

UDO BOESSMANN

ARNO REMMERS

DOWNLOAD-BEREICH

# PRAKTISCHER LEITFADEN DER TIEFENPSYCHOLOGISCH FUNDIERTEN RICHTLINIENTHERAPIE

WISSENSCHAFTLICHE GRUNDLAGEN

PSYCHODYNAMISCHE GRUNDBEGRIFFE

DIAGNOSTIK UND THERAPIETECHNIKEN

AKTUALISIERTE  
AUFLAGE

2020

MIT BEITRÄGEN VON  
THOMAS GRUYTERS, HAMID PESECHKIAN,  
HELMUT RÖTHKE UND SARA SCHNEIDER

# Inhalt

<b>Das Wichtigste aus den neuesten Psychotherapie-Richtlinien und dem Faber-Haarstrick-Kommentar</b> .....	<b>4</b>
§ 1 Psychotherapie als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ..	4
§ 2 Seelische Krankheit. ....	4
§ 3 Ätiologische Orientierung der Psychotherapie .....	5
§ 4 Übergreifende Merkmale von Psychotherapie. ....	7
§§ 5, 6 Definition Psychotherapieverfahren und -methoden .....	7
§ 9 Einbeziehung des sozialen Umfeldes .....	7
§ 10 Verbindung von Diagnostik und Therapie .....	8
§ 14 Psychoanalytisch begründete Verfahren .....	8
§ 16 Kombination von psychoanalytisch begründeten Verfahren und Verhaltenstherapie. ....	15
§ 18 Systemische Therapie .....	15
§ 19 Kombination von Psychotherapieverfahren .....	17
§ 21 Anwendungsformen .....	17
§ 22 Kombination von Anwendungsformen .....	17
§ 23 Behandlungsfrequenz .....	18
§ 27 Indikationen zur Anwendung von Psychotherapie. ....	18
§ 28 Behandlungsumfang und -begrenzung .....	21
§ 29 Therapieansätze in den Verfahren nach § 15 .....	21
§ 30 Bewilligungsschritte für die Verfahren gemäß § 15 .....	24
§ 32 Konsiliarverfahren und Qualifikation der den Konsiliarbericht abgebenden Ärztinnen und Ärzte .....	25
§ 33 Anzeigeverfahren .....	26
§ 34 Antragsverfahren .....	26
§ 35 Gutachterverfahren .....	28
§ 38 Schriftliche Dokumentation .....	29
Anlage .....	29

<b>Auszug aus der Stellungnahme des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie zur psychodynamischen Psychotherapie (PP) bei Erwachsenen .....</b>	<b>31</b>
<b>Ausführliche Darstellung der Neurosendispositionen .....</b>	<b>33</b>
1. Die altruistisch-depressive Neurosendisposition .....	33
2. Die abhängige oder dependente Neurosendisposition .....	34
3. Die ängstliche oder vermeidend-selbstunsichere Neurosendisposition .....	35
4. Die zwanghafte (anankastische) Neurosendisposition .....	36
5. Die histrionische oder hysterische Neurosendisposition .....	38
6. Die emotional instabile Neurosendisposition .....	39
7. Die paranoide Neurosendisposition .....	41
8. Die narzisstische Neurosendisposition .....	42
9. Die passiv-aggressive oder negativistische Neurosendisposition .....	43
10. Die pseudounabhängige Neurosendisposition .....	44
<b>Übersicht zu Neurosendispositionen/Persönlichkeitsstilen .....</b>	<b>45</b>
<b>Links zu den Fragebögen .....</b>	<b>47</b>
<b>Achtsamkeit in der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie (TP) .....</b>	<b>48</b>
1. Der Begriff „Achtsamkeit“ – eine pluralistische Konzeption .....	48
2. Bezug der Achtsamkeitspraxis zur Psychotherapie .....	49
3. Achtsamkeit als Reifung struktureller Fähigkeiten .....	50
4. Achtsamkeit als „Mittel zum Zweck“ bei konfliktzentriertem Vorgehen .....	52
5. Einige Beispiele für Achtsamkeitsübungen .....	53
<b>Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) zum Umgang mit Religiosität und Spiritualität (R/S) in Psychiatrie und Psychotherapie .....</b>	<b>57</b>
Zum aktuellen Forschungsstand .....	58
Konkrete Empfehlungen der DGPPN .....	59

# Das Wichtigste aus den neuesten Psychotherapie-Richtlinien<sup>1</sup> und dem Faber-Haarstrick-Kommentar<sup>2</sup>

## § 1 Psychotherapie als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)

ist nur möglich, soweit und solange eine seelische Krankheit vorliegt und die Psychotherapie dazu dient, eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern.

## § 2 Seelische Krankheit

kann sein: *Störung der Wahrnehmung, des Verhaltens, der Erlebnisverarbeitung, der sozialen Beziehungen und der Körperfunktionen mit Einschränkung oder Verlust der willentlichen Steuerung.*

Krankhafte Störungen können durch seelische oder körperliche Faktoren verursacht werden; sie werden in seelischen und körperlichen Symptomen und in krankhaften Verhaltensweisen erkennbar, denen aktuelle Krisen seelischen Geschehens, aber auch pathologische Veränderungen seelischer Strukturen zugrunde liegen können. *Seelische Strukturen sind die anlagemäßig disponierenden und lebensgeschichtlich erworbenen Grundlagen seelischen Geschehens*, das direkt beobachtbar oder indirekt erschließbar ist. Auch *Beziehungsstörungen* können Ausdruck von Krankheit sein; sie sind *für sich allein nicht schon Krankheit*, sondern nur dann, wenn ihre ursächliche Verknüpfung mit einer krankhaften Veränderung des seelischen oder körperlichen Zustandes nachgewiesen wurde.

---

1 „Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie“, in der Fassung vom 19. Februar 2009 und zuletzt geändert am 18. April 2013. Der teilweise sperrige Originaltext wurde zum großen Teil umformuliert, um die Verständlichkeit zu verbessern.

2 Rüger, U., Dahm, A., Dieckmann, M. & Neher, M. (2014). Faber/Haarstrick – Kommentar Psychotherapie-Richtlinie (10. Auflage). München: Urban & Fischer.

Der **Kommentar** ergänzt auf Seite 17: Seelische Krankheit ist grundsätzlich von ihrer Symptomatik zu unterscheiden. Das Symptom ist nicht schon die Krankheit. Seelische Krankheit kann sowohl seelische und körperliche Ursachen als auch seelische und körperliche Symptome haben.

Seite 18: Nicht alle Lebensprobleme (z. B. Berufs-, Erziehungs- und Sexualprobleme) und psychischen Konflikte sind als seelische Krankheit aufzufassen. Insbesondere Beziehungsstörungen können nur dann als seelische Krankheit gelten, wenn sie (seelische und/oder körperliche) Krankheitserscheinungen verursachen.

### § 3 Ätiologische Orientierung der Psychotherapie

Das Krankheitsgeschehen muss als ein *ursächlich* bestimmter Prozess verstanden werden, der mit wissenschaftlich begründeten Methoden untersucht und in einem *Theoriesystem* mit einer *Krankheitslehre* definitorisch erfasst ist. Die Theoriesysteme müssen seelische und körperliche Symptome als Ausdruck des Krankheitsgeschehens eines *ganzheitlich gesehenen Menschen* wahrnehmen und berücksichtigen. Sie müssen den *gegenwärtigen, lebensgeschichtlichen und gesellschaftlichen Faktoren* in ihrer Bedeutung für das Krankheitsgeschehen gerecht werden.

Der **Kommentar** ergänzt auf Seite 19: Generell müssen bei der Genese von seelischen Störungen Kausalzusammenhänge erkannt werden. Hinweise auf belastende biografische Gegebenheiten in der Anamnese des Patienten oder auf seine Symptomatik allein genügen nicht. Beispielsweise weisen schicksalhafte Ereignisse, biografische Schwellensituationen, Fehlverhalten des sozialen Umfelds, Auseinandersetzungen am Arbeitsplatz, Belastungen durch Organminderwertigkeiten oder frühkindliche Traumatisierungen in der Biografie eines Patienten nicht allein schon durch ihr Vorhandensein die psychische Ätiologie einer neurotischen Störung nach.

Seite 20–21: Unzulänglichkeiten der ätiologischen Betrachtungsweise zeigen sich in vielen Berichten an den Gutachter, in denen fast ausschließlich lebensgeschichtliche Daten vorgestellt werden und die Symptomatik auf erfragte Schilderungen infantilen Erlebens zurückgeführt wird. Es reicht aber nicht, die Symptome einfach nur auf eine Fülle belastender biografischer Daten zurückzuführen und die genetische Vorgeschichte der individuellen Vorgeschichte minutiös bis zu den Anfängen

des Ich des Patienten zu rekonstruieren. Vielmehr spielen bei der Symptombildung aktuelle Versuchungs- und Versagungssituationen eine wichtige Rolle. Sie sind wesentlich an der *schöpferischen* Hervorbringung von Symptomen und Kompromissen beteiligt (z. B. in unbewussten Konflikt- oder Überforderungssituationen). Mit anderen Worten: Eine seelische Krankheit wird erst durch eine aktuell wirksame Psychodynamik, welche die direkt beobachtbaren Symptome mit den indirekt erschließbaren Strukturen der Erkrankung verbindet, als solche erkennbar.

Die aktuelle reale Lebenssituation eines Patienten (Partnerschaft, Familie, Beruf) und die aktuellen Lebensbedingungen müssen hinsichtlich ihrer pathogenen innerpsychischen Repräsentation und damit ihrer pathogenen Relevanz für das Krankheitsgeschehen hinreichend geklärt sein. Nur eine gute Erfassung der aktuellen Lebenssituation ermöglicht ein psychodynamisches Verständnis für die aktuell vorliegende Erkrankung. Andererseits machen äußere Belastungsfaktoren, seien sie auch in der allgemeinen Erfahrung von großem Gewicht, den Patienten nicht ohne weiteres seelisch krank. Der subjektive Faktor im Patienten entscheidet über die pathogene Relevanz der Einwirkung äußerer Faktoren.

Seite 41–42: Für das psychodynamische Krankheitsverständnis ist es grundlegend, die aktuelle Auslösesituation der Erkrankung und den ätiopathogenetischen Stellenwert der Auslösesituation vor dem Hintergrund der biografischen, v. a. frühen Entwicklungsbedingungen des Patienten und seiner durch sie bestimmten prämorbidem Persönlichkeitsentwicklung zu klären. Entscheidend ist das Zusammenspiel von pathogenen Faktoren (unbewusste Konflikte, neurotische Persönlichkeit, gestörte strukturelle Entwicklung, dysfunktionale Formen der Beziehung und Bindung) und der aktuellen lebensgeschichtlichen Belastungen und Veränderungen. Wie der Schlüssel zum Schloss müssen die pathogenetische Disposition und die auslösende Situation zueinander passen.

Die frühkindlichen Belastungserfahrungen dürfen nicht als Ursache der aktuellen Erkrankung und damit als Gegenstand der Behandlung verstanden werden. Sie führen zwar zu internalisierten Konflikten, gegen diese gerichtete Abwehrformen und neurotische Einschränkungen, aber diese sind nicht per se schon krankheitswertig. Vielmehr sind sie die notwendige Voraussetzung für das Krankheitsgeschehen, das aber erst durch zusätzliche Belastungen zum Ausbruch kommt.

Bei den neurotischen Einschränkungen muss unterschieden werden zwischen dem Begriff der Neurosenstruktur (z. B. depressive oder zwanghafte Neurosenstruktur) und Defiziten der ich-strukturellen Fähigkeiten und Bindungsfähigkeiten).

Eine tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie ist nur indiziert, wenn aktuelle neurotische Konflikte oder strukturell bedingte interpersonelle Konflikte und de-

ren Symptombildung nachgewiesen werden können. Das therapeutische Vorgehen ist auf die Bearbeitung solcher Konflikte zu beschränken.

## § 4 Übergreifende Merkmale von Psychotherapie

sind die Verwendung methodisch definierter Interventionen, die auf als Krankheit diagnostizierte seelische Störungen einen *systematisch verändernden* Einfluss nehmen und *Bewältigungsfähigkeiten* des Individuums aufbauen. Diese Interventionen setzen eine bestimmte Ordnung des Vorgehens voraus. Eine systematische Berücksichtigung und kontinuierliche *Gestaltung der Therapeut-Patient-Beziehung* ist zentral.

## §§ 5, 6 Definition Psychotherapieverfahren und -methoden

Geeignete Psychotherapieverfahren sind gekennzeichnet durch *Theorien der Entstehung und Aufrechterhaltung von Krankheiten* und ihrer Behandlung. Ihre *Behandlungsmethoden* umfassen ein breites Spektrum von *Anwendungsbereichen*. Erforderlich sind außerdem Konzepte zur *Indikationsstellung* mit entsprechenden *Indikationskriterien* sowie Konzepte zur individuellen *Behandlungsplanung* und zur *Gestaltung der therapeutischen Beziehung*. Die *Vorgehensweise* und die angestrebten *Behandlungseffekte* müssen beschreibbar sein.

## § 9 Einbeziehung des sozialen Umfeldes

Zur Erreichung eines ausreichenden Behandlungserfolges kann es notwendig werden, relevante *Beziehungspersonen* aus dem sozialen Umfeld der Patientin oder des Patienten in die Behandlung *einzubeziehen*.

Der **Kommentar** ergänzt auf Seite 52: Wird der Partner des Patienten in die Therapie einbezogen, muss im Bericht an den Gutachter eine Begründung angegeben werden. Wenn sich herausstellt, dass auch für den Partner eine Psychotherapie angezeigt ist, so ist diese von einem anderen Psychotherapeuten durchzuführen. Die gleichzeitige Behandlung von Partnern oder nahen Angehörigen durch einen Therapeuten ist obsolet.

Im Rahmen einer tiefenpsychologisch fundierten Richtlinientherapie ist ein begleitendes familientherapeutisches Setting (eine Doppelstunde) möglich, in dem die Familie des Indexpatienten in die Behandlung einbezogen wird.

Seite 55: Bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen ist es nicht das Ziel der Einbeziehung von Bezugspersonen, auch diese psychotherapeutisch zu behandeln. Vielmehr soll durch die Einbeziehung die innerfamiliäre Konstellation günstig verändert werden. Den Bezugspersonen sollen ungünstige Rollenzuweisungen und die Wiederholung eigener gestörter Verhaltensmuster bewusst werden. Koalitionen innerhalb der Familie und die damit verbundene Dynamik sollen deutlich werden. Verständnis, Einsicht und günstigere Erziehungsmuster sollen bei den Bezugspersonen gefördert werden. Dazu können bei den Bezugspersonen durchaus eigene Kindheitserinnerungen, Eltern-Imagines, Interaktionsmuster in der Ursprungsfamilie und eigene Lösungsversuche in kritischen Schwellensituationen wiederbelebt und erhellt werden. Je jünger das Kind, desto dichter muss die Elternarbeit sein.

## § 10 Verbindung von Diagnostik und Therapie

Psychotherapie setzt eine *ätiologisch orientierte Diagnostik* voraus, welche die jeweiligen Krankheitserscheinungen erklärt und zuordnet. Die angewandte Psychotherapie muss in einer angemessenen Relation zu Art und Umfang der diagnostizierten Erkrankung stehen. Voraussetzung ist ferner, dass der Krankheitszustand in seiner *Komplexität* erfasst wird, auch dann, wenn nur die Therapie eines *Teilzieles* angestrebt werden kann.

Der **Kommentar** ergänzt auf Seite 18, dass sich ein sinnvolles Teilziel nur dann festlegen lässt, wenn die Erkrankung in ihrer gesamten Komplexität erfasst wurde.

## § 14 Psychoanalytisch begründete Verfahren

(zu denen auch die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie gehört) stellen Formen einer ätiologisch orientierten Psychotherapie dar, welche die *unbewusste Psychodynamik* neurotischer Störungen zum Gegenstand der Behandlung machen. Zur Sicherung ihrer psychodynamischen Wirksamkeit sind bei diesen Verfahren *übende und suggestive Interventionen* auch als Kombinationsbehandlung grundsätzlich *ausgeschlossen*.

**Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie** umfasst ätiologisch orientierte Therapieformen, mit welchen die *unbewusste Psychodynamik aktuell wirksamer neurotischer Konflikte und struktureller Störungen* unter *Beachtung von Übertragung, Gegenübertragung und Widerstand* behandelt werden.

Eine Konzentration des therapeutischen Prozesses wird durch *Begrenzung des Behandlungszieles*, durch ein vorwiegend *konfliktzentriertes Vorgehen* und durch *Einschränkung regressiver Prozesse* angestrebt. Die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie gelangt auch in jenen Fällen zur Anwendung, in denen eine längerfristige therapeutische Beziehung erforderlich ist.

Der **Kommentar** ergänzt auf Seite 41–42: Für das psychodynamische Krankheitsverständnis ist es grundlegend, die aktuelle Auslösesituation der Erkrankung und den ätiopathogenetischen Stellenwert der Auslösesituation vor dem Hintergrund der biografischen, v. a. frühen Entwicklungsbedingungen des Patienten und seiner durch sie bestimmten prämorbidem Persönlichkeitsentwicklung zu klären. Entscheidend ist das Zusammenspiel von pathogenen Faktoren (unbewusste Konflikte, neurotische Persönlichkeit, gestörte strukturelle Entwicklung, dysfunktionale Formen der Beziehung und Bindung) und der aktuellen lebensgeschichtlichen Belastungen und Veränderungen. Wie der Schlüssel zum Schloss müssen die pathogenetische Disposition und die auslösende Situation zueinander passen.

Die frühkindlichen Belastungserfahrungen dürfen nicht als Ursache der aktuellen Erkrankung und damit als Gegenstand der Behandlung verstanden werden. Sie führen zwar zu internalisierten Konflikten, gegen diese gerichtete Abwehrformen und neurotische Einschränkungen, aber diese sind nicht per se schon krankheitswertig. Vielmehr sind sie die notwendige Voraussetzung für das Krankheitsgeschehen, das aber erst durch zusätzliche Belastungen zum Ausbruch kommt.

Bei den neurotischen Einschränkungen muss unterschieden werden zwischen dem Begriff der Neurosenstruktur (z. B. depressive oder zwanghafte Neurosenstruktur) und Defiziten der ich-strukturellen Fähigkeiten und Bindungsfähigkeiten).

