

Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie nach § 11 PsychThG

Gutachten zur wissenschaftlichen Anerkennung der Humanistischen Psychotherapie

Der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie verabschiedete in der Sitzung vom 11. Dezember 2017 das nachfolgende Gutachten:

Vorbemerkungen

Mit Schreiben vom 12.10.2012 hat die Arbeitsgemeinschaft Humanistische Psychotherapie (AGHPT) den Antrag auf Prüfung der wissenschaftlichen Anerkennung der Humanistischen Psychotherapie bei Erwachsenen sowie Kindern und Jugendlichen durch den Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie im Sinne des § 11 PsychThG gestellt. In der 16. Sitzung des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie am 03.12.2012 erfolgte der Beschluss über die Eröffnung des Verfahrens der Begutachtung.

Bereits am 21.12.2010 stellte der Deutsche Dachverband Gestalttherapie für approbierte Psychotherapeuten (DDGAP) den Antrag auf Prüfung zur wissenschaftlichen Anerkennung der Gestalttherapie als psychotherapeutisches Verfahren, dessen Prüfung der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie in der 9. Sitzung am 14.03.2011 beschloss.

Nach Aufnahme des Verfahrens zur Prüfung der wissenschaftlichen Anerkennung der Humanistischen Psychotherapie teilte der DDGAP am 23.02.2012 mit, dass er die Gestalttherapie als Methode der Humanistischen Psychotherapie verstehe. Ab diesem Zeitpunkt erfolgte daher eine gemeinsame Prüfung der eingereichten Studien.

Am 26.04.2015 beantragte der DDGAP die Wiederaufnahme des Anerkennungsantrags für Gestalttherapie als ein wissenschaftlich anerkanntes Verfahren. Nach Klärung der Autorisierung der Antragsteller hat der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie auf seiner Sitzung am 21.03.2016 beschlossen, das Prüfverfahren zum Anerkennungsantrag wiederaufzunehmen und dabei weiterhin eine gemeinsame Prüfung der Studienevidenz auf der Basis einer umfassenden systematischen Literaturrecherche zur Humanistischen Psychotherapie unter Berücksichtigung der gesondert von der DDGAP eingereichten Publikationen zu klinischen Studien vorzunehmen.

Der Humanistischen Psychotherapie wurden von den Antragstellern die Gesprächspsychotherapie und die Psychodramatherapie zugeordnet, deren wissenschaftliche Anerkennung bereits vom Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie geprüft wurden.

Bezüglich eines ersten Antrags der Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG) auf Prüfung der wissenschaftlichen Anerkennung der Gesprächspsychotherapie, kam der

Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie in seinem Gutachten vom 30.09.1999¹ zu dem Ergebnis, dass die wissenschaftliche Anerkennung der Gesprächspsychotherapie für folgende Anwendungsbereiche der Psychotherapie bei Erwachsenen² festgestellt werden kann:

- „Affektive Störungen“
- „Angststörungen“
- „Anpassungsstörungen, somatische Krankheiten“.

Im Gutachten zum Nachantrag vom 11.09.2000 kam der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie am 16.09.2002 zum Ergebnis, dass die wissenschaftliche Anerkennung der Gesprächspsychotherapie zusätzlich für den Bereich der Belastungsstörungen (F43) festgestellt werden kann. Daraus leitete sich die Empfehlung an die Landesbehörden ab, die Gesprächspsychotherapie als Verfahren für die vertiefte Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten entsprechend § 1 Abs. 1 der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Psychologische Psychotherapeuten zuzulassen. Bei Kindern und Jugendlichen wurde für keinen Anwendungsbereich die wissenschaftliche Anerkennung festgestellt.

Der Antrag zur Prüfung der wissenschaftlichen Anerkennung der Psychodramatherapie ging am 15.05.2000 sowie am 05.06.2000 beim Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie ein. Das Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie vom 14.12.2000 kam zu dem Schluss, dass die vorgelegten Unterlagen nicht belegen, dass die Psychodramatherapie die Minimalkriterien eines wissenschaftlichen Psychotherapieverfahrens erfüllt.

Hieraus ergibt sich die Besonderheit, dass der Antrag der AGHPT zwei therapeutische Ansätze (Gesprächspsychotherapie und Psychodramatherapie) einschließt, die bereits einmal vom Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie als Psychotherapieverfahren geprüft worden sind. Die Prüfung erfolgte seinerzeit auf der Grundlage der damals vom Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie zugrunde gelegten methodischen Kriterien. Im Unterschied dazu erfolgte die Erstellung dieses Gutachtens auf Basis eines umfassenden Methodenpapiers (Methodenpapier des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie nach § 11 PsychThG – Version 2.8), in dem die Kriterien für die Bewertung der wissenschaftlichen Anerkennung von Psychotherapieverfahren und -methoden explizit und transparent dargestellt sind.³

1. Grundlagen der Begutachtung

Das Gutachten stützt sich vor allem auf die folgenden Unterlagen:

- a) den von der AGHPT vorgelegten Gutachtenantrag vom 12.10.2012⁴ inklusive der ersten Zusammenstellung der Wirksamkeitsstudien,
- b) Brief der AGHPT vom 10.06.2014⁵ mit Ausführungen auf Fragen des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie vom 17.02.2014,

Hinweis: Die Inhalte des vorliegenden Gutachtens beziehen sich in gleichem Maße auf Frauen und Männer. Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird jedoch die männliche Form für alle Personenbezeichnungen gewählt. Die weibliche Form wird dabei stets mitgedacht.

¹ Deutsches Ärzteblatt 97, Heft 1–2, 10. Januar 2000, A 61–63

² Deutsches Ärzteblatt 97, Heft 1–2, 10. Januar 2000, A 59

³ <http://www.wbpsychotherapie.de/downloads/methodenpapier28.pdf>

⁴ Antrag der AGHPT vom 12.10.2012, [http://www.aghpt.de/images/aghpt-antrag%20an%20den%20wbp_\(1\)_antragstext_2012-10-12.pdf](http://www.aghpt.de/images/aghpt-antrag%20an%20den%20wbp_(1)_antragstext_2012-10-12.pdf)

⁵ Brief der AGHPT vom 10.06.2014

- c) ergänzende Literaturrecherchen und Ergebnisse, die entsprechend der Kooperationsvereinbarung mit dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) durch diesen durchgeführt wurden (04.12.2013, Update am 07.07.2016),
- d) Nachreichungen der antragstellenden Fachgesellschaften zu den Literaturrecherchen des G-BA,
- e) Ergebnisse der Anhörung von Vertretern der Antragstellung am 21.09.2015,
- f) Elliott, R., Greenberg, L.S., Watson, J.C., Timulak, L., Freire, E. (2013): Research on humanistic-experiential psychotherapies. In: Bergin & Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behaviour Change. John Wiley & Sons, New York,
- g) Eberwein, W., Thielen, M. (Hrsg.) (2014): Humanistische Psychotherapie. Theorien, Methoden, Wirksamkeit. Gießen: Psychosozial-Verlag,
- h) Angus, L., Watson, J.C., Elliot, R., Schneider, K., Timulak, L. (2014): Humanistic psychotherapy research 1990–2015: From methodological innovation to evidence-supported treatment outcomes and beyond. *Psychotherapy Research*, DOI: 10.1080/10503307.2014.989290.

Eine Übersicht über alle berücksichtigten Studien zur Beurteilung der Wirksamkeit der Humanistischen Psychotherapie ist in Abbildung 1 dargestellt.

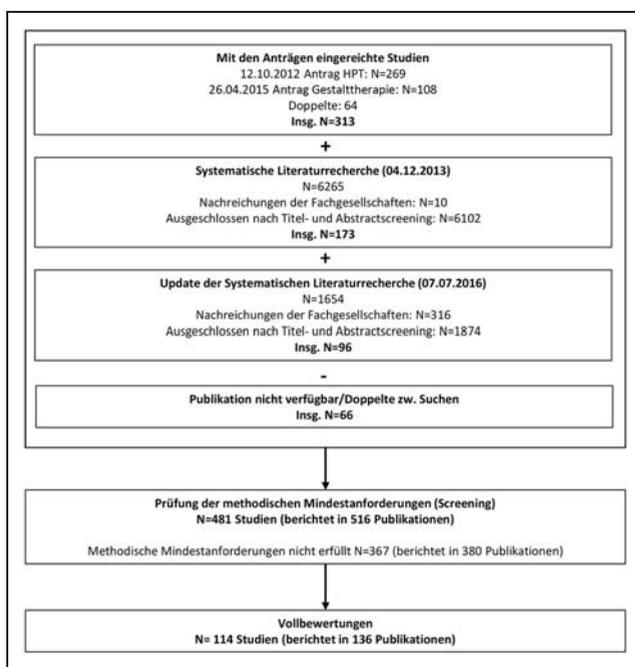


Abbildung 1: Übersicht der eingereichten bzw. berücksichtigten Studien für das Gutachten zur Humanistischen Psychotherapie

2. Gutachtenauftrag und Methodik

Es soll geprüft werden, ob und inwieweit die wissenschaftliche Anerkennung der Humanistischen Psychotherapie als Verfahren entsprechend den Kriterien des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie festgestellt werden kann.

Die Prüfung des Antrags zur Begutachtung der Humanistischen Psychotherapie erfolgt auf der Grundlage der zum Zeitpunkt der Antragstellung gültigen Version 2.8 des Methodenpapiers des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie, welches in der Sitzung vom 20.09.2010 verabschiedet wurde.⁶

2.1. Verfahrensprüfung

Es wurde zunächst geprüft, ob es sich bei der Humanistischen Psychotherapie, so wie im Antrag der AGHPT dargelegt, um ein zur Krankenbehandlung geeignetes Psychotherapieverfahren handelt.

Nach den Ausführungen des Methodenpapiers wird ein psychotherapeutischer Ansatz als ein Psychotherapieverfahren definiert,

- wenn er von seinen Vertretern selber als ein Psychotherapieverfahren verstanden wird,
- wenn die theoretischen Erklärungen der Störungen und Methoden einheitlich bzw. auf der Basis gemeinsamer Grundannahmen erfolgen,
- wenn begründete Kriterien für die Indikationsstellung sowie Konzepte zur individuellen Behandlungsplanung und zur Gestaltung der therapeutischen Beziehung formuliert sind,
- wenn das Psychotherapieverfahren bzw. die Methoden des Psychotherapieverfahrens zur Behandlung von Störungen eines breiten Spektrums von Anwendungsbereichen der Psychotherapie eingesetzt werden und
- wenn das Psychotherapieverfahren in dieser Breite in der Aus-, Weiter- oder Fortbildung gelehrt wird.

2.2. Feststellung der Wirksamkeit

Im zweiten Schritt überprüft der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie die Wirksamkeitsnachweise getrennt für die 18 Anwendungsbereiche (Indikationsbereiche). Der Wirksamkeitsnachweis für einen Anwendungsbereich setzt voraus, dass in mindestens drei unabhängigen, methodisch adäquaten Studien die Wirksamkeit bei Störungen aus diesem Anwendungsbereich nachgewiesen ist und mindestens eine Studie eine Katamnese-Untersuchung einschließt, mit der ein Therapieerfolg auch noch mindestens sechs Monate nach Therapieende nachgewiesen wird.

2.2.1. Vorgehen im Bereich „Psychische und soziale Faktoren bei somatischen Erkrankungen“ (F54)

Der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie hat darüber hinaus die Einschlusskriterien für Studien, die dem Anwendungsbereich F54 zugeordnet wurden, ausführlich diskutiert. In den betreffenden Studien zeigte sich, dass die Diagnosekriterien für die Kodierung von F54 gemäß ICD-10 oft nur unzureichend dargestellt wurden. Häufig beschrieben wurde stattdessen eine relevante psychische Belastung. Als Zielkriterien wurden in diesen Studien sowohl somatische wie auch psychische Parameter herangezogen. Um die Besonderheiten in diesem Anwendungsbereich einheitlich zu adressieren, verständigte sich der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie darüber, welche Kriterien im Hinblick auf Diagnostik und Erfassung von Zielkriterien in einer Studie vorliegen müssen, um als Wirksamkeitsbeleg gewertet zu werden. Der Beirat erarbeitete dazu eine Übersicht über mögliche Kombinationen von Diagnosen und erfassten Zielkriterien in den Studien (vgl. Tabelle 1).

