



Der rote Faden

- Aktuelle Tendenzen
- Kritik an der Wirksamkeitsreduktion
 - Wirksamkeit differenziert
 - Humanitätsfiktion
 - Qualitätsmerkmale
 - Kompetenzfaktoren
 - Exkurs: Motivationsstruktur
 - Neue empirische Daten

Aktuelle Tendenzen und Entwicklungen in der psychotherapeutischen Versorgung

- Psychotherapie soll schneller, billiger, besser durchgeführt werden: wirksam, effektiv, effizient
- Alle Patienten sollen standardisiert und kontrolliert zu gleichen Kosten behandelt werden
- Die Bezahlung soll Diagnose-bezogen erfolgen
- Ausbildung nach PTG und nicht nach RiLi

Der heutige Markt der Möglichkeiten: Freiheit oder Beliebigkeit?

- Seelische Erkrankungen sind gemäß ICD 10 gleich
- Alle Therapien wirken gleich, besser sind dann die schnell wirksamen, kürzeren und billigeren
- Neue Therapieansätze sind störungsspezifisch, nutzen unkontrolliert zusammengesetzte Strategien und Methoden aus Verhaltenstherapie, sog. Psychodynamischen Verfahren, Gesprächs-, Körper- und Familientherapie, systemisch und individuell, sowie Medikamente und kreative wie spirituelle Ansätze
- Schlagwörter sind Integrativ und Schulenübergreifend

Exkurs: Die Seele, Veränderungen und die Wirksamkeit äußerer Beeinflussung

Wenn es stimmt, dass:

- sich menschliches Leben durch hohe und schnelle Anpassungsfähigkeit durchgesetzt hat
- Flexibilität bei der Anpassung an soziale Machtverhältnisse das Überleben sichert
- Menschen zur Befriedigung ihrer ubw. Motivationen das jeweilige soziale Umfeld wahrnehmen, brauchen und benutzen müssen

.... dann ist Vieles unter folgenden Bedingungen sehr wirksam:

- je eindeutiger die Machtverhältnisse sind
- je unsicherer, abhängiger , ängstlicher oder bedürftiger ein seelisch erkrankter Patient ist
- je mehr das Gegenüber bewusst von seinem Tun und seinen Zielen überzeugt ist
- je mehr das Gegenüber unbewusst von anderen
als den bewussten Motiven angetrieben ist.

Macht mit und ohne Gewalt



Reemtsma (2008)

„Tiefenpsychologie“: Unbewusste Dynamik im Not – Abwehr - Überwindungskomplex



Nutzung von Macht muss durch das Ziel legitimiert sein

Wenn das Behandlungsziel auf der Bewusstseinsebene liegt (oder in Krisen) und Patient wie Therapeut dieses Ziel anstreben, kann durch Aufklärung, Anweisungen, Wahrnehmungstraining oder Übungen usw. innerhalb einer klaren Macht-hierarchie dieses Ziel erreicht werden.

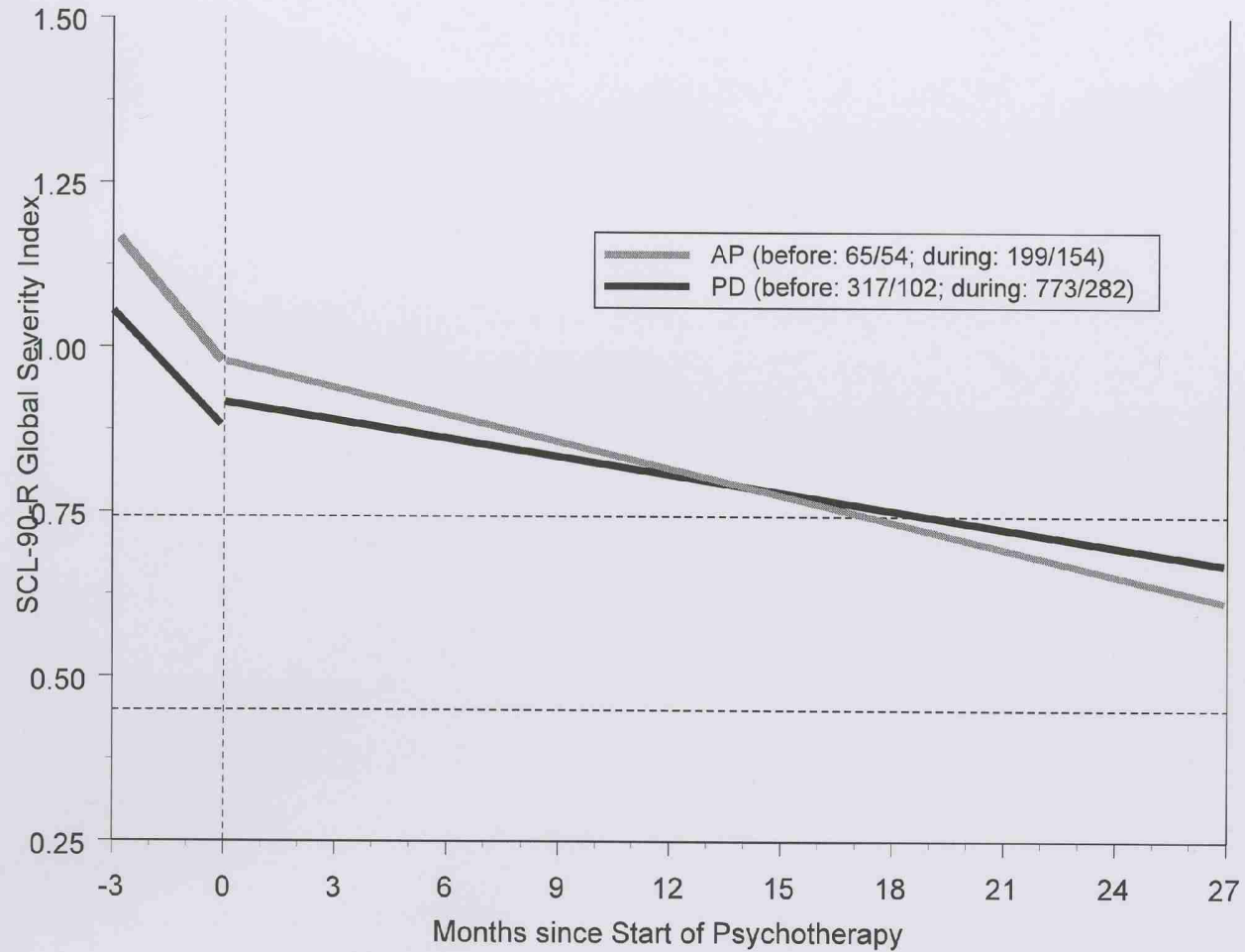
Die Bearbeitung des Unbewussten benötigt ein therapeutisches Arbeitsbündnis, dass nur durch wechselseitige Bedeutsamkeit und durch das Durcharbeiten der Machtaspekte wirksam wird.

