

# Psychisch krank

## Eine fachliche Abhandlung

# Inhalt

## Artikel

Psychische Störung	1
Angststörung	6
Panikstörung	16
Depression	18
Psychotherapie	37
Verhaltenstherapie	48
Psychoanalyse	55
Entspannungsverfahren	77

## Referenzen

Quelle(n) und Bearbeiter des/der Artikel(s)	82
Quelle(n), Lizenz(en) und Autor(en) des Bildes	84

## Artikellizenzen

Lizenz	85
--------	----

# Psychische Störung

---

Eine **psychische** oder **seelische Störung** ist eine erhebliche Abweichung von der Norm im Erleben oder Verhalten, die die Bereiche des Denkens, Fühlens und Handelns betrifft. Als weiteres Kriterium für eine Diagnose einer psychischen Störung wird neben der Abweichung auch psychisches Leiden auf Seiten der Betroffenen vorausgesetzt. Die Wissenschaften, die sich primär mit Störungen der Psyche beschäftigen, sind die Klinische Psychologie und die Psychiatrie.

Die Bezeichnung wurde von der WHO anstelle des Ausdrucks „Psychische Erkrankung“ eingeführt, um eine Stigmatisierung Betroffener zu vermeiden.

## Begriffsabgrenzung

Grundsätzlich ist der Krankheitsbegriff in der Medizin problematisch: Neben der *objektiv* feststellbaren Abweichung von einer zuvor definierten (also an den Grenzen auch willkürlich festgelegten) *Norm* kann das individuelle und nur *subjektiv* erlebte Leid im Verständnis des Begriffs nie ganz übergangen werden. So ist die Schwelle von der Gesundheit zur Krankheit (auch hinsichtlich objektiver Befunde oder dem Beginn) meist unscharf.

Gerade für die Beurteilung psychischer Störungen sind die erwähnten Begriffe „Norm“, „Objektivität“ und „Subjektivität“ besonders problematisch. Am Beispiel der „Norm“ wird die Gefahr der Stigmatisierung eines objektivierbaren „Befundes“ (z. B. im Sinne eines speziellen ungewöhnlichen Verhaltens) deutlicher, als es durch einen ebenso objektiven Befund in der Organmedizin impliziert wäre. – Psychisches Verhalten mag oberflächlich gesehen noch einer echten Objektivierung zugänglich sein. Jedoch resultiert es häufig aus einem inneren (also subjektiven) Erleben, über das wir nur durch die Auskunft des Betroffenen Kenntnis haben können. Diese Kenntnis ist nie wirklich „Objekt“, sondern allenfalls im Ansatz eine Art Übereinkunft zwischen Untersucher und Betroffenen („Interrater-Reliabilität“). Dessen ungeachtet gibt es jedoch recht charakteristische Symptome, die von Untersuchern in hoher Übereinstimmung festgestellt, objektiviert und psychopathologisch zugeordnet werden können, insbesondere aus dem Bereich der inhaltlichen Denkstörungen, der Störungen des Ich-Erlebens und der Wahrnehmungsstörungen.

In der traditionellen Psychiatrie, deren Wurzeln seit Wilhelm Griesinger (1817–1868) vorwiegend biologischer Natur sind, steht der Versuch einer Objektivierung psychischer Symptome im Sinne des Abweichens von der Norm und der Vergleich zu bereits bekannten Hirnerkrankungen im Vordergrund der Klassifikationsversuche. Hier werden die psychischen Störungen im Sinne eines triadischen Systems verstanden: Einerseits kann eine psychische Störung Ausdruck einer nachweisbaren körperlichen Störung sein (z. B. toxisch bedingte Halluzinationen). Andererseits kann eine Störung von der Symptomatik her sehr an eine körperliche Störung erinnern, ohne dass dies jedoch bisher nachzuweisen wäre: endogene, z. B. schizophrene Psychosen (siehe auch Schizophrenie). Hinzu kommen psychische Störungen, die nur in der Intensität des Erlebens von der „Norm“ abweichen, die also wahrscheinlich kein organisches Korrelat haben und als überdurchschnittlich stark abweichende Variationen des menschlichen Seelenlebens zu verstehen sind.

An diesem System ist viel Kritik geäußert worden. Nicht zuletzt durch die Beobachtung, dass einigen bisher der letzten Säule zugeordneten Störungen durchaus biologisch zu verstehende Risikofaktoren zugrunde liegen, umgekehrt aber auch scheinbar biologisch anmutende Störungen erheblich durch äußere Einflüsse modifizierbar sind, musste das triadische System revidiert werden. Das heutige Verständnis psychischer Störungen weist in die Richtung, psychischen Einzelsymptomen oder Syndromen keine spezifische Ursache zuzuschreiben, sondern Syndrome zu beschreiben, deren Ursachengefüge meist multifaktoriell ist. Dieser Ansatz entspricht auch am ehesten den neueren biologischen Erkenntnissen zum Aufbau und der Funktion des Gehirns, welches offensichtlich stärker als früher angenommen auch auf äußere Faktoren noch im höheren Lebensalter sensibel reagieren kann und dadurch Veränderungen bis hin zum Krankheitswert erfahren kann („Plastizität des Gehirns“). Diese Sichtweise wird bestätigt

durch Beobachtungen, dass einerseits biologische Behandlungsmethoden wie Psychopharmaka auch bei scheinbar primär psychogen bedingten Störungen helfen können, andererseits verbale Techniken wie die Psychotherapie auch bei primär biologisch bedingten Störungen noch eine Wirkung entfalten können. Die Grenze zwischen „biologisch“ und „nicht-biologisch“ wird also durch die Funktionsweise des Gehirns selbst als Brücke von der Innen- zur Außenwelt relativiert.

Heute wird der Begriff der „Störung“ von den meisten Autoren gegenüber dem der „psychischen Krankheit“ bevorzugt, um eine Stigmatisierung zu erschweren: Störung ist neutraler und entzieht sich eher einer – in diesen Fällen regelhaft negativen – Bewertung, als „...Krankheit“. Kostenträger (Krankenkassen, Rentenversicherungen), die in ihrem Leistungskatalog den Krankheitsbegriff als elementare Voraussetzung eines Leistungsanspruches haben, führen die Bezeichnung „Krankheit“ durch die Hintertüre allerdings wieder ein, indem sie von „Störung mit Krankheitswert“ sprechen. Gerade bei psychischen Störungen als vorübergehenden Beeinträchtigungen mag diese Unterscheidung sinnvoll sein, um übermäßige und ungerechtfertigte Leistungsforderungen abzuwehren. Letztlich dient die Verwendung des Begriffs „Störung“ somit dem Zweck, den Paradigmenwechsel in der Beurteilung psychischer Probleme aus ärztlicher/therapeutischer Sicht auch im Sprachgebrauch zu dokumentieren.

## Klassifikation

Da das Verständnis psychischer Störungen mit einer hohen Bandbreite an ursächlichen oder assoziativen Erklärungsansätzen einhergeht, sind die Versuche einer Ordnung dieser Störungen immer auch Abbild der vorherrschenden Vorstellungen gewesen. Bis heute sind daher die gängigen Klassifikationssysteme Ausdruck geistiger Strömungen der jeweiligen Zeit, von denen die Forschung maßgeblich geprägt wird.

Die Klassifikation psychischer Störungen war lange Zeit länderspezifisch sehr unterschiedlich und hing auch von psychologischen oder medizinischen Schulen ab. Bis heute werden einzelne Aspekte der Klassifikationsansätze kontrovers diskutiert. Die vorhandenen Systeme werden immer als vorläufiger gemeinsamer Nenner verstanden und stellen kaum endgültige Abgrenzungen im Sinne echter nosologischer Entitäten dar. Im Wesentlichen spielen heute zwei Diagnose- und Klassifikationsschemata eine Rolle in der klinischen Anwendung:

- das weltweit in der Anwendung verbreitete ICD-10 der WHO
- das besonders in der psychiatrischen und psychologischen Forschung gebräuchliche DSM IV der American Psychiatric Association.

Während in früheren Fassungen der Klassifikationssysteme noch eine Einteilung der psychischen Störungen in neurotische und psychotische Störungen üblich war, wird in den aktuellen Fassungen auf diese Begriffe eher verzichtet. Das hängt u. a. mit den damit verbundenen auch eingangs angedeuteten Grundbegriffen zusammen, nach denen psychotische Störungen ursächlich als primär biologisch interpretiert wurden, neurotische Störungen demgegenüber für psychogen gehalten wurden.

Dennoch klingen diese Begriffe und ihre Implikationen aber noch an einigen Stellen durch. Damit sind aber heute keine ätiologischen Zuordnungen (ohne empirischen Beleg) mehr verbunden. Vielmehr dienen die Bezeichnungen einem gemeinsamen Verständnis im Sinne traditioneller Krankheitsdefinitionen (i.S.v. Begrifflichkeiten).

Insbesondere das DSM hat durch sein multiaxiales System der Beschaffenheit gestörter persönlicher Grundmerkmale (Persönlichkeitsstörungen und geistige Behinderungen) sowie den sozialen Rahmenbedingungen, den körperlichen Einschränkungen und den mit der psychischen Störung einhergehenden individuellen Einschränkungen mehr Raum im Sinne eines komplexeren Gesundheits- oder Krankheitsverständnisses gegeben.

### ICD-10 Notation der F(00–99) Klasse: Psychische und Verhaltensstörungen

### Klassifikation nach ICD-10

F00-F09	Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen
F10-F19	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
F20-F29	Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen
F30-F39	Affektive Störungen
F40-F48	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen
F50-F59	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren
F60-F69	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
F70-F79	Intelligenzminderung
F80-F89	Entwicklungsstörungen
F90-F98	Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend
F99	Nicht näher bezeichnete psychische Störungen

ICD-10 online (WHO-Version 2011) <sup>[1]</sup>

Jeder ICD-Klasse wird ein bis zu fünfstelliger Schlüssel zugeordnet. Die ersten drei Stellen ergeben eine grobe Bezeichnung der Diagnose („Dreisteller“). Psychische und Verhaltensstörungen werden nach ICD-10 in der F(00–99)-Klasse zusammengefasst.

## Verbreitung

Psychische Störungen sind weit verbreitet. Nach einer Studie der WHO leidet weltweit jeder vierte Arztbesucher daran. Deutsche Studien sprechen von ca. 8 Millionen Deutschen mit behandlungsbedürftigen psychischen Störungen. Die meisten würden jedoch nach einiger Zeit abklingen. Psychische Störungen gehören zu den häufigsten Beratungsanlässen in allgemeinmedizinischen Praxen.<sup>[2]</sup>

Psychische Störungen sind derzeit die vierthäufigste Ursache für Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen im Rahmen der GKV. Seit 1991 stieg die Zahl der Krankheitstage durch psychische Störungen um etwa 33 Prozent. Dieser angeblich ansteigende Trend zu psychischen Erkrankungen ist in der Arbeitsunfähigkeitsstatistik seit deren Einführung im Jahre 1976 zu beobachten (Stand: 2006). Das spiegelt sich auch im stationären Bereich (Krankenhaus) wider: Seit 1986 stieg die Zahl der Krankenhausfälle von 3,8 Fällen je 1000 GKV-Versicherte auf 9,3 Fälle im Jahr 2005, was dem 2,5-fachen entspricht.<sup>[3]</sup>

Allerdings zeigt eine Studie der Universität Münster, dass es gegenwärtig kaum mehr Betroffene als vor 50 Jahren gibt. Dirk Richter hat mit weiteren Wissenschaftlern anhand von 44 Studien aus Westeuropa, Nordamerika und Australien die Häufigkeit psychischer Störungen erhoben. Insbesondere bei psychischen Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter wie etwa Magersucht oder der Hyperaktivitätsstörung gäbe es keinen Trend nach oben, lediglich Demenzen nehmen als Folge der steigenden Lebenserwartung in westlichen Gesellschaften zu. Rückläufig ist im Vergleich von 30 Jahren die Anzahl von Suiziden sowie der Alkohol- und Drogenkonsum. Vielmehr würden Diagnosen und Behandlungen verbessert sowie durch verstärkte Aufmerksamkeit Entstigmatisierungen gefördert, was zu einer höheren Akzeptanz von Psychotherapien führt. Wissenschaftler der Universität Dresden berechneten, dass etwa jeder vierte EU-Bürger innerhalb eines Jahres an einer psychische Erkrankung leidet und das Risiko im Verlauf des Lebens auf 50 Prozent steigt.<sup>[4]</sup>

## Behandlung

Der Begriff *psychische Störung* und eine (positive) Diagnose ängstigen die Betroffenen oft. Eine wichtige Aufgabe für Therapeuten besteht darin, dem Patienten das Gefühl der Stigmatisierung zu nehmen. Außerdem ergeben sich einige psychische Erkrankungen aus einem Wechselspiel zwischen dem Kranken und seiner Umwelt, so dass bei einer Behandlung die Umwelt des Kranken mit einbezogen werden sollte (Diathese-Stress-Modell der Ätiologie)

Viele psychische Erkrankungen sind heutzutage gut behandelbar. Abgesehen von den Spontanheilungen können sich Psychotherapie und Psychopharmaka ergänzen. Bei Störungen, die einen Wert von 40 auf der GAF Skala nicht unterschreiten, kann Soziotherapie begleitend angewendet werden.

Mit der Ätiologie und den spezifischen Krankheitsbildern beschäftigen sich aus medizinischer Sicht die Psychiatrie und die Psychosomatische Medizin sowie aus psychologischer Sicht die Psychotherapie. Es haben sich verschiedene psychotherapeutische Schulen entwickelt, deren Forschungsanstrengungen sich auf bestimmte Grundannahmen beziehen. Die traditionsreichsten Therapierichtungen sind die auf Sigmund Freud zurückgehende Psychoanalyse und ihre konzeptuellen Weiterentwicklungen („tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie“). Gemeinsame Grundannahme dieser Verfahren ist die Auffassung, dass unbewusste Prozesse das psychische Erleben prägen und im Laufe einer Therapie dem Bewusstsein zugänglich gemacht werden können. Das stellt dann die Basis für eine Besserung der Beschwerden dar. Demgegenüber bemüht sich die auf die klassischen Lerntheorien und systematische Forschung zurückgehende kognitive Verhaltenstherapie um Erklärungen und therapeutische Ansätze, die sich mit vorwiegend bewusstseinsfähigen Prozessen beschäftigt. Neben Konditionierungsmethoden spielen kognitive Strategien eine wichtige Rolle. Vorgehensweise und Therapieeffekte werden mittels psychologischer Testverfahren überprüft. Zusätzlich gibt es auch ganzheitlich und systemisch orientierte Ansätze wie etwa die Gestalttherapie. Körperliche Ursachen werden vor allem in der klassischen Psychiatrie, der Neurologie und der Neurobiologie erforscht.

### Zwangsbehandlung

Menschen mit psychischen Störungen und einer fehlenden Einsicht über die eigene Behandlungsnotwendigkeit können auch gegen ihren Willen einer Behandlung zugeführt werden, wenn sie aufgrund der Erkrankung andere oder sich selbst gefährden. Die Behandlung erfolgt in einer geschlossenen psychiatrischen Abteilung. Die Regelungen zur Akuteinweisung sind landesrechtlich festgelegt. Ohne zusätzliche richterliche Anordnung darf eine solche Zwangsunterbringung längstens 24 Stunden betragen.

Zu längerdauernden Zwangsbehandlungen kann es in folgenden Zusammenhängen kommen:

- Nach einer Straftat als Maßregel der Besserung und Sicherung (Maßregelvollzug, auch strafrechtliche Unterbringung genannt).
- Als Unterbringung nach dem jeweiligen Unterbringungsgesetz (Psychisch-Kranken-Gesetz), das je nach Bundesland unterschiedlich gestaltet ist (sog. öffentlich-rechtliche Unterbringung).
- Auf Anordnung eines rechtlichen Betreuers oder Bevollmächtigten nach § 1906 BGB (mit Genehmigung des Vormundschaftsgerichtes). Die Zwangsbehandlung während einer genehmigten (zivilrechtlichen) Unterbringung ist nach Beschluss des BGH vom 1. Februar 2006 (BGH XII ZB 236/05) nur in sehr eingeschränktem Maße zulässig.<sup>[5]</sup>

## „Aktionsbündnis Seelische Gesundheit“

Vor einigen Jahren wurde mit Unterstützung des Bundesministeriums für Gesundheit das „Aktionsbündnis für Seelische Gesundheit“ (ABSG) ins Leben gerufen. Zu den über 60 Mitgliedern des Bündnisses zählen die Selbsthilfe-Verbände sowie zahlreiche Vertreter aus den Bereichen Psychiatrie, Gesundheitsförderung und Politik, darunter die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde sowie der Verein Open the doors als Initiatoren des Netzwerks. Es hat die Ziele, verstärkt über psychische Erkrankungen aufzuklären und die Initiativen zur Förderung der seelischen Gesundheit zu vernetzen.

Das ABSG nutzt zum Beispiel den 10. Oktober, der 'internationale Tag der seelischen Gesundheit' (1992 von der World Federation for Mental Health mit Unterstützung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) ins Leben gerufen) für Informationstage, Aktionswochen und Veranstaltungen; diese sollen über Aspekte der Prävention und Therapie psychischer Erkrankungen informieren und auf die Belange psychisch erkrankter Menschen aufmerksam machen.<sup>[6]</sup>

## Volkswirtschaftliche Kosten

Fast jeder Dritte leidet einmal in seinem Leben an einer behandlungsbedürftigen psychischen Erkrankung. Rund zehn Prozent der Fehltage bei den aktiv Berufstätigen gehen auf Erkrankungen der Psyche zurück. Depressionen, Alkoholkrankungen, bipolare Störungen und Schizophrenien zählen weltweit zu den häufigsten Erkrankungen. Experten nennen sie seit langem Volkskrankheiten; erst in den letzten Jahren wurde dieses Problem ent-tabuisiert und auch zunehmend in der Gesellschaft diskutiert.

## Literatur

- WHO/Dilling H. et al: *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien*. 6. Auflage, Hans Huber, Bern 2008 ISBN 3-456-84558-8
- H.Saß, H-U. Wittchen, M. Zaudig: *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen. (DSM-IV-TR): Textrevision*. Hogrefe, Göttingen 2003, ISBN 3-8017-1660-0
- Comer, *Klinische Psychologie*, 6. Auflage, Spektrum, Heidelberg 2008, ISBN 3-8274-1905-0
- Eckhard Rohrmann: *Mythen und Realitäten des Anders-Seins. Gesellschaftliche Konstruktionen seit der frühen Neuzeit*. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden 2007 ISBN 3-531-15527-X

## Einzelnachweise

- [1] <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/diagnosen/icd10/htmlamtl2011/index.htm>
- [2] Nach W. Fink, G. Haidinger: *Die Häufigkeit von Gesundheitsstörungen in 10 Jahren Allgemeinpraxis*. Z. Allg. Med. 83 (200) 102–108. Zitiert nach „Womit sich Hausärzte hauptsächlich beschäftigen, MMW-Fortschr. Med. (<http://www.mmw.de/home.do>) Nr. 16 / 2007 (149. Jg.)
- [3] Zitiert nach *Mehr Fehltage durch psychische Leiden*. Süddeutsche Zeitung, 3. Januar 2007, S. 20
- [4] *Immer mehr Depressive*. (<http://www.taz.de/1/zukunft/wissen/artikel/1/krankschreibungen-nehmen-zu/>) Die tageszeitung vom 7. Mai 2009
- [5] BGH, Beschluss vom 1. Februar 2006 – XII ZB 236/ 05; OLG Celle (Lexetius.com/2006,324) (<http://lexetius.com/2006,324>)
- [6] Bundesgesundheitsministerium (<http://www.bmg.bund.de/SharedDocs/Standardartikel/DE/AZ/S/Glossarbereich/Seelische-Gesundheit.html>): *Seelische Gesundheit* (18. August 2010)

# Angststörung

---

## Klassifikation nach ICD-10

F40.0	Agoraphobie
F40.1	Soziale Phobien
F40.2	Spezifische (isolierte) Phobien
F40.8	Sonstige phobische Störungen
F40.9	Phobische Störung, nicht näher bezeichnet
F41.0	Panikstörung (episodisch paroxysmale Angst)
F41.1	Generalisierte Angststörung
F41.2	Angst und depressive Störung, gemischt

ICD-10 online (WHO-Version 2011) <sup>[1]</sup>

**Angststörungen** sind psychische Störungen, bei denen die Furcht vor einem Objekt oder einer Situation oder unspezifische Ängste im Vordergrund stehen. Wenn es ein solches gefürchtetes Objekt oder eine Situation gibt, spricht man von einer Phobie.

Den Phobien ist gemeinsam, dass die Betroffenen übermaessig starke Ängste haben vor Dingen, vor denen Menschen ohne Angststörungen normalerweise zwar Angst oder Furcht empfinden können, aber in einem weit geringeren Maß oder sogar vor Dingen, vor denen Menschen ohne Angststörung gar keine Angst haben. Dabei erkennen die betroffenen Personen eventuell zeitweise, dass ihre Angst übermäßig oder unbegründet ist.

## Definition

Angst ist zunächst ein notwendiger und normaler Affekt. Die Definition dessen, was unter „Angst“ zu verstehen ist, ist in trefflicher Weise von Karl Jaspers gegeben worden<sup>[1]</sup>. Die Definition dessen, was als „Angststörung“ zu verstehen ist, ist schwieriger zu geben. Die Kennzeichnung von Ängsten als „Störung“ stützt sich auf Kriterien, die der Orientierung dienen können, letztlich aber unscharf bleiben. Wir geben hier mehrere „Definitionen“ wieder, da jeder Autor andere „Kriterien“ als besonders wichtig für die Hineinnahme in seine Definition empfindet und durch die vergleichende Darstellung ein Höchstmaß an Einblick in die Komplexität der Störung entsteht. Klarer und einfacher ist dagegen die definitorische Kennzeichnung der „Phobie“ sowie die Abgrenzung der Phobien untereinander.

## Definition pathologischer Angst

Volker Faust (1995) grenzt „pathologische Ängste“ (im Sinne einer Störung) gegen die „vielfältigen“ angemessenen „Ängste“ folgendermaßen ab:

Als orientierende Merkmale zur Diagnose einer pathologischen Angst lassen sich zwei Kriterien nennen:

1. die „Unangemessenheit“ der Angstreaktion gegenüber den Bedrohungsquellen
2. die Symptomausprägung, wie Angstintensität, Angstpersistenz, abnorme Angstbewältigung und subjektiver und körperlicher Beeinträchtigungsgrad.

Angst kann vor allem dann den Stellenwert einer Krankheitsbeeinträchtigung gewinnen, wenn

1. mögliche oder tatsächliche Bedrohung in ihrer Gefährlichkeit überschätzt werden (z. B. bei Herzphobie und Agoraphobie)
  2. Angst ohne konkrete Gefahr und Bedrohungswahrnehmung auftritt (z. B. bei Panikattacken).
-



## Diagnose

Im Mittelpunkt der Diagnostik steht das ärztliche oder psychotherapeutische Gespräch. Anhand der geschilderten Symptome kann der Psychiater oder psychologische Psychotherapeut eine erste Verdachtsdiagnose stellen. Um körperliche Beschwerden der Angst, wie zum Beispiel Atemnot und Herzrasen, von einer organischen Erkrankung unterscheiden zu können, muss zunächst eine ausführliche medizinische Untersuchung zum Ausschluss einer körperlichen Ursache erfolgen. Dazu sind meist auch laborchemische und technische Untersuchungen erforderlich (Blutuntersuchung, EKG und ähnliche). Erst nach Ausschluss einer körperlichen Erkrankung soll eine seelische Störung diagnostiziert und die Behandlung geplant werden.

## Klassifikation

Obwohl Angst ein „Affekt“ ist, werden Angststörungen, Panikattacken und auch phobische Störungen in der ICD-10, einem modernen Klassifikationssystem, nicht in der Rubrik F3 (Affektive Störungen), sondern im Kapitel F4 (Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen) kodiert. Menschen mit Angststörungen empfinden selber oft gar nicht die Angst als das hervorstechende Symptom. Stattdessen werden häufig körperliche Symptome, wie etwa Schwindel, Herzrasen, Zittern, verminderte Belastbarkeit oder auch Magen-Darm-Beschwerden zuerst genannt. Die Unterteilung in der ICD-10 ist wie folgt:

### Phobische Störungen

- **Agoraphobie** (ICD-10 F40.0): Furcht vor oder Vermeidung von Menschenmengen, öffentlichen Plätzen, Reisen allein oder Reisen von Zuhause weg.
- **Soziale Phobie** (ICD-10 F40.1): Furcht vor oder Vermeidung von sozialen Situationen, bei denen die Gefahr besteht, im Zentrum der Aufmerksamkeit zu stehen, Furcht, sich peinlich oder beschämend zu verhalten, zum Beispiel Paruresis.
- **Spezifische Phobien** (ICD-10 F40.2). Diese können nach bestimmten Objekten oder Situationen unterschieden werden:
  - Tierphobien: zum Beispiel Angst vor Spinnen (Arachnophobie), Insekten, Hunden, Mäusen.
  - Situative Phobien: Flugangst, Höhenangst, Tunnel, Aufzüge, Dunkelheit
  - Natur-Phobien: zum Beispiel Donner, Wasser, Wald, Naturgewalten.
  - Anblick von Blut, Spritzen, Verletzungen.
- **Sonstige phobische Störungen** (ICD-10 F40.8)
- **Phobische Störung, nicht näher bezeichnet** (ICD-10 F40.9)

### Andere Angststörungen

- **Panikstörungen** (ICD-10 F41.0): Spontan auftretende Angstattacken, die nicht auf ein spezifisches Objekt oder eine spezifische Situation bezogen sind. Sie beginnen abrupt, erreichen innerhalb weniger Minuten einen Höhepunkt und dauern mindestens einige Minuten an.
  - **Generalisierte Angststörung** (ICD-10 F41.1): Eine diffuse Angst mit Anspannung, Besorgnis und Befürchtungen über alltägliche Ereignisse und Probleme über einen Zeitraum von mindestens sechs Monaten, begleitet von weiteren psychischen und körperlichen Symptomen.
  - **Angst und depressive Störung, gemischt** (ICD-10 F41.2): Angst und Depression sind gleichzeitig vorhanden, eher leicht ausgeprägt ohne Überwiegen des einen oder anderen.
-

## Symptome

### Allgemeine Angstsymptome

Herzklopfen, Pulsbeschleunigung, Schwindel, Schweißausbruch, Zittern, Beben, Mundtrockenheit, Hitzewallungen, Sprachschwierigkeiten. Dazu Atembeschwerden, Beklemmungsgefühl, Brustschmerzen, Übelkeit, Erbrechen, Durchfall. Auch Bewusstseinsstörungen, zum Beispiel das Gefühl, verrückt zu werden, das Gefühl, dass Dinge unwirklich sind oder man selbst „nicht richtig da“ ist, dass man nicht mehr die Kontrolle über die eigenen Gedanken hat, Benommenheit, Schwindel, Angst zu sterben, allg. Vernichtungsgefühl. Jeder vierte Patient mit Angststörung klagt über chronische Schmerzen. <sup>[2]</sup>

### Spezifische Phobien

In Bezug auf ein spezifisches Objekt oder eine Situation oder einen Ort bildet sich die Angstsymptomatik.

Es besteht eine deutliche emotionale Belastung durch die Angstsymptome. Die angstauslösenden Objekte beziehungsweise Situationen werden vermieden. Gleichzeitig besteht die Einsicht, dass die Ängste übertrieben oder unvernünftig sind. Beim Anblick des angstauslösenden Objekts beziehungsweise der Situationen kommt es zu den oben beschriebenen Symptomen.

Die bekannteste Phobie ist die Platzangst: die Angst vor offenen Plätzen, Angst, das eigene Haus zu verlassen, Geschäfte zu betreten, sich in eine Menschenmenge oder auf öffentliche Plätze zu begeben oder allein in Zügen, Bussen oder Flugzeugen zu reisen. Häufig muss in solchen Situationen sofort ein möglicher Fluchtweg gesucht werden.

Es gibt eine Unzahl von möglichen Phobien, phobische Reaktionen können sich auf alles und jedes richten. Im Folgenden sind einige bekanntere spezifische Phobien aufgelistet:

- Angst vor Katzen (Ailurophobie)
- Angst vor Vögeln (Ornithophobie)
- Angst vor Spinnen (Arachnophobie)
- Ängste vor engen Räumen (Klaustrophobie)
- Ängste vor Blut (Hematophobie)
- Ängste vor großen Höhen (Bathophobie)
- Angst vor dem Fliegen (Flugangst, Aviophobie)
- Angst vor Krankheiten (z. B. Krebs)
- Angst vor großen Menschenmengen (Demophobie, Ochlophobie)
- Angst vor großen Räumen, z. B. auch Angst in großen Kaufhäusern (Agoraphobie)
- Angst vor dem Sprechen (Glossophobie)
- Angst, in der Öffentlichkeit das Wort zu ergreifen (Homilophobie)
- Angst vor dem Auftreten der Angst („Angst vor der Angst“, Phobophobie)

## Soziale Phobie

Bei der sozialen Phobie bezieht sich die angstbesetzte Situation auf Situationen, die Kontakte mit anderen Menschen erfordern. Daher kann schon die Interaktion mit einem anderen Menschen eine Überforderung darstellen.

Symptome:

- starke Ängste, sich in bestimmten sozialen Kontexten zu zeigen
- extreme Angst, in dieser Angst erkannt und öffentlich beschämt zu werden
- vor und in angstbesetzten Situationen starke körperliche Reaktionen (Herzrasen, Schwitzen, Übelkeit, Atemnot, Stimmversagen u. a.)
- starkes Vermeidungsverhalten, dadurch oft ausgeprägtere Defizite beim „normalen“ Reifungsprozess und Defizite bei der Wahrnehmung sozialer Verantwortung
- häufig in der Folge sehr schlechtes Selbstbewusstsein, Versagensgefühle, Unterlegenheitsgefühle, Furcht vor Kritik
- Erröten, Zittern der Hände, Vermeidung von Blickkontakt, Übelkeit, auch Harndrang

## Panikstörungen

Die Panikstörungen zeichnen sich dadurch aus, dass wiederholt schwere impulsive Angst- oder Panikzustände auftreten, die sich nicht auf spezifische Situationen beschränken und deshalb nicht vorhersehbar sind. Panikattacken gehen besonders häufig einher mit plötzlichem Herzklopfen, Herzrasen oder unregelmäßigem Herzschlag. Es können ebenfalls Brustschmerzen, Erstickungsgefühle, Zittern, Schwitzen, Schwindel und das Gefühl der Entfremdung auftreten. Die Betroffenen haben Todesangst, befürchten zum Beispiel einen Herzstillstand oder Herzinfarkt. Immer wieder treten auch Gefühle von Derealisation auf und die Angst, verrückt zu werden. Dazu kommen die übrigen beschriebenen Symptome. Diese Anfälle dauern in der Regel nur wenige Minuten, manchmal etwas länger. Da diese Situationen plötzlich und unberechenbar auftreten, entsteht schließlich eine Angst vor der Angst. Spezifisch für die Panikstörung ist es, dass die Betroffenen oft den Zusammenhang zwischen den körperlichen Symptomen und ihrer Angst nicht erkennen und die Symptome fehlinterpretieren.

## Generalisierte Angststörung

Unter die generalisierten Angststörungen werden anhaltende Symptome von Angst zusammengefasst, die sich ebenfalls nicht auf bestimmte Situationen beschränken. Dabei treten folgende Symptome auf: Nervosität, Zittern, Muskelspannung, Schwitzen, Benommenheit, Herzklopfen, Hyperventilation, Schluckbeschwerden, Schwindelgefühle, Oberbauchbeschwerden, Ruhelosigkeit, Konzentrationsstörungen, Reizbarkeit und Einschlafstörungen auf Grund der ständigen Besorgnis und Angst. Die Betroffenen können oft nicht angeben, wovor sie Angst haben, sie werden von der Furcht gequält, dass sie oder ihre Angehörigen erkranken oder Unfälle erleiden könnten.

## Angst und depressive Störung, gemischt

Zu den Symptomen der Angst kommen die der Depression. Man hat festgestellt, dass es durch die Angstsymptome, die häufig anfangs nicht als diese erkannt werden, auch noch zu Depressionen kommen kann. Man fühlt sich schlecht, weil anfangs kein Arzt helfen kann und eben keine körperlichen Symptome gefunden werden (Blut, Nerven etc.). Es kann daher vorkommen, dass man sich irgendwelche schweren körperlichen Erkrankungen einredet (Tumor etc.) und somit noch mehr darunter leidet. Dies kann sich mit der Zeit bis zur Depression aufschaukeln.

Auch die Feststellung, durch die Angst in der eigenen Leistungs- und Belastungsfähigkeit eingeschränkt zu sein, führt häufig dazu, dass sich die Betroffenen minderwertig oder schwach fühlen. Hinzu kommt die Scham über die sichtbaren Symptome, oder darüber, nicht "voll zu funktionieren".

## Häufigkeit

Angsterkrankungen sind in der Praxis häufig anzutreffen. Nach einer Studie der WHO 1996 litten etwa 8,5 % der Patienten in deutschen Allgemeinarztpraxen an einer generalisierten Angststörung und 2,5 % an einer Panikstörung. Frauen erkranken circa zweimal häufiger als Männer. Menschen mit Panikstörungen leiden in der Hälfte der Fälle zusätzlich an einer Agoraphobie. Fast 20 % der Patienten, die sich in den USA in einem allgemeinmedizinischen Krankenhaus vorstellten, litten an einer Angsterkrankung, 41 % davon unbehandelt.<sup>[3]</sup>

## Ursachen

Wie bei den meisten psychischen Störungen gibt es auch bei der generalisierten Angststörung, bei sozialen Ängsten, Panikattacken und Phobien nicht die eine bekannte Ursache. Stattdessen geht man auch hier von einer Vielzahl verursachender oder auslösender Faktoren aus, die erst im Zusammen- und Wechselwirken den tatsächlichen Ausbruch der Störung bewirken. Je nach psychiatrischer oder psychotherapeutischer Schule werden naturgemäß andere „Ursachen“ fokussiert und günstigenfalls auch weiter erforscht. So tragen alle in der Fachwelt anerkannten theoretischen Ausrichtungen aus ihrem speziellen Blickwinkel zur Erforschung von Ursache und Entstehung (Entwicklung) dieser Störungen bei.

Ein sehr guter Überblick findet sich bei H.-P. Kapfhammer (2000), der hier im Folgenden stichpunktartig und in Auszügen wiedergegeben wird:

## Schilddrüsenfehlfunktionen

Sowohl eine Überfunktion (Ursache: meist Morbus Basedow oder Schilddrüsenautonomie) als auch eine Unterfunktion (Ursache: meist Hashimoto-Thyreoiditis) der Schilddrüse können zu Angst und Panikattacken führen. Dies kann bei Hashimoto auch im Anfangsstadium vorkommen, wenn die Laborwerte noch unauffällig sind.

## Psychologische Modelle

Psychologische Erklärungsmodelle der Angst unterscheiden zunächst zwischen

- Angst als Zustand und
- Angst als Persönlichkeitseigenschaft

Es gibt bereits einige Versuche, Angst oder Ängstlichkeit als Persönlichkeitseigenschaft aufzufassen. Hierbei hat sich ein dimensionaler Ansatz im Gegensatz zu einer Kategorisierung bewährt. Persönlichkeitsmodelle der Psychologie, die dimensional konzipiert sind, zeigen im Wesentlichen eine Übereinstimmung in der Annahme, dass es eine Art genetischer Disposition zur „Ängstlichkeit“ gibt, die bei starker Ausprägung (Dimensionierung) eine Schwachstelle (vulnerabler Bereich) in der psychischen Konstitution darstellt und dann in der späteren Entwicklung zum Kristallisationspunkt einer Angststörung werden kann.

## Kognitive Schemata und soziale Kompetenz

Eigentlich unumstritten ist die Ansicht, dass Menschen, die unter vermehrten Ängsten leiden, die Welt anders und teilweise verzerrt wahrnehmen. Auf Dauer gesehen wird aus dieser verzerrten Wahrnehmung dann eine falsche „Bewertung“ der äußeren Welt. Man spricht in der kognitiven Therapie von der Entwicklung und Einnistung sogenannter „maladaptiver kognitiver Schemata“, also einer Art verinnerlichter „Vorurteile“ oder zumindest „Fehlurteile“ über die Gefährlichkeit der Welt. In einem weiteren Schritt kommt es dann zu einem unangemessen starken „Vermeidungsverhalten“, um diesen vermeintlich drohenden Gefahren auszuweichen. Dieses „Vermeidungsverhalten“ wiederum führt zu einer mehr oder weniger starken, oft fortschreitenden Einengung des Aktionsradius und der Aktivitäten überhaupt, im weiteren Schritt oft zu Rückzug und Isolation. Der Betroffene bleibt in der Regel mehr oder weniger weit hinter seiner eigentlichen gesellschaftlichen Leistungsfähigkeit zurück. Der Erwerb einer verlässlichen sozialen Kompetenz wird dadurch erschwert oder verhindert.

### Entwicklungsmodelle

Aus der Entwicklungspsychologie und aus der täglichen Erfahrung mit Kindern ist bekannt, dass es gewisse „typische“ und „altersgebundene“ Ängste gibt. Kapfhammer (2000) nennt das „Fremdeln“, die „Trennungsangst“, die „Schulangst“, „Tierängste“. Er weist darauf hin, dass Zusammenhänge bestehen zwischen

- dem späteren Auftreten von Panikstörung oder Agoraphobie einerseits und frühkindlichen Trennungsängsten (Bolwby, 1976) bzw. Trennungsängsten und Schulphobie (Gittleman u. Klein, 1984) andererseits
- dem späteren Auftreten einer generalisierten Angststörung einerseits und frühen familiären Traumatisierungen „(Konflikte zwischen den Eltern, Konflikte mit den Eltern, sexuelle Traumatisierungen, mangelhafte Aufmerksamkeit, niedriges Prestige der Familie, stärkere körperliche Züchtigungen)“ (Angst und Vollrath, 1991) resp. Aufwachsen in einer Alkoholikerfamilie (Mathew et al. 1993; Tweed et al., 1989) andererseits
- dem späteren Auftreten von Phobien einerseits und kindlicher Angst vor Beschämung bei hohen elterlichen Ansprüchen (Parker, 1979), sozialphobischem Vorbildverhalten der Mütter (Bruch et al., 1989) oder übertriebener Besorgnis der Eltern vor Kritik durch Außenstehende (Bruch und Heimberg, 1994) andererseits.

### Lerntheoretische Modelle

Der von Orval Hobart Mowrer entwickelte Ansatz geht davon aus, dass Ängste durch (klassische und operante) „Konditionierung“ entstehen im Sinne von pathologischen (=krankhaften, unangemessenen) Angstreaktionen auf ursprünglich neutrale Stimuli, die durch zeitliche und/oder räumliche Kontingenz zu einer realen angstauslösenden Situation im Rahmen von Lernerfahrungen zu einem konditionierten Angststimulus werden. Durch Vermeiden dieser Situation wird der Stimulus vermieden und damit auch die Angst reduziert. Das führt zu einer negativen Verstärkung des Vermeidungsverhaltens, d. h. der Betreffende „lernt“, dass das Vermeiden gut für ihn ist, indem es ihn vor aufkommenden Ängsten schützt.

Wie bei den kognitiven Schemata auch (s.o.) handelt es sich um ein fehladaptiertes, d. h. nicht wirklichkeitsgerechtes Lernen, bei dem zwischen der eigentlichen Angstquelle und dem symbolischen Stimulus nicht mehr unterschieden werden kann. Aufgrund der anhaltenden Vermeidung bleibt eine korrigierende Lernerfahrung aus, sodass sich pathologische Angstreaktion „etabliert“.

Bei der Panikstörung spielt eine positive Rückkopplung „zwischen körperlichen Sensationen (z. B. wahrgenommene Veränderung der Herzrate) und kognitiven Bewertungsvorgängen als Gefahr (z. B. „drohender Herzinfarkt“) mit einer hieraus resultierenden eskalierenden Angstreaktion“ eine große Rolle.

Eine wichtige Bedeutung insbesondere bei der Entstehung einer generalisierten Angststörung (Blazer, 1987), aber auch einer Panikstörung (Finlay-Jones u. Brown, 1981; Goldstein u. Chambless, 1978; Faravelli u. Pallanti, 1989) kommen schwerwiegenden, negativen (und traumatisierenden) Lebensereignissen zu (sogenannte „**life events**“).

### Psychodynamische Modelle

Einen Versuch, das psychodynamische Verständnis von Angststörungen in heutiger Sicht zusammenfassend darzustellen, unternimmt Huber (1999):

„Die unmotivierte, nicht objektgebundene Angst kann als existentielle Angst (Untergrundangst) im normalen und nichtneurotischen Seelenleben als allgemeine Grunderfahrung des Menschen vorkommen (...). Sie kann aber bei der Angstneurose auch Leitsymptom einer neurotischen Entwicklung sein; doch muss hier stets vorrangig eine endogene, schizophrene oder zyklotyme Erkrankung ausgeschlossen werden. Bei der Angstneurose (FREUD, 1895) tritt die Angst bei den hilflos-anklammernd erscheinenden Patienten als mit vegetativen Symptomen einhergehender Angstanfall (der phänomenologisch der „neurotischen Herzphobie“, ..., und den „dysästhetischen Krisen“ bei endogenen Psychosen entsprechen kann) oder als nicht auf ein bestimmtes Objekt bezogenes, frei flottierendes, intensives, länger anhaltendes Angstsyndrom auf. FREUD nahm ursprünglich als Ursache einen aktuellen Konflikt in Form sexueller Frustration mit Umsetzung verdrängter Libido in einen Angstaffekt an (...), z. B. bei Coitus interruptus oder Aufgabe von Ipsation

(Onanie). Später und bis heute denkt man mehr an Trennungsängste (Verlassenwerden und dadurch bedingte Hilflosigkeit) bei Menschen, die in der Biographie Züge von Trennungsempfindlichkeit (angstneurotische Familienkonstellation) zeigen und stark von Schutzfiguren abhängig sind; ähnlich wie bei der Herzphobie (...) kann die Anwesenheit von Schutzfiguren, z. B. eines Arztes, das Symptom beheben. Angstneurotische Symptome kommen für sich allein oder kombiniert mit anderen neurotischen Erscheinungen, z. B. auch mit – lokalisierten – Phobien vor. Übereinstimmung besteht darin, dass Angstneurosen wie Phobien Ausdruck ungelöster Konflikte sind, wobei besonders die unbewusste Angst, Zuwendung zu verlieren, alleingelassen zu werden, Aggressionshemmung und Verkehrung ins Gegenteil eine Rolle spielen.“

– Huber, *Psychiatrie* (1999) S. 460

S. Freud kannte das Phänomen Angst in zwei Zusammenhängen:

- als Ausdruck bzw. als Folge eines innerpsychischen Konfliktes, etwa zwischen einem verbotenen triebhaften Impuls und einem strengen Gewissen. Angst resultiert hiernach durch die unvollständige Unterdrückung einer Wunschregung, z. B. eines sexuellen Verlangens und der Angst vor Bestrafung, sie ist Ergebnis eines Abwehrvorganges (Freud, 1895).
- als Signalangst. In dieser Funktion signalisiert die Angst dem Ich das Vorhandensein einer inneren Bedrohung, z. B. durch ähnliche Konflikte wie oben genannt. Sie steht dann am Beginn einer Schutzmaßnahme durch das Ich und ist somit Initiator eines Abwehrvorganges (Freud, 1926).

### **Die Phobie aus psychoanalytischer Sicht**

Nach psychoanalytischem Verständnis handelt es sich bei der Ausbildung einer Phobie in allererster Linie um eine aktive psychische Leistung und zwar im Besonderen um das Ergebnis einer intrapsychischen Abwehr: angsterregende Bewusstseinsinhalte werden verdrängt, wobei an die Stelle der ursprünglichen Inhalte (es kann sich um Vorstellungen oder Gefühle handeln) belanglose äußere Situationen gesetzt werden. Die Angst wird also an einen anderen „harmlosen“ Ort verschoben, dem der „eigentliche (verbotene und deshalb angstbesetzte und verdrängte) Inhalt“ nicht mehr angesehen und zugeordnet werden kann. Die Verschiebung ist selbst für den Betroffenen selber nicht mehr bewusst, auch er staunt, wo die Angst herkommt. Es ist zu beachten, dass die Phobie mehr als einfache Verdrängung ist. Diese würde zu einer akzeptablen Lösung nicht ausreichen. Durch die Verdrängung des spezifischen Vorstellungsinhaltes erfährt nämlich die vorher gebundene und gerichtete Furcht eine Regression zu einer ungebundenen entdifferenzierten diffusen Angst, die wegen des freien Flottierens äußerst schlecht zu ertragen ist. In einer zweiten Phase muss daher der Hauptabwehrmechanismus des phobischen Modus, nämlich die Verschiebung, zum Einsatz kommen, wodurch „künstlich“ die Bindung an einen neuen Inhalt erreicht wird. Greenson formulierte dies einmal so: „Eine Form der Angst wird als Abwehr gegen eine andere Angst benutzt.“

Der Vorteil des Verschiebungsmechanismus liegt darin, dass aus der ursprünglichen inneren Gefahr eine äußere konstruiert wird: eine äußere Gefahr hat den „Vorteil“, dass sie leichter vermieden werden kann als eine innere.

Wie bei allen neurotischen Lösungsversuchen handelt es sich auch bei der Phobie um einen Kompromiss, der darin besteht, dass auf der einen Seite die verbotenen Wünsche und Strebungen unbewusst bleiben können und nicht wirksam werden, auf eine verzerrte Weise, nämlich als phobische Reaktion, aber dennoch partiell ausgelebt werden können.

