

13. Curriculum Psychosomatische Grundversorgung, Bad Nauheim
20.04.2007

Hauptverfahren in der Psychotherapie Einführung und Grundlagen

Pierre E. Frevert

Arzt für Psychiatrie und Psychotherapie/
Arzt für Psychosomatische Medizin
Psychotherapie/ Psychoanalyse
Arzt im Ärztlichen Notfalldienst

Email: pierre.frevert@dgn.de

Für Rückfragen: Pierre E. Frevert, Arzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Arzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie/ Psychoanalyse. Liebigstr. 8a, 60323 Frankfurt.
Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit ausdrücklicher Genehmigung des Autors

0. Allgemein

Das Wort Psychotherapie setzt sich aus zwei Begriffen zusammen: psychisch = seelisch und Therapie = Behandlung. Beide Begriffe sind dem Altgriechischen entlehnt. Psychotherapie heißt demnach „durch die Seele oder mit seelischen Mitteln heilen“.

1. Versuch einer Definition

Der Nervenarzt Sigmund Freud, der als Begründer der modernen Psychotherapie gilt, sah in der Arzt-Patienten-Beziehung das eigentlich psychotherapeutisch heilende Agens – im Gegensatz zur traditionellen Psychiatrie, für die bis heute die Behandlung psychischer Erkrankungen in erster Linie Psychopharmakotherapie ist. Der ungarische Psychoanalytiker Michael Balint, der lange nach Freud sich in seinem Werk insbesondere der Arzt-Patienten-Beziehung gewidmet hat, hätte es sicher nicht anders formuliert als 1905 Freud selbst:

- „Es ist keine moderne Rede, sondern ein Anspruch alter Ärzte, dass diese [psychisch bedingten] Krankheiten nicht das Medikament heilt, sondern der Arzt, das heißt wohl die Persönlichkeit des Arztes, insofern er psychischen Einfluss durch sie ausübt.“ (Freud 1905, S. 15)

Eine kurze und prägnante Definition von Psychotherapie findet sich bei Rudolf:

- „Psychotherapie ist Krankenbehandlung mit psychologischen Mitteln.“ (Rudolf, 2005, S.367)

Senf und Broda tragen in ihrer Definition von Psychotherapie dem Umstand Rechnung, dass in Deutschland sowohl die Kosten von somatisch als auch von seelisch bedingten Krankheiten von den Krankenkassen übernommen werden, sofern das Vorliegen einer solchen Erkrankung ärztlich begründet ist. Ihre Definition lautet:

- „Psychotherapie ist Krankenbehandlung bei seelisch bedingten Krankheiten, Beschwerden, Störungen im Rahmen und nach den Regeln des öffentlichen Gesundheitswesens.“ (Senf & Broda, 1997, S.3)

2. Wirkung von Psychotherapie

Wie wirkt Psychotherapie und wodurch? Welche Bestandteile sind für ihre Wirkung unabdingbar. Kurz: Wie wirkt was?

1. Beziehungsgestaltung:

Arzt/Patienten-Beziehung. Kommt es zu einer ersten Begegnung zwischen einem Patienten und einem Arzt und/oder Psychotherapeuten, so sind die 3-5 ersten Sitzungen entscheidend, denn sie bilden die Grundlage für vertrauensvolle

Mitteilungen. Kommt es nicht zu einer emotionalen Übereinstimmung in diesen ersten Sitzungen, so ist aller Erfahrung nach die Behandlung zum Scheitern verurteilt. Aus diesem Grund gestehen die Krankenversicherungen ihren Versicherten zu, bis zu fünf Sitzungen, die als „Probe- oder Probatorischen Sitzungen“ bezeichnet werden, bei einem oder mehreren Psychotherapeuten in Anspruch zu nehmen, ehe sie sich für den einen Behandler entscheiden, mit dem sie einen Behandlungsvertrag abschließen und damit eine Gutachten gestützte Psychotherapie beginnen können.

2. *Einsichtsvermittlung*

In der Psychotherapie werden dem Patienten, der völlig frei und ungehemmt sprechen darf und durch die Interventionen und Deutungen des Psychotherapeuten geleitet wird, tiefer Einsichten in Hintergründe und Zusammenhänge seines seelischen Erlebens vermittelt. Psychotherapie ist ein Wechselspiel zwischen verstehen und sich verstanden fühlen, zwischen kognitive Erkenntnisse und emotionaler Erfahrung.

3. *Emotionale Erfahrung*

In der Psychotherapie macht der Patient eine emotional bedeutsame korrigierenden Neuerfahrung¹. Damit ist gemeint, dass der Patient in der Behandlung (unbewusst) die ihn krank machende neurotische Konstellation mit seinem Psychotherapeuten wiederherzustellen versucht, wie er sie einst mit seinen wichtigsten Beziehungspersonen erlebt hat, der Psychotherapeut in der psychotherapeutischen Situation jedoch für den Patienten unerwartet anders reagiert, so dass er eine den neurotischen Circulosus vitiosus durchbrechende, neue Erfahrung machen darf. Beispiel: Eine misstrauische, weil in ihrer Kindheit sexuell missbrauchte Patientin macht die Erfahrung in der vertrauensvollen therapeutischen Beziehung trotz Provokation nicht erneut „missbraucht“ zu werden. Oder: Der Angstpatient hat keine Panikattacke auf dem Turm oder im Tunnel, wenn er sich der für ihn „unüberwindbaren“ Situation mit dem Therapeuten stellt. Oder es gelingt dank der Einsichten der Kinder im Familiengespräch ihre Beziehung zu den Eltern neu zu gestalten usw.

4. *Realisierung*

Die Wirkung von Psychotherapie zielt auf die Aktualisierung und Realisierung von Einsichten. Das, was in den früheren Beziehungen und immer noch in den gegenwärtigen Beziehungen für den Patienten belastend ist, wird in der (Übertragungs)beziehung mit dem Psychotherapeuten aufgegriffen und aufgelöst. Auf eine Formel gebracht heißt das: von damals und draußen im hier und jetzt!

5. *Systementwicklung*

¹ Das Konzept der „korrigierenden emotionalen Erfahrung“ in der Psychotherapie wurde Anfang der 50er Jahre des 20. Jahrhunderts von *Alexander* vorgeschlagen und wurde zunächst von der zeitgenössischen Psychoanalyse abgelehnt. Heute findet dieses Konzept allgemeine Akzeptanz.

