

**ARBEITSGEMEINSCHAFT  
HUMANISTISCHE PSYCHOTHERAPIE  
(AGHPT)**

**www.aghpt.de**

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

Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie (WBP)  
z.Hd. der Vorsitzenden  
Prof. Dr. Günter Esser  
Prof. Dr. Manfred Cierpka  
c/o Bundespsychotherapeutenkammer  
Klosterstraße 64  
10179 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](mailto: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](mailto:ma.thielen@gmx.de)

-----  
Datum: 10.06.2014

Sehr geehrter Herr Prof. Dr. Esser und Herr Prof. Dr. Cierpka,

anliegend übersenden wir Ihnen die Ausführungen der AGHPT zu den Fragen des WBP  
im Schreiben vom 17.02.2014

Mit freundlichen Grüßen



Karl-Heinz Schuldt  
Vorsitzender der AGHPT

---

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)  
Osterbergstraße 4, 72074 Tübingen  
Telefon: 07071/2 50 66  
Email: [AGHPT.Schuldt@t-online.de](mailto: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](mailto:ma.thielen@gmx.de)

Kontoverbindung

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

**Betr.: Antrag auf Überprüfung der wissenschaftlichen Anerkennung der Humanistischen Psychotherapie (HPT) als Psychotherapieverfahren gemäß Psychotherapeutengesetz (PsychThG)**

**Stellungnahme der AGHPT zu den Fragen des WBP (im Schreiben vom 17.2.2014)<sup>1</sup>**

***A.: Drei Schwierigkeiten im Umgang mit den Fragen des WBP***

**A1.)** Die AGHPT hat sich intensiv mit dem o.a. Schreiben des WBP befasst. Unter anderem haben wir uns mit der Frage auseinandergesetzt, welche besonderen Schwierigkeiten den WBP davon abhalten könnten, die vor rund 2,5 Jahren vorgelegten Gründe zur Einheitlichkeit der Humanistischen Psychotherapie (HPT)<sup>2</sup> - weitgehend wiederholt und in einzelnen Aspekten weiter ausgeführt im (Haupt)-Antrag der AGHPT vom 12.10.2012 – nachzuvollziehen. Die möglichen Antworten darauf sind ein wichtiger Aspekt bei den folgenden Erläuterungen zu den angefragten Punkten des WBP. Die AGHPT erwartet, dass bei der Betrachtung und Bewertung der Humanistischen Psychotherapie im Vergleich zu den Richtlinienverfahren die gleichen Maßstäbe angelegt werden. Der WBP konnte über die als „Psychodynamische Psychotherapie“ aufgelisteten 21 Ansätze<sup>3</sup> in einer einzigen Sitzung entscheiden, und vermag die noch weit größere und heterogenere Zahl verhaltenstherapeutischer Ansätze fraglos als „unter einem Dach“ zu betrachten. Dies, obwohl die zahlreichen „Methoden“ der Richtlinienverfahren historisch und auch heute international und selbst in ihrer Präsentation z.B. im deutschsprachigen Internet deutlich ihre jeweilige Eigenständigkeit im Unterschied zu den jeweils anderen Ansätzen unter diesem jeweiligen „Dach“ betonen<sup>4</sup> – und zwar nicht anders, als dies bei den humanistischen Ansätzen zu finden ist. Die folgenden Ausführungen zu den Fragen des WBP sollen helfen, alle sachlichen und/oder wissenschaftlichen Gründe auszuräumen, die einer Gleichbehandlung im Wege stehen könnten.

Weder in den Psychotherapierichtlinien noch im Methodenpapier ist das Konzept „unter einem Dach“ operational definiert – was fraglos sinnvoll ist, da es kein eindeutiges clusteranalytisches

---

<sup>1</sup> Federführend: Prof. Dr. Jürgen Kriz

<sup>2</sup> Schreiben/Antrag der AGHPT an den WBP vom 10.11. 2011

<sup>3</sup> Wir beziehen uns beim Vergleich mit den deutschen Richtlinienverfahren insbesondere auf die umfangreichen, und mit den jeweils wesentlichen Verbänden und Vertretern abgestimmten Stellungnahmen der BPTK von 2009, nämlich (a) *Stellungnahme zur Prüfung der Richtlinienverfahren gemäß §§ 13 bis 15 der Psychotherapie-Richtlinie*. „Psychoanalytisch begründete Verfahren“. *Stellungnahme der Bundespsychotherapeutenkammer vom 10.11.2009*, und (b) *Stellungnahme zur Prüfung der Richtlinienverfahren gemäß §§ 13 bis 15 der Psychotherapie-Richtlinie, Verhaltenstherapie. Stellungnahme der Bundespsychotherapeutenkammer vom 10.11.2009*. Die Systemische Therapie wird weitgehend im Diskurs ausgespart, um nicht mit dem Einwand „noch kein Richtlinienverfahren“ konfrontiert zu werden.

<sup>4</sup> **Zwei Beispiele : (1):** Die Deutsche Gesellschaft für Individualpsychologie e.V. (DGIP) wurde 1962 als Alfred-Adler-Gesellschaft gegründet und 1970 in Deutsche Gesellschaft für Individualpsychologie umbenannt. Wir sind ein Zusammenschluss von Personen, die ein Interesse an der Verbreitung, Anwendung und wissenschaftlichen Weiterentwicklung der von Alfred Adler begründeten Individualpsychologie (IP) haben. ....

...von Alfred Adler entwickelte Individualpsychologische Psychoanalyse bietet tiefenpsychologisch fundierte und psychoanalytische Aus- und Weiterbildung für Erwachsene für die Berufsgruppe der Psychologen und Ärzte an.... Seit dem Psychotherapeutengesetz werden diese Studiengänge als Aus- und Weiterbildungen an staatlich anerkannten Ausbildungsinstituten fortgeführt. Zu diesen anerkannten Bildungsstätten zählen auch unsere sechs, der DGIP angeschlossenen Alfred-Adler-Institute. (Quelle: [www.dgip.de/ausbildung/](http://www.dgip.de/ausbildung/) 20.5.14)

**(2):** Das DIREKT e.V. ist das älteste deutsche autorisierte Tochterinstitut des ALBERT ELLIS INSTITUTs für klinische Aus- und Fortbildung in Rational-Emotiver & Kognitiver Verhaltenstherapie, dessen Fortbildungen anerkannt sind durch die Bayerische Landeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten (Fortbildungszertifikate für Ärzte und Dipl.-Psychologen).....

...Aufbaukurs. Von der Bayerischen Landeskammer der Psychotherapeuten anerkannte Fortbildungsveranstaltungen (200 Punkte). Im Aufbaukurs, dem Kernstück der Ausbildung, sollen die Teilnehmer befähigt werden, die REVT und kognitive Techniken umfassend anzuwenden. (Quelle: [www.ret-revt.de/html/vollausbildung.html](http://www.ret-revt.de/html/vollausbildung.html) 20.5.14)

formales Verfahren gibt, die Ähnlichkeit oder Unähnlichkeit von multidimensionalen Elementen wie „Psychotherapieansätze“ zu messen. Sondern es bleibt notgedrungen ein Gegenstand der Diskurse.

Als Vergleichsbeispiel: Ob man die Gruppe *Hund, Katze, Hamster* als typische Haustiere gegen *Pferd, Kuh, Ziege* als typische Nutztiere abgrenzt, oder aber in jeder Gruppe die Unterschiede zwischen diesen Tieren betont, hängt von den Fragestellungen und den damit verbundenen Interessen ab. Es gibt auch hier keine wissenschaftlich eindeutige Begründung für die Betonung der Einheitlichkeit oder für die Betonung der Unterschiede. Beides wäre wissenschaftlich und rational begründbar. Was allerdings bei Anspruch auf hinreichende Wissenschaftlichkeit, Rationalität und Redlichkeit aus Sicht der AGHPT nicht möglich ist, wäre, für die eine Gruppe die „Einheit aus sich heraus“ zu konstatieren und für die andere eine solche Einheit zu bestreiten. Da, wie in den o.a. Anträgen sowie Publikationen dargestellt (und hier tlws. nochmals referiert wird), in Deutschland aufgrund der Psychotherapie-richtlinien und ihrer Auslegungen nur große, umfassende, „einheitliche“ Verfahren möglich sind, und sich u.a. die psychodynamischen und verhaltenstherapeutischen Ansätze entsprechend entschieden haben, können die humanistischen Ansätze aus Gründen einer Gleichbehandlung nicht nach gänzlich anderen Gesichtspunkten beurteilt werden.

Bei Ihren Erörterungen verkennt die AGHPT nicht die besonderen Schwierigkeiten, die sich für den WBP in der Beurteilung der Frage der Einheitlichkeit dadurch ergibt, dass die internationale wissenschaftliche Entwicklung der Psychotherapie zunehmend quer zur deutschen Richtlinienstruktur steht, auf welcher der G-BA und die Psychotherapierichtlinien beharren:

International findet man zunehmend den Trend zu schulen-unabhängigen, spezifischen Vorgehensweisen, wobei erfolgreiche Konzepte unterschiedlicher Herkunft integriert werden und sich somit immer weniger genau einem einzigen „Verfahren“ zuordnen lassen. Diese „Approaches“ werden jeweils partiell wissenschaftlich evaluiert und in der Praxis kombiniert (in einer Umfrage der APA, veröffentlicht in *Psychotherapy* 2010<sup>5</sup>, identifizierten sich nur 2% der 2.200 Therapeuten (=59) mit lediglich einer Richtung, 98% gaben „multiple orientation“ an).

Konträr dazu geht es gemäß den Psychotherapierichtlinien um die Wirksamkeit nach einem medizinisch-pharmazeutischen Modell von abstrakten, umfassenden und reinen, gegeneinander vermeintlich abgeschotteten „Verfahren“ mit jeweils klar zuzuordnenden „Methoden“. Das mag vor 50 Jahren stimmig gewesen sein – heute ist es das nicht mehr.

Die internationale Entwicklung orientiert sich nicht an den deutschen Psychotherapierichtlinien. Daher ist die – rein deutsche – Frage nach dem „gemeinsamen Dach“ zunehmend obsolet. Denn unter welches „Dach“ passen (redlich betrachtet) z.B. J.Willis „Kollusionskonzept“ und die entsprechende Therapie: psychodynamisch oder systemisch? Ist z.B. die Mentalisierungsbasierte Therapie (MBT) von E.Asen und P. Fonagy psychodynamisch, systemisch oder humanistisch? Ist z.B. die Acceptance and Commitment Therapy (ACT) von S. Hayes humanistisch oder verhaltenstherapeutisch (womit Hayes selbst seine Schwierigkeit hätte<sup>6</sup>)? - um nur wenige neuere Ansätze aufzuführen.

---

<sup>5</sup> Cook, J.M. et al. (2010) : What do psychotherapists really do in practice ? An internet study of over 2.000 practitioners. *Psychotherapy*, 47, 2, 260-267

<sup>6</sup> S. Antrag der AGHPT, S. 5

Die Diskrepanz zwischen internationaler Entwicklung und deutscher Richtlinienstruktur – und damit die vom WBP aufgeworfenen Probleme – beruhen wesentlich darauf, dass nach rund hundert Jahren professioneller Psychotherapie und ihrer konzeptionellen Ausdifferenzierungen nicht einfach Ansätze und Vorgehensweisen von anderen gegenseitig „abgekupfert“ wurden, sondern dass gemeinsame Bedingungen und zunehmende Erkenntnisse (über andere Ansätze und aus der Grundlagenforschung) die Konzepte einander annähern ließ. – So wie auch die Formen von Autokarossen unter Benzinsparauflagen und aufgrund der Berücksichtigung von adaptiven Erprobungen im Windkanal quasi automatisch einander immer ähnlicher wurden. Dem steht allerdings in Deutschland eine Richtlinienstruktur entgegen, welche mit der Vorstellung abgeschotteter Verfahren ein 50 Jahre altes Bild von Psychotherapie tradiert und aufgrund der Definitionshoheit des G-BA auch vorschreibt.

Die AGHPT vermag diese Diskrepanz und die damit offenen Fragen - die eben genau so auch für die RL-Verfahren offen sind, wenn man an diese dieselben Fragen stellen würde – nicht zu lösen. Gleichwohl machen es die inzwischen vom WBP in Abstimmung mit dem G-BA geforderte Indikationsbreite und weitere Kriterien unmöglich, dass auch nur irgendeiner der einzelnen evidenzbasierten „Approaches“ in der internationalen Psychotherapie in Deutschland „anerkannt“ werden könnte.

Es steht der AGHPT nicht an, zu problematisieren, wie weit die nach wie vor in Internetauftritten und Lehrbüchern ihre starke Eigenständigkeit und Unterschiedlichkeit betonenden einzelnen Methoden von Richtlinienverfahren jeweils noch „unter ein Dach“ passen (s.o.). Ansätze der Humanistischen Psychotherapie aber werden jedenfalls seit Jahrzehnten in etlichen Lehrbüchern mindestens so als Einheit ausgewiesen, wie das Methoden-Spektrum der RL-Verfahren. In den Ausbildungen in HPT werden seit langem jeweils in hohem Maße auch Vorgehensweisen der anderen humanistischen Ansätze vermittelt. Es gibt seit Gründung der AGHPT gemeinsame Kongresse aller HPT-Ansätze, ein gemeinsames Lehrbuch ist im Druck<sup>7</sup>, etc.

