

Christopher M. Ofenstein Stefan Ritsche

Praxisbuch Heilpraktiker für Psychotherapie

Leseprobe

ELSEVIER

Urban & Fischer

Inhaltsverzeichnis

Einführung	1	2.5.6	Verhaltenstherapeutische Interventionstechniken ..	38
Teil I: Grundlagen der psychotherapeutischen Arbeit	3	2.6	Grundlagen der Gesprächspsychotherapie	40
1 Psychotherapie	5	2.7	Eigen-, Lehrtherapie und Supervision des angehenden Therapeuten	41
1.1 Die Entwicklung der Psychotherapie	6	2.7.1	Eigetherapie	41
1.1.1 Die Anfänge	6	2.7.2	Lehrtherapie	42
1.1.2 Der Beginn der Psychoanalyse	7	2.7.3	Supervision	43
1.1.3 Die beiden Weltkriege und die Zeit danach	8	2.8	Bewusster Umgang mit Übertragung, Gegenübertragung und Widerstand	43
1.2 Definition von „Psychotherapie“	9	2.8.1	Übertragung	43
1.3 Psychotherapeutische Verfahren	9	2.8.2	Gegenübertragung	43
1.3.1 Vorbemerkungen	9	2.8.3	Widerstand	44
1.3.2 Psychoanalyse	10	3 Der Behandlungsprozess		45
1.3.3 Tiefenpsychologisch orientierte Psychotherapie ..	11	3.1	Telefonischer Erstkontakt	46
1.3.4 Verhaltenstherapie	11	3.2	Erstgespräch in der Praxis	46
1.3.5 Humanistische und erlebnisorientierte Verfahren ..	12	3.3	Behandlungsvertrag	48
1.3.6 Schematherapie	14	3.4	Behandlungsplanung	48
1.3.7 Systemische Psychotherapie	14	3.5	Anamnese	49
1.3.8 Gruppenpsychotherapie	15	3.6	Diagnostik	53
1.3.9 Traumatherapie	15	3.7	Krisenintervention	54
1.3.10 Ergänzende spezielle Psychotherapieverfahren	16	3.8	Behandlungsphasen	55
1.3.11 Krisenintervention	17	3.8.1	Die kurzfristige Behandlungsphase	55
2 Voraussetzungen für das therapeutische Arbeiten: therapeutischer Reifungsprozess ..	19	3.8.2	Die mittelfristige Behandlungsphase	56
2.1 Das technische Handwerkszeug	21	3.8.3	Die langfristige Behandlungsphase/ Trennungsphase	56
2.1.1 Diagnostik	21	3.8.4	Das Ende der Therapie	57
2.1.2 Therapeutisches Vorgehen und Interventionstechniken	23	3.8.5	Therapieabbruch	57
2.2 Setting, Voraussetzungen und Wirksamkeit der Therapie	23	3.9	Der Rapport	57
2.2.1 Setting	23	3.10	Das Halten und Loslassen im psychotherapeutischen Prozess	57
2.2.2 Voraussetzungen	24	3.11	Die Bedürfnisse des Therapeuten	58
2.2.3 Wirksamkeit von Psychotherapie	25	Teil II: Die Praxis des psychotherapeutischen Arbeitens: Diagnostik und Therapie psychischer Störungen nach ICD-10		59
2.3 Arbeitsgebiete des Heilpraktikers für Psychotherapie	26	4 Organische psychische Störungen (ICD-10; F0)		61
2.4 Grundlagen der aufdeckenden Psychotherapie ..	27	4.1	Demenz (ICD-10; F00)	63
2.4.1 Grundannahmen	27	4.1.1	Einführung	63
2.4.2 Neurotische (innerpsychische) Konflikte	31	4.1.2	Symptomatik	63
2.4.3 Aufdeckende psychotherapeutische Arbeit	35	4.1.3	Differenzialdiagnose	63
2.5 Grundlagen der Verhaltenstherapie	36	4.1.4	Therapie	64
2.5.1 Klassische Konditionierung	36	4.1.5	Arbeit mit dem sozialen Umfeld	65
2.5.2 Operante Konditionierung	37	4.2	Delir (ICD-10; F05)	66
2.5.3 Modell-Lernen	37	4.2.1	Einführung	66
2.5.4 Kognitionen	37			
2.5.5 Weitere lerntheoretische Begriffe	38			

4.2.2	Symptomatik	66	7	Affektive Störungen (ICD-10; F3)	93
4.2.3	Differenzialdiagnose	66	7.1	Manische Episode und bipolare affektive Störung (ICD-10; F30–F31)	94
4.2.4	Therapie	66	7.1.1	Einführung	94
4.2.5	Arbeit mit dem sozialen Umfeld	67	7.1.2	Symptomatik	95
4.3	Organische psychische Störungen 2. Ranges (ICD-10; F06, F07)	67	7.1.3	Differenzialdiagnose	95
4.3.1	Einführung	67	7.1.4	Therapie	95
4.3.2	Symptomatik	67	7.1.5	Arbeit mit dem sozialen Umfeld	97
4.3.3	Differenzialdiagnose	68	7.2	Depression (ICD-10; F32)	98
4.3.4	Therapie	69	7.2.1	Einführung	98
4.3.5	Arbeit mit dem sozialen Umfeld	70	7.2.2	Symptomatik	99
			7.2.3	Diagnosestellung	99
5	Stoffgebundene Sucht und Abhängigkeit (ICD-10; F1)	71	7.2.4	Differenzialdiagnose	99
5.1	Abhängigkeit: Definition, diagnostische Kriterien, Therapiephasen	72	7.2.5	Therapie	100
5.2	Alkohol (ICD-10; F10)	73	7.2.6	Arbeit mit dem sozialen Umfeld	102
5.2.1	Einführung	73	7.3	Anhaltende affektive Störungen (ICD-10; F34)	102
5.2.2	Symptomatik	73	7.3.1	Einführung	102
5.2.3	Differenzialdiagnose	74	7.3.2	Symptomatik	103
5.2.4	Therapie	74	7.3.3	Differenzialdiagnose	103
5.2.5	Arbeit mit dem sozialen Umfeld	76	7.3.4	Therapie	103
5.3	Drogen (ICD-10; F11–F19)	77	7.3.5	Arbeit mit dem sozialen Umfeld	104
5.3.1	Einführung	77	8	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (ICD-10, F4)	105
5.3.2	Symptomatik	77	8.1	Angststörungen (ICD-10; F40, F41)	106
5.3.3	Differenzialdiagnose	78	8.1.1	Einführung	106
5.3.4	Therapie	78	8.1.2	Symptomatik	107
5.3.5	Arbeit mit dem sozialen Umfeld	80	8.1.3	Differenzialdiagnose	108
5.4	Medikamente (ICD-10; F13)	80	8.1.4	Therapie	108
5.4.1	Einführung	80	8.1.5	Arbeit mit dem sozialen Umfeld	110
5.4.2	Symptomatik	81	8.2	Zwangsstörungen (ICD-10; F42)	111
5.4.3	Differenzialdiagnose	81	8.2.1	Einführung	111
5.4.4	Therapie	81	8.2.2	Symptomatik	112
5.4.5	Arbeit mit dem sozialen Umfeld	82	8.2.3	Differenzialdiagnose	112
			8.2.4	Therapie	113
6	Schizophrenie, anhaltende wahnhafte Störung und vorübergehende psychotische Störung (ICD-10; F2)	83	8.2.5	Arbeit mit dem sozialen Umfeld	114
6.1	Schizophrenie und anhaltende wahnhafte Störungen (ICD-10; F20, F22)	84	8.3	Belastungs- und Anpassungsstörungen (ICD-10; F43)	115
6.1.1	Einführung	84	8.3.1	Einführung	115
6.1.2	Symptomatik	86	8.3.2	Symptomatik	116
6.1.3	Differenzialdiagnose	87	8.3.3	Differenzialdiagnose	117
6.1.4	Therapie	87	8.3.4	Therapie	117
6.1.5	Arbeit mit dem sozialen Umfeld	89	8.3.5	Arbeit mit dem sozialen Umfeld	120
6.2	Akute vorübergehende psychotische Störungen (ICD-10; F23)	89	8.4	Dissoziative Störungen (ICD-10; F44)	120
6.2.1	Einführung	89	8.4.1	Einführung	120
6.2.2	Symptomatik	90	8.4.2	Symptomatik	121
6.2.3	Differenzialdiagnose	90	8.4.3	Differenzialdiagnose	121
6.2.4	Therapie	90	8.4.4	Therapie	122
6.2.5	Arbeit mit dem sozialen Umfeld	91	8.4.5	Arbeit mit dem sozialen Umfeld	122
			8.5	Somatoforme Störungen (ICD-10; F45)	123
			8.5.1	Einführung	123
			8.5.2	Symptomatik	124

8.5.3	Differenzialdiagnose	125	10.3.5	Arbeit mit dem sozialen Umfeld	157
8.5.4	Therapie	125	10.4	Abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle (ICD-10; F63)	157
8.5.5	Arbeit mit dem sozialen Umfeld	126	10.4.1	Einführung	157
9	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren (F5)	129	10.4.2	Symptomatik	158
9.1	Essstörungen	130	10.4.3	Differenzialdiagnose	158
9.1.1	Einführung	130	10.4.4	Therapie	158
9.1.2	Symptomatik	131	10.4.5	Arbeit mit dem sozialen Umfeld	158
9.1.3	Differenzialdiagnose	132	10.5	Störungen der Geschlechtsidentität (ICD-10; F64)	158
9.1.4	Therapie	132	10.5.1	Einführung	158
9.1.5	Arbeit mit dem sozialen Umfeld	134	10.5.2	Symptomatik	159
9.2	Nichtorganische Schlafstörungen	135	10.5.3	Differenzialdiagnose	159
9.2.1	Einführung	135	10.5.4	Therapie	159
9.2.2	Symptomatik	136	10.5.5	Arbeit mit dem sozialen Umfeld	160
9.2.3	Differenzialdiagnose	136	10.6	Störungen der Sexualpräferenz (ICD-10; F65)	160
9.2.4	Therapie	136	10.6.1	Einführung	160
9.2.5	Arbeit mit dem sozialen Umfeld	137	10.6.2	Symptomatik	161
9.3	Sexuelle Funktionsstörungen, nichtorganisch (F52)	138	10.6.3	Differenzialdiagnose	161
9.3.1	Einführung	138	10.6.4	Therapie	161
9.3.2	Symptomatik	139	10.6.5	Arbeit mit dem sozialen Umfeld	162
9.3.3	Differenzialdiagnose	139	10.7	Psychische und Verhaltensstörungen in Verbindung mit der sexuellen Entwicklung und Orientierung (ICD-10; F66)	163
9.3.4	Therapie	139	10.7.1	Einführung	163
9.3.5	Arbeit mit dem sozialen Umfeld	140	10.7.2	Symptomatik	163
10	Persönlichkeitsstörungen (F6)	141	10.7.3	Differenzialdiagnose	163
10.1	Allgemeine Überlegungen	142	10.7.4	Therapie	163
10.1.1	Einführung	142	10.7.5	Arbeit mit dem sozialen Umfeld	164
10.1.2	Symptomatik allgemein	142	11	Intelligenzminderung (ICD-10; F7)	165
10.1.3	Differenzialdiagnose	143	11.1	Einführung	166
10.1.4	Therapie	143	11.1.1	Symptomatik	166
10.1.5	Arbeit mit dem sozialen Umfeld	146	11.1.2	Differenzialdiagnose	166
10.2	Spezifische Persönlichkeitsstörungen	147	11.1.3	Therapie	166
10.2.1	Paranoide Persönlichkeitsstörung (F60.0)	147	11.1.4	Arbeit mit dem sozialen Umfeld	168
10.2.2	Schizoide Persönlichkeitsstörung (F60.1)	148	12	Entwicklungsstörungen (ICD-10; F8)	169
10.2.3	Dissoziale Persönlichkeitsstörung (F60.2)	149	12.1	Einführung	170
10.2.4	Emotional-instabile Persönlichkeitsstörung (Borderline-Störung; F60.3-)	149	12.1.1	Umschriebene Entwicklungsstörungen	170
10.2.5	Histrionische Persönlichkeitsstörung (F60.4)	151	12.1.2	Tiefgreifende Entwicklungsstörungen	170
10.2.6	Anankastische (zwanghafte) Persönlichkeitsstörung (F60.5)	152	12.2	Symptomatik	171
10.2.7	Ängstlich-vermeidende Persönlichkeitsstörung (F60.6)	153	12.3	Differenzialdiagnose	171
10.2.8	Abhängige Persönlichkeitsstörung (F60.7)	154	12.4	Therapie	171
10.2.9	Narzisstische Persönlichkeitsstörung (F60.8)	155	12.5	Arbeit mit dem sozialen Umfeld	172
10.3	Andauernde Persönlichkeitsänderung (ICD-10; F62)	156	13	Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in Kindheit und Jugend (ICD-10; F9)	175
10.3.1	Einführung	156	13.1	Einführung	176
10.3.2	Symptomatik	156	13.2	Symptomatik	177
10.3.3	Differenzialdiagnose	156	13.3	Differenzialdiagnose	177
10.3.4	Therapie	156			