Jede Psychotherapie eines einzelnen Menschen hat stets auch eine Auswirkung auf sein Umfeld. Wenn ein Patient dank der fortschreitenden Therapie sein Verhalten modifiziert, so müssen sich seine nächsten Angehörige, Freunde, Kollegen usw. erst einmal an seine neuen Beziehungsangebote gewöhnen. Das ist weniger selbstverständlich als es zunächst klingt. Wenn beispielsweise die Ehefrau weniger depressive Symptome zeigt, muss sich ihr Mann „umstellen“. Hatte er zuvor ihr passives Zaudern und ständiges Wehklagen missbilligt, so ist ihre neu gewonnene Eigeninitiative und Selbständigkeit in der Ehe eine für ihn ungeahnte Herausforderung, sich selbst mehr zurückzunehmen und seine eigene Rolle zu überdenken. Oder: Die Eltern der Ex-Anorektikerin erkennen, dass sie durch eine altersentsprechende Ablösung erschreckt waren und sie an der Symptomentwicklung ihrer Tochter nicht unbeteiligt waren. Die Auswirkung der Fortschritte durch die Psychotherapie auf das Umfeld kann manchmal zu einer negativen Reaktion führen, insbesondere dann, wenn das System die Symptompräsentation des Patienten benötigt(e), um sich selbst zu erhalten. So könnte sich der Ehemann in unserem Beispiel über den Therapeuten beklagen oder gar an einer Trennung von seiner genesenden Frau denken oder – was in der Kinder- und Jugendpsychotherapie nicht selten vorkommt – die Eltern brechen die Behandlung des Kindes oder Jugendlichen ab, weil sie sein in der Therapie erstarktes Selbstbewusstsein als Bedrohung ihrer zerbrechlichen Familienkonstellation erleben.

3. Indikation von Psychotherapie

3.1. Wann ist Psychotherapie indiziert und darf zu Lasten der Gesetzlichen und Privaten Krankenkasse verordnet bzw. beantragt werden?

Antwort: Bei allen behandlungsbedürftigen psychischen Störungen von Krankheitswert im Sinne des V. Sozialgesetzbuches. Dazu zählen:

- Angststörungen
- Zwangsstörungen
- Affektive Störungen
- Persönlichkeitsstörungen
- Abhängigkeit und Substanzmissbrauch
- Essstörungen
- Psychosomatosen
- Sexuelle Störungen

3.2. Wann ist Psychotherapie **nicht** indiziert und darf daher nicht zu Lasten der Gesetzlichen und Privaten Krankenkasse verordnet bzw. beantragt werden?

Antwort: Bei allen anderen, außer in 3.1. genannten denkbaren psychischen Alterationen, sofern keine behandlungsbedürftigen psychischen Störungen von Krankheitswert vorliegen wie z. B.:

- Befindlichkeitsstörungen,
- Partnerkonflikt ohne neurotische oder psychotische Genese
- Erziehungskonflikte usw.

Bei Vorliegen solcher Störungen kommen nicht Psychotherapeuten, sondern **Beratungsstellen** in Frage, wie beispielsweise Familien-, Ehe-Jugend-, Sucht- und Drogenberatung, Erziehungs- und sozialpädagogische Familienhilfe u.v.m.

4. Wer darf eine Psychotherapie durchführen?

Für psychisch kranke Erwachsene:

- (fachgebundene) Ärztliche PsychotherapeutInnen oder Psychologische PsychotherapeutInnen
- FachärztInnen für Psychiatrie und Psychotherapie
- FachärztInnen für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

Für psychisch Kranke Kinder und Jugendliche

- (fachgebundene) Ärztliche oder Psychologische Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen
- zusätzlich Pädagogen und Sozialpädagogen als Kinder- und Jugendlichen psychotherapeutInnen
- Kinder- und JugendpsychiaterInnen

Ausnahmen

Im Krankenhaus oder im Delegationsverfahren können Ärzte und Psychologen sowie Angehörige anderer Berufsgruppen ohne die anerkannte Berufsbezeichnung „Psychotherapeut“ unter der Verantwortung eines von den Krankenkassen für die Psychotherapie zugelassenen Chefarztes auch nicht anerkannte psychotherapeutische Verfahren i. R. einer stationären Behandlung anwenden. Dies ist in den meisten psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken und Rehabilitationseinrichtungen der Fall.

5. Welche Psychotherapie für welchen Patienten?

5.1.1. Wichtige Vorbemerkung

Wann spricht der (Haus)arzt eine Psychotherapie an?

Antwort:

- ...dann, wenn ein „körperliches“ Symptom als psychisch (mit)verursacht erkannt ist;
- ...wenn durch psychosomatisch geführte Gespräche der Patient vorbereitet wurde;

- ...wenn sowohl der Patient als auch der Arzt mit dem Psychotherapeuten gut zusammenarbeiten können,
- wenn der Patient weiß, dass er jederzeit mit seinem „körperlichem“ Symptom zum (Haus)arzt (zurück)kommen darf

5.1.2. Allgemein gilt, dass für

- Patienten, die aktiv etwas für sich machen wollen, Psychoanalyse und Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapieverfahren geeignet erscheinen, jedoch bei
- Patienten, die passiv sind oder in der Therapie stark von einer Außensteuerung abhängig sind, Verhaltenstherapeutische und kognitive Psychotherapieverfahren erfolgreicher sind.

5.2. Spezielle Indikationen:

Psychotherapie stationär oder ambulant?

5.2.1. Indikation für die stationäre Behandlung:

- Patienten, die in immer wieder in schwerwiegende, lebensgefährliche Krisen geraten
- akut oder chronisch suizidale Patienten
- Patienten, die sich schwere Verletzungen zufügen
- Patienten, die psychotisch oder psychosomatisch (Anorexie) gefährlich zu dekomensieren drohen
- Patienten, die die Kontrolle über ihre Impulse zu verlieren drohen
- oder hochgradig chronifizierte Störungen haben,
- können in vielen Fällen nur unter den Bedingungen und mit den Mitteln eines spezialisierten Krankenhauses psychotherapeutisch behandelt werden. (Streek, 1997, S. 107)

5.2.1.1. Therapiemöglichkeiten im stationären Setting

- Der klinischer Raum bietet ein Feld für (Re)Inszenierungen;
- Die intrapersonelle *und* interpersonelle Dimension wird erschließbar;
- neue Verhaltens- und Erlebnismöglichkeiten werden erfahrbar;
- die Klinikstation wird zum „Symbolischer Raum“ (Winnicott);
- die Pluralität psychotherapeutischer Verfahren (Gestalt-, Körper-, Musik-Soziotherapie, VT-Techniken, Gruppenerfahrung usw.) kann besser auf den einzelnen Patienten angepasst werden;
- die gleichzeitige Gabe und Überwachung von Medikamenten ist ebenso möglich wie die Behandlung somatischer Mitbeteiligung;
- die Vielfalt an Spezial-, Rehabilitationskliniken, Abteilungen in Akutkrankenhäusern (Sucht, Psychiatrie, Psychosomatik) erlauben ein abgestimmtes Behandlungskonzept;

- die Klinik bietet ein spezielles Konzept mit realen sozialen Raum für Kinder u. Jugendliche

5.2.2. Indikation für die ambulante Behandlung:

- Behandlungsbedürftige psychische Störungen bei denen keine unmittelbare Gefahr für das Leben oder die Gesundheit ausgeht und ein noch tragfähiges soziales Umfeld besteht.

