



**DPTV** Deutsche  
Psychotherapeuten  
Vereinigung

# Psychotherapie **Aktuell**

8. Jahrgang | Heft 4.2016



 **Rückblick – 10 Jahre DPTV**

 **Psychotherapie zwischen Anpassung und Autonomie**



**Impressionen vom Festabend „10 Jahre DPtV“**



## Gemeinsam sind wir stark!

### Wir feiern 10 Jahre Deutsche PsychotherapeutenVereinigung!



Liebe Kolleginnen und Kollegen, diesen Geburtstag feiern wir nicht jedes Jahr, sondern erstmalig nach zehn Jahren. Dabei ist die „Zeugung“ der DPtV und ihre Geburt nicht einfach so geschehen, ihr ging eine lange Annäherungsphase zweier erfolgreicher Elternverbände voraus, der *Vereinigung der Kassenpsychotherapeuten* und dem *Deutschen Psychotherapeutenverband*.

Nach der Verabschiedung des Psychotherapeutengesetzes 1999 vermehrten sich die Aufgabenfelder der Berufsverbände um ein Vielfaches. In der politischen Arbeit zogen beide Verbände immer weiter am gleichen Strang. Ein seit 2002 sukzessiv immer engerer Austausch der beiden Bundesvorstände mündete in immer engere Kooperationen, die deutlich Arbeitsressourcen in den jeweiligen Verbänden sparten. 2003 und 2004 führten beide Verbände gemeinsam einen in der Tradition der *Vereinigung* gegründeten Fortbildungskongress durch, den 4. und 5. Deutschen Psychotherapeutentag. Der Name „Deutscher Psychotherapeutentag“ wurde dann an die neu gegründete Bundespsychotherapeutenkammer weitergegeben.

Es war allerdings weiterhin noch ein recht großer Schritt von dieser immer enger werdenden Koalitionsarbeit zum Fusionsgedanken. In beiden Verbänden bestanden viele Zweifel, ob dieser Weg der richtige sei. Nach einer Vielzahl von Diskussionen in beiden Verbänden wurde 2005 nach der zweiten gemeinsamen Delegierten- bzw. Leitungskonferenz der Fusionsvertrag unterschrieben und damit die Geburt der *Deutschen PsychotherapeutenVereinigung* DPtV eingeleitet. Der fusionierte Verband startete mit dem Sachverstand eines ‚erwachsenen‘ Verbandes, sowohl der DPTV als auch die *Vereinigung* waren mit ihrem über 10- bzw. 20jährigen Bestehen aus den Kinderschuhen längst herausgewachsen.

Nun können wir heute auf 10 Jahre Deutsche PsychotherapeutenVereinigung zurückblicken und sind mit dem Ergebnis, der Entwicklung und dem Stand unseres Berufes in der Gesellschaft sehr zufrieden. Das haben wir am 21. Oktober ausgiebig gefeiert, mit vielen, die an dieser Erfolgsgeschichte beteiligt waren und noch sind.

Es wären an dieser Stelle viele Namen zu nennen, die diesen Weg mitgestaltet haben. Anstelle einer umfangreichen Liste finden Sie in unserer Jubiläumsausgabe durchgehend einen roten Zeitstrahl, unter dem sich einige fotografisch eingefangene Impressionen unserer Verbandsarbeit finden.

Die Deutsche PsychotherapeutenVereinigung ruht sich nicht auf den bereits erreichten Zielen aus, wir arbeiten mit voller Kraft bereits am Erfolg von morgen, zum Wohle einer guten psychotherapeutischen Versorgung. Wir werden in der Fachwelt und Öffentlichkeit in Deutschland als starke kompetente Gemeinschaft wahrgenommen. Man nimmt uns und unsere Anliegen ernst.

Gemeinsam sind wir stark, und das wollen wir auch in Zukunft sein: ein kraftvoller Verband von Mitgliedern für Mitglieder!

Sabine Schäfer  
Stellvertretende Bundesvorsitzende  
der DPtV

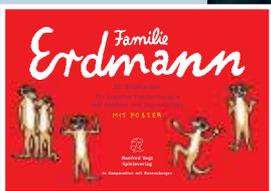


Der Gesamtkatalog  
2017/18 ist da!



neu

**Das Okay und Hey-Stopp! Spiel**  
Das Spiel für Psychotherapie zum Umgang mit übergriffigem Verhalten (ab 6 Jahre)



**Familie Erdmann**  
50 Bildkarten zum Ausdruck von Gefühlen



**Das Das-tut-mir-gut-Spiel**  
Resilienz stärken bei Kindern und Jugendlichen mit belasteten Eltern (ab 6 Jahre)



**Die Vier Yetis**  
Das Spiel für kreative Psychotherapie zum Überwinden von depressiver Verstimmung bei Kindern und Jugendlichen (ab 6 Jahre)



**Das Land-der-Gefühle-Spiel**  
Emotionen zeigen und benennen in der kreativen Psychotherapie mit Kindern (ab 4 Jahre)

... und andere kreative Spiele unter:

[www.mvsv.de](http://www.mvsv.de)





## RÜCKBLICK – 10 JAHRE DPtV

- 6 10 Jahre Deutsche PsychotherapeutenVereinigung**  
Eine Erfolgsgeschichte und weiter viel zu tun!

## DPtV-KONGRESS 2016

- 10 Psychotherapie zwischen Anpassung und Autonomie**  
DPtV-Kongress am 21./22. Oktober 2016
- 12 Heiner Keupp**  
Jenseits der sozialen Amnesie
- 16 Wolfgang Schmidbauer**  
Gesellschaftlicher Wandel und Herausforderungen für die psychotherapeutische Praxis
- 20 Cinur Ghaderi**  
Ambivalenzen von Autonomie und Anpassung im Lichte von Migration
- 24 Workshop des Bundesvorstandes**  
Vorstellung und Diskussion der aktuellen gesundheitspolitischen Standpunkte der DPtV
- 32 Podiumsdiskussion**  
Wohin entwickelt sich der Beruf, wohin entwickelt sich die psychotherapeutische Versorgung?
- 35 Elisabeth Jentschke**  
Begleitung schwerstkranker und sterbender Menschen im Palliativbereich
- 39 Babette Renneberg, Charlotte Rosenbach**  
Borderline und Mutter sein – Wie kann das gelingen? Gruppentraining für Mütter mit Borderline-Persönlichkeitsstörung
- 43 Christine Zens, Gitta Jacob**  
Schematherapie – Ein Überblick
- 47 Svenja Taubner**  
Die Mentalisierungs-Basierte Therapie
- 51 Jürgen Körner**  
Der Widerspruch von Freiheit und Zwang in der psychoanalytischen Methode

- 54 Klemens Funk**  
Psychotherapie am Ende der Beziehung. Sind Psychotherapeuten Nachlassverwalter?

- 58 Kathrin Nahmmacher**  
Rechtliche Rahmenbedingungen bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen

## VERANSTALTUNGEN

- 62 Veranstaltungskalender Januar bis März 2017**

## REZENSION

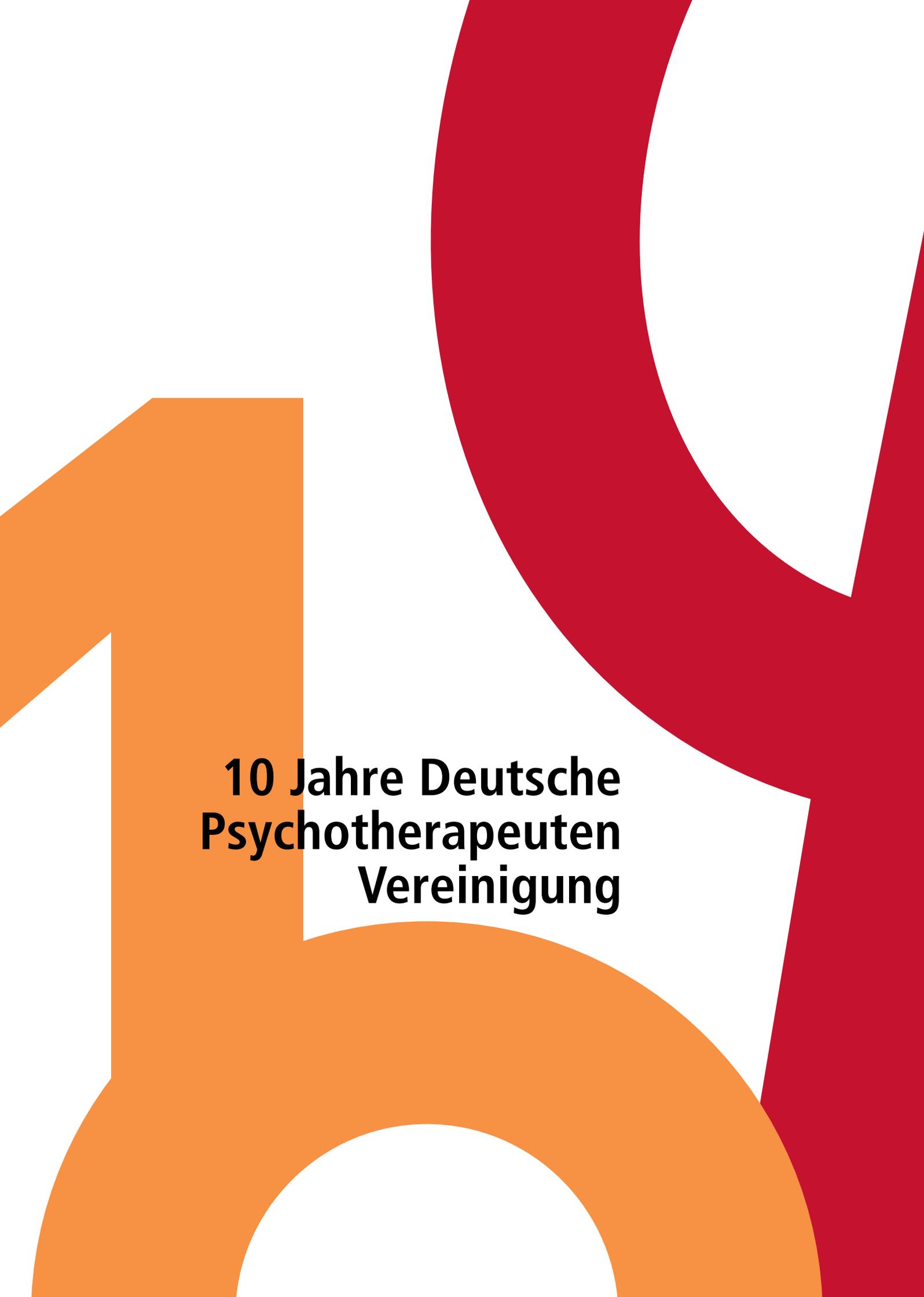
- 63 Aileen Dörries**  
Holger Kirsch, Josef Brockmann, Svenja Taubner: Praxis des Mentalisierens

## VERBANDSINTERN

- 64 Adressen DPtV**  
Impressum

## ANZEIGEN

- 65 Kleinanzeigen**

The background features large, abstract, overlapping shapes in orange and red. The orange shapes are on the left and bottom, while the red shapes are on the right and top. The text is centered in the white space between these shapes.

**10 Jahre Deutsche  
Psychotherapeuten  
Vereinigung**

## Eine Erfolgsgeschichte und weiter viel zu tun!

Die Deutsche Psychotherapeutenvereinigung DPTV feiert in diesem Jahr ihr zehnjähriges Bestehen, eine nicht selbstverständliche Erfolgsgeschichte. Bei den ersten Gesprächen der damals noch konkurrierenden Verbände *Deutscher Psychotherapeutenverband* und *Vereinigung der Kassenpsychotherapeuten* über eine engere Zusammenarbeit oder sogar eine Fusion hatte es noch gewaltig geknistert. Die Satzungen, die Verbandsstrukturen, die Finanzverteilungen und die Diskussionskulturen erschienen so unterschiedlich, die Zweifel waren so groß, dass die Gespräche zeitweise kurz vor dem Abbruch standen. Jedoch war den Bundesvorständen der beiden Vorgängerverbände auch klar, dass die Zusammenführung der berufspolitischen Interessen der Psychotherapeutenschaft gestärkt werden müsse. Die legendäre Zersplitterung der Interessen und der gegenseitigen Lähmung musste ein Ende haben, auch Arbeitsressourcen sollten effektiver genutzt werden.

Bis zur Fusion waren noch viele organisatorische und rechtliche Hindernisse zu überwinden. Die offene Diskussion über die Schwierigkeiten und Vorbehalte sowohl innerhalb der beiden Verbände als auch in mehreren gemeinsamen Sitzungen der Delegierten und Landesvorsitzenden setzte einen sehr konstruktiven Prozess in Gang, der schließlich Ende 2005 zur Unterschrift unter den Fusionsvertrag führte. Das Wichtigste, das wir aus dieser Zeit gelernt haben, ist die

Einsicht, dass man viele von den mitgebrachten Vorstellungen, Vorurteilen und Verhaltensweisen loslassen und sich immer wieder dem Neuen öffnen kann und in diesem Fall auch sollte. In diesem Sinne haben die Mitglieder und Funktionäre und auch die Mitarbeiterinnen der Geschäftsstellen der früheren Verbände sowie des jetzt gemeinsamen Verbandes viel geleistet, auf das wir, wenn wir das Ergebnis sehen, sehr stolz sein dürfen.

Heute prägen viele junge Kolleginnen und Kollegen das Gesicht des gemeinsamen großen Berufsverbandes, der allen Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, gleich ob angestellt oder niedergelassen, gleich welches Verfahrens, eine berufliche Heimat bietet.

Das Ziel war von Anfang an, dass das Thema Psychotherapie und die angemessene Versorgung der psychisch kranken Menschen von der Politik, den Krankenkassen und den Medien besser wahrgenommen wird. Die DPTV arbeitet ebenso daran, die Arbeits- und Vergütungsbedingungen für die Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zu verbessern. Wir kämpfen seit unserer Integration in das System der Gesetzlichen Krankenversicherung für eine adäquate Vergütung, es ist unverständlich, dass unsere Rechte fast nur per Entscheidungen des Bundessozialgerichtes durchgesetzt werden können. Im Bereich der angestellten Kolleginnen und

2002

Vorstand DPTV



Vorstand Vereinigung



Mit der zunehmenden Größe des Verbandes wächst auch die Heterogenität und es kommen immer weitere Aufgaben dazu

Kollegen ist die fachärztliche und tarifliche Gleichstellung ebenfalls weiterhin ausstehend.

Der Anstieg der Mitgliederzahl von damals 6.500 auf heute fast 12.000 ist für uns eine Bestätigung und zeigt die Bedeutung unseres Verbandes und die unserer stringenten, hartnäckigen Berufspolitik.

Der Service für unsere Mitglieder ist uns ebenso wichtig: Neben den regelmäßig erscheinenden Bundes- und Landesrundbriefen und unserer Verbandszeitschrift ‚Psychotherapie Aktuell‘ haben wir eine Fülle von praktischen Materialien entwickelt, Broschüren, Faltblätter zur Patienteninformation, Formulare, Musterverträge etc. und bieten über unsere Bundesgeschäftsstelle qualifizierte Beratung an. Unsere Bundesgeschäftsstelle ist deutlich gewachsen, die Räume für unsere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, für Seminare und Besprechungen wurden vergrößert und ausgebaut.

Wir engagieren uns besonders für die Psychotherapeuten in Ausbildung PiA. So haben wir mit dem PiA-Portal eine eigene Internet-Plattform für PiA und auch für Junge Psychotherapeuten geschaffen. Wir stellen als Vorbereitung auf die Approbationsprüfung via E-Learning original IMPP-Prüfungsfragen zur Verfügung und bieten regelmäßig Veranstaltungen zur Praxisgründung und zum Berufseinstieg an. Wir freuen uns, dass wir durch dieses Engagement und durch geschaffene Mitwirkungsmöglichkei-

ten viele junge Kolleginnen und Kollegen als Mitglieder gewinnen konnten und dass viele von ihnen auch bereit sind, Aufgaben und Verantwortung bei uns im Berufsverband zu übernehmen.

Die Gründung unserer Fortbildungsakademie CAMPUS war ein weiterer wichtiger Schritt, um unseren Mitgliedern eine große Palette an Seminaren anzubieten, z.B. zu Praxismanagement, Praxisübergabe, Datenschutz, die gut angenommen werden. Wir haben ein Curriculum zur Klinischen Organisationspsychologie entwickelt, das besonders die Themen der betrieblichen Prävention aufgreift. Inzwischen haben mehrere Curriculums-Durchgänge stattgefunden und wir haben aus den Absolvent/innen einen Pool von Kolleginnen und Kollegen gewonnen, die als Psychotherapeuten mit zusätzlichen Kompetenzen im Bereich Prävention angefragt werden. Seit Jahren hat auch unser Frühsommer-Symposium mit einem aktuellen psychotherapeutischen Thema und berufspolitischer Podiumsdiskussion mit Vertretern aus Politik und Krankenkassen einen großen Stellenwert.

Mit der zunehmenden Größe des Verbandes wächst auch die Heterogenität und es kommen immer weitere Aufgaben dazu: Wir haben für unsere immer zahlreicher werdenden angestellten Kolleginnen und Kollegen eine Fachgruppe *Angestellte* gegründet. Diese befasst sich insbesondere mit Fragen der

angemessenen Gehaltseingruppierung und kooperiert dazu eng mit der Gewerkschaft ver.di. Weiter begleitet die Fachgruppe intensiv auch Gesetzesvorhaben, wie z.B. die Entwicklung des PsychVVG (Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen).

Eine weitere Fachgruppe *Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie* befasst sich mit den spezifischen Themen, die bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen auftreten. Sie ist beispielsweise derzeit eingebunden in die Entwicklung von Präventionskonzepten für Kinder und Jugendliche durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG).

Wir unterstützen die Kolleg/innen bei den leider regelmäßig einzulegenden Honorar-Widersprüchen gegen die KV-Abrechnungen und führen Muster-Klageverfahren, um eine bessere Vergütung der psychotherapeutischen Leistungen durchzusetzen. In diesem Jahr waren wir erfolgreich bei der Durchsetzung des Samstags-Zuschlags auch für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Die große Honorar-Demonstration in Berlin wurde von DPtV-Kolleg/innen initiiert und organisiert und hat bleibend Eindruck in der Gesellschaft und Politik hinterlassen.

Wir sind aktiv in den Gremien der Kassenärztlichen Vereinigungen,

2003

1. Gemeinsames Funktionärstreffen, Hamburg



der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), den Psychotherapeutenkammern und der Bundespsychotherapeutenkammer.

Seit Jahren fordern wir die Reform der Psychotherapeutenausbildung. Der beim 25. Deutschen Psychotherapeutentag mit großer Mehrheit gefasste Beschluss für eine Reform ist auch ein großer Erfolg für die DPtV – jetzt hat das Bundesministerium für Gesundheit erste Reform-Eckpunkte vorgelegt, und es wird nun von uns mit den anderen berufspolitischen Akteurinnen und Akteuren um eine gute Lösung gerungen.

Die Erweiterung der Muster-Weiterbildungsordnung um Systemische Therapie und Neuropsychologische Psychotherapie geht maßgeblich auf die Unterstützung durch die DPtV zurück, und aktuell haben wir die Diskussion um die Bedeutung der psychotherapeutischen Mitbehandlung körperlicher Erkrankungen angestoßen, z.B. Psychotherapie bei Diabetes oder onkologischen Erkrankungen.

Wir sind präsent in der KBV: Der Vorsitzende der Vertreterversammlung und etliche Kolleginnen und Kollegen in den verschiedenen Gremien kommen aus der DPtV und engagieren sich hartnäckig für bessere Vergütung, doch auch für Erleichterungen beim Gutachterverfahren. Auch sinnvolle neue Versorgungskonzepte werden erdacht, erprobt und auf den Weg gebracht. Wir setzen uns aktuell für eine

starke Selbstverwaltung ein, weil wir überzeugt sind, dass für eine gute Versorgung psychisch kranker Menschen der Kollektivvertrag besser geeignet ist als eine Vielzahl von Einzelverträgen und dass freiberufliche Tätigkeit der Verantwortung gegenüber den individuell zu behandelnden Patientinnen und Patienten besonders gerecht wird.

Ein großer Erfolg ist das GKV-VSG (Versorgungsstärkungsgesetz) und die dadurch angestoßenen Reformen: Aufhebung von Befugniseinschränkungen, Erleichterungen beim Jobsharing, Reform der Bedarfsplanung sowie die Reform der Psychotherapie-Richtlinie, wengleich dabei nicht alles nach unseren Vorstellungen umgesetzt wurde.

Die Ausübung der Befugnis z.B. zur Krankenhauseinweisung oder zur Verordnung von Soziotherapie wird die Möglichkeiten der Kooperation mit weiteren Fachgruppen verbessern. Die Psychotherapeuten werden dadurch stärker im Gesundheitssystem verankert. Die Reform der Richtlinie bietet Möglichkeiten für eine flexiblere Patientenversorgung – vorausgesetzt, die noch fehlende Regelung über die Höhe der Vergütung macht die neuen Leistungen realisierbar.

Wir Psychotherapeuten sind im Gesundheitswesen sichtbar geworden. Psychische Erkrankungen werden deutlicher wahrgenommen als vor zehn Jahren. Psychotherapeutische Behandlungen können

selbstverständlich in Anspruch genommen werden. Das ist ein wichtiges Ergebnis unserer konsequenten berufspolitischen Arbeit. Diese Arbeit werden wir fortführen und haben dafür die aus unserer Sicht wichtigsten gesundheitspolitischen Themen der kommenden Monate in aktuellen Standpunkten formuliert. Wir sind bereit, uns den Herausforderungen der Versorgung psychisch kranker Menschen zu stellen und fordern dazu Dialog und Unterstützung von Politik und Krankenkassen. 

*Bundesvorstand*

---

**Wir Psychotherapeuten sind im Gesundheitswesen sichtbar geworden**

---

2004

2. Gemeinsames Funktionärstreffen



4.2016



# Psychotherapie zwischen Anpassung und Autonomie

**Unter diesem Motto veranstaltete die DPtV am 21./22. Oktober 2016 einen Kongress anlässlich ihres zehnjährigen Jubiläums, an dem 550 Interessierte teilnahmen, um mit Experten aus Politik, Soziologie, Pädagogik und Psychologie über die Zukunft der Psychotherapie in Zeiten des gesellschaftlichen Wandels zu diskutieren.**

Die Bundesvorsitzende der DPtV, *Dipl.-Psych. Barbara Lubisch*, eröffnete den Kongress und reflektierte die zehnjährige Geschichte der Deutschen Psychotherapeutenvereinigung. Hervorgegangen sei der Berufsverband aus den zwei Verbänden *Vereinigung der Kassenpsychotherapeuten* und *Deutscher Psychotherapeutenverband* mit damals zusammen 6.500 Mitgliedern, erinnerte sie. Inzwischen habe die DPtV fast 12.000 Mitglieder: Psychologische Psychotherapeuten/innen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten/innen, die in der DPtV Unterstützung für ihre psychotherapeutische Arbeit finden. Unterstützung bedeute: das Aufgreifen von unterschiedlichsten Themen der psychotherapeutischen Versorgung in den Selbstverwaltungsgremien und die Vertretung der Interessen der Berufsgruppe gegenüber der Politik, aber auch sehr viel Service, von Infoblättern über Rechtsberatung bis zu Honorarklageverfahren, so die Bundesvorsitzende.

Der Kongresstitel *10 Jahre DPtV – Psychotherapie zwischen Anpassung und Autonomie* sollte das Spannungsfeld umreißen, in dem sich Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten tagtäglich bewegen. Autonomie vs. Abhängigkeit ist einer der klassischen Konflikte, der in der Psychotherapie

mit den Patientinnen und Patienten oft eine große Rolle spielt, der immer wieder auftaucht und Entscheidungen abverlangt. Anpassung oder Autonomie – dies lässt sich auch auf das Verständnis von Psychotherapie anwenden – Reparaturbetrieb oder emanzipatorischer Vorgang? Und was bedeuten diese Gegensätze für unsere Positionierung im Hinblick auf die Erwartungen und Anforderungen der Gesellschaft? Kann psychotherapeutisches Fachwissen zum gesellschaftspolitischen Diskurs beitragen? Sollten sich Psychotherapeuten/innen und die DPtV als Berufsverband stärker einmischen?

Antworten auf diese Fragen suchten die 47 Referentinnen und Referenten in ihren Beiträgen und Diskussionsforen während der zwei Kongresstage. Einzelne Beiträge sind auf den folgenden Seiten dieser Zeitschrift abgedruckt. Die vollständige Dokumentation des Kongresses mit Audiomitschnitten und Vortragsfolien finden die Mitglieder auf der Homepage der DPtV unter [www.dptv.de](http://www.dptv.de).

In den Grußworten aus der Gesundheits- und Berufspolitik wurde die Arbeit der DPtV und das Engagement der Psychologischen Psychotherapeuten/innen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten/innen gewürdigt.

*Lutz Stroppe*, Staatssekretär im Bundesministerium für Gesundheit: „Die steigenden Anforderungen an die psychotherapeutische Versorgung in Deutschland haben bereits das Berufsbild des Psychotherapeuten weiterentwickelt. Sie haben heute einen festen Stellenwert im Versorgungssystem und stehen auf Augenhöhe mit den Ärzten. Die starke Nachfrage nach psychotherapeutischen Angeboten stellt aber auch unsere Gesundheitsversorgung vor besondere Herausforderungen. Mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz haben wir daher die Rahmenbedingungen für die Erbringung und für die Inanspruchnahme von psychotherapeutischen Leistungen verbessert sowie die Befugnisse der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten erweitert. Die Deutsche Psychotherapeutenvereinigung war in den vergangenen zehn Jahren immer ein konstruktiver Gesprächspartner, wenn es darum ging, die psychotherapeutische Versorgung in Deutschland zu stärken und weiterzuentwickeln. Dafür danke ich Ihnen.“

*Peter Lehndorfer*, Vizepräsident der Bundespsychotherapeutenkammer, griff das Kongressthema auf und erinnerte an die vielen, heute noch aktuellen Diskussionen während seiner Studienzeit. Denn Psychotherapie habe neben ihrer Funktion als Behandlungsmethode psychischer Störungen und Erkrankungen schon immer auch eine gesellschaftliche und politische Dimension. Er zog darüber hinaus einen

---

**Autonomie vs. Abhängigkeit ist einer der klassischen Konflikte, der in der Psychotherapie mit den Patientinnen und Patienten oft eine große Rolle spielt**

---

2003

1. Vorstandswahl BPTK



Wir bewegen uns in einem hochkomplexen System mit vielerlei Verflechtungen der Interessen

Bogen zur politischen Arbeit, denn die Frage Autonomie vs. Anpassung prägte nicht nur die Beziehungsgestaltung mit den Patienten/innen, sondern auch das standespolitische Handeln des Berufsstandes, der Kammern und der Verbände.

„Liebe Kolleginnen und Kollegen, in den Gremien der gemeinsamen Selbstverwaltung und der Gesundheitspolitik gibt es viele ausgesprochene und unausgesprochene Regeln und Rituale. Wir sollten sie alle kennen und auch hier einen Weg zwischen Anpassung und Autonomie finden, wenn wir erfolgreich für die Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und unsere Patientinnen und Patienten sein wollen. Wir mussten lernen, mit den

Regeln und Ritualen zu spielen und sie gewinnbringend einzusetzen. Es reicht nicht aus, gute fachliche Argumente zu haben. Das haben wir alle erfahren. Man braucht Allianzen, man braucht Unterstützer. Wir bewegen uns in einem hochkomplexen System mit vielerlei Verflechtungen der Interessen. Auch wir mussten und müssen uns mit den Regeln auseinandersetzen, uns anpassen, wenn es nötig ist, oder aber sie bei Bedarf verändern oder es zumindest versuchen. Wir sollten uns nicht unterordnen, sondern uns mit ihnen kritisch auseinandersetzen.“

Er hoffe, so resümierte Lehndorfer, dass sich die Verbände und Kammern ein gutes Stück Autonomie

bewahren könnten, ja vielleicht sogar zum Widerstand fähig seien. „Denn wer, wenn nicht wir, weiß, dass die etablierten Regeln des Gesundheitssystems nicht immer für Psychotherapeuten/innen und ihre Patienten/innen gemacht wurden. Es gilt, Freiräume zu bewahren und sich neue zu erkämpfen – zuweilen auch gegen die Etablierten! [...]

„Ich denke, die DPtV hat in den letzten 10 Jahren auch in diesem Sinne einen guten Job gemacht. Ich wünsche Ihnen als Verband, aber auch all Ihren Mitgliedern viel Erfolg und möchte Euch zurufen: *Haltet die Balance! Habt Mut, die nötige Gelassenheit, gute Ideen und vor allem Weisheit!*“

Barbara Lubisch

Heiner Keupp

## Jenseits der sozialen Amnesie

Die aktuellen fachlichen und öffentlichen Diskurse zur Psychotherapie weisen zwei miteinander verbundene typische Vereinseitigkeiten auf. Einerseits ist fast nur von der Anbieterseite die Rede, was schulenspezifisch oder berufsständisch verkürzt wirkt. Andererseits wird Psychotherapie auf ihre therapeutisch-technische Seite reduziert. Natürlich konstruiert jeder psychotherapeutische Diskurs auch ein Bild von den Klientinnen und Klienten der therapeutischen Dienstleistungen. Das gegenwärtig vorherrschende Bild von Nutzerinnen und Nutzern psychotherapeutischer Angebote ist ein individualisiertes Subjekt, von dessen realem Lebenskontext kaum mehr die Rede ist. Diese Subjekte suchen psychotherapeutische Unterstützung zur Bewältigung konkreter Lebensschwierigkeiten, das sind Ängste, Selbstwertprobleme oder lebens- und erlebnishinderliche Symptome. Auf sie bezogen, werden psychotherapeutische Angebote gemacht. Die alltäglichen Lebensbedingungen in spezifischen soziokulturellen Kontexten scheinen keine Rolle zu spielen. Jedenfalls kommen sie kaum vor.

Für mich stellen sich in der Konsequenz dieser Einschätzung folgende Fragen:

1. Inwieweit haben denn die psychosozialen Berufsgruppen überhaupt noch eine Sprache für die Gesellschaft, in der sie ihre spezialistischen Aufgaben erfüllen?
2. Wird der Zusammenhang von subjektiven Leidenszuständen mit gesellschaftlichen Lebensbedingungen im globalisierten Kapitalismus überhaupt noch thematisiert?
3. Haben wir ein fachlich-professionelles Sprachspiel zur Verfügung,

2005

3. Gemeinsames Funktionärstreffen · Verhandlung Fusionsvertrag



das die teilweise dramatischen gesellschaftlichen Strukturveränderungen begrifflich abzubilden vermag?

4. Wo ist die Stimme der psychosozialen Berufsgruppen in den Reform- und Protestbewegungen?

Ich sehe die Notwendigkeit zur Schaffung einer psychosozialen Gesellschaftsdiagnostik als Alternative zur weitverbreiteten „Gesellschaftsvergessenheit“ oder „sozialen Amnesie“ der psychosozialen Professionen. Dazu einige Thesen:

**These 1**

Die psychosoziale Arbeit könnte für das Aufzeigen von Zusammenhängen zwischen gesellschaftlichen Lebensbedingungen und psychischen Problemen eine wichtige seismographische Funktion haben. Sie arbeitet an den Krisen der Subjekte und ist damit konfrontiert, dass ihnen die Ressourcen fehlen, die sie zu ihrer Bewältigung bräuchten.

Die Häufung spezifischer Krisen und Störungsbilder verweist aber über das einzelne Subjekt hinaus und macht es erforderlich, den kulturell-gesellschaftlichen Hintergrund zu beleuchten und zu benennen, der diese Krisen fördert. Die in den letzten Jahrzehnten registrierte Zunahme etwa von Depressionen, Burnouterfahrungen, Borderline- oder Essstörungen sind Beispiele für die Notwendigkeit, neben einer psychodiagnostischen auch eine gesellschaftsdiagnostische Einordnung vorzunehmen.

**These 2**

Der globalisierte Kapitalismus hat zu einer spürbaren Beschleunigung und Verdichtung der Abläufe in den beruflichen und privaten Lebenswelten geführt. Die deutlichen Belege für eine Zunahme von Burnout und Depressionen lassen sich als Hinweise auf diese Entwicklung verstehen. Sie führen bei zunehmend mehr Menschen zu dem Gefühl der Erschöpfung. Die Antworten auf diese Probleme dürfen nicht in individualisierenden Strategien gesucht werden, sondern erfordern eine zeitdiagnostische Einordnung und kollektive Aktionen.

Alle deutschen Krankenkassen zeigen Jahr für Jahr, dass vor allem die Diagnose Depression immer häufiger gestellt wird und die Anzahl der Arbeitsunfähigkeitstage steigt. Hier wird längst schon ein volkswirtschaftliches Problem konstatiert. Die rebiologisierte Psychiatrie hat hier längst die Initiative ergriffen: Nature ruft im Januarheft 2010 eine „Dekade psychiatrischer Störungen“ aus. Begründet wird diese Priorität damit, dass psychische Störungen wie Schizophrenie und Depressionen die vorherrschenden Störungen der Altersgruppe von 15 bis 44 Jahre ausmachen würden. Hinzu kommt die wachsende Anzahl von ADHS-Diagnosen bei Kindern. Die Behandlung dieser Störungen machen etwa 40 % der medizinischen Kosten in den USA und Kanada aus. Die biologische Psychiatrie reklamiert für sich die zeitgemäßen Erklärungen und Therapien!

Die Dachgesellschaft der deutschen Psychiater (DGPPN) zieht nach und fordert ein „Deutsches Zentrum für Psychische Störungen“. Begründet wird diese Forderung so: Die psychischen Störungen seien eine Volkskrankheit, die sich in den modernen Gesellschaften sukzessiv ausweitete. Die Zeit sei reif für eine wissenschaftliche Revolution! Auch hier wird nicht ein Ausbau psychosozialer Angebote gefordert, sondern stolz die großen Fortschritte der Genomik und der Neurowissenschaften betont.

**These 3**

Es ist notwendig, die inflationäre Verwendung der Diagnose Depression kritisch zu reflektieren. Die Hauptnutznießer dieser diagnostischen Gepflogenheit ist die Psychopharmaindustrie. Unstrittig dürfte sein, dass immer mehr Menschen die mit der Globalisierung verbundenen Veränderungen in ihrer Arbeits- und Alltagswelt als Herausforderungen und Belastungen erleben, die ihre Bewältigungsmöglichkeiten überschreiten. Die „Klinifizierung“ der daraus folgenden psychischen Probleme enthält die Gefahr der Individualisierung gesellschaftlicher Probleme. Wir müssen die „soziale Amnesie“ überwinden. Notwendig ist eine „Gesellschaftsdiagnostik“.