Wirksamkeitsnachweise ohne Prüfung der verfahrensspezifischen Qualität und der Machtverhältnisse sind wissenschaftlich und human untauglich

Je absoluter der Machtanspruch, je undifferenzierter die Qualitätsbeschreibung des Behandlers, umso größer ist die Wahrscheinlichkeit bei einem in Not befindlichen Menschen der sofortigen (unterschiedlich lang anhaltende) Hoffnungs- oder Angst- Wirkung:

- Placebo (ich werde Gefallen finden)
- Sekten, Gurus und Heilsbringer
- Rechts- wie linksradikale Gruppierungen
- Verführer jedweder Verlockungs- , Überwindungsidee

Gesundungsverlauf PA vs. PD



Fiktion von Humanität :

Einige individualpsychologische Elemente:

1. Das Individuum ist eine unteilbare, lebendige seelisch - körperliche Struktur
2. Subjekthaftigkeit bedeutet prinzipielles Anderssein
3. Das Gemeinschaftsgefühl basiert auf den allen Menschen gemeinsamen Notlagen
4. Jeder Mensch strebt mittels unterschiedlicher Motive nach Überwindung von Notlagen
5. Dauerhaft oder traumatisierend erlebte Ohnmacht und Ungleichwertigkeit sind Krankheitsfaktoren
6. Wirksamkeit wird in gleichwertiger Beziehung durch Wachstum, Reifung und Einsicht sowie Selbstverantwortung angestrebt

Dauerhafte und humane Wirksamkeit:

- entsteht in Folge von reflexiven Beziehungen
- entsteht ohne Zwang und Reglementierung
- bedarf der Freiheit zur Verantwortung
- entsteht aus dem Bedürfnis nach Widerspruchsfreiheit erst nach Anerkennung der pathologischen Eigenanteile durch Einsicht / Vernunft
- entsteht ohne Lob, Tadel, Strafe
- basiert auf Abstinenz und wohlwollender Neutralität, Trennung, Bedeutsamkeit und Bindung

Qualitätsmerkmale in der Psychotherapie

1. Definition von seelischer Krankheit
2. Theorie ihrer Entstehung, Aufrechterhaltung und Behandlung
3. Definition der Behandlungsnotwendigkeit
4. Definition der Behandlungserfordernisse
5. Klare Zieldefinitionen
6. Kriterien zur Behandlungsbeendigung
7. Kritische Transparenz der Wirksamkeit

Die Unterschiede der sozial- wie
berufsrechtlich anerkannten
Verfahren sind sehr bedeutsam:

Menschenbild

Krankheitsverständnis

Krankheitsentstehung und Aufrechterhaltung

Behandlungskonzepte

Behandlungsziele

Qualitätsmerkmale des Verfahrens

Kompetenzfaktoren der Behandler

Freiheit in Verantwortung: „Kompostieren“ statt Integrieren

Krankheitsverständnis

Behandlungsziele

Reale Beziehungsgestaltung

Individualität des Patienten

Individualität des Behandlers

Rahmen- und Zeitbedingungen

Kreativität, Freiheit, Flexibilität

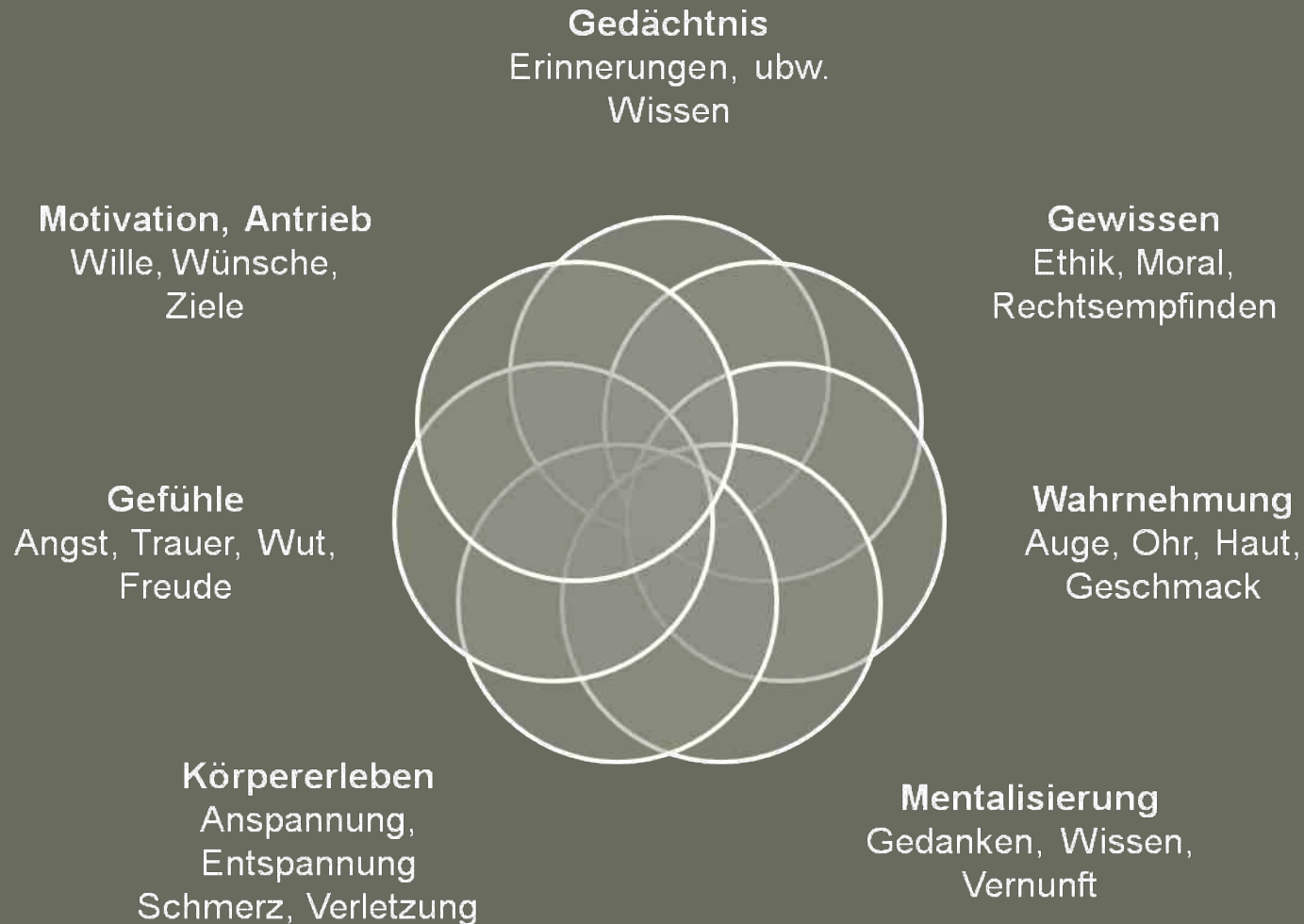
Qualität, Humanität und
Kompetenz sind abhängig vom
Krankheits- und Gesundheits-
Verständnis