Wie auch in den Anträgen der AGHPT vom 1.11. 2011 und 12.10.2012 sowie Publikationen<sup>8</sup> ausführlich dargelegt wurde, kann die AGHPT daher keine wissenschaftlichen Gründe erkennen, warum die Einheitlichkeit („unter einem Dach“) der „Humanistischen Psychotherapie“ (wie im Antrag 12.10. 2012 definiert) geringer sein sollte, als die der Psychodynamischen Psychotherapie bzw. der Verhaltenstherapie.

**A2.)** Eine zweite Schwierigkeit bei der Stellungnahme zu den Fragen des WBP hängt mit der Frage zusammen, wie differenziert von Seiten der AGHPT auf die Theorie der Humanistischen Psychotherapie eingegangen werden kann und soll. Es gibt, ebenso wie auch für die Richtlinienverfahren, dazu umfangreiches Schrifttum - auch wenn dieses (wie allerdings auch das zu den Psychodynamischen Konzepten) inzwischen aus Lehrbüchern zur „Psychotherapie“ weitgehend eliminiert und marginalisiert wurde<sup>9</sup>, und wohl daher zunehmend weniger bekannt ist. Zumindest einige zentrale Kerne der

---

<sup>7</sup> Eberwein, W. & Thielen, M. (2014). Humanistische Psychotherapie - Theorien, Methoden, Wirksamkeit. Gießen: Psychosozial Verlag

<sup>8</sup> Z.B. Kriz, J. (2011): „Humanistische Psychotherapie“ als Verfahren. Ein Plädoyer für die Übernahme eines einheitlichen Begriffs. Psychotherapeutenjournal, 332-338

<sup>9</sup> Z.B. Finden sich im rund tausend Seiten starken Lehrbuch „Klinische Psychologie und Psychotherapie“ (Wittchen & Hoyer 2006) lediglich 6 Seiten zu Psychodynamischen Konzepten/Ansätzen und noch weniger zu Humanistischen - wenn man die zu laienhaften Grundelementen der Gesprächsführung für Verhaltenstherapeuten verniedlichte Darstellung in Referenz auf personenzentrierte/gesprächspsychotherapeutische Wurzeln (ebenfalls wenige Seiten) außer acht lässt.

Humanistischen Psychotherapie wurden versucht, im Antrag der AGHPT vom 12.10.2012 darzustellen - was aber ganz sicher kein Lehrbuch ersetzen kann und soll.

Immerhin sind darin aber Leitbegriffe wie „die Unterstützung von intensiven selbstexplorativen Erfahrungen körperlicher, emotionaler, kognitiver und interaktiver Prozesse“ die „spezifische therapeutische Beziehung, wie sie von C. Rogers beschrieben worden ist“, die „Passung zwischen dem Störungsbild, den Ressourcen, den Lebensumständen und situativen Variablen“ eine „hinterfragend-verstehende Konfrontation mit seinen eigenen Sinn-, Wert- und Zielvorstellungen, Beziehungsgestaltung“, „Erlebenszentrierung“, „Gefühls- und Erlebensdifferenzierung“, „Erfahrungsaktivierung“ aufgeführt und tlws. beschrieben. Ebenso als (Teil)Ziele die „Förderung der selbstregulativen, Ressourcen-aktivierende Aktualisierung“, „Förderung der Resilienzfähigkeit“, „Aktualisierung kreativer Potentiale in Adaptation an realen Lebensbedingungen und Entwicklungsaufgaben“, „Differenzierung des Selbstgewahrseins des Patienten“ etc. benannt.

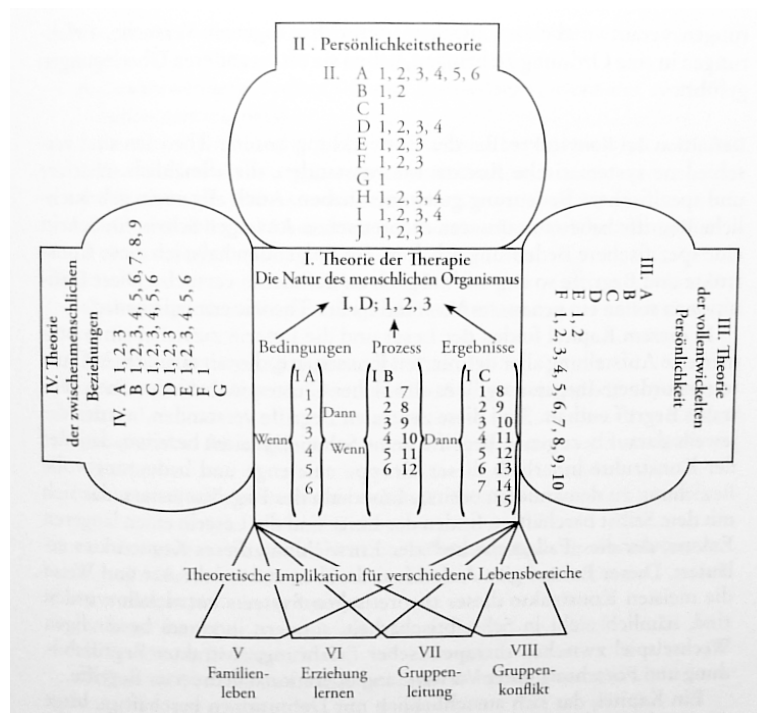
Vieles davon steht selbst in der sehr kurzen „Definition des Verfahrens Humanistische Psychotherapie“ auf S. 27 des Antrags der AGHPT.

Wenn nun der WBP in Frage 1.1, in 2.1 und in 2.2 daraus drei „Therapieziele“ bzw. „Leitbegriffe“ synthetisiert, nämlich „Sinnfindung, Wachstum, (In)kongruenz“ (wobei der erste dieser 3 Begriffe kein einziges Mal im Antragstext der AGHPT vorkommt), so ist der AGHPT nicht ganz klar, in welcher theoretischen Tiefe sie nun ihre Erläuterungen geben soll – und ob die Darstellungen im Antrag zu komplex und umfangreich oder aber zu wenig ausführlich waren. Üblicherweise ließen sich die Bedeutungen solche Begrifflichkeiten in mündlichen Diskursen in feinmaschigen Kommunikationsschleifen rasch klären. Denn anders als z.B. ein „Verstärker“ in der operanten Konditionierung, der dadurch definiert ist, dass er verstärkt (also die Auftrittswahrscheinlichkeit des Verhaltens erhöht), sind die Begriffe und Konzepte der Humanistischen Psychotherapie (wie auch in der Psychodynamischen Psychotherapie) in umfangreichen theoretischen Netzwerken miteinander verbunden. Sie lassen sich nicht durch alltagssprachliche Deutungen der Wörter adäquat erfassen. Andererseits erlaubt es sicher nicht die Zeit der Mitglieder des WBP, sich in eine umfangreiche Einführung in die theoretischen Konzepte der Humanistischen Psychotherapie und ihre praktische Bedeutung für das Verständnis von Psychopathologie und ihre Umsetzung im Rahmen der Psychotherapie umfassend einzuarbeiten. Zur Demonstration dieses Problems sei nur auf die synoptische Darstellung des Ansatzes von Rogers verwiesen (der u.a. der Gesprächspsychotherapie, durchaus aber in zentralen Aspekten auch den anderen Ansätzen der HPT, unterliegt). Diese wurde 1959 im Auftrag der APA verfasst – und umfasst, trotz der nur synoptischen Definition einiger Dutzend zentraler Konzepte, immerhin rund 100 Druckseiten.<sup>10</sup> Aus der folgenden Abb. mag man einen Eindruck vom Umfang und der Differenziertheit des theoretischen Netzwerkes gewinnen. – Wobei auch deutlich wird, dass die häufige Verkürzung dieses Ansatzes (durch andere) auf „drei Basisvariable“ schwerlich adäquat sein dürfte.

Es handelt sich dabei „nur“ um den (klassischen) Kern eines, fraglos zentralen, Ansatzes innerhalb der Humanistischen Psychotherapie, der sowohl im personenzentrierten Ansatz insgesamt als auch durch die dort nicht so stark thematisierten und ausgearbeiteten Aspekte z.B. körperlicher Prozesse oder gestalttherapeutischer und emotionsfokussierter Perspektiven etc. zu einem größeren Netzwerk der Konzepte der Humanistischen Psychotherapie erweitert werden müsste.

---

<sup>10</sup> Deutsch: Rogers, C.R. (2009): Eine Theorie der Psychotherapie. München: Reinhardt Verlag.



Die allgemeine Struktur unseres systematischen Denkens (Rogers 1959/2009)  
 (als schematischer Überblick über die 100-seitige Synopse der Kernkonzepte)

Es muss daher auch bei dieser Stellungnahme zu den Fragen des WBP bei einem unbefriedigenden pragmatischen Kompromiss bleiben. Es wäre aber zu begrüßen, wenn der WBP von allzu alltags-sprachlichen Ausdeutungen humanistischer Konzepte und Terminologien als Grundlage seiner Beurteilung absieht – die in ähnlicher Weise auch den psychodynamischen oder verhaltenstherapeutischen Ansätzen schwerlich gerecht werden würden.

Die AGHPT hat sich daher bemüht, in dieser Stellungnahme zumindest nach Möglichkeit „Übersetzungen“ in die Sprache und Konzepte der Richtlinienvertreter im WBP zu leisten und – wie auch vom WBP angeregt wurde – Vergleiche zu den Richtlinienverfahren herzustellen.

**A3.)** Eine dritte Grundschwierigkeit sieht die AGHPT darin, dass in den Fragen nicht zu erkennen ist, dass der WBP einen Unterschied macht, zwischen dem Anwenden von Programmen und dem Entfalten von Prinzipien. Die Stärke der Verhaltenstherapie beruht mit darauf, dass sie ihre Vorgehensweisen operationalisiert und manualisiert zur Anwendung bringt, wobei die Selektion des jeweiligen Programms natürlich störungsspezifisch erfolgen sollte. Gute Humanistische Psychotherapie bedeutet hingegen primär, in einem dynamischen Prozess passungsgenau auf den Patienten bezogen die therapeutische Beziehung auf der Grundlage der Entfaltung von Prinzipien zu gestalten (z.B. auf Inkongruenz zwischen Erleben und dessen Symbolisierung zu achten). Dabei werden selbstverständlich störungsspezifische Grundlagen/ICD-Diagnosen als Grundlage verwendet. In seinem Papier für den WBP hat das damalige Mitglied J. Eckert nochmals exemplarisch für die Gesprächspsychotherapie gezeigt,<sup>11</sup> dass die Konzepte und Variablen in der Humanistischen Psychotherapie nicht auf der

<sup>11</sup> J. Eckert wurde (wie auch die Vertreter der RL-Verfahren im WBP) aufgefordert, die in der Gesprächspsychotherapie zur Anwendung kommenden Methoden und Technik zu operationalisieren. Er hat der Geschäftsführung des WBP, Frau Roether, am 2. März 2011 einen entsprechenden Entwurf (Version 1.0 vom 1.3.2011)

Ebene von Verhaltensweisen und konkreten Interventionen formuliert sind, sondern als abstraktere Prinzipien – was aus Sicht der HPT den Vorteil hat, diese Prinzipien in der jeweiligen Situation passungsgerecht durch eine Vielfalt konkreter Vorgehensweisen entfalten zu können. Die konkreten Interventionen begründen sich somit nicht aus einem vorher geplanten Manual<sup>12</sup>, das ja bestenfalls für ganze Störungsgruppen spezifiziert werden kann. Sondern sie begründen sich aus dem aktuellen Prozess, in den der aktuelle Verlauf vor dem Hintergrund der Störungsdynamik, die situativen Gegebenheiten, die aktuellen Bedürfnisse und Erlebensweisen etc. eingehen (übrigens Aspekte, die neuerdings auch von der „3- Welle der Verhaltenstherapie“ betont werden).

Beide Herangehensweisen, das Anwenden von Programmen und das Entfalten von Prinzipien machen Sinn, beide sind – wie tausende von Fällen belegen – wirksam (wenn auch für unterschiedliche Menschen – nicht: Störungsgruppen – unterschiedlich). Sie sind aber weder beliebig kompatibel oder kombinierbar, noch kann die eine Herangehensweise der anderen übergestülpt werden, ohne Wesentliches im therapeutischen Prozess zu verzerren.