Entschieden wurde, die unter der Option 4 definierte Kombination von Diagnosestellung und Zielkriterien und den damit inkludierten Optionen 1–3 zu verwenden. Das bedeutet, dass für den Einschluss einer Studie neben einer somatischen Diagnose auch eine erhöhte psychische Belastung als Inklusionskriterium der Studienpatienten berichtet sein muss, damit eine Studie für

⁶ <http://www.wbpsychotherapie.de/downloads/methodenpapier28.pdf>

die weitere Begutachtung (Vollbewertung) herangezogen werden konnte. Außerdem muss in der Studie als primäres Zielkriterium die psychische Belastung oder Symptomatik zur Bewertung der Wirksamkeit des Psychotherapieverfahrens berichtet werden. Zusätzlich wurde Option 7 als mögliche Kombination von Diagnose und Zielkriterien für den Einschluss von Studien akzeptiert.

Das bedeutet, dass Studien, in denen eine somatische Diagnose ohne weitere Feststellung der psychischen Belastung gestellt wurde, ebenfalls für die weitere Bewertung im Rahmen des Gutachtens zur Humanistischen Psychotherapie herangezogen wurden, wenn als Zielkriterium die Verbesserung der Symptomatik der somatischen Erkrankung untersucht wurde.

TABELLE 1

Mögliche Kombinationen von Diagnose- und Zielkriterien im Bereich F54

Option	Somatische Diagnostik erfolgt	Psychische Diagnostik (explizite Diagnose) erfolgt	Psychische Diagnostik (erhöhte psych. Belastung) eingeschätzt	Zielkriterium somatisch definiert	Zielkriterium psychisch definiert
1	Ja	Ja	Ja	Nein	Ja
2	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
3	Ja	Nein	Ja	Ja	Ja
4	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja
5	Ja	Nein	Nein	Ja	Ja
6	Ja	Nein	Nein	Nein	Ja
7	Ja	Nein	Nein	Ja	Nein

2.3. Empfehlung zur vertieften Ausbildung

In einem dritten Schritt prüft der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie, ob eine Empfehlung zur Zulassung als Verfahren für die vertiefte Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten entsprechend § 1 Abs. 1 der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Psychologische Psychotherapeuten und/oder für die vertiefte Ausbildung zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten entsprechend § 1 Abs. 1 der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten ausgesprochen werden kann. Diese Empfehlung wird auf der Grundlage der im Methodenpapier festgelegten Kriterien ausgesprochen. Dort sind – getrennt für die Anwendung des Verfahrens bei Kindern und Jugendlichen bzw. bei Erwachsenen – die Anwendungsbereiche genannt, für die mindestens eine ausreichende Anzahl von Wirksamkeitsnachweisen erbracht sein müssen, damit eine wissenschaftliche Anerkennung als Psychotherapieverfahren festgestellt werden kann.

3. Humanistische Psychotherapie als Psychotherapieverfahren

3.1. Definition der Humanistischen Psychotherapie

3.1.1. Ausführungen der Antragsteller

Der Antrag der AGHPT lautete auf Begutachtung der wissenschaftlichen Anerkennung von Humanistischer Psychotherapie als Verfahren.

Vom beantragenden Fachverband wird die Humanistische Psychotherapie als ein psychotherapeutisches Verfahren beschrieben, welches die folgenden zehn einzelnen therapeutischen Ansätze umfasst:

- 1) Gesprächspsychotherapie (klientenzentriert, personenzentriert; Rogers),
- 2) Gestalttherapie (Perls),
- 3) Emotionsfokussierte (Einzel-)Therapie (Greenberg) und Emotionsfokussierte Paartherapie (Johnson),
- 4) Psychodrama (Moreno),

- 5) Logotherapie (Frankl),
- 6) Existenzanalyse (Längle),
- 7) Körperpsychotherapie (verschiedene Ansätze inklusive Bioenergetik, Biodynamik, Biosynthese, Hakomi) – die Antragsteller schließen rein übungsorientierte Körpertherapien wie Reiki, Alexander Technik, Feldenkrais, Atemtherapie hier aus⁷,
- 8) Pessó Boyden System Psychomotor (PBSP; mit einer spezifischen Variante für Kinder und Jugendliche),
- 9) Integrative Therapie (Petzold),
- 10) Transaktionsanalyse (verschiedene Ansätze: klassische Transaktionsanalyse nach Berne; Cathexis-Transaktionsanalyse nach Schiff; Neuentscheidungs-Transaktionsanalyse nach Goulding).

Die Antragsteller definieren Humanistische Psychotherapie als ein „[Verfahren, welches] auf die nur dem Menschen eigene Verschränkung von organismischen und psychosozialen Prozessen mit der besonderen Perspektive einer selbstregulativen, sinn-orientierten, intentional-motivierten, selbst-verantwortlichen, auf Zukunft ausgerichteter Aktualisierung kreativer Potentiale [...] an die Gesamtgegebenheiten [fokussiert]“.⁸ Die Humanistische Psychotherapie wird weiterhin beschrieben als:

- „*experientiell, weil sie sich an der unmittelbaren Erfahrung orientiert,*
- *experimentell, weil der psychotherapeutische Prozess als Ergebnis kooperativer Kreativität gesehen wird und*
- *existenziell, weil Themen wie Fragen nach dem Sinn, Werten und Zielen einen zentralen Stellenwert im therapeutischen Prozess einnehmen“.*⁹

⁷ Brief der AGHPT vom 10.06.2014, S.18 f

⁸ Antrag der AGHPT vom 12.10.2012, S. 27, [http://aghpt.de/texte/aghpt-antrag%20an%20den%20wbp_\(1\)_antragstext_2012-10-12.pdf](http://aghpt.de/texte/aghpt-antrag%20an%20den%20wbp_(1)_antragstext_2012-10-12.pdf)

⁹ Antrag der AGHPT vom 12.10.2012, S. 25, [http://aghpt.de/texte/aghpt-antrag%20an%20den%20wbp_\(1\)_antragstext_2012-10-12.pdf](http://aghpt.de/texte/aghpt-antrag%20an%20den%20wbp_(1)_antragstext_2012-10-12.pdf)

In Deutschland wurde am 19.09.2010 als Zusammenschluss von derzeit elf Verbänden und kompetenten Einzelpersonen die AGHPT gegründet, die sich zum Ziel gesetzt hat, die Humanistische Psychotherapie in Wissenschaft und Anwendung zu fördern und zu verbreiten.

3.1.2. Humanistische Psychotherapie in der internationalen Tradition

In diesem Abschnitt wird die Frage der Humanistischen Psychotherapie als ein Therapieverfahren – gestützt auf die internationale Literatur – aus theoretischer Sicht erörtert.

In der internationalen Literatur wird der Begriff Humanistische Psychotherapie (Synonyma: humanistische Ansätze; humanistisch-experientielle Therapien) nach einer Recherche des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie in zahlreichen Lehrbüchern verwandt und fast durchgängig als viertes Cluster („approach“; „Richtung“) der Psychotherapie neben der psychodynamischen, der kognitiv-behavioralen und der systemischen Therapie bezeichnet (vgl. Elliott et al. 2013). In der Übersichtsarbeit von Elliott et al. (2013) werden die personenzentrierte Therapie (PCT, z. B. Rogers), die Gestalttherapie (z. B. Perls, Hefferline & Goodman), die Emotionsfokussierte Therapie (auch als prozess-experientiel bezeichnet, z. B. Greenberg, Rice & Elliott), die existenzielle Therapie (z. B. Yalom), Psychodramatherapie (z. B. Moreno & Moreno), die fokusorientierte Therapie (z. B. Gendlin), die expressive Therapie (z. B. Dalrup, Beutler, Engle & Greenberg) und die Körperpsychotherapie (z. B. Kepner) gemeinsamen Oberbegriffen wie „humanistic“ oder „humanistic-experiential“ zugeordnet. Die personenzentrierte Therapie sensu Rogers wird in Studien oft auch als supportive Therapie oder non-direktive Therapie bezeichnet.

Vertreter der Transaktionsanalyse haben sich früher eher der psychodynamischen Psychotherapie zugerechnet und ordnen sich heute konzeptionell wie institutionell den Humanistischen Psychotherapien zu. Die verschiedenen Körpertherapien ordnen sich teils den psychodynamischen (z. B. Konzentrierte Bewegungstherapie), vorwiegend aber den humanistischen Therapien zu. Die Integrative Therapie als Integration mehrerer Ansätze der Humanistischen Psychotherapie (Gesprächspsychotherapie, Gestalttherapie, Körpertherapie, Psychodramatherapie) findet sich unter dieser Überschrift so nur in der deutschsprachigen Literatur.

Nach nationalen und internationalen Aufzählungen, die im Antrag der AGHPT zitiert werden, werden unter dem humanistischen „Dach“ verschiedene psychotherapeutische Ansätze subsumiert. Eine Zuordnung ist konsistent für die Gesprächspsychotherapie (mit Focusing), Gestalttherapie, Emotionsfokussierte Therapie (als Einzel- und Paartherapie), Psychodrama, Logotherapie und Existenzanalyse nachvollziehbar. Für den deutschen Sprachraum gilt, dass schon seit vielen Jahrzehnten die Humanistische Psychotherapie primär durch die akademisch am stärksten verbreitete Gesprächspsychotherapie repräsentiert wird.

Allerdings lässt sich in der internationalen Literatur keine Operationalisierung der Humanistischen Psychotherapie auffinden, die der Zusammenstellung aller zehn therapeutischen Ansätze entspricht, die der vorliegende AGHPT-Antrag umschließt. Basierend auf der internationalen Literatur könnten nach Auffassung des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie folgende Ansätze einer Humanistischen Psychotherapie zugeordnet werden: Gesprächspsychotherapie; Gestalttherapie; Emotionsfokussierte Therapie; Psychodramatherapie und Logotherapie/Exis-

tenzanalyse. Zudem bezieht sich ein Teil der körperpsychotherapeutischen Ansätze auf humanistische Annahmen. In der deutschsprachigen Literatur wird die Transaktionsanalyse ebenfalls den humanistischen Ansätzen zugerechnet.

3.1.3. Operationalisierung der Humanistischen Psychotherapie in der Forschung

Betrachtet man klinische Studien, in denen Ansätze der Humanistischen Psychotherapie empirisch untersucht wurden, lassen sich auf Basis der Therapiebeschreibungen in den Publikationen einige Überschneidungen zwischen den Ansätzen herausarbeiten. Untersucht wurden in den Studien verschiedene therapeutische Ansätze, die von den Antragstellern der Humanistischen Psychotherapie zugeordnet wurden.

In den Studien bestehen Gemeinsamkeiten in den Therapieelementen zwischen Emotionsfokussierter Therapie und Gesprächspsychotherapie, Emotionsfokussierter Therapie und Gestalttherapie und auch zwischen Gesprächspsychotherapie und Gestalttherapie. Für die Körpertherapien sind die Gemeinsamkeiten mit der Gesprächspsychotherapie auf der Basis der Therapiebeschreibungen in den Studien schwer zu klären.

3.2. Theoretische Erklärungen und Modelle

3.2.1. Diagnostik

Je nach zugrunde gelegter Quelle ergibt sich hinsichtlich der Bedeutung der verfahrensspezifischen Diagnostik ein unterschiedliches Bild.

Sowohl in den von den **Antragstellern** vorgelegten Ausführungen als auch in aktuellen Übersichtsarbeiten zu den von den Antragstellern genannten therapeutischen Ansätzen wird nur vereinzelt auf Methoden und Ansätze der Diagnostik eingegangen. Eine Ausnahme stellen dabei einzelne Kapitel in Lehrbüchern zur Gesprächspsychotherapie sowie vereinzelte konzeptspezifische Ausführungen bei manchen Ansätzen dar. Im Antrag der AGHPT selbst wird auf diese Thematik nicht eingegangen.