Psychoanalytische Vorstellungen
von ubw. Struktur und ubw. Konflikt
werden als grundlegende
Entwicklungselemente für
Gesundheit und Krankheit
gesehen :

Strukturentwicklung und
Konfliktfähigkeit entstehen aus
Beziehungserfahrungen und deren
intrapsychischer Verarbeitung



Die Selbstregulation des Menschen



Konfliktvorstellungen

Strukturkonflikte:

Strukturkonflikte zwischen den Substrukturen,
Konflikte zwischen einzelner Substruktur und Gesamtstruktur
Konflikte innerhalb der einzelnen Substruktur

Entwicklungskonflikte:

Abhängigkeit/Bindung versus Autonomie/Trennung
Wunsch nach Versorgung versus Autarkie/Selbstversorgung
Subjekt versus Objekt

Neurotische Konflikte:

Ubw. Konfliktlösungsmuster die unlösbar, selbst- und fremdschädigend sind.

Unterscheidung:

Intrapsychische, interpersonelle und institutionelle Konflikte



Entstehungsbedingungen für Gesundheit oder Krankheit:

Unbewusst verarbeitete Erfahrungen aus
untrennbarer individueller – interpersoneller
Dynamik in der frühen und späten Kindheit:

Unbewusste Beziehungserfahrungen führen zur Stärkung / Stabilität oder zu Defiziten / Instabilität / Fragmentierungen in der Strukturbildung.

Unbewusste Beziehungserfahrungen mit Konflikten führen zu Flexibilität, Toleranz oder zu Rigidität, Absolutheit bei der Konfliktverarbeitung

Unbewusste Traumata oder Bindungssicherheit führen zu Absicherung oder Hoffnung

Unbewusste Dynamik zwischen Not – Abwehr und Überkompensation



Definition seelischer Krankheit nach einer mehrdimensionalen Diagnostik

1. Konfliktbewältigungsmuster unflexibel, ungeeignet
2. Struktur instabil / fragmentiert / inkohärent
3. Eingeschränkte Arbeits- / Beziehungsfähigkeit
4. Unzureichende Selbstregulationsfähigkeit
5. Instabilität in der geschlechtsspezifischen, subjekthaften Identitätsentwicklung
6. Subjektiv erlebtes, symptomatisches Leiden
7. Unbewusste Selbst- und Fremdschädigung
8. Eingeschränkt-fixiertes Unbewusstes

Qualität ist die Gesamtheit der Merkmale und Merkmalswerte einer Dienstleistung bezüglich ihrer Eignung, festgelegte und vorausgesetzte Erfordernisse zu erfüllen (DIN 55350)

Wirksamkeit	-snachweise
Ergebnisqualität	-smerkmale
Prozessqualität	-smerkmale
Verfahren	-smerkmale
Kompetenz	-faktoren
Strukturqualität	-smerkmale



Erfordernisse aus dem Krankheitsverständnis

Unterschied zwischen **Wirksamkeit** und **Struktur-, Prozess-, Ergebnisqualität**

Ergebnisqualität:

Sie ist nachgewiesen, wenn der Zusammenhang zwischen Struktur- und Prozessqualitätsmerkmalen geeignet ist, die vorher festgelegten Erfordernisse zu erfüllen.

Prozessqualität

Verfahrensmerkmale

Kompetenzfaktoren

Strukturqualität

Wirksamkeit:

Sie entsteht aus dem unbewussten und bewussten Zusammenwirken der Qualitätsmerkmale des Behandlers mit der Persönlichkeit, der Art der Erkrankung und den Verarbeitungsmöglichkeiten sowie Grenzen des Patienten, im Rahmen der sozialen Umgebungseinflüsse

Wirksamkeitsnachweise

1. Veränderungen der Konfliktbewältigungsmuster
2. Veränderungen der Strukturbeschaffenheit
3. Veränderungen der Beziehungskompetenz
4. Veränderungen der Selbstregulationskompetenz
5. Entwicklung der geschlechtsspezifischen, subjekthaften Identität
6. Veränderungen im Ausmaß des subjektiven Leidens
7. Veränderung der unbewussten Selbst- und Fremdschädigung
8. Entfaltung des schöpferischen Unbewussten

Acht Kompetenzfaktoren des Behandlers

- A. Aufbau und Beendigung eines therapeutischen Arbeitsbündnisses in wechselseitiger und wechselnder Bedeutsamkeit
- B. Konzentration auf ein patientenbezogenes und patientenspezifisches Beziehungsgeschehen
- C. Verständnis der Abwehr, der Überwindung und des Abgewehrten im unbewussten Wirkzusammenhang
- D. Gestaltung notwendiger Beziehungsformen / Behandlungsräume in unterschiedlichen Therapiephasen
- E. Ermöglichung eines regressiven Prozesses zur Entwicklung der Pathologie unter Nutzung der Hingabe des Behandlers an das auftauchende Unbewusste des Patienten
- F. Erstellung und Umsetzung eines sich dem Verlauf der Behandlung und dem individuellen Stand des Patienten anpassenden Behandlungsplanes
- G. Erarbeitung eines gemeinsamen Verständnisses von persönlicher Biographie, subjekthafter, geschlechtsspezifischer Identität des Patienten mit den Funktionen der Erkrankung und Heilung
- H. Kontinuierliche Reflektion des Entwicklungsprozesses des Patienten unter Berücksichtigung der Behandlerinflüsse.