13.4	Therapie	178	15.9.3	Handlungsoptionen	210
13.5	Arbeit mit dem sozialen Umfeld	180	15.10	Das Nichteinhalten von Therapieabsprachen	211
Teil III: Herausforderungen im Praxisalltag		181	15.10.1	Sichtweise des Patienten	211
14 Therapeutische Grundvoraussetzungen – Metaebene – Feedback		183	15.10.2	Sichtweise des Therapeuten	211
14.1	Grundvoraussetzungen: persönliche Voraussetzungen des Therapeuten	184	15.10.3	Handlungsoptionen	212
14.2	Die Metaebene	184	15.11	Kaffeeklatsch – Smalltalk	213
14.3	Feedback	185	15.11.1	Sichtweise des Patienten	213
15 Herausfordernde Interaktionssituationen – ausgelöst durch den Patienten		187	15.11.2	Sichtweise des Therapeuten	213
15.1	Suizidalität des Patienten	189	15.11.3	Handlungsoptionen	214
15.1.1	Sichtweise des Patienten	189	15.12	Persönliche Einladung durch den Patienten	215
15.1.2	Sichtweise des Therapeuten	192	15.12.1	Sichtweise des Patienten	215
15.1.3	Handlungsoptionen	192	15.12.2	Sichtweise des Therapeuten	215
15.2	Kurzfristige Terminabsage durch den Patienten ..	193	15.12.3	Handlungsoptionen	215
15.2.1	Sichtweise des Patienten	194	15.13	Persönliche Fragen des Patienten	217
15.2.2	Sichtweise des Therapeuten	194	15.13.1	Sichtweise des Patienten	217
15.2.3	Handlungsoptionen	194	15.13.2	Sichtweise des Therapeuten	217
15.3	Abbruch der Therapie durch den Patienten	195	15.13.3	Handlungsoptionen	217
15.3.1	Sichtweise des Patienten	196	15.14	Verliebtsein des Patienten	218
15.3.2	Sichtweise des Therapeuten	196	15.14.1	Sichtweise des Patienten	218
15.3.3	Handlungsoptionen	196	15.14.2	Sichtweise des Therapeuten	219
15.4	Dominanzverhalten des Patienten	197	15.14.3	Handlungsoptionen	219
15.4.1	Sichtweise des Patienten	197	15.15	Strafbare Handlungen durch den Patienten	220
15.4.2	Sichtweise des Therapeuten	198	15.15.1	Sichtweise des Patienten	220
15.4.3	Handlungsoptionen	199	15.15.2	Sichtweise des Therapeuten	221
15.5	Negative Emotionen und ständiges Jammern durch den Patienten	200	15.15.3	Handlungsoptionen	222
15.5.1	Sichtweise des Patienten	200	15.16	Zweifel des Patienten am Therapeuten	223
15.5.2	Sichtweise des Therapeuten	200	15.16.1	Sichtweise des Patienten	223
15.5.3	Handlungsoptionen	201	15.16.2	Sichtweise des Therapeuten	224
15.6	Aggressives Verhalten des Patienten gegenüber dem Therapeuten	202	15.16.3	Handlungsoptionen	224
15.6.1	Sichtweise des Patienten	202	15.17	Der Patient übernimmt keine Eigenverantwortung	226
15.6.2	Sichtweise des Therapeuten	202	15.17.1	Sichtweise des Patienten	226
15.6.3	Handlungsoptionen	203	15.17.2	Sichtweise des Therapeuten	226
15.7	Abwehrmechanismen des Patienten	204	15.17.3	Handlungsoptionen	227
15.7.1	Sichtweise des Patienten	204	15.18	Therapieerfahrung des Patienten	228
15.7.2	Sichtweise des Therapeuten	205	15.18.1	Sichtweise des Patienten	228
15.7.3	Handlungsoptionen	205	15.18.2	Sichtweise des Therapeuten	229
15.8	Antriebslosigkeit des Patienten	206	15.18.3	Handlungsoptionen	230
15.8.1	Sichtweise des Patienten	206	15.19	Der traumatisierte Patient	232
15.8.2	Sichtweise des Therapeuten	206	15.19.1	Sichtweise des Patienten	232
15.8.3	Handlungsoptionen	207	15.19.2	Sichtweise des Therapeuten	232
15.9	Mangelnde Veränderungsmotivation des Patienten	208	15.19.3	Handlungsoptionen	233
15.9.1	Sichtweise des Patienten	208	16 Herausfordernde Interaktionssituationen – ausgelöst durch den Therapeuten		235
15.9.2	Sichtweise des Therapeuten	209	16.1	Schwierigkeiten im Rahmen von Kriseninterventionen	236
			16.1.1	Sichtweise des Patienten	236
			16.1.2	Sichtweise des Therapeuten	236
			16.1.3	Handlungsoptionen	237
			16.2	Unsicherheit und Schuldgefühle des Therapeuten	238

2

Voraussetzungen für das therapeutische Arbeiten: der therapeutische Reifungsprozess

2.1	Das technische Handwerkszeug	21	2.5	Grundlagen der Verhaltenstherapie	36
2.1.1	Diagnostik	21	2.5.1	Klassische Konditionierung	36
2.1.2	Therapeutisches Vorgehen und Interventionstechniken	23	2.5.2	Operante Konditionierung	37
2.2	Setting, Voraussetzungen und Wirksamkeit der Therapie	23	2.5.3	Modell-Lernen	37
2.2.1	Setting	23	2.5.4	Kognitionen	37
2.2.2	Voraussetzungen	24	2.5.5	Weitere lerntheoretische Begriffe	38
2.2.3	Wirksamkeit von Psychotherapie	25	2.5.6	Verhaltenstherapeutische Interventionstechniken ..	38
2.3	Arbeitsgebiete des Heilpraktikers für Psychotherapie	26	2.6	Grundlagen der Gesprächspsychotherapie	40
2.4	Grundlagen der aufdeckenden Psychotherapie	27	2.7	Eigen-, Lehrtherapie und Supervision des angehenden Therapeuten	41
2.4.1	Grundannahmen	27	2.7.1	Eigentherapie	41
2.4.2	Neurotische (innerpsychische) Konflikte	31	2.7.2	Lehrtherapie	42
2.4.3	Aufdeckende psychotherapeutische Arbeit	35	2.7.3	Supervision	43
			2.8	Bewusster Umgang mit Übertragung, Gegenübertragung und Widerstand	43
			2.8.1	Übertragung	43
			2.8.2	Gegenübertragung	43
			2.8.3	Widerstand	44



Kapitelübersicht

Der Heilpraktiker für Psychotherapie ist grundsätzlich verpflichtet, nur Patienten mit bestimmten Störungsbildern zu behandeln. Dabei ist er für die professionelle und kompetente Durchführung der Therapie verantwortlich. Dazu gehört umfassendes Fachwissen über die Entstehung und Symptome psychischer Störungen sowie die Möglichkeiten ihrer Behandlung. Auch die re-

gelmäßige Selbstreflexion und Supervision sind fester Bestandteil der verantwortungsvollen Arbeit des Heilpraktikers für Psychotherapie, denn er muss zu jeder Zeit sowohl seine eigenen Grenzen als auch die der Therapie kennen. Eine unprofessionell durchgeführte Psychotherapie kann beim Patienten viel Leid und Schaden verursachen.

2

Nach dem Bestehen der amtsärztlichen Prüfung kann der Heilpraktiker für Psychotherapie – wenn er eine Ausbildung in einer psychotherapeutischen Behandlungsmethode abgeschlossen hat – eigenverantwortlich mit Patienten arbeiten. Nicht immer ist es aber so, dass ein Prüfungskandidat über praxisbezogenes, inhaltliches

Fachwissen in der Psychotherapie verfügt, denn er hat sich für seine HP-Prüfung schwerpunktmäßig auf den psychiatrisch-diagnostischen Teil konzentriert. Im Folgenden gehen wir auf die inhaltlichen Anforderungen an den Heilpraktiker für Psychotherapie ein. Einen Überblick gibt > Abb. 2.1.

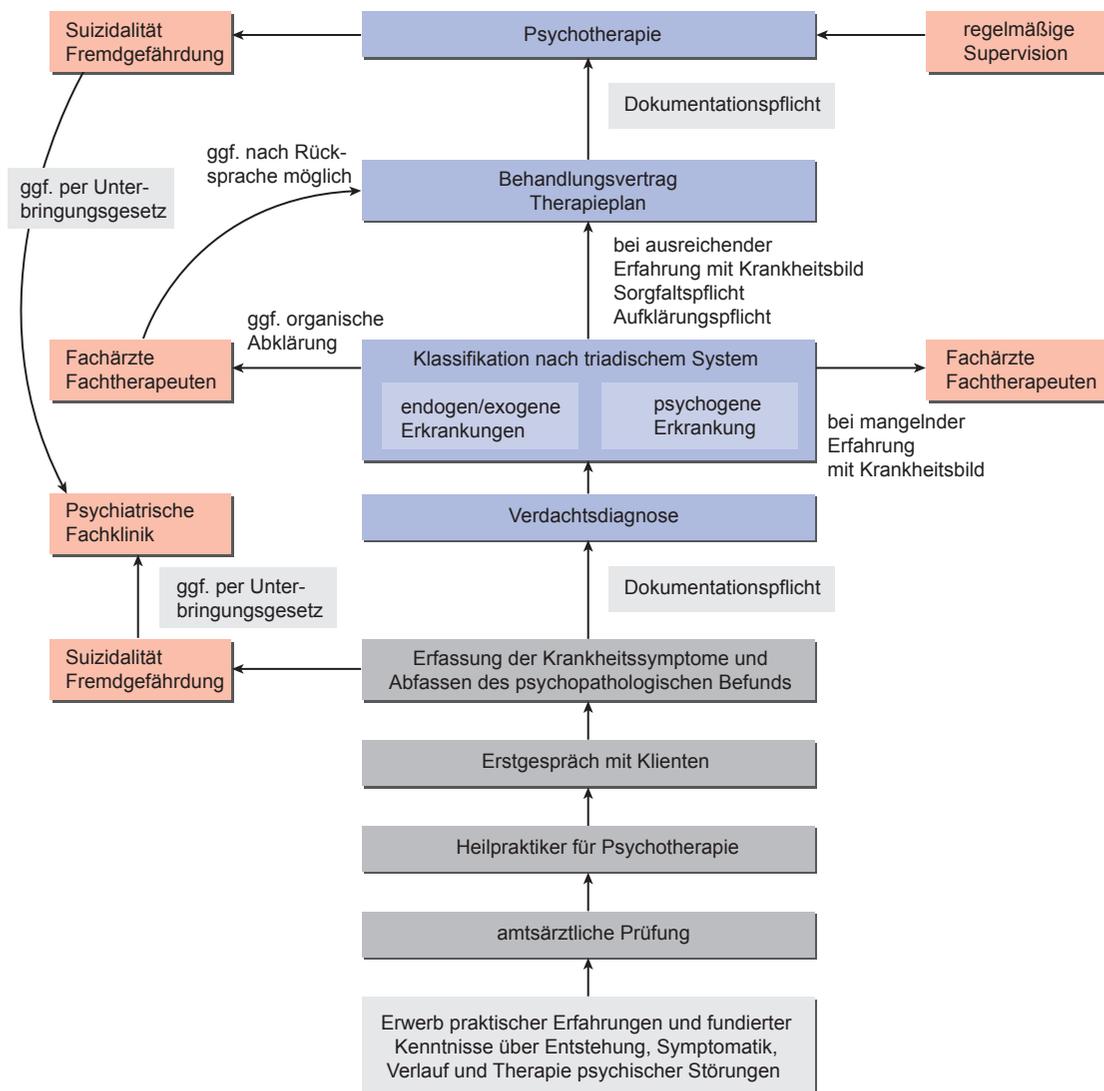


Abb. 2.1 Der Weg zum therapeutischen Arbeiten als Heilpraktiker für Psychotherapie (in Anlehnung an Ofenstein 2016: 12)

2.1 Das technische Handwerkszeug

2.1.1 Diagnostik

Die psychotherapeutische Arbeit beginnt immer mit der Diagnostik. Um eine psychische Störung zu diagnostizieren, beginnt der Therapeut zunächst mit der Eigen- und Fremdanamnese und erhebt den psychopathologischen Befund; anschließend erfolgen körperliche, psychiatrische und in einigen Fällen auch testpsychologische, laborchemische oder apparative Zusatzuntersuchungen durch den Facharzt. Nach Ausschluss anderer denkbarer Diagnosen und der Zuordnung zu einer eindeutigen Krankheitskategorie auf Grundlage der ICD-10 geht es für den Heilpraktiker schließlich um die Frage, welches therapeutische Vorgehen und insbesondere welche Therapie bei der vorliegenden Störung sinnvoll und für den Patienten akzeptabel ist. Um diese Therapieform selbst anbieten zu können, muss er über eine entsprechende Ausbildung sowie genügend Erfahrung verfügen.

Eigenanamnese

In der Anamnese hat der Patient die Möglichkeit, seine Beschwerden bzw. Probleme ausführlich zu schildern. Zusätzlich erfragt der Therapeut auf strukturierter Basis gezielt psychopathologische Phänomene. Diese Details sind ausschlaggebend, um eine sichere Diagnose stellen zu können und um entscheidende Anhaltspunkte für sein späteres Vorgehen zu bekommen.

MERKE

In der Anamnese geht es um persönliche Daten, aktuelle Beschwerden und Krankheitsentwicklung, Krankheitsvorgeschichte (psychische und körperliche Erkrankungen), Drogen- und Medikamentenanamnese, Familienanamnese, biografische Daten und die aktuelle soziale Situation.

Zusätzlich kann der Therapeut in einer **ausführlichen biografischen Anamnese** die psychischen und sozialen Entwicklungslinien eines Individuums herausarbeiten, um Hinweise auf seine psychodynamische Entwicklung zu erlangen (ausführliche Darstellung der Anamnese als Teil des Behandlungsprozesses > Kap. 3.5).

Gut zu wissen Der Patient sollte so viel Vertrauen zum Therapeuten haben, dass er bereit ist, ihm alle relevanten – auch schambehafteten – Informationen mitzuteilen. Wenn dem Patienten der Austausch über das eine oder andere Thema zunächst schwerfällt, kann es im nächsten Gespräch vertieft werden.

Fremdanamnese

Um die Angaben eines Patienten zu objektivieren oder überhaupt erst zu ermöglichen, ist es in einigen Fällen sinnvoll, dass Angehörige des Patienten Auskunft über die Beschwerden und Rahmenbedingungen geben. Die Einbindung der Angehörigen in den Behand-

lungsprozess kann sich zum einen positiv auf den Patienten auswirken, zum anderen können sie selbst durch den Kontakt zum Therapeuten Entlastung spüren.

