

Christian Reimer

Jochen Eckert

Martin Hautzinger

Eberhard Wilke

Psychotherapie

Ein Lehrbuch für Ärzte und Psychologen

3., vollständig neu bearbeitete und aktualisierte Auflage

Christian Reimer
Jochen Eckert
Martin Hautzinger
Eberhard Wilke

Psychotherapie

Ein Lehrbuch für Ärzte und Psychologen

3. vollständig neu bearbeitete und aktualisierte Auflage

Mit 70 Abbildungen und 35 Tabellen

Prof. Dr. med. Christian Reimer

Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie
Justus-Liebig-Universität
Friedrichstr. 33, 35392 Gießen

Prof. Dr. phil. Jochen Eckert

Institut für Psychotherapie (IfP)
Psychologisches Institut III, Universität Hamburg
Von-Melle-Park 5, 20146 Hamburg

Prof. Dr. phil. Martin Hautzinger

Abt. für Klinische Psychologie und Entwicklungspsychologie
(Arbeitseinheit Klinische Psychologie und Psychotherapie)
Psychologisches Institut, Eberhard-Karls-Universität Tübingen
Christophstr. 2, 72072 Tübingen

Dr. med. Eberhard Wilke

Curtius-Klinik,
Fachklinik für Psychosomatik und Psychotherapie
Neue Kampstr. 2, 23714 Bad Malente-Gremsmühlen

ISBN-13 978-3-540-29987-5 Springer Medizin Verlag Heidelberg

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

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

Dieses Werk ist urheberrechtlich geschützt. Die dadurch begründeten Rechte, insbesondere die der Übersetzung, des Nachdrucks, des Vortrags, der Entnahme von Abbildungen und Tabellen, der Funksendung, der Mikroverfilmung oder der Vervielfältigung auf anderen Wegen und der Speicherung in Datenverarbeitungsanlagen, bleiben, auch bei nur auszugsweiser Verwertung, vorbehalten. Eine Vervielfältigung dieses Werkes oder von Teilen dieses Werkes ist auch im Einzelfall nur in den Grenzen der gesetzlichen Bestimmungen des Urheberrechtsgesetzes der Bundesrepublik Deutschland vom 9. September 1965 in der jeweils geltenden Fassung zulässig. Sie ist grundsätzlich vergütungspflichtig. Zuwiderhandlungen unterliegen den Strafbestimmungen des Urheberrechtsgesetzes.

Springer Medizin Verlag

springer.de

© Springer Medizin Verlag Heidelberg 2007

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

Produkthaftung: Für Angaben über Dosierungsanweisungen und Applikationsformen kann vom Verlag keine Gewähr übernommen werden. Derartige Angaben müssen vom jeweiligen Anwender im Einzelfall anhand anderer Literaturstellen auf ihre Richtigkeit überprüft werden.

Planung: Renate Scheddin

Projektmanagement: Renate Schulz

Lektorat: Petra Rand, Münster

Layout und Einbandgestaltung: deblik Berlin

Satz: Fotosatz-Service Köhler GmbH, Würzburg

SPIN: 10818201

Gedruckt auf säurefreiem Papier 2126 – 5 4 3 2 1 0

Vorwort zur 3. Auflage

Die 3. Auflage unseres Lehrbuches wurde komplett überarbeitet und konzeptionell weitgehend neu gestaltet. So werden am Anfang in fünf Kapiteln die wichtigen Grundlagen der Psychotherapie behandelt: Geschichte, schulenübergreifende Aspekte, psychologische Grundlagen, biologische Grundlagen und Psychotherapieforschung.

Die Anwendungsbereiche von Psychotherapien werden unter didaktischen Gesichtspunkten systematischer dargestellt. Neu hinzugekommen sind dabei die Kapitel über Angststörungen, Zwangsstörungen, Traumafolgestörungen und Essstörungen. Teilweise neu formuliert ist das Kapitel über Sucht und Abhängigkeit.

Im Teil »Psychotherapie bestimmter Lebensabschnitte« ist das Kapitel über Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter neu hinzugekommen, das Kapitel über Psychotherapie bei alten Menschen teilweise neu geschrieben.

Für die neu verfassten Kapitel konnten jeweils in der betreffenden Thematik sehr ausgewiesene Autoren gewonnen werden. Damit dürfte die jetzt vorliegende Auflage das aktuelle Lehrbuchwissen über Psychotherapien und ihre Rahmenbedingungen abbilden. Bei den Mitautorinnen und Mitautoren bedanken wir uns für die stets konstruktive Zusammenarbeit.

Unser ganz besonderer Dank gilt Frau Petra Rand (Münster) für die anhaltend geduldige und sehr sorgfältige Lektorierung, verbunden mit reichhaltigen Änderungsvorschlägen aus der Sicht einer potenziellen Leserin.

Frau Renate Scheddin vom Springer-Verlag hat uns auch bei der Realisierung der jetzt vorliegenden 3. Auflage beraten und unterstützt. Unser Dank gilt daher auch ihr.

Gießen, Hamburg, Tübingen, Malente, im Sommer 2007

Christian Reimer

Jochen Eckert

Martin Hautzinger

Eberhard Wilke

Vorwort zur 1. Auflage

Viele Wege führen nach Rom...

Der sich weiter differenzierende Psychotherapie-»Markt« und die berufspolitischen Entwicklungen im Bereich der Psychotherapie (u. a. Einführung der Gebietsbezeichnung »Psychotherapeutische Medizin« und das Psychotherapeutengesetz 1999) haben dazu geführt, dass neue Psychotherapie-Lehrbücher bzw. -Handbücher erschienen sind oder vorbereitet werden. Einige dieser Werke fühlen sich, gewichtet man ihre Inhalte, eher der Psychoanalyse und ihren Anwendungen verpflichtet, andere versuchen, das Fachwissen möglichst lexikalisch genau kurz und knapp von einer Vielzahl von Autoren darstellen zu lassen.

Die Idee zu unserem Buch stammt von einem der Autoren (C. Reimer), der die Aufsplitterung und Abgrenzung innerhalb der einzelnen Psychotherapie-Schulen und -Verbände mit Skepsis beobachtet und den Wunsch hatte, ein Buch vorzulegen, von dem Therapeuten unterschiedlicher Weiterbildungsgänge profitieren könnten – ein Prinzip, das in analoger Weise in der Zeitschrift »Psychotherapeut« verwirklicht ist.

Ein Vorteil einer solchen Darstellung könnte sein, dass die Leser nicht nur eine Darstellung ihrer Schulrichtung, sondern auch die der anderen wichtigen Psychotherapien finden. Dabei kam es uns darauf an, die von uns jeweils vertretene Methode in einem Hauptkapitel gleichrangig nebeneinander zu stellen und Bewertungen zu vermeiden. Wer die Kontroversen und Anwürfe zwischen Psychoanalytikern und Verhaltenstherapeuten erlebt hat, weiß, was gemeint ist.

Ein weiteres wichtiges Anliegen war uns, nicht das gesamte Wissen quasi lexikalisch abzubilden, sondern uns auf einige exemplarisch häufig angewandte und gut evaluierte Verfahren zu beschränken. In ähnlicher Weise haben wir uns exemplarisch auf einige wenige Krankheitsbilder beschränkt. Wichtig war uns, Schwerpunkte zu setzen, die so in anderen Lehrbüchern nicht vorhanden sind. Gemeint sind z. B. die Kapitel über Grenzen der Psychotherapie, über ethische Aspekte, über Psychotherapie und Psychopharmaka und über die Dimension des Körperlichen in der Psychotherapie sowie psychotherapeutische Möglichkeiten der Hilfe bei somatischen Grunderkrankungen, am Beispiel der Begleitung von Schwerkranken.

Die jeweilige Theorie ist eher knapp gehalten, weil wir besonderen Wert auf die klinische bzw. ambulante Behandlungspraxis gelegt haben.

Zum Erfahrungshintergrund der vier Hauptautoren dieses Buches ist zu sagen, dass alle vier über umfangreiche klinische Erfahrungen verfügen: Drei der Autoren waren lange psychotherapeutisch in der Psychiatrie tätig (Eckert, Hautzinger und Reimer) und einer in der inneren Medizin und in der klinischen Psychosomatik (Wilke). Alle haben daneben auch langjährige Erfahrungen in der ambulanten Arbeit mit unterschiedlichen Psychotherapiepatienten und in der Aus- und Weiterbildung von Psychotherapeuten.

Wir haben uns auch nicht gescheut, kurz zu beschreiben, aus welchen Gründen wir gerade Vertreter der jeweiligen »Schule« geworden sind (Kap. 20: Wege zu einer psychotherapeutischen Identität). Je mehr Behandlungs- und Berufserfahrung jeder von uns hat, desto deutlicher wird uns, dass viele Wege nach Rom führen und alle Beteiligten, also Patienten und Therapeuten, den jeweils ihnen gemäßen finden müssen.

So möchten wir die Leser ermuntern, Kenntnisse auch in anderen als dem von ihnen primär gewählten Psychotherapieverfahren zu erwerben – auch um eine zu einseitige Fixierung auf ihre Methode kritisch zu überdenken. Daraus könnte resultieren – und das wäre unsere Hoffnung –, dass künftige Psychotherapeuten über mehr Wissen verfügen, z. B. im Hinblick auf differenzielle Indikationen. Dieses könnte die nüchterne Beurteilung der Frage erleichtern, von welchem Therapieansatz ein Patient vermutlich am besten profitieren kann. Ein differenziertes Wissen über die anderen Psychotherapiemethoden sollte auch dazu führen, mehr Achtung vor den anders denkenden und praktizierenden Berufskollegen zu haben.

Gießen – Hamburg – Mainz – Malente im Sommer 1996

Christian Reimer Martin Hautzinger
Jochen Eckert Eberhard Wilke

Inhaltsverzeichnis

Statt einer Einleitung: »Eine Geschichte, die zu Herzen geht...«	1
<i>C. Reimer, J. Eckert, M. Hautzinger, E. Wilke</i>	

Teil I: Grundlagen

1 Entwicklung und Geschichte der Psychotherapie	9
<i>M. Hautzinger</i>	
1.1 Anfänge und Vorläufer	10
1.2 Konzepte und Richtungen	10
1.2.1 Hypnotherapie und Katharsis	10
1.2.2 Psychoanalyse	10
1.2.3 Experimentelle Psychologie und Behaviorismus	11
1.2.4 Respondentes Lernen und Verhaltenstherapie	11
1.2.5 Operantes Lernen und Verhaltensmodifikation	11
1.2.6 Humanismus und klientenzentrierte (Gesprächs-)Psychotherapie	12
1.2.7 Kognitive Wende und kognitive Verhaltenstherapie	12
1.2.8 Gruppenpsychotherapie	12
1.2.9 Paar- und Egetherapie	13
1.2.10 Familien- und Systemtherapie	13
1.3 Integration und Kombination verschiedener Psychotherapien	13
1.4 Wirksamkeitsforschung und evidenzbasierte Psychotherapie	14
1.5 Gegenwärtiger Stand und zukünftige Entwicklung	15
Empfohlene Literatur	15
2 Wirkfaktoren und allgemeine Merkmale der Psychotherapie	17
<i>M. Hautzinger, J. Eckert</i>	
2.1 Konzept der therapeutischen Wirkfaktoren	18
2.1.1 Wirkfaktoren in der Gruppentherapie	18
2.1.2 Wirkfaktoren für die Einzeltherapie	18
2.1.3 Allgemeine Wirkfaktoren	20
2.2 Allgemeines Modell von Psychotherapie	21
2.2.1 Konzept und Inhalt	21
2.2.2 Kritische Betrachtung	23
2.3 Modell einer allgemeinen Psychotherapie	25
2.3.1 Konzept und Inhalt	25
2.3.2 Erweiterung zum Würfelmodell	27
2.3.3 Kritische Betrachtung	27

2.4 Konsistenztheorie	28
Empfohlene Literatur	31
3 Psychologische Grundlagen	33
<i>M. Hautzinger</i>	
3.1 Informationsaufnahme und Informationsverarbeitung	34
3.2 Denken und Gedächtnis	35
3.3 Lernen	37
3.4 Motivation und Emotion	38
3.5 Kausalattributionen	39
3.6 Selbstaufmerksamkeit und Lageorientierung	41
3.7 Entwicklung und Bindung	41
3.8 Stress und Coping	43
3.9 Persönlichkeit	45
Empfohlene Literatur	47
4 Biologische Grundlagen	49
<i>M. Hautzinger</i>	
4.1 Nervensystem	50
4.1.1 Aufbau	50
4.1.2 Neurotransmitter	50
4.1.3 Strukturen	51
4.1.4 Autonomes Nervensystem	54
4.2 Endokrines System	55
4.3 Immunsystem	56
4.4 Verhaltensgenetik	57
Empfohlene Literatur	59
5 Psychotherapieforschung	61
<i>M. Hautzinger</i>	
5.1 Erste Evaluationsbestrebungen	62
5.2 Forschungsstrategien	63
5.3 Effektivität	63
5.4 Analysekatoren	65
5.5 Behandlungsintegrität	66
5.6 Kontrolle von Einfluss- und Störgrößen	66
5.6.1 Ein- und Ausschlusskriterien	66
5.6.2 Zufallszuweisung	67
5.6.3 Kontrollgruppen	67
5.6.4 Unabhängige Effektbeurteilung	67
5.7 Patienten in Therapiestudien	68
5.8 Stichprobengröße	68
5.9 Statistische und klinische Relevanz	69
5.10 Metaanalysen	71
5.11 Versorgungsnaher Psychotherapieforschung	71
5.12 Qualitätssicherung	73
Empfohlene Literatur	73