## Neurobiologische Modelle

### Das neuroanatomische Modell

Bei der Angstregulation sind vor allem

- der Hirnstamm (Locus coeruleus, Raphe-Kerne, Nucleus paragigantocellularis) → Regelung des Niveaus des Arousal
- das sogenannte „limbische System“ (Amygdala (Angststehung), Hippocampus, Nuclei septi, Hypothalamus) → Induktion und Modifikation von Angst
- der präfrontale Cortex → Integration von Informationen aus verschiedenen Hirnarealen, Bewertung, Planung beteiligt.

### Das Neurotransmitter-/Rezeptormodell

In der Pathophysiologie von Ängsten wird die Rolle verschiedenster Neurotransmittersysteme (chemische Botenstoff-Systeme) diskutiert. Es handelt sich dabei um

- das GABA-System
- das serotonerge System
- das noradrenerge System
- sogenannte "exzitatorische (=Rezeptor-anregende) Aminosäuren
- andere Neurotransmitter

Die inhibitorische (hemmende) Gamma-Amino-Buttersäure (GABA) ist der am meisten mit Angststörungen und deren medikamentöser Behandlung in Verbindung gebrachte Transmitter. Die Substanzgruppe der „Benzodiazepine“ setzt mehrheitlich am sogenannten GABA-A-Rezeptorkomplex an, bewirkt dort über die Freisetzung von Chloridionen eine Hyperpolarisation der Rezeptormembran, was zu einer Verstärkung der gaba-ergen Hemmung der Ansprechbarkeit des Rezeptors gegenüber erregenden Impulsen führt.

Dieser indirekte Effekt der Verstärkung einer gaba-ergen Hemmung durch Benzodiazepine führt klinisch zur Reduktion der Angstsymptomatik.

Verschiedene Serotonin-Rezeptoren (5-HT<sub>1A</sub>-Rezeptor sowie 5-HT<sub>2</sub>- und 5-HT<sub>1C</sub>) des serotonergen Systems sind ebenfalls an der Angstmodulation beteiligt. Deshalb wirken folgende Substanzen angstlösend (anxiolytisch)

- Buspiron
- Imipramin, MAO-Hemmer, Trazodon
- SSRI, MAO-Hemmer

Das noradrenerge System ist wesentlich für die körperlichen Begleitsymptome bei Angstzuständen verantwortlich und wird über postsynaptische  $\beta_1$ -Rezeptoren vermittelt.

## Behandlungsmöglichkeiten

Zur Therapie von Angststörungen (generalisierte Angststörung, Panikstörung, Panikattacken) und Phobien kommen verschiedene Behandlungsverfahren zum Einsatz.

### Entspannungsverfahren

Ängste sind in aller Regel von körperlichen Symptomen, v.a. auch von Verspannungen begleitet, die wiederum negativ auf die Angstsymptomatik und die körperlichen Symptome zurückwirken und diese verstärken oder zumindest aufrechterhalten. Deshalb ist ein wichtiger Ansatz bei der Angsttherapie die Beseitigung von Spannungen durch Entspannungsverfahren. Zum Einsatz kommen

- Autogenes Training
- Progressive Muskelentspannung nach Jacobson

- Biofeedback-Methoden

## Psychotherapie

Psychoanalytische und tiefenpsychologische Behandlungsmethoden basieren auf den theoretischen Grundannahmen der Psychoanalyse, denen zufolge die Angstsymptomatik Ausdruck eines unbewussten Konfliktes mit misslungener Kompromisslösung ist. Die Aufdeckung dieses Konfliktes und das „Durcharbeiten“ unter Reaktivierung der ursprünglichen Affekte soll den Angsteffekt dann überflüssig machen und wieder zum Verschwinden bringen.

Bei der Verhaltenstherapie der Phobien, Angst- und Panikstörungen geht es v.a. darum, sich den Ängsten und angstbesetzten Situationen gezielt und in zunehmender Dosis auszusetzen, bis alle zuvor gemiedenen Situationen wieder in Besitz genommen und in das normale Leben integriert werden können. Man bedient sich hierzu der Reizkonfrontation, die in zwei Formen ablaufen kann.

- **Reizüberflutung („flooding“)**: Es erfolgt unter paralleler therapeutischer Begleitung eine Konfrontation mit einer maximal angstauslösenden Situation, die solange ausgehalten werden muss, bis eine physiologische Gewöhnung eintritt und der Patient lernt, dass die gefürchteten katastrophalen Folgen ausbleiben. Auf dieses Verfahren wird im deutschsprachigen Raum inzwischen wegen ethischen Bedenken weitgehend verzichtet.
- **Abgestufte Reizexposition**: systematische Desensibilisierung durch stufenweise gesteigerte Reizexposition, bis alle Hierarchiestufen bis zum Maximum durchlaufen wurde

Bei der Kognitiven Therapie, die häufig mit klassischen verhaltenstherapeutischen Verfahren kombiniert wird, soll der Patient seinen Denk- und Bewertungsstil ändern. Theoretische Grundlage ist die Annahme, dass vor allem eine „Fehlbewertung“ der angstauslösenden Situation die heftige Angst und Vermeidungsreaktion hervorruft und immer weiter verstärkt. Dabei kann die Frage nach der Finalität der Angst sehr hilfreich sein: Was möchte der Patient mit seiner Angst (unbewusst) erreichen.

## Medikamente

Zum Einsatz kommen:

- Antidepressiva
  - SSRI (Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer)
  - SNRI (Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer)
  - trizyklische Antidepressiva, z. B. Imipramin oder Clomipramin
  - reversibler MAO-Hemmer Moclobemid
  - irreversibler MAO-Hemmer Phenelzin
- Buspiron
- kurzzeitig: Benzodiazepine, z. B. Alprazolam, Clonazepam und Lorazepam

Um das Risiko einer Abhängigkeit auf ein Minimum zu reduzieren, sollten Benzodiazepine nur nach sorgfältiger Prüfung der Indikation verschrieben und über möglichst kurze Dauer eingenommen werden. Ob eine Weiterführung der Behandlung notwendig ist, muss regelmäßig überprüft werden.<sup>[4]</sup>

- Pregabalin



## Sport

Mit körperlichem Training lassen sich Angstsymptome eindämmen. Bei der Betrachtung der Sportdauer schnitten Übungszeiten von mindestens 30 Minuten am besten ab. Diese nicht-pharmakologische Behandlung eignet sich auch besonders für Patienten, die Medikamente ablehnen. <sup>[5]</sup>

## Verlauf

Angststörungen neigen zu einer Chronifizierung, das heißt, zu einer dauernden Anwesenheit, wenn sie nicht behandelt werden. Bei der Panikstörung beispielsweise kommt es nur bei 10 bis 30 % der Betroffenen spontan (d. h. ohne Behandlung bzw. nicht als Folge einer Behandlung) zu einer vollständigen Gesundung.

Psychotherapie und Medikamenteneinnahme verbessern die Prognose wesentlich.

Die isolierten Phobien sind sehr gut zu behandeln.

Grundsätzlich gilt: Je früher eine Behandlung begonnen wird, desto günstiger ist der Verlauf.

## Komorbidität

Angststörungen weisen eine hohe Komorbidität sowohl untereinander, als auch zu Depressionen, somatoformen Störungen und Substanzstörungen (intrapersonal gesteuerter Gebrauch von psychotropen Stoffen) auf. Die Wahrscheinlichkeit, eine komorbide Störung zu entwickeln, ist bei Panikstörungen und Agoraphobie am höchsten. Sekundäre Depressionen sind am häufigsten bei Panikstörungen, gefolgt von der Generalisierten Angststörung und der Agoraphobie. Substanzstörungen als Folge einer Angststörung werden als Versuch der Selbstmedikation betrachtet.

## Quellen

[1] *Gefühle und Gemütszustände* in: *Allgemeinen Psychopathologie* (9. Aufl. 1973)

[2] „Angststörung kann Schmerzen bereiten“, *Ärzte-Zeitung*, 18. Januar 2007, S. 11

[3] Zitiert nach „Angststörungen bleiben oftmals unbehandelt“, *Ärztliche Praxis*, 15. Mai 2007, S. 14

[4] Fachinformation des Arzneimittel-Kompendium der Schweiz: Xanax, Stand: Dezember 2004

[5] Matthew P Herring et al., *Arch Int Med* 2010; 170: 321-31, zitiert nach *Medical Tribune*, 12. März 2010, S. 6

- Bandelow, B., J. Zohar, E. Hollander, S. Kasper and H. J. Möller (2005): Leitlinien der World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) für die medikamentöse Behandlung von Angst-, Zwangs- und posttraumatischen Belastungsstörungen. Stuttgart, Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Kapfhammer, H.-P. (2000): Angststörungen. In: H.-J. Möller, G. Laux, H.-P. Kapfhammer (Hrsg.): *Psychiatrie und Psychotherapie*, S. 1185ff. Springer-Verlag
- Flöttmann, H.B.: *Angst-Ursprung und Überwindung*. Kohlhammer Verlag, Stuttgart 2005, 5. Aufl., ISBN 3-17-018754-6
- Hoffmann, S.O.; Bassler, M. (1992): *Psychodynamik und Psychotherapie von Angsterkrankungen*. *Nervenheilkunde* 11:8–11
- Huber, G. (1999): *Psychiatrie. Lehrbuch für Studium und Weiterbildung*. Schattauer-Verlag
- Müller, H.-J.; Laux, G.; Deister, A. (2001): *Psychiatrie und Psychotherapie*. 2. Aufl. Thieme-Verlag, Stuttgart
- Perkonig, A.; Wittchen, H.U. (1995): *Epidemiologie von Angststörungen*. In: Kasper, S.; Möller H.-J. (Hrsg.): *Angst- und Panikerkrankungen*. Fischer, Jena Stuttgart, S. 137–156

# Panikstörung

---

## Klassifikation nach ICD-10

F41.0 Panikstörung (episodisch paroxysmale Angst)

ICD-10 online (WHO-Version 2011) <sup>[1]</sup>

Die **Panikstörung** gehört zur Gruppe der Angststörungen. Die Betroffenen leiden unter plötzlichen Angstanfällen, ohne dass objektiv gesehen eine reale Gefahr besteht. Diese Panikattacken stellen eine extreme körperliche Angstreaktion („Bereitstellungsreaktion“) aus scheinbar heiterem Himmel dar, die die Betroffenen als extreme Bedrohung ihrer Gesundheit erleben. Der Körper bereitet sich mit erhöhter Adrenalin-Ausschüttung blitzschnell auf eine Kampf-/Fluchtreaktion vor.

Etwa ein bis vier Prozent der Bevölkerung erkranken im Laufe ihres Lebens an einer Panikstörung. Das Alter, in dem das geschieht, ist unterschiedlich; häufig ist der Betroffene jedoch zwischen zwanzig und Mitte dreißig. Die Angst äußert sich oft in Gedanken, plötzlich zu sterben oder der Vorstellung, verrückt zu werden.

Körperliche Reaktionen bei der Panikstörung sind unter anderem Atemnot, Engegefühle in der Brust, Herzrasen oder -stolpern, gelegentlich auch Herzschmerzen, Zittern, Schweißausbrüche, Taubheitsgefühle oder Kribbeln, Übelkeit und andere Beschwerden. In der Regel bessern sich die Symptome analog zum Adrenalin-Abbau nach etwa 15 bis 20 Minuten. Psychische Symptome der Panikstörung sind Schwindelgefühle, Derealisation und Depersonalisation, Angst vor Kontrollverlust, verrückt zu werden oder "auszuflippen" und die Angst zu sterben. Allgemeine Symptome sind Hitzegefühle oder Kälteschauer.

Das Auftreten vereinzelter Panikattacken im Leben stellt an sich noch keine Erkrankung dar. Erst wenn mehrere Panikattacken im Monat auftreten und sich vermehrt eine „Angst vor der Angst“ – die sogenannte Erwartungsangst – entwickelt, diese über einen längeren Zeitraum anhält (mindestens 1 Monat) und zu Beeinträchtigungen im täglichen Leben führt, spricht man gemäß den Kriterien der Weltgesundheitsorganisation (WHO, ICD-10) von einer Panikstörung.

Die Angst davor, plötzlich eine Panikattacke zu erleben in einer Situation, der man nicht schnell entfliehen kann oder wo keine Hilfe verfügbar ist, führt häufig dazu, dass Betroffene beginnen, enge Räume, Menschenansammlungen oder weite Reisen zu vermeiden. In schweren Fällen können sie die eigene Wohnung nicht mehr allein verlassen. Dieses Vermeidungsverhalten bezeichnet man als Agoraphobie.

Etwa 3,5 Prozent (Studie von 1994) bis 4,7 Prozent (Studie von 2005) aller Menschen erkranken in ihrem Leben an einer Panikstörung. Die Störung bricht in der Regel zwischen dem 15. und 24. Lebensjahr aus, kann jedoch - insbesondere bei Frauen - auch erst im dritten oder vierten Lebensjahrzehnt ausbrechen. Frauen sind häufiger von der Störung betroffen als Männer. Wie eine Studie ergab, nimmt die Prävalenz in jüngeren Generationen zu. <sup>[1]</sup>

## Auslöser

Zwillingsstudien haben ergeben, dass die Panikstörung eine erbliche Komponente besitzt. Ungefähr 33 bis 43 Prozent der Varianz in Bezug auf die Panikstörung lassen sich durch genetische Faktoren erklären. Daneben spielen Umwelteinflüsse eine Rolle. Die erste Panikattacke tritt oft als Folge von stressbehafteten Erlebnissen, wie dem Verlust einer nahestehenden Person, Beendigung einer wichtigen Beziehung, Arbeitsplatzverlust oder krimineller Viktimisierung auf. <sup>[2]</sup> Aversive Lernerfahrungen können zum Aufbau einer Angst vor den eigenen Angstsymptomen (auch Angstsensitivität) führen, die als bedeutender Risikofaktor für die Entwicklung einer Panikstörung gilt. <sup>[3]</sup>

## Behandlung

Die Panikstörung lässt sich in der Regel sehr gut psychotherapeutisch behandeln, vor allem kognitiv-verhaltenstherapeutische Behandlungsmethoden haben sich als wirksam erwiesen. Der Patient muss aufgeklärt werden, dass die Angstanfälle eigengesetzlich verlaufen und nach einiger Zeit von allein wieder abklingen – und, dass er zu keinem Zeitpunkt während der Angstattacke ernstlich gefährdet ist. Er wird nicht umfallen, nicht den Verstand verlieren, das Herz wird nicht stehen bleiben, es wird nichts Dergleichen passieren. Diese Voraussage seines Therapeuten / Arztes muss er sich während der Attacke immer wieder in Erinnerung rufen.

Das langfristige Ziel der Therapie ist, dass Betroffene wieder lernen, ihrem Körper zu vertrauen. Sie lernen, die Aufmerksamkeit weg von der ständigen Selbstbeobachtung auf äußere Ereignisse zu lenken, aber auch die Körperreaktionen nicht gleich als Anzeichen beispielsweise eines Herzinfarkts zu bewerten. Daneben lernen Betroffene, ihren Körper bewusst durch Atmung und Entspannungsverfahren zu entspannen (siehe auch Herzkohärenz). Das mit der Erwartungsangst häufig verbundene Vermeidungsverhalten wird in diesem Rahmen mit einer sogenannten Expositions- bzw. Konfrontationstherapie in der Regel erfolgreich behandelt.

Parallel zur Verhaltenstherapie wird meistens ein Antidepressivum verschrieben, da es die übermäßige Angst unterdrückt, bis der Patient in der Lage ist, die Panikstörung als solche zu erkennen und der Angst mit psychotherapeutischen Methoden effektiv zu begegnen. Es gibt verschiedene Arten bzw. Klassen an Antidepressiva. Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI) und Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer (SNRI) sind für die Behandlung der Panikstörung am besten untersucht und nachweislich am wirkungsvollsten.<sup>[4]</sup> Beispiele für Medikamente: SSRIs: Paroxetin; Citalopram, Escitalopram; Fluvoxamin, Fluoxetin, Sertralin; SNRI: Venlafaxin. Außerdem werden Trizyklika verschrieben.<sup>[5]</sup> Nach dem Absetzen der Medikamente ist die Wahrscheinlichkeit eines Rückfalles im Allgemeinen hoch.<sup>[5]</sup>

Bei einer schweren Panikstörung können vorübergehend auch Anxiolytika (angstlösende Medikamente) wie beispielsweise Benzodiazepine zum Einsatz kommen. Da es durch eine regelmäßigen Einnahme von Benzodiazepinen zur Entwicklung einer Abhängigkeit kommen kann, ist deren Anwendung auf die Akuttherapie (für eine Dauer von maximal vier bis sechs Wochen) beschränkt.

## Panikstörung in der Schwangerschaft

Es kann bei Patientinnen, die vorher nur wenig ausgeprägte Ängste hatten, in der Schwangerschaft zu einer massiven Häufung von schweren Panikattacken kommen.<sup>[6]</sup>

## Einzelnachweise

- [1] James N. Butcher, Susan Mineka, Jill M. Hooley: "Klinische Psychologie". 2009: Pearson Studium; S. 243
- [2] James N. Butcher, Susan Mineka, Jill M. Hooley: "Klinische Psychologie". 2009: Pearson Studium; S. 244 bis 245
- [3] Schmidt, N. B., Zvolensky, M. J., & Maner, J. K.: Anxiety sensitivity: Prospective prediction of panic attacks and Axis I pathology, In: Journal of Psychiatric Research. Bd. 40, Nr. 8, 2006, S. 691–699.
- [4] Kern, N. & Ströhle, A.: *Psychopharmakotherapie bei Angsterkrankungen*. In: *Psychotherapie Ausgabe 8*. 2003, S. 104-113.
- [5] James N. Butcher, Susan Mineka, Jill M. Hooley: "Klinische Psychologie". 2009: Pearson Studium; S. 251
- [6] Anke Rohde und Almut Dorn. "Gynäkologische Psychosomatik und Gynäkopsychiatrie - Das Lehrbuch". 2007. Schattauer; S. 152

## Weblinks

- Informationen zu Krankheitsbild und Forschung beim bundesweiten Forschungsverbund Panik-Netz (BMBF) (<http://www.paniknetz.de>)
- Spezialambulanz der Charite Berlin für Angsterkrankungen *Diagnostik und Behandlung von Panikstörung* (<http://www.angstambulanz-charite.de>)

# Depression

---

**Depressiv** (lat. *deprimere* „niederdrücken“) bezeichnet umgangssprachlich einen Zustand psychischer Niedergeschlagenheit. In der Psychiatrie wird die **Depression** den affektiven Störungen zugeordnet. Im gegenwärtig verwendeten Klassifikationssystem psychischer und anderer Erkrankungen (ICD 10) lautet die Krankheitsbezeichnung *depressive Episode* oder *rezidivierende (wiederkehrende) depressive Störung*. Die Diagnose wird allein nach Symptomen und Verlauf gestellt. Zur Behandlung depressiver Störungen werden nach Aufklärung über die Ursachen und den Verlauf der Erkrankung Antidepressiva eingesetzt, aber auch reine Psychotherapie ohne Medikation, wie beispielsweise tiefenpsychologische oder verhaltenstherapeutische Verfahren.

## Symptome

Die Krankheit Depression ist charakterisiert durch Stimmungseinengung (Verlust der Fähigkeit zu Freude oder Trauer; Verlust der affektiven Resonanz, d. h. der Patient ist durch Zuspruch nicht aufhellbar), Antriebshemmung, mit oder ohne Unruhe, Denkhemmung, Schlafstörungen. Diese Schlafstörungen sind Ausdruck eines gestörten 24-Stundenrhythmus. Häufig geht es dem Kranken in den frühen Morgenstunden so schlecht, dass er nicht mehr weiter schlafen kann. Liegt diese Form des gestörten chronobiologischen Rhythmus vor, fühlt sich der Patient am späten Nachmittag und Abend jeweils besser, bis dann einige Stunden nach Mitternacht die depressive Symptomatik in voller Stärke wieder einsetzt. Weitere Symptome können sein: übertriebene Sorge um die Zukunft, unter Umständen überbetonte Beunruhigung durch Bagatellstörungen im Bereich des eigenen Körpers (siehe Hypochondrie), das Gefühl der Hoffnungslosigkeit, Minderwertigkeit, Hilflosigkeit, sowie soziale Selbstisolation, Selbstentwertung und übersteigerte Schuldgefühle, dazu Müdigkeit, verringerte Konzentrations- und Entscheidungsfähigkeit, das Denken ist verlangsamt (*Denkhemmung*), sinnloses Gedankenkreisen (Grübelzwang), dazu Störungen des Zeitempfindens. Häufig bestehen Reizbarkeit und Ängstlichkeit. Negative Gedanken und Eindrücke werden über- und positive Aspekte nicht adäquat bewertet. Das Gefühlsleben ist eingengt, was zum Verlust des Interesses an der Umwelt führen kann. Auch kann sich das sexuelle Interesse vermindern oder erlöschen (*Libidoverlust*). Bei einer schweren depressiven Episode kann der Erkrankte in seinem Antrieb so gehemmt sein, dass er nicht mehr einfachste Tätigkeiten, wie Körperpflege, Einkaufen oder Abwaschen verrichten kann. Der Schlaf ist nicht erholsam, das morgendliche Aufstehen bereitet Probleme (*Morgentief; Tagesschwankungen*). Bei einer seltenen Krankheitsvariante verhält es sich umgekehrt: Es tritt ein sogenanntes „Abendtief“ auf, d. h. die Symptome verstärken sich gegen Abend und das Einschlafen ist erschwert oder erst gegen Morgen möglich.

Depressive Erkrankungen gehen mit körperlichen Symptomen einher, sogenannten *Vitalstörungen*, wie Appetitlosigkeit, Schlafstörungen, Gewichtsabnahme, Gewichtszunahme („Kummerspeck“), häufig auch mit Schmerzen in ganz unterschiedlichen Körperregionen, am typischsten mit einem quälenden Druckgefühl auf der Brust.

Während einer depressiven Episode ist die Infektionsanfälligkeit erhöht.

Je nach Schwere einer Depression kann sie mit latenter oder akuter Suizidalität einhergehen. Es wird vermutet, dass der größte Teil der jährlich circa 12.000 Suizide in Deutschland auf Depressionen zurückzuführen ist.

## Geschlechtsspezifische Unterschiede

Die Symptomatik einer Depression kann sich bei Frauen und Männern auf unterschiedliche Weise ausprägen. Bei den Kernsymptomen sind die Unterschiede gering. Während bei Frauen eher Phänomene wie Mutlosigkeit und Grübeln verstärkt zu beobachten sind, gibt es bei Männern jedoch deutliche Hinweise darauf, dass sich eine Depression auch in einer Tendenz zu aggressivem Verhalten niederschlagen kann.<sup>[1]</sup> In einer Untersuchung bei stationär behandelten Patienten fanden sich bei Männern neben einer vermehrten Klage über Schlaflosigkeit auch deutlich mehr Anzeichen von Reizbarkeit, Verstimmung, schnellem Aufbrausen, Wutanfällen, Unzufriedenheit mit sich und anderen, Neigung zu Vorwürfen und nachtragendem Verhalten, erhöhter Risikobereitschaft, exzessivem Sporttreiben, sozial unangepasstem Verhalten, ausgedehntem Alkohol- und Nikotinkonsum, sowie einem erhöhten Selbsttötungsrisiko.

## Kinder und Jugendliche

Im Entwicklungsverlauf zeigt sich eine Depression in unterschiedlichen Symptomen und Ausprägungen, die grob in verschiedene Phasen zu unterscheiden sind. Ein Kleinkind im Alter von ein bis drei Jahren hat noch nicht die Fähigkeit, sich differenziert zu seinem Befinden zu äußern. Eine Depression erkennt man bei ihm an einem ausdruckslosen Gesicht, erhöhter Irritabilität, und einem gestörten Essverhalten. Das Kind wirkt insgesamt traurig und entwickelt ein selbststimulierendes Verhalten. Dabei besonders auffällig sind beispielsweise Jactatio capitis oder exzessives Daumenlutschen; auch kann genitale Selbstmanipulation früh einsetzen. Das Spielverhalten zeichnet sich durch mangelnde Kreativität oder verminderte Ausdauer aus. Auch kann das Kleinkind eine generelle Spielunlust oder eine generell mangelnde Phantasie entwickeln.

Vorschulkinder zeigen ein trauriges Gesicht und eine verminderte Mimik und Gestik. Sie sind leicht irritierbar und stimmungslabil. Sie können sich nicht freuen, und zeigen introvertiertes oder aggressives Verhalten. Sie sind weniger an motorischer Aktivität interessiert und können stark an Gewicht ab- oder zunehmen. Auch können sie eine Schlafstörung entwickeln. Sie können dann nicht ein- oder durchschlafen oder haben Alpträume.

Schulkinder können meist schon verbal über ihre Traurigkeit berichten. Zusätzlich können sie Suizidgedanken und Schulleistungsstörungen entwickeln. Auch können sie Befürchtungen entwickeln, von ihren Eltern nicht genügend beachtet zu werden.

Jugendliche in der Pubertät zeigen häufig ein vermindertes Selbstvertrauen, sind apathisch, haben Ängste und Konzentrationsmängel. Auch Jugendliche können Leistungsstörungen entwickeln und zirkadiane Schwankungen des Befindens zeigen. Auch psychosomatische Störungen können hier Anzeichen für eine Depression sein. Jugendliche zeigen hierbei schon die Kriterien der depressiven Episode, wie sie bei Erwachsenen zu erkennen sind.<sup>[2]</sup>

## Diagnose

### Klassifikation nach ICD-10

- F32.0 Leichte depressive Episode (Der Patient fühlt sich krank und sucht ärztliche Hilfe, kann aber trotz Leistungseinbußen seinen beruflichen und privaten Pflichten noch gerecht werden, sofern es sich um Routine handelt.)
- F32.1 Mittelgradige depressive Episode (Berufliche oder häusliche Anforderungen können nicht mehr oder - bei Tagesschwankungen - nur noch zeitweilig bewältigt werden).
- F32.2 Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (Der Patient bedarf ständiger Betreuung. Eine Klinik-Behandlung wird notwendig, wenn das nicht gewährleistet ist).
- F32.3 Schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen (Wie F.32.2, verbunden mit Wahngedanken, z. B. absurden Schuldgefühlen, Krankheitsbefürchtungen, Verarmungswahn u. a.).
- F32.8 Sonstige depressive Episoden

F32.9 Depressive Episode, nicht näher bezeichnet

ICD-10 online (WHO-Version 2011) <sup>[1]</sup>

Da die Depression eine sehr häufige Erkrankung ist, sollte sie bereits vom Hausarzt erkannt werden, was aber nur in etwa der Hälfte aller Fälle gelingt. Manchmal wird die Diagnose erst von einem Psychiater, von einem Arzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder von einem psychologischen Psychotherapeuten gestellt. Wegen der besonderen Schwierigkeiten der Diagnostik und Behandlung von Depressionen im Kindesalter, sollten Kinder und Jugendliche mit einem Verdacht auf eine Depression grundsätzlich einem Kinder- und Jugendlichenpsychiater oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten vorgestellt werden.

Verbreitete Diagnosewerkzeuge sind die Hamilton-Depressionsskala (HAMD), das Beck-Depressionsinventar (BDI) und das Inventar depressiver Symptome (IDS).

Mitunter wird eine Depression von einer anderen Erkrankung überdeckt und nicht erkannt. Eine Depression kann sich auch vorwiegend durch körperliche Symptome – oft Schmerzen – äußern und wird dann als „larvierte Depression“ bezeichnet (die Depression versteckt sich hinter den körperlichen Symptomen wie hinter einer Larve).

In der ICD-10 fallen Depressionen unter den Schlüssel *F32.-* und werden als „depressive Episode“ bezeichnet. Im Falle sich wiederholender Depressionen werden diese unter *F33.-* klassifiziert, bei Wechsel zwischen manischen und depressiven Phasen unter *F31.-*. Die ICD-10 benennt drei typische Symptome der Depression: depressive Stimmung, Verlust von Interesse und Freude sowie eine erhöhte Ermüdbarkeit. Für die Diagnose leichter und mittlerer Episoden schreibt die ICD-10 wenigstens zwei dieser typischen Symptome (in Verbindung mit zwei bzw. mindestens drei weniger typischen Symptomen) vor, für schwere Episoden müssen alle drei typischen Symptome vorhanden sein (zusätzlich wenigstens vier weniger typische Symptome).<sup>[3]</sup>

Für Kinder und Jugendliche gelten die gleichen Diagnoseschlüssel wie für Erwachsene. Allerdings kann bei Kindern eine ausgesprochene Verleugnungstendenz vorliegen, und sie können große Schamgefühle haben. In einem solchen Fall kann Verhaltensbeobachtung und die Befragung der Eltern hilfreich sein. Hierbei wird häufig auch die familiäre Belastung in Hinblick auf depressive Störungen sowie anderen Störungen exploriert. Im Zusammenhang mit Depression wird oft eine Anamnese des Familiensystems nach Beziehungs- und Bindungsstörungen sowie frühkindlichen Deprivationen oder auch seelischen, körperlichen und sexuellen Misshandlungen erstellt.

Zu den weiteren diagnostischen Schritten kann auch eine Befragung der Schule oder des Kindergartens hinsichtlich der Befindlichkeit des Kindes oder Jugendlichen zählen. Häufig wird auch eine orientierende Intelligenzdiagnostik durchgeführt, welche eine eventuelle Über- oder Unterforderung aufdecken soll. Spezifische Testverfahren für Depression im Kindes- und Jugendalter sind das Depressions-Inventar für Kinder und Jugendliche (DIKJ) von J. Stiensmeier-Pelster, M. Schürmann und K. Duda und der Depressions-Test für Kinder (DTK) von P. Rossmann.

### **Ausschluss-Diagnosen**

- Perniziöse Anämie, Vitamin-B12-Mangel
- Erkrankung der Schilddrüse
- sonstige Anämie<sup>[4] [5]</sup>
- Fruktosemalabsorption<sup>[6]</sup>

### **Verbreitung**

Die Depression ist die am häufigsten auftretende psychische Erkrankung. Das Bundesgesundheitsministerium schätzt, dass vier Millionen Deutsche von einer Depression betroffen sind und dass gut zehn Millionen Menschen bis zum 65. Lebensjahr eine Depression erlitten haben. Aber die Zahlen schwanken. Das hängt zum einen mit der hohen Dunkelziffer zusammen (viele Depressionen werden nicht als solche erkannt) und zum anderen mit der Definition

der Krankheit. Der britische NHS erklärt in einer groß angelegten Informationskampagne hingegen, dass fast jeder Mensch in seinem Leben mindestens einmal an Depression leide. Diese Kampagne richtet sich insbesondere an Männer, die sich ihrer Krankheit meist schämen, diese verheimlichen und so nicht die nötige Hilfe erhalten.

Bei Frauen werden Depressionen im Durchschnitt doppelt so oft wie bei Männern diagnostiziert. Dies kann auf eine verstärkte genetische Disposition von Frauen zur Depression hinweisen, aber auch mit den unterschiedlichen sozialen Rollen und Zuschreibungen zusammenhängen, da deutlich mehr Männer an meist depressionsbedingten Suiziden sterben als Frauen. Bei Männern können sich Depressionen auch anders ausdrücken als bei Frauen. Da sich Männer aber tendenziell seltener in ärztliche Behandlung begeben und dabei weniger über sich erzählen, kommt dies oft nicht zur Kenntnis.

Eine reine Depression im Kindesalter ist selten. Bei Vorschulkindern beträgt sie weniger als 1 % und steigt bei Schulkindern auf 2–3 %. Bei Jugendlichen wird eine Häufigkeit von 7–13 % angegeben. Das Geschlechterverhältnis ändert sich in der Adoleszenz von einem Übergewicht bei Jungen vor der Pubertät zur Dominanz bei Mädchen ab dem zwölften Lebensjahr. Bei diesen Zahlen muss allerdings berücksichtigt werden, dass eine Diagnose vor allem im Vorschulalter sehr schwierig ist. Es treten häufige Komorbiditäten auf.<sup>[7] [8]</sup>

## Entwicklung

In den vergangenen Jahren wurde in den entwickelten Ländern ein Anstieg diagnostizierter Erkrankungen beobachtet. Die Ursachen dafür sind noch unklar.

In westlichen Gesellschaften haben sich andere Indikatoren, die auf psychische Probleme hinweisen (Suizide, Alkoholismus) positiv entwickelt. Aktuelle Studien kommen dementsprechend zu dem Ergebnis, dass die tatsächliche Häufigkeit depressiver Erkrankungen in westlichen Ländern in den letzten Jahrzehnten nicht zugenommen hat. Nach diesem Ergebnis wäre die häufigere Diagnose vor allem auf ein gestiegenes Problembewusstsein und eine höhere Akzeptanz der Erkrankung zurückzuführen.<sup>[9] [10]</sup>

Allerdings wird auch in Fachkreisen die These vertreten, dass die Zahl der Erkrankungen tatsächlich zunimmt. Ursprung dieser These war vor allem eine Studie von Klerman und Weissman aus dem Jahr 1989, die das „Zeitalter der Depression“ ausrief.<sup>[11]</sup>

## Unterschiedliche Formen

Die älteren Bezeichnungen unterscheiden zwischen endogener Depression (*endogen* bedeutet *innen entstanden; infolge veränderter Stoffwechselfvorgänge im Gehirn*; im klinischen Alltag als eine Form der affektiven Psychose bezeichnet), die ohne erkennbare Ursache auftritt (und bei der auch eine genetische Mitverursachung vermutet wird), neurotische Depression – oder auch Erschöpfungsdepression – (verursacht durch länger andauernde belastende Erfahrungen in der Lebensgeschichte) und *reaktive Depression* – als Reaktion auf ein aktuell belastendes Ereignis.

Gegenwärtig ist das deskriptiv (beschreibend) ausgerichtete Diagnose-Schema nach ICD-10 in der psychiatrischen Wissenschaft verbindlich. Es trennt lediglich zwischen depressiven Episoden und rezidivierenden depressiven Störungen. Die Schwere der Depression wird mit *leicht*, *mittelgradig*, *schwer* und *schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen* bezeichnet (vergleiche Abschnitt: „Diagnose“). Dysthymia steht für die chronifizierte Depression.

*Depressive Reaktion* (ICD-10) ist die frühere reaktive Depression.

Bei der selteneren bipolaren affektiven Störung erkrankt der Patient im Wechsel an Depression und Manie. Die frühere Bezeichnung dieses Krankheitsbildes lautete *manisch-depressive Erkrankung*. Auch hier ist der Begriff „affektive Psychose“ noch gebräuchlich. In abgeschwächter, aber über Jahre sich hinziehender Ausprägung werden diese bipolaren Schwankungen Zykllothymie genannt.

Die Winterdepression ist eine saisonal auftretende Form, für die ein Mangel an Sonnenlicht ursächlich zu sein scheint.

Die Bezeichnung Altersdepression ist irreführend, da sich eine depressive Episode im Alter nicht von der in jungen Jahren unterscheidet. Allerdings erkranken Ältere häufiger an einer Depression als Jüngere.

Die Schwangerschaftsdepression kommt häufig aufgrund einer Anpassungsstörung während der Schwangerschaft zustande.

Bei etwa 10 % bis 15 % der Frauen kommt es nach einer Geburt zu einer postpartalen Depression.<sup>[12]</sup>

### **Anaklitische Depression**

Eine Sonderform der Depression ist die anaklitische Depression (Anaklise = Abhängigkeit von einer anderen Person) bei Babys und Kindern, wenn diese allein gelassen oder vernachlässigt werden. Die anaklitische Depression äußert sich durch Weinen, Jammern, anhaltendes Schreien und Anklammern und kann in psychischen Hospitalismus übergehen.

### **Somatisierte Depression**

Die *somatisierte Depression* (auch maskierte bzw. larvierte Depression genannt) ist eine depressive Episode, die mit körperlichen Beschwerden einhergeht: Rückenschmerzen, Kopfschmerzen, Beklemmungen in der Brustregion – hier sind die unterschiedlichsten körperlichen Symptome möglich als „Präsentiersymptome“ einer Depression. Die Häufigkeit der maskierten Depression in der Hausarztpraxis kann bis 14 % betragen (jeder siebte Patient).<sup>[13] [14]</sup> Verkannte maskierte Depressionen sind ein aktuelles gesundheitspolitisches Problem.

### **Organische Depression**

*Organische Depression* nennt man depressive Symptome, die durch eine körperliche Erkrankung hervorgerufen werden (z. B. durch eine Hypothyreose), durch Schilddrüsenfunktionsstörungen, Hypophysen- oder Nebennierenerkrankungen oder Frontalhirnsyndrom. Nicht zur *organischen Depression* zählen Depressionen im Gefolge von hormonellen Umstellungen, z. B. nach der Schwangerschaft oder in der Pubertät.

### **Agitierte Depression**

Die zur depressiven Symptomatik gehörende *innere Unruhe* kann gelegentlich so gesteigert sein, dass eine Erscheinungsform entsteht, die *agitierte Depression* genannt wird. Der Patient wird getrieben von einem rastlosen Bewegungsdrang, der ins Leere läuft. Zielgerichtete Tätigkeiten sind nicht mehr möglich. Der Kranke läuft umher, kann nicht still sitzen und kann auch Arme und Hände nicht still halten, was häufig mit Händeringen und Nesteln einhergeht. Auch das Mitteilungsbedürfnis ist gesteigert und führt zu ständigem, einförmigen Jammern und Klagen. Die *agitierte Depression* tritt bei älteren Menschen vergleichsweise häufiger auf als in jüngerem und mittlerem Alter.

### **Atypische Depression**

Hauptmerkmale der Atypischen Depression sind die Aufhellbarkeit der Stimmung sowie vermehrter Appetit oder Gewichtszunahme, Hypersomnie, „Bleierne Schwere“ des Körpers und eine lang anhaltende Überempfindlichkeit gegenüber subjektiv empfundenen persönlichen Zurückweisungen. „Atypisch“ bezieht sich dabei auf die Abgrenzung zur endogenen Depression und nicht auf die Häufigkeit dieses Erscheinungsbildes einer Depression. Etwa 15-40% aller depressiven Störungen sind „atypische Depressionen“. In einer aktuellen Studie aus Deutschland betrug der Anteil atypischer Depressionen 15,3%. Patienten mit atypischer Depression hatten im Vergleich zu den anderen depressiven Patienten eine höhere Wahrscheinlichkeit an somatischen Angstsymptomen, somatischen Symptomen, Schuldgedanken, Libidostörungen, Depersonalisation und Misstrauen zu leiden.<sup>[15]</sup>



## Ursachen

Die Ursachen depressiver Erkrankungen sind komplex und nur teilweise verstanden. Es ist von einem Zusammenwirken mehrerer Ursachen auszugehen: sowohl biologische Faktoren als auch entwicklungsgeschichtliche Erfahrungen, aktuelle Ereignisse und kognitive Verarbeitungsmuster spielen eine Rolle.

### Genetische Ursachen

Familien-, Zwillings- und Adoptionsstudien belegen eine genetische Disposition für Depression. Zwillingsstudien zeigen, dass im Vergleich zu Effekten der gemeinsamen familiären Umgebung genetischen Faktoren eine entscheidende Bedeutung zukommt.<sup>[16]</sup> So sei das Risiko für Kinder, bei denen ein Elternteil depressiv erkrankt ist, bei 10–15 %, ebenfalls zu erkranken, und bei vorhandener Erkrankung beider Elternteile bei 30–40 %.

Die Zwillingsstudien zeigen umgekehrt auch, dass die genetische Komponente nur ein Teilfaktor ist. Selbst bei identischer genetischer Ausstattung (eineieiige Zwillinge) erkrankt der Zwillingspartner des depressiven Patienten in weniger als der Hälfte der Fälle. Beim Entstehen einer Depression spielen immer auch Umweltfaktoren eine Rolle. Darüber, wie die mögliche genetische Grundlage der Depression allerdings aussehen könnte, besteht keine Einigkeit. Einvernehmen herrscht nur darüber, dass es ein isoliertes „Depressions-Gen“ nicht gibt.

Zu bedenken ist, dass zwischen genetischen Faktoren und Umweltfaktoren komplizierte Wechselbedingungen (Genom-Umwelt-Kovarianz) bestehen können. So können genetische Faktoren z. B. bedingen, dass ein bestimmter Mensch durch eine große Risikobereitschaft sich häufig in schwierige Lebenssituationen manövriert.<sup>[17]</sup> Umgekehrt kann es von genetischen Faktoren abhängen, ob ein Mensch eine psychosoziale Belastung bewältigt oder depressiv erkrankt.

### Konkrete genetische Befunde bei der unipolaren Depression

Ein wesentlicher genetischer Vulnerabilitätsfaktor für das Auftreten einer Depression wird in einer Variation in der Promotorregion des Serotonin-Transportergens 5-HTTLPR vermutet.

5-HTTLPR steht dabei für *Serotonin (5-HT) Transporter (T) Length (L) Polymorphic (P) Region (R)*. Das Gen befindet sich auf dem Chromosom 17q11.1–q12. Es kommt in der Bevölkerung in unterschiedlichen Formen vor (sogenannter „unterschiedlicher Längenpolymorphismus“ mit einem sogenannten „kurzen“ und einem „langen Allel“). Träger des kurzen Allels reagieren empfindsamer auf psychosoziale Stressbelastungen und haben damit ein unter Umständen doppelt so großes Risiko (Disposition), an einer Depression zu erkranken, wie die Träger des langen Allels. Zudem soll das Gen für den Serotonin-Transporter auch die Entwicklung und die Funktion eines wichtigen Emotionsschaltkreises zwischen Amygdala (*Mandelkern*) und dem vorderen subgenualen cingulären Cortex beeinflussen. Dabei wird diskutiert, dass bei den Trägern des kurzen Allels die physiologische „Bremsfunktion“ des *Gyrus cinguli (Gürtelwindung)* auf die stressbedingten „negativen“ Angstgefühle in den Mandelkernen nicht ausreichend stattfinden kann. Da die negativen Gefühle somit nicht ausreichend gedämpft werden können, komme es schließlich zu einer depressiven Stimmung<sup>[18] [19]</sup> (vgl. auch Imaging Genetics).

In einer Meta-Analyse, die im Juni 2009 im Journal of the American Medical Association erschienen ist<sup>[20]</sup>, wurden die Daten von mehr als 14.000 Menschen aus 14 zuvor veröffentlichten Studien auf diesen Zusammenhang hin untersucht. Insgesamt konnte kein erhöhtes Risiko für depressive Erkrankungen mit der Ausprägung des Serotonintransportergens 5-HTTLPR in Zusammenhang gebracht werden. Auch wenn die Anzahl der schweren Lebensereignisse der Menschen mit dem Genotyp kombiniert wurde, gab es keinen statistisch signifikanten Zusammenhang. Insbesondere konnten die Funde von Avshalom Caspi, 2003 in Science publiziert<sup>[21]</sup>, nicht repliziert werden. Er und seine Kollegen waren zu dem Ergebnis gekommen, dass mit einer zunehmenden Anzahl von Short-Allelen (also LL < LS/SL < SS) das Erkrankungsrisiko mit der Anzahl der Lebensereignisse weiter steigt. Von den 13 anderen analysierten Studien haben zwei den gegenteiligen Effekt gefunden, also ein verringertes Erkrankungsrisiko bei Short-Allelen, fünf keinen Effekt, drei den Effekt nur bei Frauen oder Trägern des SS-Polymorphismus und zwei den Effekt wie von Caspi und Kollegen berichtet. Diese Ergebnisse sprechen gegen

einen Zusammenhang zwischen dem Serotonintransportergen und depressiven Erkrankungen<sup>[22]</sup>, während die Anzahl der schweren Lebensereignisse allein bei den über 14.000 Menschen das Erkrankungsrisiko signifikant beeinflusste.

Weitere Kandidatengene, die mit dem Auftreten von Depressionen in Verbindung gebracht werden, codieren Enzyme bzw. Rezeptoren, die ebenfalls vor allem im Serotoninstoffwechsel eine wichtige Funktion innehaben: hierzu gehören der Serotoninrezeptor 2A (5-HT<sub>2A</sub>), die Tyrosinhydroxylase (TH) und die Tryptophanhydroxylase 1 (TPH1). Auch die Catechol-O-Methyltransferase (COMT; catecholaminabbauendes Enzym) scheint mit dem Auftreten von Depressionen verbunden zu sein.<sup>[23]</sup>

## Neurobiologische Faktoren

Als gesichert gilt, dass bei jeder bekannten Form der Depression das serotonale und/oder noradrenerale System gestört ist, das heißt, der Spiegel dieser Neurotransmitter ist zu hoch oder zu niedrig, oder die Resorption/Reizbarkeit der Synapsen ist verändert. Unklar ist jedoch, ob die Veränderung des Serotoninspiegels eine Ursache oder eine Folge der depressiven Erkrankung ist.

### Depression als Ausdruck von Fehlanpassung an chronischen Stress

Chronischer Stress führt über eine andauernde Stimulation der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennieren-Achse (HHN-Achse) zu einer übermäßigen Ausschüttung von Glucocorticoiden ins Blut. Bei Depressiven lassen sich überhöhte Mengen des Stresshormons Cortisol im Blut und Urin nachweisen. Deshalb wurde schon früh ein Zusammenhang zwischen dem Auftreten von Depressionen und Stress vermutet.