**These 4**

In seinen Lebensformen passen sich immer mehr Menschen der unaufhaltsamen Beschleunigungsdynamik an. Aber der gesellschaftliche und berufliche Fitness-Parcours

---

Der globalisierte  
Kapitalismus hat zu einer  
spürbaren Beschleunigung  
und Verdichtung der  
Abläufe in den beruflichen  
und privaten  
Lebenswelten geführt

---



hat kein erreichbares Maß, ein Ziel, an dem man ankommen kann, sondern es ist eine nach oben offene Skala, jeder Rekord kann immer noch gesteigert werden. Hier ist trotz Wellness-Industrie keine Chance, eine Ökologie der eigenen Ressourcen zu betreiben, sondern in einem unaufhaltsamen Steigerungszirkel läuft alles auf Scheitern und einen Erschöpfungszustand zu.

Die Psychotherapie benötigt eine kritische Reflexion ihrer eigenen Menschenbildannahmen

**These 5**

Schon vor Jahren ist uns die „Erschöpfung der utopischen Energien“ (Jürgen Habermas) diagnostiziert worden und ein „minimal self“ (Christopher Lasch), also eine Fixierung auf Alltagsbewältigung ohne übergreifende Idee. Wir haben es mit einer tiefen Krise im gesellschaftlichen Selbstverständnis zu tun, das sich nicht einmal mehr über unterschiedliche mögliche Zielvorstellungen streitet, sondern einfach keine mehr hat. In allen gesellschaftlichen Bereichen, in der Politik, in der Wirtschaft und zunehmend auch in den privaten Welten geht es ums „Überleben“, ums „Durchhalten“. Hier zeichnet sich eine Gesamtsituation ab, die man mit dem Begriff „erschöpfte Gesellschaft“ überschreiben könnte. Erschöpfung ist also nicht nur ein individuelles, sondern auch ein gesamtgesellschaftliches Phänomen.

**Was folgt aus der Analyse?**

1. Subjekte einer individualisierten und globalisierten Netzwerkgesell-

schaft können in ihren Identitätsentwürfen nicht mehr problemlos auf kulturell abgesicherte biografische Schnittmuster zurückgreifen. In diesem Prozess stecken ungeheure Potentiale für selbstbestimmte Gestaltungsräume, aber auch die leidvolle Erfahrung des Scheiterns. Psychotherapie kann für Subjekte ein hilfreiches Angebot sein, sich in diesen gesellschaftlichen Umbruchprozessen Unterstützung bei einer Neuorientierung, Reflexion und Selbstorganisation zu holen, sie kann aber auch „Trainingslager“ für Fitness im Netzwerkkapitalismus liefern. Sie stellt einen Rahmen der „inneren Modernisierung“ dar, aber die Frage, was in diesem Rahmen Emanzipation oder Affirmation sein kann, bleibt auf der Tagesordnung.

2. Psychotherapie kann und soll *Gesellschaftsdiagnostik* betreiben und diese im öffentlichen Raum kommunizieren: Die in den privatisierten und individualisierten Problem- und Leidenszuständen der Subjekte enthaltenen gesellschaftlichen Hintergründe kann man entschlüsseln und sichtbar machen. Dies ist auch die Voraussetzung für sinnvolle Projekte der Prävention und Gesundheitsförderung.

3. Ich sehe für die Psychotherapie die Notwendigkeit, ihr *Rollenverständnis* nicht auf eine operative Dienstleistung reduzieren zu lassen. Sie benötigt eine Vorstellung davon, für welche Gesellschaft sie mit ihren Kompetenzen einsteht. Will sie Individuen anpassungsfä-

higer und -bereiter machen und will sie deren Fitness steigern oder seine „Widerstandsressourcen“ oder Resilienz fördern, die Distanz und Handlungsfähigkeit gegen die normativen Imperative des „unternehmerischen Selbst“ ermöglichen.

4. Die Psychotherapie benötigt eine kritische Reflexion ihrer eigenen *Menschenbildannahmen*. Eine Reihe psychotherapeutischer Technologien verdanken sich der Ideologie des Neoliberalismus, sie setzen auf ein Selbstoptimierungsschema, das den einzelnen zum Dreh- und Angelpunkt von Selbstinszenierung und Selbstverantwortung macht. Einer ideologisch-theoretischen „Entbettung“ des Subjektes folgt meist eine therapeutisch-praktische. Es wäre den unterschiedlichen psychotherapeutischen Schulen ein Menschenbild zu wünschen, wie es in der Ottawa Charta (Weltgesundheitsorganisation 1986) formuliert wurde: „Gesundheit wird von Menschen in ihrer alltäglichen Umwelt geschaffen und gelebt: dort, wo sie spielen, lernen, arbeiten und lieben. Gesundheit entsteht dadurch, dass man sich um sich selbst und für andere sorgt, dass man in die Lage versetzt ist, selber Entscheidungen zu fällen und eine Kontrolle über die eigenen Lebensumstände auszuüben sowie dadurch, dass die Gesellschaft, in der man lebt, Bedingungen herstellt, die all ihren Bürgern Gesundheit ermöglichen“.

5. Lange Zeit haben die westlichen Industriegesellschaften dem Thema *sozialer Ungleichheit im Zugang zu*

2005 Vereinigung stimmt für Fusion



psychosozialen Ressourcen keine große Beachtung mehr geschenkt, obwohl die Ergebnisse der Forschung keinen Anlass boten, die frühere Relevanz dieser Fragestellung aus dem Blickfeld zu verlieren. In den 70er und 80er Jahren wurde die Notwendigkeit gemeindepsychiatrischer Reformmaßnahmen und einer Verbesserung der psychotherapeutischen Basisversorgung unter anderem mit folgender dramatischen Scherentwicklung begründet: Einerseits häuften sich die Befunde, dass psychisches Leid in hohem Maße mit gesellschaftlicher Ungleichheit korreliert ist, also Angehörige der unterprivilegierten sozialen Schichten die höchsten Störungsraten aufweisen; andererseits entwickelte sich ein gewaltiges psychotherapeutisches Angebot, von dem offensichtlich genau die Menschen am wenigsten profitierten, die das höchste Störungsrisiko zu tragen haben. Die verfügbaren sozialepidemiologischen Daten konnten diese Einschätzung beweiskräftig untermauern. Ist das Thema soziale Ungleichheit aus dem fachlichen Aufmerksamkeitszentrum verschwunden, weil soziale Unterschiede an Bedeutung verloren haben und allmählich die „nivellierte Mittelstandsgesellschaft“ entstanden ist, die schon von einigen konservativen Ideologen in den 50er Jahren verkündet worden war? Empirisch spricht für diese Deutung nichts. Die vorherrschende individualisierende Verkürzung steht im Widerspruch zu einer wachsenden Ungleichverteilung der materiellen Güter

im globalisierten Kapitalismus, und wir haben eindrucksvolle Belege für deren gesundheitspolitische Relevanz. Menschen, die in relativer Armut aufwachsen, haben in Bezug auf alle uns verfügbaren Gesundheitsindikatoren schlechtere Chancen. Es kommt noch eine weitere Dimension hinzu: Gesellschaften, in denen die Schere zwischen arm und reich besonders groß ist und insofern die Erwartung einer gerechten Verteilung der vorhandenen Ressourcen immer weniger erfüllt wird, haben epidemiologisch nachgewiesen die höchsten Morbiditätsraten.

6. Es mag in manchen Ohren altmodisch klingen, aber ich halte diese Einordnung aus: Es sollte immer noch die Förderung von Emanzipation und Aufklärung Ziel unserer Aktivitäten sein. Das ließe sich philosophisch mit Kant begründen, dann würden wir von dem „Ausgang des Menschen aus seiner selbstverschuldeten Unmündigkeit“ sprechen. Etwas handhabbarer ist das aktuelle Konzept der „Verwirklichungschancen“ oder „Capabilities“, wie es von dem Nobelpreisträger Amartya Sen und seiner Lebenspartnerin Martha Nussbaum entwickelt worden ist. Sen knüpft mit seinem Konzept der „Verwirklichungschancen“ einerseits an der Idee der Freiheit und an den gesellschaftlichen Bedingungen an, die zur Realisierung von eigenen Lebensvorstellungen erforderlich sind. Unter Verwirklichungschancen versteht er die Möglichkeit von Menschen, „be-

**Prof. Dr. Heiner Keupp**  
Diplom-Psychologe, bis 2008 Hochschullehrer für Sozial- und Gemeindepsychologie an der Universität München; seit 2001 Gastprofessur an der Universität Bozen.  
Arbeitsschwerpunkte: Reflexive Sozialpsychologie; soziale Netzwerke; Identitätsforschung; Gesundheitsförderung bei Kindern und Jugendlichen; sexualisierte Gewalt in kirchlichen und pädagogischen Institutionen.



stimme Dinge zu tun und über die Freiheit zu verfügen, ein von ihnen mit Gründen für erstrebenswert gehaltenes Leben zu führen“ (S. 108); an anderer Stelle bestimmt er sie als „Ausdrucksformen der Freiheit: nämlich der substantiellen Freiheit, alternative Kombinationen von Funktionen zu verwirklichen (oder, weniger formell ausgedrückt, der Freiheit, unterschiedliche Lebensstile zu realisieren)“ (S. 95). Der Ökonom Sen betont die Bedeutung materieller Grundvoraussetzungen als Verwirklichungschance, aber es kommen weitere Ressourcen hinzu, nicht zuletzt auch das, was Kant mit seiner „Empowerment“-Aussage angesprochen hat: „Habe Mut, dich deines eigenen Verstandes zu bedienen!“ Ist das nicht auch ein Appell für uns Psychofachleute?



Es sollte immer noch die Förderung von Emanzipation und Aufklärung Ziel unserer Aktivitäten sein

### Literaturhinweis

Das umfangreiche Literaturverzeichnis finden Sie im Internet unter [www.dptv.de](http://www.dptv.de).

DPTV stimmt für Fusion



Wolfgang Schmidbauer

# Gesellschaftlicher Wandel und Herausforderungen für die psychotherapeutische Praxis<sup>1</sup>

Die ärztliche Heilkunde hat sich in den letzten Jahrzehnten in eine defensive Medizin verwandelt, und die Psychotherapie macht sich gerade auf den Weg, es ihr gleich zu tun. Schadenersatzprozesse und Medienkritik setzen seit geraumer Zeit Ärzte, Pharmaindustrie und Kliniken unter Druck. Der Arzt verschreibt ein Medikament; der Patient liest den Beipackzettel und nimmt es nicht: er hat Angst vor den Nebenwirkungen. Exakte Zahlen sind schwer zu gewinnen, aber Kenner schätzen, dass ungefähr die Hälfte der verschriebenen Medikamente in den Müll wandert.

Kranken so ganz dem Kranken überlassen. Er wird auf diese Weise unkontrollierbar, undosierbar, der Steigerung unfähig. Ist es darum nicht ein berechtigtes Streben des Arztes, sich dieses Faktors zu bemächtigen, sich seiner mit Absicht zu bedienen, ihn zu lenken und zu verstärken? Nichts anderes als dies ist es, was die wissenschaftliche Psychotherapie Ihnen zumutet.“

Knapp hundert Jahre später wurden in Deutschland die Psychologischen Psychotherapeuten Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigungen, die auf Länderebene organisiert sind. Sie haben wie die Ärzte Kammern gegründet, müssen einen gesalzenen Beitrag für die Tätigkeit dieser Kammern bezahlen und sind dem entsprechenden Modernisierungsaufwand ausgesetzt, der – wie bei allen Verwaltungsapparaten – in einer steten Produktion von Vorschriften besteht. Wer diese Entwicklung verfolgt, beobachtet nach der bereits weitgehend vollzogenen defensiven Medizin und dem defensiven Beipackzettel seines Heilmittels nun auch die Entwicklung einer defensiven Psychotherapie.

Aber darf ein Arzt oder Apotheker empfehlen, den Beipackzettel des Medikaments nicht zu lesen, um nicht den negativen Suggestionen der dort pflichtgemäß verzeichneten Nebenwirkungen zu erliegen? Vermutlich nur unter der Hand. Im Umgang mit den Bedürfnissen kranker Menschen widersprechen sich Justiz und Psychologie dramatisch. Die emotionale Situation eines Patienten ruft nach einem Helfer, der weiß, was er tut und die Verantwortung für die vorgeschlagene Kur übernimmt, ohne Zweifel an ihr zu wecken und Ängste zu säen. Die Rechtsprechung geht von einem mündigen Bürger aus, dessen Interessen geschützt werden müssen, indem er vor der Entscheidung für eine bestimmte Behandlung über alle Risiken und Nebenwirkungen aufgeklärt wird.

Wir wissen heute viel über negative Suggestionen und „Nocebos“ – Kommunikationen, die dem Patienten schaden, weil sie in ihm die Überzeugung wecken, er sei schwer krank, gar unheilbar. Nocebos sind das Gegenteil der Placebos – jener chemisch trägen Stoffe, die allein dadurch wirken, dass ein Kranker an sie glaubt. Sie helfen bei Schmerzen und Schlaflosigkeit kaum weniger als „echte“ Medikamente. Nocebos hingegen werden in der Tat zum Gift, wenn ein Kranker die ärztliche Intervention negativ deutet.

Bereits 1905 hat Sigmund Freud versucht, seinen Kollegen klar zu machen, wie ihr Verhalten bald als Nocebo, bald als Placebo wirkt: „Wir Ärzte, Sie alle, treiben also beständig Psychotherapie, auch wo Sie es nicht wissen und nicht beabsichtigen; nur hat es einen Nachteil, dass Sie den psychischen Faktor in Ihrer Einwirkung auf den

Im Umgang mit den Bedürfnissen kranker Menschen widersprechen sich Justiz und Psychologie dramatisch

<sup>1</sup> Zu einem Vortrag auf dem Kongress der DPtV, 22. Oktober 2016 in Berlin. Der Vortrag wurde frei gehalten und wick erheblich von dem Textbeitrag ab.

„Übergangsvorstand“ unterschreibt Fusionsvertrag



## Die „Aufklärung“ vor der Therapie

Am Anfang der therapeutischen Arbeit steht ein depressiver, verängstigter Mensch, der Entlastung in einem Gespräch sucht. In den klassischen Empfehlungen Freuds über die Einleitung einer Behandlung wird dem Rechnung getragen. Die Zusammenarbeit beginnt „auf Probe“. Im Verlauf der Sitzungen wird sich herausstellen, welche Form der Hilfe der Kranke braucht, ob sein Anliegen realistisch ist, ob er für eine längere Behandlung motiviert ist und von ihr profitieren kann oder bereits eine Klärung der aktuellen Krise ausreicht, um ihn entlastet und besser orientiert zu entlassen.

Wenn sich der Therapeut an die Empfehlungen hält, die heute von den Kammern ausgesprochen werden, dann darf das so einführend nicht mehr ablaufen, im Gegenteil. Vor dem Beginn der Behandlung steht die defensive Pflicht. Der Patient muss aufgeklärt werden, prinzipiell auch über das, was sich erst herausstellen wird. In der 2015 veröffentlichten und vom dortigen Sozialministerium abgesetzten Berufsordnung der Psychotherapeutenkammer Hessen (die sich kaum von den entsprechenden Vorschriften anderer Kammern unterscheidet) werden genannt: Art, Umfang, Durchführung, zu erwartende Folgen und Risiken der Maßnahme sowie Notwendigkeit, Dringlichkeit, Eignung und Heilungschancen im Hinblick auf die

Diagnose oder die Therapie. Bei dieser Aufklärung ist auch auf Alternativen zu der Maßnahme hinzuweisen.

Therapeuten, die sich lieber auf die Symptome eines leidenden Menschen konzentrieren, werden versucht sein, ein Merkblatt auszuhändigen. Wie es ein Bankberater auch tut, müssen sie dann dem Patienten ein Duplikat aushändigen, damit er weiß, was er unterschrieben hat. Die ganze Prozedur ist unsinnig und absurd. Um ihn gründlich aufzuklären, muss der Therapeut den Patienten gut kennen. Wie soll er ihn aber kennenlernen, wenn er ohne diese vorgeschriebene Aufklärung gar nicht anfangen darf zu arbeiten?

Wer solche Vorschriften erlässt, legt ein mechanisches Verständnis von exakter Diagnose und planbarer Therapie zugrunde. Aber jedem Therapeuten ist klar, und alle Studien haben es bisher bestätigt, dass die persönliche Beziehung zwischen Patient und Therapeut das wichtigste Vehikel der Intervention ist. Diese braucht Zeit und Raum zu ihrer Entwicklung; eine schematische Aufklärung hält diesen Prozess auf, stört ihn, ohne einen plausiblen Beitrag zum Ziel des Ganzen zu leisten. Es ist eine leere, ängstliche Geste, deren einzige Aufgabe der fiktive Schutz vor Schadenersatzforderungen ist.

Die Risiken einer Psychotherapie sind durchaus eindrucksvoll, wenn wir – wie in den Beipackzetteln –

alle erdenklichen Gefahren nennen müssen. Es kann sein, dass sich das Befinden verschlechtert, dass Konflikte mit Ehepartnern oder Eltern auftreten, dass Patientinnen und Patienten sich in Therapeutinnen oder Therapeuten verlieben. Es gibt eine Reihe lizenzierter und viel mehr nicht offiziell anerkannter Therapiemethoden – soll der Therapeut über alle aufklären, weil er doch verpflichtet ist, über alternative Behandlungswege zu informieren?

An dieser Stelle meint man den Amtsschimmel wiehern zu hören. In der Medizin gibt es die konservative und die operative Behandlung. Der Orthopäde sollte den Patienten aufklären, ob er eine künstliche Hüfte braucht oder Krankengymnastik die Schmerzen bessern wird. Vergleichbares in der Psychotherapie zu finden dürfte recht schwierig sein.

Defensives Vorgehen im Gesundheitswesen schafft mehr Probleme als es jemals lösen kann. In dem Bestreben, den verantwortungslosen Helfern das Handwerk zu legen, wird in allen Beteiligten ein Bild aufgebaut, das sie zu Misstrauen und Gefahrenabwehr zwingt. Wer aufgewühlt und verängstigt Hilfe sucht, erlebt heute sehr häufig, dass der Arzt ihn umfassend aufklärt, ihn informiert, dass alle Maßnahmen ihre Komplikationen haben und er – der Patient – gewiss selbst am besten wisse, was gut für ihn sei. Die Entscheidung liege selbstverständlich ganz bei

Um ihn gründlich aufzuklären, muss der Therapeut den Patienten gut kennen

2006

1. Ordentliche Delegiertenversammlung DPTV



ihm. Das ist menschlich ebenso armselig wie politisch korrekt; Vertrauen sieht anders aus.

Die Aufklärung des Patienten ist kein lösbares Problem, das die Helfer den Juristen überlassen sollten, die auf maximale Gefahrenabwehr hin arbeiten und von einem rationalen Rechtssubjekt ausgehen. Sie ist ein echtes Dilemma, das nur durch Empathie für den Einzelfall abgemildert werden kann. Angesichts dieser Problematik wird der aufrichtige Arzt oder Therapeut immer unsicher bleiben, welche Richtung er einschlagen soll, wie er negative Suggestionen vermeiden kann, ohne falsche Hoffnung zu wecken, ob er durch seine Äußerungen den Kranken aufklärt oder ihn verunsichert, ob er eine fundierte Entscheidung fördert oder einem leidenden Menschen Angst macht und so dessen Schmerzen steigert.

Eindeutig ist nur, dass die Ärzte und nach ihnen vielleicht auch die Therapeuten auf dem Weg sind, dieses Dilemma für juristisch längst gelöst zu halten und sich vor ihm zurückzuziehen. In einer Studie von David Studdert et al. von der Harvard School of Public Health gaben 93 % der befragten 824 amerikanischen Ärzte zu, dass ihr Verhalten gegenüber den Patienten davon beeinflusst sei, Haftungsklagen zu vermeiden. Sie überwiesen Patienten aufgrund dieser Furcht zu zusätzlichen Untersuchungen, vor allem Röntgenaufnahmen, die sie für überflüssig hielten. Und wo sie Komplikationen dieser Art befürch-

teten, schickten sie den Patienten lieber weiter – Praxis überfüllt, sorry.

Auch die jetzt gegenüber den Psychotherapeuten erdachten Forderungen laufen auf möglichst viel Diagnostik und damit auf ein Hinauszögern des Behandlungsbeginns hinaus. Wenn die Psychotherapeuten den Auftrag ernst nehmen, dass ein Bemühen um die tragfähige Beziehung zu ihren Patienten das A und O des Erfolgs ihrer Behandlungen ist, dann sollten sie sich auch klar machen, dass solche Beziehungen von Vertrauen leben. Vertrauen aber ist, wie Nikolaus Luhmann gesagt hat, eine riskante Vorleistung.

### Die Bildschirmkonkurrenz und das Interesse für Menschen

Geräte werden uns mit einer Bedienungsanleitung ausgehändigt, oft mitsamt der Mahnung, diese unbedingt zu lesen und zu beherrsigen, ehe wir sie in Betrieb nehmen. Viele von uns, und gerade die jugendlichen Nutzer, lesen solche Anleitungen nicht. Sie schalten ein, probieren herum, lernen im Tun und beherrschen so oft sehr schnell Smartphone oder Videokamera. Wichtig ist, aus Rückmeldungen zu lernen, das Gerät pfleglich zu behandeln und Intuition für seine Funktionen zu entwickeln.

In der Praxis der Paartherapie fällt einem dieser Vergleich ein, wenn der in den Augen des Drit-

ten nicht zu übersehende Fehlgriff im Umgang mit dem Gegenüber nicht Nachdenken und genauere Erforschung einleitet, was denn da nicht funktioniert, sondern dazu führt, die Äußerung lauter und energischer zu wiederholen, die soeben genau das Gegenteil des Erwünschten erreicht hat. Partner, die sich lange kennen, die viel gemeinsam erlebt und aufgebaut haben, gleichen jetzt einem Uhrmacher, der seine Profession vergisst und das nicht funktionierende Räderwerk an die Wand wirft.

Ich vermute angesichts dieser Situation, dass unter dem Einfluss der Konsumgesellschaft Kräfte entstanden sind, welche dazu führen, dass sich Menschen weniger als früher für ihr Gegenüber interessieren. Sie ersetzen den langen und mühsamen Weg des Kennenlernens durch eine schnelle Gewissheit, angekommen zu sein. Selbst wer Paare beobachtet, die sich psychologisch informieren, entdeckt diese Mechanismen. „Ich finde das Buch über Zwiegespräche ganz toll“, sagt eine Frau am Teetisch, „aber wie bringe ich bloß meinen Mann dazu, es endlich zu lesen!“

Im Beobachter der durch Vorwürfe erschwerten, quälenden und an vielen Punkten scheiternden Kommunikation in einem Paar wächst das Empfinden, dass die Partner sich kaum zu kennen scheinen und gleichzeitig überzeugt sind, genau zu wissen, wie ihr Gegenüber beschaffen sein müsste, als hätten sie es bei Amazon bestellt und würden



es nun am liebsten zurückschicken und die Garantie beanspruchen.

Der in den Augen des Dritten nicht zu übersehende kommunikative Fehlgriff weckt nicht Nachdenken und genauere Erforschung, was denn da nicht funktioniert. Er führt zu Geschrei, zu Drohungen und Druck.

Die amerikanische Autorin Sherry Turkle, die am MIT in Boston lehrt, hat diese Studien 2011 in ihrem Buch „Alone Together“ (Verloren unter 100 Freunden: Wie wir in der digitalen Welt seelisch verkümmern) aufgegriffen. Sie glaubt, dass wir in fünf bis sieben Jahren einen Anstieg an Autismus beobachten werden. Bei ihren Recherchen sagten viele, es sei ihnen lieber, eine Textnachricht zu schreiben, als ein Gespräch zu führen. Das hat die Entwicklung der Kommunikation mit Smartphones rasant bestätigt. Es wird immer mehr getextet, immer weniger gesprochen. Medial stellt man sich so dar, wie man sein möchte – statt zu zeigen, wie man ist.<sup>2</sup>

Erwachsene und Kinder haben sich heute weitgehend an die Konkurrenz mit dem Bildschirm gewöhnt. Wir wollen nicht gestört werden, wenn uns etwas in der virtuellen Welt interessanter erscheint als das Kontaktangebot in der realen

Beziehung – und verstehen daher auch in der Regel, wenn andere nicht gestört werden wollen.

In einem pädagogisch unambitionierten Milieu sind es eher die Eltern, die ihre Kinder abweisen, manchmal auch schlagen, wenn sie beim Fernsehen stören. In einem pädagogisch ambitionierten Milieu sind es eher die Kinder, die ihren Eltern Kummer machen, weil sie die von diesen eigens für sie erfundene, gesunde Freizeitaktivität freudlos und nur bestochen oder unter Zwang dem Bildschirm vorziehen.

### Wir ersetzen den Tiger durch den Bettvorleger

In den bewegten Bildern von Blade Runner, Terminator, Kampfstern Galactica oder den neueren Folgen des Raumschiffs Enterprise sind Roboter und Menschen kaum zu unterscheiden. Selbst wenn wir diese erschreckend tüchtigen Maschinen noch entbehren, sind wir doch in vielen Lebensbereichen virtueller Konkurrenz ausgesetzt. Sie dringt in unser Phantasieleben ein, prägt unsere Träume, formt unser ideales Selbst. Von Kindheit an fasziniert und bedrückt die Eingeborenen der digitalen Welt die Perfektion dieser Bilder.

Die meisten Eltern wissen, wie schwierig es ist, ein vom Bildschirm gefesselt Kind in die reale Welt, zu den realen Menschen und ihren Bedürfnissen zurückzuholen. Erwachsene haben es nicht viel leichter. Soll ich meinem Partner

### Dr. Wolfgang Schmidbauer

Psychologischer Psychotherapeut, Lehranalytiker in München. Mitbegründer der Münchener Arbeitsgemeinschaft für Psychoanalyse und der Gesellschaft für analytische Gruppendynamik. Schmidbauer prägte 1977 den Begriff des „Helfersyndroms“ in dem Bestseller „Hilflose Helfer“. Veröffentlichung zahlreicher Artikel in Fachzeitschriften sowie u. a. von Sachbüchern, Erzählungen und Romanen.



vorwerfen, dass er schon beim Frühstück sein Smartphone interessanter findet als mich – oder soll ich selbst in die Tasche greifen, auf den Knopf drücken und sehen, was aus der elektronischen Welt auf mich zuflimmert, wer sich gemeldet hat, wo etwas Interessantes passiert und ich wenigstens virtuell dabei sein kann?

Reale Menschen lassen sich schlechter kontrollieren als die bewegten Bilder, die ich mit einfachen Gesten, gleich dem Reiben an Aladins Lampe, herbeizaubern und wieder auslöschen kann. Wo sich in der Realität Spannung aufbauen könnte, herrscht auf dem Bildschirm Entspannung. Wo ich ohnmächtig sein könnte, bin ich in der virtuellen Welt mächtig. Wo sich im Alltag die innere Welt anderer Personen nicht ohne eigenes Bemühen, Beobachten und Nachfragen erschließt, treten auf Leinwand und Bildschirm Schauspielerinnen und Schauspieler auf.

Sie sind nicht nur attraktiver, sondern vor allem auch expressiver, unterhaltsamer. Sie sind von deutlichen Gefühlen und hohen Idea-

Es wird immer mehr getextet, immer weniger gesprochen

2 University of Michigan (2010): Empathy: College students don't have as much as they used to. 27 May 2010: <http://www.ns.umich.edu/htdocs/releases/story.php?id=7724> Abgerufen am 23.10.2016



In jeder kritischen Lebensphase begleitet und plagt uns diese Alternative zwischen dem Virtuellen und der Wirklichkeit

len bewegt, die sie bedeutsamer machen als Familienmitglieder und Freunde. Sie leben in Szenen, in denen sich ihr Wert, ihre Kraft entfalten können. Das Ganze wirkt lebensecht, eigentlich realer als die zähe Wirklichkeit mit ihren tausend Routinen und Wiederholungen. Indem die Medienwelt eine vereinfachte soziale Welt anbietet, ersetzt sie den lebenden Tiger durch sein Fell. Wir stehen oft am Scheideweg: wählen wir die bequeme Lösung, zentrieren uns auf

die zweidimensionalen Bilder, die wir abschalten und manipulieren können, oder lassen wir uns auf Menschen ein, die nicht berechenbar sind, die schwitzen und riechen, die den Raum nicht verlassen, sich nicht störungsfrei auflösen, soviel wir auch klicken oder wischen. In jeder kritischen Lebensphase begleitet und plagt uns diese Alternative zwischen dem Virtuellen und der Wirklichkeit. Hausaufgaben für die Schule sind schon immer öde

gewesen, aber sie wurden es zehnfach, seit es die Alternative des Computerspiels gibt. Wenn sich ein junger Mann zum heiligen Krieger ernannt und an strategisch bedeutsamem Ort in die Luft sprengt, mutet es einen kritischen Geist absurd an, dass er hofft, auf diesem Weg ins Paradies zu kommen. Aber das Paradies einer besseren, schaltbaren Wirklichkeit williger Frauen und blühender Landschaften war den Menschen noch nie so nahe wie heute. 

Cinur Ghaderi

## Ambivalenzen von Autonomie und Anpassung im Lichte von Migration

Beginnt Migration nicht mit Autonomie? Und endet der Prozess der Integration nicht mit Anpassung?

Ambivalenzen von Autonomie und Anpassung im Lichte von Migration sind charakterisiert durch Gleichzeitigkeiten wie individuelles Autonomiebestreben und dem Bedürfnis nach Zugehörigkeit und Gemeinschaftsorientierung, der Suche nach biografischer Kontinuität bei migrationsbedingter Diskontinuität und dem Handeln zwischen Integration und Transformation. In diesen Spannungsfeldern kommen Psychotherapeut/innen nicht umhin, sich mit der heterogenen fragilen Bestimmung des Migrationsanderen, mit Traumatisierungsprozessen und den teils prekären Lebenskontexten von Flüchtlingen und Migrant/innen zu befassen. Neben Wissen geht es zudem in der Praxis um das Kernstück jeder Therapie: eine achtsame migrations- und kultursensible Beziehungsgestaltung, die kohärente Narrationen ermöglichen. Die biografischen Positionierungen und strategischen Selbsterzählungen zu hören und zu würdigen und zugleich die eigenen Empathie-Grenzen und Konzepte des Verstehens wahrzunehmen, kann hierbei ein produktiver Weg sein, um gesellschaftliche Grenzen und (gesundheits-)politische Handlungsbedarfe zu identifizieren.

Beginnt Migration nicht mit Autonomie? Und endet der Prozess der Integration nicht mit Anpassung? Aus wissenschaftlicher Sicht sind derart vereinfachte Herleitungen fragwürdig. So bleibt es mit der soziologischen Brille diskussionswürdig, ob bereits die Bewegung der Flucht, der Akt der Migration als solcher ein Ausdruck von Autonomiestreben ist, wenn dieser zumeist aus konfliktgeladenen, kriegerischen Zuständen, die alle gewaltsam sind, kommen. In dieser Beschreibung klingt eine Romantisierung der Migration mit, die von den Vertretern des Konzepts der Autonomie der Migration als be-

2006 1. Ordentliche Wahl DPtV-Bundesvorstand



schönigend kritisiert wird (Scheel, 2015). Aus psychologischer Perspektive kann Fluchtmigration als Autonomie- und Kompetenzleistung geframt werden, die als Erfolgsgeschichte in der Psychotherapie verdichtet narrativ zugänglich wird (Egger/Walther, 2015). Selbst die Nichtanpassung kann im Flucht Kontext durchaus resilient sein und das Überleben und den Handlungsspielraum erweitern (Zito, 2015). Es gibt keine linearen Zusammenhänge von Anpassung zu Autonomie. Das klassische Phasenmodell von Sluzki über den Prozess der psychischen und emotionalen Anpassung bei Migrant/innen wurde von Machleidt mit der Darstellung des zyklischen Charakters der Emotionslogik weiterentwickelt. Kizilhan hat dieses Modell an die Lebensumstände bei Flüchtlingen durch aufenthaltsrechtliche Perspektiven adaptiert (Kizilhan 2011, 57). Anpassung hat diverse Varianten, so weisen Joksimovic et al. (2017, 295) darauf hin, dass Defizite des Gesundheitssystems wie mangelnde interkulturelle Öffnung und unklare Finanzierung von medizinischen und psychotherapeutischen Leistungen zur Anpassung der Patient/innen dahingehend führen, dass sie z.B. in hohem Maße Notfallambulanzen aufsuchen und häufiger stationär behandelt werden.

### Subjektstrategien zwischen biografischer Kontinuität und migrationsbedingter Diskontinuität

Die Ambivalenz von Autonomie und Anpassung wird aus einer prozessorientierten, subjektorientierten und sozialpsychologischen Perspektive besonders ersichtlich, wie die Ergebnisse einer Fallstudie zum Wandel von Identität, Zugehörigkeit und Wertorientierungen bei Fluchtmigrant/innen in Deutschland zeigen (Ghaderi, 2014). Auf der Grundlage der ausgewerteten Daten ließen sich folgende vier divergierende Strategien der Selbstverortung generieren: die tradiert-zentrierte, die selbst-zentrierte, die hybrid-dezentrierte und die humanistisch-dezentrierte Selbstverortung.

Während die zentrierten Typen eher auf eine zentrale Zugehörigkeit, nämlich die ihrer Ethnizität, orientiert waren, kennzeichnet die dezentrierten Typen die Vorstellung von multiplen Zugehörigkeiten, aus denen sich in dem hybriden Fall individuell und im humanistischen Fall gemeinschaftsorientiert Handlungsstrategien und Werte ableiten ließen.

Personen des *tradiert-zentrierten Typs* orientieren sich an homogenen und traditionell konzipierten Vorstellungen von Ethnizität, zu denen u. a. ein traditionelles Geschlechtermodell gehört. Die Ethnizität hatte bereits vor der Mi-

gration identifikatorische Bedeutung, und sie hat in der Migration an strategischer Relevanz für die Selbstverortung gewonnen. Das Bewahren der kulturellen Tradition bietet in der Migration Anker und Sicherheit. So werden die Anforderungen und Verunsicherungen des neuen Lebens durch diese Gemeinschaftsorientierung kompensiert. Dabei dienen Nationalismus und/oder Religiosität als bindende Werte. D. h. das Handeln und die Positionierung dieses Typs ist nicht nur auf Herkunft und Tradition gerichtet, sondern auch als bewusste Strategie der Auseinandersetzung mit der Ankunfts-gesellschaft gekoppelt. Hierbei sind religiös-ethnisch-politische Orte der Gemeinschaft (wie z. B. Vereine und Moscheen) als Macht- und Handlungsräume zu sehen, als politische Artikulationsräume, um im Verhältnis zur Mehrheitsgesellschaft fehlende Zugehörigkeit zu schaffen. Hier zeigt sich eine Ambivalenz, denn es besteht ein großes Bedürfnis nach Integration und Zugehörigkeit einerseits, aber auch eine große Angst, dass Anpassung und Integration gleichbedeutend mit „Verschmelzung“ sein könnte, mit dem Ergebnis einer Selbstauflösung und Nicht-Existenz. Als Ideal gilt diesen im Selbstverständnis modernen Traditionalisierer/Innen daher eine „mittlere Integration“.