Teil II: Psychotherapeutische Verfahren

A Verbale und handlungsbezogene Psychotherapieverfahren

6	Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	79
	<i>C. Reimer</i>	
6.1	Was ist tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie?	80
6.1.1	Standortbestimmung	80
6.1.2	Behandlungsverfahren	81
6.2	Beginn des Therapeut-Patient-Kontaktes	85
6.2.1	Kontaktaufnahme	85
6.2.2	Erstgespräch und tiefenpsychologische Anamnese	85
6.2.3	Diagnostik und Differenzialdiagnostik	88
6.2.4	Abschluss der Anamneseerhebung	90
6.3	Therapeutischer Prozess	90
6.3.1	Räumliche Rahmenbedingungen (Setting)	90
6.3.2	Zeitliche Rahmenbedingungen	90
6.3.3	Erklären der Rahmenbedingungen	91
6.3.4	Erstellen eines Arbeitsbündnisses.	92
6.3.5	Formulieren gemeinsamer Zielvorstellungen	93
6.3.6	Mögliches Einbeziehen Dritter	93
6.3.7	Konzentrieren auf aktuell wirksame neurotische Konflikte	94
6.3.8	Modifiziertes Umgehen	98
6.3.9	Anwenden problemspezifischer Interventionsmöglichkeiten	104
	Exkurs: Was ist supportive Psychotherapie?	105
6.4	Typische Behandlungsprobleme	107
6.5	Therapieziele	110
6.6	Beendigung der Therapie	110
6.6.1	Fähigkeit zum Abschied beim Patienten	110
6.6.2	Fähigkeit zum Abschied beim Therapeuten	112
6.6.3	Ansprechen des Therapieendes	113
6.7	Indikationen und Kontraindikationen	114
6.7.1	Prüfung der Motivation	115
6.7.2	Äußere und innere Realität des Therapeuten	115
6.7.3	Aufklärungspflicht des Psychotherapeuten	116
6.7.4	Fehlindikationen	118
6.8	Evaluation	119
6.9	Eine typische Kasuistik	119
	Exkurs: »Schwierige« Patienten	124
	Empfohlene Literatur	133

7	Katathym-imaginative Psychotherapie	135
	<i>E. Wilke</i>	
7.1	Was ist katathym-imaginative Psychotherapie?	136
7.2	Beginn des Therapeut-Patient-Kontaktes	138
7.3	Therapeutischer Prozess	138
7.3.1	Rahmenbedingungen	138
7.3.2	Therapieverlauf	141
7.3.3	Symbolik	147
7.3.4	Erwartungen des Patienten an den Therapeuten	149
7.3.5	Anforderungen an den Therapeuten	150
7.3.6	Erweiterung des Settings	152
7.4	Typische Behandlungsprobleme	159
7.5	Therapieziele	159
7.6	Beendigung der Therapie	162
7.7	Indikationen und Kontraindikationen	162
7.8	Evaluation	164
7.9	Eine typische Kasuistik	164
	Empfohlene Literatur	166
8	Verhaltenstherapie und kognitive Therapie	167
	<i>M. Hautzinger</i>	
8.1	Was ist Verhaltenstherapie bzw. kognitive Therapie?	168
8.1.1	Grundkonzept	168
8.1.2	Entstehung und Entwicklung	169
8.1.3	Wissenschaft, Therapie oder Technologie	170
8.1.4	Theoretische Grundlagen	171
8.1.5	Verhaltenstherapie als Problemlöseprozess	185
8.2	Beginn des Therapeut-Patient-Kontaktes	185
8.3	Therapeutischer Prozess	187
8.3.1	Funktionale Diagnostik und Therapieplanung	187
8.3.2	Verhaltensdiagnostik und Problemanalyse	188
8.3.3	Verhaltenstherapeutische Methoden und Techniken	192
8.3.4	Behandlungsprogramme bei ausgewählten Störungsbildern	209
8.4	Typische Behandlungsprobleme	221
8.5	Therapieziele	221
8.6	Beendigung der Therapie	221
8.7	Indikationen und Kontraindikationen	221
8.8	Evaluation	221
8.9	Eine typische Kasuistik	222
	Empfohlene Literatur	225
9	Interpersonelle Psychotherapie	227
	<i>M. Hautzinger</i>	
9.1	Was ist interpersonelle Psychotherapie?	228
9.2	Beginn des Therapeut-Patient-Kontaktes	228
9.3	Therapeutischer Prozess	229
9.3.1	Grundform der interpersonellen Psychotherapie	229

9.3.2	Interpersonelle und soziale Rhythmus- psychotherapie	229	11.4	Typische Behandlungsprobleme	304
9.4	Typische Behandlungsprobleme	230	11.5	Therapieziele	306
9.5	Therapieziele	231	11.6	Beendigung der Behandlung	306
9.6	Beendigung der Therapie	231	11.7	Indikationen und Kontraindikationen	306
9.7	Indikation und Kontraindikation	231	11.8	Evaluation	307
9.8	Evaluation	232	11.8.1	Wirksamkeitsforschung und Qualitäts- sicherung	307
	Empfohlene Literatur	232	11.8.2	Die wissenschaftliche (Nicht-)Anerkennung der systemischen Therapie	308
10	Gesprächspsychotherapie	233	11.9	Eine typische Kasuistik	310
	<i>J. Eckert</i>			Exkurs: Kontroverse um Bert Hellingers Ansatz	312
10.1	Was ist Gesprächspsychotherapie?	234	11.10	Internetadressen	314
10.1.1	Definition	235		Empfohlene Literatur	315
10.1.2	Theoretische Grundannahmen	235	12	Gestalttherapie	317
10.2	Beginn des Therapeut-Patient-Kontaktes	238		<i>L. Hartmann-Kottek</i>	
10.2.1	Diagnostische Aufgaben des Erstinterviews	238	12.1	Was ist Gestalttherapie?	318
10.2.2	Praxis des Erstinterviews	245	12.1.1	Begriffsbestimmung	318
10.3	Therapeutischer Prozess	248	12.1.2	Quellen der Gestalttherapie	318
10.3.1	Beitrag des Therapeuten	250	12.1.3	Methodisches Selbstverständnis	319
10.3.2	Beitrag des Patienten	254	12.2	Beginn des Therapeut-Patient-Kontaktes	322
10.3.3	Therapeutisches Handeln	256	12.2.1	Therapeutische Einstimmung und Selbstver- ständnis	322
10.3.4	Interventionsregeln	261	12.2.2	Fünf Ebenen der therapeutischen Beziehung	322
10.4	Typische Behandlungsprobleme	267	12.2.3	Therapeutische Stilvarianten	323
10.5	Therapieziele	271	12.3	Therapeutischer Prozess	324
10.5.1	Therapiezielebenen	271	12.3.1	Von der Klärung über die Krise zum Neubeginn	324
10.5.2	Störungsspezifische Therapieziele	272	12.3.2	Restabilisierung bei Krisen und Traumatisierungen	326
10.5.3	Methodenspezifische Therapieziele	273	12.3.3	Nachreifungsangebote bei strukturellen Defiziten	328
10.5.4	Therapieziele und Ethik	274	12.4	Typische Behandlungsprobleme	330
10.6	Beendigung der Behandlung	274	12.4.1	Klappen bei der Konfliktlösungsbehandlung	330
10.6.1	Probleme des Patienten	274	12.4.2	Klappen bei der Krisen- und Trauma- verarbeitung	331
10.6.2	Probleme des Therapeuten	276	12.4.3	Klappen bei der strukturellen Aufbauarbeit	331
10.7	Indikationen und Kontraindikationen	276	12.5	Therapieziele	332
10.7.1	Indikationen	276	12.6	Beendigung der Behandlung	333
10.7.2	Kontraindikationen	277	12.7	Indikationen und Kontraindikationen	334
10.8	Evaluation	278	12.8	Evaluation	336
10.8.1	Wirksamkeit von Gesprächspsychotherapie	278	12.8.1	Methodische Besonderheiten	336
10.8.2	Messung des Therapieerfolgs	279	12.8.2	Wirksamkeitsforschung und -dokumentation	336
10.8.3	Wissenschaftliche Belege	279	12.9	Eine typische Kasuistik	337
10.9	Eine typische Kasuistik	280		Empfohlene Literatur	340
	Empfohlene Literatur	286	13	Psychodramatherapie	343
11	Systemische Psychotherapie			<i>R.T. Krüger</i>	
	(mit Familien, Paaren und Einzelnen)	289	13.1	Was ist Psychodrama?	344
	<i>K. von Sydow</i>		13.1.1	Geschichtliche Entwicklung	344
11.1	Was ist systemische Psychotherapie?	290		Exkurs: Jacob Levi Moreno	344
11.1.1	Begriffsbestimmung	290	13.1.2	Grundideen der Soziometrie und der Gruppentherapie.	346
11.1.2	Historische Entwicklung	290	13.1.3	Psychodrama als Aktionsmethode	347
11.1.3	Theoretische Grundlagen	292			
11.1.4	Ein systemisch-integratives Minimalmodell	294			
11.2	Diagnostik	296			
11.3	Therapeutischer Prozess	297			
11.3.1	Rahmenbedingungen	297			
11.3.2	Erstgespräch	298			
11.3.3	Therapeutisches Vorgehen im Einzelsetting	299			
11.3.4	Spezielle Interventionstechniken	300			

13.2 Beginn des Therapeut-Patient-Kontaktes 348
13.3 Therapeutischer Prozess 348
 13.3.1 Handeln im Rahmen der Bühne 348
 13.3.2 Gestaltung des Handlungsdialoges 349
 13.3.3 Prinzip der Begegnung 350
 13.3.4 Psychodramatechniken 350
13.4 Typische Behandlungsprobleme 353
13.5 Therapieziele 353
13.6 Beendigung der Behandlung 353
13.7 Indikationen und Kontraindikationen 354
13.8 Evaluation 355
13.9 Eine typische Kasuistik 356
Empfohlene Literatur 359

**B Suggestive und körperbezogene
Therapieverfahren**

14 Suggestive und Entspannungsverfahren 363
E. Wilke
**14.1 Was sind suggestive und Entspannungs-
verfahren?** 364
 14.1.1 Hypnose 364
 14.1.2 Autogenes Training 365
 14.1.3 Progressive Relaxation nach Jacobson 366
14.2 Beginn des Patient-Therapeut-Kontaktes 367
14.3 Therapeutischer Prozess 367
 14.3.1 Hypnose 367
 14.3.2 Autogenes Training 368
 14.3.3 Progressive Relaxation nach Jacobson 370
**14.4 Typische Behandlungsprobleme am
Beispiel der Hypnose** 370
14.5 Therapieziele 371
**14.6 Beendigung der Therapie am Beispiel
der Hypnose** 371
14.7 Indikationen und Kontraindikationen 371
14.8 Evaluation 372
14.9 Eine typische Kasuistik 372
Empfohlene Literatur 373

15 Körperorientierte Psychotherapie 375
E. Wilke
**15.1 Was ist körperorientierte Psycho-
therapie?** 376
 15.1.1 Konzentrierte Bewegungstherapie 377
 15.1.2 Funktionelle Entspannung 378
 15.1.3 Tiefenpsychologisch fundierte Körpertherapie 378
 15.1.4 Weitere Verfahren im Überblick 378
15.2 Beginn des Therapeut-Patient-Kontaktes 379
15.3 Therapeutischer Prozess 379
 15.3.1 Konzentrierte Bewegungstherapie 379
 15.3.2 Funktionelle Entspannung 381
 15.3.3 Tiefenpsychologisch fundierte Körpertherapie 382
15.4 Typische Behandlungsprobleme 383
15.5 Therapieziele 383

15.6 Beendigung der Therapie 384
15.7 Indikationen und Kontraindikationen 384
 15.7.1 Konzentrierte Bewegungstherapie 384
 15.7.2 Funktionelle Entspannung 384
 15.7.3 Tiefenpsychologisch fundierte Körperpsycho-
therapie 384
15.8 Evaluation 385
15.9 Eine typische Kasuistik 385
Empfohlene Literatur 386

Teil III: Anwendungsgebiete

**16 Psychosomatische und somatoforme
Störungen** 389
E. Wilke, M. Hautzinger
16.1 Was sind psychosomatische Störungen? 390
 16.1.1 Geschichte der Psychosomatik 390
 16.1.2 Genese psychosomatischer Erkrankungen 397
**16.2 Psychotherapie psychosomatisch
Kranker** 401
**16.3 Psychosomatische Erkrankungen im
engeren Sinne** 403
 16.3.1 Colitis ulcerosa 404
 16.3.2 Morbus Crohn 406
 16.3.3 Ulcus ventriculi et duodeni 408
 16.3.4 Asthma bronchiale 410
 16.3.5 Neurodermitis 412
**16.4 Somatisierung und somatoforme
Störungen** 415
 16.4.1 Was sind somatoforme Störungen? 415
 16.4.2 Verhaltenstherapeutischer Ansatz 419
 16.4.3 Chronische Schmerzen 423
**16.5 Somatoforme autonome Funktions-
störungen** 426
 16.5.1 Konversionsstörungen 426
 16.5.2 Funktionelle Abdominalbeschwerden 428
 16.5.3 Funktionelle kardiovaskuläre Beschwerden 430
Empfohlene Literatur 432

**17 Psychotherapeutischer Umgang
mit körperlich Kranken** 433
C. Schmeling-Kludas, J. Eckert
**17.1 Ansätze des psychotherapeutischen
Umgangs mit körperlich Kranken** 434
17.2 Übergreifende Grundsätze 435
**17.3 Zusammenführung von Psychotherapie
und Körpermedizin** 436
 17.3.1 Integrierter Therapeut oder Integration
im Team? 436
 17.3.2 Berücksichtigung des körperlichen Zustands
und der körpermedizinischen Versorgung 437
 17.3.3 Versorgungsmodelle 438