5.2.2.1. Therapiemöglichkeiten im ambulanten Setting

- Die tragfähige Arztpatientenbeziehung ist langfristig angelegt;
- es findet keine Herausnahme aus Beruf und psychosozialem Umfeld statt;
- die Kooperation mit behandelnden Ärzten oder Institutionen (z.B. Jugendamt) vor Ort ist ambulant einfacher;
- die ambulante Behandlung ist deutlich kostengünstiger gegenüber der stationären Behandlung

6. Welche Psychotherapieverfahren für welchen Patienten?

6.1 Beispiele für bekannte Psychotherapieverfahren

- **Stützende Therapie, Psychoanalyse, Tiefenpsychologie**
- **Gesprächspsychotherapie**
- **Verhaltenstherapie**
- **Körperbezogenen Psychotherapie**
- **Autogenes Training; progressive (Muskel-)Relaxation**
- **Funktionelle Entspannung**

7. Einteilung der Psychotherapieverfahren

ÜBERSICHT

1. Konfliktzentrierte/ Tiefenpsychologische Verfahren

- Psychoanalyse*
- Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie*
- Sonderformen:*
 - *Tiefenpsychologie/ Analytische Psychologie nach Jung**
 - *Individualpsychologie nach Adler**
 - *Neopsychoanalyse Schultz-Hencke**

2. Verhaltenstherapeutische/ kognitionspsychologische Verfahren

- Verhaltenstherapie*
- Kognitive Verfahren*

3. Systemische Verfahren

- Systemische Paar und Familientherapie

4. Humanistische Therapien

- Gesprächspsychotherapie nach Rogers
- Gestalttherapie nach Perls
- Transaktionsanalyse nach Berne
- Psychodrama Moreno
- Positive Psychotherapie nach Peseschkian

5. Suggestive Verfahren

- Hypnose
- Kathymes Bilderleben
- Neurolinguistisches Programieren (NLP)

6. Autosuggestive Verfahren

- Autogenes Training
- Progressive Muskelrelaxation nach Jacobson
- Biofeedback

7. Ausdruckstherapien

- Körpertherapie
- Funktionelle Entspannung (FE)
- Gestaltungstherapie
- Musiktherapie
- Tanz- Bewegungstherapie

*Die mit * bezeichneten Verfahren sind von den Krankenkassen anerkannt*

8. Die Psychotherapieverfahren im einzelnen

8.1. Konfliktzentrierte/ Tiefenpsychologische Verfahren

8.1.1. Psychoanalyse*

„Die Psychoanalyse ist die erste Psychotherapieform, die unsere Ansprüche erfüllt: Sie verfügt über ein Modell der Krankheitsentstehung und über wirksame, empirisch überprüfbare, lehr- und lernbare Techniken“ (Wirsching, 1999, S. 14)

„Man darf daher sagen, die psychoanalytische Theorie ist ein Versuch, zwei Erfahrungen verständlich zu machen, die sich in auffälliger und unerwarteter Weise bei dem Versuche ergeben, die Leidenssymptome eines Neurotikers auf seine Quellen in seiner Lebensgeschichte zurückzuführen: die Tatsache der Übertragung und die des Widerstandes. Jede Forschungseinrichtung, welche diese beiden Tatsachen anerkennt und sie zum Ausgangspunkt ihrer Arbeit nimmt, darf sich Psychoanalyse heißen, auch wenn sie zu anderen Ergebnissen als den meinen gelangt“ (Freud, 1914, S. 54)

Indikation: schwere und tiefgreifende psychische und psychosomatische Störungen

Voraussetzung: Introspektions-, Beziehungs- und Arbeitsfähigkeit

Kontraindikation: schwere psychotische, psychosomatische oder perverse oder Persönlichkeitsstörungen

Wirkprinzip: Psychodynamisch, Regressionsfördernd

Krankheitsursache ist ein unbewusster Konflikt. Krankheitsauslöser ist gewöhnlich ein aktuelles lebensgeschichtliches Ereignis. Dieses bedingt die Reaktualisierung des zugrunde liegenden unbewussten Kindheitskonfliktes. Der gegenwärtige oder Aktualkonflikt ist der subjektive Anlass für einen Psychotherapiewunsch. Der Patient erlebt schmerzliche oder peinliche Gefühle, die Abwehrmechanismen dagegen mobilisieren. Er verwechselt den (ihm bewussten) Anlass mit dessen ihm verborgener, weil unbewusster Ursache.

z.B.: Ein wiederholte, aktuelle Trennungserfahrung führt reaktiv zur Beziehungsvermeidung mit der Folge des Alleinseins (**Wiederholungszwang**)!

z.B.: Eine wiederholte, aktuelle Versagenerfahrung führt reaktiv zu Rückzug und Vermeidung mit der Folge des Stagnierens der persönlichen Entwicklung (**Wiederholungszwang**)!

z.B.: Eine wiederholte, aktuelle Traumatische Erfahrung führt reaktiv dazu, frühzeitig aggressiv und abweisend zu reagieren mit der Folge erneuter Gewalterfahrung (**Wiederholungszwang**)!

Bowlby (1964) und Stern (1992) konnten zeigen, dass eine gute frühkindliche Bindungserfahrung einen gewissen Schutz vor späteren psychischen Störungen bietet.

Die Nachreifung in der psychoanalytischen Therapie lässt sich heute auch durch neurobiologische Veränderungen durch entsprechende Bildgebung zeigen.

Kernstück der Psychoanalyse ist die **Erinnerungs- und Beziehungsarbeit**.

Technik: Im psychoanalytischen Setting (unstrukturierter Sprach-Raum zwischen Patienten und Psychoanalytiker), werden freie Assoziationen gefördert und der neurotische Wiederholungszwang durch Deutung von Widerstand (W), Übertragung (ÜT) und Gegenübertragung (GÜT) aufgezeigt und aufgelöst.

z.B.: Durch seine *Trennungserfahrungen* überträgt der Patient Misstrauen auf den Analytiker, der jedoch mit Wiederherstellung des Vertrauens reagiert;

z.B.: Durch seine *Versagenerfahrungen* überträgt der Patient Angst und Vermeidung auf den Analytiker, der jedoch für ein entängstigendes Klima sorgt;

z.B.: Durch seine *Traumatische Erfahrungen* überträgt der Patient ein verletzendes Verhalten gegenüber dem Analytiker, der jedoch die Beziehung schützt und hält!

