: primäre Kernschicht (Lebens-Lust, Liebe, primäres Selbstbewusstsein, wird positiv gesehen!)

Bioenergetische Übungen (vom Therapeuten vorgeführt):

- ☞ Demonstration von Ladungen (Handfalte-Versuch)
- ☞ Atemübungen (Beginn jeder Therapie: Atemvertiefung)
- ☞ Grounding (fest auf der Erde stehen, die Erde fühlen)
- ☞ Augen-Übungen / Seh-Übungen (z. B. Augen weit aufmachen)
- ☞ Körperübungen: Dehnübungen, Streßpositionen, bioenerget. Hocker, u.a.
- ☞ Übungen des emot. Ausdrucks: Aggressionsübungen, Grimmassieren, etc.
- ☞ Massage: von kräftiger Druckmassage über Ausstreichen bis zu sanfter Berührung
- ☞ falsche Körperhaltungen entdecken und verändern
- ☞ Fallübung (gegen die Angst, sich fallen zu lassen, loszulassen)
- ☞ Stimme freilassen: Körperübungen durch seufzen, stöhnen, schreien unterstützen
- ☞ 2 Grundgebote: Knie weich! (um Vibration des Körpers zu ermöglichen)
Bauch freilassen! (um Atmung zu vertiefen)

Therapieziel:

- Auflösung muskulärer, charakterlicher und emotionaler Blockaden, um Bedürfnisse und Gefühle angemessen ausdrücken zu können
- Lust an den wichtigsten Körperfunktionen (Bewegung, Gefühl, Selbstaussdruck, Sexualität) fördern

besondere Indikationen:

- ☞ bei offensichtlichem Körperpanzer
- ☞ bei starker Abtrennung von den eigenen Gefühlen
- ☞ bei Personen, die über die Sprache schwer erreichbar sind

Gesundheitsauffassungen der vier Analytiker:

<i>Freud</i>	Arbeiten und Lieben können
<i>Adler</i>	Arbeiten und Lieben können und Gemeinschaftsgefühl haben
<i>Jung</i>	gelungene Individuation - voll ausgebildete Ich-Funktionen (Denken, Fühlen, Intuition und Empfinden) - Akzeptanz der Schatten - Integration des kollektiven Unbewussten
<i>Reich</i>	- Befreiung der natürlichen Körperfunktionen aus dem Muskelpanzer - Befreiung des wahren Selbst aus dem Charakterpanzer

*Freud ist für Individualisten, Adler für Altruisten, Jung für Sinnsucher
 und Reich für Rebellen*



Humanistische Psychologie

Die humanistische Psychologie beruht heute auf fünf zentralen, aufeinander bezogenen Prinzipien:

- "Ausgangspunkt der humanistischen Psychologie ist die Erfahrung. /.../"
- Die humanistische Psychologie besteht auf der wesenhaften Ganzheit und Integrität des Menschen. /.../"
- Obwohl der menschlichen Existenz klare Grenzen gezogen sind, besteht die humanistische Psychologie darauf, daß die Menschen eine wesensmäßige Freiheit besitzen. /.../"
- Die humanistische Psychologie ist in ihrer Orientierung antireduktionistisch. /.../"
- Die humanistische Psychologie ist der Ansicht /.../, daß die menschliche Natur niemals völlig bestimmt werden kann." (Shaffer 1978 10)

Klientenzentrierte Psychotherapie: Carl R. Rogers

- ☞ in Deutschland 1956 Reinhard TAUSCH (Schüler von Carl ROGERS)
- ☞ seit 2002 als Richtlinienverfahren anerkannt, aber noch keine verbindliche Ausbildung

Theoretische Grundlagen

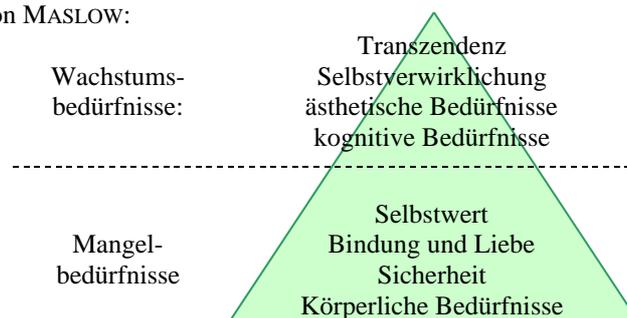
- ☞ *Existentialismus*: KIERKEGAARD („Der Mensch ist das, wozu er sich macht“ ⇒ Selbstverantwortung, Entscheidungsspielraum, subjekt. Lebenssinn), BUBER (Ich-Du-Beziehung)
- ☞ *Gestaltpsychologie* : GOLDSTEIN (Aktualisierungstendenz), LEWIN (Mensch-Umwelt-Feld)
- ☞ *Psychoanalyse*: besonders Otto RANK
- ☞ *Phänomenologie*: HUSSERL u.a. (Wertschätzung der subjekt. Realität des Pt., Aufwertung der sinnhaft-qualitativen Betrachtung)
- ☞ in jüngerer Zeit Einbeziehung von Erkenntnissen der Kommunikationswissenschaft und der Kognitionspsychologie
- ☞ *Systemtheorie*: PRIGOGINE, SZENT-GYOGYI (Selbstorganisation von Organismen)

empirische Forschung von Beginn an:

- ☞ Aufzeichnung und Auswertung von Therapiesitzungen (Skandal!)
- ☞ Entwicklung eigener Beobachtungsskalen, z.B. zur Selbst-Exploration (9-stufig)
- ☞ empir. Erforschung von Therapeutenvariablen + Skalen zum einführenden Verstehen
- ☞ Prozessforschung durch Q-Sort: Prä- und Postmessung von Selbst- und Idealbild
- ☞ ist auch in TPF: Skalen Selbstaktualisierung und Selbst- und Fremdwertschätzung

Aktualisierungstendenz des Selbst, des Organismus

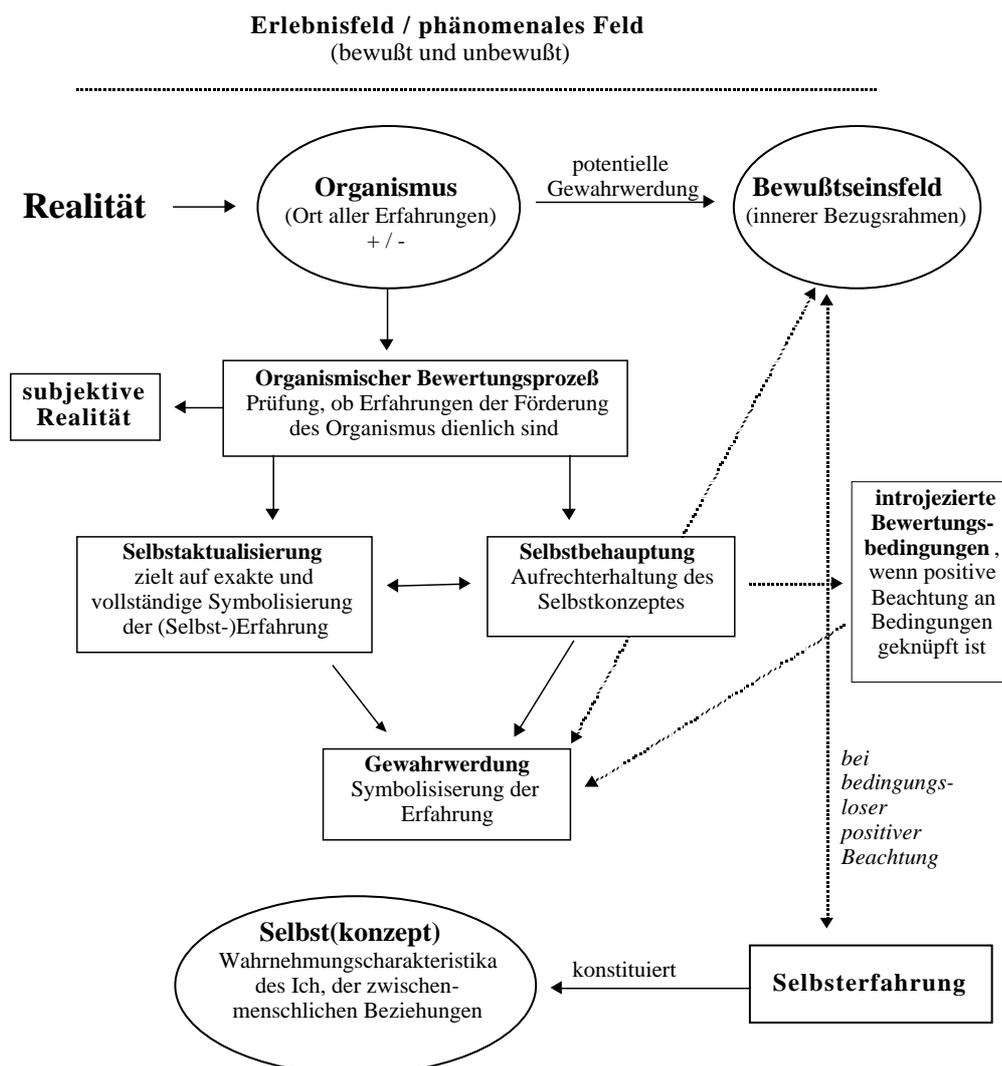
- ☞ = das jedem Organismus eigene Potential zur konstruktiven Veränderung seiner selbst in der jeweiligen Umgebung, unabhängig von der Kontrolle durch äußere Kräfte
- ☞ Tendenz, sich zu erhalten, zu wachsen, zu differenzieren, sich weiterzuentwickeln
- ☞ grundlegendes Merkmal allen organischen Lebens, Substrat aller menschlichen Motivation
- ☞ Problem: positive Entwicklung ist gut zu erklären, negative Entwicklung sehr viel schwieriger (Versuch: das Selbst ist bei destruktiver Entwicklung blockiert)
- ☞ vergleiche auch Bedürfnispyramide von MASLOW:



- vom klientenzentrierten Ansatz werden vorwiegend die «höheren» Bedürfnisse bedacht; die Selbstaktualisierungstendenz befindet sich bei MASLOW sehr weit oben
- ermöglicht Erklärung, warum es Kriminalität gibt (z. B. stehlen Straßenkinder nicht aus Selbstverwirklichung, sondern aus Hunger, der in der Pyramide ganz unten steht)

Motivationstheorie: 3 Bedürfnisse:

1. angeborener **organismischer Bewertungsprozeß**, der auf psychisches Wachstum, Entwicklung und Selbstverwirklichung ausgerichtet ist. Erfahrungen werden bewertet: solche, die den genannten Zielen zuträglich sind, erscheinen positiv, hindernde Erfahrungen negativ
 2. **Bedürfnis nach positiver Wertschätzung (Zuwendung)**: kann die *organismische Bewertung* und damit die *Selbstverwirklichung* übertreffen (Suche nach Wertschätzung ⇒ Inkongruenz von Erfahrung und Bewertung und damit Verzerrung und Verleugnung von Erleben, wenn Selbstwertschätzung in Widerspruch zum organismischen Bewertungsprozeß gerät)
 3. Aus dem Bedürfnis nach Wertschätzung entwickelt sich das **Bedürfnis nach Selbstwertschätzung: Internalisierung von Werthaltungen**, die durch das Bedürfnis nach Wertschätzung sozial vermittelt werden. ⇒ das Selbst als sich bildende Struktur, mit „Pfortnerfunktion“: neue Wahrnehmungen werden durch dieses Selbst gefiltert: Solche, die mit der Struktur des Selbst übereinstimmen, werden zugelassen, alle anderen gelehnt, verzerrt oder verdrängt.
- ☞ Das **Bedürfnis nach positiver Wertschätzung** durch die anderen ist das stärkste Motiv der Entwicklung, der Mensch strebt danach, selbst um den Preis, sein „Eigenstes“ (Authentizität) zu verlieren.



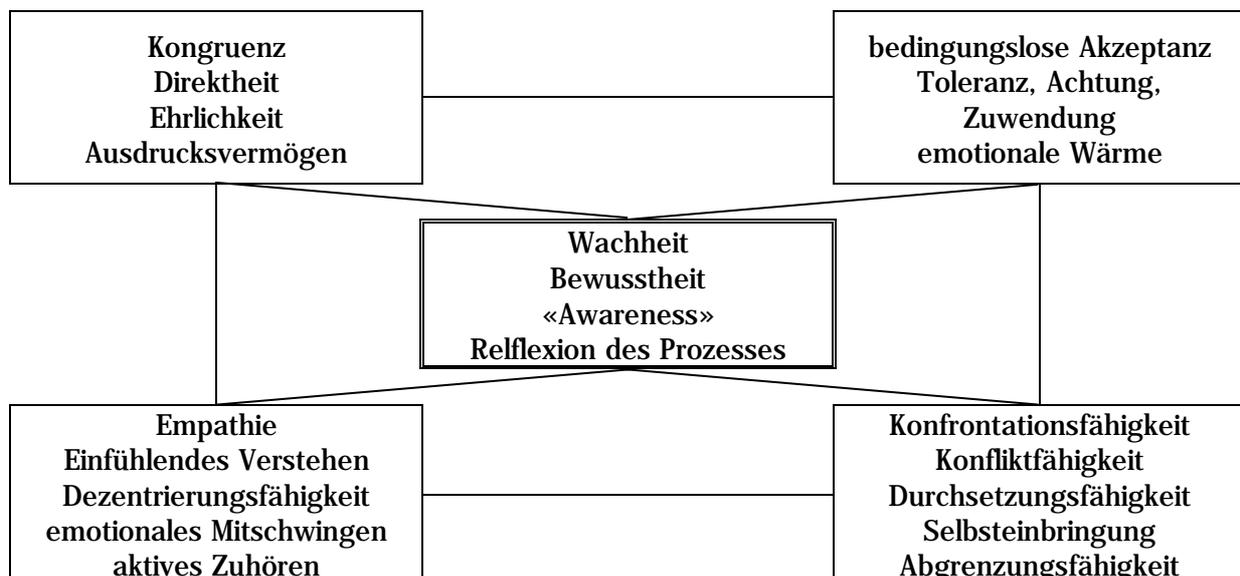
Erläuterungen:

- ☞ *Aktualisierungstendenz*: Tendenz zur Entwicklung aller Möglichkeiten, die der Entwicklung und Förderung des Organismus dienen ⇒ Gewährwerden von Erfahrungen (Möglichkeit, diese Erfahrungen in Zusammenhang mit der eigenen Person zu bringen)
- ☞ Mit der Entwicklung des Selbst untrennbar verbunden ist die Entwicklung des *Bedürfnisses nach positiver Wertschätzung*. Dieses Bedürfnis ist höher als die *Selbstaktualisierungstendenz* - der Mensch strebt nach ihr, selbst um den Preis, sein Eigenstes zu verlieren. Folglich richtet er sich nach Bewertung anderer. Es kommt zur Entwicklung von *Bewertungsbedingungen*, wenn die positive Beachtung der Bezugspersonen an bestimmte Bedingungen geknüpft ist.
- ☞ Stehen Erfahrungen im Widerspruch zu diesen in das Selbstkonzept introjezierten Bewertungsbedingungen, wird verleugnet, selektiv wahrgenommen, entstellt, etc.
- ☞ Vom Zeitpunkt der ersten selektiven Wahrnehmung im Sinne dieser Bewertungsbedingungen an bestehen Zustände von *Inkongruenz zwischen Selbst und Erfahrung* genauer: Die gesamtorganismische Bewertung, daß eine Erfahrung der Förderung des Organismus als Ganzes einschließlich des Selbstkonzepts dienlich ist, stimmt nicht überein mit der Bewertung dieser Erfahrung hinsichtlich ihrer Dienlichkeit für die Aufrechterhaltung des Selbstkonzepts.
- ☞ Der Zustand der Inkongruenz führt zu einer unterhalb des Bewußtseins wahrgenommenen Bedrohung als Auslöser für einen Abwehrprozeß. Würde z.B. eine bestimmte Erfahrung (ich bin wütend auf meine Eltern) korrekt im Gewahrsein symbolisiert, könnte das Selbstkonzept nicht länger seine geschlossene Gestalt behalten, Bewertungsbedingungen würden verletzt und das Bedürfnis nach positiver Beachtung frustriert.

Beziehungen

- ☞ *Beziehung* = Grundlage menschlicher Entwicklung ⇒ zentraler Stellenwert für:
 - konstruktive psychotherapeutische Veränderung
 - für Entwicklung der Persönlichkeit (ROGERS 1957, 1991)
 - „*therapeutische Beziehung*“ ist das *zentrale Konzept* der klientenzentrierten GPT
- ☞ *Beziehungserfahrungen* des Kindes mit bedeutsamen Personen bestimmen:
 - Inhalte und Werte des Selbst
 - (In-)Kongruenz zwischen Selbst (starres vs. flexibles Selbst) und organismischer Erfahrung
 - gesundes vs. gestörtes Funktionieren der Person
- ☞ Bedürfnis nach positiver *Beachtung durch Bezugsgruppen* (Bindungstheorie BOWLBY, GROSSMANN & GROSSMANN)
 - sich an begrenzte Zahl vertrauter Personen zu binden und sich ihrer Zuwendung zu versichern
 - = Elementarbedürfnis, biologisch notwendig, primär, angeboren?

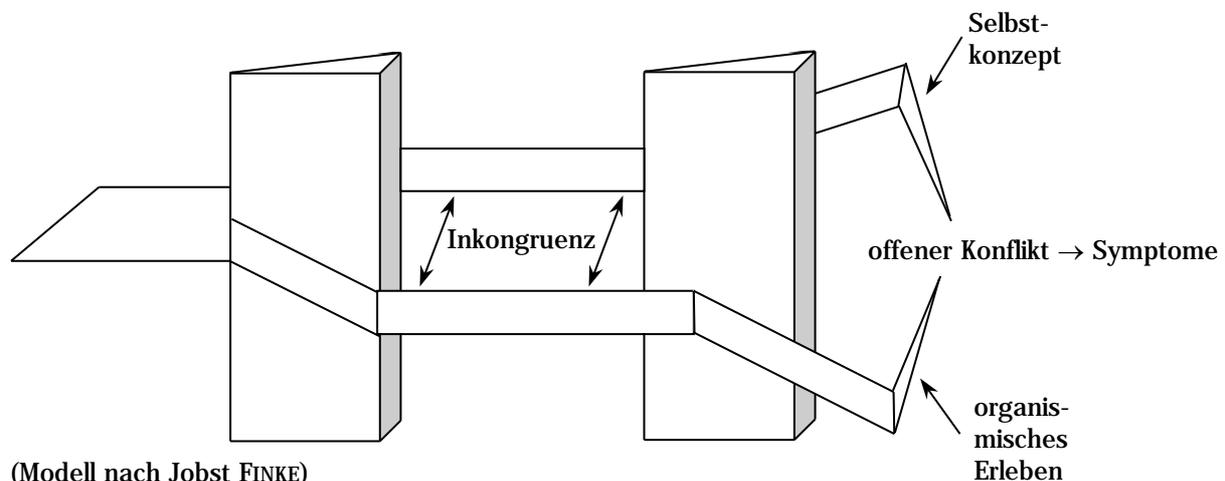
Basiskomponenten der therapeut. Beziehung nach Rogers



Psychopathologieauffassung

Wie entsteht Psychopathologie?

- ☞ das Selbst muss ständig neue Erfahrungen verarbeiten können
 - PIAGET: Assimilation und Akkomodation führt normalerweise zu kongruenter Symbolisierung, also einer realistischen Abbildung von sich selbst und seiner Umwelt.
- ☞ Das Selbst differenziert sich ab der frühen Kindheit aus den Körperwahrnehmungen in Interaktion mit der Umwelt. Es organisiert und strukturiert möglichst realitätsgerecht Erfahrungen und schafft sich dadurch sein Selbstkonzept (= kognitive Repräsentation von Ich und Umwelt). Wenn neue Erfahrungen das vorhandene Selbstkonzept bedrohen (z.B. weil dieses früher durch an Bedingungen geknüpfte Fremdwertschätzung manipuliert wurde) kommt es dazu, daß sie verleugnet oder verzerrt werden = inkongruente Symbolisierung. Das führt zu einer *Erstarrung des Selbst* (Verfestigung, rigider Zustand), was sich ausdrückt in:
 - Unfähigkeit, Erfahrungen unvoreingenommen zulassen bzw. wahrnehmen zu können
 - Erfahrungen, die nicht zum Selbstbild passen, werden geleugnet
 - externe und interne Reize und Bedürfnisse werden verzerrt oder gar nicht mehr wahrgenommen
 - Kommunikation nur über äußere Angelegenheiten
 - Gefühle, Probleme und Bedeutungen werden nicht erkannt / wahrgenommen
- ☞ Wesen der Entstehung psychischer Störungen: Der Organismus strebt danach, seine eigenen Bedürfnisse zu erfüllen. Da das Selbst durch inkongruente Symbolisierung nicht mehr in Übereinstimmung mit dem Organismus ist, aber das Streben nach Konsistenz hat (in Form des Selbstwertgefühles), kommt es zu einer Spaltung: Organismus und Selbst streben in verschiedene Richtungen. Wenn die Widersprüche zu groß werden (z.B. life events), kommt es zur *Desorganisation des Selbst* ⇒ Angst ⇒ Symptome.
- ☞ psych. Störung ist also immer mit einer Inkongruenz von Wahrnehmung der Umwelt und Selbstkonzept verbunden.
- ☞ Im Gegensatz zum Freudschen Pessimismus und deterministischen Sicht betont Rogers, daß der *Mensch von Natur aus gut, konstruktiv, zuverlässig und vertrauenswürdig* ist; erst Erziehung und andere soziale Einflüsse können ihn diesen angeborenen Tendenzen entfremden.



Therapietheorie

Wodurch findet Heilung statt?

- ☞ Grundhaltung: „an die Stelle der Behandlung psychisch gestörter Personen tritt die Idee des Persönlichkeitswachstums“, Therapeut nicht als Experte für richtiges Leben, sondern als Weggefährte und Gärtner, der unterbrochenes Wachstum unterstützt
- ☞ Initiierung eines entkrampften, *angstfreien Selbstexplorationsprozesses* durch *bedingungslose Wertschätzung* ⇒ Auflösung inkongruenter Symbolisierungen
- ☞ behindernde Bedingungen eliminieren und fördernde Bedingungen schaffen („Humus“)
- ☞ Bedingungen:

- ① Beziehung muss *angstfrei* sein.
- ② das Selbst des Klienten muss *Achtung* erfahren.
- ③ Neuorganisation ohne Druck, das *Tempo* wird allein durch den Klienten bestimmt.
- ④ hilfreiche, schützende Umgebung
- ☞ z.B. Vermeidung von Deutungen, um Widerstand des Klienten zu minimieren
- ☞ Unbewußtes á la FREUD spielt keine Rolle ⇒ prinzipielle Möglichkeit der „vollen Wahrnehmung“ aller nichtpräsenten Bewußtseinsinhalte
- ☞ Therapie: Selbstkonzept aus der Erstarrung befreien, so dass es sich in Frage stellen und neue Erfahrungen aufnehmen kann: Wirksamwerden der *Selbstheilungskräfte*.
 - Beginn mit Tür-Öffner-Fragen (z.B. „Gibt es etwas, worüber Sie gerne sprechen möchten?“)
 - Orientierung auf innere, emotionale Gesprächsinhalte
 - Verbündung mit gesunden Anteilen des Klienten
 - ideolektische Gesprächsführung: an wichtige Worte des Klienten anknüpfend,
 - bei den Angeboten des Klienten bleiben, keine eigenen Inhalte aufdrängen
 - Interventionen möglichst als Aussage, nicht als Frage formulieren
 - dem Klienten helfen, das von ihm intendierte (aber nicht gewußte) zu verdeutlichen, keine Ratschläge
 - Arbeit an Patient-Therapeut-Beziehung und Widerständen hat Vorrang
- ☞ Therapieziele
 1. Akutziele: Symptomlinderung
 2. Nahziele: *Selbstexploration*: (Erfassen der eigenen Gefühle und Kognitionen und deren sprachl. Reflexion)
Experiencing: (verbesserte Wahrnehmung von Gefühlen und Körpersensationen durch Fokussieren darauf)
 3. Fernziel: Verminderung der Diskrepanz Selbstkonzept – Idealkonzept;
 Selbstaktualisierung, Wachstum ⇒ *vollfunktionsfähige Persönlichkeit*:
 flexibel - jedes Erleben wird neu und bedürfnisentsprechend bewertet
 kongruent - alles, was sie erlebt, ist ihr auch bewußt zugänglich
 Autonomie - Person ist selbst Maßstab ihres Verhaltens, folgt nicht starren Verhaltensregeln
- ☞ Die konkreten Therapieziele richten sich – wie überall in der humanistischen Psychotherapie – nicht nach den Auffassungen des Therapeuten von Gesundheit und Krankheit, sondern nach den Vorstellungen des Klienten: die Auffassung von der Einmaligkeit jedes Menschen mit seiner persönlichen Geschichte führt zu einem *ipsativen Bezugssystem*.
- ☞ Verglichen mit anderen ist die Theorie „dürftig“; die dahinterliegende Weisheit ist im Kern religiös: Glaube an Liebe, die Kraft der Gefühle und der Mitmenschlichkeit – kein Arsenal an technischen Methoden

Therapieprinzipien		
Bedingungsfreies Akzeptieren	Empathie	Kongruenz / Echtheit
Therapietechniken		
↓	↓	↓
Anerkennen	Einführendes Verstehen	Konfrontieren
Bestätigen	Konkretisierendes Verstehen	Beziehungsklären
Solidarisieren	Selbstbezogenes Verstehen	Selbsteinbringen
	Organismusbezogenes Verstehen	

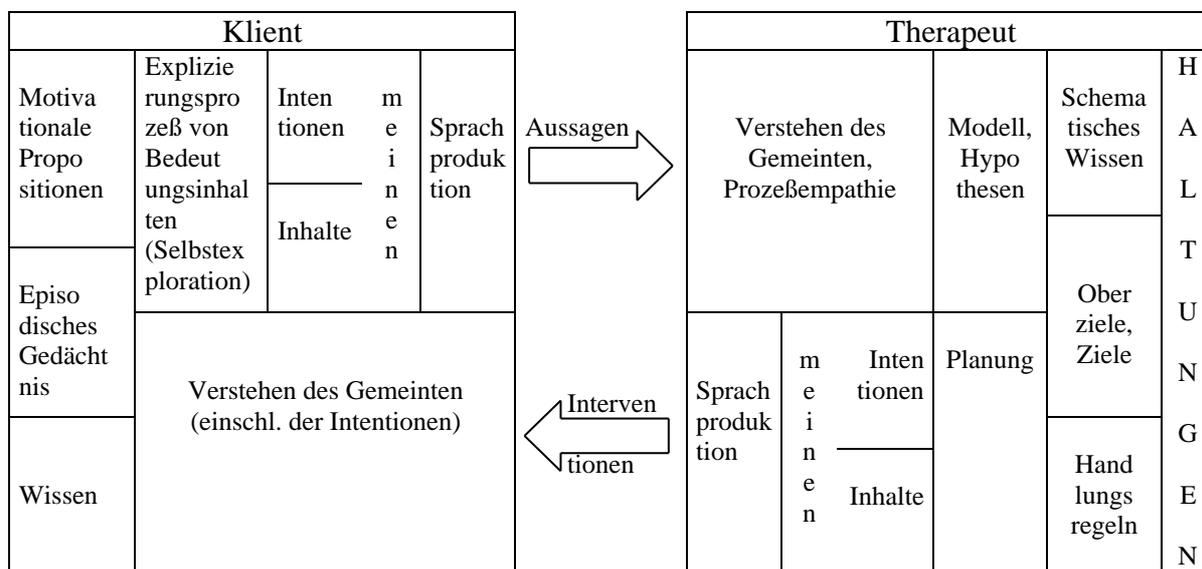
4 Entwicklungsphasen der GPT

- ① *non-direktive Therapie* (1942-1950):
- ☞ Carl ROGERS übernimmt Ideen von seinem Lehrer Otto RANK (Psychoanalytiker):
 - a) bedingungslose AKZEPTANZ: Bietet dem Patienten Sicherheit und Geborgenheit.

- b) Glaube an die *Selbstheilungskräfte* des Patienten.
- c) *Selbstverantwortung* des Patienten
- ☞ nicht-direktiv: weitgehender Verzicht auf Intervention jedweder Art, z.B. Hypnose, Deutung u. ä.
- ☞ Buch von ROGERS (1942): «Client-centered Psychotherapy»
- ② **gefühlverbalisierende Psychotherapie (1950-1962):**
- ☞ Intervention durch *Spiegeln der Gefühle* des Klienten durch den Therapeuten (aktives Zuhören, Paraphrasieren, Verbalisieren emotionaler Erlebnisinhalte)
- ☞ therapeutisches Basisverhalten exakt beschrieben. Zur...
 - a) AKZEPTANZ (positive Wertschätzung, emotionale Wärme, etc.) kommen...
 - b) SELBSTKONGRUENZ des Therapeuten (emotionale Echtheit etc.) und
 - c) EMPATHIE (einführendes Verstehen der Erlebnisinhalte des Patienten) hinzu.
- ③ **Erlebniszentrierte Gesprächspsychotherapie (bis heute):**
- ☞ E. GENDLIN: untersuchte stagnierende Therapieprozesse; Ergebnis: Patient kommt mit eigenen Gefühlen nicht in Kontakt → Technik des «Focusing» (1967): Richten der Aufmerksamkeit auf das unmittelbare (gefühlsmäßige) Erleben, oft ohne Verbalisierung
- ☞ ganzer Körper einbezogen ⇒ «Experiencing»
- ④ **Methodenintegration und differentielle Gesprächspsychotherapie (parallel zu ③)**
- ☞ klass. GPT ist nicht für jeden gut ⇒ Anpassung an Zielgruppen und Kombination, z.B.:
 - Anwendung der GPT auf Gruppen: Encounter
 - Anwendung der GPT auf Kinder: klientenzentrierte Spieltherapie
 - partnerorientierte GPT; elternkonzentrierte GPT (GORDON-Ansatz),
 - Systememische Therapie + GPT

Zielorientierte GPT (SACHSE & MAUS 1998)

- ☞ verstehen GPT als Kommunikationsprozeß
- ⇒ versuchen GPT mit Begriffen der Allg. Psychologie zu beschreiben
- ☞ erklärt die Intervention des Therapeuten als zielgerichtete Handlung aufgrund der Verarbeitung von Informationen des Patienten
 - Explizierung = Ausdruck von bewertetem Wissen ≈ Bedeutungsinhalte
 - „meinen“ bezieht sich auf die nur teilweise gegebene Kongruenz von Gemeintem und Ausgedrücktem



Prozessorientierte GPT (nach H. SWILDENS 1994)

☞ dieses Modell ist störungsorientiert, (versucht also, das Manko der störungsindifferenten Diagnostik zu überwinden)

Phasen des Therapie- und Beratungsprozesses

1. Stagnation (Zustand, in dem der Klient in die Therapie kommt)
2. Prämotivationsphase (Schaffung eines therapeut. Arbeitsbündnisses)
3. Symptom- /Syndromphase (Schilderung der Symptome, Erzählen der *persönl. Mythen*)
4. Problem- /Konfliktphase (emotionale Exploration des Konfliktes Selbst – Umwelt)
5. Existentielle Phase (Erkennen des wahren Selbst, des Lebenssinns, der Lebensformel)
6. Abschied (Lösen der therapeut. Beziehung = Trauern(!) (wird von vielen vernachlässigt))

Standardbedingungen

<i>Indikation</i>	<ul style="list-style-type: none"> ☞ Beziehungsfähigkeit zum Selbst ☞ seelisches Leiden, Leidensdruck, Therapiemotivation ☞ Freiwilligkeit, Bereitschaft zur Selbstauseinandersetzung ☞ 15 – 65 Jahre, auch noch darüber möglich ☞ normale Intelligenz ☞ leichte affektive Störungen, Zwänge, Ängste, PSK- und psychosomat. Störungen, sexuelle Störungen, soziale Störungen, Berufsprobleme, Selbstwertprobleme, → soz. Phobien ☞ für yavis-people (young, attractiv, verbal, intelligent, sympathic) ☞ Vorsicht bei chronischer Sucht und Psychosen! (keine sofortige Therapie möglich; erst «pre-therapy» nach PROUTY nötig)
<i>Therapiezielbestimmung</i>	☞ gemeinsame Therapiezielvereinbarung nach ipsativen Normen
<i>Psychogenese</i>	☞ Anerkennung der Psychogenese durch den Patienten
<i>Therapievertrag</i>	☞ Vereinbarung über Therapie, Dauer, Modi (5 probatorische und 10 – 15 Sitzungen), Übergänge, Absage
<i>Kontrolle des Therapieverlaufs</i>	<ul style="list-style-type: none"> ☞ prä-postdiagnostische und verlaufsdagnostische Kontrolle ☞ Tonbandaufnahme zur Eigenkontrolle