17.4	Indikationsstellung und Beginn des Therapeut-Patient-Kontaktes	439	19.7.4	Generalisierte Angststörung	488
17.5	Typische Behandlungsprobleme	440	19.8	Evaluation	488
17.6	Therapieziele	440	19.8.1	Psychotherapie der spezifischen Phobie	489
17.7	Evaluation	442	19.8.2	Psychotherapie der sozialen Phobie	489
17.8	Eine typische Kasuistik	443	19.8.3	Psychotherapie der Panikstörung mit Agora- phobie	490
	Empfohlene Literatur	444	19.8.4	Psychotherapie der generalisierten Angst- störung	491
18	Psychotherapie bei Depressionen	445	19.9	Eine typische Kasuistik	492
	<i>M. Hautzinger, C. Reimer, J. Eckert</i>			Empfohlene Literatur	495
18.1	Was sind depressive Störungen?	446	20	Psychotherapie bei Zwangsstörungen	497
18.1.1	Symptomatologie	446		<i>H. Reinecker</i>	
18.1.2	Epidemiologie und Risikofaktoren	447	20.1	Was sind Zwangsstörungen?	498
18.1.3	Ätiologie	447	20.2	Behandlungsansätze	500
18.2	Therapeutischer Prozess	449	20.3	Funktionale Diagnostik und Therapie- planung	500
18.2.1	Tiefenpsychologisch fundierte Behandlung	449	20.3.1	Rollenklärung, Erwartungen	501
18.2.2	Gesprächspsychotherapie	455	20.3.2	Therapeutische Beziehung	501
18.2.3	Kognitive Verhaltenstherapie	460	20.3.3	Motivation (Ändern versus Akzeptieren)	501
18.2.4	»Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy«	464	20.3.4	Funktionale Analyse	502
18.3	Evaluation	464	20.4	Therapeutischer Prozess	502
	Empfohlene Literatur	465	20.4.1	Konfrontation und Reaktionsverhinderung	502
19	Psychotherapie bei Angststörungen	467	20.4.2	Behandlung von Zwangsgedanken	504
	<i>M. Bassler</i>		20.4.3	Prinzipien der kognitiven Therapie	505
19.1	Was sind Angststörungen?	468	20.5	Offene Fragen und typische Behandlungs- probleme	506
19.1.1	Spezifische Phobien	471	20.5.1	Prävention	506
19.1.2	Soziale Phobie	473	20.5.2	Komorbiditätsproblem	506
19.1.3	Agoraphobie mit/ohne Panikstörung	475	20.5.3	Medikation	507
19.1.4	Isolierte Panikstörung	477	20.5.4	Ambulante versus stationäre Therapie	507
19.1.5	Generalisierte Angststörung	478	20.5.5	Rückfallprophylaxe	507
19.2	Beginn des Therapeut-Patient-Kontaktes	480	20.6	Therapieziele	508
19.3	Therapeutischer Prozess	480	20.7	Indikationen und Kontraindikationen	508
19.3.1	Dimensionen des therapeutischen Prozesses	480	20.8	Evaluation	509
19.3.2	Integration verschiedener Therapie- verfahren	481	20.9	Eine typische Kasuistik	509
19.3.3	Kombination mit Pharmakotherapie	482		Empfohlene Literatur	510
19.3.4	Störungsorientierte Therapiemanuale	482	21	Psychotherapie bei Traumafolgestörungen	511
19.4	Spezielle Behandlungsstrategien und -probleme	483		<i>E. Wilke</i>	
19.4.1	Spezifische (isolierte) Phobien	483	21.1	Was sind Traumafolgestörungen?	512
19.4.2	Agoraphobie mit/ohne Panikstörung	483	21.2	Geschichte der Psychotraumatologie	514
19.4.3	Panikstörung	483	21.3	Physiologie der Traumaverarbeitung	514
19.4.4	Soziale Phobie	484	21.4	Therapeutische Strategien	516
19.4.5	Generalisierte Angststörung	485	21.5	Typische Behandlungsprobleme	521
19.5	Therapieziele	486	21.6	Therapieziele	521
19.5.1	Veränderung der Krankheitstheorie	486	21.7	Evaluation	521
19.5.2	Verhaltensexperimente und Reaktions- management	486		Empfohlene Literatur	521
19.5.3	Kognitive und emotionale Umstrukturierung	486	22	Psychotherapie bei Essstörungen	523
19.6	Beendigung der Behandlung	487		<i>E. Wilke, M. Hautzinger</i>	
19.7	Indikationen	487	22.1	Was sind Essstörungen?	524
19.7.1	Agoraphobie und Panikstörung	487	22.2	Psychodynamik der Oralität	524
19.7.2	Soziale Phobien	488	22.3	Formen von Essstörungen	525
19.7.3	Spezifische Phobien	488	22.3.1	Magersucht	525

22.3.2	Bulimia nervosa	530	25.5	Eine typische Kasuistik	589
22.3.3	Adipositas	535		Empfohlene Literatur	594
	Empfohlene Literatur	537	26	Psychotherapeutischer Umgang mit suizidalen Patienten	595
23	Psychotherapie bei Sucht und Abhängig- keiten	539		<i>C. Reimer</i>	
	<i>C. Reimer, M. Hautzinger</i>		26.1	Was ist Suizidalität?	596
23.1	Was sind Sucht und Abhängigkeit?	540	26.1.1	Modell des Verlust- oder Kränkungs- erlebnisses	597
23.1.1	Alkoholabhängigkeit	540	26.1.2	Weitere Modellvorstellungen	598
23.1.2	Psychodynamische Aspekte	543	26.2	Therapeutischer Prozess	599
23.1.3	Narzisstische Störungen	544	26.2.1	Suizidrisiko	599
23.1.4	Sucht als Bewältigungsstrategie	545	26.2.2	Suizidanamnese	599
23.1.5	Einstellungen gegenüber Süchtigen	545	26.2.3	Akute Krise	600
23.2	Psychotherapiemöglichkeiten	546	26.2.4	Chronische Suizidalität	603
23.2.1	Voraussetzungen für eine Psychotherapie	546	26.2.5	Interventionsregeln	603
23.2.2	Therapieziele	547	26.3	Typische Behandlungsprobleme	604
23.2.3	Typische Behandlungsprobleme	547	26.3.1	Gegenübertragung	604
23.2.4	Verhaltenstherapie bei Alkoholabhängigkeit	548	26.3.2	Einstellungen von Therapeuten zu Suizidalität	605
23.3	Evaluation der Alkoholismusbehandlung	551	26.3.3	Missglückte Interventionen	606
	Exkurs: Süchtige Kollegen	552	26.3.4	Fehler im Umgang mit Suizidpatienten	606
23.4	Eine typische Kasuistik	553	26.3.5	Schwierigkeiten aufseiten des Patienten	608
	Empfohlene Literatur	554		Empfohlene Literatur	609
24	Psychotherapie bei schizophrenen Störungen	555	Teil IV: Psychotherapie in speziellen Lebensabschnitten		
	<i>M. Hautzinger</i>				
24.1	Was ist Schizophrenie?	556			
24.2	Psychotherapie	557			
24.2.1	Argumente für Psychotherapie	557			
24.2.2	Bedingungen für die Psychotherapie	558			
24.2.3	Therapeutischer Prozess	558			
24.3	Evaluation	563			
	Empfohlene Literatur	564			
25	Psychotherapie bei Borderline- Persönlichkeitsstörungen	565			
	<i>B. Dulz, J. Eckert</i>				
25.1	Was ist eine Persönlichkeitsstörung?	566			
25.2	Was ist eine Borderline-Persönlichkeits- störung?	567			
25.2.1	Historische Hintergründe	567			
	Exkurs: Borderline-Pathologie und Pathologie von Psychosen	568			
25.2.2	Aktuelle diagnostische Kriterien	568			
25.2.3	Aktuelle Annahmen zur Ätiologie	570			
25.3	Rahmenbedingungen	571			
25.4	Behandlungsansätze	572			
25.4.1	Schulenübergreifende Behandlungsziele und -prinzipien	572			
25.4.2	Psychoanalytische/psychodynamische Konzepte	572			
	Exkurs: Einsatz von Psychopharmaka und damit verbundene Psychodynamik	579			
25.4.3	Kognitiv-behaviorale Konzepte	580			
25.4.4	Klientenzentrierte Konzepte	582			
			27	Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter	613
				<i>M. Döpfner</i>	
			27.1	Störungsbilder im Kindes- und Jugend- alter	614
			27.2	Multimodale Psychodiagnostik	616
			27.3	Multimodale Kinder- und Jugendlichen- psychotherapie	618
			27.4	Beispielhafte Therapieprogramme	622
			27.5	Behandlungsleitlinien	624
			27.6	Evaluation	624
			27.7	Eine typische Kasuistik	626
				Empfohlene Literatur	628
			28	Psychotherapie alter Menschen	631
				<i>M. Hautzinger, C. Reimer</i>	
			28.1	Psychotherapiebedarf	632
			28.1.1	Demografische Aspekte	632
			28.1.2	Krisen im Alter	632
			28.2	Modelle des erfolgreichen Alterns	634
			28.2.1	Modell der selektiven Optimierung mit Kompensation	634

28.2.2	Modell der Handlungsspielräume im Alter . . .	635	29.6	Evaluation	684
28.3	Psychotherapeutischer Umgang mit älteren Patienten	636		Empfohlene Literatur	686
28.3.1	Psychodynamische Aspekte	636	30	Besonderheiten von Psychotherapie im Rahmen psychosomatischer Behandlungen	687
28.3.2	Besonderheiten bei der Psychotherapie Älterer	637		<i>C. Schmeling-Kludas, E. Wilke</i>	
28.3.3	Entspannungsverfahren als Basistherapie	639	30.1	Historische Entwicklung in Deutschland	688
28.3.4	Kognitive Verhaltenstherapie bei depressiven Störungen	639	30.2	Institutioneller Rahmen	689
28.3.5	Psychotherapie bei leichten kognitiven Störungen und beginnender Demenz	641	30.3	Charakterisation der Psychotherapie im stationären Setting	689
28.3.6	Adjuvante Verhaltenstherapie bei Morbus-Parkinson-Patienten	642	30.3.1	Vorteile	689
28.3.7	Psychotherapie pflegender Angehöriger	643	30.3.2	Therapiekonzepte	690
28.4	Typische Behandlungsprobleme	644	30.3.3	Schulenorientierung und differenzielle Indikationsstellung	691
28.5	Indikationen und Kontraindikationen	646	30.3.4	Therapieelemente	692
28.6	Typische Kasuistiken	647	30.3.5	Interdisziplinäre Zusammenarbeit	696
	Empfohlene Literatur	648	30.3.6	Verhältnis von Psychotherapie und somatischer Medizin	698
			30.3.7	Anforderungen an den stationär tätigen Psychotherapeuten	699
			30.4	Therapeutischer Prozess	699
			30.4.1	Eine typische Kasuistik	700
			30.4.2	Zusammenwirken verschiedener Behandlungsverfahren	702
			30.4.3	Bedeutung der Mitpatienten	703
			30.4.4	Einbeziehung der Familie und des weiteren sozialen Umfelds	704
			30.5	Typische Behandlungsprobleme	704
			30.6	Indikationsstellung und Zuweisung	706
			30.6.1	Indikationen für stationäre psychosomatische Behandlungen	706
			30.6.2	Zuweisung	707
			30.6.3	Praktisches Vorgehen bei der Einweisung	709
			30.7	Evaluation	710
			31	Krisen, Krisenintervention und Kurzpsychotherapie	713
				<i>C. Reimer</i>	
			31.1	Was ist eine Krise?	714
			31.2	Krisenintervention	716
			31.3	Kurzpsychotherapie	718
			31.3.1	Kurzzeittherapie	718
			31.3.2	Kurztherapie	718
			31.4	Typische Behandlungsprobleme	718
			31.5	Indikation, Kontraindikation und kritische Aspekte	720
			31.6	Evaluation	721
				Empfohlene Literatur	722

Teil V: Psychotherapie in speziellen Settings

29	Gruppenpsychotherapie	651
	<i>J. Eckert</i>	
29.1	Modelle von Gruppenarbeit	652
29.1.1	Gruppendynamik und Encounterbewegung	652
29.1.2	Merkmale und Fähigkeiten einer Gruppe	653
29.1.3	Allgemeine gruppentheoretische Konzepte und Modelle	655
29.2	Psychotherapeutische Gruppenmodelle	657
29.2.1	Vermittlung von Psychohygiene und Gesundheitsfürsorge	657
29.2.2	Psychodramatische und soziodramatische Modelle	658
29.2.3	Psychoanalytische Gruppenpsychotherapie- modelle	660
29.2.4	Klientenzentrierte Gruppenpsychotherapie	663
29.2.5	Verhaltenstherapeutische Gruppentherapie- modelle	664
29.3	Therapeutische Wirkfaktoren	669
29.4	Therapieziele und Indikationsregeln	679
29.4.1	Indikation in der therapeutischen Praxis	679
29.4.2	Indikationskriterien	679
29.4.3	Differenzielle Indikation	680
29.5	Varianten im therapeutischen Setting	681
29.5.1	Gruppenformationen	681
29.5.2	Kombinationen von Einzel- und Gruppen- therapie	682
29.5.3	Homogene versus heterogene Gruppen	683
29.5.4	Gruppengröße	684
29.5.5	Stationäre versus ambulante Gruppen- therapie	684

Teil VI: Spezielle Aspekte der Psychotherapie

32	Psychotherapie und Psychopharmakotherapie	725
	<i>C. Reimer</i>	
32.1	Voraussetzungen zur Kombinations- therapie	726
32.2	Psychodynamische Implikationen und Risiken	726
32.3	Ethische Aspekte	727
32.4	Psychopharmaka	728
32.4.1	Neuroleptika	728
32.4.2	Antidepressiva	729
32.4.3	Tranquillizer (Benzodiazepine)	729
32.4.4	Weitere Psychopharmaka	730
32.5	Psychopharmakologische Notfall- behandlung	731
	Empfohlene Literatur	733
33	Grenzen der Psychotherapie	735
	<i>C. Reimer, J. Eckert, M. Hautzinger, E. Wilke</i>	
33.1	Vorbemerkung	736
33.2	Grenzen aufseiten des Patienten	736
33.3	Grenzen aufseiten des Therapeuten	738
33.4	Begrenzende Interaktion zwischen Patient und Therapeut	741
33.5	Begrenzende äußere Realität	741
34	Ethische Aspekte der Psychotherapie	745
	<i>C. Reimer</i>	
34.1	Was ist ethisches Handeln in der Psycho- therapie?	746
34.2	Belastungen bei der psychothera- peutischen Arbeit	746
34.3	Arbeitsstörungen von Psychotherapeuten	748
34.3.1	Verantwortung des Therapeuten für Therapieschäden	748
34.3.2	Verletzung des Abstinenzgebots	749
34.3.3	Narzisstischer Missbrauch	752
34.4	Psychodynamik und Erklärungsmöglich- keiten	753
34.5	Weitere ethische Probleme bei psycho- therapeutischen Behandlungen	755
34.6	Konsequenzen für die psychothera- peutische Praxis	758
	Empfohlene Literatur	759