Seite 42: „Unter tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie sind die psychodynamischen Behandlungsverfahren zusammengefasst, die (...) sich von der analytischen Psychotherapie durch eine niedrigere Behandlungsfrequenz und ein anderes Setting unterscheiden.“ Es handelt sich um Verfahren, „die die Grundannahmen der psychoanalytischen Krankheitslehre wie Existenz und Wirkungsweise des Unbewussten und die Konzepte der Psychoanalyse über intrapsychische und interpersonale Prozesse voraussetzen. Die Anwendung der psychoanalytischen Grundannahmen erfolgt durch eine konfliktzentrierte Vorgehensweise. Trotz der

komplexen Bedingungen des Einzelfalls wird die Krankenbehandlung auf Teilziele beschränkt. Dabei ist das Verfahren auf die Einleitung eines psychoanalytischen Prozesses ausgerichtet, unter Wahrung der Abstinenz und zurückhaltender Nutzung von Übertragung und Gegenübertragung. Regressive Tendenzen sind i. d. R. durch die Betonung der aktuellen Situation steuerbar.“

Eine tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie ist nur indiziert, wenn aktuelle neurotische Konflikte oder strukturell bedingte interpersonelle Konflikte und deren Symptombildung nachgewiesen werden können. Das therapeutische Vorgehen ist auf die Bearbeitung solcher Konflikte zu beschränken.

## Sonderformen der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie:

### 1. Kurztherapie

Der **Kommentar** erläutert auf Seite 43: „Diese Behandlung ist nicht zu verwechseln mit einer Kurzzeittherapie: Gegenstand der psychoanalytisch begründeten Kurztherapie ist ein abgrenzbarer aktueller neurotischer Konflikt mit einer definierbaren neurotischen Psychodynamik. Das behandlungstechnische Konzept erfordert eine (verbindliche) Vereinbarung mit dem Patienten über ein begrenztes Therapieziel und einen begrenzten Therapieumfang. (...) Der Patient entwickelt auf diese Weise eine (...) Mitverantwortung für den gewählten Rahmen der Therapie (von i. d. R. 40 Sitzungen).“

### 2. Fokaltherapie

Der **Kommentar** erläutert auf Seite 43: „Die Fokaltherapie (BALINT) ist die klassische Form der analytischen Kurztherapie. Sie kann ggf. als Kurzzeittherapie, begrenzt auf 25 Leistungen bzw. auf 50 Leistungen zu 25 Minuten, Anwendung finden. Die Fokaltherapie wird aber auch als Langzeittherapie angewandt, mit einem Behandlungsumfang von i. d. R. 30 Leistungen, die aber durch einen Fortführungsantrag bei gegebener Indikation überschritten werden können. Voraussetzung (...) ist die vom Patienten und Therapeuten zu erarbeitende und gemeinsam zu findende Definition des bewusstseinsfähigen ‚Focus‘, eines neurotischen Konfliktkerns, der erkannt und gedeutet werden muss.“

### 3. Dynamische Psychotherapie (nach Dührssen)

Der **Kommentar** erläutert auf Seite 40: „Die dynamische Psychotherapie ist eine dialogische Psychotherapie, bei der das pathogen bedeutungsvolle Erlebnismaterial der Patienten sowohl im freien Einfall als auch durch stimulierende und klärende Fragen der Bearbeitung zugänglich gemacht wird. Bei sehr flexiblem Arrangement hinsichtlich der Dichte der Behandlungsstunden wird dem Patienten – trotz begrenzter Stundenzahl – die notwendige Zeit für seine Entwicklung und Umstellung gelassen. Dabei hat auch die dynamische Psychotherapie – bei begrenzter Stundenzahl – die systematische Psychodynamik mit den zugehörigen Ich-Einschränkungen und neurotischen Reaktionsmustern zum Gegenstand.“

### 4. Niederfrequente Therapie in einer längerfristigen, Halt gewährenden therapeutischen Beziehung.

Der **Kommentar** erläutert auf Seite 43: Bei „Patienten mit Krankheitsbildern, bei denen vorwiegend Defizite in der Ich-Entwicklung und Persönlichkeitsstörungen diagnostiziert werden“, ist differenzialindikatorisch die Behandlung „durch eine lang dauernde und intensive analytische Psychotherapie in Erwägung zu ziehen. Dieser Indikation kann die eingeschränkte Behandlungsprognose der Persönlichkeitsstörung entgegenstehen, sodass unter Beachtung des Gesichtspunktes von Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit der möglicherweise benötigte Therapieaufwand nicht vertretbar ist.“

Seite 43–44: Die niederfrequente Therapie in einer längerfristigen, Halt gewährenden therapeutischen Beziehung soll folgendes „ermöglichen

- eine niederfrequente therapeutische Intervention, reduziert bis zu wenigstens einer Sitzung pro Monat,
- bei Bedarf eine Halbierung der Sitzungsdauer auf 25 Minuten und damit die Verdoppelung der Sitzungszahl innerhalb des Kontingents auf max. 200 Leistungen,
- eine Kombination der Einzelbehandlung mit tiefenpsychologisch fundierter Gruppenpsychotherapie (...),
- eine kontinuierliche systematische, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie chronischer Zustandsbilder (...),
- bei Behinderung eine Eingliederungs- oder Wiedereingliederungshilfe bei nachweisbaren, die Behinderung bestimmenden psychodynamischen Faktoren“,
- die Wiederherstellung oder Erhaltung „der Arbeitsfähigkeit eines Patienten“

- „eine Reintegration“ von Patienten mit „Persönlichkeitsstörungen (...) in ein soziales Gefüge“.

Eine längerfristige, niederfrequente, haltgewährende Einzeltherapie von Persönlichkeitsstörungen lässt sich gut mit einer Gruppenpsychotherapie kombinieren. „Nach bisher vorliegenden Erfahrungen“ hat sich dabei die „Verdichtung des Therapieangebots (...) bewährt. Dazu dienen unterschiedliche Beziehungs- und Übertragungsangebote einschließlich einer ergänzenden Aufarbeitungsmöglichkeit affektiver Spannungszustände wie auch depressiver Rückzüge im Verlauf der parallel und im gleichen Rhythmus zur Verfügung stehenden Einzelsitzungen.“

„Bestimmte Lebensumstände des Patienten (z. B. langwierige Trennungsprozesse im Rahmen einer Scheidung, Risikoschwangerschaft)“ können unter Umständen die vorübergehende Umstellung einer Langzeittherapie auf eine niederfrequente Psychotherapie angezeigt sein lassen.

**Analytische Psychotherapie** umfasst jene Therapieformen, die zusammen mit der neurotischen Symptomatik den neurotischen Konfliktstoff und die zugrunde liegende neurotische Struktur des Patienten behandeln und dabei das therapeutische Geschehen mit Hilfe der *Übertragungs-, Gegenübertragungs- und Widerstandsanalyse* unter *Nutzung regressiver Prozesse* in Gang setzen und fördern.

Der **Kommentar** ergänzt auf Seite 46: Die Unterschiede der beiden psychoanalytisch begründeten Behandlungsverfahren werden v. a. im Umgang mit der Regression und dem Unbewussten sowie am Stellenwert von Übertragung/Gegenübertragung und Widerstand deutlich. Analytische Psychotherapie dient der „Bewusstmachung einer unbewussten neurotischen Psychodynamik und Integration ‚abgespaltener‘ Persönlichkeitsanteile zur Beseitigung oder Veränderung intrapsychischer und interpersonaler Konfliktfelder“. Es soll die „Ebene des Grundkonflikts erreicht“ werden. Verdrängte, also unbewusste neurotische Konflikte werden analytisch aufgeschlüsselt, das Übertragungs- und Gegenübertragungsgeschehen sowie regressive Prozesse werden genutzt, gedeutet und verstehend begleitet, Widerstandsphänomene werden bearbeitet. All das dient dazu, die strukturellen Gegebenheiten des Patienten zu verändern und die Reifung seiner Persönlichkeit, die Entwicklung zu mehr Autonomie, die Ablösung von verinnerlichten Elterninstanzen und die Selbstfindung zu fördern. Doch alle diese notwendigen Schritte zur inneren Entwicklung des Patienten dürfen nicht das alleinige Ziel der analytischen Psychotherapie sein, sondern nur im Zusammenhang mit der Behandlung von Krankheit von der gesetzlichen Krankenversicherung finanziert werden.

Seite 47: In der **tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie** wird die therapeutische Regression begrenzt, weil sie sich auf die aktuellen psychosozialen Konflikte des Patienten sowie auf seine habituellen Lösungsmuster und pathologischen Kompromissbildungen konzentriert. Der Umgang mit dem Unbewussten ist in der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie v. a. auf das „Gegenwartsunbewusste“ zentriert. In der analytischen Psychotherapie spielt auch das „Vergangenheitsunbewusste“ eine wichtige Rolle. Beide Verfahren beginnen aber immer in der Gegenwart und bewegen sich im Hier und Jetzt.

„Die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie fokussiert allerdings weitgehend auf die gegenwärtigen (pathologischen) Kompromissbildungen des Patienten, die direkt an seinen aktuellen Beziehungskonflikten ablesbar sind. Diese haben zwar auch ihre biografische Vorgeschichte. Die therapeutische Arbeit konzentriert sich aber auf die Gegenwart und ist damit für den Patienten sehr viel rascher auch im Hinblick auf positive Änderungsbemühungen umzusetzen.“ Es wird sehr auf die aktuelle Lebenssituation des Patienten und damit auf die langfristigen Folgen psychischer Fehlentwicklung geachtet, z. B. auf neurotische Arrangements, chronische Vermeidungsstrategien und habituelle interpersonelle Konflikte sowie auf die vielfältigen Interdependenzen zwischen intrapsychischen, interpersonellen und psychosozialen Konfliktkonstellationen. „Die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie geht dabei i. d. R. von der Ebene psychosozialer Konflikte aus, während die analytische Psychotherapie insbesondere auf die Bearbeitung intrapsychischer Konflikte ausgerichtet ist.“

Seite 47–48: **Bevorzugt tiefenpsychologisch fundiert behandelte Störungsbilder:**

- „Akute Symptombildungen, bei denen in psychodynamisch relevanten Auslösesituationen unbewusste Konflikte aktualisiert wurden. Hintergrund sind Lebensveränderungen oder psychosoziale Ereignisse, die geeignet sind, kompensatorische Strukturen zu labilisieren oder entfallen zu lassen. Die Labilisierung einer Struktur kann auch durch schwere körperliche Krankheit oder aktuelle traumatische Ereignisse erfolgen, die das bisher bestehende seelische Gleichgewicht erheblich labilisieren oder bis dahin gut stabilisierte neurotische Muster aktualisieren.
- Strukturelle Störungen, die vor allem das interpersonelle Verhalten beeinflussen und auf diesem Wege symptomwertig werden und Leidensgefühl hervorrufen.
- Es kann sich dabei auch um dekompenzierte Bewältigungsformen von strukturellen Störungen handeln (Beispiel: narzisstische Krisen).
- In tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapien können bei gesicherter Diagnose einer Posttraumatischen Belastungsstörung traumatherapeutische

Interventionen indiziert sein. Diese Interventionen müssen jeweils in eine tiefenpsychologisch fundierte Gesamtkonzeption integriert sein.“

Strukturelle Störungen benötigen häufig spezielle interaktionelle und strukturierende therapeutische Interventionen, die auf die aktuellen psychosozialen und interpersonellen Konflikte der Patienten zentriert sind. Die Patienten sollen ihre bislang als ich-synton erlebten Persönlichkeitsanteile als einen wichtigen Grund für ihre aktuellen zwischenmenschlichen Schwierigkeiten erkennen. Sie sollen in der Therapie neue Einstellungen und Bewältigungsmöglichkeiten entwickeln (z. B. verbesserte Selbstwahrnehmung, Impuls- und Affektregulierung, Kommunikations- und Empathiefähigkeit, Schuld- und Trauerfähigkeit). Auf diese Weise sollen die Selbstregulierung stabilisiert und die Beziehungsgestaltung funktionaler werden. „Eine globale Veränderung der zugrunde liegenden strukturellen Störungen ist nicht das Ziel der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie, auch wenn im Rahmen der Arbeit auf der interpersonellen Störungsebene durchaus auch (partielle) strukturelle Verbesserungen zu erwarten sind.“

Seite 48: Analytische Psychotherapie eignet sich v. a. für Patienten mit mittlerem Strukturniveau und spezifischen Persönlichkeitsstörungen (z. B. narzisstische, histrionische, abhängige) sowie für chronifizierte Angst-, Zwangs- oder Konversionsstörungen sowie für Depressionen. In unmodifizierter Form ist sie bei Patienten indiziert, die immer wieder unter dysfunktionalen infantilen Beziehungs- und Konfliktmustern leiden und die daher eine Bearbeitung ihrer intrapsychischen Objektbeziehungsmuster benötigen. Das Ziel ist, den jeweiligen Grundkonflikt des Patienten zu bearbeiten.

„Im Gegensatz dazu würde eine tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie indiziert sein (und wäre damit auch die wirtschaftlichere Behandlungsform!), wenn durch äußere Lebensereignisse ein bis dahin (ggf. labiles) inneres Gleichgewicht des Patienten so labilisiert wird, dass es zur Symptombildung kommt. Hier würde unterstellt, dass die entsprechenden auslösenden Ereignisse (z. B. Arbeitsplatzverlust, Wechsel des Vorgesetzten etc.) nicht durch eine unbewusste Dynamik selbst konstituiert sind, sondern umgekehrt eine bis dahin tragfähige (wenn auch häufig neurotisch eingeengte) Kompensation nachhaltig stören.“

Seite 49: Analytische Psychotherapie muss in modifizierter Form (Setting im Gegenübersitzen, niedrigere Stundenfrequenz) erfolgen, um z. B. bei strukturellen Störungen und Traumafolgen eine zu starke Regression zu vermeiden. Die eher stützenden, strukturierenden und bewältigungsorientierten Interventionen orientieren sich an den Möglichkeiten und Grenzen des Patienten und fokussieren – wie bei der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie – auf seine aktuellen inter-

personellen Störungsmuster und seine Schwierigkeiten der Selbstregulation. Die Deutung von Beziehungskonflikten in der Übertragung tritt in den Hintergrund. Anders als in der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie können aufgrund der höheren Frequenz auch negative Übertragungskonstellationen „in einem hinreichend dichten Prozess“ bearbeitet werden.

„Bei sehr jungen Erwachsenen kann die Förderung der aktuellen Entwicklungsaufgaben (im Zusammenhang mit Verselbstständigung, Berufsplanung, Partnerfindung etc.) im Vordergrund stehen und als Therapieziel Vorrang haben vor der Aufarbeitung früher Konflikte in einer langjährigen regressiven Übertragungsbeziehung.“

## § 16 Kombination von psychoanalytisch begründeten Verfahren und Verhaltenstherapie

soll nicht erfolgen.

## § 18 Systemische Therapie

1. Die Systemische Therapie fokussiert den sozialen Kontext psychischer Störungen und misst dem interpersonellen Kontext eine besondere ätiologische Relevanz bei. Symptome werden als kontraproduktiver Lösungsversuch psychosozialer und psychischer Probleme verstanden, die wechselseitig durch intrapsychische (kognitiv-emotive), biologisch-somatische sowie interpersonelle Prozesse beeinflusst sind. Theoretische Grundlage sind insbesondere die Kommunikations- und Systemtheorien, konstruktivistische und narrative Ansätze und das biopsychosoziale Systemmodell. Grundlage für Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Sinne dieser Richtlinie ist die Analyse der Elemente der jeweiligen relevanten Systeme und ihrer wechselseitigen Beziehungen, sowohl unter struktureller als auch generationaler Perspektive und eine daraus abgeleitete Behandlungsstrategie. Der Behandlungsfokus liegt in der Veränderung von symptomfördernden, insbesondere familiären und sozialen Interaktionen, narrativen und intrapsychischen Mustern hin zu einer funktionaleren Selbst-Organisation der Patientin oder des Patienten und des für die Behandlung relevanten sozialen Systems, wobei die Eigenkompetenz der Betroffenen genutzt wird.

2. Schwerpunkte der systemischen Behandlungsmethoden sind insbesondere
  - Methoden der systemischen Gesprächsführung und systemische Fragetechniken
  - Narrative Methoden
  - Lösungs- und ressourcenorientierte Methoden
  - Strukturell-strategische Methoden
  - Aktionsmethoden
  - Methoden für die Arbeit am inneren System
  - Methoden zur Affekt- und Aufmerksamkeitsregulation
  - Symbolisch- metaphorische und expressive Methoden.
3. Systemische Therapie kann nach dieser Richtlinie als Krankenbehandlung bei Erwachsenen zur Anwendung kommen.
4. Behandlung von Kindern und Jugendlichen in Gruppen (unter Berücksichtigung der altersspezifischen Bedingungen und unter Nutzung gruppenspezifischer Prozesse bei der Behandlung mehrerer Kinder, ggf. unter Einbeziehung von Bezugspersonen aus dem engeren Umfeld).
5. Bei der Behandlung von Kranken in Gruppen soll die Größe der Gruppe bei psychoanalytisch begründeten Verfahren sechs bis neun Kranke umfassen.

Der **Kommentar** ergänzt auf Seite 52: „In der tiefenpsychologisch fundierten Gruppenpsychotherapie wird vor allem an den manifesten und latenten Elementen der gemeinsamen Schutz- und Abwehrbemühungen der Gruppenteilnehmer in Form von normativen Konsensbildungen und psychosozialen Abwehrmanövern unter Beteiligung der einzelnen Gruppenteilnehmer gearbeitet. Die Auseinandersetzung mit anderen Gruppenteilnehmern unter dem Aspekt des ‚Modell-Lernens‘ kann hilfreich sein; die Regression wird auf einem höheren Niveau gehalten, Übertragungen auf den Therapeuten und das Objekt ‚Gruppe‘ treten infolgedessen weniger intensiv auf, während die Existenz und Wirksamkeit neurotischer Verhaltensmuster dem einzelnen Patienten durch die Rückmeldung anderer Gruppenteilnehmer erlebbar werden. (...)“

In der analytischen Gruppenpsychotherapie stehen tiefergehende regressive Prozesse mit entsprechenden Übertragungen auf den Therapeuten und das Globalobjekt ‚Gruppe‘ im Vordergrund. Dadurch wird es möglich, an den durch den Primärprozess bestimmten Abkömmlingen des Unbewussten (z. B. den unbewussten Fantasien) zu arbeiten.“

## § 19 Kombination von Psychotherapieverfahren

Psychoanalytisch begründete Verfahren, Verhaltenstherapie und Systemische Therapie sind nicht kombinierbar, weil die Kombination der Verfahren zu einer Verfremdung der methodenbezogenen Eigengesetzlichkeit des therapeutischen Prozesses führen kann.

