

**ARBEITSGEMEINSCHAFT
HUMANISTISCHE PSYCHOTHERAPIE
(AGHPT)**

www.aghpt.de

AGHPT c/o Karl-Heinz Schuldt Österbergstr. 4 72074 Tübingen

Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie (WBP)
Vorsitzender des WBP
Prof. Dr. Günter Esser
c/o Bundesärztekammer
Herbert-Lewin-Platz 1
10623 Berlin

KONTAKTADRESSEN

Vorsitzender der AGHPT:
Karl-Heinz Schuldt / AGHPT
Österbergstraße 4, 72074 Tübingen
Telefon: 07071/ 2 50 66
Telefax: 07071/ 25 64 68
Email: AGHPT.Schuldt@t-online.de

Stellv. Vorsitzender der AGHPT:
Dr. Dipl.-Psych. Manfred Thielen
Cosimaplatz 2, 12159 Berlin
Telefon: 030/ 22 32 72 03
Email: ma.thielen@gmx.de

Datum: 12.10.2012

Sehr geehrter Herr Prof. Dr. Esser, sehr geehrte Damen und Herren,

bezugnehmend auf Ihr Schreiben vom 9.2.2012 und unsere Ankündigung
reichen wir hiermit ein:

Antrag der Arbeitsgemeinschaft Humanistische Psychotherapie (AGHPT)
an den WBP auf „Beurteilung der wissenschaftlichen Anerkennung des Verfahrens Humanistische
Psychotherapie“ (gemäß „Methodenpapier 2.8“)

Der Antrag ist gegliedert in den Antragstext
sowie einen Anhang mit einer Übersichtstabelle der Wirksamkeitsstudien zur Humanistischen
Psychotherapie sowie den Abstracts/Kurzeschreibungen dieser Studien.

Der Anhang enthält ferner zu Beginn eine Auflistung der von der AGHPT vorgeschlagenen
Suchbegriffe für die Literatur-Recherche zur Humanistischen Psychotherapie in
Datenbanken, sowie einen Vorschlag der AGHPT zur Literatur-Recherche (Methodenpapier
2.8. Abschnitt II.3).

Bei weiteren Fragen stehe ich Ihnen gern zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen



Karl-Heinz Schuldt

ARBEITSGEMEINSCHAFT HUMANISTISCHE PSYCHOTHERAPIE (AGHPT) • gegründet 2010;
entwickelt aus der Initiative „Großer Ratschlag“ von Heinrich Bertram vom VPP im BDP aus dem Jahre 2008
Vorstand: Heinrich Bertram, Werner Eberwein, Karl-Heinz Schuldt, Manfred Thielen

Vorsitzender der AGHPT

Dipl. Soz.-Päd. Karl-Heinz Schuldt
Verband: Deutsche Gesellschaft für
Transaktionsanalyse (DGTA)
Österbergstraße 4, 72074 Tübingen
Telefon: 07071/ 2 50 66
Email: AGHPT.Schuldt@t-online.de

Stellvertretender Vorsitzender

Dr. Dipl.-Psych. Manfred Thielen
Verband: Deutsche Gesellschaft für
Körperpsychotherapie (DGK)
Cosimaplatz 2, 12159 Berlin
Telefon: 030/ 22 32 72 03
Email: ma.thielen@gmx.de

Kontoverbindung

Kontoinhaber: AGHPT
Kontonummer: 690067705
BLZ: 600 100 70
Bank: Postbank

Antrag an den

Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie nach § 11 PsychThG

auf

„Beurteilung der wissenschaftlichen Anerkennung des Verfahrens

Humanistische Psychotherapie“

(gemäß „Methodenpapier 2.8“)

Inhalt (gemäß „Methodenpapier 2.8“ Abschnitt II.1)

0. Vorbemerkungen zum Kontext der Antragsstellung: Warum „Humanistische Psychotherapie“ als **ein** Verfahren zu sehen ist
1. Bezeichnung des zu überprüfenden Psychotherapieverfahrens sowie Angaben dazu, ob es sich nach dem eigenen Selbstverständnis um ein Psychotherapieverfahren oder eine Psychotherapiemethode handelt.
2. Beschreibung des Psychotherapieverfahrens - der Behandlungsstrategie bzw. der Methoden, die dem Psychotherapieverfahren zugeordnet sind, einschließlich der zu erzielenden Effekte und ihrer Indikationskriterien.
3. Angaben zu den für das Psychotherapieverfahren geltend gemachten Anwendungsbereichen, differenziert für die Psychotherapie bei Erwachsenen sowie bei Kindern und Jugendlichen, gegebenenfalls weitere Angaben zu Merkmalen der klinischen Population und zum Setting.
4. Angaben zur Theorie des Psychotherapieverfahrens bzw. der Psychotherapiemethoden sowie der von ihnen behandelbaren Störungen sowie Angaben zu den theoretischen Grundannahmen.
5. Angaben zur individuellen Behandlungsplanung und zur Gestaltung der therapeutischen Beziehung.
6. Angaben zu möglichen unerwünschten Wirkungen und Kontraindikationen.
7. Angaben zur Aus-, Weiter- oder Fortbildung in dem Psychotherapieverfahren oder der Psychotherapiemethode.

Literaturnachweise

Anhang Tabelle mit Studien, die für die Überprüfung der wissenschaftlichen Anerkennung relevant sind sowie deren Abstracts/Kurzbeschreibungen

Antragsteller: Arbeitsgemeinschaft Humanistische Psychotherapie (AGHPT)

(federführend für den Antrag: Prof. Dr. Jürgen Kriz, zusammenstellende Aufbereitung der Studien im Anhang: Dipl. Psych. Jörg Bergmann)

0. Vorbemerkungen zum Kontext der Antragsstellung:

Warum „Humanistische Psychotherapie“ als ein Verfahren zu sehen ist

In seinem Schreiben vom 9.2.2012 an die AGHPT hat der WBP auf das terminologische Problem hingewiesen, dass die AGHPT den Antrag auf ein Verfahren „Humanistische Psychotherapie“ stellt und dabei auch solche Methoden ausweist, mit deren wissenschaftlicher Anerkennung als Verfahren sich der WBP bereits früher befasst hat. So wurde für die „Psychodramatherapie“ bereits 2000 der Antrag auf „Anerkennung wissenschaftliches Psychotherapieverfahren“ durch den WBP geprüft (und abgelehnt), für die „Gesprächspsychotherapie“ als Verfahren wurde 2002 vom WBP die wissenschaftliche Anerkennung ausgesprochen, und die „Gestalttherapie“ (DDGAP) hat im Jahr 2010 einen Antrag auf „Prüfung der wissenschaftlichen Anerkennung als Psychotherapieverfahren“ an den WBP gestellt.

Der WBP, der auf Antrag Gutachten über die wissenschaftliche Anerkennung von Psychotherapieverfahren erstellt, hat das Verfahren zur Antragstellung und zur Bearbeitung von Gutachtenanträgen im sog. „Methodenpapier“ des WBP beschrieben.¹ Dieses liegt derzeit in der Version 2.8 vom 10. Dezember 2010 vor. Während in den letzten Jahren (seit Version 2.6 Ende 2007) keine essentiellen Veränderungen darin vorgenommen wurden, unterlag in den Jahren zuvor – zwischen der Verabschiedung des PsychThG 1999 und Version 2.6. – das, was in der BRD vom WBP (und in Abstimmung mit dem G-BA) unter „Verfahren“ verstanden wird, sehr großen Veränderungen.

Sowohl die „Psychodramatherapie“ als auch die „Gesprächspsychotherapie“ sind bei ihrer Antragstellung vor über einem Jahrzehnt noch von einem deutlich anderen Verfahrensbegriff ausgegangen. Und die DDGAP hat bei Ihrem Antrag auf Begutachtung der „Gestalttherapie“ bereits explizit vermerkt, dass sie sich als Teil „der Humanistischen Verfahrensgruppe“ versteht (S.90), deren „Gemeinsamkeit ... trotz methodischer und technischer Unterschiede als relativ stark anzusehen und damit etwa vergleichbar mit derjenigen des psychodynamischen Clusters, wenn nicht sogar ausgeprägter, auf alle Fälle ist das Gemeinsame deutlich stärker zu finden, als derzeit der gemeinsame Nenner in der verhaltenstherapeutischen Verfahrensgruppe auszumachen ist“ (ebenda). Die DDGAP war sich nur der Konsequenzen des veränderten „Verfahrensbegriffs“ des WBP nicht bewusst – denn wie gleich unten dargestellt wird, kann kein einzelnes Verfahren (nach herkömmlicher Terminologie) der humanistischen Verfahrensgruppe die Anforderungen erfüllen – so wie es auch kein einzelnes aus der psychodynamischen Verfahrensgruppe (z.B. „Individualpsychologie“ oder „Analytische Psychotherapie“), aus der verhaltenstherapeutischen Verfahrensgruppe (etwa das Verfahren der „Schema-Therapie“ nach Young oder „Operantes Konditionieren“) oder aus der Systemischen Therapie (etwa „strukturelle“ oder „narrative“ Ansätze) allein könnte. Spätestens aber seit der Diskussion um die Zurechenbarkeit der Greenberg-Studien zur „Gesprächspsychotherapie“ oder zur „Gestalttherapie“ wurde deutlich, dass ein solcher engerer Verfahrensbegriff nicht mehr mit dem des Methodenpapiers kompatibel ist.

Die Notwendigkeit, dass auch die Humanistischen Ansätze wie die Ansätze der Richtlinien-Verfahren und der Systemischen Therapie nun als ein Verfahren den Antrag beim WBP

¹ <http://www.wbpsychotherapie.de/page.asp?his=0.1.78>

stellen, liegt somit in der Entwicklung des Regelwerks für einen Antrag durch den WBP (und den G-BA) im letzten Jahrzehnt begründet. Die oben zitierte Problematisierung des WBP im Schreiben an die AGHPT lässt es als wesentlich erscheinen, diesen Kontext noch näher zu erläutern und zu klären.

0.1 Zur Problematik der Begriffe „Verfahren“, „Methoden“ usw.

Blickt man in die internationale Literatur über wissenschaftliche oder auch praxisbezogene Darstellungen gegenwärtiger Psychotherapie, so findet man im Deutschen ein buntes Gemisch von Begriffen wie „Verfahren“, „Ansätze“, „Methoden“, „Techniken“. Im Angelsächsischen herrscht zwar, scheinbar einheitlicher, die Bezeichnung „*approach*“ vor. Aber sowohl im deutschen wie im angelsächsischen Sprachraum beziehen sich diese Begriffe auf sehr unterschiedlich umfangreiche Areale psychotherapeutischen Vorgehens. So ist beispielsweise sowohl BT (behavior therapy) wie auch CBT (kognitive behavior therapy) wie auch REBT (Rational Emotive Behavior Therapy) ein „*Approach*“ – um nur exemplarisch *einen* Strang zu nennen.

Analog stellt sich die terminologische Situation für viele Ansätze aus dem psychodynamischen, dem systemischen und dem humanistischen Cluster dar.

In übergreifenden ebenso wie in ansatzspezifischen Lehrbüchern, Ausbildungsmaterialien, Eigenpräsentationen (z.B. im Internet) überwiegt die Darstellung der Eigenständigkeit jedes solcher Ansätze bzw. *Approaches*. So gibt es selbst in Deutschland z.B. die Bezeichnungen „Institut für Verhaltenstherapie“, „Institut für kognitive Verhaltenstherapie“ und „Deutsches Institut für Rational-Emotive Verhaltenstherapie“ oder etliche „Institut für Schematherapie“ etc. Und ebenso – um exemplarisch einen anderen Strang zu nennen – wird keineswegs nur von „Psychodynamischer Psychotherapie“ gesprochen, sondern (selbst im deutschen Sprachraum und sogar in der BRD) finden wir nach wie vor die „Psychoanalyse“ als ein „Verfahren“ – ja, auch z.B. „Individualpsychologie“ (Adler) oder „Analytische Psychologie“ (Jung) treten mit eigenen Lehrbüchern, Instituten, Internetpräsentationen etc. auf.

Auch dies ist weder für die systemischen noch für die humanistischen Institute und Ansätze – oder eben auch „Verfahren“ bzw. „*Approaches*“ anders. Umgekehrt aber ist die vorfindliche Begrifflichkeit bei den Ansätzen der Humanistischen Psychotherapie nicht breiter, unklarer oder verwirrender als bei den anderen drei Clustern.

Ein Hauptgrund für diese scheinbare Unklarheit über den Verfahrensbegriff liegt – neben der langen Entwicklungsgeschichte und Ausdifferenzierungen zahlreicher Vorgehensweisen in allen vier Clustern – dass außerhalb der BRD eine präzisere Unterscheidung keine besondere Relevanz hat: So weit uns bekannt ist, hängt in keinem anderen Land der Welt die Zulassung zur Ausbildung und zur Arbeit als Psychotherapeut davon ab, ob er eines der beiden deutschen Richtlinien-Verfahren vertritt (und bis 1999 war dies ja auch in der BRD so). Natürlich werden wohl überall in der Welt Debatten um die durchaus wichtige Fragen geführt, welche Therapien wie begründet sind, welche Ausbildungsstrukturen zum Therapeutenberuf aufgrund welcher Kriterien führen, wer wie viel bezahlt, etc. Es gibt (unseres Wissens) aber nirgendwo ein vergleichbares Regelwerk, wie das von WBP und G-BA, welches die Zulas-

sung von „Verfahren“ festlegt und damit über den Zugang oder Nicht-Zugang zum Sektor Psychotherapie in Ausbildung und Praxis entscheidet.

Daher ist es außerhalb der BRD in den Diskursen und Darstellungen auch nicht besonders wichtig, ob z.B. die Schema-Therapie als ein „Verfahren“ oder als eine „Methode“ bezeichnet wird. Die vier Hauptorientierungen bzw. Cluster – psychodynamisch, behavioral, humanistisch und systemisch – sind international sehr durchgängig zu finden, und bilden eine brauchbare *Orientierungsbasis in Diskursen*. Insgesamt aber finden Evidenz-Erwägungen, Zulassungen, Anerkennungen etc. viel „kleinmaschiger“ und mit viel mehr Integrationsmöglichkeiten statt.

Dafür exemplarisch zwei Beispiele:

Für Steven Hayes, der mit seiner „Acceptance and Commitment Therapy (ACT)“ sicherlich als einer der bedeutsameren Vertreter gegenwärtiger Verhaltenstherapie gesehen wird, ist es beispielsweise irrelevant, unter welches „Verfahren“ er in der BRD subsummiert werden würde. In einem „special issue“, mit dem übergreifenden Titel „The Renewal of Humanism in Psychotherapy“, das Ende 2012 in einer der angesehensten APA-Zeitschriften, *Psychotherapy*, erscheint, schreibt er in einem Beitrag unter „Humanistic Psychology and Contextual Behavioral Perspectives“ u. a. *“My theme is this: concrete clinical steps can now be taken that reflect the core beliefs of both humanistic and behavioral psychologists, and that are based on a solid set of experimentally derived processes that can also be used to create a more progressive empirical approach to humanistic topics.”*

Ebenso hat sich – um ein zweites Beispiel zu nennen – der international renommierte kanadische Psychotherapieforscher Leslie Greenberg nicht danach ausgerichtet, was deutsche Gremien für Kategorien entwickeln würden. Dass seine EFT (Emotion Focused Therapy) weder in eine reine Kategorie „Gesprächspsychotherapie“ (bzw. Client Centred Therapy) noch in eine reine Kategorie „Gestalttherapie“ (bzw. „Gestalt Therapy“) fällt, war und ist für ihn und die internationale Forschergemeinschaft irrelevant. Wichtig war vielmehr, über viele Studien überzeugend nachzuweisen, dass dieser „Approach“ vielen Patienten hilft, was dabei wirksam ist, und wie man dies noch weiter verbessern kann. Der Streit darum, welche Richtungskategorie diese Ergebnisse für sich reklamieren darf und welche nicht, ist daher eine typisch deutsche Debatte. Und nochmals: sie ist einmalig in der Welt.

Allerdings gehören EFT wie auch Gestalt- und Gesprächspsychotherapie zum Cluster der Humanistischen Psychotherapie², sodass das Verständnis von „Humanistischer Psychotherapie“ als ein Verfahren auch in der BRD diesen Streit gegenstandslos macht.

Das ist allerdings nicht ganz so problemlos bei Vorgehensweisen, die in mehrere Cluster fallen (oder – eine sozialrechtliche Anerkennung durch den G-BA bei gleichzeitiger Beibehaltung seiner Therapie-Vorstellungen einmal in die Zukunft projiziert – in eigentlich nicht nur einem einzigen deutschen „Richtlinien-Verfahren“ zuzuordnen wäre). Wurde doch in § 16 der Psychotherapierichtlinie des G-BA, zuletzt geändert am 14. April 2011, in Kraft getreten am 08. Juli 2011 neuerlich das Kombinationsverbot von Richtlinienverfahren (hier: „Psychoanalytisch begründete Verfahren und Verhaltenstherapie“) wiederholt.

So gilt- um nur ein Beispiel zu nennen – für die aktuelle internationale Entwicklungstendenz der Systemischen Psychotherapie, dass es für die meisten amerikanischen Familientherapeu-

² In Lambert, M. J. (2004). *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*. (5th ed.). New York: John Wiley & Sons. wird EFT explizit als Humanistische Therapieform verstanden (Stichwort: *humanistic-experiential tradition* ab Seite 493) und ihr ein Kapitel gewidmet.

ten keinen großen Unterschied macht, ob sie ihre Vorgehensweise „behavioral“ oder „systemisch“ nennen, da die meisten systemisch-verhaltenstherapeutische Hybride darstellen³

Man wird sehen, wie der G-BA mit diesem „deutschen“ Problem umgeht, wenn er mit der Prüfung der Systemischen Therapie beginnt.

Wenn nun die neuen „Approaches“ der sog. „third wave“ der Verhaltenstherapie wesentliche Vorgehensweisen und Prinzipien der Humanistischen Psychotherapie aufgreifen - etwa Steven Hayes, Kirk Strosahl, Kelly Wilson's Acceptance and Commitment Therapy (ACT), Marsha Linehan's Dialectical Behavior Therapy (DBT), Jon Kabat-Zinn's Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR), and Zindel Segal, Mark Williams and John Teasdale's Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT) – so ergibt sich bei deutscher Richtlinien-Reinheit schon ein Problem:

Da der WBP in dem o.a. Schreiben an die AGHPT (9.2.2012) anregte, zu begründen, „welche Methoden und Verfahren *nicht* als Methoden der Humanistischen Psychotherapie anzusehen sind“, sei explizit betont, dass die AGHPT weder ACT noch DBT, MBSR MBCT – d.h. auch: weder die Studien noch ihre quantitativen Befunde - für das „Verfahren Humanistische Psychotherapie“ reklamiert. Der Grund liegt darin, dass diese als *Programme* eindeutig von Autoren entwickelt wurden, die sich selbst und diese Programme einer „Contextual CBT“ zuordnen⁴. Die Humanistische Psychotherapie kann sogar dankbar sein, dass diese Ansätze mit den großen Forschungsressourcen der VT und durch ihre ideale Eignung für RCT-studien aufgrund der programmatische Normierung – weshalb auch alle in den USA „evidenzbasiert“ sind – in zahlreichen Studien nachgewiesen haben, dass wesentliche Vorgehensweisen und Prinzipien vieler Jahrzehnte Humanistischer Psychotherapie auch dann hochwirksam sind, wenn man diese in *Programme* fasst. Es wäre aber bedauerlich, wenn Humanistische Psychotherapeuten in der BRD zentrale Vorgehensweisen und Prinzipien ihres Ansatzes - egal ob im Rahmen eines Programms „der Verhaltenstherapie“ oder in passungsgerechter Entfaltung „der Humanistischen Therapie“ – wegen solcher kategorialen Zuordnungsfragen nicht Patienten zugutekommen lassen dürften.

Diese Probleme werden keineswegs etwa nur von Anhängern der Humanistischen Psychotherapie so gesehen. Vielmehr ist Forschung heute so international, dass nationale Ausführungsbestimmungen von Gremien den Erkenntnisstand nicht aufhalten können. Daher ist auch in der BRD in den theoretischen und wissenschaftlichen Diskursen die Vorstellung gegeneinander abgeschotteter Verfahren kaum noch zu finden.

So hat Klaus Grawe in einem Beitrag, der im Psychotherapeutenjournal 2005, unmittelbar vor seinem Tod, erschienen ist, kritisch angemerkt: „Es entbehrt nicht einer gewissen Pikanterie, dass Therapieausbildungen und Therapien, die im besten Sinne als empirisch validiert anzusehen wären, weil sie sich am wirklichen und ganzen Forschungsstand orientieren, gegenwärtig in Deutschland verboten wären.“ (Grawe 2005, S. 10). Ähnlich fragten beispielsweise Kuhr & Vogel (2009) im PTJ an „ob das ‚Prokrustesbett‘ der Richtlinienverfahren nunmehr nicht wirklich in der Rumpelkammer landen kann“ (S. 375). Ausgehend vom Forschungsgutachten zur Ausbildung von PsychotherapeutInnen im Auftrag des

³ Schweitzer J. (2010). System Familie im Gesundheitswesen – Entwicklungslinien und Zukunftsszenarien. In J. Hardt, F. Mattejat, M. Ochs, M. Schwarz, T. Merz, U. Müller (Hrsg.), *Sehnsucht Familie in der Postmoderne – Eltern und Kinder in Therapie heute* (S. 73-94). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht

⁴ Hayes, S. C., Villatte, M., Levin, M. & Hildebrandt, M. (2011). Open, aware, and active: Contextual approaches as an emerging trend in the behavioral and cognitive therapies. *Annual Review of Clinical Psychology*, 7, 141-168.

Bundesministeriums für Gesundheit (Strauß et al. 2009) diskutieren auch Kuhr und Vogel Alternativen zur klassischen Verfahrensorientierung. Diese laufen alle eher auf eine Orientierung an verfahrenübergreifendem Wissen und an entsprechenden Kompetenzen hinaus.

Zu Recht verweisen Kuhr und Vogel darauf, dass ihr Zweifel an der Zukunft der Verfahrensorientierung von vielen anderen geteilt wird – u.a. Grawe (1998, 2005), Kächele & Strauß (2008), Kriz (2005, 2006, 2009) und vor allem auch international u.a. von Lambert (2004) oder Norcross & Goldfield (2005). Wobei allerdings zu beachten gilt, dass damit keineswegs der Beliebtheit oder auch nur einem theorielosem Eklektizismus das Wort geredet wird (wovor u.a. – ebenfalls zu Recht – im selben Heft des PTJ Walz-Pawlita, Lackaus-Reitter & Loetz, 2009 warnen). Ebenso ist in den Diskursen unbestritten, dass sich in den psychotherapeutischen Richtungen auch die Pluralität der Gesellschaft und der Wissenschaft mit ihren unterschiedlichen Menschenbildern, Wert- und Zielvorstellungen widerspiegelt. Diese sollen auch bei verfahrenübergreifenden Kompetenzen in der Ausbildung keineswegs eliminiert oder gleichgeschaltet werden, sondern als wichtige Identität bildende Grundorientierungen erhalten bleiben. Selbst in der klassischen Physik besteht ja keineswegs ein Widerspruch zwischen dem Bemühen, die Phänomene auf möglichst wenige zentrale Größen und Zusammenhänge zurückzuführen, und einer gleichzeitigen sehr großen Heterogenität in den Anwendungsbereichen der Technik, die sich nicht allein durch die Gegenstandsbereiche selbst ergibt, sondern auch durch die unterschiedlichen Fertigkeiten und Vorlieben der Anwender.

Die AGHPT geht übrigens davon aus, dass sie in dieser Sicht auf die Probleme von klar abgegrenzten umfassenden „Verfahren“ und eindeutig zuordbaren „Methoden“ und „Techniken“ mit dem WBP weitgehend einig ist.

Wie bereits erwähnt, sind nach wie vor nicht nur international sondern auch in der BRD für das, was nun „Methoden“ bzw. „Techniken“ heißt, in der Fachliteratur oder im Internet die Bezeichnungen „Verfahren“ oder „Approach“ gang und gäbe. So sprechen die deutschen Psychotherapierichtlinien recht uneinheitlich von *Psychotherapieverfahren* (im neuen Sinne), von *Psychotherapieformen*, oder von *Psychotherapieverfahren* (im alten Sinne) – etwa in dem Satz: „Die Verhaltenstherapie als Krankenbehandlung umfasst Therapieverfahren, die ...“ (Punkt B 1.2 der Psychotherapierichtlinien).

Auch eine aktuelle Stellungnahme der BpTK an den G-BA zur Verhaltenstherapie verwendet den Verfahrensbegriff uneinheitlich – etwa wenn sie die Schema-Therapie als „Verfahren“ bezeichnet (in der Formulierung „...schemafokussierten Therapie nach Young (die eine Weiterentwicklung der kognitiven Therapie der Persönlichkeitsstörungen nach Beck und somit ein in der Tradition von kognitiver Verhaltenstherapie stehendes Verfahren darstellt“ – BpTK 2009c, S. 8) oder, im selben Papier, wenn bei der Aufzählung von „Techniken“ unter „6. Achtsamkeits- und emotionsregulationsorientierte Techniken“ auch „euthyme Verfahren“ angeführt werden.

Dies alles belegt die Schwierigkeiten, einen einheitlichen neuen Verfahrensbegriff in Texten konsistent durchzuhalten. Man wird also damit leben müssen, jenseits berufsrechtlicher und sozialrechtlicher Zulassungsprozeduren neben der von WBP und G-BA definierten Verfahrensdefinition auch andere Verfahrensbegriffe in den weiteren psychotherapeutischen Diskurskontexten zu finden. Das ist kein gravierendes Problem: Viele Fachtermini sind kontext-

spezifisch. Aber es wäre unredlich, wenn man dies nur einem einzigen Verfahren, nämlich der Humanistischen Psychotherapie, als „ihr“ Problem oder gar als Nachteil ankreiden würde.

0.2 Die Entwicklung der „Verfahrens-Anerkennung“ in der BRD, die den Antrag der AGHPT notwendig macht.

Vor dem PsychThG 1999 gab in der BRD es eine große Zahl von Psychotherapieverfahren (alter Art), die nicht nur in Kliniken sondern auch Praxen auf unterschiedliche Weise zu Lasten des GKV-Systems abrechnen konnten. Typisch für Ansätze der Humanistischen Psychotherapie war das sog. Erstattungsverfahren (allerdings rechneten durchaus auch viele Psychotherapeuten mit Richtlinienverfahren im Erstattungsverfahren ab).