Teil VII: Aus-, Weiter- und Fortbildung in der Psychotherapie

35	Aus-, Weiter- und Fortbildung in Psycho- therapie für Mediziner	763
	<i>E. Wilke</i>	
35.1	Weiterbildung zum Facharzt	764
35.1.1	Psychosomatische Medizin und Psycho- therapie	765
35.1.2	Psychiatrie und Psychotherapie	766
35.1.3	Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	767
35.1.4	Psychoanalyse (Zusatzbezeichnung)	769
35.1.5	Psychotherapie – fachgebunden (Zusatz- bezeichnung)	769
35.2	Fortbildung für Ärzte	770
35.3	Internetadresse	770
36	Aus- und Fortbildung in Psychotherapie für Psychologen	771
	<i>M. Hautzinger</i>	
36.1	Psychologischer Psychotherapeut	772
36.1.1	Praktische Ausbildung	773
36.1.2	Theoretische Ausbildung	773
36.1.3	Gegenstandskatalog der theoretischen Ausbildung	774
36.2	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut	775
36.2.1	Praktische Ausbildung	775
36.2.2	Theoretische Ausbildung	776
36.2.3	Gegenstandskatalog der theoretischen Ausbildung	777
36.3	Fortbildung für Psychotherapeuten	778
36.4	Internetadressen	779
	Empfohlene Literatur	779
37	Wege zu einer psychotherapeutischen Identität	781
	<i>J. Eckert, M. Hautzinger, C. Reimer, E. Wilke</i>	
	Literatur	787
	Sachverzeichnis	813

Mitarbeiterverzeichnis

Bassler, Markus, Priv.-Doz. Dr. med.

Am Eselsweg 7, 55128 Mainz

Dulz, Birger, Dr. med.

2. Abt. f. Psychiatrie und Psychotherapie (Persönlichkeitsstörungen/Trauma) Asklepios Klinik Nord
Langenhorner Chaussee 560, 22419 Hamburg

Döpfner, Manfred, Prof. Dr. sc. hum.

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters
Ausbildungsinstitut für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie AKIP, Universität Köln,
Robert-Koch-Str. 10, 50931 Köln

Eckert, Jochen, Prof. Dr. phil.

Institut für Psychotherapie (IfP)
Psychologisches Institut III
Universität Hamburg
Von-Melle-Park 5, 20146 Hamburg

Hartmann-Kottek, Lotte, Dr. med., Dipl.-Psych.

Eichholzweg 8a, 34132 Kassel

Hautzinger, Martin, Prof. Dr. phil.

Abteilung für Klinische Psychologie und Entwicklungspsychologie (Arbeitseinheit Klinische Psychologie und Psychotherapie)
Psychologisches Institut
Eberhard-Karls-Universität Tübingen
Christophstr. 2, 72072 Tübingen

Krüger, Reinhard T., Dr. med.

Von-Alten-Str. 2, 30938 Großburgwedel

Reimer, Christian, Prof. Dr. med.

Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie
Justus-Liebig-Universität
Friedrichstr. 33, 35392 Gießen

Reinecker, Hans, Prof. Dr. phil.

Klinische Psychologie/Psychotherapie, Psychologie III,
Otto-Friedrich-Universität
Markusplatz 3, 96047 Bamberg

Schmeling-Kludas, Christoph, Prof. Dr. med.

Abteilung für Psychosomatische Medizin
und Psychotherapie, Krankenhaus Ginsterhof
Metzendorfer Weg 21, 21224 Rosengarten

Sydow von, Kirsten, Priv.-Doz. Dr. phil.

Praxis für Psychotherapie
Osterstr. 163, 20255 Hamburg
Psychologisches Institut III
Universität Hamburg
Von-Melle-Park 5, 20146 Hamburg

Wilke, Eberhard, Dr. med.

Curtius-Klinik, Fachklinik für Psychosomatik
und Psychotherapie,
Neue Kampstr. 2, 23714 Bad Malente-Gremsmühlen

Statt einer Einleitung: »Eine Geschichte, die zu Herzen geht...«

C. Reimer, J. Eckert, M. Hautzinger, E. Wilke

Das Sprechzimmer des Psychotherapeuten betritt Herr L., ein 48-jähriger, sportlicher, gut gekleideter Mann. Er wirkt etwas hektisch und ängstlich in der Erwartung dessen, was auf ihn zukommen mag, dabei nicht ausschließlich als Hilfesuchender, sondern auch wie ein »Handlungsreisender«, der etwas verkaufen will, allerdings ohne zu wissen, ob man es ihm abnehmen wird. Er ist Jurist. Sein Kardiologe, der ihn seit Jahren wegen eines schwer einzustellenden Hochdrucks behandelt, vermerkt auf dem Überweisungsschein: therapierefraktärer Hochdruck – Konflikt? Am Telefon ergänzt er, sein Patient habe ihm beim letzten Besuch gesagt, dass er auch Ängste habe. Herr L. sei immer öfter – auch unangemeldet – in der Praxis erschienen, um sich den Blutdruck messen zu lassen, in der letzten Zeit 2-mal täglich. Dieser Drang, seinen Blutdruck zu kontrollieren, habe keinen Aufschub geduldet. Dabei habe er stets den Arzt persönlich sehen wollen. Nach Mitteilung des Messergebnisses sei er beruhigt wieder an seinen Arbeitsplatz zurückgekehrt, auch wenn der Messwert unbefriedigend ausfiel. Der Versuch, den Blutdruck durch die Gabe von β -Blockern einzustellen, sei gescheitert. Diagnostisch handle es sich um eine essenzielle Hypertonie; somatische Ursachen seien in wiederholten Untersuchungen ausgeschlossen worden.

Die Überweisung zum Psychotherapeuten hat den Patienten offensichtlich verunsichert. Dies zeigt sich darin, dass er im Erstgespräch bemerkt: »Mein Internist ist der Ansicht, dass ich lernen müsse, mich zu entspannen und den Stress am Arbeitsplatz abzubauen. Denken Sie aber bitte nicht, in meinem Leben sei etwas nicht in Ordnung!«

An dieser Stelle könnte ein Therapeut zum ersten Mal intervenieren.

Was würden wir als Vertreter unterschiedlicher Schulen sagen können?

- Eckert (Gesprächspsychotherapie): »Haben Sie die Befürchtung, ich könnte alles daran setzen, Ihnen klarzumachen, dass Sie und Ihre Lebensführung daran Schuld haben, dass Sie sich nicht entspannen können und gegen den Stress an Ihrem Arbeitsplatz nicht immun sind?«
- Hautzinger (Verhaltenstherapie): »Wie kommt denn Ihr Arzt auf diese Ideen?«
- Reimer (Tiefenpsychologie): »Schauen Sie, ich weiß doch noch gar nichts über Ihr Leben. Vielleicht mögen Sie mir nachher etwas darüber erzählen?«
- Wilke (Tiefenpsychologie): »Um dazu etwas sagen zu können, möchte ich Sie zunächst bitten, mir Ihre Beschwerden so genau wie möglich zu schildern – und zwar die körperlichen wie auch mögliche seelische Begleiterscheinungen.«

Die reale Situation gestaltet sich so, dass der Therapeut, selbst Internist, um eine ausführliche Beschwerdeschilderung bittet. Herr L. berichtet, er leide unter einer starken inneren Spannung mit Druckgefühl auf der Brust. Er spüre dann sein Herz schneller und schneller schlagen, es rase und schlage ihm bis zum Hals. Dies sei keine Einbildung, sondern der Arzt habe dann auch immer einen schnellen Puls und einen hohen Blutdruck gemessen. Auf die Frage, seit wann diese Beschwerden bestünden und in welchen Situationen sie auftreten, antwortet er: »Das kommt aus heiterem Himmel«. Eigentlich sei er immer »robust und kerngesund« gewesen, habe stets viel Sport getrieben. In letzter Zeit habe er sich jedoch zunehmend geschont, weil er das Wiederauftreten dieser unangenehmen Beschwerden fürchte.

Der Therapeut fragt nun, ob er jemals Angst gehabt habe, dass sein Herz stehen bleiben könnte. Herr L.: »Ja, schon. Kann es denn sein, dass so etwas passiert?«

An dieser Stelle bietet sich eine weitere Intervention an, die wir – wie folgt – unterschiedlich vorgenommen haben:

- Eckert: »Nein, diese Vorstellung teile ich nicht. Aber Ihrer Frage entnehme ich, dass Sie es für sich für unangebracht halten, Ängste zu haben, deren reale Grundlage Sie nicht erkennen können. Ist das so?«
- Hautzinger: »Eigentlich nein, doch dazu kommen wir gleich noch. Schildern Sie mir doch so einen Beschwerdenanfall einmal ganz genau. Vielleicht den letzten Vorfall dieser Art.«
- Reimer: »Nach allem, was wir bisher über mögliche körperliche Ursachen Ihrer Beschwerden wissen, ist das wohl eher unwahrscheinlich. Wichtiger erscheint mir Ihre Angst davor, dass Ihnen so etwas plötzlich passieren könnte.«
- Wilke: »Sicher nicht. Es spricht nichts dafür, dass Ihr Herz als Organ erkrankt ist und versagen könnte. Es könnte aber sein, dass Sie unter einer Angsterkrankung leiden, die sich vor allem in Form körperlicher Beschwerden äußert.«

Im weiteren Verlauf dieses Erstgesprächs wird es möglich, die psychische Symptomatik und einige der biographischen Hintergründe ins Gespräch zu bringen. Dabei zeigt sich, dass schon vor Beginn der überwiegend auf das Herz zentrierten Symptomatik ein langjähriger Bluthochdruck mit Spitzen bis zu 210/110 mm Hg, aber auch Phasen eher hypotoner Werte bestanden, ohne dass fassbare somatische Ursachen für diese Regulationsstörung gefunden werden konnten.

Der Therapeut versucht an dieser Stelle, die Lebenssituation des Patienten zum Zeitpunkt des ersten Auftretens der Angstsymptomatik näher zu explorieren (auslösende Situationen).

Wir würden das unterschiedlich, z. B. wie folgt, tun:

- Eckert: »In welcher Situation befanden Sie sich damals, als Sie Ihre Beschwerden erstmals registrierten?«

- Hautzinger: »Lassen Sie uns doch einmal genauer anschauen, was beim ersten Mal alles passiert ist. Wann war das? Wo war das? Wer war dabei? Gab es ein besonderes Ereignis? Wie lief das damals ab?«
- Reimer: »Ich schlage Ihnen vor, dass wir uns einmal in Ruhe Gedanken darüber machen, wie Ihr Leben damals aussah, als der Bluthochdruck begann. Wie waren Sie damals mit Ihrem Leben zufrieden, was war schön und unkompliziert und was belastend?« (Hintergrund für dieses Vorgehen ist nicht nur mögliche Problembereiche/Defizite anzusprechen, sondern dem Patienten auch zu unterstellen, dass es sicher gute, unproblematische Bereiche in seinem Leben gegeben habe. Diese »normale« Seite wird mitbenannt, um den Abwehrdruck des Patienten nicht zu verstärken.)
- Wilke: »Versuchen Sie doch einmal, sich an den Zeitpunkt des ersten Auftretens dieser Beschwerden zu erinnern und vielleicht das Jahr, das diesem Moment vorausging, vor Ihrem inneren Auge ablaufen zu lassen und mir davon zu erzählen.«

Therapeuten wissen, dass psychische bzw. psychosomatische Symptome oft Auslöser haben. Allerdings lässt sich eine solche auslösende Situation nicht immer explorieren. Die Herzangstneurose, unter der dieser Patient leidet, zeichnet sich dadurch aus, dass es dem Patienten oft sehr genau möglich ist, das erstmalige Auftreten des sympathikovalen Anfalls nach Zeit und Stunde zu fixieren. Herr L. berichtet zur auslösenden Situation, dass der Hausarzt seiner schwer herzkranken Mutter ihm seinerzeit gesagt habe, dass er jederzeit mit ihrem Tod zu rechnen habe, nachdem sie zwei Herzinfarkte überstanden hatte! Kurz danach weitet sich die Angstsymptomatik, die der Patient bis dahin mehr im Zusammenhang mit einer beruflichen Dauerbelastung interpretierte, aus. Er spürt sein Herz intensiver und bekommt Angst, dass es ihm »außer Kontrolle« geraten könne. Zu diesem Zeitpunkt entwickeln sich erstmals das beschriebene Herzrasen und die Vorstellung, das Herz könnte unter dieser extremen Belastung stehen bleiben oder gar »platzen«. Im weiteren Verlauf des Gespräches wird das Ausmaß der Todesangst, unter der Herr L. leidet, deutlicher. Er berichtet stockend, dass ihn diese Anfälle oft mehrmals täglich überkämen, und dass er dann »wie in Panik« seinen Kardiologen aufgesucht habe. Kurz vor dem Betreten der Praxis verschwinde das Herzrasen meist wieder, und er lasse sich dann lediglich den Blutdruck messen. Er wolle nicht als »eingebildeter Kranker« gelten. Die Gegenwart des Kardiologen, der ihn seit Jahren kenne, beruhige ihn in einer eigenartigen Weise, auch ohne dass viele Worte gewechselt würden.