Personen des *selbst-zentristischen Typs* betonen die Kontinuität des Selbst, die Selbstkohärenz, die jenseits sozialer und politischer Bezüge bestehe. Die Loyalität zu

---

Personen des tradiert-zentrierten Typs orientieren sich an homogenen und traditionell konzipierten Vorstellungen von Ethnizität

---



**Erst die Reflexion  
internalisierter Werte auf  
Subjektebene ermöglicht  
gesellschaftlichen Wandel**

diesem Selbst stehe über der Loyalität zur Gemeinschaft, denn verantwortlich könne das Individuum nur unmittelbar für sich selbst sein. Entsprechend beschreiben sie Autonomie und Verantwortung für individuelles Handeln als kontinuierliche Merkmale ihrer Identität. Sie identifizieren sich mit ihrer ethnischen Herkunft, distanzieren sich jedoch von essentialistischen Ideologisierungen und Normierungen. Homogenen Imaginationen von Ethnizität mit determinierten kulturellen Werten setzen sie ihre eigene Person entgegen, die eine konträre Position vertritt und sich zugleich ethnisch definiert. Ziel persönlichen und politischen Handelns sei es nicht, kulturelle und religiöse Erwartungen zu erfüllen, sondern sich selbst gegenüber guten Gewissens Rechenschaft geben zu können. Nur eine Veränderung durch individuelles Handeln könne die Gesellschaft – ob im Herkunftsland oder in der Migration – zukunftsfähig machen.

Politisch Aktive des *hybrid-dezentrierten Typs* betonen ihre multiplen Zugehörigkeiten, für sie gibt es keinen fixen Ort der Selbstverortung. Sie präsentieren sich offen gegenüber Veränderungen, was ihre Entwicklungs- und Integrationsprozesse erleichtert. Zu der biografischen Kontinuität des *hybrid-dezentrierten Typs* gehört die flexible pluri-lokale Verortung sowohl im Herkunftsland als auch in Deutschland, und das sowohl in sozialer als auch in politischer Hinsicht. Diese Flexibilität und

Mobilität ist natürlich nur möglich bei entsprechenden Ressourcen und einer bevorzugten sozialen Lage. Ihre privaten und politischen Netzwerke sind eher transnational und entgrenzt bzw. dezentriert. Sie haben sich für einen individuellen Weg entschieden, mit den Anforderungen der Migration umzugehen, der sie durch ihre privaten und politischen Zusammenhänge von ihrer Herkunft distanziert hat, und zu einer Neuidentifikation mit Deutschland führte.

Personen des *humanistisch-dezentrierten Typs* suchen eine dynamische Verortung jenseits von Ethnisierung. Antworten auf gesellschaftliche Fragen suchen sie nicht in einem Zentrum bzw. einer Gemeinschaft, die angereichert ist mit traditioneller Kultur und Tradition. Referenz kann nicht „ein“ Zentrum sein, sondern die Zentren des Humanismus und ihre Verbindungen. Sie suchen einen anthropologischen Zugang zum Subjekt und präsentieren keine geographische Dichotomie zwischen hier und dort, sondern suchen die Antworten nach Identität und Selbstverortung in der Geschichte – in der globalen Menschheitsgeschichte, in der Geschichte der Politik, der Philosophie usw. Aus dem Geschichtswissen möchten sie lernen und eine neue Identität jenseits von Ideologisierungen konstruieren. Das Identische machen sie fest an der Verbindung zum Menschsein und nicht über die Differenz zum Anderen. Diese Art der Selbstverortung hat sie distanziert von Ethnisierungs-

ideologien: Weder die Nation, noch der Islam, noch das Individuum können die erschöpfende Quelle von Suche und Erkenntnis werden.

Die generierten Strategietypen zeigen: die Neuorientierung der Identität in der Migration führt zu verschiedenen Strategien, die die biografische Kontinuität und eine Neupositionierung im neuen sozialen Raum ermöglichen, und die verbunden sind mit spezifischen Werthaltungen, mit Subjektpotentialen und Kapitalvolumen. Diese Typen weisen den Blick auf prozesshafte Perspektiven und relationale Verbindungen: auf individuelle Identitätsentwicklungen ebenso wie auf kollektive Zuschreibungen, auf lokale Bezüge in Deutschland ebenso wie in der Herkunftsregion. Ent-Ethnisierung und Geschlechtergerechtigkeit werden als Fragen gesellschaftlicher und institutioneller Öffnungsprozesse transparent, doch bleiben sie zugleich auch eine Aufgabe für jede Person: Erst die Reflexion internalisierter Werte auf Subjektebene ermöglicht gesellschaftlichen Wandel. Raum für Reflexion und Neupositionierung bietet die Psychotherapie, die sich veränderten gesellschaftlichen Realitäten stellen muss.

**Herausforderungen für die Psychotherapie**

Angesichts einer Gesellschaft, die zunehmend multikulturell und divers wird, und die in der zukünftigen Psychotherapie im transkul-



turellen Setting eher die Regel als die Ausnahme sein wird, muss sich Psychotherapie als Institution an die neue Situation anpassen. Diese Anpassung kann nicht nur in der Praxis und Klinik stattfinden, auch Curricula an Universitäten, Hochschulen, Ausbildungsinstituten sollten entsprechend verändert werden, um der sozialen und kulturellen Diversität der Bevölkerung gerecht zu werden und bedarfsorientiert handeln zu können. Weiterhin sollten die Auswirkungen von Krieg und bewaffneten Konflikten auf das psychosoziale Wohlbefinden Schlüsselthemen in der langfristigen Kompetenzentwicklung von Psychotherapeut/innen werden. Denn die Konfrontation mit Krieg und Gewalt ist ein Hauptrisikofaktor, der für Betroffene häufig mit multiplen traumatischen Erfahrungen verbunden ist, und der über sekundäre Traumatisierungsprozesse auch für Psychotherapeut/innen und ggf. für Dolmetscher/innen relevant werden kann.

Eine neue, der aktuellen Realität angemessene Perspektive einzunehmen, bedeutet, soziokulturelle Aspekte und kulturwissenschaftliche Erkenntnisse mit in das Verständnis von Heilung und

Psychotherapie zu integrieren. Es impliziert erhöhte Aufmerksamkeit für Machtasymmetrien zwischen sozialen Positionen aufgrund von Gruppenzugehörigkeit und für die strukturellen und gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen.

Denn der rechtlich-politische Rahmen wirkt auf spezifische Weise in den psychotherapeutischen Raum ein, wenn z.B. bei Geflüchteten aufgrund der Asylgesetze Fragen von psychologischen Stellungnahmen und Gutachten virulent werden. Eine entkontextualisierte Pathologisierung von Menschen wird unmöglich und beeinflusst die therapeutische Beziehung. Die psychotherapeutische Kunst besteht darin, die dialektische Spannung zwischen Anpassung und Autonomie zu halten und das Empörungsmanagement (Ottomeyer, 2014) zwischen therapeutischen und politischem Ego-State auszubalancieren. Hierbei sind aus meiner Sicht drei dynamisch ineinander greifende Handlungen: Narrationen ermöglichen, Empathie ausbauen und Grenzen wahrnehmen:

Narrationen und biografische Lebenserzählungen haben mehr als eine deskriptive Funktion, sie sind Zugehörigkeits- und Identitätsstrategien im Spannungsfeld alltäglicher Interaktion und gesellschaftlicher Machtbalancen. Sie wirken auf die Gesundheit ein, wenn ein Mensch seine individuelle an die soziale Identität anbinden kann, weil sie inkludiert ist in die reale oder imaginierte Identität der Ge-

**Prof. Dr. Cinur Ghaderi**  
 Professur an der Evangelischen Fachhochschule Rheinland-Westfalen-Lippe, Lehrgebiet Psychologie, Fachbereich Soziale Arbeit. Als promovierte Soziologin und Psychologische Psychotherapeutin war Prof. Cinur Ghaderi zuvor im Psychosozialen Zentrum für Flüchtlinge in Düsseldorf tätig. Ihr Schwerpunkt liegt im Bereich der transkulturellen Psychotherapie, Identität, Migration und Geschlecht.



sellschaft (Ghaderi 2012, 83). In psychotherapeutischem Kontext die strategische Selbsterzählung zu hören, bedeutet, die Verarbeitungen als Spiegel der Spannung zwischen Autonomie und Anpassung zu hören.

Die narrativen Erzählungen nachzuvollziehen setzt Empathie als Einfühlen in das Gegenüber voraus. Das gelingt am einfachsten, wenn Muster der emotionalen und kognitiven Verarbeitung aufgerufen werden können, weil sie bereits bekannt und vertraut sind. Obgleich Fremdheitskompetenz psychotherapeutische Kernkompetenz ist, kann Fremdheit in der therapeutischen Beziehung zu Irritationen führen. Unsicherheit wiederum verstärkt fundamentale Attributionsfehler und hemmt Empathie. Nun leben wir in Gesellschaften, in denen die Fremdheits- erfahrung nicht nur in Bezug auf Migranten zu einer generalisierten Erfahrung geworden ist. Insofern bleibt es eine Herausforderung, sich mit Empathie als Fähigkeit, aber auch als Zumutung und in seiner Begrenzung auseinanderzusetzen. Diese Grenzen sind wahrzunehmen und prekäre Gefühle nicht

In psychotherapeutischem Kontext die strategische Selbsterzählung zu hören, bedeutet, die Verarbeitungen als Spiegel der Spannung zwischen Autonomie und Anpassung zu hören

**Literaturhinweis**  
 Das umfangreiche Literaturverzeichnis finden Sie im Internet unter [www.dptv.de](http://www.dptv.de).



2008

DPTV feiert 10 Jahre Psychotherapeutengesetz

glattzubügeln. Denn sie spiegeln fundamentale Orientierungen in bestimmten historisch-kulturell-politischen Phasen, die im therapeutischen Raum ankommen. Ohne Achtsamkeit produzieren und reproduzieren wir internalisierte

Grenzregime (Ghaderi/Van Keuk, 2017), die nicht nur an den Außengrenzen Europas liegen, sondern durch unser fachliches Handeln bis in soziale Interaktionen und therapeutische Settings reichen können. Psychotherapie hat als Institution

in Zeiten von Wandel besondere Relevanz, da sie ein Raum des Innehaltens, des Übergangs, der Reflexion und Begegnung ist. Sie ist ein Ort, um Sinn und neue Orientierungen zu finden, bei Klient/innen und Psychotherapeut/innen. 

## Workshop des Bundesvorstandes

# Vorstellung und Diskussion der aktuellen gesundheitspolitischen Standpunkte der DPtV

Der Bundesvorstand (BV) der DPtV stellte im Rahmen des Kongresses seine aktuellen gesundheitspolitischen Standpunkte zur Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung vor. Es handelt sich hierbei um Schwerpunktsetzungen für die nächsten Monate, die prozesshaft weiterentwickelt werden. Diese Standpunkte wird der Vorstand verstärkt in die Politik einbringen und dort vertreten. Die BV-Mitglieder trugen jeweils, entsprechend ihres Aufgabenbereiches, die aktuellen Kernforderungen ihrer Themen vor. Darauf folgten Verständnisfragen der Zuhörer/innen, anschließend wurden einzelne Aspekte sehr rege diskutiert. Diesen Positionen und ihrer Diskussion mit DPtV Mitgliedern widmet sich der folgende Bericht.

### Bundvorsitzende

Barbara Lubisch, u.a. zuständig für Aus- und Weiterbildung, Kooperation und Kommunikation mit Politik, Verbänden, Krankenkassen

### Stellv. Bundesvorsitzende:

Dieter Best, u.a. zuständig für Vergütungsfragen

Gebhard Hentschel, u.a. zuständig für Versorgungsplanung und Zulassungsfragen

Sabine Schäfer, u.a. zuständig für psychotherapierelevante Themen im G-BA

Kerstin Sude, u.a. zuständig für PiA, angestellte PP und KJP und neue Medien

### Koopt. Bundesvorstandsmitglied:

Enno Maaß, u.a. zuständig für Betriebliche Prävention

## 1. Zügige Umsetzung der Reform des Psychotherapeutengesetzes

Die Bundesregierung hat sich in dieser Legislaturperiode laut Koalitionsvertrag vorgenommen: „Wir

werden das Psychotherapeutengesetz samt den Zugangsvoraussetzungen zur Ausbildung überarbeiten.“ Bis Oktober 2016 liegt noch kein Gesetzentwurf vor, und die Zeit drängt.

Die Struktur der Psychotherapeutenausbildung nach dem Psychotherapeutengesetz von 1999 sieht für die Qualifizierung zu den Berufen Psychologischer Psychotherapeut/in und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut/in ein Studium der Psychologie mit klinischem Schwerpunkt bzw. ein Pädagogik-/Sozialpädagogikstudium mit Abschluss-Diplom sowie im Anschluss eine postgraduale Ausbildung vor. Die Probleme dieser Struktur werden immer drängender:

- Mit der Abschaffung der Diplom-Studiengänge im Rahmen der Bologna-Reform fehlen definierte Inhalte und einheitliche Standards in den Zugangs-Studiengängen.
- Während der mehrjährigen Ausbildungszeit fehlt den angehen-

2008

Delegiertenversammlung, Berlin



2010



DAS  
STANDARDWERK  
FÜR DEN SICHEREN  
UND SCHNELLEN  
WEG ZUR APPROBA-  
TION - JETZT IN  
2. AUFLAGE!

MIKI KANDALE  
KAI RUGENSTEIN

## DAS REPETITORIUM

LEHR- UND LERNBUCH  
FÜR DIE SCHRIFTLICHEN  
ABSCHLUSSPRÜFUNGEN  
ZUM PSYCHOLOGISCHEN  
PSYCHOTHERAPEUTEN  
UND ZUM KINDER- UND  
JUGENDLICHEN PSYCHO-  
THERAPEUTEN

WWW.REPETITORIUM-PIA.DE

*Du  
schaffst  
das!*

den Psychotherapeuten während der praktischen Tätigkeit die sozialrechtliche Absicherung sowie die Erlaubnis, die von ihnen gesehenen Patienten behandeln zu dürfen.

- Die bestehende Ausbildungs- und Prüfungsordnung berücksichtigt die zunehmenden Anforderungen an Psychotherapeuten nur unzureichend.

Diese grundlegenden Probleme sind durch die Angleichung an die Struktur von Aus- und Weiterbildung der anderen akademischen Heilberufe lösbar. Ein Studium der Psychotherapie mit einem einheitlichen Zugang über das Abitur, einer Beschreibung der notwendigen Studieninhalte über eine Approbationsordnung und dem Abschluss mit einem Staatsexamen würde die Standards für die Gesundheitsversorgung sichern. Durch die Erteilung der Approbation im Anschluss an das Studium wäre die arbeitsrechtliche Absicherung gegeben und die Psychotherapeuten könnten während ihrer anschließenden Weiterbildung für die Patientenversorgung tätig werden. Nach Abschluss der Weiterbildung wäre eine eigenständige Tätigkeit möglich, insbesondere eine Niederlassung zur Behandlung GKV-Versicherter. Die Finanzierung der ambulanten Weiterbildung ist sicherzustellen.

*Die Notwendigkeit der Reform wurde von den Anwesenden nicht in Frage gestellt, eher wurde befürchtet, dass die Reform in dieser Legislaturperiode nicht realisiert*

*werden könne. Begrüßt wurde deshalb die Ankündigung des Staatssekretärs des BMG Lutz Stroppe vom Vortag, die Eckpunkte der Reform würden in den nächsten Tagen vorgelegt. Der Bundesvorstand zeigte sich optimistisch, wenn die Politik es wolle, dann könne es mit einem Gesetz durchaus schnell gehen. Allerdings müsse hier viel Arbeit geleistet werden, denn ein solches Gesetz sei zustimmungspflichtig durch die Länder. Die DPTV werde ihre Aktivitäten verstärken, und wenn es nicht jetzt realisiert werden könne, so starte die Arbeit auf jeden Fall in der nächsten Legislaturperiode neu.*

### 2. Entwicklung fach- und sektorenübergreifender Rahmenbedingungen zur Versorgung psychisch erkrankter Menschen

Chronische und komplexe psychische Erkrankungen, die oftmals in Zusammenhang mit chronischen körperlichen Krankheiten auftreten, erfordern eine interdisziplinäre Komplexbehandlung. Die strukturellen Voraussetzungen dafür sind nicht gegeben, und es fehlen finanzielle Anreize zur Förderung der dafür notwendigen Kommunikations- und Kooperationsleistungen.

Zwar gibt es vielfältige ambulante, teilstationäre und stationäre Angebote zur Behandlung dieser Patienten, die Abstimmung der einzelnen Maßnahmen im Sinne eines

Gesamtbehandlungsplans ist aber nur mit hohem idealistischen Einsatz der Beteiligten möglich. Weil der erhöhte Abstimmungsaufwand nicht vergütet wird, ist er mit finanziellen Verlusten für die Praxen verbunden. Bei der Überleitung von Patienten aus dem ambulanten Bereich in die stationäre Behandlung oder umgekehrt sollten Modelle zur Verbesserung der Versorgungskontinuität und sektorenübergreifenden Behandlungsplanung ermöglicht werden.

*Hier werde ein Mangel aufgegriffen, so konstatierten einige Zuhörer/innen positiv, der von der Politik, aber auch von den Psychotherapeuten immer wieder benannt wird. Aber Kooperationszeit werde im ambulanten Bereich bislang nicht vergütet, so Barbara Lubisch, notwendige Kommunikationsstrukturen müssen im ambulanten Bereich etabliert und bezahlt werden, dazu brauche es auch neue Abrechnungsziffern. Gewünscht werden von den Kollegen/innen auch Befugnisse für weitere Verordnungen, z.B. von ambulanter Pflege. Hier betont Barbara Lubisch, dass man bei diesem Thema noch am Anfang stehe. Aktuell habe der Verband gegenüber der Politik protestiert, dass das Home Treatment nur für den stationären Bereich gelten solle. Die Verordnung von Home Treatment wäre durchaus auch durch ambulante Leistungserbringer zu realisieren und könnte die ambulante Versorgung sinnvoll ergänzen. Hier seien weitere Anläufe erforderlich.*

Symposium „Zunahme psychischer Erkrankungen“



### 3. Die Reform der Bedarfsplanung als vordringliche Aufgabe

Der vom Gesetzgeber zur Überarbeitung der Bedarfsplanung beauftragte G-BA muss die gesetzlichen Fristen zur Anpassung der Bedarfsplanung an eine bedarfsgerechte Versorgung nach Prüfung der Verhältniszahlen und unter Berücksichtigung der Möglichkeit zu einer kleinräumigen Planung im Bereich der ambulanten Psychotherapie dringend einhalten und kurzfristig reagieren. Sozial- und Morbiditätsfaktoren sind bei einer ambulanten Versorgungsplanung zu berücksichtigen.

Mit Einbeziehung der Psychotherapeuten in die Bedarfsplanung wurde im Jahr 1999 ein Mangelzustand zum Sollzustand erklärt. Erhebliche Disparitäten in der Versorgungsdichte innerhalb von Planungsbereichen, im Vergleich städtischer Regionen zu Umland- und ländlichen Regionen sowie ein West-Ost-Gefälle kennzeichnen das Versorgungsangebot in der vertragspsychotherapeutischen Versorgung. Nach wie vor bestehen wohnortabhängig erhebliche Wartezeiten auf eine dringend benötigte ambulante Psychotherapie. Nur mit Umsetzung kurzfristiger Maßnahmen können die Terminservicestellen der Kassenärztlichen Vereinigungen die notwendigen Behandlungsplätze überhaupt vermitteln.

Die Planung des Ruhrgebietes als Sonderregion ist nicht länger zu

rechtfertigen und bedarf der Anpassung und Eingliederung in eine am Bedarf orientierte Planungssystematik. Für den Bereich der Psychotherapeutischen Versorgung ist die Sonderregion aufzuheben.

*Gebhard Hentschel erläutert, dass der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) mit einer Reform der Bedarfsplanung 2012 eine Aufwertung der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung im ländlichen Raum durch ca. 1200 neue Versorgungsaufträge vollzogen hat. Mit einem „Pendlerkonzept“, nach dem sozialversicherungspflichtige Arbeitnehmer ihren Arzt/ Psychotherapeuten eher im Umfeld ihres Arbeitsplatzes aufsuchen, hat der G-BA prinzipiell aber die bestehenden erheblichen Disparitäten zwischen städtischem und ländlichem Versorgungsangebot perpetuiert. Erneut fordert der Gesetzgeber den G-BA nun auf, das Versorgungsangebot stärker am Bedarf zu orientieren. Als Schritt in die richtige Richtung bezeichnet Gebhard Hentschel die Erweiterungsmöglichkeiten der Obergrenzen im Jobsharing auf 125 %, verfassungsrechtlich bedenklich sieht er jedoch die Begrenzung auf allein „unterdurchschnittliche“ Praxen. Die Umsetzung der Regelung durch die KVen sei diesbezüglich genau zu beobachten, gegebenenfalls müsse eine gerichtliche Klärung herbeigeführt werden.*

*Mit Sorge und Hoffnung wird die Aktivierung der Terminservicestellen der KVen für die Psychotherapie betrachtet. Eventuell kann es ge-*

*lingen, ein ausreichendes Sprechstundenangebot vorzuhalten bzw. Sprechstunden zu vermitteln. Die Richtlinienänderung erhöht jedoch nicht die zur Verfügung stehenden Behandlungskapazitäten. Über die Terminservicestellen könnte ein sich regional unterschiedlich abbildender Mangel dokumentiert werden und so gewonnene Erkenntnisse in eine Reform der Bedarfsplanung einfließen.*

*Sabine Schäfer berichtet hier speziell aus dem Unterausschuss Psychotherapie des G-BA die Historie der Reform der Psychotherapie-Richtlinie. Dabei wurde auch angesprochen, dass das Bundesministerium für Gesundheit darauf bestanden habe, dass das Sprechstundenangebot für die Psychotherapeuten nicht freiwillig sein könne. Noch kenne man manche Details der Umsetzung nicht, weil sie in der Psychotherapie-Vereinbarung erst noch verhandelt werden müssten. Auch stehe noch nicht fest, wie die Sprechstunde und die Akutbehandlung honoriert würden. Das werde vom Bewertungsausschuss beschlossen.*

*Diskutiert wird der Einfluss der neuen Regelungen auf den Fortbestand der Kostenerstattung nach § 13 Abs. 3 SGB V. Befürchtet wird hier ein Einbruch, denn die Krankenkassen könnten sich erst einmal auf die neuen Regelungen und deren Auswirkungen berufen. Auch werde die Sprechstunde wohl nicht über die Kostenerstattung in Anspruch genommen werden können. In der Sprechstunde könne*

1. PiA-Sprecherteam



jedoch die Dringlichkeit einer Psychotherapie festgestellt werden, die dann schnell, notfalls auch über die Kostenerstattung angeboten werden könne. Die Alternative einer Behandlung in der Klinik werde nicht das Ziel der DPTV und der KVen sein.

#### 4. Bessere Vergütung für die ambulante Behandlung

Die Struktur und Höhe der Vergütung ambulanter psychotherapeutischer Leistungen wird einer modernen Versorgung nicht gerecht. Klare gesetzliche Vorgaben, die eine mit den somatisch tätigen Arztgruppen vergleichbare Honorierung ihrer Leistungen vorsieht, sind notwendig.

Die Politik hat mit gesetzlichen Vorgaben dazu beigetragen, die ambulante psychotherapeutische Versorgung zu verbessern. Die Vergütungs- und Finanzierungsgrundlagen hemmen jedoch den erforderlichen Ausbau professioneller Praxisstrukturen. Die finanzielle Ausstattung der Praxen ist zu gering und der erhöhte Koordinationsaufwand bei Kindern und Jugendlichen sowie bei der Komplexbehandlung von schwer psychisch Kranken wird nicht vergütet.

Bei den derzeitigen Einkommensbedingungen der Psychotherapeuten ist es für Männer offenbar unattraktiv, eine Psychotherapiepraxis zu führen. Inzwischen

sind 90 % der Berufsanfänger Frauen. Dramatisch ist der Mangel an männlichen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Insbesondere für sozial auffällige männliche Jugendliche sind mehr männliche psychotherapeutische Bezugspersonen notwendig.

Durch den medizinischen Fortschritt fließen immer mehr Mittel in die stationäre oder technik- und medikamentenorientierte Medizin. Psychotherapeuten und Psychiater, die ihre Patienten fast ausschließlich mit (nicht delegierbaren und nicht-rationalisierbaren) Gesprächsleistungen behandeln, sind bei der Vergütung gegenüber den somatisch tätigen Ärzten prinzipiell im Nachteil, und die Selbstverwaltung hat sich als unfähig erwiesen, Honorargerechtigkeit unter gedeckelten Vergütungsbedingungen zu garantieren. So müssen Psychotherapeuten seit mehr als 15 Jahren vor den Sozialgerichten klagen, um wenigstens ein Mindesthonorar zu erhalten. Trotzdem beträgt der Praxisüberschuss eines Psychotherapeuten bei gleichem Arbeitseinsatz nicht einmal die Hälfte des Überschusses eines somatisch tätigen Arztes.

*Dieter Best erläuterte die Hintergründe der seit Jahren andauernden Honorarmisere. Die Hoffnung, durch die im SGB V geforderte solidarische Verteilung der Gelder angemessene Honorare zu generieren, könne die Selbstverwaltung offensichtlich nicht erfüllen. Weder die KVen noch die Krankenkassen*

*hätten ein Interesse an einer besseren finanziellen Ausstattung der Psychotherapie. Dass Honorarerhöhungen immer nur über die Gerichte erreicht werden können, sei ein untragbarer Zustand. Aktuell seien Klagen ab 2008 anhängig. Eine gesetzliche Neuregelung sei dringend erforderlich, in diesem Punkt sei man sich mit der BPTK einig. Hier sei die Politik gefordert.*

*Die Struktur der Honorare, eine Honorarerhöhung über Strukturzuschläge, könne so nicht fortgesetzt werden. Diese Strukturzuschläge seien rechtswidrig und schädlich für die Versorgung, so hatte die DPTV gleich nach der Einführung kritisiert. Spätestens mit der Reform der Richtlinie werde die Untragbarkeit dieser Systematik sichtbar, denn nun brauche man mehr Zeit, um in das „gelobte Land“ der Zuschläge zu gelangen. Außerdem müsse die Sprechstunde besser als die genehmigungspflichtige Psychotherapie vergütet werden, denn nur dann könne die Reform seine Wirkung entfalten, so der Bundesvorstand.*

*Wenn es gelingen könnte, die Struktur des Honorars grundlegend zu verändern, dann könne man auch, wie auf der gestrigen Podiumsdiskussion vom Krankenkassenvertreter Dr. Uhlemann vorgeschlagen, auf die Berichtspflicht für die genehmigungspflichtigen Leistungen verzichten, argumentiert Barbara Lubisch. Allerdings befürchtet der Bundesvorstand aus Sicht der derzeitigen Rechtsprechung einen Ver-*

2011

KBV-Vertreterversammlung, Wahl des Vorsitzenden



fall des Honorars, denn ohne die Genehmigungspflicht entfallt die Stützung durch die BSG-Urteile. Es folgt eine kontroverse Diskussion über die Berichtspflicht, einig sind sich die Anwesenden aber schnell darin, dass eine solche Überprüfung mindestens einen inhaltlichen Sinn haben sollte, z.B. eine individuelle Überprüfung der Kontingente. Hier muss Sabine Schäfer die Diskutanten leider enttäuschen, zwar habe man im G-BA eine kleine Flexibilisierung der Kontingente erreichen können, aber das Gesamtkontingent stehe dort außer Diskussion, erläutert sie. Aktuell würden die gängigen Verfahren (VT, TP und Analyse) im Unterausschuss Methodenbewertung noch einmal nach den aktuellen wissenschaftlichen Standards überprüft, was auch eine Überprüfung der Kontingente zur Folge habe. Zudem befasse sich eine AG des Beratenden Fachausschusses der KBV mit einer Modifizierung des Gutachterverfahrens. Hier werden auch die Kontingente nicht angetastet, jedoch werde über Vereinfachungen diskutiert und die Einrichtung einer Ombudsstelle zur Klärung strittiger Fragen werde für sinnvoll gehalten. Einig waren sich auch die meisten Anwesenden, dass die Krankenkassen nicht ohne ein alternatives Element der Qualitätssicherung auf das Gutachterverfahren verzichten werden. Wie aber könnte das aussehen?

### 5. Bessere Repräsentanz der Psychotherapeuten im KV-System

Die „Integration“ der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in die Selbstverwaltung der KBV und der KVen ist unterentwickelt und muss verbessert werden.

Mit dem Psychotherapeutengesetz von 1999 sind die Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in das KV-System integriert worden. Obwohl sie mit inzwischen 24.000 Vertragspsychotherapeutinnen und Vertragspsychotherapeuten eine der größten Gruppen in den KVen sind, sind sie in vielerlei Hinsicht nach wie vor ein „Fremdkörper“ in der ärztlich dominierten Selbstverwaltung. Auch werden die Belange der Psychotherapeuten angesichts des zugespitzten Konflikts zwischen Haus- und Fachärzten an den Rand gedrängt. Eine wesentliche Rolle spielen dabei die ungelösten Honorarfragen des psychotherapeutischen Versorgungsbereichs. Eine bessere Integration in das KV-System kann nur gelingen, wenn Psychotherapeuten regelhaft in Kommunikations- und Entscheidungsprozesse eingebunden sind. Das schließt ein eigenständiges psychotherapeutisches Verhandlungsmandat bei den Belangen dieses Versorgungsbereichs mit ein.

Hier sieht Barbara Lubisch eine Forderung thematisiert, die die Psychotherapeuten auch in den

nächsten Jahren beschäftigen werde. Die Frage nach einer eigenen Kassenärztlichen Vereinigung für Psychotherapeuten wird als naheliegende Forderung von den Anwesenden schnell aufgegriffen. Hierzu äußert der Bundesvorstand sich eher zurückhaltend, denn eine eigene KV-Struktur berge immer auch die Gefahr in sich, dass dann, abgekoppelt vom ärztlichen Leistungsbereich, Regelungen eingeführt werden können, die für Psychotherapeuten und Patienten nachteilig sein können. Die Zahnärzte seien diesen Weg gegangen, mit dem Ergebnis, dass immer mehr Leistungen aus dem Katalog gestrichen wurden, die dann von den Patienten privat übernommen werden müssen. Bisher seien Psychotherapeuten in KV-Gremien nur beratend tätig, mehr Autonomie und Verantwortung im operativen Geschäft könne der richtige Weg sein. Langfristig, so tauchen erste Visionen auf, könne man eventuell eine ‚dritte Säule‘ zwischen Haus- und Fachärzten mit all denen bilden, die mit psychisch Kranken arbeiten. Die Kooperation mit den Psychiatern habe sich seit der gemeinsamen Teilnahme an der Honorar-Demo 2015 deutlich verbessert.

### 6. Sicherung der Qualität von E-Health-Anwendungen

Die Indikationsstellung für den Einsatz elektronisch unterstützter Anwendungen muss aus Gründen



2012 Symposium „Psychotherapie in einer älter werdenden Gesellschaft“

Ihr unabhängiger Spezialmakler  
für die psychologischen und  
psychotherapeutischen Berufe

Alles Gute  
für  
2017!

## Spezielle Rahmenverträge für DPtV-Mitglieder:



### BERUFSHAFTPFLICHT FÜR PP + KJP

€ 70,00 p.a. (3 Mio. pauschal)  
€ 85,06 p.a. (10 Mio. pauschal)

### BERUFS-/PRIVATHAFTPFLICHT FÜR PP + KJP

€ 120,00 p.a. (3 Mio. pauschal in der BHV bzw. 10 Mio. in der PHV)  
€ 135,06 p.a. (10 Mio. pauschal in der BHV und in der PHV)

### BERUFSHAFTPFLICHT FÜR PIA

€ 50,00 p.a. (3 Mio. pauschal)  
€ 60,00 p.a. (10 Mio. pauschal)

### BERUFS-/PRIVATHAFTPFLICHT FÜR PIA

€ 100,00 p.a. (3 Mio. pauschal in der BHV bzw. 10 Mio. in der PHV)  
€ 110,00 p.a. (10 Mio. pauschal in der BHV und in der PHV)

### BERUFS- INKL. PRIVATRECHTSSCHUTZ

ab € 348,32 p.a. inkl. Privatrechtsschutz für die Familie und  
KS-Clubmitgliedschaft.

### PRAXISINVENTAR

€ 70,10 p.a. bei der Versicherungssumme von € 40.000  
Versicherte Gefahren: Feuer, Einbruchdiebstahl/Vandalismus,  
Leitungswasser, Sturm/Hagel, Betriebsunterbrechung und Glas

### UNFALL

z.B. € 71,10 p.a. bei € 100.000 Versicherungssumme  
z.B. € 96,80 p.a. bei € 100.000 Vers.summe mit 350 % Progression  
Versichert gilt eine erweiterte Gliedertaxe mit voller Leistung bei  
Verlust der Stimme oder des Gehörs uvm.

### KRANKENTAGEGELD

- Günstige Gruppenvertragskonditionen
- Versicherungsschutz im Ärztetarif
- Annahmegarantie
- Keine Wartezeiten

Weitere Gruppenverträge speziell für Mitglieder der DPtV sowie Informationen, Anträge und Online-Abschluss auf

[www.plus-wert.de](http://www.plus-wert.de)

- ✓ Spezialprodukte für Psychotherapeuten  
und Psychotherapeuten in Ausbildung
- ✓ Kostenlose und unabhängige Beratung
- ✓ Mit grünen Produkten Gutes bewegen

Wir sind umgezogen!

Pluswert e.K.  
Wienburgstr. 207  
48159 Münster

✉ post@plus-wert.de  
☎ 0251 27 05 - 134  
📠 0251 27 05 - 135

der Patientensicherheit in der Hand des approbierten Psychotherapeuten bzw. Arztes liegen. Die Mittel selbst müssen wissenschaftlichen Qualitätsstandards genügen und den Datenschutz gewährleisten.

Psychotherapeuten oder Fachärzte sollten nach Diagnosestellung im persönlichen Kontakt den Einsatz entsprechender Medien verordnen oder selbst für die Behandlung ihrer Patienten nutzen können. Anwendungen von qualifizierten Selbsthilfe-Programmen sind als verschreibungsfähige Hilfsmittel denkbar und wären dann nur nach entsprechender Qualitätsprüfung einsetzbar. Ein Einsatz durch z.B. Krankenkassen ohne ärztliche/psychotherapeutische Diagnose sollte nicht zulässig sein. Psychotherapeutische Online-Sprechstunden oder psychotherapeutische Interventionen z.B. per Skype, Chat oder E-Mail sind nur durch Psychotherapeuten/Ärzte und nur unter Beachtung gesicherter Daten-Übertragungswege durchzuführen.