Auch die Ausbildungsstrukturen waren mannigfaltig. Es gab noch keine „tertiäre Ausbildung“ im heutigen Sinne an Universitäten, sondern viele Universitätsinstitute boten zumindest Teile einer psychotherapeutischen Ausbildung an, die dann später an privaten Instituten vollendet wurde. Humanistische Psychotherapie war an vielen deutschen Universitäten zentral mit dem Ansatz der „Gesprächspsychotherapie“ vertreten – deren zertifizierte weitere Ausbildung dann im Rahmen der GwG (Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie) erfolgte.

Diese Ausbildung war übrigens hoch qualifiziert und umfasste neben einer hohen Stundenzahl in Theorie und Praxis eine lebenslange Supervisions-Verpflichtung. Zertifizierter Therapeut wurde man nur, wenn - nach all den Ausbildungserfordernissen und theoretischen und praktischen Kursen - 5 Behandlungsfälle erfolgreich abgeschlossen worden waren. Dazu gehörte je Fall eine ausführliche Dokumentation mit umfangreicher Anfangs- End- und Verlaufsdagnostik sowie drei Ausschnitte aus Therapien anhand von Audio-Bändern. Jeder einzelne Fall wurde von der peer-group unter Leitung des Ausbilders sorgfältig evaluiert.

Insgesamt ist somit von grob zehntausend (!) aufwändig hinsichtlich ihres Erfolges evaluierten Behandlungsfällen auszugehen. Obwohl international gerade erst aktuell (2012) an CAsE REporting Guidelines (The C.A.R.E. Guidelines) gearbeitet wird, um endlich auch Einzelfallstudien vergleichbar dem CONSORT Statement (Standardized reporting guidelines for randomized controlled trials) ein methodisch konsentiertes Niveau zuschreiben zu können⁵, ist es schwer nachzuvollziehen, dass zehntausend sorgfältig evaluierte Fälle z.B. gegenüber einer kleinen Studie, wo bei vielleicht 2x20 oder 2x30 Patienten im RCT-Design einzelne Parameter signifikant verändert wurden, so vernachlässigbar wenig Evidenz zugeschrieben wird.

Am zweithäufigsten, wenn auch quantitativ deutlich weniger war die Gestalttherapie in der BRD vertreten. Es gab auch kaum explizit mit „Gestalttherapie“ benannten klinische Professuren an Universitäten, sehr wohl aber klinischer Professoren, welche Gestalttherapie quasi als „eigenes Verfahren“ vertraten. Die Ausbildung zum Gestalttherapeuten erfolgte somit nicht an Universitäten im Rahmen des Psychologiestudium (wie bei Teilen der Gesprächspsychotherapie), sondern in etlichen Ausbildungsinstituten (so wie dies auch für

⁵ Siehe z.B. <http://casereports.bmj.com/content/2011/bcr.02.2011.3836.full>

Verhaltenstherapie oder tiefenpsychologische / psychoanalytische Ausbildungen typisch war), aber durchaus in Verbindung mit Universitäten (Freiburg, München, Frankfurt, Kassel, Hamburg, Berlin). Wichtig ist, auch hier den hohen Ausbildungsstandard hervorzuheben:

Das gestalttherapeutische Ausbildungssystem, das an Instituten geleistet wurde, wurde bereits in den 70/80er-Jahren verfeinert, vertieft, an klinische Behandlungs-Ansprüche angepasst, europaweit standardisiert und an ethische Richtlinien gekoppelt. Die Ausbildung erfordert ca. 1500 Stunden was für alle in der EAGT (European Association for Gestalt Therapy) organisierten, gestalttherapeutischen Institute verpflichtend ist.

Ab den 70er/80er-Jahren fing eine größere Anzahl von Kliniken und Fachkrankenhäuser schwerpunktmäßig oder auch partiell mit Gestalttherapie zu arbeiten an. Ein Teil dieser klinischen Einrichtungen tut das bis heute (inzwischen, aus Abrechnungsgründen, kombiniert mit einem der Richtlinienverfahren). 1977 verlangte die damalige "BfA", die mit den damaligen Ergebnissen stationärer Psychotherapie nicht zufrieden war, von einem ihrer Beleghäuser (Hardtwaldklinik, Bad Zwesten), eine Abteilung für stationäre Gestalttherapie einzurichten (Ltg.: Dr. L. Hartmann-Kottek) und eine für Psychodrama (Ltg.: Dr. U. Seeger). Bei einem späteren Abteilungsvergleich jenes Klinikkonzerns, einer Studie, die extern von einem Team der Uni Hamburg (Ltg: Prof. Dr. U. Koch) durchgeführt worden war, schnitten die Behandlungsergebnisse der Gestalt-Abteilung im Vergleich zu den anderen, speziell zu Richtlinien-geprägten Abteilungen, mit einem katamnesenstabilen Best-Ergebnis ab. (Barghaan et al. 2002).

Nicht viel anders stellte sich die Situation für Therapeuten mit dem Schwerpunkt in Psychodrama dar. Neben dem eben erwähnten Druck der BfA, an der Klinik in Bad Zwesten auch eine Abteilung für Psychodrama einzurichten, hatten zahlreiche (über ein Dutzend) der Lehrtherapeuten gleichzeitig Professuren an deutschen Universitäten und Hochschulen.

Auch das dieser Ansatz war jedenfalls vor 1999 gut in das therapeutische System der BRD integriert: Auf der vom früheren Verband der Rentenversicherer (VDR) – jetzt in die Gesamtorganisation der DRV (Deutsche Rentenversicherung Bund) integriert – erstellten Liste der zur Anerkennung empfohlenen Weiterbildungen für das Tätigkeitsfeld Sucht sind sowohl Gestalttherapie als auch Psychodrama aufgeführt. Diese Liste gilt mindestens noch bis 2015.

Zur Zeit werden in den KTL (Klassifikation Therapeutischer Leistungen) der Rentenversicherungsträger sowohl Psychodrama als auch Gestalt gelistet. Ebenso sind diese Verfahren zur Zeit in den so genannten ETM (Evidenzbasierte Therapiemodule) der Rentenversicherungsträger integriert. Beides sind Dokumente, die im Rahmen BQR (Bewertung der Qualität der Reha) der DRV eine wichtige Rolle spielen. Darüber hinaus wurde und wird teilweise von den LÄK auch heute noch Psychodrama im Rahmen des Erwerbs des Zusatztitels Psychotherapie für Ärzte als ergänzendes Verfahren anerkannt.

Gruppendynamische, transaktionsanalytische, körperpsychotherapeutische oder logotherapeutische-existenzanalytische Ausbildungsinstitute und entsprechende Ausbildungsgänge gab es in der BRD weniger (in der DDR gar nicht). Gleichwohl spielten auch diese Ansätze innerhalb der Humanistischen Psychotherapie in Deutschland eine beträchtliche Rolle. Es muss nämlich betont werden, dass gerade in der Humanistischen Psychotherapie (wie allerdings auch bei den realen Therapeuten anderer Richtungen) ein „learning from many masters“ typisch war. Auch wenn somit ein jeweils stärkerer Schwerpunkt z.B. als „Gesprächspsychotherapeut“, als „Körperpsychotherapeut“, als „Gestalttherapeut“ etc. auf bestimmten Sicht- und Vorgehensweisen lag, war es typisch, auch die anderen Ansätze der Humanistischen Psychotherapie zu lernen (mehr oder weniger

freilich – und nicht genormt, aber wohl deutlich mehr, als z.B. bei „Freudianern“, „Jungianern“, „Adlerianern“ oder „Tiefenpsychologen“).

Diese Einheit der Humanistischen Psychotherapie in ihrer Vielfalt der jeweils bevorzugten Vorgehensweisen gilt sowohl für die theoretischen Essentials als auch für die konkreten Interventionen. Wenn auch nicht eine volle Ausbildung absolviert, hatten doch beispielsweise viele „nicht- Gesprächspsychotherapeuten“ unter den Humanistischen Therapeuten etliche theoretische und praktische Kurse schon an den Universitäten im Laufe ihres Studiums besucht, oder eben im Laufe der weiteren Ausbildung. Andersherum orientierten sich gewöhnlich auch Gesprächspsychotherapeuten während oder nach ihrer Ausbildung bei anderen Humanistischen Ansätzen.

Das lässt sich sogar auch für andere Verfahren und auch noch nach dem Inkrafttreten des PsychThG feststellen: So zeigt die repräsentative Umfrage approbierter, niedergelassener Psychotherapeuten (PP und KJP) noch im Jahr 2006, dass der allergrößte Teil der (zu diesem Zeitpunkt ja längst „reinen“ Richtlinientherapeuten) verfahrenübergreifend orientiert ist – und zwar sowohl in der eigenen Ausbildung, als auch in der Praxis, als auch in ihrer Identität als Therapeuten. Nur 21% der Befragten kreuzen an, „ich tue, wofür ich eine Zulassung habe“, 54% geben an, integrativ zu arbeiten, 24% eklektisch. Bei denen, die eine VT Ausbildung haben, tun sogar nur 16% das, wofür sie eine Zulassung haben, 58% arbeiten integrativ, 26% eklektisch. Dies ist freilich nicht so bedeutsam, wie es scheint: Ist sich doch die internationale Forschergemeinschaft seit vielen Jahren darin einig, dass der größere Teil der psychotherapeutischen Wirksamkeit ohnedies auf sog. „unspezifische Faktoren“ zurückzuführen ist (das Ausmaß ist freilich umstritten). Der recht große Aufwand, die Wirksamkeit eines Verfahrens nachzuweisen, erfasst nur einen kleinen Teil der klinisch relevanten Varianz.

Als dann 1999 das PsychThG in Kraft trat, setzte eine neue Entwicklung ein. Zwar waren „zunächst“ nur die Richtlinienverfahren „im System“ - obwohl bis kurz vor der Verabschiedung z.B. die Gesprächspsychotherapie immer mit genannt worden war), aber weitere Verfahren sollten folgen, wobei im Zweifelsfall die zuständigen Behörden einen wissenschaftlichen Beirat um gutachterliche Hilfe bitten sollten. Viele gingen damals davon aus, dass es nur wenige Wochen bzw. Monate dauern würden, bis weitere Verfahren zugelassen werden würden.

Bekanntlich kam alles ganz anders. Dies soll hier nicht weiter dokumentiert oder kommentiert werden: es gibt dazu reichhaltige Literatur, Stellungnahmen etc.

Es ist auch keineswegs die Intention der AGHPT, diese Entwicklung hier zu kritisieren. Aber deren kurze Nachzeichnung ist wichtig, um auf die o.a. Frage des WBP zu antworten, warum Ansätze, die Anfang 2000 Anträge als „Verfahren“ gestellt (oder vorbereitet) haben, unter den aktuellen Bedingungen nur als „Methoden“ eines umfassenderen Verfahrens einen Antrag an den WBP stellen können. Wichtig für den vorliegenden Kontext ist eben, dass sich die Konzeption dessen, was ein Verfahren ist und wie man dessen Wissenschaftlichkeit nachzuweisen habe, deutlich verändert hat. Wesentliche Schritte waren:

a) Konzentration auf RCT-studien

Hatte im Oktober 1999 bei der (zunächst) Ablehnung der Gesprächspsychotherapie Prof. Richter noch sein Minderheitenvotum u.a. damit begründet

„In der Stellungnahme der Berichterstatter (und wohl auch in der vorgelegten Dokumentation) werden zur Beurteilung ausschließlich kontrollierte Wirksamkeitsstudien (im Sinne von efficacy) herangezogen. Dieses steht nicht im Einklang mit den Kriterien des Wissenschaftlichen Beirats, wonach bei der Beurteilung der wissenschaftlichen Anerkennung auch andere Studien (z.B. Einzelfallstudien, insbesondere aber effectiveness-Studien) berücksichtigt werden können.“⁶

ist die Vorherrschaft von RCT-studien inzwischen im Methodenpapier sichergestellt worden (zusätzlich spielen zwar auch Aspekte zur externen Validität eine Rolle, aber nicht im Geiste Richters Minderheitenvotums). Es wurde nicht einmal der Versuch unternommen, im Methodenpapier eine Umsetzung der begrüßenswerten Vorschläge und Möglichkeiten der Schöpfer der evidenzbasierten Medizin⁷ auf Psychotherapie so zu versuchen⁸, dass auch andere Evidenz-Belege als die aus experimentellen Designs einen bedeutsamen Stellenwert erhalten können.

b) Abrücken vom Verständnis des „exemplarischen“ Nachweises

In der ersten Amtsperiode des WBP (1999-2004) galt der Nachweis von Studien als *exemplarisch* für die Wirksamkeit eines Verfahrens (insgesamt). Noch am 15.1.2006 stellen deren beide Vorsitzenden (Prof. Hoffmann und Prof. Margraf) zusammenfassend klar, es handele sich um ein „Missverständnis“, wenn man meine, dass die Begutachtungsmethodik „Psychotherapieverfahren in Teilbereiche auflösen“ wolle um „diese jeweils als wissenschaftlich zu bestätigen oder zu verwerfen.“⁹

Doch genau diese Zergliederung ist in dem „Methodenpapier“ angelegt – und inzwischen hat sich die Sprechweise, ein Verfahren sei für diese und jene Bereiche „wissenschaftlich anerkannt“ eingebürgert – was vom G-BA noch verstärkt wurde.

c) Verdopplung der notwendigen Studienzahl durch „Erwachsenentherapie“

Relativ rasch nach dem Beginn der Arbeit des WBP wurde auch die Aufteilung in eine Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie und eine „Erwachsenentherapie“ eingeführt. Begründet wurde dies mit den „unterschiedlichen Berufsgruppen“, KJP und PP sowie damit, dass nicht zwingend von der Wirksamkeit einer Vorgehensweise bei Erwachsenen auf die bei Kindern und Jugendlichen geschlossen werden kann. Beide Argumente sind freilich hinterfragbar. So haben Störungen bei Kindern und Jugendlichen ohnedies teilweise andere Dia-

⁶ (Quelle: WBP, <http://www.wbpsychotherapie.de/page.asp?his=0.1.17.57.58>)

⁷ Sackett, D.L. et al. (1996). Evidence based Medicine: What It Is and What It Isn't. British medical journal . 312, 71-72

⁸ Kriz, J. (2012) Evidenzbasiertes Entscheiden – zwischen guter Theorie und missbräuchlicher Praxis, KERBE – Forum für Sozialpsychiatrie, H.1. 2012, S. 22-24

⁹ S. Minderheitenvotum zum Methodenpapier des WBP:
<http://www.wbpsychotherapie.de/downloads/Minderheitenvotum26.pdf>

gnosen – also die diagnostisch relevanten Unterschiede werden im ICD ohnedies abgebildet. Und nicht Berufsgruppen sollten entscheidend sein, sondern das was getan wird – so wie die Güte und Sicherheit einer Säge davon abhängen sollte, welche Äste damit gesägt werden, und nicht davon, ob ein Gärtner oder ein Förster sie verwendet. Zum anderen gibt es rechtlich gar keine „Erwachsenentherapie“ in der BRD, weil die Approbation zum PP auch die Erlaubnis der Behandlung von Kindern und Jugendlichen einschließt.

Ebenso wenig wird beispielsweise bei den Wirkfaktoren von Grawe zwischen Wirkfaktoren bei Kindern und Jugendlichen und Wirkfaktoren bei Erwachsenen unterschieden.

Der „nicht zwingende Schluss“ berührt das o.a. Problem der Repräsentativität: Auch hier wäre einzuwenden, dass der Schluss von 15-Jährigen auf 4-Jährige, oder von 25-Jährigen auf 65-Jährige mit ihren je unterschiedlichen Lebens- und damit Störungsumständen wohl nicht weniger gewagt ist. Zudem sind viele weitere Unterteilungen einer Population denkbar (und teilweise auch sinnvoll). Wollte man allerdings für jede der so schnell entstehenden zwei oder dreistelligen Zahl an Subpopulationen die „Indikationsbreite“ mit jeweils mehreren RCT-Studien nachweisen, so würde die Fragwürdigkeit der Vorgehensweise nur allzu offenbar.

Inhaltlich-fachliche Gründe sind somit nicht überzeugend. Auch eine rechtliche Grundlage ist nicht erkennbar: Die Approbation der PP, die Bestimmungen der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung (PsychTh-APrV) und auch die Psychotherapie-Richtlinien des G-BA erstrecken sich jeweils auf die Psychotherapie von Patienten aller Altersstufen.

Die Forderung, für beide Bereiche getrennt Studien vorzulegen, erhöhte aber jedenfalls auf einen Schlag die Anzahl zu erbringender Studien auf rund das Doppelte.

d) Verzahnung von WBP und G-BA

Eine weitere Veränderung in Struktur und Kontext der Antragstellung hat sich dadurch ergeben, dass eine zunehmend enge Kooperation und Verzahnung des WBP mit dem G-BA erfolgt ist. Gingen manche nach dem PsychThG davon aus, dass nach Prüfung und positiver Begutachtung durch den WBP eine Anerkennung durch den G-BA quasi automatisch oder zumindest in sehr kurzer Zeit erfolgen würde, so erwies sich das als Trugschluss. Stattdessen ist eine Doppelhürde der Anerkennung entstanden, die mit den „unterschiedlichen Aufgaben bzw. Fragestellungen“ von WBP und G-BA begründet wird. De facto werden aber dieselben Studien nach denselben Kriterien geprüft. Daher schien es sinnvoll, dass dann tatsächlich der WBP sich hinsichtlich der Literatursuche, der Kriterien im Methodenpapier etc. mit dem G-BA abstimmt.

Am Fall der Systemischen Therapie zeigt sich aber, dass trotz der jahrelangen und überaus sorgfältigen Prüfung durch den WBP nach dessen „Anerkennung“ bereits vier Jahre ins Land gegangen sind, ohne dass der G-BA bisher offiziell das Prüfverfahren eröffnet hätte.

Am Beispiel der zeitlich früher bereits erfolgten „wissenschaftlichen Anerkennung“ der Gesprächspsychotherapie durch den WBP und der damit gegebenen Möglichkeit, prinzipiell zur Approbation auszubilden, zeigte sich allerdings, dass real WBP und G-BA nicht nur in ihren Prüfkriterien sondern vor allem in der praktischen Bedeutung ein gemeinsames Regelwerk der Anerkennung geschaffen haben, bei dem die „wissenschaftlichen Anerkennung“ *allein* wenig nutzt: Für die Ausbildung der PiAs stehen keine Patienten zu Lasten des GKV-

Systems zur Verfügung – weil es sich ja (noch) nicht um ein Richtlinienverfahren handelt. Wie beispielsweise an dem mit großer Zuversicht begonnenen Ausbildungsstudiengang „Gesprächspsychotherapie“ an der Universität Hamburg deutlich wurde, muss der Versuch als weitgehend gescheitert angesehen werden, weil für viele unklar und unsicher war, in welchem Zeitraum sie genügend selbstzahlende Patienten rekrutieren würden. Die meisten wechselten daher in die Ausbildung der Richtlinienverfahren. Dies belegt die praktische Relevanz der Verzahnung von WBP und G-BA im Gesamtregelwerk einer „Anerkennung“ in der BRD.

e) Weitere Veränderungen

Nimmt man noch weitere Einführungen der letzten Jahre hinzu – wie die Einführung eines „Schwellenkriteriums“ und die Forderung nach hinreichender „Verfahrensbreite“, so wird deutlich, dass viele „kleinere“ Verfahren (alter Art), die sich anfangs vielleicht noch Hoffnung gemacht hatten, als solche zugelassen zu werden, mit dem sich so entwickelten neuen „Verfahrensbegriff“, wie er im Methodenpapier seit 2008 festgelegt wurde, keine Chance haben, in der BRD als Verfahren am Ausbildungssystem teilzuhaben. Nach menschlichem Ermessen sind nach den Anforderungen des „Methodenpapiers“ des WBP somit nur noch die vier großen Cluster - Psychodynamische-, Verhaltens-, Systemische sowie Humanistische Psychotherapie – in der Lage, ein „Verfahren“ sein zu können.

Die bei der Gestaltung des deutschen Psychotherapeutengesetzes (PsychTh 1999) noch heiß debattierte Frage, welche Verfahren zur Ausbildung, Approbation und fürs GKV-System zugelassen werden, erübrigt sich damit definitorisch-strukturell.

Dies hat auch der G-BA im Zuge der Ablehnung der sozialrechtlichen Zulassung der „Gesprächspsychotherapie“ nochmals deutlich gemacht, indem der G-BA seiner Prüfung der „Gesprächspsychotherapie“ gar nicht jene Gesprächspsychotherapie zugrunde legte, wie sie in Lehrbüchern, in Universitätskursen und Ausbildungen in Deutschland vermittelt und in der Praxis durchgeführt wird, sondern eine von ihm selbst definierte „Gesprächspsychotherapie“ – welche dem Stand der Gesprächspsychotherapie vor 1950 entspricht. Der G-BA stellte somit klar, dass er nur „Verfahren“ ohne jede Weiterentwicklung prüft.

Positiv gewendet bedeutet dies aber auch, dass die Anerkennung der Ansätze der Humanistischen Psychotherapie in der BRD nur im Rahmen einer umfassenden „Humanistischen Psychotherapie“ möglich werden. Als sich beim Antrag der Gestalttherapie an den WPB dann noch zeigte, dass auch dort die Abgrenzung von Studien Probleme bereite – etwa die Zuordnung der Greenberg – Studien – wurde deutlich, dass die längst fällige Anpassung der Ansätze der Humanistischen Psychotherapie an die Bedingungen der BRD unabdingbar geworden ist.

0.3. EIN Verfahren „Humanistische Psychotherapie“ als notwendige Anpassung an diese geschaffenen Bedingungen in der BRD

Unter den oben ausführlich beschriebenen Rahmenbedingungen macht es nun wenig Sinn, die historische Diversifikation in kleinere „Richtungen“, „Ansätze“, oder auch „Verfahren“ (engl. „Approaches“) nomenklatorisch mit dem gleichzusetzen, was inzwischen in der gemeinsamen Abstimmung von WBP und G-BA als Definitionen für „*Psychotherapie-Verfahren, -Methoden und -Techniken*“ festgelegt wurde. Die damit verbundene Forderung, eine große Verfahrensbreite nachzuweisen – als Ideal sogar über das gesamte Spektrum der ICD-Diagnosen psychischer Störungen – geht in dieselbe Richtung: Es macht nur noch Sinn, große und umfassende Verfahren zu konzipieren. Das jedenfalls ist die notwendige Konsequenz aus den in der BRD geschaffenen Rahmenbedingungen. Egal, wie man dazu stehen mag: Dies ist die Faktizität, von der ausgegangen werden muss.

Die drei Verfahren *Psychodynamische Psychotherapie*, *Verhaltenstherapie* und *Systemische Therapie* haben entsprechende Anpassungsleistungen an diese gesundheitspolitische Struktur vollzogen. So wurden beispielsweise die in Lehrwerken klar unterscheidbare „Psychoanalyse“ nach Freud, „Individualpsychologie“ nach Adler oder die „Analytische Psychologie“ nach C.G. Jung und ihre entsprechenden Fachgesellschaften¹⁰ nicht nur zu (Teil-)Vorgehensweisen innerhalb der Psychoanalyse. Sondern die Psychoanalyse selbst wurde zu einer der Methoden der *Psychodynamischen Psychotherapie* – neben 20 weiteren explizit aufgezählten Methoden der *Psychodynamischen Psychotherapie* und „*einer Reihe spezialisierter psychodynamischer Psychotherapiemethoden, die für die unter 3. beschriebenen psychischen Störungen weiterentwickelt und optimiert wurden*“ (Quelle: BPTK, 2009a S. 9f.)

Ebenso hat das Verfahren *Verhaltenstherapie* diese Passung zu den Rahmenbedingungen längst vollzogen. Auch neuere Ansätze wie die *Schematherapie* nach Young oder die *dialektisch-behaviorale Therapie* (DBT) nach Linehan – die beide in den USA und international „selbstverständlich“ jeweils als eigene „approaches“, klar abgegrenzt gegenüber anderen, auftreten – wurden eben in Deutschland sinnvollerweise nun nicht als eigenständige Verfahren, sondern als Methoden bzw. Techniken unter dem einen Verfahren *Verhaltenstherapie* subsumiert (vgl. BPTK, 2009c - wo für die VT insgesamt über 50 Techniken benannt werden, gruppiert in 6 Clustern, die man als „Methoden“ verstehen könnte, zumal der Nennung der „**Techniken**“ der Satz vorangeht „Bei der Verhaltenstherapie handelt es sich nicht um ein homogenes Verfahren, sondern um eine *Gruppe von Interventionsmethoden...*“ S.5 bzw. „Die im Rahmen verhaltenstherapeutischer Behandlungsmethoden angewandten **Techniken** sollen an dieser Stelle nur kurz benannt... werden“ (S. 6), Hervorhebung J.K. - vgl. auch Tab. 1).

Letztlich stand auch bei der Erörterung und Anerkennung der *Systemischen Therapie* durch den WBP im Dezember 2008 bereits der neue Verfahrensbegriff im Zentrum. Auch hier wurden unterscheidbare systemtherapeutische Richtungen (etwa die strukturelle-, die ent-

¹⁰ „Die DGPT ist das berufspolitische Dach von vier weiteren psychoanalytischen Fachgesellschaften: der Deutschen Psychoanalytischen Gesellschaft (DPG), der Deutschen Psychoanalytischen Vereinigung (DPV), der Deutschen Gesellschaft für Analytische Psychologie (DGAP) und der Deutschen Gesellschaft für Individualpsychologie (DGIP)“ (siehe www.dgpt.de)

wicklungsorientierte-, die strategische- oder die narrative Therapie) sinnvollerweise *einem* Verfahren zugeordnet.

Lediglich eine „*Humanistische Psychotherapie*“ hat sich in Deutschland als Verfahren in diesem Sinne bisher nicht konstituiert. Ein historischer Grund für diese Verzögerung liegt sicherlich mit darin, dass bereits vor Gründung des WBP ein zentraler Ansatz, „Gesprächspsychotherapie“, als „Verfahren“ (im alten Sinne) zur Anerkennung angetreten war. Dies machte damals Sinn, weil sich die Kriterien und nomenklatorischen Definitionen, was überhaupt unter einem Verfahren zu verstehen sei, erst im Laufe der nächsten Jahre in der Arbeit des WBP herauschälten, wie oben gezeigt wurde. Andere Verfahren (im alten Sinne) der Humanistischen Psychotherapie – wie etwa die Gestalttherapie oder die Körperpsychotherapie – warteten verständlicherweise erst einmal die Entwicklung der Kriterien ab bzw. – wie die Psychodramatherapie – scheiterten bereits 2000 daran, dass sie gar kein eigenständiges Verfahren (im neuen umfassenden Sinne) seien und somit natürlich auch nicht die Kriterien erfüllen konnten. Auch wenn der WBP damals am Ende seines Gutachtens zur Psychodramatherapie schrieb:

*Die Vertreter der Psychodramatherapie sollten dazu ermutigt werden, die zahlreichen gruppentherapeutischen Erfahrungen wissenschaftlich adäquat zu beschreiben, damit grundlegende Voraussetzungen für eine Anerkennung gegeben sein können.*¹¹

war es sinnvoll, dass dieser Ansatz angesichts der Entwicklung der Kriterien gewartet hat. Er hat sich damit einen sehr großen Aufwand an nutzlos investierter Arbeit und Geld erspart. Denn an dem inzwischen geschaffenen Regelwerk zur Zulassung durch den WBP und den G-BA muss jedes Psychotherapieverfahren (im alten Sinne) scheitern, wie oben zu zeigen versucht wurde.

