



Dokumentation des
5. Landespsychotherapeutentags
am 28. März 2009

Psychotherapeuten und Psychotherapie -

Entwicklung...
Entwicklungsprozesse...
Entwicklungskrisen...

INHALT

Programm 5. Landespsychotherapeutentag am 28. März 2009.....	3
Grußwort	5
Erfordert die neue Generation von Kindern und Jugendlichen neue Ansätze der Therapie?	12
Fallvignetten zur Bedeutung virtueller Welten von Kindern und Jugendlichen.....	22
„Der schwierige Patient“ – Spezifika und neuere Entwicklungen von Psychotherapien der komplexen Persönlichkeitsstörungen.....	29
Plädoyer für eine Fehlerkultur in der Psychotherapie	42
Fotogalerie	52

Programm 5. Landespsychotherapeutentag am 28. März 2009

- 09.30 - 10.00 **Begrüßung und Einführung**
Michael Krenz
- Zur Bedeutung der Rolle der Psychotherapeuten in der Berliner Gesundheitspolitik**
Staatssekretär Dr. Benjamin-Immanuel Hoff (Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt- und Verbraucherschutz)
- 10.00 – 11.00 **Quo vadis Psychotherapeuten und Psychotherapie?
Wie sieht die Profession ihre zukünftige Entwicklung?
Erste Ergebnisse des Forschungsgutachtens**
Prof. Dr. Bernhard Strauß
- Direktor des Instituts für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie,
Universitätsklinikum Jena
- 11.00 – 12.00 **Rolle und Auftrag, Wünsche und Wirklichkeiten von Psychotherapeuten und Psychotherapie**
- Statements und Diskussion, aus Sicht –
- der ärztlichen Psychotherapeuten:
Dr. med. Dipl.-Psych. Karsten Münch, Vorsitzender der DGPT
 - der Verhaltenstherapeuten:
Dipl.-Psych. Dieter Best, Vorsitzender der DPTV
 - der humanistischen Verfahren:
Dipl.-Psych. Heinrich Bertram, Vorsitzender des VPP
 - des Verbandes der Ersatzkassen e.V.:
Dipl. Volkswirtin Sibylle Malinke
 - der Psychotherapeutenkammer Berlin:
Dipl.-Psych. Dipl. Päd. Michael Krenz
 - Prof. Dr. Bernhard Strauß, Universitätsklinikum Jena
- Moderation: Wolfgang van den Bergh, Chefredakteur der Ärztezeitung
- 12.00 – 12.15 KURZE PAUSE
- 12.15 – 13.15 **Erfordert die neue Generation von Kindern und Jugendlichen und zukünftigen Erwachsenen neue Psychotherapeuten?**
Prof. Dr. Klaus Hurrelmann
Hertie School of Governance in Berlin
- Fallvignetten zur Bedeutung virtueller Welten von Kindern und Jugendlichen**
Patrik Herrmann, KJP
- Moderation: Dipl. Päd. Christoph Stößlein, Vorstandsmitglied
- 13.15 – 14.15 Mittagspause mit Imbiss im Foyer

- 14.15 – 15.45 **Der „schwierige Patient“ –
Spezifika und neuere Entwicklungen von Psychotherapien der komplexen Persönlichkeitsstörungen**
- Kognitiv-behaviourale Verfahren: Prof. Dr. Thomas Fydrich, Humboldt-Universität zu Berlin
 - Psychodynamische Verfahren: Prof. Dr. Ulrich Streeck M.A., Asklepios Fachklinikum Tiefenbrunn
- Moderation: Dipl.-Psych. Christiane Angermann-Küster, Vorstandsmitglied
- 15.45 – 16.00 PAUSE
- 16.00 – 17.30 **Fehlentwicklungen in psychotherapeutischen Behandlungen – ein Tabu!?**
Prof. Dr. Horst Kächele, Universitätsklinikum Ulm
- Erfahrungen aus der Entwicklung des Beschwerdemanagements und der Ombudsstelle der PTK-Berlin**
Dipl.-Psych. Dipl. Päd. Michael Krenz, Präsident
- Moderation: Dipl.-Psych. Dorothee Hillenbrand, Vizepräsidentin
- 17.30 – 19.00 **Kammermitglieder treffen den Vorstand im „cum laude der HU“**
(gegenüber vom AUDIMAX im anderen Flügel der Humboldt-Uni)

Grußwort

Sehr geehrte Damen und Herren,

im Namen des Berliner Senats begrüße ich Sie zum diesjährigen Landespsychotherapeutentag. Ich bin gebeten worden, einige Ausführungen zur Bedeutung der Psychotherapie sowie der Tätigkeit von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im Berliner Gesundheitswesen zu machen. Dieser Bitte komme ich gern nach.

Der Psychotherapie wurde mit dem Psychotherapeutengesetz von 1999 eine eigenständige Stellung in den gesundheitlichen Versorgungsstrukturen zugewiesen.

Die psychologischen Psychotherapeuten verließen mit diesem Gesetz auch rechtlich die Rolle des Hilfsberufs für Ärztinnen und Ärzte. Damit einher ging im niedergelassenen Sektor eine Beendigung der bis dahin überwiegend unregelmäßigen Kostenerstattung für psychotherapeutische Leistungen. Darüber hinaus wurde die Qualität der Ausbildung geregelt. Wer heute eine psychologische Psychotherapie oder eine Kinder- und Jugendpsychotherapie aufsucht weiß, dass sich damit ein hohes Qualitätsniveau, abgesichert durch die staatliche Approbation verbindet.

Deutschland insgesamt aber auch das Land Berlin verfügt heute über ein international herausragendes Versorgungsangebot für psychotherapeutische Leistungen. Dieses Versorgungsangebot, das nach der Psychiatrieplanung des Landes Berlin auf dem Grundsatz „ambulant vor stationär“ beruht ist ein unverzichtbarer Bestandteil der Gesundheitsstrukturen des Landes Berlin. Denn wie wir wissen, stellen psychische und psychosomatische Erkrankungen eine der größten Herausforderung für die Gesundheitsfürsorge dar:

- Studien sowohl aus Deutschland als auch internationale Untersuchungen zeigen übereinstimmend die hohen Prävalenzen von psychischen und psychosomatischen Erkrankungen.
- Die Arbeitsunfähigkeits- und Frühberentungsstatistiken führen psychische und psychosomatische Erkrankungen europaweit als Hauptursachen auf.
- Diese Erkrankungen stellen zudem, wie sich an den hohen Suizidraten ablesen lässt, sowohl einen direkten Mortalitätsfaktor dar als auch einen sekundären Morbiditäts-

und Mortalitätsfaktor. Ich verweise beispielhaft auf die Komorbidität bei körperlichen Erkrankungen.

Diese Erkrankungen haben folglich sowohl ökonomische als auch gesellschaftspolitische Konsequenzen.

In erster Linie und nicht zu vergessen, führen psychische und psychosomatische Erkrankungen jedoch zu großem Leid für die Betroffenen und ihr psychosoziales Umfeld. Psychisch gesund oder krank zu sein hat direkte Auswirkungen auf das subjektive Wohlbefinden des Einzelnen und das seines psychosozialen Umfeldes, auf Wohlstand, Solidarität sowie die soziale Gerechtigkeit in der Gemeinschaft.

Die Gespräche, die sie als Berliner Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten führen, sind quasi, um sich der Metapher von Charles Tschopp zu bedienen, ein „Kaleidoskop des Alltags“ der Berliner Bevölkerung oder zumindest desjenigen, noch zu kleinen Teilen mit psychischen oder psychosomatischen Erkrankungen, der psychotherapeutisch behandelt wird.

Der Präsident der Psychotherapeutenkammer in Bayern, Dr. Melcop verwendete vor einigen Jahren folgende Formulierung, um den Zusammenhang von Psychotherapie und Gesellschaft zu beschreiben: *„Im Erzählen der Patientinnen und Patienten werden sowohl individuelle Schicksale und Behinderungen als auch die direkten Auswirkungen gesamtgesellschaftlicher Entwicklungen offenbar. (...) Gerade in Zeiten, in denen sowohl psychische Störungen als auch die Wirkung von erfolgreicher Psychotherapie mit bildgebenden Verfahren im Gehirn lokalisiert dargestellt werden können und die biologische und pharmakologische Forschung massiv gefördert wird, muss ein verstehender Zugang zu den einzelnen Menschen Platz und Raum haben, ein Zugang dazu, wie das gesellschaftliche Umfeld verarbeitet wird und dabei eben oft nicht subjektive Zufriedenheit vor dem Hintergrund der eigenen Lebensgeschichte gefunden werden kann und psychische Krankheit entsteht.“¹*

Die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen und Lebenswelten der Menschen ändern sich fortlaufend. Diese Änderungen lassen sich in der Stadt Berlin und insbesondere im Jahr 2009, 20 Jahre nach der Wiedervereinigung der beiden Stadthälften, 21 Jahre nach der Wende in der DDR aber auch eine halbe Dekade nach Beschluss des Einwanderungsrechts in Deutschland ohne weitere Erläuterungen markieren.

¹ Rede von Präsident Dr. Melcop zur Eröffnung des 1. Bayerischen Landespsychotherapeutentages „Psychotherapie im Wandel des Gesundheitssystems am Beispiel der Depression“, München 2005.

Mit diesen Veränderungen waren und sind erhebliche Anpassungsleistungen verbunden – unter den Bedingungen rasanter werdender Kommunikation, hoher Arbeitslosigkeit, Jobdruck allgemein und verschärfter Wettbewerbssituationen in Schulen und Hochschulen. Dieser Prozess muss im Subjekt mit dem Ziel verarbeitet werden – ich zitiere erneut Dr. Melcop – *„sich selbst als selbstverständlich guter Mittelpunkt der Welt zu begreifen und dort auch wohl zu fühlen.“*

Psychische Störungen und die Möglichkeiten der psychotherapeutischen Intervention aber insbesondere auch der Prävention sind m.E. in einem größeren Kontext zu betrachten. Ihre Tätigkeit als Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zeichnet sich dadurch aus, dass sie sowohl individuell tätig sind, aber ihr Know-how wird zugleich gesellschaftlich wichtiger für die Beratung von Politik und Gesellschaft. Ich wünsche mir insofern insbesondere eine Psychotherapeutenkammer, deren Mitglieder sich als praktische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten verstehen, deren Interventionen über die eigene ambulante Praxis bzw. über die eigene Station im Krankenhaus hinausgeht.

Ich habe vorhin formuliert, dass psychische Erkrankungen direkte Auswirkungen auf das subjektive Wohlbefinden des Einzelnen und das seines psychosozialen Umfeldes, auf Wohlstand, Solidarität sowie die soziale Gerechtigkeit in der Gemeinschaft. Dabei handelt es sich um kommunizierende Röhren, den das subjektive Wohlbefinden ist wiederum wesentlich Teil der es umgebenden gesellschaftlichen Verhältnisse.

Betrachten wir einige der uns umgebenden gesellschaftlichen Tendenzen und Rahmenbedingungen in der Metropole Berlin:

- das mittlere Haushaltseinkommen der Stadt liegt bei rd. 1.500 Euro,
- 52,7% der Berliner Haushalte sind Ein-Personen-Haushalte,
- über 40% dieser Ein-Personen-Haushalte leben von weniger als 900 Euro/Monat,
- 33% der Alleinerziehenden in Berlin erhalten Arbeitslosengeld oder Arbeitslosenhilfe,
- 20% der 15-64jährigen Erwerbstätigen erhält ALG II
- 37%, das sind 150.000 Kinder leben in Hartz-IV-Haushalten,
- in einem Viertel aller Planungsräume leben mehr als 50% der Kinder von Hartz IV.

Berlin ist eine Einwanderungsstadt. Sprechen wir über Migration und Einwanderung in Berlin, sprechen wir keineswegs über eine zu vernachlässigende gesellschaftliche Minderheit, sondern um einen erheblichen Teil der Stadtbevölkerung. Die Zahl der Einwohnerinnen und Einwohner Berlins, die nicht über die deutsche Staatsbürgerschaft verfügen, nimmt einen Anteil von 14 % ein.

Dabei sind diejenigen Berlinerinnen und Berliner nicht berücksichtigt, die zwar eine deutsche Staatsangehörigkeit aber einem Migrationshintergrund haben. Bereits jetzt verfügen rund 40 % aller Kinder und Jugendlichen in Berlin unter 18 Jahren über einen Migrationshintergrund.

Konfrontieren wir diese Zahlen mit der Klientel die in ihren Praxen bzw. den psychiatrischen Stationen in Berliner Krankenhäusern behandelt wird, so stellen wir eine Differenz fest. Die gesellschaftliche Akzeptanz psychischer Störungen ist in weiten Teilen der Bevölkerung weiterhin gering. Die Furcht vor Stigmatisierung und Diskriminierung erschwert die Erreichbarkeit insbesondere in den wichtigen Gruppen der sozial Benachteiligten, bei Migrantinnen und Migranten sowie im Bereich älterer Menschen.

Diese Gruppen geraten daher schnell in einen Abwärtsstrudel aus einer sich verschlechternden psychischen Verfassung und einer Verringerung der wirtschaftlichen und sozialen Ressourcen. Gelingt es nicht, gerade diese Gruppen mit dem Thema „psychische Gesundheit“ zu erreichen, wird es uns nicht gelingen unsere Ziele der Förderung psychischer Gesundheit zu erreichen.

Um nicht missverstanden zu werden: Die Lösung dieses Dilemmas liegt nicht allein im reflexhaften Ruf nach der Aufhebung von Kostendeckelungen und mehr Geld von den Krankenkassen. Aus meiner Sicht sind Veränderungen in qualitativer und quantitativer Hinsicht erforderlich, die ich an zwei Beispielen darlegen möchte:

- 1) Im vergangenen Jahr veröffentlichte das interkulturelle Frauenzentrum S.U.S.I. eine Berliner Erklärung „Zur Notlage bei der psychologischen und psychotherapeutischen Versorgung von Menschen mit Migrations- und Fluchthintergrund“, die basiert auf den Sonnenberger Leitlinien von 2002.²

Ein Aspekt dieser Erklärung: Von den 1.419 niedergelassenen Psychologischen PsychotherapeutInnen mit Kassenzulassung haben nur 142 Sprachkenntnisse der größten Einwanderungsgruppen Berlins.

Für die Zukunft des Berliner Gesundheitswesens aber auch das Teilsystem der psychotherapeutischen Versorgung ist eine Öffnung zur Interkulturalität deshalb zwingend erforderlich. Hier wünsche ich mir Ihr Engagement als Psychotherapeutenkammer, als Akteure in der Aus-, Fort- und Weiterbildung, der Nachwuchsförderung.

² Machleidt, W., Die 12 Sonnenberger Leitlinien zur psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung von MigrantInnen in Deutschland. Der Nervenarzt 2002, 73: 1208-1209

- 2) Der Senat von Berlin hat ein Demographiekonzept beschlossen, der Regierende Bürgermeister hat auf die Herausforderungen und die Potenziale einer älter werdenden Bevölkerung in einer vielbeachteten Rede hingewiesen. Dies betrifft auch den Bereich der psychotherapeutischen Versorgung. Wir müssen bundesweit und vermutlich auch in Berlin bei älteren Patientinnen und Patienten, insbesondere mit depressiven Störungen, von einer erheblichen Fehl- und Unterversorgung ausgehen. Besonders in der primärärztlichen Versorgung werden depressive Symptome oftmals nicht ernst genug genommen, um auf bestehende psychotherapeutische und medikamentöse Behandlungsmöglichkeiten hinzuweisen.

Ich will nur einige der wichtigsten Fehler nennen:

- die Nichtbeachtung der somatischen Situation,
- die Nichtbeachtung psychosozialer und psychodynamischer Faktoren, wie soziale Isolation und erlebte Vereinsamung sowie
- die fehlende Berücksichtigung von Lebenskonzeptionen mit Perspektivenverlust, wie z.B. Altern als Defizitmodell, die aus einer narzisstischen Kränkung oder einer existenziellen Bedrohung herrühren können, wenn sie z.B. mit entwertender Armut und sozialer Abhängigkeit einhergehen.

