

Wem nützt Psychotherapie?

G. Stadtmüller, P. Schumm

(Adula-Klinik für Psychotherapie und Psychosomatik, D-87561 Oberstdorf)

Artikel für APIS „Arzt und Patient in Südtirol“

Ca. 17 DIN A 4-Seiten

Redaktion: Dr. Paris

Wem nützt Psychotherapie? - Überlegungen zu einer Integration von störungsspezifischem und ganzheitlichem Ansatz in der stationären Psychotherapie. *

Godehard Stadtmüller, Peter Schumm

Adula-Klinik für Psychotherapie und Psychosomatik, In der Leite 6, D-87561 Oberstdorf

(Chefarzt: Dr. G. Stadtmüller)

Zusammenfassung

Es werden psychische Erkrankungen bzw. Störungen genannt, welche der Psychotherapie als *hauptsächlicher* Therapieform bedürfen, daneben auch jene Erkrankungen erwähnt, bei welchen Psychotherapie nicht die entscheidende Behandlung ist, aber eine wichtige *zusätzliche* Behandlungsmethode sein kann. Auf den geführten Streit zwischen störungsspezifischem Ansatz und holistischem Ansatz in der gegenwärtigen Psychotherapiediskussion wird eingegangen. Tiefenpsychologische, verhaltenstherapeutische und gesprächspsychotherapeutische Methoden werden in ihrer unterschiedlichen Wertigkeit erörtert. - Zum Schluß stellen wir einige Aspekte des integralen Therapiekonzeptes, das an unserer Klinik durchgeführt wird, vor.

Italienische Zusammenfassung?

* Walther H. Lechler zum 75. Geburtstag gewidmet.

Einleitung

Das hohe Maß an psychischen und psychosomatischen Erkrankungen - geschätzt wird eine Erkrankungshäufigkeit von 20-30% der in den Allgemeinarztpraxen vorstelligen Patienten [Dilling et al. 1978, EVaS-Studie 1989, Zintl-Weigand et al. 1978, 1980] - steht im Kontrast zu der erfahrenen psychotherapeutischen Hilfe. Nur 1% dieser Patienten nimmt psychotherapeutische Behandlungsangebote wahr. Die meisten Patienten mit psychischen und psychosomatischen Beschwerden sind bei Allgemeinärzten, Internisten oder anderen Fachärzten in Behandlung, ohne daß das Ausmaß der psychischen Erkrankung immer erkannt wird und entsprechende Behandlungsangebote gemacht werden. Hier liegt häufig eine Ursache für die Chronifizierung dieser Beschwerden, was neben subjektiven Leiden auch zusätzliche Kosten in Form von überflüssigen diagnostischen Maßnahmen, nicht immer indizierter Psychopharmakotherapie oder stationären Aufenthalten in Akutkrankenhäusern und Kurkliniken beinhaltet [von Uexküll 1989]. Diesem großen objektiven Bedarf hat man versucht durch Weiterbildungsmaßnahmen für Ärzte, insbesondere durch die „Psychosomatische Grundversorgung“ in Deutschland zu begegnen [Stadtmüller und Fritzsche 1995].

Psychotherapie ist die Behandlung von psychischen Störungen mit seelischen Mitteln. - Psychotherapieverfahren können unterschieden werden nach der angewandten *Methode*, aber auch nach den von ihr angestrebten *Zielen*.

Sofern Ziele die zu heilende bzw. lindernde psychische oder psychosomatische *Störung* beschreiben, entsteht die Frage, welche Psychotherapiemethode ist für welche psychische Erkrankung respective Störung geeignet? Dabei werden die zahlenmäßig größten Krankheitsgruppen besondere Aufmerksamkeit erfordern, nämlich Affektive Erkrankungen, Angststörungen, stoffliche und nicht-stoffliche Süchte, Eßstörungen, Psychosomatosen,

Persönlichkeitsstörungen.