Die Steuerung der Glucocorticoidsekretion erfolgt zentral durch die parvozellulären neurosekretorischen Neuronen aus dem *Nucleus paraventricularis* des Hypothalamus. Das Corticotropin Releasing Hormone (CRH), welches von diesen Neuronen gebildet wird, stimuliert zunächst die Bildung und Ausschüttung des adrenocorticotropen Hormons (ACTH) aus der Adenohypophyse. ACTH führt über eine Aktivierung der Nebennierenrinde zu einer Ausschüttung von Gluco- und Mineralocorticoiden. Die bei Depressionen beschriebene *Dysregulation der HHN Achse* zeigt sich in einer erhöhten basalen Sekretion von ACTH und Cortisol, in einer verminderten Suppression von Cortisol im Dexamethason-Hemmtest und in einer verminderten ACTH-Sekretion nach Gabe von CRF.

Relativ neu ist die Erkenntnis, dass durch die erhöhte Ausschüttung von Glucocorticoiden bei Stress empfindliche Regionen des Gehirns selbst geschädigt werden können. Besonderes Interesse findet in diesem Zusammenhang in der neueren Forschung der zum limbischen System gehörende Hippocampus. Störungen der kognitiven Verarbeitungsprozesse bzw. der Gedächtnisleistungen, wie sie auch bei Depressionen vorkommen, lassen sich funktionell dieser Formation zuordnen. Sie korrelieren mit einer erhöhten Konzentration von Glucocorticoiden in dieser Region als Folge von chronischen Stresseinflüssen. Glucocorticoide scheinen dabei verantwortlich zu sein für die z. B. deutliche „Ausdünnung“ von Dendriten in den Pyramidenneuronen dieser Formation (Regression der apikalen Dendriten in der CA3 Region). Wie neuere MRT-Untersuchungen zeigen, kann es bei Depressionen aufgrund dieser Veränderungen zu einer (rechtsbetonten) Volumenreduktion des Hippocampus kommen.<sup>[24] [25]</sup>

Der Hippocampus gehört – neben dem *Bulbus olfactorius* – zu den einzigen Regionen des Nervensystems, die in der Lage sind, von sich aus wieder neue Nervenzellen zu bilden. Auch diese Fähigkeit zur Neuroneogenese scheint durch die schädigende Wirkung der Glucocorticoide im Stress bei Depressionen beeinträchtigt zu sein.

Die beschriebenen Veränderungen bei Depressionen gelten andererseits gerade wegen der Fähigkeit des Hippocampus zur Regeneration wiederum als reversibel. Sie lassen sich durch Gabe bestimmter Medikamente (wie z. B. Lithium und bestimmter Antidepressiva) positiv beeinflussen.<sup>[26]</sup>

Transmittersysteme wie das Serotonin- oder Noradrenalinssystem haben im Hinblick auf die Genese von Depressionen nach neueren Erkenntnissen vor allem eine modulierende Wirkung auf emotional gefärbte psychosoziale Stressreaktionen. Dabei wird z. B. durch einen reduzierten Serotoninmetabolismus die adäquate biologische Bewältigung der (Stress-)Gefühle Angst und Aggression beeinträchtigt. Man geht inzwischen davon aus,

dass aufgrund mangelnder Serotonin-Transporter in den Bahnen zwischen limbischen und kortikalen Zentren infolge einer kurzen Variante des Serotonin-Transporter-Gens<sup>[27]</sup> – im Sinne einer „*gene-by-environment interaction*“ – die Verarbeitungsmöglichkeit für sozial emotionale Stressreaktionen herabgesetzt ist. Dies führt über eine stressbedingte erhöhte Erschöpfbarkeit zur Entwicklung einer depressiven Stimmung. Auch die Stimulierung der CRF-Ausschüttung im Stress wird über serotonerge Bahnen geregelt.

Im Zusammenhang mit den aktuellen Erklärungsmodellen zur Genese von Depressionen beschäftigt sich die pharmakologische Forschung bei der Suche nach neuen wirksamen Substanzen zur Angst- und Depressionsbehandlung mit der Wirkung der CRF-Typ 1-Antagonisten (wie Astressin,<sup>[28]</sup> Antalarmin<sup>[29]</sup>).

Das Erklärungsmodell von Depressionen als Fehlanpassung bei chronischen Stresseinflüssen rechtfertigt vielfältige therapeutische Einflussmöglichkeiten vor allem auf die subjektiv dispositionellen Faktoren von Stresserleben und Stressbewältigung.<sup>[30]</sup> Im Vordergrund steht dabei allgemein die Stärkung der Resilienz einer Person.

## Psychologische Theorien zur Depressionsentstehung

### Erlernte Hilflosigkeit

*Hauptartikel:* Erlernte Hilflosigkeit

Nach Seligmans Depressionsmodell werden Depressionen durch Gefühle der Hilflosigkeit bedingt, die auf unkontrollierbare, aversive Ereignisse folgen. Entscheidend für die erlebte Kontrollierbarkeit von Ereignissen sind die Ursachen, auf die die Person ein Ereignis zurückführt. Nach Seligman führt die Ursachenzuschreibung unangenehmer Ereignisse auf internale, globale und stabile Faktoren zu Gefühlen der Hilflosigkeit, die wiederum zu Depressionen führen. Mittels Seligmans Modell lässt sich die hohe Komorbidität zu Angststörungen erklären: Allen Angststörungen ist gemein, dass die Personen ihre Angst nicht oder sehr schlecht kontrollieren können, was zu Hilflosigkeits- und im Verlauf der Störung auch zu Hoffnungslosigkeitserfahrungen führt. Diese wiederum sind, laut Seligman, ursächlich für die Entstehung von Depressionen.<sup>[31]</sup>

### Kognitionen als Ursache

Im Zentrum von Becks Depressionsmodell stehen kognitive Verzerrungen der Realität durch den Depressiven. Ursächlich dafür sind, laut Beck, negative kognitive Schemata oder Überzeugungen, die durch negative Lebenserfahrungen ausgelöst werden. Kognitive Schemata sind Muster, die sowohl Informationen beinhalten als auch zur Verarbeitung von Informationen benutzt werden und somit einen Einfluss auf Aufmerksamkeit, Enkodierung und Bewertung von Informationen haben. Durch Benutzung dysfunktionaler Schemata kommt es zu kognitiven Verzerrungen der Realität, die im Falle der depressiven Person zu pessimistischen Sichtweisen von sich selbst, der Welt und der Zukunft führen (negative Triade). Als typische kognitive Verzerrungen werden u. a. willkürliche Schlüsse, selektive Abstraktion, Übergeneralisierungen und Über- oder Untertreibungen angesehen. Die kognitiven Verzerrungen verstärken rückwirkend die Schemata, was zu einer Verfestigung der Schemata führt. Unklar ist jedoch, ob kognitive Fehlinterpretationen, bedingt durch die Schemata, die Ursache der Depression darstellen oder ob durch die Depression kognitive Fehlinterpretationen erst entstehen.<sup>[31]</sup>

### Verstärkerverlust

Nach dem Depressionsmodell von Lewinsohn, das auf der operanten Konditionierung der behavioristischen Lerntheorie beruht, entstehen Depressionen aufgrund einer zu geringen Rate an unmittelbar mit dem Verhalten verbundener Verstärkung. Nach Lewinsohn hängt die Menge positiver Verstärkung von der *Anzahl* verstärkender Ereignisse, von der *Menge* verfügbarer Verstärker und von den Verhaltensmöglichkeiten einer Person ab, sich so zu verhalten, dass Verstärkung möglich ist.<sup>[31]</sup>

### **Psychoanalytische Ansätze**

In der Psychoanalyse gilt die Depression als eine gegen sich selbst gerichtete Aggression. Als psychische Ursachen für die Depression werden, besonders von psychoanalytisch orientierten Psychologen wie Heinz Kohut, Donald W. Winnicott und im Anschluss Alice Miller, auch dysfunktionale Familien beschrieben. Hier sind die Eltern mit der Erziehungsarbeit überfordert, und von den Kindern wird erwartet, dass sie die Eltern glücklich machen, zumindest aber problemlos „funktionieren“, um das fragile familiäre System nicht aus dem Gleichgewicht zu bringen. Besonders Kinder, die auf solch eine Überforderung mit der bedingungslosen Anpassung an die familiären Bedürfnisse reagieren, sind später depressionsgefährdet. Als handlungsleitendes Motiv kann nun das ständige Erfüllen von Erwartungen entstehen. Die so entstandenen Muster können lange auf einer latenten Ebene bleiben, und beispielsweise durch narzisstische Größenphantasien oder ein Helfersyndrom kompensiert werden. Das narzisstische Über-Ich verzeiht die Ohnmacht nicht: wenn die Überforderung ein nicht mehr erträgliches Maß erreicht, wird aus der latenten eine manifeste Depression (vgl. Erlernte Hilflosigkeit).

## **Sozialwissenschaftliche Erklärungstheorien zur Depressionsentstehung**

### **Psychosoziale Faktoren**

Ungünstige Lebensumstände (Arbeitslosigkeit, körperliche Erkrankung, geringe Qualität der Partnerschaft, Verlust des Partners) können eine depressive Episode auslösen, sofern die genetische Disposition besteht. Wahrscheinlicher ist jedoch, dass, nachdem eigengesetzlich bereits einmal eine depressive Episode mit Störung der Neurotransmitter aufgetreten war, erneute depressiven Episoden gebahnt sind, d. h. psychische Belastungen stoßen eine praeformierte Neurotransmitter-Entgleisung an.

Häufig nennt der Patient als Ursache seiner Erkrankung vorhandene, zum Teil schon sehr lange bestehende Konflikte. Seien die behoben, wäre er wieder gesund. In der Regel verwechselt der Patient dabei Ursache und Wirkung. Nach Abklingen der depressiven Episode wird die Belastung wie schon vor der depressiven Erkrankung ertragen und bewältigt, ja meist als Belastung gar nicht mehr bezeichnet und als Gegebenheit akzeptiert.

Bei Personen mit einem genetisch bedingten Risiko können belastende Ereignisse, wie etwa Armut Depressionen auslösen (dies ist ein Beispiel für eine Genotyp-Umwelt-Interaktion).<sup>[32]</sup>

Kinder aus Arbeiterfamilien sind häufiger depressiv als Kinder aus Familien der Mittelschicht.

Brown und Harris (1978) berichteten in ihrer als Klassiker geltenden Studie an Frauen aus sozialen Brennpunkten in London, dass Frauen ohne soziale Unterstützung ein besonders hohes Risiko für Depressionen aufweisen. Viele weitere Studien haben seitdem dieses Ergebnis gestützt. Menschen mit einem kleinen und wenig unterstützenden sozialen Netzwerk werden besonders häufig depressiv. Gleichzeitig haben Menschen, die erst einmal depressiv geworden sind, Schwierigkeiten, ihr soziales Netzwerk aufrecht zu erhalten. Sie sprechen langsamer und monotoner und halten weniger Augenkontakt, zudem sind sie weniger kompetent beim Lösen interpersonaler Probleme.<sup>[33]</sup>

### **Depression als Ausdruck einer sozialen Gratifikationskrise**

Der Medizinsoziologe Johannes Siegrist hat auf der Grundlage umfangreicher empirischer Studien das Modell der Gratifikationskrise (verletzte soziale Reziprozität) zur Erklärung des Auftretens zahlreicher Stresserkrankungen (wie Herz-/Kreislauf-Erkrankungen, Depression) vorgeschlagen.

Gratifikationskrisen gelten als großer psychosozialer Stressfaktor. Sie können vor allem in der Berufs- und Arbeitswelt, aber auch im privaten Alltag (z. B. in Partnerbeziehungen) als Folge eines erlebten Ungleichgewichtes von wechselseitigem Geben und Nehmen auftreten. Sie äußern sich in dem belastenden Gefühl, sich für etwas engagiert eingesetzt oder verausgabt zu haben, ohne dass dies gebührend gesehen oder gewürdigt wurde. Oft sind solche Krisen mit dem Gefühl des Ausgenutztseins verbunden. In diesem Zusammenhang kann es zu heftigen negativen Emotionen kommen. Dies wiederum kann bei einem Andauern auch zu einer Depression führen.

Hauptartikel: Sozial bedingte Ungleichheit von Gesundheitschancen

### **Depressionen bei Kindern als Folge elterlicher Depressionen**

Eine Depression bei einem Familienmitglied wirkt sich auf Kinder aller Altersgruppen aus. Elterliche Depression ist ein Risikofaktor für zahlreiche Probleme bei den Kindern, jedoch insbesondere für Depressionen. Viele Studien haben die negativen Folgen der Interaktionsmuster zwischen depressiven Müttern und ihren Kindern belegt. Bei den Müttern wurde mehr Anspannung und weniger verspielte, wechselseitig belohnende Interaktion mit den Kindern beobachtet. Sie zeigten sich weniger empfänglich für die Emotionen ihres Kindes und weniger bestätigend im Umgang mit dessen Erlebnissen. Außerdem boten sich den Kindern Gelegenheiten zum Beobachten depressiven Verhaltens und depressiven Affektes.<sup>[34]</sup>

### **Physiologische Ursachen**

Ein biogener Auslöser ist der Mangel an Tageslicht. Bei der so genannten saisonalen (auch: *Winter-* oder *Herbstdepression*) treten durch zu wenig Sonnenlicht regelmäßig über die Wintermonate depressive Symptome auf, die im Frühjahr wieder abklingen.

### **Krankheitserreger als Ursache**

Auch chronische Infektionen mit Krankheitserregern wie Streptokokken oder auch Bornaviren stehen im wissenschaftlichen Verdacht, Depressionen auslösen zu können.<sup>[35] [36]</sup>

### **Medikamente als Auslöser**

Depressive Syndrome können durch die Einnahme oder das Absetzen von Medikamenten und psychotropen Substanzen verursacht werden. Fast zu jeder in der Medizin eingesetzten Wirkstoffgruppe liegen Einzelfallberichte über eine durch Einnahme ausgelöste depressive Symptomatik vor. Die wichtigste Bedingung der Diagnose einer substanzinduzierten affektiven Störung ist der zeitliche Zusammenhang von Einnahme oder Absetzen der Substanz und Auftreten der Symptomatik. Die Substanzen, die am häufigsten Symptome einer Depression verursachen können, sind Antikonvulsiva, Benzodiazepine (vor allem nach Entzug), Zytostatika, Glucocorticoide, Interferone, Antibiotika, Lipidsenker, Neuroleptika, Retinoide, Sexualhormone und Betablocker. Die Unterscheidung zwischen einer substanzinduzierten Depression und einer von Medikamenteneinnahme unabhängigen Depression kann schwierig sein. Grundlage der Unterscheidung ist eine durch einen Psychiater erhobene ausführliche Anamnese.<sup>[37]</sup>

### **Hormonelle Faktoren als Auslöser**

Die nicht-pathologischen Symptome des „Baby-Blues“ werden in der Fachliteratur vollständig auf hormonelle Ursachen zurückgeführt. Mit einer Häufigkeit von ungefähr 10 bis 15 Prozent stellt die postnatale Depression eine häufige Störung nach der Geburt dar. Die Symptome können Niedergeschlagenheit, häufiges Weinen, Angstsymptome, Grübeln über die Zukunft, Antriebsminderung, Schlafstörungen, körperliche Symptome und lebensmüde Gedanken bis hin zur Suizidalität umfassen. Es wird diskutiert, inwiefern hormonelle Einflüsse für ein Auftreten dieser Erkrankung verantwortlich sind. Zum jetzigen Zeitpunkt (Stand 2007) können aber noch keine eindeutigen Aussagen darüber getroffen werden.<sup>[12]</sup>

## **Depressionen in der Schwangerschaft**

### *Hauptartikel: Schwangerschaftsdepressionen*

Nach einer groß angelegten englischen Studie sind circa 10 Prozent aller Frauen von Depressionen während der Schwangerschaft betroffen. Nach einer anderen Studie sind es in der 32. Schwangerschaftswoche 13,5 Prozent. Die Symptome können extrem unterschiedlich sein. Hauptsymptom ist eine herabgesetzte Stimmung, wobei dies nicht Trauer im engeren Sinn sein muss, sondern von den betroffenen Patienten auch oft mit Begriffen wie „innere Leere“, „Verzweiflung“ und „Gleichgültigkeit“ beschrieben wird. Psychosomatische körperliche Beschwerden sind häufig. Es

dominieren negative Zukunftsaussichten und das Gefühl der Hoffnungslosigkeit. Das Selbstwertgefühl ist niedrig. Die depressive Symptomatik in der Schwangerschaft wird oft von schwangerschaftstypischen „Themen“ beeinflusst. Dies können etwa Befürchtungen in Bezug auf die Mutterrolle oder die Gesundheit des Kindes sein.<sup>[38]</sup> <sup>[39]</sup>

## Gesundheitsaspekte der Depression

### Koronare Herzkrankheit

Die Depression selbst ist ein Risikofaktor für die Entwicklung einer Koronare Herzkrankheit.<sup>[40]</sup> Bei einem Patienten mit koronarer Herzkrankheit erhöht die Depression wiederum das Risiko auf einen Myocardinfarkt auf das 3 bis 4 fache.<sup>[41]</sup> Weiterhin zeigen eine Reihe von Studien, dass eine akute Depression bei Myocardinfarkt die Mortalität etwa um das 3fache steigert.<sup>[42]</sup> Studien zeigen, dass trotzdem bei Patienten mit Myocardinfarkt die Depression vielfach unbehandelt bleibt.<sup>[43]</sup> Eine Behandlung der Depression würde günstige Effekte auf die Heilungsaussichten der Patienten haben.<sup>[44]</sup>

### Behandlung

Depressionen können in der Regel gut behandelt werden. Infrage kommen die Psychotherapie, physikalische Maßnahmen oder eine medikamentöse Behandlung mit Antidepressiva. Häufig wird auch eine Kombination aus medikamentöser und psychotherapeutischer Behandlung angewandt.

- Bei der Psychotherapie konzentriert sich die Interaktion zwischen Therapeut und Patient auf das Gespräch. Hier können verschiedene Verfahren zum Einsatz kommen (siehe unten). Ausgeführt wird die Psychotherapie von Psychologischen Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten oder von ärztlichen Psychotherapeuten. Häufig erfolgt die Gabe von Antidepressiva durch den Hausarzt oder Psychiater auch vor oder während einer Psychotherapie als begleitende Medikation.
- Die psychiatrische oder ärztliche Behandlung ist in der Regel zweigleisig. Sie besteht in der Führung des Patienten durch das psychiatrische/ärztliche Gespräch (nicht gleichzusetzen mit einer Psychotherapie) und in der Gabe von Antidepressiva. Eine Kombination von Psychotherapie und medikamentöser Behandlung kann von Nervenärzten oder in psychiatrischen Kliniken bzw. Fachkrankenhäusern durchgeführt werden.

### Psychotherapie

Zur Behandlung der Depression kann ein breites Spektrum psychotherapeutischer Verfahren wirksam eingesetzt werden (aktuelle Übersicht über evaluierte Therapieverfahren bei Hautzinger, 2008<sup>[45]</sup>). Hierzu gehören die Kognitive Verhaltenstherapie, die Interpersonelle Psychotherapie, die Analytische Psychotherapie und die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie. Aber auch die Gesprächspsychotherapie, die Gestalttherapie, sowie verschiedene Gesprächs- und Körper-Psychotherapeutische Ansätze, kommen in der Behandlung zum Einsatz.

Die verhaltenstherapeutische Behandlung der Depression basiert heutzutage in der Regel auf der Kognitiven Verhaltenstherapie, wobei der Fokus darauf gerichtet ist, die depressionsauslösenden Denk- und Verhaltensmuster zu erkennen, um sie anschließend Schritt für Schritt zu verändern. Außerdem wird der Patient zu größerer Aktivität motiviert, um sowohl seine persönlichen Verstärkermechanismen wieder zu aktivieren als auch die erwiesenen positiven Wirkungen größerer körperlicher Aktivität auf die Stimmung zu nutzen. Dagegen konzentrieren sich die tiefenpsychologisch orientierten Methoden darauf, die Einsicht in unbewusste Konflikte zu ermöglichen. Häufig entstehen diese schon in der Kindheit. Psychische Probleme und die daraus resultierenden Verhaltensweisen können daraufhin bearbeitet werden. Zu den psychoanalytisch begründeten Verfahren gehören auch Kurzzeitpsychotherapien wie die Interpersonelle Psychotherapie. In gruppentherapeutischen Verfahren wird versucht, die Tendenz zum Rückzug zu überwinden, die verringerten Interaktionsmöglichkeiten zu bessern und die oft reduzierte Fähigkeit, Hilfe in Anspruch zu nehmen, zu fördern. Auch die Angehörigen können in die Therapie einbezogen werden. Rollenspieltechniken (zum Beispiel Psychodrama) können unter anderem helfen, den eigenen,

oft eingeeengten und festgefahrenen Blick zu überwinden. Es gibt zunehmend Hinweise darauf, dass die Verarbeitung unterdrückter Gefühle auch durch eine Selbsttherapie funktionieren kann. Die psychotherapeutischen Verfahren können sowohl als einzige Therapie als auch in Kombination mit einer Pharmakotherapie eingesetzt werden.

## Pharmakotherapie

In der medikamentösen Behandlung der Depression gab es in den letzten Jahren enorme Fortschritte. Obwohl die Wirksamkeit von Antidepressiva heute gut belegt ist, sind die Wirkmechanismen nach wie vor ungeklärt (Übersicht über die Pharmakologische Therapie der Depression in Szegedi et al., 2008,<sup>[46]</sup> Übersicht über Wirkmechanismen in Holsboer-Trachsler et al., 2008<sup>[47]</sup>).

Ursprünglich glaubte man, dass Depressive zu wenig des Neurotransmitters Noradrenalin produzieren (sog. Katecholamin-Hypothese), da Medikamente, die den Noradrenalin Spiegel im Gehirn erhöhen, antidepressiv wirken. Später nahm man auch ein Defizit der Transmitter Serotonin und Dopamin an (Monoamin-Hypothese), da andere Antidepressiva die Aktivität dieser Transmittersysteme erhöhen. Moderne Varianten dieser Hypothesen gehen nicht mehr von einem generellen Mangel der Transmitter bei Depressiven aus, sondern führen weitere synaptische Mechanismen an, die zu einer Unteraktivität dieser Transmittersysteme führen können.

Einige Befunde sprechen jedoch dagegen, dass der antidepressive Effekt auf einer Normalisierung oder gar Erhöhung der Transmitteraktivität beruht. (zusammenfassend Brakemeier, 2008<sup>[48]</sup>). Antidepressiva wie z. B. SSRI oder SNRI wirken innerhalb von Minuten, indem sie die Konzentration der betreffenden Neurotransmitter im synaptischen Spalt erhöhen. Die antidepressive Wirkung setzt jedoch im Schnitt erst nach ca. zwei bis drei Wochen ein. Das Antidepressivum Trimipramin wirkt antidopaminerg und hat keinen Einfluss auf den Serotonin- oder Noradrenalin Spiegel. Daher müsste es der Theorie nach Depressionen auslösen, anstatt sie zu lindern. Das Antidepressivum Tianeptin ist ein SSRE, erhöht also die Wiederaufnahme von Serotonin aus dem synaptischen Spalt. Daher müsste auch dieser Wirkstoff der Theorie nach Depressionen auslösen, anstatt sie zu lindern.<sup>[49]</sup>

Aktuelle Theorien gehen davon aus, dass sekundäre Anpassungsmechanismen für den antidepressiven Effekt verantwortlich sind, beispielsweise eine Erhöhung der neuronalen Plastizität durch vermehrte Ausschüttung des so genannten Brain-Derived-Neurotrophic-Factor (Neurotrophin).<sup>[46]</sup>

Die Zahl der Patienten, die nicht compliant sind, ist in der Neurologie und Psychiatrie besonders hoch.<sup>[50]</sup> Bei Patienten mit Depression liege die Rate der Medikamentenverweigerer bei 50 Prozent.<sup>[51]</sup> Jede zweite Einweisung in die Psychiatrie ließe sich verhindern, wenn Patienten ihre Psychopharmaka nicht eigenmächtig absetzen würden.<sup>[52]</sup>

Die bekanntesten Antidepressiva lassen sich in drei Gruppen einteilen:

### Selektive Serotoninwiederaufnahmehemmer (SSRI)

Die Selektiven Serotoninwiederaufnahmehemmer werden bei Depressionen heute am häufigsten eingesetzt. Sie haben meist weniger Nebenwirkungen als trizyklische Antidepressiva und wirken ab einer Einnahmedauer von 2 bis 3 Wochen. Sie beruhen auf dem Wirkungsmechanismus der relativen selektiven Wiederaufnahme-Hemmung von Serotonin an der präsynaptischen Membran, wodurch eine „relative“ Erhöhung des Botenstoffs Serotonin erzielt wird.

Serotonin wird bei seiner Erniedrigung in den Stoffwechselfvorgängen im Gehirn für die Pathogenese von Depressionen aber auch von Manien und Obsessionen – sprich Zwangshandlungen – verantwortlich gemacht. Daher werden SSRIs auch erfolgreich gegen Zwangs- und Angstzustände eingesetzt bzw. bei Kombinationen mit Depressionen. Da Serotonin auch bei anderen neural vermittelten Prozessen im ganzen Körper eine Rolle spielt, wie zum Beispiel Verdauung und Gerinnung des Blutes, resultieren daraus auch die typischen Nebenwirkungen, durch Interaktion in andere neural gesteuerte Prozesse.

SSRIs werden seit ca. 1986 eingesetzt, seit 1990 sind sie die am häufigsten verschriebene Klasse von Antidepressiva. Wegen des nebenwirkungsärmeren Profils, vor allem in Bezug auf Kreislauf und Herz, sind sie sehr beliebt. Häufige Nebenwirkungen sind jedoch sexuelle Dysfunktion und/oder Anorgasmie. Diese bilden sich zwar einige Wochen

nach Absetzen oder Wechsel des Medikaments fast immer vollständig zurück, können jedoch zu zusätzlichem (Beziehungs-)Stress führen.

### **Trizyklische Antidepressiva**

Die trizyklischen Antidepressiva wurden bis zum Aufkommen der Serotoninwiederaufnahmehemmer am häufigsten verschrieben. Hauptnachteil sind deren Nebenwirkungen (z. B. Mundtrockenheit, Verstopfung, Müdigkeit, Muskelzittern und Blutdruckabfall). Bei älteren und bei durch Vorerkrankungen geschwächten Menschen ist daher Vorsicht geboten. Zudem wirken einige Trizyklika häufig zunächst antriebssteigernd und erst danach stimmungsaufhellend, wodurch es zu einem höheren Suizidrisiko in den ersten Wochen der Einnahme kommen kann. In den USA müssen aber auch SSRIs einen diesbezüglichen Warnhinweis tragen.

### **Monoaminoxidasehemmer (MAO-Hemmer)**

MAO-Hemmer wirken durch das Blockieren des Enzyms Monoaminoxidase. Dieses Enzym spaltet Amine wie Serotonin und Noradrenalin – also Botenstoffe im Gehirn – und verringert dadurch deren Verfügbarkeit zur Signalübertragung im Gehirn.

MAO-Hemmer werden in selektive und nicht-selektive MAO-Hemmer unterteilt. Selektive reversible Inhibitoren der MAO-A (z. B. Moclobemid) hemmen nur den Typ A der Monoaminoxidase. MAO-B hemmende Wirkstoffe (z. B. Selegilin) werden in erster Linie als Parkinson-Mittel eingesetzt. Nichtselektive irreversible MAO-Hemmer (z. B. Isocarboxazid, Phenelzin, Tranylcypromin), hemmen MAO-A und MAO-B.

Monoaminoxidasehemmer gelten als gut wirksam. Allerdings müssen Patienten, die nichtselektive, irreversible MAO-Hemmer einnehmen, eine strenge, tyraminarme Diät halten. In Verbindung mit dem Verzehr bestimmter Lebensmittel, wie z. B. Käse und Nüssen, kann die Einnahme von nichtselektiven irreversiblen MAO-Hemmern zu einem gefährlichen Blutdruckanstieg führen.

### **Weitere Antidepressiva**

Weitere Präparate sind Noradrenalin-Serotonin-selektive Antidepressiva (NaSSA, Wirkstoff Mirtazapin – ein tetrazyklisches Antidepressivum wie Mianserin; ferner Maprotilin), Duales Serotonerges Antidepressivum (DSA, Wirkstoff Nefazodon), Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer (SNRI, Wirkstoffe Venlafaxin und Duloxetin; ferner Milnacipran), Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer (NARI, Wirkstoff Reboxetin; ferner Atomoxetin), Serotonin-Wiederaufnahmeverstärker (SRE, Wirkstoff Tianeptin), Serotonin-Modulatoren (Wirkstoff Trazodon), selektive Noradrenalin-Dopamin-Wiederaufnahmehemmer (NDRI, Wirkstoff Bupropion). Von historischer Bedeutung ist auch der Einsatz von Opiaten.

### **Neuroleptika**

Bei therapieresistenten Depressionen werden in einigen Fällen Neuroleptika wie zum Beispiel Olanzapin eingesetzt.

### **Phasenprophylaxe und Augmentation**

Speziell bei manisch-depressiven Störungen wird zur Phasenprophylaxe und als Wirkungsverstärker anderer Antidepressiva zudem Lithium eingesetzt. Nachteil der Lithiumtherapie ist die nötige ständige Überwachung des Lithiumspiegels im Blut, da Über- und Unterdosierung hier nahe beieinander liegen. Alternativ können Stimmungsstabilisatoren wie Lamotrigin, Carbamazepin und Valproinsäure gegeben werden. Eine weitere Möglichkeit ist die Gabe von Schilddrüsenhormonen, im Regelfall also die Gabe von Thyroxin. Daneben können auch bestimmte Neuroleptika wie Olanzapin oder Chlorprothixen oder synergistische Antidepressivakombinationen zur Prophylaxe und Wirkungsverstärkung gegeben werden. Stimulanzien wie Methylphenidat, Pemolin, Modafinil und Dexamfetamin werden bei therapieresistenten Depressionen zur Augmentation der Antidepressiva verwendet.<sup>[53]</sup>



## Johanniskraut

Seit mehreren Jahren wird Johanniskraut bei leichten bis mittelschweren Depressionen angewandt. Linde et al. (2008)<sup>[54]</sup> fassen in einer Metaanalyse die Ergebnisse von insgesamt 29 kontrollierten klinischen Studien zur Wirksamkeit von standardisierten Johanneskraut-Extrakten (Hypericum) zusammen. Die Autoren kommen zu drei Schlussfolgerungen: Hypericum-Extrakt ist wirksamer als Placebo, unterscheidet sich nicht in der Wirksamkeit von Standardantidepressiva und hat weniger Nebenwirkungen als Standardantidepressiva. Sie weisen jedoch auch darauf hin, dass die Interpretation der Ergebnisse dadurch erschwert wird, dass die in den Studien festgestellte Wirksamkeit auch von dem Land abhängt, aus dem die Studie stammt<sup>[55]</sup>. Während die klinische Wirksamkeit mittlerweile als belegt gilt, bestehen bei den Wirkmechanismen noch Unklarheiten. Tierexperimentelle Studien deuten darauf hin, dass Hypericum u. a. ähnliche Veränderungen in den serotonergen und noradrenergen Transmittersystemen bewirkt wie Standardantidepressiva (zusammenfassend siehe Butterwerk et al., 2007<sup>[56]</sup> oder Wurglics et al., 2006<sup>[57]</sup>).

Das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen geht davon aus, dass Johanniskraut einen Effekt bei leichten Depressionen hat. Generell gab es jedoch eine deutliche Abhängigkeit des Effektschätzers von der Studienqualität: je schlechter die Qualität der Studien, desto größer stellt sich das Ausmaß der aufgezeigten Effekte dar und umgekehrt. Bei Betrachtung allein derjenigen Studien mit der besten methodischen Qualität zeigt Johanniskraut nur einen sehr geringen Effekt. Weiterhin geht das Institut davon aus, dass Johanniskraut bei schweren Depressionen nicht hilft. Es erwies sich bei schweren Depressionen in keiner Studie als dem Placebo überlegen.<sup>[58]</sup>

Die jetzigen Studien liefern noch nicht genügend Daten, um unterschiedliche Johanniskraut-Extrakte miteinander vergleichen zu können oder die optimale Dosis zu ermitteln.<sup>[59]</sup> Bei leichten Depressionen konnte jedoch in einer Studie eine Dosis-Wirkungsbeziehung experimentell nachgewiesen werden.<sup>[60]</sup>

Insbesondere bei gleichzeitiger Einnahme anderer Medikamente kann es durch den Mechanismus der Enzyminduktion in den Leberzellen zu Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten kommen: diese können beispielsweise schneller abgebaut und in ihrer Wirkung abgeschwächt werden.

Besondere Erwähnung verdienen Interaktionen von Johanniskraut mit anderen – potenteren – Antidepressiva: So konnte gezeigt werden, dass Johanniskraut die Wirkung von bestimmten trizyklischen Antidepressiva, wie Amitriptylin und Nortriptylin, durch Beschleunigung ihres Abbaus deutlich verringert.

Bei folgenden Substanzen wird durch Wechselwirkung mit Johanniskraut die Serotoninkonzentration im Zentralnervensystem erhöht, was unter Umständen zu einem lebensbedrohlichen Serotonin-Syndrom führen kann: Fluoxetin, Fluvoxamin, Paroxetin, Sertralin, Citalopram, Escitalopram, Mirtazapin, Venlafaxin, Metoclopramid und Trazodon und weiteren.

Die Lichtempfindlichkeit der Haut wird durch die Einnahme von Johanniskrautextrakt erhöht.

## Stationäre Behandlung

Bei hohem Leidensdruck und einem nicht zufriedenstellenden Ansprechen auf ambulante Therapie und Psychopharmaka ist eine Behandlung in einer psychiatrischen Klinik in Erwägung zu ziehen. Eine solche Behandlung bietet verschiedene Vorteile: Der Patient erhält eine Tagesstruktur, es sind intensivere psychotherapeutische und medizinische Maßnahmen möglich, auch solche die ambulant nicht abrechenbar sind und somit insbesondere in der kassenärztlichen Versorgung nicht möglich sind. Häufig ist auch die medikamentöse Einstellung z. B. auf Lithium ein Grund für einen Krankenhausaufenthalt. Dabei ist es auch möglich, sich in einer Tagesklinik tagsüber intensiv behandeln zu lassen, die Nacht aber zu Hause zu verbringen. Psychiatrische Kliniken haben in der Regel offene und geschlossene Stationen, wobei Patienten auch auf geschlossenen Stationen in der Regel Ausgang haben.

## Lichttherapie

Bei leicht- bis mittelgradigen depressiven Episoden im Rahmen einer saisonalen Depression kann die Lichttherapie angewendet werden. Hierbei sitzen die Patienten täglich etwa 30 Minuten vor einem Leuchtschirm, der helles weißes Licht ausstrahlt. Bei Ansprechen der Therapie kann diese über alle Wintermonate hinweg durchgeführt werden.

## Elektrische/elektromagnetische Stimulationen

Insbesondere bei schweren und über lange Zeit gegen medikamentöse Behandlung resistenten Depressionen kommen gerade in jüngerer Zeit wieder stärker nicht-medikamentöse Behandlungsverfahren zum Einsatz, deren Wirkprinzipien jedoch weitgehend unklar sind.

Das häufigste diesbezüglich eingesetzte Verfahren ist die Elektrokrampftherapie. In der Epilepsie-Behandlung fiel auf, dass bei Patienten, die gleichzeitig an einer Depression litten, nach einem epileptischen Anfall auch eine Verbesserung der Stimmung auftrat. Die Elektrokrampftherapie wird in Narkose durchgeführt und stellt dann, wenn Medikamente bei schweren Depressionen nicht wirken eine ernsthafte Alternative dar.

Derzeit in einigen Studien befindlich ist die Vagusnerv-Stimulation, bei der eine Art Herzschrittmacher im Abstand von einigen Minuten jeweils kleine elektrische Impulse an den Vagusnerv schickt. Diese Therapie, die ansonsten insbesondere bei Epilepsie-Patienten Anwendung findet, scheint bei etwa 30 bis 40 Prozent der ansonsten therapieresistenten Patienten anzuschlagen.

Ebenfalls getestet wird derzeit die transkranielle Magnetstimulation (TMS), bei der das Gehirn der Patienten durch ein Magnetfeld angeregt wird. Die Anzahl der mit den letztgenannten Verfahren behandelten Studienteilnehmer ist jedoch noch recht gering, so dass derzeit (2004) keine abschließenden Aussagen zu machen sind.

## Selbsthilfegruppen

Selbsthilfegruppen sind kein Ersatz für Therapien, sondern sie können eine begleitende Hilfe darstellen. Selbsthilfegruppen können als lebenslange Begleitung und Rückzugsorte dienen. Einige Gruppen wie z. B. die 12-Schritte-Gruppe Emotions Anonymous erwarten keine Voranmeldung, so dass Betroffene spontan bei akuten depressiven Phasen Hilfe suchen können. Hier können Betroffene das Gefühl bekommen, unter Gleichen zu sein und verstanden zu werden. Auch schon alleine die Erkenntnis, dass man nicht alleine auf der Welt ist, mit Schmerz und Ängsten, kann positive Wirkung auf Patienten haben. Als niedrigschwelliges Angebot haben sich Selbsthilfegruppen im ambulanten Bereich etabliert und leisten einen wichtigen Beitrag. In Krankenhäusern und Reha-Kliniken helfen sie Betroffenen, ihre Eigenverantwortung zu stärken und Selbstvertrauen zu erlangen.

## Ernährung

Wissenschaftliche Studien lassen auf die besondere Bedeutung von Eicosapentaensäure (EPA) zur Stimmungsaufhellung und günstigen Einflussnahme auf Minderung von Depressionen schließen<sup>[61] [62]</sup> EPA ist eine mehrfach ungesättigte Fettsäure aus der Klasse der Omega-3-Fettsäuren.

Der Wirkungsmechanismus der Omega-3-Fettsäure ist noch nicht aufgeklärt, jedoch wird eine Interaktion von Fettsäure und dem Neurotransmitter Serotonin vermutet: Ein Mangel an Serotonin wird häufig von einem Mangel an Omega-3-Fettsäure begleitet, umgekehrt scheint die Gabe der Fettsäure zur Erhöhung des Serotoninspiegels zu führen. Die orthomolekulare Medizin versucht außerdem über die Aminosäuren Tyrosin und oder Phenylalanin (in der L-Form) Depressionen günstig zu beeinflussen. Die beiden Aminosäuren werden im Körper in Noradrenalin sowie Dopamin umgewandelt. Die Erhöhung dieser Neurotransmitter kann stimmungsaufhellend sein.

Es ist sicher nicht falsch, auch nach Abklingen der depressiven Beschwerden auf eine ausgewogene und gesunde Ernährung zu achten. Dabei spielt vor allem ein gleichmäßiger Blutzuckerspiegel durch regelmäßige Mahlzeiten eine Rolle, ebenso wie ein maßvoller Umgang mit Genussmitteln wie Kaffee, Nikotin und Alkohol dazu beitragen kann psychisch stabil zu bleiben.

## Andere Hilfsmittel

Schlafentzug kann antidepressiv wirksam sein und wird in seltenen Fällen zum kurzfristigen Durchbrechen schwerer Depressionen im therapeutischen Rahmen eingesetzt (allerdings nicht bei einer manisch-depressiven Erkrankung). Die Methode basiert auf der Freisetzung von Serotonin durch die Fasern der hypnogenen Kerne der Raphe, die den Schlaf einleiten sollen.

Eine Form der unterstützenden therapeutischen Maßnahmen ist die Sporttherapie. Wenn Sport im gesellschaftlichen Zusammenhang stattfindet, erleichtert er eine Wiederaufnahme zwischenmenschlicher Kontakte. Ein weiterer Effekt der körperlichen Betätigung ist das gesteigerte Selbstwertgefühl und die Ausschüttung von Endorphinen.

Positive Effekte des Joggings bei Depressionen sind empirisch durch Studien nachgewiesen. 1976 wurde das erste Buch unter dem Titel „*The joy of Running*“<sup>[63]</sup> zu diesem Thema veröffentlicht.

Andere Hausmittel – wie Entspannungstechniken, kalte Güsse nach Sebastian Kneipp, Kaffee oder Schokolade – bieten an Depressionen Erkrankten keine Hilfe, sondern können höchstens Menschen mit leichten depressiven Verstimmungen Linderung verschaffen.