1. Aufbau und Beendigung eines therapeutischen Arbeitsbündnisses in wechselseitiger und wechselnder Bedeutsamkeit

- Die Übertragungs – und Gegenübertragungsentwicklung sind Basis für die Durcharbeitung der Erkrankung, durch das Erkennen, Verstehen und Verändern kann eine weitere Beziehungsebene geschaffen: Bedeutsamkeit (depress. Pos.)
- Beziehung betrifft immer beide Beteiligte, daher können Zwang/Macht/Ohnmacht und Beziehung/Trennung am besten durch wechselseitige Bedeutsamkeit verarbeitet werden
- Bei schweren intrapsychischen „Machtlust“ Anteilen scheint der Aufbau von wechselseitiger Bedeutsamkeit unverzichtbare „Gegenkraft“ als (einzige?) motivationale Alternative
- Die Entstehung von Bedeutsamkeit kann gefördert werden, sie ist nicht machbar, taucht auf, entsteht „passiv“ im unbewussten Wirkgefüge zwischen Passung und dem Umgang mit Trennung

2. Konzentration auf ein patientenbezogenes und patientenspezifisches Beziehungsgeschehen

- Die Beziehungsgestaltung des jeweilig konkreten Patienten ist wesentliche Arbeitsgrundlage
- Patientenbezogen bedeutet die Fokussierung auf die Subjekthaftigkeit des Patienten, die Suche nach dem Anderssein, nach dem Unterschiedlichen dieses Patienten
- Patientenspezifisch bedeutet, dass der Entwicklungsstand, die Therapiephase, die Verarbeitungsmöglichkeiten beachtet werden

Einen typischen Verlauf der symptombezogenen Selbsteinschätzungen eines Einzelfalles legt Rudolf bereits 2001 vor:

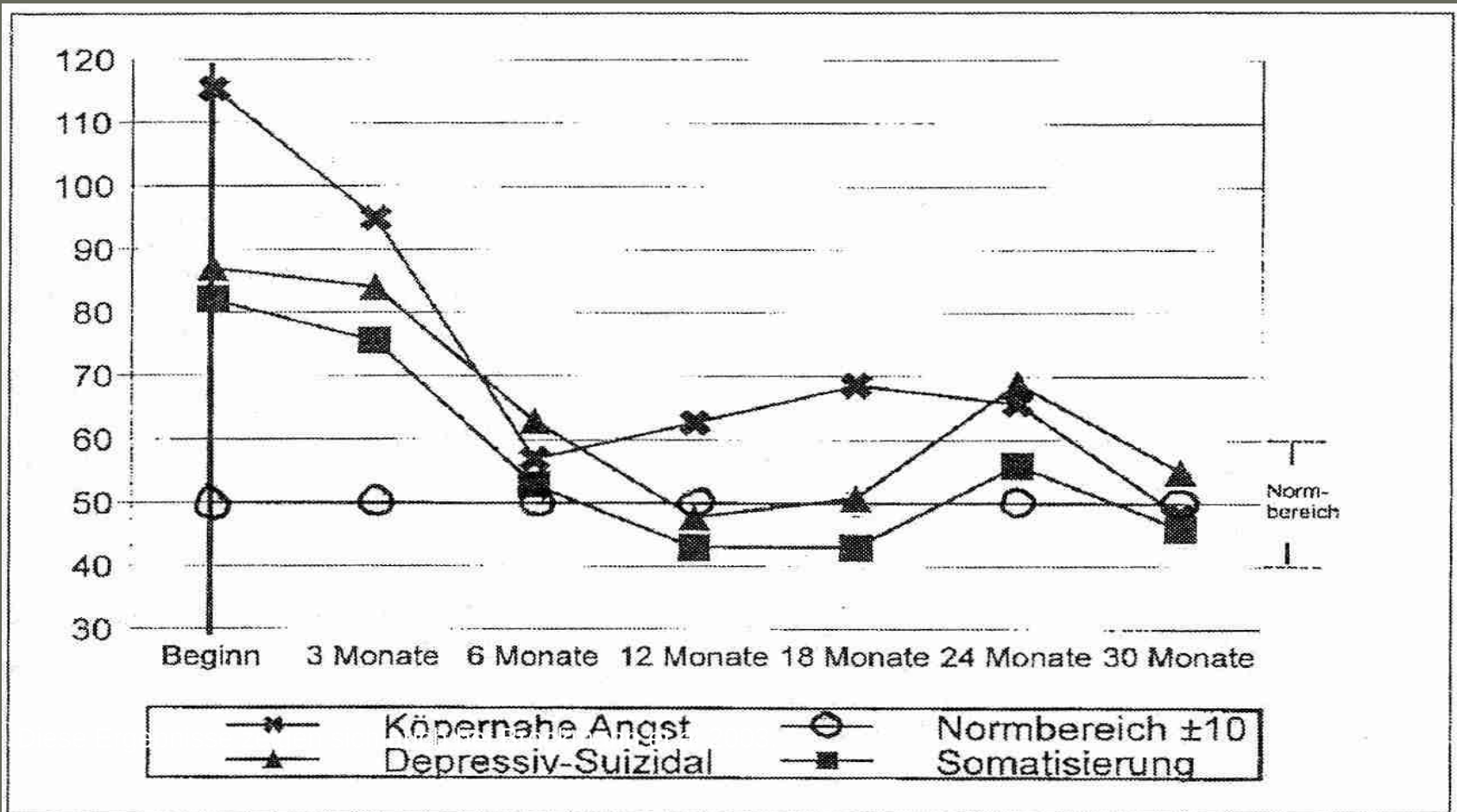
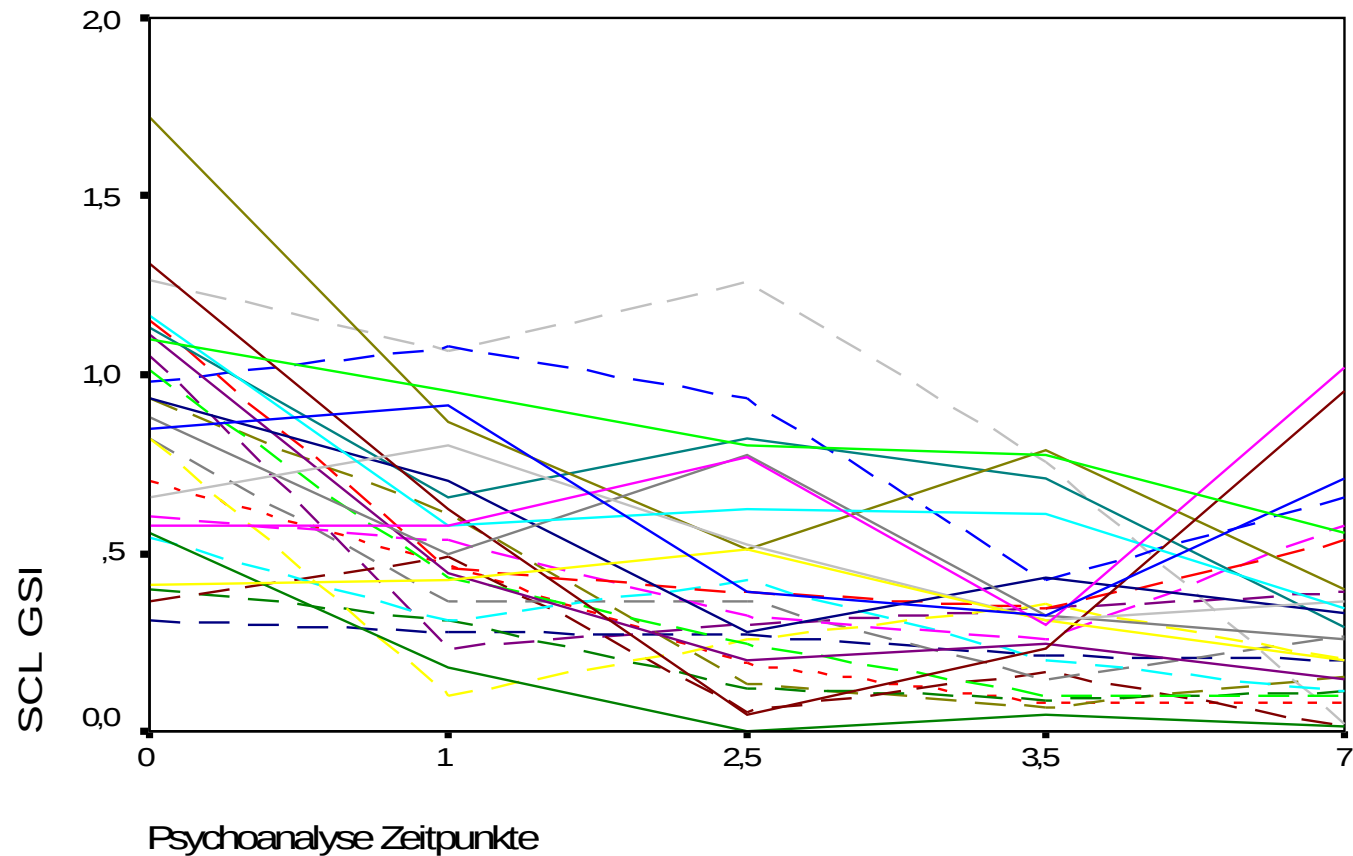