## § 21 Anwendungsformen

1. Psychotherapie gemäß § 15 dieser Richtlinie kann in folgenden Formen Anwendung finden:
  1. Einzeltherapie mit einer einzelnen Patientin oder einem einzelnen Patienten.
  2. Gruppentherapie mit mindestens drei bis höchstens neun Patientinnen und Patienten, sofern die Interaktion zwischen mehreren Patientinnen und Patienten therapeutisch förderlich ist und die gruppodynamischen Prozesse entsprechend genutzt werden sollen.
  3. Systemische Therapie kann auch im Mehrpersonensetting Anwendung finden. Das Mehrpersonensetting kann in der Einzeltherapie nach Nummer 1 oder in der Gruppentherapie nach Nummer 2 durchgeführt werden.
4. Die Anwendung von Einzel- und Gruppentherapie und des Mehrpersonensettings erfolgt unter Berücksichtigung der alters- und entwicklungspezifischen Bedingungen, gegebenenfalls unter Einbeziehung von relevanten Bezugspersonen gemäß § 9.

## § 22 Kombination von Anwendungsformen

1. Psychotherapie nach § 15 kann als Einzeltherapie, als Gruppentherapie oder als Kombination aus Einzel- und Gruppentherapie durchgeführt werden, bei der Systemischen Therapie auch im Mehrpersonensetting.
2. Aufbauend auf der Diagnostik ist bei Kombinationen von Einzel- und Gruppentherapie vor Beginn der Behandlung ein Gesamtbehandlungsplan zu erstellen. Bei gleichzeitiger Behandlung durch verschiedene Therapeutinnen oder Therapeuten ist der jeweilige Gesamtbehandlungsplan in Abstimmung zu erstellen und eine gegenseitige Information über den Verlauf der Behandlung sicherzustellen, sofern die Patientin oder der Patient einwilligt.

3. Bei Veränderung des bewilligten Behandlungssettings während einer laufenden Kurzzeittherapie ist der Krankenkasse diese Änderung anzuzeigen, sofern das bewilligte Stundenkontingent im Rahmen der Änderung nicht überschritten wird. Bei Änderung des Settings in der Langzeittherapie ist ein gutachterpflichtiger Änderungsantrag zu stellen, sofern nicht zu Beginn bereits eine Kombinationsbehandlung beantragt wurde.

## § 23 Behandlungsfrequenz

1. Psychotherapie nach § 15 ist auf maximal drei Behandlungsstunden in der Woche zu begrenzen, um eine ausreichende Therapiedauer im Rahmen der Kontingentierung zu gewährleisten.
2. Eine durchgehend hochfrequente Psychotherapie kann im Rahmen dieser Richtlinie keine Anwendung finden. Bei der Therapieplanung oder im Verlauf der Behandlung kann es sich jedoch als notwendig erweisen, gegebenenfalls einen Abschnitt der Psychotherapie in einer höheren Wochenfrequenz durchzuführen, um eine größere Effektivität der Therapie zu gewährleisten. Der entsprechende Abschnitt darf nicht das gesamte Kontingent eines Bewilligungsschrittes umfassen. Die Notwendigkeit einer abschnittswisen höheren Wochenfrequenz ist in der Antragstellung differenziert zu begründen.

## § 27 Indikationen zur Anwendung von Psychotherapie

Die Indikation besteht bei

1. Affektiven Störungen: depressive Episoden, rezidivierende depressive Störungen, Dysthymie,
2. Angststörungen und Zwangsstörungen,
3. Somatoformen Störungen und dissoziativen Störungen (Konversionsstörungen),
4. Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen,
5. Essstörungen,
6. Nicht organischen Schlafstörungen,
7. Sexuellen Funktionsstörungen,
8. Persönlichkeitsstörungen und Verhaltensstörungen,
9. Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend.

Psychotherapie kann neben oder nach einer somatisch ärztlichen Behandlung von Krankheiten oder deren Auswirkungen angewandt werden, wenn psychische Faktoren einen wesentlichen pathogenetischen Anteil daran haben und sich ein Ansatz für die Anwendung von Psychotherapie bietet. Indikationen hierfür können nur sein:

- 1a. Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen, im Falle der Abhängigkeit von psychotropen Substanzen beschränkt auf den Zustand der Suchtmittelfreiheit beziehungsweise Abstinenz. Abweichend davon ist eine Anwendung der Psychotherapie bei Abhängigkeit von psychotropen Substanzen dann zulässig, wenn die Suchtmittelfreiheit beziehungsweise Abstinenz parallel zur ambulanten Psychotherapie bis zum Ende von maximal zehn Behandlungsstunden erreicht werden kann. Das Erreichen der Suchtmittelfreiheit beziehungsweise der Abstinenz nach Ablauf dieser Behandlungsstunden ist in einer nicht von der Therapeutin oder von dem Therapeuten selbst ausgestellten ärztlichen Bescheinigung festzustellen. Diese Feststellung hat anhand geeigneter Nachweise zu erfolgen. Sie ist von der Therapeutin als Teil der Behandlungsdokumentation vorzuhalten und auf Verlangen der Krankenkasse vorzulegen. Kommt es unter der ambulanten psychotherapeutischen Behandlung zu einem Rückfall in den Substanzgebrauch, ist die ambulante Psychotherapie nur fortzusetzen, wenn unverzüglich geeignete Behandlungsmaßnahmen zur Wiederherstellung der Suchtmittelfreiheit bzw. Abstinenz ergriffen werden.
- 1b. Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide und gleichzeitige stabile substituionsgestützte Behandlung gemäß Richtlinie „Methoden vertragsärztliche Versorgung“, Anlage I, 2. (substituionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger), beschränkt auf den Zustand der Beigebrauchsfreiheit. Die Anwendung von Psychotherapie ist in diesen Fällen nur zulässig bei regelmäßiger Zusammenarbeit und Abstimmung hinsichtlich der Behandlungsziele und insbesondere der Beigebrauchsfreiheit mit der substituierenden Ärztin sowie bei etwaigen psychosozialen Betreuungs- oder Behandlungsmaßnahmen mit den hierfür zuständigen Stellen.
2. Seelische Krankheit aufgrund frühkindlicher emotionaler Mangelzustände oder tiefgreifender Entwicklungsstörungen, in Ausnahmefällen auch seelische Krankheiten, die im Zusammenhang mit frühkindlichen körperlichen Schädigungen oder Missbildungen stehen.
3. Seelische Krankheit als Folge schwerer chronischer Krankheitsverläufe.
4. Psychische Begleit-, Folge- oder Residualsymptomatik psychotischer Erkrankungen.

Psychotherapie ist als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschlossen, wenn:

1. zwar seelische Krankheit vorliegt, aber ein Behandlungserfolg nicht erwartet werden kann, weil dafür bei der Patientin die Voraussetzungen hinsichtlich der Motivationslage, der Motivierbarkeit oder der Umstellungsfähigkeit nicht gegeben sind oder weil die Eigenart der neurotischen Persönlichkeitsstruktur (ggf. die Lebensumstände des Patienten) dem Behandlungserfolg entgegensteht,
2. sie nicht der Heilung oder Besserung einer seelischen Krankheit, sondern allein der beruflichen oder sozialen Anpassung oder der beruflichen oder schulischen Förderung dient,
3. sie allein der Erziehungs-, Ehe-, Lebens- und Sexualberatung sowie der Paar- und Familienberatung dient.

Der **Kommentar** ergänzt auf Seite 30: Eine Diagnostik nach ICD ist erforderlich. Darüber hinaus sollte eine verfahrensspezifische Diagnostik Anwendung finden, in den psychoanalytisch begründeten Verfahren z. B. die OPD.

Seite 34: „Die Wahl eines Behandlungsverfahrens wird grundsätzlich nicht durch die Diagnose der seelischen Erkrankung, sondern durch die Zielsetzung der Behandlung bestimmt. Dabei ist maßgeblich, über welches therapeutische Vorgehen eine nachhaltige Änderung der für die aktuellen krankheitswertigen Beschwerden verantwortlichen innerpsychischen Krankheitsdispositionen erreicht werden kann. Hier wird vielfach bereits das Erreichen von wichtigen Teilzielen als sinnvoll zu bewerten sein, wenn dadurch eine positive Gesamtentwicklung zu erwarten ist und bis dahin bestehende ungünstige Circuli vitiosi unterbrochen werden können. Das Vorliegen einer bestimmten Krankheitskonstellation, z. B. einer chronisch-neurotischen Entwicklung, begründet damit nicht zwangsläufig die Indikation nur eines bestimmten Behandlungsverfahrens. Vielmehr muss bei der Antragsstellung die Wahl des Behandlungsverfahrens i. d. R. auch in Gegenüberstellung zu anderen Behandlungsoptionen begründet werden.“

Die „Kriterien der Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit“ müssen beachtet werden. Die Richtlinien-Psychotherapie ist „nicht die einzige Behandlungsoption beim Vorliegen von psychischen oder psychisch mitverursachten Erkrankungen. Hier stehen ggf. auch andere Behandlungsoptionen zur Verfügung. Zu nennen sind die Psychosomatische Grundversorgung und die einschlägigen Leistungen aus dem EBM-Kapiteln *Psychiatrie* sowie *Psychosomatische Medizin* und

*Psychotherapie, die durch die betreffenden Arztgruppen durchgeführt werden können (...).*

## § 28 Behandlungsumfang und -begrenzung

Für die Durchführung der Psychotherapie ist es sowohl unter therapeutischen als auch unter wirtschaftlichen Aspekten erforderlich, nach Klärung der Diagnose und der Indikationsstellung vor Beginn der Behandlung den Behandlungsumfang und die Behandlungsfrequenz festzulegen, damit sich die Patientin oder der Patient und die Therapeutin oder der Therapeut darauf einrichten können.

Der **Kommentar** ergänzt auf Seite 28: Die Richtlinie will mit der Leistungsbegrenzung weder eine willkürliche ökonomische Grenze ziehen noch Patienten und Therapeuten behindern. Die Statistik zeigt, dass weniger als ein Prozent der beantragten Therapien mehr als die durch die Höchstgrenze festgelegte Zahl von Therapiesitzungen benötigt.

## § 29 Therapieansätze in den Verfahren nach § 15

In den Verfahren nach § 15 sind folgende Therapieansätze möglich:

1. Im Rahmen der Kurzzeittherapie 1 (KZT 1) können bis zu 12 Stunden als Einzeltherapie oder bis zu 12 Doppelstunden als Gruppentherapie durchgeführt werden. Die KZT 1 ist gemäß § 34 antragspflichtig. Erbrachte Stunden im Rahmen der psychotherapeutischen Akutbehandlung nach § 13 werden mit dem Stundenkontingent der KZT 1 verrechnet.
2. Im Rahmen der Kurzzeittherapie 2 (KZT 2) können bis zu 12 Stunden als Einzeltherapie oder bis zu 12 Doppelstunden als Gruppentherapie durchgeführt werden. Die KZT 2 ist gemäß § 34 antragspflichtig.
3. Langzeittherapie mit einer Stundenzahl, die in Bezug auf das Krankheitsbild und das geplante Therapieverfahren in der Antragsbegründung entsprechend § 30 festzulegen ist (Antragsverfahren mit Begutachtung).
4. Die Umwandlung einer Kurzzeittherapie in die Langzeittherapie muss bis zur zwanzigsten Sitzung der Kurzzeittherapie beantragt werden; zugleich muss das Gutachterverfahren eingeleitet werden. Grundsätzlich ist der Antrag so rechtzeitig zu stellen, dass eine unmittelbare Weiterbehandlung möglich ist.

Ergänzungen durch den **Kommentar** auf Seite 23:

„Die Annahme, dass auch mit einer Stundenbegrenzung wesentliche Behandlungserfolge erzielt werden können, gilt jedoch nur unter bestimmten Voraussetzungen (...):

- Die Zielvorstellungen des Therapeuten wie die des Patienten sind an der Heilung oder Linderung von seelischer Krankheit orientiert, nicht an einer ‚die gesamten Lebensverhältnisse umfassenden psychosozialen Versorgung‘ (...).
- Therapeut und Patient sehen in der psychotherapeutischen Krankenbehandlung eine gemeinsame und verantwortungsbewusste Anstrengung, deren Ziel, angemessen frühzeitig einen Erfolg zu erzielen, sie mit jeder anderen Therapieform teilt.
- Die Beendigung der Therapie im Rahmen der Leistungsgrenzen wird nicht in einem kategorialen ‚Alles-oder-nichts‘-Verständnis gehandhabt; vielmehr wird dem Patienten die Ablösung von der Therapie ermöglicht, ggf. auch unter der Einwirkung unvorhergesehener Belastungen und Krisen. (...)
- Die Grenzüberschreitung ist in besonderen Fällen nicht ausgeschlossen. Das Behandlungsgefüge in der vertragsärztlichen Versorgung bleibt aber in seinem grundsätzlichen Konzept und in seiner kategorialen Dimension gewahrt.“

Ergänzungen zu den Besonderheiten der **„niedersrequenten Therapie in einer längerfristigen haltgewährenden therapeutischen Beziehung“** (Seite 25):

Diese Behandlungsform eignet sich erfahrungsgemäß besonders für zwei Patientengruppen:

- „Patienten, bei denen äußere Lebensereignisse (laufende Scheidung, Zusammenbruch der arbeitgebenden Firma etc.) in ihrer Entwicklung abgewartet werden müssen, um dem Patienten die notwendige Assistenz in der Bearbeitung seiner innerpsychischen Konflikte zu geben“,
- „Patienten, die die haltgebende Instanz des Therapeuten zur Stärkung ihrer Ich-Funktionen über einen längeren Zeitraum hinweg benötigen, damit sie – unter Vermeidung regressiver Prozesse – zu einer stabilisierten emotionalen Balance gelangen“.

Seite 32: Bei psychotischen Erkrankungen muss nachgewiesen werden, „dass psychodynamische Faktoren wesentlichen Anteil an den psychotischen Krankheitsverläufen haben. Ausschließlich supportive und stabilisierende Maßnahmen, gleich welcher Art, sind (...) nicht zugelassen. (...) Die Behandlung der jeweils vorliegenden psychotischen Grunderkrankung bleibt Ärzten mit der Gebietsbezeichnung Psychiatrie oder Nervenheilkunde vorbehalten.“

Seite 50: **Empfehlungen für die Abschlussphase** einer tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie

„Diagnostische Anfangsplanung hinsichtlich

- auslösenden Realsituationen und dysfunktionalen Interaktionsgestaltungen,
- Konflikten (aktuelle Realkonflikte, neurotische Konflikte, Grundkonflikte),
- strukturbedingte Einschränkungen,
- individuellen Verschränkungen von Konflikten und strukturbedingten Einschränkungen.

Therapeutische Anfangsplanung hinsichtlich

- Formulierung und Auswahl einer begrenzten Zahl von Foci (Konfliktfoci, Strukturfoci, Beziehungsfoci),
- Hierarchisierung der Foci bzgl. Ihrer Bedeutung als Therapiezielplanung. (...).

Der Abschluss der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie als Richtlinienverfahren soll spätestens zwischen der 51. und 80. Sitzung geleistet werden. Im Hinblick darauf bedürfen die Anfangsplanungen einer rechtzeitigen Überprüfung mit Klarifizierung der Behandlungsziele gegenüber der Ausgangssituation. Angestrebt wird eine möglichst rezidivfreie Ablösung des Patienten bzw. seine Verselbstständigung.“

Erforderlich ist eine Zwischenbilanz bezogen auf

- „Therapeutische Beziehung und Arbeitsbündnis,
- Ressourcen,
- Stabilisierung,
- Besserung der Symptomatik (...),
- Stand der Bearbeitung von neurotischen Konflikten und Grundkonflikten,
- Stand der Bearbeitung struktureller Einschränkungen,
- Stand der Bearbeitung entsprechender dysfunktionaler Interaktionsbereitschaften,
- Stand der Bewältigung auslösender Realsituationen,
- Überprüfung der Auswahl von und der Begrenzung auf behandlungsprognostisch ausreichend günstige Foci,
- Evtl. neue Bewertung und Hierarchisierung der Foci,
- Entsprechende Präzisierung des Behandlungsplans im Hinblick auf Integration des Erarbeiteten und des therapeutischen Hilfs-Ich.“

Mögliche Gesichtspunkte für eine abschlussphasenspezifische Gestaltung des therapeutischen Dialogs:

- „Gemeinsam mit dem Patienten Feststellung des Endzeitpunkts des Leistungskontingents und der Behandlung,
- Gemeinsam mit dem Patienten Formulierung des bislang Erreichten und der Therapieziele,
- Keine Förderung neuen Materials mehr,
- Abnehmende deutende Nutzung von Übertragung und Gegenübertragung, stattdessen Betonung realitätsorientierter Eigenverantwortung, erlebens- und verhaltensnaher kognitiver Sichtweisen,
- Zunehmend gemeinsame Einnahme eine Metaposition zu auslösenden Realsituationen, zu Konflikten und strukturellen Einschränkungen des Patienten mit Betonung von Klärung, ressourcenorientierter Förderung, Integration alternativer Verarbeitungsmöglichkeiten und Transfer in die äußere Realität,
- Gemeinsame Betrachtung des Erreichten und des Nichterreichten, evtl. nicht Erreichbaren (Trauerarbeit),
- Überlegungen zum Verlauf nach Behandlungsabschluss unter dem Gesichtspunkt der Rückfallprophylaxe. Eventuell antizipatorische Besprechung anstehender Entwicklungen, Aufgaben, Schwierigkeiten.“

## § 30 Bewilligungsschritte für die Verfahren gemäß § 15

Die folgenden Bewilligungsschritte sind möglich:

1. Analytische Psychotherapie bei Erwachsenen – Bewilligungsschritte: bei Einzeltherapie bis 160 Stunden, bei Gruppentherapie bis 80 Doppelstunden – Höchstgrenze: bei Einzeltherapie 300 Stunden, bei Gruppentherapie 150 Doppelstunden
  2. Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie bei Erwachsenen – Bewilligungsschritte: bei Einzeltherapie bis 60 Stunden, bei Gruppentherapie bis 60 Doppelstunden – Höchstgrenze: bei Einzeltherapie 100 Stunden, bei Gruppentherapie 80 Doppelstunden
- (...)
5. Psychotherapie von Kindern bei analytischer und tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie – Bewilligungsschritte: bei Einzeltherapie bis 70 Stunden, bei Gruppentherapie bis 60 Doppelstunden – Höchstgrenzen: bei Einzeltherapie 150 Stunden, bei Gruppentherapie 90 Doppelstunden

(...)