## Literatur

### Allgemeines

- Hautzinger, M. und de Jong-Meyer, R. (2003). Depressionen. In: Reinecker, H. (Hrsg.). *Lehrbuch der Klinischen Psychologie und Psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Blöschl, L. (1998). Depressive Störungen. In: Baumann, U. und Perez, M. *Lehrbuch Klinische Psychologie*, Bern: Huber.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., Emery, G. (2001). *Kognitive Therapie der Depression* (2. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Hautzinger, Martin (2003). *Kognitive Verhaltenstherapie bei Depressionen* (6. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Hoffmann, Nicolas; Hofmann, Birgit (2001). *Verhaltenstherapie bei Depressionen*. 230 Seiten, ISBN 978-3-936142-25-9. Lengerich: Pabst.
- Lasar, M. und Trenckmann, U. (Hrsg.) (2000). *Depressionen – Neue Befunde aus Klinik und Wissenschaft*. 196 Seiten, ISBN 978-3-934252-41-7. Lengerich: Pabst.
- Mentzos, Stavros (1995). *Depression und Manie. Psychodynamik und Therapie affektiver Störungen*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Wolfersdorf, Manfred und Heindl, Andrea (2003). *Chronische Depression – Grundlagen, Erfahrungen und Empfehlungen*. 176 Seiten, ISBN 978-3-89967-064-6. Lengerich: Pabst.
- Bauer, Michael; Berghöfer, Anne; Adli, Mazda (Hrsg.). *Akute und therapieresistente Depressionen Pharmakotherapie – Psychotherapie – Innovationen* (2., vollst. überarb., erw. Aufl., 2005). Berlin: Springer.
- Leff J., Vearnals S., Brewin C.R., Wolff G., Alexander B., Asen E. et al. (2001) The London depression intervention trial. Randomised control trial of antidepressant vs. couple therapy in the treatment and maintenance of people with depression living with a partner: clinical outcome and costs. *Br J Psychiatry* 177, 95–100

## Leitlinien

- *Unipolare Depression* <sup>[64]</sup> – Nationale Versorgungsleitlinie des Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin (Stand 11/2009)

## Videos

- Manfred Spitzer: *Depression* <sup>[65]</sup>. RealVideo aus der BR-alpha-Reihe „Geist und Gehirn“ (ca. 15 Minuten)

## Weblinks

- Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen: Leitliniensynopse zum Thema „Depression“ <sup>[66]</sup> (PDF)
- S3-Leitlinie/Nationale Versorgungsleitlinie Unipolare Depression (Langfassung) <sup>[67]</sup> (PDF; 1,8 MB)
- NVL Unipolare Depression (Lang- und Kurzfassung) <sup>[68]</sup> S3-Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde / Nationale Versorgungsleitlinie von AWMF, BÄK und KBV
- Kompetenznetz Depression <sup>[69]</sup>, bundesweites Netzwerk zur Optimierung von Forschung und Versorgung im Bereich depressiver Erkrankungen
- Stiftung Deutsche Depressionshilfe <sup>[70]</sup>, Depression erforschen - Betroffenen helfen - Wissen weitergeben
- Expertenservice zum Thema Depression, [[Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde <sup>[71]</sup>] (DGPPN)]
- Deutsche Depressionsliga <sup>[72]</sup>, bundesweite Betroffenenvertretung für Depressive

## Einzelnachweise

- [1] Blickpunkt DER MANN, Wissenschaftliches Journal für Männergesundheit, 2004; 2 (4): 20–23. (<http://www.kup.at/kup/pdf/4853.pdf>) (PDF)
- [2] Dt. Ges. f. Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie u. a. (Hrsg.): Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter. 2. überarbeitete Auflage 2003. (<http://www.uni-duesseldorf.de/awmf/II/028-005.htm>) Deutscher Ärzte Verlag, ISBN 3-7691-0421-8
- [3] World Health Organization: The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders - Clinical descriptions and diagnostic guidelines. World Health Organization, S. 100–102 ( online (<http://www.who.int/classifications/icd/en/bluebook.pdf>), PDF)
- [4] *MayoClinic.com* – *Vitamin B12 und Depression* (<http://www.mayoclinic.com/health/vitamin-b12-and-depression/AN01543>)
- [5] *Innovations-report* – *Experten untersuchen Viren als Auslöser psychischer Erkrankungen* (<http://www.innovations-report.de/html/berichte/veranstaltungen/bericht-79613.html>)
- [6] Ledochowski M, Sperner-Unterwiesing B, Widner B, Fuchs D: *Fructose malabsorption is associated with early signs of mental depression*. In: *Eur. J. Med. Res.*, 3, Nr. 6, 1998, S. 295-8. PMID 9620891.
- [7] Hautzinger (Hrsg.): Davison und Neale (2002): *Klinische Psychologie*. Weinheim: BeltzPVU.
- [8] E. Heinemann u. H. Hopf (2004): *Psychische Störungen in Kindheit und Jugend*. Stuttgart, Kohlhammer
- [9] Kein Zuwachs – Psychische Krankheiten nehmen nicht zu ([http://www.thieme.de/viamedici/aktuelles/wissenschaft/31\\_psyche.html](http://www.thieme.de/viamedici/aktuelles/wissenschaft/31_psyche.html)) 8. November 2008, FZMedNews
- [10] E. Jane Costello, Alaattin Erkanli, Adrian Angold (2006) Is there an epidemic of child or adolescent depression? (<http://www3.interscience.wiley.com/journal/118727203/abstract?CRETRY=1&SRETRY=0>)
- [11] Klerman, Weissman (1989) Increasing rates of depression. PMID 2648043.
- [12] Anke Rohde und Almut Dorn: „Gynäkologische Psychosomatik und Gynäkopsychiatrie - Das Lehrbuch“. 2007: Verlag Schattauer; S. 183ff. und S. 190 ISBN 978-3-7945-2460-0 ([http://www.schattauer.de/shop/product\\_info.php/info/p288\\_Gynaekologische-Psychosomatik-und-Gynaekopsychiatrie.html](http://www.schattauer.de/shop/product_info.php/info/p288_Gynaekologische-Psychosomatik-und-Gynaekopsychiatrie.html))
- [13] Haack, H.-P.: Häufigkeit der larvierten Depression. *Die Medizinische Welt* 1985 (43|85), 1370-73
- [14] Haack, H.-P. und H. Kick: Wie häufig ist Kopfschmerz Ausdruck einer endogenen Depression? *Deutsche medizinische Wochenschrift* 05/1986; 111(16):621-24
- [15] (Riedel et al. 2009) (<http://www.schattauer.de/de/magazine/uebersicht/zeitschriften-a-z/nervenheilkunde/inhalt/archiv/issue/585/manuscript/11236/show.html>)
- [16] Vgl. McGuffin, P., Katz, R., Watkins, S., & Rutherford, J. (1996). A Hospital-Based Twin Register of the Heritability of DSM-IV Unipolar Depression. *Archives of General Psychiatry*, 53, 129–136
- [17] Vgl. Kendler, K.S., Karkowski, L.M., & Prescott, C. A. (1999). Causal Relationship Between Stressful Life Events and the Onset of Major Depression. *American Journal of Psychiatry*, 156, 837–841

- [18] Genetische Ursache für die Depression entdeckt (<http://www.medizin-medien.info/dynasite.cfm?dssid=4263&dsmid=62544&dspaid=492903>)
- [19] Lukas Pezawas et al.: *5-HTTLPR polymorphism impacts human cingulate-amygdala interactions: a genetic susceptibility mechanism for depression* *Nature* (<http://www.nature.com/neuro/journal/v8/n6/abs/nn1463.html>) In: *Neuroscience* 8, 828–834 (2005)
- [20] (<http://jama.ama-assn.org/cgi/content/abstract/301/23/2462>) Risch et al. Interaction Between the Serotonin Transporter Gene (5-HTTLPR), Stressful Life Events, and Risk of Depression. *JAMA* 301, 2462–2471 (2009)
- [21] (<http://www.sciencemag.org/cgi/content/abstract/sci;301/5631/386>) Caspi et al. Influence of life stress on depression: Moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene. *Science* 301, 386–389 (2003)
- [22] (<http://www.nytimes.com/2009/06/17/science/17depress.html>) Report on Gene for Depression Is Now Faulted, *New York Times* vom 16. Juni 2009
- [23] SCHOSSER A, KINDLER J, MOSSAHEB N, ASCHAUER H. Genetische Aspekte affektiver Erkrankungen und der Schizophrenie *Journal für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie* 2006; 7 (4), 19–24
- [24] (<http://scholar.google.com/url?sa=U&q=http://ajp.psychiatryonline.org/cgi/content/abstract/161/11/1957>) Hippocampal Volume and Depression: A Meta-Analysis of MRI Studies Poul Videbech, M.D. and Barbara Ravnkilde, Ph.D. *Am J Psychiatry* 161:1957–1966, November 2004
- [25] (<http://www.pnas.org/cgi/content/full/100/3/1387>) Course of illness, hippocampal function, and hippocampal volume in major depression, Glenda M. MacQueen\*†, Stephanie Campbell‡, Bruce S. McEwen§, Kathryn Macdonald\*, Shigeo Amano‡, *PNAS* February 4, 2003 vol. 100 no. 3 1387–1392
- [26] (<http://www.pnas.org/cgi/reprint/101/11/3973>) Stress-induced structural remodeling in hippocampus: Prevention by lithium treatment; Gwendolyn E. Wood et al.; *PNAS* | March 16, 2004 | vol. 101 | no. 11 | 3973–3978
- [27] (<http://www.medscape.com/medline/abstract/12869766>) Caspi et al.; Influence of life stress on depression: moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene. *Science*. 2003; 301(5631):386–9. ISSN 1095-9203 (<http://dispatch.opac.d-nb.de/DB=1.1/CMD?ACT=SRCHA&IKT=8&TRM=1095-9203>)
- [28] *Behavioral Effects of Central Administration of The Novel CRF Antagonist Astressin in Rats* (<http://www.nature.com/npp/journal/v22/n3/full/1395432a.html>). In: *Neuropsychopharmacology* 22, Oktober 2000, S. 230–239. DOI:10.1038/sj.npp.1395432
- [29] ([http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&list\\_uids=12376179&dopt=Abstract](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&list_uids=12376179&dopt=Abstract)) *Brain Res.* 2002 Oct 18;952(2):188–99
- [30] Daniel Hell: *Psychogene Aspekte der Depression*. (<http://www.sanp.ch/pdf/2006/2006-05/2006-05-044.PDF>) (PDF) In: *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie*, 5/2006
- [31] M. Hautzinger, R. de Jong-Meyer: *Depressionen*. In: H. Reinecker (Hrsg.): *Lehrbuch der Klinischen Psychologie und Psychotherapie*. Hogrefe, Göttingen 2003.
- [32] James N. Butcher, Susan Mineka, Jill M. Hooley: „Klinische Psychologie“. 2009: Pearson Studium; S. 296
- [33] James N. Butcher, Susan Mineka und Jill M. Hooley: „Klinische Psychologie“. 2009: Pearson Studium; S. 307
- [34] James N. Butcher, Susan Mineka und Jill M. Hooley: „Klinische Psychologie“. 2009: Pearson Studium; S. 309
- [35] wissenschaft.de: HINTERGRUND – Medizin: Wenn harmlose Erreger psychisch krank machen (<http://www.wissenschaft.de/wissenschaft/hintergrund/277899.html>), 9. Mai 2007
- [36] ZDF-Sendung „Abenteuer Wissen“ vom 12. März 2008, Beitrag „Manipulieren Parasiten das Verhalten von Lebewesen?“ (<http://abenteuerrwissen.zdf.de/ZDFde/inhalt/16/0,1872,7166704,00.html>)
- [37] Frank Block, Christian Prüter (Hrsg.): *Medikamentös induzierte neurologische und psychiatrische Störungen*. Springer Verlag, Berlin 2006. ISBN 978-3-540-28590-8
- [38] Werner Rath, Klaus Friese. „Erkrankungen in der Schwangerschaft“. 2005. Thieme. S. 347
- [39] Cohort study of depressed mood during pregnancy and after childbirth. Jonathan Evans. *BMJ* 2001;323:257-260 (4. August 2001) (<http://www.bmj.com/cgi/content/abstract/323/7307/257>)
- [40] Anda et al, 1993; Aromaa et al., 1994; Barefoot et al., 1996; Everson et al, 1996; Ford et al, 1998; Ferketich et al., 2000; Ariyo et al., 2000; Schulz et al., 2000
- [41] Joynt KE, Whellan DJ, O'Connor CM. Depression and cardiovascular disease: mechanisms of interaction. *Biol Psychiatry*. 2003 Aug 1;54(3):248-61.
- [42] Carney et al, 1988; Ladwig et al, 1991; Frasure-Smith et al, 1993; Frasure-Smith et al, 1995; Lesperance et al, 2000; Welin et al, 2000; Bush et al, 2001
- [43] Luutonen S, Holm H, Salminen JK, Risla A, Salokangas RK. Inadequate treatment of depression after myocardial infarction. *Acta Psychiatr Scand*. 2002 Dec;106(6):434-9.
- [44] Berkman LF, et al; Enhancing Recovery in Coronary Heart Disease Patients Investigators (ENRICHD). Effects of treating depression and low perceived social support on clinical events after myocardial infarction: the Enhancing Recovery in Coronary Heart Disease Patients (ENRICHD) Randomized Trial. *JAMA*. 2003 Jun 18;289(23):3106-16.
- [45] Hautzinger (2008). Psychotherapie der Depression. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*. Schwerpunkt Depression, 51, 422–429. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18345471>
- [46] Szegedi et al. (2008). Affektive Störungen. In: Holsboer et al. (Hrsg.). *Handbuch der Psychopharmakotherapie*. Berlin: Springer
- [47] Holsboer-Trachsler & Holsboer (2008). Antidepressiva. In: Holsboer et al. (Hrsg.). *Handbuch der Psychopharmakotherapie*. Berlin: Springer

- [48] Brakemeier et al. (2008). Ätiopathogenese der unipolaren Depression. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz. Schwerpunkt Depression, 51(4)
- [49] Brink et al. (2006). Tianeptine: a novel atypical antidepressant that may provide new insights into the biomolecular basis of depression. Recent patents on CNS drug discovery; PMID 18221189.
- [50] Psychiatrische Praxis, Bd. 36, S. 258, 2009
- [51] Psychiatrische Praxis, Bd. 36, S. 258, 2009, zitiert nach SZ, 26. Januar 2010, S. 16
- [52] Psychiatrische Praxis, Bd. 36, S. 258, 2009, zitiert nach SZ, 26. Januar 2010, S. 16
- [53] Woggon, Brigitte (2005) *Behandlung mit Psychopharmaka* (2. Auflage). Bern: Hans Huber, ISBN 3-456-83538-8
- [54] Linde et al. (2008). St John's wort for major depression. Cochrane Database for Systematic Reviews. PMID 18843608.
- [55] <http://mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD000448/frame.html>: „However, findings were more favourable to St. John's wort extracts in studies from German-speaking countries where these products have a long tradition and are often prescribed by physicians, while in studies from other countries St. John's wort extracts seemed less effective. This differences could be due to the inclusion of patients with slightly different types of depression, but it cannot be ruled out that some smaller studies from German-speaking countries were flawed and reported overoptimistic results.“
- [56] Butterweck et al. (2007). St. John's wort: role of active compounds for its mechanism of action and efficacy. Wiener Medizinische Wochenschrift. PMID 17704987.
- [57] Wurglics et al. (2006). Hypericum perforatum: a 'modern' herbal antidepressant: pharmacokinetics of active ingredients. Clinical Pharmacokinetics. PMID 16640452.
- [58] Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen: „IQWiG-Berichte – Jahr: 2009 Nr. 34“ ([http://www.iqwig.de/download/Arbeitspapier\\_Leitliniensynopse\\_zum\\_Thema\\_Depression\\_.pdf](http://www.iqwig.de/download/Arbeitspapier_Leitliniensynopse_zum_Thema_Depression_.pdf)); S. 121 (PDF)
- [59] IQWiG: Depressionen: Können Mittel aus Johanniskraut (Hypericum) helfen? (<http://www.informedhealthonline.org/depressionen-koennen-mittel-aus-johanniskraut-hypericum-helfen.39.385.de.pdf>) (PDF)
- [60] Kasper et al. (2008). Efficacy of St. John's wort extract WS 5570 in acute treatment of mild depression: a reanalysis of data from controlled clinical trials. European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience. PMID 18084790.
- [61] Sarris et al (2009). Major depressive disorder and nutritional medicine: a review of monotherapies and adjuvant treatments. Nutrition Reviews. PMID 19239627.
- [62] David Servan-Schreiber: *Die Neue Medizin der Emotionen. Stress, Angst, Depression: Gesund werden ohne Medikamente*. Goldmann, München 2006, ISBN 3-442-15353-0, S. 155f und 319 (Übersetzer: Inge Leipold, Ursel Schäfer).
- [63] Thaddeus Kostrubala: *The Joy of Running*. Lippincott, 1976, ISBN 0-397-01169-5.
- [64] <http://www.versorgungsleitlinien.de/themen/depression>
- [65] [http://www.br-online.de/cgi-bin/ravi?verzeichnis=alpha/geistundgehirn/v/&file=spitzer\\_20.rm&g2=1](http://www.br-online.de/cgi-bin/ravi?verzeichnis=alpha/geistundgehirn/v/&file=spitzer_20.rm&g2=1)
- [66] [http://www.iqwig.de/download/Arbeitspapier\\_Leitliniensynopse\\_zum\\_Thema\\_Depression\\_.pdf](http://www.iqwig.de/download/Arbeitspapier_Leitliniensynopse_zum_Thema_Depression_.pdf)
- [67] [http://www.versorgungsleitlinien.de/themen/depression/pdf/s3\\_nv1\\_depression\\_lang.pdf](http://www.versorgungsleitlinien.de/themen/depression/pdf/s3_nv1_depression_lang.pdf)
- [68] <http://www.uni-duesseldorf.de/awmf/ll/nv1-005.htm>
- [69] <http://www.kompetenznetz-depression.de/>
- [70] <http://www.deutsche-depressionshilfe.de/>
- [71] <http://www.neurologen-und-psychiater-im-netz.de/npin/npinkrankheit/show.php3?id=15&nodeid=21>
- [72] <http://www.depressionsliga.de/>

# Psychotherapie

---

Die Bezeichnung **Psychotherapie** (altgr. *psycho* ‚Seele‘ und *therapía* ‚heilen‘) steht als Oberbegriff für alle Formen psychologischer Verfahren, die ohne Einsatz medikamentöser Mittel auf die Behandlung psychischer und psychosomatischer Krankheiten, Leidenszustände oder Verhaltensstörungen zielen.

Dabei finden psychologische, d.h. wissenschaftlich fundierte Methoden verbaler und nonverbaler Kommunikation systematische Anwendung.<sup>[1]</sup> Es gibt verschiedene Psychotherapieformen. Die Verhaltenstherapie beinhaltet Veränderungen der sozialen Umgebung und Interaktion. Das Ziel ist hierbei die Ausbildung und Förderung von Fähigkeiten und die Ermöglichung einer besseren Selbstregulation. Beispielsweise versucht die kognitive Verhaltenstherapie dem Betroffenen seine Gedanken und Bewertungen bewusst zu machen, diese gegebenenfalls zu korrigieren und in konkrete Verhaltensweisen umzusetzen.

In der Tiefenpsychologie (z. B. der Psychoanalyse) findet eher eine Auseinandersetzung mit „dem Unbewussten“ (oder Nichtgewussten) statt, um die Hintergründe und Ursachen des Leidens zu klären.

In Europa ist der Zugang zur Berechtigung zur Ausübung von Psychotherapie unterschiedlich geregelt. In Deutschland sind dazu Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sowie ärztliche und psychologische Psychotherapeuten und in beschränktem Ausmaß auch Heilpraktiker bzw. Heilpraktiker (Psychotherapie) befugt. In Österreich ist die Ausbildung und Berufsberechtigung im Sinne des geltenden Psychotherapiegesetzes weiter geregelt.<sup>[2]</sup> Insgesamt ist Psychotherapie nur in elf EU-Staaten gesetzlich geregelt.

## Der Begriff Psychotherapie

### Wissenschaftliche Definitionen

Aus der Perspektive wissenschaftlicher Psychologie oder Psychotherapieforschung ist Psychotherapie die auf wissenschaftlichem Wege gefundene, besondere Form einer kontrollierten menschlichen Beziehung, in der der Therapeut die jeweils spezifischen Bedingungen bereitstellt, um für einen oder mehrere Patienten Veränderungen in Richtung einer Verminderung/Heilung von seelischem/körperlichem Leiden zu ermöglichen. Auch eine gleichzeitige persönliche Weiterentwicklung kann mit Psychotherapie verbunden oder sogar ihr ausdrückliches Ziel sein. Durch die jeweils besondere Beziehungsgestaltung und die ausgewählten Anregungen des Psychotherapeuten, die „Methoden“ genannt werden, steigert der Patient die Fähigkeit, besser mit sich und seinen Problemen umgehen zu können, um ein Mehr an geistigem/seelischem und körperlichem Wohlbefinden zu erreichen.

Gleichzeitig erfährt er auf unterschiedlichen Ebenen die verursachenden Zusammenhänge für sein Leiden.

Eine weitere Definition stammt aus dem Jahre 1978 vom Wiener Psychotherapeuten Hans Strotzka:

*„Psychotherapie ist ein bewusster und geplanter interaktioneller Prozess zur Beeinflussung von Verhaltensstörungen und Leidenszuständen, die in einem Konsensus (möglichst zwischen Patient, Therapeut und Bezugsgruppe) für behandlungsbedürftig gehalten werden, mit psychologischen Mitteln (durch Kommunikation) meist verbal aber auch a verbal, in Richtung auf ein definiertes, nach Möglichkeit gemeinsam erarbeitetes Ziel (Symptomminimalisierung und/oder Strukturänderung der Persönlichkeit) mittels lehrbarer Techniken auf der Basis einer Theorie des normalen und pathologischen Verhaltens.“<sup>[3]</sup>*

## Abgrenzung von anderen professionellen Beziehungen

Das psychotherapeutische Setting wird wegen seiner juristischen wie theoretischen Rahmenbedingungen von anderen Formen der professionellen (Arbeits-) Beziehung formal deutlich, aber von Land zu Land unterschiedlich unterschieden. So sind in Deutschland z. B. Beratungsgespräche mit Lehrern, Sozialarbeitern, und auch Seelsorgegespräche keine Psychotherapie.

Inhaltlich überschneiden sich Therapie, Beratung, Seelsorge, Selbsterfahrung oft bis in Kernbereiche. Auf dem Kontinuum zwischen der „Behandlung von Krankhaftem“ bis zur „Entwicklung von Ressourcen“ ist Psychotherapie nur unbefriedigend abzugrenzen. Verschiedene Therapie-Richtungen integrieren zusätzlich zu Psychischem auch Spiritualität, Soziales, Politisches, etc.

Formal handelt es sich dann *nicht* um Psychotherapie,

- wenn keine Störungen oder Krankheiten beeinflusst werden sollen, wie z. B. in Selbsthilfegruppen, Selbsterfahrungsgruppen, Supervisionen, Trainings- oder Coachinggruppen, in allgemeiner Lebensberatung;
- wenn dem therapeutischen Handeln keine wissenschaftliche Theorie und keine überprüfbaren Anschauungen zugrunde liegen, sondern die „Behandlung“ sich ausschließlich auf die persönlich gewonnenen oder in einer bestimmten Gruppe tradierten Erfahrungen stützt;
- wenn keine (schriftliche oder mündliche) Vereinbarung zu einer Psychotherapie vorliegt;
- wenn die Ziele des Therapieprozesses nicht festgelegt werden oder diese Ziele nicht offen besprochen werden;
- wenn ausschließlich Behandlungen mit Medikamenten erfolgen;
- wenn also keine persönliche Interaktion zwischen dem Patienten oder Klienten und dem Psychotherapeuten vorliegt (wenn z. B. „therapeutische Mitteilungen“ ausschließlich in der Form von Rundbriefen, Audio- oder Videokassetten etc. verbreitet werden);
- wenn an die Stelle therapeutischer Techniken lediglich die charismatische Persönlichkeit des Behandelnden als therapeutisches Wirkprinzip tritt.

## Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie (WBP)

Der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie (WBP), verantwortlich für Gutachten zur wissenschaftlichen Anerkennung von Psychotherapieverfahren (§ 11 Psychotherapeutengesetz), arbeitet auf Grundlage folgender Definition:

*Psychotherapie ist die Behandlung von Individuen auf der Basis einer Einwirkung mit überwiegend psychischen Mitteln. Die Definition wissenschaftlicher Psychotherapie fordert eine Reihe von weiteren Bedingungen, z. B. das Anstreben der positiven Beeinflussung von Störungs- und Leidenszuständen in Richtung auf ein nach Möglichkeit gemeinsam erarbeitetes Ziel (z. B. Symptomminimalisierung und/oder Strukturveränderungen der Persönlichkeit) sowie einen geplanten und kontrollierten Behandlungsprozess, der über lehrbare Techniken beschrieben werden kann und sich auf eine Theorie normalen und pathologischen Verhaltens bezieht. Wissenschaftliche Psychotherapie sollte als Heilbehandlung im Rahmen des jeweiligen Gesundheitssystems zu bestimmen sein.*

## Psychotherapieverfahren

Es gibt eine Vielzahl von Schulen und Methoden der Psychotherapie, von denen einige nur noch historisch bedeutsam sind, aber kaum noch angewandt werden. Bei vielen Methoden handelt es sich um Weiterentwicklungen, Spezialisierungen oder Abspaltungen. Nicht alle Ansätze nehmen in Anspruch, zur Heilung psychischer Störungen beitragen zu können. Einige Methoden wurden nicht für die Psychotherapie konzipiert, sondern für Beratung oder als Selbsterfahrungstechnik. Die Rolle der einzelnen Methoden im Gesundheitswesen der deutschsprachigen Länder ist



sehr unterschiedlich.

In Teilen der akademischen Psychotherapieforschung wird angestrebt *Psychologische Therapie / Psychologische Psychotherapie* als eine von Therapieschulen losgelöste Psychotherapieform zu etablieren, in der nach Gesichtspunkten der evidenz-basierten Medizin behandelt (und evaluiert) wird. Es wird also das angewendet, was bei einem bestimmten Störungsbild und unter Berücksichtigung der Situation des Patienten wissenschaftlich als am besten wirksam belegt angesehen werden muss (Grawe 1994). Kritiker weisen auf die Komplexität der therapeutischen Situation hin, die von der Forschung bisher nur ansatzweise erfasst wird. <sup>[4]</sup>

## Psychotherapieschäden

Als *Psychotherapieschaden* ist anzusehen, wenn Klienten sich nach der Psychotherapie seelisch schlechter und/oder weniger funktionsfähig fühlen als vor der Psychotherapie, oder wenn neben einigen Verbesserungen der seelischen Gesundheit in anderen Bereichen Verschlechterungen eintreten, besonders dann, wenn die Verbesserungen eher in den seelischen Nebengebieten gegeben sind, und nicht in dem Hauptbereich der seelischen Beeinträchtigungen, derentwegen die Klienten zur Psychotherapie kamen. Ein Therapieschaden liegt auch vor, wenn keine, nur geringfügige oder nur kurzzeitige Verbesserungen eintreten, obwohl bei qualifizierteren Psychotherapeuten größere konstruktive Änderungen durchaus möglich gewesen wären. Die Rate für Psychotherapieschäden wird bei zehn Prozent angesetzt.

Es gibt negative Prädiktoren und Ausschlusskriterien, die eine Psychotherapie vorab nicht zweckmäßig erscheinen lassen können. Hierzu gehören neben schweren Depressionen und Psychosen weitere unterschiedliche Kriterien in Abhängigkeit vom Verfahren der Psychotherapie. (Quelle: Psychotherapeut 2007; aop: 10.1007/s00278-007-0578-2)

Psychotherapieschäden entstehen z. B., wenn ein Patient angenommen wird, ohne dass sich der Therapeut dem Fall ausreichend gewachsen fühlt, oder wenn bezüglich der Problematik keinerlei Erfahrungen vorliegen, ebenso in Fällen mangelhafter Diagnostik und Therapieplanung. Möglicherweise werden angebotene Symptome nicht kritisch hinterfragt oder es wird versäumt, ein nachprüfbares, dem Realitätsrahmen entsprechendes Behandlungskonzept zu entwickeln. Ein beträchtlicher Fehler kann darin bestehen, dass dem spezifischen Einzelfall, auch vor dem Hintergrund des sozialen Umfeldes und der konkreten Lebenssituation, nicht angemessen Rechnung getragen wird. Ein Therapieschaden entsteht auch dadurch, dass Therapiemethoden oder -techniken nicht angewendet werden, obwohl allgemein bekannt ist, dass sie für ein umschriebenes Problem sehr wirkungsvoll sind.

Ein weiteres Problem ist der mangelhafte Aufbau einer tragfähigen therapeutischen Beziehung, oder der Aufbau einer unnötig starken Bindung, und damit ein Abhängigmachen mit den entsprechenden Ablösungsproblemen. Kritik, negative Rückmeldungen und verstärktes negatives Befinden von Patienten führen häufig nicht zu verstärkter Reflexion, Supervision oder einer notwendigen Veränderung der Therapiemethode. Behandlungsziele dürfen auch nicht gegen den Willen von Patienten verfolgt werden und es darf nicht zu sehr oder sogar gewaltsam in die Persönlichkeit eingedrungen werden, ohne dass dies nach den Therapiezielen erforderlich wäre.

Durch die für den Patienten besondere Bedeutung der Beziehung zum Therapeuten können auch leichte Unaufmerksamkeiten zu ernsthaften Verletzungen führen (Mikrotrauma), insbesondere wenn sie wiederholt auftreten und unbemerkt und ungeklärt bleiben. Beispiele sind: unpünktlicher Behandlungsbeginn, Details falsch wiedergeben, Ablenkung der Aufmerksamkeit, Vergessen von Absprachen und ähnliches.

Des Weiteren sind persönliche Defizite und Probleme der Psychotherapeuten Ursache von Therapieschäden: Häufig ausgebrannt sein, auch eigene psychische Störungen, die zu schwerwiegenden Verstrickungen führen können, wie z. B. zu narzisstischem, wirtschaftlichem oder sexuellem Missbrauch.

## Rolle in den gesetzlichen Gesundheitssystemen

Nicht alle Psychotherapieverfahren sind überall staatlich anerkannt und werden von allen Krankenkassen finanziert. Dahinter stehen berufsständische Interessenskämpfe (zwischen Medizinern, Psychologen und anderen Berufen), sowie die Konkurrenz der Psychotherapie-Schulen untereinander und uneinheitliche Wirksamkeitsuntersuchungen. In der Schweiz und in Österreich ist die methodische Freiheit und Verantwortung des Therapeuten sehr viel weiter gefasst als in Deutschland.

In der Schweiz wird nicht nach Methoden unterschieden. Entscheidend ist die Qualifikation des Therapeuten und der Besitz einer kantonalen Praxisbewilligung. Zugelassen sind psychotherapeutisch ausgebildete Ärzte, die ihrerseits nicht ärztliche Psychotherapeuten (psychotherapeutisch ausgebildete Psychologen, Human- oder Sozialwissenschaftler) anstellen können. Diese Therapien werden von der obligatorischen Grund-Krankenversicherung finanziert. Private Versicherungen unterliegen weniger Beschränkungen, aber setzen eine integrale Ausbildung als Psychotherapeut voraus.<sup>[5]</sup> Die Zulassung von Therapiemethoden erfolgt durch die Schweizer CHARTA für Psychotherapie<sup>[6]</sup>, den Schweizerischen Berufsverband für angewandte Psychologie (SBAP)<sup>[7]</sup>, den Schweizerischen PsychotherapeutInnen-Verband (ASP)<sup>[8]</sup> sowie die Föderation Schweizerischer Psychologen (FSP)<sup>[8]</sup>.

In Österreich besteht keine Beschränkung auf spezifische Quellberufe, wie Arzt oder Psychologe. Es sind auch Krankenpfleger, Soziologen, Publizisten, Ehe- und Familienberater, Pädagogen, Philosophen, Theologen und Sozialarbeiter zur Ausbildung zugelassen. Wer nicht zu diesen Berufsgruppen zählt, kann einen Antrag auf Zulassung beim Bundesministerium für Gesundheit stellen. Entscheidend für die Eintragung als Psychotherapeut ist eine zweistufige Ausbildung, die mindestens fünf Jahre dauert und aus einem allgemeinen Teil, dem Psychotherapeutischen Propädeutikum, und einem Fachspezifikum besteht. Zugelassen sind derzeit 22 Verfahren, die in der untenstehenden Tabelle gelistet sind.<sup>[9] [10]</sup>

In Deutschland ist die Psychotherapie streng reglementiert und stark an die ärztliche Versorgung gekoppelt. Außer Ärzten dürfen – im eingeschränkten Ausmaß – nur Psychologen und Heilpraktiker psychotherapeutisch arbeiten. Jährlich werden etwa 900 Mio. Euro über das KV-System, also im Rahmen der GKV, an die psychologischen Psychotherapeuten verteilt.<sup>[11]</sup> Psychotherapie wird in Deutschland von einem erheblichen Teil der 27 Tausend approbierten Psychologen und 23 Tausend psychotherapeutisch weitergebildeten Fach- und Hausärzten angewandt<sup>[12]</sup>. Die 250 deutschen Universitätsprofessuren in den "P"-Fächern kosten etwa 60 Millionen Euro im Jahr<sup>[13]</sup>. 4 Milliarden kostet die stationäre Psychiatrie, innerhalb derer auch viel Psychotherapie stattfindet, 0,5 Milliarden die stationäre Reha, 0,2 Milliarden die psychosomatischen Krankenhausbehandlungen, 0,5 Milliarden die ambulante psychiatrische Behandlung und etwa 1,5 Milliarden die Richtlinienpsychotherapie, zusammen etwa 6 Milliarden Euro<sup>[14]</sup>.

Eine von der Techniker Krankenkasse in Auftrag gegebene Forsa-Umfrage unter 1.000 Eltern schulpflichtiger Kinder zeigte, dass mindestens eines von zehn Kindern psychotherapeutisch behandelt wurde. 60 Prozent der therapierten Kinder waren Mädchen.<sup>[15]</sup>

Die anerkannten Verfahren sind im wesentlichen drei, die im Einzel- und im Gruppensetting für Erwachsene und auch für Kinder und Jugendliche angeboten werden dürfen: Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie als Kurztherapie, Fokaltherapie oder dynamische Psychotherapie, Analytische Psychotherapie nach Sigmund Freud, C.G. Jung oder Alfred Adler, sowie Verhaltenstherapie mit verschiedenen Schwerpunkten. Außerdem können Autogenes Training, Progressive Muskelentspannung und Hypnose als Einzelbehandlung genehmigt und finanziert werden. Die Heilmittelverordnung erkennt auch Ergotherapie an, die innerhalb der Gestaltungstherapie und Arbeitstherapie stattfinden kann.

Richtung	Methode	Gründer	Deutschland	Österreich	Schweiz	
analytisch	Psychoanalyse	Sigmund Freud	✓	✓	✓	
	Individualpsychologie	Alfred Adler	✓	✓	✓	
	Analytische Psychologie	C. G. Jung	✓	✓	✓	
	Gruppenpsychoanalyse	Pratt, Burrow, Schilder	✓	✓	✓	
tiefenpsychologisch	Autogene Psychotherapie	Johannes Heinrich Schultz	—	✓	—	
	Daseinsanalyse	Ludwig Binswanger	—	✓	✓	
	Dynamische Gruppenpsychotherapie	Raoul Schindler	—	✓	✓	
	Hypnosepsychotherapie	Milton Erickson	(1)	✓	✓	
	Katathym-Imaginative Psychotherapie	Hanscarl Leuner	✓	✓	✓	
	Konzentrierte Bewegungstherapie	Gindler, Stolze, Cserny	—	✓	—	
	Transaktionsanalyse	Eric Berne	—	✓	✓	
	humanistisch	Existenzanalyse und Logotherapie	Viktor Frankl	—	✓	✓
		Gestalttherapie	Perls, Perls, Goodman	—	✓	✓
Gesprächspsychotherapie <sup>[16]</sup>		Carl R. Rogers	(2)	✓	✓	
Psychodrama		Jakob L. Moreno	—	✓	✓	
behavioristisch	Verhaltenstherapie	Kanfer, Lazarus, Ellis u.a.	✓	✓	✓	
systemisch	Systemische Therapie	Satir, Haley, Jackson u.a.	(2)	✓	✓	
kombinatorisch	Integrative Therapie	Hilarion Petzold	—	✓	✓	
	Neuro-Linguistische Psychotherapie	Peter Schütz	—	✓	—	
körperorientiert	Bioenergetische Analyse	Wilhelm Reich, Alexander Lowen	—	—	✓	
	Biosynthese	David Boadella	—	—	✓	
	Körperpsychotherapie	verschiedene Schulen	—	—	✓	
kunstorientiert	Kunst- und ausdrucksorientierte Therapien	verschiedene Schulen	—	—	✓	
	Musiktherapie	verschiedene Schulen	—	✓	✓	

- (1) Hypnosetherapie: in Deutschland Einzelbehandlung für Erwachsene anerkannt, muss von einem Arzt oder einem Psychologischen Psychotherapeuten, der die Abrechnungsgenehmigung dafür hat, durchgeführt werden
- (2) Gesprächstherapie und Systemische Therapie: in Deutschland für Erwachsene anerkannt (nach Berufsrecht), wird allerdings von den Kassen noch nicht finanziert (nach Sozialrecht)

## Deutschland

### Berufsrecht

Psychotherapie wird in Deutschland ausschließlich von Ärzten (mit einer entsprechenden psychotherapeutischen Zusatzausbildung) oder von Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sowie von Heilpraktikern für Psychotherapie durchgeführt.

Seit 1999 gilt in Deutschland das Psychotherapeutengesetz, welches die Berufsbezeichnung „Psychotherapeut“ erstmals gesetzlich geschützt hat (nicht jedoch die Gebietsbezeichnung „Psychotherapie“). Neben Ärzten, für die eigene berufsrechtliche Regelungen gelten, können nur Diplom-Psychologen (für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie auch Diplom-Pädagogen und Sozialpädagogen) nach erfolgreicher Absolvierung einer staatlich anerkannten Ausbildung, bei Vorliegen bestimmter, im Psychotherapeutengesetz festgelegter

Voraussetzungen, die staatliche Approbation erhalten.

- Psychologische Psychotherapeuten haben zunächst Psychologie (Diplom-Psychologie) studiert (dabei müssen sie während des Hauptstudiums den Schwerpunkt Klinische Psychologie belegen) und absolvieren anschließend eine mehrjährige theoretische und praktische Psychotherapieausbildung, bevor sie die entsprechende staatliche Zulassung (Approbation, „Bestallung“ zur Ausübung der Heilkunde) erhalten. Die Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten beinhaltet etwa doppelt so viele theoretische Stunden wie die Facharztausbildung. Somit haben Psychologische Psychotherapeuten ein größeres theoretisches Wissen über Psychotherapie und insbesondere Psychotherapieforschung. Die ärztlichen Psychotherapeuten haben hingegen ein größeres theoretisches Wissen in der Pharmakotherapie.
- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten studieren zunächst Psychologie, Medizin, Pädagogik oder Sozialpädagogik. Nach dem Studium erfolgt analog zu den Psychologischen Psychotherapeuten eine mehrjährige Fachausbildung mit anschließender Approbation.
- Ärzte bilden sich nach Abschluss ihres Medizinstudiums entweder zum „Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie“, zum „Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie“ (oft in Kombination mit dem „Facharzt für Neurologie“) oder „Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie“ weiter, oder sie erwerben – nach einer beliebigen (nicht psychotherapie-gebundenen) Spezialisierung oder Facharztausbildung – zusätzlich die berufsbegleitenden Zusatzqualifikationen „Psychotherapie“ oder „Psychoanalyse“.
- Heilpraktiker für Psychotherapie bereiten sich auf Grund der hohen Prüfungsanforderungen weniger autodidaktisch sondern vielmehr durch einen Lehrgang an einem privaten Institut oder einer Akademie auf die amtsärztliche Überprüfung bei ihrem zuständigen Gesundheitsamt vor, um die *„staatliche Zulassung zur Ausübung der Heilkunde ohne Bestallung auf dem Gebiet der Psychotherapie“* zu erhalten. Hierzu gehören auch Diplom-Psychologen, Musiktherapeuten und Kunsttherapeuten die keine Approbation gemacht haben. Diese können ebenfalls eine Zulassung nach dem HPG beantragen, wenn sie klinische Psychologie als Hauptfach hatten und eine Ausbildung in einem Psychotherapieverfahren nachweisen können. Dann kann von einem Überprüfungsverfahren abgesehen werden. Bei manchen Gesundheitsämtern muss eine Prüfung abgelegt werden.

### **Sozialrecht**

Die gesetzliche Krankenversicherung und damit auch deren Verfahrensweise bezüglich der Psychotherapie ist im Fünften Buch des Sozialgesetzbuches (SGB V) geregelt. § 92 bestimmt, dass der so genannte Gemeinsame Bundesausschuss „Richtlinien über die Gewährung für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten“ beschließt. Diese Richtlinien regeln für die Psychotherapie insbesondere:

- behandlungsbedürftige Krankheiten
- zur Krankenbehandlung geeignete Verfahren
- Antrags- und Gutachterverfahren
- probatorische Sitzungen
- Art, Umfang und Durchführung der Behandlung sowie den ärztlichen Konsiliarbericht

Dabei können Leistungen eingeschränkt oder ausgeschlossen werden, „wenn nach allgemein anerkanntem Stand der medizinischen Erkenntnisse der diagnostische oder therapeutische Nutzen, die medizinische Notwendigkeit oder die Wirtschaftlichkeit nicht nachgewiesen sind“.

### **Erkrankungen**

Erste Voraussetzung für eine Psychotherapie zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung ist, dass „eine seelische Krankheit“ (auch psychische Erkrankung oder psychische Störung genannt = F-Diagnose nach ICD-10) vorliegt. Im Einzelfall kann es hier schwierig sein, z. B. zwischen normaler Traurigkeit nach Verlusterlebnissen (ICD-10-Diagnose ist nicht möglich, nur, wenn eine Anpassungsstörung vorliegt!) und depressiver Verstimmung (ICD-10 z. B.: F32 oder F43.21) zu unterscheiden. Liegt ein normales Erleben vor, wäre die Anwendung von Methoden der Psychotherapie als Beratung zu werten und fiel nicht in die Zuständigkeit der gesetzlichen

Krankenversicherung. Liegt hingegen eine psychische Erkrankung nach den Kriterien der ICD-10 vor, so ist eine Indikation zur Psychotherapie zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung möglich.

### **Therapieverfahren**

Bislang gilt die Einschränkung auf drei Therapieverfahren: Verhaltenstherapie als Verfahren, sowie die tiefenpsychologischen Verfahren: Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und Analytische Psychotherapie in der es drei generelle theoretische Richtungen gibt: einmal die Psychoanalyse nach Sigmund Freud, die Analytische Psychologie nach Carl Gustav Jung und die Individualpsychologie nach Alfred Adler. Der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie empfahl im Mai 2002 die Gesprächspsychotherapie und im Dezember 2008 die Systemische Therapie als „wissenschaftlich anerkanntes Verfahren“ mit aufzunehmen. Die Behandlung mit Gesprächspsychotherapie oder Systemischer Therapie wird derzeit aber immer noch nicht von den gesetzlichen Krankenkassen bezahlt. Die hierfür notwendige sozialrechtliche Anerkennung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen, welche Voraussetzung für die Kostenerstattung ist, steht noch aus. Für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie ist die Gesprächspsychotherapie oder die Systemische Therapie nicht anerkannt.

Unter den in Deutschland nicht anerkannten Verfahren finden sich zwar einige nutzlose, fallweise sogar gefährliche Entwicklungen, aber auch traditionsreiche, neue oder etablierte Ansätze mit vielversprechenden Ideen, die in anderen europäischen Ländern bereits anerkannt sind (siehe Tabelle).

### **Behandler**

Leistungserbringer der Psychotherapie im System der gesetzlichen Krankenversicherung sind als Vertragsärzte oder -psychotherapeuten in der gesetzlichen Krankenversicherung zugelassene Psychotherapeuten. Voraussetzungen für diese Kassenzulassung ist eine berufsrechtliche Zulassung (Approbation). Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sind dabei den entsprechend qualifizierten Fachärzten gleichgestellt. Für den Patienten besteht Wahlfreiheit.

Bei mutmaßlicher Psychotherapie-Unterversorgung kann auch ohne Kassenzulassung im Einzelfall ein fachlich geeigneter approbierter Psychotherapeut oder auch ein HP-Psychotherapie zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung außervertraglich Psychotherapie erbringen; in solchen Fällen wird i. d. R. vorab der Medizinische Dienst der Krankenversicherung beratend von der Krankenkasse hinzugezogen, dieser hat aber nur zu entscheiden, ob eine psychotherapeutische Behandlung angezeigt ist und ob das angegebene Psychotherapieverfahren den Richtlinien des Bundesausschusses entspricht.

### **Pflichten**

Ergänzende Anmerkung: Gespräche von niedergelassenen Kollegen mit psychisch Kranken, die den o.g. Kriterien nicht entsprechen und die z. B. im Rahmen der psychosomatischen Grundversorgung erbracht werden, haben eher stützenden oder die weitere Therapie (z. B. Psychotherapie) anbahnende Funktion. Sie können eine Psychotherapie nicht ersetzen.

Es besteht für die niedergelassenen Kollegen nach § 95d SGB V die Verpflichtung zur kontinuierlichen Fortbildung (Erwerb von derzeit 250 CME-Punkten in fünf Jahren), sonst droht Honorarabzug oder im nächsten Schritt der Entzug der Zulassung durch die zuständige Krankenkasse. Im Bereich der Psychotherapie stellt das vorgeschriebene Gutachterverfahren eine qualitätssichernde Maßnahme dar.

Schon das in § 12 SGB V festgeschriebene Wirtschaftlichkeitsgebot impliziert, dass eine zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung erbrachte Leistung eine ausreichende Qualität haben muss; ansonsten wäre ihre Erbringung nicht zweckmäßig, nicht ausreichend und in der Konsequenz unwirtschaftlich. §§ 73c, 135a, 136, 136a und 136b SGB V und § 11 des BMV-Ä regeln – allerdings recht allgemein gehalten – die Qualitätssicherung im vertragsärztlichen Bereich. Es besteht eine Verpflichtung zur Einrichtung eines Qualitätsmanagement-Systems in der

Praxis, allerdings keine Pflicht zur Erlangung eines Zertifikats, d. h. der Bestätigung der Qualität durch qualifizierte Dritte.

### **Antrags- und Gutachterverfahren**

Weitere Voraussetzung für Psychotherapie sind Psychotherapie-Fähigkeit des Patienten (der Patient muss intellektuell und motivational dazu in der Lage sein, von Psychotherapie zu profitieren) und das Vorliegen einer adäquaten Diagnostik und eines angemessenen Behandlungsplanes. Anders als bei anderen Verfahren im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung ist in der Langzeittherapie, z. T. auch in der Kurzzeittherapie bei unerfahrenen Therapeuten durch ein vorgeschaltetes Gutachterverfahren seit Jahren eine Qualitätssicherung implementiert (Antragsverfahren). Jede Langzeittherapie erfordert einen Antrag, in dem Anamnese, Diagnostik, Krankheitsgenesemodell und eine detaillierte Therapieplanung aufgeführt sind. Der Antrag wird von einem qualifizierten externen Gutachter (i. d. R. niedergelassener Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie oder für Psychosomatik und Psychotherapie) geprüft. Erst nach Zustimmung durch den Gutachter kann eine Kostenübernahme durch die gesetzliche Krankenversicherung erfolgen (siehe hierzu auch § 11, Anlage 1 zum Bundesmanteltarifvertrag).

### **Probatorische Sitzungen, Art, Umfang und Durchführung der Behandlung**

Sowohl Einzeltherapie als auch Gruppentherapie ist im ambulanten Bereich möglich. Die Abrechnung erfolgt über den Einheitlichen Bewertungsmaßstab.

Die Zeitkontingente für Psychotherapie sind festgelegt. Nach fünf (Verhaltenstherapie und tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie) oder acht (analytische Psychotherapie) probatorischen Sitzungen, die zur Indikationsprüfung dienen, kann eine Kurzzeittherapie mit bis zu 25 Stunden erfolgen. Bei nichtärztlichen Therapeuten ist außerdem vor Beginn der Therapie ein ärztlicher Konsiliarbericht erforderlich, der u.a. das Nichtvorhandensein einer körperlichen Erkrankung bescheinigt und Fragen der Medikamenteneinnahme klärt. Besteht Bedarf für eine längere Therapie, kann eine Langzeittherapie erfolgen (eine Kurzzeittherapie kann ggf. in eine Langzeittherapie auf Antrag umgewandelt werden). Die Höchstgrenzen für Langzeittherapien sind bei Erwachsenen (für Kinder und Jugendliche gelten etwas niedrigere Stundenzahlen):

- Bei Verhaltenstherapie bis zu 45 Stunden, dann erfolgt in Einzelfällen nach Begründung eine Verlängerung auf 60 Stunden.
- bei analytischer Psychotherapie bis zu 160 Stunden, in besonderen Fällen bis zu 240 Stunden.
- bei tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie bis zu 50 Stunden, in besonderen Fällen bis zu 80 Stunden.

In begründeten Einzelfällen können diese Zeiten überschritten werden und zwar

- bei Verhaltenstherapie auf 80 Stunden, in Einzelfällen mit einem weiteren Antrag auf 100 Stunden,
  - bei analytischer Psychotherapie bis zu 300 Stunden,
  - bei tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie bis zu 100 Stunden.
-

### **Bedingungen der privaten Krankenversicherungen**

Die Bedingungen der privaten Krankenversicherungen sind unterschiedlich. Grundsätzlich orientieren sie sich an den gesetzlichen Verfahrensweisen, haben aber im einzelnen oft etwas großzügigere Regelungen, so bei Behandlern und Therapieverfahren. Vor Beginn einer Therapie muss jedoch in der Regel eine schriftliche Zustimmung der Versicherung eingeholt werden.

### **Verbraucherschutz**

Es empfiehlt sich, den Therapeuten oder die Therapeutin vor Beginn der Therapie in einem Erstgespräch kennenzulernen. Bei Therapie im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung sind bis zu fünf (bei tiefenpsychologisch fundierter PT und Verhaltenstherapie) oder acht (bei analytischer PT) probatorische Sitzungen („Schnupper-Sitzungen“) pro Psychotherapeut möglich, um zu prüfen, ob eine tragfähige Arbeitsbeziehung aufgebaut werden kann. Dabei sollten die Kosten und Dauer der Therapie, sowie die sonstigen Rahmenbedingungen abgestimmt werden. Erst nach dieser Phase, in der auch die Therapieziele und der Behandlungsplan besprochen werden, wird ein Antrag auf Psychotherapie gestellt und die eigentliche Therapie beginnt. Eine übereilte oder falsche Entscheidung für einen Therapieplatz kann das ursprüngliche Problem auch verschärfen. Nach einem Therapieabbruch kann die Bewilligung einer Nachfolgetherapie durch die Krankenkasse in Frage gestellt sein.