Abb. 2: PSKB-Skalen im Behandlungsverlauf

Einzelfallverläufe

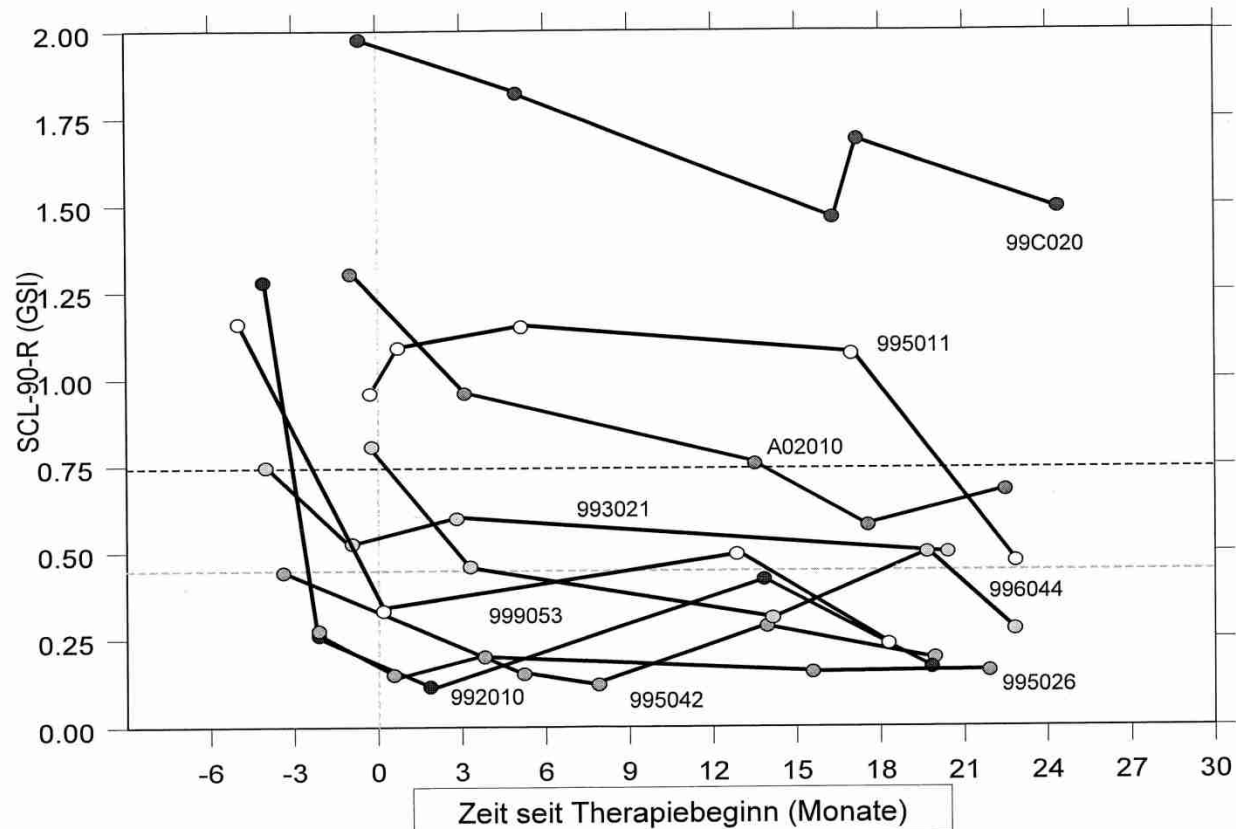
Symptomschwere GSI (SCL-90-R)