Ziel: Die Psychoanalyse verfolgt das Ziel, stabile innere Repräsentanzen gegenüber einer äußeren Abhängigkeit und innerer Leere aufbauen zu helfen.

8.1.2. Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (TfP)*

Definition: „Die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie umfasst ätiologisch orientierte Therapieformen, mit welchen die unbewusste Psychodynamik aktuell wirksamer neurotischer Konflikte unter Beachtung von Übertragung, Gegenübertragung und Widerstand behandelt werden.

Eine Konzentration des therapeutischen Prozesses wird durch ein vorwiegend konfliktzentriertes Vorgehen und durch Einschränkung regressiver Prozesse angestrebt“ (Psychotherapierichtlinien) zit. Nach Rudolf 2005, S. 407.

Indikation: Mittelschwere psychische und psychosomatische Störungen ohne eingreifende Alltagsbeeinträchtigung, Fokuszentriert

Voraussetzung: wie Psychoanalyse, aber geringeres psychologische Krankheitsverständnis möglich

Kontraindikation: schwere psychotische, psychosomatische oder perverse oder Persönlichkeitsstörungen, Unfähigkeit zur Introspektion

Wirkprinzip: Psychodynamisch, strukturierter, aber weniger regressionsfördernd

Das Wirkprinzip der TfP besteht aus der Verknüpfung der Triade

- aktuelle Realbeziehungen,
- biografische Beziehungserfahrungen und
- aktuelles Beziehungserleben in therapeutischen Situation

Ähnlich wie die Psychoanalyse geht die TfP davon aus, dass neurotische Krisen und psychosomatische Fehlentwicklungen auf eine kindliche Fehlorganisation der Persönlichkeit beruhen.

Die TfP konzentriert sich anders als die Psychoanalyse stark am aktuellen am aktuellen Konflikt (Fokus= zentraler Konflikt) auf der Grundlage unbewusster, „eingefahrener“ Muster.

Technik: Angestrebt wird die Lockerung der unbewussten Konflikt-Dynamik ohne ganze Persönlichkeitsveränderung mit den Mitteln der freien Assoziatio-

nen, aber vor allem durch emotionalen Austausch und - im Gegensatz zur Psychoanalyse – durch direkte Interaktion.

Die TFP ist indiziert, wenn

- eine schnelle Diagnose gefordert ist,
- der unbewusste Konflikt bisher wenig die Lebensführung beeinträchtigt (andernfalls ist die Indikation für eine Psychoanalyse zu erwägen),
- es zu einer positiven Übertragung kommt,
- der Patient sich rasch auf erste (Probe)Deutung einlassen kann,
- im Agieren zeigt, dass der Konflikt bereits vorbewusst ist

Ziel: Durch das aktuelle Symptom entsteht ein erheblicher Leidensdruck (Houben, 1998), der im **Gegenübersitzen** mit **selteneren Terminen** und **kürzerer Zeit** bearbeitet wird

8.1.2.1. Sonderform: Tiefenpsychologie/ Analytische Psychologie nach Jung* (1875-1961)

„Allem menschlichen individuellen Erleben ist eine archetypische, kollektive, angeborene und somit vorgegebene psychodynamische und psychoenergetische Struktur zugeordnet, die den Menschen in seiner leib-seelisch-geistigen Ganzheit spiegelt und ihn gleichzeitig zur existentiellen, konkreten Gestaltung des archetypisch Gegebenen in individueller Einzigartigkeit herausfordert.“ (Evers, 1998)

Die Jungianische Tiefenpsychologie sieht

- in der die Krise des Menschen die Gefährdung des Humanum im Ganzen;
- die Erfahrung der eigenen Wirklichkeit des Menschen in seiner paradoxen Widersprüchlichkeit.

Methode:

1. Typologische Erfassung (Archetyp der Persona, des Schattens)
2. Erarbeitung des Schattens und Veränderung der sozialen Rolle
3. Veränderung des Verhaltens durch Konfrontation: Erkennen der eigenen mörderischen und schöpferischen Qualitäten
4. Gegensatzvereinigung: intrapsychischer Prozess /religiöse Bilder
5. Arbeit mit Träumen und Aktiver Imaginierung

Ziel: Neue Bindungsmöglichkeit in freier Wahl

8.1.2.2. Sonderform: Individualpsychologie nach Adler* (1875-1937)

In Deutschland von den Kassen zugelassen für Kurzzeittherapie, Tiefenpsychologische Psychotherapie und analytische Langzeittherapie.

Im Gegensatz zu Freud sieht Adler eine einheitliche Kraft, die das Seelenleben lenkt: der **individuelle Gestaltungsfaktor** (Witte, 1998)

Ziel: den individuellen Kern verstehen und die Entwicklung eines stabilen Selbstwertgefühls fördern

TFT: Umstellung der Lebensmuster, Ermutigung

PSA: Anstreben eines intensiven emotionalen Prozess

8.1.2.3. Sonderform: Neopsychoanalyse Schultz-Hencke* (1892-1953)

Gründer der Deutschen Psychoanalytischen Gesellschaft und Begründer der Neopsychoanalyse. Verbindung der Lehren Freuds mit Jung und Adler. Seit den 20er Jahren ging die Neopsychoanalyse zur klassischen Psychoanalyse auf Distanz. In England sind ihre Vertreter Otto Rank, Karen Horney, Harry Stack, Sullivan, sowie Erich Fromm. Charakteristisch ist

- die Betonung zwischenmenschlicher Beziehungen und des interaktionellen Ansatzes;
- der Fokus auf Selbstbewusstsein, Sicherheit und Selbstgefühl;
- die Annahme, dass *Hemmungen* Ursache menschlicher Störungen sind.

Heute sind ihre Konzepte teilweise in der modernen Psychoanalyse aufgegangen.