„Das meiste von dem, was in der Psychologie getan worden ist, läßt sich mit den ersten Untersuchungen von primitiven Gesellschaften vergleichen. Der Beobachter berichtet, daß die primitiven Völker absurde Speisen aßen, phantastische und sinnlose Zeremonien abhielten und ein Verhalten an den Tag legten, das eine Mischung aus Tugend und moralischer Entartung darstellte. Was der Beobachter nicht sah, war, daß er von seinem eigenen Bezugssystem aus beobachtete und seine Wertmaßstäbe an das Verhalten des Primitiven anlegte. Nichts anderes tun wir in der Psychologie, wenn wir von „anormalem Verhalten“ oder von „Einbildung“ und so weiter sprechen. Wir merken nicht, daß wir die Person von unserem eigenen oder von irgendeinem allgemeinen Bezugssystem her beurteilen, daß aber die Bedeutung ihres Verhaltens nur dann verstanden werden kann, wenn ihr Verhalten so gesehen wird, wie sie selbst es wahrnimmt, genauso wie der einzige Weg zum Verständnis einer anderen Kultur in der Annahme des Bezugssystems dieser Kultur liegt.“
 (Carl ROGERS)

Gestalttherapie: Fritz Perls

humanistisch – wachstumsorientiert

- ☞ zentrale Figur: Fritz PERLS (1893 – 1970, eigentlich Frederic Salomon PERLS)
- ☞ aus der PA entwickelt (Karen HORNEY, Clara HAPPEL, Wilhelm REICH, Otto RANK)
- ☞ metaphorisch-analoger Bezug zur Gestalttheorie in der wahrnehmungs- und kognitionspsychologischen Forschung
- ☞ Suche nach Namen: concentration therapy → Existenzpsychotherapie → Gestalttherapie (in Abgrenzung zu nihilistischen Zügen des Existenzialismus (SARTRE, CAMUS))
- ☞ Mitstreiter: Laura (Lore) PERLS und Paul GOODMAN
- ☞ wichtige Stationen: Esalen/Californien (Zentrum der Human Growth Movement in den USA)
Gestalt-Kibbuz in Kanada, um seine politischen und sozialen Visionen zu realisieren
- ☞ Literatur:
 - Perls, F.: Grundlagen der Gestalttherapie, Pfeiffer-Verlag. München
 - de Roeck, Bruno-Paul: Gras unter meinen Füßen, Rowohlt 1990 (Einführung, macht Appetit auf mehr)
 - Polster, E. & M: Gestalttherapie, München 1975, (Standard-Werk)
 - Fuhr, R. et al (1999). Handbuch der Gestalttherapie. Göttingen (neu, super Überblick!!!)
 - Staemmler, J., Bock, W.: Ganzheitliche Veränderung in der Gestalttherapie. J. Pfeiffer, München 1991
- ☞ in Deutschland: früher H. PETZOLD; heute BLANKERTZ, STAEMMLER & BOCK
- ☞ GRAWE (1986): Erfolge können mit denen anderer Therapieformen Schritt halten
«*The difference [...] is essentially that we do not analyze. We integrate.*» (F. Perls)

Menschenbild

- ☞ Mensch als Einheit körperlicher, emotionaler, kognitiver, und transpersonaler Aspekte, der von Natur aus alle Extreme / Polaritäten in sich trägt
- ☞ aktives, autonomes Selbst, das nach Entwicklung und Differenzierung der vorhandenen Anlagen strebt
- ☞ Sinnsuche, Selbstverwirklichung ⇒ Reife (die niemals abgeschlossen ist), der „ganze Mensch“
- ☞ Struktur des Selbst:
 - Es: Grundbedürfnisse, Triebe
 - Ich: Wahrnehmen, Fühlen, Denken
 - Persönlichkeit: Charaktereigenschaften, Moral (nicht Introjekte), Bindungen (⇒ „Der gesunde Mensch hat möglichst wenig Persönlichkeit.“)
- ☞ Wo bei FREUD das reife Über-Ich als Entwicklungsziel steht, lauert bei PERLS die Neurose. Ein für allemal Feststehendes (also: moralische Gebote, feststehende Redewendungen, ein ganz persönlicher Habitus) gerät in die Nähe der ROGERSSchen „Fassadenmenschen“.
- ☞ Kultur als Eigenwert (nicht als Sublimierung), die aber derzeit die Entw. des Individuums eher behindert

Theoretische Konzepte in der Gestalttherapie:

- ☞ *Existentialismus*: KIERKEGAARD („Der Mensch ist das, wozu er sich macht“ ⇒ Selbstverantwortung, Entscheidungsspielraum, subjekt. Lebenssinn), BUBER (dialogisches Prinzip: Ich-Du-Beziehung ist wichtiger, als das Individuum, weil sich das Individuelle erst durch Abgrenzung/Vergleich definiert)
- ☞ *Phänomenologie*: Husserl u.a. (Wertschätzung der subjekt. Realität des Pt., Aufwertung der sinnhaft-qualitativen Betrachtung; Einmaligkeit aller Dinge, Erscheinungen und Situationen):
Der Mensch nimmt die Wirklichkeit durch seine Sinnesorgane wahr. Durch die Beschaffenheit dieser Organe wird unvermeidlich die Reichweite und Qualität der Eindrücke beeinflusst. Was "wirklich" ist, bleibt Spekulation. *"Ich persönlich glaube, daß Objektivität nicht existiert. Die Objektivität der Wissenschaft ist lediglich eine Sache gegenseitiger Übereinkünfte"* (F. PERLS).
- ☞ *Anarchismus*: durch Paul Goodman mit eingebracht → sehr sozialkritisch und politisch-rebellisch → Lieblingstherapie der 68-er,
- ☞ *Körperpsychotherapie*: Wilhelm REICH: Bedeutung der Körpersprache und Verspannungen (Körperpanzer)
- ☞ Gestaltpsychologie:
 - Gestaltgesetz der Geschlossenheit (WERTHEIMER)
 - ZEIGARNIK-Effekt: unerledigte Handlungen werden bevorzugt behalten
 - "Gestaldynamik": eine unvollendete Gestalt (z.B. unabgeschlossene Lebensperiode) hat die Tendenz, sich zu schließen

- Interaktion ICH-Umwelt als Figur-Grund-Phänomen: ein aktuelles Bedürfnis tritt als *Figur* vor die Gesamtheit aller Bedürfnisse (*Grund*) - wenn es gestillt ist, tritt es wieder zurück, ein anderes tritt hervor
 - „kreative Begegnung“ mit der Welt (Koffka) (z.B. spontane Reaktion des Therapeuten auf eine Situation)
 - „Isomorphie“ (Köhler): Parallelität körperl. und seel. Vorgänge \Rightarrow Wichtigkeit der Körpersprache
 - „Feld“ (Lewin) als sozialer und zeitlicher Kontext des Klienten, „Person-Umwelt-Feld“
 - „ganzheitlich erlebte Einsicht“ (Wertheimer): Bedeutung von AHA-Erlebnissen, von plötzlichen, existentiellen, ganzheitlichen Einsichten
 - ☞ Psychodrama (MORENO):
 - Wertschätzung von Erfahrung und Experiment
 - Rollentausch: verschiedene Eigenanteile spielen
 - Problemaktualisierung durch szenische Darstellung
 - Hier und Jetzt
 - ☞ Humanistische Psychotherapie:
 - ROGERS: Akzeptanz, Empathie, Kongruenz, Selbstaktualisierung
 - MASLOW: Bedürfnishierarchie
 - ☞ Behaviorismus:
 - genaue Beobachtung, aber nicht als objekt. Beobachtung eines Dinges, sondern als ganzheitl. Subjekt im Kontakt mit einem ganzheitl. Subjekt
 - übende Verfahren
 - individuelle Therapiezielanalyse
 - ☞ Zen-Buddhismus, östliche Spiritualität:
 - Vertrauen in die Intuition
 - Awareness (Bewusstheit) – die *vollkommene Wachheit im Moment* als Methode des Therapeuten und höchstes Therapieziel für den Klienten; «Bewußtheit per se ist heilsam.» (F.Perls)
 - Antiintellektualismus: kaum festen Konzepte oder Methoden, statt dessen kreative Reaktion auf die Situation im Moment der Begegnung Therapeut – Klient; direkte Erfahrung, statt Erklärungen; auch Vergangenheit wird wenn, dann wiedererlebt, anstatt analysiert.
 - autonome Selbstregulierung: Gleichgewicht inmitten polarisierender Kräfte (Dialektik des Sowohl-Als-Auch, Yin-Yang-Prinzip, aus ZEN-Meditation)
 - ☞ in jüngerer Zeit Einbeziehung von *Systemtheorie* (PRIGOGINE, MATURANA, etc), *transpersonale Psychologie* (Ken WILBER)
- kaum empirische Forschung, fast nur Therapie-Protokolle, etwas Therapieerfolgsevaluation

Begriffskonzepte der Gestalttherapie

- ☞ Leben als ständiges „Experiment“ zwecks „Wachstum“ und „Selbstaktualisierung“
- ☞ ständiger „Kontakt“ des „Ich“ mit „Innenwelt“ und „Umwelt“ durch „Bewußtheit“
- ☞ „Begegnung“ von „Ich und Du“ im „Hier und Jetzt“
- ☞ das „Selbst“ umfaßt die Teilsysteme „Ich“, „Es“ und „Persönlichkeit“ als rein funktionale Unterteilung
- ☞ „Blockierungen“ wie z. B. neurotischen Mechanismen trüben die „Bewußtheit“
- ☞ „Aggression“ als Form, die Umwelt zu „assimilieren“, wird positiv gesehen!
- ☞ „Transformation“ als Verdauung des „Assimilierten“ von organismusfremden zu organismuseigenem
- ☞ „Kontakt“ ist die „Begegnung“ an den „Grenzen“ zweier Individuen auf Basis des „Kontaktzyklus“ der Gestaltpsychologie zum „Aushandeln von Lösungen“, die für beide gut sind
- ☞ Neurosen sind „Bewältigungsstrategien“, „Verteidigungsmanöver“ bei „Kontaktstörungen“ (Abwehr innerer bzw. äußerer Impulse und Bedrohungen) und müssen als solche gewürdigt werden
- ☞ PERLS: „Verliert den Kopf und kommt zu euren Sinnen!“

Zentralstes Konzept: „Kontaktprozess“

Kontakt ist jede Erfahrung eines Organismus mit der Umwelt

- ☞ ausgerichtet auf Gestaltschließung (\approx Prozeß von Assimilation und Akkomodation)
- Gemeint ist der Kontakt und Kontaktvollzug mit der Umwelt bzw. seinen Bedürfnissen. das kann das Lesen eines Buches ebenso sein wie das Essen eines Apfels.
- Die Interaktion mit der Umwelt ist keine Einbahnstraße, sondern ein Prozeß, der beide Seiten verwandelt. (dabei aber keine Erklärung, wie sich das eine aus dem anderen entwickelt)
- ☞ In dem Kontaktprozeß mit der Umwelt gibt es 4 Stadien:
- 1. Vorkontakt:
 - Verlangen in Richtung Umwelt (z.B. die Sinnesempfindung Hunger); Mensch wird sich seiner Bedürfnisse bewußt

2. Kontaktaufnahme:
 - Ein Objekt wird zur Figur, hebt sich als Thema des Verlangens aus dem Grund heraus (ich werde mir des Hungers gewahr/bewußt und aktiviere Energie zur Bedürfnisbefriedigung)
 - Es wird an dieses verlangte Objekt herangegangen, man plant, verwirft, manipuliert; Auswählen der den Bedürfnissen gerade gemäßen Umwelt
3. voller Kontakt:
 - Vollzug des Kontaktes (ich esse etwas), Begegnung mit der Umwelt
 - Umwelt und Körper werden Hintergrund, Berührung ist Figur
 - Liebe ist der Prototyp dieses Kontaktes; er impliziert ein besonderes Gewahrsein (*awareness*) des anderen
4. Nachkontakt:
 - Assimilation des Neuen, die zum Wachstum beiträgt; Verwertung der Erfahrungen, die die Person voller und reifer machen
 - (ich höre auf zu essen - die Nahrung wird verdaut - das Bedürfnis 'essen' tritt in den Hintergrund)

Neun Kern-Gebote der Gestalttherapie (NARANJO 1979)

- ① *«Lebe jetzt. Kümmere Dich um die Gegenwart, statt um die Vergangenheit und die Zukunft.»* Vergangenheit und Zukunft sind Phantasien des Verstandes.
- ② *«Lebe hier. Beschäftige Dich mit dem Anwesenden, statt mit dem Abwesenden.»* Es müssen viele «unerledigte Geschäfte» aus der Vergangenheit erledigt werden, «unfertige Gestalten» geschlossen, bis man im Hier und Jetzt leben kann.
- ③ *«Höre auf, Dir etwas vorzustellen. Erfahre die Realität.»* Die Therapie besteht im Wesentlichen darin, dem Pt. zu helfen, zwischen seiner Phantasie und Wirklichkeit zu unterscheiden.
- ④ *«Höre auf, unnötig zu denken. Besser: Probier und schau.»* Experimentiere mit Dir.
- ⑤ *«Drücke Dich lieber aus, anstatt zu manipulieren, zu erklären, zu rechtfertigen und zu urteilen.»*
- ⑥ *«Lass Dich auf Unerfreuliches und Schmerz ebenso ein wie auf Freude. Schränke Deine Bewusstheit (awareness) nicht ein.»* Vermeide nichts.
- ⑦ *«Akzeptiere keine ‚sollte‘ oder ‚müsste‘ außer Deinen eigenen. Bete keine Götzenbilder an.»*
- ⑧ *«Übernimm die Verantwortung für Deine Handlungen, Gefühle und Gedanken.»*
- ⑨ *«Akzeptiere Dich (und die anderen), wie Du jetzt bist (wie sie jetzt sind).»*

Psychopathologieauffassung

- ☞ Neurosen werden als „Wachstumsstörungen“ angesehen, Unterbrechung des Reifungsprozesses
 - ☞ äußern sich als Störung des (zyklischen) Kontaktprozesses
 - ☞ da keine diff. Störungsbilder, entsteht ein Prozess der permanenten Diagnostik im Therapiegeschehen und Anpassung der Therapie anhand der Störung des Kontaktprozesses (adaptiv-prozessuale Indikation)
 - ☞ Störungen an der Kontaktgrenze in Form folgender Abwehrmechanismen:
 - a) *Introjektion*: ungeprüftes Aufnahme von Material, ohne es wirklich zu assimilieren; Fremdes wird sich selbst zugeschrieben.
 - b) *Projektion*: Verweigerung der Aufnahme (auch von Eigenem, z.B. unerwünschte Persönlichkeitsanteile) und projizieren desselben auf die Umwelt.
 - c) *Retrofektion*: aggressive Impulse statt auf äußere Objekte auf sich selbst richten (Haare raufen, Muskelverspannungen i. S. W. REICH, „Schuldgefühle“)
 - d) *Konfluenz (Aufweichung der ICH-Grenzen)*: Verschmelzungstendenzen mit Umwelt/Partnern sind wichtiger, als Auf- und Ausbau der eigenen Identität ⇒ Unterdrückung eigener Wünsche, Bedürfnisse. außerdem, als weniger wichtige:
 - e) *Deflektion*: Vermeidung von engerem Kontakt zur Außenwelt, (z.B. durch Ablenkung, Introversion).
 - f) *Desensitivierung*: Desensibilisierung von Sinnes- und Körperbotschaften (z.B. durch Rauschmittel, unhinterfragte "Gewohnheiten").
 - g) *Egotismus*: völlige Kontaktvermeidung durch beobachtende Distanzierung, kein Einlassen
- «Der Introjektor tut, was andere von ihm erwarten könnten; der Projektor tut anderen das an, was er ihnen vorwirft; der pathologisch Konfluente weiß nicht, wer wem was tut; der Retrofektor tut sich selbst das an, was er am liebsten anderen antäte.» (PERLS 1976, S. 58)

Therapeutenvariablen

- ☞ Weltbild der Therapie und Lebensgestalt des Therapeuten (gehen ineinander über)
- ☞ *persönliche Präsenz* des Therapeuten in der Gruppe → Herstellen und Aushalten von Nähe

- ☞ der Therapeut ist nicht Beobachter, sondern Protagonist der therapeutischen Szene, nimmt also *aktiv* teil
- ☞ *Empatie, Spontanität, Kreativität* im Kontakt mit dem Klienten
- ☞ *disziplinierte Neugier*: keine Vorannahmen, Konzepte, Schubladen für den Klienten
- ☞ Bereitschaft, sich emotional auf den Klienten einzulassen
- ☞ *Akzeptanz und Achtung der Integrität* des Klienten ⇒ freie Entscheidung, z.B. zu Experimenten
- ☞ die Beziehung Therapeut-Klient wird zuallererst als authentischer, momentaner Kontakt betrachtet, und erst danach nach dem Übertragung-Gegenübertragungs-Konzept, sie ist sowohl personal-existentiell (Beziehungsaspekt), als auch kognitiv-analysierend (Inhaltsaspekt)
- ☞ *Kongruenz*: spüren, was hier und jetzt gerade los ist, dieses als Gefühl und Verhalten dem Klienten gegenüber ausdrücken – dadurch entsteht Kontakt
- ☞ ein *vertrauensvolles Arbeitsbündnis* ist existentiell wichtig, vor allem, weil die Gestalttherapie viel stärker als andere Richtungen auch mit *Konfrontation* und *Frustration* arbeitet

Therapiepraxis

"Das, was wir in der Therapie zu tun versuchen, ist, die enteigneten Teile der Persönlichkeit Schritt für Schritt wiedereinzuverleiben, bis die Person genügend stark ist, das eigene Wachsen selbst in die Hand zu nehmen" (F. PERLS) Der Therapeut hilft dem Patienten, die Barrieren, die seine Bewußtheit blockieren, zu überwinden.

- ☞ wenig geschlossen Ansammlung von Interventionstechniken, oft aus anderen Therapierichtungen entlehnt – wichtig ist nicht die Technik, sondern in welchem Geist sie angewendet wird.
- ☞ Zentrum ist der „Ich-Du-Kontakt“ zwischen Therapeut und Klient in der Gruppe
- ☞ Grundprinzip ist es, die Bewußtheit des Klienten über seine subjekt. Situation zu fördern ⇒ Verdeutlichung, „lenkende Wahrnehmung“!!! ⇒ *Selbstexploration*
- ☞ Intervention: «Bewußtmachen unerwünschter Gefühle und Ertragen derselben» (F. Perls)
- ☞ 4 Interventionsarten:
 - *Übungen*: in der Gruppe; nicht als Training von Fertigkeiten, sondern Bewußtheitssteigerung durch neue, ungewöhnliche Erfahrungen; z.B. Identifikationsübungen; heißer Stuhl (Klient sitzt wortlos in Gruppenmitte, alle anderen müssen ihm sagen: Mir gefällt an Dir... / Mir gefällt an Dir nicht...)
 - *Experimente*: «Ich lade dich ein. Mache eine Erfahrung über dich.....»
 - sind speziell auf das Thema, die Situation und die Person des Klienten zugeschnitten,
 - sollten gleichzeitig stützen und fordern,
 - werden oft aus dem Moment heraus entwickelt ⇒ Notwendigkeit der Kreativität des Therapeuten
 - aber auch bekannte Techniken wie *Leerer Stuhl* (Dialog mit nichtanwesende Personen, um Situationen, „Gestalten“ zu schließen); «*Identifiziere* dich mit dem Symptom» zur Erlebnis- und Problemaktivierung; Wiederholen von Sätzen und Handlungen zwecks Intensivierung; Umsetzen von Autoaggressionen in heteroaggressive Szenen um verleugnete Anteile/Polaritäten integrieren zu können, etc.
 - *Hausaufgaben*: Experimente, die außerhalb der Therapiesitzung durchgeführt werden, um zu überprüfen, ob bestimmte Handlungsweisen auch im Alltag möglich sind.
 - *Situationsbedingte Interventionen*: Aussagen/Fragen des Therapeuten im Dialog mit dem Klienten, 4 Hauptformen; machen die „lenkende Wahrnehmung“ aus:
 - a) Rückmeldung von Beobachtungen: „Mir fällt auf, daß Deine Stimme zittert, während Du das sagst...“ («Gestalttherapie als Therapie des „Wie“, nicht des „Warum“ »)
 - b) persönliche emotionale Resonanz: „Ich fühle mich ...“
 - c) Realphantasien: „Ich habe den Eindruck, Dir ist es peinlich, mich anzuschauen, während Du...“
 - d) Fragen nach der Selbstwahrnehmung als Kerntechnik der Therapie: „Was macht das mit Dir?“, „Was fühlst Du gerade?“, „Was willst Du gerade?“, „Was vermeidest Du gerade?“
→ keine Warum-Fragen, um Rationalisierungen zu vermeiden
- ☞ die „lenkende Wahrnehmung“ wird Deutungen oder Ratschlägen vorgezogen!
- ☞ außerdem achtet der Therapeut auf die Einhaltung der Kommunikationsregeln
 - Fokussieren auf das Hier und Jetzt (Stoppen von „Dort-und-Dann“ des Patienten)
 - „Ich“ statt „man“ sagen
 - „Ich will (noch) nicht.“ statt „Ich kann nicht.“
 - von sich selbst sprechen, nicht von oder über andere
- ☞ weiterhin ermutigt er zum Gefühlsausdruck: „Ausagieren“ wird nicht als Widerstand, sondern als „emotional-korrigierende Erfahrung“ verstanden, Hilfsmittel: Lumpensack (kann als Personifizierung des Therapeuten dienen, so dass Patient an ihm seinen Frust auslassen kann), Baddack-Schläger (Schaumstoff-Keule)
- ☞ Herstellen von *Awareness* → Verstehen des Augenblicks in seiner tiefsten Bedeutung

- ☞ Ermutigung zur Selbstverantwortung: «Entscheide dich!», «Sei dein eigener Chairman!»
- ☞ Konfrontation und Frustration nur bei genügend Vertrauen und bei stabilen Klienten, sonst unterstützende Intervention

- ☞ Medien und Modalitäten, mit denen der Therapeut arbeitet:
 - Sprachinhalte: Dialog, Träume, Phantasien
 - Stimme, Atmung, Mimik, Gestik, körperliche Symptome
 - Beziehungsmuster des Klienten zum Therapeuten und zur Gruppe, Komplexe und emot. Veränderungen
 - Psychodrama, Tanz, Bewegungstherapie, Körperarbeit
 - Malerei, Bildhauerei, Musik

- ☞ Phasen der Therapie:
 1. Initialphase: Kontaktaufnahme, diagnost. Spurenaufnahme
 2. Aktionsphase: Explorieren, Wiederholen, konfliktorientierte Arbeit
 3. Integrationsphase: Durcharbeiten, Klären, Integrieren
 4. Neuorientierung: Verändern, Erproben

Kontakt- und Therapiephasen beim Patienten

(hypothetisch, nicht linear)

- a) *Klischeephase* (Panzer, Klischees, Mythen) → seelisches Erleben spielt sich in «Als-ob»-Form ab; soziale Rituale bei gleichzeitiger Selbstentfremdung, darüber ein (Muskel- und Charakter-) Panzer ⇒ Panzer muss gelockert werden, Klischees werden evtl. frustriert
- b) *Rollenspielphase* (Rollenmuster) → Patient bekommt Rolle zugewiesen, authentischer Kontakt zwischen Therapeut und Klient wird hergestellt
- c) *Blockierungsphase* (impasse, Leere, Ratlosigkeit) → Patient «versteckt» sich
- d) *Implosionsphase* (Kontakt mit abgewehrten polarisierten Impulsen)
- e) *karthartische Explosionsphase* (Ausdruck blockierter Gefühle, abgespaltener Bedürfnisse)
- f) *Aufarbeitungsphase* (Integration der erwachten neuen Identität im Erleben) → nach Explosion darf man Patient nicht «hängenlassen»
- g) *Verhaltensmodifizierende Schlussphase* (Erprobung und Festigung)

Indikation

- ☞ umschriebene und Persönlichkeitsstörungen, somatoforme Störungen, Drogentherapie
- ☞ bei Ich-defizitärer Entwicklung weniger konfrontativ, eher unterstützend
- ☞ durch Orientierung auf nonverbale Komm. (Körpersprache, etc.) auch für alexithyme Patienten geeignet
- ☞ für alle Altersgruppen:
 - Kinder: Problemsituationen im Spiel erleben
 - Alte und Sterbende: Sinnfragen, offene Gestalten schließen
- ☞ nur vereinzelt bei Psychosen und endogenen Depressionen
- ☞ Behandlungsdauer bei leichten bis mittelschweren Fällen 10-30 Stunden

Therapieziele:

Gestalttherapie ist nicht nur reparativ und konfliktlösend, sondern zielt auf die Entfaltung von Potentialen im MASLOWSchen Sinne!

Psychische Gesundheit: Entfaltung eigener Potentiale, Identität, Werte, Zukunft

- a) Abbau pathologischer Strukturen („Pseudo-Ich-Programme“ und Selbstkasteiung)
- b) Aufbau von echter Identifikation und Selbstverantwortung (von vielen leider als Egozentrik mißverstanden)
- c) *Integration abgespaltener sogenannter „negativer“ Persönlichkeitsanteile* (Gefühle, Impulse, Bedürfnisse) im Sinne des Verbindens von Polaritäten (jeder ist gut UND böse..)
- d) *Wachstum*: Bewusstheit über eigene Person und Ressourcen → Frustration von Vermeidungs- und Ausweichtendenzen
- e) Erwerb von *Kontaktfähigkeit*, aber auch *Rückzugsfähigkeiten*
- f) *Selbsthilfetechnik*: bewusstseins- und orientierungsgebend
- g) «Schließen ungeschlossener Gestalten»
- h) Bewußtheit, Awareness
- i) Lebenssinn

Transpersonale Psychologie

Literatur:

- ☞ ABRAHAM MASLOW: Psychologie des Seins, Fischer TB, Frankfurt/M 1985
- ☞ ERICH FROMM: Gesamtausgabe, Bd IV Religion, DVA, Stuttgart 1980
- ☞ CHARLES T. TART (Hg.): Transpersonale Psychologie. Walter-Verlag, Olten 1978
- ☞ STANISLAV GROF: Geburt, Tod und Transzendenz, Kösel, München 1985
- ☞ STANISLAV und CHRISTINA GROF: Die stürmische Suche nach dem Selbst. Praktische Hilfe für spirituelle Krisen. Kösel, München 1991
- ☞ STANISLAV GROF: Kosmos und Psyche, Krüger 1997
- ☞ SYLVESTER WALCH: Dimensionen der menschlichen Seele. Transpersonale Psychologie und Holotropes Atmen. Walter-Verlag. 2002
- ☞ FELIX HELG: Psychotherapie und Spiritualität. Östliche und westliche Wege zum Selbst. Walter 2000
- ☞ CHRISTIAN SCHARFETTER: Der spirituelle Weg und seine Gefahren. Enke, Stuttgart, 2. Aufl. 1992
- ☞ ROGER WALSH, FRANCIS VAUGHAN (Hg.): Psychologie in der Wende. Rowohlt, Reinbeck 1988
- ☞ EDITH ZUNDEL, PIETER LOOMANS (Hg.): Psychotherapie und religiöse Erfahrung. Herder, Freiburg 1994
- ☞ <http://www.transpersonal.com/>

Transpersonale Psychologie ist eine seit den 60er Jahren im Entstehen begriffene, neue Richtung der Psychologie. Sie wird auch die 4. Kraft genannt. Ihre Kennzeichen sind:

- ☞ die Einbeziehung spiritueller und religiöser Erfahrung in die Forschung, in die Lebenspraxis von Menschen und in die therapeutische Praxis;
- ☞ die Betrachtung von Erfahrungen, die über das einzelne individuelle Ich hinauszudeuten scheinen; dazu gehören außergewöhnliche Bewusstseinszustände (z. B. All-Einheitserfahrungen, Nahtoderfahrungen, Out-Of-Body-Experiences), wie sie durch Meditations- oder Trancetechniken erreicht oder auch spontan z.B. durch schwere Operationen, Geburt, Unfälle oder Drogen induziert werden;
- ☞ eine Reflexion auf die Gültigkeitsbereiche und Zuständigkeit klassisch-wissenschaftlicher Erkenntnisgewinnung im Vergleich und zur Abgrenzung anderer Modi von Einsicht, wie sie beispielsweise durch innere Erfahrung oder Intuition möglich ist;
- ☞ die Reflexion auf den Ich-Begriff und die Konsequenzen, die sich aus den o.g. Bereichen für das Verständnis dessen ergibt, was wir gemeinhin als „Ich“ bzw. „Selbst“ bezeichnen;
- ☞ Verständnis von spontan auftretenden außergewöhnlichen Erfahrungen, ihre wissenschaftliche Analyse, sowie kompetente klinische Hilfestellung für Menschen mit solchen Erfahrungen

Die Transpersonale Psychologie hat sich seit dem Aufkommen dieser Forschungsfragestellung, die sich vor allem aus der Humanistischen Psychologie entwickelte, in sehr vielen, zum Teil getrennt operierenden Bereichen weiterentwickelt. Ihr gemeinsamer Nenner ist mehr ein Interesse an all diesen Themenbereichen als eine einheitliche dogmatische Fixierung oder eine verbindliche Methodologie. Transpersonale Psychologie ist also vor allem (noch) durch einen starken Pluralismus der Meinungen und Methoden gekennzeichnet, deren gemeinsamer Nenner das Thema spirituell-religiöser Erfahrungsinhalte von Menschen und deren Relevanz für Wissenschaft und Lebenspraxis ist.

Die Begriffe "Spiritualität" und "Religiosität" oder "Religion" werden dabei z.Zt. sehr lose und vage definiert gehandhabt. Sie sind außerdem kulturspezifisch in ihrer Bedeutung verschieden. Im deutschen Sprachraum bedeutet der Begriff "Spiritualität" eher die von einer konkreten religiösen Bindung losgelöste Erfahrung einer über den Menschen hinausgehenden, absoluten oder größeren Wirklichkeit. "Religion" oder "Religiosität" hingegen meint eine stärker an konfessionelle oder traditionelle Glaubensrichtungen gebundene Erfahrung und vor allem die dazu gehörigen Handlungen. In Abgrenzung zur Religionspsychologie interessiert sich die Transpersonale Psychologie weniger für die Auswirkung der religiösen Systeme oder der sozialen Zugehörigkeit zu Konfessionen als stärker für die spirituellen Erfahrungen des einzelnen Individuums selbst.

Historisch gesehen speiste sich die transpersonale Psychologie aus verschiedenen Quellen: Die europäischen Wurzeln liegen in den Arbeiten von C.G. JUNG, VIKTOR FRANKL (Logotherapie), ROBERTO ASSAGIOLI (Psychosynthese) und KARLFRIED GRAF DÜRCKHEIM (Initiatische Leibtherapie) und gehen auf den Anfang dieses Jahrhunderts zurück. Ende der 60er Jahre entdeckten in den USA Therapeuten wie z.B. FRITZ PERLS durch Kontakt mit östlichen Meditationstechniken das Potenzial dieser Methoden für die klinische Tätigkeit und begannen, diese zu erforschen. Weiterhin versuchten Psychologen und Psychiater, die mit bewusstseinsweiternden Drogen (LSD) arbeiteten, die Bedeutung der dabei induzierten Erfahrungen zu ergründen und praktisch nutzbar zu machen. Im Zuge dieser Arbeit belegte z.B. der Psychiater STANISLAV GROF die von OTTO RANK postulierte Bedeutung prä- und perinataler Grenzerfahrungen für die spätere Erkrankung an Psychosen sowie die

Ähnlichkeit von psychotischen und spirituellen Erfahrungen. Der damals noch klassisch arbeitende Psychologe ABRAHAM MASLOW beobachtete, daß das menschliche Bedürfnis nach Selbstverwirklichung von innen heraus an Grenzen stößt, die es zu übersteigen trachtet und nannte diese Stufe „Bedürfnis nach Transzendenz“. ADOLF DITTRICH belegte mittels einer großangelegten empirischen Studie die Ätiologieunabhängigkeit transpersonaler Zustände, indem er über 500 Probanden Halluzinogenen, sensorischer Deprivation, Reizüberflutung sowie hypnotischer Verfahren aussetzte und konnte dabei 3 Hauptdimensionen analysieren: Ozeanische Selbstentgrenzung, Angstvolle Ich-Auflösung und Visionäre Umstrukturierung.

Die theoretische Grundlagen für eine transpersonale Weltsicht haben Philosophen WIE BERTRAND RUSSEL, ANTHONY SUTICH, FRANCIS VAUGHAN, ROGER WALSH, CHARLES T. TART und KEN WILBER geschaffen, eine Weltsicht, die oftmals jenseits traditioneller theologischer Betrachtungen stehen, dafür jedoch die philosophischen Konsequenzen der aktuellen Naturwissenschaft miteinbeziehen (Quantenmechanik, Chaostheorie, Systemtheorie, Fledtheorien, etc). Die Transpersonale Psychologie stellt somit ein Sammelbecken für derartige Ansätze und Bestrebungen zur Verfügung.