Da in den Konzepten der genannten psychotherapeutischen Ansätze störungsorientierte Indikationen und differentialdiagnostisch begründete Interventionen praktisch keine Bedeutung für den Einsatz spezifischer Behandlungen haben, scheint in der klinischen Praxis sowohl die auf den Klassifikationssystemen psychischer Störungen fußende kategoriale Diagnostik als auch die psychometrische Diagnostik zur Erfassung psychischer Symptome keine oder eine untergeordnete Rolle zu spielen.

Lehrbücher der einzelnen Ansätze beschreiben jedoch diagnostische Methoden etwa in der Gesprächspsychotherapie, Existenzanalyse, Transaktionsanalyse oder den Körperpsychotherapien und störungsspezifische Modifikationen zumindest für die therapeutischen Ansätze Gesprächspsychotherapie, Gestalttherapie, Emotionsfokussierte Therapie, Psychodramatherapie und Transaktionsanalyse.

Im **Forschungskontext** werden in den Studien zur Wirksamkeit meist zumindest klinische Urteile zur kategorialen Erfassung der psychischen Störungen sowie Standardverfahren oder im Kontext von Untersuchungen entwickelte psychometrische Verfahren zur Messung der Symptome und der Symptomschwere eingesetzt.

Bei der Erfolgsmessung werden darüber hinaus auch Instrumente eingesetzt, die zum einen die speziellen, von der Theorie postulierten Veränderungen überprüfen, zum anderen allgemeine Persönlichkeitsfragebögen oder Fragebögen zu einzelnen Per-

sönlichkeitskonstrukten. Einige diagnostische Verfahren wurden speziell beispielsweise zur Unterstützung gesprächspsychotherapeutischer Maßnahmen und zum Erfassen von nach der Therapietheorie relevanten Prozessen konstruiert. Ihr Ziel liegt v. a. darin, die Perspektive des Klienten oder des Therapeuten abzubilden. Ein Beispiel hierfür ist die Selbsteinschätzung mittels Q-Sort-Technik. Dabei sortiert der Proband auf Karten vorgegebene Aussagen nach dem Grad, wie sie auf ihn zutreffen. Neben dem auf diese Art erfassten (realen) Selbstkonzept können die Karten auch entsprechend eines idealen Selbstkonzepts sortiert werden. Da in der Klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie eine Annäherung von realem und idealem Selbstbild angestrebt wird, kann dieses Verfahren zusätzlich zur Standarddiagnostik (oft mit Freiburger Persönlichkeitsinventar FPI) zur Kontrolle des Therapieverlaufs und -erfolgs im Rahmen der Gesprächspsychotherapie eingesetzt werden. Weitere Beispiele für Erhebungsinstrumente, die im Kontext des gesprächspsychotherapeutischen Ansatzes entwickelt wurden, sind Skalen zur Erfassung der Selbstakzeptanz oder zur Verbalisierung emotionaler Erlebnisinhalte (VEE) oder Fragebögen, die als Ein-Punkt-Erfassung meist am Ende der Behandlung die von den Patienten angegebene Veränderung im Erleben und Verhalten erfassen. Im Kontext der Existenzanalyse wurden theoriegeleitet die „Existenzskala“ (ESK) zur Messung „existentieller Erfüllung“ (Längle, Orgler & Kundi 2000), der „Test zur existenziellen Motivation“ (TEM, Eckhart 2000) und der Fragebogen zur existenziellen Lebensqualität (ELQ, Görtz 2003) entwickelt und eingesetzt. In der Transaktionsanalyse stellen die „Strukturanalyse“, die „Skriptanalyse“ und die Analyse von Transaktionen ansatz-spezifische Diagnostika dar (Steward & Joines 2000). In der Körperpsychotherapie stehen z. B. der Körperbildskulpturtest (Schubert 2009) oder spezifische Registrierungen von Störungen des Körpererlebens (Geuter 2015, S. 151 f) als ansatz-spezifische Diagnostika zur Verfügung.

Für einige der therapeutischen Ansätze werden auch – meist über Fragebogen – konzeptnahe Aspekte erfasst, um die erwarteten Wirkvariablen im Rahmen prozessorientierter Forschung oder auch im klinisch-praktischen Rahmen zu untersuchen. Hierzu gehören beispielsweise die systematische Erhebung inhaltlicher Äußerungen des Patienten über das Verstanden-Werden, Empathie-Einschätzungen durch die Patienten selbst und andere Einschätzungen der Therapeut-Klient Interaktion und der therapeutischen Beziehung. In einigen prozessorientierten Forschungsarbeiten werden auch Audio- oder Videoaufnahmen von Therapiesitzungen mittels Ratingskalen durch unabhängige Beurteiler eingeschätzt.

3.2.2. Störungs- und Behandlungstheorie

Hinsichtlich der *Störungstheorie* ist zu fragen, inwieweit die zentralen Konstrukte, v. a. die Inkongruenz in allen genannten zehn therapeutischen Ansätzen des AGHPT-Antrags zentrale theoretische Bestimmungsmerkmale der Ätiologie psychischer Störungen sind.

Das Konzept der Inkongruenz stammt ursprünglich aus dem personenzentrierten Ansatz von Rogers. Inkongruenz ist dort als Nichtübereinstimmung zwischen organismischer Selbstregulation und psychischer Selbstaktualisierung (der Symbolisierungen von Erlebtem im bewussten Selbst) definiert. Testpsychologisch, im Rahmen der *Gesprächspsychotherapie*, zeigt sich Inkongruenz in geringen oder negativen Korrelationen im Q-Sort als ein

Hinweis, dass Teile des inneren (organismischen) Erlebens einem Menschen nicht zugänglich sind und er daher sich, sein Fühlen und Handeln selbst nicht versteht. Nach Auffassung der Antragsteller fokussiere hier die *Gestalttherapie* auf die sich daraus ergebenden „Kontaktunterbechungs-Muster“ und die „Introjekte“, welche die inadäquate Symbolisierung besetzen. Die *Transaktionsanalyse* fokussiere auf die damit zusammenhängende, mangelnde „Autonomie der Person“, die sich im Strukturmodell in „Trübungen“ und nach außen in den dadurch mobilisierten „Transaktionen“ zeigt. In der *Emotionsfokussierten Therapie* zeige sich die Inkongruenz in Form von dysfunktionalen emotionalen Bindungsmustern, bei denen zwischen körperlich-affektivem und psychisch-kognitivem Zugriff auf das Erleben keine hinreichende Regulation bestehe. Aus der Perspektive der *Körperpsychotherapie* äußere sich die Inkongruenz in Widersprüchen in Körperbild und Körpererleben.

Hinsichtlich der *Behandlungstheorie* haben die Antragsteller folgende Module benannt, die in den zehn Ansätzen realisiert werden sollen, wobei nicht alle neun Module in jedem Ansatz vertreten sein müssen. Welche Module in welcher Kombination jeweils vorliegen müssen, bleibt dabei unklar.

1. Achtsames Erkunden und Verstehen des Erlebens inklusive kaum oder nicht bewusster Aspekte und Förderung der Selbstexploration,
2. empathisches Verstehen im Dialog,
3. Förderung von Kongruenz und Reduktion von Inkongruenz,
4. Förderung der affektiven, emotionalen und körperlichen Selbstregulation unter Einbeziehung von Körperwahrnehmung, Körperausdruck und Körperhaltung,
5. Förderung des Kommunizierens von Gefühlen,
6. Exploration von Bedeutungssystemen und Werten,
7. Erlebnisaktivierung (mit diversen Techniken),
8. spezifisches Beziehungsangebot (Kongruenz, Empathie, bedingungslose positive Zuwendung),
9. Integration (auf der kognitiven, emotionalen, körperlichen und sozialen Ebene) einschließlich psychoedukativer und Selbsthilfe-Vorgehensweisen.

Entsprechend der Ausführungen der Antragsteller lässt sich hinsichtlich der *Störungstheorie* die „Definition der Humanistischen Psychotherapie“ zur Kurzcharakterisierung heranziehen:¹⁰ „*Humanistische Psychotherapie als heilkundliches Verfahren behandelt krankheitswertige Störungen. Dabei fokussiert sie auf die nur dem Menschen eigene Verschränkung von organismischen und psychosozialen Prozessen mit der besonderen Perspektive einer selbstregulativen, sinn-orientierten, intentional-motivierten, selbst-verantwortlichen, auf Zukunft ausgerichteten Aktualisierung kreativer Potentiale in Adaptation an die Gesamtgegebenheiten. Mit „Gesamtgegebenheiten“ sind [...] essentiell auch die nach selbstbestimmter, intentionaler, sinnorientierter Entfaltung drängenden vital-kreativen Kräfte und Potenziale des Menschen gemeint.*

Nosologisch gesehen können diese Gesamtgegebenheiten in der Entwicklung des Menschen [...] zur Herausbildung von Mustern in den Lebensprozessen (wozu auch Erleben und Verhalten gehört) geführt haben, die [...] für neue Entwicklungsaufgaben und Bedingungen nicht adaptiv sind. So können beispielsweise

¹⁰ Antrag der AGHPT vom 12.10.2012, S. 27, [http://aghpt.de/texte/aghpt-antrag%20an%20den%20wbp_\(1\)_antragstext_2012-10-12.pdf](http://aghpt.de/texte/aghpt-antrag%20an%20den%20wbp_(1)_antragstext_2012-10-12.pdf)

organismische Erfahrung und Selbstwahrnehmung bzw. verinnerlichte Werte und Selbstkonzept inkongruent zueinander sein. Die internen Repräsentationen biographischer Gegebenheiten auf körperlicher oder kognitiv-emotionaler Ebene, pathogene Symbolisierungsprozesse, aktuelle Lebensereignisse und äußere Belastungsfaktoren können hier also ungünstig symptomatisch zusammenspielen. Die differentiellen Formen dieser Inkongruenz eignen sich als Diagnostikum unterschiedlicher Krankheitsbilder und entsprechend differentieller Vorgehensweisen.“

Gemeinsame Kernelemente einer Behandlungstheorie der Humanistischen Psychotherapie werden von den Antragstellern wie folgt dargestellt: „Die Humanistische Psychotherapie als Krankenbehandlung hat als allgemeines Therapieziel – wie alle Psychotherapieverfahren – die Reduktion bzw. Behebung der psychischen Störung (nach ICD-Diagnose definiert), die Anlass der Behandlung ist.