*Nahezu alle anwesenden Psychotherapeuten/innen sind in der Praxis mit diesen Entwicklungen konfrontiert, die Krankenkassen protegieren digitale Programme und bieten sie ihren Patienten als erstes Hilfsmittel bei psychischen Erkrankungen an. Dieser neue Markt sei nicht aufzuhalten, darüber sind sich die Anwesenden einig. Die DPTV wird sich an der Entwicklung von Qualitätskriterien beteiligen, erläutert Kerstin Sude, u.a. aus diesem Grund habe man an*

*der Deprexis-Studie und der Evaluierung des potentiellen Hilfsmittels mitgewirkt. Schutz der Patientendaten, Diagnoseerstellung nur durch approbierte Kollegen/innen, Einbindung in eine Psychotherapie, Online-Programme als verschreibungspflichtige Hilfsmittel, diese zentralen Forderungen sollten zunächst gesetzlich verankert werden, so der Bundesvorstand. Auch die Durchführung von Psychotherapiestunden via digitaler Kommunikationswege werde unter bestimmten Bedingungen Realität werden, die Beihilfe erstattet bereits bis zu 15 Stunden Psychotherapie via Skype. Die Berufsordnungen lassen dies zu, sehen aber vor, dass mindestens Diagnose und Indikationsstellung im persönlichen Kontakt erfolgen müssen. Die DPTV werde die E-Health-Prozesse weiter kritisch beobachten und ihren Service entsprechend anpassen, kündigt Kerstin Sude an. Insbesondere die Themen digitale Datensicherheit, Aufklärungshinweise für Patienten, Infos zur verschlüsselten digitalen Kommunikation mit Patientinnen und Patienten etc. werden wie auch der Support dafür Eingang in die psychotherapeutische Praxis finden.*

### 7. Förderung der Prävention und der betrieblichen Psychotherapie

Eine wirksame Prävention psychischer Erkrankungen erfordert eine stärkere Beteiligung psychotherapeutischen Sachverständes.

Frühberatungen und Erwerbsminderungen aufgrund psychischer Erkrankungen weisen ein exponentielles Wachstum auf. Bereits mehr als ein Drittel der Arbeitsunfähigkeitstage gehen auf psychische Erkrankungen zurück. Wir begrüßen deshalb die Etablierung der Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastungen (GB-Psych) und die entsprechenden Regelungen im Arbeitsschutzgesetz. Im Arbeitssicherheitsgesetz sollten klar umschriebene betriebspsychotherapeutische Betreuungsmodelle oder wenigstens eine strukturierte Kooperation zwischen Betriebsärzten und Psychotherapeuten vorgesehen werden.

Das Präventionsgesetz sollte dahingehend geändert werden, dass sich der Anspruch der gesetzlich Versicherten auch auf psychotherapeutische Gesundheitsuntersuchungen erstreckt und dass entsprechende Präventionsempfehlungen auch von Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten gegeben werden können.

*Hier eröffne sich ein großes Feld, erläutert Enno Maaß, in dem Psychotherapeuten/innen bisher wenig präsent seien, dabei aber viele Kompetenzen einbringen könnten. Die DPTV habe hier schon mit der Durchführung des Curriculums „Klinische Organisationspsychologie“ reagiert, das aktuell im vierten Durchgang sei. Die Prävention und Behandlung von (psychischen) Gesundheitsstörungen im betriebli-*



chen Kontext gewinnt zunehmend an Bedeutung, auf die sich die Psychotherapeuten vorbereiten. Auch in der psychotherapeutischen Sprechstunde wird zukünftig die Berücksichtigung präventiver Leistungen eine Rolle spielen, die die Psychotherapeuten am besten auch selbst anbieten können sollten. Der entsprechende Einbezug psychotherapeutischer Kompetenzen wäre für die aktive Prävention und damit für die Versorgung risikobehafteter Gruppen ein außerordentlicher Gewinn. Hier können sich zusätzliche Arbeitsmöglichkeiten auch außerhalb der klassischen Richtlinien-Psychotherapie entwickeln.

### 8. Bedarfsgerechte Finanzierung von Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten im Angestelltenverhältnis

Die Arbeit der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen ist angemessen zu finanzieren.

Mehr als die Hälfte der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten ist in einem abhängigen Arbeitsverhältnis in der stationären Versorgung beschäftigt. Ohne ihren Einsatz wäre die stationäre

Versorgung nicht mehr denkbar. Dem steht gegenüber, dass Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten im Finanzierungssystem psychiatrischer und psychosomatischer Kliniken (in der Psychiatrie-Personal-Verordnung) nicht berücksichtigt sind. Das Entgeltsystem und seine Instrumente müssen darüber hinaus regelhaft um neue Entwicklungen in der Versorgung und Qualifizierungen, beispielsweise auch für Komplex-Behandlungen, angepasst werden.

Leichte Verbesserungen zur finanziellen Wertschätzung der Approbation konnten erstmals erreicht werden. So sei es gelungen, die Psychologischen Psychotherapeuten/innen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten/innen mit TVÖD 14 in den Tarifvertrag der kommunalen Arbeitgeber (VKA) hinein zu verhandeln. Das sei ein kleiner Schritt, jedoch dennoch ein Erfolg auf der Zielgeraden hin zu TVÖD 15 für approbierte, angestellte PP/KJP, so Kerstin Sude. Als nächstes müsste dieses Ergebnis auch in den Tarifverhandlungen auf Landesebene bestätigt werden (TV-L). Die DPTV, da sie Verband und keine Gewerkschaft ist, könne bei diesen Verhandlungen nur mittelbar über ver.di politischen Einfluss nehmen. Durch mehr Engagement der Angestellten in der Gewerkschaft könnte hier noch mehr erreicht werden.

Verhandelt werde aktuell zudem das neue PsychVVG, dabei werde

sich an der leitliniengerechten Behandlung orientiert, was hoffentlich die Tür für PP/KJP öffne. Psychologische Psychotherapeuten/innen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten/innen sollten angemessen bei der zukünftigen Personalausstattung in Kliniken berücksichtigt werden. Dadurch könne man auch den Befürchtungen der Anwesenden entgegenwirken, dass zukünftig in Kliniken keine angeblich „zu teuren“ Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten/innen eingestellt würden. Wenn eine qualitätsgesicherte Psychotherapie gewollt sei, da sind sich die Anwesenden einig, müsse auch dafür bezahlt werden.

### 9. Bessere psychotherapeutische Versorgung der geflüchteten Menschen

Das Asylpaket II ist nachzubessern, und alle geflüchteten Menschen sollten die Gesundheitskarte erhalten, unabhängig von Ort und Aufenthaltsstatus.

Im Asylpaket II werden psychische Erkrankungen verharmlost. So werden Posttraumatische Belastungsstörungen nicht als schwerwiegende Erkrankungen angesehen, die eine Abschiebung verhindern würden. Psychische Erkrankungen sind klar diagnostizierbar, allerdings ist die vorgegebene Frist zu kurz, um psychische Erkrankungen sicher zu beurteilen. Die Nicht-Beachtung psychischen Leids im beschleunig-



ten Asylverfahren, u.a. bei Opfern von Folter und Kriegstraumatisierung, ist nicht mit psychotherapeutisch-ethischen Grundsätzen vereinbar.

Durch die halbherzigen Regelungen zur Kostenübernahme von Behandlungen ist ein Flickenteppich unterschiedlicher Zuständigkeit und unklarer Verhältnisse entstanden, der die Behandlung psychischer Erkrankungen verhindert. Die Schwere psychischer Erkrankungen wird verkannt, u.a. Selbst- oder Fremdgefährdung, Ängste, schwere Depressionen und Sucht können die Folge sein und die Integration behindern. Klare Regelungen, die Behandlungen auch bei Wechsel des Aufenthaltsstatus und in al-

len Regionen ermöglichen, sind notwendig. Weiterhin ist die Finanzierung von Dolmetschern/Sprachmittlern zu etablieren, um ggf. notwendige psychotherapeutische Behandlungen angemessen durchführen zu können.

*Es besteht in der Diskussion Einigkeit darin, dass bessere Rahmenbedingungen die Grundvoraussetzungen für eine psychotherapeutische Behandlung sind. Dies sei auch in den Vorträgen zu diesem Thema am Freitag deutlich geworden. Bei fast allen psychischen Störungen ist Psychotherapie ein zentraler, in seiner Wirksamkeit sehr gut belegter Behandlungsansatz. Sinnvoll erachtet werden zudem niedrigschwellige fachliche Angebote für*

*traumatisierte und psychisch erkrankte Flüchtlinge, um diese z.B. auch in psychoedukativen Gruppen versorgen zu können so wie längerfristige Behandlungen durch traumaerfahrende Psychotherapeuten/innen und Flüchtlingszentren. Hier sollten mehr Ermächtigungen erteilt werden. Zudem sollte die Finanzierung notwendiger Dolmetscherkosten erleichtert werden, ohne die eine Psychotherapie häufig nicht angemessen durchgeführt werden kann. Scharf kritisiert wird die Verharmlosung psychischer Erkrankungen und Nichtbeachtung der fachlichen Standards zur Begutachtung von Traumastörungen. Hier sei psychotherapeutischer Sachverstand unverzichtbar.*

*Mechthild Lahme*

## Podiumsdiskussion

# Wohin entwickelt sich der Beruf, wohin entwickelt sich die psychotherapeutische Versorgung?

In lockerer Atmosphäre fing der Moderator **Wolfgang van den Bergh**, Chefredakteur der *Ärzte-Zeitung*, die Aufmerksamkeit der Kongressteilnehmer zum Ende eines spannenden Tages noch einmal ein, um anlässlich der Jubiläumsfeier gemeinsam mit den Gästen des Podiums darüber zu reflektieren, was sich in den vergangenen zehn Jahren geändert hat und wohin sich die psychotherapeutische Versorgung und der Beruf des Psychotherapeuten weiter entwickelt.

Auf dem Podium saßen: **Barbara Lubisch**, Bundesvorsitzende der DPTV, zusammen mit den beiden Politikerinnen **Ute Bertram**, MdB und Mitglied im Gesundheitsaus-

schuss für die CDU, und **Maria Klein-Schmeink**, MdB und Gesundheitspolitische Sprecherin der Bundestagsfraktion Bündnis90/Die Grünen, dem Referatsleiter

„Ambulante Versorgung, Bedarfsplanung, Neue Versorgungsformen“ im GKV-Spitzenverband, **Dr. Thomas Uhlemann**, sowie **Prof. Dr. Thomas Fydrich**, dem Sprecher der Fachgruppe Klinische Psychologie und Psychotherapie der Deutschen Gesellschaft für Psychologie.

Zur Frage, was sich verändert hat, konnte das Publikum zu Beginn der Diskussion gleich eine interessante Beobachtung machen: Der Moderator wollte wissen, warum die



Fallzahlen psychischer Erkrankungen so stark gestiegen seien und zitierte als Beweis eine Statistik der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, wonach psychische Erkrankungen in deutschen Arztpraxen 2015 zu den fünf häufigsten Erkrankungen gehörten und das Vorkommen dieser Erkrankungen in den davor liegenden Jahren um fast 20 % gestiegen ist.

In den Anfangsjahren der DPTV hatten solche Aussagen gesundheitspolitische Diskussionen regelmäßig polarisiert, weil immer jemand der Meinung war, dass es sich dabei wohl nur um eine „angebotsinduzierte Nachfrage“ handeln könne. Daraufhin hatten dann DPTV-Vertreter überzeugende Argumente dafür liefern müssen, dass Betroffene tatsächlich leiden und Stigmatisierung sie daran hindere, sich Hilfe zu suchen. Oder auch, dass es nicht das Ziel von Patienten sei, möglichst lange Psychotherapien in Anspruch zu nehmen, sondern möglichst schnell in die Lage zu kommen, wieder ein selbstbestimmtes Leben führen zu können.

An diesem Abend zweifelte daran niemand. Vielmehr waren sich die Diskutanten einig, dass diese Statistik als Ergebnis einer Erfolgsgeschichte für die Betroffenen zu werten sei. Sie zeige, dass die Menschen, die an einer psychischen Störung leiden, offener mit ihren Nöten umgehen können, weil die öffentliche Auseinandersetzung dazu geführt hat, Stigmatisierungen abzubauen und öfter psy-

chotherapeutische Lösungswege aufzuzeigen. Einhergehend sei auf ärztlicher Seite die Sensibilität für diese Krankheit gewachsen und die Erkennungsrate besser geworden. In gleichem Maße habe die Präsenz der Psychotherapeuten als Versorgungsinstanz zugenommen. Um diese Interpretation zu belegen, verwies Prof. Dr. Fydrich auf die letzten epidemiologischen Untersuchungen des Robert-Koch-Instituts, wonach die Inzidenz psychischer Störungen in der Bevölkerung in den vergangenen Jahren tatsächlich nicht gestiegen ist. „Das bedeutet, dass den erkrankten Menschen heute einfach besser geholfen wird“, schlussfolgerte der Wissenschaftler.

Darüber hinaus gab es auf dem Podium auch Einigkeit dahingehend, dass die Verantwortung für die Entstehung psychischer Erkrankungen nicht alleine beim Individuum liegt, sondern sehr stark durch gesellschaftliche Bedingungen beeinflusst wird. Als Hauptursachen nannte Maria Klein-Schmeink den allgemein gestiegenen Druck innerhalb der Arbeitswelt und das Schwinden von Rückzugsmöglichkeiten für Menschen mit einer fragilen psychischen Gesundheit. Die Experten wurden nach den heutigen Bedingungen für die Versorgung psychisch erkrankter Menschen gefragt und die Aufmerksamkeit auf die Gegenwart und in die Zukunft gelenkt. Als DPTV-Vorsitzende nahm Barbara Lubisch die Gelegenheit wahr, sich zunächst ausdrücklich bei der Politik dafür

zu bedanken, dass Psychotherapie in der aktuellen Legislaturperiode im Versorgungsstärkungsgesetz endlich so häufig in einem Gesetz zur Verbesserung der Versorgung vorgekommen sei wie nie zuvor. Allerdings fügte sie noch im selben Atemzug die Bitte an, damit auch zukünftig nicht nachzulassen, da immer noch zahlreiche Themen und Versorgungsaspekte unbefriedigend gelöst seien.

Dies betreffe beispielsweise die finanziellen Ressourcen, die für die ambulante Versorgung psychisch kranker Menschen zur Verfügung gestellt werden. Diese seien in den vergangenen zehn Jahren lediglich geringfügig erweitert worden und hätten in keiner Weise mit dem gestiegenen Therapiebedarf Schritt gehalten. Die Bundesvorsitzende bat die Politik um Verständnis dafür, dass die personellen und finanziellen Möglichkeiten angepasst werden müssen: „Wir können nicht mit den gleichen Mitteln so viel mehr an Therapie umsetzen.“

Diese Beobachtung teilte die Politikerin Maria Klein-Schmeink und kritisierte, dass man sich in den vergangenen Jahren mit einzelnen Themen wie dem Psychiatrie-Entgeltsystem sehr lange aufgehalten habe. Dabei seien die Ergebnisse in der Tat viel zu kleinschrittig geblieben. Durch die weiterhin bestehenden Versorgungsgaps würden deshalb Krankheiten verschleppt und chronifiziert. Dies sei sowohl aus der Lebensperspektive der Betroffenen sehr bedauerlich, komme

---

**Die öffentliche  
Auseinandersetzung mit  
psychischen Erkrankungen  
führt zum Abbau von  
Stigmatisierungen**

---

2013

Symposium „Mann kriegt die Krise“



Durch Versorgungsengpässe werden Krankheiten verschleppt und chronifiziert

aber auch die Sozialsysteme in der Regel teuer zu stehen. Außerdem sei widersinnig, dass es, anders als bei anderen Fachdisziplinen, genug Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen gäbe, sie müssten nur zugelassen werden.

Demgegenüber bemühte sich der Vertreter der Krankenkassen, Dr. Thomas Uhlemann, zunächst um mäßigende Relativierung, weil man im internationalen Vergleich durchaus stolz auf das allgemein hohe Leistungsniveau der Krankenversorgung in Deutschland sein könne. Schließlich seien Krankenkassen auch gesetzlich angehalten, verantwortlich mit den Ressourcen umzugehen. Doch selbst er war sich an diesem Abend sicher, dass im System noch viele Reserven liegen würden, die gehoben, und Versorgungsaspekte, die verbessert werden können. Ein Beispiel war für ihn der Umstand, dass es nach wie vor keine vernünftigen Zahlen für die Versorgungsplanung gebe.

Die Vertreterin der großen Koalition Ute Bertram versuchte dann den Ball zurück zu spielen und wies die Zuhörer darauf hin, dass von Seiten des Gesetzgebers z.B. mit dem PsychVVG oder der Möglichkeit, Selektivverträge abzuschließen, bereits gute Ansätze zur Versorgungsverbesserung geschaffen wurden. Diese wären von Seiten der Professionen aber noch aufzugreifen und auszufüllen. Vor allem neue Versorgungsformen müssten gefunden werden, um beispielsweise vor dem Hintergrund der

demografischen Entwicklung im ländlichen Raum die Versorgung zu verbessern. Dabei denke sie an das E-Health-Gesetz oder eben das PsychVVG, das ein Schlüssel für eine bessere Verzahnung von ambulanter und stationärer Psychotherapie sei.

Zu den Selektivverträgen, die in erster Linie als Innovationsinstrument gedacht sind, wurde aus dem Publikum sogleich auf die beobachtete Schwierigkeit hingewiesen, dass diese in der Praxis bereits mit Erfolg angewendet würden, allerdings bestünde ein Hemmnis, diese funktionierenden Angebote in den Kollektivvertrag zu überführen und damit den Fortschritt kassenübergreifend allen Patienten zur Verfügung zu stellen.

Während Dr. Uhlemann als Kasernenvertreter die Ursache dafür in der Spezifität der Verträge begründet sah, die häufig nur auf das Klientel einer einzelnen Kasse zugeschnitten und damit uninteressant für die Allgemeinheit seien, lag für Maria Klein-Schmeink das Problem vielmehr darin, dass die Selektivverträge wissenschaftlich begleitet werden müssten, damit sie in die Regelversorgung aufgenommen werden könnten. Daran seien die einzelnen Krankenkassen aber kaum interessiert, da sie die Angebote gerne als Marketinginstrumente nutzen.

Die CDU-Politikerin Bertram erklärte unterdessen, dass es auch nicht die Aufgabe der Politik sei zu ent-

scheiden, welche Selektivverträge in den Kollektivvertrag überführt werden sollten, genauso wenig wie die Frage der Ressourcenverteilung, welche zwischenzeitlich aus dem Publikum heraus angesprochen wurde. Vielmehr sei dies aus gutem Grund die Aufgabe der Selbstverwaltung. Hier widersprach ihr sogleich die Kollegin der Opposition: Ihrer Meinung nach sei es offensichtlich, dass die Selbstverwaltung mit diesen Aufgaben in mancher Hinsicht überfordert sei. Ein gutes Beispiel dafür sei alleine der Medikationsplan in Papierform, für den es ohne weiteres möglich gewesen sei, der Ärzteschaft noch in diesem Jahr 163 Millionen Euro mehr an Honorar zuzuteilen. Hier müsse aber die Frage gestellt werden, welche Leistung für den Patienten damit verbunden ist. Infolgedessen habe die Politik sehr wohl die Verteilungsgerechtigkeit in den Blick zu nehmen und wenn auch diese damit überfordert sei, müsse man durch eine wissenschaftliche Begutachtung zu einer neutralen Einschätzung gelangen.

Damit war ein Punkt angesprochen, dem sich Barbara Lubisch in ihrem Schlusswort nur anschließen konnte. Seit jeher würden Psychotherapeuten und jene Arztgruppen, die viel Zeit im Gespräch mit ihren Patienten verbringen, schlechter bezahlt. Hier müsse ein fairer Ausgleich geschaffen werden, aber: „Genauso unwahrscheinlich wie die Vorstellung ist, dass Frösche ihren Teich selber trocken legen, schafft es die Selbstverwaltung,



für eine gerechte Verteilung zu sorgen – wir brauchen hier die Politik!“ Im Verlauf der Diskussion wurden noch viele weitere Themen gestreift, die in der begrenzten Diskussionszeit leider nicht ausreichend vertieft werden konnten. Am Ende durfte die Bundesvorsit-

zende noch einen Herzenswunsch an die Politik aussprechen: „Wir wünschen uns, dass die Reform der Ausbildung noch in dieser Legislaturperiode zu einem guten Ende gebracht werden kann.“ Dafür bot sie jegliche konstruktive Unterstützung seitens des Verbandes an –

zuvor hatte der Staatssekretär aus dem Gesundheitsministerium, Lutz Stroppe, in seiner Begrüßungsrede am Vormittag des Kongresses das langersehnte Eckpunkte-Papier zeitnah angekündigt. 

*Gudrun von Stösser  
Stephanie Hild-Steimecke*

Elisabeth Jentschke

## Begleitung schwerstkranker und sterbender Menschen im Palliativbereich

**Eine ganzheitliche Begleitung schwerstkranker und sterbender Menschen in der Palliativversorgung basiert auf dem bio-psycho-sozio-spirituellen Ansatz. Dies bedeutet, dass psychologisch-psychotherapeutisches Arbeiten einen wichtigen Bestandteil in diesem Versorgungsfeld darstellt.**

### 1. Einleitung

Aufgrund der für die psychologische Arbeit notwendigen spezifischen Kompetenzen stellt aus Sicht der Mitarbeiter der Sektion Psychologie der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) Palliativpsychologie ein eigenes klinisch-psychologisches Tätigkeitsfeld dar (noch unveröffentlicht: Gramm, Jentschke, Mai, Münch, 2016).

Palliativpsychologie umfasst neben psychologisch-psychotherapeutischen Interventionen bei Patienten und Angehörigen/Nahestehenden auch die Arbeit in und mit dem

jeweiligen Team, egal ob das Tätigkeitsfeld in der ambulanten oder stationären Palliativversorgung liegt. In der Arbeit mit Betroffenen steht nicht die psychotherapeutische Behandlung pathologischer psychischer Störungen im Mittelpunkt. Die Prävalenz für psychische Störungen unterscheidet sich abgesehen von klinisch relevanter Demoralisierung nicht wesentlich von der Normalbevölkerung (Mehnert, 2015). Angesichts der Gemengelage verschiedener Symptome und ihrer möglichen Ursachen kommt es aber häufig zu einer Unter- oder Überschätzung psychischer Belastung (Mehnert, 2015), was eine

sorgsame Diagnostik und medizinisches Wissen sowie intensiven Austausch mit weiteren Behandlern erfordert. Der Schwerpunkt der Behandlungsbedürftigkeit liegt bei Palliativpatienten und ihren Angehörigen/Nahestehenden bei subsyndromalen Belastungen/Störungen. Insofern ist eine bedürfnis- und ressourcenorientierte Herangehensweise durch psychologische Diagnostik, Prävention, Beratung, Supportivtherapie, Krisenintervention, Förderung hilfreicher Kommunikation und Reduktion/Linderung von belastenden somatischen Symptomen hilfreich und indiziert (Mehnert, 2015; Münch & Jentschke, 2015; Gramm et al., 2016).

Ambulante Psychotherapie kann einen wichtigen Baustein für Palliativpatienten und deren Angehörige/Nahestehende darstellen, so lange die Mobilität für den Besuch

---

**Der Schwerpunkt der Behandlungsbedürftigkeit liegt bei Palliativpatienten und ihren Angehörigen bei subsyndromalen Belastungen/Störungen**

---

Delegiertenversammlung und Wahl des Bundesvorstandes



Angehörige schwerstkranker Menschen müssen in der Doppelrolle als Hilfebene und Mitbetroffene häufig als hochbelastet angesehen werden

einer Praxis gegeben ist. Hier ist aber noch mehr als in der Psychiatrie/Psychosomatik der Kontakt zu den Mitbehandlern intensiv zu pflegen, damit den Betroffenen eine möglichst optimale Behandlung durch alle Beteiligten widerfahren kann. Im Folgenden werden Möglichkeiten psychologisch-psychotherapeutischer Diagnostik sowie zentrale Themen und Belastungen der Betroffenen und mögliche Interventionen erläutert.

## 2. Diagnostik und Erhebung psychischer Symptome von Patienten und Angehörigen

Die Psychodiagnostik muss an die spezifische Situation der Betroffenen angepasst sein und somatische und therapiebedingte Differentialdiagnosen im Blick haben. Aufwand und Belastung sollten sich auch immer an der tatsächlichen Konsequenz einer solchen Diagnostik orientieren (van Oorschot et al., 2014). Dabei richtet sich der palliativpsychologische Blick auf die Themen und Aufgaben, mit denen die Familie in der aktuellen Lebensphase befasst ist, subjektive Krankheitstheorien, Bedeutung der Erkrankung, Hoffnungen, Auswirkungen auf das Selbstbild, Bewältigungsstile, Abwehr-/Verarbeitungsmechanismen, die Beziehungen innerhalb der Familie (Familiendynamik), aktuelle Stressoren und den Umgang mit Stress, spirituelle Ressourcen, die Arzt-Patienten-Beziehung, die Bedürfnisse der

Patienten und Angehörigen/Nahestehenden im Behandlungskontext (Block, 2006). Zunehmend findet auch der bindungstheoretische Ansatz Eingang in die Beurteilung der Belastung von Patienten oder Angehörigen (Hloucal et al., 2012). Zur Erfassung von individuellem Lebenssinn steht der SMiLE zur Verfügung (Fegg, 2008). In: Berufsbild der Sektion Psychologie der DGP (noch unveröffentlicht 2016, Gramm et al.)

Im Bedarfsfall kann auch erweiterte Diagnostik mit bewährten Messinstrumenten (van Oorschot et al., 2014) in Bezug auf mögliche psychiatrische, neurologische oder gerontopsychiatrische Störungen durchgeführt werden.

## 3. Begleitung von Patienten und Angehörigen/Nahestehenden

Die Begleitung von Patienten und deren Angehörigen nimmt den größten Raum palliativpsychologischer Tätigkeit ein. Der in der WHO-Definition von Palliative Care implizit formulierte systemische Ansatz („Palliative Care ist ein Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität von Patienten und deren Angehörigen ...“; WHO, 2002) wird von Psychologen direkt umgesetzt (ebd. 2016).

Beinahe alle Patienten reagieren in einer palliativen Situation zeitweise mit Trauer, Niedergeschlagenheit, Verzweiflung, Angst, Furcht,

Unsicherheit und Einsamkeit (Block, 2006). Weitere häufige psychische Reaktionen bzw. Themen sind Demoralisation, Sinnverlust, Hoffnungslosigkeit, Autonomieverlust, Überforderung und Unsicherheit in der Kommunikation mit den Behandlern, Konzentrationsstörungen und kognitive Einschränkung, Schlafstörungen, Stimmungsschwankungen, verändertes Körperbild, eine Belastung für andere sein, Zurückgezogenheit, Würdeverlust, Scham, Sterbewunsch und Belastungen bzw. Konflikte im Familiensystem. Auch Lebensbilanz, das Regeln letzter Dinge, Wunsch nach Versöhnung, innerem Frieden finden stellen häufig Themen dar. Belastend sind fast immer auch die körperlichen Symptome der Erkrankung wie Schmerzen, Dyspnoe, Übelkeit und Erbrechen, Schwäche, Müdigkeit, Verwirrtheit und Delir (ebd. 2016).

### 3.1 Themen und Belastungen von Angehörigen/Nahestehenden

Angehörige bzw. Nahestehende schwerstkranker Menschen müssen in der Doppelrolle als Hilfebene und Mitbetroffene häufig als hochbelastet angesehen werden. Pflegende Angehörige bzw. Nahestehende sind besonders durch die erforderliche ständige Präsenz, das Miterleben von Leid, durch Übergänge von stationärer zu häuslicher Versorgung und durch körperliche Anforderung belastet (Grammatico et al., 2009). Sie sind mit vielen Anforderungen konfrontiert, die psychisch stark belasten können, z.B.:

2014 Demonstration für Honorargerechtigkeit, Berlin



Sorge um das Wohl des Patienten, Organisation und Management von Behandlungen und Hilfsangeboten, Zukunftsangst, gestörter Schlaf, Abschiednehmen, Entscheidungen treffen, Unwissenheit über den weiteren Krankheitsverlauf. Die Belastung der Patienten kann sich mit derjenigen der Angehörigen/Nahestehenden wechselseitig potenzieren (ebd.).

#### 4. Psychologische Interventionen

Gerade angesichts der situativ bedingten Vulnerabilität von Palliativpatienten und deren Angehörigen stellen Bedürfnisorientierung, Ressourcenorientierung, Achtsamkeit, empathische Zugewandtheit und Präsenz die Basis palliativpsychologischer Interventionen dar. „Patienten profitieren von einem Ansatz, bei dem emotionale Unterstützung, Flexibilität, wertschätzende Haltung gegenüber den individuellen Ressourcen, zugewandter und auf richtiger Kontakt, Biografiearbeit und das Verbalisieren von Ängsten und Sorgen kombiniert werden“ (Block, 2006, S. 761).

Personenzentrierte psychotherapeutische Ansätze sind ergänzungsbedürftig zugunsten eines systemischen Kontext- und Organisationsbezugs, denn einerseits ist das Familiensystem bei existenziell bedrohlichen Erkrankungen unmittelbar betroffen, andererseits spielt sich die Behandlung oft im institutionellen Rahmen ab.

Häufig finden Entspannungsverfahren, Imaginationsübungen und Phantasie Reisen Anwendung. Hypnotherapeutische Ansätze können sowohl hinsichtlich somatischer Belastungen als auch hinsichtlich psychischer oder spiritueller Probleme erfolgreich eingesetzt werden (Schulze, 2013), ebenso achtsamkeitsbasierte Interventionen. Eine randomisierte kontrollierte Studie über die Wirksamkeit einer achtsamkeitsbasierten Yogatherapie zeigt, dass Tumorkrankheiten hinsichtlich der Angstveränderung signifikant profitieren und ihre Körperwahrnehmung verbessern (Jentschke et al., 2016). So können Tumorkrankheiten in allen Stadien der Erkrankung eine auf das individuelle Befinden ausgerichtete Yogatherapie durchführen (ebd.).

Fragen nach dem Lebenssinn oder zu Spiritualität stellen für viele Patienten eine zentrale Ressourcenquelle dar. So auch die Auseinandersetzung mit dem Thema „Würde und Würdeverlust“. Mit der Würdezentrierten Therapie (WzT) steht eine forschungsbasierte psychotherapeutische Kurzintervention für Palliativpatienten zur Verfügung (Dignity Therapy nach H.M. Chochinov 2005). Ziele der WzT sind die Reduktion existenziellen Leids, die Stärkung der Würdebewahrenden Perspektiven und die Steigerung des Würdeempfindens. Basis der Intervention ist ein semi-strukturierter Interviewleitfaden. Durch gezieltes Nachfragen und Aufschreiben der Erinnerungen, Wünsche und Anliegen des Patienten

**Dr. Elisabeth Jentschke**  
 Studium der Psychologie, Soziologie, Pädagogik, Gerontologie.  
 Weiterbildung: Psychoonkologie, Systemische Therapie, Neuropsychologie. Tätigkeit: Universitätsklinikum Würzburg und Interdisziplinäres Zentrum für Palliativmedizin. Zusätzlich in Forschung und Lehre tätig. Sprecherin der Sektion Psychologie der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin.



ten soll die Wertschätzung für das eigene Leben erhöht, die Sinnfindung unterstützt, die Bedeutung des eigenen Lebens erkannt und verstärkt werden (Schramm A. et al., 2014).

Nach Chochinov kennzeichnen drei wesentliche Bestandteile die Würdezentrierte Therapie:

- Generativität/Hinterlassenschaft
- Essenz der Persönlichkeit des Patienten
- Grundhaltung der Behandler

Fragen nach dem Lebenssinn oder zu Spiritualität stellen für viele Patienten eine zentrale Ressourcenquelle dar



IFT-Gesundheitsförderung  
 Montsalvatstr. 14 • 80804 München  
 www.ift-gesundheit.de



### Verhaltenstherapiewochen 2017

Programme und Online-Anmeldung finden Sie im Internet [www.vtwoche.de](http://www.vtwoche.de)

Kontakt: Ina Lizon  
 Tel.: 089 / 36 08 04 94  
 lizon@ift-gesundheit.de



**Meiringen / Schweiz**  
 17.–19. März 2017  
 Eröffnungsveranstaltung: Neue Entwicklungen in der Psychotherapie



**Hürth bei Köln**  
 31. März–03. April 2017  
 Eröffnungsveranstaltung: Schematherapie



**Dresden**  
 05.–09. Mai 2017  
 Eröffnungsveranstaltung: Psychotherapeutische Behandlung von Patienten in höherem Lebensalter



**Lübeck**  
 23.–26. Juni 2017  
 Eröffnungsveranstaltung: Körpertherapie in der Verhaltenstherapie



**Freiburg**  
 22.–25. September 2017  
 Eröffnungsveranstaltung: Verhaltensaktivierung in der Depressionsbehandlung: Neue Trends weltweit



**München**  
 10.–12. November 2017  
 Eröffnungsveranstaltung: Placeboeffekte in der Psychotherapie

40 Jahre Verhaltenstherapiewochen

Interdisziplinäre, akkreditierte Fortbildungsveranstaltungen für Berufsgruppen aus dem Gesundheits- und Sozialbereich



**Der Ablauf der Würdezentrierten Therapie:**

- Schritt 1: Vorgespräch
- Schritt 2: 1 bis 2 Interviewsitzungen auf der Basis des Fragekatalogs von Harvey M. Chochinov, die als Audioaufnahme aufgezeichnet werden
- Schritt 3: Transkription und Editierung
- Schritt 4: Vorlesen des editierten Manuskripts und letzte Änderungen in Absprache mit den Patienten
- Schritt 5: Übergabe des finalen Generativitätsdokuments



Weitere Informationen finden Sie unter [www.patientenwuerde.de](http://www.patientenwuerde.de)

Der Austausch mit dem und die Einbindung in das jeweilige Behandlungsteam sind umso zentraler, je fortgeschrittener die Erkrankungssituation ist

In einer multizentrischen Studie der Universitätskliniken Mainz und Würzburg wurde die Dignity Therapy auf Durchführbarkeit, Akzeptanz bei Health Care Professionals sowie bei Patienten und Nahestehenden und die sprachliche und kulturelle Adaptation des Fragebogens der psychotherapeutischen Kurzintervention auf Palliativstationen untersucht (Mai et al., 2016).