Psychopathologischer Befund

Die Erhebung des psychopathologischen Befunds ist das Kernstück der psychiatrischen Anamnese. Sie setzt grundlegende theoretische Kenntnisse sowie praktische Erfahrungen voraus (zur ausführlichen Darstellung des Themas „Psychopathologie/psychopathologischer Befund“ s. Ofenstein 2016: 25–37). Eine Übersicht über den psychopathologischen Befund ist > Abb. 2.2 zu entnehmen.

Körperliche und testpsychologische Untersuchungen

Um mögliche körperliche Ursachen einer psychischen Störung aufzudecken und etwaige körperliche Erkrankungen festzustellen, die unabhängig von der psychischen Störung vorliegen, ist die körperliche Untersuchung eines psychiatrischen Patienten unerlässlich. Außerdem können so konstitutionelle Besonderheiten aufgedeckt werden, die sich auf das psychische Erleben des Patienten auswirken können. Zusätzlich ermöglicht es die bessere Einordnung von hypochondrischen oder somatoformen Störungen, und der Patient erfährt, dass er in seiner körperlich-seelischen Gesamtheit wahrgenommen wird.

MERKE

Die **körperliche Untersuchung** eines Patienten muss immer von einem Arzt durchgeführt werden!

Durch **testpsychologische Untersuchungen** kann der Verdacht auf bestimmte Störungsbilder objektiviert bzw. das Ausmaß einer Störung besser beurteilt oder sogar quantifiziert werden (> Tab. 2.1). Zu diesem Zweck wurde eine Vielzahl von Fragebögen zur Selbst- oder Fremdbeurteilung entwickelt.

MERKE

Um die Qualität der psychologischen Diagnostik sicherzustellen, sollten diese Testverfahren nur von ärztlichem Fachpersonal oder speziell geschulten Therapeuten durchgeführt werden. Der Heilpraktiker für Psychotherapie ist dazu nur nach erfolgter Ausbildung berechtigt.

Zu den **apparativen Zusatzuntersuchungen** gehören u. a. laborchemische, bildgebende oder sonografische Untersuchungen. Sie dienen dazu, organische Ursachen oder eine organische Beteiligung an einer psychischen Störung auszuschließen.

Vorgehensweise in der psychiatrischen Diagnostik

> Kap. 3.6.

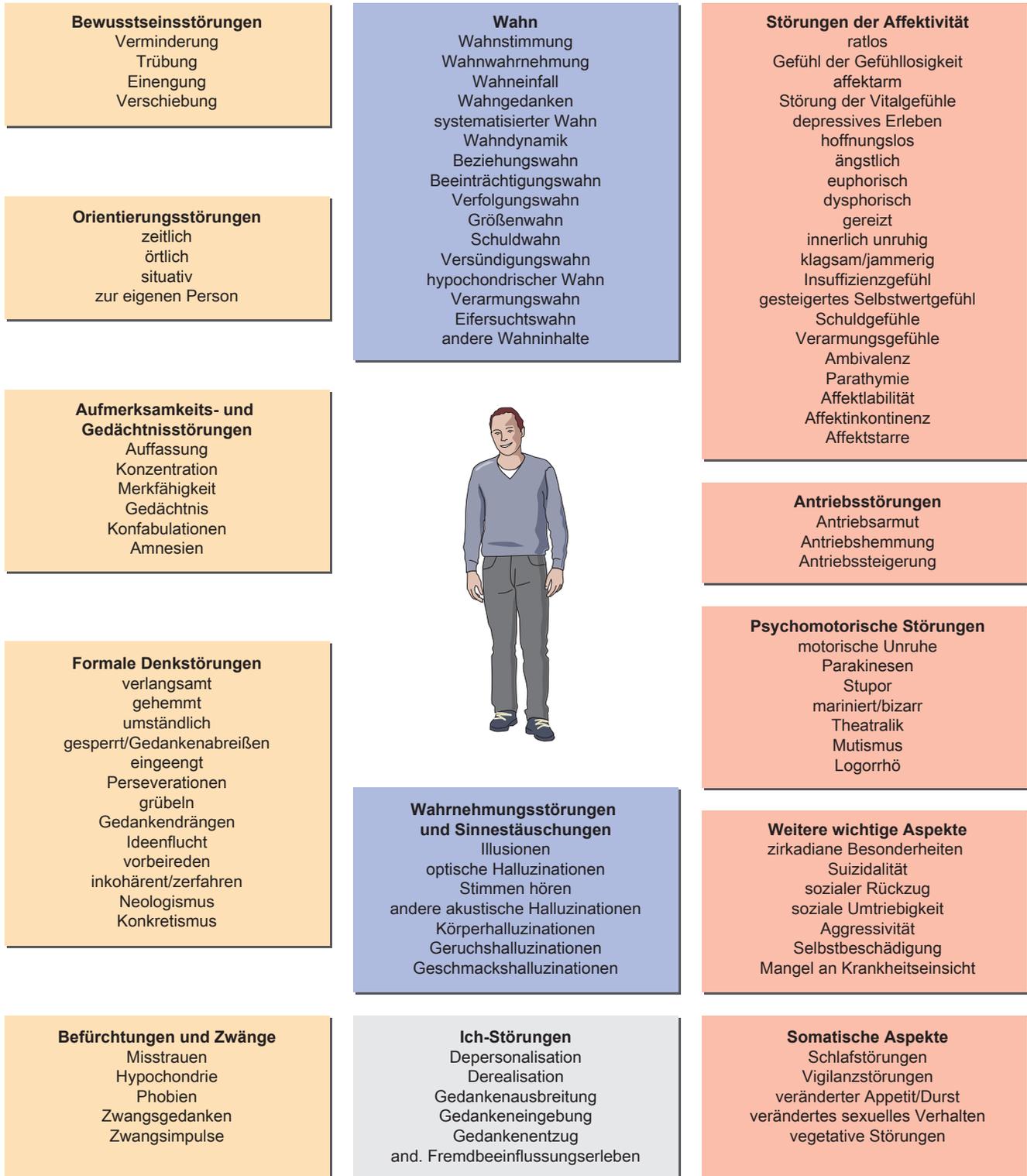


Abb. 2.2 Psychopathologischer Befund

Tab. 2.1 Beispiele für testpsychologische Verfahren

Einsatzbereich	Selbstbeurteilungsverfahren	Fremdbeurteilungsverfahren
Depression	BDI (Beck-Depressions-Inventar)	HAMD (Hamilton-Depressionsskala)
Angststörungen	STAI (State-Trait-Angst-Inventar)	
Alkoholabhängigkeit	MALT (Münchener Alkoholismus-Test)	MALT (Münchener Alkoholismus-Test)
Zwangsstörungen	HZI (Hamburger Zwangsinventar)	Y-BOCS (Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale)
Posttraumatische Belastungsstörung	PDS (Posttraumatic Diagnostic Scale)	
Intelligenzstörungen	HAWIE (Hamburger-Wechsler-Intelligenztest für Erwachsene)	

2.1.2 Therapeutisches Vorgehen und Interventionstechniken

Nachdem eine Diagnose gestellt ist, muss der Heilpraktiker für Psychotherapie sich überlegen, wie er therapeutisch vorgehen will. Erläuterungen zum spezifischen therapeutischen Vorgehen bei einzelnen Krankheitsbildern finden sich in Teil II dieses Buches ab > Kap. 4.

In allen aufdeckenden Therapieverfahren und in der humanistischen Gesprächspsychotherapie stehen die Aufdeckung und das Bewusstmachen verdrängter und nicht wahrgenommener Konflikte sowie ihre Bearbeitung in der Interaktion von Patient und Therapeut im Zentrum des therapeutischen Prozesses. Hierzu nutzt der Therapeut folgende Interventionstechniken:

- **Klarifizieren:** Die entscheidenden Inhalte des Konflikts werden aufgedeckt.
- **Interpretieren:** Der Therapeut deutet die Inhalte des Konflikts und der Übertragungssituation und arbeitet den Zusammenhang zwischen der Symptomatik und dem Konflikt heraus.
- **Konfrontieren:** Mit diesen Interpretationen konfrontiert er den Patienten.
- **Durcharbeiten:** Der Patient verarbeitet diese Informationen und versucht, sie in sein Selbstbild zu integrieren.

MERKE

Bevor der Heilpraktiker für Psychotherapie therapeutisch tätig wird, muss er folgende Punkte beachten:

- Er darf nur bestimmte Störungsbilder behandeln.
- Er muss sich vor der Psychotherapie von der Güte der Diagnose überzeugen bzw. die Diagnose von einem Facharzt absichern lassen.
- In kritischen Situationen (z. B. Suizidgefährdung oder psychotisches Erleben) muss er kompetente Hilfe einholen bzw. den Patienten der entsprechenden Therapie zuführen (Überweisung an den Facharzt, Hilfe von der Polizei etc.).
- Er trägt die Verantwortung für die fachgerechte Durchführung der Therapie und sollte sich in regelmäßiger Supervision befinden.

Wird eine Psychotherapie unprofessionell und nicht fachgerecht durchgeführt, kann der Patient schweren Schaden nehmen!

2.2 Setting, Voraussetzungen und Wirksamkeit der Therapie

2.2.1 Setting

Folgende Rahmenbedingungen (Setting) für psychotherapeutisches Arbeiten werden unterschieden:

Ambulante/stationäre Therapie

Eine **ambulante Therapie** reißt den Patienten nicht aus seinem gewohnten Umfeld. Er kann die Erfahrungen und Erkenntnisse aus den Sitzungen immer wieder im Alltag ausprobieren und bei der Umsetzung auftretende Schwierigkeiten in der nächsten Sitzung mit dem Therapeuten besprechen. Außerdem kann der Patient – sofern seine Beschwerden ihn daran nicht hindern – weiterhin seiner täglichen Arbeit nachgehen. Sollte der Patient in seiner Umgebung jedoch keine Möglichkeiten zu einer geeigneten Therapie vorfinden oder von einem schwierigen sozialen Umfeld umgeben sein (Missbrauch, Gewalt in der Familie, ständige Projektionen), so kann eine **stationäre Behandlung** erforderlich werden. Das Gleiche gilt, wenn seine Erkrankung so schwer ausgeprägt ist, dass eine ambulante Therapie nicht mehr infrage kommt.

Einzeltherapie/Gruppentherapie

In der **Einzeltherapie** kann sich der Therapeut voll und ganz auf den einzelnen Patienten einlassen und ihm viel Zeit zur Verfügung stellen. Es herrscht eine sehr vertrauensvolle Atmosphäre, sodass der Patient sich mit all seinen Konflikten und Emotionen öffnen kann.

In der **Gruppentherapie** hängt es vom Einzelnen ab, inwieweit er sich öffnen kann. Aber auch dieses Setting bietet große Vorteile, denn in der Gruppe werden soziale Situationen abgebildet, wie sie sonst nur im Außen zu finden sind. Aufgrund der Individualität der Gruppenmitglieder trifft der Einzelne auf eine Reihe ganz unterschiedlicher Übertragungen, die ein einzelner Therapeut in seiner Rolle nur schwer abbilden kann. Insofern können die anderen dem Einzelnen als kritischer Spiegel, aber auch als wertvolle Unterstützung dienen, weil Erfahrungen geteilt werden. In der Gruppe lassen

sich daher Konflikte besser erkennen und neue Verhaltensweisen in Übungssituationen trainieren. Der Einzelne nimmt wahr, dass andere Menschen mit ähnlichen Problemen kämpfen. Er kann daraus Mut schöpfen und im Sinne des Modell-Lernens Verhaltensweisen der anderen Gruppenmitglieder übernehmen. Hinzu kommt auch der finanzielle Vorteil, denn in der Gruppe lassen sich in einer Therapiestunde gleich für mehrere Menschen entsprechende Lösungen finden.

Therapiedauer und -frequenz

Je nach Schwere der Erkrankung, dem Problembereich und dem Therapieverfahren unterscheidet sich die Dauer der Therapie. Sie kann bei einer Kurzzeittherapie (Krisenintervention) bis zu 10 Stunden betragen, während für eine Gesprächstherapie zwischen 25 und 60 Stunden veranschlagt werden. Verhaltenstherapeutische Maßnahmen werden in der Regel in einer Gesamtheit von 10–40 Einheiten durchgeführt. Eine Psychoanalyse kann bei wöchentlich 2–3 Sitzungen bis zu mehrere Jahre beanspruchen.

Art der Sitzungen

Das jeweilige therapeutische Verfahren bestimmt auch die Art der Sitzungen. Während der Patient in der klassischen Psychoanalyse auf einer Couch liegt und der Therapeut hinter ihm sitzt, sitzen sich Patient und Therapeut in der klientenzentrierten Gesprächstherapie gegenüber. In der Verhaltenstherapie (VT) finden Expositionen z. B. auch dort statt, wo Ängste oder Zwänge auftreten. Die Kunst- oder Tanztherapie setzt wieder andere räumliche Bedingungen voraus.

2.2.2 Voraussetzungen

Für ein erfolgreiches therapeutisches Arbeiten müssen aufseiten des Patienten und des Therapeuten einige wichtige Voraussetzungen erfüllt sein:

- **Patient:**
 - Motivation zur Therapie (es muss ein subjektiver Leidensdruck bestehen)
 - Fähigkeit zur Introspektion (Einsicht)
 - Fähigkeit zur kritischen Selbstprüfung
 - Mindestmaß an Konfliktfähigkeit und Ausdauer
 - Mindestmaß an Beziehungsfähigkeit: Patienten, denen es an Einsichtsfähigkeit mangelt oder die nicht in der Lage sind, ihr eigenes Verhalten zu hinterfragen, können Konflikte nicht bearbeiten bzw. ihr Verhalten nicht entsprechend anpassen oder verändern. Ohne ein Mindestmaß an Ausdauer, Konflikt- und Beziehungsfähigkeit werden sie die Therapie vorzeitig abbrechen und von der Konfliktaktualisierung in der Therapie nicht profitieren. Deswegen ist die Durchführung von Psychotherapie z. B. bei Menschen mit einer dissozialen Persönlichkeitsstörung häufig nicht möglich

- **Therapeut:**
 - Beherrschen von Gesprächsführungstechniken
 - Aktives Zuhören
 - Empathie (Einfühlungsvermögen)
 - Authentizität (Echtheit)
 - Emotionale Wärme
 - Fachkompetenz

Psychotherapie kann nur wirken, wenn eine vertrauensvolle und **tragfähige Therapeut-Patient-Beziehung** besteht. Der Patient muss sich von seinem Therapeuten angenommen und verstanden fühlen. Wertschätzung, Zuhören und Einfühlungsvermögen (**Empathie**) des Therapeuten sind die Voraussetzung dafür, dass der Patient auch über für ihn unangenehme oder schmerzliche Erfahrungen reden und eigene Schwächen ansprechen kann. Kritische Situationen oder die Wiederbelebung von Konflikten in der Therapie können auch nur dann überstanden und sinnvoll bearbeitet werden, wenn die **Tragfähigkeit** der Beziehung ausreicht. Sonst besteht die Gefahr, dass der Patient die Therapie abbricht und/oder sich seine Symptome verschlechtern.