Das Hauptaugenmerk in der dafür notwendigen Veränderungs- bzw. Entwicklungsdynamik in der Therapie ist in der Humanistischen Psychotherapie eine am aktuellen Erleben (im Hier und Jetzt) ausgerichtete Restrukturierung pathogener „Schemata“, die sich auf der Ebene körperlicher, psychischer (kognitiver und emotiver) und interpersoneller Prozesse sowie deren Interdependenzen zeigen. (Es handelt sich hier nicht um den Strukturbegriff aus der psychoanalytischen Theorie, sondern um den systemisch-selbstregulativen Strukturbegriff, der sich aus dem Konzept der Selbstaktualisierung ableitet).“¹¹

Weiter wird ausgeführt: „Charakteristisch für die Humanistische Psychotherapie ist [...], durch Interventionen, welche intensive Erfahrungs- und Erlebensprozesse im Hier und Jetzt ermöglichen, ... Selbstaktualisierungsprozesse zu fördern (= organismische Selbstregulation), psychische Integration bisher unverstandenen (= unsymbolisierten) Erlebens im „Selbst“, sowie interpersonale selbstorganisierte Muster zu thematisieren.“

Hinsichtlich der Vernetzung der einzelnen Ansätze innerhalb der Humanistischen Psychotherapie untereinander führen die Antragsteller am Beispiel der Rolle der Körperpsychotherapie aus: „Die ganzheitliche Sicht auf den Menschen seitens der Humanistischen Psychotherapie [...] gibt dem körperlichen Geschehen als grundlegender Basis aller Er-Lebens-Prozesse eine besondere Bedeutung [...] Nicht zuletzt in psychodramatischen Rollenspielen (besonders in reduzierter Pantomime oder der Skulptur-Technik) wird deutlich, dass die Haltung zur Welt mit der Haltung des Körpers einhergeht. Ebenso zeigt sich die psychosomatische Verschränktheit [...] z. B. durch den dauerhaften Verlust der natürlichen Atembeweglichkeit sowie einer Rückwirkung der eingeschränkten Atmung auf den emotionalen Prozess [...] Typischerweise kommt es gerade bei der Einbeziehung körperlicher Prozesse in die Humanistische Psychotherapie zu Kombinationen von Methoden: So ist etwa das „Focusing“ von E. Gendlin i. W. eine Kombination von personenzentriertem (dt.: „gesprächspsychotherapeutischem“) und körperzentriertem Vorgehen; der psychomotorische Ansatz (PBSP) von A. Pesso ist i. W. eine Kombination aus psychodramatischem, personenzentriertem und körperorientiertem Vorgehen; der multimodale, körperzentrierte Ansatz (IKP) von Maurer verbindet gestalttherapeutische, phänomenologische und analytische Herangehensweisen mit einem affektiven Einbezug des Körpers als Ressource; oder die „Integrative Therapie“ von H. Petzold ist als eine Kombination aus gestalttherapeutischen, körperpsychotherapeutischen, psychodramatischen und weiteren humanistischen Methoden zu sehen. Unter

einer transaktionsanalytischen Perspektive in der Methodik der Vorgehensweise werden z. B. Traumatisierungen mit den Konzepten der Ich-Zustände als Ich-Zustands-Fixierungen beschrieben, die sich sowohl körperlich als auch psychisch im Verhalten, Denken und Fühlen durch (Körper)Skriptmuster aktualisieren. Im Sinne von Überlebensschlussfolgerungen (Skriptentscheidungen) werden diese in der therapeutischen Beziehung sichtbar und bearbeitbar (F. English, 2008; R. Erskine, 1991). Auch in der Gestalttherapie ist der Körperansatz von Anfang an enthalten, u. a. da Fritz Perls bei Wilhelm Reich Anfang der 30er Jahre in Lehranalyse war.“¹²

Störungsspezifische Adaptationen der einzelnen Methoden für unterschiedliche ICD-Diagnosen sind in einigen Lehrbüchern beschrieben – beispielsweise für die Gesprächspsychotherapie bei Kriz/Slunecko (2007, S. 49–64 sowie 227–294), für das Psychodrama bei Krüger (2015, S. 93–534), für die Gestalttherapie bei Strümpfel (2006, S. 164–181) sowie Hartmann-Kottek (2012, S. 93–102), für Logotherapie/Existentialanalyse bei Längle (2016, S. 159–192). Für die Integrative Therapie berichten Orth, Sieber und Petzold (in Eberwein und Thielen 2014) von störungsspezifischen Behandlungen von somatoformen, depressiven, Trauma- und Suchterkrankungen. Einen transaktionsanalytischen Behandlungsansatz für schwere Persönlichkeitsstörungen beschreiben Kouwenhoven, Kiltz und Elbin (2002).

3.3. Indikationsstellung, Behandlungsplanung und therapeutische Beziehung

Die Antragsteller weisen auf eine hohe Komplexität der individuellen Behandlungsplanung hin.¹³ Es wird betont, dass die Entscheidung für bestimmte therapeutische Vorgehensweisen nicht alleine störungsbezogen erfolge, sondern sich besonders an der individuellen Art des „Weltzugangs“ orientiere. Dabei werde Bezug genommen zum allgemeinen Modell der Psychotherapie nach Orinsky & Howard (1987) und der Bedeutung der Passung zwischen den Komponenten Person des Patienten und seiner Störung sowie der Person des Therapeuten inklusive dessen therapeutischer Ausrichtung und dessen Menschenbild.

Es wird von den Antragstellern betont, dass die Indikationsstellung vor allem dem Prinzip folgt, dass in der jeweiligen (therapeutischen) Situation passungsgerecht eine Vielfalt konkreter Vorgehensweisen entfaltet werden könnten. Sie betonen dabei den Unterschied zwischen dem „Anwenden von Programmen“ und dem „Entfalten von Prinzipien“.¹⁴ „Die konkreten Interventionen begründen sich somit nicht aus einem vorher geplanten Manual, das ja bestenfalls für ganze Störungsgruppen spezifiziert werden kann, sondern sie begründen sich aus dem aktuellen Prozess, in den der aktuelle Verlauf vor dem Hintergrund der Störungsdynamik, die situativen Gegebenheiten, die aktuellen Bedürfnisse und Erlebensweisen etc. eingehen“.¹⁵ Zur Frage der differentiellen Indikation führen die Antragsteller aus, dass „[...]

¹¹ Brief der AGHPT vom 10.06.2014, S. 8

¹² Antrag der AGHPT vom 12.10.2012, S. 42–43, [http://aghpt.de/texte/aghpt-antrag%20an%20den%20wbp_\(1\)_antragstext_2012-10-12.pdf](http://aghpt.de/texte/aghpt-antrag%20an%20den%20wbp_(1)_antragstext_2012-10-12.pdf)

¹³ Antrag der AGHPT vom 12.10.2012, S. 43, [http://aghpt.de/texte/aghpt-antrag%20an%20den%20wbp_\(1\)_antragstext_2012-10-12.pdf](http://aghpt.de/texte/aghpt-antrag%20an%20den%20wbp_(1)_antragstext_2012-10-12.pdf)

¹⁴ Brief der AGHPT vom 10.06.2014

¹⁵ Brief der AGHPT vom 10.06.2014, S. 7

die grundsätzliche Indikationsregel ist: ‚tue alles, was den Erlebensprozess und die Symbolisierung fördert‘.¹⁶ Auf Nachfrage aus der Mitte des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie führten die drei Vertreter der AGHPT während der Anhörung am 21.09.2015 aus, dass der differentielle Einsatz der zehn im Antrag der AGHPT zusammengefassten therapeutischen Ansätze vorrangig auf Erfahrungswissen beruhe, wann welcher der therapeutischen Ansätze bei dem individuellen Patienten eingesetzt werden solle.

Störungsbezogene Indikationen werden von den Antragstellern nicht für alle Ansätze der so definierten Humanistischen Psychotherapie spezifiziert. Für die Gesprächspsychotherapie wird dargestellt, dass für „faktisch [...] alle ICD-Diagnosen“ ein differentielles Inkongruenzmodell (nach Speierer) entwickelt wurde,¹⁷ welches als ergänzendes Störungsmodell betrachtet werden könne.

Hinsichtlich störungsbezogener Kontraindikationen werden von den Antragstellern folgende Hinweise gegeben: „Nicht gut behandelbar mit den Methoden der Humanistischen Psychotherapie sind anhaltende psychotische Dekompensation bzw. floride Psychosen, Chronifizierung des Störungsbildes und Demontage außertherapeutischer sozialer Beziehungen mit der Folge, dass der Therapeut die einzige wichtige Bezugsperson wird. Spezifische Ansätze betonen dabei aber zusätzlich die hierfür jeweils weniger geeigneten Störungsbilder. So etwa akute manische Phasen und psychotische Schübe, schwere emotionale Labilität, schwere dissoziale, Borderline- und schizoide Persönlichkeitsstörungen im Psychodrama“.¹⁸ Es wird zudem darauf hingewiesen, dass es ungünstige Konstellationen der Passung zwischen Patient und Therapeut geben kann.

3.4. Breite der klinischen Anwendung

Psychotherapeutische Ansätze, die in dem Antrag als Methoden der Humanistischen Psychotherapie aufgelistet sind, werden in Deutschland in einigen psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäusern sowie in Einrichtungen der Rehabilitation bei einem breiten Spektrum von psychischen Erkrankungen einschließlich Suchterkrankungen eingesetzt. Dies gilt insbesondere für Elemente der Gesprächspsychotherapie, aber auch für die Gestalttherapie, Psychodrama und körperpsychotherapeutische Ansätze, wobei gerade letztere auch häufig psychodynamisch konzipiert sind (z. B. Konzentrative Bewegungstherapie). Darüber hinaus finden diese Ansätze auch Anwendung in der ambulanten komplementären Versorgung, einschließlich der psychosozialen Angebote von Beratungsstellen. Ferner werden diese Ansätze in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung in Privatpraxen eingesetzt, insbesondere bei Selbstzahlern, zum Teil aber auch bei Privatversicherten. Dies trifft sowohl für die Versorgung von Erwachsenen als auch von Kindern und Jugendlichen zu.

Die Vermittlung von psychotherapeutischen Basistechniken, die insbesondere der Gesprächspsychotherapie entlehnt sind, hat Eingang gefunden in die Aus- und Weiterbildung in den wissenschaftlich anerkannten Psychotherapieverfahren. Auch andere Techniken aus den in dem Antrag gelisteten psychotherapeutischen Ansätzen werden mittlerweile, eingebettet in das theoretische Konzept des jeweiligen Verfahrens, in den schon vom Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie wissenschaftlich anerkannten Psychotherapieverfahren angewandt.

3.5. Aus-, Fort- und Weiterbildung

Es gibt sowohl national als auch international eine Vielzahl von Curricula und Instituten, die für die einzelnen von den Antragstellern vorgestellten therapeutischen Ansätze sowohl Aus- als auch Fortbildung anbieten. Neben den seit mehreren Jahrzehnten in Deutschland etablierten psychotherapeutischen Fort- und Weiterbildungsangeboten von einzelnen Fachgesellschaften, welche jeweils einen der zehn psychotherapeutischen Ansätze vertreten, die in dem Antrag der Humanistischen Psychotherapie zugeordnet wurden, werden aber inzwischen vermehrt auch Weiterbildungsangeboten, die zwei, drei oder vier Ansätze der Humanistischen Psychotherapie integrieren.¹⁹

Für die Gesprächspsychotherapie existieren staatlich anerkannte Ausbildungsinstitute und berufsrechtlich geregelte Bereichsweiterbildungen in den Weiterbildungsordnungen der Landespsychotherapeutenkammern in Anlehnung an die Musterweiterbildungsordnung der Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK). Die Qualifikation in Humanistischer Psychotherapie ist dagegen bislang von keiner Landespsychotherapeutenkammer in Deutschland als Weiterbildung geregelt worden.

3.6. Fazit: Verfahrensbezug

Es lassen sich im Hinblick auf die Beurteilung, ob es sich bei der Humanistischen Psychotherapie um ein Verfahren im Sinne des Methodenpapiers des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie handelt, folgende Schlussfolgerungen in Bezug auf die einzelnen Kriterien ziehen (vgl. Kapitel 2.1):

- Die Humanistische Psychotherapie wird von den Antragstellern als ein Psychotherapieverfahren verstanden. Zieht man als Referenzgruppe für die Vertreter der Humanistischen Psychotherapie die internationale Fachliteratur heran, lässt sich ebenfalls ein übergeordnetes Verfahren der Humanistischen Psychotherapie identifizieren. Abweichende Einschätzungen gibt es bezüglich der Zuordnung der therapeutischen Ansätze, die die Humanistische Psychotherapie als Verfahren konstituieren sollen. Es lässt sich in der internationalen Literatur keine Operationalisierung der Humanistischen Psychotherapie finden, die der Zusammenstellung aller zehn therapeutischen Ansätze entspräche, die der vorliegende Antrag der AGHPT umfasst. Basierend auf der internationalen Literatur könnten einer Humanistischen Psychotherapie zugeordnet werden: Gesprächspsychotherapie; Gestalttherapie; Emotionsfokussierte Therapie; Psychodramatherapie und Logotherapie/Existenzanalyse. Zudem bezieht sich ein Teil der körperpsychotherapeutischen Ansätze auf humanistische Annahmen. In der deutschsprachigen Literatur wird die Transaktionsanalyse ebenfalls den humanisti-

¹⁶ Brief der AGHPT vom 10.06.2014, S. 14

¹⁷ Brief der AGHPT vom 10.06.2014, S. 23

¹⁸ Brief der AGHPT vom 10.06.2014, S. 28

¹⁹ Beispielsweise: Körperpsychotherapie, Existential- und Gestalttherapie in Frankfurt/M. (<http://www.zikp.de/Ausbildung.html>); personenzentrierte Psychotherapie, Körpertherapie, Focusing, Emotionsfokussierte Therapie bei der Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG) in Mainz (<http://www.körperpsychotherapie-dgk.de>); Psychodrama und Existenzanalyse in einem norddeutschen Institut (<http://www.isi-hamburg.org>); in Großbritannien Gestalttherapie, personenzentrierte Therapie und Transaktionsanalyse in einem M.Sc. Trainingsprogramm Humanistic Psychotherapy der Middlesex University (www.metanoia.ac.uk/media/1725/msc-in-humanistic-psychotherapy-brochure-17-18.pdf); sowie Transaktionsanalyse, Gestalttherapie, Existentialtherapie und Klienten/ personenzentrierte Therapie in einem Humanistic Psychotherapeutic Counselling Program, akkreditiert von der British Association for Counselling and Psychotherapy (www.brighton.ac.uk/courses/study/humanistic-psychotherapeutic-counselling-pgdip.aspx)

schen Ansätzen zugerechnet. Der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie kommt daher zu der Schlussfolgerung, dass gemäß dem internationalen Schrifttum die Humanistische Psychotherapie als eine Grundorientierung betrachtet werden kann, wobei die therapeutischen Ansätze, die der AGHPT-Antrag umfasst, mit den international erkennbaren Operationalisierungen von Humanistischer Psychotherapie nicht vollständig deckungsgleich sind, aber große Gemeinsamkeiten aufweisen.