7. Psychotherapie von Jugendlichen bei analytischer und tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie – Bewilligungsschritte: bei Einzeltherapie bis 90 Stunden, bei Gruppentherapie bis 60 Doppelstunden – Höchstgrenzen: bei Einzeltherapie 180 Stunden, bei Gruppentherapie 90 Doppelstunden.

Eine Überschreitung des mit den jeweiligen Bewilligungsschritten festgelegten Therapieumfangs ist für die folgenden Verfahren nur zulässig, wenn mit der Beendigung des Bewilligungsschrittes das Behandlungsziel nicht erreicht werden kann, aber begründete Aussicht auf Erreichung des Behandlungsziels bei Fortführung der Therapie besteht. Sofern das Gutachterverfahren beim Fortführungsantrag Einsatz findet, ist dies nachvollziehbar zu begründen. Es sind grundsätzlich die zugehörigen Höchstgrenzen einzuhalten.

## **§ 32 Konsiliarverfahren und Qualifikation der den Konsiliarbericht abgebenden Ärztinnen und Ärzte**

Zur Einholung des Konsiliarberichtes überweist die Psychologische Psychotherapeutin spätestens nach Beendigung der probatorischen Sitzungen und vor Beginn der Psychotherapie den Patienten an eine Konsiliarärztin. Auf der Überweisung ist eine kurze Information über die erhobenen Befunde und die Indikation zur Durchführung einer Psychotherapie zu übermitteln. Die Konsiliarärztin hat den Konsiliarbericht nach Anforderung durch die Therapeutin nach persönlicher Untersuchung des Patienten zu erstellen. Der Bericht ist der Therapeutin möglichst zeitnah, spätestens aber drei Wochen nach der Untersuchung zu übermitteln.

Der Konsiliarbericht enthält folgende Angaben:

1. aktuelle Beschwerden des Patienten,
2. psychischer und somatischer Befund (bei Kindern und Jugendlichen insbesondere unter Berücksichtigung des Entwicklungsstandes),
3. im Zusammenhang mit den aktuellen Beschwerden relevante anamnestische Daten,
4. ggf. notwendige psychiatrische oder kinder- und jugendpsychiatrische Abklärung,
5. relevante stationäre und/oder ambulante Vor- und Parallelbehandlungen inklusive ggf. laufende Medikation,

6. medizinische Diagnose(n), Differenzial- und Verdachtsdiagnose(n),
7. ggf. Befunde, die eine ärztliche/ärztlich veranlasste Begleitbehandlung erforderlich machen,
8. ggf. erforderliche weitere ärztliche Untersuchungen und
9. ggf. bestehende Kontraindikationen für die Durchführung einer psychotherapeutischen Behandlung zum Zeitpunkt der Untersuchung.

Die Konsiliarärztin teilt der Krankenkasse nur die für ihre Leistungsentscheidung notwendigen Angaben mit. Ist Psychotherapie nach Auffassung der Konsiliarärztin kontraindiziert und wird dennoch ein entsprechender Antrag gestellt, so veranlasst die Krankenkasse eine Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen. Zur Abgabe des Konsiliarberichtes sind alle Vertragsärztinnen und Vertragsärzte mit Ausnahme der folgenden Arztgruppen berechtigt: Laborärztinnen und Laborärzte, Mikrobiologinnen und Mikrobiologen und Infektionsepidemiologinnen und Infektionsepidemiologen sowie Ärztinnen und Ärzte für Nuklearmedizin, Pathologie, Radiologie, Strahlentherapie, Transfusionsmedizin und Humangenetik.

Abweichend hiervon sind für die Abgabe eines Konsiliarberichts vor einer psychotherapeutischen Behandlung von Kindern folgende Vertragsärztinnen und Vertragsärzte berechtigt: Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin, für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, für innere Medizin und für Allgemeinmedizin sowie praktische Ärztinnen und Ärzte.

## § 33 Anzeigeverfahren

Eine Leistung gemäß § 13 bedarf einer Anzeige gegenüber der Krankenkasse. Hierzu teilt die Therapeutin oder der Therapeut der Krankenkasse vor Beginn der Behandlung die Diagnose und das Datum des Behandlungsbeginns der Akutbehandlung mit. Das Nähere zum Anzeigeverfahren wird in der Psychotherapievereinbarung geregelt.

## § 34 Antragsverfahren

1. Die Feststellung der Leistungspflicht für Psychotherapie nach § 15 erfolgt durch die Krankenkasse auf Antrag der oder des Versicherten. Zu diesem Antrag teilen die Therapeutinnen und Therapeuten vor der Behandlung der Krankenkasse die Diagnose mit, begründen die Indikation und beschreiben Art und Umfang der

geplanten Therapie. Wird ein gutachterpflichtiger Antrag auf Langzeittherapie gestellt oder soll eine Kurzzeittherapie in eine Langzeittherapie umgewandelt werden, so soll dieser Antrag neben den Angaben zu Diagnose, Indikation sowie Art, Umfang, Frequenz und Prognose der geplanten Therapie auch einen fallbezogenen Behandlungsplan enthalten (Bericht an die Gutachterin oder den Gutachter).

Die Krankenkasse hat über einen Antrag auf Kurzzeittherapie spätestens mit Ablauf von drei Wochen nach Antragseingang zu entscheiden. Kann die Krankenkasse diese Fristen nicht einhalten, etwa weil der Antrag ergänzungs- oder klarstellungsbedürftig ist oder der Sachverhalt eine überdurchschnittliche Komplexität aufweist, teilt sie dies den Antragstellern unter Darlegung hinreichender Gründe und Übermittlung eines angemessenen neuen Entscheidungstermins rechtzeitig schriftlich mit. Erfolgt bis zum Ablauf der Frist nach Satz 4 keine solche Mitteilung oder verstreicht der neue Entscheidungstermin nach Satz 5 fruchtlos, gilt die beantragte Leistung als zur Erbringung durch Therapeutinnen oder Therapeuten im Sinne dieser Richtlinie genehmigt; dies gilt nicht für solche Leistungen, die nicht nach dieser Richtlinie zu Lasten der Krankenkassen erbracht werden können.

In den Fällen des § 27 Absatz 2 Nummer 1a Satz 2 und 3 entfällt jede weitere Leistungspflicht zur Fortführung der ambulanten Therapie, wenn die Gründe für die Annahme der voraussichtlichen Erreichbarkeit der Abstinenz beziehungsweise Suchtmittelfreiheit entfallen, die Abstinenz beziehungsweise Suchtmittelfreiheit tatsächlich nicht bis zum Ende von zehn Behandlungsstunden erreicht wird oder die geforderte Dokumentation nach § 27 Absatz 2 Nummer 1a Satz 2 und 3 nicht vorgelegt werden kann.

2. Eine Verlängerung der Therapie gemäß § 30 Nummer 1 bis 8 bedarf eines Fortsetzungsantrags. Sofern ein Gutachter mit der Prüfung beauftragt wird, sind Verlauf und Ergebnis der bisherigen Therapie darzustellen und eine begründete Prognose in Bezug auf die beantragte Verlängerung abzugeben.
3. Ist die Psychotherapie gemäß § 29 Nummer 2 und 3 mit den dort festgelegten Leistungen nicht erfolgreich abzuschließen und soll die Therapie deshalb fortgesetzt werden, bedarf es eines Antrags auf Feststellung der Leistungspflicht. Sofern ein Gutachter mit der Prüfung beauftragt wird, sind der Behandlungsverlauf, der erreichte Therapieerfolg und die ausführliche Begründung zur Fortsetzung der Behandlung einschließlich der prognostischen Einschätzung darzustellen.
4. Das Nähere zum Antragsverfahren ist geregelt in § 11 der Psychotherapie-Vereinbarung.

## § 35 Gutachterverfahren

Bei Psychotherapie gemäß § 15 sind Anträge auf Langzeittherapie im Bericht an den Gutachter zu begründen; auf Anforderung der Krankenkassen gilt dies im Einzelfall auch für Kurzzeittherapie. Diese sind durch eine Gutachterin oder einen Gutachter zu prüfen.

Die Krankenkasse kann Anträge auf Fortführung einer Langzeittherapie durch eine Gutachterin oder einen Gutachter prüfen lassen. Im Falle der Ablehnung der Fortführung einer Langzeittherapie muss die Krankenkasse eine gutachterliche Stellungnahme einholen, sofern die formalen Voraussetzungen für eine Leistungsgewährung erfüllt sind. Die Gutachterin oder der Gutachter hat sich dazu zu äußern, ob die in dieser Richtlinie genannten Voraussetzungen erfüllt sind.

Die Psychologische Psychotherapeutin oder der Psychologische Psychotherapeut oder die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut hat den Konsiliarbericht im verschlossenen Umschlag dem Bericht an die Gutachterin oder den Gutachter beizufügen.

Der **Kommentar** ergänzt auf Seite 34–35: Der Gutachter beurteilt im Hinblick auf das vom Therapeuten gewählte Behandlungsverfahren folgende Fragen:

- Ist die Zielsetzung realistisch?
- Sind die prognostischen Voraussetzungen des Patienten ausreichend?
- Stehen Aufwand und zu erwartender Erfolg im angemessenen Verhältnis?
- Welche Alternativen zur Richtlinientherapie gibt es?

Der Gutachter kann dem Therapeuten kein Behandlungsverfahren vorschreiben, sondern nur Zweifel am gewählten Verfahren und differenzialindikatorische Überlegungen äußern.

Die Gutachter werden eher Therapieplänen mit realistischen Zielsetzungen zustimmen als solchen mit „unsicheren Fernzielen“ und ohne Berücksichtigung der Lebensrealität des Patienten.

Seite 99: Der Gutachter muss in seiner Stellungnahme die Befürwortung oder Nichtbefürwortung der beantragten Therapie begründen. Er sollte zu allen für eine Befürwortung notwendigen Voraussetzungen eine Aussage machen:

- Krankheitswertigkeit der Beschwerden des Patienten
- Klarheit der aktuell wirksamen Psychodynamik
- Differenzialindikation
- Prognose

- ggf. Notwendigkeit ärztlicher Mitbehandlung
- bei eingeschränkter Befürwortung mit Reduzierung der Zahl der beantragten Sitzungen sollten die Zweifel an einer zweckmäßigen Behandlungsplanung mitgeteilt werden.

## § 38 Schriftliche Dokumentation

Leistungen nach dieser Richtlinie erfordern für jede Patientin und jeden Patienten eine schriftliche Dokumentation des Datums der Leistungserbringung, der diagnostischen Erhebungen, der wesentlichen Inhalte der psychotherapeutischen Interventionen sowie der Ergebnisse in der Patientenakte. Die „Individuelle Patienteninformation“ gemäß § 11 Absatz 14 ist ebenfalls Bestandteil der Patientenakte.

### Anlage

#### I. Die nachstehenden Verfahren, Methoden und Techniken können wie folgt Anwendung finden:

1. Katathymes Bilderleben ist keine eigenständige Psychotherapie im Sinne der Richtlinie, sondern kann gegebenenfalls im Rahmen eines übergeordneten tiefenpsychologisch fundierten Therapiekonzeptes (§ 16a) Anwendung finden.

Der **Kommentar** ergänzt auf Seite 45: „Katathymes Bilderleben ist (...) als Ergänzung verbaler Verfahren angezeigt, wenn der Patient sich auf eine verbale therapeutische Interaktion aufgrund seiner Struktur oder der Art seiner Störung nur schwer einzustellen vermag bzw. ihm aus gleichen Gründen der Zugang zu nichtrationalen interseelischen Vorgängen erschwert ist. Es kann bei bestimmten Charakterstrukturen einen Symbolisierungsprozess ermöglichen und die Verbesserung der therapeutischen Kommunikation mit bestimmten Patienten fördern. Daraus ergibt sich auch, dass das Katathyme Bilderleben nur in begrenzter Sitzungszahl im vorgesehenen tiefenpsychologisch fundierten Therapiekontingent möglich ist. (...)“

Beim imaginativen Vorgehen des Katathymen Bilderlebens initiiert der Therapeut eine Vorstellung – ein Szenario – im Patienten, dessen Inhalt Gegenstand des verbalen Austauschs wird. Beide bewegen sich auf einer gemeinsamen Bearbeitungsebene – der Therapeut als ‚Anreger‘, d. h. auch Handelnder, der Patient als Objekt der Anregung, d. h. als Aufnehmender und Antwortgebender.

Die Anwendung des Katathymen Bilderlebens verspricht eine Verdichtung des therapeutischen Geschehens, sodass für den ersten Bewilligungsschritt 30–40 Sitzungen ausreichen können. Zielvorstellung ist nicht die kontinuierliche Anwendung des Katathymen Bilderlebens, sondern der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie.“

(...)

3. Eye-Movement-Desensitization and Reprocessing (EMDR) kann bei Erwachsenen mit posttraumatischen Belastungsstörungen als Behandlungsmethode im Rahmen eines umfassenden Behandlungskonzeptes der Verhaltenstherapie, der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie oder analytischen Psychotherapie Anwendung finden. Die Anwendung setzt eine hinreichende fachliche Befähigung voraus, das heißt eine Qualifikation in der psychotherapeutischen Behandlung der posttraumatischen Belastungsstörung einschließlich der Methode EMDR.

## **II. Die folgenden Psychotherapieverfahren, Psychotherapiemethoden und psychotherapeutischen Techniken können keine Anwendung finden, da die Erfordernisse der Psychotherapie-Richtlinie nicht erfüllt werden:**

1. Gesprächspsychotherapie
2. Gestalttherapie
3. Logotherapie
4. Psychodrama
5. Respiratorisches Biofeedback
6. Transaktionsanalyse

# Auszug aus der Stellungnahme des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie zur psychodynamischen Psychotherapie (PP) bei Erwachsenen<sup>3</sup>

(...)

## 2. Definition

Die **Psychodynamische Psychotherapie (PP)** gründet auf der Psychoanalyse und ihren Weiterentwicklungen. Die Behandlungsprinzipien der PP bestehen in einer Bearbeitung lebensgeschichtlich begründeter unbewusster Konflikte und krankheitswertiger psychischer Störungen in einer therapeutischen Beziehung unter besonderer Berücksichtigung von Übertragung, Gegenübertragung und Widerstand. Dabei wird je nach Verfahren stärker im Hier und Jetzt oder im Dort und Damals gearbeitet, die Stundeninhalte sind je nach Verfahren strukturierter (Technik: Fokussierung) oder unstrukturierter (Technik: freie Assoziation), und der Therapeut greift jeweils auf eine stärker aktive oder eher zurückhaltendere Interventionstechnik zurück.

## 3. Beschreibung des Verfahrens

Bei der **PP** handelt es sich um ein Verfahren, bei dem verschiedene Methoden und Techniken mit einem gemeinsamen störungs- und behandlungstheoretischen Hintergrund in verschiedenen Settings zur Anwendung gelangen. Eine detaillierte Beschreibung der Anwendungsformen in den verschiedenen Settings findet sich in den gängigen Lehrbüchern (oder in den Ausführungen zu den kassenrechtlichen Regelungen zur Anwendung von Psychotherapie („Psychotherapie-Richtlinien“)). PP kommt im ambulanten und stationären Setting bei Einzelpersonen, Paaren, Familien und Gruppen zur Anwendung.

(...)

## 5. Diagnostik

Vor Beginn einer Behandlungsaufnahme steht eine Indikationsdiagnostik in Form eines Erstinterviews unter psychodynamischen Gesichtspunkten, d. h. un-

.....  
3 Vollständiger Text unter <http://www.wbpsychotherapie.de/page.asp?his=0.113.131.132>.

ter Beachtung von Übertragung und Gegenübertragung. Ergebnis ist i. d. R. eine psychodynamische Hypothese über den Zusammenhang von Symptomentstehung und Persönlichkeitsentwicklung im biografischen und sozialen Kontext.

Die Interviewdiagnostik wurde im Laufe der Entwicklung immer differenzierter und im Hinblick auf die Erfordernisse ausreichender Testgütekriterien (Reliabilität und Validität) auch immer stärker operationalisiert. Prototypisch für diese Entwicklung ist die „Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik“ (OPD), bei der Symptomatik (nach ICD-10), Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzungen, Beziehung, Konflikt und Struktur erfasst werden. Die OPD-Diagnostik liefert indikationsrelevante Befunde, z. B. konfliktaufdeckende fokale Therapie oder strukturstützende Therapie bei starker Strukturschwäche.

## 6. Theorie

Die **PP** verfügt über ein elaboriertes Theoriegebäude, sowohl im Hinblick auf Theorien zur menschlichen Entwicklung als auch zur Entstehung von psychischen Störungen und ihrer Behandlung. Die psychoanalytische Theorieentwicklung ist gekennzeichnet durch einen stetigen Wandel bzw. eine ständige (Weiter-)Entwicklung. Bei der Vielzahl von Theorien zur Erklärung ein und desselben Phänomens sind Widersprüche zwischen den Erklärungsansätzen nicht ausgeblieben. Manche Theorien wurden durch die Forschung widerlegt, andere als unbeweisbar beiseite gelegt und wiederum andere bestätigt. Verstärkt sind auch in den letzten Jahrzehnten theoretische Konzepte für bestimmte Störungen, z. B. für Persönlichkeitsstörungen, entwickelt worden, die sich in Modifikationen der klassischen Behandlungstechnik niedergeschlagen haben.

(...)

## 10. Abschließende Hinweise

Angesichts der Vielfalt der Methoden und Techniken der PP darf sich die Aus- bzw. Weiterbildung in diesem Verfahren nicht auf einzelne Methoden, Techniken oder Anwendungsbereiche beschränken.