Diesem relevanten Unterschied in der theoretischen Auffassung über therapeutisches Handeln sieht die AGHPT in den Fragen kaum berücksichtigt. Diese sind vielmehr auf eine verhaltenstherapeutische Sicht ausgerichtet. Die AGHPT sieht sich nicht aufgerufen der Frage nachzugehen, ob und in wie weit die Psychodynamische Psychotherapie diese Sichtweise teilt (entgegen den Darstellungen in ihren einschlägigen Lehrbüchern und Fachpublikation). Für die Humanistische Psychotherapie ist jedenfalls eine Sicht, die primär auf der Anwendung von operationalisierten Programmen beruht und die Entfaltung von Prinzipien nicht berücksichtigt, inadäquat. Es ist auch nicht im Methodenpapier vorgeschrieben, dass andere Verfahren als die Verhaltenstherapie gleichwohl nach deren Modell von Therapie untersucht und geprüft werden. Es sei nochmals hervorgehoben, dass beide unterschiedliche Herangehensweisen nichts mit Fragen hinsichtlich der „Wissenschaftlichkeit“, der „Wirksamkeit“ oder der „Einheitlichkeit (unter einem Dach)“ zu tun haben.

---

zugeschickt. Diese Ausführungen sind auch publiziert: Eckert, J. Biermann-Ratjen, E.-M. (2011). Gesprächspsychotherapie unter Interventionsgesichtspunkten. PERSON 15: 62-72.

<sup>12</sup> In den dem WBP vorgelegten Studien ist denn auch nur in wenigen Sonderfällen ein eher manualisiertes Vorgehen Bestandteil des Forschungsdesigns.

## **B.: Stellungnahmen zu den einzelnen Fragen des WBP**

### **Themenbereich 1: Fragen zur Einheitlichkeit der HPT**

**Kernfrage:** Verfügen die unter dem Dach der Humanistischen Psychotherapie zusammengefassten Ansätze über eine sie „hinreichend“ verbindende theoretische Grundlage?

Diese Frage kann ggf. im Vergleich zu schon anerkannten Psychotherapieverfahren beantwortet werden. Die Beantwortung folgender Teilfragen wird hierzu erbeten:

#### **1.1 Therapieziele:**

Können Sie darstellen, ob bzw. inwieweit die allgemeinen Therapieziele Sinnfindung, Wachstum, Kongruenz für alle aufgeführten „Methoden“ gültig sind?

Gibt es über diese drei Faktoren hinaus weitere verbindende allgemeine Therapieziele?

Können Sie darstellen, inwieweit diese allgemeinen Therapieziele für die HPT charakteristischer sind als für andere bislang anerkannte Therapieverfahren?

Diese erste Frage erfordert etwas längere Ausführungen (auf die dann bei weiteren Fragen zurückgegriffen werden kann), weil, wie eingangs ausgeführt, die Formulierung der „Therapieziele: Sinnfindung, Wachstum, Kongruenz“ Missverständnisse befürchten lässt.

Die HPT als Krankenbehandlung hat als allgemeines Therapieziel – wie alle Psychotherapieverfahren – die Reduktion bzw. Behebung der psychischen Störung (nach ICD-Diagnose definiert), die Anlass der Behandlung ist.

Das Hauptaugenmerk in der dafür notwendigen Veränderungs- bzw. Entwicklungsdynamik in der Therapie – was man entsprechend der WBP-Frage als „Ziele“ (im Sinne zielgerichteten Handelns) bezeichnen könnte – ist in der Humanistischen Psychotherapie eine am aktuellen Erleben (im Hier und Jetzt) ausgerichtete Restrukturierung pathogener „Schemata“, die sich auf der Ebene körperlicher, psychischer (kognitiver und emotiver) und interpersoneller Prozesse sowie deren Interdependenzen zeigen. (Es handelt sich hier nicht um den Strukturbegriff aus der psychoanalytischen Theorie, sondern um den systemisch-selbstregulativen Strukturbegriff, der sich aus dem Konzept der Selbstaktualisierung<sup>13</sup> ableitet).

Um dies zumindest hinreichend verständlich zu machen, müssen grob wenige Essentials der Entwicklungstheorie und -pathologie skizziert werden: Das Neugeborene braucht Entwicklungsbedingungen (über Nahrung, Kleidung, Schutz etc. hinaus), bei denen es in seinen evolutionär auf die Sozialgemeinschaft ausgerichteten („social brain“ in den psychotherapeutischen Diskursen) affektiven Äußerungen<sup>14</sup> nicht nur empathisch verstanden wird, sondern dieses Verstehen von einem signifikanten Anderen (dem „Du“) sprachlich kommentierend vermittelt wird. Nur so kann das werdende Subjekt

<sup>13</sup> Dieses Konzept wurde von dem Psychiater und Physiologen Kurt Goldstein im Rahmen der Gestalttheorie der 1930er Jahre sowohl anhand von Hirnverletzten Soldaten des 1. Weltkrieges als auch umfangreichen Tierversuchen entwickelt. Es geht um die selbstregulative adaptive Neuorganisation von organismischen Prozessstrukturen – Erkenntnisse, die inzwischen in vielen Therapieansätzen zu finden sind.

<sup>14</sup> In den Beiträgen Daniel Sterns wird ebenfalls die körperliche Grundlage psychischen Erlebens betont und das Konzept der „affect attunements“ hebt den non-verbalen Charakter der AffektAbstimmung zwischen dem Säugling und seinen primären Bezugspersonen hervor.



lernen, einen verstehenden, sinnvollen Bezug zu seinem eigenen Erleben herzustellen. Das „Du“ hat somit zu gewährleisten, dass bei der Entwicklung der „subjektiven“ Persönlichkeit des Menschen die Prozesse des Organismus, (einschließlich Wahrnehmung, Empfinden, Fühlen, Denken, Verhalten) sinnvoll verstanden werden können – wozu die Kulturwerkzeuge der Sprache (einschließlich, später, Erklärungsprinzipien, Metaphern etc.) dienen („Symbolisieren“ bei Rogers, „Mentalisieren“ bei Fonagy etc.). Gleichwohl werden Verstehens- und Sinnmuster, wie der Welt, anderen Menschen und sich selbst zu begegnen ist, nicht nur symbolisiert, sondern auch in Form interpersoneller Erfahrung der frühen Interaktionsmuster im impliziten und Körpergedächtnis gespeichert (weshalb die Einbeziehung des Körpers in die Therapie – je nach Störung – essentiell sein kann).

Wo diese skizzierten Entwicklungsbedingungen nicht gewährleistet sind – z.B. durch Vernachlässigung, Misshandlung, Nicht-Verstehen und/oder unempathische interpersonelle Interaktion, aber auch aufgrund z.B. genetisch-biosomatischer Beeinträchtigungen – können auf körperlicher, psychischer (u.a. emotiver, rationaler, kognitiver) und interpersoneller Prozessebene Strukturen (bzw. „Muster“, „Schemata“) entstehen, die an neue Entwicklungsaufgaben während des Lebens nicht genügend adaptiv sind. Was besonders bei neuen Herausforderungen, unter zu viel Stress oder anderen Belastungen real virulent werden kann. Der Mensch versteht dann Teile seines Erlebens und Verhaltens selbst nicht mehr (grob: „neurotische“ Formenkreise) oder bricht in den skizzierten Sinnstrukturen ganz ein (grob: „psychotische“ Formenkreise).

Diese überaus grobe Skizzierung kann eigentlich heute mehr oder weniger allen Diskursen über Psychotherapie – unabhängig von der „Schulrichtung“ - zugeordnet werden und entspricht den anfangs betonten zunehmenden Gemeinsamkeiten aufgrund der Erkenntnisse aus Gehirnforschung, Evolutionspsychologie, Entwicklungspsychologie (u.a. Bindungstheorie), System- und Selbstregulationstheorien etc. Vor allem in den neueren Entwicklungen in den vier Grundorientierungen – psychodynamisch, verhaltenstherapeutisch, humanistisch und systemisch - ist diese erfreuliche Konvergenz zu beobachten.

Es handelt sich somit **nicht** um eine nur für die Humanistische Psychotherapie charakteristische Skizze - auch wenn z.B. das Konzept der „Symbolisierung“ historisch zentral im personenzentrierten Ansatz entstand, ebenso wie der Aspekt einer therapeutischen Beziehung, die entwicklungspsychologisch als „Nachbeelterung“ verstanden werden kann (wie es nun in Übernahme in der Schematherapie von Young heißt. Wobei auch der Schemabegriff – und wichtiger: das ganze Konzept - von Bartlett entwickelt und von Piaget, Grawe und Greenberg ebenfalls übernommen wurde, der Gestalttradition entstammt). Der bereits hervorgehobene Unterschied zwischen der Entfaltung von Prinzipien und Anwendung von Programmen wird z.B. auch daran deutlich, wie die differenzierten Definitionen und Konzepte über Ich-Zustände und deren Dynamiken und sowie die Skripttypen und Muster aus der der Transaktionsanalyse eher undifferenziert (und meist ohne Quellenvermerk) in der Schematherapie von Young und den weiteren Autoren übernommen bzw. für ein erfolgreiches Programm adaptiert wurden.

In seiner Darstellung der Grundlagen psychoanalytischer Psychotherapie vergleicht Mertens (2012)<sup>15</sup> an vielen Stellen in Form von Tabellen das „Triebkonflikt-Modell“ (im Wesentlichen die klassische Psychoanalyse) mit dem „Entwicklungs-Defizit-Modell“ (das wesentlich durch die Objektbeziehungs- und Selbstpsychologie gekennzeichnet ist) und dem „Beziehungskonflikt-Modell“ (das sich größtenteils auf die Intersubjektive Theorie bezieht). Daran wird nicht nur die große Heterogenität (auch) der

---

<sup>15</sup> Mertens, W. (2012). Grundlagen psychoanalytischer Psychotherapie. In: Senf, W. & Broda, M. (Hrsg): Praxis der Psychotherapie, Stuttgart: Thieme, 5. Aufl., S. 152 – 190

psychoanalytischen Psychotherapie (im Spektrum weiterer 20 Methoden der Psychodynamischen Psychotherapie) deutlich, sondern eben der hier wichtige Aspekt, dass nämlich das für die Methoden der Humanistischen Psychotherapie so zentrale Modell der Symbolisierung (wiederum als zentraler Teil der Kongruenzentwicklung), seit kurzem als „Mentalisieren“ Einzug in die Psychodynamische Psychotherapie gehalten hat.<sup>16</sup>

Charakteristisch für die Humanistische Psychotherapie ist allerdings, durch Interventionen, welche intensive Erfahrungs- und Erlebensprozesse im Hier und Jetzt ermöglichen, diese Selbstaktualisierungsprozesse zu fördern (= organismische Selbstregulation), psychische Integration bisher unverstandenen (= unsymbolisierten) Erlebens im „Selbst“, sowie interpersonale selbstorganisierte Muster zu thematisieren. Wie schon in früher Kindheit die realen Eltern, gestalten Therapeuten in der Humanistischen Psychotherapie vor allem eine förderliche Beziehung zur (Nach-)Entwicklung, und verzichten eher auf z.B. Training oder die Belehrung über falsche „believe systems“ oder externer analytischer „Deutungen“, die über das Symbolisieren aus dem inneren Bezugsrahmen des Patienten hinausgehen etc. Mit diesem Fokus dienen alle Vorgehensweisen der Humanistischen Psychotherapie dieser Erlebnisaktivierung – was konfrontative Arbeit z.B. der Gestalttherapie, körperpsychotherapeutische Aktivierungen, Psychodramatische Darstellungen, Focusing, und zahlreiche weitere Vorgehensweisen situationangepasst umfasst.<sup>17</sup> Das gilt selbst für die „klassische, nondirektive“ Gesprächspsychotherapie (die es so rein seit 50 Jahren nicht mehr gibt, aber eben so gerne wie missverstanden herangezogen wird): So ist deren Teilkonzept „unbedingte Wertschätzung“ eben nicht eine „freundliche Grundhaltung“ (wie dies leider ebenfalls allzu oft in nicht-humanistischer Literatur verniedlicht entstellt wird). Sondern in diesem Konzept geht es darum, durch die Erfahrung von unbedingter Wertschätzung den Patienten die typischen Muster seiner biographisch erworbenen Strategien, bedingte Wertschätzung zu erhalten, erfahrbar, analysierbar und verstehbar zu machen. So sind z.B. depressive Symptome nicht selten mit einer chronischen Überforderung verbunden, die sich wiederum aus dem Muster speist, sich ohne Rücksicht auf die eigenen organismischen Befindlichkeiten und Grenzen für andere „aufzuopfern“ – weil dies die oft biographisch frühe Form war, in der dieser Mensch bedingte Wertschätzung erhielt (z.B. ein „sei für mich da!“ seitens selbst belasteter Elternteile). Dies entspricht u.a. auch den „Stroke“-Konzepten und Skriptzirkeldynamiken in der Transaktionsanalyse.

Selbst ein „klassisch-nondirektives“ (Teil)-Konzept wie „unbedingte Wertschätzung“ ist in der Humanistischen Psychotherapie daher kaum weniger anspruchsvoll als „Übertragung“ in der psychodynamischen Therapie. Es ist für wissenschaftlich angemessene Diskurse sinnvoll, diese Konzepte nicht zu vulgarisieren und/oder alltagspsychologisch zu verniedlichen.