An dieser Stelle fasst der Therapeut die von Herrn L. beschriebenen Beschwerden zusammen und bittet ihn zu ergänzen, falls er etwas falsch verstanden habe.

Wir würden an dieser Stelle folgende Interventionen geben:

- Eckert: »Wenn ich Sie richtig verstehe, ist für Sie die Vorstellung, dass Sie sich Ihre Beschwerden nur einbilden, kaum zu ertragen. Noch schrecklicher scheint es für Sie zu sein, wenn Ihnen das jemand sagen würde.«
- Hautzinger: »Sie sind kein eingebildeter Kranker. Sie leiden unter einer Angststörung. Wir nennen sie heute auch Panikstörung oder Herzangststörung. Dabei stehen genau die Beschwerden, die Sie mir geschildert haben, v. a. die Herzbeschwerden und die unbegründete Angst vor Herzversagen, die Todesangst, im Mittelpunkt. Vielleicht ist Ihnen an den Beispielen, die wir schon gemeinsam angeschaut haben, aufgefallen, dass zwar die Herzbeschwerden für Sie unerwartet einsetzen, doch dann eine ganze Menge losgetreten wird. Sie nehmen die Herzschmerzen wahr, Sie erschrecken darüber, Sie haben gleich Vorstellungen an eine Katastrophe, nämlich Herzinfarkt, das Herz könnte platzen, den Tod. Das macht verständlicherweise nur noch mehr Angst. Sie regen sich noch mehr auf, Ihr Puls rast, Ihr Blutdruck steigt, Beklemmungen und andere körperliche Gefühle stellen sich ein. Dies alles führt dazu, dass Sie sich in Ihrer Angst nur bestätigt fühlen. Die Angst steigt, wird zur Panik, Sie verlieren den Kopf und suchen um ärztliche Hilfe nach. Dies alles geht inzwischen so rasend schnell und scheinbar spontan ab, dass Sie nur Ihre Beschwerden und Ihre Angst merken. Es ist wichtig, dass wir diesen Aufschaukelungsprozess oder Teufelskreis noch viel genauer analysieren, bevor wir weiter in Richtung einer Lösung kommen. Vor allem auch genauer beobachten, was so alles diesem plötzlichen Anfall vorausgeht. Ich gebe Ihnen daher heute unser »Angsttagebuch« mit, das Sie in der nächsten Woche regelmäßig dann ausfüllen, wenn die Beschwerden auftreten.«
- Reimer: »Ich denke keineswegs, dass Sie ein eingebildeter Kranker sind! Sie leiden ja unter verschiedenen Ängsten, v. a. in Bezug auf Ihr Herz, das ja als Sitz der Gefühle eines Menschen angesehen wird. Denken Sie nur an Vokabeln wie Herzeleid oder Herzschmerz, die ja im allgemeinen Sprachgebrauch immer auch als Ausdruck von Gefühlszuständen gebraucht werden. Gefühle bildet man sich ja auch nicht ein, sondern man hat sie, meist in Beziehung zwischen sich selbst und anderen wichtigen Menschen. Lassen Sie uns doch also schauen, was Ihnen in diesen Jahren ‚zu Herzen gegangen ist‘, wie man so sagt.«
- Wilke: »Ich bin jetzt ziemlich sicher, dass Sie sich um die Funktion Ihres Herzens keine Sorgen zu machen brauchen. Ich überlege aber, was die Hintergründe Ihrer Angst sind, die Sie ja als seelische Bewegung

nur wenig spüren. Zumindest haben Sie mir es bisher so dargestellt.«

Der Therapeut fragt Herrn L. jetzt weiter, wie seine derzeitige Lebenssituation sei und stellt insbesondere die Frage nach seinen wichtigsten zwischenmenschlichen Beziehungen. Herr L. antwortet darauf, er habe keinerlei finanzielle Sorgen!

Wir würden dazu z. B. folgende Kommentare abgeben:

- Eckert: »Kommt das Ihren Beziehungen zugute?«
- Hautzinger: »Prima. Mich interessiert jedoch, zu welchen Menschen Sie Kontakt haben. Welche Menschen in Ihrer Umgebung sind Ihnen wichtig? Wie sieht die Beziehung zu diesen Menschen aus?«
- Reimer: »Das freut mich, aber Geld allein macht nicht glücklich!«
- Wilke: »Kann es sein, dass Ihnen Geld in besonderer Weise Sicherheit vermittelt?«

Herr L. nimmt den vom Therapeuten angebotenen Beziehungsaspekt auf, und es wird deutlich, dass er gleichzeitig Beziehungen zu drei Frauen unterhält. Diese sind seine Mutter, seine Frau und seine Freundin. Er lebt bei dieser Freundin, sieht seine getrennt lebende Ehefrau mit den gemeinsamen Kindern etwa einmal in der Woche und seine Mutter immer dann, wenn sie ihn telefonisch ruft. Die denkbare Komplexität dieses Beziehungsgeflechts und die damit verbundenen Konflikte werden von Herrn L. zunächst nicht angesprochen.

Die Zeit, die für dieses erste Gespräch vorgesehen ist, geht zu Ende. Ein Therapeut könnte sich jetzt folgende Fragen stellen:

1. Gebe ich diesem Patienten einen weiteren Termin?
2. Was könnte ich ihm zum Schluss der Stunde noch sagen?
3. Zu welcher vorläufigen Diagnose könnte man kommen?

Aus unserer Sicht würden wir diese Fragen, wie folgt, beantworten.

Zur ersten Frage

Wir würden alle dem Patienten einen weiteren Termin anbieten.

Zur zweiten Frage

- Eckert: »Ich sehe, unsere Zeit ist um. Ich schlage Ihnen vor, dass wir uns ein weiteres Mal sehen. Sind Sie damit einverstanden?«
- Hautzinger: »Wie schon angekündigt, möchte ich Sie bitten, hier dieses Angsttagebuch auszufüllen. Dabei geht es um eine genaue Verhaltens- und Erlebensbeobachtung in den Angst- und Herzanfällen. Nur so gelingt es uns gemeinsam, die Zusammenhänge

und Faktoren herauszubekommen, die immer wieder zu Ihren heftigen Herzbeschwerden und Angstanfällen führen. Nächstes Mal werden wir gemeinsam Ihre Eintragungen durcharbeiten, um von dort aus dann weitere Schritte zu planen.«

- Reimer: »Ich finde gut, dass Sie mir zum Ende unserer ersten Stunde noch etwas aus Ihrem Privatleben berichten konnten. Dabei kann ich mir vorstellen, dass die unterschiedlichen Beziehungen zu diesen drei Frauen nicht nur unkompliziert sind. Ich schlage Ihnen vor, dass wir darüber beim nächsten Mal ausführlicher sprechen. Natürlich weiß ich auch noch nichts von Ihrer sonstigen Lebensgeschichte, Ihrem Elternhaus, der Art und Weise, wie Sie sich entwickelt haben und aufgewachsen sind. Sie sehen: Wir haben noch viel vor uns!«
- Wilke: »Ich kann mir jetzt gut vorstellen, dass es eine enge Beziehung zwischen Ihrer Lebenssituation und den Beschwerden gibt, von denen Sie mir erzählen. Möglicherweise gibt es neben Schönerem und Stabilisierendem auch Spannungen in ihren Beziehungen. Möglicherweise sollten wir auch ein wenig zurückblicken in Ihre Lebensgeschichte, in Ihre Kindheit und Jugend. Ich schlage Ihnen vor, dass wir uns in einer Woche wiedertreffen, um weiter darüber zu reden.«

Zur dritten Frage

Wir stimmen in unserer ersten diagnostischen Einschätzung bezüglich der Symptomatik (Statusdiagnose) dahingehend überein, dass eine Angstneurose mit Somatisierung im Herzbereich [sog. Herzangstneurose, nach »International Classification of Diseases, 9th revision« (ICD-9)] vorliegt. Unter Verwendung der ICD-10-Klassifikation bedarf die diagnostische Entscheidung zwischen einer somatoformen autonomen Funktionsstörung, kardiovaskuläres System (F45.30) oder einer Panikstörung (F 41.0) weiterer Abklärung.

Darüber hinaus hat jede Therapieschule aufgrund ihrer unterschiedlichen Annahmen bezüglich Persönlichkeitsentwicklung, Entstehung und Aufrechterhaltung psychischer Störungen zusätzliche diagnostische Kriterien, auf die in den folgenden Kapiteln eingegangen wird.

Wir haben dieses klinische Beispiel deshalb so dargestellt, weil wir in diesem Buch den Versuch unternehmen wollen, Psychotherapie aus der Sicht einiger etablierter Schulen darzustellen. Dabei denken wir, dass es für den Lernenden der Psychotherapie wertvoll sein könnte, sich nicht zu frühzeitig auf ein bestimmtes psychotherapeutisches Handeln und dessen schulenspezifischen Hintergrund festzulegen. Wir sehen zwei Gefahren: Eine besteht darin, aufgrund einer zu frühen Festlegung auf eine bestimmte psychotherapeutische Schule zu einer therapeutischen »Einäugigkeit« zu kom-

men. Die andere liegt darin, dass eine fehlende Ausbildung in einer Therapieschule zu einem unreflektierten Pragmatismus bzw. Eklektizismus führen kann.

Wir sind uns bewusst, dass jeder angehende Psychotherapeut vermutlich zunächst die Schule wählt, zu der er sich am meisten hingezogen fühlt – aus welchen Gründen auch immer. Es ist sicherlich sinnvoll, sich zunächst in einem Psychotherapieverfahren gründlich weiterzubilden. Darüber hinaus meinen wir aber, dass die therapeutische Identität, die hiermit erworben wird, die Freiheit lassen sollte, über den Tellerrand dieser Schule hinauszuschauen, um zu prüfen, ob nicht selektiv auch bestimmte therapeutische Prinzipien und Strategien anderer Schulen immer wieder in das eine Konzept assimiliert werden können. Wir wissen aus der Entwicklung unserer eigenen therapeutischen Identität ohnehin, dass keiner von uns starr an ursprünglich vermittelten Schulmeinungen und -regeln festhält, sondern dass Modifikationen, die sich aus Erfahrungen mit unseren Patienten, der Weiterentwicklung psychotherapeutischen Wissens und dem kontinuierlichen Austausch mit Kollegen ergeben, unumgänglich sind.

Teil I

Grundlagen

- 1 Entwicklung und Geschichte der Psychotherapie – 9
- 2 Wirkfaktoren und allgemeine Merkmale der Psychotherapie – 17
- 3 Psychologische Grundlagen – 33
- 4 Biologische Grundlagen – 49
- 5 Psychotherapieforschung – 61

1 Entwicklung und Geschichte der Psychotherapie

M. Hautzinger

- 1.1 Anfänge und Vorläufer – 10
 - 1.2 Konzepte und Richtungen – 10
 - 1.2.1 Hypnotherapie und Katharsis – 10
 - 1.2.2 Psychoanalyse – 10
 - 1.2.3 Experimentelle Psychologie und Behaviorismus – 11
 - 1.2.4 Respondentes Lernen und Verhaltenstherapie – 11
 - 1.2.5 Operantes Lernen und Verhaltensmodifikation – 11
 - 1.2.6 Humanismus und klientenzentrierte (Gesprächs-)Psychotherapie – 12
 - 1.2.7 Kognitive Wende und kognitive Verhaltenstherapie – 12
 - 1.2.8 Gruppenpsychotherapie – 12
 - 1.2.9 Paar- und Egetherapie – 13
 - 1.2.10 Familien- und Systemtherapie – 13
 - 1.3 Integration und Kombination verschiedener Psychotherapien – 13
 - 1.4 Wirksamkeitsforschung und evidenzbasierte Psychotherapie – 14
 - 1.5 Gegenwärtiger Stand und zukünftige Entwicklung – 15
- Empfohlene Literatur – 15**

1.1 Anfänge und Vorläufer

Die Entstehung »psychologischer und damit psychotherapeutischer Zugänge« zu Krankheiten lässt sich, je nach Betrachtungsweise, bis zum Altertum zurückverfolgen. Es dominierte jedoch über Jahrhunderte hinweg zunächst ein somatogenes (humorales) und dämonologisches Verständnis von »psychischen« Krankheiten. Das änderte sich im ausgehenden 18. und im 19. Jh. u. a. durch die Arbeiten von Pinel, Esquirol, Prichard, Kahlbaum, Kraepelin, Charcot, Janet, Mesmer, Breuer, Freud und Witmer.

Ein besonders markanter Vertreter der »psycho-genen« Sichtweise war **Mesmer (1734–1815)** mit seinen Ausführungen zum tierischen und menschlichen »Magnetismus«. Mesmer behandelte Patienten mit »hysterischen« Störungen durch eine dem Magnetismus analoge Beeinflussung (Mesmerismus). Er entwickelte so frühe Formen der Hypnotherapie, mit denen er Breuer stark beeinflusste. Auch wenn Mesmer von seinen Zeitgenossen als Quacksalber bezeichnet wurde, haben seine Vorgehensweisen – vielleicht auch aus einem Zustand der medizinischen Hilflosigkeit gegenüber zahlreichen Erkrankungen heraus – Interesse geweckt. Der Mesmerismus darf daher als einer der Vorläufer der Psychotherapie (Hypnotherapie) betrachtet werden (Hoff 1989).