- Für die Humanistische Psychotherapie liegen theoretische Erklärungen der Störungen und Methoden vor, die auf der Basis gemeinsamer Grundannahmen erfolgen. Es finden sich einige Variationen der eingesetzten Methoden zwischen den der Humanistischen Psychotherapie zugeordneten therapeutischen Ansätzen. Der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie kommt zu der Einschätzung, dass die von den Antragstellern gelisteten Ansätze es zusammenfassend erlauben, von einer Humanistischen Grundorientierung mit eigenständiger und von anderen Verfahren hinreichend klar abgrenzbarer Störungs- und Behandlungstheorie, mit eigenen diagnostischen Verfahren und störungsspezifischen Modifikationen zu sprechen.
- Es liegen teilweise begründete Kriterien für die Indikationsstellung sowie Konzepte zur individuellen Behandlungsplanung vor. Für eine differentielle Indikationsstellung, also wann welche der therapeutischen Ansätze in einem Behandlungsverlauf einzusetzen sind (etwa der Wechsel von einem gesprächspsychotherapeutischen Setting zum Einsatz eines körpertherapeutischen Settings), wird nicht konzeptualisiert.
- Für die humanistischen Ansätze sind unterschiedliche Methoden zur Gestaltung der therapeutischen Beziehung formuliert.
- Es lässt sich ein relativ breites Spektrum von Anwendungsbereichen identifizieren, in denen die Humanistische Psychotherapie zur Behandlung von Störungen eingesetzt wird.
- Die zehn therapeutischen Ansätze werden in den geprüften Wirksamkeitsstudien nur in einigen Fällen miteinander kombiniert, die meisten Studien verwenden nur einen der Ansätze.
- Einzelne therapeutische Ansätze der Humanistischen Psychotherapie werden in der Aus-, Weiter- oder Fortbildung gelehrt. Es finden sich Kombinationen von therapeutischen Ansätzen, die gemeinsam gelehrt werden. In der Aus-, Weiter- oder Fortbildung gibt es keine Hinweise für eine Lehre von Humanisti-

scher Psychotherapie über die vollständige von den Antragstellern bzw. in der internationalen Literatur definierten Breite. Vorgelegt wurde von den Antragstellern ein Entwurf für ein Curriculum für die Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten mit der vertieften Ausbildung in Humanistischer Psychotherapie als ein gemeinsames Verfahren. Eine systematische und differenzierte Vermittlung der zehn in dem Antrag der Humanistischen Psychotherapie zugeordneten Ansätze lässt sich hierbei allerdings nicht erkennen. Vielmehr wurde in der Diskussion mit den Antragstellern der Eindruck vermittelt, dass – basierend auf einem gemeinsamen Grundmodul – jeder der zehn therapeutischen Ansätze unterschiedliche eigene Vertiefungen vermittelt.

Der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie kommt daher zu dem Schluss, dass es sich bei der Humanistischen Psychotherapie um eine übergeordnete psychotherapeutische Grundorientierung handelt, die im internationalen Schrifttum repräsentiert ist. Diese Grundorientierung erfüllt – wie zuvor dargelegt – einige Kriterien des Methodenpapiers des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie für die Einstufung als Psychotherapieverfahren. Jedoch weder die theoretischen Modelle zur Entstehung von psychischen Erkrankungen noch die Ausführungen über die Theorie der Veränderung und die daraus abgeleiteten Behandlungstechniken können im Sinne des Methodenpapiers als konsistent betrachtet werden. Algorithmen zur differentiellen Indikationsstellung für den Einsatz bestimmter Ansätze und Techniken sowie die Umsetzung eines die zehn beantragten psychotherapeutischen Ansätze integrierenden Curriculums in der Aus-, Fort- und Weiterbildung fehlen. Die abschließende Beurteilung aller Kriterien erlaubt es somit nicht, von der Humanistischen Psychotherapie als von einem Psychotherapieverfahren im Sinne des Methodenpapiers des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie zu sprechen.

4 Feststellung der Wirksamkeit

4.1. Wirksamkeitsbelege

Alle vom Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie als Wirksamkeitsnachweis anerkannten Studien sind entsprechend der Anwendungsbereiche der Psychotherapie gemäß Methodenpapier des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie in Tabelle 2 aufgelistet. Tabelle 2 listet zudem für alle Anwendungsbereiche der Psychotherapie Studien mit einer ausreichenden methodischen Qualität auf, die keinen Effekt des untersuchten Ansatzes nachweisen.

TABELLE 2

Studien mit ausreichender methodischer Qualität, die als Wirksamkeitsnachweis anerkannt wurden bzw. keinen Effekt nachweisen konnten

ERWACHSENE

1 Affektive Störungen

Wirksamkeitsnachweise

• Cooper et al. 2003	Wirksamkeitsnachweis für Gesprächspsychotherapie
• Goldman et al. 2006 Ellison et al. 2009	Wirksamkeitsnachweis für Emotionsfokussierte Therapie, kein Wirksamkeitsbeleg für Gesprächspsychotherapie (erfüllt das 6-Monats-Katamnese-Kriterium)
• King et al. 2000/2013 King et al. 2014	Wirksamkeitsnachweis für Gesprächspsychotherapie
• Röhrich et al. 2013	Wirksamkeitsbeleg für Body Psychotherapy
• Watson et al. 2003	Anerkannt als Nicht-Unterlegenheitsbeleg für Process-Experiential Psychotherapy

Studien mit ausreichender methodischer Qualität, die keinen Effekt des untersuchten Ansatzes nachweisen

• Areen et al. 2010	abgelehnt als Wirksamkeitsnachweis, da Problem Solving Therapy der Supportiven Therapie* überlegen ist
• Baron et al. 2011 Mohr/Beckner et al. 2007 Beckner et al. 2010	abgelehnt als Wirksamkeitsnachweis, da Emotionsfokussierte Therapie Kognitiver Verhaltenstherapie unterlegen
• Beutler et al. 1988	abgelehnt als Wirksamkeitsnachweis, Gestalttherapie zeigt nur in einem Outcomebereich Überlegenheit
• Denton et al. 2012	abgelehnt als Wirksamkeitsnachweis, da kein Unterschied zwischen Emotionsfokussierter Therapie und Medikamenten und Medikamenten allein gezeigt werden konnte
• Danielsson et al. 2014	abgelehnt, da Body Awareness in Bezug auf Depressivität nicht besser als Kontrolle
• Kay-Lambkin et al. 2011 Handley et al. 2013	abgelehnt als Wirksamkeitsnachweis, da Kognitive Verhaltenstherapie Gesprächspsychotherapie überlegen

2 Angststörungen und Zwangsstörungen**Wirksamkeitsnachweise****

• Blowers et al. 1987	Wirksamkeitsnachweis für Gesprächspsychotherapie
• Grawe & Plog 1976	Wirksamkeitsnachweis für Gesprächspsychotherapie

Studien mit ausreichender methodischer Qualität, die keinen Effekt des untersuchten Ansatzes nachweisen

• Barrowclough et al. 2001	abgelehnt als Wirksamkeitsnachweis für Supportive Counselling nach Rogers, da Supportive Counselling* Kognitiver Verhaltenstherapie unterlegen
• Beck et al. 1992	abgelehnt als Wirksamkeitsnachweis, da Supportive Therapie* Kognitiver Verhaltenstherapie unterlegen
• Craske et al. 1995	abgelehnt als Wirksamkeitsnachweis, da Supportive Therapie* Kognitiver Verhaltenstherapie unterlegen
• Brenes et al. 2015	abgelehnt als Wirksamkeitsnachweis, da Supportive Therapie* telefonbasierter Kognitiver Verhaltenstherapie unterlegen
• Cottraux et al. 2000	abgelehnt als Wirksamkeitsnachweis, da Supportive Therapie* Kognitiver Verhaltenstherapie unterlegen
• Shear et al. 2001	abgelehnt als Wirksamkeitsnachweis, da Kognitive Verhaltenstherapie Emotionsfokussierter Therapie überlegen

3 Somatoforme und Dissoziative Störungen (Konversionsstörungen)**Studien mit ausreichender methodischer Qualität, die keinen Effekt des untersuchten Ansatzes nachweisen**

• Beutler et al. 1988	abgelehnt als Wirksamkeitsnachweis für Gestalttherapie (focused expressive psychotherapy), da kein Effekt für den Bereich Somatoforme Störungen nachweisbar, zu hoher Dropout
-----------------------	---

4 Abhängigkeiten und Missbrauch**Studien mit ausreichender methodischer Qualität, die keinen Effekt des untersuchten Ansatzes nachweisen**

• Adamson & Sellman 2008	abgelehnt als Wirksamkeitsnachweis, da Motivational Enhancement Therapy Kognitiver Verhaltenstherapie unterlegen
• Aytemur et al. 2012	abgelehnt als Wirksamkeitsnachweis, da keine zusätzliche Wirksamkeit von Psychodrama als Add-on zu Psychopharmakotherapie nachgewiesen werden konnte
• Kay-Lambkin et al. 2011 Handley et al. 2013	abgelehnt als Wirksamkeitsnachweis, da Kognitive Verhaltenstherapie Gesprächspsychotherapie überlegen

5 Persönlichkeitsstörungen und Verhaltensstörungen**Wirksamkeitsnachweise**

• Horn et al. 2015	Wirksamkeitsnachweis für Transaktionsanalyse
--------------------	--

Studien mit ausreichender methodischer Qualität, die keinen Effekt des untersuchten Ansatzes nachweisen

• Bamelis/Renner et al. 2014	abgelehnt als Wirksamkeitsnachweis, da kein Unterschied zwischen lösungsorientierter Therapie nach Sachse und Treatment As Usual
• Turner 2000	abgelehnt als Wirksamkeitsnachweis, Dialektisch-Behaviorale Therapie Klientenzentrierter Psychotherapie überlegen

6 Anpassungs- und Belastungsstörungen**Wirksamkeitsnachweise**

● Althenhöfer et al. 2007 Gorschenek et al. 2007	Wirksamkeitsnachweis für Gesprächspsychotherapie (erfüllt das 6-Monats-Katamnese-Kriterium)
● Butollo et al. 2016	Wirksamkeitsnachweis für Gestalttherapie
● Ehlers et al. 2014	Wirksamkeitsnachweis für Supportive Therapie*
● Ford et al. 2013	Wirksamkeitsnachweis für Gesprächspsychotherapie

Studien mit ausreichender methodischer Qualität, die keinen Effekt des untersuchten Ansatzes nachweisen

● Moorey et al. 1998	abgelehnt als Wirksamkeitsnachweis, da Supportive Therapie* Kognitiver Verhaltenstherapie unterlegen
----------------------	--