Die Frage 1.1 des WBP entsprechend zu beantworten lässt sich sagen:

Kongruenz – nämlich die Symbolisierung (im Sinne einer Re-Mentalisierung) maligner, unverstandener Prozessmuster, damit der Patient wieder oder erstmalig möglichst umfassend verstehendes

---

<sup>16</sup> S. z.B. Bateman, A. W. & Fonagy, P. (2008): Psychotherapie der Borderline Persönlichkeitsstörung. Ein mentalisierungsgestütztes Behandlungskonzept. Gießen: Psychosozialverlag

<sup>17</sup> Damit diese, in diesem Rahmen immer notwendig fokussierte, Darstellung nicht missverstanden wird, sei explizit auch auf Prozesse der „Strukturstabilisierung“ verwiesen, was bei überflutungsgefährdeten Patienten (z.B. traumatisierten, persönlichkeitsgestörten, schwer körperlich kranken, auch Kindern) wichtig ist, für die „Erlebnisaktivierung“ im klassischen Sinn und insbesondere „konfrontative“ Arbeit zumindest zeitweise kontraindiziert ist. Daher ist die (Wieder-)Herstellung der Bindungsfähigkeit durch das Erleben einer haltgebenden Beziehung mit dem Therapeuten ebenfalls eine zentrale Vorgehensweise in der HP.

Subjekt und damit auch Herr seines Handelns, seiner Emotionen etc. wird – ist, so verstanden (!), tatsächlich ein allen Vorgehensweisen der Humanistische Psychotherapie zugrundeliegendes (Teil)ziel (im o. Sinne).

Auch Wachstum – wenn man es theoriekonform als adaptive Restrukturierung maligner (zumindest nicht mehr passender) Prozessmuster an neue Entwicklungsaufgaben versteht - ist durchaus ein allen Ansätzen der Humanistischen Psychotherapie zugrundeliegendes Verständnis von (auch) durch die Therapie zu fördernde Entwicklungsprozessen.

Selbst „Sinnfindung“ – obwohl so im Antrag der AGHPT nicht vorkommend (weil man dafür tiefer als im Kontext eines Antrags in einen Fachdiskurs zur Vermeidung vielfältiger Missinterpretationen einsteigen müsste) und so eigentlich primär relevant für die durch V. Frankl beschriebene „noogene Neurose“ ist – lässt sich als begrifflich fragwürdiger<sup>18</sup> Ausdruck eines wichtigen Prinzips der Humanistischen Psychotherapie verstehen, das den Ansätzen gemeinsam zugrunde liegt: Es geht darum, in den Interventionen darauf zu achten, dass der Mensch bejahende Stellung bezieht zu seiner Weise, wie er seine Beziehungen zur Welt, anderen Menschen und zu sich selbst gestaltet und versteht – also auch um die Wiedergewinnung einer Sinn- und Werte-Orientierung in der Therapie. Dies geht aus Sicht der Humanistischen Psychotherapie nur, indem gleichzeitig auch die Förderung eines sinnhaften Verständnisses seines Daseins im Blick behalten wird – d.h. wie er sich Hier und Jetzt vor dem Hintergrund einer sinnvoll verstandenen Biographie auf eine sinnvoll zu konzipierende Zukunft hin entwirft. Die Forschung hat längst in vielfältigen Teilaspekten gezeigt, dass Menschen dann ihr Leben als „kohärent“ erfahren, wenn sie es als sinnvoll konstruieren können, wenn sie in ihrer Lebenswelt Ordnung und Vorhersehbarkeit erleben, und dass dieses Kohärenzgefühl für Resilienz und positive Psychotherapieprozesse bedeutsam sind.<sup>19</sup>

Die starke Fokussierung auf das Fördern intensiven Erlebens im Hier und Jetzt unter Einbeziehung körperlicher Prozesse, die haltgebende Beziehung und auch die Bedeutung der Symbolisierung ist in der Tat für die Methoden der Humanistischen Psychotherapie insgesamt charakteristischer, als für die Methoden der Psychodynamischen Psychotherapie oder die der Verhaltenstherapie. In der VT sind erst mit der sog. „3. Welle“ Aspekte wie Achtsamkeit aus der HPT übernommen und als verhaltenstherapeutische Programme (s.o.) in die VT integriert worden. In der Psychodynamischen Psychotherapie kann zwar z.B. die Förderung einer Übertragungsbeziehung ebenfalls als Erlebnisaktivierung früherer Muster gesehen werden – dies bezieht sich aber dort in der weiteren Arbeit auf die sehr spezifischen Aspekte biographischer Arbeit. In beiden Richtlinienverfahren sind körperpsychotherapeutische Vorgehensweisen nach wie vor kaum integriert. „Leere-Stuhl-Arbeit“ und zahlreiche andere konfliktzentrierte Techniken des Gestalttherapeutischen Ansatzes (übrigens: nur eine andere Weise (!), die biographisch malignen Bedingungsmuster für Wertschätzung erfahrbar zu machen), die Vorgehensweise von Greenbergs EFT zur Erlebnisaktivierung speziell der emotionalen Schemata, der ‚Rollenwechsel‘ im Psychodrama, Experiencing und Focusing um den „felt sense“ des Körpergedächtnisses für die symbolisierenden kognitiven Prozesse verfügbar zu machen, die Vorgehensweise der „Neubeelterungs-Techniken“ der Transaktionsanalyse, die im Prozessmodell der Personalen Existenzanalyse je nach indizierter Problematik existenzieller Grundmotivationen vorgesehenen Fokussierungen – alle diese (exemplarisch) genannten Vorgehensweisen der Humanistischen

---

<sup>18</sup> Ein Buchhändler könnte bei „Sinnfindung“ oder „Selbstaktualisierung“ geneigt sein – wenn er wissenschaftlich/fachlich uninformatiert ist – Werke mit solchen Titeln in die Esoterikecke zu platzieren. Ob bei diesem Begriff immer die folgend skizzierte, nachweislich pathogene Wirkung von Sinn- und Werte-Verlust, der bei vielen Indikationen relevant ist, als Kontextmarkierung mitgedacht wird, mag dahingestellt sein.

<sup>19</sup> Antonovsky, A. (1997). Salutogenese. Tübingen: dgvt

Psychotherapie und ihrer Methoden dienen der Erfahrbarkeit maligner Lebensmuster (d.h. Muster im Erleben und/oder Denken/Fühlen und oder Verhalten etc.) – und damit der Symbolisierung und ggf. integrativer Veränderung. Und diese Vorgehensweisen sind eben in der Tat charakteristisch für die Humanistische Psychotherapie.

Ihrem Kontext entkleidet und als bloße vordergründige Techniken in andere Paradigmen einverleibt, bergen sie sogar die Gefahr, eben nicht „lege artis“ durchgeführt zu werden und somit kontraindiziert zum Schaden der Patienten verwendet zu werden (im Sinne der Frage 2.3 des WBP).

### 1.2 Indikation:

Reklamieren alle „Methoden“ der HPT, schon für sich allein für alle Störungsbilder Behandlungsansätze zu bieten?

Sind einzelne „Methoden“ bezüglich der Indikationsstellung zueinander komplementär im Sinne von „Bei Störung A eher Gestalt, bei Störung B eher Psychodrama, bei Störung C eher Körperpsychotherapie“?

Können Sie Indikationsregeln beschreiben, nach denen bei einem Behandlungsfall „Techniken“ der HPT, die aus verschiedenen „Methoden“ (z. B. GT, Gestalt, Psychodrama, Körpertherapie) stammen, sinnvoll kombiniert werden können?

Frage 1.2 lässt sich für die Humanistische Psychotherapie nicht wesentlich anders beantworten, als für die Richtlinienverfahren: Geht man für die letzteren die Literatur hinsichtlich der typischen oder der evidenzbasiert nachgewiesenen „Methoden“ durch oder blickt auf die Darstellungen der jeweiligen Ausbildungsinstitute hinsichtlich der reklamierten Störungsbilder, so findet man für die meisten „Methoden“ große Störungsspektren, die sich daher erheblich überlappen - bei nur vereinzelten recht störungsspezifischen Methoden.

Nicht anders verhält es sich bei den Ansätzen der Humanistischen Psychotherapie.

Trotz Jahrzehnte differentieller Forschung, Cochrane, Leitlinien, etc., geben die wissenschaftlichen Daten nicht einmal eine klare Aussage, für welche ICD-Störung in der Regel welche der vier Grundorientierungen besser geeignet ist. Geschweige denn, ob eine Depression nun besser mit CBASP (McCullough), mit ACT (Hayes), mit Schematherapie (Young), MBSR (Kabat-Zinn), Kognitiver Therapie nach Beck oder RET nach Ellis innerhalb des Verfahrens Verhaltenstherapie zu behandeln ist - ob wohl jeder dieser Ansätze für die Behandlung von „Depression“ evidenzbasiert ist.

Aus Sicht der Humanistischer Psychotherapie liegt die Schwierigkeit in einem einfachen Zahlenverhältnis begründet: derzeit mindestens 15 Millionen psychisch kranken Erwachsenen allein in der BRD<sup>20</sup> stehen vergleichsweise wenige diagnostische Kategorien gegenüber. Allein in die Kategorie „Depression“ fallen mehrere Millionen (ein Problem, das sich auch bei etwas differenzierterer ICD-Diagnostik nur unwesentlich ändert). Diagnostik, die taxonomische Übersicht über Störungen geben wollte und will, hatte nie im Blick, dass alle diese Menschen pro Kategorie gleich wären oder auch nur genau gleich behandelt werden könnten. Die Vorbehalte Humanistischer Psychotherapie, sich in der Behandlung primär an solchen diagnostischen Kategorien auszurichten, rührt daher (oftmals diskreditiert, dass HPT „alle gleich behandle“ obwohl genau das Gegenteil der Fall ist): Mit Verweis auf das Credo der Einmaligkeit in der Humanistischer Psychotherapie, bevorzugte sie (dann eben ergänzend zur ICD-Diagnostik) sehr differenzierte, prozessorientierte und situationspezifische, passungsgerechte Betrachtungsweisen im Vorgehen.

Auch das Vorgehen der RL-Verfahren folgt nicht allein diesen Störungskategorien: OPD-Diagnostik, detaillierte Verhaltensanalyse etc. versuchen gerade, auch innerhalb der übergroßen Zahl unterschiedlicher Patienten mit derselben ICD-Diagnose genauer auf den konkreten Einzelfall zu blicken.<sup>21</sup>

<sup>20</sup> 12-Monats-Prävalenz psychischer Störungen in Deutschland (im Alter von 18-79 Jahren) 26,9% – Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1 MH, 2009-2011)

<sup>21</sup> Die Frage freilich, worüber uns dann aber die RCT-Studien - die ja genau Störungskategorien mit Behandlungskategorien in Zusammenhang bringen – für die Praxis noch Auskunft geben, soll hier nicht problematisiert werden

Berücksichtigt man diesen Kontext so kann auf den Fragenkomplex 1.2 des WBP gesagt werden:

Die einzelnen „Methoden“ der HPT reklamieren nicht, (wie es auch nicht die einzelnen „Methoden“ der RL-Verfahren können), schon jeweils für sich allein für alle Störungsbilder Behandlungsansätze zu bieten (jedenfalls nicht, wenn dies aufgrund von RCT-Wirksamkeitsstudien jeweils belegt sein soll). Es gibt aber Schwerpunkte sowie Überlappungen, mit denen insgesamt das gesamte Spektrum abgedeckt werden kann.

Wie bei den Richtlinienverfahren auch, war ein Aspekt des Fortschrittes in der Entwicklung neuer Behandlungsformen, diese jeweils so zu ergänzen und zu modifizieren, dass damit dann auch bisher weniger erfolgreiche oder konzeptionell zunächst widersprechende Störungsformen auch behandelbar werden (Beispiel: Freuds Psychoanalyse war zunächst für neurotische Störungen beschränkt und für psychotische kontraindiziert – weil sich, klassisch gesehen, ja der Analytiker mit den gesunden ICH-Anteilen des Patienten verbündet. Inzwischen wurde auch die Psychoanalyse selbstverständlich für die Behandlung psychotischer Störungen erweitert und modifiziert).

Zur dritten Teilfrage ist zu sagen: Da die Humanistische Psychotherapie typischerweise ja nicht Programme anwendet sondern Prinzipien entfaltet (s.o.), lassen sich die „Techniken“ der einzelnen Ansätze sogar hervorragend kombinieren (da „Techniken“ als solche situationsspezifischen Entfaltungen verstanden werden können).

Beispielsweise können, wenn ein Patient in der Gesprächspsychotherapie mehrfach äußert „da sage ich zu mir selbst ...“, mit einem 2. Stuhl entsprechend der Gestalt“technik“ diese beiden inneren „Gesprächspartner“ erlebensverstärkend „hier und jetzt inszeniert“ werden. Zusätzlich könnte (je nach spezifischem Entwicklungsniveau) dies durch Elemente aus der Transaktionsanalyse auch kognitiv – im Sinne von Autonomiestärkung – verankert werden Die grundsätzliche Indikationsregel ist: „tue alles, was den Erlebensprozess und die Symbolisierung fördert“.

Da im Vergleich zu den Richtlinienverfahren bei den Ansätzen der Humanistischen Psychotherapie seit Jahrzehnten eine weit stärkere Verzahnung zu verzeichnen ist (typisch: „learning from many masters“), beherrschen zudem sehr viele Therapeuten dieser Richtungen auch Vorgehensweisen anderer Ansätze.<sup>22</sup> Dies wird akut durch die Gründung der AGHPT und zunehmend gemeinsame Kongresse, Weiterbildungen, Artikel in Fachzeitschriften, Lehrbuch etc. sowie durch ein entstehendes Curriculum (s.u.) noch gefördert.