Woltersdorf/Schüler formulierten m.E. zutreffend, dass die Vermeidung der Themen Alter, Krankheit, Siechtum und Tod in der Kommunikation mit alten Menschen und insbesondere auch mit alten depressiv kranken Menschen zu den »Unterlassungssünden« der Psychotherapie gehört.³ Weil es notwendig ist, die Frage nach dem subjektiven Sinn des weiteren Lebens zu stellen, weil die Arbeit mit älteren und alten depressiv kranken Menschen an Grundfragen des menschlichen Selbstverständnisses rührt, wünsche ich mir eine noch engere Zusammenarbeit von Ärztekammer, Kassenärztlicher Vereinigung und Psychotherapeutenkammer mit den Alten-, Pflege- und Wohlfahrtsverbänden insbesondere in der Aus-, Fort- und Weiterbildung sowie die Verabredung von Qualitätsstandards bei der Behandlung älterer und sehr alter Menschen.

Ich verzichte, mit Blick auf die mir zur Verfügung gestellte Redezeit, das Thema Kinderschutz ausführlich anzusprechen, da wir dazu in den vergangenen zwei Jahren eine ausführliche öffentliche Debatte geführt haben.

Nur so viel dazu: Der Kinderschutz ist ein hervorragendes Beispiel für das enge Zusammenwirken von Public Health und Psychotherapie. Die Akteure des Public-Health in Berlin

³ *Manfred Woltersdorf & Michael Schüler: »Wären Sie nicht auch depressiv, wenn Sie alt wären?« Psychotherapie im Alter, 4. Jahrgang, Nr. 16, 2007, Heft 4*

stellen hervorragende Erfahrungen und Befunde zu präventiven Maßnahmen wie der gesundheitsbezogenen Aufklärung der Bevölkerung zur Verfügung. Wir haben exzellente Einrichtungen, nicht zuletzt die Berlin School of Public Health, die weiterentwickelt und ausgebaut werden muss. Es kommt nun darauf an, durch kontinuierliche und immer wieder neu zu realisierende Vernetzung, die Daten adressaten- und zielgruppengerecht aufzubereiten und die Kommunikation zwischen den verschiedenen Professionen zu erleichtern.

Noch einmal mit den Worten von Herrn Dr. Melcop:

Es ist ungemein wichtig, dass (sie) als praktisch tätige Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten die Augen aufmachen. Ihnen kommt eine gesamtgesellschaftliche Verantwortung als Teil des Gesundheitssystems zu. Kaum eine Berufsgruppe ist so nah an den Funktionsmechanismen menschlichen Zusammenlebens.

Sie können beurteilen, was Menschen in ihrer individuellen Lebensgestaltung und gelingenden Identitätsbildung brauchen, um sich - von der Kindheit an - möglichst gesund zu entwickeln und zufriedener leben zu können. Auch wenn sie eigentlich mit der Behandlung von Störungen und Krankheit im Einzelfall mehr als genug zu tun haben, werden sie in Zukunft vermehrt ihr Know-how einbringen müssen, wenn es um Fragen der Prävention, Früherkennung bis hin zur Gestaltung von Lebensumfeld und Lebenswelten geht. Hierzu wird es vermehrt notwendig sein, mit anderen Berufsgruppen und Initiativen zusammenarbeiten, um eine möglichst breite Basis für Möglichkeiten zum Entstehen psychischer Gesundheit und zur Verhinderung psychischer Krankheit mit zu unterstützen.

Im Gegenzug sage ich Ihnen für das Land Berlin zu, dass wir uns weiterhin insbesondere für eine Verbesserung der Situation psychotherapeutischer Tätigkeit und Ausbildung einsetzen werden. Zwei Beispiele:

- Im vergangenen Jahr haben wir uns intensiv – leider erfolglos – gegenüber dem Bundesgesundheitsministerium für die dringend erforderliche Anpassung der Psychiatrie-Personalverordnung eingesetzt, um zu einer Stärkung psychotherapeutischer Tätigkeit in den Krankenhäusern beizutragen, Drehtüreffekte und unnötige Medikamentierung als Gesprächsersatz zu vermeiden.
- Es ist ärgerlich, dass die Bundesregierung und der Deutsche Bundestag bei der Beschlussfassung des Krankenhausfinanzierungsreformgesetzes keine Regelung geschaffen, um für die Psychotherapeuten in Ausbildung eine ausreichende Finanzierung ihrer "praktischen Tätigkeit" sichern. Ich stimme dem Präsidenten der Bundespsychotherapeutenkammer ausdrücklich zu, wenn er formuliert: "Eine leistungsgerechte Finanzierung der praktischen Tätigkeit ist längst überfällig".

In diesem Sinne werden wir gemeinsam noch viel Überzeugungsarbeit leisten müssen. Auf diese gemeinsame Arbeit freue ich mich und wünsche der Psychotherapeutenkammer für Ihre weitere Arbeit viel Erfolg, wünsche mir fruchtbare Ergebnisse und ein intensives Engagement z.B. beim diesjährigen Schwerpunkt der Landesgesundheitskonferenz Berlin „Gesundheit im Alter“ sowie der heutigen Tagung einen erfolgreichen Verlauf.

Vielen Dank.

Erfordert die neue Generation von Kindern und Jugendlichen neue Ansätze der Therapie?

In den letzten beiden Jahrhunderten ist die Lebensdauer der Menschen in den westlichen Gesellschaften um rund 40 Lebensjahre gewachsen, sie hat sich praktisch verdoppelt. Die Menschen in Deutschland, der Schweiz und Österreich aber auch in allen anderen europäischen Ländern werden immer älter. 90 Lebensjahre werden zur Regel. Im Vergleich zu 1900 werden zugleich erheblich weniger Kinder geboren. Die ältere Generation wird zahlenmäßig und damit auch politisch immer wichtiger, die jüngere verliert an Einfluss. Es wird nur noch einige wenige Jahre dauern, dann leben in Deutschland genauso viele Menschen über 50 wie unter 50 Jahren. Was wir bisher nur aus Lehrerkollegien kannten, gilt dann für die ganze Gesellschaft: Die Interessen der Älteren schlagen stärker durch als die der Jüngeren, die Ressourcen werden ungleich zwischen den Generationen verteilt.

Die demografische Veränderung führt zu dramatischen Umschichtungen der Lebensspannen:

- Die Lebensphase Kindheit wird immer kürzer, das Jugendalter beginnt immer früher. Der Zeitpunkt der Geschlechtsreife („Pubertät“) hat sich von 1800 bis 2000 um fast fünf Jahre im Lebenslauf nach vorne verschoben, wahrscheinlich wegen ernährungs- und umweltbedingter Beschleunigungen der Hormonproduktion. Es gibt heute schon neunjährige Mädchen, die biologisch gesehen zur Frau geworden sind. Das Durchschnittsalter für das Eintreten der Pubertät liegt bei 11,5 Jahren für Mädchen, Jungen folgen ein Jahr später.
- Angesichts dieser Entwicklung müssen Eltern sich sputen, eine gute Beziehung zu den Kindern aufzubauen, denn schon nach einem Jahrzehnt erfolgt deren soziale und psychische Ablösung verbunden mit den typischen Verspannungen, Irritationen, Überempfindlichkeiten und Verständigungsproblemen. Diese unvermeidlichen Pubertätsturbulenzen treten heute nicht mehr erst mit 14 und 15 Jahren auf, sondern

mitunter schon mit 11 und 12. So gesehen sind heute – im Vergleich zu früher – alle Jugendlichen „frühreif“.

- Kindheit als eigenständige und geschützte Lebensphase, wie wir sie noch bis in die 1950er Jahre hinein als selbstverständliche kulturelle Errungenschaft wahrgenommen haben, scheint im Abbau begriffen zu sein. Wie Hartmut von Hentig und Neil Portman anschaulich gezeigt haben, schwinden durch die Verfügbarkeit von modernen Medien und den fast ungehinderten Zugang von Kindern zum Konsum- und Freizeitmarkt die lebensgeschichtlichen Grenzen zwischen Kindheit, Jugend und Erwachsenenalter. Schon Kinder erleben die Vorteile und Nachteile einer offenen und kommerzialisierten Gesellschaft hautnah. Zugleich bekommen sie die Veränderungen im Wirtschafts- und Berufsbereich zu spüren, vor allem über gestiegene formale Anforderungen im Elementar- und im Grundschulbereich und über einen hohen Originalitätsdruck in der individuellen Lebensführung (nach Aussehen, Kleidung, Sprachstil, Sozialverhalten), der über die Werbung und die Konsumindustrie auf sie einwirkt.
- Auch das Jugendalter ist in seiner Gestalt gegenüber 1950, als es historisch zum ersten Mal voll ausgeprägt zu erkennen war, völlig verändert. Es beginnt in den westlichen Gesellschaften so früh wie noch nie, aber es hat kein richtiges Ende mehr. Der traditionell typische und bis 1960 auch immer noch mehrheitlich zu beobachtende Übergang vom Jugendalter in das Erwachsenenalter war durch die Übernahme der Erwerbstätigkeit und das Eintreten in ein Familienleben mit eigenen Kindern charakterisiert.
- Die beiden Meilensteine Berufsübernahme und Heirat, die den Eintritt in „das“ gesellschaftliche Leben markierten, werden heute von den meisten Jugendlichen entweder sehr spät, manchmal erst im vierten Lebensjahrzehnt, oft aber gar nicht passiert. Das Jugendalter, zur Mitte des vorigen Jahrhunderts als eine Übergangszeit zwischen der abhängigen Kinderzeit und der selbstständigen Erwachsenenzeit entstanden, ist heute zu einem langgestreckten Lebensabschnitt von im Durchschnitt 15 Jahren geworden. Es hat seinen eigenen Wert und seinen eigenen sozialen Rhythmus, es unterscheidet sich in vielen Facetten (private Lebensgestaltung, Konsumverhalten, Lebensstil) nicht mehr vom Erwachsenenleben. Umgekehrt legen viele Erwachsene Wert darauf, sich so wie Jugendliche zu verhalten, also die Offenheit des Lebens als eine Herausforderung zu begreifen, die kreativ gestaltet werden

kann. Das Jugendalter ist keine Übergangsphase mehr, sondern ein Lebensabschnitt eigener Dynamik.

- Hiervon ist das Erwachsenenalter betroffen, das nicht mehr der alles dominierende und tonangebende Lebensabschnitt ist, sondern einer unter vielen. Das Seniorenalter jedenfalls ist das expansivste, gemessen an der quantitativen Verlängerung.

Verwerfungen im Lebensrhythmus

Das gewohnte Zeitmaß für die lebensgeschichtliche Einordnung und Verarbeitung von Erfahrungen wird durch diese Umbrüche verändert. Der Lebensrhythmus hat gegenüber vorigen Generationen starke Verwerfungen erfahren. Es gibt heute überraschende Kombinationen von Lebenslagen und Lebensentwürfen:

- Wir kennen den 10-jährigen Grundschüler, der Gründer einer Software-Firma ist und seinem 43-jährigen Vater die Unterschriftsberechtigung für alle Geschäftsverträge übertragen hat.
- Wir kennen das 17-jährige Model mit einem Jahreseinkommen von 40.000 Euro, das mit seinem 22jährigen Freund in einer Loft- Eigentumswohnung mitten in der Stadt lebt.
- Wir kennen den 21-Jährigen, der seine Lehre zum zweiten Mal abgebrochen hat und immer mal wieder einen Job hatte, bevor er jetzt auf der Straße sitzt und erneut Sozialhilfe beantragt.
- Wir kennen den 28-jährigen unverheirateten Studenten, der zwei Kinder hat und mit seiner zweiten Partnerin zusammenlebt, sich monatlich 400 Euro durch Jobben verdient, weitere 300 Euro von seinen Eltern bezieht und in der Wohnung seiner Eltern wohnt.
- Wir kennen die 52-jährige Lehrerin, die wegen psychischer Probleme früh pensioniert wurde und jetzt schwarz als Surflehrerin auf Mallorca arbeitet.
- Wir kennen den 78-jährigen pensionierten Professor, der ein Institut für Forschungs- und Entwicklungsarbeit mit 25 Mitarbeitern leitet.

Sind diese Menschen Kinder, Jugendliche oder sind sie Erwachsene? Sind sie in den Erwachsenenstatus, der mit vollwertiger Zugehörigkeit zu unserer Gesellschaft gleichgesetzt wird, bereits eingetreten oder nicht? Haben sie ihn schon wieder verlassen? Die traditionellen Standards für das Zeitmaß von biografischen und lebensgeschichtlichen Einordnungen

sind bei diesen Menschen nicht mehr tauglich. Neue Maße und Standards haben wir aber noch nicht. Jeder einzelne Mensch muss sich diese Standards heute selbst erarbeiten.

Der gewachsene Originalitätsanspruch bei der Gestaltung des Lebenslaufs

Die geschilderten Umbrüche des Lebensrhythmus haben die Konsequenz, dass die Eigenleistungen eines jeden Menschen bei der Gestaltung des Lebenslaufs deutlich anwachsen. Die Strukturierung von Ereignissen im Zeitablauf, die Basis einer Biografie wird nur noch zu einem Teil durch gesellschaftliche Vorgaben und kulturelle Symbole unterstrichen. Durch die heute charakteristische Freisetzung von Traditionen und festgelegten Rollenvorstellungen besteht zwar die Chance, einen eigenen Lebensstil aufzubauen und selbstständig zu sein. Zugleich besteht aber auch die Erwartung, einen ganz persönlichen und einmaligen Weg zu finden, der der Zielvorstellung des Individualismus nachkommt. Meiner Einschätzung nach kann eine wachsende Gruppe der jungen Menschen diesen Anforderungen nicht mehr ohne gute und gezielte Unterstützung nachkommen. Hier liegt deshalb ein Feld des gezielten Einsatzes von Psychotherapeutinnen und -therapeuten.

Das Leben in den modernen westlichen Industriegesellschaften ist für Menschen aller Altersgruppen im Vergleich zu früheren Epochen unübersichtlich geworden. Kinder und Jugendliche trifft dieses in einer formativen Phase ihres Lebens. Dadurch erhalten sie die Möglichkeit, sich von Anfang an auf die Vielfalt des gesellschaftlichen Lebens einzurichten und mit der Pluralität von Lebenswelten umzugehen. Sie können eine Persönlichkeitsstruktur entwickeln, die auf die schnell wechselnden sozialen und kulturellen Bedingungen angemessen eingeht. Sie können diese Situation produktiv bewältigen, wenn sie eine hohe Virtuosität des Verhaltens und der Problemverarbeitung entwickeln, um mit unterschiedlichen Wahrnehmungen und Anforderungen in verschiedenen Situationen und Lebensbereichen umzugehen und dabei einen Weg für sich selbst zu finden.

Eindeutige und unbezweifelbare Normen und Werte, feste Zugehörigkeiten und Milieus, kalkulierte und klare Abfolgen von persönlichen Lebensschritten, sichere moralische und ethische Standards, eindeutige soziale Vorbilder – alle diese wichtigen Voraussetzungen für den Aufbau einer Persönlichkeit fehlen heute allzu oft. Jeder muss mit sich selbst und den anderen seinen eigenen Lebensstil „aushandeln“, den persönlichen Lebensplan definieren und ständig neu verändern, ebenso auch das Bild von der eigenen Person flexibel weiterentwickeln. Das „moderne Individuum“ benötigt eine hohe Flexibilität der Orientierung, ein waches Monitoring und eine ausgeprägte Kapazität der Selbststeuerung mit der Fähigkeit, das eigene Handeln selbstwirksam zu beeinflussen. Ein „innerer Kompass“ ist notwendig, um die Vielfältigkeiten von Handlungsanforderungen und Aktionsalternativen sinnvoll einzuschätzen und zu bewältigen. Die Mehrzahl der jungen Leute schafft diese Anstrengung – aber eine Gruppe von heute schon etwa 20 bis 25 Prozent ist eindeutig überfordert. Sie

kommt meist aus sozial benachteiligten Familien, die bildungsmäßig schwach und kulturell schlecht integriert sind. Deshalb wird es immer wichtiger, Überlegungen anzustellen, wie diese beratungs- und therapiebedürftige Gruppe angesprochen und erreicht werden kann. Die heute vorherrschende Komm-Struktur reicht dafür nicht aus. Vielmehr müssen die Therapieangebote unbedingt in familiennahe Zentren, Kindergärten und Schulen, aber auch in andere Institutionen einbezogen werden, in denen sich diese jungen Leute faktisch aufhalten.