1.2 Konzepte und Richtungen

1.2.1 Hypnotherapie und Katharsis

Charcot (1825–1893) untersuchte Auffälligkeiten, wie Lähmungen, Blindheit, Krampfanfälle und Ohnmacht, die keine klar erkennbaren Ursachen hatten, zunächst von einem rein somatogenen Standpunkt aus. Erst als einige seiner Studenten eine junge, gesunde Frau durch Hypnose »hysterische« Symptome entwickeln ließen und vor Charcot demonstrierten, dass diese Symptome durch Aufhebung der hypnotischen Suggestion sofort wieder verschwanden, fing er an, sich für psychologische Zusammenhänge dieser Erkrankungen zu interessieren. Es war v. a. sein Mitarbeiter **Janet (1859–1947)**, der sich als Psychologe an die Erforschung von Hysterie, Zwangsstörungen und Depressionen machte. Er postulierte ein psychologisches Konstrukt, das er »Psychasthenie« nannte. Davon ausgehend, entwickelte er dann psychotherapeutische Methoden, die als Vorläufer der Verfahren gelten, die heute unter dem Begriff der Verhaltenstherapie zusammengefasst werden (Hoffmann 1998).

Breuer (1842–1925) behandelte in Wien eine junge Frau, die aufgrund zahlreicher unerklärlicher Symptome (Lähmungen und Beeinträchtigung der Sinne) stark beeinträchtigt und phasenweise sogar bettlägerig war. Zuweilen verfiel sie sogar in traumähnliche Zustände und

murmelte vor sich hin. Vielleicht weil Breuer sich keinen anderen Rat wusste, hypnotisierte er seine Patientin. Es gelang ihm so, dass die Patientin sich freier äußerte und schließlich über quälende Erfahrungen in der eigenen Vergangenheit sprach. Nach den Hypnosesitzungen ging es ihr oft sichtlich besser. Breuer hypnotisierte auch andere Patienten und stellte fest, dass Symptomfreiheit und Erleichterung länger anhielten, wenn die Patienten sich nicht nur detailliert an quälende Ereignisse erinnerten, sondern auch die damit verbundenen Emotionen zum Ausdruck brachten. Das Wiedererleben einer früheren Katastrophe und die Lösung der emotionalen Spannung, die das Ergebnis früherer, inzwischen vergessener Gedanken über das Ereignis war, nannte Breuer »Katharsis«. Die Methode selbst wurde als »kathartische Methode« bekannt. Breuer veröffentlichte darüber gemeinsam mit einem Kollegen die »Studien über Hysterie«; ein Buch, das als Meilenstein der Psychotherapie gelten darf. Breuers Mitarbeiter an diesem Buch und an der Behandlung von Anna O. war Sigmund Freud.

1.2.2 Psychoanalyse

Freuds (1856–1939) Forschungsinteresse galt zunächst vorwiegend der Neurophysiologie. Nach einer Phase der Zusammenarbeit mit Neurologen (z. B. Meynert) beeindruckten ihn zunehmend die Arbeiten und klinischen Demonstrationen von Charcot und Janet. In der Folge entwickelte er in Zusammenarbeit mit Breuer, aufbauend auf Suggestion und Hypnose (Mesmerismus), eine Behandlungsstrategie, die als Vorläufer der »psychoanalytischen Kur« betrachtet werden kann. Kaum ein Forscher dürfte so verehrt und so kritisiert worden sein wie Freud (Bohleber 2006). Als er vor über 100 Jahren seine Auffassungen zur Bedeutung der kindlichen Entwicklung und der Sexualität (Triebe) für Wohlergehen bzw. psychische Störungen darlegte, wurde er persönlich verunglimpft. Kritiker werfen ihm und seinem Werk ferner vor, dass es auf wissenschaftlich zweifelhaften Methoden beruht, dass aus hoch selektiven Erfahrungen spekulative Verallgemeinerungen vorgenommen werden, dass die Überlegungen sprunghaft sowie rational nicht nachvollziehbar sind, und dass sich die eingeführten Begrifflichkeiten (z. B. Es, Ich, Überich, Unbewusstes usw.) verselbstständigt haben, d. h. zu unabhängigen, Verhalten steuernden Instanzen wurden, deren Herkunft, Wirkmechanismen und Aktionen nun ihrerseits erklärt werden müssten. Obgleich es Hinweise von Freud und anderen Autoren gibt, dass diese Begriffe als Metaphern zu verstehen sind, benützt man sie, als besäßen sie eine eigene Existenz und die Macht, zu beeinflussen, zu denken und zu handeln. Freud war ein scharfsinniger Beobachter, begnadeter Redner und Schreiber; dies führte in Verbindung mit seiner klinischen Arbeit dazu,

dass andere brillante Denker und Kliniker auf ihn aufmerksam wurden. So trafen sich Jung und Adler regelmäßig mit Freud und entwickelten, wie viele andere Psychotherapeuten, etwa Binswanger, Sullivan, Horney, Rogers, Erikson, Ellis, Perls, Beck, Klerman (um nur einige zu nennen), ihre eigenen psychotherapeutischen Konzepte. Selbst die Entstehung der Verhaltenstherapie (z. B. Watson, Eysenck) ist u. a. aus der Kritik und aus der Ablehnung der Psychoanalyse, folglich durch deren historische Leistung, entstanden. Die Psychoanalyse hat nicht nur die Entwicklung der modernen Psychotherapien entscheidend geprägt, sondern auch die Psychiatrie (z. B. Bleuler) und die Psychosomatik (z. B. Alexander) wesentlich beeinflusst.

Neoanalytische Konzepte, psychodynamische und tiefenpsychologische Entwicklungen (z. B. Bibring, Jacobson, Kohut, Fairbairn, Fonagy, Blatt, Thomä, Kächele, Radebold) entstanden z. T. gegen den Widerstand der sich auf Freud berufenden Psychotherapeuten. Sie haben inzwischen Verbreitung gefunden und sind heute z. T. empirisch besser evaluiert als die klassische »psychoanalytische Kur«. Es dominieren heute in der Praxis eher tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapien und fokale, psychodynamische Kurztherapien (»short-term psychodynamic psychotherapies«), deren Dauer in kontrollierten Therapiestudien zwischen 7 und 40 Sitzungen (Leichsenring et al. 2004) oder in der Versorgungspraxis im Median unter 20 Sitzungen (Kächele 1990) liegen.

1.2.3 Experimentelle Psychologie und Behaviorismus

Wundt (1882–1920) als »Begründer« der modernen Psychologie mit ihrer experimentellen und empirischen Ausrichtung hat insofern wesentlich auf die Entwicklung der klinischen Psychologie und Psychiatrie, damit auch der Psychotherapie Einfluss genommen, als sowohl **Kraepelin (1856–1926)** als auch **Witmer (1867–1956)** über längere Zeit bei ihm assistierten und wissenschaftliche Arbeiten betrieben. Witmer hat, zeitgleich mit den Entwicklungen in Wien (um Freud) und München (um Kraepelin), in Philadelphia die erste »psychology clinic« (1896) gegründet.

Watson (1878–1958) wurde durch die Arbeiten zum klassischen Konditionieren des russischen Physiologen und Nobelpreisträgers **Pawlow (1849–1936)** beeinflusst. Er wandte sich strikt gegen die unter den damaligen Psychologen weit verbreitete Methode der Introspektion und gegen die aufkommende Psychoanalyse. Er forderte und formulierte programmatisch, dass Psychologie ein rein objektiver experimenteller Zweig der Naturwissenschaft ist. Ihre Ziele sind die Voraussage und die Kontrolle von Verhalten; dabei haben Introspektion und

Spekulationen über innere Vorgänge keinen Platz. In der Folge rückte »Lernen«, anstelle von Denken, unbewussten Motiven und Fühlen in den Mittelpunkt. Nunmehr galt es, Reize oder Stimuli (S), die unmittelbar beobachtbares Verhalten (Reaktionen, R) auslösen, zu erkennen. Mit solchen objektiven Analysen von S-R-Verbindungen wurde es möglich, menschliches Verhalten vorherzusagen und zu kontrollieren (zu verändern).

1.2.4 Respondentes Lernen und Verhaltenstherapie

In der Tradition Pawlows haben in den 20er-Jahren des 20. Jh.s Watson und Rayner ein ethisch fragwürdiges Experiment mit dem kleinen Albert durchgeführt. Sie brachten Albert Furcht vor Pelztieren und fellüberzogenen Gegenständen bei. In einem Folgeexperiment mit dem kleinen Peter konnte Cover-Jones dann nicht nur zeigen, dass Ängste durch klassisches Konditionieren erworben werden, sondern auch wieder gelöscht (verlernt, extinkiert) werden können. In Verbindung mit Arbeiten von Bechterew aus Pawlows Labor in den 30er-Jahren sowie Mowrer, Dollard und Miller in den 40er-Jahren liegen hier die **Vorläufer der Verhaltenstherapie**, wie sie dann in den 50er-Jahren von Wolpe, Lazarus und Eysenck ausformuliert wurden.

1.2.5 Operantes Lernen und Verhaltensmodifikation

Skinner (1904–1990) war ebenso wenig wie Pawlow ein Kliniker oder ein Psychotherapeut. Dennoch hat kein anderer Wissenschaftler des 20. Jh.s die Entwicklung der Psychologie und v. a. auch der klinischen Psychologie und Psychotherapie stärker beeinflusst. Er begann in den 30er-Jahren die lerntheoretischen Vorstellungen von Thorndike auf die unterschiedlichsten Aspekte tierischen und menschlichen Verhaltens anzuwenden. Er formulierte das »Gesetz der Wirkung« neu, indem er den Blickpunkt von der Reiz-Reaktion-Verbindung auf die Beziehung zwischen Verhalten und dessen Konsequenzen sowie Kontingenzen richtete. Er ging dabei strikt experimentell vor und interessierte sich für beobachtbares Verhalten. Spekulationen über innere Vorgänge (Bedürfnisse, Motive, Wünsche, Triebe und Einstellungen) waren ihm suspekt und für die Vorhersage von Verhalten unnötig. Für ihn startet ein Neugeborenes, abgesehen von wenigen angeborenen Verhaltensmustern, als »leeres Blatt«, das sich über Erfahrungen der positiven und negativen Verhaltenskonsequenzen entwickelt. In einer gewaltigen Fülle von Experimenten konnten er und seine Mitarbeiter zeigen, dass es möglich ist, Verhalten durch die genaue Analyse von (diskrimi-

nativen) Reizen, gezeigten Reaktionen und Verstärkung vorherzusagen. Mithilfe dieser Informationen kann man dann Verhalten steuern, verändern oder aufrechterhalten. Freiheit der Wahl ist ein Mythos, denn jegliches Verhalten wird durch positive und negative Verstärkung seitens der sozialen Umwelt determiniert (geformt). Aus diesem (»operanten«) Ansatz entwickelten u. a. Ferster, Lovaas, Baer, Krasner, Ullman, Azrin, Ayllon, Paul, Lentz und Lewinsohn effiziente psychotherapeutische Methoden zur Behandlung der unterschiedlichsten Störungsbilder. Anfangs wurden diese psychotherapeutischen Konzepte meist unter dem Begriff der »Verhaltensmodifikation« zusammengefasst.

1.2.6 Humanismus und klientenzentrierte (Gesprächs-)Psychotherapie

Roger (1902–1987) hat sich in der Mitte des 20. Jh.s radikal vom psychoanalytischen Denken sowie der Haltung »therapist as expert« losgesagt und die Ressourcen sowie die Entwicklungspotenziale des Individuums auf humanistischem Hintergrund in den Mittelpunkt seiner »klientenzentrierten Psychotherapie« gestellt. Er hat sich mit den als zentral angesehenen Therapeutenvariablen »positive Wertschätzung«, »Echtheit«, »Wärme« und »empathisches Verstehen« auch gegen die »kontrollierenden« Modifikationsvorstellungen der Verhaltenstherapie gestellt. Unter Verwirklichung der Therapeutenvariablen und des damit verbundenen therapeutischen Klimas kommt es bei Patienten (Klienten) unausweichlich zu positiven Veränderungen und zur Entfaltung von Selbstheilungskräften. Dabei werden das Gute im Menschen, dessen Entscheidungsfreiheit und der »freie Wille« in den Mittelpunkt gerückt. Da es Rogers und seinen Mitarbeitern (u. a. Truax, Curkhoff und Gendlin) weniger um spezifische therapeutische Techniken als vielmehr um die Schulung der Einstellung und des emotionalen Stils von Therapeuten ging, lag es nahe, dass dazu die unmittelbare Beobachtung und Dokumentation des Therapiesgeschehens wichtig wurde. Rogers ist es zu verdanken, dass Ergebnisse und Prozesse einer Therapie offengelegt (Bandaufnahmen), dokumentiert und sorgfältig untersucht werden. Er hat damit einen entscheidenden Beitrag zur empirischen, also wissenschaftlichen Begründung von Psychotherapie geleistet. Viele sehen in ihm den Begründer der Psychotherapieforschung.

Aus der klientenzentrierten Psychotherapiebewegung hat sich die moderne Gesprächspsychotherapie (Tausch, Eckert, Bierman-Ratjen) entwickelt. Parallel dazu, doch mit identischen theoretischen Wurzeln und humanistischen Idealen entstanden die existenzielle Psychotherapie (Maslow, May) und die Gestalttherapie (Perls, Greenberg). Die humanistischen Sichtweisen der

menschlichen Psyche (Rogers, Maslow, Perls) werden neben den psychoanalytischen Vorstellungen und den Verhaltenstheorien oft auch als die »dritte Kraft« in der klinischen Psychologie und Psychotherapie bezeichnet (Bierman-Ratjen et al. 2003).

1.2.7 Kognitive Wende und kognitive Verhaltenstherapie

Bereits in den 50er-, doch verstärkt in den 60er- und 70er-Jahren des 20. Jh.s entstanden Zweifel an den mechanistischen operanten und respondenten Lerntheorien sowie deren klinischen Konzepten. Es entwickelten sich »kognitive« Konzepte (also Konstrukte, wie Erwartungen, Handlungsplanung, Einschätzungen), und in der Folge kam es zur »kognitiven Wende« in der Verhaltenstherapie. Hierbei spielen v. a. die Arbeiten von **Bandura** zum Modelllernen, (stellvertretenden Lernen), von **R.S. Lazarus** zur Stressverarbeitung (»appraisal«), von **Kanfer** zur Selbstkontrolle und von **Seligman** zur erlernten Hilflosigkeit eine entscheidende Rolle. Kliniker, wie Meichenbaum, Mahoney, Ellis, Beck, A.A. Lazarus, Kanfer und Goldstein, haben z. T. unabhängig voneinander kognitive Interventionsmethoden vorgeschlagen und Evaluationsstudien publiziert. Da diese Theoretiker und Kliniker sich ähnlichen psychologischen und physiologischen Grundlagen, wissenschaftlichen Methoden und Standards verpflichtet fühlten wie die klassischen Lerntheoretiker und Verhaltenstherapeuten, lag es nahe, dass sich daraus die moderne »kognitive Verhaltenstherapie« und »Verhaltensmedizin« entwickelte (Margraf 2000; Hautzinger 2001; Ehler 2003).