Es sei aber nochmals betont, dass dies genauso auch für jedes Verfahren (im alten Sinne) der Verhaltenstherapie und erst recht für jedes Verfahren (im alten Sinne) der Psychodynamischen Psychotherapie gilt. Es ist den Vertretern der Psychoanalyse in der BRD gewiss nicht leicht gefallen, diese nicht mehr als Verfahren (im neuen Sinne) zu sehen, sondern nur noch als eine Methode unter über zwanzig weiteren Methoden der Psychodynamischen Psychotherapie.

Ebenso notwendig ist es für die Ansätze, Verfahren, Methoden, Approaches – oder wie immer die Bezeichnungen (analog zu den vielen Verfahren der Richtlinien-therapie) in Lehrbüchern, international, oder auf den Homepages der Institute lauten mögen – sich im Sinne dieses Anerkennungsregelwerkes als eine *Humanistische Psychotherapie* einzubringen. Denn wie unten in den weiteren betreffenden Punkten noch gezeigt wird, ist die theoretische und konzeptionelle Geschlossenheit der Humanistischen Psychotherapie keineswegs geringer als die der drei anderen Verfahren (neuer Terminologie).

Das geht bis zu den konkreten Vorgehensweisen und deren Praxis sowie Erforschung im Rahmen von Psychotherapiestudien. Ein Beispiel hierfür ist die bereits erwähnte „Emotionsfokussierte Therapie“ des Kanadiers Leslie Greenberg: Seine Vorgehensweisen sind sowohl Bestandteil der „Gesprächspsychotherapie“ als auch der „Gestalttherapie“ (zumal beide letzt-

¹¹ (Quelle: WBP <http://www.wbpsychotherapie.de/page.asp?his=0.1.17.67.68> (19.8.2012))

genannten Richtungen wiederum eine ihrer gemeinsamen theoretischen Wurzeln in der Gestalttheorie der Berliner Schule haben – besonders in dem organismischen Konzept der „Aktualisierungstendenz“ des ehemals Frankfurter und dann nach New York emigrierten Physiologen und Psychologen Kurt Goldstein). Der WBP hatte bei der Anerkennung der „Gesprächspsychotherapie“ folgerichtig einige Wirksamkeitsstudien Greenbergs diesem Ansatz zugerechnet. Genauso folgerichtig würde aber auch die „Gestalttherapie“ Greenbergs Studien für sich reklamieren. Im Rahmen einer Humanistischen Psychotherapie erledigt sich dieses Zuordnungsproblem.

Wenn man somit konsequent ausschließlich die umfassenden, mit großer Indikationsbreite versehenen, „Verfahren“ (gemäß WBP-Methodenpapier bzw. dem konzertierten WBP – G-BA Regelwerk für deutsche Richtlinienverfahren) in der BRD ermöglicht, sollte zumindest die gesundheitspolitische Struktur der Psychotherapie in Deutschland mit der international durchgängig zu findenden Struktur in Übereinstimmung zu bringen, in der die vier Richtungen bzw. Grundorientierungen *Psychodynamische Psychotherapie*, *Verhaltenstherapie*, *Systemische Therapie* und *Humanistische Psychotherapie* praktisch durchgängig zu finden ist. Sowohl die internationalen Fachdiskurse als auch die deutschen Lehrbücher zeigen nämlich, dass man überwiegend auf diese Vierer-Einteilung stößt, wenn man von (umfassenden) Verfahren spricht - beispielsweise in den vier Bänden „Psychotherapeutische Verfahren“ (Revenstorf, 1982a, 1982b, 1983, 1985) Kriz (1985: 1. Aufl., 2007: 6. Aufl.), Senf und Broda (4. Aufl.: 2007, 5. Aufl. 2011) oder auch in der Zeitschrift Psychotherapie im Dialog (PiD) – um nur wenige Belege anzuführen.

Auch die APA teilt die “Approaches to psychotherapy into five broad categories” nämlich *Psychoanalysis and psychodynamic therapies*, *Behavior therapy*, *Cognitive therapy*, *Humanistic therapy* und *Integrative or holistic therapy*.¹²

Die Struktur stimmt also durchaus – mit angelsächsischen Besonderheiten – der o.a. vierer-Einteilung überein.¹³

Wichtig erscheint der AGHPT, an dieser Stelle auch nochmals den Kontext der Zurechenbarkeit von Wirksamkeitsstudien zu klären. Wie Diskussionen gezeigt haben, ist auch diese

¹² Quelle: <http://www.apa.org/topics/therapy/psychotherapy-approaches.aspx> (19.8.2012)

¹³ Dabei fällt auf, dass – im angelsächsischen Raum typisch – *Verhaltenstherapie* und *Kognitive Verhaltenstherapie* als 2 Gruppen gesehen werden und eine weitere Kategorie „*Integrative or holistic therapy*“ in der Clusterung auftaucht – allerdings mit denselben Gründen, die wir oben ebenfalls diskutierten, nämlich: „*Many therapists don't tie themselves to any one approach. Instead, they blend elements from different approaches and tailor their treatment according to each client's needs.*“ (ebenda). Ferner mag auffallen, dass “Systemische Therapie” in diesen Kategorien nicht vorhanden ist – was aber daran liegt, dass diese in den USA eher als „Family Therapy“ mit einer Frage des Settings vermischt ist. Die Kategorien auf der APA-Homepage werden mit „Adapted from the *Encyclopedia of Psychology*“ angegeben (Hrsg. Alan E. Kazdin) – und sieht man dort nach, gibt es immerhin 4 Kapitel zur „Systemischen Therapie“, wie sie vom WBP definiert wurde nämlich: Family Psychology: History of the Field (*Howard A. Liddle*), Family Psychology: Theories of Family Dynamics (*H. Russell Searight*), Family Psychology: Assessments and Interventions handelt, die auch wesentliche Studien für die Bewertung des WBP beigesteuert haben. (*Howard A. Liddle*) und Family Therapy (*A. Gurman*) – wobei es sich eben insbesondere um die Psychotherapieforscher handelt, die auch wesentliche Studien für die Bewertung des WBP beigesteuert haben.

Frage anfällig für Missverständnisse. Es sei daher aus einer Darstellung dieses Problems im Psychotherapeutenjournal 2011 zitiert:¹⁴

„Vorteil für die Profession und die Patienten ist die größere Indikations- bzw. Verfahrensbreite eines Verfahrens „Humanistische Psychotherapie“: Aus Sicht des heute weitgehend akzeptierten Passungsmodells von Orinsky und Howard (1987) können unterschiedliche Humanistische Psychotherapeuten bei unterschiedlichen Patienten mit unterschiedlichen Störungen und in unterschiedlichen Situationen differenziell über ein größeres Vorgehensspektrum verfügen, je umfangreicher der Ansatz ist (das genau war auch die o. a. Kritik von Hofmann und von Grawe und ist z. B. auch die Intention der modernen Verhaltenstherapie). Aus dem Spektrum der Vorgehensweisen einer „Humanistische Psychotherapie“ kann unter der einen Passung z. B. ein körperorientiertes, bei einer anderen ein existenzanalytisches und bei einer dritten ein gestalttherapeutisches Arbeiten angesagt sein.

Hier freilich könnte der kritische Einwand kommen – den ich in der Tat bei der Diskussion mit Fachkollegen auch als erste Reaktion bisweilen gehört habe: Kann denn eine Wirksamkeitsstudie z. B. zur „Gesprächspsychotherapie“ als Wirksamkeitsnachweis auch für z. B. „Psychodrama“ gelten – und vice versa?

Diese Reaktion zeigt m. E., wie schwer wir uns in der Tat mit dem oben diskutierten Verfahrensbegriff tun: Denn man kann die Frage nur mit einem klaren „nein!“ beantworten. Allerdings kann, ganz analog, eine Wirksamkeitsstudie zur Psychoanalyse nach Freud auch nicht als Wirksamkeitsnachweis für Psychoanalyse nach Jung gelten – und vice versa. Ebenso wenig kann eine Wirksamkeitsstudie zur operanten Konditionierung als Wirksamkeitsnachweis für Methoden des Modelllernens oder für die Youngsche Schematherapie gelten – und vice versa.

Dies macht deutlich, dass die Frage auf einer Vermischung von „altem“ und „neuem“ Verfahrensbegriff beruht: Der Sinn des „neuen“, umfassenden Verfahrensbegriffs liegt genau darin, dass die zuletzt genannten Wirksamkeitsstudien eben nicht für irgendeine „Untervorgehensweise“ als Nachweis gelten, sondern für „die Psychodynamische Therapie“ bzw. für „die Verhaltenstherapie“. Ebenso würden entsprechende Wirksamkeitsstudien für „die Humanistische Psychotherapie“ gelten.

Freilich setzt eine solche Logik – die aber genau den bisher anerkannten Verfahren zugrunde liegt – voraus, dass entsprechend ausgebildete Psychotherapeuten auch tatsächlich über dieses Interventionspektrum ihres Verfahrens verfügen. Selbstverständlich werden daher auch entsprechende Ausbildungsprogramme einer „Humanistische Psychotherapie“ dies zumindest so sicherzustellen, wie dies in den drei anderen Verfahren gewährleistet ist.

0.4. Zusammenfassung der Begründung für EIN Verfahren

- Die AGHPT ist gehalten, bei ihrem Antrag zur „Begutachtung der wissenschaftlichen Anerkennung von Psychotherapieverfahren“ das „Methodenpapier“ des WBP – in der Fassung 2.8 vom 10. Dezember 2010 – zugrunde zu legen.
- Die Entwicklung zu diesem Methodenpapier – in Verschränkung mit den Regeln des G-BA und Aspekten wie „Schwellenkriterium“ oder „Verfahrensbreite“ - hat zur Folge, dass überhaupt nur die vier großen psychotherapeutischen Cluster - Psychodynamische Psychotherapie, Verhaltenstherapie, Systemische Therapie sowie Humanistische Psychotherapie – in der Lage sind, jeweils ein „Verfahren“ gemäß diesem Methodenpapier sein zu können, das letztlich den in der BRD notwendigen Status eines RL-Verfahrens erlangen kann.

¹⁴ Kriz, J.: „Humanistische Psychotherapie“ als Verfahren. *Psychotherapeutenjournal* 4/2011,332-338

- Psychodynamische Psychotherapie, Verhaltenstherapie und Systemische Therapie haben entsprechende Adaptationsleistungen vollzogen. Gleiches gilt nun für die Humanistische Psychotherapie.
- Der Begriff „Verfahren“ im Methodenpapier des WBP (und analog „Richtlinienverfahren beim G-BA) umfasst viele „Methoden“ die in der deutschen und internationalen Literatur mit unterschiedlichen Begriffen belegt waren und sind – neben „Methode“ findet man „Ansatz“, „Approach“, aber eben auch „Verfahren“ (selbst in offiziellen aktuellen Papieren der BPTK oder des G-BA). Dies liegt einerseits an der historischen Gewordenheit vieler dieser Ansätze, zum anderen daran, dass diese Unterscheidungen im internationalen Diskurs keine Rolle spielen.
- Dass die „Methoden“ eines „Psychotherapieverfahrens“ (laut Methodenpapier) historisch, sowie im Internet, in eigenen Lehrbüchern, mit spezifischen Instituten und Verbänden, etc. auftreten gilt für die Humanistische Psychotherapie nicht mehr oder weniger als für Psychodynamische Psychotherapie, die Verhaltenstherapie oder die Systemische Therapie
- Die inhaltlich-konzeptionelle und theoretische Einheit der Humanistischen Psychotherapie ist keineswegs geringer als die der Psychodynamischen Psychotherapie oder der Verhaltenstherapie.
- Auch die Frage der Zurechenbarkeit von Studien gestaltet sich für die Humanistische Psychotherapie nicht anders als für die Richtlinienverfahren.

1. Bezeichnung des zu überprüfenden Psychotherapieverfahrens sowie Angaben dazu, ob es sich nach dem eigenen Selbstverständnis um ein Psychotherapieverfahren oder eine Psychotherapiemethode handelt.

Beantragt wird (Gemäß „Methodenpapier 2.8.“ des WBP) die „Beurteilung der wissenschaftlichen Anerkennung des Verfahrens „**Humanistische Psychotherapie**“

2. Beschreibung des Psychotherapieverfahrens - der Behandlungsstrategie bzw. der Methoden, die dem Psychotherapieverfahren zugeordnet sind, einschließlich der zu erzielenden Effekte und ihrer Indikationskriterien.

Die Ausführungen zu diesem Punkt werden gegliedert in

- 2.1 einen Abriss der Ursprünge, Grundlagen und Strömungen der Humanistischen Psychotherapie
- 2.2 die eigentliche Definition des Verfahrens „Humanistischen Psychotherapie“
- 2.3. Methoden, die dem Verfahrens Humanistische Psychotherapie zuzuordnen sind
- 2.4. Die Methoden und die Einheit der Humanistische Psychotherapie

2.1 Abriss der Ursprünge, Grundlagen und Strömungen der Humanistischen Psychotherapie

Ein Blick auf die Wurzeln der Humanistischen Psychotherapie (HP) zeigt die große theoretische Gemeinsamkeit der in unterschiedlichen Verbänden diversifizierten Teilströmungen (vergleichbar der Psychoanalyse bzw. der Psychodynamischen Psychotherapie). Oft wird in der Literatur die Gründung der „Gesellschaft für Humanistische Psychologie“, 1962 in den USA (u.a. von Ch. Bühler, A. Maslow und C. Rogers) als zentraler Ursprung auch der Humanistischen Psychotherapie benannt - was ggf. *organisatorisch* stimmen mag. Wirklich wesentlich sind allerdings die Verwobenheiten, die deutlich weiter zurück liegen und zunächst auf zwei Richtungen zurückgehen:

- i) Einerseits die experimentell (und zunächst gar nicht therapeutisch) ausgerichtete Schule der Berliner Gestaltpsychologie (u. a. Wertheimer, Koffka, Köhler) die insbesondere durch den Frankfurter Psychiater und Physiologen Kurt Goldstein und seine „Selbstaktualisierungstendenz“ ein für die HP wesentliches Konzept in den ersten drei Jahrzehnten des 20. Jahrhunderts entwickelte. Mit K. Bühler war diese Richtung auch mit den Wiener Psychoanalytischen Diskursen verbunden.

Dass die Gestalttheorie aber nicht nur eine theoretische und experimentell-allgemeinpsychologische Basis späterer Konzepte der HP darstellt, sondern auch einen anderen Zugang im Verständnis des Umgangs mit Menschen und der Förderung ihrer Fähigkeiten darstellt (eben Förderung der Selbstregulations-Kompetenzen im Rahmen der Möglichkeiten), lässt sich an folgender Begebenheit schon aus den Anfängen verdeutlichen (nach Stemberger 2001): Um 1906 forschte Max Wertheimer, späterer Begründer der Berliner Gestaltpsychologie-Schule, an der Wiener Neuro-Psychiatrischen Klinik. Deren Direktor, Wagner-Jauregg, beauftragte ihn damit, herauszufinden, ob bestimmte Patienten, es handelte sich um z.T. taubstumme Kinder, schwachsinnig waren.

Wertheimer überprüfte das nicht mit den damals üblichen Tests, sondern indem er den Kindern bestimmte Aufgaben stellte und ihnen für die Lösung dieser Aufgaben möglichst gute Rahmenbedingungen zu schaffen suchte (Luchins u. Luchins, 1982). Die Fähigkeiten eines Menschen auf einem bestimmten Gebiet wurden hier also in einer sehr

untypischen Weise getestet: untersucht wurden jene Bedingungen, unter denen sich diese Fähigkeiten entfalten bzw. bei deren Fehlen sie sich nicht entfalten können. Der Mensch wird somit nicht als Ansammlung fester, unveränderlicher Teileigenschaften oder psychischer Funktionseinheiten verstanden, die in immer gleicher, festgelegter Weise auf einen äußeren Reiz bzw. auf eine bestimmte Anforderung reagieren. Prototypisch kommt in Wertheimers Vorgehen bereits die für humanistische Ansätze grundlegende Überzeugung zum Ausdruck, dass dem Menschen die Fähigkeit zu geordnetem, der Situation angemessenem Erleben und Verhalten innewohnt, wie gestört und verschüttet diese Fähigkeit in bestimmten Situationen und Konstellationen auch sein mag. Und dass es folglich darauf ankommt, sich mit den Bedingungen zu befassen, die zu schaffen wären, um diese Fähigkeit freizulegen (was, um Fehldeutungen zu vermeiden, immer im Rahmen genetischer, biographischer sowie sozial-ökologischer und materieller Bedingungen meint und nicht etwa eine beliebige „Reversibilität“ aller Störungen postuliert) .

- ii) Die zweite zentrale Verbindung in den Anfängen bestand zum o.a. Wiener Psychoanalytischen Diskurs, der zunächst in Gemeinsamkeit innerhalb der Mittwochsgesellschaft, dann eher in der Kontroverse zwischen Adler und Freud stattfand (C.G. Jung war später weitgehend in der Schweiz), später auch mit W. Reich, J. Moreno, auf den die psychodramatischen Methoden und die Betonung von „Begegnung“ sowie das Setting der Gruppentherapie in der HP zurückgehen, arbeitete vor seiner Übersiedlung in die USA mit A. Adler zusammen – ebenso wie V. Frankl, Begründer der Logotherapie und Existenzanalyse, dessen Schüler A. Längle mit der phänomenologischen Weiterentwicklung der Existenzanalyse und der Entwicklung der „Personalen Existenzanalyse“ diesen Ansatz zu einer psychotherapeutischen Methode der HP ausbaute. F. Perls, Begründer der Gestalttherapie, von K. Horney und W. Reich zum Analytiker ausgebildet, ging nach Frankfurt zu Goldstein (wo er auch seine Frau, L. Perls, eine promovierte Gestaltpsychologin, kennenlernte). Goldstein selbst emigrierte in die USA, wo er an der Columbia University wirkte, an der auch C. Rogers arbeitete, der Begründer der (deutsch:) Gesprächspsychotherapie, für welche die „Selbstaktualisierungstendenz“ im Sinne Goldsteins das zentrale theoretische Konzept darstellt. Die körperpsychotherapeutischen Methoden der HP sind wesentlich auf W. Reich (und dessen Schüler A. Lowen) zurückzuführen, der in die o. a. Wiener Psychoanalytischen Diskurse zwischen 1918-30 intensiv involviert war (eine zweite Traditionslinie der körperpsychotherapeutischen Methoden geht allerdings auf E. Gindler zurück). Letztlich haben auch die transaktionsanalytischen Methoden der HP unmittelbare Wurzeln in diesen persönlichen Verflochtenheiten, da ihr Gründer, E. Berne, bei P. Federn und E. Erikson zum Analytiker ausgebildet wurde, seine Methoden aber mit einem eher psychoedukativen Fokus in die HP einbrachte und nicht zur Weiterentwicklung innerhalb der Psychodynamischen Psychotherapie beitrug.

Diese personellen Verflechtungen der Entwickler besonders markanter Methoden der HP – deren je unterschiedliche Fokussierungen auf Teilprozesse historisch zur Ausdifferenzierung in eigenen Fachgesellschaften führten – zeigen die Gemeinsamkeiten in den Wurzeln von Anbeginn. Diese Methoden, oder zumindest einige, hätten sich auch in stärkerer Nähe zur Psychoanalyse entwickeln können (ggf. als weitere Formen der dort vorhandenen Methoden und ihrer Fachgesellschaften). Dies ist aber nicht geschehen, weil diese Methoden einen anderen ideengeschichtlichen Hintergrund mit einem anderen Menschen- und Krankheitsbild

wählten und ihre Vorgehensweisen in einem gemeinsamen Paradigma ausdifferenzierten, welches als HP bezeichnet wird (was auch mit zentralen Essentials der o. a. „Humanistischen Psychologie“ übereinstimmt – und in sofern als eine klinisch-therapeutische Entwicklung der „Humanistischen Psychologie“ verstanden werden kann).

Während die Theorie der HP, besonders hinsichtlich ihrer behandlungsrelevanten Aspekte, ja gemäß den Vorgaben des „Methodenpapiers“ des WBP unter Punkt 4 referiert werden wird, sollen hier noch einige zentrale Aspekte, welche das Verfahren kennzeichnen, charakterisiert werden (schon deswegen, damit die in diesem Abschnitt vorgesehene Verfahrensdefinition, besser verständlich wird):

A) Ein wesentlicher Aspekt zum Verständnis der Humanistischen Therapie ist eine starke Verankerung zentraler Grundannahmen über das Menschenbild, Entwicklung oder Veränderung in philosophischen Grundpositionen. Besonders die Wurzeln der Existenzphilosophie, der Phänomenologie und des klassischen sowie französischen Humanismus sind hier bedeutsam. Die spezifisch verstandene existenzielle Freiheit lässt sich vielleicht an der Unterscheidung zwischen dem „Was,, und dem „Wie,, deutlich machen (nach Heidegger):¹⁵ Üblicherweise kennzeichnen wir etwas in der Welt durch eine Ansammlung von einzelnen Entitäten. Mit dieser Beschreibung des „Was,, klassifizieren wir etwas z.B. als „Haus,, oder „Baum,,. Beim Menschen ist das Wesentliche aber nicht seine Zugehörigkeit zu einer Klasse, sein „was,, er ist, sondern die Art und Weise, wie er sich und seine Existenz selbst in dieser Welt versteht, wie er sich zur Welt, zu sich selbst und zu seinen Möglichkeiten verhält. Indem der Mensch nicht (nur) als ein Beispiel für die Spezies „Mensch“ verstanden wird, machen ihn die unterschiedlichen Weisen, er selbst sein zu können, kategoriell frei. Existenz ist somit etwas, das erst verwirklicht werden soll. Deswegen kann z.B. ein Querschnittsgelähmter mit mäßigen finanziellen Ressourcen durchaus zufrieden und sinnerfüllt leben, während jemand mit „gesunden Gliedern“ und großem materiellem Reichtum durchaus unglücklich sein, Mangel empfinden und unter Sinnlosigkeit leiden kann.

Betont man diese Perspektive, so muss der Mensch wesentlich vor allem von „innen her“, autonom, in seiner Zeitlichkeit und Endlichkeit begriffen werden. Der existenziell gelebte und erfahrene Augenblick gewinnt zentrale Bedeutung: Nicht das, was der Mensch ist, sondern das, wozu er sich jeweils macht, ist sein Wesen. Er ist, wie Sartre sagt, „zur Freiheit verdammt“, er selbst oder nicht er selbst zu sein und zu werden. Durch diese Verantwortung und den Entscheidungsspielraum werden gleichzeitig aber auch Autonomie, Identität und menschliche Würde möglich. Besonders die phänomenologische Position betont das erfahrende Subjekt mit seinen sinnlichen Möglichkeiten, seiner Intentionalität und seinen Verstehensprozessen. So hob Husserl hervor, dass alle Erfahrung von Gegenständen letztlich auf Selbsterfahrung aufbaut – eine Sichtweise, die das Ernstnehmen der subjektiven Realität eines Patienten unterstützt. Die übliche Subjekt-Objekt-Trennung wird dabei zumindest soweit überwunden, als mit der „Lebens-

¹⁵ Es geht in diesem kurzen Abschnitt nicht darum, diese philosophischen Grundpositionen in 2 Absätzen darstellen zu wollen, sondern darum, die Essentials der Humanistischen Psychotherapie mit Verweis auf die entsprechenden philosophischen Diskurse, von denen sie beeinflusst wurden, grob zu skizzieren.

welt“ als Grundlage menschlicher Erfahrung zentrale Aspekte des Lebens nicht in objektiviert-meßbarer sondern in sinnhaft-eigenwertiger Weise beachtet werden: Lebenszeit und Lebensgeschichte, Sprache mit ihrer kommunikations- und traditionsbegründenden Funktion sowie Leiblichkeit und Geschlechtlichkeit als Voraussetzungen sinn erfüllten Lebens stehen im Zentrum der Betrachtung (Vetter u. Sluneko, 2000). Von besonderer Bedeutung ist auch die Ich-Du-Beziehung als „Begegnung“ (speziell bei Buber 1923). In einer solchen Begegnung soll jeder die Möglichkeit haben, sich selbst tiefer zu finden, ohne vom anderen in irgendeiner Weise manipuliert zu werden – die Partner sind dann wechselseitig Katalysatoren zum Wachsen in Freiheit.

- B) Die oben genannte Gestalttheorie im 2. und 3. Jahrzehnt des 20. Jahrhunderts hatte eine stark experimentelle Ausrichtung, war aber nur am Rande therapeutisch aktiv. Als dann Ende der 1940er tatsächlich in größerem Umfang HP einsetzte, war diese ebenfalls sehr stark empirisch- experimentell ausgerichtet – und zwar durch Rogers Ansatz, der später „client centered therapy“ hieß. Es muss allerdings zugegeben werden, dass diese enge Verbindung zum empirisch-experimentellen Ansatz keineswegs für alle Ansätze, die in die HP einfließen, so typisch war. Und in den USA haben selbst einige Vertreter des cct um die 70er Jahre in „Flower-Power“-Unterströmungen ihre eigenen Wurzeln ignoriert und eine eher forschungsabstinente oder gar -feindliche Position eingenommen (was allerdings in der BRD nicht der Fall war, da dieser Ansatz Ende der 1960 Jahre vor allem an den Universitäten eingeführt wurde und mit starkem Forschungsaufkommen verbunden war – wenn auch eher mit differenzierter Prozessforschung zur Wirkweise als dem wiederholten Nachweis der Wirksamkeit). Viele andere Ansätze früher HP gingen eher mit dem Forschungsparadigma damaliger Psychodynamischer Psychotherapien konform und konzentrierten sich auf ausführliche Falldarstellungen und deren genaue Analyse zum Zwecke der Weiterentwicklung ihrer Interventionen.