Für den Therapeuten ist es wichtig, die **Machbarkeit** der Therapie im Auge zu haben und dabei sowohl die Grenzen des Patienten als auch seine eigenen Unzulänglichkeiten zu berücksichtigen. An sich sollte der Therapeut Veränderungen fördern, aber Therapieziele nicht zum psychischen oder körperlichen Schaden des Patienten erzwingen wollen. Vielmehr muss er in der Lage sein, mit der nötigen Selbstkritik Kompromisse zu finden und die Therapie anzupassen. Er sollte ein Gespür für die Grenzen des Patienten entwickeln und dem Patienten, unabhängig von seinem Verhalten, eine positive Einstellung (**emotionale Wärme**) entgegenbringen. Entscheidend ist auch die **Echtheit**, mit welcher der Therapeut dem Patienten begegnet, also die Übereinstimmung zwischen seinen Äußerungen und Reaktionen in der Therapie und seiner Einstellung und seinem Verhalten.

Patienten können sich schnell missverstanden fühlen, wenn sie spüren, dass zwischen dem, was der Therapeut ihnen sagt, und dem, was er nonverbal und durch sein Verhalten vermittelt, Diskrepanzen bestehen (s. Beispiele).

BEISPIELE

Authentizität und Selbstkongruenz

Wenn ein Patient berichtet, er habe wegen Schwierigkeiten den Arbeitsplatz gekündigt, und der Therapeut dieses Verhalten zwar als ungünstig für die Entwicklung seines Patienten einschätzt, ihm dies aus Scheu vor dem Konflikt aber nicht mitteilt, ist dies ein Beispiel für **divergentes** Verhalten. Mit großer Wahrscheinlichkeit wird der Patient die ablehnende Haltung des Therapeuten trotzdem wahrnehmen und sie möglicherweise fehlinterpretieren („Dieser Mann mag mich auch nicht, ich komme mit Männern einfach nicht klar“).

Zielführender sind also ein behutsames Ansprechen der unterschiedlichen Sichtweisen zur Kündigung (Echtheit), die Auseinandersetzung mit den Auslösern und Konsequenzen der Kündigung und das Finden alternativer Verhaltensweisen.

Ein Psychotherapeut muss, um professionell zu arbeiten, **fachlich kompetent** sein. Dazu gehören neben einer soliden Ausbildung eine kontinuierliche Weiterbildung und regelmäßige Supervision.

MERKE

Unerlässliche Grundlagen professioneller Psychotherapie sind das **Fachwissen über psychische Störungen sowie ihre Ursachen** und **Behandlungsmöglichkeiten**. **Regelmäßige Supervision** und **Selbstreflexion** sind dabei selbstverständliche Voraussetzungen, um Schaden vom Patienten abzuwenden.

Zwischen Patient und Therapeut sollte eine **Zielvereinbarung** erarbeitet werden, in der **Ziele** und **Dauer** der Therapie festlegt werden. Dabei ist vor allem auf realistische Ziele zu achten. Bei einem Patienten mit Panikstörung könnte das Therapieziel z. B. heißen: „wieder angstfrei U-Bahn fahren“ statt „alle Ängste loswerden“. Der Patient sollte dabei in alle Behandlungsentscheidungen aktiv einbezogen werden, um seine Eigenverantwortlichkeit zu stärken und die Therapie **transparent** zu gestalten.

THERAPEUTISCHER HINWEIS

Therapeuten sollten imstande sein, problematisches Verhalten des Patienten nicht allein unter pathologischen Gesichtspunkten zu betrachten und dementsprechend nur Defizite und Probleme zu erkennen, sondern auch die **Ressourcen** und die Situationsabhängigkeit des betreffenden Verhaltens wahrzunehmen und zu schätzen. So kann ein Verhalten, das aktuell als „krankhaft“ erscheint, in einer früheren Entwicklungsstufe oder Lebensphase zur Stabilisierung oder zum emotionalen Überleben des Patienten beigetragen haben. Schreckhaftigkeit, emotionale Gleichgültigkeit und Ängste bei KZ-Überlebenden sind dafür ein prägnantes Beispiel. Ein anderes Beispiel für die Mehrdimensionalität von starker Feinfühligkeit bzw. Vulnerabilität stellt die Kreativität manchen depressiven oder schizophrenen Patienten dar.

2.2.3 Wirksamkeit von Psychotherapie**Allgemeine Wirkfaktoren**

Grawe et al. (1994) haben allgemeine Wirkfaktoren gefunden, die in den verschiedenen psychotherapeutischen Verfahren zum Tragen kommen und den Erfolg einer Therapie bestimmen:

- Klärung
- Bewältigung
- Problemaktualisierung
- Ressourcenorientierung
- Therapeutische Beziehung

Klärung Klärung bedeutet, dass der Therapeut dem Patienten hilft, die Zusammenhänge zwischen seinen Beschwerden, seinem Verhalten und seinen Gefühlen besser zu verstehen.

FALLBEISPIEL**Klärung**

Herr M. (56 J.) leidet unter morgendlichem Früherwachen und starker Grübelneigung. In einer psychoedukativen Gruppensitzung erfährt er von den anderen Teilnehmern, dass sie unter ähnlichen Beschwerden leiden und dass sie Ausdruck der Erkrankung „Depression“ sind. Ein Teilnehmer, der kurz vor der Entlassung aus der stationären Behandlung steht, erzählt, dass er nach erfolgreicher Therapie wieder sehr gut schlafen und auch die positiven Aspekte seines Lebens genießen könne. Obwohl die Beschwerden zunächst noch weiterbestehen, ist Herr M. erleichtert. Er beginnt zu verstehen, dass das, was er erlebt, Krankheitszeichen sind, die sich mithilfe der Therapie wieder zurückbilden können.

Bewältigung Bei der Bewältigung wird dem Patienten das „Handwerkszeug“ vermittelt, mit dem er seine Probleme besser lösen kann. Dazu gehören z. B. soziales Kompetenztraining, Entspannungsverfahren oder Problemlösestrategien.

BEISPIEL**Bewältigung**

Eine 28-jährige ängstliche und selbstunsichere Frau übt im Rollenspiel mit ihrem Therapeuten, sich gegenüber Kollegen, die ihr unliebsame Aufgaben zuschieben wollen, abzugrenzen.

Problemaktualisierung Die Psychotherapie soll ein Raum sein, in dem der Patient unbewusste Probleme und Konflikte aktualisieren kann, d. h., sie werden für ihn „erfahrbar“ und wahrnehmbar gemacht. Dieser Prozess ist in der Regel mit unangenehmen Gefühlen (z. B. Angst, Wut oder Trauer) verbunden und erfordert vom Therapeuten fachliches Geschick, damit der Patient von der Auseinandersetzung mit seinen Problemen profitieren und neue Lösungswege entdecken kann. Die Problemaktualisierung kann z. B. Gegenstand einer verhaltenstherapeutischen Reizkonfrontationsbehandlung, einer Imagination oder einer psychoanalytischen Übertragungssituation sein.

FALLBEISPIEL**Problemaktualisierung**

Eine 48-jährige Hausfrau befindet sich wegen einer dissoziativen Störung in psychotherapeutischer Behandlung. Vor ½ Jahr entwickelte sie eine Lähmung des rechten Beines und der rechten Hand. Seit einem Jahr sind ihre erwachsenen Kinder aus dem Haus. Die Symptome nehmen in der Therapie deutlich zu, wenn im Gespräch die Beziehung zum Ehemann thematisiert wird (Problemaktualisierung). Nach genauer Analyse stellt sich heraus, dass der Ehemann eine außereheliche Affäre mit einer Kollegin hat und die Patientin fürchtet, ihn wie die Kinder zu „verlieren“. Er sei wie ihre „rechte“ Hand, habe stets die Schwierigkeiten in ihrem Leben gemeistert; ohne ihn sei sie komplett hilflos. Er habe sich bereit erklärt, sie nicht zu verlassen, solange es ihr so schlecht gehe.

Ressourcenorientierung In der Psychotherapie werden aber auch Ressourcen, also Fähigkeiten und Stärken des Patienten, benannt und gefördert. Dadurch steigt das Selbstvertrauen; der Patient wird motiviert, Verantwortung für sein Handeln zu übernehmen und Probleme zu lösen. Er erlebt sich dabei nicht nur als „krank“ oder defizitär, sondern nimmt seine Fertigkeiten bewusst wahr.

FALLBEISPIEL**Ressourcenorientierung**

Ein junger depressiver Patient, der vor seiner Erkrankung Leistungssport betrieben hat, wird durch die Psychotherapie motiviert, trotz seiner Antriebschwäche einmal wöchentlich schwimmen zu gehen. Obwohl er nur, wie er sich ausdrückt, „ein bisschen planscht“, gewinnt er dadurch wieder Selbstvertrauen und fühlt sich nach dem Schwimmen deutlich besser.

2

Therapeutische Beziehung Die therapeutische Beziehung ist ein entscheidendes Kriterium für die Wirksamkeit der Therapie. Selbst ein gutes Therapieprogramm kann nicht wirken, wenn der Therapeut nicht über die oben genannten Qualitäten wie emotionale Wärme, Akzeptanz und Offenheit (Voraussetzungen der Psychotherapie) verfügt.

Wirksamkeitsnachweis

Ein wissenschaftlicher Wirksamkeitsnachweis wurde bislang nur für sehr wenige Psychotherapieverfahren erbracht, und nur diese sind **anerkannte Verfahren**, d. h., die Kosten der Therapie werden nach Prüfung von den Krankenkassen übernommen, wenn die Therapie von einem ärztlichen Psychotherapeuten oder approbierten Psychologischen Psychotherapeuten durchgeführt wird. Dazu gehören die kognitive Verhaltenstherapie (KVT), bestimmte tiefenpsychologisch orientierte Kurzzeittherapien und die Psychoanalyse. Die Privatkrankenkasse übernimmt u. U. auch die Behandlung durch den Heilpraktiker für Psychotherapie, wenn dies im Behandlungstarif des Patienten vorgesehen ist.

MERKE**Unerwünschte Effekte**

Führt der Therapeut eine Psychotherapie ohne die nötigen Kenntnisse und Erfahrungen mit der jeweiligen Erkrankung und ihren Behandlungsmöglichkeiten und ohne die notwendigen Voraussetzungen durch (z. B. fehlender Konsens zwischen Therapeut und Patient, unreflektierte narzisstische Persönlichkeitszüge des Therapeuten, mangelhafte Diagnostik, fehlende Supervision), dann kann dies beim Patienten zu einer Symptomverschlechterung oder zum Therapieabbruch führen. In schweren Fällen besteht die Gefahr, dass der Patient sich selbst oder andere(n) schadet oder verletzt (z. B. Suizid, Gewalttätigkeit).

2.3 Arbeitsgebiete des Heilpraktikers für Psychotherapie

Dürfen Sie als Heilpraktiker für Psychotherapie alle psychischen Störungen behandeln? Die juristisch und theoretisch korrekte Antwort lautet: Nein, nicht alle, sondern nur psychogene Störungen, Persönlichkeitsstörungen sowie Störungen des Kindes- und Jugendalters. Im Folgenden werden diese Aussagen noch differenziert.

Nachdem Sie die Krankheitssymptome in der Anamnese erfasst haben, stellen Sie eine Verdachtsdiagnose. Erst dann können Sie entscheiden, ob Sie den Patienten behandeln dürfen oder nicht. Um die Symptomatik Ihrer Patienten verlässlich zu beurteilen, müssen Sie über ausreichende Kenntnisse über die Psychopathologie, die

psychischen Krankheitsbilder der ICD-10 und praktische Erfahrung verfügen.

MERKE

Grundsätzlich müssen alle Patienten mit exogen oder endogen bedingten Störungen an ärztliche Fachtherapeuten oder Psychiater verwiesen werden.

In einigen Fällen ist nach Absprache mit dem Psychiater oder ärztlichen Fachtherapeuten allerdings eine begleitende Psychotherapie durch den Heilpraktiker für Psychotherapie möglich.

Darüber hinaus ist natürlich entscheidend, ob die von Ihnen praktizierte Behandlungsmethode für das zugrunde liegende Störungsbild Ihres Patienten indiziert und sinnvoll ist und welche Erfahrungen Sie bereits mit der Symptomatik Ihres Patienten haben. Auch wenn Sie Patienten mit Persönlichkeitsstörungen theoretisch behandeln dürfen, sollten Sie verantwortlich überlegen, ob Sie über genügend Erfahrung verfügen, um z. B. mit Betroffenen zu arbeiten, die eine mittlere oder schwer ausgeprägte Symptomatik aufweisen.

MERKE

In der mündlichen Heilpraktikerprüfung sollten Sie gut überlegen und im Zweifel konservativ antworten, wenn der Prüfer Sie fragt: „Arbeiten Sie mit dem vorliegenden Störungsbild?“ Zum einen sind viele Prüfer große Verfechter verhaltenstherapeutischer Methoden, zum anderen sollten Sie in der Methode, die Sie in der Prüfung nennen, ausreichend erfahren sein.