Transpersonale Psychotherapie richtet sich auf das gesamte Spektrum des Bewusstseins und umschließt das volle Spektrum geistiger, psychischer und psychosomatischer Störungen. Als integrativer und ganzheitlicher Ansatz geht sie jedoch über die konventionellen psychotherapeutischen Ziele hinaus und unterstützt besonders das Wachstum der Persönlichkeit jenseits der reifen Ich-Identität. Da sie sich aus der Humanistischen Psychologie entwickelt hat, verwendet sie viele der dort entwickelten Methoden, einschließlich denen der Körperpsychotherapie. Zusätzlich werden Methoden verwendet, die erweiterte Bewußtseinszustände jenseits von Wachen, Traum oder pathologischen Zuständen induzieren. Dazu gehören vor allem das Holotrope Atmen, Meditation und Trance-Techniken (Trommelrhythmen, Reizentzug, etc.). Eines ihrer spezifischen Anwendungen ist es, Menschen mit spontanen transpersonalen Erfahrungen zu helfen, diese als nichtpathologische Zustände zu erkennen und in das individuelle Weltbild zu integrieren bzw. transpersonale Erfahrungen bei Schizophrenen zu ihrer Heilung zu verwenden. Da nach LUKOFF sowohl mystische Erfahrungen psychotische Merkmale haben können, als auch Psychotische Episoden transpersonale Merkmale aufweisen können, wurden Kriterien entwickelt, die eine möglichst sichere Unterscheidung möglich machen:

Unterscheidungsmerkmale für mystische und psychotische Zustände (nach SAVER & RABIN, 1997)

	Mystische Zustände	Psychotische Zustände
Halluzinationen	meist visuell	meist akustisch, oft anklagend, drohend
Vokabular	religiöse Wortwahl, generell harmonisch	persönl. Themen, oft heterogene Sprache
persönliche Rolle	eher selbstnegierend („Teil einer größeren Macht)	Allmachtsvorstellungen („Ich bin Gott!“)
Affekt	ekstatisch, freudig	indifferent
Dauer	eher kurzzeitig	persistierend, für Monate, Jahre
Rückzug	zeitweise, danach Rückkehr, um die Erfahrung zu teilen	obligatorisch: fortschreitende Isolation
Sprachausdruck	Glossolalie (Zungenreden), unbekannte und fremde Sprachen	bizarre Assoziationen, Denkstörungen und Denkblockaden, Inkohärenz
kulturelle Vergleichbarkeit	Erfahrungsinhalte werden von anderen (mit ähnlichen Erfahrungen) als valide anerkannt	Erfahrungsinhalte und Wahrnehmungen werden von anderen abgelehnt

einige Unterscheidungsmerkmale für spirituelle Krisen und psychotische Störung (nach GROF, 1986)

Spirituelle Krise	Psychotische Zustände
Patient ist sich bewußt, daß es sich um einen innerpsychischen Zustand handelt	innere Erfahrung und Aussenwelt werden verwechselt
Wunsch nach Kooperation und Mitteilen des Erlebten in der Therapie	Rückzug und Aggression erschweren die therapeutische Beziehung
es besteht Vertrauen, um Hilfe anzunehmen	starkes Mißtrauen, bis zum Verfolgungswahn
wenig selbstzerstörerische Tendenzen, Vorsichtsmaßnahmen werden akzeptiert, gute Kooperation in Belangen der körperlichen Gesundheit	selbstzerstörerische Impulse, werden ohne Vorwarnung ausgelebt, Verhalten gefährdet die Gesundheit
Netzwerk befriedigender Beziehungen	schon vorher große zwischenmenschl. Probleme
keine ernsthafte psychiatrische Vorgeschichte	oft lange psychiatrische Vorgeschichte

Integrale Psychologie

Literatur:

- ☞ Ken WILBER: Integrale Psychologie. Geist, Bewußtsein, Psychologie, Therapie. Arbor Verlag, Schönau '01
- ☞ Ken WILBER: Eros, Kosmos, Logos. Eine Jahrtausend-Vision. Fischer-TB 2001
- ☞ Ken WILBER: Eine kurze Geschichte des Kosmos (Kurzversion von Eros, Kosmos, Logos). Fischer TB '97
- ☞ <http://www.AK-KenWilber.de/> (gute deutsche Einführung in die Grundkonzepte)
- ☞ <http://www.worldofkenwilber.com/>
- ☞ <http://www.integrale-psychotherapie.de>

In den letzten Jahren erregt Ken Wilbers Versuch einer „Theory Of Everything“ – vom Urknall bis zur Nichtdualität – immer mehr Aufmerksamkeit (z.B. die Einrichtung eines Studienganges für integrale Studien an der Uni Oldenburg ab 2003). Es ist ein Versuch (besonders auch empirische) Einzelerkenntnisse verschiedener Wissenschaftsbereiche in einem Meta-Modell zu integrieren.

Es würde zu weit führen, an dieser Stelle die Grundtheorien (Wissenschaftskritik, Erkenntnistheorie, Großes Nest des Seins, Theorie der Holone und der 4 Quadranten, Unterscheidung prä- und transrationaler Spiritualität) zu erläutern. Für Psychologen ist jedoch der Teilbereich „Integrale Psychologie“ interessant, in der Wilber auf Basis der Entwicklungspsychologie (James M. BALDWIN, Sigmund FREUD, Erik H. ERIKSON, Otto KERNBERG, Magarete MAHLER, Jean PIAGET, Lawrence KOHLBERG, Abraham MASLOW, Jane LOEVINGER, John GEDO, u.v.a.) sowie auf Basis anthropologischer, soziologischer und philosophischer Erkenntnisse (Jean GEBSER, Niklas LUHMANN, Jürgen HABERMAS, Don BECK, u.v.a.) ein Modell der Psychotherapie entwirft, das weit über Modelle wie von GRAWE etc. hinausgeht. Seine Grundthesen sind:

- Der Mensch hat/ist ein **sich entwickelndes Bewußtsein**. Zu den Funktionen des Bewußtseins gehören z.B. Wahrnehmen, Wollen und Handeln. Zu seinen Strukturen gehört das **Selbst** als dem **Ort der Identifikation**, das die Entwicklung des Bewußtseins steuert. Das Selbst besteht aus dem **proximalen Selbst** (aktuelles Selbst, „Ich“), dem **distalen Selbst** (entferntes Selbst, „ich“: Anteile, die das proximale Selbst als Objekt beobachten kann, weil es sich davon differenziert hat, z.B. frühere Selbste) und dem **ursprünglichen Selbst** (kausal, Zeuge, Beobachter, „Ich-Ich“). Das Bewußtsein entwickelt sich über mehrere **Ebenen** (Wellen) (→ Großes-Nest-Theorie) mit jeweils mehreren Unterebenen vom Unbewußten zum Selbst-Bewußtsein zum Über-Bewußtsein. Auf jeder Ebene hat der Mensch **spezielle Modi**, Erfahrungen aufzunehmen und zu verarbeiten (→ Piaget).
- Das proximale Selbst/„Ich“ entwickelt sich in mehreren Schritten: **Identifikation** mit einer Bewußtseinsebene; durch Kumulation von **Bewußtseinsinhalten** kommt es zur **Differenzierung** von und **Transzendenz** dieser Ebene; anschließend wird sie von der nächsthöheren Bewußtseinsebene aus **integriert** (= **Drehpunkt**, das alte „Ich“ wird zum „ich“). Im personalen Bereich werden die Übergänge von einer Ebene zur nächsten vom Individuum nicht wahrgenommen (weiche Grenzen) und verdrängt, können aber anhand von Kriterien klar nachgewiesen werden (z.B. PIAGET's Experimente, KOHLBERG's moralische Kriterien).
- Das Bewußtsein entwickelt sich nicht als ganzes, sondern in vielen, nicht fest voneinander abgegrenzten **Entwicklungslinien** (Entwicklungsströmen). Die wichtigsten sind: kognitiv, affektiv, moralisch, zwischenmenschlich, spirituell, Kreativität, Bedürfnisse, Weltanschauungen, Sexualentwicklung etc. Obwohl sich die Linien gegenseitig beeinflussen, kann die Entwicklung relativ unabhängig voneinander geschehen (z.B. das rücksichtslose {Moral} Genie {Kognition}). Innerhalb der Linien werden durch die Verarbeitung (Metabolisierung) von Erfahrungen stabile **Bewußtseinsinhalte** gebildet. Ein Mensch ist psychisch gesund, wenn sich alle Linien auf einer – dem Alter angemessenen – annähernd gleichen Entwicklungsebene befinden.
- Das Bewußtsein kann verschiedene **natürliche Bewußtseinszustände** annehmen: Tagesbewußtsein, Traum (subtil), Tiefschlaf (kausal), etc. Es kann aber temporär auch **außergewöhnliche Zustände** annehmen: regredieren auf frühere Ebenen (z.B. bei Krankheiten, Psychotherapie, Drogen, etc.) oder **Gipfelerfahrungen** machen (z.B. durch Drogen, Nahtoderfahrungen, einige Therapiemethoden, Meditation, etc.).
- Alle Ebenen, Strukturen und Zustände des Bewußtseins haben **materielle Korrelate** und sind dadurch **indirekt** – jedoch nur quantitativ – meßbar (Neuronenstrukturen, EEG, Neurotransmitter, etc.) (→ Quadrantentheorie).
- Gipfelerfahrungen sind eine Vorwegnahme später zu erreichender Bewußtseinsebenen, werden jedoch im Rahmen der gerade erreichten Ebene (auf Grundlage dort vorhandener Bewußtseinsinhalte) **interpretiert**. Integrierte Gipfelerfahrungen können heilsam wirken und die Entwicklung zur nächsten Bewußtseinsebene beschleunigen (es kann jedoch keine Ebene übersprungen werden). Nichtintegrierte Gipfelerfahrungen können spirituelle Krisen auslösen: die transpersonale Entwicklung wurde forciert, ohne das ein genügend weit entwickeltes, stabiles Selbst vorhanden war. Da präpersonale Psychotiker auch Zugang zu transpersonalen Bereichen haben können, können Psychosen und spirituelle Krisen verwechselt werden (**Prä-Trans-Verwechslung**), obwohl es klare Kriterien zur Unterscheidung gibt (→ Transpersonale Psychologie).
- Psychotherapeutische Methoden versuchen primär, vergangene, aber unterdrückte/verdrängte/etc. Bewußtseinsinhalte in das aktuelle Bewußtsein einzuarbeiten. Dagegen dient spirituelle Praxis primär dem Aufbau

- künftiger Bewußtseinsstrukturen (besonders transpersonaler Bewußtseinssebenen, hat oft aber auch fördernde Wirkung auf das personale Bewußtsein). → Psychotherapie dient NICHT der transpersonalen Entwicklung und spirituelle Praxis dient NICHT der Heilung von psychischen Krankheiten. Beide können sich aber ergänzen.
- Das Selbst bildet auch **Subpersönlichkeiten** als kontextuale, funktionelle Selbst-Repräsentanten (weitgehend mit den sozialen Rollen identisch), sie sind Facetten des „Ich“ mit eigener Moral, Weltsicht, Bedürfnissen usw. Sowohl die Entwicklungslinien innerhalb einer Subpersönlichkeit als auch die Subpersönlichkeiten untereinander entwickeln sich weitgehend unabhängig voneinander (z.B. der im Beruf selbstständige Spezialist, der zu Hause zum Kind wird). Sie werden pathologisch, wenn sie aufgrund negativer Einwirkungen fixiert und/oder vom „Ich“ verdrängt/abgespalten werden.
 - **Psychische Pathologien sind vor allem Entwicklungsstörungen:** Durch bio-psycho-soziale Ursachen kann die Evolution von Entwicklungslinien, Subpersönlichkeiten oder des proximalen Selbstes gestört werden. Statt Differenzierung kommt es z.B. zu Verschmelzung, Fixierung oder mangelnder Grenzbildung und statt Integration zu Dissoziation, Verdrängung oder Entfremdung. Symptome/Abwehrmechanismen sind **Versuche der Selbstheilung**. Jede Bewußtseinssebene hat ihre eigenen Pathologien und Abwehrmechanismen.
 - Psychische Störungen lassen sich nach **Störungsarten** (betroffene Entwicklungslinien, z.B. affektiv, kognitiv, sozial) und nach **Störungsebenen** (= Zeitpunkt der Störung) (z.B. Psychosen, Persönlichkeitsstörungen, Psychoneurosen, etc.) einteilen. Je früher der Zeitpunkt, desto umfassender ist die Störung.
 - Psychotherapie gelingt, wenn die angewendete Methode neben Pathologie und Abwehrmechanismen auch Linien und Quadranten, vor allem aber die Ebene (**besonders deren speziellen Modus**) berücksichtigt (so ist z.B. kognitive Therapie nicht für Störungen geeignet, die in präkognitiven Lebensphasen erworben wurden). Therapiemethoden, die sich auf eine Ebene konzentrieren, verlieren an Wirksamkeit, wenn sie auf entferntere Ebenen angewendet werden (jedoch haben die meisten Therapienschulen mehrere Methoden, so daß sie auf mehrere Ebenen wirken können). Da die Entwicklungsstörung einer Ebene oft Deformationen nachfolgender Entwicklung nach sich zieht (z.B. frühe emotionale Fehlentwicklung → falsche Selbstkognitionen), ist Intervention auf mehreren Entwicklungsebenen z.B. durch **integrative Therapiekonzepte** sinnvoll.
 - Grunddogenz aller Psychotherapien ist, daß durch **Bewußtheit** (innere Quadranten) der gestörte Differenzierungs- und Integrationsprozeß des „Ich“ fortgesetzt bzw. eine dissoziierte Subpersönlichkeit integriert wird und dadurch zur nächsthöheren Bewußtseinssebene fortgeschritten werden kann. Parallel muß neues Verhalten **gelernt** bzw. Fehlverhalten verlernt werden (äußere Quadranten).
 - **Psychische Pathologien** haben meist direkte Korrelate im **physischen** (z.B. Alkoholsucht), **kulturellen** (z.B. Arbeitsethik, soziale Beziehungen) und **sozialen** Bereich (z.B. Struktur der Arbeit) (→ Quadrantentheorie). Eine integrale Therapie berücksichtigt immer auch diese Bereiche, z.B. durch Beeinflussung des Körpers (Psychopharmaka/Ernährung/Sport, etc.), Veränderung moralischer Normen und sozialer Beziehungen (z.B. Beeinflussung der öffentl. Meinung) und Einfluß auf die institutionalisierten sozialen Bedingungen – sie ist also immer auch **politisch!** Bisher gibt es keine Therapieschule, die all diesen Ansprüchen gerecht wird.

Drehpunkte der Bewußtseinsentwicklung, Pathologien und Therapiemethoden

A) Prärationale, egozentrisch-präkonventionelle Entwicklungsstufen

- D-0** Entwicklung im und **Lösung vom Mutterleib** bis zur Geburt
Der Verlauf der 4 Geburtsphasen (gekennzeichnet durch ozeanische Indissoziation; Auswegslosigkeit und Stagnation bei der Einengung; extreme Lust-Schmerz-Koppelungen bei der Austreibung; plötzliche Befreiung und Trennung von der Mutter beim Austritt) haben nach GROF entscheidenden Anteil daran, wie in der weiteren Entwicklung Erfahrungen erlebt und bewertet werden
Abwehr: noch keine Abwehrmechanismen
Pathologien: „somatisch-mystische“ Verschmelzung mit der Umwelt, Involutionsdepressionen, schwere sadomasochistische Deviationen, „nicht auf diese Welt gehören“, messianischer Wahn,
Therapie: Ruhigstellen, später *intensiv-regressiv*, z.B. Holotropes Atmen, Primär-Therapie (JANOV)
- D-1** Entstehung des **physischen Selbst** durch Differenzierung von der Umwelt 0-18 Monate
Hauptbedürfnis (Maslow): physiologische Bedürfnisse
Weltsicht (Gebser, Piaget): archaische Weltsicht, sensomotorische Kognitionen und Bilder, physiozentrisch
Abwehr (Freud): noch keine guten Abwehrmechanismen → Projektive Identifikation (Verschmelzung mit der Umgebung), halluzinatorische Wunscherfüllung, Verzerrung von Wahrnehmungen
Pathologien: keine Grenzen, nicht wissen, wo das Ich aufhört und die Umwelt anfängt, schizophrene Psychosen (Halluzinationen, Wahn)
Therapie: Ruhigstellen während der akuten Episode, später *intensiv-regressive* Therapien

D-2 ein eigenes **emotionales Selbst** entsteht durch Ablösung von der Mutter 1-3 Jahre
Weltsicht: magische Weltsicht, präkonzeptuelle Kognitionen: Symbole, Begriffe, biozentrisch
Abwehr: Spaltung, Projektion, Verschmelzung mit den Gefühlen anderer Menschen
Pathologien: Narzißmus (den Anderen als Erweiterung des eigenen Selbst behandeln)
Borderline (fragiles Selbst, dessen Grenze von anderen ständig überschritten wird)
Therapie: *strukturbildend-stützend* (Hilfe, ein echtes Selbst zu entwickeln), z.B. psychoanalytische Ich-Psychologie, Objektbeziehungstherapie, Körpertherapien, New Identity Prozess (CASRIEL)

D-3 Identifikation mit einem **begrifflichen Selbst** (Persona, bewußtes „Ich“) 3-6 Jahre
durch Differenzierung vom emotionalen Selbst durch ein erstes kognitives Selbst-Konzept,
Hauptbedürfnis: Sicherheit
Weltsicht: magisch-mythische Weltsicht, präoperationale Kognitionen, egozentrisch
Abwehr: Verdrängung (das mentale Selbst kann ab jetzt Körper und Gefühle beherrschen), Reaktionsbildung
Pathologie: typische Psychoneurosen, (histrionische Gefühlsüberschwemmung, Depressionen, Phobien, Zwangsstörungen, Angststörungen)
Therapie: *aufdeckend* (Verdrängungsschranke aufheben, Kontakt mit verdrängten Gefühlen/Schatten), z.B. Psychoanalyse, Ich-Psychologie, Schatten-Arbeit nach Jung, Focusing, Körpertherapien, Quadrinity

B) rationale, soziozentrische Entwicklungsstufen

D-4 Identifikation mit dem **Regel/Rollen-Selbst** ab 6-12 Jahre
Lernen von Interaktionsregeln in Familie und Umwelt, Übernahme von Rollen, etc.
Hauptbedürfnis: Bedürfnis nach Zugehörigkeit
Weltsicht: mythische Weltsicht, konkret-operationale Kognitionen, Fähigkeit, sich in andere (der selben Gruppe) hineinzuversetzen → ethnozentrisch
Pathologie: Skript-Pathologien (falsche Vorstellungen über sich selbst)
Therapie: *skriptanalytische*, z.B. kognitive und interpersonelle Therapien, z.B. Transaktionsanalyse, kognitive Verhaltenstherapie, Systemische Therapie, Familientherapie, Archetypen-Arbeit nach Jung

D-5 rationales, selbstreflexives Selbst, reifes Ego: ab 12-19 Jahre
Ablösung konventioneller Moralvorstellungen durch ein individuelles Gewissen (postkonventionell); wertfreie Haltung, weltzentrische Haltung (alle Menschen {der gleichen Entwicklungsstufe})
Hauptbedürfnis: Selbstachtung
Weltsicht: rationale Weltsicht, formal-operative Kognitionen, aber linear (Entweder-Oder-Denken), Abstraktionsfähigkeit → „Was wäre, wenn?“ (echte Utopien sind möglich); Reflexion der Umwelt
Pathologie: „Wer bin ICH ohne meine Rollen?“ / Verwechslung von Identität und Rolle → Identitätskrisen
Therapie: *introspektiv*, z.B. Rational-Emotive Therapie, kognitive Therapie, Gesprächspsychotherapie

D-6 integral-existentielles Selbst, Zentaur: Integration von Körper, Gefühl und Geist ab 19 Jahre
vom Individualistischen zum Relativistischen-Pluralistischen; die Fähigkeit, verschiedene Perspektiven einnehmen zu können; globale Perspektive (einschließlich des ganzen Planeten); das Beobachter-Selbst beginnt, Selbst-Konzepte und Geist als Objekte zu betrachten, wie vorher schon Körper und Gefühle; die früheren, verdrängten Bewußtseinswellen werden wieder ins aktuelle Bewußtsein gerufen
Hauptbedürfnis: Selbstverwirklichung, Authentizität, Autonomie
Weltsicht: integrative Weltsicht, postformale-dialektische Kognitionen (Sowohl-Als-Auch), Netzwerk-Logik
Pathologien: existentielle Probleme: eigene Endlichkeit, Sinnlosigkeit des Lebens und des Todes, etc.
Therapie: *existentielle* Therapien (z.B. Logotherapie), Autonomie fördern (z.B. Familienaufstellungen nach HELLINGER), Selbstverwirklichung unterstützen (z.B. humanistische Psychologie, bes. Gestalttherapie)

C) Beginn der transrational-transpersonalen Entwicklungsstufen

(im Kurzdurchlauf, da nicht Gegenstand von klassische Psychotherapie, sondern von spirituellen Praktiken:)

Vorraussetzung: Identifikation mit dem transparenten Beobachter (Alles, was man beobachten kann, ist ein Objekt! Also sind auch Gedanken und Selbstkonzepte Objekte. Aber wer ist es, der das alles beobachtet?)

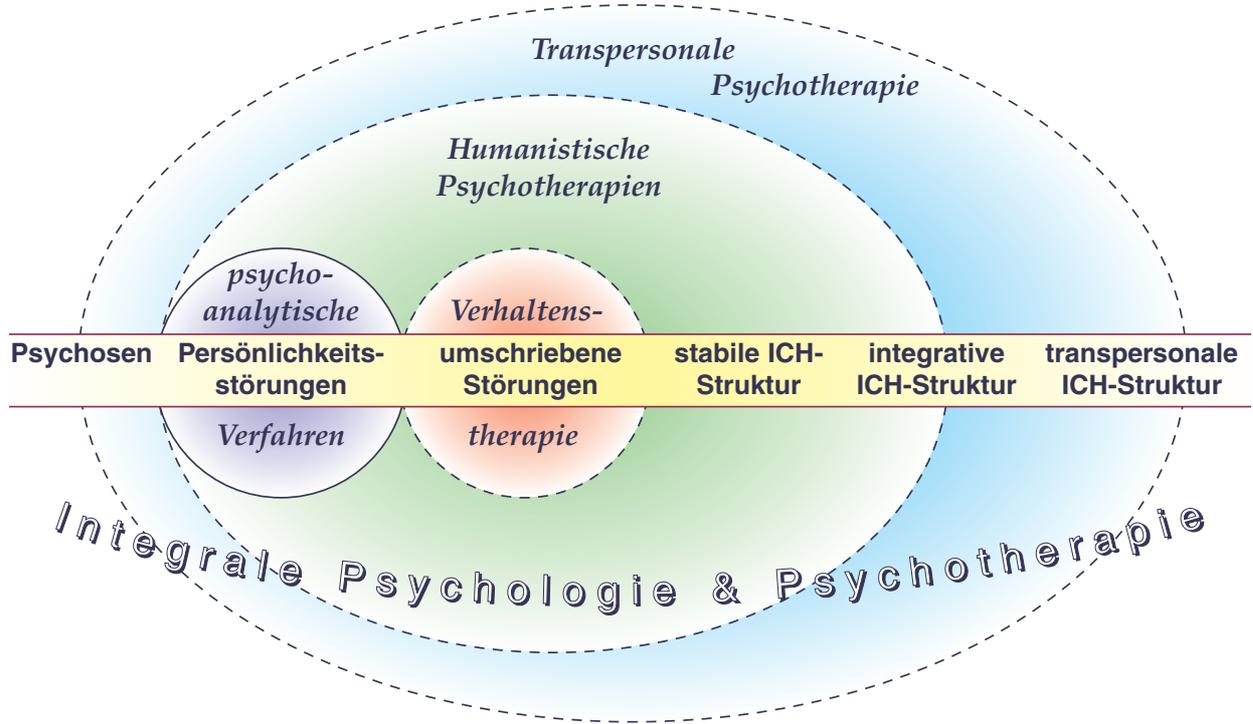
D-7 astral-psychisches Selbst (Naturmystik: Erfahrung der Einheit mit der sichtbaren Umwelt) → Yoga, Trance
Pathologien: spirituelle Krisen beim Übergang von den personalen zu den transpersonalen Ebenen
Therapie: *transpersonale* Therapie (z.B. Psychosynthese nach Assagioli)

D-8 subtiles Selbst (Gottheitsmystik: Erfahrung der Einheit mit spirituellen Dimensionen) → Kontemplation

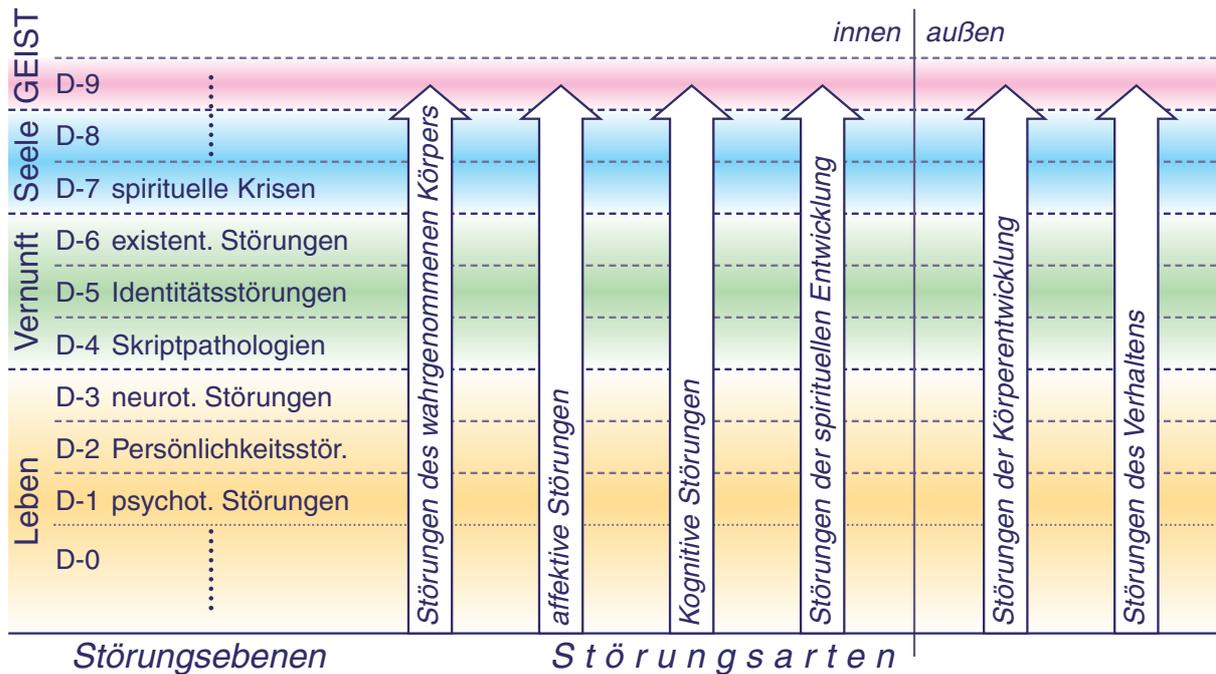
D-9 kausales Selbst (formlose Mystik: Erfahrung der Leerheit, Identifikation mit dem Zeugen) → Meditation

D-10 nichtdual (Verlöschen des Beobachters, Aufheben der Spaltung Subjekt-Objekt → kein Selbst)

Schwerpunkte verschiedener Psychotherapieschulen



Dimensionen psychischer Störungen



Entwicklungsebenen und Entwicklungslinien nach K. Wilber

Ontogenese (individuell)										Phylogenese																
Durchschnittsalter	Hauptidentifikation	Drehpunkte	A. Maslow	Abwehrmechanismen	mögliche Pathologie	Therapiemöglichkeiten	J. Piaget	kognitive Entwicklung	moralische Entwicklung L. Kohlberg	wem moralisch berücksichtigt wird	Entwicklungsaufgaben E. H. Erickson	kulturell	sozial													
Leben	0-18 Monate	D 0 (Perinatale Grundmatrizen)	physiologische Bedürfnisse	Verzerrung Wahn-Projektion Halluzination hall. Wunscherfüllung	schwere Psychosen	Ruhigstellung, danach intensiv- regressiv	sensomotorisch	Materie	präkongventionell	autistisch	Vertrauen versus Mißtrauen	archaisch	Sammeln & Jagen Stämme													
		D 1 (physisches Selbst)				Sinneswahrnehmung Exozept																				
		D 2 (emotionales Selbst)		Selbstobjektverschmelzung Projektion, Abspalten		Persönlichkeitsstörg.								stützend intensiv- emotional	Impuls/Emotion Bild Symbol	narzißtisch	Autonomie versus Scham & Zweifel	organisierte Jagd Gartenbau Dorf								
Vernunft	3-6 Jahre	D 3 (Selbst-Konzept)	Sicherheit	Isolation, Verdrängung, Reaktionsbildung -Verschiebung	Psycho- neurose	aufdeckend	konzentriert- präoperational	präkongventionell	präkongventionell	egozentrisch	„Ich“	Initiative versus Schuld & Angst	magisch-typhonisch magische Gruppenzugehörigkeit	früher Staat												
		D 4 (Rollen-Selbst)		Zugehörigkeit		mehrdeutiges Verhalten verdeckte Absichten									Skript- Pathologie	Skriptanalyse	operational	3. Billigung durch andere	„Wir“ Clan, Familie, Minderwertigkeit	kompetenz versus	entw. Ackerbau Imperium					
	ab: 21-	Ich (oder tiefer psychisches Selbst; <i>subtil</i>) Seele (oder ursprüngliches Selbst; Beobachter; <i>kausal</i>) Zeuge (oder Ursprüngliches Selbst; Beobachter; <i>kausal</i>)	D 5 (reifes Ego)	Selbstachtung	Unterdrückung von Impulsen, Antizipation, Sublimierung	Identitäts- krise	Introspektion	formal- operational	postkonventionell	postkonventionell	soziozentrisch	Staat, Nation	Identität versus Rollenkonfusion	mythische Gruppenzugehörigkeit rational-egoistisch	Information planetarisch global											
			D 6 (Zentaur)		Selbstverwirklichung		Inauthentizität aufgegebene Selbstverwirklichung Resignation									existentielle Krise	existentielle Therapie	postformal	5. individuelle Rechte Sozialvertrag 6. individuelle Gewissensgrundsätze universell-ethisch	„Wir alle“ alle Menschen ohne Ausnahme	Intimität vs. Isolation Schöpferkraft versus Stagnation Integrität vs. existentieller Verzweiflung	jeweils am fortgeschrittensten: integral-zentaurisch				
			D 7 (psychisches Selbst)		Selbsttranszendenz		psychische Inflation									spirituelle Krisen	transpersonale Methoden: Trance, Kontemplation, Meditation, u.a.	post-postkonventionell	post-postkonventionell	post-postkonventionell	panentheistisch	panentheistisch	„Alle irdischen Lebewesen“ ohne Ausnahme	Integrität versus existentieller Verzweiflung	Schamane/Yogi Heiliger	Information planetarisch global
			D 8 (subtiles Selbst)				mißlungene Integration										„Alle Lebewesen“ in allen Bereichen									
GEIST	42-	D 9 (kausales Selbst)	nichtdual		buddhistisch	kausal (formlos)	post-postkonventionell	post-postkonventionell	post-postkonventionell	buddhistisch	„Alle Manifeste und Nichtmanifeste“	Weiser Siddha	Information planetarisch global													
		nichtdual		nichtdual																						

Therapie in den 4 Quadranten

Beispiel Psychotherapie

Beispiel Rehabilitation Alkoholiker

	<i>innen</i>	<i>außen</i>
<i>individuell</i>	Körpertherapie psychodynamische Ansätze kognitive VT Humanistische Psychologie	klassische VT Entspannungsverfahren Training von Fähigkeiten NLP
<i>kollektiv</i>	Gruppentherapie Encounter analytische und wachstumsorientierte Familientherapie	strukturelle systemische Therapie Interaktionstrainings

	<i>innen</i>	<i>außen</i>
<i>individuell</i>	Psychotherapie Beratung	medizinische Maßnahmen Ernährung Sport
<i>kollektiv</i>	soziale Beziehungen zu Familie, Freunden, etc.	Arbeitsstelle Wohnung Selbsthilfegruppe

Systemische Ansätze in der Psychologie

Lit: VON SCHLIPPE, A. & SCHWEITZER, J. (1996). Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung. Göttingen.

kommunikationstheoretische Orientierung

☞ Historische Entwicklung

erster Impuls: Buch von RICHARDSON: „Patienten haben Familien“. 1945

kein einzelner Begründer, Entwicklung in den 50er Jahren hauptsächlich in den USA

BATESON: philosophische Begründung durch ökologisch-holistisches Denken: kranke Familie „als ein System gesehen, in dem die Störung jedes Familienmitglieds die Funktion hat, dieses System insgesamt vor dem Zusammenbruch zu retten ... Die Störung ist in sich ein Versuch, das Ganze zu stabilisieren“ (z.B. Kinder: Ehe der Eltern durch gestörtes Verhalten zu retten, diktieren den Eltern eine Aufgabe)

☞ 4 Schulen:

1. Palo Alto Schule (Mental Research Institute):

Virginia SATIR (Wachstumsorientierter Ansatz, ab 1959), Familienskulptur; erlebnisorientiert, nonverbal, Emotionen, der Humanistischen Psychologie nahe; Gregory BATESON, Paul WASTZLAWICK u.a (kommunikationstheoretischer Ansatz: Gruppen bestehen nicht aus Menschen, sondern aus Kommunikation); Schizophrenieforschung: direkte Beobachtung von Interaktionen und Kommunikationsstilen → These, daß die gestört wirkenden Verhaltensweisen Schizophrener im Kontext ihrer Familienbeziehungen ihre eigene Logik haben → Beobachtung von starker gegenseitiger Abhängigkeit der Familienmitglieder und pathologischer Kommunikation (Double Bind) → Einsichtsvermittlung ändert nichts → Notwendigkeit, die Kommunikation zu verändern → WATZLAWICK's Kommunikationsaxiome (RETZER: „Man kann sich nicht nicht verhalten.“)

2. Systemiker (Mailänder Schule ,ab 1967)(Mara Selvini PALAZZOLI, Luigi BOSCOLO, Giuliana PRATA, Gianfranco CECCIN): Grundannahme: Familie ist über Regeln verbunden → wenn ich die Regeln ändere, ändert sich das System → Notwendigkeit, die Regeln zu erkennen → Veränderung der Regeln durch Erzeugung neuer Informationen → zirkuläres Fragen;

außerdem: 2-Kammer-Modell, Therapeutesystem (statt Einzeltherapeut), paradoxe Intervention (um widerstrebende Kräfte ad absurdum zu führen), Splitting (von verschiedenen Therapeuten werden verschiedenen Meinungen/Möglichkeiten in das System gebracht), Anwesenheit der ganzen Familie

3. Strukturelle Schule (Philadelphia, ab 70-ger), (Salvadore MINUCHIN): klare normative Funktion der Therapeuten, Erforschung und Arbeit mit Familienstrukturen (z.B. Subsysteme Eltern und Kinder, Triangulation = Koalition zweier (meist Elternteil + Kind) gegen einen dritten) und Grenzen (flexibel, starr und diffus)

4. Lösungsorientierte Kurzzeittherapie (Milwaukee „Brief Family Therapy Center“), (Steve DE SHAZER): „Es geht nicht darum, das Problem zu kennen, sondern eine Lösung zu finden!“ → Wunderfrage, Änderungsfrage, Skalierung, Zielkriterium, Minimum an Sitzungen (über lange Zeiträume verteilt)

Deutschland

☞ RICHTER und STIERLIN: psychoanalytische Betrachtung;

☞ Martin KIRSCHENBAUM: Integrative Familientherapie

☞ Bert HELLINGER: eigene Form des *Familienstellens*, sehr umstritten, stark phänomenologisch orientiert

Theoretische Grundlagen:

- ☞ Radikaler Konstruktivismus (VON GLASERSFELD, VON FOERSTER, WATZLAWICK)
Es wird bezweifelt, daß es „da draußen“ objektiv erkennbare Systeme „gibt“: Es existiert keine „objektive Realität“. Vielmehr muß der Beobachter und seine Erkenntnismöglichkeiten als Teil des Kontextes, den er beobachtet, mit einbezogen werden. Durch Wahrnehmung und Interpretation „konstruiert“ er die Umwelt.
- ☞ Allgemeine Systemtheorie (VON BERTALANFFY)
Ein System ist eine *Menge von Objekten* zusammen mit *Beziehungen* (= Kommunikation) zwischen diesen Objekten und ihren Merkmalen
- ☞ Kybernetik (Wiener)
Rekursivität: der Output des Systems wirkt auf den Input zurück (= Rückkopplung, Feedback).
Homöostase basiert auf Ist-Soll-Vergleichen und wird durch negative Rückkopplung sichergestellt
- ☞ Chaostheorie (LORENZ, MANDELBROT, GLEICK)
Nichtlinearität (Systemeingang und Systemausgang sind intern durch nichtlineare Prozesse miteinander verknüpft: es gibt mehrere Möglichkeiten)
Offenheit (zwischen System und Umwelt finden Austauschprozesse statt)
Iteration: durch Summierung kleiner Abweichungen (z.B. bei positive Rückkopplung) kommt es zur Instabilität, was einen plötzlichen Qualitätssprung ermöglicht
- ☞ Synergetik (HAKEN)
Systeme und Teilsysteme verstärken sich gegenseitig; „die Summe ist mehr, als ihre Teile“
- ☞ Theorie dissipativer Strukturen (PRIGOGINE)
in komplexen, dynamischen Systemen können sich spontan Ordnungen entwickeln, ohne daß es eine ordnende Instanz von außen gibt
- ☞ Theorie der Selbstorganisation (Autopoiese) (JANTSCH, MATURANA & VARELA)
Lebende Systeme zeichnen sich durch eine besondere *Eigendynamik* aus, die sie aktiv aufrechterhalten
Das Produkt eines sich selbst organisierenden Systems ist immer das System selbst, ohne daß jemals völlig identische Strukturen geschaffen werden.
Lebende Systeme sind informell offen (können also Informationen aus der Umwelt aufnehmen), aber operationell geschlossen (nicht unbegrenzt durch die Umwelt beeinflussbar). Die Umwelt kann also das System perturbieren (anstoßen, verstören), in Schwingung versetzen, so daß das System angeregt wird, sich selbst neu zu organisieren.
Rekursivität sozialer Prozesse: Verhaltensweisen des einzelnen sind durch die der anderen (mit-)bedingt und bedingen sie gleichzeitig. („*Zirkuläre Kausalität*“, „*Selbstreferenz*“, „*Selbstrückbezüglichkeit*“) (Der Mann geht in die Kneipe – die Frau meckert – der Mann geht mehr in die Kneipe – die Frau meckert noch mehr – usw. usf.) Eine lineare Ursache-Wirkungs-Beziehung (starke Kausalität) ist bei sozialen Systemen eine Illusion.