Sofern Therapieziele die *Strukturebenen* der Persönlichkeit fokussieren, auf welcher die Änderung erfolgen soll, lassen sich unterscheiden:

1. Psychotherapiemethoden und -konzepte, die auf die Reduktion bzw. Elimination eines unerwünschten, krankhaften Symptoms oder Syndroms zielen (z.B. Expositionstherapie bei Angststörung).
2. Solche, die darauf abzielen, die Begleitsymptome oder seelischen Reaktionen im Rahmen einer anderweitig zu behandelnden Erkrankung zu mildern (z. B. stützende, oder auf die Verbesserung sozialer Wahrnehmung oder auf die Verbesserung von Copingstrategien abzielende Psychotherapie bei Schizophrenie, oder aber Psychotherapie bei Depression im Rahmen einer deletären, nur noch palliativ zu behandelnden Krebserkrankung).
3. Psychotherapie, die auf die Veränderung zugrundeliegender und die Krankheit selbst verursachender seelischer Muster bzw. innerseelischer Strukturen abzielt.

Nach den *Methoden* und den zugrundeliegenden *Theorien* können die Psychotherapiemethoden unterschieden werden in folgende Hauptgruppen (modifiziert nach Reimer et al. 1996, Grawe et al. 1995):

1. Verbale und handlungsbezogene Therapieverfahren
 - a) humanistische Therapien
 - b) psychodynamische Therapien
 - c) kognitiv-behaviorale Therapie
2. Entspannungs- und suggestiv-imaginative Verfahren
3. Körperorientierte Verfahren
4. Interpersonelle Therapie, systemische und Familientherapie

Tabelle 1 zeigt eine weiter gefächerte Auflistung von Psychotherapiemethoden. Vollständigkeit ist nicht erreichbar und wohl nicht einmal anstrebbbar. (Janssen hat die ihm erreichbaren Psychotherapiemethoden 1985 einmal aufgelistet und fand über 1050 namentlich verschiedene Methoden.) - Etliche Therapieverfahren lassen sich unter verschiedene Rubriken klassifizieren; so z.B. ist das Katathyme Bilderleben zwar ein Verfahren, was mit (Auto-) Suggestion arbeitet, aber auf einem tiefenpsychologischen Hintergrund [Wilke, 1996].

Im Folgenden soll zuerst auf psychotherapeutische Basisvariablen eingegangen, danach sollen einige exemplarische Verfahren der Psychotherapie skizziert werden, und dabei der Frage nachgegangen werden, welche Psychotherapiemethode welchen Menschen mit welchen Erkrankungen nützt.

Psychotherapeutische Basisvariablen

Unabhängig von psychotherapeutischen Schulen und unbeschadet der berechtigten Forderung nach störungsspezifischem Vorgehen gibt es bestimmte Haltungen und Vorgehensweisen, wie sie von Balint in der „Kunst des Zuhörens“ oder von Rogers formuliert wurden.

Als therapeutische Basisvariablen, die Grundlage des „aktiven Zuhörens“ bilden, wurden von Rogers [1951] herausgearbeitet:

1. Realitätsoffenheit (*Echtheit*, Offenheit für die persönliche Wirklichkeit des Anderen, Glaubwürdigkeit, Unmittelbarkeit).
2. Personenbezogenheit. Dazu gehören *empfindendes* Verständnis (Empathie), Fähigkeit, sich vom Erleben und Verhalten der Anderen und der eigenen Person ein adäquates Bild zu machen.
3. Akzeptationsbreite: Ausmaß an Achtung vor der individuellen Eigenart der Interaktions-

partner (*emotionale* Wärme, nichtwertende Haltung).
Einführendes Verständnis meint den Versuch, die Gefühle des Patienten so zu verstehen, wie dieser sie erlebt und sie in einem zweiten Schritt dem Patienten mitteilen. Aspekte einfühlernden Verständnisses sind u.a.:

- Den Patienten in der Antwort direkt ansprechen. Dadurch soll dem Patienten verdeutlicht werden, daß es um *seine* seelischen Belastungen geht.
- Den inneren psychischen Zustand des Patienten ansprechen. Der Schwerpunkt der Äußerung des Arztes soll auf die Gefühle in der Patientenäußerung, nicht so sehr auf die sachlichen Anteile ausgerichtet sein.
- Keine Wertungen oder wertenden Diagnosen stellen.
- Statt in Fremdwörtern lieber in anschaulichen Bildern antworten.