Berlin, den 11.11.2004

Prof. Dr. Jürgen Margraf (Vorsitzender)

Prof. Dr. Gerd Rudolf (Stellv. Vorsitzender)

# Ausführliche Darstellung der Neurosendispositionen

## 1. Die altruistisch-depressive Neurosendisposition

### Psychischer Befund

Der oft gemütvoll veranlagte Patient zeigt ein im Allgemeinen gut angepasstes und sozial erwünschtes Verhalten, übernimmt früh und bereitwillig Verantwortung und Aufgaben, zeigt sich unkompliziert, pflegeleicht und rücksichtsvoll, weil er im besonderen Maß die Anerkennung und Liebe anderer, vor allem der Eltern, braucht. Der Patient erregt aufgrund dieser Eigenschaften leicht die spontane Anteilnahme des Therapeuten. Latent bestehen jedoch – wie Schultz-Hencke betont – Riesenansprüche und Hass auf die versagenden Beziehungspersonen. Der Patient kann seine Bedürfnisse nicht vertreten und nicht verteidigen.

Unter Belastung und Versagung, zum Beispiel wenn der Patient nicht genügend Anerkennung und Bestätigung von außen erhält, dekompenziert er leicht, neigt dann zu gedrückter Stimmung, zum Verlust von Lebensfreude und Interesse. Es zeigt sich dann leicht ermüdbar, antriebslos, leidet an Denk-, Konzentrations-, Schlaf- und Appetitstörungen, quälender innerer Unruhe, Selbstzweifeln,

Selbstvorwürfen, Schuldgefühlen und Ich-Hemmung, setzt sich vermehrt mit dem Tod auseinander, Suizidfantasien. Es kann sich auch eine oral-sadistische, fordernd-insistierende Haltung mit ausgeprägtem Neid und Missgunst zeigen (passiv-aggressive Persönlichkeit im Sinne Abrahams).

### Biographische Anamnese

Nach Dührssen wurde den vitalen Ansprüchen an das Leben von den ersten Lebenstagen an die Befriedigung versagt. Die Eltern waren unfähig, die Bedürfnisse des Kindes empathisch zu spiegeln und zu befriedigen, zum Beispiel wird das Kind von einer (zum Beispiel voll berufstätigen, mehrere Kinder versorgende oder in einer wirtschaftlichen Notlage befindlichen und daher) überlasteten Mutter hastig und ungeduldig gestillt. Infolge des mangelnden Interesses der Mutter für das kindliche Omnipotenzgebaren muss sich das Kind den Gesten der Mutter anpassen. Oft unsichere Bindung, häufige Abwesenheit eines oder beider Elternteile, schwere Krankheit eines Elternteils, Verlust eines Elternteils, Parentifizierungssituation. Eltern verlegen eigene Ambitionen auf das Kind. Das Kind erwirbt die von den Eltern erwarteten Fähigkeiten (zum Beispiel Geduld, Höflichkeit, Gehorsam, Altruismus, Fleiß, Leistung), lebt aber mit dem Gefühl, dass es eher für imaginäre Eigenschaften als für sein wahres Selbst geliebt wird.

## **Psychodynamik**

Mangelnde Verinnerlichung guter Objekte, dadurch keine ausreichend stabile Selbstrepräsentanzen, Introjektion ambivalenter (geliebter und gehasster) Objekte. Nach Schultz-Hencke sind vor allem orale und aggressive Antriebe gehemmt. Ständige ungesättigte Bedürfnisspannung, ohne dass die natürlichen Bedürfnisse und das Besitzstreben ausgedrückt werden können. Das orale und das aggressive Antriebsmoment sind derart bedrohlich, dass sie durch Furcht und Schuldgefühle vollständig antagonisiert werden müssen. Aufgestaute aggressive Energie findet keinen anderen Weg, als sich gegen das eigene Selbst und die bösen Introjekte zu richten (zum Beispiel in der Form von Selbstmordimpulsen). Infolge der vollständigen Abwehr erscheint der depressiv Strukturierte in Versuchungs- und Versagungssituationen wehrlos. Wendung von Aggressionen gegen das Selbst, kompensatorische Überhöhung des Ich-Ideals, hohe Leistungsmaßstäbe, ein strenges, überforderndes, unnachgiebiges Über-Ich, versteckte fusionäre Sehnsucht und Abhängigkeit von einem äußeren – Liebe und Anerkennung spendenden – Objekt.

Persistierendes regressiv-unbewusstes Bedürfnis nach grenzenloser Wertschätzung und emotionaler Sättigung durch ein ideales Objekt.

## **2. Die abhängige oder dependente Neurosendisposition**

### **Psychischer Befund**

Der Patient ist in regressiver, dem Alter nicht angemessener Weise anklammernd, zeigt wenig eigene Willensäußerungen und Eigeninitiative. Überausprägung primärer Fähigkeiten: naives Vertrauen und Zutrauen, Glaube, Hoffnung, Geduld, Gehorsam. Der Patient ist überaus nachgiebig und versöhnlich und hofft auf nicht endende Unterstützung und Fürsorge, wenig Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten, Angst, alleine zu sein und verlassen zu werden, inaktive Erwartungshaltung.

### **Biographische Anamnese**

Das Kind erfährt während der oralen Phase genügend Zuwendung und Aufmerksamkeit, so dass sich ein primäres (naives) Urvertrauen bilden kann. Die Mutter hört mit der Fürsorge nicht auf, obwohl es entwicklungsmäßig angemessen wäre. Autonomie entwickelt sich nicht, wenn das Kind in der Separations-Individuations-Phase zwischen dem 6. und 36. Monat (so genannt von Margret Mahler in „Symbiose und Individuation“) bei einer selbstsicheren und liebenden Mutter nicht erfährt, dass es sich selbstständig bewegen (auch auf Dritte hin) und entfalten kann, ohne deshalb den Schutz und die Zuneigung der Mutter zu verlieren. Die Mutter benötigt das Kind als von ihr abhängiges Selbst-Objekt, kontrolliert es, behindert seinen Erwerb von Kompetenzen und reagiert

ängstlich, wenn sich das Kind von ihr entfernt. Die abhängige Neurosendisposition, v. a. in Kombination mit Borderline-Anteilen, disponiert zu Missbrauch.

### **Psychodynamik**

Innerpsychische Repräsentation guter Objekte, jedoch Fixierung an die Mutter mit bleibenden symbiotisch-fusionären Wünschen. Unzureichende emotionale Besetzung von Dritten (mangelnde Triangulierung). Abwehr von negativen Gefühlen. Unterwerfung, Verzicht auf Trotzreaktionen und Autonomie. Kritische und abgrenzende Ich-Funktionen entwickeln sich unzureichend. Ggf. Inkorporation von Nahrung und Suchtmitteln als primitive Form der Abwehr bei realer oder fantasiertes Trennung vom dringend benötigten Objekt.

Persistierendes regressiv-unbewusstes Bedürfnis nach grenzenloser Geborgenheit bei einem immer verfügbaren und allmächtigen (koabhängigen) Objekt.

## **3. Die ängstliche oder vermeidend-selbstunsichere Neurosendisposition**

### **Psychischer Befund**

Der Patient ist ständig angespannt und besorgt, v. a. um die eigene körperliche Unversehrtheit. Minderwertigkeits- und Insuffizienzgefühle, gehemmt v. a. in zwischenmenschlichen Situationen, fürchtet Kritik, Demütigung oder Zurückweisung, deshalb auch sehr vorsichtig, etwas von sich preiszugeben, aus Angst, zum Beispiel der Therapeut könnte es missbilligen. Tiefes Bedürfnis nach Liebe, Harmonie und danach, akzeptiert zu werden. Sehr intime Beziehungen zu den wenigen Personen, die seinem übertriebenen Sicherheitsverlangen entsprechen, deshalb sind expansive Strebungen eingeschränkt. Vermeidung von unbekanntem Aktivitäten und Kontakten, ungewöhnlich risikoscheu.

### **Biographische Anamnese**

Die Herkunftsfamilie war die Hauptquelle von Unterstützung und beanspruchte volle Loyalität. Die Welt außerhalb der Familie wurde als zurückweisend angesehen. Trotz der hohen familiären Verbundenheit wies die Qualität der elterlichen Zuwendung Mängel auf, die das Kind verunsicherten. Es erlebte im Familienverband demütigende Bloßstellungen seiner Schwächen. Oder es wurde dadurch bestraft, dass es alleine eingesperrt oder von gemeinsamen Familienaktivitäten ausgeschlossen wurde. Erfahrungen von Trennung und Verlust von wichtigen Beziehungspersonen wirken sich umso stärker aus, je früher sie stattfinden. Eine besonders kritische Zeit soll die Subphase der Wiederannäherung (nach Margret Mahler ab dem 18. Monat) sein, in welcher der Konflikt des Kindes zwischen seinen Autonomietendenzen (spielerisches Sich-Entfernen von der Mutter) und seiner Trennungsangst einen Höhepunkt erreicht. Ein zu stark ängstliches und an sich

bindendes Verhalten der Mutter oder umgekehrt schmerzvolle Erfahrungen von Trennung, Verlust oder unzuverlässiger Objekte behindern die Entwicklung der Objekt Konstanz in der Konsolidierungsphase (ab dem 24. Monat) ebenso wie fehlende Triangulierung bei Abwesenheit des Vaters.

### **Psychodynamik**

Unzureichende Objekt Konstanz: das gute und sichere Bild des primären Objekts ist innerseelisch nicht so stabil repräsentiert und libidinös besetzt, dass die vorübergehende äußere Trennung vom Objekt ohne wesentliche Trennungsangst und Bedrohung für die Kohärenz des Selbst ertragen werden kann. Mangelnde Verinnerlichung stabiler Objektrepräsentanzen und damit labile Selbstrepräsentanzen, drohender Selbstverlust bei Trennung von dem Sicherheit spendenden Objekt, Verschiebung der Selbstverlustangst auf körperliche Symptome oder Externalisierung auf soziale Situationen. Eigene aggressive Impulse werden in eine fremde Welt projiziert, die dann als feindselig und gefährlich erlebt wird. Persistierendes regressiv-unbewusstes Bedürfnis nach absolut sicherer Bindung bei einem idealen und immer verfügbaren Objekt, das niemals durch Tod oder Trennung verloren gehen kann. Teilweise Verleugnung von bedrohlichen Themen, zum Beispiel Tod.

## **4. Die zwanghafte (anankastische) Neurosendisposition**

### **Psychischer Befund**

Übertrieben starke und eigensinnige Ausprägung von sekundären psychosozialen Normen und Fähigkeiten: Ordnung, Pedanterie, Genauigkeit, Perfektionismus, Sparsamkeit/ Geiz, Reinlichkeit, Disziplin, Höflichkeit, Fleiß. Blinder Gehorsam gegenüber Autoritäten und Prinzipien. Fürchtet, etwas falsch zu machen oder wegen einer Unzulänglichkeit angeschuldigt zu werden, ist deshalb übervorsichtig. Schwanken zwischen Unterwerfung und Rebellion gegen Autoritäten. Tendenz, andere rücksichtslos zu kontrollieren und zu beschuldigen. Unterdrückung eigener Gefühle und Bedürfnisse. Plant alles minuziös, liebt Rituale. Störungen der Ordnung oder Behinderungen der Rituale verursachen Angst. Persistenz magischen Denkens, Leistung geht vor Vergnügen.

### **Biographische Anamnese**

Dührssen sah die Präformierung zur zwanghaften Neurosendisposition im 2. und 3. Lebensjahr, in der Phase der handelnden Weltbewältigung, in der das Kind neue motorische Möglichkeiten der Expansion, Aggression, des Festhaltens (retentive Antriebe), der Selbstbehauptung und Durchsetzung des eigenen Willens (Trotz) gewinnt. In dieser Zeit würden dem Kind zu viele Verbote, Gebote und moralisierende Ermahnungen

zugemutet. Die Umwelt gewinne so einen übermäßigen, dem Entwicklungsalter unangemessenen Aufforderungscharakter hinsichtlich der Beherrschung von Blase und Darm, überhaupt der Selbstbeherrschung, Ordnung, Sauberkeit, Perfektion und des Verzichts auf Handlungsimpulse. Der eigenständige Gedankenstrom des Kindes werde zu stark durch persönlichkeitsfremd erlebte Inhalte durchkreuzt und untergrabe die Vorherrschaft der eigenen Gedankenwelt und eigenen Handlungsimpulse gegenüber diesen Inhalten. Mitunter kann ein strenger, legalistischer Erziehungsstil in eine willkürliche und rigorose Dressur des Kindes, das sich dem Willen eines oder beider Elternteile völlig unterwerfen muss, ausarten. Nach Schultz-Hencke werden unter diesen Bedingungen das natürliche „Aggredi“ im Sinne der motorischen Entfaltung, auch das Bedürfnis, Besitz zu ergreifen oder sich die Umwelt aktiv zu erschließen, gehemmt. „Eine lebhaftere Bereitschaft zum Handeln, und zwar am rechten Ort, zur rechten Zeit, in rechter Weise“, kommt nicht zustande.

Infolge noch fehlender kognitiver Fähigkeit zur Kausalverknüpfung herrscht im 2. und 3. Lebensjahr ein magisches Welterleben vor, an das zwanghaft strukturierte Menschen weiter fixiert bleiben können: Personen und Gegenstände sind mit mächtigen, nicht vorhersehbaren Fähigkeiten ausgestattet. Die Welt wird allbeseelt erlebt, als hätte jeder Gegenstand ein eigenes Wünschen, Planen und Handeln und könnte durch magische Handlungen beeinflusst werden.

### **Psychodynamik**

Der Zwang von außen, der die natürliche Spontaneität, den Vollzug des eigenen Willens und die Autonomieentwicklung behindert, wird zum inneren (introjizierten) Zwang. Das durch den Zwang beschädigte Selbst stabilisiert sich durch magische Rituale und sadistische Fremdkontrolle, durch die der Zwang und die angestaute ohnmächtige Wut in versteckter und sozial akzeptierter Form abgeführt werden können. Ständiger Kampf um Selbstkontrolle. Aggressive Affekte und Triebregungen in Versuchungs- und Versagungssituationen müssen durch Affektisolierung, Reaktionsbildung, Intellektualisierung und Rationalisierung abgewehrt werden. Triebdurchbrüche müssen ungeschehen gemacht werden. Wenn das nicht gelingt, wird der Betroffene durch Über-Ich-Angst überwältigt. Die Entwicklung des Über-Ichs ist auf einer archaischen, strafen- den Stufe stehen geblieben. Die magischen Rituale dienen auch der Beruhigung des Über-Ichs.

Persistierendes regressiv-unbewusstes Bedürfnis nach Kontrolle und Selbstbehauptung gegenüber einer als übermächtig erlebten Umwelt.

## 5. Die histrionische oder hysterische Neurosendisposition

### Psychischer Befund

Oft attraktiver Patient. Schönheit wird benutzt, um sich Anstrengung zu ersparen. Theatralische Pose, aufdringliches Dramatisieren von oberflächlichen, labilen Affekten, Selbstdarstellung, ständig beschäftigt mit der äußeren Erscheinung und mit der eigenen Wirkung, Diskrepanz zwischen gespielter Rolle und wirklichem Sein. Hinter der koketten Fassade innere Leere und tiefe Vertrauenslosigkeit in die Welt. Angst, nicht beachtet zu werden, will im Mittelpunkt stehen, daher übertrieben verführerisch, will eine starke, liebende und umsorgende Person mit der eigenen Attraktivität an sich binden und kontrollieren, leicht beeinflussbar und erlebnishungrig.

Nach Schultz-Hencke fehlen der infantilen Expansivität die notwendige Struktur und Rationalität. Die Irrationalität drückt sich in der Sprache aus, mit welcher der hysterisch strukturierte „Schindluder“ betreibt. „Eulenspiegelerei und Clownerie beherrschen Erleben, Ausdruck und Handeln.“ Hysterisch strukturierte spielen planlos die Rolle anderer. Sie leben „im fremden Gewand“. Die Patienten wollen anders erscheinen als sie sind. Sie inszenieren sich, weil sie sich, so wie sie sind, als unzureichend erleben. Sie identifizieren sich mit anderen, die sie als stärker, attraktiver, erfolgreicher usw. ansehen. Benjamin spricht von einem kränklichen Untertyp, der gelernt hat, durch Klagen und Unfähigkeit wirkungsvoll warmherzige Fürsorge hervorzulocken.

### Biographische Anamnese

Freud vermutete die Entstehung der hysterischen Disposition in der ödipalen Phase (4. bis 5. Lebensjahr). Heute sind sich die meisten Autoren einig, dass auch präödipale Einflüsse eine wesentliche Rolle spielen. Die Inszenierung im fremden Gewand lässt sich biografisch erklären aus der Erfahrung des Kindes, von den Eltern nicht um seiner selbst willen, sondern dafür geliebt zu werden, dass es den elterlichen Ambitionen, z. B. besonders hübsch auszusehen oder ungewöhnlich unterhaltsam zu sein, entspricht (Winnicotts Begriff des „falsches Selbst“). Insgesamt erfährt das Kind von den Eltern eher eine oberflächliche und wechselhafte Gefühlsbindung. Der klassisch-psychoanalytische Prototyp einer Hysterikerin ist die attraktive Frau, die als Kind von ihrem ebenfalls als attraktiv erlebten Vater bewundert und bevorzugt wurde. Auch sie bewunderte und bevorzugte ihren Vater. Die Beziehung war durch Flirten geprägt, jedoch nicht inzestuös wie bei Borderline-Persönlichkeiten. Die histrionisch strukturierten Patienten lernten als Kind, dass es wichtiger ist, attraktiv zu sein als kompetent, um Einfluss auf wichtige andere zu haben. Benjamin weist darauf hin, dass manche Patientinnen als Kind ihre Attraktivität einsetzen mussten, um andere Familienmitglieder vor gewaltsamen Übergriffen eines z. B. alkoholkranken Vaters zu schützen. Dührssen sieht wie Freud die histrionische Strukturbildung im 4. bis 5. Lebensjahr. Sie weigert sich jedoch, „diese sehr komplexen

Vorgänge überbetont mit dem Sexualeben des späteren Erwachsenen in Verbindung zu bringen“. Bei der Suche nach der erfolgreichsten Rolle gelange das Kind zu keinen klaren Gefühl vom eigenen Ich (einschließlich der eigenen Geschlechtsrolle) und vom Wesen der umgebenden Menschen und ihrer Beziehungen untereinander. Das Kind wechsele u. U. dauernd die Fassade, z. B. als Jungen gewünschte Mädchen versuchen, mit jungenhaftem Benehmen die Anerkennung der Eltern zu gewinnen. Begünstigend für die histrionische Strukturentwicklung wirken sich unklare familiäre Generationsgrenzen, emotionale Bündnisse zwischen einem Elternteil und dem Kind gegen den anderen Elternteil und Loyalitätskonflikte aus.