Langzeittherapiestudie

J. Brockmann, T. Schlüter, J. Eckert (2004)

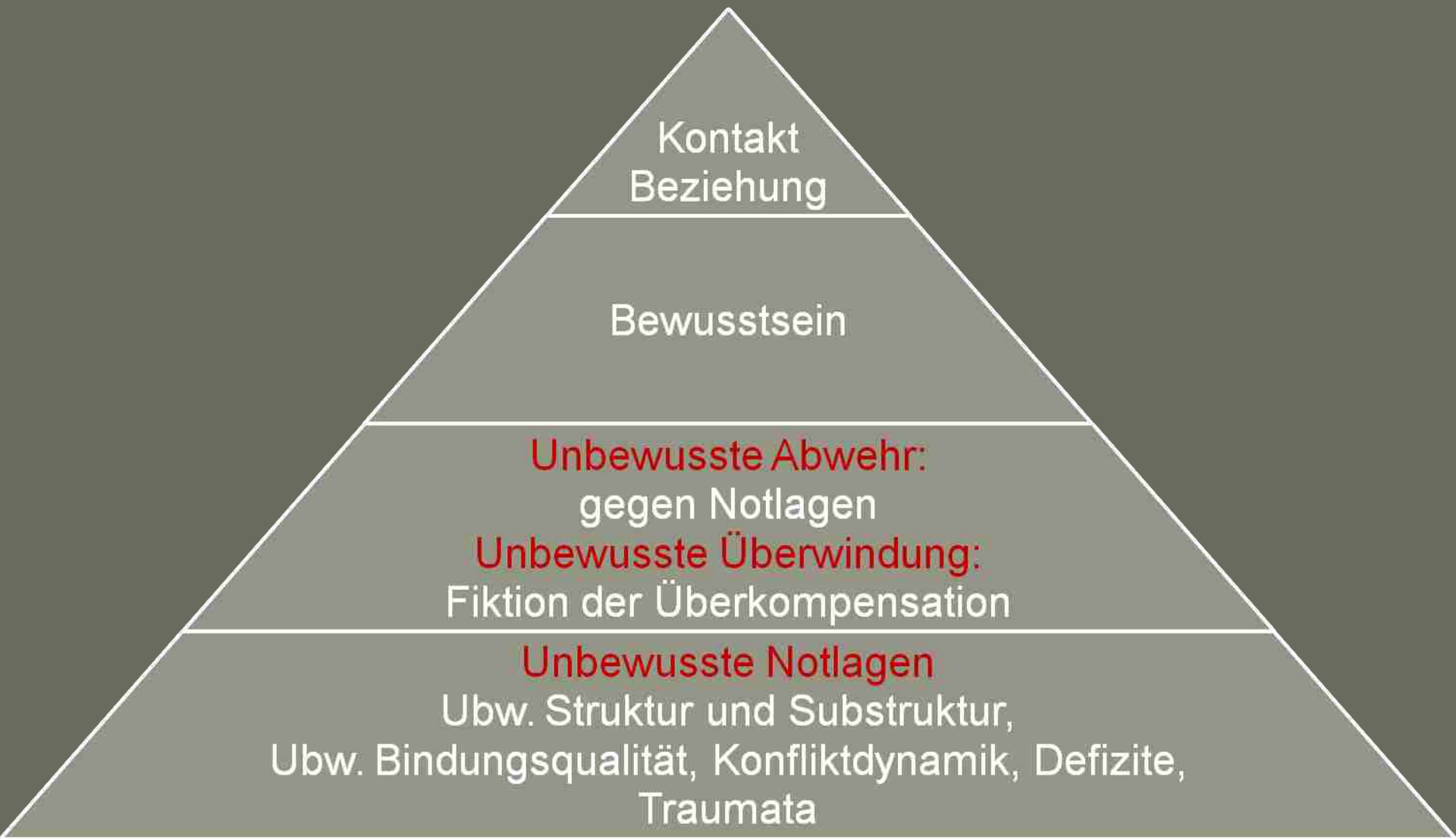
Individuelle Verläufe



3. Verständnis der Abwehr, der Überwindung und des Abgewehrten im unbewussten Wirkzusammenhang

- Unterscheidung zwischen den abgewehrten Notlagen
- Den Abwehrmechanismen
- Den Überwindungsversuchen
- Erfahrbar werden lassen (Übertragung)
- Gemeinsam erleben, erkennen, verstehen,
- Gemeinsam „tragen“, teilen, anerkennen

Unbewusste Dynamik zwischen Not – Abwehr und Überkompensation



4. Gestaltung notwendiger Beziehungsformen / Behandlungsräume in unterschiedlichen Therapiephasen

- Beziehungsformen:
Übertragung, Gegenübertragung, Enactment,
Therapeutische Beziehung, Realbeziehung
- Behandlungsräume:
Übergangsraum, Potentieller Raum,
Experimenteller Raum
- Therapiephasen: Heidelberger
Umstrukturierungsskala