Diese Art der Aufmerksamkeit dient dazu, zuerst einen Rahmen zu schaffen, der Halt, Schutz, Stabilität vor den oft unerträglichen Ängsten, dem Gefühl innerliche Leere und dem Abstürzen in tiefe Depression bis zum Gefühl der Auflösung bietet.

Daß die Rogers-Variablen Echtheit und nicht-wertende Haltung wesentliche Faktoren für eine günstige Therapie sind, erhielt indirekte Unterstützung durch die sog. Vanderbilt II-Studie.

In ihr zeigte sich, daß der Therapieerfolg ungünstig ist, wenn Psychotherapeuten häufig Doppelbotschaften benutzen, von denen der eine Teil abwertende Kritik enthält [Strupp et al., 1990].

Übersicht über die empirischen Ergebnisse bzgl. therapeutischer Wirkfaktoren gibt Tscheulin [1992].

Hauptverfahren der Psychotherapie

Über einige Hauptverfahren der Psychotherapie soll hier berichtet werden im Hinblick darauf, für welche Indikation sie sich besonders eignen. Dabei ist im Auge zu behalten, daß das Behandlungsziel nicht in jedem Fall nur die Linderung bzw. Heilung der Haupterkrankung ist, sondern auch Intensität und Akuität der Störung, Comorbidität, z.B. zugrundeliegende Persönlichkeitsstörung, sowie Chronifizierungsgrad wesentlich in einen Behandlungsplan einbezogen werden sollen.

Exemplarisch werden hier genannt:

1. Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
2. Kognitive und Verhaltenstherapie
3. Gesprächspsychotherapie
4. Hypnotherapie
5. Progressive Muskelrelaxation
6. Systemische und Familientherapie
7. Körpertherapie
8. Therapeutische Gemeinschaft

In der Folge stellen wir kurz die ersten drei genannten Therapieformen dar. Die „Therapeutische Gemeinschaft“ ist nicht eigentlich eine Methode der Therapie, sondern eher ein Therapieprinzip, hinter dem eine bestimmte Haltung steht. Einige Aspekte der „Therapeutischen Gemeinschaft“ haben wir unten bei Darstellung unseres Konzepts erörtert.

Tiefenpsychologisch orientierte Psychotherapie

Die tiefenpsychologisch orientierte Psychotherapie basiert auf der psychoanalytischen Theorie, insbesondere der Konflikt- und Triebtheorie sowie der Theorie der Übertragungsphänomene.