Es bleibt aber eine Reihe von häufig anzutreffenden Störungsbildern, bei denen Sie den Patienten mit Ihrer Therapiemethode (z. B. Gesprächstherapie, Focusing, Körperpsychotherapie, Musik- oder Kunsttherapie) helfen können, nicht gelebte Gefühle wahrzunehmen und diese verbal oder nonverbal auszudrücken. Dazu gehören Anpassungs- oder Konversionsstörungen, somatoforme Schmerzstörungen oder funktionelle Störungen. Häufig kommen aber auch Menschen in die Praxis, die Konflikte in der Familie, im Beruf oder in der Beziehung erleben und Hilfen zur Bewältigung suchen. Auch dabei können Sie Ihre Patienten unterstützen.

Wichtig ist, dass Sie nach bestem Wissen und Gewissen entscheiden, mit wem und wie Sie arbeiten. Damit ist auch gemeint, dass Sie sich laufend fortbilden und im Zweifel eine zweite Meinung ihres Supervisors einholen.

Gut zu wissen Kleine Berufskunde: Psychiater, Psychotherapeut, Psychologe, Neurologe

Ein **Psychiater** hat ein Medizinstudium absolviert, sich einige Jahre in der Psychiatrie und Psychotherapie zum Facharzt für diese Disziplinen weitergebildet und eine Facharztprüfung absolviert. Arbeitet er als niedergelassener Psychiater in einer Praxis, so wird er beim ersten Termin in der Regel eine ausführliche Anamnese durchführen, in deren Rahmen er Biografie und Krankengeschichte erhebt. Dann führt er u. U. noch einige psychologische und/oder neurologische Tests durch, um andere Diagnosen auszuschließen. Ist er sich der Diagnose und Ursache sicher, bespricht er dies mit dem Patienten und unterbreitet ihm einen Behandlungsvorschlag. Wenn er eine medikamentöse Therapie für notwendig erachtet, beginnt er ein

Medikament langsam aufzudosieren. Zeigt ein Antidepressivum (was nicht selten vorkommt) oder stimmungsstabilisierendes Medikament nicht den gewünschten Erfolg, wird innerhalb weniger Wochen auf ein neues Medikament gewechselt. Bei guter Medikamenteneinstellung sieht der Psychiater seinen Patienten einmal im Monat oder Quartal. Der Psychiater überprüft dann meist die Blutwerte sowie Frühwarnsignale und fragt nach Höhen und Tiefen seit dem letzten Termin. Führt der Patient ein Stimmungstagebuch, bespricht er es jetzt mit dem Psychiater.

Psychiater können auch als **ärztliche Psychotherapeuten** arbeiten. Dafür müssen sie einen Antrag bei der Krankenkasse stellen. Im Rahmen der Therapie sehen sie die Patienten dann in der Regel einmal wöchentlich über 1–2 Jahre.

Ein **Psychologe** hat ein mindestens 5-jähriges Universitätsstudium im Fach Psychologie absolviert und dabei u. a. Diagnostik sowie die Grundlagen der Psychotherapie und Gesprächsführung erlernt. Er führt häufig die testpsychologische Diagnostik durch, berät oder führt therapeutische Gespräche. Wollen Psychologen als **Psychologische Psychotherapeuten** arbeiten, müssen sie nach dem Studium noch eine 3- bis 5-jährige Zusatzausbildung durchlaufen. In dieser Zeit müssen sie mindestens 1 Jahr in der Psychiatrie arbeiten, weitere 6 Monate in der Psychosomatik und 600 Theoriestunden sowie 600 Einzelpsychotherapiestunden unter Supervision absolvieren. In der Supervision besprechen die Therapeuten regelmäßig den Verlauf und die Probleme der Therapie mit einem erfahrenen Therapeuten. Auf diese Weise kann eine qualifizierte Therapie für die Patienten gewährleistet werden.

Neurologen befassen sich in der Regel mit körperlichen Störungen des Nervensystems und weniger mit seelischen Erkrankungen. Allerdings gibt es auch Fachärzte, die sowohl Neurologen als auch Psychiater sind; sie können körperliche und seelische Erkrankungen behandeln.

MERKE

Medikamente können nur von Ärzten, also von Psychiatern oder Neurologen verschrieben werden. Psychologen ohne ärztliche Ausbildung sind dazu nicht berechtigt. Je nach Störungsbild und Behandlungsmethode kann es vorkommen, dass Patienten von zwei Fachleuten betreut werden, etwa von einem Psychiater und einem Psychologen. Während der Psychiater dann für die medikamentöse Therapie zuständig ist, übernimmt der Psychologe die Psychotherapie. Eine enge und gute Zusammenarbeit spielt dabei eine große Rolle.

2.4 Grundlagen der aufdeckenden Psychotherapie

2.4.1 Grundannahmen

Die Grundannahmen der aufdeckenden Psychotherapie sind **für die meisten psychotherapeutischen Verfahren** von großer Bedeutung. Deshalb sollte sich der Heilpraktiker für Psychotherapie in den von Freud entwickelten Theorien gut auskennen.

Die folgenden Theorien sind für das Grundverständnis von Psychodynamik und tiefenpsychologischen Therapieverfahren entscheidend:

- **Instanzenmodell**
- **Phasen der kindlichen Entwicklung**
- **Abwehrmechanismen**

Instanzenmodell nach Freud

Freud ging davon aus, dass das Denken und Handeln einer Person durch drei Instanzen innerhalb der menschlichen Psyche beeinflusst werden (➤ Tab. 2.2):

- **Es:** wird durch unbewusste Triebe, Impulse und Bedürfnisse gesteuert.
- **Über-Ich:** bildet sich mit der moralischen Entwicklung des Menschen aus, ist durch Normen, Regeln und Verbote geprägt; bestimmt als moralische Instanz die Wertvorstellungen des Menschen.
- **Ich:** versucht die widerstrebenden Motivationen von Es und Über-Ich in Einklang zu bringen und an die äußeren Bedingungen anzugleichen (nach Freud die vermittelnde Instanz).

Die Instanzen stehen über das Ich in enger Beziehung zueinander und nehmen Einfluss auf das menschliche Handeln (➤ Abb. 2.3).

Tab. 2.2 Instanzenmodell nach Freud

In-stanz	Inhalt	Wahrnehmung	Zugehörige Begriffe
Es	Triebhaftes Denken (ererbte Triebe und Instinkte)	Meist unbewusst	Lust-Unlust-Prinzip: Triebe, Impulse, Instinkte, Strebungen, Bedürfnisse
Ich	Logisches, realistisches Denken (Vernunft)	Meist bewusst	Realitätsprinzip: Wahrnehmung, Entscheidung, Verhalten, Reflexion
Über-Ich	Verbote, Normen und Regeln (erworbenes Gewissen)	Unbewusst und bewusst	Moralitätsprinzip: soziale Normen, Gewissen, Regeln

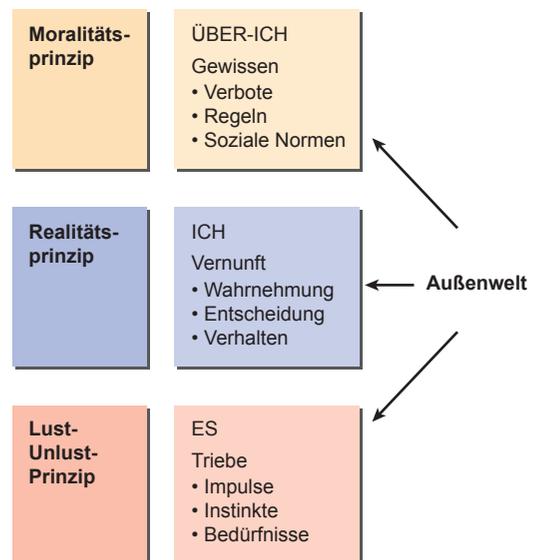


Abb. 2.3 Persönlichkeitsstruktur nach Freud

Tab. 2.3 Phasen der kindlichen Entwicklung nach Freud

Entwicklungsphase	Alter (J.)	Charakteristika	Kriterien eines „gelungenen“ Abschlusses	Mögliche Störungsbilder
Orale Phase	0–1½	Lustvolles Empfinden beim Saugen und bei der Nahrungsaufnahme	Bildung von Urvertrauen	Dysthymie (neurotische Depression) Sexualstörungen Narzisstische, schizoide oder Borderline-Persönlichkeitsstörung Abhängigkeitsstörungen Psychosomatische Erkrankungen Angst- und Kontaktstörungen
Anale Phase	1½–3	Lustvolles Erleben der Ausscheidungsfunktionen und eigene Kontrolle über die Ausscheidungsfunktionen sowie die Lust an der Selbstbestimmung	Erlernen von Fremd- und Selbstbestimmung, Integration sich widerstrebender Gefühle	Zwangsstörungen Angststörungen Zwanghafte oder abhängige Persönlichkeitsstörung
Phallische (ödicale) Phase	4–6	Lustvolles Erleben der eigenen Geschlechtsorgane, Wahrnehmen der Geschlechtsunterschiede mit Werben und Konkurrenz	Erleben der sexuellen Unterschiede, sexuelle Identifikation	Sexualstörungen Phobien Konversionsstörungen Histrionische Persönlichkeitsstörung
Latenzphase	6–12	Lustvolles Interesse am Geschlechtlichen nimmt zugunsten der Aufmerksamkeit für die soziale Umwelt und die Entwicklung intellektueller Fähigkeiten ab	Ausbildung von „Ich“ und „Über-Ich“	Kontaktstörungen Konzentrations- und Leistungsschwächen Autistische und autoaggressive Entwicklungen und Abweichungen
Genitale Phase (Pubertät)	ab 12	Selbstfindung durch Abgrenzung gegenüber Welt der Erwachsenen, verstärkte Identifikation mit der eigenen sexuellen Identität	Autonomie, weitere Ausbildung der Identität	Störungen der Geschlechts- bzw. der Ich-Identität Störungen der Sexualpräferenz

Damit Konflikte zwischen Instanzen und Außenwelt nicht zu psychischen Störungen führen, wird dem Ich also ein hohes Maß an Integrationsleistung abverlangt.

BEISPIELE

Konflikte zwischen den Instanzen

- Eine Studentin entdeckt beim Shoppen einen kuscheligen, warmen Kaschmirpullover, den sie am liebsten kaufen möchte (Es). Dabei weiß sie die ganze Zeit: Der ist viel zu teuer (Über-Ich)!
- Ein übergewichtiger Mann möchte sich im Restaurant gern noch ein zweites Dessert bestellen (Es). Das logische Denken (Ich) sagt ihm jedoch, dass dies seiner Gesundheit abträglich ist.
- Ein Schüler der 12. Klasse hat Spaß am Surfen und will die Schule abbrechen, um sich ganz dem Surfen zu widmen (Es). Immer wieder verwirft er den Gedanken, weil er weiß, dass seine akademisch ausgerichteten Eltern damit nicht klarkommen würden (Über-Ich).
- Ein junges Pärchen, das von den Eltern sehr konventionell erzogen wurde, möchte gern ein Kind zeugen (Es), ohne vorher zu heiraten. Damit würden sie allerdings die Wertvorstellungen der Eltern verletzen, sodass sie von Zweifeln geplagt sind und ein schlechtes Gewissen gegenüber den Eltern haben (Über-Ich).
- Ein Ehemann trägt sich mit dem Gedanken, aus der Kirche auszutreten (Ich). Er tut es aber nicht, weil die kirchliche Trauung, die seine Frau sich wünscht, dann nicht mehr möglich wäre. Ihm ist bewusst (Über-Ich), was er seiner Freundin mit diesem Schritt antun würde.
- Eine schwerkranke Frau ist sich bewusst, dass sie eine große Belastung für ihren geliebten Mann ist, der versprochen hat, sie zu Hause zu versorgen und zu betreuen. Aus diesem Grund spielt sie mit dem Gedanken (Ich), ihr Leben zu beenden, nach ihrer religiösen Überzeugung (Über-Ich) wäre dieser Schritt aber eine große Sünde.

Phasen der kindlichen Entwicklung

Im Modell der Entwicklungsphasen beschrieb Freud die psychische Entwicklung eines Menschen von der Geburt bis zur Pubertät. Zusammen mit dem Instanzenmodell bildet es die Grundlage für das Verständnis der von Freud begründeten Psychoanalyse.

Freud unterteilt die Entwicklung des Menschen in fünf nacheinander ablaufende Phasen (> Tab. 2.3). Er ging davon aus, dass in jeder dieser Entwicklungsphasen Störungen auftreten können (> Tab. 2.3, rechte Spalte). Die Phase ist dann entwicklungspsychologisch „nicht gelungen“ bewältigt worden. Die Entwicklungsschritte werden in der entsprechenden Phase „fixiert“¹; in späteren Krisensituationen fällt die betreffende Person auf diese frühere Entwicklungsstufe zurück und zeigt entsprechende Verhaltensmuster. Dies wird als **Regression** bezeichnet.

Warum Entwicklungsphasen nicht bewältigt werden und welche Folgen dies haben kann, beschreiben wir in > Kap. 2.4.2.

¹ Oral fixierte Personen z. B. haben aufgrund ihres geringen Selbstwertgefühls eine geringe **Frustrationstoleranz**. Sie sind ungerne allein, meist sehr liebesbedürftig und anhänglich. Eine Fixierung auf die orale Phase geht mit übertriebenen Ansprüchen und Erwartungen an die Umwelt einher. Der Betroffene muss – wie der Säugling – im Mittelpunkt allen Geschehens stehen, damit er eine gewisse Befriedigung erfährt.

Abwehrmechanismen

Im Instanzenmodell wurde das Entstehen von Konflikten zwischen den einzelnen Instanzen beschrieben. Diese Konflikte führen zu Unlustgefühlen wie Angst, Schuldgefühlen und Schmerz. Häufig sind Menschen nicht fähig, diese Gefühle anzunehmen bzw. auszuleben. Um die zugrunde liegenden Konflikte aber nicht weiter spüren zu müssen, verschiebt das Ich den Konflikt ins Unbewusste. Der ungelöste Konflikt und die Unlustgefühle sind nun scheinbar nicht mehr vorhanden, wodurch die Psyche zunächst entlastet wird.