Dennoch sei gerade im Kontext dieses Antrags an den WBP betont, dass viele Errungenschaften moderner Psychotherapieforschung von Rogers im Rahmen seines Ansatzes der HP eingeführt wurden,– wie Therapie-Mitschnitte auf Tonträger, Kontrollgruppen- und Wartegruppen-Designs, korrelative Prozessanalysen, umfangreiche Verwendung psychologischer Diagnostik und üblicher Testbatterien für die Outcome- und Prozessforschung etc. Dementsprechend wurde bereits 1950 im Jahrbuch der Encyclopedia Britannica Rogers Forschung wie folgt gekennzeichnet: „*These first efforts of Rogers to subject his methods of non-directive therapy to scientific test constituted a landmark for clinical psychology.*“ Als Rogers 1956 gemeinsam mit dem Gestaltpsychologen Wolfgang Köhler sowie Kenneth Spence den ersten Wissenschaftspreis („Distinguished Scientific Contribution Award“) der „American Psychological Association (APA)“ zugesprochen bekam, wurden in der Begründung ebenfalls besonders seine Leistungen im Bereich der Entwicklung wissenschaftlich-empirischer Forschungsmethodik klinischer Prozesse hervorgehoben.

- C) Die zentralen psychologische Wurzeln der HP - die o.a. Gestalttheorie mit ihrem zentralen Konzept der „Aktualisierungstendenz“ - sind *Feldtheorien*. In diesen geht es um eine ganzheitliche Dynamik und nicht um statische Anordnungen. Relativiert sind auch klassisch mechanistische Ursache-Wirkungs-Zusammenhänge, wie sie den natur-

wissenschaftlichen Modellen bis Ende des 19. Jahrhunderts zugrunde lagen, und damit auch die Vorstellungen mancher therapeutischer Ansätze beeinflussten.

Im Gegensatz zur „Elemente-Psychologie“, die von der Annahme ausgeht, dass psychische Phänomene aus (isoliert untersuchbaren) einzelnen Elementen zusammengesetzt sind, betont die Gestaltpsychologie, dass beim Wahrnehmen, beim Denken, bei Willenshandlungen und bei Bewegungsabläufen eine ganzheitliche Organisation nach übergreifenden Gestaltgesetzlichkeiten und dynamischen Gerichtetheiten stattfindet. Gestalten sind insbesondere transponierbar (z.B. eine Melodie, die in anderer Tonhöhe, von einem anderen Instrument, in anderem Rhythmus etc. gespielt werden kann) und heben sich vor einem Hintergrund als tendenziell geschlossene, in sich gegliederte Ganzheiten ab (Figur-Grund-Unterscheidung). Gestalten sind weder dadurch charakterisiert, dass zu den Elementen etwas „hinzu kommt“, (das Ganze ist keineswegs „mehr als die Summe der Teile“, sondern *etwas anderes* !) noch, dass Elementeeigenschaften durch die Gestalt stets zum Verschwinden gebracht würden. Vielmehr erhalten Elemente eine neue Funktion und Bedeutung: Der „Leitton“, einer Melodie wird z.B. nur im Rahmen dieser Gestalt so empfunden und ist nicht etwa eine Eigenschaft des Tones (z.B. C') selbst.

Der Neurophysiologe und Psychiater Kurt Goldstein zeigte, dass die Gestaltgesetze nicht nur im Wahrnehmungsbereich gelten oder auf rein psychische Phänomene beschränkt sind. Vielmehr gelten Aspekte von Ganzheitlichkeit und Selbstregulation für den gesamten Organismus. Er wies z.B. nach, dass ein Organismus ein nicht mehr funktionstüchtiges Körperteil in einer ganzheitlichen Umorganisation der verbliebenen Teile kompensiert: Schneidet man einem Käfer eines oder mehrere seiner sechs Beine ab, so werden die übrigen spontan in einer neuartigen Weise erfolgreich zur Fortbewegung organisiert. Mit dieser „Tendenz zu geordnetem Verhalten“ erklärte er, warum ein Organismus auch dann oft weiter existieren kann, wenn er erhebliche Beeinträchtigungen erfahren musste. Auf der Basis weitreichender Erfahrungen mit hirnverletzten Soldaten aus dem 1. Weltkrieg stellte Goldstein die Tendenzen zur Selbstregulierung und zur Selbstaktualisierung heraus und verwies ähnlich wie auch Köhler auf die grundsätzliche Interdependenz psychischer und somatischer Prozesse.

Diese „Selbstaktualisierung“ ist sicherlich ein zentrales Konzept in der gesamten HP. Goldstein verstand darunter die selbstorganisierte Realisierung und Entfaltung inhärenter Potentiale. Der Organismus braucht für seine Ordnung also keinen externen „Organisator“, sondern in Relation zur Umwelt strebt der dynamische Prozess selbst zu einer angemessenen Ordnung, bei der die inneren Möglichkeiten und äußeren Gegebenheiten dynamisch zu einer ganzheitlichen Gestalt abgestimmt werden. Veränderung dieser dynamischen Ordnung wird von Goldstein beschrieben als eine Reorganisation einer alten Struktur („pattern“) zu einer neuen und effektiveren Struktur.

Diese Konzepte sind deshalb besonders bemerkenswert, weil man heute, im Lichte moderner naturwissenschaftlich fundierter Systemtheorie, die zentralen Annahmen in gleicher Weise formuliert. Hier finden sich natürlich heute auch Verbindungen vor allem zu Konzepten der Systemischen Therapie. Allerdings hebt diese – entsprechend der beim WBP 2006 vorgelegten Selbstbeschreibung – deutlich stärker auf das soziale System, dessen selbstorganisierenden Muster und deren dynamischer Verwobenheit mit Symptomen auch beim Einzelnen ab. Regulationsprozesse beim Einzelnen spielen keine so große Rolle in der Theorie. Im Kontrast dazu hat die HP lange die sozialen, kulturellen und auch die interpersonalen Muster unterbelichtet (mit Ausnahme der therapeutischen

Beziehung und der Mutter-Kind-Beziehung), dafür aber organismische und psychische Regulationsprozesse (sowie deren förderliche und hinderliche Bedingungen in der Therapeut-Klient-Beziehung) stark ins Zentrum gerückt.

Diesen Abschnitt abschließend sei noch die eher auch etwas praktisch ausgerichtete Beschreibung „Was ist Humanistische Psychotherapie“ von der Homepage der AGHPT zitiert (<http://www.aghpt.de/index.php/texte>).¹⁶

Was ist Humanistische Psychotherapie

Arbeitsgruppe Humanistische Psychotherapie (AGHPT)
federführend: Werner Eberwein

Allgemeines

Die Humanistische Psychotherapie versteht sich als Weiterentwicklung der Humanistischen Psychologie zu einer angewandten Wissenschaft des Intersubjektiven zur Erkundung und Transformation des Erlebens des Patienten in seinen Beziehungskontexten zur Bewältigung von psychischem Leid.

Die Humanistische Psychotherapie stellt das psychische Wachstum (im Sinne persönlicher Weiterentwicklung und Ausdifferenzierung in sozialen Kontexten) durch Aktivierung und Entfaltung spezifisch menschlicher Ressourcen (Potentiale) auf ein von Sinn getragenes, selbstverwirklichendes, authentisches Leben hin in den Mittelpunkt.

Menschenbild

Die Humanistische Psychotherapie beruht auf einem ressourcenorientierten Menschenbild, v.a. in Bezug auf die Fähigkeit des Patienten zu kreativem Wachstum und konstruktiver Veränderung, das in der humanistischen Philosophie verankert ist.

In der Humanistischen Psychotherapie wird der Mensch holistisch in seiner bio-psycho-sozialen Ganzheit gesehen. Im Humanistischen Menschenbild trägt der Mensch die für die Befreiung aus psychischem Leid erforderlichen Ressourcen in sich, die durch die Gestaltung der psychotherapeutischen Beziehung und durch psychotherapeutische Interventionen aktiviert und auf zu bewältigende Lebensprobleme angewandt werden können. Der Mensch wird als Subjekt in seinen biologischen, biografischen, sozialen und ökologischen Bezogenheiten und Bedingtheiten gesehen, dessen Erleben introspektiv bzw. intersubjektiv (selbstepathisch bzw. empathisch) erfasst werden kann.

Der Mensch wird in seinem Streben nach Selbstverwirklichung, Wachstum, Entwicklung von Ressourcen, von Autonomie und Authentizität in seinen sozialen Bezügen gesehen. Die Fähigkeit des Menschen zur Kreativität und Selbstreflexion befähigt ihn über seine gesamte Lebensspanne hinweg zur Entwicklung, Differenzierung und Gestaltung seiner Persönlichkeit und seiner Lebenswirklichkeit.

In der Humanistischen Psychotherapie steht im Mittelpunkt, was beim Menschen spezifisch menschlich ist und damit eine ganze Dimension über die animalische, neurochemische Trieb- oder Reflexdeterminiertheit und auch über vergangene lebensgeschichtliche Prägungen hinausgeht, insbesondere:

- das Bedürfnis nach Sinn, das intentional, also zukunftsorientiert ist,
- die Bewusstheit und das Gewahrsein sowie die Fähigkeiten zur Introspektion und zu reflexivem Denken,

¹⁶ Dabei sei angemerkt, dass es sich hier um eine allgemein gehaltene Beschreibung handelt, welche sich – entsprechend eines Internetauftritts – nicht nur an Therapeuten und Patienten innerhalb der BRD richtet, die sich über das heilkundliche Verfahren HP zur Behandlung krankheitswertiger Störungen nach den Grundlagen des deutschen PsychThG etc. orientieren wollen. Vielmehr informiert es inhaltlich über wichtige Aspekte der HP. Die präzisere Definition erfolgt in Abschnitt 2.2

- die existenzielle Wahlfreiheit des menschlichen Willens, die die persönliche Verantwortung für die eigenen Entscheidungen und ihre Folgen impliziert,
- die Kreativität des Menschen zur schöpferischen Lebensgestaltung und zur Co-Kreation sozialer Prozesse,
- die Liebe, die die andere Person als Person meint,
- das bewusste und aktive engagierte Sich-Einsetzen für oder gegen, das Sich-Auseinandersetzen mit bzw. das Ringen um etwas, das nicht auf Aggression im biologischen Sinn reduziert werden kann.

Der Mensch wird als verkörpert gesehen. Daher ist die psychotherapeutische Arbeit mit dem Körper (z.B. dem Körpererleben und/oder dem Körperausdruck) ein zentraler Aspekt der Humanistischen Psychotherapie.

Die Humanistische Psychotherapie erkennt an, dass es eine Vielfalt von subjektiv als gültig verstandenen und als wahr empfundenen Realitäten gibt, so dass die Welt auf vielfältige Weise erlebt und interpretiert werden kann, und dass es eine Vielfalt von Weltanschauungen, Werte- und Glaubenssystemen, Lebenseinstellungen und Lebensstilen gibt, die den Menschen dazu befähigen können, ein befriedigendes, erfülltes Leben zu führen. Daher wird der Humanistische Psychotherapieprozess an den individuellen Besonderheiten des Patienten orientiert und nach ihnen variiert.

Der psychotherapeutische Prozess

In der Humanistischen Psychotherapie wird der psychotherapeutische Prozess gesehen als fortgesetzte Erkundung und Selbsterkundung des Fühlens, Denkens, Wollens und Handelns und besonders der Beziehungs- und Einstellungsmuster des Patienten im Hier und Jetzt vor dem Hintergrund der biographischen Bezüge und Zukunftsorientierungen mit einer Haltung der Achtsamkeit insbesondere für Prozesse, Anteile und Schichten, die an der Grenze oder noch jenseits des Gewahrseins liegen, also unbewusst sind, in einem kooperativen Dialog mit dem Psychotherapeuten (bzw. in Therapiegruppen im Polylog auch mit den anderen Gruppenteilnehmern).

Die Humanistische Psychotherapie versteht sich als

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

Die Humanistische Psychotherapie betont die Relevanz der Eigenmotivation, Eigenarbeit und Selbstauseinandersetzung des Patienten, sowie der konstruktiven Gestaltung der psychotherapeutischen Beziehung für den psychotherapeutischen Fortschritt. Die Humanistische Psychotherapie versteht Psychotherapie als kooperativen, emanzipatorischen Prozess, in dem einem Patienten optimale Freiheit gegeben wird, selbst über Ziele und Wege des psychotherapeutischen Prozesses zu entscheiden. Humanistische Psychotherapie versteht sich als intersubjektiver, interpersoneller Prozess, in dem die empathisch zugewandte, professionell abgegrenzte und ggf. konfrontative Haltung des Therapeuten sowie die Halt, Struktur und Experimentierraum gebende Therapeut-Patient-Beziehung fundamentale Ressourcen für konstruktiven psychotherapeutischen Fortschritt sind.

Die Tendenz des Patienten zur Aktualisierung alter Beziehungsmuster und Einstellungen in der Psychotherapeut-Patient-Beziehung wird als Möglichkeit gesehen und genutzt, um diese Muster dem Erleben und Verstehen und der psychotherapeutischen Transformation zugänglich zu machen. Der Humanistische Psychotherapeut fördert ein psychotherapeutisches Beziehungsklima, das den Patienten einlädt und befähigt, den psychotherapeutischen Prozess nach seinen inhärenten Wachstumsbedürfnissen mitzugestalten.

Die Humanistische Psychotherapie sieht die aktuellen Erfahrungen eines Menschen vor dem Hintergrund seiner biografischen Vergangenheit und Zukunftsperspektive, die durch eine Vielfalt von erlebnisaktivierenden Techniken im Hier und Jetzt des psychotherapeutischen Prozesses erlebbar, verstehbar und transformierbar gemacht werden können. Der Patient wird ermutigt, seine zunächst noch unklaren oder unbewussten inneren Prozesse emotional zu erleben, kognitiv zu integrieren, zu verstehen, der Symbolisierung und (sofern möglich) der

Verbegrifflichung zugänglich zu machen und zu kommunizieren.

Im Fokus des Humanistischen Psychotherapieprozesses steht das unmittelbare Erleben des Patienten im Hier und Jetzt vor dem Hintergrund seiner biografischen und sozialen Bezüge. Hierbei werden die Gefühle des Patienten in ihrer Funktion der Bewertung der Realität auf Basis biografischer Muster und als Basis von Entscheidungsprozessen gesehen und genutzt. Der Humanistische Psychotherapeut bemüht sich, zu verstehen, was und wie der Patient erlebt und das empathisch Erfasste dem Patient gegenüber angemessen zu kommunizieren. Das hilft dem Patienten, sich allmählich selbst besser zu verstehen, die ihm zunächst noch unklaren Anteile und Zustände zu verstehen, sowie sich mit seinen Erfahrungen, Wünschen, Bedürfnissen, Lebenseinstellungen und Werten auseinanderzusetzen.

Die Empathie des Psychotherapeuten im Sinne einer stellvertretenden Introspektion in den Patienten mit dem Ziel, das Erleben des Patienten immer differenzierter und angemessener zu erfassen, ihm gegenüber zu kommunizieren sowie den Patienten zur Selbstempathie zu ermutigen und seine empathischen Fähigkeiten in seinen Beziehungskontexten zu fördern ist eine grundlegende Intention in der Humanistischen Psychotherapie. Der Humanistische Psychotherapeut bemüht sich um eine akzeptierende und wertschätzende Haltung, was dem Patient u.a. die Erfahrung vermittelt, als Person gewürdigt und unterstützt zu werden.

Ziele

Die psychotherapeutische Beziehung und die psychotherapeutischen Techniken und Interventionen dienen der Differenzierung des Selbstgewahrseins des Patienten, der Identifikation, Entfaltung und Entwicklung seiner Ressourcen und der Förderung seiner Resilienz- und Wachstumsfähigkeiten. Humanistische Psychotherapie dient dazu, die Vitalität und Kreativität des Patienten, seine Ressourcen und seine Fähigkeit zur Gestaltung, Strukturierung und Abgrenzung aus dysregulierten Zuständen zu befreien und seine Selbstregulationsfähigkeiten zu fördern.

Humanistische Psychotherapie fördert das Erfassen und Wahrnehmen sowie die Erweiterung von Wahlmöglichkeiten des Patienten und das Bewusstsein der daraus resultierenden Verantwortlichkeit für sich, für andere Menschen und für seine soziale und ökologische Umwelt. Sie dient der Integration auf Leid aufrecht erhaltende Weise abgespaltener Anteile, der Stabilisierung und Harmonisierung der psychischen Struktur und dem Lösen verkörperter Blockaden und Hemmungen.

Humanistische Psychotherapie will dem Patienten helfen, seine Identität, seine Grenzen und seine Souveränität in seinen sozialen Bindungen zu erspüren und zu definieren, zu schützen und auszuweiten, um einen erfüllten, sinnorientierten Lebensweg zu gestalten. Der Humanistische Psychotherapeut unterstützt den Patienten, in der Reflexion der Orientierung seiner Lebensperspektive an sinnstiftenden Werten und in seiner Suche nach persönlichem Sinn, der seinem Leben Zentriertheit, Klarheit, Richtung und Erdung geben kann.

Interessant mag abschließend für das Folgende die Beschreibung der Humanistischen Psychotherapie auf dieser APA-Seite sein:

„ **Humanistic therapy.** This approach emphasizes people's capacity to make rational choices and develop to their maximum potential. Concern and respect for others are also important themes.“ (ebenda)

Beschrieben wird dann der wesentliche Einfluss der humanistischen Philosophen *Jean-Paul Sartre*, *Martin Buber* und *Søren Kierkegaard* auf dieses Psychotherapieverfahren. Ferner die Einflüsse aus dem *Klientenzentrierten Ansatz* (deutsch: „*Gesprächspsychotherapie*“), nämlich die Autorität des Patienten für seine inneren Erfahrungen anzuerkennen und Veränderung über eine Exploration der Bedeutungen und Interessen an den mitmenschlichen Beziehungen zu erreichen. Betont werden auch die aus der *Gestalttherapie* stammenden Einflüsse, die ganzheitlich organismischen Prozesse zu berücksichtigen und mit ihnen die Achtsamkeit und die Verantwortlichkeit der Patienten zu stärken; letztlich auch die Einflüsse aus den *existenten-*

tiellen Therapien, nämlich dem freien Willen, der Intentionalität, der Selbstbestimmung und der Suche nach Sinn einen hohen Stellenwert einzuräumen.

Aus diesen theoretischen Konzepten ergibt sich, dass die konkrete Umsetzung der Humanistischen Psychotherapie in Form von Methoden insbesondere die Berücksichtigung von körperpsychotherapeutischen Vorgehensweisen, achtsamkeitsbasiertem Arbeiten, psychodramatischen Aspekten und Techniken sowie einem für die Beziehung wichtigen Fokus transaktioneller Prozesse als wesentliche Säulen einschließt - also genau das, was die AGHPT als Kernbestandteile einer Humanistischen Psychotherapie auch in Deutschland identifiziert.

2.2 Definition des Verfahrens Humanistische Psychotherapie

Humanistische Psychotherapie als heilkundliches Verfahren behandelt krankheitswertige Störungen. Dabei fokussiert sie auf die nur dem Menschen eigene Verschränkung von organismischen und psychosozialen Prozessen mit der besonderen Perspektive einer selbstregulativen, sinn-orientierten, intentional-motivierten, selbst-verantwortlichen, auf Zukunft ausgerichteten Aktualisierung kreativer Potentiale in Adaptation an die Gesamtgegebenheiten.

Zur Vermeidung von Missverständnissen: Mit „Gesamtgegebenheiten“ sind hier also keineswegs nur äußere (materielle und soziale) Faktoren, sondern eben auch die bio-psycho-sozialen Strukturen im Laufe der bisherigen Biographie, sowie essentiell auch die nach selbstbestimmter, intentionaler, sinnorientierter Entfaltung drängenden vital-kreativen Kräfte und Potenziale des Menschen gemeint.

Nosologisch gesehen können diese Gesamtgegebenheiten in der Entwicklung des Menschen auf materieller, somatischer, psychischer oder interaktioneller Ebene zur Herausbildung von Mustern in den Lebensprozessen (wozu auch Erleben und Verhalten gehört) geführt haben, die besonders für neue Entwicklungsaufgaben und Bedingungen nicht adaptiv sind. So können beispielsweise organismische Erfahrung und Selbstwahrnehmung bzw. verinnerlichte Werte und Selbstkonzept inkongruent zueinander sein. Die internen Repräsentationen biographischer Gegebenheiten auf körperlicher oder kognitiv-emotionaler Ebene, pathogene Symbolisierungsprozesse, aktuelle Lebensereignisse und äußere Belastungsfaktoren können hier also ungünstig symptomatisch zusammenspielen. Die differentiellen Formen dieser Inkongruenz eignen sich als Diagnostikum unterschiedlicher Krankheitsbilder und entsprechend differentieller Vorgehensweisen.

Zentral für die Humanistische Psychotherapie ist daher die Unterstützung von intensiven selbstexplorativen Erfahrungen körperlicher, emotionaler, kognitiver und interaktiver Prozesse im Rahmen einer spezifischen therapeutischen Beziehung, wie sie von C. Rogers beschrieben worden ist. Die Ausgestaltung der darin abstrakt formulierten Prinzipien erfolgt durch die Methoden der Humanistischen Psychotherapie in Passung zwischen dem Störungsbild, den Ressourcen, den Lebensumständen und situativen Variablen. Beziehungsgestaltung und das Spektrum therapeutischer Methoden der Humanistischen Psychotherapie dienen dazu, dass der Patient die hinterfragend-verstehende Konfrontation mit seinen eigenen Sinn-, Wert- und Zielvorstellungen in ihren Inkongruenzen aushalten kann, ausgesparte, ungelebte Bereiche seiner Existenz seinem eigenverantwortlichen Entscheidungsbereich wieder unterstellt werden und somit eine selbstregulative, Ressourcen-aktivierende Aktualisierung relativ zu den realen Lebensbedingungen und Entwicklungsaufgaben möglich wird.

2.3 Methoden, die dem Verfahrens Humanistische Psychotherapie zuzuordnen sind

2.3.1 Grundsätzliche Aspekte

So wie bei den psychodynamischen, verhaltenstherapeutischen und systemischen „Verfahren“, gibt es auch zu den „Methoden“ der Humanistische Psychotherapie nicht nur übergreifend ein umfangreiches Schrifttum, sondern jeder Ansatz ist in einer großen Anzahl von Einzelpublikationen zugänglich.

Im Gegensatz zu Interventionsprogrammen in der Verhaltenstherapie, wo klare Schritte in der Vorgehensweise festgelegt sind – die sich daher in dieser Form auch hervorragend für evaluative Studien zur Evidenzbasierung aufgrund von RCT-Designs eignen – gelangen in der HP typischerweise keine Programme zur Anwendung, sondern es werden Prinzipien entfaltet. Dies ist vielleicht sogar der bedeutsamste Unterschied in der konkreten therapeutischen Arbeitsweise zwischen Verhaltenstherapie und HP.¹⁷ In der HP bringen Therapeuten die Methoden und ihre Techniken sozusagen integriert „zur Anwendung“ – und dies geschieht stets in Passung an die Störung des Patienten bzw. an die sich situativ ergebenden Dynamiken in der Interaktion zwischen seinem Beziehungsangebot, den situativen Gegebenheiten, der konstitutionellen und aktuellen körperlichen Befindlichkeit, Ereignisse im sozialen Umfeld usw.

Deswegen kann z.B. in einer Stunde, die (von außen betrachtet) „klassisch klientenzentriert“ beginnt, weil der Therapeut zunächst auf seine Kongruenz zwischen Erleben und dessen Symbolisierung in seinem Beziehungsangebot in Reaktion auf das aktuelle Angebot achtet und empathisch mit dem Patienten dessen inneren Bezugsrahmen exploriert, eine scheinbare Veränderung eintreten: Wenn nämlich der Patient z.B. mehrfach äußert: „... und da sage ich zu mir ..“ könnte der Therapeut durch einen zweiten Stuhl und den Dialog der beiden Anteile deutlicher erfahrbar machen, *wer was zu wem sagt*. (Von außen sieht dies nun wie ein typisches Element aus der Gestalttherapie aus). Es kann nun dazu kommen, dass dabei typische Transaktionen deutlich werden – und indem der Therapeut mit diesen arbeitet, kann es (von außen) so aussehen, als würde er nun zur Transaktionsanalyse wechseln. Bei starken körperlichen Reaktionen in dieser Arbeit, massiven Veränderungen des Atmens etc. kann es angesagt sein, die Arbeit um Elemente zu bereichern die (von außen betrachtet) wie ein Wechsel zur Körperpsychotherapie aussehen. Wobei dann durchaus existenzielle Probleme auftauchen können und dann auch zur Sprache gebracht werden sollten, was wieder (von außen) nach einem Wechsel zur Existenzanalyse bzw. zur Logotherapie aussehen könnte.

Obwohl dieses Beispiel zugegeben recht künstlich „bunt“ gestaltet wurde, sollte damit aber deutlich werden: In Wirklichkeit hat ein solcher Therapeut keineswegs Ansätze wie Hemden gewechselt, sondern er hat die (in seiner Kompetenz liegenden und passungsgerecht zum Patienten) Möglichkeiten genutzt, stets im Hier und Jetzt das in der HP zentrale Beziehungsangebot, die Aktualisierung der (vermutlich frühkindlich erworbenen und lernend ausdifferenzierten) leidvoller Erlebensstrukturen zu fördern und damit z.B. frühe Bedingungen für Zuwendungen (im Kontrast zu seiner unbedingten Zuwendung) deutlich zu machen. Dies dient der motivationalen Klärung. Die Aktualisierung leidvoller Erlebensstrukturen ist natür-

¹⁷ Und eigentlich gilt dies nach dem Verständnis des Hauptverfassers (J.K.) so auch für den psychodynamischen und für große Teile des systemischen Ansatzes. Doch dieser zentrale Unterschied konnte keinerlei Niederschlag im Methodenpapier des WBP finden - trotz Bemühen und entsprechenden Veröffentlichungen; z.B. Kriz, J. (2005): Von den Grenzen zu den Passungen. *PTJ*, 4, 1, 12 – 20 oder Kriz, J. (2008): Vermessene Wissenschaftlichkeit. Kritische Aspekte und bedenkliche Tendenzen des Methodenpapiers. *PTJ*, 7, 117-119 .

lich immer auch eine Problemaktualisierung. Und neben der für die HP bedeutendsten Ressourcenaktualisierung – nämlich der Erhöhung der Kongruenz zwischen Erleben und dessen Symbolisierung – können dabei natürlich auch für erfolgreiches Alltagshandeln konkretere Ressourcen wahrnehmbar, erfahrbar und erprobbar werden. Diese Form der Problembewältigung ist in der HP typischerweise anders als in der VT: Es steht zwar nichts dagegen, dass auch strukturierte Vorgehensweisen mit dem Patienten erarbeitet oder sogar aus bewährten Programmen vorgeschlagen werden – aber dies wäre nicht typisch HP. Vielmehr geht die HP davon aus (was sich selbst in der BRD in zehntausenden Fällen konkret bewährt hat), dass die Feedbackschleifen zwischen den aktivierten, symbolisierten und verstandenen Erfahrungen in den therapeutischen Sitzungen und den täglichen Erfahrungen im Alltag, wo sich Probleme stellen und bewältigt werden müssen, was – ob mehr gelungen oder mehr gescheitert - wieder in die Therapie eingebracht wird, ebenfalls zu Erfolgen führen. Und sie fokussiert auf die für das Menschenbild der HP wichtige Autonomie des Patienten – ohne das damit der Nutzen z.B. psychoedukativer Vorgehensweisen oder Programme zur Erhöhung der Selbstkontrolle und des Selbstmanagements in Zweifel gezogen werden sollen: Aber letztere gehören eben zur VT und nicht zur HP.