Einige Fragen aus dem Fragenkatalog:

- Erzählen Sie mir ein wenig aus Ihrer Lebensgeschichte; insbesondere über die Zeiten, die Sie am besten in Erinnerung haben oder die für Sie am wichtigsten sind.
- Wann haben Sie sich besonders lebendig gefühlt?
- Was sind Ihre wichtigsten Leistungen, worauf sind Sie besonders stolz?
- Was sind Ihre Hoffnungen und Wünsche für die Menschen, die Ihnen am Herzen liegen?
- Gibt es speziell für dieses Dokument noch etwas, das Sie hier mit aufnehmen wollen?

**5. Ausblick**

Die psychologisch-psychotherapeutische Arbeit mit den Betroffenen stellt eine besondere Herausforderung dar, die auch für eigenes persönliches Wachstum sorgen kann. Es existieren psychologisch-psychotherapeutische Interventionsmöglichkeiten, die den speziellen Bedürfnissen der Betroffenen in dieser Lebenssituation gerecht werden. Der Austausch mit dem und die Einbindung in das jeweilige Behandlungsteam sind umso zentraler, je fortgeschrittener die Erkrankungssituation ist.

Die wachsende Präsenz von PsychologInnen im palliativen Behandlungsbereich macht deutlich, wie wichtig die Umsetzung der von der WHO (2002) formulierten Definition der Palliativmedizin ist. Allerdings bedarf palliativpsychologische Versorgung stationär, aber insbesondere auch im ambulanten Bereich noch deutlicher einer Verbesserung und struktureller Verankerung. Insbesondere im ambulanten Bereich ist noch lange keine angemessene und dem Berufsbild

entsprechende Möglichkeit zur geregelten palliativpsychologischen Versorgung in Sicht. 

 **Literaturhinweis**

Das umfangreiche Literaturverzeichnis finden Sie im Internet unter [www.dptv.de](http://www.dptv.de).

Ideenwettbewerb III „Reform der Psychotherapieausbildung“



Babette Renneberg, Charlotte Rosenbach

## Borderline und Mutter sein – Wie kann das gelingen?

### Gruppentraining für Mütter mit Borderline-Persönlichkeitsstörung

Für Mütter mit einer Borderline Persönlichkeitsstörung (BPS) stellt die Kindererziehung eine ganz besondere Herausforderung dar. Der Alltag dieser Mütter ist häufig geprägt von emotionalen Krisen und Instabilität, was sich negativ auf die Entwicklung ihrer Kinder auswirken kann. So besteht für die Kinder ein deutlich erhöhtes Risiko, später ebenfalls an einer Borderlinestörung oder an einer anderen psychischen Störung zu erkranken. Ein neu entwickeltes Trainingsprogramm für Mütter mit BPS vermittelt sowohl Hintergrundwissen als auch praktische Anleitungen für die Arbeit an den Erziehungskompetenzen der Mütter. Ziel des Trainings ist es, Mütter mit einer BPS bei der Erziehung ihrer Kinder zu unterstützen und somit präventiv einen Beitrag zu einer gesunden kindlichen Entwicklung zu leisten.

#### Hintergrund

Kinder, deren Eltern an einer psychischen Störung leiden, haben gegenüber Kindern von gesunden Eltern ein deutlich erhöhtes Risiko, später auch eine psychische Störung zu entwickeln (z.B. Breaux et al., 2014). Eine diesbezüglich besonders vulnerable Gruppe sind Kinder von Eltern mit einer Borderline Persönlichkeitsstörung (BPS).

Viele Symptome der Borderlinestörung haben einen Einfluss auf die

Kindererziehung und erschweren auf unterschiedlichen Ebenen eine gesunde Mutter-Kind-Interaktion. Im Mittelpunkt stehen dabei die ambivalente Bindung und ein unberechenbares, inkontingentes Erziehungsverhalten, welches bei Kindern zu Desorientierung und Ängsten führen kann. Die für die BPS charakteristischen Schwierigkeiten der Emotionsregulation seitens der Mütter können bei den Kindern zu Überforderung, Ohnmachtsgefühlen und fehlendem emotionalen Halt führen. Kinder

erhalten somit kein Modell für angemessene Emotionsregulation und sind zudem, falls das impulsive Verhalten der Mütter auch mit selbstverletzendem Verhalten oder Gewalt gegenüber anderen einhergeht, einer realen Gefahr ausgesetzt, körperlich oder seelisch verletzt zu werden.

Andererseits wollen viele der Frauen „perfekte Mütter“ sein, alles richtig machen und die Fehler der eigenen Eltern nicht wiederholen. Das führt auf die Dauer zu unrealistischen Ansprüchen und Überforderung. Durch die eigenen Schwierigkeiten fällt es diesen Müttern häufig schwer, die emotionalen Äußerungen ihrer Kinder richtig zu interpretieren und ihre Erziehungsmethoden dem Entwicklungsstand der Kinder anzupassen. Die Mütter schwanken hin und her zwischen Über- und Unterengagement, Überbehütung und großen Autonomieforderungen, rigider und fehlender Struktur.

---

Viele Symptome der Borderlinestörung haben einen Einfluss auf die Kindererziehung und erschweren auf unterschiedlichen Ebenen eine gesunde Mutter-Kind-Interaktion

---

Symposium „Geht Psychotherapie online?“



Neben den genannten negativen Entwicklungswegen kann die mütterliche Sorge um ein eigenes Kind aber auch eine starke Motivation für die eigene Entwicklung darstellen

Verschiedene Forschungsarbeiten haben diese genannten Aspekte systematisch untersucht (zusammenfassend siehe Eyden et al., 2016). So wurde gezeigt, dass Mütter mit BPS häufig Schwierigkeiten im Erkennen von und Reagieren auf kindliche Emotionen haben und häufiger als gesunde Mütter übergriffiges und unsensibles Verhalten gegenüber ihren Kindern zeigen. Auch gibt es häufiger Rollenkonfusion und Mütter mit BPS zeigen mehr Angst machende Kommunikation im Vergleich zu gesunden Müttern (Hobson et al., 2009). Aufgrund der Borderline-Symptomatik haben diese Mütter auch besondere Schwierigkeiten, Routinen im Alltag zu etablieren. Gleichzeitig fühlen sich Mütter mit BPS bezüglich ihrer Elternrolle unzufrieden und inkompetent und berichten ein hohes Maß an subjektiv empfundenem elterlichem Stress. Einen besonderen Risikofaktor stellt das von Müttern mit BPS häufig gezeigte Oszillieren zwischen einem überprotektiven und andererseits wiederum ablehnenden Erziehungsverhalten dar (Reinelt et al., 2014).

Zu den psychischen Problemen und den spezifischen Herausforderungen in der Kindererziehung kommen in der Regel schwierige soziale Faktoren hinzu. Aufgrund der häufig instabilen Beziehungsgestaltung der Mütter ist von einem hohen Anteil alleinerziehender Mütter auszugehen und von in der Regel belasteten Partnerschaften. Gleichzeitig fehlt in vielen Fällen

ein unterstützendes soziales und familiäres Netz. Häufige Ausbildungswechsel und -abbrüche führen zum Fehlen einer beruflichen Perspektive und bringen in ungünstigen Konstellationen finanzielle Probleme mit sich.

Häufig ist auch das Jugendamt in diese Fälle involviert. Für die Mütter mit BPS ist es oft schwierig, Unterstützung anzunehmen, weil sie befürchten, ihre Probleme publik machen zu müssen, was nach wie vor mit der Angst vor dem Kindesentzug verbunden ist. Gibt es für Mütter und ihre Kinder jedoch keine geeignete Hilfe, ist das Kindeswohl oft gefährdet.

Therapeut/innen, Pädagog/innen und Sozialarbeiter/innen, die mit diesen Müttern arbeiten, stehen oft vor der Herausforderung, einen Mittelweg finden zu müssen, der den Frauen, aber auch den Kindern gerecht wird.

Auf Seiten der Kinder zeigen die Forschungsbefunde eindeutig, dass Kinder von Müttern mit BPS ein deutlich erhöhtes Risiko haben, ebenfalls an einer BPS oder an einzelnen störungsspezifischen Symptomen zu erkranken (z.B. Bar-now et al., 2013). Die Auffälligkeiten der Kinder sind bereits im sehr jungen Babyalter nachweisbar: ab dem zweiten Lebensmonat zeigen Kinder von Müttern mit BPS Auffälligkeiten in Interaktion und Verhalten: ihr Blickverhalten ist starrer und benommener und sie zeigen eine niedrigere allgemeine Interaktionsbereitschaft und Ansprechbarkeit im Vergleich zu Kindern gesunder Mütter (z.B. Apter et al., 2016). Auch finden sich bereits im Alter von 12 Monaten bei 80 % der Kinder Hinweise auf einen desorganisierten Bindungsstil (Hobson et al., 2005). Ebenso früh zeigen sich Schwierigkeiten der Emotionsregulation, einem wichtigen Risikofaktor für spätere psychische Probleme (Whalen et al., 2015). Im weiteren Entwicklungsverlauf können bei Kindern von Müttern mit BPS häufig Rollenumkehr, Identitätsprobleme und ein inkongruentes Selbstgefühl beobachtet werden. Im Vergleich zu Jugendlichen mit gesunden Müttern treten bei denen mit Müttern mit BPS häufiger Störungen des Sozialverhaltens, ADHS, BPS-Symptome, Trennungsängste, selbstschädigendes Verhalten und Dissoziation auf (Stepp et al., 2012).



Neben den genannten negativen Entwicklungswegen kann die mütterliche Sorge um ein eigenes Kind aber auch eine starke Motivation für die eigene Entwicklung darstellen: Kinder zu haben kann zu funktionalerem Verhalten führen und Identität und ein Gefühl von Zugehörigkeit stiften. Genau hier setzt das Trainingsprogramm an: die Mütter sollen bei der Erziehung ihrer Kinder unterstützt werden, so dass mütterliches Stresserleben reduziert und positives Erziehungsverhalten gefördert werden – und somit eine Verbesserung des psychischen Wohlbefindens von Mutter und Kind erzielt werden kann. Zudem lohnt sich die Arbeit mit Müttern gleich doppelt: Mit jedem Fortschritt ist auch dem Kind geholfen.

### Aufbau des Trainingsprogramms

Das Trainingsprogramm (Buck-Horstkotte, Renneberg & Rosenbach, 2015) entstand im praktischen Alltag der Arbeit in einer Wohneinrichtung für Mütter mit psychischen Störungen und ihren kleinen Kindern. Dabei konnte ein besonderer Bedarf für Mütter mit BPS festgestellt werden, da bisher existierende Elterntrainingsprogramme zu wenig auf die spezifischen Bedürfnisse der Mütter mit BPS eingingen. Viele Mütter berichteten, es gäbe wenig Hilfsangebote für „Mütter wie uns“.

Angelehnt an das Skills-Training für die Borderline Störung (Bohus & Wolf-Areholt, 2013) und an bereits existierende Elterntrainings wurde das Training „Borderline und Mutter sein“ entwickelt. Es behandelt 11 Themen, die sich auf 12 zweistündige Sitzungen verteilen. Idealerweise leiten zwei Trainerinnen die Gruppen von vier bis acht Müttern mit Kindern im Alter von 0 bis 6 Jahren an. Die Teilnahme am Programm empfiehlt sich immer zusätzlich zu einer individuellen Psychotherapie mit Fokus auf die Symptomatik der Mutter. Unserer Erfahrung nach gibt es in der Einzeltherapie mit den Müttern häufig keinen oder kaum Raum für das Besprechen von Erziehungsfragen. Daher stellt die Gruppe eine ideale Ergänzung dar.

Jede Gruppensitzung ist in zwei Abschnitte aufgeteilt: begonnen wird stets mit einer Achtsamkeitsübung, anschließend werden die Hausaufgaben der vergangenen Woche besprochen; in einem zweiten Teil folgen dann vereinfachte wissenschaftliche Grundlagen des zu besprechenden neuen Themas, praktische Übungen dazu (beispielsweise Rollenspiele) und die Erklärung der neuen Hausaufgaben inkl. Arbeitsblätter. Folgende Themen werden im Laufe der 12 Sitzungen behandelt: Psychoedukation (hier werden die wichtigsten Zusammenhänge zwischen der Borderlinestörung der Mutter und der Kindesentwicklung dargestellt), Achtsamkeit, Kindliche Grundbedürfnisse, Stress und Stressbewältigung, Struktur

und Flexibilität, Umgang mit Konflikten, Umgang mit Emotionen, die Bedeutung des Körpers für die Kindererziehung, Grundannahmen über das Elternsein, Selbstfürsorge der Mutter.

Weitere spezifische Inhalte sind die Vermittlung von Fertigkeiten, um Verlässlichkeit und Stabilität bei der Beaufsichtigung der Kinder zu gewährleisten oder auch die Entwicklung eines strukturierten Tagesablaufs, der Routine und Rituale enthält, die Mutter und Kind Halt geben. Darüber hinaus werden die Achtsamkeitsfertigkeiten genutzt, um mehr Empathie, Mitgefühl und Feinfühligkeit für die Kinder zu entwickeln und Abstand zu nehmen von eigenen Konzepten und inneren Bildern, wie z.B. der Wahrnehmung des eigenen Babys als überlebensgroßes Monster, dessen Launen sie völlig hilflos ausgeliefert sind. Diese Fertigkeiten ermöglichen den Müttern, Wärme und Geborgenheit zu entwickeln und diese an ihre Kinder weiterzugeben. Die Teilnehmerinnen erlernen spezielle Stresstoleranzskills, da die klassischen Skills in kritischen Erziehungssituationen oft zu viel Zeit in Anspruch nehmen: Als Mutter müssen die Patientinnen unmittelbar funktional handeln, selbst wenn sie emotional „unter der Decke kleben“. Ein Beispiel dafür ist der „Mini-Skill“, kurz zu knurren oder zu fauchen, anstatt auszurasen.

---

Die Teilnahme am Programm empfiehlt sich immer zusätzlich zu einer individuellen Psychotherapie mit Fokus auf die Symptomatik der Mutter

---





**Prof. Dr. Babette Renneberg**

Psychologische Psychotherapeutin, seit 2008 Professorin für Klinische Psychologie und Psychotherapie, Freie Universität Berlin, Leitung der Hochschulambulanz der Freien Universität, Leitung des ZGFU, Ausbildungsinstitut für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (VT). Forschung zu Angst- und Persönlichkeitsstörungen. Supervisorin und Ausbilderin in Verhaltenstherapie.



**Dr. Charlotte Rosenbach**

Promotion 2014. Wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Freien Universität Berlin, AB Klinische Psychologie und Psychotherapie. Zusatzqualifikation: laufende Ausbildung zur Psychologischen Psychotherapeutin (VT). Schwerpunkte: Borderline-Persönlichkeitsstörung, Angststörungen, Zurückweisungsempfindlichkeit, Autobiographisches Gedächtnis.

**Rückmeldungen von Müttern und Trainerinnen**

Eine erste Pilotstudie zeigte, dass das Training insgesamt sehr gut angenommen wurde. Als besonders positiv bewerteten die Teilnehmerinnen die Rollenspiele, die Möglichkeit über Tabus zu sprechen sowie neues Wissen zu erlangen. Als zentral wurde auch der Austausch mit den anderen Müttern erlebt. Auch die regelmäßigen Hausaufgaben wurden positiv bewertet: es sei gut gewesen „am Ball bleiben zu müssen“. Eine Mutter gab an, sich nun weniger allein zu fühlen und bewertete es als äußerst positiv, dass es nun ein speziell für Mütter mit BPS ausgerichtetes Trainingsprogramm gibt. Alle Mütter wünschten sich mehr Zeit

für die einzelnen Themenbereiche, berichteten, sie würden am liebsten das ganze Training noch einmal mitmachen. Sie gaben zudem an, nun besser mit Emotionen und Stress umgehen zu können, sich ruhiger und weniger angespannt in der Mutter-Kind-Interaktion zu fühlen.

Beispielhafte Antworten der Teilnehmerinnen auf die Frage *Was war besonders hilfreich und was hat sich im Alltag verändert?* reichten von *„Das Zähneputzen klappt jetzt besser“*, *„Ich habe nicht mehr so viele Ausraster“* bis zu *„Nicht nur mir, auch meinem Kind geht es besser“*.

Insgesamt zeigt die erste Evaluation (Renneberg & Rosenbach, 2016), dass das Programm sehr gut von den Teilnehmerinnen angenommen wird. So berichteten die Mütter beispielweise nach dem 12-wöchigen Gruppentraining *„Manchmal hilft es einem, etwas anders zu sehen, aus einem anderen Blickwinkel und anders auf mein Kind einzugehen“* sowie *„Ich kann mehr auf die Bedürfnisse von meinem Kind eingehen“*. Zudem erlebten alle Mütter die Möglichkeit des Austauschs in der Gruppe als äußerst positiv.

Die Trainerinnen gaben an, besonders von der Motivation und den Veränderungen im Verhalten der Teilnehmerinnen beeindruckt zu sein. Aus ihrer Sicht ist eine grundsätzlich positive, wertschätzende Grundhaltung ein wichtiger

Wirkfaktor und unbedingte Voraussetzung für das Gelingen der Gruppen. Sie schätzten die vorgegebene Struktur des Manuals sehr, da sie half, immer wieder zu dem Thema der Sitzung zurückzukehren. Dies war besonders in Situationen hilfreich, in denen Diskussionen ausufernten oder sich negative Interaktionsprozesse in der Gruppe aufschaukelten.

Das Zitat einer Mutter *„Ich bin froh, dass ich teilnehmen konnte. Es gibt nicht viel Hilfe für Mütter wie mich“* verdeutlicht den großen Bedarf an Unterstützung, der auf der Seite der Mütter besteht. Mit dem Trainingsprogramm liegt ein Manual vor, das diese Lücke füllt.



Insgesamt zeigt die erste Evaluation, dass das Programm sehr gut von den Teilnehmerinnen angenommen wird



**Literaturhinweise**

Das umfangreiche Literaturverzeichnis finden Sie im Internet unter [www.dptv.de](http://www.dptv.de).



Christine Zens, Gitta Jacob

## Schematherapie – ein Überblick

**Die Schematherapie verbindet kognitive, emotionsorientierte und behaviorale Techniken sowie die Arbeit mit der therapeutischen Beziehung zu einem systematischen und transparenten Vorgehen.**

Die Schematherapie (ST) wurde von Jeffrey Young als eine Weiterentwicklung der kognitiven Verhaltenstherapie (KVT) konzipiert (Young et al., 2008), insbesondere für Klienten, bei denen sich das klassische Vorgehen der KVT als nicht ausreichend wirksam erwies. Dies war zumeist bei komplexen Störungsbildern der Fall, z.B. bei Persönlichkeitsstörungen oder auch chronisch verlaufenden Achse-I-Störungen. Die ST zeichnet sich durch die systematische Einbeziehung zusätzlicher konzeptueller Elemente in die KVT aus (Young et al., 2008; Zens & Jacob, 2012), u.a. der Bindungstheorie, der Bedürfnisorientierung humanistischer Verfahren, der Fokussierung biografischer Aspekte bei der Entstehung psychischer Störungen oder der Aspekt der Interaktion verschiedener Selbstanteile. Auf der Interventionsebene kommen neben den klassischen KVT-Techniken vor allem emotionsorientierte Interventionen zum Einsatz, wie sie auch in Hypnotherapie, Psychodrama oder Gestalttherapie genutzt werden. Ein weiterer zentraler Bestandteil der ST ist die starke Betonung der therapeutischen Beziehungsgestaltung.

### 1. Grundkonzepte

Die grundlegenden Konzepte der Schematherapie sind die (maladaptiven) Schemata, Bewältigungsstrategien und Modi einer Person. Dabei nehmen die universellen Grundbedürfnisse eine zentrale Position im gesamten Behandlungskonzept ein.

#### 1.1 Universelle Grundbedürfnisse und Schemata

Neben Faktoren wie z.B. Vernachlässigung, Traumatisierung oder Überprotektion ist auch Modellerlernen zentral für die Entstehung von Schemata. Im Zusammenspiel mit dem angeborenem Temperament und dem kulturellen Hintergrund eines Kindes kommt es im Rahmen der Sozialisation zur Erfüllung oder Frustration von Bedürfnissen, was zur Ausbildung von adaptiven oder maladaptiven Schemata führt. So könnte ein Kind in Folge der anhaltenden Frustration seines Sicherheitsbedürfnisses, z.B. durch das Aufwachsen in einer instabilen Umgebung, das Schema „Verlassenheit/Instabilität“ entwickeln. Personen mit diesem Schema leben in der Überzeugung und andauern Angst, von Anderen verlassen oder im Stich gelassen zu werden.

Ein Schema ist definiert als „umfassendes Thema oder Muster, das aus Erinnerungen, Emotionen, Kognitionen und Körperempfindungen besteht, welches in Kindheit oder Adoleszenz entstanden ist und im Laufe des Lebens weiter ausgeprägt wurde“ (Young et al., 2008). Young et al. beschreiben auf der Grundlage klinischer Beobachtungen 18 maladaptive Schemata, die entsprechend der universellen Grundbedürfnisse fünf sogenannten Schemadomänen zugeordnet werden. Tabelle 1 (Seite 44) zeigt einen Überblick der Schemata, der Schemadomänen und dazugehörigen universellen Grundbedürfnisse.

#### 1.2 Schemacoping

Schemata umfassen das emotionale Wissensspektrum eines erwachsenen Menschen und beeinflussen die Wahrnehmung und Reaktion in aktuellen Situationen. Mit der Aktivierung eines maladaptiven Schemas sind in der Regel starke negative Affekte wie z.B. Angst, Trauer oder Wut verbunden. Die Reaktion auf ein Schema ist dabei zunächst flexibel. Neben der Möglichkeit von funktionalem Verhalten kommt es oftmals zu dysfunktionalen Bewältigungsreaktionen. Diese wirken grundsätzlich schemaerhaltend, da der zugrundeliegenden Bedürfnisfrustration nicht entgegengewirkt werden kann und es nicht zu einer korrigierenden Erfahrung kommt.

---

Die grundlegenden Konzepte der Schematherapie sind die (maladaptiven) Schemata, Bewältigungsstrategien und Modi einer Person

---



Tabelle 1.  
Schemata, Schemadomänen und Grundbedürfnisse (nach Young et al., 2008)

Schemata	Schemadomänen	Grundbedürfnisse
1. Verlassenheit/Instabilität	Abgetrenntheit und Ablehnung	Sichere Bindung (Sicherheit, Stabilität, Akzeptanz, Versorgung, Schutz, Zuwendung)
2. Misstrauen/Missbrauch		
3. Emotionale Entbehrung		
4. Unzulänglichkeit/Scham		
5. Soziale Isolation/Entfremdung		
6. Abhängigkeit/Inkompetenz	Beeinträchtigung von Autonomie und Leistung	Autonomie, Kompetenz, Identitätsgefühl
7. Anfälligkeit für schädigende Einflüsse und Krankheiten		
8. Verstrickung/Unentwickeltes Selbst		
9. Versagen		
10. Anspruchshaltung/Grandiosität	Beeinträchtigungen im Umgang mit Begrenzungen	Realistische Grenzen und Selbstkontrolle
11. Unzureichende Selbstkontrolle/Selbstdisziplin		
12. Unterwerfung	Fremdbezogenheit	Freiheit im Ausdruck von Bedürfnissen und Emotionen
13. Selbstaufopferung		
14. Streben nach Zustimmung und Anerkennung		
15. Negativität/Pessimismus	Übertriebene Wachsamkeit und Gehemmtheit	Spontaneität und Spiel
16. Emotionale Gehemmtheit		
17. Unerbittliche Standards/Übertrieben kritische Haltung		
18. Strafneigung		

Young unterscheidet dabei die Vermeidung, bei der ein Schema oder eine mit einer Schemaauslösung verbundene Emotion verhindert wird, und die Überkompensation, bei der die Emotion durch eine dem Schema entgegengesetzte Reaktion reguliert wird. Als dritte Strategie dient das Erdulden, bei dem die zur Schemaaktivierung gehörenden Emotionen als wahr betrachtet und ausgehalten werden. Am Beispiel des Schemas „Verlassenheit/Instabilität“ könnte dies bedeuten, keine Beziehung einzugehen (Vermeidung), bei minimaler Verunsicherung aggressiv zu reagieren oder mit Trennung zu

drohen (Überkompensation) oder unzuverlässige Beziehungen zu führen (Erduldung/Unterwerfung).

**1.3 Das Schemamoduskonzept**  
Insbesondere Patienten mit schweren Störungsbildern haben in der Regel viele Schemata und erleben die damit verbundenen negativen Emotionen bzw. die daraus resultierenden dysfunktionalen Bewältigungsstrategien häufiger und oft sehr intensiv. Um die daraus resultierende Komplexität zu reduzieren, entwickelte Young das Moduskonzept der Schematherapie, welches vor allem von Arntz und Kollegen weiter ausformuliert wurde (Lob-

bestael et al., 2007; Arntz & van Genderen, 2010). Schemata und Schemabewältigungsreaktionen werden dabei zusammengefasst und anhand des dominierenden Affektzustands bzw. der Funktionalität beschrieben. So können alle beteiligten Schemata und Reaktionen in einer Intervention gleichzeitig bearbeitet werden, ohne sie z.B. jeweils explizit benennen zu müssen. Der Modusansatz der ST ist für Patienten sehr gut zugänglich und ermöglicht in der Therapie ein schnelles und flexibles Ableiten geeigneter Interventionen (Zens & Jacob, 2014). Daher wird er mittlerweile auch für die Behandlung leichter Störungsbilder, in der Gruppentherapie (Farrell & Shaw, 2013), der Therapie von Kindern und Jugendlichen (Loose et al., 2013), der Paartherapie (Roediger, 2016) sowie in der Selbsterfahrung (Brüderl et al., 2015) und der Supervision (Zens & Jacob, 2015) eingesetzt.

Ein Modus ist definiert als der in einer Person aktuell vorherrschende Gesamtzustand. Damit werden alle in einem Moment aktivierten Schemata, Emotionen und Reaktionen beschrieben. Es werden vier Modusklassen unterschieden (Jacob & Arntz, 2015):

1. *Maladaptive Kindmodi* entwickeln sich in Folge von anhaltender Bedürfnisfrustration in Kindheit und Jugend. Die jeweils dominierenden Affektzustände, z.B. Trauer, Angst, Wut oder Frustration beschreiben dabei die genaue Art des



Kindmodus. So können verletzbare, ärgerlich/wütende und undisziplinierte Kindmodi unterschieden werden. In einem Kindmodus erleben Personen sich oft in direkter Verbindung mit Kindheitserinnerungen.

2. *Dysfunktionale strafende oder fordernde (Eltern-)Modi* werden mit Selbstabwertung, Selbstbestrafung, Selbsthass, innerer Schuldzuschreibung und Druck in Verbindung gebracht. Dabei geht es nicht nur um elterliche Einflüsse, sondern um alle Umgebungsfaktoren, die in der Sozialisation eines Kindes und Jugendlichen wichtig waren, also z.B. auch Lehrer, Geschwister und Peers.
3. *Dysfunktionale Bewältigungsmodi* beschreiben Zustände der Vermeidung, der Überkompensation und der Unterwerfung. Sie entstehen, wenn dysfunktionale Bewältigungsstrategien besonders oft und in starkem Maße zum Einsatz kommen. Alle Bewältigungsmodi dienen dazu, vor negativen Emotionen zu schützen.
4. *Funktionale Modi* beschreiben gesunde, ressourcenhaltige Anteile einer Person. Im Modus des glücklichen Kindes befindet sich eine Person zufrieden und in sich ruhend im Hier und Jetzt. Im Modus des gesunden Erwachsenen kann eine Person ihre Ziele in angemessener Abstimmung mit der Umwelt verfolgen und ist so z.B. in der Lage, sich selbstfürsorglich, verantwortlich und zielorien-

tiert zu verhalten, aber auch mit Frustrationen umzugehen.

## 2. Behandlung

Eine Schematherapie ist insbesondere dann sinnvoll, wenn sich bei der Störungsentwicklung eine lebensgeschichtliche Komponente zeigt und beispielsweise keine akuten psychotischen Symptome oder eine Suchtproblematik dem Einsatz widersprechen. Patienten mit akuten Auswirkungen von Achsel-Störungen, z.B. deutlichem Untergewicht bei Anorexia nervosa, müssen vorab stabilisiert worden sein.

### 2.1 Psychoedukation und Fallkonzeptualisierung

Am Anfang jeder schematherapeutischen Behandlung steht eine allgemeine Psychoedukation, wozu auch vorliegende Informationsblätter oder grafische Darstellungen genutzt werden können (Faßbinder et al., 2011; Zens & Jacob, 2015b). Anschließend erfolgt die individuelle Fallkonzeptualisierung, bei der alle in der Anamnese erhobenen Symptome, Interaktionsmuster und Probleme sowie zentrale biografische Ereignisse eingearbeitet werden können. Abbildung 1 zeigt exemplarisch die grafische Darstellung eines Fallkonzepts.

#### Fallbeispiel:

*Mary S., 22 Jahre, ist in einer instabilen, vernachlässigenden Umgebung aufgewachsen. Die Mutter litt unter starken Depressionen, wäh-*

*rend der Vater trank und seine fünf Kinder sich selbst überließ. Ab dem 10. Lebensjahr kam es zu sexuellen Übergriffen durch den ältesten Bruder. Glückliche Momente erlebte sie beim Spielen und Spaziergehen mit ihrem Hund. Mary S. leidet heute an starkem Selbsthass, hat massive Stimmungsschwankungen mit Verlustangst, Verzweiflung und Wutausbrüchen. Sie zieht sich oft zurück, erlebt Dissoziationen, trinkt Alkohol und nutzt Selbstverletzung zur Emotionsregulation. In der Therapie möchte sie vor allem lernen, emotionale Krisen besser zu meistern.*

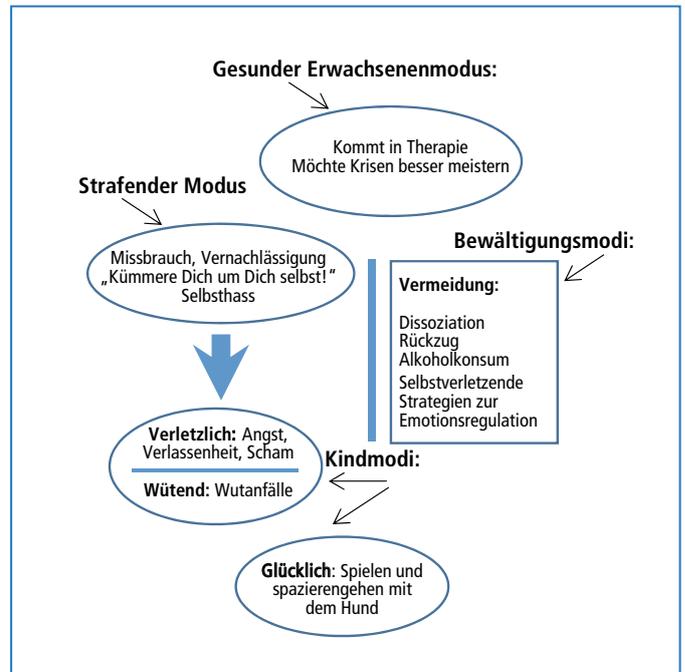


Abbildung 1. Fallkonzept von Mary S.





**Christine Zens**

Diplom-Psychologin, Psychologische Psychotherapeutin, Leiterin des Instituts für Schematherapie Hamburg (IST-HH). Dozentin, Supervisorin und Selbsterfahrungsleiterin in Verhaltenstherapie und Schematherapie. Niedergelassen in eigener Praxis in Hamburg (VT).



**PD Dr. Gitta Jacob**

Leitende Psychotherapeutin und Supervisorin für Verhaltenstherapie und Schematherapie, Klinische Psychologie und Psychotherapie, GAIA AG Hamburg. Davor langjährige klinische und wissenschaftliche Tätigkeit an der Universität Freiburg.

Die Behandlung in der Schematherapie orientiert sich immer an den (unerfüllten) Grundbedürfnissen eines Patienten

**2.2 Therapeutisches Vorgehen**

Das übergeordnete Ziel einer Schematherapie besteht darin, mit dem Patienten zusammen herauszuarbeiten, welche Bedürfnisse in Kindheit und Jugend nicht erfüllt worden sind, welche Schemata und Modi daraus entstanden sind und wie aktuelle Bedürfnisse angemessener erfüllt werden können. Dies eröffnet die Möglichkeit, Symptomverhalten und problematische Interaktionsmuster zu reduzieren.

Die Behandlung erfolgt dabei mit kognitiven (z.B. Psychoedukation, Pro & Contra, Modus-Memokarten), erlebnisorientierten (z.B. Imaginationstechniken, Stuhldialoge) und behavioralen (z.B. Ärgerausdrucksübungen, SKT-Training)

Interventionsstrategien. In der Arbeit mit der therapeutischen Beziehung ist das Konzept des „Limited Reparenting“ handlungsleitend. Dabei werden die unerfüllten Grundbedürfnisse des Patienten adressiert, in den Grenzen des therapeutischen Settings erfüllt und gesundes, selbstfürsorgliches Verhalten modelliert. Das „limited reparenting“ enthält dabei sowohl fürsorgliche als auch begrenzende Aspekte. Zudem müssen Patienten gelegentlich auch mit den schädlichen Auswirkungen eines Verhaltens empathisch konfrontiert werden, ohne sie dabei zu verurteilen, z.B. wenn sich ein Patient durch riskantes Verhalten in einem Bewältigungsmodus immer wieder selbst in Gefahr bringt.

Die Behandlung in der Schematherapie orientiert sich immer an den (unerfüllten) Grundbedürfnissen eines Patienten und erfolgt dabei prinzipiell modusgeleitet. Der Therapeut stellt sich flexibel auf den jeweiligen Modus ein und orientiert sich an folgenden Zielen (Zens & Jacob, 2014):

- *Dysfunktionale Bewältigungsmodi* werden benannt und ggf. empathisch konfrontiert, hinsichtlich des früheren adaptiven Werts anerkannt und in Bezug auf die Folgen in der Gegenwart reduziert,
- *Verletzbare Kindmodi* werden validiert, unterstützt, getröstet und prozessiert,
- *Ärgerliche/Wütende Kindmodi* werden ventiliert, in ihren Grundbedürfnissen validiert und

- im angemessenen Ausdruck angeleitet,
- *Impulsive/Undisziplinierte Kindmodi* werden in den Bedürfnissen wahrgenommen, aber auch begrenzt. Frustrationstoleranz wird angeleitet,
- *Strafende und fordernde Modi* werden hinterfragt, begrenzt und bekämpft,
- *Funktionale Modi* werden verstärkt und gefördert.