Nach Reimer [1996] werden unter diesem Begriff verschiedene Modifikationen der Psychoanalyse zusammengefaßt. Tiefenpsychologisch orientierte Psychotherapie verzichtet teilweise auf die Abstinenzregel, erlaubt ein weniger festgelegtes Setting (auch Gruppentherapie), fokussiert mehr auf die *aktuellen* Konflikte des Patienten. Dabei liegt die Hypothese zugrunde, daß ein alter neurotischer Konflikt sich in der gegenwärtigen Symptomatik und ggf. in einem aktuellen Konflikt zeigt. Ziele sind die Einsicht in die Genese der Störung bzw. den zugrundeliegenden Konflikt sowie Symptominderung. Tiefenpsychologisch orientierte Psychotherapie bedarf einer merklichen Therapiemotivation und Introspektionsfähigkeit des Patienten. Sie ist die häufigste gebrauchte Psychotherapieform. Ergebnisse wurden publiziert über ihre Anwendung bei Neurosen und Persönlichkeitsstörungen sowie Psychosen. Es fanden sich [nach Grawe, 1995] schlechte Ergebnisse bei Angststörungen, ansonsten meist Besserung der Zielsymptomatik, jedoch traten diese Verbesserungen erst nach Behandlung von über einem Jahr Therapiedauer auf, blieben dann aber stabil. Bei tiefenpsychologisch orientierter Gruppentherapie fanden sich Verbesserungen im zwischenmenschlichen Bereich, auch dann wenn sich die Zielsymptomatik nicht verbesserte. Grawe schließt daraus, daß Gruppensetting unabhängig von der Therapiemethode und -theorie ein eigener Wirkfaktor ist [Grawe 1995, S. 195]. Insgesamt fand sich eine gute Wirkung bei ambulanter Therapie von Neurosen und Persönlichkeitsstörungen sowie bei stationärer Therapie von Schizophrenie.

Verhaltenstherapie und Kognitive Therapie

Diese Verfahren mit ihren vielfältigen Möglichkeiten werden hier nicht näher beschrieben, weil in der gleichen Zeitschrift Artikel aus verhaltenstherapeutischer Sicht erscheinen. Festzuhalten ist, daß die Verhaltenstherapie von Beginn an eine Vielzahl kontrollierter Therapiestudien vorgelegt hat und dasjenige Psychotherapieverfahren mit den am besten dokumentierten Therapieerfolgen ist. Der frühere Einwand, Verhaltenstherapie kuriere das Symptom, ändere jedoch nichts in der „Tiefe“, ist nach den Studien nicht haltbar.

Erwähnen möchten wir drei Punkte:

1. Verhaltenstherapie, und zwar die Reizkonfrontation, ist das nach den Studien beste Verfahren bei Angststörungen und Phobien (Ehlers & Margraf, 1990).
2. Die Kognitive Therapie nach Beck (1979) ist eine Therapiemethode, die besonders bei Depressionen sehr gute - und gut dokumentierte - Erfolge erbracht hat. Ihr Prinzip ist, daß problematische insbesondere depressive Kognitionen herausgearbeitet und gemeinsam mit dem Patienten kritisch überprüft werden mit dem Ziel, neue Einstellungen und Bewertungen zu entwickeln.
3. Verhaltenstherapie, auch hier wieder insbesondere Reizkonfrontation, ist eine gut wirksame Methode bei Zwangsstörungen, wobei Zwangshandlungen leichter einer Veränderung zugänglich sind als Zwangsgedanken.

Gesprächspsychotherapie

Die Gesprächspsychotherapie - auch als klientenzentrierte oder nicht-direktive Psychotherapie bezeichnet - wurde von dem amerikanischen Psychologen Carl Rogers begründet [1951].

Sie geht von der Annahme aus, daß jeder Mensch ein genügend hohes Veränderungspotential in sich hat, um zu einer Linderung wo nicht Heilung seiner seelischen Störung selbst zu gelangen. Dabei geht der Ansatz der Gesprächstherapie über die Behandlung einer seelischen Störung von Krankheitswert noch insoweit hinaus, als Rogers und in seiner Folge viele andere, den Gesichtspunkt von seelischem Wachstum immer auch in den Mittelpunkt ihrer Überlegung und therapeutischen Bemühungen gestellt haben.

Aufgabe des Therapeuten ist es, durch Schaffung eines geeigneten Klimas, insbesondere einer geeigneten therapeutischen Beziehung, den Patienten zu helfen, dieses Veränderungspotential zu nutzen. Dabei wird für wesentlich gehalten, daß der Therapeut die o.g. „Basisvariablen“ realisiert.

Die Gesprächspsychotherapie hat von ihrem Gründer an Wert auf empirische Überprüfung gelegt. In den letzten Jahren sind Ansätze zu einer differentiellen Anwendung der Gesprächspsychotherapie gemacht worden [Tscheulin, 1992; Teusch, 1995].