In der Diskussion zu diesem kurzen Beispiel wurden bewusst die fünf von Grawe herausgestellten „Wirkfaktoren“ – **Ressourcenaktivierung, Problemaktualisierung Problembewältigung, motivationale Klärung** und **Therapiebeziehung** (ursprünglich wurden nur die ersten vier genannt) – explizit angesprochen und in Beziehung zur Vorgehensweise (auch) der HP gesetzt.

Trotz der hohen integrativen Einheit der HP – was an dem skizzierten Beispiel verdeutlicht werden sollte – haben sich um die einzelnen Methoden schwerpunktmäßig Gruppen gebildet, sowie Institute oder Gesellschaften, welche die jeweiligen Aspekte besonders wichtig fanden, pflegten und ausdifferenzierten. Insofern hat die HP in ihrer Verbreitung und Anwendung letztlich die gleiche Struktur, wie die Richtlinienverfahren und die Systemische Therapie. Niemand kann alles – und es gibt nicht nur Unterschiede in den Biographien und Fähigkeiten von Patienten sondern auch von Therapeuten. So, wie sich manche Psychodynamiker eher z.B. dem Ansatz von Jung, andere dem von Adler oder gar von Ammon zugehörig sehen, oder manche Verhaltenstherapeuten eher im REVT-Institut andere lieber in dem für Schematherapie ihren Schwerpunkt finden, oder auch die Systemischen Therapeuten mal stärker entwicklungsorientiert, andere stark strukturell, noch andere strategisch usw. ausgerichtet sind, gilt dies auch für die HP.

Im Folgenden sind die der HP zuzuordnenden Methoden kurz aufgeführt. Da es, wie betont, zu jeder auch umfangreiches Schrifttum gibt, haben wir uns für eine prägnante Kennzeichnung entschieden. Auf Wunsch des WBP werden hier gern umfangreiche Beschreibungen nachgereicht.

2.3.2 Synoptische Übersicht über die einzelnen Methoden

Das Methodenspektrum des Verfahrens Humanistische Psychotherapie ist – in den in der BRD verbreiteten Ausprägungsformen – entsprechend der obigen Definition dadurch gekennzeichnet, dass die o.a. symptomatischen Muster der Er-Lebensprozesse erfahrbar und wahrnehmbar gemacht werden. Damit werden sie auch für das selbstreflexive Bewusstsein hinsichtlich ihrer Sinnhaftigkeit und Funktionalität in den existentiellen Bezügen und für die

Bewältigung von konstellierte Aufgaben im Leben wie im Alltag anschaulich. Sie werden symbolisierbar und können damit transformatorisch-adaptiv neu aktualisiert werden.

Die Methoden sind somit primär erlebens- und erfahrungszentriert. Es können aber z.B. auch psychoedukative oder übende Vorgehensweisen im Rahmen der Grundorientierung der Humanistischen Psychotherapie einbezogen werden können. Die Zentrierung auf die Förderung der Erlebens- und Erfahrungsweisen einschließlich deren Symbolisierung kann je nach Indikation auf unterschiedlichen Prozessebenen bzw. Aspekten liegen – so etwa auf den körperlichen, emotionalen, kognitiven oder interaktiven Prozessen (und deren Mustern). Ebenso können unterschiedliche Settings (Einzel- Gruppen- und Paare) sowie spezifische Ausprägungsformen für Erwachsene, Kinder und Jugendliche zur Anwendung kommen.

Die folgende synoptische Aufreihung zentraler Psychotherapiemethoden des Verfahrens *Humanistische Psychotherapie* steht unter der bereits mehrfach betonten Schwierigkeit, dass die Vorgehensweisen in ihrer konkreten Ausgestaltung typisch kombiniert und/oder überlappend auftreten und zudem in der deutschen und internationalen Literatur unterschiedliche Schwerpunkts- und Begriffsbildungen entstanden sind. So heißt beispielsweise die deutsche „Gesprächspsychotherapie“ in Österreich und der Schweiz „Personzentrierte Psychotherapie“ oder auch „Klientenzentrierte Psychotherapie“ während sich international eher „Person Centred and Experiential Psychotherapy“ durchgesetzt hat – die aber Focusing (Gendlin) und Emotionsfokussierte Therapie (Greenberg) umfasst, während diese Methoden hier getrennt aufgeführt sind – schon um die Arbeiten von Greenberg nicht nur für *eine* der Methoden zu vereinnahmen. Viele der genannten Methoden sind eher als (mit anderen überlappende) Methoden-Cluster aufzufassen – wie aus den Untergliederungen zur „Gesprächspsychotherapie“, „Gestalttherapie“, der Körperpsychotherapie oder der Transaktionsanalyse besonders deutlich wird.¹⁸

Unter Berücksichtigung dieser zahlreichen integrativen Überschneidungen nur künstlich trennbarer Methoden zählen zur Humanistischen Psychotherapie insbesondere :

- Personzentrierte /Klientenzentrierte /Gesprächspsychotherapie, die in zahlreichen Ausdifferenzierungen verbreitet ist und in der BRD insbesondere umfasst: eine Klassische Gesprächspsychotherapie (nach Rogers 1951), Ziel- und Klärungsorientierte Gesprächspsychotherapie (Sachse 1992, 2007), Prozessorientierte Gesprächspsychotherapie (Swildens 1991), Gesprächspsychotherapeutische Spieltherapie (Axline 1972, Behr 2007), Differentielle inkongruenzbezogene Vorgehensweisen der Gesprächspsychotherapie (Speierer 1993, 2003), hierzu gehört auch ein Spektrum spezifisch störungsbezogener Vorgehensweisen)
- Methoden, die wegen noch stärkerer Integration von personzentrierten, gestalttherapeutischen und körper-erfahrungsbezogenen Aspekten in keine der „Methoden-Kategorien“ eindeutig einordbar sind, wie: Emotionsfokussierte Therapie, EFT (Greenberg 2006) bzw. „Process Experiential Therapy“ (Greenberg, Elliot und Rice 1993) , Experiencing und Focusing (nach Gendlin 1978), Experiencielle Psychotherapie (van Balen 2002)

¹⁸ Auch hier gilt z.B. für die Verhaltenstherapie Ähnliches – so wird z.B. in dem o.a. Antrag der BPTK an den G-BA bei der Auflistung der Techniken betont: „...die Zuordnung von verhaltenstherapeutischen Techniken zu den Überschriften folgt heuristischen Erwägungen und erhebt keinen Allgemeingültigkeitsanspruch“

- Gestalttherapie (nach Perls et al. 1951, Hartmann-Kottek 20012) – diese umfasst ein besonders großes Spektrum an weiteren Methoden und spezifischen Techniken, mit denen von potentialentfaltend und strukturaufbauend bis hin zu konfliktlösend und konfrontierend vorgegangen wird. Spezifische Perspektiven, wie der gesellschaftskritische Ansatz (Goodman, 1974, Blankertz, 1990), der transpersonale Ansatz (Frambach, 1993, Galuska, 2005) und der selbstorganisationstheoretische Ansatz (Portele, 1989) ergänzen dabei den Klinisch-gestalttherapeutischen Ansatz (L. Hartmann-Kottek, 2012).
Zudem wurden differentielle Vorgehensweisen für unterschiedliche Setting entwickelt - u.a. Gestalt Play Therapy, (Oaklander, Schoeman, Grobler u.a.), Gestalt-Paarsynthese Cöllen), Gestalt- Familientherapie (Bosch, Kemper u.a.), Gestalt-Gruppentherapie (Ronall & Feder, Hartmann-Kottek, PiD, 2001)
- Integrative Therapie (nach Petzold) – obwohl hier ebenfalls gestalttherapeutische Methoden bedeutsam sind, werden in sehr systematischer Weise körper-, psychodramatische und weitere Vorgehensweisen der HP integriert
- Psychodrama (Bender & Stadler 2011); diese Methode beinhaltet ebenfalls ein Spektrum an unterschiedlich kombinierbaren Techniken, wie z.B. szenisch-handelnde Darstellung salutogener wie maladaptiver sozialer Netzwerke, Skulpturen und Aufstellungen, Rollentrainings und -spiele, Stegreifspiele; jeweils im Einzel- und Gruppensetting (Krüger 1997, Schacht 2009, Stadler & Kern 2010);
- Pesso-Boyden System Psychomotor (PBSP) als methodische Integration von körperlichen und (spezifischen) psychodramatischen Techniken (Pesso & Perquin 2008) mit einer spezifischen Umsetzung der PBSP für Kinder und Jugendliche (M. Bachg 2010).
- Logotherapie (Frankl 1959) wird häufig mit anderen Methoden der HP kombiniert, wenn die Arbeit an Sinnfragen in besonderer Weise indiziert ist.
- Existenzanalyse (Längle 2008). Besonders mit der Methode der „Personalen Existenzanalyse“ (PEA, 2000) wurde Frankls Logotherapie zu einer umfassenden Psychotherapiemethode ausgeweitet, mit methodenspezifischer Diagnostik und speziellen Erhebungsinstrumenten für die Forschung. Die Vorgehensweisen differenzieren weiter in: strukturell orientierte Ressourcenarbeit, strukturell orientierte Bearbeitung von Defiziten, prozeßorientierte Vorgangsweise und weitere spezifische Techniken.
- Körperpsychotherapie (Übersicht: Marlock & Weiss 2006), die in vielfacher Kombination von Methoden und Techniken im Rahmen der HP eingesetzt werden. Hierbei wird mit affektmotorischen, somatopsychischen Mustern und deren Veränderung mittels körperfokussierter Achtsamkeit, Körperwahrnehmung, Atemübungen, Körperausdruck, Körpersprache, körperorientierten Handlungsdialogen und entsprechenden Körpertechniken gearbeitet (wie z.B. Bioenergetik, Biodynamik, Biosynthese, Hakomi) oder mit erfahrungsorientierten bzw. an Körperfunktionen orientierten Herangehensweisen (wie z.B. Konzentrierte Bewegungstherapie und Funktionelle Entspannung).

Wegen der typischen Kombinationen kann man auch hier eher von Clustern als von „Methoden“ und „Techniken“ sprechen, die sich nicht sauber trennen lassen.

- Transaktionsanalyse, die u.a. die psychoedukative Perspektive in die HP einbringen. Neben den übergreifenden Techniken wie Strukturanalyse, Skriptanalyse, Transaktionsanalyse und Spiel- bzw. Racketanalyse, lassen sich drei methodische Vorgehensweisen in folgenden Aspekten differenzieren (die je nach Störungsbild angewandt werden):

- klassische TA (nach Berne) Schwerpunkt ist die Stärkung des Erwachsenen-Ichs als Symptomkontroll-Instanz (spezifische Technik: Enttrübungsarbeit). (G. Hennig und G. Pelz, 2007; E. Berne, 2006)
- Cathexis-TA (nach J. Schiff): Schwerpunkt ist die Veränderung der Introjekte/ Eltern-Ich-Zustände, um frühe Störungen behandeln zu können (Technik: Beelterungsarbeit und Erlaubnisarbeit). (M. Kouwenhoven u.a, 2002).
- Neuentscheidungs-TA(nach Gouldings): Schwerpunkt ist die Aktivierung dysfunktionaler Skriptentscheidungen (Kind-Ich-Zustände) auf der Ebene emotional-kognitive Neuentscheidungen / Umstrukturierungen. (Technik: Arbeit mit Persönlichkeitsanteilen des inneren Kindes durch Gestalttechniken/Stuhlarbeit) (M. und B. Goulding, 2005).

Es gibt weitere Ansätze, die international zu den humanistische Psychotherapieverfahren gerechnet werden – etwa die Daseinsanalyse nach Ludwig Binswanger und Medard Boss (vgl. Boss u. Condrau 1983), oder die für die USA bedeutsamere Existenzielle Therapie nach Rollo May (1969) und Irvin D. Yalom (1999). Obwohl diese viele Essentials mit der hier beantragten HP teilen – und dem humanistischen Cluster deutlich besser zuzuordnen sind als dem psychodynamischen, dem verhaltenstherapeutischen oder dem systemischen – werden hier diese dennoch nicht in ihren auch spezifischen Beiträgen zur HP berücksichtigt und auch nicht bei den „Methoden“ der HP (s.u.) mit aufgeführt. Sie spielen – zumindest gegenwärtig – auch bei dem, wie HP in Deutschland durchgeführt wird (im Rahmen der beschriebenen Möglichkeiten) keine relevante Rolle. Die AGHPT möchte in diesem Antrag nicht einfach alles „einsammeln“ was zur „humanistischen Psychotherapie“ gerechnet wird, vielmehr werden nur jene Ansätze als „Methoden“ aufgeführt, die tatsächlich in Deutschland auch in einer HP integriert sind

2.4. Die Methoden und die Einheit der Humanistische Psychotherapie

In diesem letzten Abschnitt zu Punkt 2 muss nochmals die Frage zum Verhältnis des Spektrums an Methoden zur Einheit der HP aufgegriffen werden. Die abschließende Äußerung in dem Schreiben des WBP an die AGHPT vom 9.2.2012, anzugeben „...*welche Methoden und Verfahren **nicht** als Methoden der Humanistischen Psychotherapie anzusehen sind*“ scheint zu zeigen, dass der WBP unter einem ganz besonderen Blickwinkel auf die HP schaut.

Wir haben zur besseren Übersicht die „Methoden“ bzw. „Techniken“, so wie sie in den jüngsten offiziellen Selbstdarstellungen der Richtlinienverfahren genannt werden– nämlich in den Anträgen der BPTK an den G-BA¹⁹ - zusammen- und denen der HP gegenübergestellt (Tab. 1 am Ende von Abschnitt 2.4).

Sofern die Frage in Bezug auf andere Verfahren und Methoden gemeint ist, lässt sich die Frage leicht beantworten: Die HP beansprucht keine der bei den RL aufgeführten Methoden für sich. Das gilt – wie in Abschnitt 0.1 dargestellt - auch für jene Ansätze der VT, bei denen i.W. lange bewährte und erprobte Kernprinzipien der HP – wie Achtsamkeit, Empathie,

¹⁹ S. Literatur: BPTK 2009a und 2009b

die Arbeit an Schemata etc. – im Rahmen der „kontextuellen CBT“ in Form von Programmen für die Verhaltenstherapie nutzbar gemacht wurden. Zur HP gehören typischerweise keine Programme. Dass mit diesen „Methoden“ im Rahmen der VT evidenzbasiert in vielen Studien gezeigt werden konnte, dass diese Kernprinzipien der HP auch in Form solcher Programme hochwirksam sind, sehen wir als Fortschritt für die Diskurse in der Psychotherapie.

Auch die Methoden der Systemischen Therapie – wie sie vor nicht zu langer Zeit im Antrag an den WBP spezifiziert wurden, gehören nicht zur HP, obwohl es eben auch hier aufgrund der langen Geschichte der Psychotherapie konzeptuelle Überschneidungen gibt (so hat sich z.B. die Skulpturarbeit – und deren weitere Reduzierung mit der Technik der „Aufstellungen“ - aus dem Psychodrama heraus entwickelt).

Sofern die Frage in Bezug auf die internationalen Diskurse der HP gemeint ist, so ist eine Abgrenzung in allgemeiner Form schwierig. Es ist auch nicht klar, was die Vertreter der Richtlinienverfahren auf die Frage antworten sollten, welche Methoden der Verhaltenstherapie *nicht* zur Verhaltenstherapie gehören, bzw. welche Methoden der Psychodynamischen Psychotherapie *nicht* zur Psychodynamischen Psychotherapie gehören. Allerdings lässt sich die Frage pragmatisch in Bezug auf den Antrag beantworten: In dem 2-Bändigen Lehrbuch von Corsini²⁰ sind 80 Ansätze, bzw. Verfahren bzw. Methoden angeführt; davon werden einige international sicherlich der HP zugerechnet; gleichwohl lässt sich sagen, dass alle Methoden, die nicht in der Tab. 1 aufgeführt sind, nicht zu der in Deutschland verbreiteten Ausprägungsformen der HP gehören (und um diese geht es ja in diesem Antrag).

Eine faire Analyse der durchaus reichhaltigen Literatur zu der Frage, welche Ansätze von welchen wie viel übernommen haben, würde sicherlich zu dem Ergebnis kommen, dass die HP am allerwenigsten im Verdacht steht, einfach Methoden übernommen zu haben.

Wie schon vielfach betont wurde, zeigt sich auch nochmals in Tab.1. deutlich, dass die HP nicht über mehr oder heterogenere Methoden verfügt, als die beiden Richtlinienverfahren. Auch ein Blick in Lehrbücher, ins Internet auf die Selbstdarstellungen von Instituten etc. zeigen für die Richtlinienverfahren keine geringere Heterogenität oder Eigenständigkeit ihrer „Methoden“ als die HP. Wie bei allen etwas differenzierteren Gebilden, ist es von der Fragestellung und der eingenommenen Perspektive abhängig, ob man eher das Gemeinsame oder eher die Unterschiede betont. Die HP hebt sich hier in keiner Weise von den beiden Richtlinienverfahren ab. Es lassen sich gute Gründe für die eine wie für die andere Perspektive anführen (und beide Gesichtspunkte – auf die Unterschiede oder auf das Gemeinsame zu fokussieren – sind relevante Fragen). Es würde aber unredlich sein, bei den einen nur die eine und anderswo nur die andere Perspektive zugrunde zu legen. Zumindest gäbe es dafür keine wissenschaftlichen Gründe).

Es folgen 4 Seiten mit Tab. 1:

VERGLEICH der Humanistischen Psychotherapie mit den beiden RL-Verfahren (Verfahrensdefinition und Methoden)

²⁰ Raymond J. Corsini: Handbuch der Psychotherapie. 2 Bde. Weinheim: Beltz, 4. Aufl. 1994

VERGLEICH der Humanistischen Psychotherapie mit den beiden RL-Verfahren (Verfahrensdefinition und Methoden)

Psychodynamische Psychotherapie (PP)	Verhaltenstherapie	Humanistische Psychotherapie (HP)
<p><u>Stellungnahme der BPtK 10.11.2009</u></p> <p>Eine zentrale theoretische Grundannahme der PP .. ist, dass das menschliche Denken, Handeln und Fühlen durch unbewusste Prozesse entscheidend beeinflusst wird. In diesem Zusammenhang wird das Konzept des psychodynamischen Unbewussten verwendet. Entsprechend der psychoanalytischen Theorie wird das dynamische Unbewusste durch insbesondere frühkindliche und kindliche Beziehungserfahrungen geprägt. Diese wesentlichen Beziehungserfahrungen führen zu verinnerlichten und persönlichkeitsstypischen Verhaltens- und Erlebensmustern mit</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> konflikthafter motivationalen Themen, <input type="checkbox"/> individuellem Aufbau bzw. Verfügbarkeit struktureller psychischer Funktionen, <input type="checkbox"/> lebensgeschichtlich verankerten innerpsychischen Regulierungsprozessen. <p>Nach der Vorstellung des psychoanalytischen Krankheitsmodells entscheidet der individuelle Umgang mit bestimmten ubiquitären Lebensthemen (z. B. persönliche Autonomie, Kontrollierbarkeit sozialer Beziehungen, Angewiesenheit auf soziale Eingebundenheit, Regulierung des Selbstwertes bzw. Anerkennung und Geltung in der geschlechtlichen Rolle) und traumatischen Erfahrungen über die Anfälligkeit für psychische Erkrankungen.</p> <p>Daneben beschreibt die psychoanalytische Persönlichkeitstheorie als Ursache für psychische Erkrankungen die mangelnde Verfügbarkeit über basale psychische Funktionen (wie etwa die Fähigkeit zur Selbst- und Objektwahrnehmung oder Steuerungsfähigkeit von Impulsen, Toleranz von Ambiguität, etc.). Die fehlende bzw. eingeschränkte Verfügbarkeit über diese so genannten strukturellen Funktionen kann Folge verschiedener Faktoren sein, wie frühe bzw. anhaltende deprivierende und/oder traumatisierende Lebensumstände, Entwicklungsdefizite, aber auch biologischer Faktoren.</p>	<p><u>Stellungnahme der BPtK 10.11.2009</u></p> <p>Die Verhaltenstherapie als Krankenbehandlung umfasst Therapieverfahren, die vorwiegend auf der Basis der Lernpsychologie, der Sozialpsychologie, der klinisch psychologischen Psychopathologieforschung und der Neurowissenschaften entwickelt worden sind.</p> <p>Unter den Begriff „Verhalten“ fallen dabei beobachtbare Verhaltensweisen sowie kognitive, emotionale, motivationale und physiologische Vorgänge.</p> <p>Bei der Verhaltenstherapie handelt es sich nicht um ein homogenes Verfahren, sondern um eine <i>Gruppe von Interventionsmethoden</i>, die jeweils auf spezifische Modifikationsziele gerichtet sind. Dabei wird stets die <i>Hilfe zur Selbsthilfe</i> für den Patienten betont.</p> <p>Verhaltenstherapie im Sinne dieser Richtlinie erfordert die Analyse der ursächlichen und aufrechterhaltenden Bedingungen des Krankheitsgeschehens (Verhaltensanalyse).</p> <p>Dabei wird entsprechendes (Problem-)Verhalten detailliert bezüglich vorangehender und nachfolgender innerer und äußerer Reizbedingungen analysiert. Auch die Identifizierung von (langfristig) aufrechterhaltenden Bedingungen des Problemverhaltens ist von Bedeutung. Hieraus werden ein entsprechendes Störungsmodell und eine zugeordnete Behandlungsstrategie entwickelt, aus der heraus die Anwendung spezifischer Interventionen zur Erreichung definierter Therapieziele erfolgt. In der Verhaltenstherapie wird Wert auf ein systematisiertes Vorgehen gelegt. Grundlage der Verhaltensanalyse und Therapieplanung im Einzelfall sind heute in der Regel prototypische Bedingungsmodelle und sich darauf stützende Behandlungsmanuale, die inzwischen für eine Vielzahl von Störungen entwickelt und überprüft wurden und deren Übertragbarkeit auf den Einzelfall jeweils zu überprüfen ist.</p>	<p><u>Dieser Antrag</u></p> <p>HP als Krankenbehandlung fokussiert auf die nur dem Menschen eigene Verschränkung von organismischen und psychosozialen Prozessen mit der besonderen Perspektive einer selbstregulativen, Sinn-orientierten, intentional-motivierten, selbst-verantwortlichen, auf Zukunft ausgerichteten Aktualisierung kreativer Potentiale in Adaptation an diese Gesamtgegebenheiten.</p> <p>Nosologisch gesehen können diese Gesamtgegebenheiten in der Entwicklung des Menschen auf materieller, somatischer, psychischer oder interaktioneller Ebene zur Herausbildung von Mustern in den Lebensprozessen (wozu auch Erleben und Verhalten gehört) geführt haben, die besonders für neue Entwicklungsaufgaben und Bedingungen nicht adaptiv sind. So können beispielsweise organismische Erfahrung und Selbstwahrnehmung bzw. verinnerlichte Werte und Selbstkonzept inkongruent zueinander sein. Die internen Repräsentationen biographischer Gegebenheiten auf körperlicher oder kognitiv-emotionaler Ebene, pathogene Symbolisierungsprozesse, aktuelle Lebensereignisse und äußere Belastungsfaktoren können hier also ungünstig symptomatisch zusammenspielen.</p> <p>Die differentiellen Formen dieser Inkongruenz eignen sich als Diagnostikum unterschiedlicher Krankheitsbilder und entsprechend differentieller Vorgehensweisen.</p> <p>Zentral für die HP ist daher die Unterstützung von intensiven selbstexplorativen Erfahrungen körperlicher, emotionaler, kognitiver und interaktiver Prozesse im Rahmen einer spezifischen therapeutischen Beziehung, wie sie von C. Rogers beschrieben worden ist. Die Ausgestaltung der darin abstrakt formulierten Prinzipien erfolgt durch die Methoden der HP in Passung zwischen dem Störungsbild, den Ressourcen der Lebensumstände und situativen Variablen. Beziehungsgestaltung und das Spektrum therapeutischer Methoden der HP dienen dazu, dass der Patient die hinterfragend-verstehende Konfrontation mit seinen eigenen Sinn-, Wert- und Zielvorstellungen in ihren Inkongruenzen ausgehalten werden kann, ausgesparte, ungelebte Bereiche seiner Existenz seinem eigenverantwortlichen Entscheidungsbereich wieder unterstellt werden und somit eine selbstregulative, Ressourcen-aktivierende Aktualisierung an die realen Lebensbedingungen und Entwicklungsaufgaben möglich wird.</p>

Zu den Psychotherapiemethoden des Verfahrens PP zählen insbesondere:

- Psychoanalyse,
- psychoanalytisch-interaktionelle Psychotherapie,
- psychodynamische Fokaltherapie,
- psychodynamische Kurztherapie,
- supportive Psychotherapie,
- supportive-expressive Psychotherapie (SET),
- übertragungsfokussierte Psychotherapie, panikfokussierte psychodynamische Psychotherapie,
- Mentalisation Based Treatment,
- Dynamic Deconstructive Psychotherapy,
- strukturbezogene Psychotherapie der Persönlichkeitsstörung,
- Conversational Model nach Hobson und Meares,
- Cognitive analytic therapy (CAT) nach Tony Ryle,
- psychodynamisch imaginative Traumatherapie,
- intensive psychodynamische Kurzzeittherapie,
- mehrdimensionale psychodynamische Traumatherapie,
- körperintegrierende tiefenpsychologische Psychotherapie,
- katathym-imaginative Methoden (z. B. katathym-imaginative Psychotherapie, vormals katathymes Bilderleben),
- dynamische Psychotherapie,
- niederfrequente Therapie in einer längerfristigen, Halt gewährenden therapeutischen Beziehung,
- kognitiv-psychodynamische Psychotherapie nach M. Horowitz,
- niederfrequente Langzeitpsychoanalyse nach S. O. Hoffmann.