Therapeutische Behandlungsräume

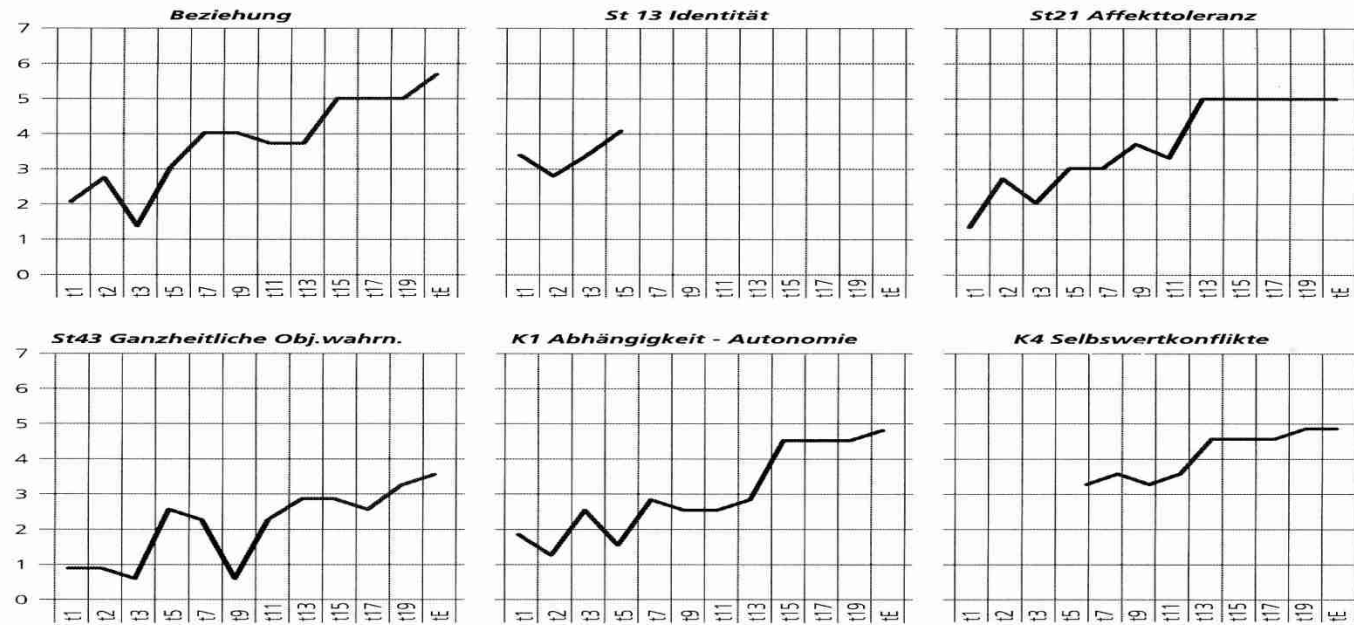
Fokus: Struktur (AP) oder Konflikt (TP)



5. Ermöglichung eines regressiven Prozesses zur Entwicklung der Pathologie unter Nutzung der Hingabe des Behandlers an das auftauchende Unbewusste des Patienten

- Reihenfolge: Abwehranalyse
Überwindungsanalyse
Notlagenerfahrung
- Differenzierte Empathie bei den 3 Phasen
- Potentielle dreifache Destabilisierung
- Intensität des individuellen Erlebens
- Hingabe des Behandlers als Voraussetzung der möglichen regressiven Erfahrungen

Abb. 9.4 Grafiken und Tabelle zu Verlaufstyp 3



	t1	t2	t3	t5	t7	t9	t11	t13	t15	t17	t19	tE
Beziehung	2.0	2.7	1.3	3.0	4.0	4.0	3.7	3.7	5.0	5.0	5.0	5.7
St13 Identität	3.3	2.7	3.3	4.0								
St21 Affekttoleranz	1.3	2.7	2.0	3.0	3.0	3.7	3.3	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0
St43 Ganzh. Obj.wahrnehmung	1.3	1.3	1.0	3.0	2.7	1.0	2.7	3.3	3.3	3.0	3.7	4.0
K1 Abhängigk.-Aut.	2.3	1.7	3.0	2.0	3.3	3.0	3.0	3.3	5.0	5.0	5.0	5.3
K4 Selbstwertkonflikte				3.7	4.0	3.7	4.0	5.0	5.0	5.0	5.3	5.3
Anzahl Std.		17	25	49	68		92	108	122	150	165	166
GÜ Therapeut (-3 bis +3)	1.0	1.0	1.0	2.0	2.0	2.0	2.0	3.0	2.0	2.0	2.0	2.0

6. Erstellung und Umsetzung eines sich dem Verlauf der Behandlung und dem individuellen Stand des Patienten anpassenden Behandlungsplanes

Differentialindikation: TP/AP/Einzel-Gruppe

- Strukturdefizite
- Strukturbeeinträchtigungen
- Strukturzusammenbrüche / Regression
- Strukturkonflikte / Progression
- Aktuelle Funktionsausfälle oder positive Entwicklungen bei den Konfliktneurosen

7. Erarbeitung eines gemeinsamen Verständnisses von persönlicher Biographie, subjekthafter, geschlechtsspezifischer Identität des Patienten mit den Funktionen der Erkrankung und Heilung

- Macht – Ohnmacht - Analyse
- Intersubjekthaftigkeit
- Interobjekthaftigkeit
- Beziehungs-, Bindungs- und Trennungsfähigkeit
- Zusammenhangsbetrachtung