In seiner Metaevaluation unterschiedlicher Therapieverfahren findet Grawe, daß die Gesprächspsychotherapie - bezogen auf die 35 relevanten empirischen Arbeiten - ein „sehr wirksames Verfahren für ein weites Spektrum an Störungen“ ist (Grawe, 1995, S. 135), darunter Neurosen, Alkoholismus, Zwangsstörungen, Phobie, soziale Ängste, Schlafstörungen, aber auch bei schizophrenen Patienten. Grawe weist darauf hin, daß unterschiedliche Verfahren „aus den kognitiv-behavioralen Spektrum“ oft noch bessere Wirkung erzielen. Dies sei aus methodischen Gründen jedoch nicht als allgemeine Überlegenheit der Verhaltenstherapie zu werten. Grawe vermutet, daß der auf Probleme und Lösungen fokussierende, aktivere Zugang der Verhaltenstherapie z.T. Grund der, in einzelnen Studien besseren Ergebnisse ist.

Wem hilft Psychotherapie?

Bei der Frage, wem Psychotherapie nützt, wird man zuerst an seelische *Störungen* bzw. *Erkrankungen* denken. Dann aber auch an seelische *Krisen*, die vielleicht nur kurzzeitig Krankheitswert haben, aber bei denen eine therapeutische Begleitung (im Sinne der Krisenintervention) sinnvoll sein kann, um jenen Aspekt an einer Krise, der als „*Chance zur Neuwerdung*“, Chance zum neuen Wachstum gesehen werden kann, hilfreich zu begleiten. Ferner stellt sich die Frage nach der Veränderung von *Persönlichkeitsstrukturen*, welche krankhafte Reaktionen bedingen oder mitbedingen, (z.B. Neigung zu Depressionen bei dependenter Persönlichkeit). Dies spricht die Frage von Persönlichkeitstypologie bzw. von Typen von Persönlichkeitsstörungen an.

Zum erstgenannten Punkt: Bei welchen seelischen Erkrankungen ist Psychotherapie indiziert? International hat man sich von Kategorien, die die Krankheitsentität in den Vordergrund stellen, abgewandt und zugewandt zu syndromalen Einheiten. Dies wird z. B. in dem Übergang von der ICD-9 zu ICD-10 deutlich. Tab. 2 gibt eine Übersicht psychischer Störung, bei denen Psychotherapie als hauptsächliche oder adjuvante Behandlung indiziert ist. Tab. 3 gibt eine Zusammenstellung wichtiger Diagnosegruppen nach der letzten und der jetzt gültigen International Classification of Diseases (ICD-9, ICD-10) und dem Diagnosemanual der amerikanischen psychiatrischen Vereinigung (DSM-III-R).

Die *Hauptindikationen* für Psychotherapie sind:

Affektive Störungen, besonders depressive Syndrome

Süchte

- stoffliche Süchte (Alkohol, Drogen)
- nichtstoffliche Süchte (Arbeitssucht, Beziehungssucht, Sexsucht, Spielsucht)
- Eßstörungen

Psychosomatische Erkrankungen im engeren Sinn

Angststörung

Zwangsstörung

Posttraumatische Streßerkrankung (PTSD)

Persönlichkeitsstörungen.

Zur Behandlung von PTSD und Persönlichkeitsstörungen ist bei der Konzeptdiskussion unten noch einiges gesagt.

Dabei wird zurecht die Forderung nach einem störungsspezifischen Vorgehen im Rahmen der Psychotherapie erhoben. Bei der Schilderung einiger Therapieverfahren (s.o.) und bei dem unten skizzierten Konzept unserer Klinik wird darauf hingewiesen. Ansonsten sei auf Grawe (1995) verwiesen.