**Interventionsbeispiel Stuhldialog:**

*Mary S. wirkt in der Stunde sehr abwesend. Sie berichtet oberflächlich von einem Streit. Die Therapeutin schlägt einen Stuhldialog vor und stellt einen Stuhl für den Vermeidungsmodus („Mauer“) und einen weiteren für den gesunden Erwachsenenmodus („große Mary“) auf. Auf dem Stuhl der Mauer werden zunächst alle Vorteile für diesen Anteil gesammelt, u.a. nennt Mary S. „Selbstschutz“, „funktionieren können“ und „unangreifbar sein“. Nachdem die Mauer hinsichtlich ihres früheren adaptiven Werts anerkannt wurde, setzt sich Mary S. auf den Stuhl der „großen Mary“ und entgegnet der Mauer mit Hilfe der Therapeutin die Nachteile, die dieses Verhalten gegenwärtig mit sich bringt. Sie benennt u.a. „niemand sieht mich wirklich“ und „die Angst wird nicht besser“. Schließlich kommt der Anteil der „kleinen Mary“ (verletzbarer Kindmodus) mit Trauer und Angst zum Vorschein. Der Modus wird auf einen weiteren Stuhl gesetzt und dort von der Therapeutin validiert und*



**Literaturhinweis**

Das umfangreiche Literaturverzeichnis finden Sie im Internet unter [www.dptv.de](http://www.dptv.de).



getröstet. Nach dieser Intervention ist Mary S. wieder besser mit ihren Gefühlen im Kontakt und kann von dem auslösenden Streit genauer berichten.

### 3. Fazit

In ihrem therapeutischen Vorgehen verbindet die Schematherapie systematisch kognitive, erlebnisorientierte und behaviorale Techniken sowie die Arbeit mit der therapeutischen Beziehung zu einer zielgerichteten und gleichzei-

tig flexiblen Gesamtstrategie. Die Schematherapie kann damit als ein integratives Verfahren betrachtet werden, welches in der Lage ist, in der Therapie auf verschiedensten Ebenen anzusetzen und dabei die Ressourcen von Patienten wie auch eventuell vorhergehende Therapieerfahrungen wertschätzend und effizient mit einzubeziehen. Insbesondere durch den Modusansatz der ST können unterschiedliche Problemkonstellationen konzeptualisiert und behandelt werden, womit die ST als grundsätzlich störungsübergreifendes Konzept be-

trachtet werden kann. Die Effizienz der ST ist überzeugend durch Studien bei der Behandlung von Persönlichkeitsstörungen belegt (z.B. Giessen-Bloo et al., 2006; Bamelis et al., 2015). Es liegen aber auch erste positive Pilotstudien für verschiedene Achse-I-Störungen (z.B. Gross et al., 2012) sowie gute Erfahrungen im forensischen Setting (D. Bernstein, ISST-Kongressbeitrag 2016) vor. Damit kann die ST unter den „3.-Welle-Verfahren“ zu einer der am besten evaluierten Ansätze gezählt werden. 

Svenja Taubner

## Die Mentalisierungs-Basierte Therapie

Die Mentalisierungs-Basierte Therapie (MBT) wurde zunächst als Methode zur Behandlung von Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) entwickelt, wird aber zunehmend transdiagnostisch mit jeweils störungsspezifischen Abwandlungen des klinischen Fokus und Störungsverständnisses eingesetzt. Transdiagnostische Therapien sind dann besonders hilfreich, wenn Probleme adressiert werden, die bei einer Vielzahl von psychischen Störungen auftreten. Dies ist bei Mentalisierungsdefiziten der Fall; sie treten bei vielen verschiedenen psychischen Störungen auf. In der Auffassung der MBT entwickelt sich Mentalisierung als Kompetenz interpersonell und bindungsbezogen und kann vermutlich deshalb auch nur im Rahmen einer affektiv aufgeladenen Beziehung zum Therapeuten oder in einer Gruppe geübt und trainiert werden. Diese Perspektive auf die therapeutische Beziehung als Wirkmechanismus therapeutischer Veränderung entspricht dem aktuellen allgemeinen Wirkfaktorenmodell der Psychotherapieforschung (Wampold & Imel, 2015) und einem schulübergreifenden „relationalen turn“ als gemeinsamer psychotherapeutischer Identität jenseits schulenspezifischer Techniken.

### 1. Was ist Mentalisierung?

Das Mentalisierungskonzept wurde Anfang der 90er-Jahre des letzten Jahrhunderts von einer Arbeitsgruppe um die britischen Psychoanalytiker Peter Fonagy und Mary Target entwickelt. Mentalisierung oder Mentalisieren bezeichnet eine imaginative Fähigkeit, sich mentale Gründe des eigenen Verhaltens und des Verhaltens anderer vorstellen zu können. Mentale Gründe für Verhalten können Emotionen, Wünsche, Kognitionen und Ziele sein. Über den Prozess des Mentalisierens wird also hinter dem eigenen und fremden Verhalten ein

In der Auffassung der MBT entwickelt sich Mentalisierung als Kompetenz interpersonell und bindungsbezogen



psychischer Prozess vermutet, der Verhalten erklärbar und auch zu einem gewissen Grad vorhersagbar macht.

Mentalisieren wird als eine Entwicklungserlungenschaft betrachtet, die aufgrund misslingender früher Interaktionen und/oder traumatischer Erfahrungen generell oder kontextspezifisch eingeschränkt sein kann. Darüber hinaus wird Mentalisierung als eine dynamische Fähigkeit angesehen, die in Abhängigkeit von der eigenen Emotionalität, der aktuellen Situation und den beteiligten Personen variieren kann, weshalb sie am zutreffendsten als ein Prozess bezeichnet werden könnte (Fonagy, Luyten, & Strathearn, 2011). Wenn Mentalisieren als *Prozess* bezeichnet wird, so soll damit verdeutlicht werden, dass Mentalisieren auf einem sich stetig verändernden Kontinuum verschiedener Pole stattfindet.

Aktuell werden vier Dimensionen oder acht Pole von Mentalisierung unterschieden:

1. Automatisch (Implizit) vs. Kontrolliert (Explizit)
2. Internal fokussiert vs. External fokussiert
3. Selbstorientiert (Selbst) vs. Fremdorientiert (Andere)
4. Kognitiv vs. Affektiv

Bei allen beschriebenen Dimensionen wird davon ausgegangen, dass eine Ausgeglichenheit zwischen den verschiedenen Polen sowie ein flexibles Balance-Halten der Pole je nach psychosozialer Anforderung

am ehesten als optimal angesehen wird (Bateman, 2014).

Der Zusammenbruch von Mentalisierung oder die systematische Fehlinterpretation der Intentionen Anderer ist ein möglicher Ansatzpunkt, um psychopathologische Phänomene zu erklären und zu verstehen, die mit schwacher Affektregulation, Impulsproblemen und Schwierigkeiten in interpersonellen Kontexten zusammenhängen. Damit steht Mentalisierung im Zentrum dessen, was mit den Beeinträchtigungen im Funktionsniveau der Persönlichkeit im DSM-5 beschrieben wird (Zimmermann, Brakemeier, & Benecke, 2015).

## 2. Ziele der MBT

Die allgemeine Veränderungstheorie der MBT geht davon aus, dass spezifische Probleme oder Symptome besonders bei Patienten mit Persönlichkeitsstörungen mit einer Vulnerabilität der Mentalisierung zusammenhängen. In emotional aufgeladenen Momenten führt diese Vulnerabilität zu einem Verlust von Mentalisierung. Dies hat Konsequenzen für die Interpretation der Intentionen Anderer und hängt mit einer hohen interpersonellen Irritierbarkeit zusammen. Besteht nur eine eingeschränkte Fähigkeit, die Gründe für das Verhalten Anderer zu reflektieren und können eigene affektive Reaktionen ebenfalls nicht mentalisiert werden, so kann dies zu einem Versagen der Affektregulation und impulsivem

Verhalten führen. MBT liegt die Hoffnung zugrunde, dass eine Fokussierung auf die Vulnerabilität des Mentalisierens die Grundlage dafür darstellt, die Probleme im Bereich der interpersonellen Konflikte, Affektregulation und Impulskontrolle erfolgreich zu bearbeiten.

Als moderne Therapie integriert MBT verschiedene Aspekte anderer erfolgreicher Therapien (z. B. psychodynamische, systemische, klientenzentrierte und kognitiv-verhaltenstherapeutische Ansätze). Zunächst wurde MBT als intensives stationäres Programm implementiert (Bateman & Fonagy, 1999) und hat sich aktuell zu einem intensiven ambulanten Therapieprogramm weiterentwickelt (Bateman & Fonagy, 2016). Die MBT verfolgt das Ziel, dass die Mentalisierung des Patienten besonders im Hinblick auf die jeweiligen Problembereiche stabilisiert werden kann. Das Ziel der MBT ist die Förderung von effektivem Mentalisieren, welches sich durch Neugierde auf mentale Befindlichkeiten, die Fähigkeit, verschiedene Perspektiven einzunehmen und durch den eigenen Einfluss auf Andere auszeichnet, nicht-feindselige Attributionen der Gründe des Verhaltens Anderer nach sich zieht und Vertrauen in Andere begründet. Zusammengefasst kann die Veränderungstheorie der MBT wie folgt beschrieben werden: Durch eine verbesserte Mentalisierung entsteht ein Puffer zwischen Gefühlen und Handlung, so dass konflikthafte interpersonelle Erfahrungen und schwierige

Durch eine verbesserte Mentalisierung entsteht ein Puffer zwischen Gefühlen und Handlung, so dass konflikthafte interpersonelle Erfahrungen und schwierige Affekte reflektiert werden können



Affekte reflektiert werden können. Den Patienten ist ein Denken vor dem Handeln möglich, eine Reflexion vor dem Ausagieren.

### 3. Die Behandlung mit MBT

Da Mentalisierung immer an spezifische Themen geknüpft ist, fokussiert die Behandlung anfangs auf die Kernziele, auf die sich Therapeut und Patient geeinigt haben. Diese können Verhalten und Symptome beinhalten wie Suizidversuche, selbstverletzendes Verhalten (SVV), Drogenabusus und emotionale Instabilität. Im weiteren Verlauf der Therapie folgt eine Betonung des beziehungsorientierten Mentalisierens im Leben der Patienten und in den Therapiesitzungen selbst. Das beziehungsorientierte Mentalisieren stellt einen Schlüsselfaktor in der Behandlung von Persönlichkeitsstörungen dar. Dadurch wird die Therapeut-Patient-Beziehung ein wichtiger Bereich der Beobachtung. Ziel der MBT ist es, in einem schrittweisen Prozess die Aufmerksamkeit der Patienten für mentale Zustände und für die interpersonellen Kontexte zu erhöhen und mit ihnen die Fähigkeit zu trainieren, diese mentalisierend zu verstehen und Rigiditäten an den Mentalisierungspolen aufzuheben (Fonagy, Bateman, & Bateman, 2011).

Der erste Teil der Behandlung besteht aus einer Therapievorbereitung in mehreren Schritten. Der Patient wird sehr konkret nach

eigenen Therapiezielen befragt sowie nach dem Weg, wie diese Ziele aus Sicht des Patienten erreichbar wären. Auf der Grundlage der gesamten Diagnostik wird eine zusammenfassende individuelle Fokusformulierung mit Schwerpunkt auf der interpersonellen Dynamik des Patienten gemeinsam erarbeitet. Darüber hinaus wird, wenn indiziert, ein gemeinsamer strukturierter Krisenplan erstellt. Die Eingangsphase wird mit einem Therapievertrag abgeschlossen, der auch die Grenzen der Therapie enthält. Es wird empfohlen, dass das Einhalten des jeweiligen Vertrages nicht an die Fortsetzung der Therapie geknüpft sein sollte, aber dass Brüche des Vertrags mit dem Therapeuten gemeinsam besprochen werden sollten.

Im Anschluss an die Therapievorbereitung soll laut „Practical Guide“ (Bateman & Fonagy, 2016) ein Einführungskurs in Form einer Gruppen-Psychoedukation stattfinden, der den Patienten die zentralen Inhalte der Therapie vermittelt. Der MBT-Inhaltskurs (MBT-I) besteht aus bis zu 12 wöchentlichen Sitzungen mit jeweils 90 Minuten. Es geht primär darum, dass die Patienten die Ziele und Methoden der MBT verstehen und der Therapeut in den darauffolgenden Therapiesitzungen auf dieses Wissen zurückgreifen kann, d.h. spezifische Interventionen damit begründet. Nach dem Inhaltskurs erfolgt manualgetreu die Kombination aus Einzel- und Gruppentherapie, beides jeweils mit wöchentlicher Frequenz.

### 4.1 Die therapeutische Haltung

Die Haltung ist dadurch gekennzeichnet, dass der Therapeut permanent bemüht ist, die Reflexionen auf das Hier und Jetzt zu begrenzen und eine grundlegend *empathische Haltung* einzunehmen. Da mentale Befindlichkeiten nicht direkt beobachtet, sondern erschlossen werden müssen, ist das zweite zentrale Kriterium für die MBT die *Haltung des Nicht-Wissens* („Not-knowing-stance“). Dies drückt sich unter anderem darin aus, dass der Therapeut aktiv und neugierig nach den mentalen Prozessen des Patienten fragt und diese nicht einfach annimmt oder seine Ideen/Theorien überstülpt. Diese Haltung soll dem Therapeuten die Möglichkeit eines authentischen Kontaktes ermöglichen und erhebt den Patienten in die Rolle des Experten für die eigenen mentalen Befindlichkeiten. Der Therapeut ist hier Prozessbegleiter und ermöglicht die Exploration, weiß es aber nicht besser als der Patient. Daher markiert der Therapeut seine Fragen mit bestimmten Formulierungen, die verdeutlichen, dass er die Antwort nicht kennt, z. B. in dem er die eigene Interpretation als Frage formuliert oder ein „vielleicht“, „Ich bin mir nicht sicher“ hinzufügt. Zusammengefasst zeichnet sich der MBT-Therapeut durch Authentizität, Neugier, Offenheit, Nachdenklichkeit und Sensitivität aus. Als Daumenregel kann gelten, dass Affekte des Patienten stets empathisch validiert werden, während Perspektiven auf

---

Der Therapeut ist permanent bemüht, die Reflexionen auf das Hier und Jetzt zu begrenzen und eine grundlegend empathische Haltung einzunehmen

---





**Prof. Dr. Svenja Taubner**

Diplom-Psychologin, approbierte Psychologische Psychotherapeutin seit 2010, Fachkunde für Analytische Psychotherapie und Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie. Professorin für Psychosoziale Prävention am Universitätsklinikum Heidelberg. Schwerpunkte in der Forschung: Mentalisierung, Bindung, Störung des Sozialverhaltens, Kompetenzentwicklung und Mentalisierungs-Basierte Therapie.

das Selbst und Andere zunächst validiert und dann in einem zweiten Schritt vorsichtig unter Einbezug der Perspektive des Therapeuten hinterfragt werden.

**4.2 Interventionen**

Der Therapeut hat die zentrale Aufgabe, nicht-mentalisierte Prozesse zu erkennen, zu unterbrechen und Mentalisierung wieder herzustellen. Dabei wählt er seine Interventionen gemäß der jeweils aktuellen Mentalisierungsfähigkeit und der emotionalen Aufgewühltheit des Patienten aus. Darüber hinaus überprüft der Therapeut, ob der Patient eine Rigidität in der Aktivierung der verschiedenen Mentalisierungspole aufweist, z. B. nur sich im Blick hat und nicht andere Personen, und versucht, dies durch gezielte konträre Interventionen auszugleichen. Um Mentalisierung für den Patienten zu ermöglichen, ist es zentral, dass der Therapeut seine eigene Mentalisierungsfähigkeit im Blick behält und diese ebenfalls mit Priorität wiederherstellt, sollte diese während der Sitzung

zusammenbrechen. Im Verlauf einer jeweiligen Sitzung können die Interventionen so eingesetzt werden, dass sie mit empathischer Validierung beginnen, die von Klärung und Exploration gefolgt werden bis hin zu Basismentalisierung durch die Benennung eines Affektfokus und der Mentalisierung der therapeutischen Beziehung. Dabei kann nicht in jeder Sitzung das volle Interventionsspektrum eingesetzt werden, der Therapeut sollte jedoch im Hinterkopf behalten, dass die Interventionslogik von der Oberfläche in die Tiefe gehen sollte.

**5. Wirksamkeit und Weiterentwicklungen**

MBT gilt hinsichtlich der Behandlung von BPS als evidenzbasiert und als eines der wirksamsten Verfahren neben der Dialektisch-Behavioralen Therapie (DBT) (Renneberg, Schmitz, Doering, Herpertz, & Bohus, 2010; Stoffers et al., 2012) und zeigt sich in den aktuellen Studien als sehr aussichtsreich für Adoleszente mit Verdacht auf BPS und selbstverletzendem Verhalten (Rossouw & Fonagy, 2012), bei Antisozialer Persönlichkeitsstörung (ASPS) (McGauley, Yakeley, Williams, & Bateman, 2011) und Essstörungen (Skarderud, 2007). Bateman und Fonagy (2011) haben die bisherigen Entwicklungen und Anwendungen der MBT in einem Herausgeberwerk zusammenfassend dargestellt, das seit kurzem auch in deutscher Übersetzung vorliegt. Es werden derzeit Erwei-

terungen der Indikation durch die Entwicklung störungsspezifisch angepasster Manuale überprüft wie z. B. MBT bei Störungen des Sozialverhaltens (Taubner, Gablonski, Sevecke, & Volkert, in Vorbereitung) und zur ergänzenden Behandlung von Suchtpatienten (Philips & Taubner, 2016) sowie bei Psychosen (Debbané et al., 2016). Störungsübergreifende Handbücher liegen für den Bereich der Persönlichkeitsstörungen vor (Bateman & Fonagy, 2016). Ein erstes Kurzmanual für die Behandlung von Adoleszenten befindet sich im Druck (Taubner & Volkert, 2016).



Der Therapeut hat die zentrale Aufgabe, nicht-mentalisierte Prozesse zu erkennen, zu unterbrechen und Mentalisierung wieder herzustellen

**Literaturhinweis**

Das umfangreiche Literaturverzeichnis finden Sie im Internet unter [www.dptv.de](http://www.dptv.de).



Jürgen Körner

## Der Widerspruch von Freiheit und Zwang in der psychoanalytischen Methode

Der Widerspruch von Freiheit und Zwang in der psychoanalytischen Methode zeigt sich zunächst darin, dass der Patient gerade dadurch, dass er „frei“ zu assoziieren versucht, die Macht seines Unbewussten zu erkennen geben soll. Aber die aufklärerische Idee, Menschen mit Hilfe der Psychoanalyse zum „Herrn im eigenen Hause“ zu machen, musste scheitern: Das Unbewusste lässt sich niemals ganz aufklären. Trotzdem ist es notwendig, an dem Projekt, das Unbewusste bewusst zu machen, festzuhalten. Auch in der psychoanalytisch-therapeutischen Beziehung lässt sich ein ähnlicher Widerspruch erkennen. Die Rollenverteilung zwischen Patient und Analytiker ist stark asymmetrisch; der Analytiker besitzt eine „Deutungshoheit“, die dem Patienten aber nicht zukommt. Wenn ein Patient eine intensive Übertragung entwickelt, gerät er häufig in eine tiefe emotionale Abhängigkeit. Wie kann ein Patient durch diese Abhängigkeit hindurch frei werden und sein Schicksal selbst in die Hand nehmen?

Der Widerspruch von Freiheit und Zwang in der Psychoanalyse wird in den unterschiedlichen Perspektiven erkennbar, unter denen wir die psychoanalytische Methode betrachten können: Er zeigt sich in der Handhabung der Regeln der freien Assoziation und der Abstinenz, er erscheint in den Übertragungs- und Gegenübertragungskonzepten und in der Gestaltung der therapeutischen Beziehung. Dabei hat sich dieser Widerspruch in der Geschichte der psychoanalytischen Methode mehrfach gewandelt; diese Verwandlungen möchte ich im Folgenden nachzeichnen.

In der Frühzeit der psychoanalytischen Methode verfolgten die

Analytiker aufklärerische Ziele: Der Patient sollte sich frei machen von seinen Symptomen, die als Folge verdrängter Affekte nach traumatischen Erfahrungen entstanden waren. „Aufklären, das heißt bewusst machen“, meinte Freud, und er war damals überzeugt, dass es gelingen könnte, Menschen vollständig vom „Elend der Neurose“ zu befreien.

Die therapeutische Beziehung war aus heutiger Sicht sehr asymmetrisch und man könnte die Haltung des Analytikers „paternal“ (Cremerius, 1979) nennen, weil er oft schon zu wissen schien, was der Patient noch vor sich selbst verbarg. Die freie Assoziation sollte das im Unbewussten des Patienten

Verborgene zum Vorschein bringen, aber darin lag ein kleines Paradoxon: Der Patient sollte „frei“ assoziieren und genau dadurch preisgeben, was er eigentlich verbergen wollte. Die Heilung, die Befreiung aus der „selbstverschuldeten Unmündigkeit“ (Kant) gelang, wenn der Patient sich dasjenige Unbewusste bewusst gemacht hatte, das ihn als „Wiederholungszwang“ auf seine Symptome fixiert hatte.

Auch die Konzepte von der Übertragung und Gegenübertragung entsprachen dem damaligen paternalen Beziehungsentwurf. Die Übertragung galt als „Irrtum in der Zeit“, als Fehlwahrnehmung, eine unbewusst wirksame Disposition, die den Patienten daran hindert, seinen Analytiker und auch andere Menschen realitätsgerecht wahrzunehmen. Ziel der Analyse war es daher, den Patienten über diesen Irrtum aufzuklären. Die Gegenübertragung, die innere Antwort des Analytikers auf die Übertragung des Patienten, wurde zunächst als störend wahrgenommen; sie sollte den Analytiker möglichst nicht an seiner realitätsorientierten Arbeit hindern.

In der Mitte des vergangenen Jahrhunderts wandelten sich die theoretischen und methodischen

---

Der Analytiker besitzt eine „Deutungshoheit“, die dem Patienten aber nicht zukommt

---



Die im Alltag üblichen  
Konversationsregeln  
fehlen im psycho-  
analytischen Dialog  
fast völlig

Auffassungen der Psychoanalytiker von einer patientenzentrierten Methode und einer paternalen Beziehungsgestaltung hin zu einer interaktionellen Auffassung. Die Übertragung galt nun nicht mehr als Fehlwahrnehmung, als Irrtum, sondern als spezifische Art, den Anderen, den Psychoanalytiker in der therapeutischen Beziehung zu verwenden. Konkret am Beispiel: Der Patient glaubt nicht nur, dass der Analytiker ihn ablehnt, sondern er verhält sich auch so, dass er sich abgelehnt fühlen kann. Das ist der „interaktionelle Aspekt“ der Übertragung, der durchaus auch einen manipulativen Charakter annehmen kann.

Mit diesem Wandel in den Übertragungskonzepten änderte sich auch das Verständnis von der therapeutischen Beziehung und den Aufgaben des Analytikers. Jetzt konnte er sich nicht mehr auf eine quasi neutrale Position zurückziehen und den Patienten und seine Übertragungsdiskussion beobachten, sondern er muss sich zur „Rollenübernahme“ (J. Sandler) bereitfinden, das heißt, er soll die ihm zugeordnete Rolle akzeptieren und ihr nicht widersprechen („Sie irren sich, wenn Sie glauben, ich sei ...“). Wenn er sich auf den Beziehungsentwurf des Patienten einlässt und mit ihm die gemeinsame Szene gestaltet, wird sichtbar und erlebbar, wie der Patient (seine soziale Innenwelt) in seinen Beziehungen externalisiert, sei es, dass er narzisstische Bewunderung erwartet, sei es, dass er permanent mit Kritik oder gar Verach-

tung rechnet oder sei es auch, dass er in einer hilflosen Attitüde dazu auffordert, ihm zu helfen und den Weg zu weisen.

Der Analytiker wird die ihm zugewiesene Rolle zwar nicht ablehnen, aber auch nicht ausspielen, wird also (in den Beispielen) dem hilflosen Patienten nicht helfen, den anderen nicht kritisieren und den dritten nicht bewundern. Der Patient „scheitert“ also mit seinem Übertragungsentwurf, weil die „passende“, erwartete Antwort des Analytikers fehlt, auch dann, wenn der Patient seine Beziehungsentwürfe (intensiviert) und sich zum Beispiel so verhält, dass er offenkundig Kritik verdient. Die Chance dieses Augenblickes liegt darin, dass der Patient erkennt, wie intensiv sein unbewusster Beziehungsentwurf wirkt, hier in der therapeutischen Beziehung und natürlich auch außerhalb in seinen sozialen Beziehungen<sup>1</sup>. Und er kann versuchen, einen neuen Beziehungsentwurf zu wagen, innerhalb des geschützten Rahmens der therapeutischen Situation.

Wo liegt in diesem Konzept der Zwang und wo die Freiheit? Zunächst bringt die Abstinenz des Analytikers den Patienten in die Zwangslage, den Rahmen der Situation interpretieren zu müssen (Körner & Rosin, 1985). Denn die im Alltag üblichen Konversationsregeln, mit denen wir gegenseitig soziale Situationen definieren, uns

<sup>1</sup> Überhaupt ist die Übertragung in der therapeutischen Beziehung nur stärker ....

wechselseitig darüber informieren, „was hier eigentlich los ist“ (Goffman, 1974), fehlen im psychoanalytischen Dialog fast völlig. Die Zurückhaltung des Analytikers zwingt den Patienten, auf seine inneren, teilweise unbewussten Beziehungsphantasien zurückzugreifen und ein subjektives Bild von seinem Gegenüber zu entwerfen. Genau das ist die Übertragung.

Ferner liegt ein Zwang wohl auch darin, dass der Patient einsehen muss, dass seine Vorstellungen von der therapeutischen Beziehung und von seinem Analytiker nicht direkt die Wirklichkeit abbilden, sondern subjektive Entwürfe darstellen, die vielleicht mehr über ihn als über „die Realität“ verraten. Schon diese Einsicht fällt insbesondere Patienten auf niedrigem Strukturniveau oft sehr schwer. In diesen Fällen muss es das erste Ziel der Therapie sein ihnen zu helfen, einen solchen „exzentrischen Standpunkt“ einzunehmen, der ihnen erlaubt, auf sich und das Beziehungsgeschehen zu schauen und die „Fiktionalität“ ihres Beziehungsentwurfes zu erkennen.

Die Freiheit eröffnet sich dem Patienten, wenn er das Wagnis unternimmt, in der therapeutischen Situation neue Beziehungsentwürfe zu erproben. Das ist schwieriger, als es im Alltagsverständnis scheinen mag. Denn auch jener Patient, der sich zum Beispiel darauf eingerichtet hat, dass andere Menschen ihn verachten, wird diese Gewissheit nicht einfach aufgeben können.



Es mag ihm sogar äußerst riskant erscheinen, einem Menschen zu vertrauen, der von sich so wenig preisgibt. Er wird unbewusst die Risiken einschätzen, die ihm drohen, wenn er diesem Menschen irrtümlich vertraut oder wenn er ihm irrtümlich misstraut, und er wird dazu neigen, im Zweifel auf sein vertrautes, wenn auch schmerzhaftes Beziehungsmuster zurückzugreifen (Körner & Wysotzki, 2006).

Die jüngeren Entwicklungen der psychoanalytischen Behandlungsmethode zielen darauf, das alte, „paternale“ und asymmetrische Muster therapeutischer Beziehungen zu überwinden zugunsten einer „intersubjektiven“ (Ermann, 2014) Gestaltung, in der Patient und Analytiker einander „auf Augenhöhe“ begegnen. Dem Analytiker ist heute bewusst, dass er gemeinsam mit seinem Patienten die Beziehung gestaltet und dass es wichtig sein kann, für das Verständnis der Szene auch den eigenen Beziehungsbeitrag zur Verfügung zu stellen.

Ich glaube aber nicht, dass wir mit diesen Konzepten tatsächlich eine „Symmetrie“ in unserer therapeutischen Beziehung erreichen. Mehr noch: Eine solche Symmetrie oder eine „Beziehung auf Augenhöhe“ wäre gar nicht erreichbar und auch nicht wünschenswert. Es bleibt doch die ungleiche Rollenverteilung, dass der Patient seinen Analytiker verwenden darf und soll, dass aber der Analytiker seiner Verpflichtung zur Abstinenz

folgt und seinen Patienten nicht zur Befriedigung eigener Bedürfnisse verwendet. Denn so sehr der Analytiker auch seine Mitwirkung in der Gestaltung der gemeinsamen Beziehung wahrnimmt und reflektiert, so sehr liegt doch der Fokus der gemeinsamen Betrachtung auf denjenigen Beziehungsentwürfen, die der Patient in seiner Übertragung zu erkennen gibt.

Ein weiteres Merkmal der Asymmetrie liegt darin, dass der Analytiker eine Art „Deutungshoheit“ für sich in Anspruch nimmt, indem er zuweilen auf unbewusste Motive und Absichten des Patienten hinweist, möglicherweise auch einen Widerstand deutet. Dieses Recht kann der Patient in der Regel nicht für sich in Anspruch nehmen. Hierin liegt ein wesentlicher Unterschied zwischen einem psychoanalytischen Dialog und einem Dialog des Alltags.

Weil diese Asymmetrien auch in einer intersubjektiv geführten Psychoanalyse nicht auflösbar sind (und auch nicht sein sollen), könnte man davon sprechen, dass der Patient einem Zwang unterliegt, und die Frage wäre auch hier: Wie führt der Weg ins Freie? Dazu noch einige abschließende Überlegungen.

In den analytischen Verfahren gehen Patient und Therapeut eine sehr intensive Beziehung ein, in der sich der Patient auch wegen der hier geschilderten vielfachen Asymmetrie unterlegen und sehr abhängig fühlen kann. Wie kann er

aus dieser Abhängigkeit herausfinden, ins Freie treten und ein selbstbestimmtes Leben entwickeln?

In der Pädagogik ist dieses Problem schon länger bekannt. I. Kant formulierte es (1803, S. 711) in seiner posthum erschienen Schrift über Pädagogik so: „Wie kultiviere ich die Freiheit bei dem Zwange?“ Wie kann der Zögling in einem pädagogischen Zwangsverhältnis Handlungsfreiheit und moralische Verantwortlichkeit entwickeln? Auf den analytisch-psychotherapeutischen Prozess gewendet: Wie kann ein Patient in Abhängigkeit (im Zwang) Unabhängigkeit (also Freiheit) erwerben?

Die Antwort ist einfach, aber nicht leicht zu verwirklichen. Der Psychoanalytiker muss sich seines unvermeidlichen Einflusses auf seinen Analysanden gewahr werden. Dieser Einfluss konkretisiert sich nicht nur auf der Oberfläche der konkreten therapeutischen Interventionen, sondern hintergründig auch dadurch, dass jeder Psychotherapeut mehr oder weniger bewusst ein Menschenmodell, eine

**Prof. Dr. Jürgen Körner**

Psychoanalytiker (DPG, DGPT, IPA), bis 2011 Gründungspräsident der International Psychoanalytic University Berlin. Gründer und Herausgeber des „Forum der Psychoanalyse“. Vorsitzender der Arbeitsgemeinschaft der Psychodynamischen Professorinnen und Professoren. Arbeitsschwerpunkte: Theorie und Methode der Psychoanalyse, Psychoanalytische Pädagogik, Jugendliche Delinquenz, Mensch-Tier-Beziehung.



Dem Analytiker ist heute bewusst, dass er gemeinsam mit seinem Patienten die Beziehung gestaltet

**Literaturhinweis**

Das umfangreiche Literaturverzeichnis finden Sie im Internet unter [www.dptv.de](http://www.dptv.de).



Vorstellung vom „guten Leben“ verfolgt, die er in seinen therapeutischen Beziehungen zur Geltung bringt. Beispielhaft sollen hier zwei sehr unterschiedliche Menschenmodelle aufgeführt werden: Das eine Modell verfolgt das Ziel, dass der Patient sich aufrichtig selbst erkennt, ehrlich zu sich ist, sich nichts vormacht, seine illusionären

Erwartungen kritisch durchleuchtet und korrigiert. Das gegenteilige Modell zielt auf den Patienten, der vor allem mit sich selbst zufrieden ist, der sich akzeptiert, wie er ist und aufhört, sich ständig kritisch zu hinterfragen.

Ich vermute, dass nur wenige Psychotherapeuten ganz dem einen

oder dem anderen Pol zuzuordnen sein werden. Aber ich glaube doch, dass sich jeder von uns irgendwo zwischen diesen beiden Polen verortet, und dass es wichtig wäre, sich dieses eigenen Ortes gewahr zu werden, um dem Patienten die Chance zu geben, seinen eigenen Weg zu suchen und aus der Abhängigkeit wirklich ins Freie zu treten.



Klemens Funk

## Psychotherapie am Ende der Beziehung

### Sind Psychotherapeuten Nachlassverwalter?

Heute von fortgeschrittenem Beziehungsverlust zu reden, kündigt das von Fehleinschätzung, wenn die Vernetzung auf medialer wie auf der Ebene der inneren Sicherheit, der Verwaltung und der Konzerne immer totaler wird, just in time Zugriffe auf die Daten anderer möglich sind und der Freundezuwachs in den sozialen Medien sich schon fast minütlich selbst generiert? Solchen Einwänden wäre zuzustimmen, wenn die sozialen Implikationen dieser Begriffe identisch wären. Stattdessen dürfte z.B. der Begriff „Freund“ im traditionellen Beziehungskontext unbestritten eine andere Bedeutung anzeigen als im sozialen Netzwerk. Ich bleibe daher bei der Feststellung, dass in wesentlichen Lebensbereichen ein progredienter Abbau persönlicher Beziehungen zu beobachten ist, der sich nicht auf den öffentlichen Bereich beschränkt, sondern neben dem Berufsleben auch das Privatleben infiltriert. Der früher sogenannte wertvolle Kunde ist ebenso wie der Arbeitnehmer ins Humankapital integriert. Unbestritten befindet man sich damit in Gesellschaft, die Frage ist nur, ob man da in guter Gesellschaft ist und z.B. über Verweildauer und Qualität des Aufenthalts selbst bestimmen kann.