Hohe Bildungsmotivation

Zu den wichtigsten Ergebnissen der letzten beiden Shell-Jugendstudien, an denen ich beteiligt war, gehört die auffällig pragmatische Grundstimmung bei der Mehrheit der Jugendlichen im Blick auf ihre eigene persönliche Zukunft. Die gesellschaftliche, insbesondere wirtschaftliche und sicherheitspolitische Entwicklung wird von den Befragten als kritischer und gefährlicher als in früheren Erhebungen eingestuft, die persönlichen Möglichkeiten zur Bewältigung dieser Situation durch individuelle Anstrengung und konzentrierte Lebensführung aber werden mehrheitlich als positiv eingeschätzt. Die positive Grundstimmung ergibt sich u.a. aus der hohen schulischen Leistungsmotivation, die inzwischen bei den Mädchen und jungen Frauen über dem Niveau bei Jungen und jungen Männern liegt. Durch einen hohen Bildungsgrad wollen Jugendliche sich eine günstige Position auch im beruflichen Sektor erschließen, die Mehrheit von ihnen ist überzeugt, diesen Aufstieg über das Schulsystem auch bewerkstelligen zu können.

Die hohe persönliche Zuversicht und die erklärte starke Leistungsmotivation bringt alle diejenigen Jugendlichen in eine „Verliererposition“, die in schulischer und beruflicher Ausbildung schlecht abschneiden und nach eigener Wahrnehmung nicht über das hohe Ausmaß von Selbstorganisation verfügen, das in der bundesrepublikanischen Leistungsgesellschaft gefragt und von ihren Altersgenossen vorexerziert wird. Wie schon die internationale Vergleichsstudie PISA zeigen auch die Shell-Jugendstudien ein sehr hohes soziales Gefälle nach sozialer Herkunft im Blick auf Bildungsaspiration, Schulerfolg und persönlicher Zuversicht bei der Gestaltbarkeit der Zukunft. Es wird immer belastender, nicht zu der Gruppe der privilegierten Gymnasiastinnen und Gymnasiasten zu gehören, die inzwischen schon 41 Prozent der jugendlichen Altersgruppe ausmacht. Es ist psychisch kaum erträglich, zu denen zu gehören, die mit den täglichen Lebensanforderungen nicht scheinbar spielend zurecht kommen und sich aussichtsreiche Positionen im Wettbewerb versprechen können. Bei dieser Gruppe ist der

Bedarf an Beratung und Therapie besonders hoch, doch ausgerechnet sie wird heute oft nur schwer erreicht. Hier liegen neue Herausforderungen an die Psychotherapie.

Typologie von Wertorientierungen

Dieses Auseinanderfallen in die eine erfolgreiche und die andere weniger erfolgreiche Hälfte der Jugendpopulation ist kennzeichnend für die Ergebnisse der Shell-Jugendstudien. Es wird durch eine Typologie von Wertorientierungen unterstrichen, die mit Hilfe des von der Forschungsgruppe Klages entwickelten Instruments gewonnen wurde.

Wir können eine „Leistungselite“ der „selbstbewussten Macherinnen und Macher“ identifizieren, fast ein Drittel der Population, das sich durch eine Synthese von „alten“ und „neuen“ Werten auszeichnet. Fleiß und Ehrgeiz, Macht und Einfluss sowie Sicherheit erleben in dieser Gruppe eine Renaissance, sie werden mit den Selbstverwirklichungswerten Kreativität, Unabhängigkeit, Lebensgenuss und Lebensstandard kombiniert. Es lässt sich eine aufstiegsorientierte Gruppe von gleich vielen jungen Frauen und jungen Männern identifizieren, die eine unbefangene Kombination von materialistischen und postmaterialistischen Orientierungen praktiziert. Die selbstbewussten Macherinnen und Macher verbinden Selbstverwirklichung mit Selbstdisziplin, sie haben keine Schwierigkeiten damit, über Fleiß und Disziplin zu materiellem Reichtum und Lebensgenuss zu kommen. Sie sind Nutzenkalkulierer, selbstbezogene und bedürfnisorientierte Umweltmonitoren, die wir in früheren Untersuchungen auch als „Egotaktiker“ bezeichnet haben.

Eine zweite herausragende und tonangebende Gruppe, die ebenfalls etwa ein Drittel der Population umfasst, haben wir als „pragmatische Idealisten“ bezeichnet. In dieser Gruppe sind die Frauen eindeutig in der Überzahl. Im Unterschied zu den Machern schimmern hier humanistisch geprägte Motive für ein soziales Engagement durch, das sich vor allem auf jugendbezogene Themen in Freizeit und Schule richtet, aber auch sozial bedürftige Gruppen mit einbezieht. In fast allen Feldern der organisierten und informellen sozialen Netzwerkbildung sind die pragmatischen Idealistinnen führend, sie repräsentieren die konzentrierte Lebensführung der tonangebenden jungen Frauengeneration mit einem kräftigen Schuss Selbstbewusstsein und einer gestaltenden Aktivität in Schule, Beruf, Freizeit, Gemeinde und sozialen Organisationen. Die tonangebende Mentalität ist eine Mischung aus wacher Umweltwahrnehmung und beherztem Ergreifen von Chancen der Umweltgestaltung.

Diesen beiden selbstbewussten und erfolgreichen Gruppen stehen die zögerlichen, skeptischen, resignativen und unauffälligen Jugendlichen gegenüber, die keinen großen Erfolg in

Schule und Ausbildung haben, dennoch nach Lebensstandard und Macht streben, sich aber duldsam und durchaus tolerant mit ihrer gegenwärtigen Lebenslage abfinden. Sie stellen etwa ein Viertel der Population, ebenso wie die vierte Gruppe, die wir als „robuste Materialisten“ bezeichnet haben. In dieser Gruppe überwiegen zahlenmäßig die jungen Männer. Sie wollen Macht und Lebensstandard und einflussreiche Positionen mit Lebensgenuss verbinden, aber sie haben ein deutliches Gefühl dafür, dass ihre leistungsmäßigen und sozialen Kompetenzen hierfür bei weitem nicht ausreichen. Bei ihnen kommen Verlierer- und Versagerängste auf, es zeigen sich Dispositionen für unkontrollierte Aggression und Gewalt, Fremdenfeindlichkeit und Rechtsextremismus. In dieser Gruppe ist das politische Engagement gleich Null, das soziale und zivile Engagement ist außerordentlich klein. Diese Gruppe steht am Rande der bundesrepublikanischen Leistungsgesellschaft, wartet nur noch latent auf Angebote der Integration.

Die Gruppe der Skeptiker und Unauffälligen ist anpassungsbereit und lässt sich für pragmatische und aussichtsreiche Angebote in Ausbildung und Beruf durchaus gewinnen. Allerdings muss sie direkt angesprochen werden, sie benötigt die beharrlich ausgestreckte Hand. Diese Jugendlichen sind integrationsbereit, sie sind auch fähig, Kompromisse für Ausbildung und Beruf einzuschlagen, aber sie brauchen hierbei eine aktive Unterstützung und Beratung. Ich denke, in den nächsten Jahren werden diese etwa 25 Prozent der jungen Generation viel stärker umworben werden müssen als bisher, denn spätestens im Jahre 2013 müssen wir ja nach demografischen Hochrechnungen mit einer deutlichen Verknappung des Nachwuchses am Ausbildungs- und Berufsmarkt rechnen. Dann sind diese Skeptikerinnen und Skeptiker die neue „Begabungsreserve“

Die vierte Wertegruppe, die robusten materialistisch orientierten Enttäuschten, sind eindeutig am schwersten anzusprechen und nur mit Mühe für Ausbildung und Beruf zu gewinnen. Sie sind leider eben auch durch ihr niedriges Niveau von Leistungsfähigkeit und schulischer Abschlusskompetenz gekennzeichnet, viele von ihnen haben keinen Hauptschulabschluss und sind auch ansonsten in ihrer bisherigen Schullaufbahn mehrfach gestrandet. Bei ihnen bündeln sich alle Probleme, die wir gegenwärtig beim Kompetenzprofil der jungen Generation feststellen müssen. Die Schreib- und Rechentechniken sind gering, ebenso die kulturellen, naturwissenschaftlichen, wirtschaftlichen und politischen Kenntnisse, die Fähigkeit zur englischen Sprache ist gering ausgeprägt, auch die informationstechnischen Kompetenzen sind niedrig. Nicht nur im fachlichen Bereich, sondern auch im sozialen und persönlichen Bereich sind diese Jugendlichen weit im Feld. Teamfähigkeit, Kooperationsbereitschaft, Freundlichkeit, Höflichkeit, Kontaktfähigkeit und Toleranz sind niedrig, und bei den persönlichen Kompetenzen fallen sie leider allzu oft durch Unzuverlässigkeit, geringe Lern- und

Leistungsbereitschaft, niedrige Ausdauer, wenig Durchhaltevermögen und Belastbarkeit, unzureichende Sorgfalt und Gewissenhaftigkeit, geringe Verantwortungsbereitschaft und Selbständigkeit und ein unzureichendes Maß von Kreativität, Flexibilität und Selbstkritik auf.

Aufgeben aber dürfen wir in Bildung, Ausbildung und Beruf diese Gruppe von Jugendlichen, die überwiegend aus jungen Männern besteht, auf keinen Fall. Das heute in Deutschland stark ausgebaute Übergangssystem zwischen Schule und Berufsausbildung darf nicht länger nur als eine Verwehrstation konzipiert sein. Vielmehr müssen erheblich stärker als bisher gezielte Kompetenzförderungen auf der Basis von präzisen Diagnosen eingeleitet werden. Ein umfassender Beratungs- und Coachingprozess ist für diese problematische Gruppe einzuleiten, verbunden mit spezifischen Impulsen für das männliche Geschlecht. Denn das ist ein auffälliges Teilergebnis, dass sich unter den gestrandeten jungen Leute heute besonders viele junge Männer befinden, die mit den veränderten Anforderungen an eine flexible Männerrolle nicht zurecht kommen. Auch hier liegt eine große Herausforderung an die Psychotherapie.

Perspektiven

Wagen wir zum Schluss eine Gesamteinschätzung des Profils der heutigen jungen Generation und fragen, welche positiven und negativen Merkmale überwiegen und was das für therapeutische Ansätze bedeutet. Auf der Negativseite der Bilanz stehen die angesprochenen geringen Qualifikationen bei einem erheblichen Teil der jungen Generation. Eine große Gruppe von Jugendlichen ist heute einfach nicht berufsreif, verfügt nicht über die Qualifikationen und Wertorientierungen, die für den Eintritt in heutige Beschäftigungsanforderungen Standard sind, und dahinter liegt oft die Unfähigkeit, sich den Entwicklungsaufgaben in einer angemessenen Weise zu stellen..

Für die gesamte Gruppe der Jugendlichen problematisch ist das geringe politische Engagement, das in eine Zurückhaltung gegenüber dem Einsatz für Beruf und Unternehmen umschlagen kann. Wir haben es mit einer Generation von angepassten jungen Menschen zu tun, die im Kern auf den Status Quo ausgerichtet sind und sich freuen, wenn sie die Position ihrer Elterngeneration erhalten können. Die Zufriedenheit mit der eigenen Erziehung durch die Eltern und die Bereitschaft, eigene Kinder genauso zu erziehen, sind ein Symptom von Angewohntheit und Phantasielosigkeit. Hiermit verbunden ist eine grundsätzliche Scheu vor verbindlichen Entscheidungen, ein Zurückweichen vor Festlegungen bei wichtigen Weichenstellungen. Diese Mentalität kann dazu führen, dass wichtige Situationen für die Fixierung von Plänen verpasst werden. Eine der Konsequenzen dieser Mentalität ist, dass heute aus

der jungen Generation nur ein geringer Mut zur Verselbständigung zu erwarten ist. Jedenfalls ist die Gruppe derjenigen Jugendlichen, die von sich aus die Verantwortung für eine selbständige Tätigkeit ergreift, verhältnismäßig klein. Hier liegt eine Herausforderung sowohl an die Pädagogik als auch an die Therapie.

Positiv schlägt zu Buche, dass die vorherrschende Haltung des subjektiv sensiblen Umweltmonitoring in der Fähigkeit schult, gesamte Systeme zu beobachten und sich an ihnen zu orientieren. Die heutige junge Generation ist durch ihre unheimlich starke Medienorientierung und durch ihre gesamte Mentalitätslagerung in der Lage, systemisch zu denken. Sie kalkuliert Vorteile und Nachteile von bestimmten Optionen und hat eine schnelle Auffassungsgabe. Besonders auffällig ist dabei die Reaktionsfähigkeit in komplexen Situationen und die Bereitschaft zum „Multitasking“, also die für ältere teilweise frappierende Fähigkeit, mehrere Tätigkeiten und Funktionen zur gleichen Zeit und parallel nebeneinander zu bewältigen. Das pragmatische Nutzen-Denken, das für die junge Generation mehrheitlich kennzeichnend ist, ist verbunden mit einem Wunsch nach Harmonie, Treue und Sicherheit. Hier liegen durchaus Potentiale für neue Formen der Bindung an eine Aufgabe, die aber oft erst herausgelockt werden müssen.

Weiterführende Literatur

Hurrelmann, K., Albert, M. und Infratest (2006) 15. Shell Jugendstudie. Fischer Taschenbuch

Hurrelmann, K., Andresen, S. und Infratest Sozialforschung (2007) 1. World Vision Kinderstudie. Fischer Taschenbuch

Hurrelmann, K. (2007) Lebensphase Jugend, 7. Auflage. Weinheim: Juventa Verlag

Fallvignetten zur Bedeutung virtueller Welten von Kindern und Jugendlichen

Ich möchte der soziologischen Perspektive von Herrn Prof. Hurrelmann zur Frage der „neuen“ Patienten und Psychotherapeuten ein paar Eindrücke aus der Behandlungspraxis mit Kindern und Jugendlichen beifügen. Dort haben speziell die neuen, elektronisch-virtuell möglichen Spiele, Bilder und Kommunikationsformen samt den dazugehörigen Automaten eine immer größere Bedeutung. Bindungstheoretisch wird für Handy, Internet und „Playstation“ in der Literatur schon von „elektronischen Objekten“ gesprochen (Ermann 2003, Plassmann 1999/2006) denn sie bieten auch Befriedigungen an, die in medientechnischer Steinzeit allein auf natürliche Objekte angewiesen waren: sozial wahrgenommen werden, anerkannt sein, sich als entscheidungs- und handlungskompetent erleben. Darauf hat uns in der erst beginnenden Aufarbeitung des Amoklaufs von Tim K. dieser Tage auch noch einmal Wilhelm Heitmeyer hingewiesen (2009).

„Virtuell“ heißt: „der Kraft oder Möglichkeit nach vorhanden“. „Cyberspace“ als Sammelbegriff für die digitale Revolution kommt von Kybernetik, das ist die Steuermannskunst. Da gibt es offensichtlich eine Verbindung zwischen technologischem Angebot und psychischem Bedarf.

Zwei Minuten Theorie dazu vorab: Die Entwicklung der Fähigkeit, eine passende gemeinsame Wirklichkeit mit unserer Umgebung herzustellen, uns anzupassen und uns doch als wertvolle Individuen zu empfinden, *bedarf* der inneren Phantasien über die Realität und wie wir sie steuern, also der Größenphantasien. Solches ungefährliche Probedenken und Probehandeln, der Aufbau eines inneren Möglichkeitsraums (Winnicott, 1971) kann nur im Schonraum der Kindheit stattfinden. Wenn es gut geht, reicht ein Bleistift, um ein Zug zu sein, bzw. ihn fahren zu lassen. Es braucht einen wohlwollenden, behutsam desillusionierenden Spiegel innerhalb der primären Pflegebeziehungen, insbesondere wenn der Möglichkeitsraum an seine Grenzen stößt und sie zu integrieren hat. Wo fremdgesteuerte Stimuli und überreizende Bilder, die nicht mehr von Erwachsenen übersetzt und begrenzt werden können, das Kinder- und Jugendzimmer überfluten, überwältigen sie die entwicklungsrechte Phantasiebildung und den Antrieb, selbst Erfahrungen zu machen. Das Kind spielt und experimentiert dann immer weniger autopoetisch und erfährt sich nicht als Schöpfer seiner Wirklichkeit.

Unsere jungen Patienten nutzen die elektronischen virtuellen Welten als relevantes Erlebnis-, Projektions- und Selbstbestätigungsfeld. In meinen folgenden Beispielen schien das Verlangen nach *sozialer* Resonanz und Selbsterfahrung in einer Idealisierung elektronischer Responsivität aber schon erstarrt – „exkommuniziert“ oder „desymbolisiert“, wie es Alfred Lorenzer, Pionier interdisziplinärer Psychoanalyse, einmal genannt hat (1970).