8.2. Verhaltenstherapeutische/ kognitionspsychologische Verfahren

8.2.1. Verhaltenstherapie*

(„Umlernen, Trainieren“)

Indikation: wie Psychoanalyse und Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (TfP), besonders erprobt bei Phobien, Schmerz

Voraussetzung: auch bei geringer Introspektion möglich

Kontraindikation: akute Selbst- und Fremdgefährdung

Wirkprinzip: Die Präsentation des Symptoms veranlasst, die entstehungsfördernden und aufrechterhaltenden Bedingungen zu erfassen und bewusst zu ändern („Umtrainieren“)

Technik: störungsspezifische Programme (Anorexia, Schmerz, Angst)

Therapie: Lernpsychologische Methoden werden nach zwei Prinzipien angewandt:

1. systematische Desensibilisierung:

Angst: Die „Fehlerwartung“ von Katastrophen führt zu ? vegetativer Dysregulation, die wiederum löst ? Angst aus, was ? Flucht und Vermeidung (Agrophobie) zur Folge hat. Dies führt zum? Teufelskreis und ? zur Einengung des Lebensradius des Patienten. Technisches Vorgehen:

- Hierarchisierung (Erstellen einer Rangfolge). Was macht am meisten Angst?
- Erlernen eines angstmindernden Verfahrens (z.B. progressive Muskelrelaxation)
- Exposition: gedankliche oder reale Auseinandersetzung mit dem Stimulus (Konfrontation, overflowing)

Ziel: Gewöhnung an ängstigende Situation ? Stimulus wird so gelöscht (Extinktion)

2. Operante Konditionierung:

Ein gewünschtes Verhalten wird erreicht durch

- Positive Verstärkung (Lob, Ausgang, Zigaretten)
- Negative Verstärkung (Tadel, Ausgangssperre, Bettruhe)
- Lernen am Modell
- Selbstsicherheitstraining

Empirie und Qualitätsmanagement werden besonders betont, auch wenn andere Verfahren ihre Berechtigung damit begründen.

8.2.2. Kognitive Verfahren*

(„Umdenken“)

Kognitionspsychologie (A.T. Beck, 1976)

Wirkprinzip: Beeinflussung von Denkschemata (beispielsweise negativistisches Denken bei der Depression)

Therapie: Überwindung von „Denkfehlern“ („immer...“, „niemals...“, „ständig...“)

Technik:

- schrittweise Realisierung von Erfolgserlebnissen
- Gedankenstop
- Umdenken
- Erwartungsplanung
- Entwicklung alternativer Herangehensweisen
- Rollenspiel von Patient und Therapeut
- Innerer Monolog (Selbstinstruktion)

8.3. Die Psychoanalyse (PsA), die Tiefenpsychologie (TfP) und die Verhaltenstherapie (VT) gibt es sowohl als **Einzel** sowie als **Gruppentherapie**.

8.4. Zusammenfassung: Wann sind Psychodynamische und wann Verhaltenstherapeutische Verfahren indiziert?

PsA/TfP: Indikation 1. bei Neurosen, insbesondere zur Aufdeckung und Bearbeitung frühkindlicher Konflikte und 2. bei Persönlichkeitsstörungen, wenn es um eine neue Bindungserfahrung geht.

VT: Indikation bei pathogenen Denk- und Verhaltensschemata (Phobien)

9. Weitere Verfahren

9.1. Systemische Verfahren

9.1.1. Systemische Paar und Familientherapie

Dieses inzwischen etablierte, wenn auch nicht von den Krankenkassen anerkannte Psychotherapieverfahren geht auf *Mara Selvini* (1977) aus Mailand und *Helm Stierlin* aus Heidelberg (1975) zurück. Hierbei steht das *System* als organi-

sches und lebendiges Ganzes im Vordergrund. Die Mitglieder eines Systems (Familie, Firma) stehen durch *Informationen* in Wechselbeziehung zueinander. Dem System wird die Fähigkeit zur Selbstorganisation (*Autopoese*) zugesprochen und aus sich heraus Gesetze und Grenzen zu schaffen. Während die einzelnen Systembeteiligten *sich beobachten und reflektieren*, verändert der Therapeut als Beobachtender durch sein *Hinzutreten* das System. Während der Therapie werden *Gefühle* und *Verhaltensweisen* als frühere Interaktionsmuster reaktiviert. Im Mittelpunkt steht die *Interaktion* von Patient(en) und Therapeuten und die Ressourcenorientiertheit.

Methoden sind die *allseits gerichtete Parteinahme* und die *zirkuläre Befragung durch Teilnehmer*, sowie die *Bewertung des Betroffenen*.

Systemische Therapie wurde von der modernen Psychosomatik (Üexküll) aufgenommen, sofern Psychotherapie und medizinische Behandlung als Teil der Selbstorganisation des Menschen gesehen werden.

9.2. Humanistische Therapien

9.2.1. **Gesprächspsychotherapie nach Rogers (1902-1987)**

auch Klientenzentrierte Psychotherapie nach Carl Rogers (1978) genannt.

Merkmale: „*Klient*“ statt Patient, non-direktive Gesprächsführung, *Interaktion* Klient/Therapeut statt Deutungen, Konzept der Offenheit (*Akzeptanz*) und des nichturteilendes Verstehens (*Empathie*). Vom Therapeuten wird Echtheit (*Kongruenz*) erwartet, vom Klienten die Entwicklung eines *Selbstkonzeptes*.

Das als Heilverfahren **nicht** anerkannte Verfahren findet in der Personal-, Erziehungsberatung und gelegentlich in der Krisenintervention Anwendung. (Federspiel & Lackinger Karger, 1996, S.305-309)

9.2.2. **Gestalttherapie nach Perls (1893-1970)**

Die Gestalttherapie untersucht aktuelle Verhaltensmuster und seine Blockaden. Wesentliches Ziel ist es, die *Kontaktfähigkeit* wiederherzustellen durch Förderung der inneren und äußeren *Wahrnehmung*. Die *Selbstunterstützung* des Individuums beinhaltet, dass es losgelöst von äußeren Umständen für sich selbst entscheiden muss. In konfrontativer Weise zwingt der Therapeut den Klienten sich negative und positive Regungen zuzugestehen und durchzuleben, wobei *Frustration* nach Fritz Perls der Weg zur Heilung ist. Im Gegensatz zur Auffassung Verhaltenstherapie lerne der Mensch besonders aus negativen Erfahrungen. Die wichtigsten Regeln der Gestalttherapie sind: Handeln im *Hier und Jetzt*, Förderung der *Interaktion*, *Ich-Sätze* statt *Fragen*, stets *Wie* statt *Warum* fragen, *Bewusstheit* erfassen, *Nichts erzwingen*. Die Abwehrmechanismen in der Gestalttherapie heißen: *Introjektion*, *Projektion*, *Konfluenz*, *Retrofektion*, *Deflektion*, und *Desensitivierung*. (Revenstorff in: Kraiker & Peter, 1998, S. 200-210)