Neben dieser real praktizierten großen Integration der Methoden der HPT ist diese Integration nach Auffassung der AGHPT zudem mindestens so theoriekonform, wie die Kombination aus unterschiedlichen Methoden bei den Richtlinienverfahren (z.B. operante Verstärker – Achtsamkeit – sokratischer Dialog in der VT, oder die Jungsche Amplifikation – interpersonelles Vorgehen mentalisierungsbasierter Psychotherapie (MBT) – Rollenspiele – Technik der freien Assoziation in der Psychodynamischen Psychotherapie).

---

<sup>22</sup> Beispielsweise sind im Prozessmodell der EA (Personale Existenzanalyse - PEA) bei den jeweiligen Schritten Ergänzungen, Erweiterungen oder Kombinationen mit anderen humanistischen Verfahren vorgesehen bzw. sogar indiziert: Gestalt, Psychodrama oder Körperverfahren bei PEA-1 Personenzentrierter Ansatz bei PEA-2 (Selbstverständnis, innerer Dialog) Gestalttherapie und Psychodrama bei PEA-3 (Ausdrucksverhalten).

**1.3 fehlt:** Die Nachfrage der AGHPT ob dieser Punkt vergessen wurde (Zählung) oder es ein technisches Problem ist (pc-/Kopierfehler) wurde vom WBP (bisher) nicht beantwortet

#### **1.4 Kombinierbarkeit von Techniken und Methoden:**

Können Sie konzeptuell oder an Beispielen darstellen, wie die teilweise sehr unterschiedlichen Methoden, z. B. aus der GT (z. B. VEE), Gestalt (z. B. leerer Stuhl), Psychodrama (z. B. „Alter Ego/Doppeln“) oder Körpertherapie (z. B. Analyse von Verspannungen), je nach Indikation in einer Behandlung einer bestimmten Person miteinander kombiniert werden können oder sollen?

Im WBP wurde in diesem Zusammenhang beispielhaft die Frage diskutiert, aufgrund welcher Behandlungstheorie die Unterschiedlichkeit zwischen der non-direktiven, klientenzentrierten Vorgehensweise in der Gesprächspsychotherapie vereinbar ist mit dem direktiven Vorgehen emotionsgenerierender Techniken in der Gestalttherapie.

Wie bereits zu Frage 1.2. ausgeführt, ist die Kombinierbarkeit von Methoden in der Humanistischen Psychotherapie vergleichsweise zu recht theoriekonform, da sie (eher konzeptionell, etliche Operationalisierungsmöglichkeiten und Techniken umfassende) Prinzipien entfaltet – zu denen somit jeweils recht viele Techniken situations-, störungs- und prozessadäquat passen – und nicht so sehr Programme anwendet (welche die Vielfalt an Situationen gar nicht berücksichtigen können, sondern eben dann doch spezifisch modifiziert oder entfaltet werden müssen).

Was den zweiten Frageteil betrifft, so wurde oben (zu Frage 1.1) ausgeführt, dass die „nondirektive Gesprächspsychotherapie“ in reiner Form eine Frühphase in der Entwicklung der GPT war. Die Betonung der „Nondirektivität“ später erfolgte als Abgrenzung gegen direktives Vorgehen hinsichtlich beratender Handlungsziele. Nondirektivität in der GPT bezieht sich darauf, dass dem Patienten in der Psychotherapie die Bedingungen geschaffen werden sollen, die es ihm ermöglichen sich selbst zu verstehen, zu organisieren, zu aktualisieren..usw. – und zwar bezogen auf seine Ziele und Themen. In diesem Rahmen können alle methodischen **Angebote** (die dann bei der Durchführung auch „direktiv“ sein können) gemacht werden, die diesen Prozess unterstützen. Oben sowie im AGHPT-Antrag auf S. 41 als auch in einschlägigen Lehrbüchern ist dargestellt, wie konfrontativ daher selbst das „nondirektive“ Vorgehen sein kann. Greenbergs EFT (emotionsfokussierte Therapie) ist sogar eine explizit ausgearbeitete Methode der Humanistischen Psychotherapie, die sowohl GPT als auch Gestaltelemente enthält. Konkret haben viele Therapeuten in ihrer Ausbildung längst sowohl GPT als auch Gestalt (übrigens zunehmend speziell EFT) Vorgehensweisen gelernt: eine eher typische Standardkombination seit vielen Jahren in der Humanistischen Psychotherapie. Und – um ein anderes Beispiel zu nennen – die Transaktionsanalyse verfügt traditionell über ein großes Spektrum von konkreten Interventionstechniken auch aus anderen humanistischen Methoden (z.B. Weiterentwicklung der Stuhlarbeit von Perls zur Mehrstuhl-Technik; Einsatz psychodramatischer Techniken usw.). Gleiches gilt – wie oben schon dargestellt – beispielsweise für die Existenzanalyse und Logotherapie.

Dennoch ist die Unterschiedlichkeit der Methoden der Humanistischen Psychotherapie aus Sicht der die AGHPT nicht größer als die der Richtlinienverfahren. Vor dem Hintergrund der Entwicklungs- und Behandlungstheorie (die grob zu 1.1 skizziert wurde) sind die unterschiedlichen Methoden und Techniken aufgrund der Unterschiedlichkeit der Situationen und Prozesse von Therapien selbst bei identischer ICD-Diagnostik zwar vom Vorgehen her zwar nicht identisch – sie dienen aber alle dem o.a. (Zwischen)-ziel, das Erleben so zu aktivieren und zu vertiefen, dass die wichtigen Symbolisie-

rungsprozesse dieses Erlebens nachsozialisierend vorgenommen werden können (wozu auch konflikthafte und maligne Prozessstrukturen psychischer, behavioraler und interpersoneller Art gehören).

Es sei auch auf Punkt 4 des AGHPT-Antrags „Angaben zur Theorie des Psychotherapieverfahrens sowie der von ihnen behandelbaren Störungen sowie Angaben zu den theoretischen Grundannahmen“ (S. 39-43) verwiesen, der mit den Worten schließt:

Eine Vielfalt von *erlebensaktivierenden* Techniken der HPT 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 Ausgerichtet-Sein auf die „Welt“ (deren Teil er ist) eine wesentliche Basis der therapeutischen Arbeit darstellt.



### **1.5 Ausbildung:**

Wie müsste oder könnte ein Ausbildungscurriculum der HPT „unter einem Dach“ konzipiert sein, damit zukünftige Psychotherapeuten im Vertiefungsverfahren HPT eine angemessene theoriegeleitete Behandlung durchführen können?

Müssten die Ausbildungskandidaten in allen einzelnen oder nur in manchen Ansätzen (Methoden) eine Ausbildung erhalten?

Gibt es hierfür national oder international bereits konkrete Planungen oder Modellprojekte? Wenn ja: wie sehen deren Curricula aus?

Wie bereits an anderen Stellen betont wurde, ist es typisch für die Ansätze der Humanistischen Psychotherapie aufgrund ihrer gemeinsamen Wurzeln und übergreifenden Konzepte auch in den seit Jahrzehnten von den einzelnen Verbänden organisierten Aus-, Fort- und Weiterbildungen nicht nur *eine einzige* Methode zu lehren, sondern auch die Beziehungen der theoretischen Konzepte untereinander sowie Vorgehensweisen auch aus anderen Methoden zu vermitteln.

Spätestens seit Gründung der AGHPT (2010) wurden auch formell „methodenübergreifend“ für die ganze Humanistische Psychotherapie die Entwicklung eines gemeinsamen Ausbildungscurriculums vorangetrieben. U.A. wurde dazu eine Arbeitsgruppe innerhalb der AGHPT eingerichtet (federführend derzeit: Dr. Christoph Kolbe).

Das Theoriegebäude der Humanistischen Psychotherapie ist sehr umfassend – gleiches lässt sich allerdings ebenso z.B. über das der Psychodynamischen Psychotherapie sagen. Wie an vielen Stellen bereits hervorgehoben wurde, ist es aber nicht weniger homogen als die Theoriegebäude der beiden Richtlinienverfahren. Für ein Ausbildungscurriculum in Humanistischer Psychotherapie ist daher grundlegend, Kenntnisse der zentralen Konzepte und Vorgehensweisen sowie einen guten Überblick über die anderen HPT-Methoden zu erwerben (möglichst aber auch in so weit über die anderen Verfahren, dass die Ausgebildeten über „Passungskompetenz“<sup>23</sup> verfügen, d.h. ggf. eine Überweisung an andere Verfahren entsprechend dem Passungsmodell von Orlinsky & Howard (1987)<sup>24</sup> fundiert vornehmen können).

Das im Antrag der AGHPT an den WBP (12.10.2012) enthaltene Curriculum orientiert sich sowohl an den gesetzlichen Vorgaben als auch an den der AGHPT bekannten Curricula von universitären und außeruniversitären Ausbildungsinstituten der Richtlinienverfahren.

In der Anlage ist der aktuelle Stand des Ausbildungscurriculum in Humanistischer Psychotherapie (Juni 2014) dargestellt. Wie bei den derzeitigen Richtlinienverfahren auch, ist die leitende Idee, sowohl umfassende Kenntnisse und Fertigkeiten in Bezug auf das gesamte Verfahren (und darüber hinaus) zu vermitteln als auch, ergänzend, mögliche Schwerpunktsetzungen der jeweiligen Ausbildungsinstitute zu ermöglichen.

Es gilt auch zu bedenken, dass die Erfahrungen der Systemischen Therapie zeigen, dass die Länge der (Wieder-)Zulassungsprozedere einerseits und die derzeitige intensive Diskussion über eine grundlegende Veränderung der Ausbildungsstrukturen zum PP und KJP in der BRD ohnedies heute keine verlässlichen Aussagen über die Ausbildungsstrukturen der Zukunft ermöglichen.

---

<sup>23</sup> Kriz, J. (2006): Methodenintegration auf der Basis des 4-Säulen-Modells. Ein Plädoyer zur Erhöhung therapeutischer Passungskompetenz. Leitvortrag am 2. Berliner Landespsychotherapeutentag „Einheitliches Berufsbild und Vielfalt des Vorgehens.“ Berlin, Dokumentation der Berliner Landeskammer. (S. 6–13)

<sup>24</sup> Orlinsky & Howard (1987). A generic model of psychotherapy. J. Integrative Eclectic Psychother 6: 6-27

### **1.6 Abgrenzung der HPT:**

Welche emotionsfördernden oder (körper-)therapeutischen Ansätze zählen nach dem Selbstverständnis der Antragsteller **nicht** zur HPT?

Wie ist dies z. B. bei Reiki, Rolfing, Feldenkrais, Bioenergetischer Analyse, Bioenergetik?  
Wie werden diese Grenzen ggf. begründet?

In der »Stellungnahme der BPTK 10.11.2009« wurde „Fokussierung der Emotionsregulation und –steuerung“ als eine der Techniken der Psychodynamischen Psychotherapie angegeben. Da dieses Vorgehen im Rahmen der Psychodynamischen Psychotherapie angewendet wird, gehört es nicht zur Humanistischen Psychotherapie. Hingegen sind körperpsychotherapeutische Entladungstechniken, die der Förderung körperlichen, affektiven und emotionalen Ausdrucks dienen sowie der Katharsis mit ihren vegetotherapeutischen, bioenergetischen und biodynamischen Interventionen, dann wenn sie in ein Gesamtkonzept der Arbeit Humanistischen Psychotherapie eingebettet sind, als Technik in diesem Verfahren zu sehen. Zentral ist also nicht die Technik als solche, sondern deren Einbettung in den Behandlungskontext des jeweiligen Verfahrens.

Zur Humanistischen Psychotherapie gehören nur solche Ansätze der Körper**psycho**therapie, die körperorientierte Interventionen **im Rahmen eines psychotherapeutischen** Behandlungskonzeptes anwenden. Dies gilt z.B. auch für Bioenergetik, sofern diese im Rahmen eines humanistischen Behandlungskonzeptes durchgeführt wird.

(Rein) körperorientierte Techniken wie Reiki, Alexander-Technik, Feldenkrais, Atemtherapie, Grindberg u.a. gehören daher **nicht** zur Körperpsychotherapie und somit auch nicht zur Humanistischen Psychotherapie (im Sinne des Antrags der AGHPT).