Dieses Ausweichen in bestimmte Abwehrmechanismen erfolgt größtenteils unbewusst. Es beginnt bereits in jungen Jahren und setzt sich im späteren Leben fort. Freud ging davon aus, dass Menschen Abwehrmechanismen dauerhaft anwenden. Pathologisch werden sie allerdings erst, wenn Personen sich zu stark auf einen Abwehrmechanismus fixieren.

Der Einsatz der meisten Abwehrmechanismen dient der Abwehr von Angst. Je nach Mechanismus und Ausmaß kann dieses Verhalten zu Selbsttäuschungen und Realitätsverzerrungen führen.

Gut zu wissen Mithilfe von Abwehrmechanismen verhindern wir, dass unlustvolle, schmerzhaft, inakzeptable und bedrohliche Impulse und Affekte (z. B. Angst, Schuldgefühle, Aggressionen oder Gefühle der Minderwertigkeit, Ohnmacht, Orientierungslosigkeit oder Überforderung) in unser Bewusstsein gelangen. Je nach Abwehrmechanismus werden die bedrohlichen Inhalte dem Bewusstsein umfassend entzogen oder durch die Reduktion auf ein verträgliches Maß abgemildert.

Im Folgenden werden die wichtigsten **Abwehrmechanismen** kurz beschrieben:

Verdrängung/Verleugnung Affektbesetzte Konflikte, Gedanken oder Triebimpulse werden aus dem Bewusstsein verdrängt oder verleugnet („Vogel-Strauß-Technik“).

BEISPIEL

Verdrängung/Verleugnung

Die Mutter erklärt ihrem Sohn, dass Rauchen gesundheitsschädlich ist. Dieser reagiert zunächst mit Verleugnung: „Das ist doch gar nicht wahr. Das sind nur Behauptungen von Gegnern der Tabakindustrie“, dann mit Verdrängung: „Davon will ich nichts hören. Was kümmert mich das?“

Projektion Negative Eigenschaften, die jemand an sich selbst nicht akzeptieren kann, werden einer anderen Person zugeschrieben, auf sie übertragen (projiziert) und dann an ihr kritisiert, vergleichbar einem Spiegelbild.

BEISPIEL

Projektion

Eine Frau kritisiert an ihrem Mann, dass er wahnsinnig geizig sei und sich und anderen kaum etwas gönne. Es fällt aber auf, dass sie selbst auf jeden Cent achtet und sich bei jeder Ausgabe schwertut.

Introjektion/Identifikation Bei der Introjektion (Verinnerlichung) werden Eigenschaften einer anderen Person übernommen, um eigene unerwünschte Triebe und Bedürfnisse abzuwehren. In starker Ausprägung kann Introjektion dazu führen, dass sich jemand die Bewegungen, Gedanken, Sprache und sogar Wertvorstellungen einer Person aneignet und mit derselben Gestik und Mimik auftritt wie sie. Introjektion und Identifikation stellen den gleichen Abwehrmechanismus dar. Die Introjektion kann als Gegenteil der Projektion gesehen werden.

BEISPIELE

Introjektion/Identifikation

Ein Vater verbietet seinem Sohn den Hochschulbesuch, obwohl er als junger Mann selbst darunter gelitten hat, dass er seine berufliche Laufbahn unterbrechen musste, um den Handwerksbetrieb der Eltern fortzuführen. Er hat das Verhalten seiner eigenen Eltern introjiziert.

Ein kleines Mädchen putzt und kocht für seinen Vater, während die Mutter im Urlaub ist. Sie identifiziert sich mit ihrer Mutter.

Unter der **Identifikation mit dem Aggressor** (Angreifer) wird eine besondere Form der Identifikation verstanden, bei der z. B. eine vergewaltigte Frau den Täter in Schutz nimmt. Um die ohnmächtige und unerträgliche Angst, die an das Verbrechen geknüpft ist, erträglicher zu machen, stellt sich die bedrohte Frau auf die Seite des Bedrohenden. (Bei Geiselnahmen wird dieses Verhalten als Stockholm-Syndrom bezeichnet). Oder der Bedrohte macht sich die Wertmaßstäbe des Angreifers zu eigen: „Es geschieht mir gerade recht, dass mein betrunkenere Vater mich schlägt; ich habe mich unmöglich verhalten.“

Gut zu wissen Um angsterzeugende Gedanken und Bilder nicht zulassen zu müssen, wird der Konflikt auf eine andere Person (aus dem sozialen Umfeld) abgewälzt, die z. B. die Rolle des „Sündenbocks“ oder auch des „idealen Selbst“ zu erfüllen hat. Diese Reaktion bezeichnet man auch als **psychosoziale Abwehr**.

Reaktionsbildung Werden nicht akzeptierte Erlebnisinhalte ins Gegenteil verkehrt und damit kompensiert, spricht man von Reaktionsbildung. Statt Hass entsteht Mitleid oder Freundlichkeit. Um Faulheit zu kompensieren, wird übertriebene Geschäftigkeit an den Tag gelegt. Das Verhalten der überfürsorglichen Mutter („overprotective mother“) ist z. T. durch eine latente Ablehnung erklärbar.

BEISPIEL

Reaktionsbildung

Eine Großmutter mag eines ihrer Enkelkinder nicht so besonders gern und lehnt es im Gegensatz zu den anderen Enkeln emotional ab. Wenn sie mit den Enkelkindern gemeinsam etwas unternimmt, ist sie zu dem abgelehnten Enkelkind jedoch viel freundlicher als zu den anderen und lässt größere Nachsicht walten.

Regression Regression (lat. *regredi*, zurückgehen) bezeichnet die Rückkehr zu unreifen frühkindlichen Verhaltensweisen. Dadurch wird der Betroffene seiner Verantwortung oder Entscheidung entzogen.

BEISPIELE**Regression**

Bei der Geburt eines Geschwisterchens beginnt ein Kind nachts im Bett wieder einzunässen (**Regression in die anale Phase**).
Eine Studentin, die von ihrem Freund verlassen wurde, lässt sich von einer Freundin „bemuttern“.

Verschiebung Wenn Triebspannungen an Ersatzobjekten abregiert werden, weil die Bedürfnisbefriedigung am eigentlichen Objekt nicht möglich, sozial nicht akzeptiert, zu gefährlich oder unerreichbar ist, spricht man von Verschiebung.

BEISPIEL**Verschiebung**

Ein Angestellter ist wütend auf seinen Chef, der ihn gerade heftig und ungerechtfertigt kritisiert und eine Abmahnung ausgesprochen hat. Auf der Heimfahrt beschimpft er einen anderen Autofahrer (anstelle seines Chefs) wegen einer Lappalie mit wilden Gesten. Es endet in einer wilden Huperei.

Affektisolierung (Abspaltung) Bei der Affektisolierung werden unangenehme oder unerwünschte Gefühle vom Erlebten getrennt. Die zusammengehörenden Inhalte werden nur noch rational wiedergegeben.

BEISPIELE**Affektisolierung**

Kriegssoldaten erzählen manchmal wehmütig in fast verherrlichender Weise von schrecklichen Kriegseignissen. Das damit verbundene Gefühl der Angst wird dabei isoliert und schwingt bei der Erzählung nicht mit. Auch bei Zwangsstörungen kommt es häufig zu einer Trennung von Gefühlen (z. B. dem Gefühl, schmutzig zu sein oder die Kontrolle zu verlieren) und den zwanghaften Handlungen (hier: Waschzwang bzw. Kontrollzwang).

Sublimierung Unter Sublimierung versteht man die Befriedigung triebhafter Bedürfnisse durch gesellschaftlich anerkannte Ersatzhandlungen. Sozial weniger akzeptierte Regungen werden damit in sozial höherwertige Ziele umgewandelt.

BEISPIELE**Sublimierung**

Ein junger Mann, der Kontaktschwierigkeiten hat, studiert Informatik, bringt seine Freizeit vor dem Computer und widmet sich beruflich ausschließlich der Entwicklung neuer Softwareprodukte.
Ein Mann, der unter aggressiven, selbsterstörerischen Impulsen leidet, bringt seine Gefühle in Gedichten oder in der Malerei zum Ausdruck. Auch sexuelle Bedürfnisse finden oft im künstlerischen Bereich ihren gesellschaftlich anerkannten Ausdruck.

Rationalisierung Rationalisierung ist die nachträgliche verständemäßige Begründung eines emotional schmerzhaften Erlebens.

BEISPIELE**Rationalisierung**

„Ich bin froh, dass ich diesen Mann los bin. Er ging mir sowieso auf die Nerven.“
„Ich kann nicht mit dem Rauchen aufhören – ich brauche jetzt Kraft für das Studium.“
Ein Heilpraktiker, der ungenügend auf die Prüfung vorbereitet ist, begründet sein Scheitern damit, dass der Prüfer ihn einfach nicht leiden konnte und ihn deswegen habe durchfallen lassen.

Konversion Bei der Konversion (lat. *convertere*, umwandeln) findet ein ungelöster Konflikt einen körperlichen Ausdruck.

BEISPIELE**Konversion**

Eine Frau kann die Nähe ihres Partners nicht mehr ertragen und leidet unter Ausfallerscheinungen und Lähmungen, wenn sie mit ihm zusammen ist.
Eine Jugendliche möchte am Abend gern mit ihren Freundinnen ins Kino gehen. Die Mutter bittet sie aber, bei ihr daheim zu bleiben, weil es ihr nicht gut gehe. Kurz darauf bekommt das Mädchen einen Krampfanfall, sodass es die Verabredung absagen muss. Dadurch umgeht es den Konflikt, ins Kino zu gehen und die Mutter zu enttäuschen.

Kompensation Adler definierte als weiteren Abwehrmechanismus die **Kompensation**. Dabei werden unangenehme Empfindungen oder Vorstellungen durch ein bestimmtes Verhalten abgewehrt.

BEISPIELE**Kompensation**

Ein kleingewachsener Mann kompensiert seinen vermeintlichen körperlichen Mangel mit teuren Autos und übertriebenem beruflichem Engagement.
Eine Frau, die sich von ihrem Ehemann vernachlässigt fühlt, geht ständig shoppen oder zum Friseur.

MERKE

Abwehrmechanismen sind nicht grundsätzlich pathologisch! Sie stellen Strategien zur intrapsychischen Konfliktbewältigung dar. Gerade die Sublimierung spielt eine wichtige Rolle bei der Entwicklung von „Kultur“ (reifer Abwehrmechanismus), und die Fähigkeit zur Identifikation ist ein wichtiger Bestandteil der „normalen“ kindlichen Entwicklung. Ob ein Abwehrmechanismus als krankheitsbedingend eingestuft werden muss, ist nur individuell zu klären. Entscheidend ist, ob er dem Entwicklungsstand des Individuums angemessen ist oder ob ein Erwachsener z. B. auf eine infantile Lösungsstrategie zurückgreift, bei der die Abwehr misslingt und sich Symptome einer Neurose ausbilden (> Kap. 2.4.2).

Übertragung, Gegenübertragung und Widerstand

Weitere Prinzipien bzw. Phänomene aufdeckender Therapieverfahren sind Übertragung, Gegenübertragung und Widerstand. Eine ausführliche Darstellung findet sich in > Kap. 2.8 im Zusammenhang mit der praktischen therapeutischen Arbeit.

MERKE

- **Übertragung:** Vorgang, bei dem ein Mensch unbewusste alte (meist verdrängte) Gefühle, Affekte, Erwartungen (v. a. Rollenerwartungen), Wünsche und Befürchtungen aus der Kindheit unbewusst auf neue soziale Beziehungen (in unserem Fall den Therapeuten) überträgt und reaktiviert. Übertragungen werden vom Therapeuten genutzt, um frühkindliche Erlebnisse und die damit verbundenen Emotionen sichtbar zu machen.
- **Gegenübertragung:** eine Form der Übertragung, bei der der Therapeut aufgrund eigener Erfahrungen und innerpsychischer Konflikte auf den Patienten (durch dessen Handlungen und Äußerungen) reagiert und seinerseits eigene Gefühle, Vorurteile, Erwartungen und Wünsche auf diesen richtet. Dabei verlässt der Therapeut vorübergehend seine neutrale Position.
- **Widerstand:** Beim Patienten werden in der Therapie unbewusst Konflikte reaktiviert. Da sie mit unangenehmen Gefühlen assoziiert sind und ihn verunsichern können, leistet er gegen ihre Aufdeckung Widerstand.

2.4.2 Neurotische (innerpsychische) Konflikte

Aus psychoanalytischer Sicht wird die Disposition für neurotische Störungen durch ungelöste Konflikte in der frühen Kindheit angelegt. Diese Konflikte leben durch aktuelle Ereignisse wieder auf und führen zu krankhaftem Erleben und Verhalten. Krankhaftes Verhalten zeigt sich vor allem im Bereich der zwischenmenschlichen Beziehungen, während sich das pathologische Erleben auch auf somatische Bereiche erstrecken kann.

Entstehung frühkindlicher Konflikte

Ein innerpsychischer Konflikt entsteht, wenn Regungen und Wünsche der einzelnen Persönlichkeitsinstanzen Es, Ich und Über-Ich sich widersprechen und nicht in Einklang gebracht werden können (> Abb. 2.4). Dieser Interessenkonflikt der Instanzen kann also nicht sinnvoll bewältigt werden, und es entsteht Angst. Um diese Angst zu neutralisieren, bedient sich der Mensch verschiedener Abwehrmechanismen (> Kap. 2.4.1).

Man spricht davon, dass die konfliktvolle kindliche Entwicklungsphase nicht „gelungen“ und das Individuum auf der entsprechenden Entwicklungsstufe fixiert ist. Wird der frühe Konflikt in einer späteren Lebenssituation durch äußere Bedingungen aktualisiert, kann der Betroffene die gleichen kindlichen Denk- und Verhaltensmuster annehmen, die er bereits in der betreffenden kindlichen Entwicklungsphase gezeigt hat (Regression). Der nicht angemessen bewältigte tiefgreifende Konflikt bringt jetzt neurotische Symptome hervor, die sich auf körperlicher und psychischer Ebene auswirken können. Ein Beispiel soll die Entstehung eines solchen Konflikts verdeutlichen.