9.2.3. Transaktionsanalyse nach Berne (1910-1970)

TA ist gewissermaßen der Versuch, eine „Light-Version“ der Psychoanalyse für die amerikanische Gesellschaft der 50er Jahre zu entwickeln. Zentraler Gedanke ist, dass sich die Persönlichkeit in drei „Ich-Zuständen“ unterteilen lässt: 1. „Kind-Ich-Zustand“, 2. „Erwachsenen-Ich-Zustand“, 3. „Eltern-Ich-Zustand“. Das erste entspricht dem „inneren Kind“ in uns, wie wir waren, das zweite, integrative dem Ich und das Eltern-Ich dem Über-Ich aus der Psychoanalyse. Die *Transaktion* – also Kommunikation – zwischen Menschen läuft zwischen verschiedenen Menschen auf verschiedenen Ich-Zuständen (*gekreuzte Transaktion*) – z.B. Kind-Ich-Zustand zu Eltern-Ich-Zustand – und zwar stereotyp. Ziel der TA ist, dass Menschen in *komplementärer Transaktion* miteinander kommunizieren (Eltern-Ich-Zustand mit Eltern-Ich-Zustand). Die TA betont insbesondere die Grundbedürfnisse nach Zuwendung, Zärtlichkeit, Beachtung und Anerkennung. Nach Berne gibt es im Leben ein „Gewinner-Skript“ und ein „Verlierer-Skript“. Ziel ist es, die „*Spiele*“, die Klienten mit sich und anderen spielen aufzudecken. (Federspiel & Lackinger Karger, 1996, S.318-323)

9.2.4. Psychodrama Moreno (1890-1974)

Beim Psychodrama werden Konflikte und Problemsituationen, Wünsche und Hoffnungen mit Hilfe des Therapeuten und der Gruppenmitglieder in *Handlungsszenen* umgesetzt, durchgespielt und nachgesprochen. Das Psychodrama ist eine *interpersonal orientierte Psychotherapie* zum Analysieren und Darstellen zwischenmenschlicher Störungen und Einüben neuer Rollenkonzepte. Die Technik besteht aus einer *Erwärmungsphase* (diagnostisch-anamnestisch), der *Spielphase* (psycho-kathartisch) und der abschließenden *Integrationsphase* (analytisch—kommunikativ). Durch *Doppeln* des Protagonisten durch den Leiter gewinnt der Protagonist eine größere Einsicht in seine Probleme. Weitere Techniken sind *Spiegeln*, *Rollentausch* und *Beziehungsklärung in der Gruppe*. Eine Sitzung dauert anderthalb bis zweieinhalb Stunden, die Behandlung erstreckt sich über 25-100 Sitzungen. Zielgruppen: Beratungsstellen, Pädagogen, Studenten, Erwachsenenbildung, Organisationsberatung. (Bender & Gneist in: Kraiker & Peter, 1998, S. 211-225)

9.2.5. Positive Psychotherapie nach Pesechian (*1933)

Der Blick wird hier zum Positiven gerichtet. Für den aus Persien stammenden und in Deutschland und den USA ausgebildeten Nervenarzt spielen soziale Normen als Krankheitsauslöser und das religiöse Engagement einer Gesellschaft eine große Rolle. Seine Therapie verknüpft psychoanalytische Elemente und andere Bestandteile neuerer Psychotherapien mit persischen Märchenerzählungen. Der Mensch habe zwei angeborene *Grundfähigkeiten*, die *Liebesfähigkeit* (Emotionalität) und die *Erkenntnisfähigkeit* (Kognition). In der Religion zeigen sich die primären Fähigkeiten als *Sinngebung*, aus den sekundären die *Sinnfindung*. Aus unverarbeiteten *Grundkonflikten* bilden sich die *Aktualkonflikte*. Jeder Mensch sei nach seinem Wesen nach gut. Alle „Schlüsselkonflikte“ seien eine

Spannung zwischen „Höflichkeit“ und „Ehrlichkeit“. Weil die Spannungen in Paar- und Familienbeziehungen gesehen werden, ist der Ansatz der Positiven Psychotherapie systemisch. Über *fünf Stufen* wird der Klient vom Therapeuten zur eigenen Fähigkeit zur „Selbsthilfe“ geführt. (Federspiel & Lackinger Karger, 1996, S.330-333)

9.3. Suggestive Verfahren

9.3.1. Hypnose

Hypnose ist kein Schlaf, sondern die *Einengung des Bewusstseins* auf das Seelische. Atem, Puls und Kreislauf verlangsamen sich. Hypnotisierte sind passiv und aufnahmebereit. In *Trance* werden so bildhafte Symbole besser verstanden. Niemand kann gegen seinen Willen etwas suggeriert werden. Durch Techniken vermag es der Hypnotiseur die Trance intensiver zu gestalten. Der Therapeut arbeitet mit Formelwiederholungen (*Suggestionen*) oder mit beiläufig eingestreuten Anweisungen. Am Ende der Sitzung wird der Zustand mit gezielten Anleitungen wieder aufgelöst. Anwendungsgebiete der ärztlichen Hypnose sind Vorbereitungen zu Operationen, Schmerztherapie, Geburtshilfe und Zahnheilkunde, aber auch bei der Behandlung von Angst und Unruhe.

(Milton Erickson, 1976) (Federspiel & Lackinger Karger, 1996, S.410-413)

9.3.2. Kathathymes Bilderleben

Das imaginative Verfahren arbeitet mit Tagträumen *kathathym*, d.h. „der Seele gemäß“. In Entspannung berichtet der Patient etwa 20 Minuten lang über seine vom Therapeuten „induzierten“ Bilder. Danach werden die Gedanken und Einfälle besprochen. Die Grundannahme, dass die Symptome von psychisch und psychosomatisch erkrankten Patienten unbewusster Natur seien, geht auf die Psychoanalyse zurück. Ähnlich dem Nachtraum werden bei dem KB Inhalte symbolhaft und als Bilder vermittelt, die im zweiten Schritt in einer gemeinsamen „Übersetzung“ der *Symbole* und bildhaften Szenen gedeutet werden. In der Methode unterscheidet der Begründer *Leuner* eine *Grund- Mittelstufe*, bei der der Therapeut gewährend und unterstützend ist und eine *Oberstufe*, bei der eine Symbolkonfrontation und ein assoziatives Vorgehen gewählt werden. Das KB wird meist innerhalb der Tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie eingesetzt, gelegentlich auch in der Paar und Familientherapie.