**1.7 Welchen konzeptuellen und/oder therapeutischen „Mehrwert“ bietet das übergreifende Konstrukt HPT, der von seinen einzelnen Methoden allein nicht realisiert werden kann?**

Zunächst sei an die pragmatische Realität in der BRD erinnert:

Psychotherapie muss sich an den gesellschaftlichen Verhältnissen und den jeweiligen Gesetzen orientieren. Anders als überall sonst in der Welt darf in Deutschland nur Psychotherapeut werden – und damit Patienten nachgefragte Heilkunde zur Verfügung stellen – wer ein Richtlinienverfahren vertritt. Ohne Rekurs auf das übergreifende Konstrukt HPT dürfen (offiziell) in der BRD Patienten nicht mehr ambulant mit den Methoden der HPT behandelt werden (es sei denn, von Heilpraktikern, die aber genauso „qualifiziert“ wie Humanistische Psychotherapie auch Psychoanalyse, Tiefenpsychologie oder Verhaltenstherapie und manches andere durchführen ...). Einzelne Methoden haben aufgrund der Entwicklung dieser Struktur keine Chance der Zulassung in der BRD – was auch für jede einzelne Methode der Verhaltenstherapie und der Psychodynamischen Psychotherapie genauso gilt.

Humanistische Psychotherapie wird also sowohl in ihren einzelnen Methoden als auch als ganzes seit 1999 den Patienten in der BRD vorenthalten – jedenfalls in qualifizierter Form (unabh. vom „Heilpraktiker“) und offiziell (unabhängig wieviel HPT wirklich von anderen durchgeführt wird). Im Sinne des Patientenschutzes wäre es auch ein Mehrwert, wenn die Nachfrage nach HPT (wie sich vor 1999 zeigte, sowie in deutschen Kliniken und in anderen Ländern) in der BRD wieder von qualifizierten Therapeuten vermitteln werden kann, und nicht in die Heilpraktikerpraxis abgedrängt wird.

Der „legale“ „Wert“ der einzelnen Methoden der Humanistischen Psychotherapie allein lässt sich seit 1999 in Praxen in Deutschland nicht mehr realisieren und ist somit auf Null reduziert - im Kontrast zur internationalen Bedeutung und anerkannten Wirksamkeit der HPT und zu der selbst in Deutschland an zehntausenden durchgeführten Behandlungsfällen zu Lasten der GKV erwiesenen Wirksamkeit bis 1999, sowie weiterhin deren Bedeutsamkeit im Rahmen von Kliniken.

Die in der BRD notwendige Clusterbildung von international eher unabhängigen „approaches“ – bei der Verhaltenstherapie, bei der Psychodynamischen Psychotherapie und nun auch bei der Humanistischen Psychotherapie – hat aber auch ihr Gutes: Weit mehr als die heterogenen Methoden der Psychodynamischen Psychotherapie haben die Ansätze der Humanistische Psychotherapie zwar schon seit Jahrzehnten vieles an Vorgehensweisen gegenseitig übernommen, was auf den gemeinsamen Grundprinzipien beruht. Aber mit der Gründung der AGHPT wird dieser Prozess der gemeinsamen Fokussierung auf die Essentials der HPT und gemeinsame Ausbildungskonzepte nochmals intensiviert und vorangetrieben.

Durch das übergreifende Konstrukt HPT werden dem einzelnen Patienten also eine noch größere und damit störungs- und situationspassendere Zahl an Vorgehensweisen zur Verfügung gestellt. Die einzelnen Ansätze haben Schwerpunkte (wie dies auch für die Verhaltenstherapie und die Psychodynamischen Psychotherapie gilt), die nun mit noch stärkerer Synergie für Patienten genutzt werden können. Es sei nochmals daran erinnert, dass HPT-Methoden seit Jahren auch im stationären Bereich erfolgreich angewandt wurden und werden. Allerdings droht das Angebot mangels Nachwuchs durch die fehlende Anerkennung zu verarmen, was die Qualität der Versorgung auch im stationären Bereich erheblich beeinträchtigen würde.

Lange Zeit wurde Psychodynamische Psychotherapie z.B. nur als Psychoanalyse (sogar nur als je eine Form der PA – u.a. nach Freud, oder nach Adler, oder nach Jung etc. ) bzw. als TP realisiert. Die o.a. Fragen an die HPT lassen sich daher vergleichsweise auch für die derzeitigen Richtlinienverfahren stellen. Aus den für die AGHPT erkennbaren Diskursen wird nicht deutlich, dass der Mehrwert des Konstruktes „Psychodynamische Psychotherapie“ mit ihren 21 Methoden bzw. des Konstruktes „Verhaltenstherapie“ (die ja z.B. in USA – Publikationen meist getrennt als BT und CBT auftritt, jenseits der Methoden der „3. Welle der Verhaltenstherapie“) aufgrund wissenschaftlicher Argumente anders zu sehen ist als der der Humanistischen Psychotherapie.

Insgesamt ist ein reichhaltiges Spektrum an Vorgehensweisen, über die ein Therapeut verfügen kann, sicherlich kein Nachteil, weil die Vielfalt an Patienten, Störungen und Lebenssituationen, zu denen einen konkrete Intervention stets möglichst passen und diese begründen sollte, nicht mit vergleichsweise dazu wenige ICD-Diagnosen und wenigen Vorgehensweisen innerhalb eines Verfahrens differenziert abzudecken ist. Aus Sicht der AGHPT gilt dies allerdings sowohl für die Methoden *innerhalb* eines Verfahrens als auch für die Kenntnisse der Verfahren *insgesamt* – weil zu einer differentiellen Indikation auch „Passungskompetenz“<sup>25</sup> in der Psychotherapieausbildung wichtig wäre.

---

<sup>25</sup> Kriz, J. (2006): Methodenintegration auf der Basis des 4-Säulen-Modells. Ein Plädoyer zur Erhöhung therapeutischer Passungskompetenz. Leitvortrag am 2. Berliner Landespsychotherapeutentag „Einheitliches Berufsbild und Vielfalt des Vorgehens.“ Berlin, Dokumentation der Berliner Landeskammer. (S. 6–13)

## Themenbereich 2: Krankheitsmodelle und Behandlungstheorie

**Kernfrage:** Können die allgemeinen **philosophischen Grundlagen der HPT** auf der psychotherapiespezifischen Ebene hinreichend operationalisiert werden?

Ggf. kann diese Frage im Vergleich mit den bisher anerkannten Verfahren reflektiert werden.

**2.1** Das bisher erkennbare **Ätiologiemodell der HPT** bezieht sich insbesondere auf Inkongruenz und geringe erlebte Sinnhaftigkeit als ätiologische Faktoren bei der Entstehung psychischer Erkrankungen.

Gibt es weitere relevante ätiologische Faktoren?

Wie werden die Leitbegriffe wie Sinnfindung, Wachstum, (In-)Kongruenz (ggf. weitere) im Modell der Entstehung bzw. Aufrechterhaltung psychischer Störungen operationalisiert?

Gibt es Ansätze zur empirischen Fundierung von „Inkongruenz“ und/oder „Sinnhaftigkeit“ sowie verwandter Konstrukte?

Für welche psychischen Störungen gibt es in der HPT spezifische, ggf. zwischen den Methoden gemeinsame oder unterschiedliche Ätiologiemodelle?

Wie werden ätiologisch bedeutsam erscheinende Prozesse in der HPT diagnostisch erfasst?

Die Humanistische Psychotherapie teilt mit (heute wohl allen gängigen) anderen Verfahren das sog. Diathese-Stress-Modell (bzw. Vulnerabilitäts-Stress-Modell) das biologische, psychologische, interpersonelle, makrosoziale und andere Umweltfaktoren verbindet. Dieses ist aber jeweils überhaupt erst dahingehend zu spezifizieren, welche „vulnerablen“ Strukturen wie und wann entstanden sind (evolutionär? genetisch? frühkindlich? etc.) und was „Stress“ genau meint (chronisch, akut, eher durch innere Prozesse, eher durch äußere Prozesse etc.).

„Geringe erlebte Sinnhaftigkeit“ in der Bedeutung von mangelnder Kohärenz (in Antonovskys Salutogenese-Modell - s.o.) gehört, wie z.B. auch genetische Prädisposition oder diverse somatische Traumata in Schwangerschaft und Geburtsphase, zum multifaktoriellen interaktiv dynamischen Geschehen, das zu den diathetischen Dispositionen zu Krankheit in ätiologischen Modellen thematisiert wird. Auch wenn es sich hier somit nicht um spezifisch im Paradigma der HPT erarbeitete Aspekte handelt, sind sie gleichwohl für Diagnostik und Therapie bedeutsam. Das gilt auch für Einflussfaktoren wie z.B. Vernachlässigung, Misshandlung, spätere Traumatisierungen etc.

Spezifischer im Paradigma der Humanistischen Psychotherapie ist die Bedeutung, die der (selbstorganisierten bzw. selbstregulativen) Aktualisierung für eine gesunde wie auch symptomatische psychische Entwicklung beigemessen wird: Sowohl der Organismus als auch dessen Fähigkeit zur Herausbildung eines selbstreflexiven Bewusstseins bedarf vor allem entsprechender Entwicklungsbedingungen – bzw. reagiert auf mangelhafte Bedingungen in komplexer aber inhärenter Weise mit solchen organismischen und/oder psychischen Strukturbildungen, welche das Überleben (psychischer oder gar biologischer Art) gewährleisten und sich dabei notgedrungen an diese Bedingungen adaptieren. Diese sind aber in der Regel für neue Entwicklungsaufgaben im Laufe des Lebens nicht adaptiv – es kommt dann zur Symptombildung. Besonders diesen pathologischen organismischen Strukturen widmet sich typisch die Körperpsychotherapie (wobei für die Entwicklung des Menschen ebenso typisch ist, dass pathologische organismische Strukturen mit psychischen korrelieren – daher auch Körperpsychotherapie bzw. Elemente der Körperpsychotherapie kombiniert mit anderen

Methoden der HPT wie z.B. Gestalttherapie, Psychodrama oder Neuentscheidungsarbeit in der Transaktionsanalyse etc.).

Für die Methoden der HPT ist zentraler und umfassender als „geringe erlebte Sinnhaftigkeit“ das geringe sinnhafte Verstehen eigener organischer Prozesse (wozu auch Wahrnehmen, Emotionen, Verhalten – auch z.B. interpersonelles) gehören. Wie zu Frage 1.1 (sowie im Antrag der AGHPT -S. 25-30, 40-43) skizziert, ist dabei das Symbolisieren dieser Prozesse wesentlich, wozu es wiederum empathischer, kommentierender Bindungspersonen bedarf. Die Wichtigkeit wird z.B. durch das Konzept der Mentalisierung auch in psychodynamischen Ansätzen betont.

„Inkongruenz“ meint (in dieser Kürze, i.W.) eine mangelhafte symbolisierbare Beziehung zu Teilaspekten der organischen Prozesse (im o.a. Sinne).

Darüber hinaus haben praktisch alle Methoden der Humanistischen Psychotherapie zu differentiellen Betrachtungen ätiologischer Faktoren beigetragen – die jeweils, wegen der Jahrzehnte langen Verzahnung und dem HPT-typischen „learning from many masters“ auch von den jeweils anderen Methoden als wichtige Perspektiven angenommen wurden, ohne dass sie die Terminologie der Konzepte selbst jeweils übernommen haben.

Gleiches gilt für die RL-Verfahren: „Minderwertigkeitsgefühl“ (Adler), „Komplexepisoden“ (Jung), „unbewältigtes Integrationsniveau von Selbst- und Objektrepräsentanzen“ (Mahler/Kernberg) „Beeinträchtigung der Mentalisierungsfähigkeit“ (Fonagy/Target/Bateman) sind ebenso wenig in allen psychodynamischen Methoden expliziter Diskursgegenstand der Ätiologie, wie „irrational belief systems“ (Ellis/Beck), dysfunktionale „operante Konditionierung“ (Skinner/Wolpe), mangelnde Kontingenz/Hoffnungslosigkeit (Seligman/McCollough), kognitive Fusion (Hayes) oder „mentaler Modus des Seins“ (Kabat-Zinn) in den Methoden der Verhaltenstherapie.

Entsprechende differentielle Betrachtungen ätiologischer Faktoren, welche für die konkreten Interventionsentscheidungen von Belang sind, sind auch für die Methoden der Humanistischen Psychotherapie von Bedeutung: So gehört z.B. zur Anamnese in der Körperpsychotherapie über die allgemeine symptomatische und biographische Anamnese hinaus die Körperbiografie, wichtige körperbezogene Erlebnisse, insbesondere in Schwellensituationen wie der Geburt oder der Entdeckung der Sexualität oder im Kontext von Gewalterfahrungen, traumatische Erlebnisse, die Geschichte der körperlichen Beschwerden und Vorerkrankungen, die Zufriedenheit oder Unzufriedenheit und der Umgang mit dem Körper wie z. B. Ernährungsgewohnheiten, das Bild, das jemand von seinem Körper hat, die Sexualität und eine Erfragung des Körpererlebens.<sup>26</sup> Es werden also in der Körperpsychotherapie wie in jeder Psychotherapie psychopathologische Symptome diagnostiziert, Informationen über das Krankheitserleben, die Persönlichkeitsstruktur, Beziehungsmuster und Konflikte eines Patienten erhoben (Arbeitskreis OPD, 2009), die Auslöser für seine Erkrankung und sein psychosoziales Funktionsniveau sein können. Aber es wird dieser allgemeinen Diagnostik eine körperbezogene Diagnostik hinzugefügt. Die besonderen, körperbezogenen diagnostischen Fragen richten sich auf Körpererleben, Körperbild, Vitalzustand, Spannungszustand, Haltung, Bewegungsmuster oder Atem eines Menschen.