7 Essstörungen**Wirksamkeitsnachweise**

● Schützmann et al. 2010	Wirksamkeitsnachweis für Gesprächspsychotherapie
--------------------------	--

Studien mit ausreichender methodischer Qualität, die keinen Effekt des untersuchten Ansatzes nachweisen

● Kenardy et al. 2002	abgelehnt als Wirksamkeitsnachweis, da Kognitive Verhaltenstherapie der Gesprächspsychotherapie überlegen
-----------------------	---

10 Psychische und soziale Faktoren bei somatischen Erkrankungen**Wirksamkeitsnachweise**

● Breitbart et al. 2015	Wirksamkeitsnachweis für Logotherapie; gleichzeitig Nachweis für Unterlegenheit von Supportiver Therapie*
● Classen et al. 2001	Wirksamkeitsnachweis für Supportive Therapie*
● Goodwin et al. 2001	Wirksamkeitsnachweis für Supportive Therapie*
● Herschbach et al. 2010 Sabariego et al. 2011	Wirksamkeitsnachweis für Client Centered Therapy (erfüllt das 6-Monats-Katamnese-Kriterium)
● Kissane et al. 2007	Wirksamkeitsnachweis für Supportive Therapie*
● Manne et al. 2007	Wirksamkeitsnachweis für Supportive Therapie* (erfüllt das 6-Monats-Katamnese-Kriterium)
● Mohabbat-Bahar et al. 2014	Wirksamkeitsnachweis für Logotherapie
● Najafi et al. 2015	Wirksamkeitsnachweis für Emotionsfokussierte Therapie
● Roncella et al. 2013	Wirksamkeitsnachweis für Existentialanalyse
● Soltani et al. 2014	Wirksamkeitsnachweis für Emotionsfokussierte Therapie
● Spiegel et al. 1981 Spiegel et al. 2007	Wirksamkeitsnachweis für Logotherapie
● Sproesser et al. 2010	Wirksamkeitsnachweis für Psychodrama

Studien mit ausreichender methodischer Qualität, die keinen Effekt des untersuchten Ansatzes nachweisen

● Asadnia et al. 2014	abgelehnt als Wirksamkeitsnachweis, da kein Effekt für Gestalttherapie nachweisbar
● Carlson et al. 2013	abgelehnt als Wirksamkeitsnachweis, da Supportiv-Expressive Therapie der Kognitiven Verhaltenstherapie unterlegen
● Cosio et al. 2011	abgelehnt als Wirksamkeitsnachweis, da Kognitive Verhaltenstherapie der Gesprächspsychotherapie überlegen
● Dobkin et al. 2002	abgelehnt als Wirksamkeitsnachweis, da kein Effekt für Supportive Therapie* nachweisbar
● Machado et al. 2007	abgelehnt als Wirksamkeitsnachweis, da körperliches Training der Gesprächspsychotherapie überlegen
● Mohr et al. 2001	abgelehnt als Wirksamkeitsnachweis, da Supportiv-Expressive Therapie der Kognitiven Verhaltenstherapie unterlegen
● Ponsford et al. 2016	abgelehnt als Wirksamkeitsnachweis, da keine Unterschiede zwischen Kognitiver Verhaltenstherapie + Motivational Interviewing und Kognitiver Verhaltenstherapie + Non-Directive Counselling nachweisbar
● Rovner et al. 2014	abgelehnt als Wirksamkeitsnachweis, da Supportive Therapie* der Behavioral Activation unterlegen
● van der Pompe et al. 1997	abgelehnt als Wirksamkeitsnachweis, da kein Effekt für Existenzanalyse nachweisbar
● Ventegodt et al. 2004	abgelehnt als Wirksamkeitsnachweis, da kein Effekt für Gestalttherapie nachweisbar

11 Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen**Wirksamkeitsnachweise**

● Röhrich & Priebe 2006	Wirksamkeitsnachweis für Körperorientierte Psychotherapie
-------------------------	---

Studien mit ausreichender methodischer Qualität, die keinen Effekt des untersuchten Ansatzes nachweisen	
● Granholm et al. 2015	abgelehnt als Wirksamkeitsnachweis, da Kognitive Verhaltenstherapie Supportiver Therapie* überlegen
● Priebe et al. 2016 Savill et al. 2017	abgelehnt als Wirksamkeitsnachweis, da kein Effekt für Körperpsychotherapie nachweisbar
● Tarrier et al. 2004/2006	abgelehnt als Wirksamkeitsnachweis, da kein Effekt für Supportive Therapie nachweisbar
● Tarrier et al. 1998/2000	abgelehnt als Wirksamkeitsnachweis, da kein Effekt für Supportive Therapie nachweisbar
Gemischte Störungen	
Wirksamkeitsnachweise	
● Paivio & Nieuwenhuis 2001	anerkannt als Wirksamkeitsnachweis für Emotionsfokussierte Therapie (erfüllt das 6-Monats-Katamnese-Kriterium)
KINDER UND JUGENDLICHE	
1 Affektive Störungen	
Studien mit ausreichender methodischer Qualität, die keinen Effekt des untersuchten Ansatzes nachweisen	
● Dietz et al. 2015	abgelehnt als Wirksamkeitsnachweis, da Interpersonelle Psychotherapie der Kindzentrierten Psychotherapie überlegen
2 Angststörungen und Zwangsstörungen	
Studien mit ausreichender methodischer Qualität, die keinen Effekt des untersuchten Ansatzes nachweisen	
● Reigada et al. 2015	abgelehnt als Wirksamkeitsnachweis, da Kognitive Verhaltenstherapie der Supportiven Therapie* überlegen
6 Anpassungs- und Belastungsstörungen	
Studien mit ausreichender methodischer Qualität, die keinen Effekt des untersuchten Ansatzes nachweisen	
● Cohen & Mannarino 1997	abgelehnt als Wirksamkeitsnachweis, da Kognitive Verhaltenstherapie der Nondirective-Supportive Therapy überlegen
● Cohen et al. 2011	abgelehnt als Wirksamkeitsnachweis, da bei sehr hohem Dropout die Kognitive Verhaltenstherapie der Gesprächspsychotherapie in 2 von 3 Outcomebereichen überlegen, u. a. sind Remissionsraten höher in der Kognitiven Verhaltenstherapie
● Deblinger et al. 2006	abgelehnt als Wirksamkeitsnachweis, da Gesprächspsychotherapie der Kognitiven Verhaltenstherapie unterlegen
● Foa et al. 2013	abgelehnt als Wirksamkeitsnachweis, da Supportive Therapie* der Kognitiven Verhaltenstherapie unterlegen
10 Psychische und soziale Faktoren bei somatischen Erkrankungen	
Wirksamkeitsnachweise	
● Szigethy et al. 2014 Szigethy et al. 2015	Wirksamkeitsnachweis für Supportive Therapie*
14 Hyperkinetische Störungen und Störungen des Sozialverhaltens	
Wirksamkeitsnachweise	
● Kraak 1961	Wirksamkeitsnachweis für Supportive Therapie*
XX Gemischte Störungen (abweichend von Methodenpapier)	
Studien mit ausreichender methodischer Qualität, die keinen Effekt des untersuchten Ansatzes nachweisen	
● Kazdin et al. 1989	abgelehnt als Wirksamkeitsnachweis, da Kognitive Verhaltenstherapie der Supportiven Therapie* überlegen
● Kazdin et al. 1987	abgelehnt als Wirksamkeitsnachweis, da kein Unterschied zwischen Supportiver Therapie* und Kontrollbedingung (keine Behandlung)
● Carpentier et al. 2006	abgelehnt als Wirksamkeitsnachweis, da Kognitive Verhaltenstherapie der Gesprächspsychotherapie überlegen

*Bei diesen Studien wurde geprüft, ob spezifische Elemente der Gesprächspsychotherapie in ausreichendem Umfang umgesetzt wurden, um sie dieser zuzuordnen.

** In diesem Anwendungsbereich liegt keine Studie vor, die das 6-Monats-Katamnese-Kriterium erfüllt.

4.2. Fazit: Zusammenfassende Bewertung der Wirksamkeit

Bei Erwachsenen kann nach den vom Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie entwickelten Kriterien (Abschnitt 2.2 des Methodenpapiers) für die folgenden therapeutischen Ansätze und für die folgenden Anwendungsbereiche die wissenschaftliche Anerkennung festgestellt werden, wenn die Emotionsfokussierte Therapie der Gesprächspsychotherapie zugerechnet wird (vgl. Tabelle 2):

Gesprächspsychotherapie in den Anwendungsbereichen:

- Affektive Störungen (F3); einschließlich F94.1; F53
- Anpassungs- und Belastungsstörungen (F43)
- Psychische und soziale Faktoren bei somatischen Erkrankungen (F54)

Bei Kindern und Jugendlichen kann von Seiten des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie für keinen der von den Antragstellern angeführten therapeutischen Ansätze in einem der Anwendungsbereiche der Psychotherapie die wissenschaftliche Anerkennung festgestellt werden.

TABELLE 3

Wirksamkeitsnachweis nach Anwendungsbereichen und therapeutischen Ansätzen

	GPT ¹	EFT ²	GT ³	PD ⁴	LT ⁵	EA ⁶	KPT ⁷	PBT ⁸	IT ⁹	TA ¹⁰
1. Affektive Störungen (F3); einschließlich F94.1; F53	2	2					1			
2. Angststörungen und Zwangsstörungen (F40 – F42; F93 und F94.0)	2									
3. Somatoforme und Dissoziative Störungen (Konversionsstörungen) (F44 – F48)										
4. Abhängigkeit und Missbrauch (F1; F55)										
5. Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F6)										1
6. Anpassungs- und Belastungsstörungen (F43)	3		1							
7. Essstörungen (F50)	1									
8. Nicht-organische Schlafstörungen (F51)										
9. Sexuelle Funktionsstörungen (F52)										
10. Psychische und soziale Faktoren bei somatischen Krankheiten (F54)	5+1*	2		1	3	1				
11. Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen (F2)							1			
12. Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen (F0)										
13. Psychische und soziale Faktoren bei Intelligenzminderung (F7) und tiefgreifende Entwicklungsstörungen (F84)										
14. Hyperkinetische Störungen und Störungen des Sozialverhaltens (F91; F94.2-F94.9)	1*									
15. Umschriebene Entwicklungsstörungen (F80 – F83)										
16. Störungen der Ausscheidung (F98.0; F98.1)										
17. Regulationsstörungen/Fütterstörungen (F98.2)										
18. Ticstörungen und Stereotypien (F95; F98.4)										
Gemischte Störungen		1								

¹ Gesprächspsychotherapie/Supportive Therapie, ² Emotionsfokussierte Therapie, ³ Gestalttherapie, ⁴ Psychodrama, ⁵ Logotherapie, ⁶ Existenzanalyse, ⁷ Körperpsychotherapie, ⁸ Pessó Boyden System Psychomotor, ⁹ Integrative Therapie, ¹⁰ Transaktionsanalyse; *Wirksamkeitsnachweis bei Kindern und Jugendlichen

Aufgeführt sind hier die Ergebnisse der Prüfung der wissenschaftlichen Anerkennung für die einzelnen therapeutischen Ansätze (vgl. Tabelle 3), da der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie nicht von der Humanistischen Psychotherapie als ein Verfahren im Sinne des Methodenpapiers ausgeht (vgl. Kapitel 3). Eine gemeinsame Betrachtung aller von den Antragstellern der Humanistischen Psychotherapie zugeordneten Studien würde in Bezug auf die Anzahl und Art der Anwendungsbereiche der Psychotherapie, für die eine wissenschaftliche Anerkennung festgestellt werden kann, keine Änderungen ergeben (vgl. Tabelle 2).

5. Empfehlung zur Zulassung als Verfahren für die vertiefte Ausbildung

Insgesamt kommt der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie zu der Schlussfolgerung, dass es sich bei der Humanistischen Psychotherapie nicht um ein Psychotherapieverfahren entsprechend den Kriterien des Methodenpapiers des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie handelt. Für die Gesprächspsychotherapie, die von den Antragstellern der Humanistischen Psychotherapie zugeordnet wurde, hat der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie die wissenschaftliche Anerkennung für die Anwendungsbereiche „Affektive Störungen“, „Anpassungs- und Belastungsstörungen“ und „Psychische und soziale Faktoren bei somatischen Erkrankungen“ festgestellt.