### Psychodynamik

Nach Schultz-Hencke ist das „liebende-sexuelle“ Antriebserleben im Sinne einer bejahenden Zuwendung und zärtlichen Kontaktsuche gehemmt, und gleichzeitig drängt es nach Erfüllung. In diesem Spannungsfeld von Versuchung und Versagung kann sich kein ausreichend rationales Weltbild entwickeln, wie es sich im vierten und fünften Lebensjahr normalerweise auf dem Wege der Realitätsprüfung herausbildet. Die resolute Erforschung der Welt, wie sie wirklich ist, einschließlich der Ergündung der Geheimnisse der Sexualität und der Herkunft der Kinder, ist beeinträchtigt. *Durch die emotionale Verstrickung mit dem gegengeschlechtlichen Elternteil sind die kognitive, realitätsprüfende Ich-Entwicklung sowie die Reifung des Über-Ichs und Ich-Ideals, die über die Identifikation mit dem gleichgeschlechtlichen Elternteil fortschreiten sollten, eingeschränkt.* Die ertümlische Produktivität frühkindlicher Fantasie und Intuitivität findet mangels ordnender und planender Ratio sowie mangels klarer Wertorientierung keinen Boden. Die Patienten **emotionalisieren** alltägliche Ereignisse, um einer *quälenden inneren Leere* (des falschen Selbst) zu entgehen. Dissoziative Symptome symbolisieren *Hilflosigkeit infolge einer unvollständigen Symbioseablösung.*

Persistierendes regressiv-unbewusstes Bedürfnis nach Versorgung durch ein ideales, starkes und durch Verführbarkeit kontrollierbares Objekt.

## 6. Die emotional instabile Neurosendisposition

### Psychischer Befund

Einerseits krankhafte Angst, verlassen zu werden, und erstaunliche Anstrengungen, nicht verlassen zu werden, andererseits Neigung zu Streit und impulsivem Verhalten ohne Rücksicht auf die Konsequenzen, mit Wutausbrüchen und Gewalttätigkeit, wenn der Liebespartner dem Bedürfnis nach protektiver Behütung nicht ausreichend entspricht. Mangelnde Ausdauer und Selbstkontrolle, verminderte Angsttoleranz, imperativer Charakter der Triebbedürfnisse, Dominanz des Primärprozesses, unberechenbare Stimmungsschwankungen, innere Leere, kein klares Selbstbild, Identitätskonfusion, keine klaren Ziele. Hohe Ambivalenz in oft instabilen Beziehungen mit häufigen Krisen,

dramatisch wechselnde Übertragungen: Der Idealisierung folgt leicht die totale Abwertung. Äußerst labiles Gleichgewicht, Stabilität in der Instabilität, kleine Störungen können zur Dekompensation führen, dann Neigung zu paranoiden Vorstellungen und dissoziativen Symptomen, doch erhaltene Realitätsprüfung, Pseudostabilität durch Ausgleichssymptome (zum Beispiel Sucht, Essstörung) oder durch pathologische, aber stabile Beziehungen zur Außenwelt, Selbststabilisierung hat Vorrang vor allen anderen Bedürfnissen, reduzierte Empathie, Labilität des Selbstkonzepts.

### **Biographische Anamnese**

Nach Benjamin seifenoperähnliches Chaos in der Herkunftsfamilie mit ständigen Dramen, in den ersten Lebensjahren bereits traumatische Erfahrungen von Trennung und Verlassenwerden, Gewalt, Misshandlung oder Missbrauch. Stark wechselndes und unberechenbares Verhalten der primären Beziehungspersonen: Inniger symbiotischer Zuwendung und Verwöhnung folgt schroffe Zurückweisung, Missachtung oder Abwertung. Streben nach Autonomie, Kompetenz und Glück wird in der Familie als Illoyalität bewertet und sanktioniert. Liebe, Fürsorge und Zuwendung wurden in der Familie gewährt, wenn sich der Patient krank und schwach zeigte.

Es werden also durchaus gewisse emotionale Kompetenzen (z. B. Geduld, Zärtlichkeit, Vertrauen, Glaube, Liebe) erworben, welche eine partiell gute und intensive Beziehungsfähigkeit bedingen. Aber in diese partiell vorhandenen emotionalen Qualitäten konnten die entgegengesetzten negativen Affekte nicht integriert werden. Der wichtige Entwicklungs- und Reifungsschritt, dass der geliebte andere in einer Person auch der Versagende und Gehasste sein kann (M. Kleins depressive Position), wird nicht vollzogen bzw. wieder rückgängig gemacht.

### **Psychodynamik**

Aufgrund von genetischen Prädispositionen und Erschütterungen in der Loslösungs-/ Individuationsphase bis etwa zum vierten Lebensjahr werden die Fusion guter und befriedigender Objekt-Repräsentanzen mit guten Selbst-Repräsentanzen sowie die Spaltung von guten und bösen Objekt- und Selbst-Aspekten nicht phasengerecht und vollständig aufgelöst. Schwer wiegende orale Frustrationen rufen schon früh bedrohliche Affekte von Wut, Hass und Neid hervor. Zum Selbstschutz und zur Abschirmung gegen aversive interpersonelle Erfahrungen findet weiter Spaltung statt: Gute, befriedigende und böse, versagende Anteile derselben Person werden als zwei verschiedenen Personen zugehörig erlebt. Durch Verleugnung der bösen Anteile wird das gute Bild nicht zerstört, das der Patient als spiegelndes, zur Fusion dienendes Selbst-Objekt braucht. Durch Projektion werden eigene negative, d. h. aggressive Selbstanteile als Feindseligkeit der Beziehungspersonen erlebt. Nach Benjamin findet eine Internalisierung der interpersonellen Interaktionsmuster und Beziehungserfahrungen in der Herkunftsfamilie statt. Verinnerlichtes Chaos bedingt die Instabilität, verinnerlichtes Verlassenwerden und Introjekte des Missbrauchers und Aggressors erklären die Tendenz zur Selbstgefährdung und Selbstschädigung. Eigene aggressive Anteile infolge Identifikation mit dem Aggressor

werden projiziert und in anderen Personen bekämpft. Infolge der Spaltungen der Objekt- und Selbst-Repräsentanzen kommt es zur Fragmentierung des Selbst, damit zur Selbst-Objekt-Diffusion, zu Abhängigkeit oder autistischem Rückzug.

Persistierendes regressiv-unbewusstes Bedürfnis nach einem idealisierbaren dauerhaften Objekt, das vom inneren Chaos und der Wucht der widersprüchlichen Affekte des Patienten unanfechtbar ist und dennoch vollkommene Fürsorge und Bindungssicherheit gewährt.

## 7. Die paranoide Neurosendisposition

### Psychischer Befund

Eine einsame Gestalt voller Hass und Angst, die den Hass und die Angst anderer auf sich zieht. Funktioniert äußerlich, zum Beispiel in der Schule, gut, fürchtet aber, von anderen angegriffen oder beschuldigt zu werden. Bezieht alles auf sich, als ob die ganze Welt gegen einen wäre. Neutrale oder freundliche Handlungen werden als feindselig oder abwertend fehlinterpretiert. Eigenes Versagen und eigene Schuld können nicht eingestanden werden, sucht die Verantwortung bei anderen. Übertrieben verletzlich, nachtragend und misstrauisch mit der Neigung, sich zu verschließen. Die Betroffenen können umgekehrt zu den wenigen, die vermeintlich auf ihrer Seite stehen, überzogenes Vertrauen zeigen. Brauchen dann ständig die Bestätigung, verstanden zu werden.

### Biographische Anamnese

Die elterliche Betreuung war nüchtern und kontrollierend bis feindselig, sadistisch strafend und erniedrigend. Mangel an empathischer Spiegelung des Kindes, ggf. bei gleichzeitiger Bevorzugung der Geschwister. Das Kind wurde wie ein kleiner Erwachsener behandelt und für bestimmte Aufgaben funktionalisiert. Es wurde für Fehler und Missgeschicke in vollem Umfang verantwortlich gemacht und mit unverhältnismäßigen Strafen (zum Beispiel tage- oder wochenlange Nichtbeachtung) belegt. Seine Bedürfnisäußerungen, sein Weinen und erst recht der Ausdruck von Aggression wurden unterdrückt. Es erhielt möglicherweise Anerkennung für gewisse Kompetenzen (sekundäre Fähigkeiten wie Fleiß, Leistung, Genauigkeit), aber nie eine Selbstbestärkung in dem Sinn, ein guter und liebenswerter Mensch zu sein. Die Eltern waren oft selbst misshandelte Kinder und zeigten selbst eine projektive Abwehr (zum Beispiel Ausländerhass).

### Psychodynamik

Durch frühe emotionale Mangelenerfahrungen konnte kein solides Urvertrauen entwickelt werden. Die Feindseligkeit des Umfeldes, die nicht bewusst werden darf, wird introjiziert. Auch die eigenen feindseligen Selbstanteile und aggressiven Impulse gegen die Betreuungspersonen als Reaktion auf frühe emotionale Mangelenerfahrungen, Kränkungen und erlittenes Unrecht dürfen nicht bewusst werden und müssen durch Projektion und

Externalisierung auf fremde Personen abgewehrt werden. Stavros Mentzos (1984) sieht in der nicht psychotischen projektiv-paranoiden Abwehr „allgemein-menschliche Versuche der Selbstversicherung und des Selbstschutzes gegenüber zwischenmenschlichen Unsicherheiten und Konflikten bei brüchigem Selbstbild und Selbstwertgefühl.

Das persistierende regressiv-unbewusste Bedürfnis hinter dem Misstrauen ist das nach einem optimal spiegelnden, in gleicher Weise wie man selbst fühlenden und denkenden (Alter Ego), damit vollkommen vertrauenswürdigen und das eigene Selbst bestärkenden Objekt, mit dem, symbiotisch verbunden, man gegen alle Feindseligkeit der Welt gewappnet ist.

## 8. Die narzisstische Neurosendisposition

### Psychischer Befund

Wunsch nach bewundernder Liebe, Rücksichtnahme und Unterstützung. Größengefühl in Bezug auf die eigene Bedeutung, Leistung, Unfehlbarkeit und das eigene Talent. Fantasien über unbegrenzten Erfolg, Macht und Schönheit. Überzeugung, besonders und einmalig zu sein. Erwartung besonders bevorzugter Behandlung. Ausnutzen von Beziehungen. Oft Mangel an Empathie, arrogante Verhaltensweisen, Bedürfnisse und Gefühle anderer werden nicht anerkannt. Gleichzeitig extreme eigene Verletzlichkeit gegenüber Kritik und Zurückweisung. Wenn andere die Unterstützung versagen oder eigene Schwächen offenkundig werden, kippt das Selbstkonzept in Richtung massiver Selbstvorwürfe.

### Biographische Anamnese

Übertriebene Vergötterung und Verwöhnung des Kindes durch die Eltern. Keine ausreichende Frustration und Realitätskonfrontation: Seine Majestät, das Kind, wird von der wirklichen Welt entthront (primär verwöhnte Kinder sind sekundär frustrierte). Die Eltern verlegen eigene unerfüllte (narzisstische) Wünsche und Ambitionen auf das Kind. Das Kind wird für imaginäre Eigenschaften geliebt.

Gefahr, die Gunst der Eltern zu verlieren, wenn es Erwartungen nicht entspricht.

### Psychodynamik

Keine ausreichenden Erfahrungen, wirklich um seiner selbst willen geliebt zu werden. Daher Mangel an echter Selbstliebe und Selbstwertgefühl. Ein wahres Selbst mit klarem Selbstbild konnte sich nicht entwickeln. Die scheinbare Vitalität, Autonomie und Kohärenz des Selbst wird mit einer Überhöhung des eigenen Größenselbst erreicht. Objektbeziehungen dienen der Selbsterhöhung und Selbstbestärkung.

Persistierendes regressiv-unbewusstes Bedürfnis nach bedingungsloser Bewunderung und grenzenloser Bestätigung durch eine hochrangige andere Person, zum Beispiel Therapeut.

## 9. Die passiv-aggressive oder negativistische Neurosendisposition

### Psychischer Befund

Negativistische Einstellungen und passiver Widerstand gegenüber Forderungen nach angemessener Leistung, zum Beispiel durch Verzögerungsmanöver: arbeitet scheinbar vorsätzlich langsam und schlecht, vergisst Pflichten. Abneigung gegen soziale oder berufliche Routineaufgaben. Mürrisch und streitsüchtig, wenn etwas von ihm verlangt wird, was er nicht tun möchte. Wechsel zwischen feindseligem Trotz und Reue. Klage, von anderen missverstanden und missachtet zu werden, glaubt, seine Tätigkeit besser auszuüben, als andere es glauben. Kritik und Verachtung gegenüber Autoritäten. Klage über eigenes Unglück und Neid auf andere, die offensichtlich mehr Glück haben.

### Biographische Anamnese

Verlust eines als paradiesisch erlebten (oder auch nur fantasierten) Primärzustandes: Die anfängliche bevorzugte Fürsorge und Verwöhnung des Kindes wurde durch eine abrupte Veränderung unterbrochen, zum Beispiel die Geburt eines Geschwisterchens, dadurch neue und harte Leistungsanforderungen. Strenge Bestrafung von Wutäußerungen und von Autonomiestrebungen, die den Interessen der Eltern zuwiderliefen. Zentrale Themen sind Gerechtigkeit und Ungerechtigkeit.

### Psychodynamik

Der abrupte Verlust anfänglicher Bevorzugung stellt eine narzisstische Kränkung dar, die weder durch Trauer noch durch Wutäußerung verarbeitet werden kann. Die Trauer wird abgewehrt durch eine geheime Aufrechterhaltung des Anspruches auf fortgesetzte Bevorzugung. Die Wut wird z. T. masochistisch gegen das eigene Selbst gerichtet, z. T. in Form versteckten passiven Trotzes gegen die Umwelt und vor allem gegen Autoritäten. Dadurch Selbstsabotage (zum Beispiel Verhinderung von beruflichem Aufstieg) und Wiederholung der alten Frustrationsituation und Bestätigung des negativen Weltbildes.

Persistierendes regressiv-unbewusstes Bedürfnis nach Wiederherstellung des paradiesischen Primärzustandes vollkommener oraler und narzisstischer Befriedigung.

## 10. Die pseudounabhängige Neurosendisposition

### Psychischer Befund

Der Patient zeigt sich betont autonom, autark, willensstark und durchsetzungsfähig. Will am liebsten alles allein entscheiden und machen. Nimmt nur ungern Hilfe an. Lässt keine Anlehnungs- und Bindungswünsche zu. Schützt sich übermäßig dagegen, von anderen abhängig zu werden. Abhängigkeits- und Anlehnungswünsche werden nur indirekt sichtbar, wenn der Patient aufgrund einer oft psychosomatischen Symptomatik auf fremde Hilfe angewiesen ist.

### Biographische Anamnese

Die primären Objekte stehen infolge z.B. Überforderung oder Berufstätigkeit beider Elternteile nur unzureichend für die Anlehnungs- und Abhängigkeitswünsche des Kindes zur Verfügung. Möglicherweise erfordert auch ein krankes oder behindertes Geschwisterkind den größten Teil der Zuwendung der Eltern.

Die Eltern erwarten vom Kind früh ein hohes Maß an Selbstständigkeit. Durch selbstständiges Verhalten gelingt es dem Kind, Zuwendung und Anerkennung der Eltern zu gewinnen.

### Psychodynamik

Durch die mangelnde phasengerechte Spiegelung kindlicher Anlehnungs-, Abhängigkeits- und Versorgungsbedürfnisse werden diese gehemmt oder abgespalten. Die Autonomieentwicklung erfolgt beschleunigt und forciert. Die Aggression des Kindes infolge der Frustration seiner Abhängigkeitswünsche kann sich durch ein besonders eigensinniges und schwer beeinflussbares Verhalten Bahn brechen. Das Auftreten von psychosomatischen Symptomen mit einem erhöhten Bedarf des Patienten nach Zuwendung und Versorgung kann als Zusammenbruch der Abwehr der Abhängigkeitswünsche gewertet werden.

# Übersicht zu Neurosendispositionen/ Persönlichkeitsstilen

Diese Übersicht über die Neurosendispositionen/Persönlichkeitsstile (welche dem Internet-Programm [bericht-online.de](http://bericht-online.de) entnommen ist) kann als diagnostische Schnellorientierung genutzt werden. Kreuzen Sie in den ersten drei Spalten alles an, was auf Ihren Patienten zutrifft. Entscheiden Sie sich anschließend in der vierten Spalte für maximal drei Neurosendispositionen/Persönlichkeitsstile.