Die Therapie hatte es demnach rekommunizierbar zu machen, bzw. auf die in Stereotypen geronnene objektgerichtete Kreativität zu achten. Wenn aber etwas nicht mehr kommuniziert werden kann, ist Wahrnehmung und Einbeziehung der *Zeichensprache*, die Noch nicht Verbalisierbares transportiert, umso wichtiger. Dafür braucht es, nebenbei gesagt, keine neuen Therapeuten. Eine erste, oft körpersprachlich begonnene, spontane Geste in der Begegnung zwischen Patient und Therapeut kann zum Ausgangspunkt der Wiederentdeckung, bzw. Resymbolisierung des Selbst als Subjekt mit den Objekten werden. Manchmal muss man nur ermöglichen, dass dieser triebhaftere Moment kommen kann.

Ich gebe ihnen vier sehr kurze, fragmentarische Beispiele – versuche 2 Minuten pro Patient und hoffe, Sie können mir folgen – und ein minimal längeres fünftes Beispiel zur Abrundung:

Mein erster Fall beschreibt ein vorläufiges therapeutisches Scheitern: Der Patient, 15 Jahre alt und bereits zu gewisser Berühmtheit gelangt im Online-Fantasyspiel „World of Warcraft“, kam wegen auffälliger Selbstisolation und Depressivität. Der Krankheitsgewinn war hier binnen fünf Jahren Computerspielens schon so überwertig geworden, dass er die ihm zugänglichen Symptome, wie gravierende Absenzen im Straßenverkehr und Appetitverlust, absolut Ich-synton empfand. Auch von außen war kein Leidensdruck herstellbar – was manchmal ein Anfang ist. Der Jugendliche hatte öfter ein T-Shirt an mit der Aufschrift: „I’m only here, because my server is down“, frei übersetzt: „Ich bin nur da, weil der Großrechner meines Netzwerks gerade gewartet wird“. Ich war dankbar für wenigstens diese, aggressiv getönte, Provokation in meine Richtung des ansonsten unbeweglichen, einsilbigen, stets gähnenden Jugendlichen. Natürlich symbolisierte sie die Frage an den elterlichen Wunsch nach seiner Existenz überhaupt. Aber der Junge konnte und wollte von seiner sozial kreativen Aggression nichts wissen. Er fand keinen Zugang zur Ironie seines T-Shirt-Spruchs. Hier ist die „Serverwelt“ sozusagen zu einer autistischen Rückzugswelt geworden, in der er erwartet und gebraucht wurde. Er konnte das trotz meines Angebots nicht auf den therapeutischen Raum übertragen. Ich bemühe mich jedoch, in Kontakt mit ihm zu bleiben.

Mein zweiter Fall: Ein 13-jähriger Junge, der über Latenz und Vorpubertät wegen Ausfällen der Eltern eine intensive Verbindung zu seinem Fernseher hatte, war nach einem schweren Schicksalsschlag in der Familie depressiv-zwanghaft dekompenziert und hatte alle Entwicklungshoffnung aufgegeben. Nach einiger Zeit in der Therapie brachte er sein neues „Bluetooth“-Handy mit. Mit dieser Minifunknetz-Technologie lassen sich Kurzvideos aus dem Internet oder selbstgedrehte Momentaufnahmen kinderleicht mobil weitergeben. Sie haben vielleicht vom Schul-Mobbing per „Happy Slapping“ mit dem Handy gehört, also einen Mitschüler oder Lehrer zu filmen, während man ihn sadistisch vorführt.

Nachdem ich dieses Potenzial des kleinen Gerätes einige Male interessiert angesprochen hatte, zeigte der Junge mir eines Tages eine bestialische Vergewaltigungsszene und die Al-Qaida-Aufnahme der Enthauptung des französischen Journalisten im Irak, die auf dem Schulhof kursierten. Er beschrieb, wie man an Betrachtung und Verbreitung teilnehme, um dazuzugehören, ohne sich „etwas dabei zu denken“.

Auch jetzt schien der Patient zunächst ohne emotionale Regung. Ich war zutiefst schockiert, dachte aber auch, dass er unbewusst versuchte, mit mir zu kommunizieren, wie es ihm mit seiner Realerfahrung extremer Überwältigung ging, als er traumatisiert wurde. In seinen eigenen, *späteren* Worten: „Ich dachte, das wird nie mehr wieder gut, und musste so tun, als wäre das nicht so.“ Als ich ihm meine Betroffenheit über die medial gezeigten, scheinbar natürlichen Handlungen nicht vorenthielt, löste sich seine affektive Erstarrung. Hier konnte eine lange Bearbeitung *seiner* eigenen eingekapselten Ohnmachtsphantasien ihren Ausgang nehmen, für deren Konkretisierung und Umkehrung er dann nicht mehr solche Horrorszenen brauchte.

3. Fall: Ein 17-jähriger junger Mann war stationär gerade ADHS-diagnostiziert und medikamentiert worden. Zuhause gab es bewusst keinen Internetanschluss, damit die Kinder nicht computersüchtig würden. So spielte er in Internet-Cafés exzessiv „Counterstrike“ und 2.-Weltkriegsoffizier. Die hyperkinetische Symptomatik hatte erst in der Adoleszenz begonnen infolge resignativer Unterwerfung gegenüber starken Entwertungen seiner Männlichkeit durch die Mutter. Als er mithilfe meiner anerkennenden Spiegelung seiner Person offener gegen sie rebellierte und wegen ihrer Uneinfühlsamkeit über einen Auszug von zuhause nachdachte, ließ sie den häuslichen Internetanschluss einrichten – der Patient blieb dort wohnen. Ihm war bereits bewusst geworden, dass seine Manie mit dem *inneren* Verbot zu eigenen Gedanken korrespondierte. Nun musste er es zunächst externalisieren und mich depotenzieren, um damit Separation zu üben: Er wolle jetzt nicht mehr dem elterlichen Auftrag folgen, Therapie zu machen, und daher gegen meine Empfehlung abbrechen.

Ein halbes Jahr später kam er mit der Option wieder, über eine Fortführung „diskutieren“ zu können. Mit seiner Mutter diskutieren zu wollen, sei „wie gegen die Wand reden“. Jetzt wurde es für ihn vorstellbar, bei mir allein zu sein, d.h. den Rahmen zur Selbsterfahrung zu nutzen. Im Zuge dessen wurde ihm das Kriegsspiel, in dem er (ein aufgeklärter, empathischer Jugendlicher) sich SS-Kämpfernamen gegeben hatte, als Kanalisation seines Selbsthasses bewusster: weil er seiner Mutter nichts entgegensetzen zu können meinte. Je besser er sich abzugrenzen vermochte und seine aggressiven Regungen nicht mehr schuldhaft verarbeitete, desto weniger musste er virtuell grausam sein.

4. Fall: Eine 12-jährige Gymnasiastin, die sich als „toughe“ 16-Jährige gab, kam wegen psychosomatischer Beschwerden und hysterisch imponierender Weinattacken. In der Schule fiel sie durch Großspurigkeit und Provokation speziell gegenüber männlichen Lehrern auf. Es ging deutlich um eine ödipale Problematik.

Das Mädchen war perfekt vernetzt, verbrachte mehrere Stunden pro Tag am Handy und im Internet-Schüler-Portal. Dabei musste sie ständig ihr sog. „Profil aktualisieren“, um zu sehen, ob jemand einen Kommentar zu ihr abgegeben hatte.

Nach vordergründiger Symptombefreiheit innerhalb von 20 Stunden entwickelte die Patientin heimlichen Widerstand gegen die indizierte Langzeittherapie. Neben ihrer Verführung zu beenden, die in meiner Gegenübertragung Größenphantasien über diese Spontanheilung erzeugte, nahm ich auch eine starke Sexualisierung wahr, also eine entgegengesetzte Tendenz: u.a. rückte sie ihren Stuhl näher an meinen, berührte mit dem Fuß beiläufig meinen Unterschenkel, bohrte lange mit dem Finger in einem Stoffball und rief mit Augenaufschlag: „Oh... ein Loch!“ Als eigene Potenz schien ihr dies Verhalten so wenig bewusst zu sein, wie es im mütterlichen Umfeld bereits erwachsene Männer ansprach. Es gelang mir, die Anerkennung ihrer Abgrenzungs- wie ihrer Verbindungsbedürfnisse als reifende junge Frau spielerisch zu kommunizieren. Sie blieb in Therapie, musste aber zunächst eine stärker spürbare innere Leere füllen. Dafür brachte sie vorübergehend Hausaufgaben mit („Ich habe ja sonst keine Zeit, sie zu machen!“). So geschützt, konnte sie sich im Dialog mit mir etwas mehr Kindlichkeit erlauben. Außerhalb lernte sie einen Jungen aus dem Internet real kennen, wagte, mit mir darüber zu sprechen und begann überhaupt ein introspektives Verhältnis zu sich selbst. Die obligatorischen Handy-Anrufe von Freundinnen in die Therapiestunde hinein wies sie zunehmend ab. So begann sie einen Trauerprozess und weinte darin echt.

Jonathan* ist der **letzte und jüngste meiner Beispielpatienten**, 8 Jahre alt zu Therapiebeginn, ein frühgeborenes Kind, das seinen ersten Lebensmonat an einem Herz-Lungen-Apparat, getrennt von den Eltern, verbrachte und auch später in typischen Entwicklungskrisen viel sich selbst überlassen war. Initial sagte er zu mir: „Ich bin nicht so, wie ich sein möchte“. Zudem stritten sich die Eltern viel, was er „hasse“. Sie *richteten sich* nur *nicht nach ihm*. Aber er mache dafür verbotene Computerspiele, die er von seinem Vater habe, z.B. „Mortal Combat“ und „GTA“ (von der Unabhängigen Selbstkontrolle der Spieleindustrie erst ab 17 empfohlen). Er schlafe schon manchmal schlecht. Ich verstand den Therapiesinn für ihn darin, seine Gestaltungsmacht ungefährlicher erleben zu können.

Jonathan füllte seine Einsamkeit mit großer Begabung zum Zeichnen. Eines seiner ersten Bilder in der Therapie will ich Ihnen zeigen (*ein hermetisch gepanzerter Mann als Kampfroboter*). Ich finde, es symbolisiert einmalig, wie narzisstische Bedürfnisse, natürliche Objektvorstellungen und elektronisch angebotene korrespondieren und sich vorläufige Identitätsbilder davon ableiten. (Jonathan: „So male ich Menschen meistens, außer Frauen“). Achten sie auf die einzige, kleine rote Stelle im Zentrum des Körpers, am Ort des Genitales: Das seien „Kabel, die erhitzen und verdampfen [das Urin]“, damit der „eigentlich liebe“ Kämpfer seine Schalen nicht mal zur Toilette verlassen müsse. – Eine enorme Veranschaulichung seines Begleitsymptoms: sporadisches Einnässen bei Tag.

Ich interpretierte diese Zeichnung und Jonathans Kommentare dazu als Frage, ob man einen aggressiven, Bindung und Abhängigkeit leugnenden Panzer braucht, um sein wahres Inneres vor Verletzung und Vernachlässigung zu schützen, oder auch, um die Umwelt vor den innen schlummernden vitalen Potenzen zu bewahren.

Im Laufe der Therapie inszenierte Jonathan viele Verfolgungsjagden, in denen Gangster in omnipotenten Autos die Polizei und den öffentlichen Verkehr narren und terrorisierten.

Ich: „Das ist eigentlich original wie bei deinem Computerspiel?“ Jonathan: „Nur noch viel brutaler... außer, dass ich hier bestimme.“ Die Jagden unter seiner Kontrolle nahmen zunehmend ein langsames Tempo an, Zeitlupe quasi; liebevolle Details gewannen große Bedeutung. Manchmal stellte er den virtuellen Steuerhebel seiner Spielhandlung auf „*unsterblich*“ ein, damit ihm nichts passiere. Er habe oft Stress bei Kampfspielen, wenn er nicht schnell genug den richtigen Knopf finde. „Unsterblich“ ist tatsächlich ein Modus vieler Videospiele, bei denen es eben oft ums virtuelle Überleben geht. Es wirft ein Licht auf den

* Name geändert

charakteristischen Handlungs- und Reaktionszwang, mit der die elektronische Objektwelt die kindlichen Selbststeuerungsbedürfnisse belagert.

In ungestümem Klopfen lange vor Stundenbeginn zeigte mir Jonathan die ihm eigene Impulsivität, die auch aus der Schule bekannt war. Das provozierte ein Zu-spät-Kommen von mir im Sinne einer Fehlleistung aus Konflikt ausweichender Gegenübertragung, die er schuldhaft auf sich bezog: „Bin ich zu früh? Wieder zu schnell? Ich bin zu früh!“ Als ich jedoch alle Verantwortung übernahm, konnte Jonathan ausdrücken, in Angst zu sein, ich vergäße ihn. Ich antwortete jetzt, dass ich glaubte, für ihn fühle sich das so an, als würden alle Gefühle sterben, ein bisschen wie tot, wenn er mit so großer Lebens- und Liebesenergie zu mir komme und mir das z.B. in seinem lauten Rumpeln zeige, ich dann aber nicht reagierte. Jonathan lachte. Im darauf folgenden Regelspiel entfachte er ein großes libidinös-rivalisierendes Feuer. Dabei redete er schuldentlastet: „Ich bring‘ dich um!“, „Ich schlitze dir die Kehle auf!“... „stech‘ dir ein Messer in die Brust!“ Das klang wie reale Bedrohung, war aber ganz deutlich voller Als-Ob.

In der begleitenden Elterntherapie lernten Vater und Mutter, die Anhänglichkeitsbedürfnisse ihres Sohnes mehr zu sehen, anzunehmen und zu erwidern. Man kann sagen, dass es in der Familie erstmals einen Raum für die depressive Position gab. Sein zwanghafter Gebrauch von Gewaltspielen ging demgegenüber stark zurück.

Ich möchte zusammenfassen: Es geht darum zu verstehen, mit welchen inneren Bildern und Prozessen von Kindern und Jugendlichen sich die technisch virtuelle Welt verknüpft, wie sie verarbeitet wird und wie die Vereinzelung über ihr wieder in Beziehung geholt werden kann. Wenn das Affektleben dabei ist sich zurückzuziehen, braucht es umso mehr reale, empathisch resonante und standhaltende Beziehung. Die schwierigen Trennungs- und Realität-sanpassungs-Schritte von Entwicklung zu ertragen, zu halten und behutsam zu vermitteln, kann kein elektronisches Objekt leisten. Im Reifungsprozess natürliche Konflikte wecken insbesondere auch omnipotente und aggressiv-destruktive Impulse, die nur auf der Basis positiven, sozial eingebetteten Selbsterlebens zu entängstigen sind. Nur wer innerhalb von körperlichen Objektbeziehungen wirklich gesehen wird, entwickelt ein starkes Gefühl, wirklich da zu sein. *Dann* lassen sich die faszinierenden Cyber-Welten auch gut für Autonomieentwicklung und wider den oft zu wenig spielerischen Ernst des Alltags nutzen.

Literatur

ERMANN, Michael (2003): Über mediale Identifizierung.

Erschienen in: Forum der Psychoanalyse (2003 / 19, 181-192)

HEITMEYER, Wilhelm (2009): Junge Amokläufer: Der doppelte Kontrollverlust.

Erschienen in der Taz vom 19.03.09

LORENZER, Alfred (1970): Sprachzerstörung und Rekonstruktion.

Vorarbeiten zu einer Metatheorie der Psychoanalyse.

PLASSMANN, Reinhard (1999): Virtuelle Objekte und ihre Verwendung. Über die industrielle Produktion von Objektbeziehung. Erschienen in: Forum der Psychoanalyse (1999 / 15, 1-8)

PLASSMANN, Reinhard (2006): Kinder ohne Bindung in einer Welt virtueller Objekte.

Vortrag an der FH Frankfurt vom 30.05.06

te WILDT, Theodor, EMRICH, Hinderk M. (2007): Computerspiele und Amoklauf:

Die Verzweiflung hinter der Wut. Deutsches Ärzteblatt, PP, Heft 4, April 2007

WINNICOTT, Donald (1971): Vom Spiel zur Kreativität.

„Der schwierige Patient“ – Spezifika und neuere Entwicklungen von Psychotherapien der komplexen Persönlichkeitsstörungen

Was macht einen Patienten „schwierig“?