Hierzu dienen *Fragebögen*, welche kognitive Aspekte des Körpererlebens, das Körperbild oder das Körperkonzept erfassen.<sup>27</sup> „Ein besonderes körperbezogenes Verfahren der Diagnostik ist der *Körper-*

---

<sup>26</sup> Röhrlich (2000, S. 89f), Küchenhoff (2003)

<sup>27</sup> (Joraschky et al., 2009)

*bildskulpturtest*<sup>28</sup>. Dieser ist aber auch ein "theragnostisches" Instrument, weil die Körperwahrnehmung im Akt der Modellierung (die hier ein Bestandteil ist) und der anschließenden Beobachtung auch als Medium des therapeutischen Prozesses angesehen wird. Ein spezielles System der Bewegungsanalyse, der "BewegungsAnalyseSkalen&Test"<sup>29</sup> ist allerdings für Zwecke der Forschung und nicht der Therapie konzipiert.

Im Rahmen transaktionsanalytischer Konzepte und Modelle gibt es entsprechend z.B. einen Fragebogen zur Autonomie-Ausprägung, einen Skript-Fragebogen, einen Antreiber-Fragebogen, Fragenliste/-bogen zu Inhalt, Erscheinungsweise und Ausprägungsgrad der Komponenten des Bezugsrahmens usw. De facto gibt es in der Transaktionsanalyse eine Vielzahl an diagnostischen Skalen zu einzelnen Pathologiekonzepten.<sup>30</sup> Aktuell und mit am besten untersucht ist das Ohlsson, Björk and Johnsson Script Questionnaire (1992), das 2011 von Roland Johnsson unter dem Titel "Client Assessment in Transactional Analysis – A Study of the Reliability and Validity of the Ohlsson, Björk and Johnsson Script Questionnaire" evaluiert wurde.

Schon Eric Berne, hat auf der Basis psychoanalytischer Ätiologie und mit dem Kernkonzept der Transaktionsanalyse, den Ich-Zuständen (ego states), eine differenzierte Psychopathologie der Transaktionsanalyse sowohl für neurotische als auch für psychotische Störungen entwickelt. Aufgrund der vierfachen Diagnose von Ich-Zuständen handelt es sich dabei um gut operationalisierte Modelle. Schiff und Mitarbeiter haben insbesondere für psychotische Störungen und schwere Persönlichkeitsstörungen mit dem Konzept der pathologischen Symbiose und der Operationalisierung in konkreten Formen passiven Verhaltens die transaktionsanalytische Psychopathologie weiter geführt und für diese Störungsgruppen sowie für dissoziale Persönlichkeitsstörungen differenzierte Ätiologiemodelle entwickelt.<sup>31</sup>

Im Kontext der Logotherapie und Existenzanalyse finden diagnostische Differenzierung der psychopathologischen Störungen sowohl auf der Strukturebene (Grundmotivationen) als auch auf der Prozessebene (Personale Existenzanalyse) aufgrund phänomenologischer Analyse statt. Außerdem wurde hier ein differenziertes Modell der Copingreaktionen entwickelt, das Rückschluss auf die bedrohte Thematik der Grundmotivation bietet. Die diagnostischen Instrumente sind unter Punkt 2.2 aufgeführt.

Wie bereits anfangs (Punkt A3) ausgeführt wurde, hat J. Eckert für die GPT im Auftrag des WBP entsprechende Operationalisierungen der Gesprächspsychotherapie erarbeitet und dem WBP 2011 vorgelegt. Speziell für die (auch in der o.a. Frage des WBP explizit angesprochene) „Inkongruenz“ hat Speierer das „Differentielle Inkongruenzmodell“ entwickelt, in dem faktisch für alle ICD-Diagnosen die spezifischen Formen der Inkongruenz beschrieben sind.<sup>32</sup> Zudem wird empfohlen<sup>33</sup>, bei der Indikationsstellung nicht nur GPT-spezifische Indikationsmerkmale, wie die mit der SE-Skala eingeschätzte Selbstexploration, sondern auch die Struktur des Selbstkonzepts mit Hilfe der (leicht modifizierten)

---

<sup>28</sup> (Joraschky & v. Arnim, 2009; Schubert, 2009)

<sup>29</sup> Lausberg (1997),

<sup>30</sup> Aktuell und mit am besten untersucht ist das Ohlsson, Björk and Johnsson Script Questionnaire (1992), das 2011 von Roland Johnsson unter dem Titel "Client Assessment in Transactional Analysis – A Study of the Reliability and Validity of the Ohlsson, Björk and Johnsson Script Questionnaire" evaluiert wurde.

<sup>31</sup> deutsch bei: Kouwenhoven et al., 2002

<sup>32</sup> Speierer (2005): Das differentielle Inkongruenzmodell (DIM) Köln: GwG

<sup>33</sup> Im Lehrbuch der Gesprächspsychotherapie (Eckert, Biermann-Ratjen, Höger S. 145 ff) wird z.B. empfohlen, bei der Indikationsstellung nicht nur GPT-spezifische Indikationsmerkmale, wie die mit der SE-Skala eingeschätzte Selbstexploration, sondern auch die Struktur des Selbstkonzepts mit Hilfe der (leicht modifizierten) Strukturachse der OPD zu erheben: Arbeitskreis OPD (Hrsg.)(1996). OPD. Operationalisierte psychodynamische Diagnostik. Grundlagen und Manual. Bern: Huber.).

Strukturachse der OPD zu erheben: Arbeitskreis OPD (Hrsg.)(1996). OPD. Operationalisierte psychodynamische Diagnostik. Grundlagen und Manual. Bern: Huber.

Im Kontext des Psychodramas wird eine spezifische Rollendiagnostik (z.B. Rollendefizienz, Rollenkonflikt) angewendet - diese entspricht in etwa den Schemata in der verhaltenstherapeutischen Schematherapie. Zudem werden insbesondere: SNI (Soziales Netzwerk Inventar) und Rollendiagramm sowie Soziometrie, Probevignetten, Genosozioigramm etc. verwendet.<sup>34</sup> Ebenso gibt es auch für die Gestalttherapie gut validierte diagnostische Instrumente z.B. das Gestalt inventory of Resistance Loadings (GIRL).<sup>35</sup>

---

<sup>34</sup> V. Ameln, Gerstmann, Kramer (2004): Psychodrama. S. 388 ff

<sup>35</sup> Wagner, J. (1999). Gestalt contact styles as correlated with the Millon Clinical Multiaxial Inventory. The Ohio State University



## 2.2 Differenzielle Indikation:

Werden bei einzelnen Störungen bestimmte Methoden oder Methodenkombinationen der HPT als **Methoden der Wahl** vorgeschlagen?

Wie werden Leitbegriffe wie Sinnfindung, Wachstum, (In-)Kongruenz und ggf. weitere für differenzielle Behandlungsentscheidungen genutzt?

Gibt es Modelle für differenzielle Behandlungsentscheidungen bei unterschiedlichen **Patientenpersönlichkeiten** oder in unterschiedlichen **Behandlungssituationen**?

Gibt es für die HPT spezifische diagnostische Methoden, die theoriegeleitet differenzielle Indikationsentscheidungen unterstützen?

Der Antwort der AGHPT sei vorangestellt, dass das auf empirischer Grundlage erstellte Allgemeine Modell von Psychotherapie (AMP) von Orlinsky und Howard (1987)<sup>36</sup> davon ausgeht, dass der Therapieerfolg im Wesentlichen von vier Passungen abhängt:

1. Die Passung Behandlungsmodell – Störung des Patienten
2. Die Passung Therapeut – Störung des Patienten
3. Die Passung Patient – Behandlungsmodell des Therapeuten
4. Die Passung Therapeut (Person) – Patient (Person)

Eine isolierte Betrachtung wie die Frage nach der Passung des Behandlungsmodells („Methoden“) und einer bestimmten Störung greift zu kurz, weil z.B. in dem Fall, in dem zwar diese Passung stimmt, aber der Patient (Person) den Therapeuten (Person) nicht ausstehen kann, eine Behandlung nicht indiziert ist.

Eine Beurteilung der Stimmigkeit der vier Passungen kann nicht durch eine noch so sorgfältige Indikationsdiagnostik, sondern nur im Rahmen von probatorischen Sitzungen erfolgen.<sup>37</sup>

Es wurde bereits u.a. zu 2.1 ausgeführt, dass die Humanistische Psychotherapie mit den Richtlinienverfahren teilt, dass ihre Methoden jeweils ein größeres Spektrum an (ICD-)Störungen abdecken. Dies ist vermutlich ein artefizielles Nebenprodukt der Forschungslogik: da die für RCT-Designs üblicherweise verwendeten ICD-Diagnosen viel zu grob sind, um der Vielfalt an konkreten Beschwerden und Symptomen der Patienten gerecht zu werden und auf dieser Ebene die realen Interventionsentscheidungen abzubilden: Beispielsweise gibt es eben zur Behandlung von „Angst“, „Depression“ etc. zahlreiche Methoden der Verhaltenstherapie sowie zahlreiche Methoden der Psychodynamischen Therapie, ohne dass (in der Regel) klare, evidenzbasierte Forschungsergebnisse hier derzeit weiter differenzieren können. Therapeuten hingegen verwenden typischerweise ebenso zahlreiche (weitere) diagnostische Vorgehensweisen (nicht nur zu Beginn sondern auch im Sinne von Prozessdiagnostik) um ihre (weiteren) Interventionen zu begründen. Das gilt auch für die Vorgehensweisen der Humanistischen Psychotherapie.

Es gibt in der Humanistischen Psychotherapie viele Konzepte zu spezifischen Indikationsentscheidungen, die exemplarisch im Folgenden anhand einzelner Methoden skizziert werden, obwohl vieles in ähnlicher Weise auch in anderen Methoden, ggf. entsprechend modifiziert, gilt:

<sup>36</sup> Orlinsky & Howard (1987). A generic model of psychotherapy. J. Integrative Eclectic Psychother 6: 6-27

<sup>37</sup> vgl. Eckert J., Barnow S., Richter R. (Hrsg.) (2010). Das Erstgespräch in der Klinischen Psychologie. Bern: Huber.

So können z.B. mit dem Fokus auf die körperliche Prozessebene in Abhängigkeit von der Persönlichkeitsstruktur und dem aktuellen emotionalen Zustand des Patienten unterschiedliche Behandlungsstrategien durchgeführt werden: Wenn die Gefühle, insbesondere aversive, vor allem auch aggressiver Art, unterdrückt, verdrängt oder sogar abgespalten sind, dann wird eine emotional stimulierende Strategie angewandt. D.h. es können körperpsychotherapeutische Übungen und Interventionen eingesetzt werden, welche emotionalisieren bzw. welche Gefühle wahrnehmbarer, differenzierbarer machen oder ihren Ausdruck fördern.

Wenn der Pat. aber eher zu emotionalen Durchbrüchen oder zur Überemotionalisierung neigt, z.B. Borderline-Patienten, Traumatisierte u.a., dann kommt eher eine Behandlungsstrategie zur Anwendung, die Affekte, Emotionen und Gefühle herunterreguliert und beruhigt und dem Pat. Halt gibt, sowohl auf der emotionalen als auch auf der körperlichen Ebene.

Mit einem stärkeren Fokus auf existenzanalytische Aspekte, gibt es ebenfalls zu allen Diagnosen spezifische Vorgangsweisen und Methoden, z.B. bei Angst die Paradoxe Intention, die Personale Positionsfindung, die Konfrontationsmethode, die Dereflexion, Haltstärkung entsprechend der 1. Grundmotivation<sup>38</sup>. Ebenso zu Depression, Sucht, Persönlichkeitsstörungen. Mithilfe des TEM<sup>39</sup> bzw. des ELQ<sup>40</sup> können strukturspezifisch Störungen festgestellt werden und differenziell behandelt werden. Mithilfe der ESK<sup>41</sup> können Sinn-bezogene Themen differenziell und strukturell angegangen werden (z.B. Defizit in Selbst-Distanzierung oder Verantwortung usw.).

Dabei wird die Symptomatik immer auf dem Hintergrund der spezifischen Persönlichkeit betrachtet und in der Behandlung auf diese eingegangen, weil diese immer mitursächlich ist. So braucht z.B. eine ängstliche Persönlichkeit, die Sucht entwickelt oder depressiv wird, immer neben der diagnose-spezifischen Behandlung ein Vorgehen, das auf die Bedürfnisse und Fähigkeiten der Persönlichkeitsstruktur abgestimmt ist, d.h. im Falle einer ängstlichen Persönlichkeit auch angstspezifische Interventionen vorsieht. Zudem gibt es Kurzzeit- und Langzeitvarianten; Kriseninterventionen; Varianten für chronische Störungen durch existentielle Begleitung ohne Erwartung von weiteren Heilungsmöglichkeiten. Letztlich sind natürlich altersabhängig (Kind – Erwachsene – Senioren) auch bei existenzanalytischer Fokussierung der Humanistischen Psychotherapie unterschiedliche Inhalte und Themen sowie Vorgangsweisen gegeben.