Wesensmerkmale	Impliziter Auftrag	Gegenübertragung	Neurosen- disposition
<input type="checkbox"/> angenehm <input type="checkbox"/> allgemein gut angepasst <input type="checkbox"/> bemüht sich	<input type="checkbox"/> Zeige mir, dass ich wertvoll und liebenswert bin	<input type="checkbox"/> man mag den Patienten spontan	<input type="checkbox"/> <b>altruistisch</b> <input type="checkbox"/> <b>abhängig</b>
<input type="checkbox"/> sehr brav	<input type="checkbox"/> Sehnsucht nach einem infantilen Primärzustand vollkommener externer Bedürfnisbefriedigung: Ich bin klein und schwach, du bist die/der Große und Starke, ohne dich bin ich nichts	<input type="checkbox"/> man neigt dazu, den Patienten wie ein Kind zu versorgen <input type="checkbox"/> Mühe, die Therapiesitzungen und die Therapie überhaupt zu beenden	<input type="checkbox"/> <b>abhängig</b>
<input type="checkbox"/> stellt hohe Ansprüche an sich und andere	<input type="checkbox"/> Sei für mich ein ideales Gegenüber	<input type="checkbox"/> irgendwann stellen sich Schuldgefühle oder Insuffizienzgefühle ein	<input type="checkbox"/> <b>altruistisch</b> <input type="checkbox"/> <b>zwanghaft</b>
<input type="checkbox"/> wagt keine eigenen Schritte <input type="checkbox"/> will ständig Rat und Führung	<input type="checkbox"/> Sage mir, was ich tun soll <input type="checkbox"/> Übernimm du alle Verantwortung <input type="checkbox"/> Erspare mir Anstrengung und Unbehagen	<input type="checkbox"/> zunehmend lästig und anstrengend	<input type="checkbox"/> <b>abhängig</b> <input type="checkbox"/> <b>ängstlich</b>
<input type="checkbox"/> sehr selbstunsicher <input type="checkbox"/> vermeidet unbekannte Situationen und Kontakte <input type="checkbox"/> braucht die sichere Verfügbarkeit anderer	<input type="checkbox"/> Sei immer für mich da, lass mich nicht allein	<input type="checkbox"/> zuerst Anteilnahme und bereitwillige Übernahme einer Hilfs-Ich-Funktion	<input type="checkbox"/> <b>ängstlich</b>
<input type="checkbox"/> größte Angst vor dem Tod	<input type="checkbox"/> Sage mir, dass alles gut wird <input type="checkbox"/> Versichere mir immer wieder, dass mir nichts passieren kann	<input type="checkbox"/> irgendwann wird man hilflos, weil man dem Patienten nicht vollständige Sicherheit garantieren kann	<input type="checkbox"/> <b>ängstlich</b>
<input type="checkbox"/> im Denken und Handeln übergenau und perfektionistisch <input type="checkbox"/> verlangt auch von anderen die Einhaltung von Sozialisationsnormen	<input type="checkbox"/> Ich will, dass für mich alles kontrollierbar ist <input type="checkbox"/> Hilf mir, mein Gewissen zu beruhigen	<input type="checkbox"/> anstrengend <input type="checkbox"/> gehemmter Ärger, Unlust <input type="checkbox"/> Machtspiel um Regeln und Formen	<input type="checkbox"/> <b>zwanghaft</b>

Wesensmerkmale	Impliziter Auftrag	Gegenübertragung	Neurosen- disposition
<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> schillernd, facettenreich, unterhaltsam</li> <li><input type="radio"/> verführerisch</li> <li><input type="radio"/> wirkt unecht bis unehrlich</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Ich möchte dich in meinem Bann ziehen</li> <li><input type="radio"/> Ich will die/der Erste und Wichtigste sein</li> <li><input type="radio"/> Wenn ich dich fasziniere, spüre ich, dass ich bin (Identität)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> spannend, unterhaltsam, sinnlich stimulierend und fantasieanregend</li> <li><input type="radio"/> verwirrend, verunsichernd</li> <li><input type="radio"/> ständiges Ringen um Grenzen</li> <li><input type="radio"/> Peinlichkeiten und Schamgefühle</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> <b>histrionisch</b></li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> unecht, hinter der Fassade trifft man keine greifbare Persönlichkeit an</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Zeige mir (an deinem Vorbild), wer ich sein kann</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Impuls, dem Patienten Orientierung und Führung zu geben</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> <b>histrionisch</b></li> <li><input type="radio"/> <b>emotional instabil</b></li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> alles ist intensiv, unberechenbar und chaotisch</li> <li><input type="radio"/> Stimmungen und Beziehungsverhalten extrem wechselhaft</li> <li><input type="radio"/> labile und heftige Affekte</li> <li><input type="radio"/> Selbstwertregulierung äußerst labil</li> <li><input type="radio"/> keine Ausdauer und Selbstkontrolle</li> <li><input type="radio"/> scheinbar unbekümmerter Wechsel von Liebe zu Feindseligkeit</li> <li><input type="radio"/> buntes Bild verschiedener Pathologien</li> <li><input type="radio"/> es gibt keine innerseelische Pufferfunktion</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Halte mich aus</li> <li><input type="radio"/> Halte mich ganz fest; ohne dich kann ich nicht leben</li> <li><input type="radio"/> Ich bin zu allem bereit, damit du bei mir bleibst</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> starke Anteilnahme, Angezogenheit, therapeutisches Engagement und Zuversicht wechseln mit Befremden oder persönlicher Verletztheit</li> <li><input type="radio"/> die Idealisierung durch den Patienten beflügelt die eigene Omnipotenz und Grandiosität</li> <li><input type="radio"/> unerwartete Entwertung</li> <li><input type="radio"/> größte Besorgtheit um den Patienten</li> <li><input type="radio"/> Schuldgefühle bei eigenen feindseligen Empfindungen gegenüber dem Patienten</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> <b>emotional instabil</b></li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> insgeheim misstrauisch und verletzbar</li> <li><input type="radio"/> nachtragend und feindselig gegen andere, deshalb tendenziell einsam</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Zeige mir, dass du absolut vertrauenswürdig bist, indem du mich völlig verstehst und die Welt so siehst wie ich</li> <li><input type="radio"/> Bestätige mir, dass die Welt schlecht ist</li> <li><input type="radio"/> Verbünde dich mit mir gegen die feindselige Außenwelt</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> anstrengend, Externalisierung der Feindseligkeit ist schwer auszuhalten</li> <li><input type="radio"/> unterschwelliger Ärger, Übertragung des generellen Grolls des Patienten auf Therapeutin</li> <li><input type="radio"/> ständig auf der Hut, den Patienten nicht zu enttäuschen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> <b>paranoid</b></li> <li><input type="radio"/> <b>passiv-aggressiv</b></li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Verbitterung und Enttäuschung über das Leben</li> <li><input type="radio"/> der tief sitzende Groll und die Ressentiments äußern sich in Distanziertheit, passivem Widerstand und Zynismus</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Sieh mein Unglück</li> <li><input type="radio"/> Gib mir zurück, was mir genommen wurde</li> <li><input type="radio"/> Du sollst dafür büßen, dass ich nicht bekommen habe, was ich gebraucht hätte</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> unter Umständen Mitgefühl für die tiefe Enttäuschtheit</li> <li><input type="radio"/> die hartnäckig negativistische Haltung und das (Selbst-) Quälische der Interaktion sind schwer auszuhalten</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> <b>passiv-aggressiv</b></li> </ul>



# Achtsamkeit in der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie (TP)

## 1. Der Begriff „Achtsamkeit“ – eine pluralistische Konzeption

Unter Achtsamkeit verstehen wir die Lenkung der Aufmerksamkeit auf das, was gerade geschieht, ohne dem Drang nachzugeben, etwas verändern oder etwas Bestimmtes erreichen zu wollen. Achtsamkeit beschreibt eine Haltung, die sich auszeichnet durch Präsenz, Gegenwärtigkeit, Bewusstheit und eine offene, experimentelle sowie absichtslose Haltung gegenüber dem gegenwärtigen Geschehen. Im Kontakt mit sich selbst, der Um- und Mitwelt entstehen unweigerlich Bewertungen, die, wenn sie negativ ausfallen, oftmals dazu führen, sich zu verschließen und den Kontakt abubrechen. In einer achtsamen Haltung werden diese Bewertungen wahrgenommen und man bleibt im Kontakt, schaut erneut hin, bleibt offen für die Wahrnehmung dessen, was da ist.

Man kann achtsam mit einem bestimmten Ereignis oder Objekt umgehen (fokussierte Achtsamkeit) oder gegenüber der gesamten gegenwärtigen Situation achtsam sein und einfach alle Aspekte wahrnehmen, die gerade in das Feld des Gewahrseins treten, ohne etwas festhalten zu wollen und offen zu sein für das, was ist und was geschieht (weite Achtsamkeit).

Die Haltung der Achtsamkeit lässt sich auf subjektive Erlebnisse (Achtsamkeit nach innen auf mentale Prozesse und Körperempfindungen) ebenso anwenden wie auf wahrnehmbare äußere Prozesse, also die Um- und Mitwelt und Tätigkeiten (Achtsamkeit nach außen). Aber wir können auch achtsam sein auf die Beziehungen zwischen uns und der Um- und Mitwelt, auf den Kontakt, die vielfältige Verbundenheiten: mit Menschen, Tieren, Dingen, Orten etc. (relationale Achtsamkeit). Die Einteilung von Achtsamkeit in verschiedene Dimensionen (fokussiert – weit, innen – außen – relational) hat M. Huppertz (2009) erstmals systematisiert.

Man kann Achtsamkeit formal (in Form von formalen Übungen, siehe hierzu auch Punkt 5) und informell üben. Informelle Achtsamkeit bedeutet das achtsame

Ausüben von alltäglichen Gelegenheiten, die ausreichende Absichtslosigkeit erlauben: z. B. essen, duschen, gewohnte Tätigkeiten im Haushalt. Zweites hat den Vorteil, dass nicht extra Zeit eingeplant werden muss, um bestimmte Übungen oder Meditationen durchzuführen. Dennoch empfiehlt es sich, auch beim informellen Üben einen definierten Anfangs- und Endpunkt (z. B. einen bestimmten Zeitrahmen) zu setzen.

## 2. Bezug der Achtsamkeitspraxis zur Psychotherapie

Der Bezug der Achtsamkeitspraxis zu Psychotherapie stammt vorwiegend aus zwei Traditionen (siehe hierzu Huppertz, 2015). Bereits zu Beginn des 20. Jahrhunderts befasste sich die Lebensreformbewegung mit der Erforschung von Spiritualität und Körper im Kontext einer Vision der „Harmonie zwischen Mensch, Natur und Gesellschaft“ (Huppertz, 2015, S. 11). Elsa Gindler und Heinrich Jakobi begründeten diese Tradition, die später von Charlotte Selver im „sensory awareness training“ (Brooks, 1979) weiterentwickelt wurde. Auch in die Arbeit von Gestalttherapeuten sowie weiterer humanistischer Ansätze floss die Arbeit Gindlers und Jakobis ein, die die Weisheit des Körpers betonte.

Die zweite Tradition der Achtsamkeitspraxis wird heute vielfach zitiert und hat ihre Wurzeln in der asiatischen Spiritualität, vor allem die Arbeiten Jon Kabat-Zinns sind hier erwähnenswert, des Begründers der Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR; Kabat-Zinn, 2001). Diese Tradition legt wesentlich weniger Wert auf den Körper und betont demgegenüber den Intellekt bzw. den Geist. Ihr folgen manche neueren verhaltenstherapeutisch orientierten Psychotherapien, die mit Achtsamkeit arbeiten.

Achtsamkeit ist also, wie beschrieben, an sich absichtslos. In einer achtsamen Haltung will der Übende keine Probleme lösen, nichts bearbeiten oder verstehen, nichts verändern. Er ist einfach mit dem, was im Moment da ist. In der Achtsamkeitsarbeit geht es ausschließlich um die Haltung, nicht um die Inhalte. Folglich benötigt man meist mehr als reine Achtsamkeit, um sie im Rahmen von veränderungsorientierten (KVT) oder einsichtsorientierten (TP) Psychotherapien zu „nutzen“.

In der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie (TP) lässt sich das Einüben der Haltung der Achtsamkeit zum einen per se als eine Reifung struktureller Fähigkeiten beschreiben, zum anderen als Mittel zum Zweck, um das, was achtsam wahrgenommen wird, zu verstehen, auf die aktuelle therapeutische Beziehung sowie auf die Biographie zu beziehen und in diesen Kontexten zu deuten.

Nicht zuletzt kann Achtsamkeit auch für den tiefenpsychologisch fundierten Therapeuten selbst eine erhebliche Erleichterung der eigenen Arbeitshaltung bedeuten. Insbesondere Therapeuten, die noch am Anfang ihrer Karriere stehen, können profitieren von dem Prinzip „Verstehen vor Handeln“, das ihnen eine Verlangsamung erlaubt und vorschnellem (Mit-)Agieren und Inszenieren vorbeugt. Achtsamkeit regt den Therapeuten an, innezuhalten, sich zu spüren und somit seine Gegenübertragungen bewusst zu erleben, und zudem auf eigene Grenzen zu achten. Die der Achtsamkeit inhärente Offenheit fördert die Neutralität (offen sein für alle Facetten und Strebungen des Patienten). Nicht zuletzt hilft die Akzeptanz des Nicht-Veränderbaren bei der Formulierung realistischer Behandlungsziele.

Arbeitet man explizit mit Achtsamkeit und betont die Eigenverantwortung des Patienten, dann ermöglicht die eher partnerschaftliche Gestaltung der therapeutischen Arbeitsbeziehung eine Abschwächung von Übertragungen (die in der TP, im Unterschied zur analytischen Psychotherapie, durchaus gewollt ist).

### **3. Achtsamkeit als Reifung struktureller Fähigkeiten**

Sehen wir uns zunächst an, inwiefern das Erlernen von Achtsamkeit eine strukturelle Reifung bedeutet: Die Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (OPD 2, Arbeitskreis OPD & Cierpka, 2014) beschreibt vier Strukturdimensionen: Wahrnehmung, Steuerung, Kommunikation und Bindung. Dabei wird jede Dimension in ihrer selbstreflexiven Komponente (nach innen) und in ihrem Objektbezug (nach außen) betrachtet. Bereits diese zwei Richtungen bieten eine Parallele zur Achtsamkeit nach innen und nach außen. Richten wir in Übungen unsere Achtsamkeit nach innen, so werden wir sensitiv für unsere Kognitionen, unsere Emotionen, die inneren Bilder unserer Fantasie, sowie unsere Affekte und Impulse. „Alle Erfahrungen und Gefühle – angenehme und unangenehme – werden angenommen und nicht verändert. (...) Achtsamkeit führt zu Entschleunigung. Zu schnelle und automatische Reaktionen (...) werden verhindert. Das Warten auf den rechten Augenblick und das Handeln im Einklang mit der Umgebung und den eigenen Werten werden gefördert.“ (Huppertz, 2009, S. 151) Außerdem können Patienten durch Achtsamkeit „erleben, dass Ängste und andere Reaktionen nur in ganz bestimmten Situationen begründet sind und dass Generalisierungen nicht angebracht sind“ (ebd.). Dafür ist es wichtig, dass auch unangenehme Emotionen akzeptiert werden. Wir üben somit strukturelle Kompetenzen (z. B. Selbstreflexion, Affektdifferenzierung, Impulssteuerung, Affektregulierung,

Kommunikation nach innen). Ebenso, wenn wir unseren Fokus nach außen bzw. auf das relationale Geschehen, die Beziehungen und den Kontakt zu unserer Mitwelt richten. Das, was ist und geschieht, wird intensiver und differenzierter wahrgenommen. Achtsamkeit kann zu einem „Teilnehmen“, einer „bewussten Hingabe an Situationen, Menschen, Gefühle“ führen, einer „bewussten Offenheit für das, was geschieht“ (ebd.). Auch das relationale Wahrnehmen und Denken wird gefördert: Der Blick auf die Komplexität des In-der-Welt-Seins kann helfen, einen differenzierteren Blick für die Situation zu bekommen. Indem wir uns nicht durch spontane (negative) Bewertungen vor den anderen verschließen, verbessern wir also unsere Selbst-Objekt-Differenzierung, eine realistische Objektwahrnehmung sowie unsere Empathiefähigkeit.

<b>Formen der Achtsamkeit</b>	<b>Assoziierte strukturelle Fähigkeiten</b>
Achtsamkeit nach innen: Gedanken	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Selbstreflexion</li> </ul>
Achtsamkeit nach innen: Impulse & Affekte	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Affektdifferenzierung</li> <li>• Affektregulierung</li> <li>• Impulssteuerung</li> <li>• Beziehungen schützen</li> </ul>
Achtsamkeit nach innen: innere Bilder	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kommunikation nach innen: Fantasie</li> </ul>
Achtsamkeit nach außen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realistische Objektwahrnehmung</li> <li>• Empathie</li> </ul>
Relationale Achtsamkeit	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Selbst-Objekt-Differenzierung</li> <li>• Empathie</li> <li>• Beziehungen schützen</li> <li>• Interessenausgleich</li> </ul>

Tab. 1: Achtsamkeit und Strukturfähigkeiten

Die Verbesserung der in Tabelle 1 aufgezeigten Strukturfähigkeiten mittels entsprechender Achtsamkeitsübungen wird vermutlich zu einer Verbesserung der Selbstwertregulierung führen. Zudem gelingt in einer achtsamen Haltung das Loslassen leichter und besser, wir trainieren also die Strukturfähigkeit Loslösung. Damit dies geschehen kann, ist es im Rahmen der psychodynamischen Psychotherapie ausgesprochen wichtig, dass das Wahrgenommene auch verbalisiert wird. Verbalisierung bedeutet Symbolisierung, Distanzierung und Reifung. Hier überschreitet das tiefenpsychologische Arbeiten die „reine“ Achtsamkeitspraxis, in der

es nicht zwangsläufig nötig ist, das Wahrgenommene und Erlebte zu benennen. Durch das Benennen wird die Strukturfähigkeit der Kommunikation (nach außen) gefördert.

Ich möchte mit diesem Vergleich keine 1:1-Übersetzung von strukturellen Fähigkeiten und Achtsamkeitsdimensionen oder -übungen aufspannen und diese zwei Konzepte zwanghaft ineinander aufgehen lassen. Dies würde weder der intensiven Arbeit des OPD-Arbeitskreises noch der gelungenen Konzeption von Achtsamkeit von Michael Huppertz gerecht. Es geht darum, aufzuzeigen, dass praktische formelle Übungen wie auch informelle Achtsamkeit in der Arbeit mit Patienten mit strukturellen Defiziten im Rahmen der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie sinnvoll genutzt werden können.

#### **4. Achtsamkeit als „Mittel zum Zweck“ bei konfliktzentriertem Vorgehen**

Im Rahmen des klassischen psychodynamischen Vorgehens, das bei neurotischen, strukturell nicht schwer gestörten Patienten indiziert ist, können Achtsamkeitsübungen dazu führen, dass der Patient genauer spürt und wahrnimmt. Auf diese Weise werden jene „seelischen Produktionen“ (Freud) angeregt, die die Basis für das aufdeckende Arbeiten darstellen.

Dies scheint vor allem hilfreich bei Patienten, denen es aufgrund ihrer bevorzugten Abwehrmechanismen schwerfällt, Emotionen wahrzunehmen und zu benennen, z. B. bei extremer Neigung zur Intellektualisierung und Rationalisierung oder bei Affektisolierung, wie sie unter anderem beim „zwangsnervösen Modus“ (Mentzos, 2015) vorkommen. Hier kann das Spüren verstärkt werden. Lässt man beispielsweise einen Patienten mittels einer Übung einige Minuten achtsam seine Körperempfindungen und seine Impulse wahrnehmen (ohne diesen nachzugehen), so kann dies zu einer Wahrnehmung von Unwohlsein, Spannung und vielleicht auch Aggression führen. Zu diesen Wahrnehmungen kann dann assoziiert werden und somit ähnliche Empfindungen erinnert werden („so wie damals, wenn die anderen Kinder sich draußen zum Spielen verabredet haben und ich meiner Mutter beim Einkleben von Fotos helfen musste“).