1.2.8 Gruppenpsychotherapie

Gruppentherapien entwickelten sich z. T. aufgrund gesundheitspolitischer (ökonomischer) Vorgaben bereits in den 20er-Jahren des 20. Jh.s. Dies verband sich mit der klinischen Erfahrung, dass soziales Lernen, (dosierte) Übungen, Unterstützung und Konfrontation unter geschützten Bedingungen v. a. in Gruppen möglich sind. Gruppentherapien entstanden z. T. auch durch die institutionellen Rahmenbedingungen (Klinik, Tagesklinik und Rehabilitationsklinik). Viele Verfahren der Einzeltherapie wurden einfach auf den Gruppenrahmen übertragen. Es entwickelten sich so psychoanalytische Gruppentherapie, klientenzentrierte Gruppentherapie, Gestalttherapiegruppen, verhaltenstherapeutische Gruppentherapie sowie zahlreiche andere Gruppenkonzepte und diverse Mischformen (Yalom 2001). Gruppentherapien werden je nach theoretischer Orientierung als prozessorientierte, wenig strukturierte, geschlossene Gruppen oder als problemorientierte, strukturierte,

offene oder auch geschlossene Gruppe organisiert. Es gibt inzwischen Gruppenkonzepte für bestimmte Störungsbereiche (z. B. Essstörungen, soziale Phobien und Depressionen) sowie bestimmte Zielgruppen (z. B. Jugendliche, ältere Patienten und Angehörige). Heute ist das Angebot reichhaltig, wenngleich nicht für alle Bereiche ausreichende empirische Evidenzen vorliegen oder symptombezogene bzw. ökonomische Vorteile gegenüber den Einzeltherapien nachgewiesen wurden (Burlingame et al. 2004).

1.2.9 Paar- und Egetherapie

Paartherapien haben ihre Grundpfeiler mit den jeweiligen Einzeltherapien gemeinsam. Psychoanalytische Egetherapeuten (Greene, Fitzgerald, Wachtel) interessieren sich z. B. dafür, wie ein Patient einen Partner sucht oder meidet, der (unbewusst) seinem gegengeschlechtlichen Elternteil ähnelt. Das Ziel besteht darin, jedem Partner zu helfen, den anderen so zu sehen, wie er/sie wirklich ist und nicht als einen symbolischen Elternteil. Auch mit der rational-emotiven (kognitiven) Therapie (Ellis) behandelt man Ehekonflikte. Dabei besteht die Annahme, dass etwas in einem der Partner vorgeht, das eheliche Zerwürfnisse verursacht. Dies können irrationale, überzogene Überzeugungen oder Erwartungen an den Partner und dessen Verhalten sein, die therapeutisch bearbeitet und aufgelöst werden müssen. Verhaltenstherapeutische Egetherapie (Weiss, Margolin, Jacobson, Hahlweg) geht von ungünstigen Interaktions- und Kommunikationsmustern aufgrund von Verhaltensdefiziten bei ungeschickten Verstärkungsprozessen zwischen den Partnern aus. Durch gemeinsame Übungen (verbunden mit Hausaufgaben) wird neues Verhalten trainiert, das im Alltag ausprobiert und eingesetzt werden soll, um so zu mehr Reziprozität im Austausch von Verstärkern zu gelangen. Auch auf humanistischer Basis wurde in den 80er-Jahren eine »emotionsfokussierte Paartherapie« (mit gestalttherapeutischen Übungen) entwickelt und positiv evaluiert. Die Egetherapie ist in den 60er-Jahren v. a. in Verbindung mit der Behandlung von Sexualstörungen entstanden und hat in einigen Bereichen (z. B. bei Sexualstörungen und Depressionen) inzwischen bedeutsame Effekte nachweisen können.

1.2.10 Familien- und Systemtherapie

Familienbezogene Ansätze lassen sich in experientelle (Satir), strukturelle (Minuchin), strategische (Haley, Stierlin), systemische (Selvini-Palazzoli), verhaltenstherapeutische (Patterson, Reid), funktionale (Heekeren) und narrative (Anderson) Familientherapien unterteilen. Die Entwicklung der Familientherapie setzte in den

1960er-Jahren mit den Arbeiten des Mental Research Instituts (Batson, Jackson, Watzlawick, Satir), der Psychiatriereform in England und Italien (Laing, Basaglia) und der »Expressed-emotion-Forschung« (Brown, Vaughn, Leff) ein. Familientherapie ist zunächst durch das Setting definiert, nämlich statt mit einer Person wird zeitgleich mit mehreren (verwandten) Personen gearbeitet. Ausgehend von tiefenpsychologischen Orientierungen, entwickelten sich spezielle theoretische Konzepte und Interventionstechniken, die an der interpersonellen Dynamik von Familien und Partnerschaften orientiert sind. Familiensystembezogene Therapie sucht weniger nach zurückliegenden Störungsursachen. Es werden vielmehr die Art und Weise, wie Menschen sich wechselseitig beeinflussen und wie psychische oder körperliche Symptome mit dem sozialen Kontext in Zusammenhang stehen, analysiert. Durch direkte und indirekte Interventionen, z. T. auch paradoxe Aufgaben und Verschreibungen, werden Veränderungen des Familiensystems angestrebt. Verhaltenstherapeutische Familientherapien erarbeiten (üben) mit den Familienmitgliedern neue Kommunikations- und Interaktionsformen, wirkungsvollere soziale Verstärkung sowie konsequentere, klarere Verhaltensaüßerungen, verbunden mit strukturierteren familiären Umwelten (z. B. gegenüber Kindern, schizophrenen oder bipolaren Patienten). Die neueren Familientherapien integrieren systemische, kognitive, interaktionelle und verhaltenstherapeutische Elemente. Unbefriedigend ist die Lage bezüglich der empirischen Evidenz vieler familientherapeutischer Ansätze, wenngleich diese modernen Familientherapien bezogen auf kindliche und jugendliche Verhaltensstörungen, bei schizophrenen Störungen sowie bipolaren affektiven Störungen gute Effekte zeigen (Sexton et al. 2004).

1.3 Integration und Kombination verschiedener Psychotherapien

Bereits vor mehr als 40 Jahren schrieb London (1964, S. 39):

Gewandte Psychotherapeuten beider Schulen (Einsichts- bzw. Verhaltenstherapie) vermischen die Techniken ohne viel Aufhebens und berücksichtigen dabei die Tatsache, dass Menschen deutlich einfacher sind, als Einsichtsschulen ihnen zugestehen, dass sie jedoch auch komplizierter sind, als Verhaltenstherapeuten wahrhaben wollen.

Diesem Methodeneklektizismus fühlt sich Lazarus verpflichtet, während Wachtel oder auch Goldfried eine Integration theoretischer (psychoanalytischer und verhaltenstheoretischer) Positionen zu einer neuen Theorie der Psychotherapie vorgeschlagen haben. Eine derartige

Integration oder Schulengrenzen überwindende Position wird durch die Entwicklung störungsspezifischer Interventionen erleichtert.

Dies zeigt sich am Beispiel der interpersonellen Psychotherapie (Klerman, Weissman). Einer Form von Psychotherapie, die psychoedukative und psychiatrische Elemente ebenso integriert wie psychodynamische und verhaltenstherapeutische, um bei depressiven Störungen sowohl bei der Akutbehandlung als auch bei der Rückfallverhinderung erfolgreich zu sein. Inzwischen ist die interpersonelle Psychotherapie auf verschiedene depressive Patientengruppen, sowohl als Einzel- wie als Gruppentherapie, und auf Patienten mit Essstörungen angepasst und erfolgreich evaluiert worden.

Weitere aktuelle Beispiele für Neuentwicklungen und integrierende, sich um alte Schulengrenzen kaum mehr kümmernde Psychotherapien stellen das »cognitive behavioral analysis system of psychotherapy« (CBASP) von McCullough (2000) und die »achtsamkeitsbezogene kognitive Therapie« (»mindfulness based cognitive therapy«, MBCT) von Segal et al. (2002) dar. Das CBASP integriert kognitive, verhaltenstherapeutische, interpersonelle und psychodynamische sowie entwicklungspsychologische Elemente zur wirksamen Behandlung chronischer Depressionen, während die MBCT Elemente der Meditation, des Stressmanagements, der Selbsthypnose und der kognitiven Verhaltenstherapie zur Rückfallverhinderung bei rezidivierenden Depressionen integriert.

1.4 Wirksamkeitsforschung und evidenzbasierte Psychotherapie

Seit Eysencks (1952) fundamentaler Kritik an der Wissenschaftlichkeit von (psychoanalytischer) Psychotherapie und Smith et al. (1980) bzw. Grawe et al. (1994) kritischen Zwischenbilanzen hat sich Vieles positiv verändert. Die Anzahl an Psychotherapiestudien hat seitdem in beachtlicher Weise zugenommen. Die von Rogers betriebene Offenlegung psychotherapeutischer Vorgänge und Effekte ist heute üblich. Die Evidenzbasierung auch psychotherapeutischer Behandlungen wird weitgehend akzeptiert. Die auf Eysenck, auf Smith und seine Mitautoren sowie auf Grawe und dessen Mitarbeiter hereinbrechenden Verleumdungen, persönlichen Anfeindungen und unfairen Kritiken scheinen überwunden. Heute stellen sich Vertreter aller Therapierichtungen der wissenschaftlichen Qualitätsprüfung; eine Entwicklung, die z. B. auch durch die Einrichtung nationaler Beiräte und Kommission zur Beurteilung der Wissenschaftlichkeit von Psychotherapien sowie die Aufnahme von Psychotherapien in nationalen Behandlungsleitlinien unterschiedlicher psychischer Störungen weiter gefördert wird. Hier beschleunigen gesundheitspolitische Vorga-

ben und ökonomische Zwänge zusätzlich eine Entwicklung, die nicht prinzipiell negativ ist, doch oft auch überstürzt und ohne Beachtung der methodischen, kulturellen und nationalen Besonderheiten von Therapiestudien bzw. Interventionsformen erfolgt (Lambert et al. 2004).

Die Psychotherapieforschung hat die Effektivität spezifischer Therapieverfahren bei bestimmten psychischen Störungen überzeugend sowohl kurz- als auch längerfristig nachgewiesen. Die Erfolgswahrscheinlichkeiten für Psychotherapie im Vergleich zu etablierten medizinischen Behandlungen sind sehr gut. Die Forschung hat auch gezeigt, dass es nicht stimmt, dass Psychotherapie generell und gleichgültig, welche Interventionsmethoden angewandt werden, wirksam ist. Es hängt von den klinischen Problemen und Störungsbildern, doch auch von den Erfolgskriterien, den Besonderheiten der Patienten und Therapeuten ab, welche Verfahren als wirksam gelten dürfen. Als ein großer Fortschritt in der Psychotherapieforschung darf die Herausarbeitung dieses störungsspezifischen Wissens sowie die Entwicklung entsprechender Therapiekonzepte, Leitlinien und Manuale angesehen werden. Diese Entwicklung ist längst nicht abgeschlossen und hat erst in Ansätzen Einfluss auf die psychotherapeutische Praxis genommen. Es ist auch vonseiten der Therapieforschung dabei zu helfen, wie eine differenzielle Anpassung des in Manualen niedergelegten und empirisch bewährten therapeutischen Vorgehens an einen bestimmten Patienten erfolgen und gelingen kann, und wie die konkrete Behandlung hinsichtlich ihres Fortschritts zu begleiten und zu evaluieren ist (Qualitätskontrolle). Beutler et al. (2000) postulieren vier Gruppen (!) von Einflussvariablen auf das Therapieergebnis (prädisponierende Faktoren des Patienten, Kontextvariablen der Behandlung, Beziehungsvariablen zwischen Patient und Therapeut, Behandlungsstrategien und Techniken), deren klinische Relevanz unbestritten ist, doch deren wissenschaftliche Überprüfung und empirische Gewichtung kaum erfolgt bzw. längst nicht abgeschlossen sind.

Aus den Erfolgen der Psychotherapieforschung lässt sich eine breiter werdende Erfahrungsbasis zur Anwendung verschiedener psychotherapeutischer Interventionsstrategien ableiten. Dies ist die Voraussetzung dafür, die Veränderungs- und Erklärungstheorien auf den wissenschaftlichen Prüfstand zu stellen. Es scheint an der Zeit, dass die den verschiedenen Therapieschulen zugrunde liegenden Theorien überwunden und durch modernere, überprüfbarere, spezifischere Theorien, die Erkenntnisse der Ätiologieforschung der jeweiligen Störungsbilder integrieren, ersetzt werden.

1.5 Gegenwärtiger Stand und zukünftige Entwicklung

Die wissenschaftliche Durchdringung (Theoriebildung und Evidenznachweise) sowie die Professionalisierung der Psychotherapie (geregelt Ausbildungen mit Staatsprüfungen) haben in den letzten beiden Jahrzehnten dazu geführt, dass die Psychotherapieszene gründlich durcheinandergewirbelt und vom »Kopf auf die Beine« gestellt wurde. Es ist eingetreten, was Grawe et al. (1994) formulierten, die Psychotherapie ist aus der Ecke der Glaubenssysteme und Konfessionen herausgetreten und zur Profession, also zu einer wissenschaftlich begründeten, auf Evidenzen beruhenden Heilbehandlung geworden.