Die Humanistische Psychotherapie im Sinne des Antrags der AGHPT kann demnach nicht als Verfahren für die vertiefte Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten entsprechend § 1 Abs. 1 der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Psychologische Psychotherapeuten empfohlen werden, da zum einen die Kriterien für die Feststellung eines Verfahrens im Sinne des Methodenpapiers des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie nicht ausreichend erfüllt sind, zum anderen die wissenschaftliche Anerkennung für den Anwendungsbereich „Angststörungen“ weder für einen der therapeutischen Ansätze allein festgestellt werden kann, noch über die Gesamtmenge der therapeutischen Ansätze hinweg erreicht würde.

Die Gesprächspsychotherapie, für die als einziger der Humanistischen Psychotherapie zugeordneter psychotherapeutischer Ansatz nach dem vorliegenden Stand der Begutachtung eine wissenschaftliche Anerkennung in drei Anwendungsbereichen festgestellt werden kann, kann somit auch nicht als Verfahren für die vertiefte Ausbildung entsprechend § 1 Abs. 1 der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Psychologische Psychotherapeuten empfohlen werden, da anhand der vorliegenden Studien zwar die wissenschaftliche Anerkennung für die Anwendungsbereiche „Affektive Störungen“, „Anpassungs- und Belastungsstörungen“ und „Psychische und soziale Faktoren bei somatischen Erkrankungen“ festgestellt werden kann, jedoch die erste Mindestvor-

gabe für die Empfehlung als Verfahren für die vertiefte Ausbildung gemäß Abschnitt III.1 des Methodenpapiers, eine wissenschaftliche Anerkennung für die beiden Anwendungsbereiche „Affektive Störungen“ und „Angststörungen“, nicht erfüllt ist.

Berlin, 11. Dezember 2017

Prof. Dr. Dr. Gereon Heuft
(Vorsitzender)

Prof. Dr. Günter Esser
(Stellvertretender Vorsitzender)

Literatur

- Adamson, S. J., Sellman, J. D. (2008). Five-year outcomes of alcohol-dependent persons treated with motivational enhancement. *Journal of Studies on Alcohol & Drug*, 69(4), 589–93.
- Altenhöfer, D.-P. D. A., Schulz, W., Schwab, R., et al. (2007). Psychotherapie von Anpassungsstörungen: Ist eine auf 12 Sitzungen begrenzte Gesprächspsychotherapie ausreichend wirksam? *Psychotherapeut*, 52(1), 24–34.
- Arean, P. A., Raue, P., Mackin, R. S., et al. (2010). Problem-solving therapy and supportive therapy in older adults with major depression and executive dysfunction. *American Journal of Psychiatry*, 167(11), 1391–8.
- Asadnia, S., Azar, F. S., Torabzadeh, N. (2014). EHMTI-0366. Efficacy of cognitive behavior therapy and gestalttherapy on poor sleep quality among college female students with headache. *The Journal of Headache and Pain*, 15(1), J13.
- Aytemur, Z. A., Pismisoglu, B., Kilinc, O., et al. (2012). Intensive clinic intervention plus psychodrama in smoking cessation and effects on cessation outcome. *Turkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*, 32(3), 630–7.
- Bamelis, L. L., Evers, S. M., Spinhoven, P., et al. (2014). Results of a multicenter randomized controlled trial of the clinical effectiveness of schema therapy for personality disorders. *The American Journal of Psychiatry*, 171(3), 305–22.
- Baron, K. G., Corden, M., Jin, L., et al. (2011). Impact of psychotherapy on insomnia symptoms in patients with depression and multiple sclerosis. *Journal of Behavioral Medicine*, 34(2), 92–101.
- Barrowclough, C., King, P., Colville, J., et al. (2001). A randomized trial of the effectiveness of cognitive-behavioral therapy and supportive counseling for anxiety symptoms in older adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(5), 756–62.
- Beck, A. T., Sokol, L., Clark, D. A., et al. (1992). A crossover study of focused cognitive therapy for panic disorder. *American Journal of Psychiatry*, 149(6), 778–83.
- Beckner, V., Vella, L., Howard, I., et al. (2007). Alliance in two telephone-administered treatments: relationship with depression and health outcomes. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 75(3), 508–12.
- Beckner, V., Howard, I., Vella, L., et al. (2010). Telephone-administered psychotherapy for depression in MS patients: moderating role of social support. *Journal of Behavioral Medicine*, 33(1), 47–59.
- Beutler, L. E., Daldrop, R., Engle, D., et al. (1988). Family dynamics and emotional regulation among patients with chronic pain and depression. *Pain*, 32(1), 65–72.
- Blowers, C., Cobb, J., Mathews, A. (1987). Generalised anxiety: a controlled treatment study. *Behaviour Research and Therapy*, 25(6), 493–502.
- Breitbart, W., Rosenfeld, B., Pessin, H., et al. (2015). Meaning-centered group psychotherapy: an effective intervention for improving psychological well-being in patients with advanced cancer. *Journal of Clinical Oncology: Official Journal of the American Society of Clinical Oncology*, 33(7), 749–54.
- Brenes, G. A., Danhauer, S. C., Lyles, M. F., et al. (2015). Telephone-Delivered Cognitive Behavioral Therapy and Telephone-Delivered Nondirective Supportive Therapy for Rural Older Adults with Generalized Anxiety Disorder: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*, 72(10), 1012–20.
- Butollo, W., Karl, R., König, J., et al. (2016). A Randomized Controlled Clinical Trial of Dialogical Exposure Therapy versus Cognitive Processing Therapy for Adult Outpatients Suffering from PTSD after Type I Trauma in Adulthood. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 8(1), 16–26.
- Carlson, L. E., Doll, R., Stephen, J., et al. (2013). Randomized controlled trial of Mindfulness-based cancer recovery versus supportive expressive group therapy for distressed survivors of breast cancer. *Journal of Clinical Oncology: Official Journal of the American Society of Clinical Oncology*, 31(25), 3119–26.
- Carpentier, M. Y., Silovsky, J. F., Chaffin, M. (2006). Randomized trial of treatment for children with sexual behavior problems: ten-year follow-up. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 74(3), 482–8.
- Classen, C., Butler, L. D., Koopman, C., et al. (2001). Supportive-expressive group therapy and distress in patients with metastatic breast cancer: a randomized clinical intervention trial. *Archives of General Psychiatry*, 58(5), 494–501.
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P. (1997). A treatment study for sexually abused preschool children: outcome during a one-year follow-up. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36(9), 1228–35.
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P., Iyengar, S. (2011). Community treatment of posttraumatic stress disorder for children exposed to intimate partner violence: a randomized controlled trial. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 165(1), 16–21.
- Cooper, P. J., Murray, L., Wilson, A., et al. (2003). Controlled trial of the short- and long-term effect of psychological treatment of post-partum depression. I. Impact on maternal mood. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 182, 412–9.
- Cosio, D., Jin, L., Siddique, J., Mohr, D. C. (2011). The effect of telephone-administered cognitive-behavioral therapy on quality of life among patients with multiple sclerosis. *Annals of Behavior Medicine*, 41(2), 227–34.
- Cottraux, J., Note, I., Albuissou, E., et al. (2000). Cognitive behavior therapy versus supportive therapy in social phobia: a randomized controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 69(3), 137–46.
- Craske, M. G., Maidenberg, E., Bystritsky, A. (1995). Brief cognitive-behavioral versus nondirective therapy for panic disorder. *Journal of Behavior Therapy & Experimental Psychiatry*, 26(2), 113–20.
- Danielsson, L., Papoulias, I., Petersson, E.-L., et al. (2014). Exercise or basic body awareness therapy as add-on treatment for major depression: A controlled study. *Journal of Affective Disorders*, 168, 98–106.
- Deblinger, E., Mannarino, A. P., Cohen, J. A., et al. (2006). A follow-up study of a multisite, randomized, controlled trial for children with sexual abuse-related PTSD symptoms. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 45(12), 1474–84.
- Denton, W. H., Wittenborn, A. K., Golden, R. N. (2012). Augmenting antidepressant medication treatment of depressed women with emotionally focused therapy for couples: A randomized pilot study. *Journal of Marital and Family Therapy*, 38(1), 23–38.
- Dietz, L. J., Weinberg, R. J., Brent, D. A., et al. (2015). Family-based interpersonal psychotherapy for depressed preadolescents: Examining efficacy and potential treatment mechanisms. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 54(3), 191–9.
- Dobkin, P. L., Costa, D. D., Joseph, L., et al. (2002). Counterbalancing patient demands with evidence: results from a pan-Canadian randomized clinical trial of brief supportive-expressive group psychotherapy for women with systemic lupus erythematosus. *Annals of Behavioral Medicine*, 24(2), 88–99.
- Eberwein, W., Thielen, M. (Hrsg.) (2014): *Humanistische Psychotherapie. Theorien, Methoden, Wirksamkeit.* Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Eckhart, P. (2000). *Skalen zur Erfassung von Motivation, Selbstwert und Sinnerleben.* Dissertation. Univ. Wien.
- Ehlers, A., Hackmann, A., Grey, N., et al. (2014). A randomized controlled trial of 7-day intensive and standard weekly cognitive therapy for PTSD and emotion-focused supportive therapy. *The American Journal of Psychiatry*, 17(3), 294–304.
- Elliott, R., Greenberg, L. S., Watson, J. C., Timulak, L., Freire, E. (2013): *Research on humanistic-experiential psychotherapies.* In: Bergin & Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behaviour Change. John Wiley & Sons, New York.
- Elison, J. A., Greenberg, L. S., Goldman, R. N., et al. (2009). Maintenance of gains following experiential therapies for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(1), 103–12.
- Foa, E. B., McLean, C. P., Capaldi, S., et al. (2013). Prolonged exposure vs supportive counseling for sexual abuse-related PTSD in adolescent girls: A randomized clinical trial. *JAMA*, 310(24), 2650–7.
- Ford, J. D., Chang, R., Levine, J., et al. (2013). Randomized clinical trial comparing affect regulation and supportive group therapies for victimization-related PTSD with incarcerated women. *Behavior Therapy*, 44(2), 262–76.
- Geuter, U. (2015) *Körperpsychotherapie.* Berlin: Springer.
- Goldman, R. N., Greenberg, L. S., Angus, L. (2006). The effects of adding emotion-focused interventions to the client-centered relationship conditions in the treatment of depression. *Psychotherapy Research*, 16(5), 537–49.
- Goodwin, P. J., Leszcz, M., Ennis, M., et al. (2001). The effect of group psychosocial support on survival in metastatic breast cancer. *New England Journal of Medicine*, 345(24), 1719–26.
- Gorscheneck, N., Schwab, R., Eckert, J. (2008). *Psychotherapie von Anpassungsstörungen. Psychotherapie • Psychosomatik • Medizinische Psychologie*, 58(05), 200–7.
- Görtz, A. (2003) *Lebensqualität aus existenzanalytischer Sicht. Die Entwicklung eines psychotherapeutisch orientierten Diagnostikums zur Erfassung von Lebensqualität und seine Validierung an Suchtkranken.* Dissertation. Univ. Wien.
- Granhölm, E., Holden, J., Link, P. C., et al. (2014). Randomized clinical trial of cognitive behavioral social skills training for schizophrenia: improvement in functioning and experiential negative symptoms. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 82(6), 1173.
- Grawe, K., Plog, U. (1976). *Differentielle Psychotherapie. Indikation und spezifische Wirkung von Verhaltenstherapie und Gesprächspsychotherapie. Eine Untersuchung an phobischen Patienten.* I-II. H. Huber.
- Handley, T. E., Kay-Lambkin, F. J., Baker, A. L., et al. (2013). Incidental treatment effects of CBT on suicidal ideation and hopelessness. *Journal of Affective Disorders*, 151(1), 275–83.
- Hartmann-Kotteck, L. (2012) *Gestalttherapie. Lehrbuch.* Berlin: Springer (3. Aufl.).
- Herschbach, P., Book, K., Dinkel, A., et al. (2010). Evaluation of two group therapies to reduce fear of progression in cancer patients. *Supportive Care in Cancer*, 18(4), 471–9.
- Horn, E. K., Verheul, R., Thunnissen, M., et al. (2015). Effectiveness of Short-Term Inpatient Psychotherapy Based on Transactional Analysis with Patients with Personality