Beim Verdacht auf einen Behandlungsfehler können Psychotherapeuten, die sich durch eine Therapie geschädigt fühlen, an die Patientenberatung einer Verbraucherzentrale wenden. Sie erhalten dort eine Einschätzung aus juristischer Sicht sowie Hinweise, wie sie mit den Folgen einer aus ihrer Sicht erfolglosen Therapie umgehen können.

### **Österreich**

In Österreich ist Psychotherapie sowohl im Ärztegesetz als auch im Psychotherapiegesetz von 1990<sup>[17]</sup> geregelt. Letzteres legt das Berufsbild des Psychotherapeuten, die Zulassung zur Ausbildung, die Ausbildung selbst, Berufsbezeichnung, Berufspflichten, Listeneintrag, Psychotherapiebeirat sowie Strafbestimmungen und das Verhältnis zu anderen Vorschriften fest.

Die Zulassung zur Ausbildung erfolgt entweder über einen Quellberuf – Ehe- und Familienberatung, Krankenpflege, Medizin, Musiktherapie, Pädagogik, Philosophie, Psychologie, Publizistik, Theologie, Sozialarbeit – oder *auf Grund besonderer Eignung* nach Antrag beim Bundesministerium für Gesundheit. Die Grundausbildung, das Propädeutikum, dauert etwa zwei Jahre. Erst nach Abschluss des *Propädeutikums* kann das Fachspezifikum absolviert werden. Es dient der Ausbildung in einer der anerkannten Methoden und dauert mindestens drei Jahre. In Österreich sind derzeit 22 psychotherapeutische Methoden anerkannt.<sup>[18]</sup>

Ausschließlich Ärzte können die Berechtigung zur selbständigen Ausübung von Psychotherapie mit dem *Diplom für Psychotherapeutische Medizin* – dem sogenannten PSY-Diplom – erlangen. Dieses wird von der Österreichischen Ärztekammer (ÖÄK) verliehen.<sup>[19]</sup>

### **Schweiz**

In der Schweiz wird die Krankenkassen-Zulassung von psychotherapeutischen Methoden wie oben dargestellt durch die Schweizer CHARTA für Psychotherapie, den Schweizer Berufsverband für angewandte Psychologie SBAP, den Schweizer PsychotherapeutInnen-Verband ASP sowie die Föderation Schweizer Psychologen FSP organisiert. Eine gültige Methoden-Zulassung erfolgt daher bis heute nach den Aufnahme-Kriterien dieser vier Verbände. Für die Zulassung zur Führung einer Psychotherapie-Praxis (Praxisbewilligung) sind die Kantone zuständig. Ab 2013 wird aber der Bund, mit dem im Kraft tretenden PsyG (2011), zuständig sein.

## Literatur

### Einführung

- Jürgen Kriz: *Grundkonzepte der Psychotherapie*. Beltz, Weinheim 2001, ISBN 3-621-27451-0.
- Bärbel Schwertfeger, Klaus Koch: *Der Therapieführer. Die wichtigsten Formen und Methoden*. Heyne, München 2002, ISBN 3-453-09133-7.
- Friedrich Beese: *Was ist Psychotherapie?* Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen 2004, ISBN 3-525-45706-5.
- Rosemarie Piontek: *Wegbegleiter Psychotherapie*. 2. Auflage. Psychiatrie-Verlag, Bonn 2005.
- Gerhard Stumm, Beatrix Wirth: *Psychotherapie, Schulen und Methoden*. Falter, Wien 2006, ISBN 3-85439-378-4.

### Nachschlagewerke

- Gerhard Stumm, Alfred Pritz, Paul Gumhalter (Hrsg.): *Personenlexikon der Psychotherapie*. Springer, Wien 2005, ISBN 3-211-83818-X.
- Gerhard Stumm, Alfred Pritz (Hrsg.): *Wörterbuch der Psychotherapie*. Springer, Wien 2007, ISBN 3-211-70772-7.

### Geschichte

- Klaus Grawe, R. Donati, F. Bernauer: *Psychotherapie im Wandel*. Hogrefe, Göttingen 1994.
- Regine Lockot: *Erinnern und Durcharbeiten*. Fischer, Frankfurt 1985. Nachdruck vom Psychosozial-Verlag, Gießen 2003, ISBN 3-89806-171-X.
- Henri Ellenberger: *Die Entdeckung des Unbewußten*. Diogenes, Stuttgart 2005, ISBN 3-257-06503-5.

### Kritik

- Dieter Kleiber, Armin Kuhr (Hrsg.): *Handlungsfehler und Misserfolge in der Psychotherapie*. dgvt, Tübingen 1988.
- Jeffrey M. Masson: *Die Abschaffung der Psychotherapie*. Bertelsmann, München 1991.
- Michael Märtens, Hilarion Petzold (Hrsg.): *Therapieschäden*. Mainz 2002..
- Marie Faber: *Seelenrisse auf Rezept*. Mammendorf 2005, ISBN 3-86611-092-8.
- Albert Krölls: *Kritik der Psychologie*. VSA, Hamburg 2006 ISBN 3-89965-213-4.

### Periodika

- *psycho-logik. Jahrbuch für Psychotherapie, Philosophie und Kultur*. Hrsg. Rolf Kühn und Karl Heinz Witte. Alber, Freiburg, München 2008 ff., ISSN 1861-41832 <sup>[20]</sup>.

## Weblinks

- DGPPN <sup>[21]</sup> Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde
- Psychotherapie-Richtlinien <sup>[22]</sup> des Gemeinsamen Bundesausschusses
- Psychotherapie-Vereinbarungen <sup>[23]</sup> der Kassenärztlichen Bundesvereinigung
- Bundespsychotherapeutenkammer: Informationen für Fachleute und Patienten <sup>[24]</sup>, u. a. mit „Wie sieht eine psychotherapeutische Behandlung aus?“, „Psychische Störungen von A-Z“
- Zeitlich geordnete Geschichte der Psychotherapie, Gesetze und Verordnungen in Deutschland <sup>[25]</sup>



## Einzelnachweise

- [1] Ingo-Wolf Kittel: *Mundwerk – Psychotherapie vom Standpunkt des Praktikers*. In: Martin Wollschläger (Hrsg.): *Hirn – Herz – Seele – Schmerz*. Psychotherapie zwischen Neurowissenschaften und Geisteswissenschaften. dgvt-Verlag, Tübingen 2008, S. 25–40 ISBN 978-3-87159-073-3
- [2] Psychotherapiegesetz von 1990 (<http://wlp.pips.at/pages/gesetz.htm>)
- [3] Hans Strotzka (Hrsg.): *Psychotherapie*. München 1978, 2. Auflage, S. 4
- [4] David Orlinsky: *Comments on the State of Psychotherapy Research (As I See It)*. In: *NASPR Newsletter, January 2006* ([http://www.psychotherapyresearch.org/associations/6344/files/na/naspr.january\\_06.pdf](http://www.psychotherapyresearch.org/associations/6344/files/na/naspr.january_06.pdf)), Abgerufen am 5. März 2010.
- [5] Bundesamt für Gesundheit (<http://www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/02874/03451/index.html?lang=de>)
- [6] <http://www.psychotherapiecharta.ch>
- [7] <http://www.sbap.ch>
- [8] <http://www.psychotherapie.ch>
- [9] Das Bundesministerium unterscheidet bei Existenzanalyse, Gestalttherapie und bei Gesprächspsychotherapie zusätzlich – je nach Anbieter der Ausbildung – zwei verschiedene Unterrichtungen, die in der Tabelle nicht angeführt werden. Quelle: Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend ([http://www.bmgfj.gv.at/cms/site/attachments/5/5/5/CH0026/CMS1143559577254/patientinnen-information.\\_juli\\_2006.pdf](http://www.bmgfj.gv.at/cms/site/attachments/5/5/5/CH0026/CMS1143559577254/patientinnen-information._juli_2006.pdf))
- [10] Bescheid des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen vom 10. Januar 2007, Geschäftszahl BMGF-93500/0002–1/7/2007.
- [11] Fernab vom kranken Gemüt, *Ärzte-zeitung*, 3. Juli 2008, S. 5
- [12] Zahlen zitiert nach Loew, (Psychodynamische Psychotherapie (PDP) 2009; 8: 57
- [13] Psychodynamische Psychotherapie (PDP) 2009; 8: 57
- [14] Psychodynamische Psychotherapie (PDP) 2009; 8: 57
- [15] *MMW-Fortschr.Med.* Nr. 9 / 2010 (152 Jg.), S. 8
- [16] Wird in Österreich als Klientenzentrierte Psychotherapie oder als Personenzentrierte Psychotherapie bezeichnet
- [17] Volltext des Psychotherapiegesetzes (<http://wlp.pips.at/pages/gesetz.htm>)
- [18] ([http://www.bmgf.gv.at/home/Schwerpunkte/Krankheiten/Psychische\\_Gesundheit/In\\_Oesterreich\\_anerkannte\\_Psychotherapiemethoden](http://www.bmgf.gv.at/home/Schwerpunkte/Krankheiten/Psychische_Gesundheit/In_Oesterreich_anerkannte_Psychotherapiemethoden))
- [19] Österreichische Gesellschaft für Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin (<http://www.psychotherapeutische-medizin.at/>), ÖGPPM
- [20] <http://dispatch.opac.d-nb.de/DB=1.1/CMD?ACT=SRCHA&IKT=8&TRM=1861-41832>
- [21] <http://www.dgppn.de>
- [22] <http://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/20/>
- [23] <http://www.kbv.de/rechtsquellen/2308.html>
- [24] <http://www.bptk.de/patienten/index.html>
- [25] <http://www.sgipt.org/berpol/gesptvg0.htm>

# Verhaltenstherapie

---

Mit **Verhaltenstherapie** (VT) wird ein ganzes Spektrum von Formen der Psychotherapie bezeichnet. Allen Formen ist gemeinsam, dass die *Hilfe zur Selbsthilfe* für den Patienten im Mittelpunkt steht, ihm nach Einsicht in Ursachen und Entstehungsgeschichte seiner Probleme Methoden an die Hand gegeben werden, mit denen er zukünftig besser zurecht kommt.

Ursprünglich verfolgte die Verhaltenstherapie nach John B. Watson (1878-1958) im Gegensatz zu tiefenpsychologischen Verfahren ein "black-box-Modell", das im Wesentlichen besagt, dass innere Vorgänge für uns undurchschaubar bleiben und daher nicht analysiert werden sollten. Diese Haltung stellte einen Versuch dar, von der intuitiven Vorgehensweise der Tiefenpsychologie wegzukommen, die, wie Wolf Singer es beschreibt, von der Perspektive der 1. Person ("Ich beobachte meine Gefühle") lebt und weitgehend auf Unterstellungen (Ödipuskomplex etc.) angewiesen ist. Die Verhaltenstherapie sucht die Perspektive der 3. Person ("Wir schauen gemeinsam auf die Situation") und ist daher stärker an neurologisch-neurobiologischen Modellen angelehnt, bei der Reiz und die messbare Reaktion im Mittelpunkt stehen. Ausgehend vom monosynaptischen Reflexbogen, der im Rückenmark verschaltet wird und auf den Sehnendehnungreiz (S) eine Muskelkontraktion (R) vermittelt, wird das ZNS (O) als komplizierter Reflexbogen verstanden, dessen Verschaltungsstrukturen es zu verändern gilt.

## Charakteristika und Prinzipien der Verhaltenstherapie

Nach der *American Association of Behavior Therapy* soll die Verhaltenstherapie (VT) vor allem menschliches Leiden lindern und die Handlungsfähigkeit erweitern. Sie beinhaltet Veränderungen der sozialen Umgebung und der sozialen Interaktion. Das Ziel ist hauptsächlich die Ausbildung und Förderung von Fähigkeiten. Die Techniken sollen dem Klienten eine bessere Selbstregulation ermöglichen. Die VT wendet experimental- und sozialpsychologische Prinzipien an und legt Wert auf eine systematische Überprüfung der Effektivität bei der Anwendung solcher Prinzipien. Die Ziele und Vorgehensweisen werden vertraglich festgelegt. Zudem orientiert sich die VT an ethischen Prinzipien.

Charakteristisch für die VT ist die Konzentration auf gegenwärtige statt auf vergangene Handlungsdeterminanten, ohne diese jedoch in der Analyse der Problementstehung zu vernachlässigen. Somit liegt der Schwerpunkt auf beobachtbarem Verhalten und dessen Veränderung. Die VT unterscheidet sich von der Psychoanalyse durch folgende Annahmen: Es wird angenommen, dass Verhaltensweisen erlernt und auch wieder verlernt werden können. Das bedeutet allerdings nicht mehr wie in der Frühzeit der VT, dass man genetische Unterschiede als Ursachen von Störungen verleugnet. Gerade in den Vulnerabilitäts-Stress-Modellen wird z. B. eine ererbte Stressanfälligkeit als Voraussetzung einer Störung berücksichtigt. Außerdem fühlt man sich empirischen Methoden verpflichtet. In ihren Annahmen über ätiologische Störungsmodelle ist sie nur begrenzt Theorien verpflichtet und kann auch jederzeit neue empirische Erkenntnisse in ihre Modelle und Theorien integrieren.

Daraus folgt für die VT, dass problematisches Verhalten in erster Linie als Ergebnis von Lernprozessen gesehen und durch die Verwendung von Verhaltens- und Lernprinzipien verändert werden soll. Entscheidend ist hierfür eine genaue Verhaltensanalyse (horizontal und vertikal) zur Bestimmung der augenblicklichen Determinanten des Verhaltens. Die Behandlungsstrategien werden individuell auf die Probleme der Person angepasst. Um Veränderungen zu bewirken, ist es nicht zwangsläufig notwendig, die Ursprünge des psychologischen Problems genau zu ergründen. Gerade bei gut definierten psychischen Störungen wie Zwängen oder Phobien hat sich herausgestellt, dass Heilungen möglich sind ohne genaue Analyse der Entstehungsbedingungen, wenn man die verhaltenstherapeutischen Behandlungsmanuale befolgt, ohne dass es zu Symptomverschiebungen kommt. Andererseits spricht innerhalb der VT auch nichts dagegen, eine genauere Analyse der Störungsätiologie oder der therapeutischen Beziehung vorzunehmen, wenn die manualisierten Standardmethoden versagen. Dies ist auch immer dann angebracht, wenn auf Seiten des Patienten ein ausgeprägtes Interesse an der Entstehung seiner Störung zu erkennen ist und dadurch seine Behandlungsmotivation verbessert werden kann. Auf der anderen Seite gilt jedoch

---

auch: Die Veränderung des problematischen Verhaltens liefert keinen Aufschluss über die Entstehung der Störung.

## Vorgehensweise

Eine Verhaltenstherapie beginnt gewöhnlich mit einer Verhaltensanalyse, in der die Probleme des Patienten in Abhängigkeit zu ihren aufrechterhaltenden Bedingungen und im Hinblick auf ihre Konsequenzen untersucht werden. Berühmt geworden ist die Verhaltensanalyse nach Frederick Kanfer: das *SORKC-Modell*.

- S: Situationen, Reize
- O: Organismus (Kognitionen und biologisch-somatische Bedingungen)
- R: Reaktionen, Verhalten
- K: Kontingenzen, (regelhafte Zusammenhänge zwischen Situationen, Verhalten und Konsequenzen)
- C: Konsequenzen

Obwohl die Begriffe *Reiz* und *Reaktion* leicht vermuten lassen, dass in einer Verhaltensanalyse nur das beobachtbare Verhalten analysiert wird, bezieht eine Verhaltensanalyse in der modernen Verhaltenstherapie auch Gefühle, Gedanken und körperliche Prozesse mit ein. Zudem umfasst die erweiterte Verhaltensanalyse auch Einflüsse des erweiterten Umfelds des Patienten, wie zum Beispiel das Verhalten von Familienangehörigen, Arbeitskollegen, Freunden und Bekannten. In der Zielanalyse werden die Therapieziele gemeinsam mit dem Patienten entwickelt, wobei darauf geachtet wird, ob die Ziele realistisch zu erreichen und nach der Therapie aufrechterhalten werden können. Die Therapie beruht schließlich auf einem Therapievertrag, in dem Patient und Therapeut sich gegenseitig zusichern, welche Aufgaben sie während der Therapie jeweils übernehmen.

Moderne und differenziertere Formen der Verhaltensanalyse werden in Bartling et al., „Problemanalyse im therapeutischen Prozess“, oder bei Caspar, „Psychotherapeutische Problemanalyse“, dargestellt. Hierbei wird neben der im SORKC-Modell beschriebenen Ebene des Verhaltens-in-Situationen sowohl der Entstehung und Ausformung des Problemverhaltens als auch der Ebene der Regeln, Pläne und Systemregeln der nötige Raum eingeräumt. Ein weiteres Analysefeld ist die Therapeut-Klient-Beziehung, der heutzutage in der Verhaltenstherapie viel Platz eingeräumt wird, nachdem sie in der Anfangszeit eine eher untergeordnete oder unspezifische Rolle in der Therapie einnahm. Nach der Verhaltensanalyse/Problemanalyse erfolgt gemeinsam mit dem Patienten die Bestimmung und Konkretisierung der Therapieziele, aus denen der Therapeut die einzusetzenden Interventionen auswählt und in Rücksprache und mit Zustimmung des Patienten einsetzt.

In der Therapie können verschiedene verhaltenstherapeutische Verfahren eingesetzt werden, die sich auf die Verhaltens- und Zielanalyse beziehen müssen (siehe unten). Übergeordnetes Prinzip ist dabei die Hilfe zur Selbsthilfe, das heißt der Patient soll in der Therapie lernen, wieder mit dem eigenen Leben selbst zurechtzukommen. Die aus der Gesprächspsychotherapie bekannten therapeutischen Basisvariablen wie Echtheit, Empathie und uneingeschränktes Akzeptieren des Patienten sind Basisvariablen einer Verhaltenstherapie, ohne aber auch nur für die therapeutische Beziehungsgestaltung zu genügen. Darüber hinaus hat der Therapeut auch auf eine komplementäre Beziehungsgestaltung, wie bei K. Grawe beschrieben, zu achten, die sich aber nach R. Sachse nur auf die Motiv-, nicht auf die Spielebene des Patienten beziehen darf. Damit soll hier nur kurz angedeutet werden, wie theoretisch komplex heutzutage die Grundlagen einer Verhaltenstherapie aufgebaut sind und worauf ein kompetenter Verhaltenstherapeut neben seinen Methodenkenntnissen alles zu achten hat. Ein weiterer wichtiger Schritt, der neben dem Einsatz von Interventionsmethoden bedacht werden muss, ist der Aufbau einer therapeutischen Allianz bzw. von Veränderungsmotivation, die nicht einfach mit der Therapiemotivation verwechselt werden darf. Nach dem Einsatz der eigentlichen Interventionen wird ein Evaluationsprozess durchlaufen, in dem der Erfolg der durchgeführten Methoden überprüft wird. Diese ganzen Analyse- und Interventionschritte werden in der therapeutischen Praxis nicht strikt getrennt voneinander durchgeführt, sondern bedingen sich gegenseitig und werden in einem Feedbackprozess immer wieder von neuem durchlaufen. Sehr übersichtlich wird der Ablauf bei F. Kanfer in seinem 7-Schritte-Prozessmodell des therapeutischen Prozesses seiner Selbstmanagementtherapie beschrieben.

In Deutschland übernehmen gesetzliche Krankenkassen nach einem genehmigtem Antrag ihres Kassenmitglieds die Kosten für seine Verhaltenstherapie.

## Verfahren der Verhaltenstherapie (Auswahl)

Um die im Therapievertrag vereinbarten Therapieziele zu erreichen, können in der Verhaltenstherapie inzwischen mehr als 50 verhaltenstherapeutische Einzelverfahren eingesetzt werden. Einige von ihnen seien an dieser Stelle genannt:

### Konfrontationsverfahren

→ *Hauptartikel: Konfrontationstherapie*

In der Konfrontationstherapie werden Verfahren angewendet, die auf dem Modell der klassischen Konditionierung aufbauen mit dem Ziel eine Extinktion, Gegenkonditionierung oder Habituation zu erreichen. Expositionsverfahren können zum einen in massierter oder gradierter Form und in in-vivo oder in-sensu angewandt werden. Zudem können die Dauer (kontinuierlich) und das Ausmaß des Selbstmanagement (Selbst-Exposition) variiert werden. Diese Verfahren werden vorwiegend bei Phobien, Panik- und Zwangsstörungen eingesetzt.

- Systematische Desensibilisierung: Exposition mit hierarchisch abgestuften aversiven Stimuli, zunächst in sensu, dann in vivo, gekoppelt mit Entspannung
- Flooding (Reizüberflutung): Unmittelbare Konfrontation mit Stimuli in höchster Intensität
- Reaktionsverhinderung
- Screen-Technik
- Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) nach Francine Shapiro
- Extinktions (*Habituations*)-Training (graduierte Löschung): In vivo Konfrontation mit abgestuften aversiven Stimuli
- Implosion (aus tiefenpsychologischer Tradition): Konfrontation mit Angststimuli in der Vorstellung
- Paradoxe Intervention: Anweisungen, die den Erwartungen entgegenlaufen (besonders in der Systemischen Therapie)
- Angstbewältigungstraining: Kombination verschiedener Expositions-Verfahren mit anderen Bewältigungsstrategien

### Operante Verfahren

Operante Verfahren basieren auf dem Modell der operanten Konditionierung. Dabei wird das Verhalten mittels Verstärkung (Erhöhung der Häufigkeit (Wahrscheinlichkeit) eines Verhaltens) oder Bestrafung (Reduzierung der Verhaltenshäufigkeit) modifiziert (Verhaltensmodifikation). Positive Verstärkung geschieht durch Zuführung von angenehmen Reizen, negative Verstärkung durch Wegnahme von unangenehmen Reizen. Direkte Bestrafung geschieht durch Zuführung von unangenehmen Reizen, indirekte Bestrafung durch Wegnahme von angenehmen Reizen (z. B. time-out). Prinzipien beim Aufbau von Verhalten sind: Verhaltensformung (Shaping), Verhaltenskettung (Chaining), Prompting, Differentielle Verstärkung (Diskrimination), Fading und Generalisierung und für den Abbau von Verhalten: Löschung, Bestrafung und Vergessen.

- Biofeedback nach Miller
- Token-System (Token economy)
- Kontingenzverträge: Zielverhalten und Verstärker werden genau (schriftlich) festgelegt
- Dialektisch-behaviorale Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung nach Marsha M. Linehan
- Training sozialer Kompetenzen (Social Skills Training), z. B. das Assertiveness Training Programme nach Ullrich & Ullrich de Muynck; das Gruppentraining Sozialer Kompetenzen nach Hinsch & Pflingsten oder das Personal Effectiveness Training nach Libermann. In der verwandten Form des Trainings zwischenmenschlicher Fertigkeiten ist es ein wesentlicher Bestandteil der Dialektisch-behavioralen Therapie (DBT) nach Marsha M.

Linehan

- Habit-Reversal-Training nach Azrin & Nunn
- Rollenspiel
- Kommunikationstraining
- Training von Entspannungstechniken (v. a. Progressive Muskelentspannung und Autogenes Training)
- Euthyme Therapie (Genusstherapie)

## Kognitive Ansätze

→ *Hauptartikel: Kognitive Verhaltenstherapie*

Kognitive Ansätze der VT basieren auf kognitiven Theorien des Verhaltens. Ein Individuum interpretiert und transformiert aktiv Informationen (Umgebungsreize) und strukturiert die Erfahrungen (Ordnen und Bewerten der Realität). Kognitionen beeinflussen als *transformierte Reize* das Verhalten. Verhaltensprobleme sind das Ergebnis falscher Annahmen, unvollständiger Schlüsse, inadäquater Selbstinstruktionen und unzureichender Problemlösefähigkeiten.

- Kognitive Therapie nach Aaron T. Beck
- Rational Emotive Therapie (RET), neuerdings explizit Rational-Emotive Verhaltenstherapie (REVT) genannt, nach Albert Ellis
- Ärgermanagement nach Raymond W. Novaco
- Stressmanagement bzw. Stressimpfungstraining nach Donald Meichenbaum
- Selbstverbalisation bzw. Selbstinstruktionstraining nach Donald Meichenbaum
- Problemlösetraining nach D'Zurilla & Goldfried
- Attributionstherapie (Seligman, Bandura)
- Schmerzmanagement nach Turk
- Selbstmanagement-Therapie nach Frederick Kanfer
- Achtsamkeitsbasierte Stressreduktion nach Jon Kabat-Zinn
- Akzeptanz- und Commitmenttherapie (ACT) nach Steven C. Hayes
- Kognitive Umstrukturierung
- Schematherapie nach Jeffrey E. Young

## sonstige Verfahren

- Multimodale Therapie (BASIC-ID) nach Arnold A. Lazarus

(siehe auch *Stressmodell von Lazarus (1974)*)

## Anwendungsbereiche und Wirksamkeit

Verhaltenstherapeutische Methoden werden heutzutage bei vielen psychischen Störungen und psychosomatischen Erkrankungen eingesetzt. Nach dem Gutachten des Wissenschaftlichen Beirates Psychotherapie der deutschen Bundesregierung ist Verhaltenstherapie wirksam bei

- Abhängigkeiten von psychotropen Substanzen (z. B. Alkoholabhängigkeit)
- (Teil-) Remittierten psychotischen Erkrankungen (u. a. Schizophrenie) und wahnhaften Störungen
- Affektiven Störungen (z. B. Depression)
- Angststörungen (z. B. Agoraphobie, Spezifische Phobie (Liste), Soziale Phobie, Panikstörung, Zwangsstörung)
- Belastungsstörungen (z. B. Posttraumatische Belastungsstörung)
- Dissoziativen, Konversions- und somatoformen Störungen
- Essstörungen (z. B. Anorexia nervosa, Bulimia nervosa)
- Persönlichkeitsstörungen (z. B. Borderline-Persönlichkeitsstörung)

- psychosomatischen Erkrankungen (z. B. Spannungskopfschmerz, Bluthochdruck)

Die Wirksamkeit kognitiv-verhaltenstherapeutischer Verfahren ist bei vielen psychischen Störungen in Hunderten von Studien belegt. Der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie der deutschen Bundesregierung hat die Verhaltenstherapie daher als wissenschaftlich anerkanntes Verfahren eingestuft.

## Formen

- individuelle Verhaltenstherapie (VT) oder Kognitive Verhaltenstherapie (KVT, KogVT)
- Paartherapie
- Familientherapie
- Gruppentherapie
- Gemeindepsychologie
- Prävention

## Verhaltensmedizin

Aus der Verhaltenstherapie ist die Verhaltensmedizin hervorgegangen. Sie befasst sich mit der Anwendung verhaltenstherapeutischer Erkenntnisse auf allgemeine medizinische Sachverhalte; zum Beispiel mit der ergänzenden Behandlung von körperlichen Erkrankungen wie z. B. Bluthochdruck, Asthma, Diabetes oder Spannungskopfschmerz als auch Tinnitus mit psychologischen Mitteln. Dies geschieht etwa dadurch, dass der Patient lernt, angemessener mit seiner Erkrankung umzugehen. Die Verhaltensmedizin beschäftigt sich mit Gesundheitsverhalten.

## Geschichte der Verhaltenstherapie

Die Verhaltenstherapie hat ihren Ursprung in den psychologischen Lerntheorien. Erste Schritte, die als verhaltenstherapeutisch bezeichnet werden können, nahm bereits Mary Cover Jones 1924 vor, als sie einen ängstlichen Jungen namens *Peter* von einer Phobie durch Konfrontation mit dem angstausslösenden Objekt therapierte. Aber erst nach dem 2. Weltkrieg gelang es, lerntheoretisch fundierte Verfahren systematisch zur Behandlung psychischer Störungen, insbesondere Phobien, einzusetzen. Dazu trug die Enttäuschung vieler psychoanalytisch arbeitender Therapeuten über die mangelnde Wirksamkeit der tiefenpsychologischen Therapien bei: So entwickelte z. B. der Südafrikaner Joseph Wolpe die Systematische Desensibilisierung, ein graduiertes Konfrontationsverfahren, in Kombination mit der Progressiven Muskelentspannung von Edmund Jacobson. Auf der anderen Seite wurde die operante Konditionierung von behavioristisch orientierten Therapeuten wie z. B. Ayllon und Azrin für die therapeutische Verhaltensmodifikation nutzbar gemacht. Mit ihr konnte erstmals mit nennenswertem Erfolg Menschen mit schwersten psychischen Störungen wie der Schizophrenie psychotherapeutisch geholfen werden. Seit den 1970er Jahren sind die Prinzipien der Verhaltenstherapie auch auf pädagogische Felder (Vorschule, Schule, Hochschule, Familie etc.) übertragen worden. Dieser Anwendungsbereich wird „Pädagogische Verhaltensmodifikation“ bezeichnet.

Seit den 60er und 70er Jahren des 20. Jahrhunderts hat diese klassische Verhaltenstherapie zunehmend andere Gebiete der wissenschaftlichen Psychologie und Psychotherapie aufgegriffen und integriert. Der Begriff kognitive Verhaltenstherapie oder kognitive Therapie trägt der Tatsache Rechnung, dass die Verhaltenstherapie sich außer mit der äußeren Verhaltensänderung auch mit der Veränderung der kognitiven, gedanklichen Schemata des Menschen beschäftigt. Begründer und Vorreiter der kognitiven Verhaltenstherapie waren unter anderem Albert Ellis, Aaron T. Beck und Donald Meichenbaum. Nach dieser so genannten kognitiven Wende haben sich kognitiv-verhaltenstherapeutische Therapien für die Mehrzahl der psychischen Störungen entwickelt. Zu den neuesten Therapieformen zählt beispielsweise die *dialektisch-behaviourale Therapie (DBT)* für emotional-instabile Persönlichkeitsstörungen. Die DBT beruht wie andere verhaltenstherapeutische Ansätze auf lerntheoretischen

Grundprinzipien, ist aber sowohl von den Themen, die in die Behandlung mit einbezogen werden, als auch vom Methodenrepertoire her deutlich breiter angelegt als klassisch verhaltenstherapeutische Ansätze. So werden beispielsweise Wert- und Sinnfragen erörtert und meditative Praktiken buddhistischer Prägung in die Behandlung integriert. Manche Autoren sprechen bereits von einer „dritten Welle“ der Verhaltenstherapie, der neben der DBT auch Ansätze wie die Funktional-analytische Psychotherapie (FAP), die Akzeptanz- und Commitmenttherapie (ACT) oder die achtsamkeitsbasierte kognitive Depressionstherapie zugerechnet werden.

Die Verhaltenstherapie oder kognitive Verhaltenstherapie ist für viele ihrer Vertreter (zum Beispiel Klaus Grawe) auf dem Weg zu einer allgemeinen wissenschaftlichen Psychotherapie, d. h. einer Psychotherapie, die wissenschaftlich überprüfte Methoden anwendet und umfassend eklektisch integriert. Dementsprechend legen Verhaltenstherapeuten großen Wert auf die empirische Überprüfung ihrer Theorien und Methoden.

## Ausbildung zum Verhaltenstherapeuten

**Deutschland:** Verhaltenstherapeut (psychologischer bzw. ärztlicher Psychotherapeut mit Fachkundenachweis in der Verhaltenstherapie) wird man durch eine 3- bis 5-jährige Ausbildung und die Erlangung einer staatlichen Approbation zur Ausübung eines Heilberufes. Voraussetzung für die Therapieausbildung ist, dass man einen Hochschulabschluss in Medizin oder Psychologie mit dem Schwerpunkt klinische Psychologie besitzt. Neben den Psychologen und Medizinern können Diplom-Pädagogen, Diplom-Sozialpädagogen, Diplom-Sozialarbeiter sowie Diplom-Heilpädagogen nach einer entsprechenden 3- bis 5-jährigen Weiterbildung die Zulassung als Kinder- und Jugendpsychotherapeut erlangen. Die Approbation zum Psychotherapeuten kann nach Ablegung des Staatsexamens bei der zuständigen Bezirksregierung beantragt werden. Neben einem erfolgreichen Abschluss müssen dafür weitere Voraussetzungen vorliegen (bspw. eigene geistige Gesundheit, keine Vorstrafen).

## Kritik an der Verhaltenstherapie

Der *Behaviorismus* als frühere Grundlage der VT ist aufgrund seiner reduktionistischen Herangehensweise kritisiert worden. Im Behaviorismus geht man davon aus, dass innerpsychische Prozesse wie Denken, Fühlen usw. nicht wissenschaftlich erforscht werden können. Er geht bei seinen Forschungen des Verhaltens von einer Black Box aus. Des Weiteren ist es beinahe unmöglich, die Verursachung von psychischen Störungen durch Lernerfahrungen wissenschaftlich zu belegen. Auch zirkelhafte Schlüsse können in den Belegen für die Richtigkeit der Annahmen des Behaviorismus herangezogen werden <sup>[1]</sup>.

Heute gilt der Kognitivismus als das *Leitparadigma* in der Psychologie. Damit kann er auch als Grundlage der Verhaltenstherapie verstanden werden, die sich stets als praktische Anwendung der Erkenntnisse der Psychologie versteht. Die Kognitive Wende war vor allem wegen der unzureichenden Erklärungsmöglichkeiten für neuere Erkenntnisse des Behaviorismus nötig. Der Kognitivismus wird vor allem wegen seines theoretischen Ansatzes kritisiert. „Die Konzepte der Kognitiven Psychologie (z. B. Schemata) sind vage und nicht immer gut definiert“ <sup>[1]</sup>. Kritiker wenden ein, dass die Erklärungen der kognitiven Psychopathologie wenig hilfreich seien. So ist die Behauptung, dass bspw. Depressive negative Gedanken haben, für die Erklärung der Entstehung dieser Störung kaum hilfreich, da dies bereits Teil der Diagnose ist. Der Rückschluss, dass negative Gedanken die Depression auslösen ist nicht schlüssig, da die postulierten negativen Denkschemata Ursache, aber auch Folge der Depression sein können. <sup>[1]</sup>.

Kritisiert wurde ebenfalls die Verwendung von Aversionsverfahren. Bei Aversionsverfahren werden dem Klienten in Kombination mit dem problematischen Situationen oder Gegenständen (bspw. Suchtmittel) unangenehme Reize (bspw. Medikamente, die in Kombination mit Alkohol Übelkeit hervorrufen; siehe: Disulfiram) vermittelt, was teilweise als unethisch angesehen wird. Auch bei der Konfrontationstherapie wird der Klient durch die Konfrontation mit dem angstausslösenden Objekt (*Exposition*) zunächst absichtlich in Angst versetzt <sup>[1]</sup>. Diese Vorgehensweise dient jedoch dazu, es dem Klienten zu ermöglichen, mit seiner Angst umgehen zu lernen. Auch wird die Methode nie ohne Einverständnis des Patienten und stets durch Vorbereitung und Begleitung des Therapeuten verwendet.

Bei manchen Verfahren der Verhaltenstherapie besitzt der Therapeut sehr viel Macht. Beispielsweise erklärt er dem Klienten bei einer *Rational Emotive Therapie* soziale Zusammenhänge. Er berichtigt ihn, wenn er widerspricht, und versucht, ihn eines besseren zu belehren. Woher der Therapeut allerdings seine Sicherheit über die wahren Zusammenhänge nimmt, ist unklar. Außerhalb der RET wird deshalb auf solche „Überredungskünste“ verzichtet – schon allein deshalb, weil der Therapeut dabei meist argumentativ den Kürzeren zieht. Es gilt im Gegenteil als Kunstfehler, wenn der Patient die erforderlichen Schlüsse nicht selbst zieht, da man davon ausgeht, dass er ansonsten auch keine langfristigen Verhaltensänderungen durchführt. Aus demselben Grund gilt Transparenz über das Vorgehen als notwendige vertrauensbildende Maßnahme in der VT, damit der Patient nicht befürchten muss, gegen seinen Willen zu irgendwelchen Maßnahmen manipuliert worden zu sein.

In der Psychotherapieforschung gilt als gesichert, dass die Beziehung zwischen dem Psychotherapeuten und dem Klienten für die Wirksamkeit der Psychotherapie sehr wichtig ist<sup>[2]</sup>. Es wird der Verhaltenstherapie von ihren Kritikern oft vorgeworfen, in ihrem heute meist kognitivistischen, aber auch dem früheren behavioristischen Vorgehen, keine eigenen theoretischen Ansätze hierzu zu besitzen.

Auch die Kognitive Therapie nach Beck ist kritisiert worden. Siehe hierzu: Kognitive Therapie.

Psychoanalytische Kritiker knüpfen häufig an der Reduzierung der Psychologie auf eine „Laborwissenschaft“ an. Die Psychoanalyse behauptet, dass es unmöglich sei, die komplexen Zusammenhänge der Psyche in einer Laborsituation nachzustellen. Psychoanalytiker kritisieren, dass verhaltenstherapeutische Therapien vor allem die Reduzierung der Symptome zum Ziel habe, wie dies in der Verhaltenstherapie üblich ist. Durch deren Reduzierung solle nämlich keineswegs die Ursache für eine psychische Störung bekämpft, sondern lediglich ein leidiges Symptom für kurze Zeit verbessert werden. Dadurch können sich Symptome anderer Art bilden. Diesen Vorgang nennt man Symptomverschiebung. Hierdurch bezweifeln sie die Nachhaltigkeit der Verbesserungen. Die in der Verhaltenstherapie vorherrschende Neigung zur Effizienz wird ebenso kritisiert. Mit möglichst kurzen Therapien werde dem Individuum wenig Raum gegeben und lediglich die Krankheit in den Mittelpunkt des Kontakts zwischen Therapeuten und Klienten gestellt. Dies könne eine nachhaltige Heilung verhindern.

Kritiker aus humanistischen Therapieformen, wie der Gesprächspsychotherapie oder der Gestalttherapie, sind der Meinung, dass die Verhaltenstherapie den Menschen von außen determiniert (bestimmt) sieht und das innere Wachstum, die persönliche Verantwortung, die Willensfreiheit gelehrt oder nicht beachtet werde.

## Literatur

- Margraf, J. (Hrsg.). (2000). *Lehrbuch der Verhaltenstherapie*. (2. Auflage; 2 Bd.). Berlin: Springer. ISBN 3-540-66439-4
- Meichenbaum, D. & Turk, D.C. (1994). *Therapiemotivation des Patienten. Ihre Förderung in Medizin und Psychotherapie. Ein Handbuch*. Aus dem Englischen übersetzt von Lothar Schattenburg. Bern: Huber.
- Reinecker, H. (1999). *Lehrbuch der Verhaltenstherapie*. Tübingen: DGVT. ISBN 3-87159-020-7
- Dutschmann, A. (2000). *Verhaltenssteuerung bei aggressiven Kindern und Jugendlichen. Manual zum Typ A des ABPro*. Tübingen: DGVT.
- Rost, D. H., Grunow, P. & Oechsle, D. (Hrsg.). (1975). *Pädagogische Verhaltensmodifikation*. Weinheim: Beltz. ISBN 3-407-51084-5
- Young, Jeffrey, Klosko, Janet & Weishaar, Marjorie: *Schematherapie. Ein praxisorientiertes Handbuch*. Junfermann Verlag Paderborn, 2. Auflage 2008. ISBN 978-3-87387-578-4
- Hillenbrand, Clemens (2006): *Einführung in die Pädagogik bei Verhaltensstörung*. (3. Auflage) München.
- Zarbock, Gerhard (2008): *Praxisbuch Verhaltenstherapie. Grundlagen und Anwendungen biografisch-systemischer Verhaltenstherapie*. Papst Science Publishers, Lengerich, ISBN 978-3-89967-471-2
- Singer, W.: *Unser Menschenbild, Neurobiologische Überlegungen*; Auditorium Verlag



## Weblinks

- Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie e.V. <sup>[3]</sup>
- Schweizerische Gesellschaft für Verhaltens- und Kognitive Therapie <sup>[4]</sup> (SGVT)
- Österreichische Gesellschaft für Verhaltenstherapie <sup>[5]</sup> (OEGVT)

## Quellen

- [1] Hautzinger (Hrsg.): Davison und Neale (2002): Klinische Psychologie. Weinheim: Belz PVU
- [2] Smith, B.;Sechrest, L.: Treatment of Aptitude x Treatment interactions. In: J. Consul. Clin. Psychol., 59. Jg. (1991), S. 233–244.
- [3] <http://www.dgvt.de>
- [4] <http://www.sgvt-sstcc.ch>
- [5] <http://www.oegvt.at>

# Psychoanalyse

Die **Psychoanalyse** (von griechisch *ψυχή* [psyche], dt. *Seele*, und *ἀνάλυσις* [analysis], dt. *Zerlegung*, im Sinne von *Untersuchung, Enträtselung der Seele*) ist eine psychologische Theorie, die um 1890 von dem Wiener Neurologen Sigmund Freud begründet wurde. Aus der Psychoanalyse heraus haben sich später die verschiedenen Schulen der Tiefenpsychologie entwickelt.

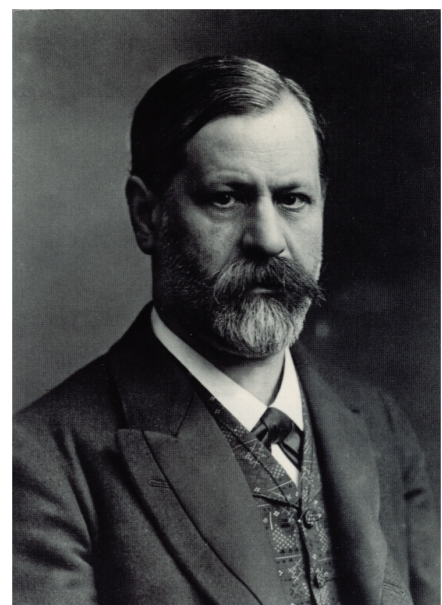
Der Begriff „Psychoanalyse“ steht sowohl für das auf Freuds Theorien über die Psychodynamik des Unbewussten gegründete Beschreibungs- und Erklärungsmodell der menschlichen Psyche als auch für die *psychoanalytischen Therapien* – eine Gruppe von Verfahren zur Behandlung innerer und zwischenmenschlicher Konflikte – sowie für die *psychoanalytische Methodik*, die sich auch mit der Untersuchung kultureller Phänomene beschäftigt. In allen drei Aspekten wird die Psychoanalyse bis heute von Klinikern und Forschern weiterentwickelt und verändert; so ist die moderne Psychoanalyse durch einen theoretischen, methodischen und therapeutischen Pluralismus charakterisiert. Die Wissenschaftlichkeit der Psychoanalyse ist jedoch umstritten.

## Definitionen

### Psychoanalyse als Wissenschaft

Die Psychoanalyse ist eine Theorie über die unbewussten psychischen Vorgänge. Laut Freud hat sie auch den Anspruch, eine umfassende Konzeption des Mentalen und seiner Verbindungen zu den Bereichen des Körperlichen und des Soziokulturellen darzustellen.

Psychoanalytiker der auf Freud folgenden Generationen haben die Psychoanalyse in vielfältige Richtungen weiterentwickelt, teils mit Freud übereinstimmend, teils weit von ihm abweichend. Diese stetige Differenzierung der psychoanalytischen Theorie und Methodik hat – ergänzt um integrative Bemühungen – zur Entstehung einer Vielzahl von psychoanalytischen Schulrichtungen mit unterschiedlichen Konzeptionen und Schwerpunkten geführt. Dazu zählen z. B. die Ichpsychologie, die Objektbeziehungstheorie (u. a. Melanie Klein, Donald Winnicott, Wilfred Bion), die Selbstpsychologie (Heinz Kohut), die Relationale und Intersubjektive Schule der Psychoanalyse sowie die Strukturalistische oder Strukturele Psychoanalyse (Jacques Lacan).



Sigmund Freud, der Begründer der Psychoanalyse.

## Psychoanalyse als Methodik

Die Psychoanalyse als psychologisches Theoriegebäude hat außerdem Methoden zur Untersuchung des menschlichen Erlebens, Denkens und Verhaltens – sowohl einzelner Menschen als auch von Gruppen und Kulturen (Ethnopsychanalyse) – hervorgebracht. Leitidee ist, dass sich hinter der wahrnehmbaren „Oberfläche“ von Verhaltensweisen (z. B. eines individuellen Verhaltens), aber auch hinter Normen und Werten einer kulturellen Gemeinschaft oft unbewusste, dem Ich nicht ohne weiteres bewusst zugängliche Bedeutungen verbergen, die sich mit Hilfe der psychoanalytischen Konzepte und Methoden jedoch aufdecken lassen und verständlich werden.

In den Jahrzehnten nach Freud haben andere Psychoanalytiker weitere Methoden entwickelt, so z. B. zur Analyse der Persönlichkeitsstruktur (u. a. Arbeitskreis OPD) oder der Erzählstrukturen (z. B. Boothe: Erzählanalyse JAKOB). Auch der Inhalt von Märchen, Mythen oder künstlerischen Werken (Literatur, Film u. a.) kann psychoanalytisch interpretiert werden.