FALLBEISPIEL

Die 20-jährige Jurastudentin Corinna wurde von ihren Eltern sehr streng erzogen. Fielen die schulischen Leistungen oder ihr Benehmen nicht wie gewünscht aus, strichen die Eltern ihr jegliches abendliches Ausgehen und die Treffen mit ihren Freundinnen. Zusätzlich bestrafte die Mutter Corinna damit, dass sie einen Tag nicht mit ihr sprach. Aufgrund ihres Einser-Abiturs kann sie sich den Studienplatz auswählen. Als sie in den 80 km entfernten Studienort umzieht, spürt sie Symptome von Angst, kann sie aber nicht näher einordnen. Später wird bei ihr eine generalisierte Angststörung diagnostiziert (> Kap. 8.1).

Wie entstand der zugrunde liegende Konflikt?

Immer wenn Corinna als Kind Eigensinn zeigte und Selbstständigkeit erleben wollte, wurde sie bestraft. In der Folge entwickelte das Über-Ich starke Verbote gegen Autonomietendenzen (denn Corinna wollte von ihrer Mutter geliebt werden). Das Es hatte jede Menge Bedürfnisse, die es jedoch nie durchsetzen konnte. Somit blieb das Ich schwach ausgeprägt. Die Angst, die diese Konflikte mit sich brachten, wurde abgewehrt und damit eine Fixierung auf die anale Phase begünstigt.

Folgender Zusammenhang lässt sich erkennen: Die strenge Erziehung mit Liebesentzug führte in der analen Phase zu einem **Autonomie-Abhängigkeits-Konflikt**.

Als Corinna mit 20 Jahren durch den Auszug aus dem Elternhaus die erste richtige Möglichkeit zur Selbstständigkeit und Loslösung von den Eltern in Aussicht hatte, wurde der verdrängte Autonomie-Abhängigkeits-Konflikt reaktiviert. Corinna hatte Autonomietendenzen bislang immer als etwas Unerlaubtes und Verbotenes erlebt und entwickelt nun, wenn diese Autonomie real wird, Angst. Sie verfällt auf ein Denk- und Verhaltensmuster der analen Phase (Regression) und entwickelt neurotische Symptome (Angststörung).

Solche intrapsychischen Konflikte aus der Kindheit sind völlig normal. Es gibt keinen Menschen, bei dem die kindlichen Entwicklungsphasen alle im psychischen Sinne „gelungen“ verlaufen sind. Je nach Ausprägung behindern sie unsere Entwicklung mehr oder weniger stark. Nicht immer haben diese Konflikte pathologische Auswirkungen, sie können jedoch Grundlage für die Entwicklung psychischer Erkrankungen sein.

Je belastender die ersten 7 Lebensjahre für das Kind sind, desto stärker ist die Ausbildung innerpsychischer Konflikte und umso größer die Wahrscheinlichkeit für das Auftreten von neurotischem Verhalten im späteren Leben. In gravierenden Fällen kann es zur Ausbildung einer Persönlichkeitsstörung kommen (> Kap. 10).

MERKE**Psychotherapeutische Unterscheidung zwischen Neurosendisposition und Persönlichkeitsstörung**

Die **Neurosendisposition** sagt bereits einiges über die Anfälligkeit für eine seelische oder psychosomatische Störung aus. Sie selbst ist jedoch keine Erkrankung im Sinne der psychotherapeutischen Richtlinien. Denn der Betroffene kann sie u. U. über viele Jahre gut kompensieren und symptomfrei sein. Sie wird erst pathologisch und therapiebedürftig, wenn sich die Umweltbedingungen ändern und auslösende Belastungssituationen entstehen, die nicht mehr durch Abwehrmechanismen kompensierbar sind.

Persönlichkeitsstörungen sind dagegen chronische Krankheitsbilder. Sie sind das Ergebnis einer langen krankhaften Entwicklung, für die sich in der Regel kein klarer Beginn durch eine auslösende Belastungs- oder Konfliktsituation ausmachen lässt. Die Persönlichkeitsstruktur der Betroffenen ist derart dysfunktional und behindernd, dass sie selbst das Problem ist (Boessmann 2012: 20).

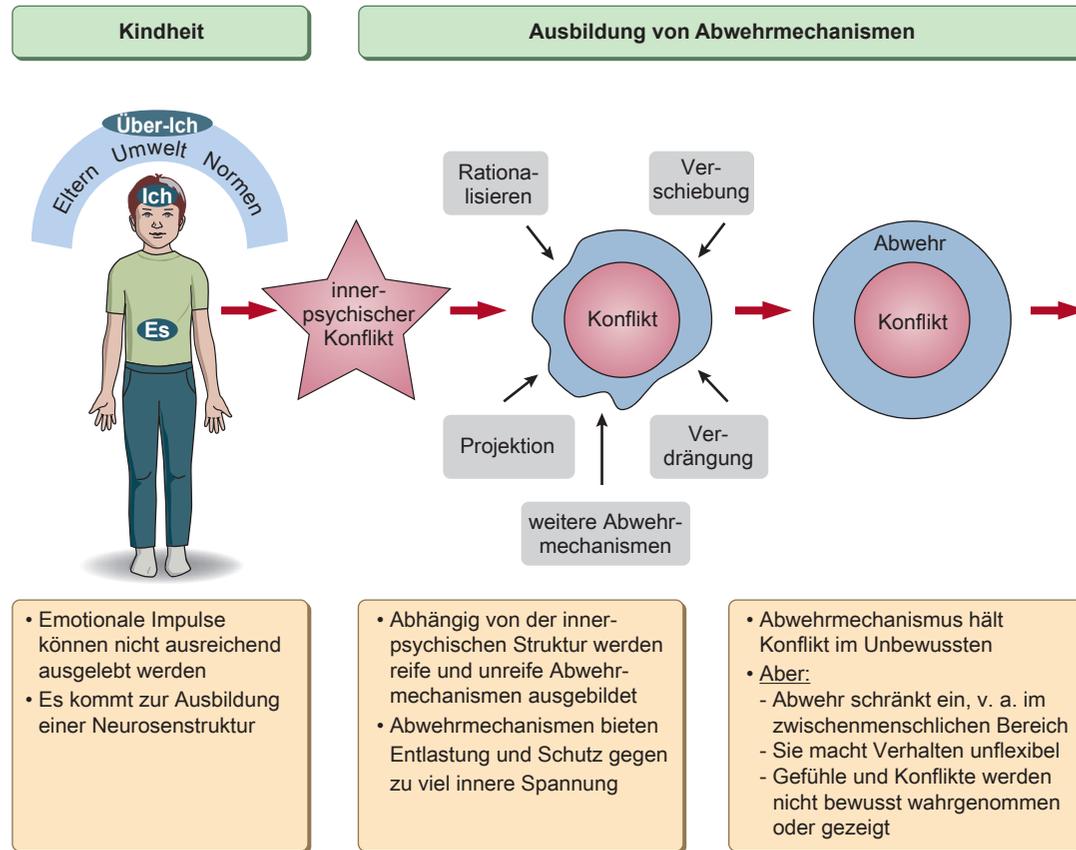


Abb. 2.4 Entstehung des neurotischen/innerpsychischen Konflikts

Die im psychologischen Sinne gesündeste Disposition für die Reifung eines Kindes sind Eltern, die sich gut in ihrer Persönlichkeit entwickeln konnten und mit ihren Kindern gut in Beziehung gehen können, indem sie sehen und spüren, was ihr Kind individuell an Versorgung, emotionaler Nähe und Förderung benötigt und wann es zu viel ist. Wenn die Eltern sehr mit ihrer eigenen Problematik oder der Bewältigung äußerer Lebensumstände beschäftigt oder nie da sind oder aber das Kind vielleicht sogar zu sehr umsorgen, wird es ihm schwerfallen, sich in stimmiger Weise auf soziale Beziehungen einzulassen. Viele Eltern neigen dazu, mit ihrem Kind zu viel oder zu wenig in Beziehung zu treten. Beim Kind wird dadurch ungewollt der Boden bereitet, auf dem neurotische Konflikte gedeihen (können).

Grundkonflikte nach der OPD

Aus psychodynamischer Sicht sind verschiedene **Grundkonflikte** Bestandteil der menschlichen Entwicklung. Die Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (OPD) unterscheidet **acht unbewusste Konflikttypen**, die für die Behandlungsdiagnose herangezogen werden. Meist kann man Menschen jedoch nicht nur einem Konflikttyp zuordnen, da oft mehrere Grundkonflikte inadäquat bewältigt wurden. Bei jedem dieser Konflikte bewegt sich das Kind

aufgrund der Erfahrungen mit seinen Bezugspersonen (Objekterfahrungen) zwischen zwei extremen Polen.

In > Tab.2.4 sind die einzelnen Konflikte dargestellt, jeweils mit einem Beispiel für einen biografischen Mangel und den möglichen Ausprägungen im Verhalten des Patienten (passiver und aktiver Modus).

Reaktionen, die helfen, Konflikte zu neutralisieren, welche sich aus dem Widerspruch zwischen Triebregungen und Wünschen auf der einen und Geboten bzw. Verboten auf der anderen Seite ergeben, und diese damit nicht wahrnehmen zu müssen, nennt man **Abwehrmechanismen** (> Kap. 2.4.1). Die verschiedenen Strategien im Umgang mit Abwehrmechanismen sind in > Tab. 2.5 dargestellt.

Gut zu wissen Einiges zu Abwehrmechanismen:

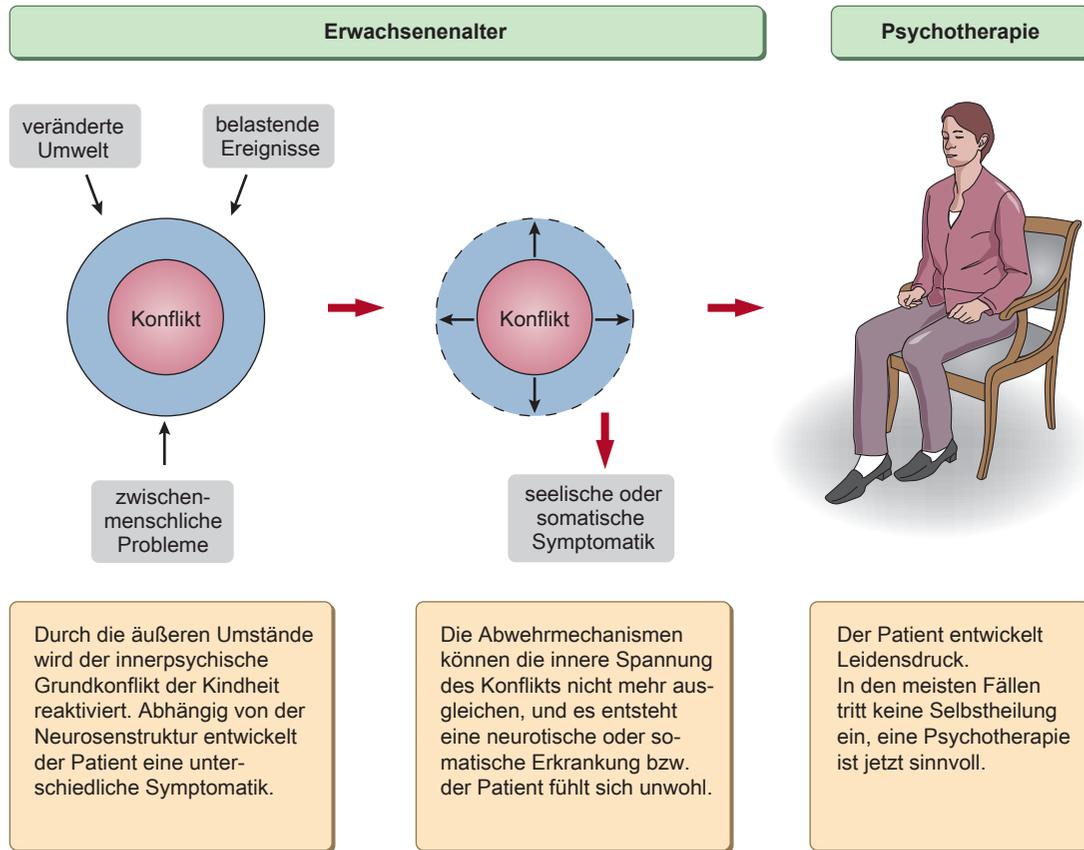
„Es gibt keinen Menschen ohne Abwehr.“

„Abwehr ist nicht gut oder schlecht; sie ist einfach nur da, um uns zu schützen.“

„Abwehr ist ein Charakterpanzer, weil wir sie ein Leben lang mit uns tragen.“

„Abwehr führt zu Einschränkungen in unserem Leben.“

„Widerstand ist eine natürliche Reaktion, wenn jemand zu nah an unsere Abwehr kommt.“