Darüber hinaus gibt es eine Reihe spezialisierter psychodynamischer Psychotherapiemethoden, die für die unter 3. beschriebenen psychischen Störungen weiterentwickelt und optimiert wurden (für die soziale Phobie siehe beispielsweise Leichsenring, Hoyer et al., 2009).

Übersicht über in der Verhaltenstherapie verwendete Techniken

(Anmerkung: die Zuordnung von verhaltenstherapeutischen Techniken zu den Überschriften folgt heuristischen Erwägungen und erhebt keinen Allgemeingültigkeitsanspruch)

1. Verhaltensorientierte Techniken und Techniken auf Grundlage der sozialen

Lerntheorie

- Verhaltensanalyse (z. B. nach SORCK- oder BASIC-ID-Schema, Problemanalyse nach Bartling, Ziel- und Plananalyse)
- Kontingenzmanagement (z. B. Management positiver Verstärkung, Selbstverstärkung, Token-Systeme, Stimuluskontrolle, Veränderungen in der äußeren Umgebung/Abbau von Belastungsfaktoren, Selbstbestrafungstechniken, Bestrafungs- und Aversionsverfahren)
- Habit-Reversal-Training
- Rückfallprävention und Rückfallmanagement
- Modelldarbietung
- Löschung
- Aktivierung, Aufbau positiver Aktivitäten
- Tagesstrukturierung, Tagespläne
- Rollenspiele
- Training sozialer Kompetenz
- Training sozialer Skills
- interpersonelles Problemlösen
- Kommunikationstraining

2. Konfrontations-/Expositionstechniken:

- massierte Reizkonfrontation in vivo/in sensu
- graduierte Reizkonfrontation in vivo/Reaktionsmanagement
- graduierte Reizkonfrontation in sensu
- systematische Desensibilisierung
- Konfrontation mit körperlichen Reizen (z. B. Hyperventilationstest, „Reaktionskonfrontation“)
- Reduzierung von Schonverhalten (z. B. bei Patienten mit

Kurzcharakterisierung des Methodenspektrums der Humanistischen Psychotherapie

Das Methodenspektrum des Verfahrens Humanistische Psychotherapie ist – in den in Deutschland verbreiteten Ausprägungsformen -entsprechend der o.a. Definition dadurch gekennzeichnet, dass die o.a. symptomatischen Muster der Er-Lebensprozesse erfahrbar und wahrnehmbar werden. Damit werden sie auch für das selbstreflexive Bewusstsein hinsichtlich der Sinnhaftigkeit und Funktionalität in den existentiellen Bezügen und für die Bewältigung von konstelierten Aufgaben im Leben wie im Alltag anschaulich. Sie werden symbolisierbar und können damit transformatorisch-adaptiv neu aktualisiert werden.

Die Methoden sind somit primär erlebens- und erfahrungszentriert, wobei aber z.B. auch psychoedukative oder übende Vorgehensweisen im Rahmen der Grundorientierung der Humanistischen Psychotherapie einbezogen werden können. Die Zentrierung auf die Förderung der Erlebens- und Erfahrungsweisen einschließlich deren Symbolisierung kann je nach Indikation auf unterschiedlichen Prozessebenen bzw. Aspekten liegen – so etwa auf den körperlichen, emotionalen, kognitiven oder interaktiven Prozessen (und deren Mustern). Ebenso können unterschiedliche Settings (Einzel-, Gruppen- und Paare) sowie spezifische Ausprägungsformen für Erwachsene, Kinder und Jugendliche zur Anwendung kommen.

Zu den Psychotherapiemethoden des Verfahrens Humanistische Psychotherapie zählen insbesondere (bei kombinierbarer und/oder überlappender konkreter Ausgestaltung der Vorgehensweisen):

- * Personenzentrierte /Klientenzentrierte /Gesprächspsychotherapie, die in zahlreichen Ausdifferenzierungen verbreitet ist und in der BRD insbesondere umfasst
 - :Klassische Gesprächspsychotherapie)
 - Ziel- und Klärungsorientierte Gesprächspsychotherapie
 - Prozessorientierte Gesprächspsychotherapie
 - Gesprächspsychotherapeutische Spieltherapie
 - Differentielle inkongruenzbezogene Vorgehensweisen der Gesprächspsychotherapie (hierzu gehört ein Spektrum spezifisch störungsbezogener Vorgehensweisen)

<p>Zu den im Rahmen der Psychodynamischen Psychotherapie angewandten psychotherapeutischen <u>Techniken</u> zählen u. a.:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ein vorwiegend konfliktzentriertes Vorgehen mit Fokussierung der zentralen inneren Konflikte, <input type="checkbox"/> gezielte Bearbeitung struktureller Defizite, <input type="checkbox"/> Nutzung erlebnisaktivierender Techniken zur Förderung der Bearbeitung der fokussierten Konfliktthematik und/oder der strukturellen Defizite, <input type="checkbox"/> Das therapeutische Beziehungsangebot kann je nach Indikation und Therapieziel variiert werden von aktiv-anleitend und unterstützend bis zu passiv-übertragungsfördernd, <input type="checkbox"/> systematische Gestaltung und Nutzung der therapeutischen Beziehung auch über multimodaler Techniken (Körpererleben, Imagination, Gestaltungen); Anregung und Nutzung von Inszenierungen, eingebettet in ein psychodynamisches Gesamtkonzept, <input type="checkbox"/> Rollenspiele, <input type="checkbox"/> Variation des Beziehungsangebots. Durch Steuerung des Beziehungsangebotes wird eine hinreichend veränderungswirksame Bearbeitungstiefe erreicht und aufrechterhalten, <input type="checkbox"/> Nutzung regressiver Prozesse von fokussierter Regressionssteuerung bis hin zur Förderung und Intensivierung regressiver Prozesse. Zur Förderung regressiver Prozesse kann auch eine höhere Sitzungsfrequenz bzw. als Settingvariante das Liegen verwendet werden, <input type="checkbox"/> Technik der freien Assoziation, <input type="checkbox"/> Analyse der Übertragungs- und Gegenübertragungsreaktionen in der Patient-Therapeut-Beziehung sowie der aktuellen realen Beziehung des Patienten, <input type="checkbox"/> sorgfältige Beobachtung und systematische Handhabung der Therapeut-Patient-Interaktion durch Nutzung des Übertragungs- und Gegenübertragungsgeschehens und von Abwehr und Widerstand, bei reflektierender Berücksichtigung des eigenen Anteils des Therapeuten, <input type="checkbox"/> fokussierte Übertragungs- und Widerstandsanalyse mit einer Arbeit „in und mit“ der Übertragung vorwiegend im „Hier und Jetzt“, <input type="checkbox"/> flexibler, reflektierter Umgang mit der therapeutischen 	<p>somatoformen Störungen)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Reaktionsverhinderung (z. B. bei Patienten mit Zwangsstörungen) <input type="checkbox"/> sonstige Konfrontationstechniken im Rahmen spezifizierter Behandlungsprogramme (z. B. Körperbildexposition, Sorgenexposition, „Shame-Attacking“, Konfrontation mit Rückfallrisikosituationen) <p>3. Kognitive Techniken und Selbstkontrolltechniken</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Selbstbeobachtung (z. B. Essprotokolle, Erkennen eigener Risikosituationen) <input type="checkbox"/> Gedankenprotokolle <input type="checkbox"/> kognitive Umstrukturierung (Realitätstestung, Reattribution, Entkatastrophisierung, Reframing usw.) <input type="checkbox"/> Gedankenstopp <input type="checkbox"/> Reframing <input type="checkbox"/> kognitive Probe <input type="checkbox"/> Selbstinstruktionstraining <input type="checkbox"/> Stressimpfungstraining <input type="checkbox"/> Selbstmanagementtherapie <input type="checkbox"/> imaginative Techniken <input type="checkbox"/> Symptomverschreibung <input type="checkbox"/> Selbstverbalisationstraining <input type="checkbox"/> verdeckte Sensitivierung <input type="checkbox"/> Problemlösetraining <input type="checkbox"/> Coping-Techniken <input type="checkbox"/> Sonstige Methoden der Selbstkontrolle und Selbstregulation <p>4. Entspannungs- und körperbezogene Techniken</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> progressive Muskelrelaxation (nach Jacobson) <input type="checkbox"/> angewandte Anspannung <input type="checkbox"/> autogenes Training <input type="checkbox"/> Atemtraining <input type="checkbox"/> Entspannung-Biofeedback <input type="checkbox"/> Biofeedback <input type="checkbox"/> Neurofeedback <input type="checkbox"/> sonstige Entspannungsverfahren 	<ul style="list-style-type: none"> * Methoden, die wegen noch stärkerer Integration von personenzentrierten, gestalt-therapeutischen und körpererfahrungsbezogenen Aspekten in keine der „Methoden-Kategorien“ eindeutig einordbar ist, wie: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Focusing <input type="checkbox"/> Experienzielle Psychotherapie <input type="checkbox"/> Emotionsfokussierte Therapie, EFT – in der die Integration von einzelnen Methodenperspektiven (hier: Gestalt und GPT) besonders deutlich wird) * Gestalttherapie – mit einem Spektrum an weiteren Methoden und spezifischen Techniken, mit denen von potentialentfaltend und strukturaufbauend bis hin zu konfliktlösend und konfrontierend vorgegangen wird. Spezifische Perspektiven: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> gesellschaftskritische Ansatz, <input type="checkbox"/> transpersonale Ansatz <input type="checkbox"/> selbstorganisationstheoretische Ansatz <input type="checkbox"/> Klinisch-gestalttherapeutischer Ansatz <input type="checkbox"/> differentielle Vorgehensweisen für unterschiedliche Settings: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Gestalt Play Therapy, <input type="checkbox"/> Gestalt-Paarsynthese <input type="checkbox"/> Gestalt- Familientherapie <input type="checkbox"/> Gestalt- Gruppentherapie * Integrative Therapie * Psychodrama <ul style="list-style-type: none"> diese Methode beinhaltet ebenfalls ein Spektrum an unterschiedlich kombinierbaren Techniken (einzel/Gruppe): <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> szenisch-handelnde Darstellung salutogener und maladaptiver sozialer Netzwerke, <input type="checkbox"/> Skulpturen und Aufstellungen, <input type="checkbox"/> Rollentrainings und -spiele, <input type="checkbox"/> Stegreifspiele; * Pesso-Boyd System Psychomotor (PBSP) <ul style="list-style-type: none"> + spezifische Variante für Kinder und Jugendliche * Logotherapie * Existenzanalyse, welche hier spezifische Techniken, u.a.
--	---	---

<p>Neutralität unter strikter Wahrung der Abstinenz,</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Analyse von Abwehr und Widerstand, <input type="checkbox"/> Der Zugang zu psychodynamischen Prozessen erfolgt auf sehr unterschiedlichen Wegen. <p>Neben den verbalen Kommunikationsformen, der Technik der „Freien Assoziation“ und den Inszenierungen werden z. B. auch kreative und körperintegrierende Interventionen eingesetzt,</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> entwicklungsfördernde, Ressourcen mobilisierende und handlungsaktivierende Interventionen (besonders bei Patienten mit strukturellen Störungen und Entwicklungsdefiziten), <input type="checkbox"/> Selbstbeobachtung, <input type="checkbox"/> Nutzung von Selbstverbalisierungen zur Emotions- und Handlungssteuerung, <input type="checkbox"/> Fokussierung der Emotionsregulation und -steuerung, <input type="checkbox"/> Entspannungstechniken einschließlich progressiver Muskelrelaxation, autogenem Training, Atemtraining, <input type="checkbox"/> Psychoedukation, <input type="checkbox"/> Achtsamkeitsübungen. 	<p>5. Psychoedukative und sonstige Techniken</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Psychoedukation (z. B. Teufelskreis der Angst, Entstehung und Aufrechterhaltung von Psychosen) <input type="checkbox"/> kognitives Differenzierungstraining <input type="checkbox"/> Training der sozialen Wahrnehmung <p>6. Achtsamkeits- und emotionsregulationsorientierte Techniken, euthyme Verfahren</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Achtsamkeitsübungen <input type="checkbox"/> akzeptanzbasierte Übungen <input type="checkbox"/> Üben von Fertigkeiten zu Stresstoleranz <input type="checkbox"/> Emotionsregulationstraining <input type="checkbox"/> euthyme Verfahren (z. B. Genusstraining) <input type="checkbox"/> Ressourcenaktivierung 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> strukturell orientierter Ressourcenarbeit <input type="checkbox"/> strukturell orientierte Bearbeitung von Defiziten <input type="checkbox"/> prozeßorientierter Vorgangsweise entwickelt hat <p>* Körperpsychotherapie</p> <p>In diesem Cluster zuordbarer Methoden:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Bioenergetik, <input type="checkbox"/> Biodynamik, <input type="checkbox"/> Biosynthese, <input type="checkbox"/> Hakomi <input type="checkbox"/> Konzentrierte Bewegungstherapie <input type="checkbox"/> Funktionelle Entspannung <p>* Transaktionsanalyse</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> allgemeine Techniken: Enttrübungsarbeit, Transaktionsanalyse, Strukturanalyse, Skriptanalyse, Spiel- bzw. Racketanalyse <input type="checkbox"/> Differentielle Methoden: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> klassische Transaktionsanalyse <input type="checkbox"/> Cathexis- Transaktionsanalyse <input type="checkbox"/> Neuentscheidungs-Transaktionsanalyse

3. Angaben zu den für das Psychotherapieverfahren geltend gemachten Anwendungsbereichen, differenziert für die Psychotherapie bei Erwachsenen sowie bei Kindern und Jugendlichen, gegebenenfalls weitere Angaben zu Merkmalen der klinischen Population und zum Setting.

Wie die drei anderen „Verfahren“(s-cluster) - Psychodynamische Psychotherapie, Verhaltenstherapie und Systemische Therapie - wurde auch die Humanistische Psychotherapie bis 1999 mehrere Jahrzehnte erfolgreich eingesetzt - auch innerhalb der BRD und zwar sowohl in Kliniken als auch, im Erstattungsverfahren, zu Lasten der GKV.

Entsprechend den gültigen Bestimmungen des Sozialgesetzbuches war stets „Psychotherapie“ indiziert. Es sei auch nochmals erinnert, dass auch im WBP jedenfalls noch 2006 die Sicht vorherrschte, dass die „Wissenschaftliche Anerkennung“ eines Verfahrens zwar über Studien aus unterschiedlichen Indikationsbereichen mit einer Mindestbreite nachzuweisen sei, dass dies aber exemplarisch im Rahmen des Beweisverfahrens für Wirksamkeit zu sehen sei, woraus nicht ohne weitere Information oder Kontraindikationen die Unwirksamkeit oder gar Untauglichkeit in der psychotherapeutischen Behandlung für Bereiche abgeleitet werden könne, für welche die Forschungsgemeinschaft – aus welchen Gründen auch immer – noch nicht genügend Studien durchgeführt hat.

Jedenfalls haben noch am 15.1.2006 die beide Vorsitzenden des WBP für die erste Amtsperiode (1999-2003) - Prof. Hoffmann und Prof. Margraf - in einem Schreiben klargestellt, es handele sich um ein „Missverständnis“, wenn man meine, dass die Begutachtungsmethodik „Psychotherapieverfahren in Teilbereiche auflösen“ wolle, um „diese jeweils als wissenschaftlich zu bestätigen oder zu verwerfen.“

Über Jahrzehnte ist somit die Anwendung Humanistische Psychotherapie an zehntausenden von Patienten in Kliniken, Praxen – auch zu Lasten der GKV – praktiziert worden; und es gibt zahlreiche wissenschaftliche Wirksamkeitsstudien, welche die Verfahrensbreite der Methoden der HP belegen. Für keinen der Indikationsbereiche haben sich grundsätzliche Kontraindikationen ergeben oder wurde auch nur die Unwirksamkeit wissenschaftlich belegt.

Die AGHPT macht daher das gesamte Spektrum der vom WBP benannten Anwendungsbereiche sowohl bei Erwachsenen als auch bei Kindern und Jugendlichen für das Verfahren Humanistische Psychotherapie geltend. Bei entsprechenden Indikationen wurden Methoden und Techniken sowohl für Einzeltherapie als auch für Paare, Familien und im Gruppensetting entwickelt.

4. Angaben zur Theorie des Psychotherapieverfahrens sowie der von ihnen behandelbaren Störungen sowie Angaben zu den theoretischen Grundannahmen.

Im Laufe der nun über hundertjährigen Gesamtgeschichte professioneller Psychotherapie – und mindestens 6 Jahrzehnten der großen vier Cluster – haben alle Ansätze voneinander gelernt, ihre Ansätze erweitert, Differenzierungen vorangetrieben, Prinzipien der jeweils anderen teilweise theoriespezifisch für sich reformuliert oder gar Vorgehensweisen integriert. Dies geschah allein schon durch die konkreten Menschen, die Psychotherapie ausübten und selten ihr ganzes Leben lang ausschließlich ein Verfahren – unberührt von anderen Kolleginnen und Kollegen – anwendeten. Vielmehr ist das „learning from many masters“ typisch für die gesamte Psychotherapie – wenn auch für die einzelnen Richtungen in unterschiedlichem Ausmaß.

Gleichwohl stellen die vier psychotherapeutischen Cluster Grundorientierungen dar, deren Vorgehensweisen und Methoden einander insgesamt ähnlicher sind, die innerhalb über mehr Homogenität im Menschenbild aufweisen als zwischen ihnen, und damit auch in der Zentrierung auf bestimmte Aspekte der überaus komplexen klinischen und therapeutischen Prozesse jeweils unterschiedliche Schwerpunkte aufweisen.

Die HP unterschätzt keineswegs, dass konkrete Verhaltensweisen gelernt sind (wie in den kognitiv behavioralen Lerntheorien beschrieben), dass Kompromissbildungen zwischen den Entwicklungsaufgaben (z.B. Autonomie vs. Geborgenheit) oder spezifische Besetzungen evolutionär gegebener Strukturierungsmöglichkeiten der Umwelt (z.B. Bindungsverhalten) bedeutsam sind, und dass die Stabilisierung von kognitiv-emotiven und interaktionellen (Er-) Lebensprozessmustern in sozialen Kontexten, besonders zunächst der Familie, erfolgt.

All diese, in den anderen drei Psychotherapieverfahren essentiellen Grundkonzepte sind auch für die HP wichtige Aspekte des Verständnisses von Entwicklungsprozessen, der Symptomentstehung und der daraus abzuleitenden Interventionen.

Aber der zentrale Fokus der HP ist auf die besondere Fähigkeit des Menschen gerichtet, in diesen Prozessen jeweils einmalige, kreative Lösungen dadurch zu finden, dass er sich als potentiell selbstreflexives Wesen vor dem Hintergrund einer sinnvoll verstandenen Vergangenheit stets im Hier und Jetzt auf eine ebenso als sinnvoll zu verstehende Zukunft hin entwerfen kann und entwerfen muss. Das Menschenbild bzw. die Anthropologie der HP hebt also hervor, dass es zum Wesen des Menschen gehört – also wesentlich ist - sinnvolle Beziehungen zur Welt, zu anderen Menschen und zu sich selbst zu gestalten. Diese sinnhafte Ausgerichtetheit (Intentionalität) lässt bei unterschiedlich zu beschreibenden Störungsbildern in unterschiedlichem Ausmaß und in unterschiedlicher Weise auch existentielle Fragen mitschwingen („Wer bin ich eigentlich in dieser Welt?“ „(Wie) Darf ich sein“? etc.). Dies kann nun bei ungünstigen Entwicklungskonstellationen zu vorläufigen „Antworten“ führen, welche zur Symptombildung bzw. –stabilisierung beitragen. Das nosologische Verständnis in der HP ist somit immer im Kern auf Sinn- und Existenzfragen bezogen – auch wenn dies dem Alltagsbewußtsein des Patienten ggf. selbst nicht explizit zugänglich ist.

Mit dem sehr umfassenden Konzept der „Aktualisierungstendenz“ werden in der HP (im Sinne moderner interdisziplinärer Systemtheorie) den selbstregulativen Prozessen auf allen

Ebenen menschlichen (Er-)Lebens besondere Bedeutung beigemessen (und mit den Methoden der HP für den Therapieprozess nutzbar gemacht): Damit ist zunächst schlicht die Adaptation der Prozesse in ganzheitlicher Weise an die jeweiligen Gesamt-Bedingungen gemeint. Da sich Teilbereiche dieser Bedingungen ständig ändern – weil das Leben stets neue Entwicklungsaufgaben konstellierte – findet diese Adaptation unter hinreichend günstigen Bedingungen ständig im Sinne von Assimilation und Akkommodation statt. Genau dies meint das „Wachstum“ in der HP: Es geht also nicht um ein „immer mehr“ (im Verständnis des Wirtschaftswachstums), sondern eher um das „stirb und werde!“ in der Natur – nämlich um das Aufgeben inadäquat gewordener Prozessstrukturen zugunsten neuer, weniger leidvoller Organisation der Prozesse. Dabei werden entsprechend den Möglichkeiten die Potentiale in kreativer Weise entfaltet.

Unter weniger günstigen Entwicklungsbedingungen können einzelne Prozessebenen Muster (oder Schemata²¹) aktualisieren, die als Not- oder nur Partial-Lösungen zur Bewältigung der Herausforderung dienen, die aber dysfunktional zu den anderen Prozessebenen und/oder nicht adaptiv für weitere Entwicklungen sind. So können beispielsweise die Strukturen des Selbstverstehens (also des reflexiven Bewusstseins) weniger das *organismische* Erleben oder gespürte Bedürfnisse symbolisieren als vielmehr *Deutungen und Verstehensweisen der sozialen Umwelt* repräsentieren („Introjekte“). Oder der Körper kann muskuläre Strukturen aktualisieren, welche die Atmung und damit ein intensives Erleben von Gefühlen eher behindern. In Aktualisierung solcher dysfunktionalen (Teil-)Lösungen kommt es somit ggf. zur Symptombildung.

Die HP geht aber davon aus, dass der Mensch unter günstigen Bedingungen – zu denen neben den differentiellen Methoden der HP vor allem eine spezifische therapeutische Beziehung gehört, wie sie von C. Rogers untersucht und beschrieben wurde – in kreativer Weise seine Ressourcen aktivieren kann, was zu einer verbesserten Adaptation an die Gegebenheiten durch Aktualisierung von besseren Strukturierungsmöglichkeiten führt. Da zu den „Gesamt-Gegebenheiten“ z.B. auch genetische Prädispositionen oder somatisch dauerhafte Beeinträchtigungen etc. gehören können, ist damit keineswegs immer eine volle Reversibilität aller Störungen und Symptome gemeint – sondern eben nur eine Neuanpassung im Rahmen der Gesamtmöglichkeiten der bio-psycho-sozialen Gesamtheit „Mensch“ in seiner Beziehung zur „Welt“ (die ihm ebenfalls mit ggf. ungünstigen Strukturen begegnet).

Die Ausrichtung der HP am inneren Bezugsrahmen des Menschen, an seinen Verstehens- und Erlebensweisen, an seinen Werten und Zielen, betont den Aspekt der Einmaligkeit, der ein Kern des Menschenbildes der HP darstellt. Diese Betonung der Einmaligkeit steht aber *nicht* im Widerspruch dazu, dass z.B. für diagnostische Betrachtungen und Untersuchungen im Rahmen von Wissenschaft und Forschung *Kategorien* gebildet werden können bzw. sogar gebildet werden müssen, um bestimmte Fragen zu beantworten. Allerdings wird der Mensch damit nicht als eine Realisation solcher Kategorien verstanden (wie z.B. ein Dackel *wesentlich* als Realisation der Rasse „Dackel“ zu sehen ist). Sondern *wesentlich* für die kon-

²¹ Auch der Schema-Begriff wurde in Nähe zur Gestaltpsychologie von Bartlett in den 1930er Jahren entwickelt und intensiv experimentell untersucht (Hauptwerk: „Remembering“ 1932) – dann später von Piaget übernommen (wie nach dessen Tod zunehmend auch B. Inhelder zugestanden) und hat u.a. Grawe, sowie Young (für die VT) oder auch Greenberg (emotionale Schemata) in der HP als wesentliche Grundlage von deren Konzepten gedient.

krete *therapeutische Arbeit* wird dann wieder die Einmaligkeit des Patienten (vor dem Hintergrund allgemeiner Regeln sowie therapeutischen Wissens incl. diagnostisch-prototypischer Verläufe) und die Tatsache, dass sich der Patient trotz aller kategorialer Beschreibungen in einer ihm spezifischen, für ihn sinngebenden Weise in die Welt einordnen und sein Handeln auf eine (für ihn sinnvolle) Zukunft hin ausrichten muss. (Dies ist wieder die existentielle Perspektive).

Die konkreten Methoden der HP haben somit immer auch die Passung zwischen regelhaft-Allgemeinem und individuell-Einmaligem zu beachten: Bei den Regeln und Gesetzmäßigkeiten der „Welt“ geht es u.a. um interaktionelle, soziale und kulturelle Muster und Regeln, materielle Strukturen und Gegebenheiten, biosomatische Prädispositionen und Entwicklungen. Beim individuell-Einmaligen geht es um die zwar in einer *regelhaften* Welt entwickelten aber mit *personalen* kreativen Sinnstrukturen versehenen Lösungen. Diese sind im Therapieprozess der HP zu berücksichtigen, entsprechende Verstehensprozesse zu fördern und daraus resultierende Handlungsoptionen sowie die Erprobung ihrer Umsetzung zu begleiten. (Wobei nochmals betont werden soll, dass auch Symptome stets „Lösungen“ darstellen vor der Gesamtheit der gegebenen und wahrgenommenen Bedingungsgefüge – die also unter ungünstigen Bedingungen und Verläufen erheblich aus der Norm „verrückt“ sein können. Oft werden sie zunächst auch vom Menschen selbst keineswegs in ihrer Gesamtheit und Wirkung verstanden: Eben dies zu fördern ist auch eine wesentliche Aufgabe des therapeutischen Prozesses der HP).