Im Rahmen der psychodramatischen Vorgehensweise der Humanistischen Psychotherapie werden spezifische Interventionen jeweils speziellen Abwehrmechanismen zugeordnet (die einer psychoanalytischen Sicht entsprechen).<sup>42</sup>

Bei gestalttherapeutischem Vorgehen gibt es lösungsorientierte Schrittfolgen (Entfalten des Konfliktfeldes - identifizierendes Ausloten der Details – dialogisierende Beziehungsklärung – Neuordnung des Ganzen) sowie Identifikation und Integration des verdeckten Mangelerslebens bzw. der Verletzung hinter der abwehrenden Teilidentität). Besondere Aufmerksamkeit wird dabei Dissonanzen, Auffälligkeiten und Unstimmigkeiten aller Ausdrucksebenen (Mimik, Gestik, Psychomotorik, Sprache) gewidmet, da diese Dissonanzen als Wegweiser zum Konflikt(-feld) gesehen werden. Diese Schritt-

---

<sup>38</sup> Siehe: A. Längle A (1997) Die Angst als existentielles Phänomen. Ein existenzanalytischer Zugang zu Verständnis und Therapie von Ängsten. In: Psychotherapie, Psychosomatik und Psycho-logie 47, 227-233)

<sup>39</sup> Längle A, Eckhard P (1993) TEM – Test zur Existentiellen Motivation. Wien: GLE-Verlag

<sup>40</sup> Görtz A (2002) Existentielle Lebensqualität. Ein neuer Ansatz innerhalb der Lebensqualitätsforschung und sein Nutzen als Outcome-Kriterium in der Psychotherapieforschung. Univ.Wien: Diss.

<sup>41</sup> Längle A, Orgler Ch, Kundi M (2000) Existenzskala ESK. Göttingen: Hogrefe-Beltz, sowie: Existenzskala. Handanweisung zum Test (1990)

<sup>42</sup> Diese Störungsspezifische Interventionen sind gut beschrieben bei R.T. Krüger (1997): *Kreative Interaktion. Tiefenpsychologische Theorie und Methoden des klassischen Psychodramas*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht; ebenso in Ameln, F. v., Gerstmann, R., Kramer, J.(2004): *Psychodrama*. Heidelberg: Springer

folgen (oder Phasen des Ablaufes) sind bereits bei Perls<sup>43</sup> dargestellt und weiter differenziert im 9-stufigen Verwandlungskreis bei L. Hartmann-Kottek.<sup>44</sup>

Differentielle transaktionsanalytische Interventionen gehen schon auf Berne zurück, der die Gestaltung der therapeutischen Kommunikation mit spezifischen, auf Persönlichkeit und Skript abgestimmten Erlaubnissen und Konfrontationen empfahl. Die transaktionsanalytische Skript-Analyse<sup>45</sup> ist dabei für diese Beziehungsgestaltung das zentrale (und zudem ein operationales) Instrument zur Entscheidung und Gestaltung konkreter Interventionen in der unmittelbaren therapeutischen Kommunikation. So erfolgen z.B. regressionsfördernde Interventionen nur bei genügender Stabilität bzw. bei vorhergehender Stabilisierung (konkret: Einsatz von Neubeelterungs-Techniken<sup>46</sup> bei Psychosen).

Differentielle Indikationen aufgrund des aus Sicht Humanistischer Psychotherapie wichtigen Aspektes der „Passung“<sup>47</sup> zwischen Patient und Therapeut hat Eckert exemplarisch aus personenzentrierter (gesprächspsychologischer) Perspektive dargestellt (s.o.).<sup>48</sup> Es sei nochmals hervorgehoben, dass die verschiedenen Behandlungsstrategien in der HPT grundsätzlich nicht als „geplantes Programm“ angewandt werden: ein guter HPT-Therapeut arbeitet in jeder Sitzung empathisch und flexibel bezogen auf das jeweilige Individuum, die jeweilige Störung und die jeweilige Situation.

---

<sup>43</sup> Perls (1974): Gestalttherapie in Aktion. Stuttgart: Klett-Cotta,

<sup>44</sup> Hartmann-Kottek, L. (2012) Gestalttherapie. 3. Aufl.. Heidelberg: Springer (S. 63).

<sup>45</sup> S. die in 2.1. angeführten Fragebogen dazu

<sup>46</sup> Kouwenhoven, et al (2002) Schwere Persönlichkeitsstörungen: Transaktionsanalytische Behandlung nach dem Cathexis-Ansatz. Wien.: Springer

<sup>47</sup> Nach dem Allgemeinen Modell von Psychotherapie nach Orlinsky & Howard (1987). A generic model of psychotherapy. J. Integrative Eclectic Psychother 6: 6-27.

<sup>48</sup> Eckert, J. et al. (2012) Lehrbuch Gesprächspsychotherapie, 2. Aufl.; Heidelberg: Springer

### 2.3 Kontraindikationen:

Gibt es Hinweise auf Kontraindikationen für einzelne Methoden der HPT oder die HPT insgesamt?

Welches sind ggf. Faktoren (z. B. Persönlichkeitsmerkmale, psychische Störungen, Lebensbedingungen), die auf eine Kontraindikation hinweisen?

Gibt es einzelne psychische Störungen, die mit dem gesamten Spektrum der HPT **nicht** gut behandelt werden können?

Welche Erkenntnisse gibt es zu möglichen Nebenwirkungen und Risiken einzelner Methoden und Techniken der HPT oder der HPT insgesamt?

Es sind der AGHPT keine Ergebnisse bekannt, nach denen sich die zu vermeidenden Schäden durch Humanistische Psychotherapie von denen anderer Therapieverfahren unterscheiden könnten. Aus klinischer Erfahrung lässt sich sogar eher vermuten, dass Therapieschäden in lege artis angewandter Humanistischer Psychotherapie weniger wahrscheinlich sind, weil das Verfahren insgesamt weniger invasiv als andere Verfahren ist.<sup>49</sup>

Nicht gut behandelbar mit den Methoden der Humanistischen Psychotherapie sind anhaltende psychotische Dekompensation bzw. floride Psychosen, Chronifizierung des Störungsbildes<sup>50</sup> und Demontage außertherapeutischer sozialer Beziehungen mit der Folge, dass der Therapeut die einzige wichtige Bezugsperson wird. Spezifische Ansätze betonen dabei aber zusätzlich die hierfür jeweils weniger geeigneten Störungsbilder. – So etwa akute manische Phasen und psychotische Schübe, schwere emotionale Labilität, schwere dissoziale, Borderline- und schizoide Persönlichkeitsstörungen im Psychodrama.<sup>51</sup> Im der Transaktionsanalyse gibt es den Begriff der (malignen) Skriptverstärkung.<sup>52</sup>

Andererseits sind – wie auch schon mit Hinweis auf die Entwicklung von Psychotherapie dargelegt wurde – einzelne Vorgehensweisen, die für bestimmte Störungen zunächst nicht so geeignet waren, durch Weiterentwicklung oft auch für diese entsprechenden Personenkreise (modifiziert) anwendbar geworden (Beispiel: Die klassischen Vorgehensweisen in der Psychoanalyse waren für psychotische Störungen kontraindiziert, wurden aber inzwischen so erweitert und modifiziert, dass sie auch für diesen Patientenkreis geeignet sind). Dies gilt auch für die Entwicklung der Methoden der HPT. **Ein** Beispiel wäre die Prä-Therapie von Garry Prouty<sup>53</sup> für Menschen mit psychotischen Störungen verbunden mit geistiger Behinderung (u.a. schwerer Demenz) oder organischen Beeinträchtigungen.

Real hängen Schädigungen primär mit nicht lege artis durchgeführten Interventionen zusammen – was wiederum für alle Methoden und alle Verfahren gilt.

<sup>49</sup> Auch wenn u.a. gestalt- oder körperpsychotherapeutische Techniken durchaus recht „konfrontativ“ sein und an die Grenzen führen können, sind sie lege artis nicht grenzüberschreitend.

<sup>50</sup> Aber selbst für diesen Patientenkreis wird auch in der HPT an spezifischen Vorgehensweisen gearbeitet – so z.B. die Körperpsychotherapie mit Schizophrenen u. psychotischen Symptomen (Röhrich und Priebe (2006) – aufgrund dieser RCT-Studien ist dieser Ansatz in England sogar im **NICE** gelistet (National Collaborating Centre for Mental Health) (2010): Schizophrenia.

<sup>51</sup> Überblick über differentielle Indikationen und Kontraindikationen: V. Ameln, Gerstmann, Kramer (2004): Psychodrama., S. 386 f.

<sup>52</sup> Zudem wurden hier spezifisch für dissoziale Persönlichkeitsstörungen (z. B. keine Interventionen aus Eltern-Ich-Zuständen) und Psychosen (keine regressionsfördernde Interventionen, bevor die Realitätsorientierung der Patienten nicht stabil genug ist) sowie für schwere Persönlichkeitsstörungen zusammen mit den Indikationen auch Kontraindikationen spezifischer Interventionen entwickelt

<sup>53</sup> Prouty, G., Pörtner, M. & VanWerde, D. (2014) : Prä-Therapie. Stuttgart: Klett-Cotta. 4. Aufl.

Ergänzend möchten wir Sie Bezug nehmend auf die aktuelle Metaanalyse von Elliot et al. (2013) im „Handbook of Psychotherapy and Behavior Change“ um eine Rückmeldung zu den beiden folgenden Fragen bitten:

Inwiefern sind die therapeutischen Ansätze (vgl. S. 497), die in der Metaanalyse untersucht wurden, auch im Antrag der AGHPT enthalten? Sind die entsprechenden Primärstudien aus der Metaanalyse von Elliot et al. (2013) ebenfalls in der eingereichten Studienliste der AGHPT enthalten?

Vorab kann die AGHPT die Auskunft von Jörg Bergmann, der für die Studienaufbereitung zuständig ist, weitergeben:

1) Die aktuelle Metastudie von Elliott et al. (2013) untersucht nur einen Teil der therapeutischen Ansätze welche in Deutschland zur Humanistischen Psychotherapie gehören. Studien der Logotherapie/Existenzanalyse, der Körperpsychotherapie und der Transaktionsanalyse sind nicht in die Untersuchung von Elliott (ebd.) eingeflossen.

2) Nicht alle Primärstudien sind in dem AGHPT - Antrag eingeflossen. So untersucht Elliott z.B. neben Studien mit unbehandelten Kontrollgruppen und Komparative Studien auch Prä-Post Untersuchungen. Untersuchungen im Prä-post Design sind aber kaum in den Antrag der AGHPT eingeflossen.

3) Wichtig ist auch der Hinweis, dass es sich bei der Metastudie nicht um eine reine Kumulation von Primärstudien handelt. Die Begutachtung der Primärstudien ersetzt keine Metastudie. Durch die Gewichtung von Studien, die Analyse von Heterogenität und den weiteren metanalytischen Methoden soll eine brauchbare Schätzung des "wahren Wertes" oder der "wahren Werte" geleistet werden und es soll nicht wie z.B. beim Vote Counting nur auszählt werden welche Untersuchungen statistische Signifikanz zeigen (vergl. Borenstein, 2009)<sup>54</sup>. Eine weitere wichtige Möglichkeit welche nur in Meta - jedoch nicht in Primärstudien realisiert werden kann ist die statistische Kontrolle des Allegiance Effektes (vergl. Luborsky et al. 1999<sup>55</sup> Munder et al. 2014<sup>56</sup>). Aus diesen und weiteren Gründen wird empfohlen, Metastudien als etwas andere zu sehen als die Summe der Primärstudien.

Längere Ausführungen dazu sind im Druck unter

Bergmann, J. & Elliott, T.S. (2014). Zur Wirksamkeit Humanistisch-Experienzieller Psychotherapie. In: Eberwein, W. & Thielen, M. (Hrsg). Humanistische Psychotherapie - Theorien, Methoden, Wirksamkeit. Gießen: Psychosozial Verlag (erscheint Herbst 2014)

Auf Wunsch schicken wir dem WBP gern vorab eine Ms-Version dieses Kapitels.

Letztlich sei angekündigt, dass eine Zusammenstellung ergänzender Wirksamkeits-Studien zur HPT dem WBP in Kürze vorgelegt wird: Sie werden – um dem WBP Arbeit zu ersparen – gerade hinsichtlich Qualität (gemäß Methodenpapier) einem ‚Screening‘ unterzogen.

<sup>54</sup> Borenstein, M., Hedges, L. V., Higgins, J. P. T. & Rothstein, H. (2009). Introduction to meta-analysis. Chichester, U.K: John Wiley & Sons.

<sup>55</sup> Luborsky, L., Diguier, L., Seligman, D. A., Rosenthal, R., Krause, E. D., Johnson, S. et al. (1999). The Researcher's Own Therapy Allegiances: A "Wild Card" in Comparisons of Treatment Efficacy. Clinical Psychology: Science and Practice, 6 (1), 95–106.

<sup>56</sup> Munder, T., Flückiger, C., Gerger, H., Wampold, B. E. & Barth, J. (2012). Is the allegiance effect an epiphenomenon of true efficacy differences between treatments? A meta-analysis. Journal of Counseling Psychology, 59 (4), 631–637.