Parallel zur Propaganda, dass das freie Spiel der Kräfte anstelle sozialer, ökologischer und global verantwortlicher Marktwirtschaft zu mehr Wachstum und Gewinn führe, müssen soziale Bindungsrelikte aus Wirtschaft und Ökonomie eliminiert werden. Normen einer Kapitalbindung wie Solidarität, Subsidiarität, Verantwortung, Kooperation dürfen die Gewinnmaximierung nicht länger stören. Diejenigen, die ihre Zugehörigkeit zum Humankapital verloren haben oder denen die Entlassung daraus droht, weil sie den Zugehörigkeitskriterien nicht mehr genügen und dafür nicht mehr dauerhaft ärztlich und



psychotherapeutisch stabilisiert werden können, suchen ebenso wie die vorerst noch Refahfähigen zunehmend Schutz bei Bindungsanbietern, wie z.B. Psychotherapeuten. Der Gesundheitsgesetzgeber sorgt durch die jüngsten Rahmenbedingungen zur Verbesserung der Versorgung dafür, dass sich Zeiten der Inanspruchnahme von Lohnersatzleistungen reduzieren sollen, die Dauer der Auszeit minimiert wird und die Rehabilitation zum Mitglied des Humankapitals – zumindest vorerst – möglichst rasch durchlaufen wird. Sollten sich die traditionellen Anbieter auf dem Gesundheitsmarkt diesen Reparaturaufträgen verweigern, stehen Angebote im Netz zur Verfügung, diskret, ohne persönlichen Kontakt, ohne Absprache von Zeiten, abrufbar rund um die Uhr on demand. Etwas zugespitzt behaupte ich, dass der digitale Therapeut schon geboren, während die digitale Mutterbrust noch in Bearbeitung ist. Für die Humankapitalisierung ist jedenfalls gesorgt, entweder als Investitionskapital im Produktionsprozess oder – wenn's gar nicht mehr anders geht – als Konsument auf dem Gesundheitsmarkt.

In einem latenten „Entwicklungs“-Prozess hat sich die Ökonomie weg von der Korrespondenz mit den Subsistenzbedürfnissen entwickelt: Weg von der Sicherstellung des zum Lebensunterhalt Erforderlichen, erwirtschaftet durch Produktion und Handel, gewinnt in der technischen Neuzeit das Leitmotiv der Gewinnmaximierung an Fahrt. Nicht

mehr ursprüngliche Bedürfnisse sind das Motiv, um zu wirtschaften, sondern die Gewinnmaximierung verbunden mit Wachstumsideologie und Bedürfniserzeugung wird zum Dogma erhoben: Wie und wo bekomme ich für das Wenigste das Meiste möglichst schnell? Wirtschaftsprozesse und Konsumverhalten folgen gleichermaßen und selbstverständlich dieser Maximierungsstrategie. „Wenn jedes Unternehmen versucht, auf die Dauer einen möglichst großen Gewinn auf das eingesetzte Kapital zu erzielen, dann wird volkswirtschaftlich die beste Versorgung mit Gütern und Diensten erreicht.“ Dieses Glaubensbekenntnis stammt von Erich Gutenberg (Grundlagen der Betriebswirtschaftslehre, 1976, 464), dem renommierten Vater der modernen Betriebswirtschaftslehre, und geht damit über die Shareholder-Value-Ideologie von Alfred Rappaport, durch Maximierung der Erträge eine Maximierung der Eigenkapitalrentabilität zu erzielen, noch hinaus. Mit nahezu biblischer Gläubigkeit – die Studenten nannten sein Werk, wenn auch aus anderen Gründen, Gutenbergbibel – wird hier vorgebetet: was den Unternehmen den meisten Gewinn bringt, ist auch das Beste fürs Volk. Oder um im biblischen Jargon zu bleiben: Die größte Nächstenliebe übt, wer sein eigenes Kapital maximiert. Um die Kapitalmaximierung in Fluss zu halten, ist auch eine Unterbewertung der natürlichen Ressourcen hilfreich. Ob es sich um Ausbeutung von Bodenschätzen in unterentwickelten Ländern durch

Konzerne der Industrienationen oder um das Turbomästen in Viehghettos handelt, unterliegt derselben Kapitalisierungs-ideologie. Da Bedürfnisse nur bedingt von selbst nachwachsen, leisten Bedürfniserzeugungskonzerne der Werbeindustrie Entwicklungshilfe zusammen mit Fertigungsnormen, die Sollbruchstellen bei den Produkten vorsehen oder, moderner noch, diese unsichtbar softwaregesteuert implantieren. Mit dieser Obsoleszenz wirkt das Konsumverhalten zusammen, das – verhaltensanalytisch gesprochen – aufgrund der zahllosen kurzfristigen Verstärkungen, die beim Gebrauch des Produkts ihre Wirkung entfalten, bei Tod desselben nach der verbesserten Auflage rennen lässt, die wie ein Wunder just in time auf dem Markt erscheint. Wachstums- und Beschleunigungszwang greifen im Kapitalismus ineinander. Hartmut Rosa konnte zeigen, dass die Erhöhung der Konsumtionsakte ökonomisch zwingend sei. Auch die Zeit ist als Akzeleration kapitalbildend.

Damit ist Gewinnmaximierung nicht nur eine ökonomische Norm, sondern auch gleichzeitig gesellschaftliche Universale: Ich gewinne – als Unternehmer, Spekulant oder Konsument –, also bin ich! Die Descartessche Rationale, so weit ich denke, bin ich, konnte der empirischen Welterforschung einen gleichrangigen Raum neben der spekulativ-metaphysischen Weltauffassung befreiend sichern. Dieser Schritt ist als Vorläufer der Aufklärung anzusehen, nämlich

Diejenigen, die ihre Zugehörigkeit zum Humankapital verloren haben, suchen zunehmend Schutz bei Bindungsanbietern, wie z. B. Psychotherapeuten



**MEISTERERNST  
DÜSING  
MANSTETTEN**

Partnerschaft von  
Rechtsanwältinnen und  
Rechtsanwälten mbB  
Notarin

**NUMERUS  
CLAUSUS  
PROBLEME?**

Hohe Erfolgsquoten in  
allen Numerus clausus-  
Fächern, z.B. im Fach

**Psychologie:  
100% Erfolg**

mit unserer Strategie –  
auch im Masterstudien-  
gang!

Wir haben die  
Erfahrung.

Oststr. 2 · 48145 Münster  
Tel. 0251/5 20 91-0  
Fax 0251/5 20 91-52  
duesing@meisterernst.de  
www.numerus-clausus.info



**Klemens Funk**

Diplom-Psychologe/Diplom-Theologe. Studium der Philosophie, Theologie und Psychologie. Psychologischer Psychotherapeut in der Psychosomatischen Klinik Windach, tätig als niedergelassener Verhaltenstherapeut in schwäbischer Landpraxis; Dozent und Supervisor an Ausbildungsinstituten; seit über 20 Jahren aktiv in verschiedenen Politikbereichen für unseren Berufsstand.

**Die Gewinnmaximierung als Universale entführt den Menschen in die Gefangenschaft einer neuen Unmündigkeit**

den Menschen aus seiner selbstverschuldeten Unmündigkeit herauszuführen. Die Gewinnmaximierung als Universale entführt den Menschen und das Menschliche sowie die Natur mit ihren Lebewesen insgesamt in die Gefangenschaft einer neuen Unmündigkeit: nur was kapitalbildend ist, das ist. Dies verrät auch die Begriffsbildung, die die Welt kategorisiert in Finanzkapital, Sachkapital, Humankapital und Zeitkapital. Die Moderne schrumpft in ihrer Entwicklung „auf verbesserte Technologien und beschleunigte Kapitalflüsse“ zusammen, prophezeite Jürgen Habermas. Petra Pinzler hat dazu in „Immer mehr ist nicht genug!“ (2011) einige denkwürdige Aufsätze geschrieben.

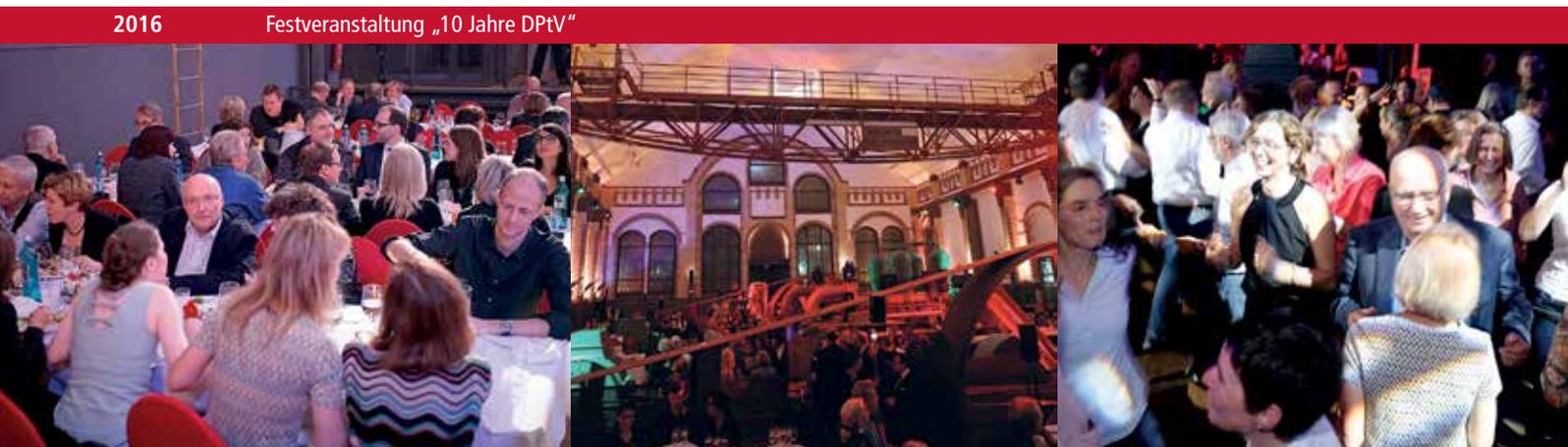
Die Ermächtigung der Gewinnmaximierung erfolgte nie in Folge eines gesellschaftlichen Diskurses und einer direkten demokratischen Entscheidung, sondern wurde auch im politischen wie gesellschaftlichen Kontext als „Begleiterscheinung“ konsentiert, weil sie zumindest vorübergehend von mehr Besitz, der als Synonym für

Wohlstand gilt, begleitet ist und zum anderen der Sanierung von Staatskassen dient – zumindest marginal, soweit Gewinne nicht in Steueroasen versickern. Wir haben uns daran gewöhnt, trotz der Kollateralschäden für das Humanum und dessen Kulturleistungen diese Ermächtigung ex-post-factum hinzunehmen. Wer macht uns darauf aufmerksam, dass wir unsere Freiheit aus der Hand geben und täglich Schritte in diese Unmündigkeit tun, zumal es noch nie so leicht war, händisch per Tastendruck im immensen Programmangebot von Wohlbefindlichkeitsverheißungen hin und her zu switchen.

Im Laufe der Phylogenese sicherten sich Lebewesen ihr Überleben durch Hordenbildung: „Die Neurowissenschaften zeigen heute klar, dass das Gehirn ein soziales, ja ein Beziehungsorgan ist; und Paläontologen belegen: Homo hätte nie überleben können, wenn nicht die Gruppe, Horde, Gemeinschaft den einzelnen getragen hätte. Wir sind eher „Schwarmwesen“ (Klaus-J. Lindstedt, Individualität-Subjektivität-Intersubjektivität, in: Karsten Münch u.a., Die Fähigkeit, allein zu sein, 2009, 110). Neben der Sicherung vor hordenexternen Gefahren entwickelten die Lebewesen parallel mit der Mentalisierung auch Sicherungsmechanismen gegenüber hordeninternen Gefährdungen. Lebensregeln wurden entwickelt und erprobt, bevor sie zu ihrer Legitimierung als göttliche Gebote verfasst wurden. Um diesen Schritt salopp mit Lindstedt zu

formulieren: „Lapidar gesagt, entwickelten wir uns vom Katzenfutter zur Götterspeise.“ Die religiösen Gesetzeswerke sind die Vorläufer der antiken teilweise demokratischen Gesetzgebung wie unserer heutigen Menschenrechte und Verfassungen. Grundlage für das Überleben ist nach John Bowlby immer das Bedürfnis nach Nähe zu einer Bindungsfigur, mit der auch für das Erwachsenenleben prägende Bindungserfahrungen gemacht werden können, weil sie wiederum ein Arbeitsmodell von Bindung konstellieren. Diese Rückzugsmöglichkeiten in eine nicht nur personale Schutzzone begünstigen auch das Explorationsverhalten, wie Mary Ainsworth zeigen konnte. Bernhard Strauß (und auch andere) konnten im Anschluss daran feststellen, wie das Gehirn des Säuglings bei der Wachstumsphase im ersten Lebensjahr auf Gehirn-Interaktionen über intime, positiv-affektive Erfahrungen angewiesen ist. Diese bilden optimale Voraussetzungen nicht nur für Sicherheitserfahrungen, sondern darüber hinaus auch für die Emotionsentwicklung überhaupt, das Sozialverhalten sowie die Mentalisierungsfähigkeit (z.B. in: Bindung und Psychopathologie, 2008).

Vorausgesetzt solche Kernkompetenzen wie Bindungsfähigkeit, Explorationsverhalten, Autonomie, kooperatives Sozialverhalten, Mentalisierungsfähigkeit werden bei zumindest der überwiegenden Mehrheit der Mitglieder unserer modernen Gesellschaft als un-



2016 Festveranstaltung „10 Jahre DPtV“

abdingbar angesehen, inwieweit fördert die oben skizzierte Ökonomisierung deren Entwicklungsfähigkeit sowie deren dauerhaften Erhalt? Gerade Psychotherapeuten erfahren, wie ökonomische Zwänge Mütter (und Väter) in ein Rollenverhalten zwingen, das die frühkindliche Entwicklung gefährden kann. Ebenso erfahren sie, wie Erwachsene an den Verlusten von Sicherheitszonen im Arbeitsleben zu leiden beginnen, die meist nur vorübergehend durch einen Rückzug ins Private aufgefangen werden können. Ebenso können sie feststellen, wie das Konsumentenverhalten als vermeintlicher Geborgenheitsgarant selbstzerstörerisch wirken kann. Unter dem Verlust von Sicherheit leiden aber auch die für unsere Weiterentwicklung erforderliche Explorations-, Innovations- und Gestaltungsfähigkeit. Im Anschluss an Lindstedt könnte man fragen: Haben wir uns vom

Katzenfutter über die Götterspeise zum Wertpapier mit erheblichen Kursschwankungen entwickelt, das nur solange gefragt ist, wie es der Gewinnmaximierung dient?

Psychotherapie, zumindest im persönlichen Kontakt, ist und nützt Beziehungsgestaltung auf dem Hintergrund gelungener und misslungener Beziehungserfahrungen. Sie aktiviert das Bindungssystem, wie Peter Fonagy (z.B. in: Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst, 2004) belegen konnte. Wir Psychotherapeuten müssen uns fragen, ob wir mit ruhigem Gewissen Menschen auf ihre in Bindungserfahrungen erlernten Kompetenzen verweisen und bei der Selbstlegitimation für ihre Anwendung und ihren Ausbau unterstützen dürfen. Wir müssen uns dann aber ebenso fragen, ob wir uns nicht doch mit den Aufträgen, die das Ökonomiediktat

der Gewinnmaximierung über die Patienten an uns richtet, kritisch auseinandersetzen. Das sollten wir uns nicht nur im Therapieraum, sondern auch im öffentlichen Raum zur Aufgabe machen. Es ist nämlich besser, Hellscher zu sein, als auf einem Auge blind.

Mit Diskursen über die Fragwürdigkeit dieser neuen Gefangenschaft und ihre Folgen für Gesellschaft und Ökologie bringen wir zwar noch kein Licht ins Dunkel, aber Helle um das Dunkel herum, so dass diese autokratische Verfassung wenigstens sichtbar wird. Hoffentlich aber wird durch kritische Diskurse die Sehnsucht aufrechterhalten, dass diese Gefangenschaft im Humankapital ein Exil ist, aus dem es eine Rückkehr geben könnte. 

Grundlage für das Überleben ist nach John Bowlby immer das Bedürfnis nach Nähe zu einer Bindungsfigur

GRUPPENVERSICHERUNG  
 > PFLEGEZUSATZVERSICHERUNGEN



Leben Sie so, wie Sie wollen.  
 Selbst bei Pflegebedürftigkeit.

Wie Sie leben, soll Ihre Sache bleiben.  
 Auch wenn Sie später Hilfe brauchen.

Ich vertrau der DKV

Der Gesundheitsversicherer der ERGO

Bewahren Sie sich Ihre Eigenständigkeit und profitieren Sie von den vorteilhaften Konditionen. Der Gruppenvertrag zwischen der Deutschen PsychotherapeutenVereinigung und der DKV macht es möglich:

- Attraktive Beiträge
- Gleiche Konditionen für Familienangehörige und Lebenspartner
- Sofortiger Versicherungsschutz ohne Wartezeiten bei Tarifen mit Gesundheitsprüfung
- Annahmegarantie für versicherungsfähige Personen

- Ja, ich bin an einer Information über das für mich wichtige Thema Pflegezusatzversicherung interessiert.
- Ja, ich willige ein, dass meine personenbezogenen Daten aus dieser Anfrage an einen für die DKV tätigen Vermittler zur Kontaktaufnahme übermittelt und zum Zwecke der Kontaktaufnahme von der DKV und dem für die DKV tätigen Vermittler erhoben, verarbeitet und genutzt werden.

Einfach ausschneiden und faxen: 0221 / 578 2115  
 Oder per Post an: DKV Deutsche Krankenversicherung AG, VUAC K, 50594 Köln  
 Telefon: 0221 / 578 4585, E-Mail: psychotherapeut@dkv.com,  
 Internet: www.dkv.com/psychotherapeuten

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort \_\_\_\_\_

Telefon privat/geschäftlich \_\_\_\_\_, um \_\_\_\_\_ Uhr

E-Mail \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_ Geburtsjahr \_\_\_\_\_ Familienstand \_\_\_\_\_ Kinder \_\_\_\_\_

Ich bin bereits bei der DKV versichert. Versicherungs-Nummer \_\_\_\_\_

pflichtversichert  freiwillig krankenversichert  privatversichert

Kathrin Nahmacher

## Rechtliche Rahmenbedingungen bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen

Bei der psychotherapeutischen Behandlung von Kindern und Jugendlichen ergeben sich aufgrund der komplexen rechtlichen Vorgaben und aus der Tatsache, dass hier regelmäßig mehrere Personen betroffen sind, zahlreiche besondere Fallkonstellationen und rechtliche Fragestellungen. Insbesondere beim Abschluss des Behandlungsvertrages, bei der Aufklärung und Einwilligung und bei der Schweigepflicht sind insoweit Besonderheiten zu beachten, auf die nachfolgend, auch anhand von Beispielfällen aus der Praxis, eingegangen werden soll.

Die Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen gestaltet sich als Dreiecksverhältnis zwischen Therapeut, Patient und Bezugspersonen und erfolgt in einem rechtlichen Rahmen, der sich auf unterschiedliche Rechtsbereiche erstreckt, wie z. B. das Zivilrecht, das Berufsrecht und das Sozialrecht. Das Patientenrechtegesetz von 2013 hat durch die Normierung der durch die Rechtsprechung in jahrelanger Spruchpraxis festgelegten Grundsätze im Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB) hier in vielen Bereichen Klarheit und Transparenz geschaffen. Auch enthalten die Berufsordnungen der Psychotherapeutenkammern ausdrückliche Regelungen zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen und zum Umgang mit minderjährigen Patienten.

### Behandlungsvertrag

Grundlage einer jeden psychotherapeutischen Behandlung ist der Abschluss eines Behandlungsvertrages

(Therapievereinbarung). Voraussetzung hierfür ist die Geschäftsfähigkeit beider Vertragspartner. Da die volle Geschäftsfähigkeit erst mit Vollendung des 18. Lebensjahres erreicht ist und bei unter 7-Jährigen keine Geschäftsfähigkeit vorliegt, stellt sich die Frage nach dem „richtigen“ Vertragspartner einer psychotherapeutischen Behandlung von Kindern und Jugendlichen. Bei nicht geschäftsfähigen Kindern, die das siebente Lebensjahr noch nicht vollendet haben, muss der Behandlungsvertrag mit den gesetzlichen Vertretern – in den meisten Fällen sind dies die Eltern – abgeschlossen werden. Bei getrennt lebenden oder geschiedenen Paaren muss – sofern es sich nicht um Routine- oder Notfallbehandlungen handelt – immer die Erklärung beider Eltern zum Vertragsschluss eingeholt werden. Denn bei der antragspflichtigen Psychotherapie handelt es sich ausdrücklich nicht um eine „Angelegenheit des täglichen Lebens und der alltäglichen Gesundheits-

fürsorge“, über die von nur einem Elternteil allein entschieden werden könnte. Verweigert ein sorgeberechtigter Elternteil die Zustimmung zur notwendigen Psychotherapie, so kann die Behandlung erst nach einer gerichtlichen Entscheidung begonnen werden. Probatorische Sitzungen, die zur Abklärung und Indikationsstellung durchgeführt werden, kann ein Elternteil auch allein veranlassen. Die Durchführung einer Psychotherapie ist jedoch nur möglich, wenn das Einverständnis beider Sorgeberechtigten vorliegt. Bei Kindern und Jugendlichen zwischen 7 und 18 Jahren spricht man von sogenannter beschränkter Geschäftsfähigkeit. Hier bedarf es der Einwilligung der gesetzlichen Vertreter, damit ein Behandlungsvertrag zwischen minderjährigem Patient und Psychotherapeut wirksam zustande kommen kann. Erfolgt der Abschluss des Behandlungsvertrages ohne vorherige Einwilligung der Eltern, so kann er in der Regel nur durch deren nachträgliche Genehmigung wirksam werden. Auch hier gilt, dass die Einwilligung/Genehmigung beider Elternteile erforderlich ist, damit der Vertrag wirksam zustande kommt.

Zu beachten ist jedoch, dass der beschränkt geschäftsfähige Minderjährige Willenserklärungen wirksam abgeben kann, durch die er lediglich

2016 Delegiertenversammlung und Wahl des Bundesvorstandes



einen rechtlichen Vorteil erlangt, ohne dass ihm daraus Pflichten entstehen (§ 107 BGB).

**Praxisbeispiel:** *Der 15-jährige gesetzlich familienversicherte Patient MJ erscheint allein in der Praxis des Psychotherapeuten KJP. Aufgrund des Versicherungsverhältnisses hat MJ einen Leistungsanspruch, den er selbstständig stellen kann (§ 10 SGB V, § 36 Abs. 1 SGB I). Er kann also Leistungen aus der GKV entgegennehmen, ohne eine Zahlungsverpflichtung gegenüber KJP zu haben. Da dieses Rechtsgeschäft für ihn also „lediglich rechtlich vorteilhaft“ im Sinne des § 107 BGB ist, kann er den Behandlungsvertrag auch ohne Einwilligung seiner gesetzlichen Vertreter abschließen.*

Wäre MJ im Beispielsfall privat krankenversichert, würde der Behandlungsvertrag für ihn mit einer direkten Zahlungsverpflichtung einhergehen, so dass der Vertragsschluss hier nur mit Einwilligung der gesetzlichen Vertreter wirksam wäre.

Wäre MJ noch nicht 15 Jahre alt, würde das wirksame Rechtsgeschäft (= Behandlungsvertrag) daran scheitern, dass er noch keinen eigenen Leistungsanspruch in der GKV hat (§ 10 SGB V, § 36 Abs. 1 SGB I).

## Einwilligungsfähigkeit und Einsichtsfähigkeit

Von der Geschäftsfähigkeit zu unterscheiden ist die Einwilligungsfähigkeit

des minderjährigen Patienten. Jede psychotherapeutische Behandlung bedarf einer wirksamen Einwilligung. Voraussetzung hierfür ist wiederum die Einwilligungsfähigkeit des Erklärenden. Diese ist unabhängig von der Geschäftsfähigkeit und vom Alter und beurteilt sich allein nach der natürlichen Einsichts- und Willensentscheidung des Kindes oder Jugendlichen im Einzelfall. Nach ständiger Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs kommt es darauf an, ob der Minderjährige „nach seiner geistigen und sittlichen Reife die Bedeutung und die Tragweite der Therapie und seiner Gestaltung zu ermessen vermag“ (BGH, Urteil vom 5.12.1958, BGHZ 29; 33, 36).

Es gibt also keine starren Altersvorgaben, an denen sich die Einwilligungsfähigkeit orientiert. Als Faustformel kann jedoch gelten, dass unter 14 Jahren in der Regel keine Einwilligungsfähigkeit gegeben ist (Ausnahmen sind natürlich denkbar), dass über 16 Jahren regelmäßig von der Einwilligungsfähigkeit auszugehen ist und bei Minderjährigen zwischen 14 und 16 Jahren im Einzelfall anhand des eigenen Eindrucks zu prüfen ist, ob die Einsichtsfähigkeit vorliegt. Bei Zweifeln sollte der Therapeut in jedem Fall die Einwilligung der Eltern einholen („Co-Konsens“) bzw. in einem gemeinsamen Gespräch Kenntnisse über den Reifegrad sowie die Eigen- und Fremdanamnese erlangen. Führt dies nicht weiter, sind gegebenenfalls das Jugendamt, Vormundschafts- oder Familiengericht mit einzubeziehen.

Bei Patienten ab 14 Jahren muss der Therapeut also im Einzelfall prüfen, ob aus seiner Sicht die erforderliche Einsichts- und Einwilligungsfähigkeit gegeben ist. Hält der Therapeut den Minderjährigen eindeutig für einwilligungsfähig, kommt es allein auf seinen Entschluss an, nur er ist aufzuklären. Hält er den jungen Patienten dagegen eindeutig nicht für einwilligungsfähig, haben die Eltern über die Einwilligung zu befinden. Sie sind Aufklärungsadressaten, allerdings unter Einbeziehung des Minderjährigen.

**Praxisbeispiel:** *Die 14-jährige Patientin P (GKV-versichert) sucht ohne ihre Eltern die Praxis der KJP auf, da sie erhebliche Probleme mit ihren Eltern und dadurch Ängste entwickelt habe. Die Eltern hätten ihr verboten, einen Psychotherapeuten aufzusuchen; sie würden einer solchen Behandlung ausdrücklich nicht zustimmen, so die P. Nach Überzeugung der KJP verfügt P über die erforderliche Einsichts- und Einwilligungsfähigkeit. Da die P aufgrund ihres Alters noch keinen eigenen Leistungsantrag stellen kann, ist die Einbeziehung der Eltern hier zwingend erforderlich, denn P ist beschränkt geschäftsfähig und kann ohne Genehmigung der Eltern keinen Behandlungsvertrag abschließen. Die Behandlung darf also erst beginnen, nachdem die Eltern den Vertragsschluss genehmigt und den Leistungsantrag unterschrieben haben. Einwilligen in die konkrete Behandlung muss nur die P; nur sie ist Aufklärungsadressatin.*

---

Die Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen gestaltet sich als Dreiecksverhältnis zwischen Therapeut, Patient und Bezugspersonen

---



Eine wirksame Einwilligung in die Therapie setzt eine ordnungsgemäße vorangegangene Aufklärung voraus

Zu beachten ist, dass es im Einzelfall auf die *behandlungsbezogene* natürliche Einsichtsfähigkeit des Minderjährigen ankommt. Als solche wird die individuelle Fähigkeit eines Kindes/Jugendlichen zur Krankheitseinsicht und zur Entwicklung eines Wunsches nach Genesung sowie zur Entwicklung des Vertrauens, dass dieses Ziel mit dem Therapeuten erreicht werden kann, verstanden.

Denkbar sind Fallkonstellationen, bei denen der jugendliche Patient durchaus grundsätzlich einsichtsfähig ist und über eine gewisse geistige Reife verfügt, jedoch bezogen auf die konkrete Behandlung einwilligungsunfähig ist. Ein typisches Beispiel ist die Behandlung anorektischer Patientinnen gegen ihren ausdrücklichen Willen. Bei derartigen Konflikten zwischen dem Elternwillen und dem Selbstbestimmungsrecht des minderjährigen Patienten, der die konkrete Behandlung verweigert, ist der Therapeut nach der Berufsordnung verpflichtet, insbesondere auf das Wohl des Patienten zu achten (§ 13 Abs. 2 der 6. Muster-Berufsordnung der BPTK). Das Wohl des Patienten (Heilung, Bekämpfung der Essstörung) kann in diesem Fall dessen Selbstbestimmungsrecht überlagern; der Therapeut kann mangels Einwilligungsfähigkeit des Patienten die Behandlung nach entsprechender Aufklärung und Einwilligung der Eltern beginnen.

### Aufklärung

Eine wirksame Einwilligung in die Therapie setzt eine ordnungsgemäße vorangegangene Aufklärung voraus. Die Verpflichtung zur Aufklärung ergibt sich u.a. aus den Berufsordnungen, den Psychotherapie-Richtlinien und dem BGB. Hiernach muss der Psychotherapeut vor Beginn der Behandlung dem Patienten bzw. seinen Eltern als gesetzlichen Vertretern Befund, Diagnose und Therapieplan mitteilen und sachgerecht über Behandlungsalternativen sowie über Erfolgsaussichten und mögliche Risiken der Behandlung aufklären.

Zur Aufklärung gehört auch eine Information über die Rahmenbedingungen der psychotherapeutischen Arbeitsbeziehung einschließlich der Regelung zur Schweigepflicht und zum Honorar. Auch das Abfragen der bestehenden Sorgerechtsregelungen gehört zu den Aufklärungs- und Informationspflichten des Psychotherapeuten. Hierbei ist bei minderjährigen Patienten die Aufklärung auf deren individuellen Entwicklungsstand und ihre kognitiven Fähigkeiten abzustimmen; die notwendigen Informationen sind den Kindern und Jugendlichen bzw. deren Bezugspersonen in angemessener Weise zu vermitteln. Die Aufklärung ist vom Therapeuten persönlich vorzunehmen und zu dokumentieren.

Aufklärungsadressat kann, wie beschrieben, auch allein der jugendliche Patient sein, sofern bei

diesem die erforderliche Einsichts- und Einwilligungsfähigkeit vorliegt. Anderenfalls sind immer (auch) die Eltern/Bezugspersonen aufzuklären.

### Schweigepflicht/Auskünfte gegenüber Dritten

Die Schweigepflicht, durch welche die Persönlichkeitsrechte des Patienten geschützt werden, ist eine elementare Verpflichtung und eine der zentralen Grundlagen professionellen Handelns in der Psychotherapie. Durch die Verpflichtung zur Verschwiegenheit wird überhaupt erst der für die Behandlung erforderliche Vertrauensstatbestand geschaffen. Die Verletzung der Verschwiegenheitsverpflichtung zieht nicht nur berufsrechtliche, sondern insbesondere strafrechtliche Sanktionen nach sich (§ 12 Abs. 6 Muster-Berufsordnung der BPTK, MBO; § 203 StGB).

Psychotherapeuten sind schweigepflichtig sowohl gegenüber dem einsichtsfähigen Patienten als auch gegebenenfalls gegenüber den am therapeutischen Prozess teilnehmenden Bezugspersonen hinsichtlich der von den jeweiligen Personen ihnen anvertrauten Mitteilungen (§ 12 Abs. 6 MBO). Grundsätzlich gilt also, dass Eltern keine konkreten Inhalte aus der Therapie des Kindes erfahren und Kinder nichts aus den Gesprächen des Therapeuten mit den Eltern. Ausnahmen von diesem Grundsatz sind nur mit (schriftlicher) Genehmigung des jeweils Betroffenen



zulässig. Insofern bewegen sich Psychotherapeuten oftmals in einem Konfliktfeld zwischen dem Selbstbestimmungsrecht des Kindes (Patientenautonomie) und dem Elternrecht.

Sofern der minderjährige Patient nicht einwilligungsfähig ist, was üblicherweise bei unter 14-Jährigen der Fall sein dürfte, müssen alle Fragen der Behandlung (Anamnese, Diagnose, Therapie usw.) daher mit den Eltern besprochen werden. Insofern besteht diesen gegenüber keine Schweigepflicht. Ist der Minderjährige dagegen einwilligungsfähig, kann er darauf bestehen, dass die Eltern keine konkreten Inhalte aus der Therapie und den Gesprächen erfahren. Es besteht also Schweigepflicht für den Therapeuten, der den Eltern dann keinerlei Auskunft erteilen darf.

Die Beteiligten sollten frühzeitig über die Schweigepflicht informiert und aufgeklärt werden. Bei der Besprechung der therapeutischen Rahmenbedingungen ist abzuklären, ob der Patient bzw. die Bezugsperson gegenüber bestimmten Personen eine Entbindung von der Schweigepflicht erteilen. Es sollte mit dem Patienten eindeutig geklärt werden, welche Themen mit den Eltern/Bezugspersonen besprochen werden dürfen. Dies sollte unbedingt dokumentiert werden.

Auskünfte gegenüber Dritten setzen immer eine Entbindung von der Schweigepflicht voraus. Das Offenbarungsverbot besteht auch ge-

genüber Dritten, wenn diese selbst zur Verschwiegenheit verpflichtet sind (z.B. Kinder- und Jugendarzt, überweisender Haus-/Facharzt). Der Therapeut unterliegt der Schweigepflicht insbesondere gegenüber sämtlichen Institutionen, die sich mit Anfragen an ihn wenden (z.B. Jugendamt, Kindergarten, Schule). Sämtliche Auskünfte gegenüber diesen Dritten dürfen nur erteilt werden, wenn der Patient bzw. seine sorgeberechtigten Eltern eine Entbindung von der Schweigepflicht erteilt haben, welche zur eigenen Absicherung und Beweis zwecken immer schriftlich erfolgen sollte.

**Praxisbeispiel:** *Der 15-jährige Patient P ist im Rahmen eines Gerichtsverfahrens – anders als seine Eltern – nicht mit der Schweigepflichtentbindung des Therapeuten KJP einverstanden. Sofern bei P die erforderliche Reife und Einsichtsfähigkeit vorliegt, kann er allein wirksam über die (Nicht-)Entbindung von der Schweigepflicht entscheiden, und der gegenläufige Elternwille wäre nicht beachtlich. Nach der Rechtsprechung kommt es darauf an, ob der Minderjährige die Bedeutung seiner Erklärung im Hinblick auf seine Geheimhaltungsinteressen begreifen kann.*

Die Schweigepflicht gilt dann nicht absolut, wenn eine konkrete Gefahr für den Patienten oder – von diesem ausgehend – für Dritte besteht. In diesem Ausnahmefall darf der Psychotherapeut die Schweigepflicht brechen und sich mit Angehörigen anderer Berufe in Verbind-

**Dr. Kathrin Nahmacher**  
 Rechtsanwältin, Fachanwältin für Medizinrecht und Partnerin in der Kanzlei DORNHEIM Rechtsanwälte & Steuerberater. Sie ist ausschließlich in diesem Spezialgebiet tätig, berät und vertritt Ärzte, Zahnärzte und Psychotherapeuten und ist Autorin medizinrechtlicher Publikationen.



zung setzen, um Maßnahmen zum Schutz des Patienten oder Dritter einzuleiten. Bei einer erheblichen Gefahr ist das Schutzinteresse des jungen Patienten oder des Dritten höher zu werten als die Schweigepflicht: Der sogenannte rechtfertigende Notstand (§ 34 StGB) ermöglicht dann die Durchbrechung der Schweigepflicht – allerdings nur, wenn die Offenbarung geeignet, erforderlich, verhältnismäßig und ein angemessenes Mittel zur Abwehr der Gefahr ist, die dem Kind (oder Dritten) droht.