Eigenschaften von sozialen Systemen

- 1) Verbundenheit der Elemente:
 - Wechselwirkungen zwischen den Teilen des Systems
 - Verhalten hat immer Rückwirkungen → es gibt keine linearen Systeme → Zirkularität/Rekursivität
 - Therapeut als Teil des Systems (Kybernetik 2. Ordnung)
 - Familie ist qualitativ mehr als die Summe ihrer Teile
 - wenn ein Teil sich verändert, ändert sich das ganze System (Beispiel einer Unruhe)
- 2) Zielorientiertheit, Prozess:
 - Systeme befinden sich ständig in einem zielgerichteten Prozess
 - Familie ist nicht statisch, sondern ständig in „Transition“ (Veränderung von „hier“ ins „dort“)
 - 2 Prozesse:
 - a) Desintegration des Systems → bis hin zum Zerfall (Bsp. Scheidung)
 - b) Progressive Systematisierung → Fortschritt in Richtung der Ganzheit
- 3) Regulierung
 - Autoregulation der Familie /des Systems
 - Morphostatische Kraft → Erhalt des Systems
 - Morphogenetische Kraft → Regeländerung (z. B. beim Problemverhalten des Kindes)
- 4) Homöostase
 - Zustand des Gleichgewichtes, das jedes System anstrebt, aber nie halten kann (Flussgleichgewicht)
 - Wechselspiel zwischen Gleich- und Ungleichgewicht ist eine Herausforderung
- 5) Kalibrierung, Stufenfunktion
 - Familien entwickeln sich nicht kontinuierlich,

- Veränderungen in Stufen (Paar → Ehe, Eltern), diskontinuierliche Sprünge
- 6) Hierarchie
Systeme sind zerlegbar in hierarchisch geordnete Subsysteme, z. B. Familie als Teil des Dorfes usw.
Subsysteme können auch als eigene Systeme betrachtet werden
 - 7) Regeln
dienen der Aufrechterhaltung der Homöostase
es gibt offene und verdeckte Regeln, die funktional oder dysfunktional sein können
 - 8) Offene / Geschlossene Systeme
Aus einer streng konstruktivistischen Sicht gibt es keine geschlossenen Systeme
Aber: in der Familientherapie werden die Familien als geschlossene Systeme betrachtet (u.a. zur Erleichterung der Arbeit mit der Familie)
Informationsgrenzen in der Familie: Art, wie im System mit intimen (emotionalen und persönlichen) Infos umgegangen wird (= Indikator für Offenheit bzw. Geschlossenheit des Systems)
 - 9) Relativitätsprinzip (→ Konstruktivismus)
Es existiert keine Realität an sich, sondern sie kann nur „in Relation zu...“, betrachtet werden → die wahrgenommene „Realität“ ist also je nach Blickwinkel verschieden

Menschenbild

- ☞ das System als Ganzes rangiert vor dem Individuum, das Individuum wird immer aus der Systemperspektive betrachtet, besonders seine Rolle im System → besonders für *Familientherapie* geeignet
- ☞ Eingebunden in ein Geflecht von untereinander in verschiedener Weise verbundenen Menschen gibt es einen (heimlichen, unbewußten) „Plan“, der den einzelnen dazu bringt, dieses System, das ihn trägt, aufrecht zu erhalten. (JAEGGI 1995)
- ☞ differenzierende Betrachtung der Familie: ihre Interaktion, ihre Dynamik, ihre speziellen Rollenvorgaben, Grenzen, Subsysteme, Koalitionen

Störungskonzept der Familientherapie

- ☞ *Symptom eines Familienmitglieds ist der Ausdruck einer Störung der gesamten Familie*; was Familienmitglieder als Störung entwickeln, ergibt sich aus den Wechselwirkungen der aufeinander bezogenen Familienmitglieder, das Familienmitglied mit der offensichtlichen Störung gilt als „Inexpatient“ für den eigentlichen „Patient Familie“
- ☞ Bsp.: Die Krankheit des Kindes kann die Funktion haben, die zerbrechende Ehe der Eltern zu retten: durch die Krankheit wird den Eltern eine gemeinsam Aufgabe zudiktiert.
- ☞ neues Paradigma für die psychische Störung:
 - a) Störungen/Symptome sind nicht Ausdruck einer dahinterliegenden Ursache, sondern sind eine Entität von Verhaltensweisen (wie in der Verhaltenstherapie) und positive oder negative Beschreibungen/Interpretationen durch den Betroffenen und signifikante Andere (→ Konstruktivismus: Wirklichkeit wird konstruiert! z.B. waren Dorftrötter früher normale Mitglieder der Gemeinschaft, sie wurden nicht pathologisch **beschrieben**) → Probleme werden definiert: „Das, was Sie ein Problem nennen.....“
 - b) die Störung ist nicht individuumsgebunden, kann innerhalb der Familie weitergereicht werden, wobei einzelne Familienmitglieder „ihr“ Symptom individuell ausgestalten

Grundannahmen der systemischen Therapie

1. Jedes Symptom ist unter im gegebenen Kontext eine von mehreren möglichen Problemlösungen. (wenn die Bedingungen sich ändern, sind die Problemlösungen nicht mehr optimal)
2. Der Versuch der Nachkonstruktion des Bestehenden ersetzt die Diagnose (keine Exploration, sondern: „Unter welchen Bedingungen findet das Problem statt? Welche Variabilität hat das Problem?“ → Wenn Verhalten variabel ist, kann man es auch verändern!).

3. Auch komplexes Symptomverhalten kann auf einfachen Regeln basieren → Möglichkeit der einfachen Lösung für ein komplexes Problem.
4. Komplexe Verhaltensmuster können auch absichtslos entstehen. (widerspricht etwas Satz 1)
5. Psychotherapie ist Anregung zur Änderung → der Therapeut ist der Anreger, der ein Umfeld schafft, wo Veränderung geschehen kann, nicht der Macher.
6. Die Kompetenz zur Umgestaltung liegt ausschließlich im Klientensystem (Systeme haben Ressourcen, die es zu entdecken und zu nutzen gilt!)
7. Das Ergebnis des Therapieprozesses ist weder plan- noch vorhersehbar.
8. Das Erfolgskriterium wird vom Klientensystem definiert (gilt nicht bei Gefahr, z.B. von Mißhandlung oder Suizid!!!).
9. Der therapeutische Vertrag beschränkt sich auf Bewegung (Veränderung) – nicht auf Punkte/Fakten (Kriterien). (Kreativität fördern; es werden keine fertigen Lösungen angeboten!)
10. Die Therapeutische Kompetenz beschränkt sich auf den sensiblen Umgang mit Stabilität und Instabilität. (Je mehr Labilität in einer Sitzung erzeugt wird, desto mehr Veränderung ist bis zur nächsten Sitzung möglich; aber: den Bogen nicht überspannen!)

Kommentare

- ☞ Die Therapie versucht, die Regeln, das Zusammenspiel, die Wechselbeziehungen und die Kommunikation zwischen Familienmitgliedern und die Organisation des Familiensystems zu verdeutlichen und zu verändern, um damit die Pathologie überflüssig zu machen.
- ☞ Das geschieht nicht durch Beratung (indem der Therapeut z.B. der Familie sagt, wie es besser funktionieren würde), sondern dadurch, daß er versucht, das Familiengleichgewicht durcheinanderzubringen (*verstören, perturbieren des Systems*), damit es sich in einer neuen – hoffentlich funktionaleren Weise – neu organisieren kann: Aktivieren der Ressourcen und der *Selbstheilungskräfte* der Familie
- ☞ Die Perturbation gelingt durch zirkuläres Fragen: Dadurch, das Familienmitglieder über Ihre Meinung zu anwesenden Familienmitgliedern befragt werden, werden implizite Wirklichkeitskonstruktionen und Kommunikationsstile verdeutlicht. Dabei geht es nicht um Ursachen, weil das nach der Theorie der Autopoiese nur davon abhängt, wo man den Punkt setzt: „Der Mann geht in die Kneipe, weil die Frau meckert“. – „Die Frau meckert, weil der Mann in die Kneipe geht.“ Dabei wird davon ausgegangen, daß minimale Interventionen (wie es z.B. Verdeutlichungen oder Reframing sind) große Veränderungen erzeugen (Gesetz der Iteration in der Chaostheorie) in dem Sinne, daß sie daß System verstören.
- ☞ teilweise entstehen Probleme erst durch den Versuch, sie zu lösen (z.B. Einschlafschwierigkeiten durch den Versuch, einzuschlafen) → diese Probleme können nur auf einer Metaebene gelöst werden → Lösungen 2. Ordnung, z.B. durch paradoxe Intervention (Erzeugen eines „therapeutisches Double Bind“): heben die zu lösende Situation aus dem selbstrückbezüglichen Teufelskreis heraus, in den die bisherigen Lösungsversuche 1. Ordnung geführt haben und stellen sie in einen neuen, weiteren Rahmen.
- ☞ nicht mehr die Motivationsstruktur des einzelnen wird thematisiert, sondern seine *Funktion* im Ganzen; eine therapeutisch wichtige Frage ist oft: „*Was würde sich in Ihrer Familie alles verändern, wenn diese Störung nicht mehr vorliegen würde?*“
- ☞ Therapieziel: funktionierendes Familiensystem; die ‘richtigen’ Grenzziehungen, die ‘richtigen’ Koalitionen sind wichtig, damit das System funktioniert, ohne daß ein einzelner sich durch sein Symptom „opfert“
- ☞ Die (systemische) Familientherapie legt den Fokus auf die aktuellen familiären Beziehungen, auf die im Hier und Jetzt ablaufenden Prozesse zwischen Familienmitgliedern.
- ☞ *Einsichtsorientiert*: Hauptziel ist es, Veränderungen im kognitiven Bereich der *Wirklichkeitskonstruktionen* und des Verhaltens der Klienten anzuregen.
- ☞ Schuldzuweisung an den einzelnen entfällt
- ☞ hilfreich für die Klienten ist die überraschende Wendung (z.B. bei der paradoxen Intervention, Reframing) die strukturierende und gleichzeitig sinnerzeugende Intervention, die ganz neue Bedeutungen schafft
- ☞ nicht ein so hohes Maß an persönlicher Nähe zwischen Therapeut und Familie wie in einer langandauernden Einzeltherapie; besonders die amerikanischen Pionieren sind ausgesprochene Pragmatiker: Die Störung der Familie wird auf ein *operationalisierbares Problem* reduziert, das mit der Therapie angegangen wird.
- ☞ Die klass. Therapie fragt nach intrapersoneller Bedeutung („Was ist die Ursache?“), die systemische Therapie fragt nach Bedeutung von Verhalten in der interpersonellen Kommunikation („Was ist die Funktion?“).
- ☞ Systemiker brechen keine „Widerstände“, sondern versuchen zu verstehen.
- ☞ Therapeut und Klienten sind gleichwertig und lernen voneinander
- ☞ Systemische Therapie sollte „leicht“ sein!

Grundlegende therapeutische Haltungen und Interventionen

- ☞ **Den Möglichkeitsraum erweitern** = „*ethischer Imperativ*“ (!!!) Denk- und Handlungsspielräume erweitern; alles was die Zahl der Möglichkeiten einschränkt (Tabus, Denkverbote, Dogmen, Richtig-/Falsch-Bewertungen) ist kontraproduktiv → Vorstellungen, Regeln, etc. ständig hinterfragen: „Was wäre, wenn ...?“, „Und was noch?“;
- ☞ „alle Therapie versucht im weitesten Sinne, die Beschreibungen zu verändern, über die Wirklichkeit erfahren wird. Therapie ist gemeinsames Ringen um Wirklichkeitsdefinitionen. Es braucht neben neuen kognitiven Konzepten auch neue Erfahrungen, nicht nur der Kopf muss eine neue Geschichte erfinden, sondern der Leib muss sie neu erfahren.“ (VON SCHLIPPE)
- ☞ **Achtung vor der Selbstorganisation** des Systems (Theorie der dissipativen Strukturen: aus Chaos erwächst von selbst eine neue Ordnung)
- ☞ **Neutralität** (bewußtes Nicht-Bewerten) des Therapeuten in dreierlei Hinsicht:
 - Neutralität gegenüber Personen: soziale Neutralität, keine einseitige Parteinahme,
 - Neutralität gegenüber Ideen: wie das Problem entstanden sein könne und wie es am besten zu lösen sei
 - Neutralität gegenüber Symptomen: Symptome als suboptimale, aber doch kreative Lösungen von bislang nicht besser lösbaren Problemen.ist schwer durchzuhalten und eher Wirkung als Absicht: wenn den Klienten unklar ist, auf welcher Seite der Therapeut mehr gestanden hat, ist Neutralität erreicht. Das heißt nicht, keine Meinung zu haben, sondern diese nicht in einer doktrinären Form einzubringen → heute eher Entwicklung hin zu einer verstehenden Grundhaltung → **Neugier** jedem Klienten gegenüber (Haltung des Nicht-Wissens als Ressource des Therapeuten)
- ☞ **Joining** (MINUCHIN): Therapeutisches Arbeitsbündnis mit möglichst jedem einzelnen Systemmitglied
- ☞ **Wertschätzung**: tragfähige Subjekt-Subjekt-Beziehung zwischen Therapeut und Klient
- ☞ **Irreferenz**: der Klient, darf alles denken und sagen (→ **Stabilisierung** durch Wertschätzung) bei gleichzeitiger Respektlosigkeit gegen jeglichen Gewissheiten (→ **Labilisierung**) seinen Ideen/ Theorien/Glaubenssätzen gegenüber: *Wie kommen Sie denn darauf?*; „Triffst Du Buddha unterwegs, töte ihn!“: auch systemische Lehrsätze sind nur so lange gut, wie sie helfen!
- ☞ **Anregung** und **Perturbation** (*Verstörung*): Unterbrechung dysfunktionaler Musters des Systems (wenn keine Änderung, dann war die Anregung nicht nachhaltig genug; aber: niemand muß nachlernen, nachreifen, etc); (Der Therapeut regt an, mit Verstörung ist eher die veränderte Reaktion des Klientensystems gemeint → physikal. Bsp.: Unruhe)
- ☞ **Hypothesenbildung** (PALAZOLI): Sinn von Hypothesen: ordnen und anregen: Anbieten verschiedener Sichtweisen des Problems; → erfordert **Neugierde** des Therapeuten; kontrainduziert bei Psychotikern und sehr verworrenen Familien
- ☞ **Zirkularität** bzw. **Rekursivität**: menschliches Verhalten hat immer Rückwirkungen → Versuch, Verhalten als Regelkreis (A-B-A-B-...) zu beschreiben, so daß die Eingebundenheit dieses Verhaltens in einen Kreislaufprozess sichtbar wird → zirkuläres Fragen
- ☞ **Nichtlinearität**: menschliches Verhalten ist keine klare wenn-dann-Beziehung, als Reaktion auf eine Ausgangssituation gibt es immer mehrere Möglichkeiten
- ☞ **Ressourcenorientierung**: (DE SHAZER): Neuere systemische Therapieansätze gehen davon aus, daß dem Klienten nichts „fehlt“, sondern daß Ressourcen zur Problemlösung im Klientensystem vorhanden sind, aber noch nicht entdeckt oder nicht mehr genutzt werden. Therapie bedeutet in diesem Sinne Suche nach und Nutzen von vernachlässigten oder unentdeckten Ressourcen.
- ☞ **Lösungsorientierung**: „Man braucht das Problem nicht näher zu erkunden, man kann sich gleich an die Konstruktion von Lösungen begeben.“ (DE SHAZER) Danach suchen,

was jetzt schon gut gelingt und es verstärken, Zielvisionen entwickeln, die positiv auf das heutige Tun und Handeln zurückwirken → die Therapiestunde ist verhältnismäßig irrelevant und schafft Abhängigkeiten, wichtiger ist, was dazwischen passiert.

- ☞ **Kundenorientierung** (Kunde kommt von „Kundiger“, einer der sich auskennt, der selbst Bescheid weiß) Die Klienten bestimmen das Therapieziel, nicht der Therapeut → so viel Verantwortung wie möglich bei den Klienten lassen, keine Großidee von Heilung !!!

Was ist wichtig? (Sitzungsablauf im Überblick)

1. Differenzierung der verschiedenen Klient-Berater-Beziehungen
2. Inhalte des Erstgesprächs:
 - a) Exploration des Überweisungskontextes und des Beziehungsangebots
 - b) hervorgebrachte Klage, Beschwerde und/oder systemische Problemdefinition
 - c) Problemlösungsversuche
 - d) Erklärungsmodelle der Mitglieder des Systems
 - e) Ziele
3. Möglichkeiten der Anregung für Änderung von Klientensystemen, vgl. Werkzeugkoffer!
4. Fragetypen: Wirklichkeitsfragen, Möglichkeitsfragen
5. Interventionsmöglichkeiten

3 Arten der Klienten (DE SHAZER 1989)

- ☞ **Besucher** (Visitor) kommen oft nicht freiwillig, es gibt keine explizite Beschwerde, keine Veränderungserwartung / keinen Veränderungsauftrag. In diesem Fall werden nur sorgenvolle Kommentare oder »Komplimente« (Wertschätzung) gemacht, die bisherigen Lösungen positiv gewertet, ansonsten weder Therapie noch Aufgaben angeboten.
- ☞ Als **Klagende** (Complainant) werden Personen mit Beschwerden bezeichnet (Opfer), die die Veränderung in erster Linie von anderen erwarten (z.B. vom Therapeuten oder vom Ehepartner). Der Therapeut stellt vor allem Beobachtungs- oder Denkaufgaben.
- ☞ **Kunden** (Customer) sind Personen, die eine Beschwerde haben, aber darüber hinaus die Vorstellung mitbringen, aktiv etwas dagegen tun zu können. Mit ihnen wird ein Veränderungskontrakt geschlossen, sie bekommen neben Beobachtungs- auch Handlungsaufgaben, Experimente: „*Probieren Sie bis zum nächsten Mal mal dieses aus*“. (Experimente versuchen, Ausnahme vom Problem bewußt herzustellen)

Interventionen

Fragen als therapeutische Intervention zum Verflüssigung von erstarrten Wirklichkeitsdeutungen und Kommunikationsmustern

- ☞ In der systemischen Therapie wird nicht zwischen einer Explorations- und Interventionsphase unterschieden. Fragen sind in diesem Modell die wichtigsten „Träger“ und „Erreger“ von Informationen, dienen der Informationsgewinnung und -erzeugung. Therapeuten interpretieren wenig, doch jede Frage enthält versteckte Aussagen, die die gewohnte Art, wie in der Familie Dinge gesehen werden, potentiell verstören können.
- ☞ Bsp.: *Wann haben sie begonnen, sich das Verhalten ihres Sohnes als erbliche Krankheit zu erklären? Wann hat er ihrer Meinung nach begonnen, auf eine eigenständige Lebensgestaltung zu verzichten?*

a) **Wirklichkeitsfragen** (= Fragen, die Beziehungsmuster deutlich machen)

- **Auftrag im Kontext**

- Überweisungskontext erfragen: *Wer hatte die Idee? Warum gerade dieser Klient? Warum jetzt? Warum gerade zu mir?*

- Erwartungen erfragen: *Wer will hier was von wem?* (von jedem einzeln erfragen!) *Wer ist optimistisch, wer skeptisch? Was müssten ich/ wir tun, um Ihre Erwartungen zu erfüllen? Was, damit es ein Misserfolg wird?* (unrealistische Erwartungen korrigieren)
 - Sitzungsziele (in jeder Sitzung von jedem neu erfragen, können sich ändern)
 - **Problem im Kontext** (Wenn Verhalten variabel ist, kann es auch verändert werden)
 - Problempaket aufpacken: *Aus welchen Verhaltensweisen besteht das Problem? Wo wird es gezeigt, wo nicht? Wann wird es gezeigt, wann nicht? Wem wird es gezeigt, wem nicht?*
 - Beschreibungen rund um das Problem erfragen (Kontextinfos), Unterschiede: *Wie wird das Problem von verschiedenen Seiten gesehen? Für wen ist das Problem größer, für wen kleiner?*
 - Tanz um das Problem erfragen (Interaktionskreisläufe, es soll deutlich werden, daß jemand Opfer und jemand Täter ist): *Wer reagiert am meisten auf das Problem, wer nicht? Wie reagieren andere darauf? Wie reagiert der Betroffene auf die Reaktion anderer? Wie reagieren die anderen auf die Reaktion des Betroffenen?* (so lange, bis ein Kreislauf deutlich wird)
 - Erklärungen für das Problem: *Wer hat welche Erklärungen, und welche Folgen haben diese?*
 - c) Bedeutung des Problems für die Beziehungen erfragen: *Was hat sich in den Beziehungen verändert, seit das Problem begann? Wie würden sich die Beziehung verändern, wenn das Problem aufhört?*
 - d) Frühere Lösungsversuche erfragen, damit fehlgeschlagene Lösungsansätze nicht wiederholt werden.
- b) **Möglichkeitsfragen:** da man das System nicht zu neuen Lösungen zwingen kann, ist diese Frageform eine spielerische Möglichkeit, neue Lösungen/Wege zu finden → unbedrohliches Probandieren; der Therapeut kann frecher sein, da nur eine „Als-ob-Realität“ entworfen wird, die niemanden festlegt; z.B. existentielle Fragen (→Aufdecken von Tabuthemen), hypothetische Hinterfragung der Rolle des Therapeuten, Fragen nach dem möglichen Sinn von Symptomen, Ideen über die Vergangenheit
- **Verbesserungsfragen = lösungsorientierte Fragen:**
 - Ausnahmen: *Wann ist das Problem nicht aufgetreten? Was haben Sie und andere in dieser Zeit anders gemacht? Wie konnten Sie das schaffen, das Problem nicht auftreten zu lassen?*
 - Ressourcen (sehr wichtig für die Intervention!): *Was möchten Sie in Ihrem Leben gerne bewahren, wie es ist? Was machen Sie gerne? Was müssten Sie tun um mehr davon zu haben?*
 - die „Wunderfrage“ (DE SHAZER) (Wichtig ist, das was nach dem Wunder passiert, genauestens zu erfragen. Die Wunderfrage hat 2 Effekte: sie ist unbedrohlich, weil hypothetisch und sie zeigt auf, daß das, was passiert, nichts Übernatürliches ist): *Wenn das Problem plötzlich weg wäre – weil eine Fee es wegzaubert oder was auch immer – woran würden Sie das erkennen? Was würden Sie am Morgen danach als erstes machen? Was danach? etc. Wer wäre am meisten überrascht? Was würden Sie am meisten vermissen, wenn das Problem plötzlich weg wäre?*
 - **Verschlimmerungsfragen = problemorientierte Fragen:**
 - ist für manche Klienten die bessere Frageform: *Was müssten Sie tun, um das Problem zu erhalten oder zu verschlimmern? Wie könnten Sie sich so richtig unglücklich machen, wenn Sie nur wollten? Wie könnten die anderen Sie dabei unterstützen?*

- c) **Spezielle Formen zirkulären Fragens**, besonders hilfreich bei Herstellung u. Verdeutlichung von Unterschieden:
- Klassifikationsfragen (Rangreihenbildung): *Wen stört es mehr, wen weniger?*
 - Prozentfragen: *Zu wieviel Prozent halten sie dies für ... und zu wieviel Prozent hingegen für ...? Welche Energie in einem runden Energiekuchen ...? Wo auf einer Skala von 0 bis 100 befindet sich ...?*
 - Übereinstimmungsfragen (gibt Hinweise auf Koalitionen): *Sehen sie das genauso oder anders?*

weitere Beispiele für Fragetechniken:

gegenseitiges Sich - Bedingen nahelegen: *Was macht Vater, wenn Mutter sich traurig zeigt? Wie reagiert sie darauf?*

Eigenschaften zu Verhalten verflüssigen: *Was tut ihr Vater, wenn Sie ihn für depressiv halten?*

Beziehungsfragen / triadische Fragen: einer wird befragt, was er oder sie über die Beziehung zweier anderer denkt.

Hypothetische Fragen: *Angenommen, daß...? fördern Probehandeln und Probedenken*

Außenperspektive ermöglichen: *Was vermuten sie, denkt ihr Mann, wenn...?*

Beständiger Fokuswechsel zwischen Wirklichkeitskonstruktionen (*Wie erklären sie sich? Wie sehen sie sich selbst / den anderen / die Beziehungen zwischen mehreren anderen?*) und Verhalten (*Wie reagieren sie darauf? Was tun die anderen, wenn sie...?*)

Fokuswechsel zwischen Problembeschreibungen und Lösungsideen, damit die Klienten nicht völlig vom Problem vereinnahmt werden

„Möglichkeitssinn“ entfachen: gegenüberstellen von *Wie ist es?* und *Wie könnte es sein?*

Fokuswechsel von Kleintenbeziehungen auf Beziehungen Klient – Therapeut.

Werkzeugkoffer

- ☞ **Familienanamnese** und **Genogramm** (grafische Darstellung mehrerer Generationen; ist angstmindernd: der Einzelne sieht sich eingebettet in die Familiengeschichte)
- ☞ **Familienskulpturen**: „*Zeig doch mal wie das ist, wenn... (z.B. wenn die Mama meckert)*“: symbolische Repräsentation der Familienbeziehungen, Positionierung im Raum und Körperausdruck soll Ist- und Wunsch-Situation aus Sicht der einzelnen Familienmitglieder darstellen; emotional sehr intensiv, umgeht Rationalisierungen, ist unabhängig von Alter, Schicht und Sprachproblemen, setzt sichere, vertraute Atmosphäre voraus. Vgl. auch Skulpturen mit Szenopüppchen, FiT, FiB, FAST (Familiensystemtest), Familienbrett
- ☞ **Anerkennung, Komplimente, positive Konnotation** (Wertschätzung der positiven Aspekte eines Problems): zwingt den Therapeuten dazu, jedes Verhalten als positiven Beitrag zur Problemlösung zu betrachten → **Neutralität**; verbessert auch die Kooperation.
- ☞ **Reframing (Umdeutung)**: ein Problem in einen anderen Bezugsrahmen stellen, durch eine andere Brille betrachten, z.B. durch **positive Konnotation, Paradoxien** und **Symptomverschreibung**, hypnotherapeut. Intervention; aber: große Versuchung, alles nur positiv zu sehen (also implizit doch zu werten!)
- ☞ **Skalierungen**: „*Angenommen, die Problemlösung wäre bei 10, die schlimmste Option bei 0. Wo stehst du jetzt? Was sagt deine Frau, wo du jetzt stehst? Wo stehst Du an einem schlechten, an einem guten Tag?*“ (Dem Problem wird das Starre genommen: es variiert, je nach Tag, nach Person; Ressourcen sind erkennbar: kaum jemand stellt sich auf die 0; Klient konstruiert selbst Ausgangspunkt, Endsituation und derzeitigen Standpunkt)
- ☞ **Lebensfluß**: Auslegen eines Strickes im Raum, mit Knoten und Mäandern, die Lebensereignisse darstellen → schauen, wie ähnliche Ereignisse in der Vergangenheit gemeistert wurden → aktiviert Ressourcen
- ☞ **Galerienbildung**: Verändern des ursächlichen/zeitlichen Ablaufes von Problemerkklärungen; „*Weil mein Sohn stiehlt, fäng mein Mann an zu trinken und unsere Ehe ging*

auseinander.“ → „Was verändert sich, wenn Sie davon ausgehen, daß Ihr Mann trank, daß deshalb Ihre Ehe kaputt ging und daß daraufhin Ihr Sohn anfing, zu stehlen?“ = „Umhängen der Bilder“ (angewandte Rekursivität)

- ☞ **Videokonsultation** → Entwicklung konkreter Handlungsoptionen anhand von Videosequenzen, die von der Interaktion angefertigt wurden → oft bekommen Eltern das erste Mal ein Bewusstsein für kommunikative Angebote ihrer Kinder
- ☞ **Externalisierung des Problems** (WHITE): „das Kind ist nicht problematisch, es wird nur immer wieder von einem Schlingel verführt, Unsinn zu machen, Sneaky, Poo... etc“ – hilft dem Kind, Distanz zu gewinnen und den Druck zu mindern. Aber: Das externalisierte Problem wird dabei als negativ gesehen – widerspricht der systemischen Grundauffassung. Man kann aber auch anders mit Externalisierungen arbeiten, indem man mit Klienten diskutiert, wie sie ihr externalisiertes Problem auch wertschätzen, pflegen, behalten könnten, wenn es für irgendetwas nützlich ist.
- ☞ **Problem beim Therapeuten deponieren**: z.B. aufgeschrieben und in einen Karton gepackt – wenn die Lösung nicht funktioniert, muß der Karton wieder abgeholt werden (machen die wenigsten)
- ☞ **Methaphern, analoge Geschichten, Witze, Cartoons**
- ☞ **Arbeit an den Grenzen, Stockwerkarbeit und Netzförmige Interaktionen**
- ☞ **Splitting im Therapeutenteam**: Formulierung der Ambivalenz, die in Personen/Problemen herrscht durch verschiedene Therapeuten („Wir sind uns nicht einig ...“) → jeder Kommentar, der nur in eine Richtung geht, verstärkt eventuell das Gegenteil, umgeht die Entweder-Oder-Falle einer gerichteten Intervention
- ☞ **Abschlußinterventionen**: Resümees, Lobe, Handlungs- und Beobachtungsvorschläge bzw. **Hausaufgaben**; meist mündlich, manchmal aber auch schriftlich, sollten angemessen ungewöhnlich sein, gutes Verhältnis zwischen Vertrautem und Neuem (wird teilweise abgelehnt weil a) oft zu orakelhaft → zu wenig partnerschaftlich mit den Klienten und b) das Interview vorher schon neue Informationen erzeugt hat, die Intervention genug sind).
 - a) **Handlungsvorschläge**:
 - „Mehr desselben tun“ (Symptomverschreibung, Verhalten übertreiben)
 - „Etwas unterlassen“ (aufrechterhaltendes Verhalten verbieten)
 - „etwas Neues ausprobieren“ (Experimente: Verhaltensvariationen oder neues Verhalten, z.B. strukturierter Kampf für konfliktscheue Paare)
 - Warnen vor Veränderung (Wandel verbieten)
 - b) **Rituale** (komprimierte, kollektive, symbolische Handlungen)
 - Sich von etwas altem verabschieden (z.B. durch feierliches Verbrennen von Symbolen)
 - Geben und Nehmen von Übergangsobjekten
 - Muster- und Symptomverschreibungen (aus dem Problem ein feierliches Ritual machen)
 - Dokumentation als Ritual (z.B. Wutausbrüche aufzeichnen, hinterher nochmal anhören)
 - c) **Ordeals** (dt. Tortur, Rosskur, Feuerprobe) (HALEY)
 - erteilen einer Aufgabe, die schwieriger ist als das Symptom selbst, anzuwenden kurz nach oder während des Auftretens des Symptoms. (Hintergrund: wenn man es einem Menschen schwerer macht ein Symptom zu haben als es aufzugeben, wird er es eher aufgeben.)
 - **Wichtige Voraussetzungen**, damit das Ordeal nicht zum therapeut. Sadismus bzw Klientenmasochismus verkommt: Therapeut darf keinen Nutzen von der Ausführung des Ordeals haben; der Klient muss unbedingt bereit sein, das Ordeal auszuführen, so absurd es auch sein mag; Ordeal darf nicht schädigen, sollte eher nützen; muss im Bereich der Verhaltensmöglichkeit liegen. (Bsp: Wenn man nicht einschlafen kann, eine Stunde lang Gymnastik machen.)