(Der Diskussion um störungsspezifisches Vorgehen seien einiger Anmerkungen zugefügt:

Ein *störungsspezifisches* Vorgehen sollte sich meiner Meinung nach nicht nur auf eine nosologische oder syndromal definierte Störung beziehen, sondern auch auf den spezifischen Moment in einem therapeutischen Prozeß, in dem sich der Patient befindet, d.h. auf die zu einer bestimmten Therapiezeit relevante Störung, die zu einem späteren Zeitpunkt sich geändert haben kann. - Deshalb erscheint mir ein Therapieansatz, der sich auf eine spezifische Nosologie richtet, zu ergänzen durch einen prozeßorientierten Ansatz, der einem bestimmten Moment in einem Therapieprozeß eine spezifische Intervention zuordnet. - Ganz konkret setzen wir dies so um, daß wir neben Gruppen für nosologisch definierte Störung (z.B. Eßsuchtgruppe) solche Gruppen für prozeßorientierte Störungen haben, welche wir jede Woche erneut für jeden einzelnen Patienten indizieren. So kann es für den einzelnen Patienten z.B. sinnvoll sein, in einer Woche in

der „Einstellgruppe“ zu sein, in der nächsten Woche in der „Kreativgruppe“).

Neben dem auf Störung im Sinne eines Syndroms abhebenden Aspekt stellen sich auch andere

Fragen: Welche zusätzlichen Faktoren können wesentlich zum Ausmaß des Leidens beitragen bzw. beeinflussen die Therapierbarkeit?

Bei jeder Psychotherapie geht es um Änderung. Änderung kann sich auf ein Befinden, auf eine körperliche Handlung (z.B. Beweglichkeit), auf ein körperlichen Wahrnehmungszustand (z.B.

Schmerzen), auf Emotionen, auf Konzepte, auf die Beziehung des einzelnen zu sich selbst, sowie des einzelnen zu anderen sowie auf die Änderung von Komplexen (in tiefenpsycho-

logischem Sinn) beziehen. Der Änderung steht meist ein Haften an einem früher einmal als

nützlich erlebten und damit durch Übung und durch einen mit intensiver Emotionalität

einhergehenden Lernvorgang erworbenes Verhalten entgegen. Diese Anhaftung kann unter

dem tiefenpsychologischen Gesichtspunkt des Konflikts gesehen werden, sie kann aber auch

unter mehr lerntheoretischem Gesichtspunkt als inadäquates Verhalten gesehen werden.

Solches Verhalten kann direkt angegangen werden. Manches Mal kann es als Suchtverhalten im weiteren Sinn angesehen werden.

Man gelangt - verkürzt dargestellt - zu zwei gegensätzlich scheinenden Positionen:

a) der Theorie, daß die Störung auf einem unbewußten Konflikt, Trauma, etc. beruht,

b) zu der Theorie, daß die Störung in einem inadäquaten (krankhaften) Verhalten beruht,

welches gelernt wurde und deshalb prinzipiell verlernbar ist.

Die erstgenannte, tiefenpsychologische Position kann man als heuristisches Prinzip durchaus

einnehmen, ohne notwendigerweise daraus abzuleiten, daß die Behandlung allein mit den

Mitteln der klassischen Psychoanalyse (im wesentlichen der Durcharbeitung von Übertragungsphänomenen) möglich oder auch nur sinnvoll sei. Die Position, daß die Störung in einem

inadäquaten Verhalten beruht, ist auf der anderen Seite ein sinnvoller Fokus der Therapie,

bedeutet aber nicht zwingend, daß die Behandlung rein nach klassischen behavioristischen

Methoden ablaufen muß.

Je schwerer und chronifizierter eine psychische Störung ist, um so mehr sind neben der syndromalen Ebene andere Ebenen des betroffenen Menschen wesentlich an seinem Leiden beteiligt. Deshalb wird - gerade im stationären Rahmen und bei schwereren psychischen Störungen eine Mehrebenendiagnostik und -therapieplanung sinnvoll sein.