Die Frage, was einen Patienten „schwierig“ macht, lässt sich kaum jemals alleine durch Rückgriff auf eine Diagnose beantworten, wie sie in den Klassifikationssystemen ICD oder DSM definiert ist. So ist beispielsweise die Auffassung weit verbreitet, Patienten mit einer emotional-instabilen bzw. Borderline-Persönlichkeitsstörung seien „schwierige“ im Sinne von „schwierig“ zu behandelnde Patienten; manche Patienten mit einer Borderline-Störung sind jedoch sowohl relativ einfach als auch effektiv zu behandeln, wenn der Therapeut oder die Therapeutin sich auf die spezifischen Ausprägungen der Beeinträchtigungen und auf die ganz persönlichen, individuellen Eigenarten dieses Patienten flexibel genug einstellen kann, statt vorgegebenen Standards folgen zu wollen.

Was macht einen Patienten dann „schwierig“? Kehrt man die Frage um und fragt danach, unter welchen Voraussetzungen ein Patient und dessen Behandlung „einfach“ gefunden werden könnten, wäre das vielleicht am ehesten dann der Fall, wenn bestimmte Modellannahmen, auf die in Fachdiskussionen unter Psychotherapeuten häufig zurückgegriffen wird, erfüllt wären: Der Patient leidet an einem bestimmten umschriebenen Störungsbild, Psychotherapie kann in der Weise spezifisch durchgeführt werden, dass der Psychotherapeut eine bestimmte Behandlungsmethode anwendet, die sich bei diesem Störungsbild als wirksam erwiesen hat, und ihm steht ein evidenzbasiertes Behandlungsmanual zur Verfügung, dass bei der Therapie dieses Patienten wichtige Dienste leistet und einigermaßen sicherstellt, dass die Methode, auf die der Therapeut sich stützt, auch tatsächlich einsetzt. Es gäbe eine eindeutige Störung, ein Mittel dagegen und eine Art Handanweisung, wie dieses Mittel einzusetzen ist.

Die Wirklichkeit der klinischen Arbeit mit Patienten mit Persönlichkeitsstörungen ist üblicherweise weit davon entfernt, in dieser Weise einfach zu sein. Das psychotherapeutische Handeln im Umgang mit Patienten mit schweren Persönlichkeitsstörungen hat über weite Strecken hinweg nicht entfernt Ähnlichkeit mit derartig idealtypisch gedachten Behand-

lungsbedingungen. Der weit überwiegende Teil der Patienten mit Persönlichkeitsstörungen, mit denen wir es im klinischen Alltag zu tun haben, leidet weder an einer umschriebenen Störung, noch wäre die Behandlung als Anwendung einer Behandlungsmethode angemessen beschrieben, und die Manuale, auf die Psychotherapeuten zurückgreifen wollten, würden ein ums andere Mal ihre Dienste versagen. Therapeuten, die versuchen würden, die Patienten methodengerecht oder störungsspezifisch zu behandeln, könnten den Patienten und deren vielfältigen Beeinträchtigungen nicht nur nicht gerecht werden, sondern kämen oft genug nicht einmal dazu, einen therapeutischen Prozess mit dem Patienten auch nur einzuleiten.

Noch Mitte des vorigen Jahrhunderts war die psychotherapeutische Behandlung von Patienten, die als „Psychopathen“, „abnorme Persönlichkeiten“, heute „Persönlichkeitsstörungen“ diagnostiziert wurden, ein unbearbeitetes Gebiet; die Patienten galten als weitgehend unbehandelbar - jenseits der formalen diagnostischen Klassifikationssysteme sprechen wir auch von sogenannten „strukturellen Störungen“, ein Begriff, der zum Ausdruck bringt, dass es sich bei den Beeinträchtigungen dieser Patienten um Entwicklungsstörungen handelt, in deren Folge ihnen basale psychische Strukturen und daran gebundene Funktionen der Selbst- und der Beziehungsregulierung nicht verfügbar sind. Die zu der damaligen Zeit vorliegenden Konzepte und therapeutischen Techniken der Psychoanalyse - der einzigen zu dieser Zeit verfügbaren entwickelten therapeutischen Methode - konnten für die Behandlung dieser Patienten nur bedingt übernommen werden und mussten teilweise weitgehend modifiziert und an die besonderen Bedingungen bei diesen Patienten angepasst werden. Diese Bemühungen, die sich unter dem Label „angewandte Psychoanalyse“ vollzogen, gingen innerhalb der Psychoanalyse mit erheblichen Spannungen einher, erwies es sich doch als unvermeidlich, methodische Standards oder als Standards angesehene psychoanalytische Orientierungen in diesem Anwendungsfeld aufzugeben oder zu verändern.

Die Patienten

Im Hinblick auf die Therapie von Patienten mit schweren Persönlichkeitsstörungen ist die Alternative „entweder methodenorientiert oder störungsspezifisch bzw. störungsorientiert“ falsch gestellt: nicht nur muss das methodisch-technische Vorgehen an die spezifische Störung des Patienten angepasst werden, sondern der Therapeut muss sich auch auf die individuellen Besonderheiten des Patienten einstellen und dessen ganz spezifischen Bedingungen, der anderen Person, der Subjektivität dieses Kranken Rechnung tragen.

Eine 26jährige Frau, unsicher, ängstlich, in auffallend weiter schwarzer Kleidung, wuchtigen Metallschmuck am Hals und den Handgelenken, an den Ohren gepeirct,

die Haare bunt gefärbt und zusammengegelt wird wegen quälender Gefühle von Hoffnungs- und Sinnlosigkeit sowie massiven und wiederkehrenden Suizidgedanken zur stationären Behandlung überwiesen.

Die junge Patientin leidet seit ihrer Kindheit unter ständiger innerer Unruhe, unter erheblichen Ein- und Durchschlafstörungen und wiederkehrenden Alpträumen, sie berichtet von rezidivierenden depressiven Episoden. Sie neigt dazu, sich selbst zu entwerten, sich zu hassen und sich vor sich selbst zu ekeln, mit der Folge, dass sie sich durch Schneiden selbst verletzt oder sich mit Gegenständen schlägt. Oft spürt sie sich nicht und fühlt sich leer. Abrupte Stimmungsschwankungen sind ihr vertraut, sie reagiert schnell aggressiv und ist nur schwer in der Lage, ihre Impulse zu steuern. Solche Zustände haben sie seit ihrer Kindheit zu Missbrauch zunächst von Alkohol, später dann von unterschiedlichen Drogen geführt; eine erste Alkoholintoxikation wird ins achte Lebensjahr datiert. Sie hat zwei Mal eine Entzugsbehandlung mitgemacht, einmal mit anschließender Entwöhnung, ist unter Stress und berufsbedingten Anforderungen jedoch wieder rückfällig geworden. Sie weiß nicht, wie es weitergehen soll. Nach einer weiteren Entzugsbehandlung erfolgte die jetzige Aufnahme in der Klinik.

Aufgrund des jahrelangen Drogen- und Alkoholkonsums und erheblichen Traumatisierungen durch Gewalt - die Patientin ist das Kind von schwer alkoholkranken Eltern und lebt seit ihrem neunten Lebensjahr in einer Pflegefamilie, später für kurze Zeit auch auf der Straße - hat sie zentrale Entwicklungsschritte nicht vollziehen können. Ihre Entwicklungsbedingungen haben ein grundlegendes Gefühl von Unsicherheit und Wertlosigkeit hinterlassen. Gefühle von Leere, Unsicherheit, Angst und Selbstunwert versucht sie mit selbstverletzendem Verhalten oder Drogen zu lindern.

Kaum in der Klinik angekommen hegt sie gegen die für sie regulär zuständige Therapeutin eine weitreichende Aversion, sie habe kein Vertrauen zu ihr. Auf eine entsprechende Nachfrage, was es ihr schwermacht, Vertrauen zu finden, reagiert sie abweisend, sie kann das nicht erklären, es gebe eben Menschen, die seien einem gleich sympathisch und welche, die seien einem nicht sympathisch, das könne man nicht erklären. Auf Fragen reagiert sie häufig mit Paradeantworten wie „das ist eben so“, „das kann man nicht erklären“, „das ist normal“, „das machen alle so“. Sie vermag wenig über sich zu sagen, ihre Welt ist eben so wie sie ist, wenn auch voller Schwierigkeiten und Probleme. Der Umstand, dass sie keine Ausbildung hat und ein Ausbildungsvertrag gekündigt wurde, ihre bislang nur schwer beherrschbare Alkohol- und

Drogenabhängigkeit, wiederholte stationäre psychiatrische Behandlungen scheinen in eigentümlicher Weise nicht ihre Probleme zu sein. Vielmehr haben ihre Schilderungen den Charakter der Darstellung widriger Umstände. Es ist zwar ihr Handeln, das zu den Verhältnissen führt, aber es ist nicht sie als Person, die handelt, sie muss sich eben anders verhalten, und dann wird alles anders, als begreife sie sich wie eine Maschine, bei der der Hebel, den sie umstellen möchte, derzeit klemmt.

Auf die Frage nach den von ihr so genannten inneren Blockaden, die sie als Grund für ihre Schwierigkeiten anführt, wird sie ärgerlich und ungeduldig; die Frustration, noch einmal nachdenken zu sollen, aber mit dem Nachdenken nicht weiterzukommen, ist ihr so schwer erträglich, dass sie in der Folge ankündigt, doch lieber wieder nach Hause zu gehen. Da zu vermuten ist, dass ihre Idee, wieder nach Hause zu gehen, von ihr umso dringlicher verfolgt werden würde, je mehr man sie versuchen würde davon zu überzeugen, dass eine stationäre Behandlung erforderlich ist, weil sie dadurch ihre Autonomie in Gefahr sehen würde, nehme ich sie beim Wort und sage ihr, dass wir ihre Entscheidung selbstverständlich respektieren würden, wie auch immer die ausfallen würde, dass sie sich aber bitte entscheiden möge, und ich schlage ihr zwei Tage Bedenkzeit vor. Wie zu erwarten, äußert sich die Patientin bald nach Beendigung des Gesprächs dahingehend, dass vom Nachhausegehen nicht die Rede sein könne, sie würde weiter in der Klinik bleiben.

Für denjenigen, der sich im klinischen Feld struktureller Störungen bzw. Persönlichkeitsentwicklungsstörungen bewegt, ist nichts an dieser jungen Patientin besonders oder ungewöhnlich: die oft desolaten vernachlässigenden, gewalttätigen, ausbeuterischen oder traumatisierenden Bedingungen, unter denen sich die frühe Entwicklung der Persönlichkeit vollzogen hat; die extensive Verwendung von Mitteln wie Alkohol, Drogen oder selbstverletzendes Verhalten – bei anderen Patienten kommen andere Mittel hinzu wie stundenlange Computerspiele, Essanfälle oder ständiges laute Musik-Hören – Mittel, die die Selbstregulierung unterstützen und auf die zumal dann zurückgegriffen werden muss, wenn andere Personen für Zwecke der Selbstregulierung nicht zur Verfügung stehen oder in dieser Funktion versagen; weiter das impulsbestimmte Verhalten, die außerordentlich geringe Frustrationstoleranz, die schwer steuerbare Affektivität und die Neigung, Beziehungen abrupt abubrechen, wenn die andere Person sich nicht erwartungsgemäß verhält. Entsprechend instabil ist die soziale Situation der Patienten, nicht wenige Patienten leben sozial isoliert, es sei denn, sie haben Kontakt zur Drogenszene, Ausbildungen werden mehrfach abgebrochen, der Anteil arbeitsloser Patienten ist hoch, oft weist die Anamnese mehrfache Aufenthalte und Kriseninterventionen in psychiatrischen Kliniken auf.

Patienten wie die geschilderte junge Frau, viele mit Cluster A- und Cluster B-Persönlichkeitsstörungen, stellen inzwischen auch in der ambulanten Versorgung einen zunehmend größeren Anteil dar.

Häufig kommen die Patienten nicht aus eigener Initiative zur Behandlung. Das Kriterium, an dem die Frage der Behandelbarkeit manchmal festgemacht wird, nämlich ob die Patienten zur Therapie motiviert seien, ist hier ungeeignet. Oft ist es der von Anderen ausgeübte Druck, der sie dazu veranlasst, sich an eine therapeutische Institution zu wenden, und in vielen Fällen besteht das Problem nicht darin, dass sie auf Veranlassung Anderer zur Behandlung kommen, sondern dass notwendiger Druck zu spät ausgeübt wird.

Einem 31jährigen Patienten haben seine gut meinenden und inzwischen zunehmend verzweifelten, relativ alten Eltern keinen Gefallen getan, dass sie ihn über Jahre hinweg großzügig finanziell unterstützt haben, ohne dass der sich seinerseits dafür anstrengen musste. Dass sie sich dann – ihrerseits mit therapeutischer Unterstützung – zu dem für sie schweren Schritt entschließen konnten, ihrem Sohn die Pistole auf die Brust zu setzen und ihm überzeugend anzukündigen, dass sie ihm zukünftig jede finanzielle Unterstützung versagen werden, wenn er sich nicht ernsthaft um therapeutische Hilfe bemüht, ist unter solchen Umständen vermutlich das Beste, was ihm passieren konnte. Selten kann es auch einmal ein aufmerksamer und einfühlsamer Arbeitgeber sein, der die Fortführung der Beschäftigung an die Voraussetzung knüpft, dass der Mitarbeiter sich therapeutische Hilfe sucht.

Unter solchen Bedingungen wäre es verfehlt, die Indikation für eine psychotherapeutische Behandlung an die Voraussetzung zu binden, dass der Patient zur Therapie motiviert ist, und viele Patienten mit strukturellen Störungen, die stationär aufgenommen werden müssen, sind in diesem Sinne nicht zur Behandlung motiviert. Der Umstand, dass ein solcher Patient es überhaupt aushält, sich in einer therapeutischen Institution aufzuhalten, ist oftmals das Äußerste, was man in einem ersten Schritt erwarten kann – und nicht ganz selten erweist sich dieser erste Schritt retrospektiv als der entscheidende.

Komorbidität und komplexe Störungen

Bei so gut wie keinem dieser Patienten können die vielfältigen Beeinträchtigungen mit einer umschriebenen Störung erfasst und mit nur einer einzigen Diagnose abgebildet werden.

Bei der geschilderten Patientin lauteten die Diagnosen „rezidivierende depressive Episode

(F 33.1), multipler Substanzgebrauch (F 19.21), emotional instabile Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typ (F 60.31), Bulimie (F 50.3).“

Bekanntlich treten *vielerlei* psychiatrische Störungen nicht isoliert, sondern in Kombination auf. Um dem diagnostisch Rechnung zu tragen, wurde aus der Organmedizin der Begriff der Komorbidität in die Psychotherapie übernommen. Den Ergebnissen des National Comorbidity Survey von Kessler et al. (1994) zufolge ist das gemeinsame Auftreten psychiatrischer Störungen sowohl im Hinblick auf die Lebenszeit- wie im Hinblick auf die 12-Monats-Prävalenz nicht die Ausnahme, sondern die Regel. 79% der Störungen treten als komorbide Störungen auf, und mehr als die Hälfte aller psychiatrischen Störungen entfallen auf diejenigen 14% der Bevölkerung, die an drei oder mehr komorbiden psychiatrischen Störungen leiden.

Vor diesem Hintergrund haben wir uns die klinischen Diagnosen unserer Patienten anhand der unausgelesenen Stichprobe aller von 2001 bis 2004 behandelten Patienten (N=2092) angesehen, die Kombinationen der verschiedenen ICD-10 Diagnosen unter Zugrundelegung der Forschungskriterien erfasst und die zehn häufigsten Kombinationen ermittelt. Wir nennen diese Kombinationen komplexe Störungen. Die zehn Kombinationen decken 75% der Untersuchungstichprobe ab; somit weisen 75% der in der Klinik behandelten Patienten eine dieser komplexen Störungen auf.

Am häufigsten ist eine kombinierte Störung aus sozialen Phobien und posttraumatischen Belastungsstörungen (F4) verbunden mit rezidivierenden (mittelgradigen) depressiven Störungen (F3) sowie mit spezifischen Persönlichkeitsstörungen, vor allem narzisstischen, ängstlichen und Borderline-Persönlichkeitsstörungen. Diese Patienten weisen eine außerordentlich hohe Symptombelastung auf: 31% der Patienten sind chronisch suizidal, 21% haben Suizidversuche unternommen, 71% waren zuvor bereits in stationärer Behandlung, 21% haben keinen Berufsabschluss.