Setting

- ☞ Nach SCHWEITZER / WEBER 1997 Flexibilisierung des Teilnehmerkreises: weder ist die ganze Familie gezwungen zu kommen (symbolische Anwesenheit, z.B. leerer Stuhl, weil: wichtig sind die eigenen Erwartungen an die anderen Familienmitglieder), noch sind andere Personen ausgeschlossen (Mitbehandelnde, Angehörige, Freunde). Ebenso kann sich der Teilnehmerkreis von Sitzung zu Sitzung partiell verändern.
- ☞ Auch möglich: systemische Einzeltherapie bzw. Paartherapie (Kollusionen nach J. WILLI)

- ☞ Sitzungen sollen Anregungen erzeugen, zu deren Umsetzung Lebenszeit außerhalb der Therapie erforderlich ist. Generell daher relativ niederfrequente (i.d.R. 6-wöchige Abstände) Sitzungen machen Familientherapien für eine Reihe von Klienten auch ohne Erstattung der Krankenkassen erschwänglich.
- ☞ In der Regel gilt jedoch: je mehr sich gerade verändert, desto dichtere Zeitabstände.

Beispiel: Setting und Stundenablauf der „Mailänder Schule“:

- ☞ Zwei-Kammer-Methode (klassisches Setting): Zwei Therapeuten (später nur noch einer) arbeiten mit der Familie, zwei andere sitzen im Nebenraum hinter der Einwegscheibe und beobachten die Sitzung (wurde kritisiert wegen mangelnder Transparenz, „Götter im Off“ → Andersen: Ein-Kammer-Methode mit anwesendem Reflektierendes Team; macht sich die erhöhte Aufmerksamkeit zunutze, die entsteht, wenn man Zeuge wird, wie über einen selbst gesprochen wird.)
1. *Vorbereitung*: Diskussion der Teammitglieder über die bislang vorliegende Information, erste Hypothesen: 5-20 Minuten.
 2. *Interview*: Der Therapeut (früher waren es zwei) interviewt die Familie. Dieser Teil des Gespräches dient nur dem Ziel, Informationen einzuholen, nicht dazu, Interaktionen in Gang zu bringen. Das Team beobachtet: 50-90 Minuten.
 3. *Teambesprechung*: Alle Mitglieder des Teams diskutieren in einem separaten Raum ihre Hypothesen und entwickeln eine Schlußintervention: 15-40 Minuten.
 4. *Schlußintervention*: Die Entscheidungen des Teams werden der Familie mitgeteilt, oft verbunden mit einer paradoxen Verschreibung, oder der Verschreibung eines Rituals. Der Rest des Teams beobachtet sehr genau die Reaktionen der Familienmitglieder: 5-15 Minuten.
 5. *Nachbereitung*: Diskussion im Team über die Sitzung und die letzten Reaktionen: 10-20 Minuten.

Indikation

- ☞ Patient Familie, z.B. wichtig bei Anorexia Nervosa, Schizophrenie, etc.
- ☞ besonders, wenn Kinder oder Jugendliche die Klienten sind
- ☞ Sexualprobleme: Paartherapie als einfachste Form der Familientherapie

Kritik und Relevanz

- ☞ neues Paradigma für psychische Störungen
- ☞ Systemisches Denken gehört heutzutage zu den selbstverständlichen Kenntnissen jedes Psychologen
- ☞ Entwicklung des Individuums nicht erklärt, Vernachlässigung individueller Eigenschaften.
- ☞ keine Differentialätiologie!
- ☞ soziologische Kritik: Infragestellung der Absolutsetzung der bürgerlichen Familie (aber: „die Alternative zur Familie scheint die Familie zu sein“)
- ☞ psychoanalytische Kritik/Interpretation:
 - ☞ Kritik am Setting der Familientherapie, POHLEN/PLÄNKERS: „Was in der Familie an wesentlichen und wichtigen Dingen passiert, ist die unbewußte Kommunikation, die nur ausgedrückt werden kann über die Phantasie, die Träume, die Fehlleistungen, die Symptome etc. ... Gerade die Abwesenheit der Familienmitglieder in der Therapie ermöglicht es aber dem Menschen, zum tiefsten Grund seiner Subjektivität durchzustoßen... Geht man nun in die Realsituation der Familie hinein, dann macht man sich nicht zum Anwalt eines „bankrotten Systems“, sondern man verfestigt auch für den einzelnen die Unterwerfungsgeste unter eine Familie, die schon seit langem einem Prozeß der Entsinnlichung und Entsubjektivierung unterliegt... Die Realisierung des Familienkonflikts erscheint damit als ein Mechanismus der zwanghaften Kontrolle gegen die Verselbständigung des Subjekts“
- ☞ systemimmanente Kritik: Außerachtlassung aller inhaltlichen Momente in der Systemischen Betrachtung; die spezifische Rollengestaltung (z.B. Entwicklungsgeschichte, Weiterentwicklung, Lebenssinn des Einzelnen) wird im rein systemischen Denken nicht hinterfragt, da es 'nur' auf das gute Funktionieren des Systems als Ganzes ankomme
- ☞ subtiler Reduktionismus: Systeme als sich selbst genügende, funktionierende Maschinen; alle subjektiven Aspekte (Bedeutung, Sinn, Wert, Ethik) werden negiert, genauso wie gerichtete Entwicklung (da Richtung nicht vorgegeben wird, wird auch eine negative Entwicklung in Kauf genommen) (Ausnahme: V. Satir)
- ☞ Problem, inwieweit naturwissenschaftliche Theorien so allgemeingültig sind, daß sie auch auf soziale Systeme angewendet werden können (→ N. LUHMANN), (gilt aber auch für andere Schulen, die naturwiss. Theorien unhinterfragt übernommen haben)
- ☞ Konstruktivismus: Wenn das ganze Universum aus beliebigen Konstruktionen des menschl. Geistes besteht, ist auch der radikale Konstruktivismus eine solche beliebige Konstruktion.

Gruppenpsychotherapie

① Grundlegende Entwicklungen in der Psychologie und Psychotherapie

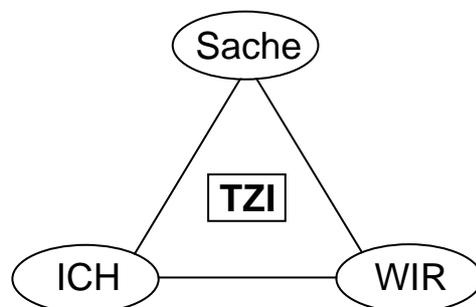
- ☞ Psychotherapie in Gruppen entwickelte sich in den Jahren 1940 bis 1960
- a) Maxwell JONES (kanad. Psychiater, wollte mit Gruppentherapie klass. Hierarchie im psychiatrischen Krankenhaus entgegenwirken: Mitentscheidung der Patienten, statt Dämpfung durch Psychopharmaka) → *therapeutische Gemeinschaft*
- b) Kurt LEWIN → Psychologisches Laboratorium – Kleingruppenforschung, Gesetze
- c) J. MORENO → *Soziometrie* (Messung von Gruppenstrukturen: Wer ist wem nahe?); Psychodrama als einzige als Gruppentherapie konzipierte Therapieform
- d) Carl ROGERS → *Encountergruppen* innerhalb des klientenzentrierten Ansatzes

② Historische und gesellschaftliche Entwicklungsfaktoren

- a) Behandlungsnotwendigkeit für große Anzahl von Kriegsopfern mit zum Teil neurologischen und psychiatrischen Erkrankungen (Ökonomieaspekt)
- b) Morbiditätswandel in den entwickelten Industrieländern mit ansteigender Tendenz psychosozial mitbedingter Krankheiten und psychischer Störungen

Formen der Gruppentherapie

- a) *Informative Gruppenbehandlung* → Gesundheitsbildung in Gruppen (z.B. Reha), Themenzentrierte Interaktion (TZI, Ruth COHN)



TZI: Man gibt der Gruppe ein gemeinsames Thema vor

- b) *Suggestive Gruppentherapie* → AT in Gruppen
- c) *Aktivierende Gruppenbehandlung* → Tanztherapie, alle Bewegungstherapien
- d) *Agierende Gruppentherapie* → Psychodrama, Kommunikative Bewegungstherapie
- e) *Reflektierende und dynamische Gruppenpsychotherapie* → auf die Persönlichkeits- und Verhaltensänderung im engeren Sinne gerichtet (möglich z. B. auch gemeinsames Schweigen → hoch belastend, soll Aushalten lehren)

Einige Gruppenregeln, v. a. für TZI:

- a) Alle persönlichen Dinge, die in der Gruppe besprochen werden, bleiben in der Gruppe.
- b) Es kann immer nur einer sprechen.
- c) Ich versuche, genau zu verstehen, was der Andere sagen will (Empathieregel).
- d) Ich spreche nicht in Allgemeinplätzen («man»), sondern von mir selbst («ich»).
- e) Ich bin für mich selbst verantwortlich.
- f) Ich sage, wenn ich unzufrieden bin (Störungen haben Vorrang) u. v. a. m.
- ☞ Sollten nicht einfach vorgelegt, sondern mit Klienten gemeinsam aufgestellt werden.

Exkurs: Arbeitsformen in der Psychotherapie:

<i>Dyade</i>	Patient – Therapeut
<i>Triade</i>	Patient – 2 Therapeuten (z.B. beim Flooding)
<i>Mediatorenmodell (THARP & WETZEL)</i>	Therapeut – unmittelbarer Therapeut (z.B. Eltern) – Patient (z.B. Kind)
<i>systemische Arbeitsform</i>	Therapeut / ggf. Co-Therapeut – Paar / Familie Sonderform: bifokale Therapie
<i>Gruppentherapie</i>	Therapeut + Co-Therapeut – Gruppe Sonderformen: Kleingruppe und Großgruppe
<i>Medienvermittelte Therapie</i>	Ablationshypnose, Video, PC, Tonband, Pferdetherapie, Sandspieltherapie
<i>Selbsthilfe</i>	Patienten helfen Patienten

Unspezifische Wirkfaktoren für Gruppendynamik

1. Interpersonelles Lernen (Input)	Offene Rückmeldung darüber, welche Wirkung man mit seinem Verhalten bei anderen erzielt hat.
2. Katharsis	befreiende Erfahrung, daß offenes Äußern und Ausleben von sog. „negativen“ Gefühlen in der Gruppe nicht zu Liebesentzug führt
3. Gruppenkohäsion	Gefühl der Zusammengehörigkeit in der Gruppe
4. Einsicht	Einsichten in das eigene seelische Funktionieren
5. Interpersonelles Lernen (Output)	Möglichkeit, in der Gruppe neues zwischenmenschliches Verhalten zu lernen und zu erproben
6. Existenzielles Bewusstwerden	Sinnfindung; Erkenntnis, im Leben letztlich selbst verantwortlich zu sein,
7. Universalität des Leidens	Erkenntnis, mit seinem Leiden nicht allein dazustehen, sondern es mit anderen zu teilen ⇒ Solidarität, Erleichterung
8. Einflößen von Hoffnung	Hoffnung schöpfen durch das Erleben, wie andere mit ähnlichen Problemen besser fertig werden
9. Altruismus	Erfahrung, für andere wichtig zu sein, ihnen helfen zu können
10. «Wiederbeleben der Familie»	Wiedererleben ähnlicher Beziehungssituationen, wie sie in der eigenen Familie bestanden
11. Anleitung	Ratschläge durch andere Gruppenmitglieder und Therapeuten
12. Identifizierung	neue Lernerfahrungen durch Identifikation mit anderen Gruppenmitgliedern (Modellernen)

Gruppenpositionen nach SCHINDLER

α-Position	Führerposition
β-Position	Spezialisten, hoch geachtet in der Gruppe
γ-Position	normale Mitglieder, heben sich aus der Gruppe nicht hervor
ω-Position	(Omega) Schwarzes Schaf; dient der Gruppe zur Ableitung „negativer Energie“

Grundsätzliches zur Gruppentherapie:

- ☞ Gruppendynamische Konzepte lassen mit fast allen therapeutischen Richtungen kombinieren (psychoanalytische Gruppentherapie, Gestalttherapiegruppen, Verhaltenstherapiegruppen, etc.)
- ☞ ökonomisch; Gruppentherapie empfohlen, wo Einzeltherapie „noch nicht“ möglich ist, als eine Art „warming up“; oder als Nachbereitung
- ☞ Wichtige Eigenart von Gruppen: Sie entwickeln Normen, die ein Eigenleben entwickeln und sich im Sinne einer sozialen Kontrolle auswirken ⇒ Gruppenklima, Kohäsion (positiv getönte Emotionalität) ⇒ Vorbedingung für Veränderung
- ☞ Gruppendynamische Kenntnisse des Therapeuten sind notwendig, um nicht bestimmte Ereignisse fälschlicherweise der persönlichen Eigenart von Gruppenteilnehmern zuzuschreiben, obwohl sie eher systemischen Charakter haben.
- ☞ Negative Gruppeneffekte hängen viel eher an der Person des Gruppenleiters als an der Therapiemethode. Studie LIEBERMANN und YALOM (1973): schädlicher Führungsstil des Gruppenleiters
- ☞ kritischer Aspekt: Gruppenrealität kann fälschlicherweise für Alltagsrealität gehalten werden: das Leben dreht sich um die Gruppe und findet letztendlich durch und über die Gruppe statt, was sektenartige Züge bekommen kann.

Drei Arten der Gruppentherapie:

1. *Psychotherapie vor der Gruppe* (eigentlich Einzelarbeit in der Gruppe):
Der Einzelne wird vor der Gruppe therapiert. Die Zuhörer bzw. -schauer fungieren allenfalls als Mitspieler in szenischen bzw. geben evtl. Feedback.(z.B. Gestalt)
2. *Gruppenpsychotherapie*:
Die Gruppe als Ganzes soll eine Förderung der Veränderung für den Einzelnen bewirken. Die Interaktionsformen untereinander und der Gruppenprozeß werden thematisiert. (z.B. tiefenpsychologisch fundierte Gruppentherapie)
☞ (Zu beachten bei 1. und 2. ist, daß die Gruppe als solche in der Regel erlebnis- und emotionsverstärkend wirkt!)
3. *Psychotherapie der Gruppe*:
Die Gruppe als Ganzes soll verändert werden ⇒ insbesondere angewandt bei ‘natürlichen’ Gruppen wie Arbeitsgruppen oder Familien (⇒ Familientherapie als spezielle Form der Gruppentherapie).

Phasenmodelle

Definition: Phasen sind vorhersehbare, an immer gleicher Stelle im Gruppenverlauf auftretende Erlebnis- und Verhaltensbesonderheiten bei der Mehrheit der Gruppenmitglieder.

Eigenschaften: - diskontinuierlich
- nicht klar abgrenzbar
- nicht alle Personen in der Gruppe in der gleichen Phase

Beispiele:

- ☞ Phasenmodell 1: Allgemeines Modell:
 - 1) Anwärmphase
 - 2) Arbeitsphase
 - 3) Abschluss (darf nicht unterschätzt werden!)

- ☞ Phasenmodell 2: Dynamisch induzierte Gruppentherapie
 - 1) Anwärmphase
 - 2) Abhängigkeits- und Labilisierungsphase → Frustrationen; Pat. wissen nicht, was sie machen sollen
 - 3) Aktivierungsphase und Kippprozess → „Katharsis“; danach ist die Gruppe fähig, ohne Leiter zu arbeiten; übernimmt die Verantwortung für sich selbst
 - 4) Arbeitsphase I / II
 - 5) Abschluss, Ablösung

- ☞ Phasenmodell 3, nach VOPEL (2000):
 - 1) der Anfang
 - 2) Miteinander vertraut werden
 - 3) Mit der Arbeit anfangen
 - 4) Zeit der Konfrontation
 - 5) Entwicklung von Synergie (→ das Zusammenwirken der Kräfte von einzelnen Gruppenmitglieder zu einer größeren Gruppenkraft, die ist mehr als die Summe von Einzelkräften!)

- ☞ Phasenmodell 4:
 - 1) Forming → die Gruppe formiert sich
 - 2) Storming → es kommt zu Konflikten
 - 3) Norming → es werden Regeln aufgestellt
 - 4) Performing → die Gruppe wird leistungsfähig

Funktionen des Co – Therapeuten

- 1) Supervisionen
- 2) Übernahme der Gruppenleiterfunktion beim „Ausfall“ des Therapeuten
- 3) differenzierte Wahrnehmung und Beziehungsgestaltung zu einzelnen Mitgliedern (wenn z. B die Gruppe zu groß ist)
- 4) Betrachtung von zweitrangigen Gruppenprozessen
- 5) Hilfe bei der Beobachtung auf unterschiedlichen Interaktionsebenen in der Gruppe

Verhaltenstherapie

⇒ Literatur:

1. CORSINI, R.J.: Handbuch der Psychotherapie. München: PVU 1994
2. DAVISON, G. C., Neale, J. M.: Klinische Psychologie. Ein Lehrbuch. München: PVU '88
3. Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie: Verhaltenstherapie, Theorien und Methoden. Tübingen: DGVT 1986
4. FABER, F. R., HAARSTRICK, R.: Kommentar Psychotherapie-Richtlinien. Neckarsulm-Stuttgart: Jungjohann 1991
5. FLIEGEL, St. u.a.: Verhaltenstherapeutische Standardmethoden. München: PVU 1994
6. GRAWE, K., DONATI R. & BERNAUER, F.: Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession. Göttingen: Hogrefe 1994
7. KIVITIS, T.: Handbuch Psychotherapie: Die wichtigsten Therapieformen im Überblick. Düsseldorf und Wien: ECON Taschenbuch Verlag GmbH, 1993
8. KRIZ, J.: Grundkonzepte der Psychotherapie. München: PVU 1994
9. Linden, M., Hautzinger, M.: Verhaltenstherapie. Techniken, Einzelverfahren und Behandlungsanleitungen. Berlin Heidelberg New York Tokyo: Springer 1996
10. MARGRAF, J.: Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Band 1: Grundlagen - Diagnostik - Verfahren - Rahmenbedingungen. Springer 1996
11. REINECKER, H.: Grundlagen der Verhaltenstherapie. München: PVU 1994
12. REVENSTORF, D.: Psychotherapeutische Verfahren. Band 2: Verhaltenstherapie. Stuttgart, Berlin, Köln, Mainz: Kohlhammer 1989

Was ist Verhaltenstherapie?

- neben Psychoanalyse und Gesprächspsychotherapie die verbreitetste Psychotherapiemethode
- zeichnet sich durch einen Pluralismus der Ansätze aus und umfaßt eine Vielzahl unterschiedlich kombinierbarer Methoden
- empirisch am besten abgesicherte Psychotherapieform (GRAWE 1994)
- Richtlinienpsychotherapie
- Entwicklung von streng mechanistisch ausgerichteter behavioraler VT hin zur Integration kognitiver und behavioraler Ansätze

Definition Verhaltenstherapie

(MARGRAF 1996)

Die Verhaltenstherapie ist eine auf der empirischen Psychologie basierende Psychotherapierichtung. Sie umfaßt störungsspezifische und -unspezifische Therapieverfahren, die aufgrund von möglichst hinreichend überprüfem Störungswissen und psychologischem Änderungs-wissen eine systematische Besserung der zu behandelnden Problematik anstreben. Die Maßnahmen verfolgen konkrete und operationalisierte Ziele auf den verschiedenen Ebenen des Verhaltens und Erlebens, leiten sich aus einer Störungsdiagnostik und individuellen Problemanalyse ab und setzen an prädisponierenden, auslösenden und aufrechterhaltenden Faktoren an. Die in ständiger Entwicklung befindliche Verhaltenstherapie hat den Anspruch, ihre Effektivität empirisch abzusichern.

Entwicklung und Hintergrund

- ☞ Der Begriff „Verhaltenstherapie“ wurde erstmals 1953 von LINDSLEY, SKINNER und SALOMON verwendet
- ☞ Sammelname für recht unterschiedliche therapeutische Methoden
- ☞ getragen von dem Vertrauen darein, daß die akademisch-psychologische Grundlagenforschung imstande sein könnte, die Entstehung psychischer Störungen und ihre Behebung so zu erklären, daß sie den im Labor gewonnenen Lerngesetzen entsprechen
- ☞ in den 20er und 30er Jahren war der Behaviorismus eine Art Religion in den USA, Verwandtschaft mit calvinistisch-puritanischem Denken, wo es auf Tun und nicht auf die Reflexion ankommt
- ☞ WATSON (1930): „Das Universum wird sich ändern, wenn ihr eure Kinder in behavioristischer Freiheit aufzieht... Werden nicht diese Kinder ihrerseits mit ihren besseren Lebensgewohnheiten und Denkweisen unsere Gesellschaft ersetzen und ihre Kinder in einer wissenschaftlich noch fundierteren Weise erziehen, bis die Welt schließlich ein Platz wird, wo wahre Menschheit wohnen kann?“ (man fühlt sich unwillkürlich an HUXLEYS „Schöne neue Welt“ erinnert, ist 1932 entstanden)
- ☞ Boom: 60er und 70er Jahre: Illusion des „Machbaren“: „homme machine“ ⇒ Hoffnung, daß es gelingen werde, auch komplexe menschliche Verhaltensweisen durch die Kenntnis der Lerngesetze so zu entschlüsseln, daß exakte Vorhersagen möglich würden
- ☞ *„Verhaltenstherapie läßt sich am besten begreifen als das beruhigende Öl, das auf die Wogen der sechziger und siebziger Jahre gegossen werden sollte. Sie war das noch immer haltbare akademische Gewand, das den Hippie-Lumpen entgegengehalten werden konnte. Sie knüpfte außerdem an eine ehrwürdige medizinische Tradition an: Es bedarf des Symptoms, damit Verhaltenstherapeuten aktiv werden; der reine Lebensüberdruß, die Suche nach der eigenen Identität genügten nicht, um in den Genuß einer Psychotherapie zu kommen.“ (JAEGGI)*
- ☞ „Wenn einerseits die Humanistische Psychologie als „beschwörender Gegenzauber“ gegen die Vereinnahmung des Menschen durch übermächtige Technologien und unkontrollierbare Gesetze des Gesellschaftlichen erscheint, dann könnte man andererseits den Behaviorismus als sozusagen „naiven Vollstreckungsgehilfen“ von Kontrolle und Machbarkeit ansehen“.
- ☞ R. JACOBY interpretiert das Aufkommen aller Therapierichtungen, die die prinzipielle Unvereinbarkeit von individuellen Bedürfnissen und gesellschaftlichen Forderungen nicht einsehen wollen, als Wegbereiter einer „Sozialen Amnesie“, die gesellschaftlich erzeugtes Leid und Ungerechtigkeit verdrängen möchte zugunsten einer optimistischen Weltsicht.
- ☞ eigenständige amerikanische Entwicklung; Revolte gegen die Alten, die immer wieder gläubig nach Europa gepilgert waren, um sich belehren zu lassen
- ☞ Revolution: Symptom wird direkt angegangen und nicht als Ausdruck einer versteckten Ursache gesehen

theoretischer Hintergrund

- ☞ **Klassisches (respondentes) Konditionieren:**
 - I. PAWLOW: Lernform, bei der ein unbedingter Reiz (z.B. Darbietung schmackhaften Hundefutters) wiederholt mit einem bedingten Reiz (z.B. Ertönen einer Glocke) gekoppelt wird und letztere nach einer Weile in der Lage ist, die Reaktion (heftigen Speichelfluß) alleine, d.h. ohne den Anblick der Hundemahlzeit, auszulösen.
 - WATSON hatte z.B.: einem kleinen Junge (Little Albert) dahin gebracht, sich vor einem weißen Kaninchen zu fürchten, indem er gleichzeitig mit diesem angsterzeugenden Geräusche produzierte. Dadurch erklärte man vor allem phobischer Zustände als Produkt der Klassischen Konditionierung.
- ☞ **Operantes (instrumentelles) Konditionieren:**

Verhalten wird durch unmittelbar erfolgende Belohnung (Verstärkung) oder Bestrafung auf- oder abgebaut.

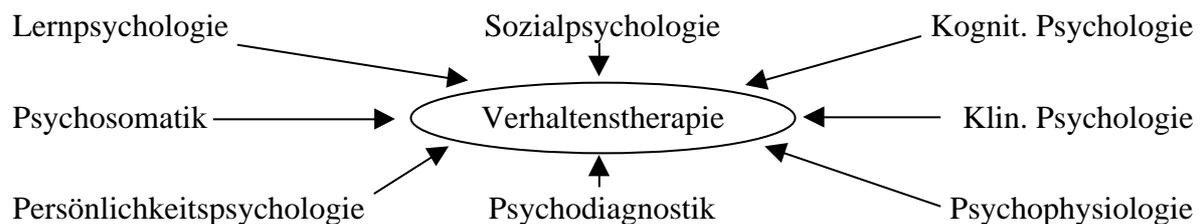
 - MOWRER versucht in seiner Zwei-Faktoren-Theorie darzulegen, weshalb die konditionierte Angstreaktion vom Little Albert nicht (wie im Labor) schnell wieder verschwand. Er nahm dazu das operante Modell als Stützsystem: Danach führt die konditionierte Angstreaktion zum Vermeiden der Angstquelle. Diese Vermeidung wirkt angstlindernd und stellt somit eine negative Bekräftigung (ausbleiben negativer Konsequenzen) für das Vermeidungsverhalten dar. Die Angst wird also verstärkt.
 - Kennzeichen der Phobie ist demnach das nicht adaptive Vermeidungsverhalten.
 - Anwendung dieser Störungstheorie (erweitert um sozial-kognitive (BANDURA) und kognitive Theoriebestandteile) auch auf Depression, Zwänge, Ticks, Einnässen
- ☞ **Modell-Lernen (BANDURA)**
 - Durch die Beobachtung bestimmter Reaktionen bei Modellpersonen, die positiv besetzt sind, werden Verhaltensweisen gelernt und nachgeahmt.

- schon die Antizipation eines Ereignisses genügt, um Ängste und entsprechendes Vermeidungsverhalten hervorzurufen
- Ob das Verhalten nachgeahmt wird, hängt ab von Konsequenz- und Effizienzerwartungen

Merkmale der Verhaltenstherapie

Ziele	- Abbau von Problemverhaltensweisen und Symptomen - Aufbau angemessener Denk- und Verhaltensweisen - Verbesserung der individuellen Funktionsfähigkeit, von Selbstkontrolle und Eigensteuerung
Vorgehensweisen	- Beschreibung und Erklärung psychischer Störungen unter Einbezug des sozialen Kontextes - Beeinflussung der das Problem aufrechterhaltenden Bedingungen (z.B. Umgebungsvariablen, Kognitionen ...) - kontrolliertes systematisches Vorgehen und Effektkontrolle
Menschenbild	- aktiver eigenverantwortlicher Patient
Verhaltensbegriff	- umfaßt beobachtbares Verhalten sowie kognitive, emotionale und physiologische Aspekte

Wissensbasis der Verhaltenstherapie



Grundprinzipien der Verhaltenstherapie (MARGRAF 1996)

- Orientierung an empirischer Psychologie
- Störungsorientierung (symptombezogene Behandlungsstrategie)
- Problemorientierung (anstatt Ressourcenorientierung)
- Handlungsorientierung (≈ nach GRAWE: Bewältigungsorientierung)
- setzt an prädisponierenden, auslösenden und aufrechterhaltenden Problembedingungen an
- Zielorientierung (konkretes Ziel)
- Transparenz des therapeut. Ablaufes
- nicht auf therapeutisches Setting begrenzt
- starke, aber nicht ausschließliche Betonung des Hier und Jetzt
- Hilfe zur Selbsthilfe ⇒ Förderung der Selbstständigkeit
- um ständige Weiterentwicklung bemüht

Voraussetzungen für die Zulassung der VT als Richtlinienpsychotherapie

- ☞ therapeutische Wirksamkeit spezifischer verhaltenstherapeutischer Behandlungsmethoden ist belegt

- ☞ umfassendes theoretisches System zur Krankheitsentstehung als Voraussetzung für ätiologisch orientierte Diagnostik (komplexe Verhaltensanalyse)
- ☞ Krankheitsgeschehen wird ganzheitlich gesehen (4-Ebenen-Konzept des Verhaltens, Erfassung des Motivations- und Beziehungsgefüges)
- ☞ VT-Behandlung erfolgt unter Einbeziehung der Psycho- und Organpathologie
- ☞ Entwicklung eines Störungsmodells und einer übergeordneten Behandlungsstrategie
- ☞ am individuellen Krankheitsgeschehen orientiert (maßgeschneiderte Therapie) systemische Vorgehensweise (Einbeziehen von Bezugspersonen) verhaltenstherapiebezogene Selbsterfahrung der Therapeuten (um manipulative, nicht person- und therapiegerechte Einwirkungen auf den Patienten zu vermeiden)

Historische Entwicklung der VT

- ☞ Grundlagen und frühe theoretische Ansätze der VT (ca. 1900-1950) (PAWLOW, WATSON, THORNDIKE, SKINNER)
- ☞ Lerntheoretisch fundierte klinische Ansätze (1950-1960) (WOLPE, RACHMANN, EYSENCK, SHAPIRO)
- ☞ Konsolidierung und Erweiterung der VT (1960-1970) (KANFER, BANDURA – ELLIS, BECK)
- ☞ Integration lerntheoretischer und kognitiver Ansätze ab 1970 (MEICHENBAUM, MAHONEY, GRAWE)

- ☞ Kognitiv Development Modell (DOWD)

Grundlagen und frühe theoretische Ansätze der VT (ca. 1900-1950)

- | | |
|-----------|---|
| PAWLOW | • klassisches Konditionieren |
| | • Auslösung experimenteller Neurosen am Tier |
| WATSON | • Übertragung des klassischen Konditionierens auf den Humanbereich (konditionierte Angstreaktion "Little Albert") |
| THORNDIKE | • Gesetz des Effektes |
| SKINNER | • operantes Konditionieren |
| MOWRER | • Enuresisbehandlung mittels Konditionierung ("Klingelmatte") |

Lerntheoretisch fundierte klinische Ansätze (1950-1960)

- ☞ Begriff "behavior therapy" zwischen 1953 und 1959 durch Forschungsgruppen in Südafrika, England und den USA relativ unabhängig voneinander eingeführt
- ☞ erste klinische Anwendungen verhaltenstherapeutischer Ansätze überwiegend auf dem Gebiet der Angstreduktion

- | | |
|---------|---|
| WOLPE | • Systematische Desensibilisierung konditionierter Angstreaktionen |
| RACHMAN | • Mitentwicklung der Aversionstherapie bei Alkoholikern |
| | • Behandlung von Zwangsstörungen |
| | • Grundlagen für die Entwicklung der Verhaltensmedizin |
| EYSENCK | • lerntheoret. Prinzipien zur Erklärung und Beeinflussung psych. Störungen, |
| SHAPIRO | • Begründerin der kontrollierten einzelfallanalytischen Tradition, |
| SKINNER | • Ansatz der funktionalen Analyse |

Konsolidierung und Erweiterung der VT (1960-1970)

AYLION & AZRIN	• Token Economy
CAUTELA	• covert-conditioning
HOMME	• coverant-control
KANFER	• Arbeitsmodell der Selbstregulation
BANDURA	• Modell-Lernen
KANFER & SASLOW	• SORCK-Schema

- ☞ Integration von Sexualtherapie und Ansätzen der Verhaltensmedizin
- ☞ Ende der sechziger Jahre ist VT voll etabliert und ein Verfahren der Wahl bei vielen Störungen (Phobien, Zwänge, Sexualstörungen und in der Rehabilitation).