## Psychoanalyse als Therapie

Im engeren Sinn ist die Psychoanalyse ein psychotherapeutisches Behandlungsverfahren. Im Unterschied zu übenden bzw. trainierenden Verfahren (wie Verhaltenstherapie) zählt sie zu den aufdeckenden Therapien, die versuchen, dem Patienten ein vertieftes Verständnis der ursächlichen (meist unbewussten) Zusammenhänge seines Leidens zu vermitteln – was oft mit dem Begriff der Einsicht verbunden wird. Es wäre jedoch ein Missverständnis, eine rationale Einsicht in die Verursachungszusammenhänge als wesentliches Ziel einer psychoanalytischen Therapie anzusehen. Vielmehr wird eine weitergehende Umstrukturierung der Persönlichkeit und insbesondere des Gefühlslebens in denjenigen Bereichen angestrebt, die zur Aufrechterhaltung psychopathologischer Elemente (Symptome, Persönlichkeitseigenschaften) beitragen.

Die klassische Psychoanalyse findet über einige Jahre hinweg drei- bis fünfmal wöchentlich statt. Der Patient bzw. Analysand liegt auf einer Couch und sagt möglichst unzensiert alles, was ihn gerade bewegt bzw. ihm durch den Sinn geht (freies Assoziieren). Der hinter ihm sitzende Analytiker hört mit einer Haltung „gleichschwebender Aufmerksamkeit“ zu und teilt dem Analysanden die während des psychoanalytischen Prozesses gewonnenen Erkenntnisse mit („Deutung“), wann immer er dies für günstig hält. Insbesondere bemüht sich der Analytiker, die sich in der Beziehung zu ihm einstellenden Übertragungen typischer emotionaler Muster bzw. Motive des Analysanden aufzuspüren und ihren Stellenwert innerhalb der Psychodynamik des Analysanden zu interpretieren, um sie einer Veränderung zugänglich zu machen („Übertragungsanalyse“). Auch die Traumanalyse kommt während der analytischen Behandlung zur Anwendung.

Neben der „großen“ psychoanalytischen Therapie mit bis zu 300 (von der gesetzlichen Krankenversicherung übernommenen) Sitzungen sind heute kürzer dauernde tiefenpsychologische Therapieformen weit verbreitet (siehe unter anderem Analytische Psychotherapie und Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie), bei denen sich Analytiker und Analysand gegenüber sitzen und sich ein- bis zweimal wöchentlich treffen. Erwähnenswert sind noch die psychoanalytischen Fokalthérapien und Kurzzeittherapien, bei denen versucht wird, ein zentrales, mehr oder weniger klar umschriebenes Problem in insgesamt ca. 20 bis 30 Sitzungen zu behandeln, sowie die „niederfrequente psychoanalytische Psychotherapie“, mit ein bis zwei Sitzungen wöchentlich.

Es wurden Methoden entwickelt, die besonders für die Behandlung von spezifischen psychischen Störungen geeignet sind.

Die Psychoanalyse findet Anwendung bei Erwachsenen sowie bei Kindern und Jugendlichen. Zudem gibt es psychoanalytische Paar- und Familientherapie, Gruppenanalyse, stationäre psychodynamische Therapie und psychoanalytisch orientierte Supervision.

*Siehe auch:* Liste von Psychotherapie- und Selbsterfahrungsmethoden

## Grundlagen der psychoanalytischen Theorie

Die Grundzüge der Psychoanalyse als erste umfassende Theorie des Mentalen unter besonderer Berücksichtigung unbewusster Prozesse wurden Ende des 19. und Anfang des 20. Jahrhunderts von dem Wiener Neurologen Sigmund Freud – anfangs in intensiver Zusammenarbeit mit dem bekannten Wiener Arzt und Begründer der kathartischen Methode, Josef Breuer – entwickelt. Die Auseinandersetzung mit der menschlichen Psyche und auch dem Unbewussten ist freilich älter und kann bis zur Antiken Philosophie zurückverfolgt werden. Als unmittelbare Vorgänger Freuds gelten der Naturwissenschaftler Carl Gustav Carus (1789–1869), die Philosophen Johann Friedrich Herbart (1776–1804), Arthur Schopenhauer (1788–1860) und Friedrich Nietzsche (1844–1900), aber auch in den Werken bedeutender Dichter wie Johann Wolfgang von Goethe und Arthur Schnitzler, besonders aber Fjodor Michailowitsch Dostojewski können literarische Analogien psychoanalytischer Theorien gefunden werden. Der Begriff „Unbewusstes“ taucht in einer noch unscharfen Form erstmals bei Eduard von Hartmann 1869 in *Philosophie des Unbewußten* auf.<sup>[1]</sup> Freud kommt so gesehen nicht das Verdienst zu, das Unbewusste entdeckt, sondern als Erster eine Methode zu seiner wissenschaftlichen Untersuchung gefunden zu haben. Hierfür entwickelte er die Methode der freien Assoziation. Durch die langjährige Auseinandersetzung mit den Ergebnissen aus seinen Behandlungen theoretisierte er schließlich ein aus drei Instanzen gebildetes Strukturmodell der Psyche. Freud ging davon aus, dass Triebe in der Psyche von der frühen Kindheit an eine Dynamik in Gang setzten, die bestimmend für das weitere Leben ist. Auf der Grundlage dieser Konzepte war es ihm möglich, Erklärungen für pathologische Abweichungen zu finden, die er in seiner spezifischen Therapieform, der Psychoanalyse, anwenden konnte, um Patienten zu behandeln.



Freuds Couch

Weiterhin untersuchte Freud auch Alltagsphänomene wie Mythen, Bräuche, Witze und die sogar nach ihm benannten „Freud'schen Fehlleistungen“, welche – wie die Träume – zuvor bei der Wissenschaft kaum Interesse erregt hatten.

Bei jeder Darstellung der Grundlagen von Freuds Theorien – und so auch besonders in Hinblick auf die letztgenannten psychoanalytischen Annahmen – muss zweierlei vorweggeschickt werden:

1. dass Freuds Ansichten und Annahmen nicht in geschlossener Form vorliegen, weil er selbst fast alle seiner früheren Thesen nach und nach revidierte, weiterentwickelte oder gar verwarf, wenn sich ihm neue Erkenntnisse aufgedrängt hatten, und die späteren ohne Kenntnis der früheren unverständlich bleiben.
2. dass die Psychoanalytiker der nachfolgenden Generationen diese Theorien vielfach weiterentwickelten, ergänzten oder gänzlich neue Konzepte und Theorien eingeführt haben, sodass die Psychoanalyse in ihrer zeitgenössischen Form keineswegs mit dem Werk Freuds gleichgesetzt werden darf.

Bei der Weiterentwicklung der Psychoanalyse war ein wichtiger theoretischer Schritt der von einer „one-body psychologie“, wie Michael Balint die klassische, Freud'sche Psychoanalyse bezeichnete, zu einer Mehr-Personen-Psychologie. Freuds Triebtheorie war sehr



Josef Breuer

stark an dem mechanistischen Weltbild seiner Zeit orientiert. Triebe liefern hierbei die Energie, die einen komplexen psychischen Apparat in Gang setzen. Störungen entstehen durch die Fixierung der Triebenergie auf frühen

Entwicklungsstufen.

Hierbei übernimmt die Umwelt des Individuums eine eher untergeordnete Rolle. Nach der Abkehr Freuds von seiner Traumatheorie stand für lange Zeit fest, dass eher unbewusste Phantasien als reale Erfahrungen die Ursachen für pathologische Entwicklungen darstellen. Die Objekte, also die Personen der Außenwelt, werden mit Triebenergie besetzt, was den eigentlichen Grund für die Aufnahme jeglicher Beziehungen darstellt.

Diese Einstellung änderte sich erst allmählich. Heute betrachtet die Psychoanalyse viel eher die Beziehungen, in die ein Mensch eingebettet ist. Sie betrachtet seine Entwicklung und Reifung immer in Wechselwirkung mit seiner Umwelt. Hierbei stehen die Beziehungen des Menschen zu seinen engsten Bezugspersonen von seiner frühesten Kindheit an im Vordergrund. Die Psychoanalyse untersucht, wie er sich an diese frühen Beziehungen erinnert und diese in seiner Psyche repräsentiert. Auch betont die Psychoanalyse viel eher die realen Umweltbedingungen, in denen ein Mensch lebt und aufwächst, und betrachtet, wie er auf diese Bedingungen reagiert.

Heute existieren vier Hauptrichtungen der Psychoanalyse, die sich gegenseitig beeinflussen und ergänzen, einander teilweise aber auch widersprechen. Die Triebtheorie, die von Sigmund Freud begründet wurde; die Ich-Psychologie, die auf Heinz Hartmann zurückgeht; die Objektbeziehungstheorie, die von unterschiedlichen Autoren eingeführt wurde, und die Selbstpsychologie von Heinz Kohut. Einige Autoren, insbesondere Selbstpsychologen, plädieren dafür, die Triebtheorie endgültig aufzugeben, andere Autoren halten sie jedoch noch für nützlich.

Auch haben sich einige Theorien gebildet, die nicht dem psychoanalytischen, wissenschaftlich-therapeutischen Mainstream entsprechen oder entsprachen. Auch diese werden im folgenden kurz skizziert.

## Traumatheorie

Bis 1897, der sogenannten Frühphase der Psychoanalyse, steht Freud ganz unter dem Eindruck der Behandlung hysterischer Patientinnen, die ihm eine vielfältige Symptomatik präsentierten und häufig von sexuellen Übergriffen in ihrer Kindheit berichteten. Aufgrund dessen betonte Freud die zentrale Stellung, welche Traumatisierungen (primär, aber nicht nur sexueller Natur) in der Entstehung von psychischen Erkrankungen zukommt. Später revidierte er diese Auffassung weitgehend zugunsten anderer Faktoren: Das Hauptaugenmerk liegt nunmehr auf inneren Konflikten und den entsprechenden Phantasien; an die Stelle der sog. „Verführungs“- bzw. „Traumatheorie“ tritt die triebtheoretische Begründung psychopathologischer Zustände. Die geschilderten Missbrauchserlebnisse – deren skandalöse Häufigkeit Freuds erster Theorieentwurf nahelegt – entfalten, sofern sie nicht eben nur als Phantasieproduktion (die die Tatsache der infantilen Masturbation ebenso verschleiert wie ihren vornehmlich inzestuösen Vorstellungsinhalt darstellt) zu gelten haben, demnach nur im Rahmen der ödipalen Triebdynamik ihre pathogene Wirkung. Die Traumatheorie, mithin die Erkundung der realen, individuellen Kindheitsgeschichte wird, auf Grund nunmehr behaupteter faktischer Unnachweisbarkeit, durch das überindividuelle, triebtheoretisch argumentierende Ödipus-Modell ersetzt. Die Traumatheorie wird zwar nicht völlig verworfen, gerät jedoch aus dem Fokus analytischer Begründungsstrategie. Praktisch bedeutet diese sogenannte „Kehre“ im Denken Freuds eine theoretische Wendung von passiv zu aktiv: Aus „unschuldigen“ Opfern traumatisierender Übergriffe werden nun aktive, von infantiler Sexualität und ödipalem Begehren gesteuerte (Trieb)-Täter der Phantasie. Die analytisch provozierte *Wahrheit, die frei machen soll*, besteht nun nicht mehr in der Erinnerung und Bewusstmachung des traumatisierenden Übergriffs (*Was hat der Vater/die Mutter/etc. denn da gemacht?*), sondern in der Anerkennung der infantilen Sexualität als ödipales Begehren (*Was hat die Tochter, der Sohn, der/die AnalysandIn denn da gemacht?*). Die Abkehr Freuds von der Traumatheorie ist zu einem Skandalon der späteren Psychoanalysekritik geworden.<sup>[2] [3]</sup>

Objektbeziehungstheoretisch orientierte Psychoanalytiker wie René A. Spitz und Massud Khan haben im Gegensatz zu einmalig auftretenden Extremtraumatisierungen noch die Wichtigkeit so genannter kumulativer Traumatisierungen bzw. Mikrotraumatisierungen herausgestellt. Hierbei handelt es sich um unzählige Male wiederholte Erschütterungen der kindlichen Persönlichkeit durch ein konstant unzureichendes Milieu. Die fatalen Auswirkungen so einer mangelnden Akzeptanz des Kindes auf das in Entstehung befindliche Selbst wurden von Heinz Kohut herausgearbeitet. Insbesondere Psychoanalytiker, die Kinder von KZ-Überlebenden in Behandlung

hatten, konnten zudem feststellen, dass schwer traumatisierte Menschen, die ihre katastrophalen Erfahrungen nicht verarbeiten konnten, ihr Trauma in modifizierter Form an die nächste Generation weitergeben (*transgenerationale Traumatisierung*).<sup>[4]</sup>

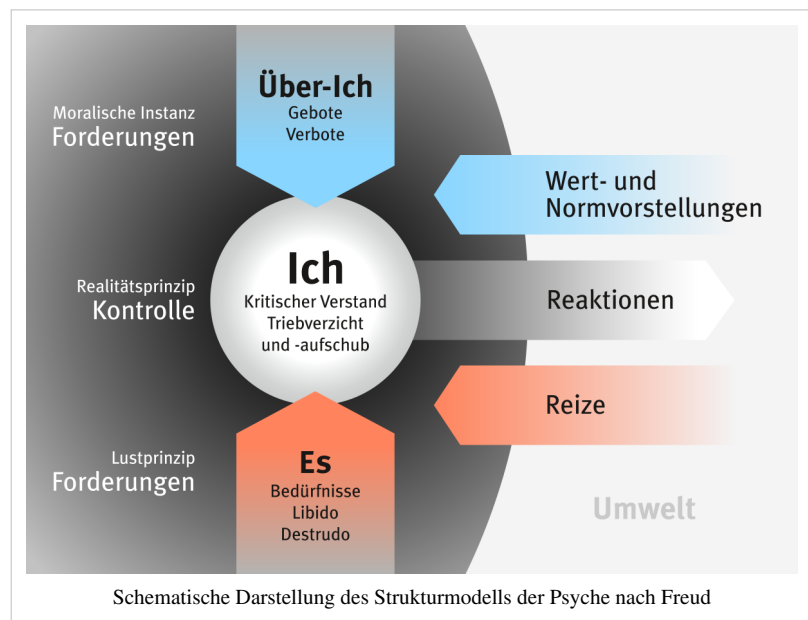
Heute gibt es eine ganze eigene Domäne, welche sich der Analyse und Behandlung von traumatischen Erfahrungen verschrieben hat und verschiedene psychoanalytische Ansätze zu integrieren versucht: die Psychotraumatologie. Viele Hauptvertreter dieser Richtung, wie z. B. Gottfried Fischer und Luise Reddemann, sind Vertreter der Psychoanalyse oder Psychodynamik.

## Triebtheorie

Nach Freud entstammt der Trieb einem körperlichen Spannungszustand. Er dient der Lebens-, Art- und Selbsterhaltung. Dazu zählen insbesondere das Bedürfnis nach Ernährung und der Sexualtrieb. Der Triebdrang, welcher vom Körperlichen ausgehend einen seelischen Niederschlag, die sog. Triebrepräsenzen, bildet, erfolgt stetig neu (auch nach erfolgter Befriedigung wieder) und vom Willen des Ich/Bewusstseins unabhängig; dieses vermag jedoch die Verwirklichung der Wünsche umweltangemessen zu lenken und sogar in Richtung der Quelle zurückzudrängen. Die Triebenergie selbst hat Freud als Libido bezeichnet, ihre Gesetzmäßigkeit als Lustprinzip.

## Topographisches Modell und Strukturmodell der Psyche

Das topographische Modell versucht psychische Inhalte hinsichtlich des Grads ihrer Bewusstheit zu klassifizieren und zu Systemen zusammenzufassen, deren Relationen untereinander von einem Zensor geregelt werden. Das System Bw (*Bewusstsein*) kann mit einem psychischen Raum verglichen werden, dem es obliegt, Reizkonfigurationen der inneren Welt und der äußeren Realität zu erfassen. Es ist ein Sinnesorgan zur Wahrnehmung psychischer Qualitäten. Das System Vbw (*Vorbewusstes*) enthält jene psychischen Inhalte, welche zwar



momentan im Bewusstsein nicht präsent sind, aber mittels willentlicher oder zum Teil auch unwillentlicher Aufmerksamkeitsausrichtung abgerufen werden können. Das System Ubw (*Unbewusstes*) besteht aus psychischen Inhalten, welche selbst durch gezielte Konzentration nicht ins Bewusstsein gehoben werden können. Es gibt verschiedene Arten unbewusster Prozesse, von denen Freud dem Verdrängten am meisten theoretischen Platz eingeräumt hat. Hierbei handelt es sich um von Individuum und/oder Kultur verfemte Impulse und Vorstellungen, die abgewehrt bzw. ins Ubw verdrängt werden. Die therapeutische Erfahrung hat Freud gelehrt, dass die verdrängten Inhalte sich in entstellter Art wieder Zugang zum Bw verschaffen (*Wiederkehr des Verdrängten*).

## Entwicklungspsychologie

Die Psychoanalyse geht davon aus, dass die menschliche Persönlichkeit sich das ganze Leben über in Entwicklung befindet und dabei verschiedene Phasen mit je besonderen thematischen Schwerpunkten durchläuft. Besonders prägenden Einfluss auf die erwachsene Form der Psyche haben die frühen Phasen der Entwicklung, deren Störung durch erhöhte Vulnerabilität und/oder ein inadäquates Milieu pathologische Entgleisungen anbahnen kann. In der psychoanalytischen Entwicklungsforschung werden sowohl Informationen erwachsener Personen über ihre Kindheit als auch direkte Beobachtungen von Individuen in den entsprechenden Entwicklungsphasen zur Theoriebildung benutzt. Freud konzentrierte seine theoretische Aufmerksamkeit hierbei auf die *psychosexuelle Entwicklung*.

Die *infantile Sexualität* wird von ihm als polymorph-pervers bezeichnet, womit zum Ausdruck gebracht werden soll, dass das Kind noch über keine stabile sexuelle Identität verfügt und unterschiedliche Arten des Lustgewinns praktiziert, welche teilweise an sexuelle Devianzen erwachsener Patienten erinnern. Freud postulierte in der Entwicklung der Libido eine orale (1. Lebensjahr), eine anale (ca. 2. und 3. Lebensjahr), eine phallische (4.–5. L.j.),<sup>[5]</sup> eine Latenzphase, Pubertät und Adoleszenz. Die Entwicklung der kindlichen phallischen Phase<sup>[6]</sup> (ca. viertes bis fünftes Lebensjahr in elastischen Grenzen) soll in dem sog. Ödipuskomplex kulminieren, indem das Kind seine Liebe auf den gegengeschlechtlichen Elternteil richtet und mit dem gleichgeschlechtlichen Elternteil um dessen Gunst rivalisiert, außerdem in Konflikt mit dem Anspruch auf Zuneigung geratend, den es beiden Elternteilen gegenüber hegt. Form und Brisanz des Konfliktes weisen erhebliche interkulturelle und interfamiliäre Differenzen auf. Der Untergang (auch Verdrängung) des Ödipuskonflikts leitet die Latenzphase ein und wird durch den Verzicht auf den gegengeschlechtlichen Elternteil und die Errichtung eines stabilen Über-Ichs mit Inzesttabu charakterisiert. In der Adoleszenz werden die unterschiedlichen Partialtriebe schließlich unter das *Primat der Genitalität* gestellt.

Wesentlich erweitert und ausgebaut wurden diese Gedanken Freuds durch Erik H. Erikson, der die menschliche Entwicklung in acht Phasen von der Geburt bis zum hohen Alter einteilte. In seinem Stufenmodell der psychosozialen Entwicklung geht er davon aus, dass die individuelle Lösung jeder dieser Phasen den Ausgang eines ihr inhärenten Konflikts zwischen zwei antagonistischen Tugenden bestimmt. Dabei nimmt die Art der Lösung der vorhergehenden Phasen, welche wesentlich von den Umwelterfahrungen, die der Mensch macht, determiniert wird, einen Einfluss auf Ausgestaltung und Bewältigung der folgenden phasentypischen Krisen. So entscheidet z. B. das grundsätzliche Angenommenwerden des Kindes durch seine Bezugspersonen in der allerfrühesten Zeit des Lebens darüber, ob ein Mensch mit einem gesunden Urvertrauen oder Urmisstrauen durchs weitere Leben geht.

D.W. Winnicott und Margaret Mahler haben ihre Aufmerksamkeit auf die zu Beginn des Lebens extrem enge Verbindung zwischen Mutter und Kind gerichtet und die schrittweise Entwicklung hin zu größerer Autonomie beschrieben. René A. Spitz hat die Entwicklung der Objektbeziehung und den präverbalen Dialog zwischen dem Baby und seiner Bezugsperson untersucht. Seine Forschungen in Säuglingsheimen, in denen die Kinder zwar medizinisch versorgt waren und genügend Nahrung zur Verfügung hatten, aber trotzdem an mysteriösen psychosomatischen Erkrankungen und einer hohen Sterblichkeitsrate litten, konnten den Nachweis erbringen – was zur damaligen Zeit alles andere als selbstverständlich war –, dass der Entzug zwischenmenschlichen Kontakts, die soziale Deprivation, dafür verantwortlich war. Einen bedeutenden Beitrag dazu hat auch John Bowlby geleistet, dessen theoretischer Schwerpunkt die zwischenmenschliche Bindung war. Die Entwicklung einzelner Ichfunktionen wurde von Anna Freud thematisiert.

Zu den bedeutendsten zeitgenössischen psychoanalytischen Entwicklungsforschern zählen Daniel N. Stern, ein international renommierter Säuglingsforscher, der die Entwicklung des Selbstempfindens beschrieben hat, Robert N. Emde, ein Schüler von René Spitz, der sich unter anderem mit der Entwicklung der Affektivität auseinandersetzt, sowie Peter Fonagy, der sich um die Integration von Bindungstheorie und Psychoanalyse bemüht und die Entwicklung der Mentalisierung und Affektregulierung erforscht. Im deutschen Sprachraum hat sich Martin Dornes auf dem Gebiet der psychoanalytischen Säuglingsforschung einen Namen gemacht. Was die Ableitung bestimmter psychischer Störungen von Komplikationen in gewissen Entwicklungsphasen anbelangt, so geht man gemäß Freuds Konzept der Ergänzungsreihen davon aus, dass physische, psychische und soziale Faktoren an der Genese beteiligt

sind. Entscheidend für den Ausbruch einer psychischen Erkrankung oder Resilienz ist ein kompliziertes Wechselspiel von Risikofaktoren und protektiven Faktoren.

### Säuglingsforschung

Die Psychoanalyse sah seit ihren Anfängen eine besondere Bedeutung in den ersten Lebensjahren der Entwicklung. Seit den Anfängen der empirischen Beobachtung von Kleinkindern durch psychoanalytische Forscher wie René A. Spitz, Margaret Mahler oder Bindungsforschern konnte durch neue Methoden ein moderner Ansatz in der Kleinkindbeobachtung oder Neonatologie entwickelt werden. Seit den 1970er Jahren erforschen Psychoanalytiker insbesondere die interpersonellen Interaktionen zwischen Mutter und Kind. Hierzu nutzen sie neue Möglichkeiten der Videotechnik, um die sich oft in Mikrosekunden abspielenden gegenseitigen Verhaltensanpassungen in der Mimik und Gestik zwischen Mutter und Kind erforschbar zu machen.

Zu nennen sind hier vor allem die „baby-watcher“: Daniel Stern, der die Entstehung des Selbstempfindens erforscht, Robert N. Emde, der die grundlegenden Affekte des Menschen beobachtete, Joseph D. Lichtenberg, der die Bedürfnisse von Kleinkindern untersuchte, und Beatrice Beebe, die sich mit der Interaktion zwischen Säuglingen und ihren Bezugspersonen beschäftigt hat. Der neonatologische Forschungsansatz wurde im deutschsprachigen Gebiet hauptsächlich durch Martin Dornes bekannt.

Die Ergebnisse der Säuglingsforschung haben einen großen Einfluss auf die psychologische und psychoanalytische Entwicklungspsychologie ausgeübt. Dabei wurden auch kognitivistische Forschungsergebnisse für die Fundierung neuer psychoanalytischer Theorien einbezogen. Die Ergebnisse der Forschung lassen die Entwicklungspsychologie heute davon ausgehen, dass ein Säugling keineswegs, wie vielfach angenommen, ein unbeteiligter Empfänger der Pflege der Bezugspersonen ist. Heute geht die Psychologie davon aus, dass der Säugling bereits mit wenigen Wochen ein aktives, kompetentes, kontaktsuchendes und Interaktion stimulierendes Wesen ist. Entscheidend hierbei ist die Ergänzung der objektbeziehungstheoretischen Beobachtungen der 1950er und 60er Jahre. Die Interaktion zwischen Kind und Mutter, welche sich auf die spätere therapeutische Interaktion auswirken kann, wird nicht länger als einseitiger, von der Pflegeperson bestimmter Prozess angesehen. Heute muss davon ausgegangen werden, dass eine komplizierte reziproke, also wechselseitige, Kommunikation die Affekte des Kindes und dessen Befinden sowie die Möglichkeit zu deren Regulation stark beeinflusst.

Dieser Umstand hat eine große Bedeutung für die psychoanalytische Theoriebildung, da oftmals von pathologischen Zuständen erwachsener Patienten auf ähnliche Zustände im Kindesalter geschlossen wurde. Heute geht man von einem *kompetenten Säugling* aus, der keineswegs pathogene Phasen durchlaufen muss. Pathologisch relevante Entgleisungen des Mutter-Kind-Dialoges sind in der zeitgemäßen Psychotherapie und Psychoanalyse der frühen Kindheit auch aufgrund der psychoanalytischen und der Bindungsforschung einer differenzierteren Methodik zugänglich.<sup>[7] [8]</sup>

Zu dieser Entwicklung können auch Wissenschaftler gerechnet werden, die sich um die Erforschung neuropsychologischer und Neurophysiologie befassen, und auf moderne Verfahren zur Untersuchung der Funktionsweise des Hirns zurückgreifen, wie neue bildgebende Verfahren. Diese versuchen, eine Verbindung psychoanalytischer Theorien und Erkenntnissen, die aus den Neurowissenschaften erwachsen, zu knüpfen<sup>[9]</sup> und beziehen ihre Erkenntnisse teilweise auf die Veränderungen in der psychoanalytischen Theorie. → Siehe auch: #Richtungen psychoanalytischer Theoriebildung – Neuropsychoanalyse.

### Affekttheorie

Die Affekttheorie hat ebenso wie die Triebtheorie verschiedene Umformungen durchlaufen. Freud selbst hat drei Affektmodelle entwickelt und sein Hauptaugenmerk im Zuge dessen stets auf den Affekt der Angst gerichtet, dem ihm zufolge eine Schlüsselstellung in jeder Pathologie zukommt. Im ersten Affektmodell Freuds wird primär die Rolle des Affekts im traumatischen Geschehen untersucht. Freud ging hierbei davon aus, dass der durchs Trauma freigesetzte und in seiner Abfuhr blockierte Affekt für die Symptombildung verantwortlich ist. Später ergänzt Freud diese Annahmen dahingehend, dass der Angstaffekt auch das Ergebnis eines Konflikts zwischen der nach

Befriedigung drängenden Libido und deren Hemmung sein kann (so z. B. im Falle der Angstneurose). Mit der Entwicklung des Strukturmodell der Psyche kommt es zu einer neuerlichen Modifizierung der Affekttheorie: der Theorie der Signalangst. Diese hebt den adaptiven Wert des Affekts als Signal an das Ich hervor, eine drohende innere (Trieb) oder äußere (Trauma) Gefahr mit den zur Verfügung stehenden Mitteln (Abwehrmechanismen) abzuwenden. Dieser Signalaspekt des Affekts wird später von der Ich-Psychologie auf weitere differenzielle Affekte wie z. B. Traurigkeit, Ekel, Wut oder Schuld ausgedehnt. Ebenfalls von dieser Schule eingehender erforscht wurde das Verhältnis von Affekt und Vorstellung, also von den emotionalen und den eher kognitiv-imaginativen Erlebensweisen, sowie unbewussten Affekten, welche zwar nicht als solche bewusst erlebt werden, sehr wohl aber ätiologisch relevant für psychische und psychosomatische Symptombildungen werden können.

Die Objektbeziehungstheorie schließlich hat die interaktive Funktion der Affekte unterstrichen. Affekte spielen nämlich auch eine Rolle in der Anbahnung interpersoneller Beziehungen und der Regulation von Subjekt-Objekt-Interaktionen. Heute setzen sich weitgehend Komponentenmodelle der Affektivität durch, welche das relativ ganzheitliche Affektgeschehen als aus Bestandteilen zusammengesetzt ansehen. Ein solches von sechs Komponenten ausgehendes Affektmodell stammt von Rainer Krause. Es untergliedert das **Affektssystem** in:

1. Expressive Komponente (mimischer und gestischer Ausdruck des Affekts)
2. Physiologische Komponente (endokrine und neuronale Ebene des Affekts)
3. Motivationale Komponente (Innervation der Skelettmuskulatur)
4. Wahrnehmung/Bewusstes Erleben des Affekts
5. Sprachliche Benennung des Erlebens
6. Bewusste Wahrnehmung des Affekts als inneres Bild und als spezifische situative Bedeutung der Welt und der Objekte.

Diese sechs Komponenten entwickeln sich nicht ontogenetisch synchron und sind in mehrfacher Hinsicht störanfällig.

Da Affekte mit höherer Geschwindigkeit operieren als rationale Denkprozesse, kann man sie als phylogentisch ältere und ganzheitlichere Bewertung all unserer Erlebnisse verstehen. Sie sind eine besondere Art der Information im Rahmen von psychischen Regulationsprozessen wie z. B. Triebansprüchen, zwischenmenschlichen Beziehungen oder Werten. So gesehen lassen sich Affekte am adäquatesten als eine Art Interface verstehen, das die psychische Ebene einschließlich ihrer unterschiedlichen Systembereiche mit der biologischen und der sozialen Ebene vernetzt. Das ist auch der Grund, weshalb der Affekttheorie eine Zentralstellung in der gesamten psychoanalytischen Theorie und Therapie zukommt. Die enge wechselseitige Verbindung von Affekt und Kognition hat es mit sich gebracht, dass auch Piagets Ideen zur kognitiven Entwicklung in der Psychoanalyse breit rezipiert und mit der affektiven Entwicklung verbunden wurden (Ulrich Moser).

## **Abwehrmechanismen**

Das Konzept der Abwehrmechanismen ist eines der genauest erforschten und weitgehend akzeptierten Teile psychoanalytischer Theorie. Unter Abwehrmechanismen versteht man unbewusst ablaufende psychische Vorgänge, die die „Aufgabe“ haben, unlustvolle und angsterzeugende Inhalte abzuwehren. Das bedeutet sie aus dem eigenen Bewusstsein fern zu halten, insbesondere jene Inhalte, die aus einem neurotischen Konflikt hervorgehen. Gefühle und Affekte wie Scham, Schuldgefühl, seelischer Schmerz, Wut und vor allem die Angst können mit Hilfe der Abwehrmechanismen auf verschiedene Weise unbewusst gehalten werden. Der Abwehrmechanismus ist der Versuch der Lösung und Vermeidung des eigentlichen Konfliktes, trägt jedoch zu dessen Festigung und Fixierung bei. Es kann zwischen unreiferen und reiferen Abwehrmechanismen unterschieden werden.



## Vertreter und Richtungen

### Vertreter der Psychoanalyse

Zu den bedeutenden *Psychoanalytikern der ersten Generation* zählen neben Freud Karl Abraham, Alfred Adler, Siegfried Bernfeld, Helene Deutsch, Paul Federn, Otto Fenichel, Sandor Ferenczi, Ernest Jones, Carl Gustav Jung, Sandor Rado, Otto Rank, Theodor Reik und Wilhelm Reich.

Wichtige Vertreter der *psychoanalytischen Ichpsychologie* sind Heinz Hartmann, Anna Freud und Erik H. Erikson.

René A. Spitz und Margaret Mahler begründeten die psychoanalytisch orientierte empirische Säuglings- und Kleinkindforschung.

Die Bindungstheorie, die innerhalb wie außerhalb der Psychoanalyse weite Verbreitung fand, wurde vom englischen Psychoanalytiker John Bowlby und der kanadischen Psychologin Mary Ainsworth entwickelt.

Exponenten der Objektbeziehungstheorie sind Donald Winnicott, Melanie Klein, Michael Balint, William Fairbairn und Wilfred Bion.

Die *Selbstpsychologie* wurde von Heinz Kohut begründet. Viele der zeitgenössischen Psychoanalytiker sind dieser Schule zuzurechnen. So etwa Joseph D. Lichtenberg

Bedeutende Vertreter der *Psychoanalyse in Frankreich* sind Jacques Lacan, André Green, Jean Laplanche.

Die Neopsychoanalyse ist mit den Namen Karen Horney, Harry Stack Sullivan und Erich Fromm verbunden.

Bedeutende *zeitgenössische Psychoanalytiker* sind Otto Kernberg, Peter Fonagy, Marianne Leuzinger-Bohleber, Falk Leichsenring und Daniel Stern.

*Siehe auch:* Liste bedeutender Psychotherapeuten

### Richtungen psychoanalytischer Theoriebildung

#### Psychoanalytische Ichpsychologie

Die Ich-Psychologie ergänzt die klassische Psychoanalyse um Aspekte der Ich-Entwicklung, der Abwehrmechanismen sowie der Funktionen des Ichs. Als Begründer der Ich-Psychologie werden häufig Anna Freud (*Das Ich und die Abwehrmechanismen*, 1936) und insbesondere Heinz Hartmann (*Ich-Psychologie und Anpassungsproblem*, 1939) genannt. Aber schon Sigmund Freud hat einige Aspekte der Ich-Psychologie vorweggenommen.

#### Psychoanalytische Objektbeziehungstheorie

Die Objektbeziehungstheorie ist eine ursprünglich auf Melanie Kleins Arbeiten zurückgehende Weiterentwicklung der psychoanalytischen Theorie. Unter dem Begriff Objektbeziehungstheorie werden unterschiedliche Ansätze zusammengefasst, denen gemeinsam ist, dass sie die zentrale Bedeutung der frühen Mutter-Kind-Interaktion und der Vorstellungen des Kindes über sich und seine Bezugspersonen für die spätere Beziehungsgestaltung und für die Persönlichkeitsentwicklung herausstellen. Ein weiteres gemeinsames Merkmal ist die Hervorhebung von Übertragung und Gegenübertragung in der Ausgestaltung des psychotherapeutischen Konzeptes.

#### Bindungstheorie

Die Bindungstheorie beschreibt in der Psychologie das Bedürfnis des Menschen, eine enge und von intensiven Gefühlen geprägte Beziehung zu Mitmenschen aufzubauen. Sie wurde von dem britischen Kinderpsychiater John Bowlby und der kanadischen Psychologin Mary Ainsworth entwickelt. Ihr Gegenstand ist der Aufbau und die



Bild des Psychoanalysekongresses in Weimar 1911. 2.R,1.vl: Otto Rank. 1.R,1.vl: Eugen Bleuler. 2.R,7.vl: Sandor Ferenczi. 2.R, 8.vl. Sigmund Freud. 2.R, 9.vl: C. G. Jung. 2.R, 2.vr: Ernest Jones

Veränderung enger Beziehungen im Laufe des Lebens. Sie geht dabei von dem Modell der Bindung der frühen Mutter-Kind-Beziehung aus. Sie verbindet ethologisches, entwicklungspsychologisches, psychoanalytisches und systemisches Denken.

Eines der großen Anliegen Bowlbys war es, eine wissenschaftliche Basis für den psychoanalytischen Ansatz der Objektbeziehungstheorien herzustellen und psychoanalytische Annahmen empirisch überprüfbar zu machen. Dabei entfernte er sich im Laufe seiner Forschungsarbeit von der Psychoanalyse: Die Bindungstheorie wurde zu einer eigenständigen Disziplin.

#### Psychoanalytische Selbstpsychologie

Die Selbstpsychologie ist eine psychoanalytische Theorie, die von Heinz Kohut in den 1970er Jahren begründet wurde. Sie beschäftigt sich mit der Organisation und Aufrechterhaltung des Selbst in Abhängigkeit zu den Objekten der Umwelt. Ein zentrales Thema ist dabei unter anderem der Narzissmus und die Fähigkeit des Ichs, realitätsgerechte Vorstellungen über sich selbst („Selbstrepräsentanzen“) zu entwickeln.

#### Jacques Lacan und die Strukturelle Psychoanalyse

Jacques Lacan (1901–1981) war ein französischer Psychoanalytiker, der die Schriften Sigmund Freuds neu interpretierte und radikalisierte. Dies beinhaltete sowohl das Postulat einer „Rückkehr zu Freud“ als auch das Ziel, „Freud gegen Freud“ zu lesen, also ihn dort weiterzuentwickeln, wo er für Lacan hinter seinen eigenen Annahmen zurückblieb. Hierbei griff er unter anderem auf Ansätze und Methoden des Strukturalismus und der Linguistik zurück, später auch auf graphische Modelle der Topologie. Der innerhalb der Psychoanalyse nicht unumstrittene Theoretiker hat unter anderem auf den Poststrukturalismus prägenden Einfluss ausgeübt.

#### Neopsychoanalyse und Interpersonelle Psychoanalyse

Die Neopsychoanalyse (englisch: Neo-Freudianism) ist die Weiterentwicklung der Psychoanalyse von Sigmund Freud. Sie hat sich der Individualpsychologie angenähert und Konzepte von Alfred Adler integriert. Die Neo-Psychoanalytiker haben keine Schule gebildet. Jeder hatte eigene Theorien, Stufenmodelle und Konzepte, die von bestimmten Grundideen Freuds abwichen.

#### Relationale und Intersubjektive Psychoanalyse

Die Intersubjektivität in der Psychoanalyse gründet auf den Arbeiten von Robert D. Stolorow, B. Brandchaft und G. E. Atwood, die unter Einbeziehung der Selbstpsychologie von Heinz Kohut eine erlebensnah orientierte Form psychoanalytischer Theorie und Behandlungspraxis formulierten, die sich in wesentlichen Punkten von der klassischen Konzeption Sigmund Freuds unterscheidet.

Nach Auffassung von Stolorow und anderen entsteht und ereignet sich Erleben im wechselseitigen Austausch von Subjektivitäten, z. B. der des Patienten und der des Analytikers. Die Beobachtungsposition liegt dabei stets *innerhalb* des gemeinsamen Kontextes, d. h. der Analytiker versucht den Patienten aus dessen Perspektive heraus zu verstehen (Empathie) und bezieht seinen eigenen biographischen Hintergrund in die Reflexion seiner Haltung dem Patienten gegenüber mit ein (Introspektion). Dies hat maßgebliche Konsequenzen für die psychoanalytische Theorie und Praxis, die an zentralen Begriffen der Psychoanalyse deutlich werden.

#### Neuropsychoanalyse

Bei der Neuropsychoanalyse handelt es sich um eine Richtung, die neurowissenschaftliche und psychoanalytische Konzepte miteinander verbinden bzw. füreinander fruchtbar machen will. Exponenten sind Mark Solms, Allen Schore und Daniel Siegel. Vor einigen Jahren wurde die *Neuro-Psychoanalysis Society* und die Fachzeitschrift *Neuro-Psychoanalysis* gegründet. Es finden jährlich internationale Kongresse statt.

## Methoden der therapeutischen Psychoanalyse

### Freud, Breuer und Hypnose

Mit dem 14 Jahre älteren Wiener Familienarzt Josef Breuer wandte Freud in seiner 1886 eröffneten nervenärztlichen Praxis neben Elektrotherapie auch Hypnose an. Das war für ihn eine Brücke zum Unbewussten, die Verdrängtes und Vergessenes als Ursache für spätere Störungen zugänglich machen sollte. Berühmt wurde der Fall Anna O. – bei dem Josef Breuer erstmals die kathartische Methode anwandte.

#### Entwicklung der Psychoanalyse aus der Hypnose:

1. Hypnose mit Zielsuggestionen (mit hypnotischem Auftrag) (1887 [1950], Briefe an Fließ, Brief Nr. 2. In *Aus den Anfängen der Psychoanalyse*)
2. Hypnose mit dem analytischen Ansatz: Das Wachrufen von Erinnerungen mit Katharsis (1889).
3. Hypnose mit Einsicht durch Interpretation (1892).
4. Freie Assoziation und Traumdeutung mit Einsicht durch Interpretation und Analyse von Übertragung und Widerstand (1912). (nach Frank & Frank, 1977, S. 63). (Zur Kurzbeschreibung des Beginns einer Traumanalyse, siehe Traumdeutung.)

Die Hypnose als Behandlungsform wurde aber aus folgenden Gründen nach und nach aufgegeben:

- Nur ein Teil der Menschen ist hypnotisierbar.
- Heilungserfolge waren begrenzt.
- Traumatisierende Erfahrungen, die unter Hypnose zugänglich waren, konnten von den Patienten außerhalb der Hypnose nicht wiederbelebt werden.

### Allgemeine Einleitung

Generell geht die Psychoanalyse davon aus, dass schwere, unverarbeitbare Erfahrungen in der Kindheit verdrängt werden müssen, weil die kindliche Persönlichkeit anderenfalls darunter zusammenbrechen würde. Kein Kind kann zum Beispiel längere Zeit ertragen, von Elternteilen nicht geliebt oder gar teilweise gehasst zu werden. Die Psychoanalyse verspricht sich Heilung von der Bewusstmachung des Verdrängten, oder wie Freud es ausdrückte: „*Wo Es war, soll Ich werden.*“<sup>[10]</sup> Verdrängte Erfahrungen sind einer Bearbeitung und Verarbeitung durch das Bewusstsein entzogen und können nicht in die Persönlichkeit integriert werden. Dies soll in der Analyse allmählich und unter gleichzeitigem persönlichen Wachstum und persönlichem Erstarken, unterstützt von der menschlichen Hilfe der Analytiker, nachgeholt werden. Teilweise muss Trauerarbeit nachgeholt werden, alte Wahrnehmungs- und Verhaltensmuster müssen, nachdem sie als Teil der persönlichen Geschichte erkannt wurden, durch neue ersetzt oder ergänzt werden. Teilweise heilt die Psychoanalyse auch dadurch, dass in der Beziehung zum Analytiker neue, korrigierende Erfahrungen gemacht werden, zum Beispiel, indem in der Analyse zum ersten Mal die Erfahrung einer konstanten, unverbrüchlichen und haltgebenden zwischenmenschlichen Beziehung gemacht wird. Oder an der Person des Analytikers wird erlebt, dass verselbstständigende und Abgrenzungs-Tendenzen keine negativen Reaktionen nach sich ziehen oder dass die Person des Psychoanalytikers jemanden darstellt, der mit erotischen Anteilen einer Beziehung umgehen kann usw.

- *siehe auch* Reparenting

Unverarbeitete Anteile einer Lebensgeschichte oder Defizite an Nähe und Wärme schränken die Persönlichkeit ein und/oder führen zu unangemessenen Verhaltensmustern. Oft kommt es auch zum Wiederholungszwang. Freud erkannte, dass wir manche für uns kritische und unverarbeitbare Situationen unbewusst immer wieder herstellen (inszenieren), in der gleichfalls unbewussten Hoffnung, dieses Problem doch noch zu lösen. So sucht sich eine Frau, die als Kind unter ihrem kalten, unnahbaren Vater gelitten hat, oft wieder unbewusst einen solchen Ehemann aus und wiederholt mit ihm die alten Kämpfe und Konflikte. Manchmal projiziert sie auch nur diese Merkmale auf ihren Mann und bringt ihn auf unterschwellige Weise dazu, sich so uneinfühlsam wie früher ihr Vater ihr gegenüber zu

verhalten. Oft ergänzen sich solche Muster bei Paaren auch auf unheilvolle Weise und führen zu einer Dynamik, aus der die Paare alleine nicht mehr herausfinden.

Eine andere Möglichkeit, wie sich solche Erfahrungen niederschlagen können, sind zum Beispiel Depressionen. Im Verständnis der Psychoanalyse sind Depressionen das Ergebnis von Beziehungsverlusten oder Beziehungsabbrüchen in der Kindheit, die aber nicht in der Schwere des Verlusts gefühlt und betrauert werden konnten, d. h. mit anderen Worten partiell geleugnet werden. Das kann zum Beispiel bei der Geburt eines jüngeren Geschwisters passiert sein, wenn sich die Eltern teilweise oder ganz von dem älteren Kind abwendeten und niemand Augen für dessen Trauer und Wut hatte und ihm durch Verständnis und Zuwendung half, diese Situation zu verarbeiten. Manchmal können solche Depressionen auch erst aufbrechen, nachdem in der gegenwärtigen Lebenssituation ein Verlust durchzumachen war, bei dem unbewusst wieder die ‚alte Wunde‘ aufbrach.

## Das Setting

Die sog. klassische Psychoanalyse findet im Liegen statt, wobei der Analytiker außerhalb des Blickfeldes seines Analysanden sitzt. (Bei anderen Formen, z. B. der Fokalthherapie, sitzen sich beide gegenüber.) Der Grundgedanke der Psychoanalyse ist, dass der Analytiker als Persönlichkeit möglichst im Hintergrund bleibt, quasi eine weiße Wand, auf die der Patient alle seine frühen Beziehungspersonen, wie Vater, Mutter und Geschwister, projizieren kann. Das macht der Patient in der Regel nicht absichtlich oder freiwillig, sondern unbewusst und automatisch. So erscheint der Analytiker zum Beispiel einmal unkonzentriert und wird dadurch zum Vater, der einem nie zugehört hat und sowieso kein Interesse an einem hatte. Die ursprüngliche Wut gegen den Vater richtet sich nun gegen den Analytiker(-Vater) und kann so vielleicht zum ersten Mal wirklich erlebt und gefühlt werden, weil die bedrohliche Aggressivität des tatsächlichen Vaters dies früher eventuell unmöglich gemacht hat. Ein anderes Beispiel wäre, dass dadurch, dass der Analytiker auf pünktlichem Stundenende besteht, er als versagende Mutter erlebt wird. Oder der Patient erlebt stürmische Verliebtheit in seinen Analytiker, was eine ödipale Situation wiederbelebt usw. Diesen Vorgang der Verschiebung auf den Analytiker nennt die Psychoanalyse *Übertragung*.