Unter diesem Fokus der HP auf Entwicklungsvorgänge und deren symptomhafte Störungen zielen die konkreten Vorgehensweisen der HP darauf, die Ressourcen in den selbstregulierenden Aktualisierungsprozessen zu fördern. Das heißt, die dysfunktional gewordenen „Lösungen“ – in Form von Erlebensausblendungen, nicht gelebten Existenzbereichen, körperlichen, emotiven, kognitiven und/oder sozialen Mustern mit Eigendynamiken, die nicht zu den aktuellen Entwicklungsaufgaben und Lebensanforderungen des Menschen passen – einer Transformation (= besseren adaptiven Aktualisierung, „Wachstum“) zugänglich zu machen. Allein schon deshalb, weil bei diesem Übergang alte, vertraute (wenn auch leidvolle) Muster aufgegeben werden müssen, während neue zunächst noch nicht verlässlich erscheinen, bedarf es einer von Kongruenz, Empathie und „unconditional positive regard“ getragenen therapeutischen Beziehung, die der Patient auch so erfahren kann. Da diese Teilkonzepte nicht selten (in nicht-HP Literatur) recht entstellt referiert werden, sei zumindest darauf hingewiesen, dass das „unconditional positive regard“ (= „Unbedingte Wertschätzung“) z.B. durchaus auch einen recht konfrontativen Aspekt enthält, in dem nämlich die (oft dysfunktionalen) Bedingungen, unter denen der Mensch meinte, allein seine Wertschätzung erreichen zu können, erfahrbar, aufgedeckt und hinterfragt werden (was etwas völlig anderes ist, als z.B. „Freundlichkeit“). Wenn der Therapeut dabei den Blick auf tiefere Strukturen persönlicher Lebensgestaltung des Patienten richtet und beispielsweise seine „Skriptmuster“ deutlich werden, so wird dies in der Regel einen Konflikt mit den aktuellen Verhaltensweisen des Patienten auslösen.

Die Beziehungs- und Einstellungsmuster des Patienten im Hier und Jetzt vor dem Hintergrund der biographischen Bezüge und Zukunftsorientierungen werden also in den Vorgehensweisen der HP einer fortgesetzten Erkundung und Selbsterkundung des Fühlens, Denkens, Wollens und Handelns deutlich. Hierbei spielt auch die Förderung der Achtsamkeit

insbesondere für Prozesse, Anteile und Schichten, die an der Grenze oder noch jenseits des Gewährseins liegen, also unbewusst sind, in einem kooperativen Dialog mit dem Psychotherapeuten (bzw. in Therapiegruppen im Polylog auch mit den anderen Gruppenteilnehmern) eine wichtige Rolle.

Die ganzheitliche Sicht auf den Menschen seitens der HP mit den unterschiedlichen aber vernetzten Prozessebenen der Selbstregulation gibt dem *körperlichen* Geschehen als grundlegender Basis aller Er-Lebens-Prozesse eine besondere Bedeutung. Schon das zentrale Konzept der Aktualisierungstendenz von K. Goldstein wurde zunächst als ein organismisches Prinzip formuliert (und in Tierversuchen validiert) – und begründete in den USA eine organismische Psychologie. Für die HP ist allerdings bedeutsam, dass körperliche Prozesse nur im Lichte und Kontext sinnhaft-geistiger Verstehensprozesse thematisiert werden können, während andersherum auch die kognitiv-emotive Basis von „Verstehen“ durch Körperprozesse erheblich moduliert wird. Dies ergibt eine besondere Verschränkung – die historisch schon von den Pionieren W. Reich und A. Lowen mit der Komplementarität von „Körperstrukturen“ und „Charakterstrukturen“ thematisiert wurde. Es sei aber auch beachtet, dass viele Strukturierungsprinzipien, mit denen sich der Mensch intentional der Welt zuwendet, zunächst vorsprachlich im Körper repräsentiert sind (z.B. Bindungsmuster, Muster der Affektabstimmung, Ordnungsmuster zur Reduktion der phänomenalen Welt – wie „Kausalität“ etc.). Nicht zuletzt in psychodramatischen Rollenspielen (besonders in reduzierter Pantomime oder der Skulptur-Technik) wird deutlich, dass die Haltung zur Welt mit der Haltung des Körpers einhergeht. Ebenso zeigt sich die psychosomatische Verschränktheit in der körperlichen Verankerung von innerpsychischen Prozessen der Affektabwehr z.B. durch den dauerhaften Verlust der natürlichen Atembeweglichkeit sowie einer Rückwirkung der eingeschränkten Atmung auf den emotionalen Prozess.

Dieser kurze Hinweis auf bestehende zentrale Zusammenhänge macht deutlich, warum gerade bei erlebenszentriertem und erfahrungsaktivierendem Arbeiten – welches für die HP typisch ist – eine Förderung der Achtsamkeit für körperliche Prozesse, deren Musterbildungen und Begrenztheiten und für die Korrelationen zu internem wie interaktivem Geschehen ein wichtiges Agens darstellt. Das Einbeziehen des Körpers – was konflikt-, lösungs- oder auch potenzialorientiert geschehen kann - ermöglicht eine vertiefte, sinnliche Selbst-, Fremd- und Weltwahrnehmung, so dass sowohl einschränkende als auch reifungsfördernde Muster der Person erlebbar und verstehbar werden können.

Typischerweise kommt es gerade bei der Einbeziehung körperlicher Prozesse in die HP zu *Kombinationen* von Methoden: So ist etwa das „Focusing“ von E. Gendlin i. W. eine Kombination von personenzentriertem (dt.: „gesprächspsychotherapeutischem“) und körperzentriertem Vorgehen; der psychomotorische Ansatz (PBSP) von A. Pesso ist i. W. eine Kombination aus psychodramatischem, personenzentriertem und körperorientiertem Vorgehen; der multimodale, körperzentrierte Ansatz (IKP) von Maurer verbindet gestalttherapeutische, phänomenologische und daseinsanalytische Herangehensweisen mit einem affektiven Einbezug des Körpers als Ressource; oder die „Integrative Therapie“ von H. Petzold ist als eine Kombination aus gestalttherapeutischen, körperpsychotherapeutischen, psychodramatischen und weiteren humanistischen Methoden zu sehen. Unter einer transaktionsanalytischen Perspektive in der Methodik der Vorgehensweise werden z.B. Traumatisierungen mit den Konzepten der Ich-Zustände als Ich-Zustands-Fixierungen beschrieben, die sich sowohl körperlich als auch psychisch im Verhalten, Denken und Fühlen durch (Körper)Skriptmuster

aktualisieren. Im Sinne von Überlebensschlussfolgerungen (Skriptentscheidungen) werden diese in der therapeutischen Beziehung sichtbar und bearbeitbar. (F. English, 2008; R. Erskine, 1991). Auch in der Gestalttherapie ist der Körperansatz von Anfang an enthalten, da Fritz Perls bei Wilhelm Reich Anfang der 30er Jahre in Lehranalyse war - und ferner, weil Lore Perls ihre Erfahrungen ihrer Arbeit bei Elsa Gindler u.a. in die Gestalttherapie mit einbrachte.

Diese mannigfaltige Einbeziehung körperlicher Prozesse erfolgt bekanntlich auch in den anderen drei Verfahren (z.B. Entspannungstechniken). Allerdings sind die Vorgehensweisen im Rahmen der HP klar *diesem* Verfahren in der o. a. Charakterisierung seinen Methoden zuzuordnen (während z.B. bestimmte Entspannungstechniken – etwa Jacobsen - nicht originär in diesem Verfahren entwickelt wurden und bei Indikation in die spezifischen humanistischen Methoden eingepasst werden, gibt es auch Entspannungstechniken, die eher der konzentrativen Körperarbeit entstammen).

Eine Vielfalt von *erlebensaktivierenden* Techniken der HP ermöglicht, dass im Hier und Jetzt des psychotherapeutischen Prozesses also besonders die leidvollen Aktualisierungen (d.h. die nicht adaptiven Muster in den körperlichen, emotiven, kognitiven und sozialen Erlebensprozessen) erfahrbar, verstehbar und transformierbar werden. Der Patient wird ermutigt, seine zunächst noch unklaren oder unbewussten inneren Prozesse körperlich zu spüren, emotional zu erleben, kognitiv zu integrieren, zu verstehen, der Symbolisierung und (sofern möglich) der Verbegrifflichung zugänglich zu machen und zu kommunizieren. Es sei aber nochmals betont, dass bei diesen Vorgehensweisen stets die Beachtung und Förderung von Ressourcen-Aktivierung, Autonomie und Selbstverantwortung des Patienten sowie die Einbettung allen Geschehens in (dessen!) Sinnzusammenhänge und existentielles Ausgerichtetsein auf die „Welt“ (deren Teil er ist) eine wesentliche Basis der therapeutischen Arbeit darstellt.

5. Angaben zur individuellen Behandlungsplanung und zur Gestaltung der therapeutischen Beziehung.

Vieles zu dieser Frage ist bereits bei der Beschreibung des Therapieverfahrens (Punkt 2) sowie bei der Darstellung der Theorie (Punkt 4) dargelegt worden. Daraus sollte deutlich geworden sein, dass das Grundmodell der Humanistischen Psychotherapie hinsichtlich der therapeutischen Wirksamkeit und der damit verbundenen individuellen Behandlungsplanung recht komplex ist: Aufgrund des oben betonten Aspekts der Einmaligkeit jedes Menschen und des humanistisch-therapeutischen Grundanliegens, den Patienten in besseren Kontakt mit seinen organismischen, psychischen und interpersonellen Erlebensweisen zu bringen, können und müssen die konkreten Vorgehensweisen je nach Einzelfall sehr unterschiedlich gestaltet werden. Das therapeutische Beziehungsangebot, wie es von Rogers gekennzeichnet wurde, ist dabei zwar essentiell. Doch muss dieses Angebot so gemacht werden, dass es nicht nur zu den Symptomen des Patienten passt, sondern ebenfalls zu dessen Art des „Weltzugangs“. Diese Problematik wird in der Literatur zur Psychotherapieforschung z.B. im

„Allgemeines Modell von Psychotherapie AMP“ von Orlinsky & Howard aufgegriffen.²² Demzufolge sind neben der Passung „Behandlungsmodell und Störungsmodell“ und der Passung „Therapeut und Patient“ (oft unter „therapeutischer Beziehung“ erörtert und erforscht) zumindest noch die Passung „Patient und Behandlungsmodell“ sowie die Passung „Therapeut und Störung des Patienten“ zu beachten (vgl. Abb.1).

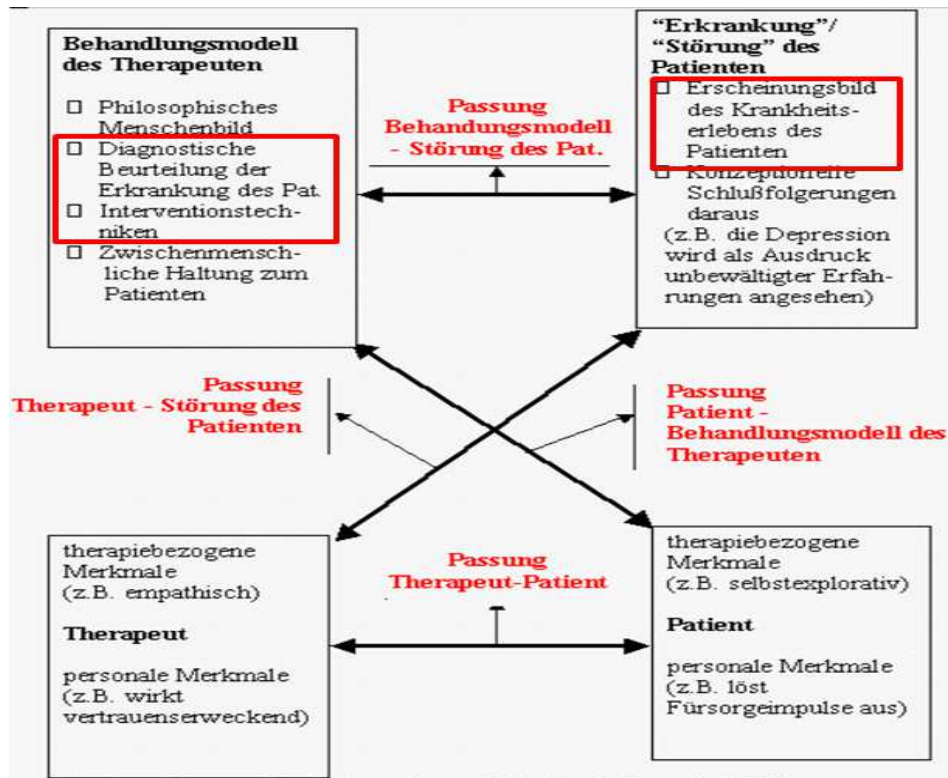


Abb. 1 Das Passungs-Modell (nach Orlinsky & Howard, 1987)

Es sei darauf hingewiesen, dass in dem üblichen Modell von RCT-Forschung eigentlich nur die Beziehung zwischen „Diagnostischer Beurteilung der Erkrankung des Pat.“ und „Interventionstechniken“ (beides im linken oberen rotumrandeten Kasten) mit dem „Erscheinungsbild des Krankheitserlebens des Patienten“ (im rechten oberen rotumrandeten Kasten) berücksichtigt wird. Alle anderen Aspekte im Passungsmodell wären dann „Störvariablen“.

Wie die Berücksichtigung speziell des Passungs-Modells von Orlinsky & Howard in Bezug auf eine Methode der Humanistischen Psychotherapie aussieht, haben beispielweise Eckert & Kriz exemplarisch für die Gesprächspsychotherapie ausführlich dargelegt.²³

Ebenfalls exemplarisch soll abschließend am Beispiel des Konzepts der „Achtsamkeit“ die unterschiedliche Sicht- und Arbeitsweise der HP im Vergleich zur VT in den Aspekten „therapeutische Beziehung“ und „Behandlungsplanung“ verdeutlicht werden:

²² Orlinsky, D. E. & Howard, K. (1987). A generic model of psychotherapy. J. Integrative Eclectic Psychother 6: 6-27.

²³ Eckert, Jochen & Kriz, Jürgen (2012): Humanistische Psychotherapieverfahren. In: Senf, W. & Broda, M. (Hrsg): Praxis der Psychotherapie, Stuttgart: Thieme, 5. Aufl. S. 256 – 277 (erstmalig in 3. Aufl. 2005, S. 315 – 336)

In der „kontextuellen CBT“ (bzw. „Third Wave of Behavioral Therapies“) spielt „Achtsamkeit“ insgesamt eine wichtige Rolle. Speziell im MBSR (*Mindfulness-Based Stress Reduction*)²⁴ Ansatz bzw. dessen Erweiterung zur MBCT (*Mindfulness-Based Cognitive Therapy*)²⁵ wird dabei „Achtsamkeit“ als eine zu erlernende Fertigkeit aufgefasst: Kernbestandteil ist ein 8-wöchiges Trainingsprogramm mit formalen Achtsamkeitsübungen und der Schulung der Achtsamkeit im Alltag. Ein wesentlicher Bestandteil des MBSR-Programms ist es, dass die Patienten täglich Achtsamkeitsübungen praktizieren und diese so in den Alltag integrieren. Sie erhalten dazu oft CDs mit Übungsanleitungen und schriftliches Material zum Nacharbeiten der Sitzungen. Hierdurch wird gelernt, die Gedanken, Gefühle, Körperempfindungen und ihre Interaktionen zu beobachten, sie als Geschehen wahrzunehmen, ebenso wie Geräusche oder andere „äußere“ Phänomene. Sie sollen weder verändert werden noch soll ihnen gefolgt werden, sondern es soll durch ein stilles Beobachten und neutrales Wahrnehmen ein innerer Abstand dazu hergestellt werden. So soll z.B. im Kontext eines häufigen Indikationsbereichs – der Depressionsbehandlung – die Aktivierung depressionsfördernder Gedanken, Gefühle und Körperempfindungen so rechtzeitig erkannt werden, dass die Betroffenen nicht per Autopilot in Grübeleien und niedergedrückte Stimmung versinken, sondern sich bewusst hilfreichen Maßnahmen zuwenden können, die den Rückfall verhindern helfen.

„Achtsamkeit“ spielt auch in faktisch allen Methoden der HP eine wichtige Rolle. Achtsamkeit wird hier aber nicht eingeübt oder als Fertigkeit zum frühzeitigen Erkennen und Distanzieren gesehen, die erlernt werden kann. Vielmehr geht es in der HP um die Förderung einer Entwicklung weg von Gefühls- und Erfahrungsdistanz hin zu unmittelbarem Erleben und teilhabend-ganzheitlichem Wahrnehmen der (bewusstseinsfähigen) (Er-)lebensprozesse. Achtsamkeit ist hier also eine sich entwickelnde Veränderung der Erlebensweise hin zu mehr „Kongruenz“, d.h. zu mehr Übereinstimmung von Erleben und dessen Symbolisierung bzw. von Erleben und Verhalten. Es geht um eine wachsende Offenheit für die eigene Erfahrung, ohne sie, aufgrund einer vorgegebenen Bewertungsstruktur, ausblenden oder verzerren zu müssen (= Symptome).

Im Rahmen der Behandlung von depressiven Menschen kann die Erhöhung der Achtsamkeit beispielsweise die chronischen Überforderungstendenzen durch einen überzogenen Anspruch, für andere da zu sein, kongruent werden lassen – und vielleicht den biographischen Zusammenhang deutlich werden lassen, dass die Zurückstellung eigener Bedürfnisse und die Fixierung auf die Bedürfnisse wichtiger Bezugspersonen früher deren bedingte Zuwendung sicherstellte. Zusammen mit der unbedingten Zuwendung des humanistischen Therapeuten kann das durchaus eine konfrontative Erfahrung (im Rahmen einer sicheren therapeutischen Beziehung) darstellen, da die Erwartungen von bedingter Zuwendung erfahrbar und symbolisierbar werden.

Diese Erhöhung der Achtsamkeit wird in der HP mit dem spezifischen Beziehungsangebot erreicht und nicht durch ein Übungsprogramm. Es gibt hier zwar auch strukturierte Vorge-

²⁴ Kabat-Zinn, J. (1982). An out-patient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: Theoretical considerations and preliminary results. *General Hospital Psychiatry*, 4, 33 – 47.

²⁵ Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. New York: Guilford Press.

hensweisen – etwa im Focusing (Gendlin) oder bei der Intensivierung von Erfahrungen im Rahmen von Körperpsychotherapeutischen Methoden. Der Kern bleibt aber der Aspekt der Einmaligkeit des Patienten und des Geschehens im Hier und Jetzt, vor dem sich die Prinzipien der HP konkret entfalten und nicht einem Programm folgen.

Es ist unschwer zu erkennen, dass „Achtsamkeit“ in der MBCT und in der HP nicht dasselbe meinen (obwohl es zweifellos auch überschneidende Aspekte gibt und hier eher auf die Unterschiede fokussiert wurde). Genau so unschwer ist zu erkennen, dass sich die Programme der MBCT natürlich sehr gut eignen, in Designs der RCT-Methodik evaluiert und „evidenzbasiert“ zu werden – was auch ausgiebig erfolgt ist. Hingegen lässt sich die Heterogenität und Vielfalt je passungsgerechter Entfaltungen von Prinzipien und Vorgehensmöglichkeiten, den Patienten in besseren Kontakt mit seinem Erleben zu bringen, Inkongruenzen zu vermindern und selbstbestimmter handeln zu können nicht so leicht in ein normiertes Design einordnen.

Dennoch hat auch die HP in großer Zahl Studien angefertigt, welche der RCT-Forschungslogik folgen. Die Wirksamkeit der HP konnte so, wenn auch unter solchen restringierten Bedingungen, nachgewiesen werden – auch wenn aus Sicht der HP wesentliche Aspekte ihrer Wirksamkeit dabei nicht abgebildet werden konnten.

6. Angaben zu möglichen unerwünschten Wirkungen und Kontraindikationen.

Es sind der AGHPT keine störungsspezifischen Kontraindikationen bekannt.

Wie bei allen Therapieansätzen gibt es aber passungsspezifische Probleme. So ist HP sicher nicht indiziert, wenn das humanistische Beziehungsangebot des Therapeuten nicht angenommen werden kann – z.B. wenn bei einer Paranoia das empathische Verhalten des Therapeuten als „hinterlistige Täuschung“ gedeutet wird.

Solche Einschränkungen sind aber nicht auf die HP beschränkt. Nicht zufällig zeigen Untersuchungen übereinstimmend, dass es einen erschreckend hohen Anteil an Fehllindizierten im Rahmen von psychotherapeutischen Behandlungen gibt. Von der Grawe-Studie aus dem Jahre 1994 bis zu neueren Ergebnissen zeigt sich, dass zwischen 30% (Brockmann et al. 2002)²⁶ und 45% (Maschke & Otto 2003)²⁷ aller Patienten in ambulanter Psychotherapie eine oder mehrere psychotherapeutische Behandlungen in der Vorgeschichte hatten und dann den Therapeuten und/oder das Therapieverfahren wechselten. Es ist davon auszugehen, dass

²⁶ Brockmann, J., Schlüter, Th., Brodbeck, D. & Eckert, J. (2002). Die Effekte psychoanalytischer und verhaltenstherapeutischer Langzeittherapien. Eine vergleichende Studie aus der Praxis niedergelassener Therapeuten. *Psychotherapeut*, 47, 347-355

²⁷ Maschke, U. & Otto, Th. (2003). Therapieziele aus Patientensicht. Unveröff. Diplomarbeit. Humboldt-Universität zu Berlin: Institut für Psychologie/Lehrstuhl für Psychotherapie (Prof. I. Frohburg)

bei einem Teil dieser „Fehlindizierten“ zumindest zunächst die „Passung“ nicht stimmte - im Sinne des o.a. Modells von Orlinsky & Howard.

Untersuchungen belegten beispielsweise, dass Patienten, die an Richtlinien-Verfahren scheiterten, erfolgreich mit Gesprächspsychotherapie behandelt werden konnten (z.B. Frohburg 2003, Eckert, Frohburg & Kriz 2004). Dieser Befund wurde zusätzlich auch von Berichten gestützt, die in etlichen Experten-Stellungnahmen gegeben wurden, welche der G-BA im Bewertungsverfahren zur Gesprächspsychotherapie 2004 eingeholt hatte.

Solche Befunde sind umgekehrt auch jeweils für andere Verfahren im Vergleich zu erwarten: Es spricht eben alles dagegen, dass es „das“ einzige, allen anderen und bei jedem Patienten überlegene Therapieverfahren gibt. Es scheint sinnvoller zu sein, zu akzeptieren, dass für die Pluralität an Lebensentwürfen und -formen in unserer Gesellschaft jenseits einer störungsspezifischen Zuordnung vor allem eine Pluralität wirksamer Therapieverfahren die Versorgung mit passungsgerechter Psychotherapie verbessert.

7. Angaben zur Aus-, Weiter- oder Fortbildung in dem Psychotherapieverfahren oder der Psychotherapiemethode.

Auf den folgenden Seiten ist der Entwurf eines Curriculums angegeben. Dabei handelt es sich um die für Humanistische Psychotherapie adaptierte heute übliche Grundstruktur bei den Ausbildungsinstituten in der BRD.

Weitergehende Spezifizierungen erscheinen zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht sinnvoll: Die Ausbildung kann nach den derzeitigen Regelungen von WBP und G-BA sinnvoll erst nach der sozialrechtlichen Anerkennung durch den G-BA erfolgen.

Wie besonders in Abschnitt 0.2. gezeigt wurde, standen bis 1999 für die Humanistische Psychotherapie und viele ihrer Methoden eine große Zahl von Lehrtherapeuten mit Professorenrang an deutschen Universitäten und Hochschulen zur Verfügung, die dort und an vielen Instituten die Methoden der HP gelehrt haben und an etlichen Kliniken entsprechende Programme durchführten und teilweise noch führen. Obwohl durch den Ausschluss vom GKV-System erheblich ausgedünnt, gibt es noch genügend qualifiziertes Personal. Auch im deutschen Ausland sind Methoden der HP gut in der Ausbildung und Praxis verankert.

**AUSBILDUNG IN PSYCHOLOGISCHER PSYCHOTHERAPIE
MIT DEM SCHWERPUNKT
Humanistische Psychotherapie**

Präambel

Ziel der Ausbildung ist die Approbation zum psychologischen Psychotherapeuten nach den Bestimmungen der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Psychologische Psychotherapeuten (PsychTh-APrV). Gegenstand der vertieften Ausbildung ist die Humanistische Psychotherapie.

A. Curriculum

1. Was ist Humanistische Psychotherapie ?

(Definition aus Abschnitt 2.2 des Antrags):

Die Humanistische Psychotherapie als Krankenbehandlung fokussiert auf die nur dem Menschen eigene Verschränkung von organismischen und psychosozialen Prozessen mit der besonderen Perspektive einer selbstregulativen, sinn-orientierten, intentional-motivierten, selbst-verant-wortlichen, auf Zukunft ausgerichteten Aktualisierung kreativer Potentiale in Adaptation an diese Gesamtgegebenheiten.

Nosologisch gesehen können diese Gesamtgegebenheiten in der Entwicklung des Menschen auf materieller, somatischer, psychischer oder interaktioneller Ebene zur Herausbildung von Mustern in den Lebensprozessen (wozu auch Erleben und Verhalten gehört) geführt haben, die besonders für neue Entwicklungsaufgaben und Bedingungen nicht adaptiv sind. So können beispielsweise organismische Erfahrung und Selbstwahrnehmung bzw. verinnerlichte Werte und Selbstkonzept inkongruent zueinander sein. Die internen Repräsentationen biographischer Gegebenheiten auf körperlicher oder kognitiv-emotionaler Ebene, pathogene Symbolisierungsprozesse, aktuelle Lebensereignisse und äußere Belastungsfaktoren können hier also ungünstig symptomatisch zusammenspielen. Die differentiellen Formen dieser Inkongruenz eignen sich als Diagnostikum unterschiedlicher Krankheitsbilder und entsprechend differentieller Vorgehensweisen.

Zentral für die Humanistische Psychotherapie ist daher die Unterstützung von intensiven selbstexplorativen Erfahrungen körperlicher, emotionaler, kognitiver und interaktiver Prozesse im Rahmen einer spezifischen therapeutischen Beziehung, wie sie von C. Rogers beschrieben worden ist. Die Ausgestaltung der darin abstrakt formulierten Prinzipien erfolgt durch die Methoden der Humanistische Psychotherapie in Passung zwischen dem Störungsbild, den Ressourcen der Lebensumstände und situativen Variablen. Beziehungsgestaltung und das Spektrum therapeutischer Methoden der Humanistischen Psychotherapie dienen dazu, dass der Patient die hinterfragend-verstehende Konfrontation mit seinen eigenen Sinn-, Wert- und Zielvorstellungen in ihren Inkongruenzen aushalten kann, ausgesparte, ungelebte Bereiche seiner Existenz seinem eigenverantwortlichen Entscheidungsbereich wieder unterstellt werden und somit eine selbstregulative, Ressourcen-aktivierende Aktualisierung relativ zu den realen Lebensbedingungen und Entwicklungsaufgaben möglich wird.

2. Grundlagen

Die Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten/ zur Psychologischen Psychotherapeutin mit der Vertiefung "Humanistische Psychotherapie" findet auf der Grundlage des Psychotherapeutengesetzes (PsychThG) und der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Psychologische Psychotherapeuten statt.