Parallel dazu entwickelten sich auf der Basis der kognitiven Psychologie:

1. Rational-emotive Therapie RET (ELLIS, 1962)
2. Kognitive Therapie von BECK (1967)

Integration lernpsychologischer und kognitiver Ansätze ab 1970

☞ *Anm.: „Kognitive Verhaltenstherapie ist wie ein gegrillter Schneeball!“ (Prof. J. KRIZ)*

MEICHENBAUM	• Selbstverbalisationsverfahren (1971)
D'ZURILLA & GOLDFRIED	• Problemlösetraining (1971)
LAZARUS	• Multimodale Therapie (1973)
MAHONEY	• Kognitive Verhaltenstherapie (1974)
KANFER	• Selbstkontrolltechniken (1977)
BIRK	• Verhaltensmedizin (1973)
GRAWE	• Allgemeine Psychotherapie (1994)
LINEHAN, MARSHA M.	• Dialektisch-Behaviorale Therapie (spez. Borderline)

Exkurs: Kognitiv Development Modell

(Thomas DOWD, war Gastprofessor in L.E.)

- ☞ 3. Generation verhaltenstherapeutischer Modelle (nach klass. Behaviorismus und Kognitiver VT)
- ☞ Einbeziehung von *stillschweigendem Wissen* (\approx Unbewußtem), *Gefühlen* und *Entwicklung*, sowie Anerkennung, daß frühe Kindheit Einfluß hat (*Anm: bei so vielen Zugeständnissen an PA und Humanistische könnte man fast schon von richtiger Psychotherapie sprechen ☺*)
- ☞ 2 Arten von Kognitionen:
 - explizites Wissen = bewußtseinsnahes Wissen
 - stillschweigendes Wissen = bewußtseinsfernes Wissen, ist auf früheren Stufen der menschlichen Entwicklung erworbenes nonverbales Wissen,
- ☞ Umstrukturierung des stillschweigenden Wissens durch:
 - Körpertherapie
 - Arbeit mit Gefühlen
 - Hypnose und imaginative Verfahren, etc.

Ablauf einer verhaltenstherapeutischen Intervention

(in Anlehnung an das Modell von KANFER & GRIMM 1980)

1. Aufbau einer therapeutischen Beziehung und Abschluss einer befristeten Behandlungsvereinbarung (5 Probesitzungen)
2. Verpflichtung zur Veränderung/Motivationsaufbau
3. Verhaltens- und Problemanalyse (Psychodiagnostik, Verhaltensgrundlage, SORCK, Problemdefinition)
4. Therapiezielbestimmung und Abschluss eines Therapievertrages (Inhalt, Dauer, Modi, Absagen, Honorar...)
5. Durchführen der Behandlung (Methodenauswahl und -kombination, Dokumentation)
6. Verlaufs- und Effektkontrolle
7. Generalisierung und Beenden der Behandlung (Selbstmanagement bei zukünftigen Problemen, Ablösung vom Therapeuten)

Verhaltenstherapeutische Standardmethoden

- ☞ Verhaltensanalyse
- ☞ Operante Methoden
 - zum Aufbau von Verhalten (Modellernen, Token Economy, ...)
 - zum Abbau von Verhalten (Response Cost, Extinction-Löschung, ...)
 - ☞ Verdecktes Konditionieren:
 - Gedankenstop
 - verdeckte Sensibilisierung
- ☞ Reizkonfrontationsmethoden
 - Systemat. Desensibilisierung
 - Habituationstraining
 - Implosion, Flooding, Reizüberflutung
- ☞ Entspannungsmethoden
 - AT
 - PMR
- ☞ Rollenspiel & Training sozialer Kompetenz
 - Assertivness-Trainings-Programm (ATP)
- ☞ Methoden der kognitiven Umstrukturierung
 - Veränderung der Selbstverbalisation,
 - Kognitive Therapie von Beck,
 - RET,
 - Training im Problemlösen
- ☞ Methoden der Selbstkontrolle und Selbststeuerung
 - Selbstbeobachtung
 - Stimuluskontrolle
 - Konsequenzkontrolle
- ☞ Verhaltenstherapeutische Gesprächsführung

Therapeutenverhalten

- ☞ Herstellen einer freundlichen, akzeptierenden interaktiven Beziehung
- ☞ Beziehungsform ist von der Störung und der individuellen Beziehungsfähigkeit des Patienten abhängig (komplementäres Beziehungsangebot)

- ☞ Therapeut sollte flexibel sein und geringe Abwehrhaltung haben
- ☞ Therapeut ist aktiv (häufige Zusammenfassungen und Rückmeldungen, positive Verstärkung ...)
- ☞ Therapeut muss in seinen Entscheidungen transparent für den Patienten sein (Voraussetzung für eigenaktive Mitarbeit des Patienten)
- ☞ Therapeut hat Modellfunktion

Veränderung der therapeutischen Aufgaben im Therapieprozess

1. Therapeutische Exploration (Fragen und aktives Zuhören, Problemanalyse)
2. Klärung von Zielen und Erwartungen (Abgrenzung der Aufgaben von Therapeut und Patient)
3. Konkrete und spezifische Hilfestellung (Feedback, Prompting, Fading)
4. Anleitung zum Selbstmanagement

Was ist mit VT wie behandelbar?

Störungen	Behandlungsbeispiele
spezif. & Agoraphobie	Systematische Desensibilisierung, Konfrontation in vivo
Soziale Phobie	Systematische Desensibilisierung, Training sozialer Kompetenz, Gruppentherapie (Konfrontation, kognit. Reattribution)
Panikattacken	kognit. Reattribution, Konfrontation mit internen Reizen
general. Angststörung	Angst-Management, Entspannungsverfahren
Zwangsstörung	Konfrontation in vivo, Reaktionsverhinderung, Gedankenstopp, Verhaltensverträge,
Depression	Training sozialer Kompetenz, Aktivitätsaufbau, Kognitive Therapie von Beck
Somatoforme	kognitive Reattribution, Konfrontation mit körperl. Symptomen
Ess-Störungen	Informationsvermittlung, kognitive Techniken (Selbstkontroll-techniken, Problemlösegruppen), Verhaltensverträge, Entspannung, Selbstsicherheitstraining
PTBS	Konfrontation, supportive Therapie, EMDR

Verbreitete Kritikpunkte an der VT

Kritik	Erwiderung
VT führt zu Symptomverschiebungen	<ul style="list-style-type: none"> • prinzipiell kann jede Psychotherapie zu Symptomverschiebungen führen • Ergebnisse von Katamnesestudien nach erfolgreicher Therapie (Kognit. VT bzw. Reizüberflutungstherapie) von Angststörungen (MARGRAF 1996): <ul style="list-style-type: none"> - keine erhöhte Neuauftretensrate psychischer Störungen - Abnahme von Alkoholismus, Depressionen und anderen psychischen Beschwerden
Gedanken und Gefühle des Patienten werden ignoriert	<ul style="list-style-type: none"> • Gedanken und Gefühle werden bei entsprechender Indikation direkt bearbeitet • Voraussetzungen u.a. erweiterter Verhaltensbegriff, Ansätze der kognitiven VT (RET, Multimodale Therapie...

Genese psychischer Störungen erklärt durch Konditionierungsprozesse	• Integration lerntheoretischer und kognitiver Erklärungsansätze für die Entstehung von Störungen (funktional-systemisches Entstehungsmodell)
---	---

Anm.: „Das mangelnde Einfühlungsvermögen ist das, was viele Verhaltenstherapeuten in so unschöner Weise von Psychotherapeuten unterscheidet.“ (PD DR. RESCHKE)

weitere Kritik:

- ☞ keine Theorie der Entstehung und Entwicklung von Neurosen, da keine Entwicklungspsychologie: es bleibt unmöglich, gestörtes Verhalten als ein individuell sinnvolles zu erfassen, VT kann daher nur „Reparatur“ sein, aber nicht Wiederherstellung eines verlorengegangenen Sinns!!!
- ☞ „Die innere Welt steht mit der äußeren nicht in einem Verhältnis 1:1; „innere Objekte“ sind keine Abbilder (z.B. der Eltern); jedes Kind einer Familie trägt andere innere Repräsentanzen der Eltern in sich und bildet daher andere symbolische Vertretungen. Dies ist der Grund, weshalb alle sozialisationstheoretischen Untersuchungen (z.B. in den lerntheoretischen Therapien) von einem bestimmten Punkt an keine Aussagen machen können. ⇒ „Böse Eltern haben nicht unbedingt böse Kinder, sie können auch besonders gut sein oder verrückt werden oder im Kunstwerk auf symbolische Art ihre Wunden vernarben lassen.“ (JAEGGI)
- ☞ Die orthodoxe VT sieht im Menschen eine Black Box – doch schon Herr WOLPE kam mit der ersten klinischen Anwendung nicht umhin, stillschweigend Kognitionen (Vorstellung ängstigender Situationen) und Emotionen (gefühlsmäßige Bewertung derselben) wieder einzuführen.
- ☞ daß Kognitionen immer beteiligt sind, gilt erst recht für die operanten Ansätze, denn wie soll z.B. Selbstverstärkung und Stimuluskontrolle funktionieren, wenn man nicht davon ausgeht, daß der Betreffende sie Kraft seines Geistes bewerkstelligt?
- ☞ aktuelle Hinwendung zu Kognition und Emotion in der Theorie hat kaum therapeutische Relevanz
- ☞ in der Praxis Verwendung einer ganzen Reihe von tiefenpsychologischen und sozialpsychologischen Konzepten, wobei fraglich ist, ob solche Konzepte außerhalb ihres Bezugsrahmens sinnvoll sind, (z.B. Einfluß defizitärer Ich-Funktionen auf Störung und Therapie)
- ☞ Verwendung des Konstrukts des Unbewußten als automatische Gedankenabläufe ⇒ Leerformel ohne Vorstellung einer bestimmten Dynamik
- ☞ Ausweitung des Verhaltensbegriffs auf Kognitionen, Emotionen und physische Vorgänge ist ein Trick, der impliziert, daß diese dem Verhalten untergeordnet sind und ihnen eine eigenständige Qualität abspricht
- ☞ permanenter Trugschluß der Kognitivisten, psychische Störung als Denkfehler im engeren Sinne zu behandeln („Natürlich denkt kein vollsinniger Erwachsener, daß sein Therapeut über das Wochenende auf Nimmerwiedersehen verschwindet; wohl aber kann er sich so fühlen, als ob dies der Fall sei, und dementsprechend irrational handeln.)
- ☞ Schon früh bestand das Klientel der Verhaltenstherapeuten aus Psychotikern, intellektuell Retardierten und schweren Angstneurotikern ⇒ unter der Bedingung eingeschränkter Ich-Funktionen ist die klare Transparenz und Struktur der Verhaltenstherapie sinnvoll einsetzbar und anderen Verfahren überlegen
- ☞ die Beschränkung auf Auslösesituation und aufrechterhaltende Bedingungen einer Störung ist für viele schwer Gestörte angsterleichternd
- ☞ VT hat – unter den VT-eigenen Kriterien (z.B. GRAWE) – die besten Erfolge ⇒ pragmatisch befriedigend,
- ☞ für den philosophisch und wissenschaftstheoretisch Interessierten ist VT eher unbefriedigend: eine Sammlung von Techniken und Methoden, aber keine Psychologie

Trends in der Verhaltenstherapie

- ☞ umfassende, multimodale und interdisziplinäre Interventionen unter Beachtung subjektiver Bedürfnisse, der Persönlichkeitsstruktur und kultureller Einflüsse
- ☞ Kombinationstherapie mit Psychopharmaka
- ☞ Einbeziehen der systemischen Perspektive und sozialer Ressourcen
- ☞ stärkere Berücksichtigung allgemeiner Wirkfaktoren (therapeutische Beziehung, Erwartungen, Therapiemotivation...)
- ☞ VT im Bereich der Prävention (z.B. Vorbereitung auf Perioden übermäßiger Belastung)
- ☞ Erweiterung der funktionalen Verhaltensanalyse unter Einbezug interaktioneller Pläne des Patienten (vertikale Verhaltensanalyse GRAWE und DZIEWAS 1978)
- ☞ Eye Movement Desensitisation And Reprocessing EMDR (SHAPIRO 1995)

Verhaltenstherapie auf dem Weg zur allgemeinen Psychotherapie

Allgemeine Psychotherapie (GRAWE, DONATI & BERNAUER 1994)

- Versuch eines übergeordneten Modells für Psychotherapie (Integration der Psychotherapieschulen)
- drei wesentliche Wirkfaktoren von Psychotherapie (Problembewältigungsperspektive, Klärungsperspektive und Beziehungsperspektive) bilden die Umrisse der allgemeinen Psychotherapie

☞ "VT besitzt besonderes Nahverhältnis zur allgemeinen Psychotherapie" (GRAWE 1994)

Wirkfaktoren	Umsetzung in der VT
Problembewältigungsperspektive	durch Lernen und Übung Situationen in alternativer Weise bewältigen
Klärungsperspektive	Vermittlung eines plausiblen Modells für Beschwerden und Probleme
Beziehungsperspektive	therapeutische Beziehung im Sinne von Verständnis, Vertrauen und Unterstützung

Resümee: VT sollte verstanden werden als offenes Programm, offen für Kritik, offen für Veränderung und Weiterentwicklung auf dem Weg zur allgemeinen Psychotherapie.

Verhaltenstherapeut. Diagnostik

Individuelle Problemanalyse als Kernstück verhaltensth. Diagnostik

Definition Problemanalyse (B. TUSCHEN):

Die Problemanalyse dient dazu, die Probleme oder psychischen Störungen der Patienten zu beschreiben, zu klassifizieren und jene Faktoren bzw. Mechanismen zu identifizieren, die die Entstehung und Aufrechterhaltung der Probleme erklären können.

Ziele der Verhaltens- bzw. Problemanalyse

1. strukturelle und funktionale Beschreibung des Problems
2. Sammeln von Informationen für eine individuelle Therapieplanung

Verfahren zur Informationsgewinnung in der Verhaltensdiagnostik

- Exploration
- strukturierte Interviews (DIPS, SKID)
- Beobachtung
- Selbstbeobachtung und Selbstberichte
- Tagebücher
- Inventare zur Erfassung von situativen Parametern und Verhaltensausrägungen
- Rollenspiele
- psychophysiologische Verfahren

Diagnose in der VT mit zwei Dimensionen:

1. deskriptive Dimension (Problembeschreibung)
2. ätiologische Dimension (Bedingungsanalyse)

Im Rahmen der Problemanalyse zu klärende Fragen

1. Unter welchem Problem leidet der Patient ? (klassifikator. Einordnung z.B. nach ICD-10)
2. Wie äußert sich das Problem auf kognitiv-emotionaler (unangemessene Selbstverbalisation, Katastrophierung ...), physiologischer (z.B. Anstieg Herzfrequenz, Verspannungen ...) und verhaltensbezogener (Verhaltensexzesse bzw. -defizite) Ebene ?
3. Liegen organische Befunde vor, die das Problem bedingen oder mitbedingen?
4. Bedingungen der Entstehung und Aufrechterhaltung (Wird das Problem durch die Konsequenzen gesteuert, durch vorausgehende Bedingungen ... ?)
5. Liegen andere psychische Probleme vor ? (Komorbidität)

zusätzlich zu erfassen sind:

- Einstellungen und Wertsysteme des Patienten
- subjektive Erklärungskonzepte
- allgemeine Kontextbedingungen (soziales Netzwerk, berufliche und finanzielle Situation ...)
- Kompetenzdiagnostik/Copingstile

Verhaltensdiagnostische Konzepte bzw. Schemata

horizontale Verhaltensanalyse: Verhalten wird durch Auslösereize, Charakteristika der Person und Verhaltensfolgen bestimmt

- ☞ Funktionale Verhaltensanalyse (SORCK-Schema)
- ☞ Multimodale Therapieplanung (BASIC-ID)
- ☞ Problemanalyse nach Schulte
- ☞ Verhaltensdiagnostiksystem VDS von Sulz

vertikale Verhaltensanalyse: Verhalten wird durch Pläne und Ziele bestimmt

- ☞ Plan- bzw. Schemaanalyse (GRAWE)

systembezogene Verhaltensanalyse: macht die Dynamik des sozialen Beziehungsgefüges für die Therapie nutzbar

Klassische Verhaltensdiagnostik

Handlungsrelevante Fragen, die das verhaltenstherapeutische Vorgehen leiten (SCHULTE '74):

- Welche spezifischen Verhaltensweisen (Problemverhaltensweisen) bedürfen einer Veränderung in ihrer Auftrittshäufigkeit, ihrer Intensität, ihrer Dauer oder bezüglich der Bedingungen unter denen sie auftreten ? (Zielbestimmung)
- Unter welchen Bedingungen wurde dieses Verhalten erworben, und welche Faktoren halten es momentan aufrecht? (Bedingungsanalyse)
- Welches sind die geeigneten Interventionen, die die angestrebten Veränderungen bewirken können? (Therapieplanung)

Funktionale Verhaltensanalyse: SORCK-Schema

SORCK-Schema nach KANFER & SASLOW (1974)

- lerntheoretisch fundiert
- horizontale Verhaltensanalyse

Prinzip: Das Auftreten konkreter Verhaltensweisen wird bestimmt durch Auslöse- oder Hinweisreize (S), Charakteristika der Person (O) und die Verhaltensfolgen (C). Hier liegen auch mögliche therapeutische Ansatzpunkte.

- S Stimuli (externe und interne), die das Problemverhalten auslösen z.B. Personen, deren Verhaltensweisen, Ereignisse oder Situationen, Gedanken der betroffenen Person
⇒ Veränderung der Reizsituation, Entkoppelung von Reiz – Reaktion (z.B. Abbau von Stressoren, Stimuluskontrolle)
- O Organismusvariablen, die für die Aufrechterhaltung des Problemverhaltens relevant sein können z.B. körperl. Beeinträchtigungen, kognitive Leistungsfähigkeit, Medikamente ...
⇒ Beeinflussung emotionaler, kognitiver oder vegetativer Reaktionen (z.B. Entspannungsverfahren, kognitive Umstrukturierung)
- R Reaktion, d.h. das durch obengenannte Stimuli ausgelöste offene oder verdeckte Problemverhalten auf motorischer, emotionaler, kognitiver oder physiologischer Ebene
⇒ Reaktionsverhinderung nach Reizkonfrontation, Aufbau alternativer Reaktionen
- C Konsequenzen (interne und externe) bzw. Verstärker, die die Auftretenswahrscheinlichkeit des Problemverhaltens beeinflussen
⇒ pos. Verstärkung des Zielverhaltens, Verhinderung von Verstärkung des Problemverhaltens (= negat. Verstärkung, z.B. Vermeidungsverhalten)
- K Kontingenzverhältnis bzw. Verstärkerplan, d.h. mit welcher Regelmäßigkeit folgt eine Konsequenz auf das Problemverhalten
⇒ intermittierende Verstärkung ist wirkungsvoller als regelmäßige

Multimodale Therapieplanung (BASIC-ID)

- Wurde von Lazarus entwickelt und ist den kognitiven Therapien zuzurechnen.
 - Problemanalyse und Entwicklung eines Interventionsplanes orientieren sich an den Defiziten und Exzessen in bezug auf das BASIC-ID des Patienten.
- B behavior (beobachtbare Verhaltensäußerungen, die vom Patienten nicht erwünscht oder defizitär sind)
- A affect (Erleben z.B. Stimmungen, störende Gefühle, wie Angst, Schuld...)
- S sensation (Körperempfindungen z.B. Schmerzen, Schwitzen)
- I imagery (begleitende Vorstellungen z.B. Träume, unangenehme Erinnerungen)
- C cognition (Gedanken z. B. in Form von Einstellungen und Normen)
- I interpersonal relationships (Sozialbezüge)
- D drugs and biological factors (Medikamente, Drogen und biologische Faktoren z.B. gesundheitlicher Zustand, Einschränkungen der Wahrnehmungsfunktionen ...)

Beispiel: Frau, 32J., Alkoholikerin

Auszug aus dem Modalitätenprofil:

Modalität	Problem	Therapievorschlag
Verhalten	Trinken Meiden anderer Leute	Aversive Imagination, Selbstkontrollverfahren Selbstsicherheitstraining
Affekt	Angstgefühle Depression	Selbsthypnose mit positiver Imagination Vermehrung positiver Verstärker
Empfindung	Verspannungen	Entspannungsübungen
Vorstellungen	Bilder, wie Eltern sich streiten	Systematische Desensibilisierung
Kognitionen	Selbstgespräche über Minderwertigkeit	Hinterfragen irrationaler Gedanken
Sozialbeziehungen	Ambivalenz gegenüber Ehemann & Kindern	Familientherapie
Medikamente & biolog. Faktoren	Alkohol Antidepressiva	medizinische Behandlung

Problemanalyse nach SCHULTE

1. Problemstrukturierung

- Beschwerden des Patienten werden als zu lösende Probleme betrachtet
- Problem ist definiert als Diskrepanz zwischen Ist-Zustand (unerwünschtes Verhalten) und Soll-Zustand (Therapieziele ableitbar)
- komplexe Probleme werden in Teilprobleme zerlegt

2. Bedingungsanalyse

- Variablen suchen, die das Problem aufrechterhalten (Aufstellen hypothetischer Bedingungsmodelle)
- durch Bedingungsanalysen auf mehreren Ebenen therapeutische Ansatzpunkte (target responses) identifizieren

Häufig angewendete Bedingungsanalysen nach SCHULTE:

- Analyse der äußerlichen und körperlichen Rahmenbedingungen
- Verhaltensanalyse
- Kognitionsanalyse
- Motivationsanalyse
- Beziehungsanalyse

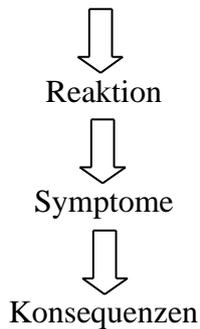
3. Therapieplanung

- Rangreihe therapeutischer Ansatzpunkte aufstellen
- Therapiezielhierarchie der Motivation und den Widerständen des Patienten anpassen
- Auswahl dem Problem angemessener Methoden

Verhaltensdiagnostiksystem VDS von SULZ

- ☞ Sulz hat störungsspezifische Modelle (Agoraphobie mit und ohne Panikzustände, Bulimie etc.) für Problemanalyse, Zielanalyse und Therapieplanung entwickelt.
- ☞ Der Verhaltens- und Bedingungsanalyse liegt das SORCK-Schema zugrunde.
- ☞ Modellvorstellung:

Entstehungsbedingungen (Person und Situation)



☞ Auf den einzelnen Ebenen sind störungsspezifische Ziele formuliert, denen Therapieansätze zugeordnet sind.

Kritik: starre Erklärungsschemata für die einzelnen Störungen; individuelle Aspekte werden nicht ausreichend berücksichtigt

Plananalyse GRAWE & CASPAR 1984

☞ ist ein Beispiel für *vertikale* Verhaltensanalyse

- Fähigkeitsaspekte sowie Ziel-, Bedürfnis- und Motivationsaspekte werden in einem einheitlichen Modell in Zusammenhang gebracht
- Problem des Patienten wird auf inadäquate Schemata bzw. Pläne zurückgeführt.

Ziel der Plananalyse:

Problemrelevante Schemata feststellen und Ansatzpunkte für ihre Weiterentwicklung isolieren. Es werden keine expliziten Therapieziele formuliert, da die Entwicklung der Schemata einer Eigendynamik folgt und somit im Voraus nicht planbar ist. Lediglich die Richtung der Entwicklung wird festgelegt.

Vorteil:

Durch das Einbeziehen übergeordneter Pläne des Patienten in Diagnostik und Therapie wird die Symptomfixierung in der VT überwunden.

Operante Methoden

Prinzip: Die Auftrittswahrscheinlichkeit eines bestimmten Verhaltens kann durch die darauffolgenden Konsequenzen (Verstärker) verändert werden (Lernen durch die Verhaltenskonsequenzen).

Ziel:

Abbau von Problemverhalten und Aufbau erwünschten Verhaltens

Arten von Verstärkern:

- primäre Verstärker
- sekundäre Verstärker
- soziale Verstärker
- Selbstverstärkung
- komplexe Verstärkersysteme (Münzverstärkung, Kontingenzverträge)

Arten von Konsequenzen

	Darbietung von Verstärkern	Entzug von Verstärkern
positive Verstärker C+ (Belohnung) Folge:	(1) positive Verstärkung Auftrittswahrscheinlichkeit steigt	(3) indirekte Bestrafung Auftrittswahrscheinlichkeit fällt
negative Verstärker C- Folge:	(2) direkte Bestrafung Auftrittswahrscheinlichkeit fällt	(4) negative Verstärkung Auftrittswahrscheinlichkeit steigt

Kontingenz bedeutet, dass einem bestimmten Verhalten eine bestimmte Konsequenz folgt, ohne dass dies eine notwendige Folge des Verhaltens ist

Kontiguität (lat . contiguus v. contigere benachbart sein, berühren) bedeutet das zeitlich und räumlich enge Aufeinanderfolgen von zwei Reizen bzw. Reiz und Reaktion.

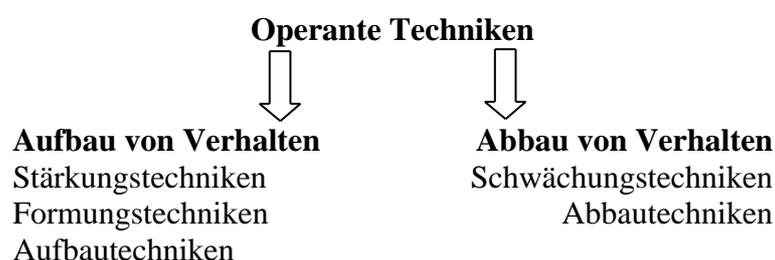
Verstärkerpläne

kontinuierliche Verstärkung	intermittierende Verstärkung
Verhältnis Verhalten : Verstärkung	1 . Quotenverstärkung = Verstärkung nach jedem x-ten Verhalten 2. Intervallverstärkung = Verstärkung nach festgelegtem Zeitintervall
Lernprozess: schnell	Lernprozess: langsam
Löschungsresistenz: gering	Löschungsresistenz: groß
Einsatz: am Interventionsbeginn	Einsatz: oft am Ende einer operanten Intervention

Was ist bei der Anwendung operanter Methoden zu beachten ?

- ☞ Planung operanter Lernprozesse (Verhaltensanalyse, Therapievertrag...)
- ☞ individuelle Verstärkerauswahl (Verstärkervorgeschichte, subjektiver Verstärkerwert ...)
- ☞ reaktionskontingente Verstärkung
- ☞ Verstärkerplan (Übergang von kontinuierlicher zu intermittierender Verstärkung im Therapieverlauf)
- ☞ Störungen sind im Lebenslauf oft durch intermittierende Verstärkung entstanden und deshalb sehr löschungsresistent

Systematik operanter Methoden



Operante Methoden sind in viele Therapieprogramme integriert:

- ☞ PVU - Materialien für die psychosoziale Praxis
 - Training mit sozial unsicheren Kindern (PETERMANN/PETERMANN 1989)
 - Training mit aggressiven Kindern (PETERMANN/PETERMANN 1990)
 - Training mit aufmerksamkeitsgestörten Kindern (LAUTH/SCHLOTTKE 1993) u.a.

Operante Methoden zum Aufbau von Verhalten

- ☞ Stärkungstechniken
 - positive und negative Verstärkung
 - Münzverstärkung
 - Kontingenzvertrag
- ☞ Formungstechniken
 - Shaping
 - Chaining
 - Prompting
 - Fading
- ☞ Aufbautechniken
 - Modell-Lernen
 - Premack-Prinzip

Positive Verstärkung

- wichtigste Methode, um die Auftrittswahrscheinlichkeit eines Verhaltens zu erhöhen
- systematische Kombination eines gewünschten, aber selten auftretenden Verhaltens mit einem positiven Verstärker Beispiele für positive Verstärker: Lob, soziale Aufmerksamkeit, materielle Zuwendungen

Vorgehen:

1. Verhaltensgrundlage (Quantität und Intensität) feststellen und exakte Verhaltenszielbestimmung
2. individuelle Auswahl von Verstärkern (subjektiver Verstärkerwert, Verstärkervorgeschichte)
3. sinnvoller Verstärkerplan, reaktionskontingente Verstärkung
4. Therapievertrag (u.a. Regeln für die Vergabe von Verstärkern ...)

Beispiel: „Trödeln“ beim Schularbeiten schreiben wird häufig von der anwesenden Mutter durch (tadelnde) Aufmerksamkeit „bekräftigt“, während sie das gut arbeitende Kind nicht stören will. Hier kann eine Umkehr des mütterlichen Verhaltens versucht werden: Desinteresse am Trödeln, Belobigung des guten Arbeitsverhaltens.

Negative Verstärkung

- Voraussetzung negativer Verstärkung ist das Vorhandensein einer aversiven Situation/Reiz
- Die Auftrittswahrscheinlichkeit des Verhaltens, das zur Meidung des aversiven Reizes führt, wird erhöht.
- negative Verstärker sollen demnach ein Meidungsverhalten auslösen, welches das gewünschte Sollverhalten darstellt

Beispiel: Kind geht regelmäßig zur Schule aus Angst vor Bestrafung durch Eltern und Lehrer

Nachteil Fällt die Bestrafung oder Erwartung der Bestrafung weg, so wird das gewünschte Verhalten weniger oder nicht mehr gezeigt.

Münzverstärkung (Token Economy)

- Aufbau erwünschten Verhaltens durch generalisierte Verstärker (Token), die gegen individuelle Verstärker eingetauscht werden können.
- basiert auf Prinzip der positiven Verstärkung
- bei unerwünschtem Verhalten Rücknahme von Token (response cost)
- Ausblendung von Tokensystemen durch Verzögerung der Ausgabe, Umstellung auf natürliche Verstärker (soziale Verstärkung, Selbstverstärkung)

Indikation:

- chronisch psychiatrisch Erkrankte
- geistig Behinderte IQ>70 (F7)
- straffällig gewordene Jugendliche
- Kinderpsychiatrie und Beratungsstellen (F9)
- Bildungs-, Lern- und Sozialisationsprozesse

Vorteile:

- ständig flexibel und zeitlich kontingent einsetzbar
- unabhängig vom Sättigungsgrad
- unabhängig vom Therapeuten
- individuelle Verstärkung in Gruppen möglich
- leicht verständlich
- Eigensteuerung des Patienten wird gefördert
- unterschiedliche Verhaltensweisen können verstärkt werden

Nachteil: Es wird keine intrinsische Motivation aufgebaut, deshalb werden Tokensysteme heute meist nur in Kombination mit anderen Methoden (z.B. Einzelgespräche, Problemlösegruppen) und zeitlich begrenzt angewendet.

Kontingenzvertrag

Verhaltensvertrag zwischen dem Patienten und dem Therapeuten, indem sich der Patient zur Einhaltung und Erprobung bestimmter Verhaltensweisen verpflichtet Zielverhalten ist definiert und Verhaltensaufbau in abzuarbeitende Teilschritte gegliedert Erfolgskriterien und Verstärker sind festgelegt, ebenso negative Konsequenzen bei Regelverstößen

Kontingenzverträge sind vor allem ein Mittel zur Selbstmotivation des Patienten und stellen daher eine Methode im Übergangsbereich zu Selbstkontroll- und kognitiven Verfahren dar.

Shaping (Verhaltensausformung)

schrittweiser Aufbau komplexer Verhaltensweisen durch systematische positive Verstärkung der graduellen Annäherung an ein Zielverhalten

- Zielverhalten z.B. selbständiges Anziehen wird in einzelne Schritte aufgeschlüsselt, zuerst einfachste Annäherung genaues Betrachten der Sachen verstärkt, dann Betrachten und Hemd anziehen bekräftigt...