(Schon in: Kraiker & Peter, 1998, S. 92-100)

9.3.3. Neurolinguistisches Programmieren (NLP)

Das NLP wurde von zwei Sprachforschern, Richard Bandler und John Grinder, erfunden, die aus der Beobachtung von Sprache, Gestik und Körperhaltung der „Magier der Psychotherapie“ Milton Erickson, Fritz Perls und Virginia Satir, deren Kontaktaufnahme zu den Klienten zu ergründen versuchten und daraus ein System lehr- und lernbarer Techniken von erfolgreichen Kommunikationsmodellen kopieren wollten. Das NLP, das keine neue Theorie aufstellen möchte,

möchte Blockaden aufheben, indem es alle Seelenzustände auf Nervenreize reduziert („*Neuro*“), die mit Sprache („*linguistisch*“) beeinflusst werden sollen. Dabei sollen negative Einstellungen ähnlich der Konditionierung des „Pawlovschen Hundes“ auf positive „*umprogrammiert*“ werden. Das NLP findet vor allem in der Lebensberatung und im Coaching Anwendung. (Federspiel & Lackinger Karger, 1996, S.418-420)

9.4. Autosuggestive Verfahren

9.4.1. Autogenes Training

Dieses Verfahren wurde von Johannes Heinrich *Schultz* (1884-1970) entwickelt. Zielorgan ist das *Vegetatives Nervensystem*. Der Patient soll lernen, *sich selbst zu entspannen*. Das Training besteht aus der *Unterstufe (Formeln)* und der *Oberstufe (innere Bilder)*. Entspannung wird erzielt durch *regelmäßige kurze Übungen* (Schwere, Atem...) sowie dem *Zurücknehmen* nach der Übung. Klassische Indikationen sind die muskuläre Verspannungen und Schlafstörungen. (Federspiel & Lackinger Karger, 1996, S.397-400)

9.4.2. Progressive Muskelrelaxation nach Jacobson

Dieses Entspannungsverfahren geht auf Edmund *Jacobson* (1885-1976) zurück. Im Kern besteht es aus *Lockerungsübungen durch kräftiges Strecken*. Der Tiefmuskelerelaxation geht eine *gezielte Anspannung bestimmter Muskelgruppen* voraus. Empfohlen wird, die *Übungen mehrfach täglich über eine Woche* durchzuführen. Die Progressive Muskelrelaxation nach Jacobson ist in psychosomatischen Kliniken in USA verbreitet, ist aber auch in Deutschland inzwischen in Klinik und Praxis etabliert.

Indikation: Stress, Verspannung, Schmerz (Federspiel & Lackinger Karger, 1996, S.400-401)

9.4.3. Biofeedback

Biofeedback bedeutet „*Rückmeldung biologischer Signale*“. Es beruht auf dem Erkenntnis, dass der vegetative Zustand des Menschen sich durch sein seelisches Empfinden beeinflussen lässt. Auf der Basis der Verhaltenstherapie und von Entspannungsverfahren wurde eine Technik mit medizinischen Geräten, wie das EMG, entwickelt, die mit optischen oder akustischen Signalen den Patienten eine Rückmeldung (*feedback*) geben, ob er seine Muskeln entspannt hat. Das Verfahren soll in wenigen Sitzungen den Patienten befähigen, gestörte vegetative Abläufe positiv zu beeinflussen. Anwendungsgebiete sind beispielsweise Muskelverspannungen, Kopfschmerzen, Bluthochdruck, Angstzustände, Inkontinenz u.a. (Federspiel & Lackinger Karger, 1996, S.403-404)

9.5. Ausdruckstherapien

9.5.1. Körpertherapie

Das Konzept geht auf den Psychoanalytiker *Wilhelm Reich* zurück. Hierbei geht es in erster Linie darum, *Blockierungen des „Energieflusses“* (Muskelverspannungen) u lösen. Bei der Exploration werden *Biographie* und *somatische Anamnese* in Verbindung gebracht. Bei der *Körperuntersuchung* werden durch *Ertasten* Fehlhaltungen und muskuläre Verspannungen erfasst. Die Behandlung besteht aus Gesprächstherapie mit *Übungen für Muskulatur und Atmung*, teilweise *massageähnlich* (asexuell). Der *Körper* ist im Gespräch *stets* einbezogen. (Staemmler in: Kraiker& Peter, 1998, S. 230-239)

9.5.2. Funktionelle Entspannung (FE)

Dieses Verfahren geht auf *Marianne Fuchs*, Exponentin der Gymnastikbewegung der 20er Jahre. Fuchs entwickelte eine *tiefenpsychologisch fundierte körperbezogene Psychotherapiemethode*, die den *anthropologisch-psychosomatischen Ansatz V. v. Weizsäckers* und die damaligen Erkenntnisse der *Physiotherapie* verband. Die FE geht von der Vorstellung vom *Leib* als der *tiefsten Schicht des Unbewussten* aus. Die *Propriozeption* zum »Finden des Eigenrhythmus« und die *Entspannung im Atemrhythmus* sind zentrale Begriffe. Die FE wird in einigen Psychosomatischen Kliniken angewandt, insbesondere für die Indikationen Migräne, Hypertonie, Asthma bronchiale (besonders bei Kindern und Jugendlichen). (Quelle: Arbeitsgemeinschaft Funktionelle Entspannung, AFE)

9.5.3. Gestaltungstherapie (Kunsttherapie)

Psychiater wie Prinzhorn („Prinzhornsammlung“), aber auch Künstler wie Walter Morgenthaler – der Vater des kreativen wie künstlerischen Züricher Psychoanalytikers Fritz Morgenthaler (Anmerk. P.F.) – entdeckten die Ausdruckskraft der Bilder von psychisch Kranken. Vorreiterinnen der Psychotherapie sind Susan Bach, Jolanda Jacobi und Elisabeth Tomalin, die von der Tiefenpsychologie von C.G. Jungs beeinflusst waren. Die Grundannahme der Gestaltungstherapie ist, dass Gestalten ein Grundbedürfnis des Menschen ist. Das Gestalten bittet die Möglichkeit einer „Probehandlung“. Kunsttherapie versucht den Zugang zur *blockierten Kreativität* zu öffnen, mal mit, mal ohne *Themenstellung*. Im Mittelpunkt steht der *Prozess* der Rekonstruktion der eigenen Lebensmuster in *Beziehung* zum Therapeuten unter Benutzung vielfältigen Werkmaterials. Kunsttherapie hat heute in den meisten psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken Eingang gefunden. (Schottenloher in: Kraiker& Peter, 1998, S. 240-249)

9.5.4. Musiktherapie

Schon im Mittelalter galt Musik als Heilmittel. Inzwischen gibt es diplomierte *Musiktherapeuten* mit psychosozialer oder pädagogischer Qualifikation. In der *Rezeptiven Musiktherapie* werden mit ausgewählten Musikstücke damit verbundenen Erlebnisse wachgerufen und anschließend besprochen. In der *aktiven Musiktherapie* werden die Klienten zum aktiven improvisierenden Musizieren ein-

geladen. Die Musik wird als Spiegel der Gefühle verstanden. In der *Integrativen Musiktherapie* wird überwiegend in Einzelstunden und mit gestalttherapeutischen Methoden gearbeitet. Anwendungsgebiete sind neurotische, psychosomatische und psychiatrische Erkrankungen. (Federspiel & Lackinger Karger, 1996, S.472-474)