Auch viele andere Achtsamkeitsübungen, insbesondere Übungen zur relationalen und zur Achtsamkeit nach innen, lassen Gefühle, Erinnerungen, innere Bilder und weiteres Material auftauchen, das für ein aufdeckendes, einsichtsorientiertes Arbeiten genutzt werden kann, was man bei einer „rein“ achtsamkeitsbasierten Arbeit nicht tun würde. Somit kann ein tiefenpsychologisch arbeitender Psychotherapeut

Achtsamkeitsübungen spontan und implizit einsetzen, um ins Stocken geratene Therapien wieder in Gang zu bringen.

Es muss allerdings gesagt werden, dass zu diesem Zweck auch andere Methoden zur Verfügung stehen, z. B. das Arbeiten mit Imagination, Stühlearbeit, Körperübungen, etc. (für eine umfassende Auflistung Erlebnis aktivierender Techniken siehe Jaeggi & Riegles, 2008). All diese Techniken werden eingesetzt, um Affekte zu aktualisieren, „emotionale Erlebensbereiche bewusst zu machen“ (Jaeggi & Riegles, 2008, S. 111) und „über das Nur-Gesprochene hinaus[zu]gehen“ (ebd. S. 105).

## 5. Einige Beispiele für Achtsamkeitsübungen

### „Und-Techniken“

- I. Wenn Sie Ihre Achtsamkeit fokussieren wollen (auf das Gehen, den Atem, ein Objekt etc.) und merken, dass Sie an etwas anderes denken, auf etwas anderes achten etc., so nehmen Sie dies bitte wahr. Benennen Sie es (mit „Denken“, „Planen“ oder dgl.) und kehren Sie mit einem „und“ zu Ihrem Fokus zurück. Es ist völlig normal, dass Sie immer wieder auch etwas anderes wahrnehmen oder denken. Es ist auch nicht immer so, dass diese zusätzliche Wahrnehmungen oder Gedanken von dem ursprünglichen Fokus ablenken. Wenden Sie diese Technik also vor allem an, wenn Sie den ursprünglichen Fokus verlieren.
- II. Drängt sich umgekehrt immer wieder ein Fokus (ein bestimmtes Problem, Ängste, Grübeln, Schmerzen, Zwangsgedanken etc.) auf und der Teilnehmer möchte die aktuelle Situation umfassender wahrnehmen, so gelingt dies ebenfalls mit einem „und“ („Und was geschieht gerade noch? Und was ist noch da?“).

### Die „3–2–1–Übung“

Nehmen Sie kurz (jeweils 2–3 Sekunden) drei Dinge wahr, die Sie sehen, drei Geräusche, die Sie hören (ggf. auch Stille), drei Tastempfindungen, die Sie spüren. Dann zwei Dinge, die Sie sehen, zwei Geräusche, die Sie hören, zwei Tastempfindungen. Dann ein Ding, das Sie sehen, ein Geräusch, das Sie hören, eine Tastempfindung. Strengen Sie sich dabei nicht an, wählen Sie ruhig auch wiederholt die gleichen Wahrnehmungen. (Anmerkung: Man kann auch Stille hören.)

## Atmen und Gedanken beobachten und loslassen

- Nehmen Sie Ihre Gedanken wahr, ohne sie festzuhalten oder zu bearbeiten. (1–2 Minuten)
- Achten Sie dann nur auf Ihren Atem. (1–2 Minuten)
- Schauen Sie nun beim Einatmen nach, ob ein Gedanke (ein Wort, ein inneres Bild) da ist.  
Wenn ja: Lassen Sie es beim Ausatmen wieder los, indem Sie auf das Ausatmen achten.  
Wenn nicht: Atmen Sie einfach weiter. (1–2 Minuten)

## Beschreiben

Wählen Sie irgendein alltägliches Objekt aus, ein Bild oder den Raum, in dem Sie sich befinden und beschreiben Sie das Objekt etc. mindestens zwei Minuten lang. Achten Sie auch auf Einzelheiten, die Ihnen ganz einfach und selbstverständlich erscheinen.

## Gehen

Gehen Sie bewusst auf verschiedene Weise, mal langsam, mal schnell. Sie können auch andere Varianten ausprobieren: schlendernd, müde, energisch usw. Nehmen Sie dabei Ihre Körperhaltung, die einzelnen Bewegungen und Ihre Stimmung achtsam wahr.

## Flieger

Stellen Sie sich locker hin und führen Sie folgende Bewegung sehr langsam (insgesamt ca. drei Minuten oder mehr; Sie können dabei die Augen schließen) aus:

Arme seitwärts anheben, Handflächen nach unten. Auf Schulterhöhe Handflächen nach oben drehen und Arme weiterführen bis sie über dem Kopf zusammenfinden. Sich kurz strecken und innehalten und die gleiche Bewegung rückwärts. Spüren Sie dabei wie Sie sich fühlen. (Die Übung ist weder eine Gymnastik noch soll sie eine bestimmte Empfindung auslösen oder Ihnen „gut tun“. Sie verfolgt auch keine andere Absicht. Es geht um eine achtsame Wahrnehmung dessen, was geschieht.)

## **Musik hören**

Hören Sie Musik (mindestens drei Minuten), ohne etwas anderes dabei zu tun und achten Sie dabei auch auf Ihre Reaktion. Versuchen Sie, auch bei Bewertungen offenzubleiben und immer wieder neu hinzuhören. Wählen Sie dabei auch Stücke aus, die Ihnen eher fremd, ungewöhnlich oder unangenehm erscheinen.

## **Sitzen**

Nehmen sie wahr, wie Sie im Moment sitzen. Sie müssen nichts verändern, sondern können nur wahrnehmen, wie es jetzt im Augenblick ist. Wenn Sie Bewegungs- bzw. Änderungsimpulse verspüren, folgen Sie ihnen nicht immer sofort, sondern nehmen es als Übungsmöglichkeit. Experimentieren Sie mit Ihrer Haltung, schauen Sie, wie es Ihnen in verschiedenen Sitzhaltungen (sich anlehnen, frei sitzen ...) geht.

## **Schütteln**

Schütteln Sie (mit oder ohne Musik) Ihren Körper (drei Minuten oder länger) aus.

## **Lücken**

Achten Sie einmal nur auf die Lücken/Zwischenräume (zwischen den Dingen) in Ihrer Umgebung.

## **Selbstmassage**

Massieren Sie die Hände, das Gesicht, die Kopfhaut, die Füße usw., je nach Zeit und Gelegenheit.

## **Vergänglichkeitsmeditation**

Sprechen Sie bitte für jeweils zwei bis drei Minuten für sich (mental) in Ihrem Rhythmus folgende Sätze: „Ich altere ständig.“ – „Ich kann jederzeit erkranken.“ – „Ich kann dem Tod nicht entkommen.“ – „Alles ist vergänglich.“

Die Übung sollte mit einer Orientierung auf Gegenwärtigkeit und Lebendigkeit (z. B. weite Achtsamkeit) abgeschlossen werden.

## Weite Achtsamkeit

Achtsamkeit ohne Fokus, alle Eindrücke werden zugelassen, ohne einzelne zu betonen oder festzuhalten – und ohne Anspruch auf Vollständigkeit.

Die Beschreibung dieser exemplarischen Übungen sind in der Mehrzahl einem Arbeitsblatt der AG Achtsamkeit ([www.ag-achtsamkeit.org](http://www.ag-achtsamkeit.org)) entnommen. Sehr gelungene Sammlungen von Übungen finden sich bei Huppertz (2015), in einem Aufsatz von Huppertz, Saurgnani und Schneider (2013) sowie unter [www.mihuppertz.de](http://www.mihuppertz.de).

Therapeutische und präventive Gruppenangebote sowie praxisbezogene Fortbildungen („Achtsamkeit für Therapeuten und Berater“) finden sich unter [www.ag-achtsamkeit.org](http://www.ag-achtsamkeit.org).

## Literatur

- Arbeitskreis OPD (2014). Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik: Das Manual für Diagnostik und Therapieplanung. Göttingen: Hogrefe.
- Brooks, C. (1979). Erleben durch die Sinne. Sensory Awareness. Paderborn: Junfermann.
- Huppertz, M. (2009). Achtsamkeit. Befreiung zur Gegenwart. Paderborn: Junfermann.
- Huppertz, M. (2015). Achtsamkeitsübungen. Experimente mit einem anderen Lebensgefühl. Paderborn: Junfermann.
- Huppertz, M., Saurgnani, S. & Schneider, S. (2013). Ein pluralistisches Achtsamkeitskonzept für die therapeutische Praxis. Verhaltenstherapie und Psycho-soziale Praxis 45. Jg (2), 381–397.
- Jaeggi, E. & Riegels, V. (2008). Techniken und Theorien der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Kabat-Zinn, J. (2001). Gesund durch Meditation. Frankfurt a. M.: O. W. Barth.
- Mentzos, S. (2015). Lehrbuch der Psychodynamik. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

**Udo Boessmann**

# **Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) zum Umgang mit Religiosität und Spiritualität (R/S) in Psychiatrie und Psychotherapie**

Die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) hat 2016 von einer Expertengruppe<sup>1</sup> „Empfehlungen zum Umgang mit Religiosität und Spiritualität in Psychiatrie und Psychotherapie“ erarbeiten lassen. Die Autoren sehen die früher vorherrschende Religionskritik und Pathologisierung von R/S, die zum Beispiel noch in der „Richtlinie des österreichischen Gesundheitsministeriums zur Abgrenzung der Psychotherapie von esoterischen, spirituellen und religiösen Methoden“ aus dem Jahr 2014 zum Ausdruck kommt, als in ihrer Einseitigkeit heute nicht mehr angemessen an. Die Autoren verweisen insbesondere auf die USA, wo religiöse und spirituelle Kompetenzen für Psychiater und Psychotherapeuten sogar ausdrücklich beschrieben und gefordert werden.

Auch deutsche Patienten mit psychischen Erkrankungen würden erwarten, dass ihre Psychiater und Psychotherapeuten ihre Lebenssituation auch in ihrer existenziellen, spirituellen und religiösen Dimension ganzheitlich wahrnehmen. Die direkte Ansprache und unmittelbare Bearbeitung existenzieller Themen in der Behandlung sei für die Krankheitsverarbeitung bedeutsam. Ohne Verständnis für die kulturellen und religiösen Besonderheiten von Patienten bestehe die Gefahr, dass religionsspezifische Tabus und Grenzen unwissentlich durch die Behandler verletzt werden. Die Akutpsychiatrie müsse die religiöse und spirituelle Erfahrung

---

1 Die Zusammensetzung der als „Task Force“ bezeichneten Gruppe, bestehend aus Michael Utsch, Ulrike Anderssen-Reuster, Eckhard Frick, Werner Gross, Sebastian Murken, Meryam Schouler-Ocak und Gabriele Stotz-Ingenlath, sollte die Ausgewogenheit hinsichtlich Konfession und Religion, kultureller Herkunft, Berufsgruppenzugehörigkeit sowie Genderaspekten sicherstellen.

und Ausrichtung der Patienten bei der Anamnese und Differenzialdiagnose berücksichtigen, vor allem bei Suizidalität, religiösem Wahn, depressivem Schuldgefühl und bei Traumafolgestörungen. Es sei wichtig, dass die Behandler ihre eigenen Werte und Grundannahmen hinsichtlich R/S reflektieren und transparent machen, um angemessen mit R/S der Patienten umzugehen.

Die Autoren verstehen unter Religion eine Gemeinschaft, die Traditionen, Rituale und Texte teilt (Christentum, Judentum, Islam, Buddhismus, Hinduismus u. a.). Religiosität meine über die institutionelle Religionszugehörigkeit hinaus eine persönliche Gestaltung und Lebenspraxis von Religion. Spiritualität sei als Containerbegriff zu verstehen, der die persönliche Suche nach dem Heiligen, nach Verbundenheit oder Selbsttranszendenz meint und ausdrücklich auch Weltanschauungen außerhalb der institutionalisierten Religionen mit einschließt. Die Autoren sehen R/S als anthropologische Universalien des Menschseins und als identitätsbildendes, persönliches Sinnsystem. Sie seien in der Psychotherapie unabhängig vom Gesundheitsoutcome oder der Effizienz therapeutischer Interventionen ganzheitlich wahrzunehmen und zu würdigen.

## Zum aktuellen Forschungsstand

Die Autoren stellen in der Psychotherapie im deutschsprachigen Raum eine große Zurückhaltung gegenüber spirituellen Interventionen fest. In Europa werde die Gefahr von Grenzüberschreitung von Therapeuten stärker thematisiert als in den USA, wo sich Menschen mit psychischen Erkrankungen häufig an den Leiter ihrer religiösen Gemeinschaft wendeten. Englischsprachige psychologische und psychiatrische Fachgesellschaften hätten bereits eigene Konsenspapiere, Leitlinien, Ratgeber und Fortbildungsangebote erarbeitet, wie im Kontext mit R/S angemessen mit psychischen Erkrankungen umzugehen sei. In den letzten 15 Jahren seien über ein Dutzend englischsprachiger Lehrbücher zur Psychologie der R/S herausgegeben worden.

Die große Fülle an Studien und Veröffentlichungen im englischsprachigen Bereich zum Zusammenhang von R/S und Gesundheit leide aber – trotz einiger kritischer Stimmen in den USA – an dem grundlegenden Bias, Therapieeffekte eher auf die Wirkkraft des Glaubens als auf psychologische Mechanismen zurückzuführen. Ein Nachholbedarf bestehe daher an psychiatrischen und psychologischen Zusammenhangsmodellen, warum R/S als Ressource oder Belastungsfaktor wirke. Religiöse und spirituelle Themen würden in der deutschsprachigen Psychiatrie und Psychotherapie noch nicht ausreichend fachlich reflektiert, beforscht und in der Ausbildung vermittelt.

Insbesondere auch angesichts des ausufernden psycho-spirituellen Lebenshilfe-markts mit z. T. fragwürdigen Angeboten drängen wichtige Fragen nach einer Antwort: Ist Sinngabe Aufgabe von Psychotherapie? Wie weit darf die psychiatrisch-psychotherapeutische Begleitung des Patienten in seiner existenziellen, religiösen und spirituellen Suche gehen? Welche professionellen Grenzen sind notwendig und sinnvoll, um die Freiheit von Patient und Behandler zu schützen?

## Konkrete Empfehlungen der DGPPN

1. **Interkulturelle Kompetenz:** Da R/S kulturell geprägt ist, sollten die individuellen Gesundheits- und Krankheitskonzepte in einer kultur- und religionssensiblen Weise erfragt werden. Therapeuten sollten zu einem Perspektivenwechsel fähig sein.
2. **Anamnese:** Die Erfassung der Wertvorstellungen und religiösen Überzeugungen sowie deren Relevanz im Leben gehören zur psychiatrisch-psychotherapeutischen Anamnese.
3. **R/S im Behandlungsplan:** R/S sind als Ressource und/oder Belastungsfaktor für Patienten zu erkennen und in die Behandlungsstrategie einzubinden. Dies gilt auch, wenn der Behandler selbst areligiös ist oder einer anderen Weltanschauung verpflichtet ist als der Patient. Auch bei Patienten ohne religiöse/spirituelle Anbindung ist eine Auseinandersetzung mit existenziellen Fragen oft erforderlich.
4. **Grenzverletzungen aus R/S-Motiven:** Wenn Patienten aufgrund ihrer religiösen Überzeugungen (z. B. religiöser Fanatismus/Fundamentalismus) das Behandlungssetting verletzen, müssen sie mit den geltenden Regeln als Teil des Realitätsprinzips konfrontiert werden. Durch differenzierte Interventionen sind die Grenzen zu schützen bzw. wiederherzustellen.
5. **Professionelle Grenzen:** Die Berufsethik von Psychiatern und Psychotherapeuten schließt religiöse oder spirituelle Interventionen aus. Trotzdem müssen die R/S des Patienten in der Therapie Raum haben.
6. **Diversity Management:** Der Behandler sollte, wenn es in der Therapie um die R/S des Patienten geht, seinen eigenen weltanschaulichen Hintergrund transparent machen.
7. **Neutralität:** Der Behandler sollte auf eine respektvolle Weise religiös neutral bleiben, aber aufgeschlossen sein für einen möglichen Transzendenzbezug seines Patienten. Psychiatrische und psychotherapeutische Behandlungen einerseits und Seelsorge und spirituelle Führung andererseits sollten unter-

schieden werden und getrennt bleiben. Eine Zusammenarbeit im Interesse des Patienten kann aber in vielen Fällen sinnvoll sein.

8. **Passung in der therapeutischen Beziehung:** Psychiater und Psychotherapeuten sollten ihre eigene weltanschauliche Orientierung kennen und in der Selbsterfahrung und Supervision kritisch reflektiert haben, um mit Übertragungs- und Gegenübertragungsphänomenen im Kontext von R/S umgehen zu können. Die Neutralität des Psychiaters und Psychotherapeuten in weltanschaulichen, Wahrheits- und Wertefragen sollte in einem ausgewogenen Verhältnis zu seiner religiösen oder spirituellen Selbstdeklaration stehen.
9. **Aus-, Fort- und Weiterbildung:** Die psychiatrische, psychotherapeutische und psychosomatische Aus-, Fort- und Weiterbildung muss sowohl hinsichtlich eines Grundwissens von Religions- und Weltanschauungsfragen und insbesondere hinsichtlich diesbezüglicher Selbsterfahrungs-Angeboten verbessert werden.
10. **Forschung:** Ein interdisziplinärer Dialog zwischen Religionspsychologie, Theologie und Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik ist notwendig. Folgende Forschungsthemen erscheinen u. a. wichtig:
  - Wahrnehmen von R/S-Bedürfnissen der Patienten,
  - R/S als Behandlungshindernis und
  - Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe mit Seelsorge-Angeboten.

Der vollständige Text der Empfehlungen der DGPPN zum Umgang mit Religiosität und Spiritualität in Psychiatrie und Psychotherapie findet sich im Internet unter dem Link:

[www.dgppn.de/presse/stellungnahmen/stellungnahmen-2016/religiositaet.html](http://www.dgppn.de/presse/stellungnahmen/stellungnahmen-2016/religiositaet.html)