An zweiter Stelle steht eine kombinierte Störung aus Persönlichkeitsstörungen (F6) kombiniert mit neurotischen, Belastungs- oder somatoformen Störungen (F4), allerdings ohne zusätzliche affektive Störungen; stattdessen sind hier Anpassungsstörungen häufig.

Extrem hoch ist die Symptombelastung bei Patienten, bei denen eine Kombination von F6-, F5-, F4- und F3-Störungen diagnostiziert wurde. Dabei steht bei den F6-Diagnosen die Borderline-Störung an erster Stelle, bei den F4-Diagnosen Angst- und posttraumatische Belastungsstörungen, bei den F3-Diagnosen die rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode; hinzu kommen bei dieser Kombination die Diagnosen aus dem F5-

Spektrum, am häufigsten Essattacken bei sonstigen psychischen Störungen. In dieser Gruppe sind 46% der Patienten chronisch suizidal.

Angesichts der Häufigkeit dieser sogenannten komorbiden Störungen, die eher den Regel- als den Ausnahmefall darstellen, stellt sich zwangsläufig die Frage nach dem inneren Zusammenhang zwischen den vielfältigen Beeinträchtigungen dieser Patienten, insbesondere danach, wie angesichts der Mehrzahl von Diagnosen eine störungsspezifische Behandlung aussehen und welche störungsspezifischen Interventionen in welcher Reihenfolge und in welchen Kombinationen dazu herangezogen werden sollten.

Zur Behandlung

So hilfreich das Störungskonzept auch sein mag, und so notwendig es für die Sicherheit therapeutischen Handelns ist, eine Behandlungsmethode gut zu beherrschen, hier nicht, um die Methode an dem Patienten anzuwenden, sondern um eine Bezugsgröße zu haben, an der das konkrete therapeutische Handeln reflektiert werden kann, so ist es im Hinblick auf die Behandlung solcher „schwierigen“ Patienten mit komorbiden Persönlichkeitsstörungen mindestens ebenso wichtig, sich jenseits aller störungsorientierten Interventionen auf diesen ganz individuellen Patienten, auf dessen Person mit ihren subjektiven Besonderheiten einzustellen und Bedingungen anzubieten, die diesem Patienten den Weg in eine Behandlung eröffnen können.

So müssen Patienten mit schwereren Störungen der Persönlichkeitsentwicklung für eine Behandlung oftmals erst gewonnen werden. Alleine damit, dass sie den Aufenthalt in einer therapeutischen Institution nicht abbrechen – wie fremdbestimmt der Weg in die Klinik auch immer gewesen sein mag – nehmen sie aus ihrer Sicht schwer aushaltbare Einschränkungen ihres Autarkiebedürfnisses in Kauf. Es ist dann nicht selten, dass sie, kaum aufgenommen, alles und jeden abwerten: das Zimmer ist eine Zumutung, das Essen schlecht, das Pflegepersonal inkompetent; trotz dieser widrigen Bedingungen machen sie jedoch keine Anstalten, der vermeintlich unzutraglichen Einrichtung den Rücken zu kehren. Nur indem sie diejenigen abwerten, die ihnen therapeutische Unterstützung anbieten, und indem sie bekunden, dass sie eigentlich gar keine therapeutische Unterstützung benötigen, ist es ihnen möglich, sich in einer therapeutischen Einrichtung aufzuhalten; nicht mit Worten, aber mit dem Umstand ihrer Anwesenheit in einer Institution, gegenüber der sie verbal zugleich bekunden müssen, dass sie schlecht ist und dass sie sie nicht benötigen, dokumentieren sie, dass sie Hilfe und Unterstützung brauchen.

Für andere Patienten, vor allem für junge erwachsene Patienten mit Borderline-Störungen, die viele Züge einer späten Adoleszenz aufweisen, konstellieren sich oftmals von Beginn an massive negative Elternübertragungen, ganz so, wie wir das von Kindern und Jugendlichen kennen – die Therapeutin ist wie die intrusive Mutter, der Therapeut wie der gewalttätige Vater, und es gibt nicht die geringste Chance, diese Übertragungen als Übertragungen ins Gespräch zu bringen, zum Gegenstand der gemeinsamen Aufmerksamkeit zu machen und zu relativieren. Der Weg zu gemeinsamem Nachdenken ist verstellt, es muss gehandelt, reagiert werden. Die Therapeutin ist unzumutbar, sie *ist* wie die Mutter, die unzutraglich und vernachlässigend war; sie ist ihr nicht ähnlich oder erinnert an die früheren Erfahrungen, sie *ist* so. Das lässt sich nicht reflexiv einholen und relativieren, die Verhältnisse müssen sich ändern. Stellt der Therapeut das in Frage, ist es wahrscheinlich, dass die eben begonnene Arbeit mit dem Patienten im nächsten Moment schon wieder beendet ist.

Für den Patienten müssen Bedingungen geschaffen werden, die es ihm ermöglichen, den labilen Kontakt aufrecht zu erhalten. Es hat keinen Sinn, mit dem Patienten klären zu wollen, warum er mit dieser Therapeutin oder diesem Therapeuten nicht kann. Die Patienten können Bedingungen, die sie als unzutraglich erleben, nicht zugleich aushalten und ihr eigenes Erleben des für sie Nicht-Aushaltbaren reflektieren. Stattdessen wird man Verhältnisse schaffen müssen, die der Patient tolerieren kann. Geschieht das nicht, kommt eine Behandlung nicht zustande, und die Chance, die damit gegeben ist, dass der Patient überhaupt bereit war, Kontakt zu einer therapeutischen Institution aufzunehmen, ist rasch wieder vertan – manchmal für lange Zeit. Der Kette der Erfahrungen, unzutraglichen Bedingungen ausgesetzt zu sein, die sich durch das bisherige Leben des Patienten hindurch ziehen, wurde nur eine weitere hinzugefügt.

Nicht selten haben wir es mit Patienten zu tun, die größte Schwierigkeiten haben, sich mit den Bedingungen einer Klinik und den dort geltenden unvermeidlichen Regelungen zu arrangieren. In solchen Schwierigkeiten scheint gewöhnlich Einiges von den Problemen auf, mit denen die Patienten auch in ihrer alltäglichen sozialen Lebenswelt zu tun haben: Termine werden nicht eingehalten, Anforderungen, die ihnen gewisse Versagungen abverlangen – beispielsweise die Musik im Zimmer auf eine für Andere akzeptable Lautstärke zu reduzieren – werden als Zumutung erlebt, die Befriedigung momentaner Bedürfnisse aufschieben zu müssen mündet in schwer aushaltbaren Spannungszuständen, die im nächsten Moment drohen mit selbstverletzendem Verhalten bekämpft zu werden.

Ein 22jähriger Patient - die Diagnosen lauteten „soziale Phobien (F40.1), Störung der Impulskontrolle (F63.8), wiederkehrende depressive Verstimmungen, gegenwärtig mittelgradige Episode (F33.1), Adoleszentenkrise (F43.25), emotional instabile Persönlichkeitsstörung“ – reagierte immer wieder impulsiv mit eruptiver Aggression gegen sich selbst oder gegen andere bis hin zu parasuizidalen Handlungen, wenn er sich nicht verstanden fühlte, ohne dass er die jeweils vorausgehende Anspannung spüren konnte. Manchmal fasste er dann in Steckdosen oder lief weg und fand sich gelegentlich wie nach einem Ausnahmezustand auf Bahngleisen oder der Autobahn wieder. Nachdem sich seine Freundin von ihm getrennt hat, ist er mit dem Motorrad absichtlich gegen einen Baum gefahren mit der Folge erheblicher Verletzungen.

Der Patient hat mehrere Ausbildungen abgebrochen; die festen Regeln einer Ausbildung schränken ihn derart ein, dass er sich schnell „genervt“ und unter Druck gesetzt fühlt. Zwecks Berufsfindung absolviert er mehrere Praktika in verschiedenen Sparten, die ihm jedoch alle nicht liegen und alle vorzeitig beendet werden. Nach einem Praktikum in einem Behindertenwohnheim will er eine Ausbildung zum Ergotherapeuten beginnen, die er nach zwei Versuchen mit erheblichen Fehlzeiten schließlich ebenfalls abbricht. Während dieser Ausbildungszeiten lebt er in Wohngemeinschaften, in denen sich heftige Probleme mit Mitbewohnern wiederholen. Seither wohnt er alleine in einer von den Eltern finanzierten Wohnung und hat, nachdem sich seine Freundin von ihm getrennt hat, außer zur Familie, die er täglich aufsucht, keine sozialen Kontakte. Seine Freizeit verbringt er hauptsächlich vor dem Computer bzw. vor dem Fernseher, oft ganze Nächte hindurch.

Einen ersten Aufenthalt in der Klinik hat er abgebrochen, nachdem ihm keine Sonderrechte eingeräumt wurden und von ihm erwartet wurde, sich an geltende Regelungen zu halten, was ihn maßlos empört hatte. Vier Monate später wird er erneut stationär aufgenommen. Von jetzt ab setzt ein zähes Ringen um das Einhalten von bestimmten Regelungen und Rahmenbedingungen ein, um morgendliches Aufstehen, um das Wahrnehmen von Therapieterminen, um den Umgang mit Abwesenheiten u.ä.

Therapie lässt sich hier nicht durch Rückgriff auf methodisches Wissen realisieren, sondern konkretisiert sich in der Auseinandersetzung um die Gültigkeit von Bedingungen und Regelungen, die in der Institution gelten. Therapeuten, für die Psychotherapie die Anwendung einer Behandlungsmethode an einem Patienten ist, mögen das in pejorativ gemeinter Wen-

dung Pädagogik nennen. Tatsächlich geht es bei solchem Ringen mit dem Patienten um Rahmenbedingungen aber nicht darum, den Patienten zu erziehen, vielmehr darum, sich gemeinsam mit dem Patienten auf einen Weg einzulassen, der im gelungenen Fall zur Anerkennung von Realität und Realitätsbedingungen führt, die jenseits des Patienten und jenseits des Therapeuten und ihres gemeinsamen Systems gelten. Man könnte auch sagen: Das Ringen um Rahmenbedingungen ist ein Ringen um Anerkennung des Dritten oder des Gesetzes.

Bei nicht wenigen Borderline-Patienten ist dieses Ringen um Rahmenbedingungen das zentrale Element der Behandlung und kann zum Ausgangspunkt für bemerkenswerte Weiterentwicklungen werden.

Wohl alle, die über einschlägige klinische Erfahrungen mit der Behandlung von Patienten mit schweren Persönlichkeitsstörungen verfügen, stimmen darin überein, dass unmissverständliche, klare und verlässliche Rahmenbedingungen ein unverzichtbares Element der Behandlung sind. Dabei wäre es ein Missverständnis, würde man Rahmenbedingungen ausschließlich als eine Vorbedingung für die eigentliche Behandlung auffassen. Vielmehr ist das Verhandeln über Rahmenbedingungen, die wiederholte Auseinandersetzung um Verletzungen des Rahmens und das Entstehen des Therapeuten für die Unverbrüchlichkeit des Rahmens, an der sich der Patient gleichsam abarbeiten kann, ein zentrales Element der Therapie selbst. Deshalb wäre es ganz unzutreffend, würde man meinen, es sei ausreichend, dem Patienten zu erläutern, wie er sich in der Behandlung verhalten muss, damit die Therapie potentiell zum Erfolg führt, und wie er selber, der Therapeut, sich verhalten wird, um dann im nächsten Schritt mit der Therapie zu beginnen. Vielmehr hat mit dem Verhandeln über die für die Behandlung wichtigen Rahmenbedingungen die Therapie längst begonnen.

Viele Patienten in klinischer Behandlung, die als Persönlichkeitsstörungen diagnostiziert werden, haben in der Vergangenheit Suizidversuche unternommen oder kommen nach einem Suizidversuch in stationäre Behandlung. Der Umgang mit Suizidalität muss deshalb vor Beginn jeder Behandlung Gegenstand der Rahmenvereinbarungen mit dem Patienten sein. Es muss verlässliche Verabredungen geben, was zu geschehen hat, wenn der Patient suizidal wird und vor allem, welche Maßnahmen erforderlich sind, wenn er seine Selbsttötungsimpulse nicht mehr meint kontrollieren zu können. Der Therapeut muss sicher sein können, dass der Patient – wie suizidal er auch immer sein mag, sprich: wie bedrängend seine Suizidgedanken und wie stark seine Suizidimpulse auch sein mögen – nicht versuchen wird, sich zu töten. Wenn der Therapeut das zur Sprache bringt, antworten manche Patienten, dass sie *versuchen* werden, das einzuhalten. Ein Therapeut, der sich auf eine solche halbherzige

Zusicherung des Patienten einlässt, der man schon bei flüchtigem Hinhören entnehmen kann, dass der Patient sich eine Hintertür offen halten will, würde einen Fehler machen. Er wird einigermaßen sicher damit rechnen müssen, dass die ersten Aktionen des Patienten, mit denen er den Therapeuten in Angst und Schrecken versetzt, nicht lange auf sich warten lassen werden. Deshalb sollte der Therapeut sich darauf nicht einlassen und die gemeinsame therapeutische Arbeit nur unter der Voraussetzung beginnen, dass er sich *sicher* darauf verlassen kann, dass der Patient rechtzeitig sagen wird, wenn er meint, seine Suizidimpulse nicht mehr ausreichend sicher steuern zu können, so dass er dann zu seinem eigenen Schutz vorübergehend in den geschlossenen Bereich einer psychiatrischen Klinik überwiesen werden kann, solange, bis er sein Verhalten angesichts derartiger Impulse wieder ausreichend verlässlich kontrollieren kann. Wenn der Patient dem nicht zustimmt, sollte der Therapeut die Behandlung nicht übernehmen, nicht zuletzt deshalb nicht, weil er sich ansonsten leicht in ständige Unruhe versetzt sehen wird, wenn er sich auf die Vereinbarung mit dem Patienten nicht wirklich verlassen kann. Letztlich stimmen die Patienten einer solchen Vereinbarung annähernd ausnahmslos zu.

Der Fokus der therapeutischen Arbeit mit Patienten mit schweren Persönlichkeitsstörungen wird meist – zumindest in einer ersten längeren Behandlungsphase - auf deren sozialer Lebenswelt liegen. Persönlichkeitsstörungen sind „auch Störungen der menschlichen Interaktion und Kommunikation“ (Möller et al. 1996), „Störungen des Sozialen“, wie man auch sagen könnte. Bereits ein flüchtiger Blick in die Kriterien für die verschiedenen Persönlichkeitsstörungen in den diagnostischen Klassifikationssystemen lässt erkennen, dass dort ganz überwiegend Auffälligkeiten aufgeführt sind, die sich auf interpersonelle Situationen beziehen, zum geringeren Teil auf ausschließlich psychische Merkmale.

Häufigkeit und Ausmaß der Probleme von Patienten mit Persönlichkeitsstörungen im Zusammensein mit Anderen sind auf die pathologischen Beziehungserfahrungen der Patienten, die ihre Entwicklung geprägt haben, zurückzuführen. Diese Beziehungserfahrungen werden selten sprachlich mitgeteilt und lassen sich aus den Erzählungen der Patienten kaum jemals rekonstruieren. Man kann annehmen, dass sie nicht symbolisch repräsentiert sind, sondern zum impliziten Wissen gehören. Implizites Beziehungswissen wird gezeigt, als „embodied knowledge“, das sich in Interaktion mit Anderen zur Geltung bringt. Polanyi (1966) hat von „tacit knowing“ gesprochen und ein „knowing how“ als nicht-linguistische, kontextspezifische Form von Wissen von einem „knowing what“ unterschieden. Dieses implizite Beziehungswissen der Patienten zeigt sich auch in der therapeutischen Beziehung, in

den Mitteln und Methoden, auf die der Patient im Vollzug von Interaktion zurückgreift, um die Beziehung mit dem Therapeuten zu gestalten bzw. mitzugestalten.

Darum fokussieren wir in der therapeutischen Arbeit mit Patienten mit Persönlichkeitsstörungen vornehmlich auf Interpersonalität. Das geschieht unter anderem in der Weise, dass wir in Interaktion mit dem Patienten das, was Psychoanalytiker Gegenübertragung nennen, gezielt und soweit das für den Patienten förderlich ist, transparent machen. Bei dieser psychoanalytisch-interaktionellen Arbeitsweise äußert sich nicht ein Therapeut in der Rolle eines Experten über den Patienten, sondern der Therapeut bietet sich dem Patienten als Gegenüber in potentiell reziproker Interaktion an und gibt sich selektiv als eigenständige andere Person zu erkennen. Damit lässt er interpersonelles Geschehen, an dem der Patient gerade teilnimmt und das er selbst mit gestaltet, durchschaubar werden. Der Patient gewinnt Einblick in seine sich wiederholenden Probleme im Zusammensein mit Anderen, denen er sich oft nur ausgesetzt sieht und die er selber ein ums andere Mal mit konstellierte.