Nach Orlinsky et al. (2004) lässt sich der gegenwärtige Entwicklungsstand der Psychotherapie durch fol-

gende Merkmale kennzeichnen: Es ist zu einer Konsolidierung von Inhalten, Methoden und wissenschaftlichen Prinzipien gekommen. Die Basis des Wissens verbreitert sich immer mehr und erlaubt zunehmend evidenzbasierte Entscheidungen. In vielen Bereichen haben sich inzwischen Standards für die Behandlung bestimmter Problembereiche etabliert. Diese Behandlungsstandards sind meist in Handbüchern und Materialiensammlungen zugänglich. Dennoch bedarf Vieles der weiteren Ausdifferenzierung und Fortentwicklung. Vor allem Merkmale der Patienten und der Therapeuten, Störungsmerkmale und Veränderungskriterien bedürfen der Präzisierung und der Differenzierung. In vielen Bereichen fehlt es unverändert an ausreichender wissenschaftlicher Evidenz. Die Gegenwart der Psychotherapie ist als heterogen und pluralistisch zu bezeichnen. Eine allgemein anerkannte Methode oder Theorie gibt es nicht.

Fazit

Zukünftige Entwicklungen und Aufgaben der Psychotherapie sind bereits formuliert. Die Differenzierung wird voranschreiten. Dabei wird es weniger um die Verteidigung von Denk- und Therapieschulen gehen, als vielmehr um wirksame Interventionsprinzipien bei bestimmten klinischen Problemen. Es wird darum gehen, die für ein bestimmtes Problem bzw. eine Patientengruppe spezifischen von allgemeinen Wirkprinzipien zu unterscheiden und den Weg der differenziellen Indikation (welches Verfahren mit welchem

Therapeuten für welchen Patienten mit welchem Problem) zu gehen. Dazu sind unverändert breite und dauerhafte Forschungsbemühungen erforderlich. Neben gemeinsamen, allgemeinen Interventionstheorien wird es störungsspezifische Theorien geben, die auch neurobiologische Erkenntnisse integrieren (Förstl et al. 2006) und damit zu einer weiteren Vision (Grawe 2004) beitragen, der Integration von neuobiologischem, psychologischem und psychotherapeutischem Wissen.

Empfohlene Literatur

- Grawe K (1998) Psychologische Therapie. Hogrefe, Göttingen
(Eine fiktive Diskussion mit Vertretern unterschiedlicher Therapieformen und Therapieforschern. Der Autor will daran seine Vision der integrierenden, allgemeinen Psychotherapie verdeutlichen. Zumindest wird deutlich, dass es psychotherapeutischer Theorien der »zweiten Generation« bedarf.)
- Lambert MJ (2004) Bergin and Garfields handbook of psychotherapy and behavior change. Wiley, New York
(Dieser Klassiker ist die aktuelle Auflage eines Buches, das den internationalen Wissenstand empirischer Psychotherapieforschung aus unterschiedlichsten Perspektiven darstellt. Eine Fundgrube für Einzelbefunde, Übersichten, Metaanalysen, offene Forschungsfragen und zukünftige Aufgaben.)

- Schorr A (1984) Verhaltenstherapie. Ihre Geschichte von den Anfängen bis zur Gegenwart. Beltz/PVU, Weinheim
(Eine gut lesbare Geschichte der Entwicklung der Verhaltenstherapie bis in unsere Zeit. Es wird v. a. deutlich, wie viele Zufälle, unterschiedliche Entwicklungslinien zu dem, was heute unter Verhaltenstherapie verstanden wird, geführt haben. Deutlich wird auch, dass Verhaltenstherapie keine homogene Therapierichtung ist. Das Verbindende ist jedoch der Bezug zur experimentellen Psychologie und zu der Bereitschaft, empirisch nichtbewährtes Denken aufzugeben.)

2 Wirkfaktoren und allgemeine Merkmale der Psychotherapie

M. Hautzinger, J. Eckert

2.1 Konzept der therapeutischen Wirkfaktoren – 18

2.1.1 Wirkfaktoren in der Gruppentherapie – 18

2.1.2 Wirkfaktoren für die Einzeltherapie – 18

2.1.3 Allgemeine Wirkfaktoren – 20

2.2 Allgemeines Modell von Psychotherapie – 21

2.2.1 Konzept und Inhalt – 21

2.2.2 Kritische Betrachtung – 23

2.3 Modell einer allgemeinen Psychotherapie – 25

2.3.1 Konzept und Inhalt – 25

2.3.2 Erweiterung zum Würfelmodell – 27

2.3.3 Kritische Betrachtung – 27

2.4 Konsistenztheorie – 28

Empfohlene Literatur – 31

2.1 Konzept der therapeutischen Wirkfaktoren

Seit den Anfängen der Psychotherapie hat sich eine große Vielfalt von therapeutischen Ansätzen und Methoden entwickelt. Während die Gesamtwirkung von Psychotherapie, einschließlich Spontanheilung und Placeboeffekten, über alle untersuchten Therapieformen hinweg auf eine Effektstärke von $d=1,2$ kommt, betragen die Effektstärkenunterschiede zwischen den Therapieformen allenfalls ein Drittel. Diese Effektstärkenunterschiede reduzieren sich auf $d=0,15$, wenn sich die miteinander verglichenen Psychotherapien in nichts anderem als dem spezifischen therapeutischen Rationale unterscheiden.

? Wodurch wirken Psychotherapien?

Es bieten sich zwei Erklärungsmöglichkeiten an:

- Positive therapeutische Wirkungen können auf unterschiedliche Weise herbeigeführt werden. Verschiedene Wege können zu einem ungefähr gleichen Ergebnis führen. Therapeuten sollten sich demnach nicht auf eine bestimmte Methode fixieren, sondern im individuellen Fall entscheiden, welche Möglichkeiten es gibt, dem Patienten wirksam zu helfen.
- Die Wirkung verschiedener Therapiemethoden beruht auf einer Reihe allgemeiner Wirkfaktoren. Sie unterscheiden sich in Aspekten, die für die eigentliche Wirkung der Therapie nicht entscheidend sind. Die Wirkung einer Psychotherapie hängt davon ab, wie gut es gelingt, die allgemeinen Wirkfaktoren zu realisieren.

Diesen letztgenannten Standpunkt hat Frank (1961) vertreten. Seiner Sichtweise nach sind Heilverfahren in dem Maß wirksam, in dem durch die von ihm formulierten Wirkfaktoren bei Patienten in glaubwürdiger Weise Besserungserwartungen induziert werden. Diese Wirkfaktoren erlauben daher auch die Erklärung der Placebowirkung von therapeutischen Maßnahmen.

2.1.1 Wirkfaktoren in der Gruppentherapie

Das Konzept der therapeutischen Wirkfaktoren wurde ursprünglich in der Gruppenpsychotherapie entwickelt.

Definition

In der Gruppenpsychotherapie sind therapeutische Faktoren als die Elemente der Gruppentherapie definiert, die dazu beitragen, dass sich der Patient »bessert«.

Sie sind eine Funktion (Auswirkung) entweder einer Handlung des Gruppentherapeuten, eines anderen

Gruppenmitglieds oder des Patienten selbst. Vermutlich waren Corsini u. Rosenberg (1955) die Ersten, die den Begriff Wirkfaktor im oben genannten Sinn benutzten. Sie stellten eine Liste von Veränderungsmechanismen zusammen, die in Gruppenpsychotherapien wirksam werden. Dieser Ansatz ist später von dem Gruppentherapeuten und Gruppenforscher Yalom (2001) aufgenommen und populär gemacht worden. Yalom sprach zunächst von Heilfaktoren, eine Bezeichnung, die er in den späteren Auflagen seines Standardwerks zur Gruppenpsychotherapie durch den Begriff »therapeutische Faktoren« ersetzt hat.

Einen Überblick über diese Wirkfaktoren, die in fast jeder Form von Gruppenpsychotherapie eine mehr oder minder große Rolle spielen, gibt Tab. 2.1. Die Wirkfaktoren sind alphabetisch angeordnet, weil sich keine allgemeingültige Rangreihe ihrer Bedeutsamkeit aufstellen lässt. Dies hat sehr unterschiedliche Gründe, die im Folgenden aufgeführt sind.

2.1.2 Wirkfaktoren für die Einzeltherapie

Die Frage, wodurch Psychotherapie wirkt, spielt natürlich auch in der Einzeltherapie eine zentrale Rolle. Die Antworten auf diese Frage sind in der Einzeltherapie – erstaunlicherweise – jedoch sehr viel uneinheitlicher als für den Bereich Gruppentherapie (Lang 1990; Tschuske u. Czogalik 1990). Begründet liegt dies darin; dass die theoretischen Annahmen darüber, was das therapeutisch Wirksame ist, nicht nur zwischen den, sondern auch innerhalb der Therapieschulen z. T. sehr unterschiedlich bzw. nicht ausreichend konzeptualisiert sind.

Ein Beispiel für Unterschiede in den Auffassungen darüber, was das therapeutisch Wirksame in einer bestimmten Form von Psychotherapie ist, ist die psychoanalytische Therapietheorie (Finger-Drescher 1991).

Lang (1990) weist darauf hin, dass es schon sehr früh innerhalb der Psychoanalyse zwei unterschiedliche Strömungen gab:

- Die klassische Strömung setzte auf die Prozesse von Bewusstmachen, Erinnern sowie Verstehen und damit auf die **Deutung** als wichtigen therapeutischen Faktor.
- Die andere Strömung, repräsentiert von Ferenczi und Rank, sah das therapeutisch wirksame Agens im **Wiederholen**. Ferenczi und andere Autoren betonten die Bedeutung der emotionalen Prozesse für eine therapeutische Veränderung.

Letztere Position wurde auch von Franz Alexander vertreten, der den wichtigsten therapeutischen Faktor in der »korrigierenden emotionalen Erfahrung« sah. Allerdings gab es unterschiedliche Auffassungen darüber, wie diese emotionalen Prozesse anzustoßen seien. Winnicott

Tab. 2.1. Konzeptionen zu den Wirkfaktoren in der Gruppenpsychotherapie. (Nach Tschuschke 1993)

Allgemein meistbenutzte Bezeichnungen	Corsini u. Rosenberg (1955)	Bloch u. Crouch (1985)	Yalom (1970)
Akzeptanz/Kohäsion (»Acceptance/cohesion«)	»Acceptance«	»Acceptance«	»Altruism«
Altruismus (»Altruism«)	»Altruism«	»Altruism«	»Catharsis«
Anleitung (»Guidance«)	»Intellectualization«	»Catharsis«	»Cohesiveness/cohesion«
Einflößen von Hoffnung (»Installation of hope«)	»Interaction«	»Guidance«	»Existential factors«
Einsicht (»Insight/self-understanding«)	»Reality testing«	»Installation of hope«	»Family reenactment«
»Feedback« (»Learning from interpersonal action«)	»Spectator therapy«	»Learning from interpersonal action«	»Guidance«
Identifikation (»Identification«)	»Transference«	»Self-disclosure«	»Identification«
Interaktion (»Interpersonal learning – output«)	»Universalization«	»Self-understanding«	»Installation of hope«
Katharsis (»Catharsis«)	»Ventilation«	»Universality«	»Interpersonal learning – input«
Rekapitulation (Wiedererleben) der primären Familie (»Family reenactment«)	»Miscellaneous«	»Vicarious learning«	»Interpersonal learning – output«
Selbstöffnung (»Self-disclosure«)	–	–	»Self-understanding«
Universalität des Leidens (»Universality«)	–	–	»Universality«

Wirksamkeit therapeutischer Faktoren in der Gruppentherapie

- Bedeutung und Wirksamkeit der einzelnen Wirkfaktoren sind sowohl von der Art der Gruppenpsychotherapie und den damit verknüpften Zielen als auch vom Stand des Gruppenprozesses in einer Gruppe abhängig.

Beispielsweise spielen die Wirkfaktoren »Universalität des Leidens« und »Anleitung« in Gruppentherapien mit alkoholabhängigen Patienten eine größere Rolle als in einer am klientenzentrierten Konzept orientierten Gruppentherapie mit »neurotischen« Patienten. Während in einer tiefenpsychologisch orientierten Gruppentherapie davon ausgegangen wird, dass dem Faktor »Rekapitulation (Wiedererleben) der Ursprungsfamilie« eine große Bedeutung zukommt, wird seine Bedeutung von Teilnehmern an »Encountergruppen« (Begegnungsgruppe, eine Gruppenform, bei der die Selbsterfahrung der Teilnehmer im Vordergrund steht) nur niedrig eingeschätzt.

Die wechselnde Bedeutung der einzelnen Faktoren im Verlauf einer Gruppenbehandlung kann

am Beispiel des Faktors »Anleitung« verdeutlicht werden: In fast allen Formen von Gruppenpsychotherapie hat dieser Faktor zu Beginn der Behandlung einen höheren Stellenwert als gegen Ende.

- Die Faktoren sind z. T. nicht unabhängig voneinander, sondern bedingen sich gegenseitig. Beispielsweise ist das »Wiedererleben der Ursprungsfamilie« dann, wenn es vom Patienten bewusst wahrgenommen wird, häufig mit einem Gewinn an »Einsicht« verbunden.
- Die Wirkfaktoren unterscheiden sich in der Art und Weise, in der sie wirksam werden. Sie entfalten ihre Wirksamkeit sowohl unmittelbar als auch mittelbar. »Katharsis« z. B. hat eine unmittelbare Wirkung, während das Vorliegen von »Gruppenkohäsion« eine Voraussetzung dafür ist, dass andere Faktoren ihre Wirksamkeit entfalten können, dass z. B. »interpersonales Lernen« stattfinden kann.
- Die in einer Gruppentherapie wirksam werdenden Faktoren sind nicht alle spezifisch für das Verfahren Gruppentherapie. Das Wirksamwerden von Kathar-