Einige unter diesem Aspekt sinnvolle Ebenen sind:

- Strukturniveau
- zentraler Konflikt (im tiefenpsychologischen Sinn)
- hauptsächlichlicher Bindungsstil (im tiefenpsychologischen Sinn)

Diese drei Ebenen der Diagnostik - Struktur, Konflikt, Bindung - wurden von tiefenpsychologischer Seite her operationalisiert (OPD, 1966).

- lerntheoretische Aspekte, z.B. Reiz-Reaktions-Modell.

- Sucht, süchtiges Verhalten

(Welches süchtige Verhalten unterhält die Erkrankung bzw. ist Abwehr einer zugrundeliegenden Störung?)

- Co-morbidität
- soziale Einbindung, soziale Fähigkeiten.

Eine Anmerkung zur Behandlung von Süchten

Süchtiges Verhalten kann erstens als Problem in sich selbst gesehen werden. In gewisser Weise kann der Alkoholkonsum des Alkoholikers als das entscheidende Problem selbst angesehen werden, weil mit der Abstinenz vom Alkohol sich das Hauptproblem bessert oder ändert.

Eine Sucht kann zweitens aber auch als der Schrei einer tiefen seelischen Bedürftigkeit oder eines Schmerzes angesehen werden. Sucht oder süchtiges Verhalten kann betrachtet werden als die Übertäubung eines zugrundeliegenden seelischen Vakuums oder eines seelischen Traumas.

Diese Gesichtspunkte schließen einander nicht aus, sondern können zumeist gleichberechtigt miteinander bestehen und sind häufig verschiedene Facetten, die einem Patienten helfen können, sich selber zu verstehen bzw. dem Arzt helfen, seinen Patienten zu verstehen.

In jedem Fall ist es *nicht* sinnvoll, in der Therapie zu versuchen, zuerst das zugrundeliegende Problem aufzuarbeiten mit dem Ziel, daß dann süchtiges Verhalten nicht mehr notwendig sei. Dies führt fast immer zu Mißerfolg, vor allem deshalb, weil das süchtige Verhalten selbst die Art der Eigenwahrnehmung so beeinträchtigt, daß die gesamte Introspektion und Selbstexploration davon eingefärbt wird. - Richtig ist es dagegen, in folgender Weise dreistufig zu verfahren: Als erstes ist das Suchtmittel wegzulassen und erst in einem zweiten Schritt sind dann diejenigen Probleme, die bei Abstinenz von dem Suchtmittel erst wahrnehmbar werden, anzusehen und, so möglich, in einem weiteren Schritt zu behandeln.

Ein weiterer, davon getrennter Aspekt, kann folgendermaßen benannt werden: Welche *Voraussetzungen* bewirken, daß einem Patienten - im Prinzip unabhängig von seiner psychischen Erkrankung bzw. Störung - die Psychotherapie viel nützt? Solche Faktoren sind insbesondere hohe Introspektionsfähigkeit, persönliche Motivation, Klarheit über das Therapieziel, Bereitschaft einen persönlichen Einsatz zu leisten, sichere und offene Beziehung zwischen Patient und Therapeut. - Die empirisch belegten Faktoren für die Wirksamkeit von Psychotherapie sind ausführlich von Tscheulin (1992) dargelegt.

Zur Therapieevaluation

Der Nutzen von psychotherapeutischen Verfahren muß wie bei allen anderen Therapiemethoden nachgewiesen werden. Unter diesem Gesichtspunkt sind Qualitätssicherungsmaßnahmen für die stationäre Psychotherapie in Deutschland vorgeschrieben. Die Evaluation sollte sich dabei nicht nur auf den Nachweis der Wirksamkeit einer bestimmten Therapiemethode an sich, bei einer

bestimmten psychischen Störung erstrecken, sondern die Effektivität der tatsächlich durchgeführten Therapie messen. Dazu gehört der:

vergleich relevanter und mit geeigneten psychometrischen Instrumenten gemessene Kenngrößen zu Beginn und zum Ende der Therapie (*Prä-Post-Vergleich*). Z.B. hat sich die gemessene Depressivität während der Behandlung in signifikanter Weise gebessert?