2

Tab. 2.4 Grundkonflikte nach der OPD

Konflikt	Biografischer Mangel	Patientenverhalten
Abhängigkeit vs. Autonomie Kindesalter (0–3+ J.) Ich sehne mich nach Nähe vs. Ich halte die Nähe nicht aus, brauche Autonomie	Ein Elternteil hat sehr geklammert oder Ein Elternteil/beide Eltern hat/haben keine Nähe gezeigt	Im passiven Modus: sucht die Abhängigkeit erzeugende Beziehung und klammert sich an den anderen. Kann dazu führen, dass der Patient sich auch dann nicht trennt, wenn er unter der Beziehung leidet Im aktiven Modus: Die emotionale Autonomie ist wichtiger als Beziehungen. Dem Betroffenen fällt es schwer, sich auf stabile Beziehungen einzulassen und sich zu verpflichten. Bindungswünsche werden unterdrückt
Unterwerfung vs. Kontrolle Kindesalter (3–5+ J.) Den anderen dominieren vs. Sich dem anderen unterordnen	Eltern haben dem Kind ihren Willen aufgedrückt, es sich nicht selbst entfalten lassen oder Eltern haben das Kind überfordert, indem sie ihm gar keine Leitlinien gaben	Im passiven Modus: Gegebenheiten werden schicksalhaft hingenommen, der Betroffene fügt sich. Gehorsam und Unterwerfung bestimmen das Erleben und Verhalten, z. T. mit ohnmächtiger Wut und Verärgerung bei gefügigem Verhalten Im aktiven Modus: trotziges Dominanz- und Machtstreben, immer mit der Angst, dominiert zu werden. Daher prägen Kontrolle und Auflehnung das Verhalten
Versorgung vs. Autarkie Kindesalter (3–6+ J.) Bedürfnis nach Versorgung und Liebe vs. Bedürfnis, ohne diese Versorgung auszukommen	Kind hat keine oder kaum emotionale Zuwendung von Mutter und Vater erhalten und ist bezugslos oder Kind hat zu viel Zuwendung von den Eltern/einem Elternteil bekommen	Im passiven Modus: anklammerndes, passives Verhalten. Lässt sich immer versorgen und hat Angst, zu wenig zu bekommen. Versorgungs- und Geborgenheitswünsche führen zu starker Abhängigkeit Im aktiven Modus: ein Selbstversorger mit anspruchsloser Grundhaltung und altruistischem Muster. Wehrt Hilfsangebote ab, verzichtet zugunsten der anderen (Burnout-Gefahr). Andere bekommen die Versorgung, nach der er sich selbst unbewusst sehnt (häufig Menschen, die in Sozialberufen tätig sind)

14 Therapeutische Grundvoraussetzungen – Metaebene – Feedback

14.1	Grundvoraussetzungen: persönliche Voraussetzungen des Therapeuten	184	14.2	Die Metaebene	184
			14.3	Feedback	185



Kapitelübersicht

Die drei **Grundvoraussetzungen für therapeutisches Arbeiten** sind:

- eine professionelle Gelassenheit in herausfordernden Situationen

- die Fähigkeit, in einem dynamischen Prozess unterschiedliche Perspektiven einzunehmen und sich abstrakt auf einer Metaebene bewegen zu können, sowie
- eine Offenheit, sich selbst und durch das Feedback andere in ihrem Tun zu hinterfragen.

14.1 Grundvoraussetzungen: persönliche Voraussetzungen des Therapeuten

Sie werden bei ihrer Arbeit als Therapeut feststellen, dass es kein perfektes Vorgehen gibt. Vielmehr geht es um professionelle Stimmigkeit; sie fußt auf einigen Grundvoraussetzungen. Dazu gehört vor allem, dass Sie in Ihrem Wirken Ruhe und Gelassenheit ausstrahlen. Ganz egal, ob Sie als Richter, Polizist, Mediator oder Heilpraktiker für Psychotherapie arbeiten: In Krisen- und Konfliktsituationen erweist sich diese Voraussetzung als ein entscheidender Faktor.

Natürlich reicht es nicht, sich einfach vorzunehmen, gelassen zu sein. Denn hier geht es um eigene Gefühle, die im Wege stehen können. Und deshalb ist es uns nur dann möglich, Ruhe auszustrahlen, wenn konfliktbehaftete Themen aus unserem eigenen Leben bearbeitet sind. Ist dies nicht der Fall, sollten Sie in der konkreten Situation einen Supervisor aufsuchen oder das Thema mit in die Eigen-therapie nehmen.

Mit **Gelassenheit, authentischem Verhalten** und den **erlernten Therapiemethoden** haben Sie eine wichtige Basis für die therapeutische Arbeit geschaffen. Für Ihre Patienten stellen sie bereits einen Mehrwert dar. Sie können jetzt Erfahrungen sammeln und sich kontinuierlich weiterbilden.

In Ihrer Arbeit werden Sie feststellen, dass das Verhalten von Patienten zu einem gewissen Zeitpunkt schwierig wird, weil sie Widerstände entwickeln. Ein erfahrener und fortgeschrittener Therapeut erkennt im schwierigen Verhalten des Patienten bereits den frühkindlichen **neurotischen Konflikt, den es zu behandeln gilt** (> Kap. 2.6). Wir möchten Ihnen Mut machen, etwas weiter in die „Tiefe“ einzutauchen. In diesem dritten Teil werden Sie mit Sicherheit viele Aha-Effekte erleben.

14.2 Die Metaebene

Was bezeichnen wir als Metaebene und wie erreiche ich sie? Stellen Sie sich im Gespräch mit Ihrem Gegenüber vor, ein Dritter beobachtet dieses Gespräch aus der Vogelperspektive. **Was nimmt er wahr?** Was hört er von Ihnen und was nimmt er zwischen den Zeilen wahr? Was vom Gegenüber? Wie würde er Ihre Beziehung zueinander bezeichnen? Mit welcher Körpersprache agieren Sie und Ihr Gegenüber? Wie ist der Augenkontakt auf beiden Seiten? Wie reagieren Sie gegenseitig auf Aktionen und Reaktionen des anderen?

In welcher Lautstärke sprechen Sie jeweils mit dem anderen? Welche Gefühle nehmen Sie bei Ihnen und Ihrem Gegenüber wahr? Wie sind Ihre Sitzpositionen ausgerichtet? Sind Sie oder Ihr Gegenüber angespannt oder entspannt und gelassen? Gehen Sie auf Ihr Gegenüber ein und wie ist es umgekehrt? All diese Beobachtungen beschreiben die Metaebene.

MERKE

Versuchen Sie sich bei den vorliegenden Fällen und natürlich in Ihrer Arbeit als Therapeut in die Metaebene zu begeben. Das erleichtert Ihnen ein differenziertes Herantasten, ohne gleich in den Schwarz-Weiß- oder Auto-pilotmodus zu verfallen. So können Sie den **Fall** mit allen seinen schwierigen Facetten **als Ganzes sehen** und gut erkennen, wo Ihre **eigenen Lebensthemen** oder aktuelle Konflikte liegen, die sie bearbeiten sollten.

Jetzt können Sie beginnen, noch etwas genauer zu differenzieren. Versuchen Sie einmal, nacheinander folgende Perspektiven in der Metaebene einzunehmen:

- Wie fühlt und verhält sich mein Gesprächspartner gerade?
- Wie fühle und verhalte ich mich selbst in der momentanen Situation?
- Wie agieren wir miteinander?
- Wie geht es mir gerade selbst unabhängig von meinem Gegenüber?
- Wie geht es meinem Gegenüber unabhängig von meiner Anwesenheit?

Die Gesamtheit all dieser Fragen mag sehr komplex aussehen und die Aufgabenstellung ungeheuer abstrakt erscheinen. Für Ihre Arbeit als Heilpraktiker für Psychotherapie stellt sie neben all dem psychologischen Fachwissen aber eine **wichtige Grundlage** dar, um **authentisch und gewissenhaft** mit voller Empathie einen **guten Rapport** zum Gegenüber aufzubauen. Und Sie werden merken, dass Sie diese **Metaebene irgendwann ganz automatisch** einnehmen, ohne sich diverse Fragen zu stellen (> Abb. 14.1).

MERKE

Versuchen Sie zunächst, Ihre Sinne zu schärfen, und begeben Sie sich zur **Übung im täglichen Leben** in die Metaebene. Stellen Sie sich diese Perspektive vor, wenn Sie im Supermarkt mit der Verkäuferin an der Kasse sprechen oder wenn Sie sich beim TÜV mit dem Sachverständigen über Ihr Auto austauschen. Wie nehmen Sie Familienbesuche in Ihrer Heimat auf der persönlichen Ebene wahr? Oder Gespräche mit Freunden in einer Kneipe?

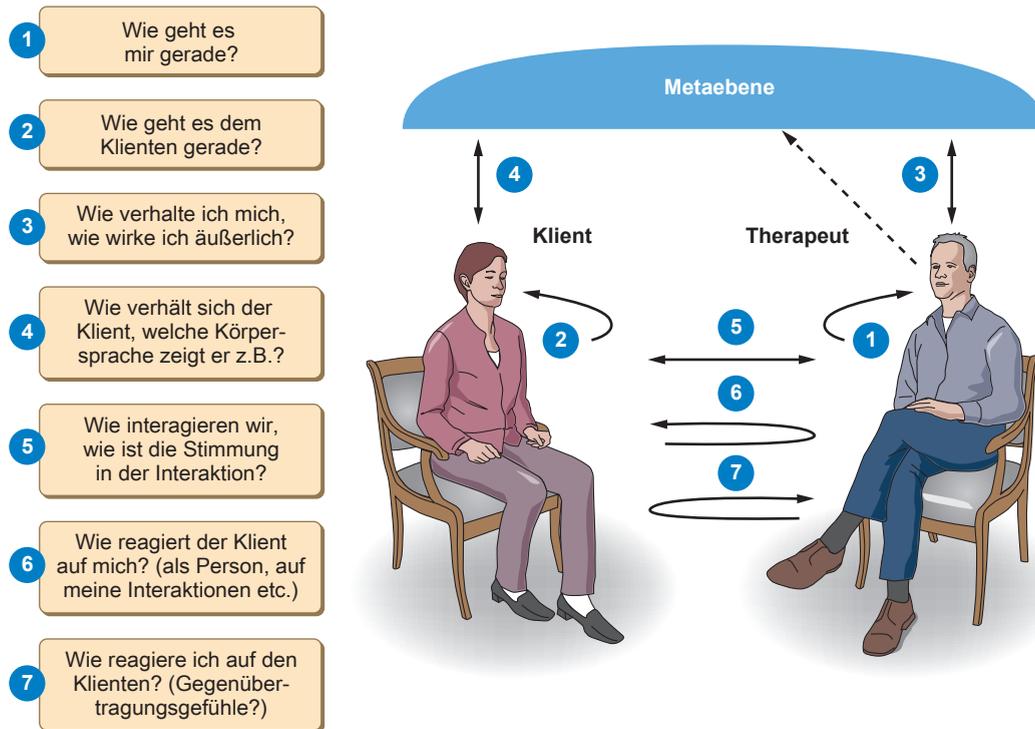


Abb. 14.1 Die Metaebene

14.3 Feedback

Es kann sehr spannend sein, Ihre eigene Wahrnehmung mit derjenigen anderer Menschen abzugleichen. Feedbackrunden in der therapeutischen Ausbildung sind hierfür ein wertvolles Instrument. Nehmen Sie diese Chancen wahr und bedanken Sie sich anschließend für das Feedback eines Außenstehenden oder Ihres Gegenübers. Es stellt **keine Bewertung** dar, sondern lediglich die **Wahrnehmung eines anderen Menschen**. Aber diese Wahrnehmung liefert uns wichtige Anhaltspunkte darüber, wie wir auf andere Menschen wirken. Und da wir in keinem Lebensstadium perfekt sind und immer wieder Neues hinzulernen können, wenn wir nur neugierig genug sind, können wir das Feedback als große Chance nutzen, um aus unseren Fehlern sowie von anderen Menschen zu lernen.

Die Dame an der Käsetheke würde man ebenso wenig wie den TÜV-Mitarbeiter im Anschluss an das gemeinsame Gespräch nach ihrem Feedback oder ihrer Wahrnehmung fragen. Ein guter Freund dagegen kann zu einem wichtigen Hinweisgeber werden, um die Wahrnehmung seines Selbst zu schulen und um eine Antwort auf die Frage zu bekommen: „**Wie wirke ich?**“

Wenn Sie sich für Feedback öffnen, werden Sie überrascht sein, was Sie über sich selbst erfahren. Hier und da sind Sie vielleicht stolz oder gerührt oder Sie schämen sich sogar, etwas so Positives zu hören. Und manchmal denken Sie vielleicht: „Mein Gott, wieso erfahre ich das erst jetzt nach so vielen Lebensjahren? Das ist ja schlimm!“

MERKE

Vergegenwärtigen Sie sich, dass es beim Feedback nicht um eine Bewertung Ihrer Person geht, sondern darum, wie Ihr Verhalten von anderen wahrgenommen wird!

Manche Menschen haben den Mut, im Job oder bei einem Arbeitgeberwechsel den letzten Chef nach einem ehrlichen und persönlichen Feedback auf das eigene Verhalten zu fragen. Selbst wenn die Spannungen im Arbeitsverhältnis noch so groß waren, wird der Vorgesetzte aufgrund dieser unerwarteten Frage angenehm überrascht sein. Auch wenn Sie hier und da völlig anderer Meinung sind, so ist es für Sie eine gute **Gelegenheit, sich persönlich weiterzuentwickeln**. Und davon abgesehen haben Sie damit soeben eine friedensstiftende Maßnahme eingeleitet.

Erhältlich in Ihrer Buchhandlung



Souverän werden wie ein Profi - praktisches Psychiatriewissen für die mündliche Prüfung und den Start in die Praxis

Zwar ist die Prüfungsordnung nicht in allen Bundesländern einheitlich, aber der Trend geht zur Überprüfung von praktisch angewendetem Psychotherapiewissen.

Der Amtsarzt prüft z.B., ob Sie eine Suizidgefahr erkennen, ob sie selbstständig einen Behandlungsplan erstellen und wissenschaftlich fundiert therapeutisch behandeln können.

Dieses komplette praktische Wissen vermittelt das Praxisbuch Heilpraktiker für Psychotherapie – für maximale Sicherheit in Prüfung und Praxis!

- Psychotherapeutisches Arbeiten – vom technischen Handwerkszeug bis zu den einzelnen Phasen des Behandlungsprozesses
- Konkrete Anleitungen zum Behandeln der verschiedenen psychischen Störungen
- Wissen über den Umgang mit schwierigen Verhaltensweisen des Klienten und der souveräne Umgang mit Herausforderungen im Praxisalltag
- Eine stets supervisorische Perspektive („Metaebene“), die Sie auf die spätere Praxis vorbereitet

Praxisbuch Heilpraktiker für Psychotherapie

2017. 288 S., geb.

ISBN: 978-3-437-58312-4

€ [D] 44,99 / € [A] 46,30

Empowering Knowledge