Auch nach den Regelungen der Berufsordnung haben Psychotherapeuten im Einzelfall zwischen Schweigepflicht, Schutz des Patienten, Schutz von Dritten und dem Allgemeinwohl abzuwägen und ggf. Maßnahmen zum Schutz des Patienten oder Dritter zu ergreifen (§ 8 Abs. 4 MBO). Klassische Beispiele sind hier die Kindeswohlgefährdung bei häuslicher Gewalt; in diesen Fällen wird die Abwägung der verschiedenen Interessenlagen oftmals dazu führen, dass die Schweigepflicht zum Schutz des Kindeswohls durchbrochen werden kann. ■

Auskünfte gegenüber Dritten setzen immer eine Entbindung von der Schweigepflicht voraus





## JANUAR



**20.1.2017, Berlin**

**Kognitive Verhaltenstherapie der Posttraumatischen Belastungsstörung**

Kathlen Priebe

16-71 DPtV CAMPUS



**27./28.1.2017, Würzburg**

**Sozialmedizinische Anfragen**

Dr. Thomas Leitz

16-72 DPtV CAMPUS

## FEBRUAR



**2.2.2017, online**

**Chat Kostenerstattung**

Kerstin Sude, Amelie Thobaben

17-01 DPtV CAMPUS



**4.2.2017, Hamburg**

**Strategien und Informationen auf dem Weg zur Approbationsprüfung**

Kerstin Sude, Manush Bloutian

17-02 DPtV CAMPUS



**10./11.2.2017, Düsseldorf**

**Sozialmedizinische Anfragen**

Dr. Thomas Leitz

17-03 DPtV CAMPUS



**11.2.2017, Kiel**

**Die neue Psychotherapie-Richtlinie – Spezielle Auswirkungen für die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie**

Heiko Borchers, Manush Bloutian

17-04 DPtV CAMPUS



**11.2.2017, Berlin**

**Feinheiten der Abrechnung**

Dr. Hans Nadolny

17-05 DPtV CAMPUS

**13.–18.2.2017**

**Seminar in psychoanalytischer und psychoanalytisch orientierter Gruppentherapie**

AGG Arbeitsgemeinschaft Gruppenpsychotherapie und Gruppenanalyse (Göttinger Modell) e.V.

[www.psychoanalyse-in-gruppen.de](http://www.psychoanalyse-in-gruppen.de)



**18.2.2017, Göttingen**

**Psychopharmakologie für Psychotherapeuten – Aufbaukurs**

Prof. Dr. Matthias Rose,

Nienke Anna Hofrichter

17-06 DPtV CAMPUS



**24.2.2017, Frankfurt a.M.**

**QM-Handbuch**

Sabine Schäfer

17-07 DPtV CAMPUS



**25.2.2017, Braunschweig**

**Gruppenverhaltenstherapie**

Theresia Köthke

17-08 DPtV CAMPUS

## MÄRZ



**4.3.2017, Köln**

**Diagnostik im Rahmen der überarbeiteten PT-Richtlinie – Effiziente (Test-) Diagnostik in Sprechstunde und Probatorik für PP**

Dr. Enno Maaß

17-09 DPtV CAMPUS



**10./11.3.2017, München**

**Sozialmedizinische Anfragen**

Dr. Thomas Leitz

17-10 DPtV CAMPUS



**11.3.2017, Darmstadt**

**Das Thema Elternschaft in der Einzeltherapie mit Erwachsenen**

Doreen Hartung

17-11 DPtV CAMPUS



**13.3.2017, Berlin**

**Einführung in die Gesundheitspolitik – Psychotherapie im Rechtssystem**

Moina Beyer-Jupe, Carsten Frege

17-12 DPtV CAMPUS



**16.3.2017, Mainz**

**Praktische Umsetzung der neuen Psychotherapie-Richtlinie und der neuen Befugnisse**

Dieter Best

17-13 DPtV CAMPUS



**16.3.2017, Hamburg**

**Berufsausübungsgemeinschaft**

Sabine Schäfer, Christina Seimetz

17-14 DPtV CAMPUS

**17.–19.3.2017, Meiringen/Schw.**

122. Verhaltenstherapiewoche

**Eröffnungsveranstaltung: Neue Entwicklungen in der Psychotherapie**

IFT-Gesundheitsförderung

[lizon@ift-gesundheit.de](mailto:lizon@ift-gesundheit.de)



**17.3.2017, Düsseldorf**

**Praktische Umsetzung der neuen Psychotherapie-Richtlinie und der neuen Befugnisse**

Dieter Best

17-15 DPtV CAMPUS



**18.3.2017, Bielefeld**

**Mentalisieren im therapeutischen Alltag**

Cornelia Gees

17-16 DPtV CAMPUS



**24.3.2017, Mannheim**

**Psychodynamisch imaginative Traumatherapie mit Kindern (PITT-KID)**

Silvia Höfer

17-17 DPtV CAMPUS



**25.3.2017, Dortmund**

**Mediensucht**

Annette Teske

17-18 DPtV CAMPUS



**29.3.2017, Berlin**

**Praktische Umsetzung der neuen Psychotherapie-Richtlinie und der neuen Befugnisse**

Dieter Best

17-19 DPtV CAMPUS



**30.3.2017, Erfurt**

**Praktische Umsetzung der neuen Psychotherapie-Richtlinie und der neuen Befugnisse**

Dieter Best

17-20 DPtV CAMPUS

Anmeldungen zu DPtV-CAMPUS Veranstaltungen per Online-Formular unter [www.dptv-campus.de](http://www.dptv-campus.de) per Fax 030 23 50 09 44 per Post DPtV CAMPUS Am Karlsbad 15 10785 Berlin



Holger Kirsch, Josef Brockmann,  
Svenja Taubner  
**Praxis des Mentalisierens**  
2016, Klett-Cotta  
295 Seiten, broschiert  
ISBN 978-3-608-94940-7  
27,95 € (Print)  
21,99 € (E-Book)

Rezensiert von Aileen Dörries

Mit ihrem Buch „Praxis des Mentalisierens“ greifen die Autoren das inzwischen entwicklungspsychologisch und klinisch erfolgreich etablierte Konzept des Mentalisierens auf und stellen es in direkten Kontext mit Psychotherapie und psychotherapeutischen Interventionen.

Der renommierte Autor, Psychotherapeut und Forscher Prof. Anthony W. Bateman, führt mit einem kurzen Vorwort in die Thematik ein und stellt Mentalisieren als eine komplexe, mehrdimensionale, interaktionell erworbene menschliche Fähigkeit dar, mentale Zustände wie Gedanken, Gefühle und Absichten im eigenen Selbst und im Anderen wahrzunehmen, zu verstehen und zu differenzieren. Er betont, dass diese kognitiv-emotionale Leistung im Wesentlichen von der Qualität der frühen Bindungserfahrungen abhängt. Hier werden zunächst zentrale und zum besseren Verständnis des Mentali-

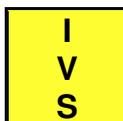
sierungskonzeptes relevante entwicklungspsychologische Grundlagen zusammengefasst, um es dem Leser zu ermöglichen, die Fähigkeit zum Mentalisieren als eine Entwicklungsleistung zu verstehen, die schrittweise und über verschiedene Modi erworben wird.

Das Mentalisierungskonzept gilt als ein „Brückenkonzept“, da es über seine psychodynamische Ausrichtung hinaus Überschneidungen mit einigen anderen Therapiemodellen aufweist, wie z.B. der Systemischen Therapie, der Klientenzentrierten Therapie oder der Dialektisch Behavioralen Therapie. Die Autoren formulieren hierzu, „dass das Mentalisieren (...) der grundlegende gemeinsame Faktor psychotherapeutischer Behandlungen ist und infolgedessen jeder, der auf dem Sektor der psychischen Gesundheitsversorgung arbeitet, von einem gründlichen Verständnis des Mentalisierens und einiger seiner

klinischen Anwendungsmöglichkeiten profitieren wird.“ Die verschiedenen Anwendungsbereiche, unterschieden nach ambulantem und stationärem Setting, werden von den Autoren im Folgenden ausführlich dargestellt. Sie geben einen ersten Einblick in wesentliche behandlungstechnische Aspekte, ergänzen die Theorie schließlich um anschauliche Falldarstellungen und nehmen hierbei sowohl Bezug auf die Psychotherapie bei erwachsenen Klienten als auch auf den Bereich der Therapie im Kindes- und Jugendalter.

Dem vorliegenden Buch ist eine weite Verbreitung zu wünschen – aus meiner Sicht ist es informativ und verständlich gestaltet, gut lesbar und richtet sich sowohl an angehende Psychotherapeuten als auch an jene, die bereits über langjährige Berufspraxis verfügen und ihre eigenen Kenntnisse erweitern möchten.

Bayerische Gesellschaft für Verhaltenstherapie,  
Verhaltensmedizin und Sexuologie e.V.  
Nettelbeckstr. 14, 90491 Nürnberg  
[www.ivs-nuernberg.de](http://www.ivs-nuernberg.de)



Institut für Verhaltenstherapie  
Verhaltensmedizin und  
Sexuologie  
- staatlich anerkannt -

zertifiziert n. ISO 9001:2008

## Fort- und Weiterbildungen (mit Fortbildungspunkten d. PtK-BY bzw. BLÄK):

 **Neu!**

- **Gerichtsgutachter/in – Forensische/r Sachverständige/r** Seminare f. d. Fortbildungscurriculum n. d. Richtlinien der Psychotherapeutenkammern (Familien-, Sozial-, Zivil-, Straf- u. Verwaltungsrecht sowie Glaubhaftigkeit), nächste Termine: f. d. Modul Glaubhaftigkeit: **Dr. phil. Sandra Loohs „Aussagetüchtigkeit und Aussagezuverlässigkeit“** 4./5. Februar 2017 f. d. Modul Strafrecht: **DP Christoph Schmitt u. DP Marcus Müller „Maßregelvollzug - Risikoeinschätzung“** 21./22. Jan. 2017 f. d. Modul Familienrecht: **Dr. phil. Jörg Fichtner „Lösungsorient. Begutachtung nach § 163 Abs. 2 FamFG“** 11./12. März 2017 für das Grundlagenmodul: **Richter Dr. Henry Eckardt „Die psychologisch. Begutachtung i. familiengerichtl. Verfahren“** 28. Jan. 2017, ebenso: **Richter Patrick Junold „Der Sachverständige i. Strafverfahren aus juristischer Sicht“** 11./12. Febr. 2017
- **EMDR-Zusatzqualifikation:** 25./26. März 2017 EMDR Grundkurs (**Dr. DP Georg Pieper**); 16. Oktober 2017 Trainingsseminar zur Praxis des EMDR (**DP Gertrud Skoupy**)
- **Ergänzungsqualifikation VT bei Kindern und Jugendlichen:** Ergänzungsqualifikation zur fachlichen Befähigung der Abrechnung von Kinder- und Jugendlichen-Verhaltenstherapie nach den Ziffern 870 - 884 EBM (200 WE in 12 Blöcken), Beginn: 28. Januar 2017
- **Sexualtherapie / Sexualmedizin** (134 FE in 8 Blöcken), Beginn d. nächsten Fortbildungscurriculums: 27./28. Mai 2017 Einführ. i. d. Diagnostik: Sexualanamnese (**Dr. Sandra Poppek**)
- **Klinische Hypnose (KliHyp)** Fortbildungscurriculum der MEG-Regionalstelle Nürnberg/Fürth (128 FE in 8 Blöcken) **Dipl.-Psych. Maria Schnell: B2 – „Rapport: Verbale und nonverbale Kommunikation“** 28./29. Januar 2017 Termine für weitere Seminare finden Sie auf unserer Homepage.  
**Hypnotherapie – Anwendungsseminar (C-Seminar):**  
**Dr. Dipl.-Psych. Cornelia Schweizer: „Hypnotherapeutische Konzepte in der Depressionsbehandlung“** 2./3. Februar 2018
- **Hypnotherapeutische u. systemische Konzepte für die Arbeit mit Kindern u. Jugendlichen (KiHyp)**  
**Dr. Burkhard Peter: B1/KE – „Einführung in die Hypnose - KliHyp und KiHyp“** am 17./18. November 2017

Alle Seminare auf der IVS-Homepage einzeln und online buchbar

**Kontakt und Infos:** Psychotherapeutische Ambulanz des IVS, Nürnberger Str. 22, 90762 Fürth  
Tel.: 0911-950991-13 • Fax: 0911-950991-23 • [info@ivs-nuernberg.de](mailto:info@ivs-nuernberg.de) • [www.ivs-nuernberg.de](http://www.ivs-nuernberg.de)

# VERBANDSINTERN

## Adressen DPtV

### Bundesgeschäftsstelle

Am Karlsbad 15  
10785 Berlin  
Telefon 030 235009-0  
Bundesgeschäftsführer Carsten Frege

Berufsbezogene Mitgliederberatung  
Telefon 030 235009-40  
Mo u. Fr 10.00–13.00 Uhr  
Mi 11.00–15.00 Uhr  
bgst@dptv.de

### Bundesvorstand

Bundesvorsitzende  
Barbara Lubisch  
Schmiedstraße 1  
52062 Aachen  
BarbaraLubisch@dptv.de

Stellv. Bundesvorsitzende

Gebhard Hentschel  
Neubrückenstraße 60  
48143 Münster  
GebhardHentschel@dptv.de

Dr. Enno E. Maaß  
Klusforder Straße 3  
26409 Wittmund  
EnnoMaass@dptv.de

Michael Ruh  
Steinweg 11  
35066 Frankenberg  
michaelruh@dptv.de

Sabine Schäfer  
Tobelwasenweg 10  
73235 Weilheim  
SabineSchaefer@dptv.de

Kerstin Sude  
Isestraße 41  
20144 Hamburg  
KerstinSude@dptv.de

### Vorstand der Delegierten- versammlung

Dr. Peter Schuster (Vorsitzender)  
Ilka Heunemann (Stellv. Vorsitzende)

### Ansprechpartner/Landesvorsitzende in den Bundesländern

**Baden-Württemberg**  
Dr. Alessandro Cavicchioli  
Mitarbeiterin: Sabine Abele  
Zollhüttengasse 18  
74523 Schwäbisch Hall  
Telefon 0791 94016973  
gs-bw@dptv.de  
Mo u. Di 13.00–17.00 Uhr

**Bayern**  
Rudolf Bittner  
Innere Münchener Str. 8  
84036 Landshut  
Telefon 0871 45018  
rudi-bittner@t-online.de

**Berlin**  
Georg Schmitt  
Pfarstr. 123  
10317 Berlin  
Telefon 030 55153363  
praxispartner@gmx.de

Landesgeschäftsstelle Berlin  
Mitarbeiter: Jonas Pietsch  
Am Karlsbad 15  
10785 Berlin  
Telefon 030 23500934  
Mi 13.30–15.30 Uhr  
gst-berlin@dptv.de

**Brandenburg**  
Hartmut Uhl  
Benzstraße 8/9  
14482 Potsdam  
Telefon 0331 7481478  
HU0331@aol.com

**Bremen**  
Amelie Thobaben  
Friedrich-Ebert-Straße 124  
28201 Bremen  
Telefon 0421 4334329  
amelie-thobaben@dptv.de

**Hamburg**  
Heike Peper  
Max-Brauer-Allee 45  
22765 Hamburg  
Telefon 040 41912821  
Heike.Peper@web.de  
Do 13.00–14.00 Uhr

**Hessen**  
Else Döring  
Sophienstraße 29  
60487 Frankfurt  
Telefon 069 515351

Landesgeschäftsstelle Hessen  
c/o Michael Ruh  
Mitarbeiterin: Sabine Kringe  
Steinweg 11  
35066 Frankenberg  
Telefon 06451 718557  
hessen@dptv.de  
Mo–Fr 9.00–12.00 Uhr

**Mecklenburg-Vorpommern**  
Karen Franz  
Rudolf-Breitscheid-Straße 7  
23936 Grevesmühlen  
Telefon 03881 79050  
info@dptv-mv.de

**Niedersachsen**  
Felicitas Michaelis  
Mitarbeiterin: Kerstin Bemboom-Krull  
Tannenstraße 12  
48488 Emsbüren  
Telefon 05903 9359299  
gs-niedersachsen@dptv.de

**Nordrhein-Westfalen  
Nordrhein**  
Andreas Pichler  
Alte Poststraße 9  
53639 Königswinter  
Telefon 02244 874653  
a.pichler@praxispichler.de  
Di–Fr 12.00–12.30 Uhr

Landesgeschäftsstelle Nordrhein  
Olaf Wollenberg  
Mitarbeiterin: Andrea Nass  
Oulustraße 12  
51375 Leverkusen  
Telefon 0214 90982370  
Mi 13.00–16.00 Uhr  
Fr 9.00–13.00 Uhr  
gs-nordrhein@dptv.de

**Westfalen-Lippe**  
Manfred Radau  
Marktallee 45  
48165 Münster  
Telefon 02501 441164  
praxis@manfred-radau.de

Landesgeschäftsstelle Westfalen-Lippe  
Dr. Inez Freund-Braier  
Mitarbeiterin: Stephanie Mester  
Bahnhofstraße 6  
58642 Iserlohn  
Telefon 02374 9247414  
Mo u. Mi 9.00–12.00 Uhr  
gs-westfalen-lippe@dptv.de

**Rheinland-Pfalz**  
Peter Andreas Staub  
Bahnhofstraße 65  
67251 Freinsheim  
Telefon 06353 5080573  
Mo–Fr 12.00–13.00 Uhr  
info@dptv-rlp.de

**Saarland**  
Bernhard Petersen  
Bahnhofstraße 41  
66111 Saarbrücken  
Telefon 0681 9385045  
Bernhard.Petersen@t-online.de

**Sachsen**  
Dr. Peter Schuster  
Alaunstraße 71B  
01099 Dresden  
Telefon 0351 3125005  
schuster@dpap.de

Landesgeschäftsstelle Sachsen  
c/o Angela Gröber  
Bahnhofstraße 6  
01640 Coswig  
Telefon 03523 5363136  
vorstand@sachsen.dptv.de

**Sachsen-Anhalt**  
Christiane Dittmann  
Bahnhofstraße 32  
39638 Gardelegen  
Telefon 03907 739369  
christianedittmann@hotmail.com

Die Landesgeschäftsstelle ist über die  
Bundesgeschäftsstelle (Kontaktdaten s.o.)  
zu erreichen.

**Schleswig-Holstein**  
Heiko Borchers  
Vinetaplatz 5  
24143 Kiel  
Telefon 0431 731760  
heiko.borchers@dptv.de

**Thüringen**  
Christiane Rottmayer  
Schöne Aussicht 12  
98617 Meiningen  
Telefon 03693 9300045  
Rottmayer-Meiningen@t-online.de

## Impressum

Die Zeitschrift „Psychotherapie Aktuell“ hat sich zum Ziel gesetzt, die Anliegen der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in den Mittelpunkt zu stellen. Sie widmet sich regelmäßig aktuellen gesundheitspolitischen und juristischen Themen und gibt praktische Hilfestellung für den Praxisalltag. Sie ist Verbandszeitschrift der Deutschen Psychotherapeutenvereinigung (DPtV) e.V. Die Zeitschrift „Psychotherapie Aktuell“ erscheint i. d. R. viermal jährlich. Sonderausgaben sind möglich. Für Mitglieder der Deutschen Psychotherapeutenvereinigung ist der Bezugspreis durch den Mitgliedsbeitrag abgegolten.

**Verlag und Herausgeber**  
Deutsche Psychotherapeutenvereinigung  
Am Karlsbad 15 · 10785 Berlin  
Telefon 030 2350090 · Fax 030 23500944  
E-Mail bgst@dptv.de · Internet www.dptv.de

**Verantwortliche Schriftleitung**  
Sabine Schäfer (v.i.S.d.P.)  
Tobelwasenweg 10 · 73235 Weilheim/Teck  
Telefon 07023 749147 · Fax 07023 749146  
E-Mail SabineSchaefer@dptv.de

**Kontaktschrift der Redaktion**  
Regine Holtz  
Dohlenstraße 36 · 46145 Oberhausen  
Telefon 0208 6282701  
E-Mail psychotherapieaktuell@dptv.de

**Anzeigen**  
medhochzwei Verlag  
Alte Eppelheimer Straße 42/1  
69115 Heidelberg  
Sabine Hornig · Telefon 06221 91496-15  
Lena Neusser · Telefon 06221 91496-17  
Fax 06221 91496-20

**Redaktionsbeirat**  
Sabine Schäfer, Carsten Frege,  
Dr. Enno E. Maaß, Mechthild Lahme,  
Dr. Cornelia Rabe-Menssen

Für unverlangt eingesandte Manuskripte und Fotos wird keine Haftung übernommen. Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen Beiträge und Abbildungen sowie die Darstellung der Ideen sind urheberrechtlich geschützt. Alle Angaben erfolgen nach bestem Wissen, aber ohne Gewähr. Mit Ausnahme der gesetzlich zugelassenen Fälle ist eine Verwertung, auch in Auszügen, ohne schriftliche Einwilligung des Verlages unzulässig. Nachdruck, Aufnahme in Online-Dienste und Internet sowie Vervielfältigung, Einspeicherung oder Verarbeitung der auch in elektronischer Form erscheinenden Beiträge in Datensysteme nur nach vorheriger schriftlicher Zustimmung des Verlages. Alle Rechte, auch das der Übersetzung, bleiben vorbehalten.

**Bildnachweis**  
Holger Gross, privat

**Hinweise für Autoren**  
Ein Informationsblatt zur Manuskriptgestaltung ist über die Kontaktanschrift der Redaktion (s.o.) erhältlich.

**Layout/Satz**  
schnugmedia+))  
visuelle Kommunikation · Oberhausen  
www.schnugmedia.de

**Druck**  
Brandt GmbH  
Rathausgasse 13 · 53113 Bonn

ISSN 1869-0335

**Praxisabgabe**

Nachfolger\_in für halbe Praxis (VT) in **Witten** (EN-Ruhr-Kreis) zum 1.4.2017 gesucht. KV-Zulassung vorhanden.

Chiffre PTA20160402

**Halbe Praxis PP/TP in Mönchengladbach-Rheydt** zeitnah abzugeben. **KV-Zulassung vorhanden.** Praxisgemeinschaft: VT, TP, KJP. guenter.rexilius@t-online.de  
Telefon 02166 1239074 oder 0172 2449356.

Nachfolger/in für halben Praxisstz (VT/TP) in **Hanau/Main-Kinzig-Kreis** zum 1.7.2017 gesucht. KV-Zulassung vorhanden.

Chiffre PTA20160401

**Praxisgesuch**

Psycholog. Psychotherapeutin mit KV-Zulassung sucht Raum in einer **Praxengemeinschaft in HH** zum 1.6.17, gerne Eimsbüttel o. Umgebung  
b.broscheit@t-online.de

**Stellenangebote**

Psychol. Psychotherapeut(in) für gutgehende Praxisgemeinschaft in **Witten-Mitte** zur Festanstellung gesucht.  
[www.aeon-psychotherapie.de](http://www.aeon-psychotherapie.de)  
[praxis@aeon-psychotherapie.de](mailto:praxis@aeon-psychotherapie.de)

**Landau/Pfalz:**  
Entlastungsassistent ab Januar 2017 zu besten Konditionen im Umfang von bis zu einer halben Stelle als Psychologische/r Psychotherapeut/in, Fachrichtung VT. Kontaktaufnahme unter [luise.delwo@web.de](mailto:luise.delwo@web.de)  
Die Stelle ist längerfristig ausgelegt und umwandelbar in eine Anstellung mit Option auf hälftigen Praxisstz.

**Kollege/Kollegin gesucht**

In unserer Psychotherapeutischen Praxisgemeinschaft in Hildesheim suchen wir Kontakt zu jungen Kollegen, die stundenweise, angestellt, in Teilzeit oder ggf. längerfristig auch als Praxispartner mit Kassensitz bei uns einsteigen möchten. Supervision wird angeboten. Voraussetzungen: Approbation, Verhaltenstherapeutische Ausbildung.

Kontakt:  
[info@sabinevonhinueber.de](mailto:info@sabinevonhinueber.de)

Entlastungsassistent/Jobsharing – Bonn: **Kleines Zubrot verdienen?** Ich suche für meinen 1/2 Praxisstz (VT) eine(n) Kollegen/in (app. PP mit Fachkunde VT) für ca. 8–10 Std. vormittags (8–13 Uhr/Mo.-Fr.) ab 1.4.2017 oder früher. E-Mail: [praxisfrei50pro@gmx.de](mailto:praxisfrei50pro@gmx.de)

**Verschiedenes**

Zuverlässige, kompetente und qualifizierte **Supervision bei VT-Antragstellung** von Dipl.-Psychologin  
Telefon 02234 94 91 70  
E-Mail: [ju\\_bender@t-online.de](mailto:ju_bender@t-online.de)

**PSYCHOLOG.+ THERAPEUT. GEHEIMWISSEN** nur im Selbsttherapiebuch „Das Geheimnis heilsamer Kommunikation“ + „Heilweise ELI“ Leseproben:  
[www.HarmonyBalance.de](http://www.HarmonyBalance.de)  
[www.MagSt.info](http://www.MagSt.info) T. 08026 8747

**FOCUSING** (nach E. T. Gendlin): akkreditierter Tagesworkshop (10 Punkte) am 18. März 2017, Raum Heidelberg/Mannheim. Neue Ausbildungsgruppe ab Mai 2017. Leitung: Dipl.-Psych. Hans Neidhardt. Info und Anmeldung: [www.hans-neidhardt.de](http://www.hans-neidhardt.de)

**Anzeigenschluss für Heft 1.2017: 6.2.2017**

**Inserentenverzeichnis**

Deutscher Psychologen Verlag GmbH, Berlin .....Seite 25  
DKV Deutsche Krankenversicherung AG, Köln.....Seite 57  
Hogrefe Verlag GmbH & Co.KG, Göttingen ..... Umschlagseite 4  
IFT Gesundheitsförderung GmbH, München .....Seite 37  
IVS Institut für Verhaltenstherapie,  
Verhaltensmedizin und Sexuologie, Fürth .....Seite 63  
Kanzlei Meisterernst/Düsing/Manstetten, Münster .....Seite 55  
Manfred Vogt Spielverlag, Bremen .....Seite 4  
Pluswert e.K., Münster .....Seite 29

Einer Teil- oder der Gesamtauflage sind Beilagen folgender Institutionen beigelegt:  
IAG Internationale Arbeitsgemeinschaft für Gruppenanalyse, Bonn  
Psychotherapeutische Fachpraxis Dipl.-Psych. Claudia Weinspach, Münster

*Wir wünschen allen  
Leserinnen und Lesern  
erholsame Feiertage  
und ein gutes neues Jahr.*

**Anzeigen**

medhochzwei Verlag  
 Alte Eppelheimer Straße 42/1  
 69115 Heidelberg  
 Sabine Hornig  
 Telefon 06221 91496-15  
 Lena Neusser  
 Telefon 06221 91496-17  
 anzeigen@psychotherapieaktuell.de

Die Mediadaten unserer Zeitschrift  
 finden Sie unter [www.psychotherapieaktuell.de](http://www.psychotherapieaktuell.de).

Für ein individuelles Angebot  
 nehmen Sie gerne Kontakt zu  
 unserer Anzeigenabteilung auf.

Chiffre-Zuschriften richten Sie  
 bitte in einem zweiten  
 verschlossenen Umschlag an:  
 medhochzwei Verlag  
 Frau Sabine Hornig  
 Chiffre PA .....  
 Alte Eppelheimer Straße 42/1  
 69115 Heidelberg

**Liebe DPtV-Mitglieder**, bitte geben Sie Ihre Anzeige über unser  
 Portal [www.medhochzwei-verlag.de](http://www.medhochzwei-verlag.de) oder direkt unter [www.mhz-anzeigen.de](http://www.mhz-anzeigen.de) ein. Für Aufträge, die nicht über ein Portal gehen, müssen  
 wir 15,00 € Bearbeitungskosten in Rechnung stellen. Kleinanzeigen  
 können wie gewohnt auch im Bundesmitgliederbrief der DPtV er-  
 scheinen. Hierzu kontaktieren Sie bitte die DPtV ([bgst@dptv.de](mailto:bgst@dptv.de)).

*Ihr Anzeigenteam des medhochzwei Verlages*

**Hinweis an unsere Anzeigenkunden  
 zum Praxiskauf/-verkauf**

Der sogenannte KV-Sitz ist eine vom regionalen Zulassungsaus-  
 schuss erteilte Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung. Diese  
 Zulassung ist kein Besitz und kann weder verkauft, noch abgege-  
 ben, noch gekauft werden. Alle frei werdenden KV-Sitze werden  
 von den KVen bekannt gemacht. Es wird häufig jenem Bewerber  
 die Abrechnungsgenehmigung erteilt, der eine Absprache hat mit  
 demjenigen, der den Sitz aufgibt, d. h. zurückgibt. Das muss aber  
 nicht sein und es gibt keinen Rechtsanspruch.

**Bitte verwenden Sie daher folgende Formulierungen, wenn  
 Sie eine Praxis kaufen oder verkaufen möchten:**

- Praxis zu verkaufen, KV-Zulassung vorhanden
- Praxisanteil zu verkaufen, KV-Teilzulassung vorhanden
- Praxis zu kaufen gesucht, KV-Zulassung erwünscht
- Praxisanteil zu kaufen gesucht, KV-Teilzulassung erwünscht.

Mit diesen Formulierungen sind alle relevanten Optionen abge-  
 deckt und es wird allen Formalien entsprochen. Wir erlauben uns,  
 Ihre Anzeige ohne Rücksprache entsprechend anzupassen. Welche  
 weiteren Beschreibungen der Praxis Sie hinzufügen, ist selbstver-  
 ständlich Ihnen anheimgestellt.

*Ihr Anzeigenteam des medhochzwei Verlages*

**Kleinanzeigenpreise 2017**

Pro Millimeter: 2,50 € · Mindesthöhe: 20 mm

Die nächste Ausgabe von  
**Psychotherapie Aktuell**  
 erscheint am 10. März 2017.



**DPtV Deutsche  
 Psychotherapeuten  
 Vereinigung**

## Privat Versicherte in der psychotherapeutischen Praxis

Etwa 11 % der Bevölkerung sind in einer privaten Krankenversicherung versichert,  
 dabei gibt es die Wahl zwischen mehr als 47 privaten Versicherungen mit  
 verschiedenen Tarifbedingungen.

Alle Privaten Krankenversicherungen erstatten die Ausgaben für eine ambulante  
 psychotherapeutische und neuropsychologische Behandlung. In dieser Broschüre  
 sind die wesentlichen Bedingungen und der Leistungsumfang der großen Privaten  
 Krankenversicherungen sowie die Basisversicherung und die Sondertarife für  
 Studenten zusammengestellt. Erläutert werden auch die Beihilfeverordnung für  
 die Psychotherapie und die Bedingungen der „sonstigen Kostenträger“, wie Berufs-  
 genossenschaften, Bundespolizei, Post- oder Bundesbahnbeamtenversicherungen.  
 Sie erhalten viele praktische Tipps zur Abrechnung, Rechnungslegung und Mahnung  
 der fälligen Privatrechnung. Komplementiert wird die Broschüre durch den Abdruck  
 der GOP und der Gebühren der gesetzlichen Unfallversicherungsträger.

Broschüre im Din A4-Format, 77 Seiten, Preis: 15 Euro (30 Euro für Nicht-Mitglieder),  
 Bestellung per Mail: [bgst@dptv.de](mailto:bgst@dptv.de), Fax 030/235 009 44 oder auf [www.bgst.de](http://www.bgst.de).



**Neu!**

**Psychotherapie in der Privaten  
 Krankenversicherung (PKV)**  
 Informationen und Arbeitshilfen

[www.dptv.de](http://www.dptv.de)



**Impressionen vom Festabend „10 Jahre DPTV“**





Tobias Teismann/Christoph Koban/  
Franciska Illes/Angela Oermann

### **Psychotherapie suizidaler Patienten**

Therapeutischer Umgang  
mit Suizidgedanken,  
Suizidversuchen und Suiziden

(Reihe: „Therapeutische Praxis“). 2016, 206 Seiten,  
Großformat, € 39,95/CHF 48.50  
ISBN 978-3-8017-2584-6  
Auch als eBook erhältlich

Das Buch informiert über Methoden der Risikoabschätzung, Krisenintervention und Psychotherapie bei suizidalen Erwachsenen, Kindern, Jugendlichen und alten Menschen.



Lars Auszra/Imke Herrmann/  
Leslie S. Greenberg

### **Emotionsfokussierte Therapie**

Ein Praxismanual

2016, 358 Seiten,  
€ 36,95/CHF 45.90  
ISBN 978-3-8017-2425-2  
Auch als eBook erhältlich

Dieser Band gibt eine fundierte und praxisnahe Einführung in die Emotionsfokussierte Therapie. Zahlreiche Beispiele und Transkripte authentischer Therapiesitzungen veranschaulichen das Vorgehen.



Christian Stiglmayr/Hans Gunia

### **Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT) zur Behandlung der Borderline- Persönlichkeitsstörung**

Ein Manual für die ambulante Therapie

(Reihe: „Therapeutische Praxis“). 2017, 165 Seiten,  
Großformat, inkl. CD-ROM, € 49,95/CHF 65.00  
ISBN 978-3-8017-2424-5  
Auch als eBook erhältlich

Das Manual liefert eine praxisorientierte Darstellung der Dialektisch-Behavioralen Therapie (DBT) zur Behandlung der Borderline-Persönlichkeitsstörung.



Neele Reiss/Friederike Vogel/  
Claudia Knörnschild

### **Schematherapie bei Patienten mit aggressivem Verhalten**

Ein Therapieleitfaden

(Reihe: „Therapeutische Praxis“). 2016, 181 Seiten,  
Großformat, inkl. CD-ROM, € 39,95/CHF 48.50  
ISBN 978-3-8017-2622-5  
Auch als eBook erhältlich

Der Band liefert eine praxisorientierte Beschreibung der schematherapeutischen Arbeit mit Patienten mit aggressiven Verhaltensmustern.



### **Mitgefühl fokussierte Interventionen in der Psychotherapie**

2016, VIII/152 Seiten,  
inkl. CD-ROM, € 26,95/CHF 35.90  
ISBN 978-3-8017-2671-3  
Auch als eBook erhältlich

Das Buch stellt Interventionen zur Steigerung von Mitgefühl in der psychotherapeutischen Praxis vor.



Rainer Sachse/Meike Sachse/  
Jana Fasbender

### **Grundlagen Klärungsorientierter Psychotherapie**

2016, 171 Seiten,  
€ 24,95/CHF 32.50  
ISBN 978-3-8017-2789-5  
Auch als eBook erhältlich

Das Buch stellt die grundlegenden Prinzipien, Vorgehensweise und Strategien der Klärungsorientierten Psychotherapie dar.