- nach Annäherung an die Endform des Verhaltens wird nach und nach nur noch das Gesamtverhalten verstärkt Anwendung häufig im Zusammenhang mit Modell-Lernen, wenn Modell ansatzweise nachgeahmt wird

Indikation

- autistische und geistig behinderte Kinder (F7, F8)
- Gerontopsychiatrie

Chaining (Verhaltensverkettung)

Zerlegen einer komplexen Handlung in Teilschritte und Erlernen der Verhaltenskette beginnend mit Bekräftigung der letzten Verhaltenssequenz

Indikation

- Erlernen lebenspraktischer Tätigkeiten bei retardierten Kindern, z.B. Rhetoriktraining

Prompting (Verhaltenshilfe)

- Verbale oder verhaltensmäßige Hilfestellungen des Therapeuten, die die Aufmerksamkeit des Lernenden auf das gewünschte Verhalten lenken sollen und diesem Verhalten förderlich sind.
- hat den Lernprozeß unterstützende Funktion
- meist in Kombination mit Modell-Lernen eingesetzt
- Beispiele: Vormachen des gewünschten Verhaltens, verbale Hinweise, an Regeln erinnern, Rückmeldungen, Bekräftigungen

Indikation:

- Erlernen komplexer motorischer Verhaltensweisen
- Spracherwerb
- Erlernen adäquaten Sozialverhaltens

Fading

Unterschiedliche Verwendung und Definition des Begriffes in der Literatur:

- ☞ Fading als graduelle Ausblendung von Hilfsstimuli bis der lernende Patient schon auf Reize reagiert, die auch in seiner natürlichen Umgebung vorhanden sind (wichtig beim Übergang vom therapeutischen Setting auf die natürlichen häuslichen Bedingungen).
- ☞ Beim Fading (Stimulusformung) wird der Zusammenhang zwischen Verhalten und auslösendem Reizfeld verändert. Unterschieden werden:
 - Fading In = systematisches Einfügen neuer für den Kontext des Zielverhaltens wichtiger Reize
 - Fading Out = Ausblenden überflüssiger hinderlicher Reize z. B. Abbau von Stütz- und Hilfsfunktionen des Therapeuten (z. B. auch Ausschleichen der therapeut. Beziehung)

Modell-Lernen

Nach BANDURA (1969) liegt Modell-Lernen dann vor, wenn ein Individuum sich aufgrund der Beobachtung des Verhaltens anderer Individuen und der darauf folgenden Konsequenzen neue Verhaltensweisen aneignet oder bestehende Verhaltensweisen abändert.

Nach Beobachtung positiver Konsequenzen verstärktes Auftreten des Verhaltens;
nach Beobachtung negativer Konsequenzen Hemmung des Verhaltens

- ☞ Verwandte Begriffe: Imitationslernen, soziales Lernen
- ☞ Techniken des Modell-Lernens nehmen innerhalb der VT eine Zwischenstellung zwischen klassischen und kognitiven Verfahren ein.

Notwendige Prozesse beim Modell-Lernen:

1. gerichtete Aufmerksamkeit
2. Behaltensprozesse
3. Reproduktionsprozesse
4. Motivation

Teilschritte des systematischen Modell-Lernens:

1. Beobachtung des Modells
2. Nachahmung des Modells
3. Verstärkung des nachgeahmten Verhaltens

Modell-Lernen beim Verhaltensaufbau – Anwendungshinweise:

- Modell sollte kompetent, attraktiv, geschickt und sympathisch sein
- Modell sollte dem Beobachter hinsichtlich Alter, Geschlecht und äußerem Erscheinungsbild ähneln
- wirkungsvoll sind emotional zugewandte und akzeptierende Modelle
- Darbietung des Modells "live" oder symbolisch (Filme, Puppen ...)
- Modellverhalten muss gekennzeichnet sein
- Therapeut gibt Rückkopplung, korrigiert und verstärkt
- Modell-Lernen sollte in alltagsnaher Umgebung stattfinden
- nachgeahmtes Verhalten muss wiederholt werden
- Gleitmodelle = Modellverhalten ähnelt anfangs dem Patientenverhalten und wird dann zunehmend kompetenter (bei sehr ängstlichen Patienten indiziert)

Einsatz des Modell-Lernens

- in Rollenspielen
- in verhaltenstherapeutischen Programmen z.B. Selbstsicherheitstraining, Trainingsprogramm für sozial unsichere Kinder, Abbau aggressiven Verhaltens (Erleben negativer Konsequenzen am Modell, Aufbau von Alternativverhaltensweisen)
- Modellfunktion des Therapeuten (unspezifischer Wirkfaktor)

Premack-Prinzip

Konditionierungs- bzw. Verstärkungsprinzip, wobei ein gewünschtes, aber selten auftretendes Verhalten mit einem häufig auftretenden Verhalten gekoppelt wird. Dadurch wird die Auftretenswahrscheinlichkeit des seltenen Verhaltens erhöht.

= „Großmutterns Prinzip“: Erst den Spinat aufessen, dann gibt's den Pudding

Aufrechterhaltung therapeutisch aufgebauten Verhaltens

- ☞ intermittierende Verstärkung am Ende der Therapie erhöht die Lösungsresistenz
- ☞ Fading Out

- ☞ Umstrukturierung der sozialen Umgebung (Elternterapie, Partner- und Familientherapie)
- ☞ schrittweiser Übergang von therapeutischer Kontrolle zu Selbstkontrolle (Selbstmanagement)

Operante Methoden zum Abbau von Verhalten

Schwächungstechniken

- Bestrafung
- Response cost
- Time-out
- Hindern am Fehlverhalten

Abbautechniken

- Löschung
- Betrachtung negativer Konsequenzen am Modell
- Verdeckte Sensibilisierung

Bestrafung von Verhalten

= kontingente Anwendung eines aversiven Reizes auf das Problemverhalten (direkte Bestrafung)

Indikation

- aggressives und autoaggressives Verhalten (F91)
- sexuelle Abweichungen (z.B. Exhibitionismus F65.2)
- Alkoholismus, Drogenmissbrauch (F1)
- abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle (F63)

Anwendungshinweise:

- Berücksichtigung ethischer Überlegungen
- Verfahren eignet sich nicht, Problemverhalten langfristig abzubauen
- Einsatz aversiver Verfahren nur in Verbindung mit positiver Verstärkung alternativer Verhaltensweisen
- Bestrafung sollte nur in Absprache mit dem Patienten erfolgen
- Strafreiz muss dem unerwünschten Verhalten kontingent folgen

Response cost

Bereits erhaltene Verstärker (z.B. Token) müssen bei unerwünschtem Verhalten zurückgegeben werden (indirekte Bestrafung).

Indikation

- chronisch psychiatrisch Erkrankte geistig Behinderte IQ>70 (F7)
- straffällig gewordene Jugendliche
- Kinderpsychiatrie und Beratungsstellen (F9)
- Bildungs-, Lern- und Sozialisationsprozesse

- ☞ Problem: Abschwächung der Wirkung durch kognitive Dissonanzreduktion („Ich wollte das Geld ja sowieso nicht haben!“)

Time-out (Auszeit)

Reduktion des Problemverhaltens durch Unerreichbarmachen aller potentiellen Verstärker des Verhaltens. Personen werden sofort nach dem Problemverhalten aus der Situation entfernt und in eine neutrale Umgebung gebracht.

☞ Herausnehmen der Person aus dem Verstärkersystem

Beispiele

- Time-out Räume auf psychiatrischen Stationen
- Time-out Räume in Schulen (Schüler können diese Räume auch selbstkontrolliert aufsuchen)

Time-out – Anwendungshinweise:

- ☞ wird eingesetzt, wenn Verstärker des Problemverhaltens nicht identifiziert werden können oder wenn Wut, histrionisches Verhalten oder Aggression durch soziale Aufmerksamkeit aufrechterhalten werden
- ☞ Einsatzmodi sind dem Patienten bekannt
- ☞ Kombination mit positiver Verstärkung von Alternativverhalten
- ☞ Time-out ist kontraindiziert, wenn Patient dadurch einer aversiven Situation entgeht
- ☞ Time-out-Maßnahmen können Gefühle von Einsamkeit und Gekränktsein hervorrufen

Hindern am Fehlverhalten:

- ☞ Unterbinden einer Reaktion bzw. eines Problemverhaltens möglich:
 - verbal z.B. durch Appelle oder Verbote
 - körperlich z.B. durch Festhalten, Medikamente, Fixieren

Indikation

- Aggression, Selbstverletzung, Suizidalität
- Verhinderung phobischen Ausweichverhaltens

Löschung (Extinktion)

Reduktion der zukünftigen Auftrittswahrscheinlichkeit eines Fehlverhaltens durch Entfernung positiver Verstärker.

Indikation

- Erziehung (Nicht-allein-sein-Können, Schreien, Wutanfälle, Einschlafprobleme)
- geistige Behinderung F7 (Sozialverhalten, Sprachaufbau, Autoaggression)
- Psychosen F2 (z.B. psychotisches Reden, Halluzinationen, Klagen)

Löschung – Anwendungshinweise:

- ☞ in der Verhaltensanalyse müssen alle relevanten Verstärker identifiziert und entfernt werden
- ☞ Problemverhalten wird durch Löschung nicht sofort eliminiert, meist sogar kurzzeitige Anstieg des zu löschenden Verhaltens
- ☞ Verhaltensrate sinkt nur bei konsequente Löschung durch alle Personen der relevanten Umgebung
- ☞ Kombination mit Verhaltensaufbau

- ☞ Löschung ist nicht angemessen, wenn Problemverhalten sofort unterbunden werden soll (physische Gefahr)

Betrachtung negativer Konsequenzen am Modell

Bestrafung einer Modellperson wird beobachtet oder Modelle berichten von erlebten negativen Konsequenzen eines bestimmten Verhaltens (Prinzip der stellvertretenden Löschung).

Historische und literarische Beispiele:

- Pranger im Mittelalter
- Struwpeter
- Max und Moritz

Methoden des verdeckten Konditionierens

verdeckte Sensibilisierung
verdeckte Gegenkonditionierung
verdeckte Verstärkung
verdeckte Löschung

verdecktes Modell-Lernen
Coverant control
Gedankenstopp

- ☞ Bei den Methoden des verdeckten Konditionierens setzt die Intervention an internen Prozessen an (Vermittlungsmodell). Die Veränderungen werden mit Hilfe von Konditionierungstheorien erklärt. Das therapeutische Vorgehen wird durch Selbstkontroll- und Selbstmanagementelemente vervollständigt.

Verdeckte Sensibilisierung (covert sensitation)

Kopplung der Auslöser eines problematischen Verhaltens mit aversiven Reizen, so dass diese Auslöser ebenfalls unangenehm oder zumindest neutral werden. Auslöser und aversive Reize werden vom Patienten nach Instruktion des Therapeuten imaginiert.

Ziel

Aufbau einer Vermeidungsreaktion (Lernen durch Abschreckung)

Indikation

- Alkoholismus, Drogenabhängigkeit F1
- Rauchen
- Übergewicht
- Spielleidenschaft
- sexuelle Abweichungen F6

Vorgehen bei der verdeckten Sensibilisierung:

- Verhaltensanalyse
- Kognitive Vorbereitung des Patienten (lerntheoretische Erklärung des Problemverhaltens, Ablauf und Wirkungsweise der Therapie)
- Erlernen eines Entspannungsverfahrens
- Identifikation aversiver Reize
- Imagination = Konditionierungsphase (Therapeut beschreibt Szenen, die der Patient sich vorstellen soll)

- Hausaufgaben
- Selbstmanagement

Auszug aus einer Imagination im Rahmen einer Alkoholikertherapie:

"... Sie gehen in eine Kneipe, um ein Bier zu trinken. Während Sie sich der Theke nähern, spüren Sie ein seltsames Gefühl in der Magengrube. Es wird Ihnen übel. Etwas Flüssigkeit steigt Ihnen in den Rachen. ... Sie haben nun die Theke erreicht und bestellen ein Bier. Als der Wirt das Bier eingießt, füllt sich ihr Mund mit Mageninhalt. ... Sie greifen zum Glas, um den ekligen Geschmack hinunter zu spülen. Als Ihre Hand das Glas berührt, können Sie dem Brechreiz nicht länger widerstehen. Sie öffnen den Mund und übergeben sich. Das Erbrochene fließt über Ihre Hand, über das Glas. ... Sie merken, dass Sie von den Leuten beobachtet werden, es wird Ihnen mehr und mehr übel. . Sie wenden sich von dem Bier ab und fühlen sich unmittelbar wohler. Sie laufen hinaus und merken, wie es Ihnen besser und besser wird. Während Sie draußen stehen und die frische Luft spüren, haben Sie ein gutes Gefühl."
(CAUTELA, 1967)

Reizkonfrontationsmethoden

- heterogene Gruppe von Verfahren zur Behandlung von Störungen, wo Angst eine zentrale Rolle spielt (Phobien, Panik, Zwänge)
- Bei der Konfrontation mit Angststimuli wird den Klienten die Erfahrung ermöglicht, dass sie die angstausslösende Situation ertragen können, da die befürchteten Folgen nicht eintreten.

Wirkungsmechanismen:

Habituation und Aufbau von Selbstkontrolle (nicht Beseitigung von Angst)

Einschätzung (GRAWE 1994):

- sehr gute Ergebnisse bei Agoraphobien und Zwängen zur Reduktion der Hauptsymptomatik
- Kombination mit anderen Methoden oft günstig

Systematik der Reizkonfrontationsmethoden

Art der Konfrontation	in-sensu (in der Vorstellung)	in-vivo (realer Reiz)
graduiert	Systemat. Desensibilisierung (SD)	Habituationstraining
massiert	Implosion Reizüberflutung	Flooding

Anmerkung: Diese Begriffsdifferenzierung wird in der Literatur nicht durchgehalten.

Ablauf der Reizkonfrontation

- ☞ Diagnostische Phase (Verhaltensanalyse, Grundrate, Anamnese)
- ☞ Kognitive Vorbereitung (Diagnose besprechen, Teufelskreismodell der Angst, Zieldefinition, Therapieablauf erklären, Motivation, Behandlungsvertrag)
- ☞ Konfrontationsphase
- ☞ Selbstkontroll- und Selbstmanagementphase

Systematische Desensibilisierung (SD)

von Wolpe (1958) entwickelte Methode zum Abbau pathologischer Ängste

Prinzip:

Systematische Verbindung der Vorstellung einer angstausslösenden Situation mit einem angstinkompatiblen Zustand (meist Entspannung).

Indikation:

- spezifische Ängste F40.2
- posttraumatische Belastungsstörungen F43.1
- sexuelle Funktionsstörungen

Durchführung:

- ☞ Verhaltensanalyse (genaue Beschreibung der angstausslösenden Reize)
- ☞ kognitive Vorbereitung
- ☞ Erlernen eines Entspannungsverfahrens (meist Progressive Muskelrelaxation)
- ☞ Aufstellen einer oder mehrerer Angsthierarchien (10- 15 Stufen, Eichsituation ohne Angst, Rangreihe mindestens 2x prüfen)
- ☞ Patient stellt sich im entspannten Zustand angstausslösende Situationen vor (beginnend mit niedrigster Stufe der Angsthierarchie)
- ☞ jede Stufe muss mindestens 2x angstfrei erlebt werden
- ☞ maximal 3 Stufen pro Sitzung abarbeiten
- ☞ zu Beginn jeder Sitzung die letzten 2 Stufen der vorangegangenen Sitzung wiederholen
- ☞ immer nur eine Angsthierarchie desensibilisieren
- ☞ Dauer ca. 25 Stunden
- ☞ Nachbesprechungen

Einschätzung:

- Wirksamkeit in kontrollierten Studien nachgewiesen (GRAWE 1994)
- Erfolgsaussichten bei umschriebenen Ängsten am größten
- weniger günstig bei depressiven Tendenzen oder allgemein hohem Angstniveau
- SD kann gut mit anderen Verfahren kombiniert werden
- von Wolpe postuliertes Erklärungsprinzip der reziproke Hemmung konnte nicht verifiziert werden

Modifikationen und Weiterentwicklungen der SD

1. Angstbewältigungsprogramme (Diskriminationstraining)

- Patient lernt, aufkommende Ängste frühzeitig wahrzunehmen und eigenaktiv durch gezielte Entspannung zu reduzieren (Selbstkontrollverfahren)
- Anwendung bei diffusen Ängsten, wo Angsthierarchie nicht aufgestellt werden kann

2. SD mit Selbstinstruktionstraining nach MEICHENBAUM
 - kombiniert neben Entspannung kognitive Umattribuierung des wahrgenommenen Angstzustandes (Abbau angststeigernder Gedanken, situationsangemessene Bewertungen, konstruktive selbstwerterhöhende Selbstinstruktionen, Selbstverstärkung bei Angstfreiheit)
3. SD in sensu vor Desensibilisierung in vivo
4. Gruppendesensibilisierung

Habituationstraining

(in vivo Reizkonfrontationsverfahren)

- ☞ Patient wird direkt mit den für ihn aversiven angstbesetzten Situationen konfrontiert
- ☞ jede Situation wird in Sequenzen zerlegt und in einer Sitzung im Sinne einer Annäherungshierarchie vollständig abgearbeitet
- ☞ charakteristisch sind lange Expositionszeiten und Reaktionsverhinderung

Indikation:

- Agoraphobien F40.0
- spezifische Phobien F40.2 - Zwangsstörungen F42

Konfrontation

- gemeinsame Auswahl der Situation (z.B. Turmbesteigung)
- Treffen an neutralem Ort
- Zerlegung der Situation in Sequenzen und schrittweise Abarbeitung
- Patient schätzt in bestimmten Abständen Stärke der Angst ein (Angstskala)
- bei hoher Erregung wird an der Stelle verweilt bis die Angst abklingt
- Abbruch erst nach vollständiger Abarbeitung der Situation
- Nachbesprechung (Erfolgsbilanz)
- Hausaufgaben (Transfer- und Wiederholungsübungen)

Aufgaben des Therapeuten beim Habituationstraining:

- ☞ muss über genaue Situations- bzw. Ortskenntnisse verfügen
- ☞ Verhinderung von Fluchtendenzen
- ☞ Förderung der Selbstwahrnehmung des Patienten
- ☞ Anregung der Selbstverbalisation
- ☞ gezielte Verstärkung von Teilerfolgen

Implosion

Bei der Implosion werden Angststimuli in voller Intensität bzw. z.T. übersteigert in der Vorstellung des Patienten erzeugt.

Indikation:

- Spezifische Phobien F40.2

Durchführung der Implosion:

- ☞ stark angstausslösende Reize (Angststärke 8-10) werden herausgearbeitet
- ☞ Einbettung der angstausslösenden Reize in eine Geschichte (Dauer 10-20 min.)

- ☞ Patient stellt sich die geschilderten Situationen im entspannten Zustand mit geschlossenen Augen plastisch vor
- ☞ nach Aufforderung soll er seine Gefühle verbalisieren
- ☞ Geschichte wird mehrfach vorgelesen bis deutliche objektive und subjektive Angstreduktion eintritt (dann noch 2x wiederholen)
- ☞ Dauer einer Sitzung ca. 2 Stunden
- ☞ Nachbesprechung

Flooding (Exposition in vivo)

- ☞ beim Flooding wird der Patient in der Realität mit Angststimuli höchster Intensität konfrontiert (Top-Item)
- ☞ Patient soll maximale Angst erleben und durchhalten
- ☞ hohe Motivation und Belastbarkeit sind erforderlich
- ☞ erlebt der Patient in der für ihn schwierigsten Situation, dass befürchtete Konsequenzen (Umfallen, Sterben ...) ausbleiben, so werden auch leichtere Situationen besser bewältigt

Indikation:

- Agoraphobien F40.0
- spezifische Phobien F40.2
- Zwangsstörungen F42

Durchführung des Flooding:

- ☞ stabile Therapeut-Patient-Beziehung ist wichtig
- ☞ psychische und physische Belastbarkeit des Patienten beachten (ärztliche Untersuchung)
- ☞ mit dem Patienten Regeln für den Angstanfall erarbeiten
- ☞ in der ersten Sitzung wird sofort die am stärksten angstauslösende Situation aufgesucht
- ☞ nach deren Bewältigung (Absinken des Erregungsniveaus) sofort die nächste Situation aufsuchen (Lerneffekt)
- ☞ Sitzung kann bis zu 6 Stunden dauern
- ☞ z.T. wird gesamte Therapie in wenigen Tagen abgearbeitet
- ☞ keine erregungsdämpfenden Verfahren oder Medikamente einsetzen
- ☞ Nachbesprechung der Sitzungen, HA

Reizüberflutung

Kombinationsverfahren mit Darbietung der Angststimuli zunächst in der Vorstellung (in-sensu) und anschließend in der Realität (in-vivo) bei unmittelbar höchster Intensität.

Indikation:

- Patienten mit sehr hohen Erwartungsängsten

Hinweise zum Einsatz von Reizkonfrontationsverfahren

- Konfrontation erfolgt mit alltagsspezifischen Ängsten und Situationen
- Kontraindikationen beachten (Epilepsie, chronisch-ischämische Herzerkrankungen)
- bei Patienten mit starken Fluchtendenzen ist in-vivo Exposition günstiger
- bei massiver Reizkonfrontation ist die Therapiedauer geringer als bei SD
- Selbstverbalisation anregen
- Nachbesprechung der Sitzungen

- Generalisierung des Therapieerfolges (HA, Dispensairebetreuung, Vertrag über Vermeidung)

Exkurs: Assertivness-Trainings-Programm (ATP)

- ☞ ist eigentlich ein soziales Training zur Selbstbehauptung
- ☞ konfrontiert aber auch mit der Angst, abgelehnt zu werden
- ☞ Hauptelemente:
 - sich der Öffentlichkeit stellen
 - Fordern
 - Kritisieren
 - Nein-Sagen lernen

Selbstkontrolle und Selbststeuerung

Unter dem Stichwort Selbstkontrolle werden in der Literatur unterschiedliche theoretische Ansätze und Verfahren zusammengefasst.

- Begriffe wie Selbstkontrolle, Selbststeuerung, Selbstregulation und Selbstmanagement beschreiben die Befähigung des Individuums zur sinnvollen und gezielten Beeinflussung des eigenen Verhaltens. Die Definitionen in der Literatur sind nicht einheitlich.
- Generell sollte unterschieden werden zwischen: 1. Selbstkontrolle als Ziel einer psychotherapeutischen Intervention 2. Selbstkontrolle als heterogene Ansammlung von Methoden
- Selbstkontrolltechniken sind in nahezu allen verhaltenstherapeutischen Verfahren und Programmen integriert
- Voraussetzung für den Einsatz von Selbstkontrolltechniken ist eine hohe Motivation

Theoretische Positionen zum Selbstkontrollbegriff

Skinner:

„... aufgrund der Beobachtung von Verhaltensänderungen, die durch die unmittelbar erfassbaren äußeren Bedingungen (Reize und Verstärker) nicht erklärbar sind, formulierte er die Hypothese, dass die steuernden Faktoren innere Ereignisse sein müssen ("private events")...“

KANFER: Modell der Selbstregulation

Selbstkontrolle als komplexer Vorgang aus wenigstens drei Phasen, die die psychischen Prozesse mit denen eine Person eigenes Verhalten steuert, beschreiben (keine deterministische Abfolge der Stufen, Rückkopplungen).

1. Selbstbeobachtung
 - Was tue ich?

- Was sollte ich tun?
 - 2. Selbstbewertung
 - Vergleich von Ist- und Soll-Wert
 - 3. Selbstverstärkung
 - Ist das Ergebnis besser, gleich, oder schlechter als das Kriterium?
⇒ Selbsterstärkung oder Selbstbestrafung
- ☞ Modell von Kanfer ist zum Aufbau von Selbstkontrolle in der Therapie geeignet (Manipulation postulierten Phasen der Selbstregulation).

Drei Determinanten der Kontrolle menschlichen Verhaltens (KANFER)

α -Variablen: multiple Beeinflussung des Verhaltens durch äußere Variablen

β -Variablen: selbstproduzierte Reize, die im Sinne der Informationsaufnahme und -verarbeitung Verhalten beeinflussen (z.B. Bewertungsprozesse, Erwartungen, Denken, Problemlösen ...)

γ -Variablen: biologische Hintergrundvariablen (z.B. hirnstrukturelle Voraussetzungen, endokrine Regulation, Alterungsprozesse ...)

Methoden der Selbstkontrolle und Selbststeuerung

- ☞ Selbstbeobachtung
- ☞ Stimuluskontrolle
- ☞ Konsequenzkontrolle
- ☞ Kontrakte in der Selbstkontrolle

Selbstbeobachtung

- ☞ Selbstbeobachtung des gewünschten oder unerwünschten Verhaltens ist Voraussetzung jeder Selbststeuerung, zugleich aber auch Methode mit therapeutischer Wirkung
- ☞ dient zur Problemspezifizierung und zum Finden von therapeutischen Ansatzpunkten
- ☞ Befähigung zur eigenständigen Verhaltensanalyse durch den Patienten
- ☞ Hilfsmittel: Verhaltenstagebuch, Strichlisten, graphische Darstellung, Zeitmessung

Stimuluskontrolle

Eine Person verändert Umgebungsvariablen und interne Stimuli so, dass das Zielverhalten wahrscheinlicher und das Problemverhalten unwahrscheinlicher wird.

Beispiel Raucherentwöhnung:

- Entfernung von Zigaretten (Einschränkung externer Stimulusbedingungen)
 - Entkopplung des Rauchens von anderen positiven Bedingungen z.B. nur noch allein Rauchen, keine Geselligkeit, nicht in Verbindung mit Fernsehen... (Stimulusisolierung)
 - Einleiten einer erwünschten Verhaltenskette durch Selbstinstruktionen z.B. Selbstaufforderung zu sportlicher Aktivität wenn Wunsch nach einer Zigarette aufkommt (Veränderung interner Reize)
- ☞ Kombination mit kognitiver Umstrukturierung ist günstig

Konsequenzkontrolle

Eine Person bestraft oder belohnt sich für bestimmte Verhaltensweisen selbst (Selbstapplikation operanter Methoden).

- ☺ Selbstverstärkung: verbal oder materiell
- ☹ Selbstbestrafung: z.B. bei Zwangsgedanken Gummiband am Handgelenk schnipsen, freiwillige Abgabe positiver Verstärker ...

Kontrakte in der Selbstkontrolle

Verhaltensverträge sind sehr häufig Bestandteil verhaltenstherapeutischer Interventionen.

Sonderfall:

- ☞ Person schließt einen Kontrakt mit sich selbst ab

Ziele von Verhaltensverträgen:

- ☞ Förderung von Eigenverantwortung und Motivation

Hinweise zu Verhaltensverträgen nach KANFER

- ☞ Vertrag schriftlich fixieren
- ☞ Geltungsdauer festschreiben
- ☞ detaillierte Beschreibung des Zielverhaltens (kurzfristige Ziele)
- ☞ Zielerreichungskriterien formulieren
- ☞ positive Verstärker und aversive Konsequenzen festlegen
- ☞ Kontrollmethoden für gefordertes Verhalten (z.B. Selbstbeobachtung und -protokollierung)

Systematik verhaltenstherapeutischer Selbstkontrollverfahren

Selbstkontrollierte Modifikation offen beobachtbaren Verhaltens:

- Stimuluskontrolle
- Verstärkerkontrolle

Selbstkontrollierte Modifikation physiologischer Reaktionen:

- selbstkontrollierte systematische Desensibilisierung
- Biofeedback
- Entspannung

Selbstkontrollierte Modifikation kognitiver Prozesse:

- verdeckte Konditionierung
- Selbstinstruktionstherapien
- Gedankenstopp

Allgemeine Indikationen

- ☞ Übergang von therapeutischer Kontrolle zur Selbstkontrolle am Ende verhaltenstherapeutischer Interventionen

- ☞ Prävention und Rückfallprophylaxe
- ☞ wenn die Mitarbeit der Umgebung nicht möglich ist
- ☞ bei therapeutisch schwer zugänglichen Problemen (Sexualprobleme, problematisches Essverhalten)

Spezielle Indikationen

- Übergewicht
- Rauchen
- Arbeitsprobleme
- Partnerprobleme
- Tics F 95
- Zwänge F42
- depressives Verhalten F33, F34
- Angstzustände
- Abhängigkeit

Selbstmanagement-Therapie

(KANFER, REINECKER & SCHMELZER 1991)

- pragmatischer Ansatz der das Ziel hat, den Klienten zu effektiver Selbstregulation und Selbstkontrolle zu befähigen (Patient als sein eigener Therapeut)
- Modell des Selbstmanagement hebt sich ab vom klassisch-medizinischen Verständnis von Therapie (Therapeut als alleiniger Experte) und vom humanistischen Ansatz, wonach der Klient allein aufgrund seiner Selbstheilungskräfte zur Veränderung seiner Probleme in der Lage wäre
- Erkenntnisse des Behaviorismus und des Kognitivismus sind integriert

Merkmale der Selbstmanagement-Therapie:

- ☞ aktive Teilnahme des Klienten am therapeutischen Prozess mit dem Ziel, Entscheidungsfreiheit und Eigenverantwortung zu maximieren
- ☞ ganzheitliche und systemische Vorgehensweise
- ☞ Therapie als dynamisch interaktives Problemlösen
- ☞ gemeinsame Definition von Problemen und Zielen
- ☞ Wertepluralismus als Basis (kein idealtypisches Persönlichkeitsbild, ipsatives Bezugssystem)
- ☞ Prinzip der minimalen therapeutischen Intervention
- ☞ Förderung eines individuellen Lebensstiles
- ☞ Dynamik des Lebens berücksichtigen (flexible Anpassung der Therapie an mögliche Zielveränderungen)

⇒ auch "Humanistische Verhaltenstherapie" genannt (Dr. Reschke)

Argumente für den Selbstmanagement-Ansatz

- ☞ das Verfolgen selbstgesteckter Ziele ist eine Quelle der Motivation
- ☞ wahrgenommene Kontrolle erhöht Motivation und Selbsteffizienz
- ☞ Selbstmanagement verringert Widerstand und Gegenkontrolle
- ☞ die Selbstattribution (interner locus of control) als eine Folge der Selbstregulation verstärkt unabhängige Handlungen
- ☞ Selbstmanagement erleichtert die Generalisierung von Therapieeffekten

Therapiebausteine

- Vermittlung von Selbstregulationsfähigkeiten (Selbstbeobachtung, Selbstbewertung und Selbstverstärkung)
- Befähigung des Klienten zur Veränderung externer Bedingungen (Stimulus- und Konsequenzkontrolle)
- Therapeutische Aufgaben und Hausaufgaben
- Rollenspiel (diagnostische Funktion, "Als-ob-Charakter", Einüben von Bewältigungsfertigkeiten)
- Kontrakte schließen
- Erarbeitung von Strategien für den Umgang mit unerwarteten Situationen
- Entspannungsverfahren
- Entwicklung von Genussfähigkeit
- Vermittlung von Problemlösefähigkeiten
- Angstbewältigung Stressbewältigung und Coping
- Selbstinstruktionen
- Vermittlung der Fähigkeit zur Ziel- und Wertklärung

⇒ Therapiebausteine werden individuell zusammengestellt

7-Phasen-Modell des Therapieprozesses

(KANFER, REINECKER & SCHMELZER)

- Basiskonzept des Selbstmanagement-Ansatzes
 - Weiterentwicklung und Erweiterung des 7-Stufen-Modells von KANFER & GRIMM, des OPTIMIZE-Modells von SCHMELZER und weiterer Arbeiten
1. Eingangsphase: Schaffung günstiger Ausgangsbedingungen
 2. Aufbau von "Änderungsmotivation" und vorläufige Auswahl von Änderungsbereichen
 3. Verhaltensanalyse und funktionales Bedingungsmodell
 4. Vereinbaren therapeutische Ziele
 5. Planung, Auswahl und Durchführung spezieller Methoden
 6. Evaluation therapeutisch Fortschritte
 7. Endphase Erfolgsoptimierung und Abschluß der Therapie, Follow-Up, Katamnese

7-Phasen-Modell des Therapieprozesses im Detail

Ziele Phase 1 - Schaffung günstiger Ausgangsbedingungen

- Rollenstrukturierung
- Bildung einer kooperativen Arbeitsbeziehung (therapeutische Allianz)
- Beginn der problembezogenen Informationssammlung (Screening von Eingangsbeschwerden ...)
- optimale Gestaltung der Therapiesituation

Ziele Phase 2 - Aufbau von Änderungsmotivation und vorläufige Auswahl von Änderungsbereichen

- Nutzung inhärenter Motivationsbedingungen des Selbstmanagement-Konzeptes
- Reduktion von Demoralisierung und Resignation
- Einsatz spezieller Motivierungsstrategien
- erste Ansätze einer Ziel- und Wertklärung
- vorläufige motivationsabhängige Auswahl von Änderungsbereichen

Ziele Phase 3 - Verhaltensanalyse und funktionales Bedingungsmodell

- situative und kontextuelle Verhaltensanalyse
- Erstellen eines vorläufigen funktionalen Bedingungsmodells

Ziele Phase 4 - Vereinbaren therapeutischer Ziele

- Klären von Therapiezielen und Zielanalyse

- Konsens über therapeutische Zielperspektiven
- Ziele Phase 5 - Planung, Auswahl und Durchführung spezieller Methoden
 - Planung und Durchführung spezieller Maßnahmen
- Ziele Phase 6 - Evaluation therapeutischer Fortschritte
 - kontinuierliche therapiebegleitende Diagnostik
 - Prä/Post-Evaluation
- Ziele Phase 7 - Erfolgsoptimierung und Abschluss der Therapie
 - Stabilisierung und Transfer therapeutischer Fortschritte
 - Arbeit an restlichen therapeutischen Ansatzpunkten
 - Erlernen von Selbstmanagement als Prozess
 - Ausblenden der Kontakte und Abschluss-Feedback
 - Vorbereitung von Katamnesen

Kognitive Therapien

Abgrenzung zur klassischen VT:

Trennung erfolgt aus systematischen und didaktischen Gründen (stark vereinfacht):

klassische Verhaltenstherapie:	Änderung von Verhalten (durch Übung)	⇒	Veränderung von Denken, Einstellungen, Erwartungen usw.
kognitive Therapien:	Veränderung von Denken & Bewertungen	⇒	Veränderung von Verhaltensmustern

Im konkreten therapeutischen Vorgehen sind in kognitive Therapien behaviorale übende Techniken integriert und in den klassischen VT-Methoden werden Aspekte des Denkens, der Verarbeitung von Informationen... immer stärker einbezogen.