- Disorders: A Matched Control Study Using Propensity Score. *Journal of Personality Disorders*, 29(5), 663–83.
- Kay-Lambkin, F. J., Baker, A. L., Kelly, B., et al. (2011). Clinician-assisted computerised versus therapist-delivered treatment for depressive and addictive disorders: a randomised controlled trial. *Medical Journal of Australia*, 195(3), 44–50.
- Kazdin, A. E., Bass, D., Siegel, T., Thomas, C. (1989). Cognitive-behavioral therapy and relationship therapy in the treatment of children referred for antisocial behavior. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 57(4), 522–35.
- Kazdin, A. E., Esveltd-Dawson, K., French, N. H., et al. (1987). Problem-solving skills training and relationship therapy in the treatment of antisocial child behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55(1), 76–85.
- Kenardy, J., Mensch, M., Bowen, K., et al. (2002). Group therapy for binge eating in Type 2 diabetes: a randomized trial. *Diabetic Medicine*, 19(3), 234–9.
- King, M., Marston, L., Bower, P. (2013). Comparison of non-directive counselling and cognitive behaviour therapy for patients presenting in general practice with an ICD-10 depressive episode: a randomized control trial. *Psychological Medicine*, 1–10. doi:10.1017/S0033291713002377.
- King, M., Marston, L., Bower, P. (2014). Comparison of non-directive counselling and cognitive behaviour therapy for patients presenting in general practice with an ICD-10 depressive episode: a randomized control trial. *Psychological Medicine*, 44(9), 1835–44.
- King, M., Sibbald, B., Ward, E., et al. (2000). Randomised controlled trial of non-directive counselling, cognitive-behaviour therapy and usual general practitioner care in the management of depression as well as mixed anxiety and depression in primary care. *Health Technology Assessment*, 4(19), 1–83.
- Kissane, D. W., Grabsch, B., Clarke, D. M., et al. (2007). Supportive-expressive group therapy for women with metastatic breast cancer: survival and psychosocial outcome from a randomized controlled trial. *Psycho-Oncology*, 16(4), 277–86.
- Kouwenhoven, M., Kiltz, R., Elbing, U. (2002). *Schwere Persönlichkeitsstörungen. Transaktionsanalytische Behandlungen nach dem Cathexisansatz*. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Kraak, B. (1961). Nondirective group therapy with institutionalized children. *Zeitschrift für Experimentelle und Angewandte Psychologie*, 8(4), 595–622.
- Kriz, J., Sluneccko, T. (Hrsg.) (2007). *Gesprächspsychotherapie*. Wien: wuvWUV/UTB.
- Krüger, R. T. (2015). *Störungsspezifische Psychodramatherapie*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Längle, A. (2016). *Existenzanalyse*. Wien: facultas (vormals 2007 UTB – Band)
- Längle, A., Orgler, Ch., Kundi, M. (2000). *Die Existenz-Skala ESK*. Göttingen: Hogrefe.
- Machado, L. A. C., Azevedo, D. C., Capanema, M. B., et al. (2007). Client-centered therapy vs exercise therapy for chronic low back pain: a pilot randomized controlled trial in Brazil. *Pain Medicine*, 8(3), 251–8.
- Manne, S. L., Rubin, S., Edelson, M., et al. (2007). Coping and communication-enhancing intervention versus supportive counseling for women diagnosed with gynecological cancers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(4), 615.
- Mohabbat-Bahar, S., Golzari, M., Moradi-Joo, M., et al. (2014). Efficacy of group logotherapy on decreasing anxiety in women with breast cancer. *Iranian Journal of Cancer Prevention*, 7(3), 165–70.
- Mohr, D. C., Boudewyn, A. C., Goodkin, D. E., et al. (2001). Comparative outcomes for individual cognitive-behavior therapy, supportive-expressive group psychotherapy, and sertraline for the treatment of depression in multiple sclerosis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(6), 942.
- Moorey, S., Greer, S., Bliss, J., et al. (1998). A comparison of adjuvant psychological therapy and supportive counselling in patients with cancer. *Psychooncology*, 7(3), 218–28.
- Najafi, M., Soleimani, A. A., Ahmadi, K., et al. (2015). The effectiveness of emotionally focused therapy on enhancing marital adjustment and quality of life among infertile couples with marital conflicts. *International Journal of Fertility and Sterility*, 9(2), 238–46.
- Orlinsky, D. E., Howard, K. (1987). A generic model of psychotherapy. *Journal of Integrative & Eclectic Psychotherapy*, 6, 6–27.
- Orth, I., Sieper, J., Petzold, H. (2014). *Klinische Theorien und Praxeologie der Integrativen Therapie*. In Eberwein & Thielen (Hrsg.): *Humanistische Therapie*. Gießen: Psychosozial Verlag, 315–31.
- Paivio, S. C., Nieuwenhuis, J. A. (2001). Efficacy of emotion focused therapy for adult survivors of child abuse: A preliminary study. *Journal of Traumatic Stress*, 14(1), 115–33.
- Ponsford, J., Lee, N. K., Wong, D., et al. (2016). Efficacy of motivational interviewing and cognitive behavioral therapy for anxiety and depression symptoms following traumatic brain injury. *Psychological Medicine*, 46(5), 1079–90.
- Priebe, S., Savill, M., Wykes, T., et al. (2016). Effectiveness of group body psychotherapy for negative symptoms of schizophrenia: multicentre randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 209(1), 54–61.
- Priebe, S., Savill, M., Wykes, T., et al. (2016). Clinical effectiveness and cost-effectiveness of body psychotherapy in the treatment of negative symptoms of schizophrenia: a multicentre randomised controlled trial. *Health Technology Assessment*, 20(11), 1–100.
- Reigada, L. C., Polokowski, A. R., Walder, D. J., et al. (2015). Treatment for comorbid pediatric gastrointestinal and anxiety disorders: A pilot study of a flexible health sensitive cognitive-behavioral therapy program. *Clinical Practice in Pediatric Psychology*, 3(4), 314–26.
- Renner, F., Bamelis, L. L., Huibers, M. J., et al. (2014). The impact of comorbid depression on recovery from personality disorders and improvements in psychosocial functioning: results from a randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 63, 55–62.
- Röhricht, F., Papadopoulos, N., Priebe, S. (2013). An exploratory randomized controlled trial of body psychotherapy for patients with chronic depression. *Journal of Affective Disorders*, 151(1), 85–91.
- Röhricht, F., Priebe, S. (2006). Effect of body-oriented psychological therapy on negative symptoms in schizophrenia: a randomized controlled trial. *Psychological Medicine*, 36(5), 669–78.
- Roncella, A., Pristipino, C., Cianfrocca, C., et al. (2013). One-year results of the randomized, controlled, short-term psychotherapy in acute myocardial infarction (STEP-IN-AMI) trial. *International Journal of Cardiology*, 170(2), 132–9.
- Rovner, B. W., Casten, R. J., Hegel, M. T., Massof, R. W., et al. (2014). Low vision depression prevention trial in age-related macular degeneration: a randomized clinical trial. *Ophthalmology*, 121(11), 2204–11.
- Sabariego, C., Brach, M., Herschbach, P., et al. (2011). Cost-effectiveness of cognitive-behavioral group therapy for dysfunctional fear of progression in cancer patients. *European Journal of Health Economics*, 12(5), 489–97.
- Savill, M., Orfanos, S., Bentall, R., et al. (2017). The impact of gender on treatment effectiveness of body psychotherapy for negative symptoms of schizophrenia: a secondary analysis of the NESS trial data. *Psychiatry Research*, 247, 73–8.
- Schubert, A. (2009). *Das Körperbild. Die Körperskulptur als modulare Methodik in Diagnostik und Therapie*. Stuttgart: Thieme.
- Schützmann, K., Schützmann, M., Eckert, J. (2010). Wirksamkeit von ambulanter Gesprächspsychotherapie bei Bulimia nervosa: Ergebnisse einer randomisiert-kontrollierten Studie. *Psychotherapie · Psychosomatik · Medizinische Psychologie*, 60(02), 52–63.
- Shear, M. K., Houck, P., Greeno, C., et al. (2001). Emotion-focused psychotherapy for patients with panic disorder. *American Journal of Psychiatry*, 158(12), 1993–8.
- Soltani, M., Shairi, M. R., Roshan, R., et al. (2014). The impact of emotionally focused therapy on emotional distress in infertile couples. *International Journal of Fertility and Sterility*, 7(4), 337–44.
- Speierer, G.-W. (1994). *Das differentielle Inkongruenzmodell (DIM). Handbuch der Gesprächspsychotherapie als Inkongruenzbehandlung*. Heidelberg: Asanger.
- Spiegel, D., Bloom, J. R., Yalom, I. (1981). Group support for patients with metastatic cancer. A randomized outcome study. *Archives of General Psychiatry*, 38(5), 527–33.
- Spiegel, D., Butler, L. D., Giese-Davis, J., et al. (2007). Effects of supportive-expressive group therapy on survival of patients with metastatic breast cancer. *Cancer*, 110(5), 1130–8.
- Sproesser, E., Viana, M. A., Quagliato, E. M. A. B., et al. (2010). The effect of psychotherapy in patients with PD: a controlled study. *Parkinsonism & Related Disorders*, 16(4), 298–300.
- Steward, I., Joines, V. (2000). *Die Transaktionsanalyse*. Freiburg: Herder
- Strümpfel, U. (2006). *Therapie der Gefühle. Forschungsbefunde zur Gestalttherapie*. Bergisch Gladbach: Edition Humanistische Psychotherapie.
- Szigethy, E., Bujoreanu, S. I., Youk, A. O., et al. (2014). Randomized efficacy trial of two psychotherapies for depression in youth with inflammatory bowel disease. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 53(7), 726–35.
- Szigethy, E., Youk, A. O., Gonzalez-Heydrich, J., et al. (2015). Effect of 2 psychotherapies on depression and disease activity in pediatric Crohn's disease. *Inflammatory bowel diseases*, 21(6), 1321–8.
- Tarrier, N., Haddock, G., Lewis, S., et al. (2006). Suicide behaviour over 18 months in recent onset schizophrenic patients: the effects of CBT. *Schizophrenia Research*, 83(1), 15–27.
- Tarrier, N., Kinney, C., McCarthy, E., et al. (2000). Two-year follow-up of cognitive-behavioral therapy and supportive counseling in the treatment of persistent symptoms in chronic schizophrenia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(5), 917–22.
- Tarrier, N., Lewis, S., Haddock, G., et al. (2004). Cognitive-behavioural therapy in first-episode and early schizophrenia. 18-month follow-up of a randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 184, 231–9.
- Tarrier, N., Yusupoff, L., Kinney, C., et al. (1998). Randomised controlled trial of intensive cognitive behaviour therapy for patients with chronic schizophrenia. *BMJ*, 317(7154), 303–7.
- Turner, R. M. (2000). Naturalistic evaluation of dialectical behavior therapy-oriented treatment for borderline personality disorder. *Cognitive and Behavioral Practice*, 7(4), 413–9.
- van der Pompe, G., Duivenvoorden, H. J., Antoni, M. H., et al. (1997). Effectiveness of a short-term group psychotherapy program on endocrine and immune function in breast cancer patients: an exploratory study. *Journal of Psychosomatic Research*, 42(5), 453–66.
- Ventegodt, S., Merrick, J., Andersen, N. J., et al. (2004). A combination of gestalt therapy, Rosen Body Work, and Cranio Sacral therapy did not help in chronic whiplash-associated disorders (WAD)—results of a randomized clinical trial. *The Scientific World Journal*, 4, 1055–68.
- Watson, J. C., Gordon, L. B., Stermac, L., et al. (2003). Comparing the effectiveness of process-experiential with cognitive-behavioral psychotherapy in the treatment of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(4), 773–81.