9.5.5. Tanz- Bewegungstherapie

Diese Therapieform geht auf die Tänzerin Isadora *Duncan* (1878-1927), die als erste das Starre des klassischen Balletts auflöste und die eigene seelische Befindlichkeit ausdrückte und dem österreichischen Bewegungspädagogen Rudolf von *Laban* (1879-1958) zurück. Es waren insbesondere Frauen, die Tanzbewegungen für unterschiedliche psychische Störungen ab dem Beginn des 20.Jahrhundert therapeutisch zu nutzen begannen. Ab den 70er Jahren entstanden Tanztherapieverbände die klinische Standards erarbeiteten. Die Tanztherapie geht wie die Körpertherapie davon aus, dass Emotionen im *Körpergedächtnis* gespeichert werden. Tanztherapeuten möchten über die Bewegung mit ihren Klienten ins Gespräch kommen. Das Verfahren gründet auf die Humanistisch-psychologischen Therapien. Tanztherapie kommt in psychiatrischen und psychosomatischen sowie in Suchtkliniken zur Anwendung. Ihre Wirkung als eigenständige Therapie ist jedoch zweifelhaft. (Federspiel & Lackinger Karger, 1996, S.475-479)

10. Zusammenfassung

Die zwei kassenfinanzierten Hauptverfahren in der Psychotherapie sind:

- Die *konfliktzentrierte Psychotherapien* mit den Hauptvertreterinnen **Psychoanalyse** und **Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie** und
- Die *Verhaltenstherapeutische Verfahren* (**Verhaltenstherapie**) und *Kognitionspsychologie*.

Daneben gibt es zahlreiche **nicht** von den Krankenkassen finanzierte Psychotherapieverfahren, wie beispielsweise **Gesprächstherapie**, **Autogenes Training**, **Muskelentspannung nach Jacobson**, **Körpertherapien**, **Funktionelle Entspannung (FE)** u.v.m.

Literaturangaben:

- **Wolfram Bender (1998):** Was ist Psychiatrie? In Christoph Kraiker, Burkhard Peter, Psychotherapieführer. C.H. Beck, München, S.20
- **Aaron T. Beck (1976):** Cognitive therapy and the emotional disorders. New York, International Press
- **John Bowlby (1964):** Maternal care and mental health : a report prepared on behalf of the World Health Organization as a contribution to the United Nations programme for the welfare of homeless children. 2. Auflage, 1964
- **Dirk Evers (1998):** Individuation als Therapie. Die Analytische Psychologie Carl Gustav Jungs. S. 80-85 In Christoph Kraiker, Burkhard Peter, Psychotherapieführer. C.H. Beck, München,
- **Krista Federspiel, Ingeborg Lackinger Karger (1996):** Kursbuch Seele. Was tun bei psychischen Problemen? Beratung, Selbsthilfe, Medikamente; 120 Psychotherapien auf dem Prüfstand. Kiepenheuer & Witsch, Köln
- **Sigmund Freud (1905):** Über Psychotherapie. (In: Ges. Werke V, S. 11-26).Frankfurt/M., Fischer 1967
- **Sigmund Freud (1914):** Zur Geschichte der Psychoanalytischen Bewegung (In: Ges. Werke X, S. 43-113).Frankfurt/M., Fischer 1967
- **S. O. Hoffmann, G. Hochapfel (1995):** Neurosenlehre, Psychotherapeutische und Psychosomatische Medizin, Schattauer, Stuttgart
- **Hartmann Hinterhuber und Wolfgang Fleischhacker (1997):** Lehrbuch der Psychiatrie, Thieme, Stuttgart, New York
- **Antoon Houben (1998):** Tiefenpsychologische Kurztherapie und Beratung S. 69-79 In. Christoph Kraiker und Burkhard Peter. Psychotherapieführer, C.H. Beck, München
- **Rudolf Klußmann (1993):** Psychotherapie, 2. Auflage. Springer-Verlag Heidelberg-New York
- **Karl König (1999):** Kleine psychoanalytische Charakterkunde. Sammlung Vandenhoeck, Vandenhoeck & Rupprecht, Göttingen
- **Cristoph Kraiker& Burkhard Peter(1998):**.. Psychotherapieführer, C.H. Beck, München
- **Wolfgang Mertens (1998):**., In: Cristoph Kraiker& Burkhard Peter Psychotherapieführer, C.H. Beck, München, S. 56-68,
- **Guntram Platter (2004):**., Psychotherapie-kompakt. Minimalwissen für professionelle nichtärztliche Berufe. Bd. I: Die psychischen Störungen. Holos-Verlag Bonn

- **Gert Rudolf (2005):** Psychotherapeutische Medizin und Psychosomatik. Ein Einführendes Lehrbuch auf psychodynamischer Grundlage. Thieme, Stuttgart, New York
- **Wolfgang Senf und Michael Broda (1997):** Praxis der Psychotherapie. Theoretische Grundlagen von Psychoanalyse und Verhaltenstherapie. Thieme, Stuttgart, New York
- **Maria Selvini Palazzoni (1977),** Luigi Boscolo, Gianfranco Cecchin, Giuliana Prata: Paradosso e controparadosso. Milano: Feltrinelli 1975; dt.: Paradoxon und Gegenparadoxon. Ein neues Therapiemodell für die Familie mit schizophrener Störung. Stuttgart: Klett 1977.
- **Helm Stierlin(1975):** Von der Psychoanalyse zur Familientherapie. Theorie, Klinik. Stuttgart: Klett
- **Daniel Stern (1992):** Die Lebenswelt des Säuglings. Klett-Cotta, Stuttgart.
- **U. Streek (1997):** Psychoanalytische Psychotherapieverfahren. In: Wolfgang Senf und Michael Broda, Praxis der Psychotherapie. Theoretische Grundlagen von Psychoanalyse und Verhaltenstherapie. Thieme, Stuttgart, New York. S. 96-110
- **Michael Wirsching (1999):** Psychotherapie. Grundlagen und Methoden. C.H. Beck, München
- **Karl Heinz Witte(1998):** Individualpsychologische Therapie nach Alfred Adler. S. 86-92 in: . Christoph Kraiker und Burkhard Peter. Psychotherapieführer, C.H. Beck, München
- **Weltgesundheitsorganisation: Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD 10 Kapitel V(F),Forschungskriterien. Dilling, Mombour, Schmidt, Schulte-Markwort (Hg). Verlag Hans Huber, Bern-Göttingen-Toronto-Seattle, 1994**