Grundcharakteristik der kognitiven Therapien

☞ Erkennen, Stoppen und Ersetzen negativer Überzeugungen und Bewertungen

Charakteristik

- heterogene Gruppe von Verfahren ohne einheitliche Theorie und Terminologie
- Kybernetisches Modell: das Individuum als informationsverarbeitende Maschine; beschreibt, wie Rückmeldungsprozesse Kognitionen, Emotionen und Motorik miteinander verbinden.
- Kognitionen werden als strukturierende und steuernde Komponenten für Verhalten im erweiterten Sinn (emotionale, motivationale und physiologische Vorgänge eingeschlossen) angesehen
- Kognitionen stehen somit bei der Beschreibung und Erklärung psychischer Störungen im Mittelpunkt
- in kognitiven Therapien sind behaviorale, kognitive und emotionale Einzeltechniken integriert
- ☞ Die Rational-emotive Therapie von ELLIS (1962) und die Kognitive Therapie der Depression von BECK (1967) leiteten die Entwicklung der kognitiven Therapien ein

(süffisante Anmerkung: ELLIS und BECK sind beides gelernte Psychoanalytiker, die genau genommen ihre Therapien um VT-Methoden ergänzt haben)

Grundlegende Annahmen (MAHONEY 1974)

- ☞ Der menschliche Organismus reagiert vor allem auf die kognitive Repräsentation seiner Umgebung und nicht auf die Umgebung selbst.
- ☞ Die kognitiven Repräsentationen sind funktional mit den Lernprozessen verbunden.
- ☞ Menschliches Lernen ist zum großen Teil kognitiv vermittelt.
- ☞ Gedanken, Gefühle und Verhalten sind interaktiv und sie bedingen einander.

Wesentliche Therapieinhalte

- Analyse und realistische Neuinterpretation (Restrukturierung) von Erfahrungen und Bewertungen unter aktiver Teilnahme des Patienten
- Förderung von Selbstkontrolle, Selbststeuerung und Selbstmanagement
- Ausnutzung komplexer Formen des Lernens (auf der Basis sozial-kognitiver Lerntheorien)

Therapieziele

- ☞ Erkennen dysfunktionaler störungsverursachender Einstellungen und Bewertungen und Analyse ihrer Struktur und Entstehung
- ☞ Korrektur selbstschädigender Einstellungen und Bewertungen
- ☞ Aufbau angemessener Selbstverbalisationen
- ☞ Förderung von Selbstakzeptanz und Selbstbestimmung
- ☞ Förderung von Flexibilität und Toleranz im Denken und Handeln

Zentrale Annahmen zur Wirkung

- soziales Handeln wird durch verdeckte verbale Kommentare vorbereitet, begleitet und nachträglich bewertet
- fehlende, inadäquate oder negative Kommentare können zur Entstehung, Stabilisierung und Erhaltung von Verhaltensstörungen beitragen
- durch die Förderung und Übung positiver situationsangemessener und strukturierter Selbstinstruktionen können psychische Störungen abgebaut werden

Theoretische Grundlagen

- ABC-Modell psychischer Störungen und irrational beliefs nach ELLIS
- kognitive Trias (negative Selbst-, Umwelt- und Zukunftssicht) und inadäquate Denkformen nach BECK
- personale Konstrukte nach KELLY
- Theorie der Selbstkontrolle und innere Kommentare (MEICHENBAUM)
- kognitive Dissonanztheorien (FESTINGER) und Theorie sozialer Vergleichsprozesse
- Selbstmanagement-Modell (KANFER u.a.)
- Implizite handlungstheoretische Modelle (Lern- und Emotionstheorien, Stresstheorien, Problemlöse-Modelle, Selbstwirksamkeitstheorie, Kontrolltheorien u.a.)
- Explizite Handlungsmodelle (formal-kybern. Modell, Handlungstheorie, Motivations-theorien)

Wichtige Einzeltechniken

- ☞ sokratischer Dialog
- ☞ Bewusstmachen von Gedanken via Tagebuch, Protokollierung, Imagination ...
- ☞ Kognitionsevozierung
- ☞ kognitives Probehandeln
- ☞ idealisiertes Selbstbild
- ☞ kognitive Neueinschätzung (Modifikation selbstschädigender Kognitionen)
- ☞ Disputation
- ☞ behaviorale Übungstechniken (Rollenspiel)
- ☞ emotive Befreiung (Katharsis)

Klassifikation kognitiver Therapien (nach dem zugrundeliegenden theoretischen Modell)

- ☞ Kognitionen werden als verdecktes Verhalten betrachtet
 - covert control (HOMME)
 - verdeckte Konditionierung (CAUTELA)
- ☞ Kognitionen als irrationale Ansichten oder falsche Denkstile
 - RET (ELLIS)
 - Kognitive Therapie (BECK)
 - Rationale Psychotherapie (MAHONEY)
 - Multimodale Therapie (LAZARUS)
 - Systematisch-rationale Restrukturierung (GOLDFRIED/GOLDFRIED)
- ☞ Kognitionen, die Problemlöseprozesse fördern
 - Behavioral Problem Solving (D'ZURILLA/GOLDFRIED)
 - Problemlöse-Therapie (SPIVAK/PLATT/SHURE)
 - Personal Science (MAHONEY)
- ☞ Kognitionen, die Bewältigungsprozesse fördern
 - Coping Skills Training (GOLDFRIED)
 - Angstbewältigungstraining (SUINN/RICHARDSON)
 - Stressimpfung (MEICHENBAUM)
- ☞ Kognitionen, die Attributionsprozesse fördern
 - Attributionstherapie (LIEBHARDT)
- ☞ Explizite Verbindung Kognition-Verhalten
 - Selbstinstruktionstraining (MEICHENBAUM)

Indikation:

- Selbstwertprobleme
- Depressionen F33, F34
- Ängste
- soziale Hemmungen
- Partner-, Erziehungs- und Trennungsprobleme
- Lern- und Leistungsstörungen

- psychosomatische Störungen
- Sucht F1
- Ess-Störungen (Veränderung dysfunktionaler Einstellungen gegenüber Figur und Gewicht)

Wirksamkeit (MARGRAF 1996):

- im Vergleich zu medikamentösen Therapien gleiche oder bessere Wirksamkeit
- Problem der Vielfalt der kognitiven Therapien bei Wirksamkeitsstudien

Veränderung von Selbstverbalisationen

(MEICHENBAUM 1977)

kognitiv-verhaltenstherapeutisches Modell, das die Bedeutung des internalisierten Sprechens (innerer Monologe) für Verhalten (Handlungen, Emotionen ...) betont

zwei therapeutische Ansätze:

1. Selbstinstruktionstraining
2. Stressimpfungstraining

Selbstinstruktionstraining

- ☞ speziell zur Intervention bei impulsiven Kindern entwickelt
- ☞ bei Erwachsenen zur Analyse und Veränderung problemrelevanter Selbstinstruktionen eingesetzt (unangemessene Selbstverbalisationen führen zu negativen Gefühlen und Problemverhalten)
- ☞ Oft als Therapiekomponente in komplexe Programme (z.B. Angstbewältigungsprogramme) integriert

Stressimpfungstraining (SIT)

- ☞ kognitive Interventionsstrategie zur Bewältigung von Stress-, Angst- und Schmerzreaktionen
- ☞ oft Komponente komplexer Programme

3 Phasen:

1. Informationsphase (Verständnis für Stressreaktion vermitteln, Problemanalyse, Analyse der inneren Monologe...)
2. Übungsphase (Vermittlung kognitiver Strategien im Umgang mit Stressoren, angemessene Selbstverbalisationen formulieren...)
3. Anwendungsphase (z.B. Rollenspiel persönlicher Konfliktsituationen, Erprobung der gelernten Strategien im Alltag)

Problemlöse-Therapien

- Aspekt des Problemlösens als allgemeines Merkmal psychotherapeutischer Verfahren (Prinzip des Problemlösens als Meta-Modell von Therapie)
- Problemlösen als spezifische kognitive Interventionstechnik

Spezielle Problemlöse-Therapien:

- Behavioral Problem Solving (D'ZURILLA/GOLDFRIED 1971)
- Problemlöse- Therapie (SPIVAK/PLATT/SHURE 1976)
- Personal Science (MAHONEY 1977)
- Interaktionelle Problemlösungstherapie (GRAWE/DZIEWAS/WEDEL 1980)

Problemlösen als kognitive Interventionsstrategie

- ☞ Ausgangspunkt bildet die Beobachtung, dass Patienten mit psychischen Problemen defizitäre Problemlösefertigkeiten aufweisen
- ☞ Basis der verschiedenen Problemlöse-Therapien sind Modellvorstellungen aus der allgemeinen und kognitiven Psychologie
- ☞ Stufen des Problemlöseprozesses, die mit den Patienten trainiert werden:
 1. Herstellen einer Problemlösungsorientierung
 2. Problemanalyse (Situations- und Zielanalyse)
 3. Erstellen von Schritten zur Problemlösung (z.B. durch Brainstorming ...)
 4. Treffen einer Entscheidung (Kosten-Nutzen-Bewertungen ...)
 5. Bewertung der Ergebnisse (Beurteilung der Effektivität der Problemlösung)

Indikation:

Als Therapiebestandteil insbesondere bei:

- interpersonalen Problemen
- sozialer Unsicherheit
- Abhängigkeit F1
- Schizophrenie F2
- Depression F33, F34

Wirksamkeit (GRAWE 1994):

- gute Wirksamkeit bei breitem Anwendungsspektrum
- therapeutischer Nutzen zeigt sich vor allem längerfristig, wenn die in der Therapie erworbenen Problemlösefertigkeiten zum Tragen kommen

Kognitive Therapie von BECK

- ☞ Grundannahme: Eine unangenehme Situation (Stimulus) aktiviert latente kognitive Schemata, z.B. Hoffnungslosigkeit (bewußte Bedeutung); diese kognitiven Schemata rufen Affekte auf den Plan, z.B. Trauer (Emotion). Im Sinne eines Teufelskreises verstärken die negativen Affekte die kognitiven Schemata (Hoffnungslosigkeit) und diese wiederum die negativen Affekte usw. ⇒ ähnlich der lerntheoretischen Interpretation
- ☞ Danach ist die Depression das Ergebnis *kontinuierlicher negativer Rückkopplungen*
- ☞ Das spezifische kognitive Muster der Depression (sog. kognitive Triade der Depression) besteht aus:
 - negativer Sicht von sich selbst
 - negative Sicht der Umwelt
 - negative Sicht der Zukunft
- ☞ 6 charakteristische Denkfehler des Depressiven:
 - er zieht, ohne sichtbaren Beweis oder sogar trotz Gegenbeweise *willkürlich Schlußfolgerungen*
 - er reißt Details aus ihrem Zusammenhang und konzentriert sich auf dies (*selektive Verallgemeinerung*)
 - *Übergeneralisierung*: aufgrund eines Vorfalls wird eine allgemeine Regel aufgestellt, die unterschiedslos auf ähnliche und unähnliche Situationen angewendet wird.
 - *Maximierung/Minimierung*: Übertreibung und Unterschätzung der Bedeutung von Ereignissen
 - *Personalisierung*: Person bezieht alles auf sich
 - *Dichotomes, verabsolutierendes Denken*: Schwarz-Weiß-Denken; alles wird in diese beiden Kategorien eingeordnet; sich selbst ordnet der Klient immer bei „Schwarz“ ein.

- ☞ Diese Denkfehler werden so eingesetzt, daß der Klient dem latenten (in der Kindheit erworbenen) negativen Schema entsprechend die Umwelt wahrnimmt.
- ☞ Im wesentlichen ähnlich der Therapie von ELLIS, aber weniger eindringlich und direktiv; Fragen und humoristische Übertreibungen, um den Patienten dazu zu bringen, seine falschen Kognitionen in Frage zu stellen
- ☞ Ablauf des Therapieprozesses, der bei Depression stark strukturiert sein sollte:
 - Beobachten: Klient lernt, sich selbst zu beobachten und aufkommende Gedanken zu notieren
 - Identifizieren: Die negativen Gedanken werden im Hinblick auf die negative Triade analysiert
 - Hypothesenprüfung: Klient lernt, die mit seinen Gedanken verbundenen Hypothesen über sich selbst wahrzunehmen und auf Wahrheitsgehalt zu überprüfen
 - Training alternativer Kognitionen

Rational-emotive Therapie RET

Albert ELLIS

- geschäftsführender Direktor des Instituts für Rational-emotive Therapie in New York
- seit mehr als 40 Jahren Psychotherapeut (Ehe- und Familienberatung, Sexualtherapie)
- kommt aus analytischer Tradition
- entwickelte die Grundlagen der RET

RET-Song von A. ELLIS

Es kann nicht jeder meiner Wünsche in Erfüllung gehen.
O Weh, O Weh, O Weh.
Ich kann nicht jede Frustration beseitigt sehen.
O Weh, O Weh, O Weh.
Das Leben schuldet mir die Dinge, die ich vermissen muss!
Das Schicksal muss mir das ewige Glück gewähren!
Da ich mit weniger zufrieden sein muss,
O Weh, O Weh, O Weh.

Die Idee der RET spiegelt sich treffend in der Aussage von EPIKTET (ca.50-138) wider:
"Nicht die Dinge selbst beunruhigen die Menschen, sondern die Vorstellungen von den Dingen. Wenn wir also unglücklich, unruhig oder betrübt sind, so wollen wir die Ursache nicht in etwas anderem suchen, sondern in uns, das heißt in unseren Vorstellungen."

Grundannahmen der RET

- Verhalten (Handlungen, Gefühle ...) wird durch erworbene Bewertungsmuster gesteuert
- unangemessene Denkweisen (irrational beliefs) sind Ursache psychischer Störungen
- mittels Disputation und verschiedener Hilfstechniken können irrational beliefs bewusst gemacht und durch adäquate Überzeugungen ersetzt werden
- Ergebnis ist eine Zunahme "positiver" Gefühle, der Autonomie und des Selbstvertrauens

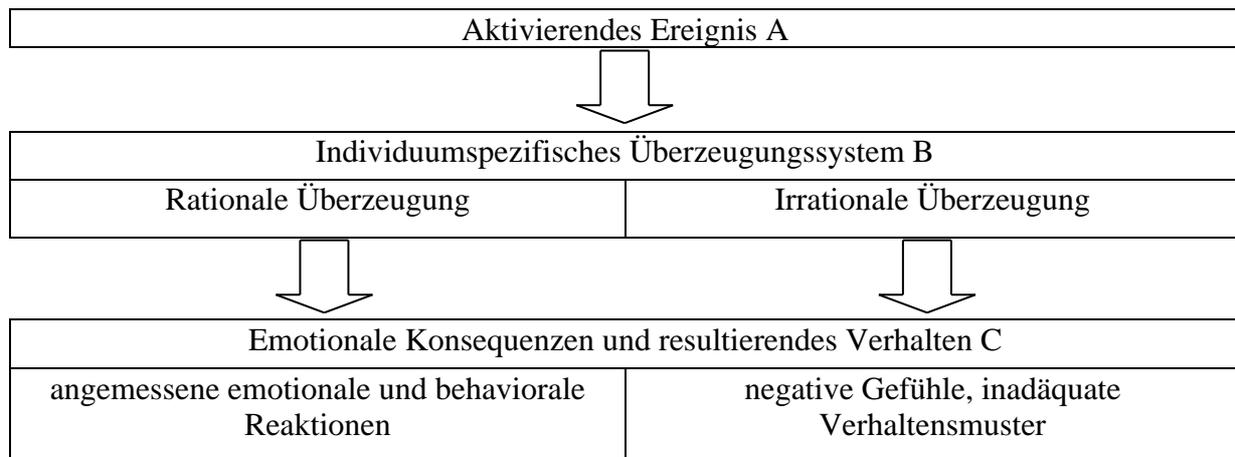
Therapiecharakteristika der RET

- therapeutischer Schwerpunkt liegt auf der Veränderung innerer Leitsätze (nicht beim offenen Verhalten oder lebensgeschichtlichen Ursachen)
- Arbeit an konkreten Problemen im Hier und Jetzt
- therapeutisches Vorgehen ist direktiv und provokativ -
- Arbeit auf kognit., emot. und Verhaltensebene mittels verschiedener Techniken
- Haupttechnik ist didaktisch-sokratisches Gespräch

Therapieziele der RET

- ☞ Erleben echter und angemessener Gefühle
- ☞ Aufgeben selbstschädigender, unangemessener Gefühle und Verhaltensweisen
- ☞ Übernahme von Verantwortung für das eigene Fühlen und Handeln
- ☞ Selbstakzeptanz und Toleranz anderen gegenüber
- ☞ flexibles, logisches und realitätsnahes Denken
- ☞ Annehmen und Aushalten von Unsicherheit und Risiken

ABC-Modell als theoretische Grundlage der RET



11 irrationale Gedanken (gekürzt nach ELLIS)

1. Ich muss von allen Menschen geliebt und anerkannt werden.
2. Ich muss immer kompetent und leistungsfähig sein, um mich akzeptieren zu können.
3. Es gibt schlechte Menschen, die hart bestraft werden müssen. Es ist schrecklich, wenn die Dinge nicht so sind, wie man sie gern hätte.
5. Kummer hat äußere Ursachen und es gibt keine Möglichkeit selbst Einfluss zu nehmen.
6. Wenn etwas gefährlich und schädlich ist, muss man sich darüber schreckliche Sorgen machen und es meiden.
7. Es ist einfacher Schwierigkeiten aus dem Weg zu gehen, als zu versuchen, damit umzugehen
8. Man ist von anderen Menschen abhängig und braucht jemanden, der stärker ist.
9. Die Vergangenheit einer Person bestimmt deren heutiges Verhalten und der Einfluss anderer bleibt immer bestehen.
10. Über Sorgen anderer Leute muss man sich aufregen.
11. Für jedes Problem gibt es stets eine perfekte Lösung und es ist eine Katastrophe, wenn sie nicht gefunden wird.

Irrationale Denkstile

absolutistisches Denken
 katastrophierendes Denken
 perfektionistisches Denken
 global selbstabwertendes Denken
 mussturbierendes Denken
 übergeneralisierendes Denken
 dichotomes Denken

A-B-C-D-E-Interventionstechnik

Interventionsablauf	Techniken
<ul style="list-style-type: none"> • Erläuterung der A-B-C-Theorie psychischer Störungen und Anwendung auf den Klienten 	<ul style="list-style-type: none"> • erklärendes Gespräch • Verhaltensanalyse mittels A-B-C-Theorie
<ul style="list-style-type: none"> • Aufdecken irrationaler Denkstile, die im Zusammenhang mit problematischen Emotionen auftreten • Attackieren und Widerlegen irrationaler Überzeugungen und Entwicklung neuer Bewertungsmuster 	<ul style="list-style-type: none"> • direkte Exploration, Rollenspiele, HA (Instruktionspapier; schriftliche Aufzeichnung von Problemen, Ereignissen, Gefühlen, Selbstverbalisation, Handlungen) • Disputation (lat.-franz. Meinung vertreten)
<ul style="list-style-type: none"> • Erproben und Einüben neuer Verhaltensweisen auf Grundlage der kognitiven Effekte der Disputation 	<ul style="list-style-type: none"> • Modifikation der Selbstverbalisation, Rollenspiele, graduierte Annäherung, Verstärkungstechniken, Selbstverstärkung, HA

Disputation

1. verbale (kognitive) Strategien

- ☞ Sokratischer Dialog (Fragen nach Logik und Realitätsnähe, Nützlichkeit, Konsequenzen, Wahrscheinlichkeit, Stimmigkeit der Begriffe, Differenzierung, Absolutheitsanspruch, Aktivitäten- und Rollenaufzählungen)
 - „Stimmt das?“ „Wo ist der Beweis?“ „Hilft der Gedanke Ihnen, Ihr Ziel zu erreichen?“
- ☞ Didaktische Formen (Informationen, Analogien, Geschichten z.B. Früchtekorb)
- ☞ Einsatz von Humor, Übertreibung und Paradoxien

2. emotionsbezogene Strategien

- ☞ positive und negative Vorstellungsübungen ⇒ Wahrnehmung üben
 - „Welche Gefühle entstehen dabei in Ihnen?“

3. verhaltensbezogene Strategien

- ☞ Ablehnung provozieren, Entscheidungen treffen
- ☞ Verzicht üben
- ☞ Schambekämpfungübungen
 - Bsp.: in einer Bäckerei laut nach Kondomen fragen
- ☞ Risikoübungen
- ☞ Selbstsicherheitsübungen
 - Bsp.: in schmuddeliger Kleidung in ein Nobelrestaurant gehen
- ☞ Angstbewältigung

A-B-C-D-E-Interventionstechnik

- ein Beispiel -

A: Auslöser: kein Geburtstagsgeschenk vom Partner



Bi: irrational belief: "Dem Partner bedeute ich nichts. Bin ein wertloser Mensch."



Ci: irrational consequence: Niedergeschlagenheit, Minderwertigkeitsgefühl



D: Disput: "Hängt mein Wert vom Partner ab ... ? Gründe, die ihn hinderten ... ? Andere Partner möglich... ?



Effect



Br: rational belief: "Mein Partner ist ein Trottel...! Vielleicht sollte ich mich nach einem anderen umsehen ... ? "



Cr: rational consequence: Trauer, Ärger

Bewertung

- nach Grawe ein sehr wirksames Verfahren bei obengenannten Störungen
- der geprüfte Bereich bezieht sich jedoch auf Patienten, die noch zu einer weitgehend normalen Lebensführung imstande waren.
- geringe Therapiedauer (deutliche Fortschritte in 3-6 Monaten)

Indikation:

- soziale Ängste F 40.1 und Selbstunsicherheit
- neurotische Depressionen F 32.0
- Persönlichkeitsstörungen F 60
- sexuelle Funktionsstörungen F 66
- Ehe- und Paartherapie
- psychosomatische Beschwerden
- Ess-Störungen

Ausblick:

- ☞ RET am effektivsten bei intelligenten, gutmotivierten Klienten
- ☞ durch Reduktion und sprachliche Vereinfachung aber auch bei Kindern und einfachen Klienten anwendbar
- ☞ ursprünglich als Individualtherapie entwickelt, heute auch als Gruppentherapie modifiziert
- ☞ Anwendung über Psychotherapie hinaus in Lehre, Betriebswirtschaft, Kommunikation, Integration in Selbsthilfematerialien
- ☞ Seit 1983 ist die RET als Computer-Software erhältlich

Kritik und Relevanz der Kognitiven Therapien

- ☞ Rekonstruktion verhaltenssteuernder Programme (auch in PA!); Gefahr: dem Patienten ist alles kognitiv klar, aber emotional keine Einsicht / Veränderung
- ☞ Tendenz, vieles als „irrationales Verhalten“ zu erklären
- ☞ Kognitive Therapien erklären nicht, wieso eigentlich bei bestimmten Menschen diese dysfunktionalen Kognitionen auftreten (Ätiologie mangelhaft): Wie es zu irrationalen Glaubenssätzen (ELLIS), falschem Denken (BECK) oder dysfunktionalen Selbstinstruktionen (MEICHENBAUM) kommt, muß daher unklar bleiben und wird höchstens mit verallgemeinernden Vokabeln wie „eine bestimmte Sozialisation“ oder „traumatisch / subtraumatische Erfahrungen“ beschrieben.
- ☞ Kognitive Störungsmodelle besagen letztlich nichts anderes, als daß psychisch gestörte Menschen auch „merkwürdig“ denken.
- ☞ Unbewußtes (wie in der VT) in vorfreudianischen Verständnis
- ☞ Therapie ähnlich wie Alltagsmethoden des beruhigenden Zuredens und Ausredens
- ☞ Bedeutung des Bezugs auf Vernunft liegt in der *Angstbannung*; Irrationales als Nicht-Beherrschbares löst Angst aus; Versuch, das Irrationale mit Hilfe logischer Beweiskraft einzudämmen und sich auf die dem Menschen „eigentlich“ zustehende Vernunft zu besinnen
- ☞ *Therapeut*: Lehrer, der möglichst geschickte didaktische Methoden einsetzt, um zu belehren und zu überzeugen; *Patient*: Schüler

Fragen zur Vorlesung Verhaltenstherapie

1. Nennen Sie mindestens 6 Grundprinzipien der Verhaltenstherapie!
2. Charakterisieren Sie den Verhaltensbegriff der modernen (kognitiven) VT!
3. Nennen Sie je 2 Vertreter aus den einzelnen Phasen der histor. Entwicklung der VT!
4. Beschreiben Sie den prinzipiellen Ablauf einer VT - Intervention (7-Stufen-Modell)!
5. Nennen Sie verhaltensdiagnostische Konzepte und beschreiben Sie ein Konzept!
6. Was verstehen Sie unter: Shaping, Response cost, Covert sensitization, Flooding?
7. Was sind die Hauptindikationen von Reizkonfrontationsmethoden? Nennen Sie vier Reizkonfrontationsmethoden!
8. Welche therapeutisch genutzten Methoden der Selbstkontrolle kennen Sie? Wo werden sie eingesetzt?
9. Was verstehen Sie unter Selbstmanagement-Therapie?
10. Bei welchen Störungen können kognitive Therapien eingesetzt werden?
11. Nennen Sie wesentliche Charakteristika kognitiver Therapien!
12. Nennen Sie Methoden der kognitiven Umstrukturierung!
13. Was verstehen Sie unter Disputation und welcher Therapierichtung ist der Begriff zuzuordnen?
14. Charakterisieren Sie das ABC-Modell der RET!

Psychotherapeut? Nein Danke!!

Zur Situation Psychologischer Psychotherapie – Stand 2002
in Anlehnung an Dipl.-Psych. Klaus Mücke, Potsdam

Nach dem neuen Psychotherapeuten- (VERHINDERUNGS-) Gesetz muß man verschiedene Qualifikations-Voraussetzungen erfüllen, um die Zulassung (Abrechnungsgenehmigung mit den Krankenkassen) als Psychologischer Psychotherapeut zu bekommen, u.a.:

- ein mit dem Diplom erfolgreich abgeschlossenes Psychologie-Studium mit dem Studienschwerpunkt „klinische Psychologie“;
- eine selbstfinanzierte mindestens dreijährige Weiterbildung bei einem von der Kassenärztlichen Vereinigung anerkannten Institut in einem der anerkannten psychotherapeutischen Verfahren (bisher in der Bundesrepublik Deutschland: Verhaltenstherapie, Tiefenpsychologie, Psychoanalyse und – seit diesem Jahr – Gesprächspsychotherapie),
- eine mehrjährige Berufserfahrung und
- ein in der Regel nicht-bezahltes, aber für die Anerkennung notwendiges, psychiatrisches Jahr (1.200 Stunden).

Wußtest Du schon, daß ...

die Anerkennung dessen, was „wissenschaftlich fundiert“ ist durch einen wissenschaftlichen Beirat geschah, der zu einem großen Teil aus Ärzten mit psychoanalytischer Zusatzausbildung (= Psychiatern) bestand. Dadurch wurden eine Reihe international anerkannte Verfahren z.B. der humanistischen und systemischen Psychologie als unwissenschaftlich abqualifiziert. Das führt dazu, daß neuere Richtungen der Psychotherapie nicht weiter erforscht werden und Du als Psychologiestudent in der Weiterbildung auf einige wenige Methoden festgelegt wirst.

Wußtest Du schon, daß ...

ein Psychologischer Psychotherapeut je nach Ausbildung und Ausbildungsinstitut 25.000 bis 50.000 € Kosten für die psychotherapeutische Weiterbildung und 25.000 bis 50.000 € Folgekosten dieser Ausbildungen (Fahrtkosten, Unterkunft, Arbeitsausfall etc.) aufbringt?

Wußtest Du schon, daß ...

ein Psychologischer Psychotherapeut in der Regel zusätzlich zu den vorgeschriebenen Psychotherapieverfahren zwischen 25.000 bis 50.000 € für Fort- und Weiterbildungen in noch nicht anerkannten - aber häufig um so effektiveren - Psychotherapieverfahren investiert?

Wußtest Du schon, daß ...

die Zusatzausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten insgesamt 2400 Stunden dauert (zuzüglich 2 Jahre Praxis) - im Gegensatz zur Ausbildung zum Ärztlichen Psychotherapeuten, dessen Weiterbildung nach einem Medizinstudium im günstigsten Falle 506 Stunden (Tiefenpsychologie) und im ungünstigsten Falle 1240 Stunden (Psychoanalyse) beträgt? Im Gegensatz zu Dir hat ein Arzt bis dahin lediglich eine minimale psychologische Vorbildung: einzelne Vorlesungen und Seminare in den angewandten Bereichen Psychiatrie, Psychosomatik und medizinische Psychologie.

Wußtest Du schon, daß ...

Du eben Pech hattest, wenn Deine Universität die Schwerpunkttrichtung „Klinische Psychologie“ nicht hat oder Du keinen Platz dort abbekommen hast? Obwohl Du weit mehr psychologische Grundwissen hast, als jeder Arzt, wirst Du niemals Psychologischer Psychotherapeut werden können.

Wußtest Du schon, daß ...

der unentgeltlichen Arbeit eines Psychologischen Psychotherapeuten in seinem psychiatrischen Jahr ein Betrag von etwa 50.000 € entspricht? Dem steht gegenüber, daß ein Arzt, der sich zum Ärztlichen Psychotherapeuten weiterbilden möchte, sein psychiatrische Jahr bezahlt bekommt!

Wußtest Du schon, daß ...

es für die Erstattung nicht-genehmigungspflichtiger Leistungen von Psychotherapeuten nach unten keine Begrenzung gibt, so daß in Berlin eine probatorische Gesprächsstunde von den Primärkassen mit ca 87 Cent „honoriert“ wird, wodurch pro Stunde ein Verlust von ca. 35,00 € „erwirtschaftet“ wird. Konkret heißt das: Psychotherapeuten bezahlen für die von ihnen erbrachte Arbeitsleistung.

Wußtest Du schon, daß ...

ein Psychologischer Psychotherapeut für eine genehmigungspflichtige therapeutische Tätigkeit nach Abzug der Praxiskosten bei einem Punktwert von 3 Cent (43,50 €/Therapiestunde) einen Nettolohn von 6,00 € erhält?

Wußtest Du schon, daß ...

ein Psychologischer Psychotherapeut 35 Psychotherapieberichte anfertigen muß, um davon für Kurzzeittherapien befreit zu werden? Für die Erstellung solcher Berichte benötigt er etwa 4 Stunden, erhält hierfür aber nur das Punktwert-Äquivalent von etwas weniger als einer Arbeitsstunde.

Wußtest Du schon, daß ...

die Honorierung psychotherapeutischer Leistungen einem Russischen Roulette hinsichtlich der beruflichen Existenz gleichkommt, weil ein Psychologischer Psychotherapeut niemals genau weiß, welche Leistungen überhaupt und in welcher Höhe von den Krankenkassen anerkannt und honoriert werden? Es ist lediglich sicher, daß sich das Honorar auf geringstem Niveau bewegt.

Wußtest Du schon, daß ...

ein Psychologischer Psychotherapeut erst 4 bis 6 Monate nach Erbringung der psychotherapeutischen Leistungen die genaue Höhe der Vergütung erfährt und er erst dann – und ohne Verzinsung versteht sich – das Honorar überwiesen bekommt, obwohl ganz genau bekannt ist, welche Leistungen quantitativ erbracht wurden?

Wußtest Du schon, daß ...

es keine Möglichkeit der Abrechnung gibt, wenn man das soziale Umfeld (Familienmitglieder, Partner/innen etc.) zusammen mit dem Klienten direkt in den Psychotherapieprozeß miteinbezieht?

Wußtest Du schon, daß ...

ein psychotherapeutische Hilfe Suchender erst nach einem langwierigen Bewilligungsverfahren, das bis zu 6 Wochen und mehr beanspruchen kann, ein Anrecht auf genehmigungspflichtige psychotherapeutische Leistungen hat. Wenn der Psychotherapeut dem Klienten schon vor dem Bewilligungsbescheid therapeutische Gespräche anbietet, dann geschieht das auf eigenes Risiko.

Wußtest Du schon, daß ...

gruppentherapeutische Leistungen mit einem so hohen bürokratischen Aufwand verbunden sind und so schlecht vergütet werden, daß sie praktisch – obwohl sie sehr effektiv und sinnvoll sind – nicht angeboten werden können?

Wußtest Du schon, daß ...

Du als Klient/in kaum einen Einfluß darauf hast, ob die Psychotherapie bei dem Psychotherapeuten Deines Vertrauens weitergeführt werden wird, sondern das darüber ein Gutachter anhand eines formalen Berichts entscheidet?

Wußtest Du schon, daß ...

daß die Psychologen sich diese Ungerechtigkeiten im großen und ganzen widerspruchslos haben diktieren lassen, anstatt mit einem kollektiven Protest auf diese extremen Ungerechtigkeiten zu reagieren oder gar gemeinsam vor das Bundesverfassungsgericht zu ziehen? Statt dessen hat jeder gehofft, selbst mit in das Boot zu kommen, bevor es vom Ufer ablegt, ohne darüber nachzudenken, daß mit so einem Gesetz der eigene Nachwuchs verhindert wird. Inzwischen überschütten sich die verschiedenen therapeutischen Richtungen gegenseitig mit Häme, wer denn nun wissenschaftlicher oder anerkannter sei oder weichen auf den Psychomarkt aus.

Damit das nicht so bleibt: Schreibt dem Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung und fordert eine nachhaltige Verbesserung der Bedingungen für Psychotherapie:

Frau Bundessozialministerin Ulla Schmidt
Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung
Mohrenstr. 62
10117 Berlin