Was benötigt ein Psychotherapeut, der mit Patienten mit schweren Persönlichkeitsstörungen therapeutisch arbeitet?

Für die therapeutische Arbeit mit Patienten mit schweren Persönlichkeitsstörungen muss der Therapeut eine Behandlungsmethode sicher beherrschen, aber zugleich souverän und nicht starr damit umgehen können.

Weiter sollte der Therapeut auf Interaktion und dialogischen Austausch eingestellt sein. Er sollte in der Lage sein, sich in Interaktion mit dem Patienten immer möglichst klar darüber zu werden, wie der Patient in diesem Moment vermutlich fühlt und erlebt, und er sollte antizipieren können, wie der Patient vor diesem Hintergrund vermutlich aufnehmen und welche Folgen es bei seinem Gegenüber haben wird, wenn er sich als Therapeut so oder so verhält, nachdem der Patient sich zuvor so und so verhalten hat; der Therapeut sollte – mit anderen Worten - ein sicheres Verständnis für reziproke interpersonelle Interaktion in der therapeutischen Arbeit haben. Wenn sich der Therapeut stattdessen an verallgemeinernden methodischen Empfehlungen orientiert – etwa an der Empfehlung, in der Anfangsphase der Behandlung eine komplementäre Beziehungsgestaltung zu realisieren – wird er manchen Situationen hilflos gegenüberstehen. Derartige Empfehlungen mögen im Einzelfall hilfreich sein, erweisen sich in anderen Fällen aber als zu starr, um der ausgeprägten Neigung vieler Patienten, insbesondere von Patienten mit Borderline-Störungen, zum Agieren, in denen sich ihre Schwierigkeiten im Zusammensein mit Anderen darstellen, therapeutisch gezielt gegenübertreten zu können.

Weiter sollte der Therapeut eine gewisse Handlungsorientierung mitbringen. Die Arbeit mit Patienten mit schweren strukturellen Störungen liegt nicht allen Psychotherapeuten. Psychotherapeuten beispielsweise, die darauf eingestellt sind, aus den Mitteilungen und Erzählungen ihrer Patienten unbewusstes Erleben zu rekonstruieren, tun sich manchmal eher schwer mit dem agierenden Verhalten insbesondere von Borderline-Patienten. Mit Borderline-Patienten kann die therapeutische Arbeit oft über lange Zeit hinweg nicht auf gemeinsames Nachdenken und Verstehen ausgerichtet sein, sondern bedarf über weite Strecken hinweg eines angemessenen handelnden Umgangs mit dem Patienten, darauf, für den Patienten Bedingungen zu schaffen, die es ihm möglich machen, sich auf eine Behandlung überhaupt einzulassen, darauf, ihm Grenzen zu setzen, notwendige Rahmenbedingungen zu verhandeln und dafür einzutreten, und weiter darauf, sich mit dem Patienten zu verstricken und zu riskieren, erst im Nachhinein verstehen zu können, was in der therapeutischen Beziehung gerade geschehen ist.

Schließlich sollte der Therapeut neben allem klinischen Wissen und technischem Können eine gewisse Unerschrockenheit mitbringen und klar und standfest sein können, ohne stur zu werden. Er sollte sich für vielfältige Beziehungsangebote der Patienten zur Verfügung stellen und sich verstricken lassen können und dabei in der Lage sein, sich auch aggressiven Auseinandersetzungen mit den Patienten zu stellen, ohne Gefahr zu laufen, in ein bloßes Mitagieren zu verfallen. Und last but not least sollte der Therapeut seinen Patienten mit einer zugleich verlässlichen und emotional berührbaren Haltung das Gefühl von Sicherheit und Orientierung vermitteln können.

Schlussbemerkung

In qualifizierten klinischen Einrichtungen, die die Aufgabe haben, therapeutische Unterstützung für Patienten mit schweren Persönlichkeitsstörungen bereitzustellen, ist es üblich, nicht methodenorientiert zu arbeiten, sondern sich auf die spezifischen Beeinträchtigungen des einzelnen Patienten und dessen Persönlichkeit einzustellen, mit Therapiekombinationen zu arbeiten, mit Vertretern anderer Professionen eng zu kooperieren, die Behandlung auf einen oder mehrere Foci auszurichten und gegebenenfalls zwischen verschiedenen Foci zu wechseln und die ganz individuellen Umstände eines Patienten in Rechnung zu stellen, um die Therapie darauf abzustimmen. Die umfangreichen Erfahrungen, die in solchen klinischen Einrichtungen mit der Behandlung dieser schwierigen Patienten vorliegen, könnten als „Schatztruhe“ auch für die ambulante therapeutische Versorgung dieser Arbeit genutzt werden.

Plädoyer für eine Fehlerkultur in der Psychotherapie

Die Situation der Psychotherapie im medizinischen Versorgungssystem hat sich einerseits dramatisch verbessert; andererseits wird doch immer wieder von Vertretern der Kassen die Notwendigkeit von Psychotherapie bezweifelt, oder mit dem skeptischen Hinweis auf die international einzigartige, recht umfängliche Ausgestaltung in Frage gestellt: Manchmal könnte man meinen, es sei dies ein Negativum, da die meisten anderen Länder in der Regel sehr zurückhaltend mit der Kostenübernahme für Psychotherapie sind (Kächele u. Pirmoradi 2009). Kein Wunder, dass die psychotherapeutische Profession den wissenschaftlich belegten Nutzen von Psychotherapie in den Vordergrund rückt – und eine Diskussion über Fehlentwicklungen, negative Verläufe von Behandlungen, nicht begeistert vorantreibt.

Dass Psychotherapie im Wesentlichen unproblematisch verlaufe, gehört zu den Mythen der Psychotherapie (Kiesler 1966). Die erste Veröffentlichung zu negativen Effekten durch Psychotherapie – sieht man von der Phyllippika Eysencks aus dem Jahre 1952 einmal ab – stammt von dem Therapieforscher A. E. Bergin aus Utah. Dieser machte auf die regelhaft festzustellende Varianzerweiterung von Messgrößen nach einer Psychotherapie (Bergin 1963) aufmerksam. Psychotherapie ist wirksam, wie man Lambert u. Ogles (2004) eindeutig entnehmen kann, aber Therapie kann auch schaden: Bei wirksamen Behandlungen gibt es praktisch immer Patienten, denen sie nützt, andere, denen sie nichts nützt oder gar schadet. Varianzerweiterung von Messgrößen weist auf Nicht- oder Fehlentwicklungen bei einem Teil der Patienten hin. Dieses Faktum anzuerkennen steht am Anfang der Etablierung einer Fehlerkultur in der Psychotherapie. Der bekannte Leitspruch aus der Qualitätsmanagement-Welt: „Jeder Mangel ist ein Schatz“ sollte mit in die Etablierung einer Fehler-orientierten Diskussionskultur einfließen (Berwick 1989, zit. nach Kordy & Lutz 1995).

Was macht es schwierig für den einzelnen Therapeuten, Frau oder Mann, sich und anderen offen einzugestehen, dass nicht alle Behandlungen glücklich verlaufen, und dass manche einen sogar an den Rand der Verzweiflung bringen können? Warum ist das Eingeständnis des Scheiterns gleich eine narzisstische Katastrophe, die zu verheimlichen dem Selbstschutz geschuldet zu sein scheint? Warum kann eine unerwünschte, negative Entwicklung nicht analysiert, kritisch durchdacht, und mit einem Patienten sogar noch gemeinsam reflektiert werden? Haben wir denn das Freudsche Diktum vergessen, dass erfolgreiche Fälle we-

nig wissenschaftlichen Gewinn bringen und dass die nicht-erfolgreichen Verläufe uns produktiv anregen können, unseren Verstehensprozess zu vertiefen?

Die Aufforderung im Rahmen des 5. Psychotherapeutentages der Berliner Kammer, über diese Fragen zu reflektieren, indiziert, dass eine Sensibilität für solche Fragen gewachsen ist, und dass eine verantwortliche Berufspolitik sich diesen belastenden Aspekten nicht entziehen kann.

Eine Schwierigkeit beim Erkennen von Fehlentwicklungen in der Psychotherapie ist generell, dass Wirkungen oft nicht sofort erfolgen; je nach Therapieansatz auch nicht allzu schnell erwartet werden. Nicht nur bei Therapien, die sich schließlich als erfolglos erweisen, auch bei sehr erfolgreichen muss die Verbesserung nicht kontinuierlich erfolgen. Lange Phasen der Stagnation fordern das individuelle Fallverständnis des Therapeuten bei der Beurteilung heraus. Zudem gibt es Patienten, bei denen die Art der Störung oder andere Umstände nahe legen, mit einer Verhinderung von Verschlechterungen zufrieden zu sein, wobei man sich dann oft auch an der Grenze dessen bewegt, was als Psychotherapie zu bezeichnen ist. Das Problem weist vielfältige Facetten auf. Allein die Definition "Was ist ein Misserfolg?" kann nur differenziert erfolgen.

Das Thema "Misserfolg" war lange ein Stiefkind der fachlichen Diskussion. Misserfolg wird dabei auch unterschiedlich definiert: Als Abwesenheit von Fortschritt (z.B. Schulz, 1984) oder als darüber hinausgehende, dauerhafte Schädigung des Patienten (z.B. Fischer-Klepsch et al., 2000)

Insofern, als in eine nicht erfolgreiche Therapie ja auch Ressourcen einschließlich Lebenszeit investiert werden, und sie i.a. auch einer anderen Therapie, die vielleicht erfolgreicher hätte sein können, im Wege steht, entsteht bei Nicht-Erfolg (wie immer definiert) ohnehin auch ein Schaden. Das Ausbleiben einer eigentlich möglichen Entwicklung ist auch eine Fehlentwicklung. Insofern stehen, genau besehen, die Definitionen gar nicht so weit auseinander. Misserfolg wird endlich häufiger thematisiert, in Artikeln und Buchveröffentlichungen (z.B. Märtens & Petzold 2002) und das ist gut so. Wir bevorzugen den Zugang zu diesem Themenkomplex über das Thema der Fehlentwicklungen: Er weist von Anfang an stärker auf den Prozessaspekt hin, auf das rechtzeitige Erkennen und Korrigieren statt des Feststellens wenn es zu spät ist – auch wenn eine Beschäftigung mit Misserfolg sich natürlich nicht darauf beschränken muss.

Weiter sei darauf hingewiesen, dass auch Therapeuten als Person und Professionelle sich fehlentwickeln oder nicht-entwickeln können. Dies kann auch die Grundlage der Fehlentwicklung in einzelnen Therapien sein, auf die sich dieser Beitrag im Übrigen konzentriert.

Bei Fehlentwicklung als Ausbleiben einer positiven Entwicklung ist jede Variable relevant, die mit Therapieerfolg assoziiert ist, vom Abstimmen von Zielen und Aufgaben in der Psychotherapie über diverse Patienten- und Therapeutenvariablen, und Genderfragen bis hin zu frühen Indikatoren von Therapieerfolg und –misserfolg im Prozess. Eine solche Auffassung ist natürlich unpraktikabel breit, uns würde aber eine Diskussion unter Beschränkung auf die eklatantesten Fehlentwicklungen andererseits zu wenig weit gehen.

Dass man sich in der Domäne der Psychotherapie nach langen Jahren der Vernachlässigung vermehrt mit Misserfolgen und Fehlentwicklungen beschäftigt, kann als Reifezeichen verstanden werden (Reinecker, 2005). Dahinter stecken hinter der Reifung sicherlich weitere Faktoren, u.a. die generelle Zunahme der gesellschaftlichen Beschäftigung mit Grenzen der Machbarkeit, aber auch die vermehrte Beschäftigung mit schwierigen Patientengruppen in der Psychotherapie.

Mit wie vielen Misserfolgen ist im Durchschnitt zu rechnen? Die alte Meta-Analyse von Smith und Glass (1980) zeigte Verschlechterung bei rund 12% der Patienten. Mohr (1995) zählt in einem Überblick über viele Studien bei 5-10 % der Patienten Verschlechterungen, bei 15-25% keine messbare Verbesserung.

Interessanter erscheint uns ein differentieller Ansatz, wie ihn die DPV-Katamnese studie berichtet (Stuhr et al. 2002, S. 154). An einer Teilstichprobe von 154 (von 400) nachuntersuchten ehemaligen Psychoanalyse-Patienten wurden basierend auf psychometrischen Daten folgende Untergruppen identifiziert:

Untergruppe 1: Die therapeutisch Erfolgreichen mit dem speziellen Fokus: Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit, aber dem ‚gemeinen Leiden‘ an der Sexualität

Untergruppe 2: Die therapeutisch Erfolgreichen mit dem Fokus auf Zufriedenheit

Untergruppe 3: Die noch Belasteten, die nur durchschnittlich zufrieden sind

Untergruppe 4: Die therapeutisch Erfolgreichen mit dem Fokus auf finanzielle Zufriedenheit

Untergruppe 5: Die auf der ganzen Linie therapeutische Erfolgreichen

Untergruppe 6: Die noch belasteten Unzufriedenen

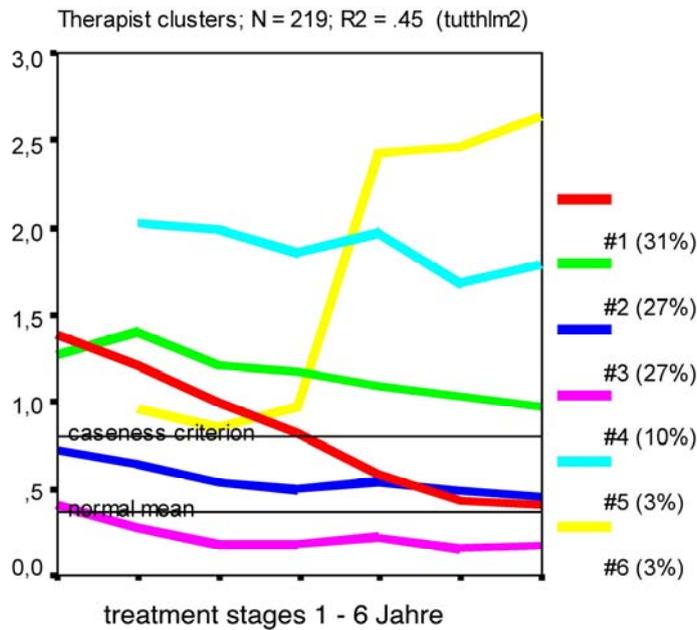
Untergruppe 7: Die extreme Kleingruppe der therapeutisch relativ am wenigsten erfolgreichen Patienten

Clusteranalytische Identifizierung von Untergruppen (N=154)

In dieser Perspektive gilt, dass „beauty resides in the eyes of the beholder“ – oder was dem einen seine Eule, ist dem anderen seine Nachtigall. Eine solch differenzierende Betrachtungsweise könnte Therapeuten damit versöhnen, dass Teilerfolge auch positiv gewertet

werden können. Es geht nicht um ‚Alles oder Nichts‘, sondern um eine bilanzierende Bewertung, die möglichst mit dem Patienten getroffen werden sollte. Beispiele für solche gemeinsamen Rückblicke finden sich noch selten in Veröffentlichungen; Thomä u. Kächele (2006) haben in ihrem Lehrbuch solche Stellungnahmen von Patienten einbezogen.