3. Vertiefte Ausbildung

Es werden eingehende Grundkenntnisse in wissenschaftlich anerkannten psychotherapeutischen Verfahren vermittelt. Gegenstand der vertieften Ausbildung (gemäß § 3 und § 4 PsychTh-APrV) ist die Humanistische Psychotherapie. Im Rahmen des Vertiefungsgebietes werden als zentrale Methoden-Cluster gesprächspsychotherapeutische (inklusive experientielle), emotionsfokussierte, gestalttherapeutische, körperpsychotherapeutische, psychodramatische, transaktionsanalytische und logotherapeutisch-existenzanalytische Vorgehensweisen in integrierter Form vermittelt.

4. Ausbildungsblöcke

Gemäß §1 (3) PsychThG umfasst die Ausbildung mindestens 4200 Stunden, die sich wie folgt aufteilen:

4.1. Praktische Tätigkeit

4.1.1. Klinisch psychiatrisches Jahr (§ 2,1) APrV: 1200 Stunden

4.1.2. Praktische Tätigkeit in der Praxis (§ 2,2) APrV 600 Stunden

4.2. Theoretische Ausbildung : 600 Stunden

200 Stunden Grundlagen der Psychotherapie

400 Stunden Methoden der Humanistischen Psychotherapie

4.3. Training des psychotherapeutischen Basisverhaltens 100 Stunden

4.4. Praktische Ausbildung: 600 Behandlungsstunden, 150 Supervisionsstunden

4.5. Selbsterfahrung 80 Stunden Einzelselbsterfahrung 160 Stunden Gruppenselbsterfahrung

4.6. Verbleibende freie Stunden 710

Sie können zur Vertiefung in einzelnen Methoden der Humanistischen Psychotherapie genutzt werden.

5. Organisation der Ausbildung

Die Ausbildung erfolgt gemäß § 5 (1) PsychThG in Teilzeitform und dauert mindestens 5 Jahre. Sie erfolgt kontinuierlich anhand des obligatorischen Curriculums des Ausbildungsinstituts. Die theoretischen Lehrveranstaltungen und das Training finden in Blöcken (ca 20 pro Jahr) statt. Alle praktischen Teile können wohnortnah absolviert werden. Die Patientenbehandlungen, Supervisionen und die Selbsterfahrung laufen kontinuierlich ganztägig.

6. Ausbildungsformen

Die theoretische Ausbildung erfolgt gemäß § 3 PsychTh-APrV in Form von Vorlesungen, Seminaren und praktischen Übungen. Die Selbsterfahrung erfolgt nach § 5 PsychTh-APrV bei einem von der Ausbildungsstätte anerkannten Selbsterfahrungsleiter, der weder Supervisor noch Mitglied der Prüfungskommission ist. Das Training findet in kleinen Gruppen statt.

7. Zulassung zur Patientenbehandlung

Die Zulassung zur Patientenbehandlung kann frühestens ein Jahr nach Beginn der Ausbildung erfolgen, Voraussetzung ist, dass die Einzelselbsterfahrung begonnen worden ist und dass Kenntnisse in Krankheitstheorie und Behandlungstheorie im für das erste Ausbildungsjahr vorgeschriebenen Umfang erworben worden sind. Über die Zulassung zur Patientenbehandlung entscheidet der Ausbildungsleiter auf Antrag.

8. Lehrinhalte des Curriculums

8.1.Grundkenntnisse in wissenschaftlich anerkannter Psychotherapie (200 Astdn)

8.1.1. Philosophische , anthropologische und historische Grundlagen der Psychotherapie, kulturelle Aspekte	10 Astdn
8.1.2. Psychologische Grundlagen der Psychotherapie (entwicklungs-,sozial-, persönlichkeitspsychologische und systemtheoretische Aspekte)	12 Astdn
8.1.3 Theorien, Konzepte und Modelle über die Entstehung, Aufrechterhaltung und den Verlauf psychischer Erkrankungen	
8.1.4 Überblick über die allgemeine und spezielle Krankheitslehre aus Sicht der wissenschaftlich anerkannten Psychotherapieverfahren	12 Astdn
8.1.5 Grundbegriffe der HPT	16 Astdn
8.1.6 Allgemeine und spezielle Krankheits – und Störungslehre der HPT, Ätiologie und Pathogenese	12 Astdn
8.1.7 Psychiatrische Krankheitslehre	12 Astdn
8.1.8 Methoden und Ergebnisse der Psychotherapieforschung	12 Astdn
8.1.9 Diagnostik, Differentialdiagnostik, Klassifikationssysteme	12 Astdn
8.1.10 Geschlechtsspezifische Aspekte der Persönlichkeit und der Psychopathologie am Beispiel versch. psychischer Störungen	12 Astdn
8.1.11 Diagnostik, Indikation und Psychotherapiemethodik in Bezug auf versch. Lebensalter	12 Astdn
8.1.11 Theoretische Grundlagen der Behandlung von Paaren, Familien und Gruppen.	12 Astdn
8.1.12 Prävention und Rehabilitation im ambulanten und stationären u. halbstationären Setting	12 Astdn
8.1.13 Medizinische und pharmakologische Grundkenntnisse für Psychotherapeuten	12 Astdn
8.1.14 Dokumentations- und Evaluationsmethoden von Behandlungsverläufen und Behandlungsergebnissen in Bezug auf Forschung und Qualitätssicherung	12 Astdn
8.1.15 Berufrechtliche und sozialrechtliche Grundlagen, interdisziplinäre Kooperation mit Institutionen und unterschiedlichen Versorgungssystemen	8 Astdn
8.1.16 Ethische Grundlagen psychotherapeutischen Handelns.	12 Astdn

9. Vertiefte praxisorientierte theoretische Ausbildung(400 Astdn)

9.1.Theorie und Praxis der Diagnostik, . Anamnese, Indikationsstellung , Prognose und des Behandlungsplans auf humanistisch psychotherapeutischer Grundlage	40 Astdn
9.2.Theorie und Praxis des humanistischen Behandlungskonzeptes, Aufbau und Gestaltung der psychotherapeutischen Beziehung.	40 Astdn
9.3.Theorie und Praxis humanistisch psychotherapeutischer Methoden	120 Stdn
9.4. Rahmenbedingungen der Psychotherapie, verschiedene Behandlungssettings (ambulant, teilstationär, stationär), störungsspezifische Behandlungsplanung (Setting, Struktur, Dauer) Gestaltung des Behandlungsbeginns und des Abschlusses	20 Astdn
9.5..Störungsspezifische Interventionen auf HPT-Basis ,	30 Astdn
9.6.. Krisenintervention und Behandlung im Rahmen der Notfallpsychologie	20 Astdn
9.7. Kasuistiken , Fallseminare	50 Astdn
9.8. humanistische Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen	20 Astdn
9.9. humanistische Psychotherapie bei alten Menschen	20 Astdn
9.10. Personenzentrierte Psychotherapie bei Paaren, Familien und Gruppen	20 Astdn

B. Allgemeine Ausbildungsbestimmungen

1. Voraussetzungen der Ausbildung

Voraussetzung für die Zulassung zur Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten ist eine

- a. im Inland an einer Universität oder gleichwertigen Hochschule bestandene Diplomprüfung im Studiengang Psychologie, die das Fach Klinische Psychologie einschließt und gemäß § 15 Abs. 2 Satz 1 des Hochschulrahmengesetzes der Feststellung dient, dass der Studierende das Ziel des Studiums erreicht hat,
- b. ein in einem Mitgliedsstaat der Europäischen Union oder einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum erworbenes gleichwertiges Diplom im Studiengang Psychologie oder
- c. ein in einem anderen Staat erfolgreich abgeschlossenes gleichwertiges Hochschulstudium der Psychologie.

2. Zulassungsverfahren

2.1. Die Bewerber stellen an das Lehrinstitut einen schriftlichen Antrag auf Zulassung , der

- einen tabellarischen Lebenslauf
- einen Motivationsbericht
- eine Kopie des Diplomzeugnisses bzw.
- eine Äquivalenzbescheinigung durch die Aufsichtsbehörde enthält

2.2. Die Bewerber führen mit einem Mitglied des Ausbildungsausschusses des Instituts ein kostenpflichtiges Eignungsinterview durch, nach dem über die Zulassung entschieden wird. 2.3. Das Ausbildungsinstitut entscheidet, ob dem Antrag stattgegeben wird.

3. Beginn der Ausbildung

Die Ausbildung beginnt mit der schriftlich bestätigten Zulassung und nach Unterzeichnung eines zwischen der Ausbildungsstätte und dem Ausbildungsteilnehmer zu schließenden Ausbildungsvertrags.

4. Ausbildungsvertrag

Der Ausbildungsvertrag regelt Rechte und Pflichten der beiden Vertragspartner. Die Regularien der staatlichen Prüfung werden durch die Ausbildungs- und Prüfungsordnung (PsychTh-APrV) festgelegt, die von Ausbildungsstätte und Ausbildungsteilnehmern gleichermaßen anerkannt werden.

4.1 Pflichten und Rechte der Ausbildungsstätte

4.1.1 Das Ausbildungsinstitut verpflichtet sich als juristische Person für einen Zeitraum von sieben Jahren (beginnend mit dem Vertragsabschluss) die Voraussetzungen dafür vorzuhalten, dass die Elemente der staatlichen Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten angeboten werden:

- die praktische Tätigkeit,
- die theoretische Ausbildung,
- die praktische Aus-bildung,
- die Selbsterfahrung.

Für die praktische Tätigkeit werden vertragliche Vereinbarungen mit geeigneten klinischen Einrichtungen abgeschlossen.

4.1.2 Das Ausbildungsinstitut legt für die Durchführung der Ausbildung in Humanistischer Psychotherapie einen curricularen Lehrplan vor.

4.1.3 Die Ausbildungsstätte hat in begründeten Fällen das Recht, Ausbildungsteilnehmer von der Ausbildung vor deren Beendigung durch die Staatsprüfung auszuschließen. Der Ausschluss kann begründet sein durch mangelnde persönliche Eignung, die im Verlauf der Ausbildung offenkundig geworden ist. Hierzu gehört insbesondere unethisches Verhalten.

4.2 Pflichten und Rechte der Ausbildungsteilnehmer

Der Ausbildungsteilnehmer verpflichtet sich:

- zur Anerkennung der Ausbildungs- und Prüfungsordnung mit Beginn der Ausbildung,
- zur Versicherung, vor Abschluss der Ausbildung keine Krankenbehandlungen mit dem gelehrten Verfahren ohne Supervision durchzuführen,
- zum Abschluss einer Berufshaftpflichtversicherung mit dem Beginn der praktischen Ausbildung,
- zur strikten Beachtung der beruflichen Schweigepflicht.

4.3 Unterbrechung der Ausbildung

Der Ausbildungsteilnehmer kann seine Weiterbildung mit begründetem schriftlichem Antrag nach Rücksprache mit der Institutsleitung, wie in § 6 (1), 2 PsychTh-APrV geregelt, befristet unterbrechen. Übersteigt die Unterbrechung vier Wochen, müssen die ausgefallenen Seminarstunden in einem anderen Semester nachgeholt werden.

4.4 Beendigung des Ausbildungsverhältnisses

Das Weiterbildungsverhältnis endet regelhaft mit der staatlichen Abschlussprüfung. Ausbildungsteilnehmer können mit schriftlicher Kündigung das Ausbildungsverhältnis vorzeitig auflösen. (3 Monate Kündigungsfrist. Die schon absolvierten Ausbildungsanteile werden bescheinigt)

5. Verlauf der Ausbildung

5.1 Zeitliche Abfolge

Die zeitliche Abfolge der Lehrveranstaltungen zur Vermittlung der Grundkenntnisse und der Kenntnisse in der vertieften Ausbildung sowie deren Verknüpfung mit den Angeboten zur praktischen Ausbildung sind im curricularen Lehrplan und den hierzu gehörenden Übersichten geregelt.

5.2 Terminplanung

Die terminliche Planung der praktischen Tätigkeit und ihre Abstimmung mit den übrigen Ausbildungsstellen sind mit dem Ausbildungsleiter zu besprechen und von ihm zu genehmigen.

5.3 Anerkennung praktischer Tätigkeit

Hat ein Ausbildungsteilnehmer die in § 2 PsychTh-APrV bestimmten Anforderungen einer praktischen Tätigkeit bereits zeitnah vor seiner Zulassung zur Ausbildung ganz oder in Teilen erfüllt, sind diese nach vorhergehender Rücksprache mit dem Landesprüfungsamt anzuerkennen bzw. anzurechnen.

5.4 Die Selbsterfahrung ist ein zentraler Bestandteil der Ausbildung

Bei der Einzelselbsterfahrung wählt sich der Teilnehmer aus dem Kreise der als Lehrtherapeuten benannten Lehrpersonen des Ausbildungsinstituts seinen Lehrtherapeuten aus. Zwischen dem Lehrtherapeuten und dem Kandidaten dürfen keine verwandtschaftlichen Beziehungen und weder wirtschaftliche noch dienstliche Abhängigkeiten bestehen. Der Lehrtherapeut darf weder als Supervisor am Ausbildungsinstitut tätig sein noch der Prüfungskommission des Instituts angehören. Die Selbsterfahrung in der Gruppe wird vom Institut organisiert.

6. Dokumentationspflicht

Die während der Ausbildung durchgeführten supervidierten Behandlungen sind regelmäßig zu dokumentieren. Die schriftlichen Aufzeichnungen aus den Behandlungsstunden dienen auch als Grundlage für die Supervisionen. Außerdem muss die Teilnahme an Vorlesungen und Seminaren im Studienbuch nachgewiesen werden.

7. Anmeldung zum Staatsexamen

Mit der Anmeldung zum Staatsexamen beim Landesprüfungsamt durch das Institut erhalten die Ausbildungsteilnehmer den Qualifikationsnachweis in Humanistischer Psychotherapie. Mit der Anmeldung für das Staatsexamen sind sechs dokumentierte Falldarstellungen (max. 25 Seiten) verbunden. Zwei Falldarstellungen sind Grundlage der mündlichen Prüfung.

8. Eintragung ins Arzt/PT-Register nach erfolgter sozialrechtlicher Anerkennung der Humanistischen Psychotherapie

Nach erfolgtem Staatsexamen und nachfolgender Approbation können die Ausbildungsteilnehmer sich ins Arzt/Psychotherapeuten-Register mit der Qualifikation Humanistische Psychotherapie eintragen lassen.

Literaturnachweise

Es sind nur wenige grundlegende Werke angegeben, welche im Antragstext zitiert werden und/oder als Übersichtswerke zu den Methoden der Humanistischen Psychotherapie zu sehen sind. Angesichts heutiger Datenbanken und Computersysteme sind nicht umfassende Literatursammlungen (wie noch vor Jahren) sondern deren Reduktion nützlich.

Auf Wunsch können aber selbstverständlich Literaturverzeichnisse zur HP – auch nach vorgegebenen Kategorien und/oder Kriterien geordnet – in fast beliebigem Umfang erstellt werden.

Um Blättern zu ersparen erscheinen einige Angaben auch unmittelbar als Fußnoten im Text.

- Axline, V. (1972/1997). *Kinder-Spieltherapie im nicht direktiven Verfahren*. München: Reinhardt.
- Barghaan D, Harfst T, Dirmaier J, Koch U & Schulz H (2002): Bericht der externen Evaluation und Qualitätssicherung der Hardtwaldklinik I, Bad Zwesten, Abt. Psychotherapie und Psychosomatik. Nr. 1 - Analyse von Struktur, Prozess und Outcome 2000-2001. Bericht der Arbeitsgruppe Psychotherapie- und Versorgungsforschung (AGPV) Abt. f. Medizinische Psychologie, Hamburg, Juli 2002, Univ.klinikum Eppendorf
- Behr, M., Hölldampf, D. & Hüsson, D. (Hrsg.). (2009). *Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen - Personzentrierte Methoden und interaktionelle Behandlungskonzepte*. Göttingen: Hogrefe.
- Bender, W. & Stadler, C. (2011): *Psychodramatherapie. Grundlagen, Methodik und Anwendungsgebiete*. Stuttgart: Schattauer
- Berne, E. (2005).: *Transaktionsanalyse der Intuition. Ein Beitrag zur Ich-Psychologie*. Paderborn: Junfermann
- Berne, E. (2006).: *Die Transaktions-Analyse in der Psychotherapie: Eine systematische Individual- und Sozialpsychiatrie. Aus dem Englischen von Ulrike Müller*. Paderborn: Junfermann
- BPtK (2009a): Stellungnahme zur Prüfung der Richtlinienverfahren gemäß §§ 13 bis 15 der Psychotherapie-Richtlinie. „Psychoanalytisch begründete Verfahren“. Stellungnahme der Bundespsychotherapeutenkammer vom 10.11.2009
- BPtK (2009b): Stellungnahme zur Prüfung der Richtlinienverfahren gemäß §§ 13 bis 15 der Psychotherapie-Richtlinie, Verhaltenstherapie. Stellungnahme der Bundespsychotherapeutenkammer vom 10.11.2009
- Downing, G. (1996). *Körper und Wort in der Psychotherapie*. München: Kösel.
- Dreitzel, H.P.(2004): Dreitzel, H.P. *Gestalt und Prozess*, EHP Bergisch-Gladbach
- Eberwein, W. (2009) *Humanistische Psychotherapie. Quellen, Theorien und Techniken*. Stuttgart: Thieme
- Eckert, J., Biermann-Ratjen, E-M, & Höger, D. (Hrsg) (2006). *Gesprächspsychotherapie: Lehrbuch für die Praxis*. Heidelberg: Springer
- English, F. (2008): *Transaktionsanalyse: Gefühle und Ersatzgefühle in Beziehungen*. Salzhausen: Iskopress
- Frankl, V. E. (1975) *Der leidende Mensch. Anthropologische Grundlagen der Psychotherapie*. Bern: Huber
- Frankl, V.E. (1946/2011) *Ärztliche Seelsorge*. Wien: Deuticke / Frankfurt: Fischer TB 42157
- Frankl, V.E. (1959) *Grundriß der Existenzanalyse und Logotherapie*. In: Frankl V, v. Gebattel V, Schultz JH (Hrsg) *Handbuch der Neurosenlehre und Psychotherapie*. München/Wien: Urban & Schwarzenberg, Bd. III, 663-736
- Fürst, J., Ottomeyer, K. & Pruckner, H. (Hrsg.) (2004): *Psychodramatherapie. Ein Handbuch*. Wien: Facultas

- Gendlin, E.T. (1978). *Focusing*. New York: Bantam.
- Geuter, U. (2006). Körperpsychotherapie. Der körperbezogene Ansatz im neueren wissenschaftlichen Diskurs der Psychotherapie. *Psychotherapeutenjournal*, 5, H. 2, 116-122 & H. 3, 258-264.
- Goulding, M., Goulding, R.L. (2005): *Neuentscheidung*. Aus dem Englischen von Ursula und Friedemann Pfäfflin., Stuttgart: Klett-Cotta
- Grawe, K. (2005) (Wie) kann Psychotherapie durch empirische Validierung wirksamer werden? *Psychotherapeutenjournal*, 5, 1, S. 4 - 11
- Greenberg, L. S. (2006). Emotion-Focused Therapy: A Synopsis. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 36, 87-93.
- Greenberg, L. S. (2006). *Emotionsfokussierte Therapie. Lernen, mit den eigenen Gefühlen umzugehen*. Tübingen: DGVT.
- Hartley, L. (Ed.) (2009). *Contemporary Body Psychotherapy. The Chiron Approach*. London: Routledge.
- Hartmann-Kottek, L. (2012). *Gestalttherapie*. Berlin, Heidelberg: Springer (3. Aufl.)
- Heinrich-Clauer, V. (Hrsg.) (2008). *Handbuch Bioenergetische Analyse*. Gießen: Psychosozial.
- Heller, M. (2008). *Psychothérapies corporelles. Fondements et méthodes*. Brüssel: De Boeck.
- Hennig, G., Pelz, G. (2007) *Transaktionsanalyse: Lehrbuch für Therapie und Beratung*. Paderborn: Junfermann
- Herholz, I., Johnen, R. & Schweitzer, D. (Hrsg.) (2009). *Funktionelle Entspannung. Das Praxisbuch*. Stuttgart: Schattauer.
- Hofmann, S.O. (2000). Psychodynamische Therapie und Psychodynamische Verfahren. Ein Plädoyer für die Übernahme eines einheitlichen und international gebräuchlichen Begriffs. *Psychotherapeut*, 45,1, S. 52-54
- Keith Tudor, K. (2008): *The adult is parent to the child – Transactional analysis with children and young people*. Russel House Publishing
- Kepner, J.L. *Körperprozesse* (1988): Körperprozesse. EHP Köln
- Kolbe, C. (Hrsg.), *Biographie. Verständnis und Methodik biographischer Arbeit in der Existenzanalyse*, Wien: GLE-Verlag, 1994
- Kouwenhoven, M., Kiltz, R., Elbing, U.(2002): *Schwere Persönlichkeitsstörungen. Transaktionsanalytische Behandlung nach dem Cathexis-Ansatz*. Wien: Springer
- Kriz, J. (2007). *Grundkonzepte der Psychotherapie*. Weinheim: Beltz, 6. Aufl. (1. Aufl. 1985)
- Kriz, J. & Sluneco, T. (Hrsg.). (2007). *Gesprächspsychotherapie : Die therapeutische Vielfalt des personenzentrierten Ansatzes*. Stuttgart : Facultas UTB.
- Krüger, RT. (1997): *Kreative Interaktion*.Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht
- Krüger, RT. (2002): *Wie wirkt Psychodrama? Der kreative Prozess als übergeordnetes Theoriekonzept des Psychodramas*. *Zeitschrift für Psychodrama und Soziometrie* 2 (2): 273-316; DOI 10.1007/s11620-002-0023-z
- Künzler, A., Böttcher, C., Hartmann, R. & Nussbaum, M.-H. (Hrsg.) (2010). *Körperzentrierte Psychotherapie im Dialog. Grundlagen, Anwendungen, Integration. Der IKP-Ansatz von Yvonne Maurer*. Heidelberg: Springer.
- Längle, A. (1984) *Das Seinserlebnis als Schlüssel zur Sinnerfahrung*. In: Sinn-voll heilen. Viktor E. Frankls Logotherapie - Seelenheilkunde auf neuen Wegen. Freiburg: Herder, 47-63
- Längle, A. (1988) (Hrsg) *Entscheidung zum Sein*. Viktor E. Frankls Logotherapie in der Praxis. München: Piper
- Längle, A. (2000) (Hrsg) *Praxis der Personalen Existenzanalyse*. Wien: Facultas
- Längle, A.(2008) *Existenzanalyse*. In: Längle A, Holzhey-Kunz A: *Existenzanalyse und Daseinsanalyse*. Wien: UTB (Facultas), 29-180
- Leutz, G. A. (1974). *Das klassische Psychodrama nach J.L. Moreno*. Berlin: Springer
- Moreno, J. L. (2008). *Gruppenpsychotherapie und Psychodrama. Einleitung in die Theorie und Praxis*. Stuttgart: Thieme

- Perls, S. F., Hefferline, R.F.; Goodman, P. (1974): Grundlagen der Gestalttherapie; Klett, Stuttgart
- Petruska Clarkson, P. (1996): Transaktionsanalytische Psychotherapie. Grundlagen und Anwendung - Das Handbuch für die Praxis. Freiburg: Herder
- Polster, E. und M. (1975), Gestalttherapie, München
- Quitmann H. (1996). Humanistische Psychologie. Göttingen: Hogrefe
- Revenstorf, D. (1982-85): Psychotherapeutische Verfahren. Bd. 1: Tiefenpsychologische Therapie (1982), Bd. 2: Verhaltenstherapie (1982), Bd. 3: Humanistische Therapien (1983), Bd. 4: Gruppen-, Paar- und Familientherapie (1985). Stuttgart: Kohlhammer
- Richard G. Erskine, R.G., Moursund, J.P. (1991): Kontakt - Ich-Zustände - Lebensplan. Integrative Psychotherapy in Action. Paderborn: Junfermann
- Rogers, C. R. (1951). Client – Centered Therapy. Boston: Houghton Mifflin Company.
- Röhrich, F. (2000). Körperorientierte Psychotherapie psychischer Störungen. Göttingen: Hogrefe.
- Sachse, R., Fasbender, J., Breil, J. & Püschel, O. (2009). Grundlagen und Konzepte Klärungsorientierter Psychotherapie. Göttingen: Hogrefe.
- Schacht, M. (2009): Das Ziel ist im Weg. Störungsverständnis und Therapieprozess im Psychodrama. Wiesbaden: VS
- Schlegel, L. (1995): Die Transaktionale Analyse. Stuttgart: UTB 1995
- Schmidt, E. (Hrsg.) (2006). Lehrbuch Konzentrierte Bewegungstherapie. Grundlagen und klinische Anwendung. Stuttgart: Schattauer.
- Senf, W. & Broda, M. (2011). Praxis der Psychotherapie: Ein integratives Lehrbuch Thieme, Stuttgart; 5., vollständig überarbeitete Auflage
- Speierer, G.-W. (1994). Das Differentielle Inkongruenzmodell (DIM). Handbuch der Gesprächspsychotherapie als Inkongruenzbehandlung. Heidelberg: Assanger.
- Stadler, C. & Kern, S. (2010): Psychodrama. Eine Einführung. Wiesbaden: VS
- Strauß, B., Hautzinger, M., Freyberger, H. J., Eckert, J. & Richter, R. (2010). Wie wissenschaftlich fundiert sind Entscheidungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Psychotherapie? Psychotherapeutenjournal, 9 (2), 160-168
- Strümpfel, U. (2006): Therapie der Gefühle; EHP Bergisch Gladbach
- Swildens, H. (1991). Prozeßorientierte Gesprächspsychotherapie. Köln: GwG.
- Thielen, M. (Hrsg.) (2009). Körper - Gefühl - Denken. Körperpsychotherapie und Selbstregulation. Gießen: Psychosozial.
- Ute Hagehülsmann, U. (2006): Transaktionsanalyse - Wie geht denn das? Transaktionsanalyse in Aktion I. Paderborn: Junfermann
- Van Balen, R. (2002). Die Entwicklung des Experienziellen Ansatzes. In W. Keil & G. Stumm (Hrsg.), Die vielen Gesichter der personenzentrierten Psychotherapie (S. 209-230). Berlin: Springer.
- von Ameln, F., Gerstmann, R. & Kramer, J. (2009). Psychodrama. Berlin, Heidelberg: Springer (3. Aufl.)
- Zinker, J. (1982): Gestalttherapie als kreativer Prozess, Junfermann Paderborn