## Die Übertragung

Den Vorgang des Hineinlegens früher Beziehungspartner und früher Beziehungserfahrungen in den Analytiker nannte Freud die *Übertragung*. Diese Übertragung ist zentraler Baustein einer jeden Analyse und wichtiger Bestandteil der Beziehung zwischen Analytiker und Analysand. Ein Beispiel: Es können möglicherweise bei einem Analysanden frühe Erfahrungen der Geschwisterrivalität wiedererweckt werden durch einen weiteren Patienten, dem er im Wartezimmer begegnet oder der angesichts eines bevorstehenden Stundenendes gar ungeduldig an die Tür des Behandlungszimmers klopft und so die Stunde des Analysanden stört. Der Mitpatient wird dann vielleicht als verdrängendes Geschwister und der Analytiker als treuloser Beziehungspartner erlebt. Das kann sich zum Beispiel in heftigen Angriffen gegen den Analytiker äußern, der solchem Verhalten von Seiten des Mitpatienten nicht in ausreichendem Maße einen Riegel vorschiebe usw. Solche und generell Alltagssituationen, die in den Stunden besprochen werden, erlauben es oft, frühe Erfahrungen in Zusammenarbeit mit dem Analytiker wiederzubeleben und neu zu verarbeiten.

Man unterscheidet *positive und negative Übertragung*. Bei der positiven Übertragung werden positive Anteile früherer Beziehungen auf den Analytiker projiziert, bei der negativen Übertragung negative Anteile.

Die Gefühle und Vorstellungen, die der Analytiker wiederum als Reaktion auf das Verhalten der Patienten bekommt, nennt man die *Gegenübertragung* des Analytikers. In unserem Beispiel kann sich unser Analytiker vielleicht einen Moment lang völlig unzulänglich, nachlässig und treulos fühlen, so wie der Patient früher seine Eltern erlebt hat. Der Analytiker sollte in seiner eigenen Analyse bzw. Lehranalyse gelernt haben, eigene Gefühle und Vorstellungen von durch Patienten erzeugten Gefühlen und Vorstellungen zu unterscheiden, um angemessen damit umgehen zu können, statt mit dem Patienten unbewusst mitzuagieren.

Wenn der Patient im Analytiker aktuell vor allem Züge von sich selbst sieht, spricht man von einer Spiegelübertragung. Von komplementärer Gegenübertragung spricht man, wenn der Analytiker sich in der Rolle des früheren Beziehungspartners des Analysanden wahrnimmt, zum Beispiel in der Vater- oder Mutterrolle. Von konkordanter Gegenübertragung oder Spiegelgegenübertragung spricht man, wenn in einer Therapiesituation sich der Therapeut mit der Rolle und dem Erleben des Patienten identifiziert, sich in diesen hineinversetzt und das Erleben des Patienten nachempfindet, wie es tatsächlich ist. Somit hat die Gegenübertragung eine wichtige therapeutische Bedeutung. Sie ist heute eine wichtige Quelle für Informationen über die früheren und heutigen Beziehungskonstellationen des Patienten in der objektbeziehungstheoretischen Schule und der selbstpsychologischen Schule. Dort wird sie auch als Grundlage für echte Empathie angesehen.

## **Das freie Assoziieren**

Die psychoanalytische Grundregel und das freie Assoziieren: Freud hat eine so genannte Grundregel aufgestellt, die dem Patienten zu Beginn der Behandlung mitgeteilt werden soll, nämlich, dass er alles, was ihm in den Stunden einfällt, mitteilen soll, auch wenn er es für bedeutungslos hält oder sich seiner Gedanken schämt. Er solle seine Gedanken nicht hemmen, sondern ihnen freien Lauf in jedwede Richtung lassen, was Freud das freie Assoziieren nannte. Freud nahm an, dass sich in dieser Form verkleidetes, unbewusstes Material äußere und man es so für die Behandlung nutzbar machen könne. Da unbewusste Inhalte zunächst einmal als bedrohlich, peinlich oder schmerzhaft empfunden werden, setzt das Unbewusste des Patienten dem Aufdecken dieser Inhalte einen Widerstand entgegen, ein weiterer wichtiger Begriff in der Psychoanalyse. Der Therapeut geht zu Beginn der Behandlung mit dem Patienten ein so genanntes Arbeitsbündnis ein, d. h. der Patient stellt seinen Wunsch zur Gesundung, seine gesunden Persönlichkeitsanteile und seine Kooperationsbereitschaft mit dem Analytiker in den Dienst der gemeinsamen Aufgabe.

Überspitzt gesagt, wird das Verdrängte von Patient und Therapeut als „unbekannte Landschaft“ angesehen, die man mit vereinten Kräften gemeinsam entdeckt. Gerade die gemeinsame Beziehung wird aber durch unbewusste Konflikte immer wieder gefährdet, deshalb ist die Allianz zwischen Patient und Therapeut immer nur teilweise verlässlich und gleichzeitig ist diese Beziehung der Punkt, wo die Werkzeuge der Psychoanalyse wirksam angesetzt werden können und wo exemplarisch die ursprünglichen Konflikte aufgearbeitet werden können.

Das Übertragen alter Konflikte auf die therapeutische Beziehung nennt man, bezogen auf einzelne Störungen, auch die Übertragungsneurosen, d. h. die Lebensneurosen werden in der Behandlung zu Übertragungsneurosen. So können sich manchmal schon durch diesen Prozess Alltagsbefindlichkeiten verbessern, weil der Druck der Störung aus dem Alltag etwas herausgehalten werden kann und stattdessen seinen Raum in der Beziehung zum Therapeuten findet. Das Problem ist mit diesem ersten Schritt aber keinesfalls schon gelöst.

## **Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik**

Dieses Manual zur Diagnostik wurde als psychodynamische Ergänzung zu den bestehenden Diagnosesystemen dem DSM IV und dem ICD-10 eingeführt. Es umfasst die wichtigsten psychodynamisch-psychoanalytischen Variablen der psychoanalytischen Theorie, die eine genaue Einschätzung der Probleme des Patienten ermöglichen. So wird eine konzentriertere und besser planbare Psychotherapie möglich. Die Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik umfasst fünf Achsen, auf denen die individuellen Probleme des Patienten beschrieben werden können:

- **Achse I**

erfasst das Krankheitserleben und die Behandlungsvoraussetzungen.

- **Achse II**

erfasst die Beziehungsdiagnostik, wobei die Übertragung und Gegenübertragung zwischen Therapeut und Patient analysiert wird.

- **Achse III**

erfasst bewusste und unbewusste innere Konflikte des Patienten.

- **Achse IV**

erfasst das Strukturniveau, das heißt, die Ausprägung der Fähigkeit, Konflikte zu bewältigen.

- **Achse V**

erfasst psychische und psychosomatische Störungen in Bezug auf die etablierte deskriptiv-phänomenologische Diagnostik (ICD-10, DSM-IV).

## **Geschichte der Psychoanalyse**

### **Verfolgung und Anpassung im Nationalsozialismus**

Die Nationalsozialisten lehnten die Lehren der Freud'schen Schule scharf ab und führten gegen die psychoanalytischen Grundannahmen den Begriff „Adel der Seele“ ins Feld. Weil seine Lehren diesen Begriff in den Schmutz gezogen hätten, wurden Freuds Bücher am 10. Mai 1933 auf dem Berliner Opernplatz von nationalsozialistischen Studenten anlässlich der Kundgebung der Deutschen Studentenschaft „wider den undeutschen Geist“ öffentlich verbrannt (begleitet von dem „Feuerspruch“: *„Gegen seelenzerfasernde Überschätzung des Trieblebens, für den Adel der menschlichen Seele! Ich übergebe der Flamme die Schriften des Sigmund Freud.“*). Die am Berliner Psychoanalytischen Institut arbeitenden Analytiker waren zu einem großen Teil Juden und emigrierten. Die verbliebenen jüdischen Analytiker wurden 1935 aufgefordert ‚freiwillig‘ aus der Deutschen Psychoanalytischen Gesellschaft auszutreten. Die verbliebenen nichtjüdischen Analytiker schlossen sich 1936 dem Deutschen Institut für psychologische Forschung und Psychotherapie an.

## **Bedeutung und Wirksamkeit**

### **Bedeutung der Psychoanalyse**

Die Psychoanalyse als Therapie und klinische Theorie spielt an Universitäten hauptsächlich im Bereich der Psychotherapie, Psychosomatischen Medizin, der Psychiatrie, der Entwicklungspsychologie und in geringerem Ausmaß der Klinischen Psychologie eine Rolle. Rezipiert wird sie als Theorie und Methodik von Literaturwissenschaft, Soziologie, Philosophie, Pädagogik, Film- und Theaterwissenschaften, Kultur- und Sozialwissenschaften. Aus den interdisziplinären Verbindungen, die sie im Laufe ihrer Geschichte eingegangen ist, sind eine Reihe von fruchtbaren Kooperationen entstanden. So z. B. die Psychoanalytische Pädagogik, die Ethnopsychanalyse, die Neuropsychanalyse, die Psychohistorie und die Psychogeographie. Einige ihrer Termini wie z. B. Verdrängung, Fehlleistung, Unbewusstes, Trauma sind in die Alltagssprache eingegangen, werden aber nur selten in der korrekten Definition des Worts verwendet.

Als Psychotherapiemethode nimmt die Psychoanalyse in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung der Bevölkerung neben der Verhaltenstherapie eine wichtige Stellung ein. In einigen Ländern wie z. B. der Bundesrepublik Deutschland wird ein begrenztes Kontingent von der Krankenkasse finanziert, während in anderen Ländern wie z. B. Österreich Psychotherapie generell größtenteils privat finanziert werden muss. Unter psychoanalytischer Therapie wird häufig die hochfrequente und langandauernde Therapie im Couchsetting verstanden. Allerdings machen die klassischen Psychoanalysen nur einen verschwindend geringen Prozentsatz aller durchgeführten psychoanalytischen Therapien aus und in den meisten Fällen wird in einem niederfrequenten Setting mittlerer Dauer oder mit einer psychoanalytischen Kurzzeittherapie gearbeitet (Analytische Psychotherapie, Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, Fokaltherapie, Psychoanalytisch orientierte Psychotherapie).

Außerdem haben sich die Beratungsformen der Supervision aus der lehranalytischen Praxis entwickelt. Triggant Burrow und in seiner Nachfolge Wilfred Bion und S.H. Foulkes adaptierten Freuds Behandlungstechnik für das Gruppensetting und begründeten die Gruppenpsychoanalyse. Auch Ruth Cohn übertrug die analytische Arbeit auf

Gruppen und entwickelte die Themenzentrierte Interaktion. Abgesehen davon hat die psychoanalytische Theorie und Therapie einen Einfluss auf die Entwicklung vieler weiterer Psychotherapiemethoden ausgeübt. Darunter die Transaktionsanalyse, die Katathym-Imaginative Psychotherapie und die Existenzanalyse.

Darüber hinaus hatten Psychoanalytiker als Lehrmeister auch einen Einfluss auf Begründer von Psychotherapiemethoden, die sich stärker von der Psychoanalyse abgrenzen als die eben genannten. So wurde z. B. Carl Rogers, der Begründer der Klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie, stark vom Psychoanalytiker Otto Rank beeinflusst. Die wichtigsten Vertreter der kognitiven Verhaltenstherapie Aaron T. Beck und Albert Ellis waren selbst ebenfalls Psychoanalytiker. Einige Methoden, die heute in der Verhaltenstherapie zum Standardrepertoire gehören, wurden erstmals bereits von Psychoanalytikern der ersten Generation empfohlen. So hat Sigmund Freud (1919a) die Konfrontation mit dem phobischen Objekt bei Angstpatienten für unumgänglich gehalten und Wilhelm Stekel hat mit der Technik der Reizüberflutung experimentiert.

### **Wirksamkeit der Psychoanalyse als Psychotherapie**

Die Überprüfung der Wirksamkeit von psychoanalytischen Therapieverfahren innerhalb der Psychotherapieforschung wurde in einer großen Anzahl von Studien und Metastudien vorgenommen. Diese Studien kamen zu dem Ergebnis, dass psychodynamisch orientierte Formen der Kurzzeittherapie (Dauer max 30 Std., eine normale psychoanalytische Behandlung dauert 80–300 Std.) ähnlich wirksam sind wie eine Verhaltenstherapie <sup>[11]</sup>, obwohl sich die theoretischen Grundannahmen beider Formen diametral widersprechen. Darüber hinaus gibt es einige Metastudien und viele Einzelstudien, die sich beispielsweise auf einzelne Krankheitsbilder konzentrieren. Auch in diesen Einzelstudien konnte die Wirksamkeit dieser Form der psychoanalytischen Behandlung bestätigt werden.

Die oft zitierte Metastudie von Grawe et al. sieht die Psychoanalyse vor allem gegenüber der Kognitiven Verhaltenstherapie unterlegen. <sup>[12]</sup> Inzwischen wurde der Studie allerdings zahlreiche methodische Fehler und eine Benachteiligung insbesondere der Psychoanalyse nachgewiesen. <sup>[13]</sup>

Die psychoanalytische *Kurzzeittherapie* ist sehr gut überprüft. Hier existieren bislang mehrere Metastudien, die zu dem Schluss kommen, dass die sogenannte Psychodynamische Psychotherapie (eine moderne und kürzere Behandlungsform bis zu 300 Std.) bei vielen verschiedenen Störungen ebenso wirksam ist wie die andere Verfahren. Auch gibt es Hinweise darauf, dass längere psychodynamische Psychotherapien größere Effektstärken haben. Darüber hinaus zeigte sich, dass die Effekte sehr stabil sind, und sich nach Ende der Behandlung häufig noch verstärkten. <sup>[14] [15] [16] [17]</sup> Neben den erwähnten Metastudien wurden einige kontrollierte Studien durchgeführt, die ebenfalls die Wirksamkeit der Psychoanalytische Psychotherapie bei Persönlichkeitsstörungen untersuchen. Diese Studien kommen zu dem Ergebnis, dass diese Behandlungsmethode sehr große Effekte erzielt. In einer weiteren kontrollierten Studie von Peter Fonagy und Anthony W. Bateman zeigte sich die psychoanalytische Therapie einer psychiatrischen Standardbehandlung überlegen. <sup>[18] [19]</sup> Auch fünf Jahre nach Abschluss der Therapie konnten die Effekte noch nachgewiesen werden. <sup>[20]</sup> Katamnesestudien oder auch naturalistische Studien, die nicht dem Untersuchungs-Standard (Randomisierte, kontrollierte Studie (*RCT*), s. auch Evidenzbasierte Medizin) entsprechen, und deshalb häufig nicht so hoch gewertet werden, kommen zu dem Ergebnis sehr guter Wirkung und hoher Effektivität sowie lang anhaltender Effekte. Naturalistische Studien sind praxisnäher angelegt. Der Unterschied zu den *RCT*-Studien ist, dass keine Kontrollbedingung vorliegt und Studienteilnehmern Vergleichsbedingungen randomisiert zugeteilt werden. <sup>[14]</sup>

Die psychoanalytische *Langzeittherapie* ist nach heutigen Standards in der Therapieforschung nur schwer überprüfbar, da sich kontrollierte randomisierte Studien bei einer mehrere Jahre dauernden Untersuchung nur schwer umsetzen lassen. Es existieren lediglich eine Metastudie, welche die Effekte von Psychodynamischen Langzeittherapien, die über 50 Stunden und mindestens ein Jahr durchgeführt wurde. Hierbei zeigte sich, dass die Psychoanalyse eine effektive Behandlung, insbesondere für komplexe psychische Störungen ist. <sup>[21]</sup> Aber auch retrospektive, naturalistische und Katamnesestudien, zeigen, dass die Psychoanalyse große Effekte in der

Wirksamkeit erzielt, und sehr effektiv ist, was bspw. die Anzahl Arztbesuche und Krankenhaustage nach dem Ende der Behandlung betrifft. Darüber hinaus sind die Effekte langfristig nachweisbar und teilweise stärker als bei Kurzzeitpsychotherapie. <sup>[22]</sup> . Auch lassen sich, beispielsweise bei Depressionen, stabilere Effekte nachweisen als bei der kürzeren Psychoanalytischen Psychotherapie <sup>[14]</sup>

## Psychoanalyse künstlerischer und soziokultureller Phänomene

### Film und Psychoanalyse

Freud lehnte es selbst ab, an der Produktion eines Filmes über dieses Thema teilzunehmen. Für ihn war das Medium Film minderwertig in dem Sinne, dass es nur eine Simulation darstellt. Dennoch ist gerade die Verbindung zwischen Traum und Film offensichtlich. Psychoanalytiker wie auch Filmtheoretiker weisen darauf hin, dass es große Ähnlichkeiten zwischen dem Traumzustand und dem Zustand des Film-Schauens gibt. Diese manifestieren sich vor allem durch

- die Flüchtigkeit der Bilder
- den Dämmerzustand sowohl des Schlafens als auch im Kinosaal
- die assoziativen Verknüpfungen der Bilder bzw. Szenen
- die Rolle des Träumenden/Schauenden als Beobachter, der nicht eingreifen kann

Wenn man die Methoden der Psychoanalyse auf den Film anwenden will, so wird der Film gewissermaßen zum Klienten bzw. Patienten; es gilt also, die verschiedenen Ebenen der Bilder, die der Film zeigt, zu durchdringen. Dabei ist es wichtig, nicht den Drehbuchschreiber oder den Regisseur als zu analysierendes Objekt zu sehen, da man nicht davon ausgehen kann, dass die Filmbilder auch dessen Traumbildern entsprechen – egal, wie autobiographisch der Film ist. Vielmehr soll es darum gehen, die Wirkungsweise des Films auf den Zuschauer zu analysieren, die verwendeten Mittel wie Licht, Musik, Bewegung, Großaufnahmen etc. daraufhin zu untersuchen, was sie beim Publikum auslösen und inwiefern sie die Freud'schen Urphantasien erfüllen. Dabei spielen Vorgänge wie Identifikation und das unbewusste Verarbeiten ödipaler oder narzisstischer Strukturen eine große Rolle. Vor allem Linda Williams geht davon aus, dass Filme nur dann erfolgreich sind, wenn sie die Urphantasien ansprechen, da der Zuschauer dadurch den Film tatsächlich miterlebt und unbewusst auf sich selbst beziehen kann. Maßgeblich ist bei der psychoanalytischen Filmtheorie, dass scheinbar unwichtige oder nebensächliche Details eine weitaus größere Wirkung auf die Psyche des Zuschauers haben, als dieser bewusst erfassen kann. Wichtige Vertreter dieser Filmtheorie sind Mechthild Zeul, Christian Metz, Teresa de Lauretis und Mary Ann Douane. Gemeinhin stützt sich die psychoanalytische Filmtheorie auf die Theorien von Jacques Lacan, etwa sein Spiegelstadium.

### Ethnopsychanalyse

*Ethnopsychanalyse* ist ein spezieller Zweig der Psychologie und der Ethnologie, die beide Disziplinen berücksichtigt und ergänzt. Durch die Auseinandersetzung des Ethnopsychanalytikers mit zwei komplementären Disziplinen kann er sich in der Ausübung beider verbessern und tiefere Einblicke in verhaltenswissenschaftlich relevante Phänomene gewinnen. Im Mittelpunkt der Betrachtung steht dabei nicht das beobachtete Subjekt, sondern vielmehr die intersubjektiven Wechselwirkungen von Übertragung und Gegenübertragungsgeschehen in der ethnopsychanalytischen Feldforschung.



## Kritik

Die Psychoanalyse wird seit den ersten Schriften Freuds mit wissenschaftstheoretischer und gesellschaftlicher Kritik konfrontiert.

Über Jahrzehnte wurden homosexuelle Männer und Frauen von der psychoanalytischen Ausbildung ausgeschlossen. Dies beruhte auf der Annahme, Homosexualität alleine stelle schon eine behandlungsbedürftige psychische Störung dar. Jedoch sah Sigmund Freud selbst die Homosexualität gar nicht als Krankheit an.<sup>[23]</sup><sup>[24]</sup> Johannes Cremerius nannte (schon 1992) die Pathologisierung der Homosexualität und die Weigerung, Homosexuelle zur analytischen Ausbildung zuzulassen, als einen der wesentlichen Gründe für die Krise der Psychoanalyse.<sup>[25]</sup> Gegen den Widerstand vieler Psychoanalytiker strichen die Psychiater in den USA 1973 Homosexualität aus ihrem diagnostischen Handbuch. 1991 distanzierte sich die American Psychoanalytical Association von ihrer diskriminierenden Haltung. Seither können offen Schwule und Lesben in den USA Psychoanalytiker werden.<sup>[26]</sup> Dies steht im Einklang mit dem Ansatz der Gay Affirmative Psychotherapy.<sup>[27]</sup>

Aus den Kirchen wurde der Psychoanalyse vor allem die Rechtfertigung von Unzucht und Pansexualismus vorgeworfen; der Experimentalpsychologe A. Gemelli OFM, ehemals Rektor der Katholischen Universität in Mailand und Präsident der Päpstlichen Akademie der Wissenschaften, erklärte die Lehre Freuds in der Schrift „Psicoanalisi e Cattolismo“ (1950) für den Katholiken als unannehmbar.

Der österreichische Schriftsteller, Publizist und Herausgeber der *Fackel* Karl Kraus nannte die Psychoanalyse „nutzlos“ und bezeichnete sie als eine *Geisteskrankheit, für deren Therapie sie sich halte*.<sup>[28]</sup> Der Dramatiker Bert Brecht befand nach anfänglich außerordentlichem Interesse, die Praxis der Psychoanalyse erfülle vor allem die Funktion, den Angehörigen der herrschenden Klasse ihr *schlechtes Gewissen zu nehmen*.<sup>[29]</sup> Der Philosoph Ernst Bloch warf der Psychoanalyse in *Das Prinzip Hoffnung* vor, mit der Konzentration auf die Aufdeckung der Vergangenheit sei sie *rückwärtsgerichtet*, statt sich nach vorn zu richten.<sup>[30]</sup>

Häufig aber kommt die Kritik aus Reihen der Psychoanalyse selbst; sie wird nicht selten von prominenten Psychoanalytikern vorgetragen: Johannes Cremerius kritisierte beispielsweise viele strukturelle Aspekte der psychoanalytischen Ausbildung. Weitere berühmte Beispiele für diese „Dissidenten“ sind u.a. Carl Gustav Jung, Wilhelm Stekel, Sándor Ferenczi, Otto Rank<sup>[31]</sup> aber auch Alice Miller<sup>[32]</sup> und John Bowlby<sup>[33]</sup>, welche bestimmte orthodoxe Theorien innerhalb der Psychoanalyse kritisierten, und häufig aus den psychoanalytischen Gesellschaften austraten, da sie stark angefeindet wurden.

In der heutigen Theorie und Praxis der Psychoanalyse sind diese früher verworfenen Theorien teilweise wieder aktuell und dienen als eine Grundlage der Theoriebildung.

## Wissenschaftstheorie

Erkenntnistheoretische Kritik richtet sich sowohl gegen die methodischen Grundlagen als auch gegen die experimentelle Absicherung. Eine der frühen Kritiken stammt von Arthur Kronfeld.<sup>[34]</sup> Diese Kritik wurde in den folgenden Jahren immer wieder vorgetragen, etwa von Karl Jaspers.<sup>[35]</sup>

Karl Popper, der eine Zeit lang bei Alfred Adler in dessen Erziehungsberatungsstellen und Heimen gearbeitet hatte,<sup>[36]</sup> kritisierte die Theorien Sigmund Freuds als doppelt verschanzten Dogmatismus: „Freud selbst fand es sehr seltsam, daß seine Patienten Freudsche Träume hatten, während die von Adler Adlersche Träume hatten. Und er hat sich die Frage gestellt, ob man darin nicht eine Widerlegung seiner Theorie sehen müßte. Aber er hat einen Schluß gezogen, der die Frage verneint: der Patient versuche nur, sich seinem Psychoanalytiker angenehm zu machen, was ihn dazu bringe, passende Träume zu haben, da das Phänomen der Übertragung ins Spiel komme. So ist dann alles wieder in Ordnung ...“<sup>[37]</sup> Die Kritik Poppers, bei der Psychoanalyse handele es sich um eine Pseudowissenschaft, wurde immer wieder geäußert, z.B. vom Wissenschaftstheoretiker Anthony A. Derksen.<sup>[38]</sup>

Der Wissenschaftshistoriker Thomas Samuel Kuhn kritisierte, auf einer anderen methodischen Grundlage als Popper stehend, die Psychoanalyse als unwissenschaftlich und betrachtete die Grundlagen psychoanalytischer

Erkenntnisgewinnung als zweifelhaft. Diese Kritik wurde insbesondere von Adolf Grünbaum wiederholt<sup>[39]</sup>. So bekräftigte Grünbaum in einer psychoanalytischen Fachzeitschrift im Jahre 2000 seine Kritik an der Freud'schen Psychoanalyse.<sup>[40]</sup> Ausdrücklich bezog er die Kritik aber auch auf die postfreudianische Psychoanalyse. Er zitierte den Psychoanalytiker Morris Eagle<sup>[41]</sup> zustimmend mit den Worten: „Die unterschiedlichen Formen der sog. zeitgenössischen Psychoanalyse ... stehen auf keinem gesicherteren epistemologischen Fundament als die wichtigsten Lehren und Behauptungen der Freud'schen Theorie. ... Es existiert kein Beweis, dass die gegenwärtigen psychoanalytischen Theorien die mit der Freudschen Theorie verbundenen epistemologischen und methodologischen Schwierigkeiten überwunden haben.“ Grünbaum ging davon aus, dass Popper die Problematik zu undifferenziert betrachtet hatte, und vertrat den Standpunkt, dass einige Behauptungen von Freud über die Psychoanalyse, insbesondere die so genannte „Necessary Condition Thesis“, durch klinische Befunde falsifiziert worden seien. Er stufte sie als schlechte Wissenschaft ein.<sup>[42]</sup> Grünbaum kritisierte außerdem, dass die Erkenntnisgewinnung in der Psychoanalyse problematisch sei, da es in der Behandlungssituation zu Kontaminationen (also Verfälschungen der Beobachtung durch Suggestion) komme und somit auch zu einer Verfälschung der Theorie.

### **Psychologische Kritik**

Behavioristische Wissenschaftler wie Hans Jürgen Eysenck gehen weniger von der Nichtexistenz mentaler Prozesse als von deren Unerkennbarkeit (Black Box) aus und werfen der Psychoanalyse vor, sie behindere mit ihren zum Teil mehrjährigen Langzeittherapien eher die Spontanheilung psychischer Erkrankungen, als dass sie zur Heilung beitrüge.<sup>[43]</sup> Später revidierte Eysenck diese Ansicht mit dem Hinweis, dass der Nachweis der Wirksamkeit seinerzeit noch nicht erbracht worden sei.<sup>[44]</sup>

Der Bindungsforscher Klaus E. Grossmann fasst seine Kritik an der Theoriebildung der klassischen Psychoanalyse folgendermaßen zusammen: „Mythologische Einschläge wie Elektra, Ödipus und fragwürdige Metaphern wie Autismus, Symbiose, Introjekt [...] usw. zeugen von vielen spekulativen Neigungen mit dem Drang nach einer ideologischen Verfestigung und ohne jegliches aus Neugier, Skepsis und wissenschaftlicher Notwendigkeit genährtes Bedürfnis nach empirischer Überprüfung.“<sup>[45]</sup>

### **Tiefenpsychologische Schulen**

Weitere Kritik stammt aus anderen tiefenpsychologischen Schulen. So kritisiert die Analytische Psychologie nach Carl Gustav Jung die Libidotheorie der Psychoanalyse sowie viele spezielle Annahmen und Methoden der Psychoanalyse.

### **Klientenzentrierte Psychotherapie**

Carl Rogers und die Klientenzentrierte Psychotherapie kritisierten vor allem, dass durch die Methode der Deutung die „Selbstverwirklichung“ des Individuums behindert werde.

### **Fehlentwicklungen und Skandale**

In der Geschichte der Psychoanalyse gibt es eine Reihe dokumentierter Übergriffe, Missbräuche und Grenzüberschreitungen gegenüber Patienten. Einige Autoren sprechen sogar von einer chronique scandaleuse<sup>[46]</sup>. So hatte Carl Gustav Jung ein sexuelles Verhältnis zu mehreren Patientinnen, gut dokumentiert ist vor allem seine Beziehung zu Sabina Spielrein.<sup>[47]</sup> Eine aktuelle Studie zu sexuellen Übergriffen in Psychotherapie und Psychiatrie kommt allerdings zu dem Ergebnis, dass es sich um kein spezielles Problem der Psychoanalyse handelt, sondern die Missbrauchsfälle vielmehr weitgehend über alle Therapierichtungen gleichverteilt sind.<sup>[48]</sup>

## Literatur

### Sigmund Freud

- Freud, S. (1905). Bruchstück einer Hysterie – Analyse. Studienausgabe Bd. VI
- Freud, S. (1905). Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie. Studienausgabe Bd. 5. Fischer Taschenbuch Verlag. Frankfurt am Main 1982
- Freud, S. (1909). Analyse der Phobie eines fünfjährigen Knaben („Der kleine Hans“). Studienausgabe Bd. VIII Stuttgart (Schattauer)
- Freud, S. (1912). Totem und Tabu. Studienausgabe Bd. 9. Fischer Taschenbuch Verlag. Frankfurt am Main 1982.
- Freud, S. (1913). Zur Einleitung der Behandlung (weitere Ratschläge zur Technik der Psychoanalyse I)
- Freud, S. (1914). Erinnern, Wiederholen und Durcharbeiten (weitere Ratschläge zur Technik der Psychoanalyse II)
- Freud, S. (1915). Triebe und Tribschicksale. Studienausgabe Bd. 3. Fischer Taschenbuch Verlag. Frankfurt am Main 1982.
- Freud, S. (1923). Das Ich und das Es. Studienausgabe Bd. 3. Fischer Taschenbuch Verlag. Frankfurt am Main 1982.
- Freud, S. (1930). Das Unbehagen in der Kultur. Studienausgabe Bd. 9. Fischer Taschenbuch Verlag. Frankfurt am Main 1982.
- Freud, S. (1933). Neue Folge der Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse. Studienausgabe Bd. 1. Fischer Taschenbuch Verlag. Frankfurt am Main 1982.

### Einführende Literatur

- Wolfgang Mertens: *Psychoanalyse. Geschichte und Methoden*. C. H. Beck, München 2004, ISBN 3-406-41861-9.
- Helmut Thomä, Horst Kächele: *Psychoanalytische Therapie*. Springer Med., Heidelberg 2006, ISBN 3-540-29752-9.
- Siegfried Elhardt: *Tiefenpsychologie. Eine Einführung*. Kohlhammer, Stuttgart/Berlin/Köln/Mainz 2006 (16. Auflage), ISBN 3-17-016988-2

### Handbuch

- Wolfgang Mertens / Bruno Waldvogel (Hg.): *Handbuch psychoanalytischer Grundbegriffe*. Stuttgart: Kohlhammer, 3. überarbeitete und erweiterte Ausgabe, 2008

### Lexika

- Jean Laplanche, Jean-Bertrand Pontalis: *Das Vokabular der Psychoanalyse*. Übersetzt von Emma Moersch. Suhrkamp, Frankfurt am Main 1972, zahlreiche unveränderte Auflagen, ISBN 3-518-07607-8. (Freud-Lexikon mit detaillierter Darstellung der Entwicklung der einzelnen Begriffe und mit Seitenverweisen auf die *Gesammelten Werke* und die *Standard Edition*; zuerst auf französisch Paris 1967)
- Wolfgang Mertens, Bruno Waldvogel (Hg.): *Handbuch psychoanalytischer Grundbegriffe*. Stuttgart: Kohlhammer, 3. überarbeitete und erweiterte Ausgabe, 2008
- Alain de Mijolla (Hg.): *Dictionnaire international de la psychanalyse*. 2 Bde. Calmann-Lévy, Paris 2002, ISBN 2-7021-2530-1 (erweiterte englische Übersetzung: *International dictionary of psychoanalysis*. 3 Bde. Thomson/Gale, Detroit 2005, ISBN 0-02-865924-4; die englische Übersetzung im Internet unter <http://www.enotes.com/psychoanalysis-encyclopedia>)
- Humberto Nagera (Hg.): *Psychoanalytische Grundbegriffe. Eine Einführung in Sigmund Freuds Terminologie und Theoriebildung*. Fischer Taschenbuch-Verlag, Frankfurt am Main 1977 (zuerst englisch 1969 und 1970), ISBN 3-596-42288-4
- Elisabeth Roudinesco, Michel Plon: *Dictionnaire de la psychanalyse*. Fayard, Paris 1997 (Übersetzung: *Wörterbuch der Psychoanalyse. Namen, Länder, Werke, Begriffe*. Springer, Heidelberg, New York 2004, ISBN 3-211-83748-5)

- Ross M. Skelton: *The Edinburgh international encyclopaedia of psychoanalysis*. Edinburgh University Press, Edinburgh 2006, ISBN

0-7486-1265-3

#### Weitere Literatur

- S. Drews, K. Brecht: *Psychoanalytische Ich-Psychologie*. Suhrkamp Taschenbuch Wissenschaft, 1982 (1. Auflage 1975).
- H. F. Ellenberger: *Die Entdeckung des Unbewußten*. 2 Bde. Huber, Bern 1973.
- P. Fonagy: *Bindungstheorie und Psychoanalyse*. Klett-Cotta, Stuttgart 2003.
- Hoffmann, Hochapfel: *Neurotische Störungen und Psychosomatische Medizin*. Schattauer, 2004.
- K. Kaplan-Solms, M. Solms: *Neuropsychanalyse. Eine Einführung mit Fallstudien*. Klett-Cotta, Stuttgart 2003, ISBN 3-608-95989-0.
- Otto F. Kernberg: *Objekt-Beziehungen und die Praxis der Psychoanalyse*. Klett-Cotta, Stuttgart 1981.
- Melanie Klein: *Das Seelenleben des Kleinkindes und andere Beiträge zur Psychoanalyse*. Rowohlt Taschenbuch, Reinbek bei Hamburg 1972.
- H. Kohut: *Die Heilung des Selbst*. Suhrkamp Taschenbuch, Frankfurt a. M. 1979.
- P. Kutter: *Moderne Psychoanalyse*. Verlag Internationale Psychoanalyse, München 1988.
- Margaret Mahler: *Studien über die ersten drei Lebensjahre*. Klett-Cotta, Stuttgart 1985.
- D. N. Stern: *Die Lebenserfahrung des Säuglings*. Klett-Cotta, Stuttgart 1992.
- D. W. Winnicott: *Reifungsprozesse und fördernde Umwelt*. Fischer Taschenbuch, Frankfurt a. M. 1974. Neuauflage: Psychosozial-Verlag, Gießen 2002, ISBN 3-89806-091-8.
- Eli Zaretsky: *Freuds Jahrhundert. Die Geschichte der Psychoanalyse*. Zsolnay Verlag, Wien 2006.
- Mechthild Zeul: *Bilder des Unbewussten. Zur Geschichte der psychoanalytischen Filmtheorie*. In: *Psyche* 11. 48. Jahrgang, Klett-Cotta, Stuttgart November 1994, S. 975–1003.
- Brigitte Verlic, Adam Budak, Peter Pakesch (Hg.): *Zeichen der Psyche. Psychoanalyse und Kunst*. Wien: Turia + Kant 2009. ISBN 978-3-85132-509-6
- Danis, Johanna J.: *Der Diskurs der Psychoanalyse*. In: Bruch-Teile, München 2006.
- K.-J. Bruder & A. Bruder-Bezzel (Hg.) (2006): *Individualpsychologische Psychoanalyse*. Frankfurt/New York: Peter Lang
- Antonello Sciacchitano. *Unendliche Subversion. Die wissenschaftlichen Ursprünge der Psychoanalyse und die psychoanalytischen Widerstände gegen die Wissenschaft*. Wien: Turia + Kant, 2009 ISBN 978-3-85132-508-9.

#### Kritische Literatur

- Karl Jaspers: *Zur Kritik der Psychoanalyse*. Nervenarzt, 1950
- Dührssen, Annemarie: *Ein Jahrhundert Psychoanalytische Bewegung in Deutschland. Die Psychotherapie unter dem Einfluss Freuds*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 1994.
- Hans Jürgen Eysenck: *Sigmund Freud: Niedergang und Ende der Psychoanalyse*. List Verlag, München 1985, ISBN 3-471-77418-1 (orig.: *The Decline and Fall of the Freudian Empire*. 1985).
- Adolf Grünbaum (Hrsg.): *Kritische Betrachtungen zur Psychoanalyse. Adolf Grünbaums „Grundlagen“ in der Diskussion*. Springer, Berlin 1991.
- Adolf Grünbaum: *Die Grundlagen der Psychoanalyse. Eine philosophische Kritik*, Reclam, Stuttgart 1988 (Original 1984: *The Foundations of Psychoanalysis. A Philosophical Critique*.)
- Alice Miller: *Das Drama des begabten Kindes und die Suche nach dem wahren Selbst*. Suhrkamp, Frankfurt am Main 1983

## Weblinks

### Institutionen und Organisationen

- Internationale Psychoanalytische Vereinigung <sup>[49]</sup>
- Europäische Psychoanalytische Föderation <sup>[50]</sup>
- Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie <sup>[51]</sup>
- Deutsche Psychoanalytische Vereinigung <sup>[52]</sup>
- Deutsche Psychoanalytische Gesellschaft <sup>[53]</sup>
- Vereinigung Analytischer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in Deutschland e. V. <sup>[54]</sup>
- Schweizerische Gesellschaft für Psychoanalyse (SGPsa) <sup>[55]</sup>

### Verzeichnisse

- Psychoanalytikerinnen in Europa. Biografisches Lexikon <sup>[56]</sup>
- PSY-LOG Web directory of psychoanalysis <sup>[57]</sup>

### Texte zur Psychoanalyse

- teachSam Psychologie, Allgemeine Theorie der Persönlichkeit von Sigmund Freud <sup>[58]</sup>
- Zur relationalen Psychoanalyse <sup>[59]</sup>
- Einführung in Freuds Psychoanalyse, von Dr. Arthur Brühlmeier <sup>[60]</sup>

### Kritik

- Internationales Netzwerk der Freud-Kritiker <sup>[61]</sup>
- Adolf Grünbaum: *A century of psychoanalysis* <sup>[62]</sup>: critical retrospect and prospect, in: International Forum of Psychoanalysis 10 (2001), 105-112.
- Albert Ellis: *Is Psychoanalysis harmful?* <sup>[63]</sup>, zuvor in: Psychiatric Opinion 5/1 (1968), S. 16-25, überarbeitet 2002.

## Einzelnachweise

- [1] Roudinesco, Elisabeth und Michel Plon, *Wörterbuch der Psychoanalyse*, Springer Wien, 2004, S. 1075–1076, ISBN 3-211-83748-5 Titel der Originalausgabe: *Dictionnaire de la Psychanalyse*, 1997
- [2] So lautet denn auch der deutsche Titel von Jeffrey Massons kritischer Studie zu dieser „Kehre“ (in Anlehnung an Goethes Wilhelm Meister): „Was hat man dir, du armes Kind getan?“. Masson gehört neben Alice Miller zu den prominentesten neueren Renegaten der Psychoanalyse, deren Abkehr durch die traumaverleugnenden Implikationen der triebtheoretischen Lehre begründet ist.
- [3] Die Verkehrung der Täter- und Opferposition durch die Triebtheorie induziert ein moralisches Empörungspotential, dass ebenso in Freuds hier antithetisch fortschreitender theoretischer Entwicklung angelegt, wie von ihm *so* nicht intendiert ist; Freud denkt *weniger* in moralischen Kategorien von Schuld und Unschuld, als vielmehr *aitiologisch*: Er ist stets auf der (allerdings äußerst ehrgeizigen) Suche nach der ersten, einheitlichen Ursache einer psychopathologischen Erscheinung. Die Sexualität ist hierbei die alles begründende Konstante seines Denkens, sei es im Rahmen der sogenannten „Verführungstheorie“ als vorzeitige Sexualisierung des (unschuldigen) Kindes, sei es als „Ödipuskomplex“ oder im Rahmen seiner frühen Überlegungen zu den „Aktualneurosen“ als permanent frustrierte, aktuelle Erwachsenen-Sexualität, der eine regelrechte Befriedung – mit *toxischen* Folgen – versagt bleibt. Vgl. hierzu die wissenschaftshistorische Rekonstruktion der Entwicklung der Freud'schen Theorie von F. J. Sulloway: *Freud. Biologe der Seele. Jenseits der psychoanalytischen Legende*, Köln-Lövenich 1982, sowie: Bernd Nitzschke: *Die Debatte des sexuellen Mißbrauchs in Sigmund Freuds Vortrag „Zur Aitiologie der Hysterie“ (1896) – und der Mißbrauch dieser Debatte hundert Jahre später*. In: Herta Richter Appelt (Hg.): *Verführung und Trauma (1896–1996)*, Gießen 1997, S. 25–38
- [4] Ganz neu ist diese Erkenntnis jedoch nicht: Schon Freud beobachtete, dass kleine Kinder, welche für ihre Unreinlichkeit gescholten werden, diese demütigende Erfahrung kompensatorisch an ihren Puppen, jüngeren Geschwistern und wehrlosen Kleintieren abreagieren, sie abwechselnd schlagen und lieben.
- [5] Sigmund Freud: *Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie, II. Die Infantile Sexualität*. Studienausgabe, Band V, Fischer Verlag, Sonderausgabe, Frankfurt 2000, S. 105, ISBN 3-596-50360-4, (Vgl. hierzu die 1924 hinzugefügte Fußnote)
- [6] Jean Laplanche und J. B. Pontalis: *Das Vokabular der Psychoanalyse*. Suhrkamp, Frankfurt am Main, 1972, Art. „Genitale Stufe“, S. 167 und Art. „Phallische Stufe“, S. 383, ISBN 3-518-27607-7
- [7] W. Mertens (3. Aufl. 2000): „Einführung in die psychoanalytische Therapie“. Band 1. Stuttgart: Kohlhammer
- [8] M. Dornes (1993): „Der kompetente Säugling“. Die präverbale Entwicklung des Menschen. Frankfurt a. M., Fischer
- [9] www.neuro-psa.org.uk/download/nzz.pdf Wo Psychoanalyse und Hirnforschung sich einig sind.