Wenig bearbeitet ist die Frage, ob es Therapeuten gibt, die konsistent Fehlentwicklungen provozieren und andere, die sie erfolgreich vermeiden? Die erste einschlägige Veröffentlichung stammt aus der Arbeitsgruppe von Luborsky, die 1985 die Determinanten erfolgreicher Therapeuten thematisierten (Luborsky et al. 1985). Okiishi et al. (2003) untersuchten die Therapeuten von 2000 Patienten an einer Studentenberatung, die mit mindestens 15 Patienten in der Studie beteiligt (aber relativ unerfahren) waren: Die erfolgreichsten Therapeuten hatten 10 x grössere Effekte als die am wenigsten erfolgreichen (bei denen Pat. sich verschlechterten!). Die Wirkung war relativ konsistent über alle Patienten und nicht abhängig von Art und Umfang der Ausbildung, Orientierung und Geschlecht: also müssen andere Variablen verantwortlich sein! Ähnlich offensiv analysierte Sandell (2007) aus Stockholm die Daten einer grossangelegten Studie. Unter dem herausfordernden Titel „Die Menschen sind verschieden - auch als Patienten und Therapeuten» berichtet er über dramatisch zu nennende Unterschiede in der Fähigkeit von Therapeuten, Behandlungen zu einem günstigen Ende zu führen. Die Messgröße ist die symptomatische Belastung der Patienten am Beginn und in drei jährigen Beobachtungszeitraum (Messgrößen SCL-90, GSI über den Zeitraum von drei Jahren) Eine verwirrende Vielfalt von Verläufen (anything goes) ließ sich durch eine latent class analysis vereinfachen:



Der langjährige Beobachtungszeitraum zeigt an, mit welchen Unterschieden im in der Verbesserung symptomatischen Befindens zu rechnen ist.

Solche Befunde können, ja müssen die Entwicklung einer Fehlerkultur beflügeln, und man könnte auf recht spannende Dialoge hoffen. Vermutlich gibt es Fehlentwicklungen, die vom Berufsstand als solche übereinstimmend identifiziert werden; da jedoch in einem Berufsstand verschiedene therapeutische Orientierungen vertreten sind, dürfte es nicht überraschend sein, dass therapeutische Entwicklungen je nach Therapierichtung unterschiedlich beurteilt werden. Darüber hinaus werden Behandlungen zu finden sein, bei denen der beste Therapeut auch mit einer detaillierten individuellen Fallkonzeption und selbst in intensiver Beratung mit Fachkollegen nicht beurteilen kann, ob es sich um eine Fehlentwicklung handelt oder eine solche nicht abwenden kann.

Ohne dies hier extensiv zu verhandeln, dürfte klar sein, dass die allgemeinen Prinzipien einer therapeutisch-medizinischen Ethik – dies sind Respekt vor der Autonomie des Patienten, Schadensvermeidung, Handeln zum Wohle des Patienten und das Prinzip der Gerechtigkeit und Fairness – einer Diskussion von Fehlentwicklungen vorgelagert sind (Reimer 1999; Freyberger 2008). Doch ethische Maximen können bei der Beurteilung von Sachverhalten hilfreich sein, aber sie werden diese nicht verhindern können, weshalb auch in der Medizin ethische Beratungsinstanzen oft nur nachträglich tätig sind.

Es gibt Aufteilungen von Gründen für das Scheitern von Therapien, z.B. nach

- psychotherapeutischer Technik,
- Persönlichkeit des Psychotherapeuten,
- Störung / Persönlichkeit des Patienten
- Umgebung / Beziehungen.

Es ist allerdings selten, dass nur eine Ursache im Vordergrund steht; oft geht es um eine Konstellation von Aspekten, z.B. ein Nicht-Passen der psychotherapeutischen Technik zur Störung des Patienten. In einer ausführlichen Veröffentlichung (Caspar u. Kächele 2008) haben wir eine Reihe von therapieorientierungs-übergreifende Reihe von typischen Fehlentwicklungen aufgezeigt und diskutiert.

Die Bereitschaft zu akzeptieren, dass jede Therapie weiter verbesserungsfähig ist, erscheint uns als Grundlage für eine "Fehlerkultur", in der eine Wachsamkeit für Anzeichen suboptimalen Vorgehen und eine ständige Bereitschaft zum Überdenken und Verändern desselben wachsen können.

Ein verbreitetes Abweichen vom optimalen Vorgehen hängt mit Unkenntnis des ‚State of the Art‘ der Behandlung unter den gegebenen Konditionen ab. Damit sind auch, aber nicht nur störungsspezifische Vorgehensweisen gemeint. Wie auch in der Medizin (Antes 2003) hinkt die Aufnahme des aktuellen Wissens und dessen Umsetzung durch Praktiker naturgemäß hinterher. Leitlinien, die von verschiedenen Institutionen und Gesellschaften herausgegeben werden, machen deutlich, wie schwierig das Ableiten von gültigen Behandlungsregeln aus der empirischen Evidenz für den Einzelfall ist.

Je nach den Voraussetzungen des Einzelfalls besteht ein beträchtlicher Spielraum für die Festlegung des "idealen" Vorgehens und es selbst wenn dieses eindeutig definierbar wäre, wäre es völlig normal, dass ein tatsächliches Vorgehen nie 100% dem "Ideal" entspricht. Das darf aber nicht als Entschuldigung für gröbere Fehlentwicklungen herhalten, wie sie aus Unkenntnis oder Vernachlässigung des ‚State of the Art‘ in der Behandlung von Patienten mit bestimmten Voraussetzungen entstehen können. Solche Fehlentwicklungen sind eindeutig vermeidbar und schwer entschuldbar, wenn sie auf blinde Flecken der Therapeuten zurückgehen. Der Gesetzgeber sieht denn auch vor, dass nur Behandlungen auf wissenschaftlicher Basis durchgeführt werden sollen.

Ein Problem stellt zweifellos die Überbewertung des eigenen Behandlungsverfahrens verknüpft mit "nicht hinreichenden Kenntnis und projektiven Abwertung alternativer Behandlungsverfahren – zum Schaden des betroffenen Patienten" dar (Freyberger, 2007). Ein weiteres Problem ist ein unreflektiertes Übertragen dessen, was einem selber geholfen hat, auf Patienten, bei denen die Voraussetzungen ganz anders sind.

Fehlentwicklungen durch die und in der Forschung

In der Forschung gibt es Trends. Diese sind jeweils verbunden mit dem Hervorheben bestimmter und dem Vernachlässigen anderer Perspektiven. In dem Maße, in dem freiwillig oder gezwungenermaßen die Praxis durch wissenschaftliche Ergebnisse beeinflusst wird, können Fehlentwicklungen auch durch Einseitigkeiten, wenn nicht gar Fehler in der Forschung hervorgebracht werden.

Jahrzehntlang wurde ein nüchternes Betrachten der Wirksamkeit von Psychotherapien mit angemessenen Forschungsmethoden zu wenig gepflegt und es wurde de facto zu wenig vollzogen, was Kiesler in seinem Aufruf gegen die "uniformity myths" vor langer Zeit gefordert hatte. Dies trug dazu bei, dass Patienten nicht optimal wirksame Therapien erhielten. In Bezug auf Wirksamkeitsfragen haben wir stark aufgeholt. Die Übertragung von experimentellen Ergebnissen auf den Einzelfall in der Praxis wirft dagegen neue Fragen der ökologischen Validität auf.

Derzeit wird die Bedeutung der "technischen" und der störungsspezifischen Aspekte übertrieben. Wenn ein Anspruch der Wissenschaft ist, alle Aspekte, die zu Erfolg versus Misserfolg einer Therapie beitragen, nüchtern zu berücksichtigen, dann muss das Ausblenden anderer Aspekte als unwissenschaftlich bezeichnet werden. So kann z.B. bereits das vorhandene Wissen zu Aspekten der therapeutischen Beziehung dem Praktiker helfen und es ist dringend weiter auszubauen. Dass Beziehungsaspekte oft "aus dem Bauch heraus" oder aufgrund empirisch wenig fundierter Konzepte berücksichtigt werden, ist nicht nur dem jeweiligen Praktiker, sondern auch der Wissenschaft anzulasten.

Mittlere Effekte von bestimmter Vorgehensweise sind ein unbestritten wichtiger Aspekt. Eine überstarke Ausrichtung darauf kann aber zu einer Vernachlässigung von Aspekten, führen, die besser am Einzelfall nachvollzogen werden können und andere Designs voraussetzen. Dazu gehören Fehlentwicklungen und Misserfolg. Eine Therapieforschung, die dazu wenig Raum lässt, muss sich die Frage gefallen lassen, ob sie nicht selber eine Fehlentwicklung darstellt.

Lernen aus Erfahrung und Umgang mit Fehlentwicklungen

Lernen aus Misserfolgen ist gar nicht so einfach. Es ist ja nicht so, dass auf schlechte Interventionen einfach Fehlentwicklungen oder Misserfolge folgen und vice versa. Zum Glück werden Patienten manchmal auch in Therapien gesund, die zumindest nach gängigen Kriterien keine gute Therapien sind, und nicht jedes gute therapeutische Handeln ist von Erfolg gekrönt.

Es geht immer um zwei Ziele: Fehlentwicklungen erkennen, um in einer laufenden Therapie Korrekturen vorzunehmen und aus zurückliegenden Therapien für neue zu lernen. Wichtig ist dabei ein gutes Verständnis der Wirkweise der Therapien und dass man sich überhaupt mit den Misserfolgen gezielt beschäftigt hat.

Deshalb plädieren wir für eine "Fehlerkultur": Dabei sollen natürlich nicht Fehler gezüchtet werden, im Gegenteil, sondern wir wünschen dem Berufsstand eine Kultur der offenen Auseinandersetzung mit Probleme und Fehlern. Therapeuten müssen möglichst früh lernen, mit kritischen Hinweisen umzugehen und daraus angemessene Konsequenzen zu ziehen, sie müssen sogar noch darüber hinaus aktiv nach Hinweisen für nicht so gut gelaufene Interventionen suchen. Wenn Therapeuten sich zu stark anpassen, können sie die Linie verlieren und allenfalls sogar Problemverhalten von Patienten, wie Kontrollieren des Therapeuten durch Herstellen von Spannung oder des Themas durch Hüpfen auf ein scheinbar wichtiges neues Thema verstärken. Diese Gratwanderung erinnert an das alte handlungstheoretische Konzept des "stabil-flexiblen" Verhaltens, und das gelingt (zumindest bei etwas schwierigeren Patienten) nur, wenn der Therapeut sich auf eine gute individuelle Fallkonzeption stützen kann.

Zum Schluss

Ein einfaches Rezept zum Vermeiden von Fehlentwicklungen gibt es nicht, aber ein Rezept, um ihre Wahrscheinlichkeit zu reduzieren. Das ist die Frage: "Könnte es auch anders sein?" Oder etwas ausdifferenziert: "Könnte es sein, dass meine erste Diagnose, meine interpersonale Einschätzung, meine Indikation, mein konkretes Vorgehen nicht ganz optimal sind?" "Könnte es sein, dass meine Sicht- und Vorgehensweise mehr von eigenen Mustern und Bedürfnissen als von denen des Patienten bestimmt sind?" "Könnte es sein, dass die therapeutischen Sicht- und Vorgehensweisen, die ich gelernt habe und deren Anwendung ich bevorzuge, für diesen Patienten in dieser Situation nicht optimal sind?"

Eine immer wieder hinterfragende Haltung, die nicht die Handlungsfähigkeit beeinträchtigen sollte, möchten wir allen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ans Herz legen.

Literatur

- Antes, G. (2003) Evidenzbasierte Medizin zwischen Anspruch und Wirklichkeit. Vortrag auf dem Kongress der Fachgruppe Klinische Psychologie der Deutschen Gesellschaft für Psychologie, Freiburg.
- Bergin, A. E. (1963) The effects of psychotherapy: Negative results revisited. *Journal of Consulting Psychology* 10 : 244-250.
- Berwick, D. M. (1989). Continuous improvement as an ideal in health care. *New England Journal in Medicine*, 320: 53-56.
- Caspar, F. M. (2007) Beziehungen und Probleme verstehen. Eine Einführung in die psychotherapeutische Plananalyse. Bern, Huber
- Caspar, F., Kächele, H. (2008) Fehlentwicklungen in der Psychotherapie. In S. C. Herpertz, F. Caspar, C. Mundt (Hrsg.) *Störungsorientierte Psychotherapie*. München-Jena, Urban u. Fischer, S. 729-743
- Eysenck, H. J. (1952) The effects of psychotherapy: an evaluation. *Journal of Consulting Psychology* 16: 319-324.
- Fischer-Klepsch, M., Münchau, N., Hand, I. (2000) Misserfolge in der Verhaltenstherapie. In J. Margraf (Hrsg.) *Lehrbuch der Verhaltenstherapie*. Band 1. Berlin, Springer, S.191-203
- Freyberger, H. J. (2008) Ethik in der Psychotherapie. In S. C. Herpertz, F. Caspar, C. Mundt (Hrsg.) *Störungsorientierte Psychotherapie*. München-Jena, Urban u. Fischer, S. 721-727
- Kächele H, Pirmoradi S (2009) Psychotherapy in European Public Mental Health Services. *Int J Psychotherapy* 13: 40 - 48
- Kiesler, D. J. (1966) Some myths of psychotherapy research and the search for a paradigm. *Psychological Bulletin* 65: 110-136.
- Kordy H, Lutz W (1995) Das Heidelberger Modell: Von der Qualitätskontrolle zum Qualitätsmanagement - stationärer - Psychotherapie durch EDV-Unterstützung. *Psychotherapie Forum* 3:197-206
- Lambert, M.J., Ogles B (2004) The efficacy and effectiveness of psychotherapy, in M.J. Lambert (Hrsg.) *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*. New York Chichester Brisbane, Wiley, S. 139-193.
- Luborsky, L., McLellan, A. T., Woody, G. B., et al. (1985) Therapists' success and its determinants. *Archives of General Psychiatry* 42: 602-611.
- Märtens, M., Petzold, H. (Hrsg.) (2002) *Therapieschäden*. Mainz, Matthias-Grünwald-Verlag.

- Mohr, D. C. (1995) Negative outcome in psychotherapy: A critical review. *Clinical Psychology: Science and Practice* 2: 1-27
- Okiishi, J. C., Lambert, M. J., Nielson, S. L., et al. (2003) Waiting for the supershrink: An empirical analysis of therapists' effects. *Clinical Psychology and Psychotherapy* 10: 361-373.
- Paul, G. (1967) The strategy of outcome research in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 31 : 109-118.
- Reimer, C. (1999) Ethische Probleme bei Psychotherapie. In H. H. Studt, E. Petzold (Hrsg) *Psychotherapeutische Medizin. Psychoanalyse - Psychosomatik - Psychotherapie. Ein Leitfaden für Klinik und Praxis*. Berlin, de Gruyter, S. 418-420
- Reinecker, H. (2005) Misserfolg in der Psychotherapie. In F. Petermann and H. Reinecker (Hrsg) *Handbuch der Psychologie. Klinische Psychologie und Psychotherapie*. Göttingen, Hogrefe, S. 726-737
- Sandell, R. (2007) Die Menschen sind verschieden - auch als Patienten und Therapeuten. Aus der psychoanalytischen Forschung. In A. Springer, K. Münch, and D. Munz (Hrsg.) *Psychoanalyse heute?! Psychosozial-Verlag*, S. 461-481
- Schulz, W. (1985) Therapeutische Misserfolge. *Zeitschrift für personenzentrierte Psychologie und Psychotherapie*, Hrsg. Heft 4
- Smith, M. L., Glass, G. V., & Miller, T. I. (1980) *The benefits of psychotherapy*. Baltimore, Johns Hopkins University Press.
- Stuhr, U., Höppner-Deymann, S., Oppermann, M. (2002) Zur Kombination qualitativer und quantitativer Daten - "Was nur erzählt werden kann". In M. Leuzinger-Bohleber, B. Rüger, U. Stuhr, Beutel M. (Hrsg) "Forschung und Heilen" in der Psychoanalyse. *Ergebnisse und Berichte aus Forschung und Praxis*. Stuttgart, Kohlhammer, S. 154-179
- Thomä H, Kächele H (2006) *Psychoanalytische Therapie. Band 2: Praxis*. Heidelberg, Springer Medizin Verlag

Prof. Dr. Horst Kächele

Universitätsklinik Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

Universitätsklinikum Ulm

e-mail : horst.kaechele@uni-ulm.de

www.horstkaechele.de

Fotogalerie



Fahne der Psychotherapeutenkammer



Kammerpräsident Michael Krenz



Staatssekretär Dr. Benjamin-Immanuel Hoff



Prof. Dr. Bernhard Strauß



Plenum



Podiumsdiskussion



Sibylle Malinke und Wolfgang von den Bergh



Aus dem Plenum



Prof. Dr. Klaus Hurrelmann



Prof. Dr. Klaus Hurrelmann



Aus dem Plenum



Prof. Dr. Horst Kächele



Marga Henkel-Gessat, Delegierte



Christiane Angermann-Küster, Vorstand



Patrik Herrmann



Plenum



Plenum



Aus dem Plenum



Plenum



Prof. Dr. Ulrich Steeck