8. Kontinuierliche Reflektion des Entwicklungsprozesses des Patienten unter Berücksichtigung der Behandlungseinflüsse.

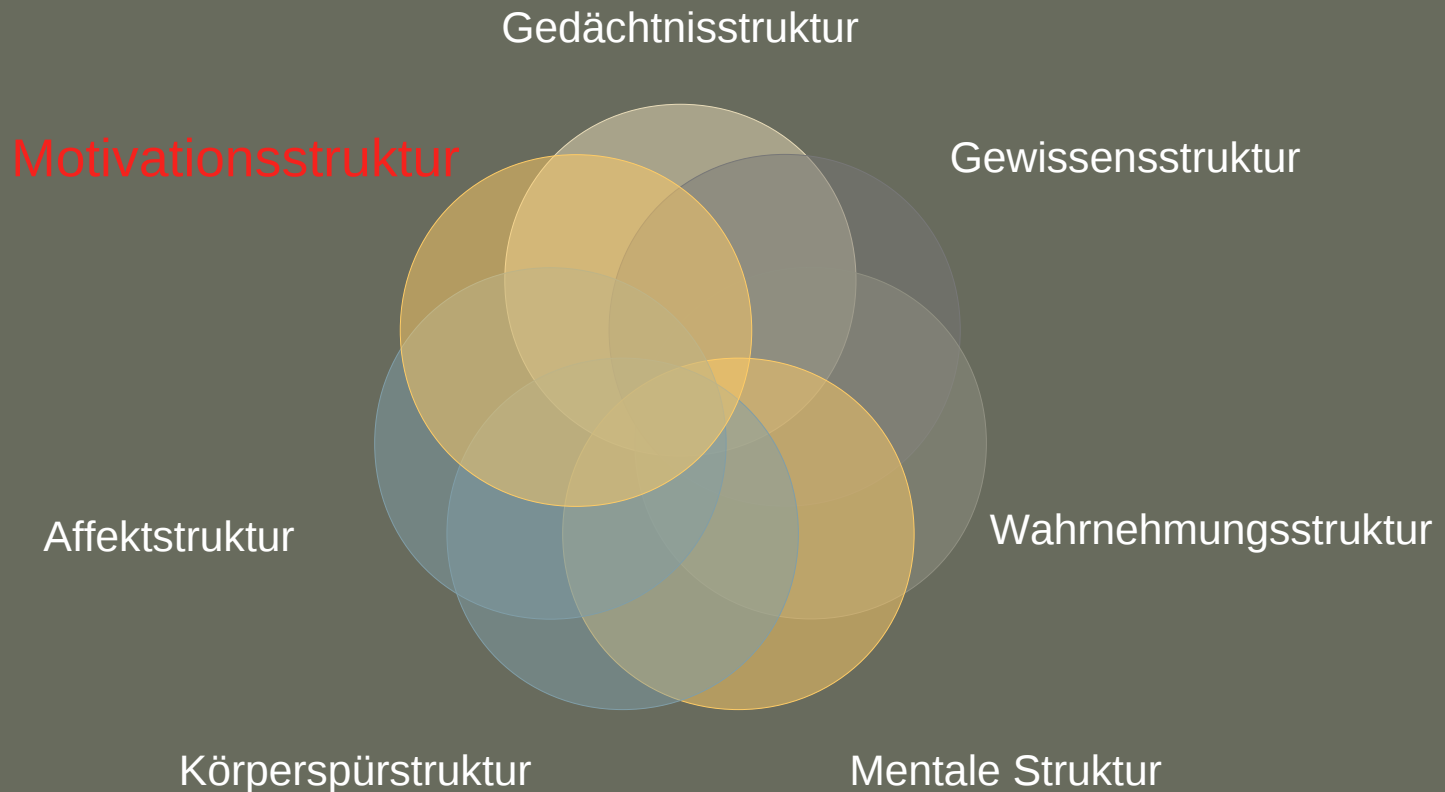
- Prozessreflektion (Abwehr- Überwindung- Not)
- Therapiephase
- Übertragung - Gegenübertragung
- Therapeutenabwehr
- Therapeutenüberwindung
- Therapeutennotlagen
- Vom Symptom zur Selbst- und Fremdschädigung und deren Auflösung bzw. Milderung

Exemplarisch: Individualpsychologische Arbeit an der Motivationsstruktur

Zusammenhängende Behandlung/Beratung:

- der ubw. Struktur
- der ubw. Konfliktverarbeitung
- am ubw. Not-Abwehr-
Überwindungskomplexes

Sieben Substrukturen des Selbst



Motivationen zur Entwicklung von Selbststabilität zwischen trennender / ausgreifender Aggression:

Grenzen nur durch Gesetze, verschleiern, verleugnen ist effektiv	Nähe, Geborgenheit, Sicherheit, Neuheit, Distanz, Autonomie,	Lust, Genuß, Freude, Erregung, Intensität,	Macht, Überlegenheit, Besonder-ung, Geltung Dominanz	Humanität, Solidarität, Wahrhaftigkeit, Gerechtigkeit, Minimierung von Schädigung und Leid
Interessen (objekthaft, materiell)	Bedürfnisse (subjekthaft, seelisch-körpernah, beziehungsbezogen) Konflikthaft	Begehren (subjekthaft, seelisch-körpernah, beziehungsbez.) Beseztung	Status (objekthaft, interpersonell) Will begehrt werden, will ausgewählt werden	Werte (für alle, für jeden, für die ganze Gesellschaft)
Ich will haben . Ich strebe an	Ich brauche ... Ich wünsche ...	Ich begehre Ich ersehne	Ich bin etwas besonderes Ich gelte mehr, bin wichtiger	Ich vertrete ... Ich stehe ein für ... Ich übernehme Verantwortung für











Wissenschaftliche Anerkennungen

- Wissenschaftlicher Beirat gemäß PsychThG
- Sozialrechtliche Anerkennung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen GBA
- Aktuelle Prüfung der Verfahren durch GBA
Gemeinsame Stellungnahme aller Fachgesellschaften mit allen Studien

Einige vergleichende wissenschaftliche Wirksamkeitsstudien

- Brockmann et al (Frankfurt- Hamburger Vergleichsstudie, DGIP) (2006)
- Rudolf et al (Praxisstudie PAL, DGPT) (2007)
- Kordy, Kächele et al (TRANS OP, 2005)
- Huber et al (Münchener Psychotherapiestudie, 2009)
- LAC Studie der DGPT (aktuell laufend)

Huber, Henrich, Klug: Münchener Psychotherapiestudie (MPS, 2009)

Randomisierte Patienten, Vergleich AP – TP – VT Ausgebildete Behandler, Reale RiLi Behandlungen, Therapeut, Patient, Interviewer blind für Therapie, Alle Behandlungen etwa 3 Jahre. Ergebnisse:

Beck Depressionsinventar : AP signifikant besser als VT

Skalen psychischer Kompetenz SPK: AP signifikant besser als TP, TP besser als VT,

SCL 90 Depressionseinschätzung und Hamilton: AP signifikant besser als VT

IIP: signifikante Unterschiede zwischen AP und VT

GAS: Hochsignifikante Unterschiede AP und VT

VEV, FLZ-G Lebenszufriedenheit: AP besser als VT

FKBS Konfliktbewältigung: AP besser als VT

Am wichtigsten: Nach einem Jahr: 89% ohne Depression nach AP, 42 % ohne Depression nach VT: also 58% wieder mit Depression