- [10] Freud, S. (1933): Neue Folge der Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse. Studienausgabe Bd. 1, 5. Aufl. Frankfurt a.M. 1974, S. 516.
- [11] Leichsenring, F. (2001): Comparative effects of short-term psychodynamic psychotherapy and cognitive-behavioral therapy. A meta-analytic approach. *Clinical Psychology Review* 21. 401–419
- [12] Psychotherapie im Wandel – von der Konfession zur Profession – 1. Aufl.: Grawe, Klaus; Donati, Ruth; Bernauer, Friederike, Verlag für Psychologie, 1994
- [13] Heckrath, C., Dohmen, P. (1998). History repeats itself auch in der Psychotherapieforschung? In Tschuschke u. a. (Hrsg.), *Zwischen Konfusion und Makulatur. Zum Wert der Berner Psychotherapie-Studie von Grawe, Bernauer und Donati*, (S. 25–39). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- [14] Falk Leichsenring: Wirkungsnachweise psychoanalytischer und tiefenpsychologisch fundierter Therapie, in: Gerald Poscheschnik (Hg.) (2005): *Empirische Forschung in der Psychoanalyse, Grundlagen – Anwendungen – Ergebnisse*. Gießen
- [15] Leichsenring, F., Leibing, E.: The effectiveness of psychodynamic psychotherapy and cognitive-behavioral therapy in personality disorders: A meta-analysis. *American Journal of Psychiatry* 160, 1223–1232, 2003; zudem: Leichsenring et.al. 2005
- [16] Sandell, R. (1997). Langzeitwirkung von Psychotherapie und Psychoanalyse. In: Leuzinger-Bohleber, Stuhr (eds.): *Psychoanalysen im Rückblick: Methoden, Ergebnisse und Perspektiven der neuen Katamneseforschung*, Psychosozial-Verlag, Gießen, 348 - 365
- [17] Jonathan Shedler (2010): The Efficacy of Psychodynamic Psychotherapy. *American Psychologist* 98-109
- [18] Bateman, A & Fonagy, P (1999): The effectiveness of partial hospitaliation in the treatment of borderline personality disorder: a randomized controlled trial. *Am. Jour. Psychiatry* 156, 1561–1569
- [19] Bateman, A & Fonagy, P (2001): Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalization: an 18-month follow-up. *Am. Jour. Psychiatry* 158, 36-42
- [20] Bateman A, & Fonagy P. (2008): 8-year follow-up of patients treated for borderline personality disorder: mentalization-based treatment versus treatment as usual. *Am J Psychiatry*. 165(5):631-8
- [21] Falk Leichsenring, Sven Rabung: Effectiveness of Long-term Psychodynamic Psychotherapy. A Meta-analysis. *JAMA* 2008;300(13):1551-1565.
- [22] Leichsenring und Rabung. Effectiveness of Long-term Psychodynamic Psychotherapy: A Meta-analysis. *JAMA* (2008) 300 (13) S. 1551–1565
- [23] Wolfgang Hegener: „Wie bedroht ist die Psychoanalyse durch ihre eigene Institution? Anmerkung zur Problematik Psychoanalytischer und Tiefenpsychologischer Ausbildungen. Vortrag, gehalten zur Eröffnung des tiefenpsychologischen Schwerpunktes der Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten in der Berliner Akademie für Psychotherapie am 29. Januar 2000
- [24] Rauchfleisch, U. (1996): *Schwule, Lesben, Bisexuelle. Lebensweisen, Vorurteile, Einsichten*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht
- [25] Johannes Cremerius: *Die Zukunft der Psychoanalyse*, in: Kuster: *Entfernte Wahrheit. Von der Endlichkeit der Psychoanalyse*. Tübingen 1992, hier zitiert nach August Ruhs
- [26] Vgl. *Journal of gay & lesbian psychotherapy* 6, 2002, Number 1.
- [27] Vgl. die deutschsprachige Website: *Les Etats Généraux de la Psychanalyse. Psychoanalysis on the brink of a new Millennium. Generalstände der Psychoanalyse*.
- [28] Karl Kraus Schriften Bd. 8, S. 351, *Aphorismen, Sprüche und Widersprüche pro domo et mundo, Nachts* Frankfurt am Main Suhrkamp, 1986
- [29] Vgl. hierzu: Thomas Anz: *Bertolt Brecht und die Psychoanalyse. Rückblicke aus Anlass des Brecht- und des Freud-Jahres 2006* (siehe Weblinks)
- [30] Ernst Bloch: *Das Prinzip Hoffnung*, Bd.1, S.11
- [31] A Dührssen - (1994): *Ein Jahrhundert psychoanalytische Bewegung in Deutschland*. Göttingen,Zürich: Vandenhoeck und Ruprecht.
- [32] A Miller (1979): *Das Drama des begabten Kindes und die Suche nach dem wahren Selbst*. Frankfurt a.M. Suhrkamp
- [33] S. A. Mitchell (2003): *Bindung und Beziehung*. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- [34] Arthur Kronfeld: „Über die psychologischen Theorien Freuds und verwandte Anschauungen“, 1912
- [35] Karl Jaspers: „Zur Kritik der Psychoanalyse“, 1950
- [36] *Wiener Zeitung* - Sir Karl Popper (<http://www.wienerzeitung.at/linkmap/personen/popper.htm>)
- [37] Karl Popper: *Die Wege der Wahrheit* (<http://www.astro.uni-bonn.de/~willerd/popper.html>). *Aufklärung und Kritik* (2/1994), S. 38 ff.
- [38] Athony A. Derksen: The seven sins of pseudo-science. *Journal for General Philosophy of Science* 24:1 (März 1993).
- [39] *Die Grundlagen der Psychoanalyse: eine philosophische Kritik*, 1984
- [40] Ein Jahrhundert Psychoanalyse – Ein kritischer Rückblick – ein kritischer Ausblick. *Forum der Psychoanalyse* 16:4 (Dezember 2000)
- [41] ders. The dynamics of theory change in psychoanalysis, in: Earman et. al. *Philosophical problems of the internal and external worlds*, 1993, S. 404
- [42] Grünbaum, Validation in the Clinical Theory of Psychoanalysis. A Study in the Philosophy of Psychoanalysis, *Psychological Issues*, 61; Madison, 1993, s. dazu etwa <http://www.priory.com/ital/9grunb-i.htm> und Psychoanalysis: Is it Science? (<http://www.personalityresearch.org/psychoanalysis.html>), John Forrester: Essay Reviews – The Foundations of Psychoanalysis: A Philosophical Critique by Adolf Grunbaum ([http://links.jstor.org/sici?sici=0021-1753\(198612\)77:4<670:H>2.0.CO;2-4](http://links.jstor.org/sici?sici=0021-1753(198612)77:4<670:H>2.0.CO;2-4)) *Isis* 77:4 (Dezember 1986), S. 670–674
- [43] Eysenck, H.J. (1952). The effects of psychotherapy: An evaluation. *J Couns Psychol* 16: 319–324
- [44] Eysenck, H.J. (1993). Grawe and the effectiveness of psychotherapy: some comments. *Psychol. Rundschau* 44: 177–180.

- [45] Grossmann K. (1989): „Die Bindungstheorie: Modell und entwicklungspsychologische Forschung“. In: Keller H: (Hrsg): „Handbuch der Kleinkindforschung“. Berlin, Heidelberg, New York, Tokyo: Springer. S. 31–55
- [46] Krutzenbichler, H. S. & Essers, H.: Muss denn Liebe Sünde sein? Über das Begehren des Analytikers. Freiburg: Kore, 1991
- [47] Carotenuto, A.: Tagebuch einer heimlichen Symmetrie. Freiburg: Kore, 1996.
- [48] Becker-Fischer, M. & Fischer, G. (2008). Sexuelle Übergriffe in Psychotherapie und Psychiatrie (3., neubearb., erweiterte und aktualisierte Aufl.). Kröning: Asanger.
- [49] <http://www.ipa.org.uk/>
- [50] <http://www.epf-eu.org/Public/>
- [51] <http://www.dgpt.de/>
- [52] <http://www.dpv-psa.de/>
- [53] <http://www.dpg-psa.de/>
- [54] <http://www.vakjp.de/>
- [55] <http://www.psychanalyse.ch/>
- [56] <http://www.psychanalytikerinnen.de/>
- [57] <http://www.psy-log.com/psychoanalysis/psychoanalysis.asp>
- [58] [http://www.teachsam.de/psy/psy\\_pers/psy\\_pers\\_freud/psy\\_pers\\_freud\\_0.htm](http://www.teachsam.de/psy/psy_pers/psy_pers_freud/psy_pers_freud_0.htm)
- [59] <http://www.psychotherapie.org/fachtext/Relat-PA.htm>
- [60] <http://www.bruehlmeier.info/freud.htm>
- [61] [http://www.psychiatrie-und-ethik.de/infoc/1\\_gesamt\\_de.html](http://www.psychiatrie-und-ethik.de/infoc/1_gesamt_de.html)
- [62] <http://www.psychiatryonline.it/ital/9grunb-i.htm>
- [63] <http://www.sagepub.com/personalitytheoriesstudy/05/resources2.htm>

## Entspannungsverfahren

---

**Entspannungsverfahren** (synonym: Entspannungstechniken, Entspannungsmethoden) sind übende Verfahren zur Verringerung körperlicher und geistiger Anspannung oder Erregung. Körperliche Entspannung und das Erleben von Gelassenheit, Zufriedenheit und Wohlbefinden sind eng miteinander verbunden. Entspannungsverfahren werden als Behandlungsverfahren in der Psychotherapie und allgemein zur Psychohygiene genutzt.

Für die Übung der Entspannungsverfahren gibt es ritualisierte Settings, in denen eine bestimmte Zeitdauer der Übung mit festgelegten Übungsphasen, eine bestimmte körperliche Haltung, zumeist Sitzen oder Liegen, und die Konzentration auf bestimmte Vorstellungen oder Empfindungen vorgegeben werden.

### Grundlagen

Ziel aller Entspannungsverfahren ist die Entspannungsreaktion, die sich auf neuronaler Ebene in einer Aktivierung des Parasympathikus und einer Schwächung des Sympathikus äußert. Auf der körperlichen Ebene wird der Muskeltonus verringert, die Reflextätigkeit vermindert, die peripheren Gefäße erweitert, die Herzfrequenz verlangsamt, der arterielle Blutdruck gesenkt, der Sauerstoffverbrauch reduziert, die Hautleitfähigkeit verringert und zentralnervös die hirnelektrischen und neurovaskulären Aktivität verändert. Auf der psychologischen Ebene wird in der Entspannungsreaktion Gelassenheit, Zufriedenheit und Wohlbefinden erlebt und die Konzentrationsfähigkeit und Differenzierungsfähigkeit der körperlichen Wahrnehmung ist verbessert.

Alle Entspannungsverfahren zielen durch häufiges Wiederholen der Entspannungsreaktion auf eine Bahnung und Stabilisierung derselben im Zentralnervensystem ab. Je länger ein Entspannungsverfahren geübt ist, also je öfter und stärker die Entspannungsreaktion wiederholt wurde, desto schneller und leichter kann sie auf Grund von Konditionierungsprozessen im Alltag aktiviert werden. Eine kurze Selbstinstruktion oder eine kleine bewusste körperliche Veränderung können dann, selbst in Stresssituationen, schnell beruhigend wirken.

Die Entspannungsreaktion steht im Gegensatz zur Stressreaktion. Beide Reaktionen unterliegen psychophysiologischen Prozessen in der Wechselwirkung zwischen psychischen Vorgängen und körperlichen Funktionen. Manche Entspannungsverfahren, wie zum Beispiel die progressive Muskelentspannung, nutzen stärker die Möglichkeit durch Veränderung körperlicher Funktionen auf psychische Vorgänge Einfluss zu nehmen, während

andere Entspannungsverfahren, wie zum Beispiel das autogene Training, stärker die Möglichkeit nutzen, durch Veränderungen psychischer Vorgänge die körperlichen Funktionen zu beeinflussen. In beiden Vorgehensweisen kann sich der Übende über die Zusammenhänge zwischen seinen körperlichen Empfindungen und seinen Bewusstseinszuständen bewusster werden.

In der Übung eines Entspannungsverfahrens lernt der Übende seine Gedanken und seinen Körper bewusst zu beeinflussen. Eine in dieser Weise bewirkte Steigerung des Wohlbefindens und Linderung oder bessere Bewältigung von Beschwerden stärkt das Erleben von Selbstwirksamkeit, Selbstkontrolle und Selbstkompetenz.

## Übersicht Entspannungsverfahren

### Autogenes Training und Progressive Muskelentspannung

Das Autogene Training und die Progressive Muskelentspannung sind die beiden klinisch bedeutsamsten Entspannungsverfahren. Allein diese Verfahren wurden speziell zur Übung der Entspannungsreaktion entwickelt, während die meisten Methoden, die auch als Entspannungsverfahren angewendet werden, andere primäre Zielsetzungen haben. Beide Methoden sind relativ leicht zu erlernen. Eine fachkundige Anleitung wird empfohlen, aber es werden auch Bücher und Audio-CDs zum Selbststudium angeboten.

#### Autogenes Training

Das Autogene Training ist ein von Johannes Heinrich Schultz in den 30er Jahren des 20. Jahrhunderts entwickeltes autosuggestives Entspannungsverfahren. Der Übende konzentriert sich auf kurze formelhafte Vorstellungen, die einige Zeit langsam wiederholt werden, wie zum Beispiel „Die Arme und Beine sind schwer.“ oder „Die Atmung geht ruhig und gleichmäßig.“

#### Progressive Muskelentspannung

Edmund Jacobson entwickelte die Progressive Muskelentspannung (Progressive Muskelrelaxation) ungefähr in der gleichen Zeit, in der Schultz das Autogene Training entwickelt hatte. Bei diesem Entspannungsverfahren spannt der Übende einzelne Muskelgruppen an und lässt sie wieder los. Wesentliches Element der Übung ist die Achtsamkeit des Übenden für die empfundenen Unterschiede zwischen Anspannung und Entspannung.

### Meditative Verfahren

Vielfältige Meditationsmethoden und Yoga sind fernöstliche Praktiken mit spirituellem Hintergrund, die im Westen häufig säkularisiert auf Grund ihrer entspannenden Wirkung praktiziert und auch in die klinische Praxis integriert werden. Der Meditation und dem Yoga werden neben der Entspannungsreaktion weitergehende positive Wirkungen zugeschrieben.

#### Meditation

Im klinischen Bereich wird vor allem die Achtsamkeitsmeditation angewendet, wie sie im Zen und im Vipassana praktiziert wird, und von Jon Kabat-Zinn in den 70er Jahren des 20. Jahrhunderts im Rahmen der Achtsamkeitsbasierten Stressreduktion als Entspannungsverfahren in der Verhaltenstherapie eingeführt wurde.



## **Yoga**

In der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts entstand ein säkularisiertes Yoga, das vor allem wegen seiner positiven Effekte, sowohl auf die physische als auch auf die psychische Gesundheit, praktiziert wird. In Achtsamkeit praktizierte Körperstellungen (Asanas) und Atemübungen (Pranayama) bewirken eine Entspannungsreaktion.

## **Hypnose**

Mit Hypnose können Trancen mit tiefen Entspannungszuständen induziert werden. Das Verfahren kann eigenständig nur als Selbsthypnose durchgeführt werden, bei der die erreichbaren Entspannungszustände weniger tief als in der Hypnose sind. Das autogene Training ist eine standardisierte Form der Selbsthypnose.

## **Imaginative Verfahren**

Fantasiereisen, Imaginationen oder Visualisierungen dienen, wenn sie als Entspannungsmethoden genutzt werden, der Vertiefung der Entspannung und sind oft Teil anderer Entspannungsverfahren wie in der Oberstufe des Autogenen Trainings oder in einigen Formen der Meditation.

## **Biofeedback**

Seit den 70er Jahren des 20. Jahrhunderts werden Biofeedback-Verfahren entwickelt und erforscht. Bei dieser Methode werden dem Übenden biologische Körperfunktionen, die normalerweise nicht wahrgenommen werden können, wie zum Beispiel Puls, Hautleitwert oder Hirnströme mittels elektronischer Hilfsmittel akustisch oder visuell zurückgemeldet und damit bewusst gemacht. Der Übende lernt, autonome Körperfunktionen willentlich und objektiv messbar zu beeinflussen. Biofeedback-Methoden können als eigenständige Verfahren angewendet oder zur Unterstützung beim Erlernen von Entspannungsverfahren genutzt werden.

## **Entspannung in Bewegung**

Neben den in ruhender, meist sitzender oder liegender, Haltung geübten Entspannungsverfahren gibt es selbstständig übhbare Methoden, die durch achtsame Bewegungen eine Entspannungsreaktion bewirken. Die erreichbare Entspannungsreaktion ist in diesen Übungen kleiner als in Übungen mit ruhender Haltung. Die Übungen sind als Entspannungsverfahren besonders für Menschen geeignet, denen eine längere ruhende Haltung schwer fällt oder die in der ruhenden Haltung zur Schläfrigkeit neigen.

## **Qigong und Taijiquan**

Die fernöstlichen Methoden Qigong und Taijiquan dienen vorrangig der langsamen, meditativen Übung harmonischer fließender Bewegungen.

## **Körpertherapiemethoden**

In einigen Körpertherapiemethoden wurden Übungen entwickelt, die außerhalb von Therapiesitzungen geübt werden können. Dazu zählen die Alexander-Technik, die Feldenkrais-Methode, die Konzentrierte Bewegungstherapie (KBT) und Atemtherapie-Methoden.

## Focusing

Focusing eignet sich durch das Konzept des Felt Sense als eigenständige Methode zur Entspannung<sup>[1] [2] [3]</sup> sowie zur vertieften Anwendung jeder anderen Entspannungsmethode<sup>[4]</sup>.

## Wirkungen

Während der Übung eines Entspannungsverfahrens können aktuelle Spannungszustände oft schnell gelöst und chronische Spannungszustände reduziert werden. Nach drei bis vier Wochen regelmäßiger Übung wird der entspannende und beruhigende Effekt im Alltag spürbar, einerseits als eine größere allgemeine Gelassenheit und andererseits als eine bessere Fähigkeit der Selbstregulation, indem der geübte Entspannungszustand willentlich hergestellt werden kann. Entspannungsverfahren sind grundlegende Elemente des Stressmanagements.

Auf Grund der unspezifischen Wirkung der Entspannungsverfahren ist das therapeutische Anwendungsspektrum sehr breit und sie sind in der Behandlung von zahlreichen psychischen und körperlichen Störungen und Krankheiten, oft als Zusatzmaßnahme, indiziert. Zu den psychischen Störungen, bei denen Entspannungsverfahren eingesetzt werden, gehören stressbedingte Störungsformen, Angststörungen, Belastungs- und Anpassungsstörungen, leichte bis mittelgradige depressive Störungen, Sprechstörungen, Aufmerksamkeitsdefizit-Syndrome, und Störungen infolge von Substanzmissbrauch. Körperliche Erkrankungen, bei denen eine Wirksamkeit der Entspannungsverfahren nachgewiesen werden konnte, sind Bluthochdruck, koronare Herzerkrankungen, periphere Durchblutungsstörungen, Asthma bronchiale, gastrointestinale Störungen, Kopfschmerzen vom Migräne- und Spannungstyp, akute und chronische Schmerzen, Schlafstörungen, sexuelle Funktionsstörungen und somatoforme Störungen.<sup>[5] [6]</sup>

Bei psychotischen Störungen, schweren depressiven Episoden, Zwangsstörungen und hypochondrischen Störungen können Kontraindikationen bestehen.

## Anwendungsbereiche

Entspannungsverfahren finden in der Psychotherapie und in der psychosomatischen Medizin, sowohl in tiefenpsychologisch als auch in verhaltenstherapeutisch orientierten Psychotherapieverfahren Anwendung. In psychosomatischen Kliniken werden oft mehrere unterschiedliche Entspannungsverfahren angeboten. Entspannungsverfahren werden auch in der Prävention, Rehabilitation, in der Sporttherapie<sup>[7]</sup> und im Wellnessbereich angewendet. Sie sind Bestandteil vieler Volkshochschulprogramme und die Kurse einiger Entspannungsverfahren werden von den Krankenkassen bezuschusst.

## Literatur

- Vaitl, Dieter; Petermann, Franz: Entspannungsverfahren (Hrsg): Das Praxishandbuch. BeltzPVU, 2004, ISBN 3621275207 Vorschau bei Google Books<sup>[8]</sup>
- Gierra, Kristiane; Klinkenberg, Norbert: Entspannungsverfahren. In: Köllner, Volker; Broda, Michael (Hrsg): Praktische Verhaltensmedizin. Georg-Thieme-Verlag, 2005, ISBN 3131321512 Vorschau bei Google Books<sup>[9]</sup>
- Boyes, Dennis; Autogenes Yoga, Tiefenentspannung im Liegen, ADMOS Medien GmbH 1991, ISBN 3502630801
- Tarthang Tulku, Selbstheilung durch Entspannung, Kum Nye, Scherz-Verlag GmbH 2007, ISBN 350261184X

## Weblinks

- Beratung und Therapie Online: Entspannung <sup>[10]</sup>
- Fachgruppe Entspannungsverfahren <sup>[11]</sup> (BDP)
- Eichenberg, Christiane; Abitz, Karin: Konzentration schulen, beruhigen und Wohlbefinden steigern <sup>[12]</sup>  
(Überblicksartikel im Deutschen Ärzteblatt PP, Nr. 9 (September)/2008)
- Broschüre: 45 Entspannungsübungen <sup>[13]</sup>

## Einzelnachweise

- [1] Focusing in der Deutschen Gesellschaft für Entspannungsverfahren (<http://www.dg-e.domainfactory-kunde.de/index.php?id=52>)
- [2] Joan Klagsbrun, Susan L. Lennox, Lauren Summer, "Effect of 'Clearing a Space' on Quality of Life in Women with Breast Cancer. <http://www.focusing.org/medicine/effect-of-clearing-a-space.pdf>"
- [3] Fortbildung zur Bewältigung schulalltagspezifischer Stressoren (Schulentwicklungspreis "Gute gesunde Schule") (<http://www.focusing-center.de/focusing-blog/2011/2/2/verlauf-eines-entwicklungsvorhabens-201011-fortbildung-zur-b.html>), beides Stand 27. Februar 2011.
- [4] The First Step of Focusing Makes Any Stress-Reduction Technique More Effective. <http://www.focusing.org/stress-reduction.html>";  
*Stand 27. Februar 2011*
- [5] Gierra, Kristiane; Klinkenberg, Norbert: Entspannungsverfahren. In: Köllner, Volker; Broda, Michael (Hrsg.): Praktische Verhaltensmedizin. S. 55, Georg Thieme Verlag, 2005, ISBN 3131321512, Vorschau bei Google Books ([http://books.google.de/books?id=Uo\\_y-YRBtUcC&pg=PA55&dq=entspannungsverfahren&client=firefox-a#PPA55,M1](http://books.google.de/books?id=Uo_y-YRBtUcC&pg=PA55&dq=entspannungsverfahren&client=firefox-a#PPA55,M1))
- [6] Vaitl, Dieter; Petermann, Franz: Entspannungsverfahren (Hrsg): Das Praxishandbuch. S. 5, BeltzPVU, 2004, ISBN 3621275207, Vorschau bei Google Books (<http://books.google.de/books?id=RVDudnP7L80C&pg=PA199&dq=entspannung&lr=&client=firefox-a#PPA5,M1>)
- [7] Deimel, H.: Entspannungsverfahren in der Sporttherapie. In: Schüle, Klaus; Huber, Gerhard (Hrsg.): Grundlagen der Sporttherapie: Prävention, ambulante und stationäre Rehabilitation. Elsevier, Urban&FischerVerlag, 2004, ISBN 3437464116, Vorschau bei Google Books ([http://books.google.de/books?id=w00xeS1Y7\\_0C&pg=PA184&dq=entspannungsverfahren&client=firefox-a#PPA184,M1](http://books.google.de/books?id=w00xeS1Y7_0C&pg=PA184&dq=entspannungsverfahren&client=firefox-a#PPA184,M1))
- [8] <http://books.google.de/books?id=RVDudnP7L80C&pg=PA361&dq=entspannungstechniken+überblick&lr=&client=firefox-a#PPA4,M1>
- [9] [http://books.google.de/books?id=Uo\\_y-YRBtUcC&pg=PA55&dq=entspannungsverfahren&client=firefox-a#PPA55,M1](http://books.google.de/books?id=Uo_y-YRBtUcC&pg=PA55&dq=entspannungsverfahren&client=firefox-a#PPA55,M1)
- [10] <http://www.btonline.de/index.html?entspannung.html>
- [11] <http://www.bdp-klinische-psychologie.de/fachgruppen/gruppe14.shtml>
- [12] <http://www.entspannungsverfahren.com/pdf/aerzteblatt.pdf>
- [13] [http://www.zeitblueten.com/files/45\\_Entspannungsuebungen.pdf](http://www.zeitblueten.com/files/45_Entspannungsuebungen.pdf)



Marcel Fischer, Marcus Cyron, Mardil, Marilyn.hanson, Martin Aggel, Martin Sebastian Panzer, Matt314, Matthäus Wander, Mattzea, Matze6587, Mautpreller, MaxHirschberger, Maya, Mbdortmund, Media lib, Meinungsfreiheit, Meister und Margarita, Meister-Lampe, Merda, Mesenchym, Metaxa, Miastko, Micelve, Millbart, Minervon, Mirabel, Muxmax, Neon02, Nerd, Neun-x, Nina, Ninahotzenplotz, Nolispanmo, Odin, Oedipal, Oliver Pfohlmann, Oliver Walter, Osalkah, Ottomanisch, Ottsch, Ozuma, PDD, Parka Lewis, Pelz, Peregrinus, Perrak, Peter200, Phi, Philosus, Phu, Pittimann, Pjacobi, Pkoeniger, Promezeuss, Psychoanalyse, Ptykon, Qpaly, Rabauz, Rainer Wolf, Raven2, Rebekki, Redf0x, Regi51, Reinhard Kraasch, Robert3005, Robodoc, Rogal, Rtc, Rübezahl, S.Didam, S3r0, Sargoth, Schreibvieh, Sebmol, Sechmet, Sei Shonagon, Septembermorgen, Sheepshaun, Sinn, Sol1, Solotoj, Sonnenblumen, Spiritus Lektor, Sprachpfleger, Steevie, Stefan B. Link, Stefan Kühn, Stefan64, Steschke, Sti, Suede, Suit, Svíčková, THWZ, ThE cRaCkEr, Thire, Thorbjoern, Tintenfisch, Tinz, Tobnu, Tom Jac, TopChecker, Traumdeutung, Trilo, Trollfix, Truetype, Tsor, Tzumtzum, Tönjes, UW, Udo.bellack, Uka, UliR, Umgangssprache? Nein Danke!, Uti possidetis, Uwe Gille, Verum, Vikki, Vlado, W!B:, Widescreen, Wiegels, Wing, Wiska Bodo, Woffie, Wolfgang K, WolfgangRieger, YPS, YourEyesOnly, Zaphiro, Zeitgeschichtler, Zenon, ° the Bench °, €pa, 464 anonyme Bearbeitungen

**Entspannungsverfahren** *Quelle:* <http://de.wikipedia.org/w/index.php?oldid=85816939> *Bearbeiter:* 08-15, 3268zauber, Agadez, Aka, Annitta, BJ Axel, Bbommel, Carolin, Castaneda, Curtis Newton, DasBee, Deep Thought 123, Dinah, Doudo, Drahhreg01, Emes, Ephraim33, Felix Stember, Geof, Getüm, Gina28online, He3nry, Huku-chan, Ingo-Wolf Kittel, Iogos82, Karuna, Kristina Walter, LKD, LucaLuca, Lullu07, Mariah vernetzt, Markus Bärlocher, Maya, Meriko, Mesenchym, Nockel12, Nolispanmo, Ordnung, PaulaK, Peter200, PsY.cHo, Querverplänkler, Richard Huber, Rschley, Saehrimmir, Schomynv, Sebastian Mehlmacher, Sevana1985, SusannKruppen, Thomas M., Tillmo, Tobi58, Widescreen, 62 anonyme Bearbeitungen

# Quelle(n), Lizenz(en) und Autor(en) des Bildes

**Datei:Symbol OK.svg** *Quelle:* [http://de.wikipedia.org/w/index.php?title=Datei:Symbol\\_OK.svg](http://de.wikipedia.org/w/index.php?title=Datei:Symbol_OK.svg) *Lizenz:* GNU Free Documentation License *Bearbeiter:* User:Steschke

**Datei:Sigmund freud um 1905.jpg** *Quelle:* [http://de.wikipedia.org/w/index.php?title=Datei:Sigmund\\_freud\\_um\\_1905.jpg](http://de.wikipedia.org/w/index.php?title=Datei:Sigmund_freud_um_1905.jpg) *Lizenz:* Public Domain *Bearbeiter:* ChristophT, Martin H.

**Datei:Freud Sofa.JPG** *Quelle:* [http://de.wikipedia.org/w/index.php?title=Datei:Freud\\_Sofa.JPG](http://de.wikipedia.org/w/index.php?title=Datei:Freud_Sofa.JPG) *Lizenz:* GNU Free Documentation License *Bearbeiter:* Created by Konstantin Binder

**Datei:Breuer 1897.jpg** *Quelle:* [http://de.wikipedia.org/w/index.php?title=Datei:Breuer\\_1897.jpg](http://de.wikipedia.org/w/index.php?title=Datei:Breuer_1897.jpg) *Lizenz:* Public Domain *Bearbeiter:* Filip em, WolfgangRieger

**Datei:Freud\_Ich.svg** *Quelle:* [http://de.wikipedia.org/w/index.php?title=Datei:Freud\\_Ich.svg](http://de.wikipedia.org/w/index.php?title=Datei:Freud_Ich.svg) *Lizenz:* Creative Commons Attribution-Sharealike 2.5 *Bearbeiter:* User:Madden, User:Rainer Zenz

**Datei:Psychoanalytic Congress.jpg** *Quelle:* [http://de.wikipedia.org/w/index.php?title=Datei:Psychoanalytic\\_Congress.jpg](http://de.wikipedia.org/w/index.php?title=Datei:Psychoanalytic_Congress.jpg) *Lizenz:* Public Domain *Bearbeiter:* Coyau, Edward, Filip em, Goessel, Man vyi, Octavio L, Svench, Viejo sabio, 2 anonyme Bearbeitungen

---

# Lizenz

## Wichtiger Hinweis zu den Lizenzen

Die nachfolgenden Lizenzen beziehen sich auf den Artikeltext. Im Artikel gezeigte Bilder und Grafiken können unter einer anderen Lizenz stehen sowie von Autoren erstellt worden sein, die nicht in der Autorenlister erscheinen. Durch eine noch vorhandene technische Einschränkung werden die Lizenzinformationen für Bilder und Grafiken daher nicht angezeigt. An der Behebung dieser Einschränkung wird gearbeitet. Das PDF ist daher nur für den privaten Gebrauch bestimmt. Eine Weiterverbreitung kann eine Urheberrechtsverletzung bedeuten.

### Creative Commons Attribution-ShareAlike 3.0 Unported - Deed

Diese "Commons Deed" ist lediglich eine vereinfachte Zusammenfassung des rechtsverbindlichen Lizenzvertrages ([http://de.wikipedia.org/wiki/Wikipedia:Lizenzbestimmungen\\_Commons\\_Attribution-ShareAlike\\_3.0\\_Unported](http://de.wikipedia.org/wiki/Wikipedia:Lizenzbestimmungen_Commons_Attribution-ShareAlike_3.0_Unported)) in allgemeinverständlicher Sprache.

Sie dürfen:

- das Werk bzw. den Inhalt **vervielfältigen, verbreiten und öffentlich zugänglich machen**
- Abwandlungen und Bearbeitungen** des Werkes bzw. Inhaltes anfertigen

Zu den folgenden Bedingungen:

- Namensnennung** — Sie müssen den Namen des Autors/Rechteinhabers in der von ihm festgelegten Weise nennen.
- Weitergabe unter gleichen Bedingungen** — Wenn Sie das lizenzierte Werk bzw. den lizenzierten Inhalt bearbeiten, abwandeln oder in anderer Weise erkennbar als Grundlage für eigenes Schaffen verwenden, dürfen Sie die daraufhin neu entstandenen Werke bzw. Inhalte nur unter Verwendung von Lizenzbedingungen weitergeben, die mit denen dieses Lizenzvertrages identisch, vergleichbar oder kompatibel sind.

Wobei gilt:

- Verzichtserklärung** — Jede der vorgenannten Bedingungen kann aufgehoben werden, sofern Sie die ausdrückliche Einwilligung des Rechteinhabers dazu erhalten.
- Sonstige Rechte** — Die Lizenz hat keinerlei Einfluss auf die folgenden Rechte:
  - Die gesetzlichen Schranken des Urheberrechts und sonstigen Befugnisse zur privaten Nutzung;
  - Das Urheberpersönlichkeitsrecht des Rechteinhabers;
  - Rechte anderer Personen, entweder am Lizenzgegenstand selber oder bezüglich seiner Verwendung, zum Beispiel Persönlichkeitsrechte abgebildeter Personen.
- Hinweis** — Im Falle einer Verbreitung müssen Sie anderen alle Lizenzbedingungen mitteilen, die für dieses Werk gelten. Am einfachsten ist es, an entsprechender Stelle einen Link auf <http://creativecommons.org/licenses/by-sa/3.0/deed.de> einzubinden.

### Haftungsbeschränkung

Die „Commons Deed“ ist kein Lizenzvertrag. Sie ist lediglich ein Referenztext, der den zugrundeliegenden Lizenzvertrag übersichtlich und in allgemeinverständlicher Sprache, aber auch stark vereinfacht wiedergibt. Die Deed selbst entfaltet keine juristische Wirkung und erscheint im eigentlichen Lizenzvertrag nicht.

## GNU Free Documentation License

Version 1.2, November 2002

Copyright (C) 2000,2001,2002 Free Software Foundation, Inc.

51 Franklin St, Fifth Floor, Boston, MA 02110-1301 USA

Everyone is permitted to copy and distribute verbatim copies

of this license document, but changing it is not allowed.

### 0. PREAMBLE

The purpose of this License is to make a manual, textbook, or other functional and useful document "free" in the sense of freedom: to assure everyone the effective freedom to copy and redistribute it, with or without modifying it, either commercially or noncommercially. Secondly, this License preserves for the author and publisher a way to get credit for their work, while not being considered responsible for modifications made by others.

This License is a kind of "copyleft", which means that derivative works of the document must themselves be free in the same sense. It complements the GNU General Public License, which is a copyleft license designed for free software.

We have designed this License in order to use it for manuals for free software, because free software needs free documentation: a free program should come with manuals providing the same freedoms that the software does. But this License is not limited to software manuals; it can be used for any textual work, regardless of subject matter or whether it is published as a printed book. We recommend this License principally for works whose purpose is instruction or reference.

### 1. APPLICABILITY AND DEFINITIONS

This License applies to any manual or other work, in any medium, that contains a notice placed by the copyright holder saying it can be distributed under the terms of this License. Such a notice grants a world-wide, royalty-free license, unlimited in duration, to use that work under the conditions stated herein. The "Document", below, refers to any such manual or work. Any member of the public is a licensee, and is addressed as "you". You accept the license if you copy, modify or distribute the work in a way requiring permission under copyright law.

A "Modified Version" of the Document means any work containing the Document or a portion of it, either copied verbatim, or with modifications and/or translated into another language.

A "Secondary Section" is a named appendix or a front-matter section of the Document that deals exclusively with the relationship of the publishers or authors of the Document to the Document's overall subject (or to related matters) and contains nothing that could fall directly within that overall subject. (Thus, if the Document is in part a textbook of mathematics, a Secondary Section may not explain any mathematics.) The relationship could be a matter of historical connection with the subject or with related matters, or of legal, commercial, philosophical, ethical or political position regarding them.

The "Invariant Sections" are certain Secondary Sections whose titles are designated, as being those of Invariant Sections, in the notice that says that the Document is released under this License. If a section does not fit the above definition of Secondary then it is not allowed to be designated as Invariant. The Document may contain zero Invariant Sections. If the Document does not identify any Invariant Sections then there are none.

The "Cover Texts" are certain short passages of text that are listed, as Front-Cover Texts or Back-Cover Texts, in the notice that says that the Document is released under this License. A Front-Cover Text may be at most 5 words, and a Back-Cover Text may be at most 25 words.

A "Transparent" copy of the Document means a machine-readable copy, represented in a format whose specification is available to the general public, that is suitable for revising the document straightforwardly with generic text editors or (for images composed of pixels) generic paint programs or (for drawings) some widely available drawing editor, and that is suitable for input to text formatters or for automatic translation to a variety of formats suitable for input to text formatters. A copy made in an otherwise Transparent file format whose markup, or absence of markup, has been arranged to thwart or discourage subsequent modification by readers is not Transparent. An image format is not Transparent if used for any substantial amount of text. A copy that is not "Transparent" is called "Opaque".

Examples of suitable Transparent formats include plain ASCII without markup, Texinfo input format, LaTeX input format, SGML or XML using a publicly available DTD, and standard-conforming simple HTML, PostScript or PDF designed for human modification. Examples of transparent image formats include PNG, XCF and JPG. Opaque formats include proprietary formats that can be read and edited only by proprietary word processors, SGML or XML for which the DTD and/or processing tools are not generally available, and the machine-generated HTML, PostScript or PDF produced by some word processors for output purposes only.

The "Title Page" means, for a printed book, the title page itself, plus such following pages as are needed to hold, legibly, the material this License requires to appear in the title page. For works in formats which do not have any title page as such, "Title Page" means the text near the most prominent appearance of the work's title, preceding the beginning of the body of the text.

A section "Entitled XYZ" means a named subunit of the Document whose title either is precisely XYZ or contains XYZ, in parentheses following text that translates XYZ in another language. (Here XYZ stands for a specific section name mentioned below, such as "Acknowledgements", "Dedications", "Endorsements", or "History.") To "Preserve the Title" of such a section when you modify the Document means that it remains a section "Entitled XYZ" according to this definition.

The Document may include Warranty Disclaimers next to the notice which states that this License applies to the Document. These Warranty Disclaimers are considered to be included by reference in this License, but only as regards disclaiming warranties; any other implication that these Warranty Disclaimers may have is void and has no effect on the meaning of this License.

### 2. VERBATIM COPYING

You may copy and distribute the Document in any medium, either commercially or noncommercially, provided that this License, the copyright notices, and the license notice saying this License applies to the Document are reproduced in all copies, and that you add no other conditions whatsoever to those of this License. You may not use technical measures to obstruct or control the reading or further copying of the copies you make or distribute. However, you may accept compensation in exchange for copies. If you distribute a large enough number of copies you must also follow the conditions in section 3.

You may also lend copies, under the same conditions stated above, and you may publicly display copies.

### 3. COPYING IN QUANTITY

If you publish printed copies (or copies in media that commonly have printed covers) of the Document, numbering more than 100, and the Document's license notice requires Cover Texts, you must enclose the copies in covers that carry, clearly and legibly, all these Cover Texts: Front-Cover Texts on the front cover, and Back-Cover Texts on the back cover. Both covers must also clearly and legibly identify you as the publisher of these copies. The front cover must present the full title with all words of the title equally prominent and visible. You may add other material on the covers in addition. Copying with changes limited to the covers, as long as they preserve the title of the Document and satisfy these conditions, can be treated as verbatim copying in other respects.

If the required text for either cover are too voluminous to fit legibly, you should put the first one listed (as many as fit reasonably) on the actual cover, and continue the rest onto adjacent pages.

If you publish or distribute Opaque copies of the Document numbering more than 100, you must either include a machine-readable Transparent copy along with each Opaque copy, or state in or with each Opaque copy a computer-network location from which the general network-using public has access to download using public-standard network protocols a complete Transparent copy of the Document, free of added material. If you use the latter option, you must take reasonably prudent steps, when you begin distribution of Opaque copies in quantity, to ensure that this Transparent copy will remain thus accessible at the stated location until at least one year after the last time you distribute an Opaque copy (directly or through your agents or retailers) of that edition to the public.

It is requested, but not required, that you contact the authors of the Document well before redistributing any large number of copies, to give them a chance to provide you with an updated version of the Document.

### 4. MODIFICATIONS

You may copy and distribute a Modified Version of the Document under the conditions of sections 2 and 3 above, provided that you release the Modified Version under precisely this License, with the Modified Version filling the role of the Document, thus licensing modification and modification of the Modified Version to whoever possesses a copy of it. In addition, you must do these things in the Modified Version:

- A.** Use in the Title Page (and on the covers, if any) a title distinct from that of the Document, and from those of previous versions (which should, if there were any, be listed in the History section of the Document). You may use the same title as a previous version if the original publisher of that version gives permission.
- B.** List on the Title Page, as authors, one or more persons or entities responsible for authorship of the modifications in the Modified Version, together with at least five of the principal authors of the Document (all of its principal authors, if it has fewer than five), unless they release you from this requirement.
- C.** State on the Title page the name of the publisher of the Modified Version, as the publisher.
- D.** Preserve all the copyright notices of the Document.
- E.** Add an appropriate copyright notice for your modifications adjacent to the other copyright notices.
- F.** Include, immediately after the copyright notices, a license notice giving the public permission to use the Modified Version under the terms of this License, in the form shown in the Addendum below.
- G.** Preserve in that license notice the full lists of Invariant Sections and required Cover Texts given in the Document's license notice.
- H.** Include an unaltered copy of this License.
- I.** Preserve the section Entitled "History", Preserve its Title, and add to it an item stating at least the title, year, authors, and publisher of the Modified Version as given on the Title Page. If there is no section Entitled "History" in the Document, create one stating the title, year, authors, and publisher of the Document as given on its Title Page, then add an item describing the Modified Version as stated in the previous sentence.
- J.** Preserve the network location, if any, given in the Document for public access to a Transparent copy of the Document, and likewise the network locations given in the Document for previous versions it was based on. These may be placed in the "History" section. You may omit a network location for a work that was published at least four years before the Document itself, or if the original publisher of the version it refers to gives permission.
- K.** For any section Entitled "Acknowledgements" or "Dedications", Preserve the Title of the section, and preserve in the section all the substance and tone of each of the contributor acknowledgements and/or dedications given therein.
- L.** Preserve all the Invariant Sections of the Document, unaltered in their text and in their titles. Section numbers or the equivalent are not considered part of the section titles.
- M.** Delete any section Entitled "Endorsements". Such a section may not be included in the Modified Version.
- N.** Do not retitle any existing section to be Entitled "Endorsements" or to conflict in title with any Invariant Section.
- O.** Preserve any Warranty Disclaimers.

If the Modified Version includes new front-matter sections or appendices that qualify as Secondary Sections and contain no material copied from the Document, you may at your option designate some or all of these sections as invariant. To do this, add their titles to the list of Invariant Sections in the Modified Version's license notice. These titles must be distinct from any other section titles.

You may add a section Entitled "Endorsements", provided it contains nothing but endorsements of your Modified Version by various parties—for example, statements of peer review or that the text has been approved by an organization as the authoritative definition of a standard.

You may add a passage of up to five words to a Front-Cover Text, and a passage of up to 25 words to a Back-Cover Text, to the end of the list of Cover Texts in the Modified Version. Only one passage of Front-Cover Text and one of Back-Cover Text may be added by (or through arrangements made by) any one entity. If the Document already includes a cover text for the same cover, previously added by you or by arrangement made by the same entity you are acting on behalf of, you may not add another; but you may replace the old one, on explicit permission from the previous publisher that added the old one.

The author(s) and publisher(s) of the Document do not by this License give permission to use their names for publicity for or to assert or imply endorsement of any Modified Version.

### 5. COMBINING DOCUMENTS

You may combine the Document with other documents released under this License, under the terms defined in section 4 above for modified versions, provided that you include in the combination all of the Invariant Sections of all of the original documents, unmodified, and list them all as Invariant Sections of your combined work in its license notice, and that you preserve all their Warranty Disclaimers.

The combined work need not contain one copy of this License, and multiple identical Invariant Sections may be replaced with a single copy. If there are multiple Invariant Sections with the same name but different contents, make the title of each such section unique by adding at the end of it, in parentheses, the name of the original author or publisher of that section if known, or else a unique number. Make the same adjustment to the section titles in the list of Invariant Sections in the license notice of the combined work.

In the combination, you must combine any sections Entitled "History" in the various original documents, forming one section Entitled "History"; likewise combine any sections Entitled "Acknowledgements", and any sections Entitled "Dedications". You must delete all sections Entitled "Endorsements".

## 6. COLLECTIONS OF DOCUMENTS

You may make a collection consisting of the Document and other documents released under this License, and replace the individual copies of this License in the various documents with a single copy that is included in the collection, provided that you follow the rules of this License for verbatim copying of each of the documents in all other respects. You may extract a single document from such a collection, and distribute it individually under this License, provided you insert a copy of this License into the extracted document, and follow this License in all other respects regarding verbatim copying of that document.

## 7. AGGREGATION WITH INDEPENDENT WORKS

A compilation of the Document or its derivatives with other separate and independent documents or works, in or on a volume of a storage or distribution medium, is called an "aggregate" if the copyright resulting from the compilation is not used to limit the legal rights of the compilation's users beyond what the individual works permit. When the Document is included in an aggregate, this License does not apply to the other works in the aggregate which are not themselves derivative works of the Document.

If the Cover Text requirement of section 3 is applicable to these copies of the Document, then if the Document is less than one half of the entire aggregate, the Document's Cover Texts may be placed on covers that bracket the Document within the aggregate, or the electronic equivalent of covers if the Document is in electronic form. Otherwise they must appear on printed covers that bracket the whole aggregate.

## 8. TRANSLATION

Translation is considered a kind of modification, so you may distribute translations of the Document under the terms of section 4. Replacing Invariant Sections with translations requires special permission from their copyright holders, but you may include translations of some or all Invariant Sections in addition to the original versions of these Invariant Sections. You may include a translation of this License, and all the license notices in the Document, and any Warranty Disclaimers, provided that you also include the original English version of this License and the original versions of those notices and disclaimers. In case of a disagreement between the translation and the original version of this License or a notice or disclaimer, the original version will prevail.

If a section in the Document is Entitled "Acknowledgements", "Dedications", or "History", the requirement (section 4) to Preserve its Title (section 1) will typically require changing the actual title.

## 9. TERMINATION

You may not copy, modify, sublicense, or distribute the Document except as expressly provided for under this License. Any other attempt to copy, modify, sublicense or distribute the Document is void, and will automatically terminate your rights under this License. However, parties who have received copies, or rights, from you under this License will not have their licenses terminated so long as such parties remain in full compliance.

## 10. FUTURE REVISIONS OF THIS LICENSE

The Free Software Foundation may publish new, revised versions of the GNU Free Documentation License from time to time. Such new versions will be similar in spirit to the present version, but may differ in detail to address new problems or concerns. See <http://www.gnu.org/copyleft/>.

Each version of the License is given a distinguishing version number. If the Document specifies that a particular numbered version of this License "or any later version" applies to it, you have the option of following the terms and conditions either of that specified version or of any later version that has been published (not as a draft) by the Free Software Foundation. If the Document does not specify a version number of this License, you may choose any version ever published (not as a draft) by the Free Software Foundation.

## ADDENDUM: How to use this License for your documents

To use this License in a document you have written, include a copy of the License in the document and put the following copyright and license notices just after the title page:

Copyright (c) YEAR YOUR NAME.

Permission is granted to copy, distribute and/or modify this document

under the terms of the GNU Free Documentation License, Version 1.2

or any later version published by the Free Software Foundation;

with no Invariant Sections, no Front-Cover Texts, and no Back-Cover Texts.

A copy of the license is included in the section entitled

"GNU Free Documentation License".

If you have Invariant Sections, Front-Cover Texts and Back-Cover Texts, replace the "with...Texts." line with this:

with the Invariant Sections being LIST THEIR TITLES, with the

Front-Cover Texts being LIST, and with the Back-Cover Texts being LIST.

If you have Invariant Sections without Cover Texts, or some other combination of the three, merge those two alternatives to suit the situation.

If your document contains nontrivial examples of program code, we recommend releasing these examples in parallel under your choice of free software license, such as the GNU General Public License, to permit their use in free software.