Darüber hinaus wäre eine *Psychotherapie-Prozeßforschung* wünschenswert. Prozeßforschung nimmt die Frage in Angriff, welche Therapievariable für den Behandlungserfolg verantwortlich ist.

Konzept unserer Klinik

Zum Schluß skizzieren wir einige Leitlinien des an unserer Klinik durchgeführten Therapiekonzepts, um darzulegen, wie allgemein wirksame „holistische“ und störungsspezifische Therapieansätze verbunden werden können.

Unsere Klinik hat zwei Abteilungen mit je 60 Behandlungsplätzen. Die Haupterkrankungsgruppen, der bei uns aufgenommenen Patienten sind Neurosen, Konflikt- und Belastungsreaktionen, insbesondere Depressionen, sowie - in einem wahrscheinlich für Psychosomatische Kliniken überproportional hohen Ausmaß - Persönlichkeitsstörungen. Zahlenmäßig zurück treten psychosomatische Erkrankungen im engeren Sinn. Dagegen behandeln wir gehäuft Patienten mit stofflichen oder nicht-stofflichen Süchten, die bei vielen Patienten in Kombination mit Neurosen oder Persönlichkeitsstörungen auftreten. Nur in Einzelfällen werden Patienten mit Psychosen aufgenommen. Die durchschnittliche Verweildauer betrug in dem zuletzt berechneten Zeitraum 8,03 Wochen.

Das auf Walther H. Lechler zurückgehende Herrenalber Modell, in einer den spezifischen Bedürfnissen genügenden Modifikation, ist Grundlage der Therapie. Wesentliche Faktoren dieses Modells sind:

a) *Therapeutische Gemeinschaft:*

Die Therapeutische Gemeinschaft spielt eine entscheidende Rolle. Sie ist eines der zentralen therapeutischen Vehikel. Von Therapeutischer Gemeinschaft kann man eigentlich nur dann sprechen, wenn eine solche Gemeinschaft sozusagen das umfassende Prinzip ist, in das alle anderen Therapieformen eingebettet werden.

b) Integration der Praxis und des Konzeptes der Anonymen *Selbsthilfegruppen*

c) *Emotionale Arbeit:*

Diese wird in den Komiteesitzungen und insbesondere in den Kerngruppen durchgeführt. Eine Besonderheit des Bad Herrenalber Modells ist die Casriel-Therapie.

d) Sog. *Fastenvereinbarungen:*

Es handelt sich um Verpflichtungen, die jeder Patient für die Dauer der Behandlung eingeht: Karenz von Alkohol, Drogen, Tabletten, Nikotin und jeder Art von psychotropen Substanzen mit Ausnahme von uns verschriebener Medikamente. Karenz von Fernsehen, Schmökern, Romanzen und sexueller Betätigung während der Behandlung. - Der Sinn dieser Fastenvereinbarungen besteht nicht in der Abstinenz selbst, sondern darin, daß die übertäubten Gefühle und Konflikte unter Karenz des betäubenden Mittels bzw. der Handlung sich deutlich zeigen - und damit der Therapie leichter zugänglich sind.

Gruppentherapie

Für jeden Patienten ist eine(e) ärztliche(r) oder psychologische(r) Therapeut(in) verantwortlich zuständig, d.h. für Aufnahme, differentielle Therapie, Indikation, Durchführung der Therapie in Kerngruppen und Einzelgesprächen, Steuerung und Indikation der Spezialgruppen. Ist der verantwortliche Therapeut ein Psychologe, so wird ihm ein Arzt zur Seite gestellt, der für die Patienten bzgl. aller Belange der somatischen Medizin verantwortlich ist.

Die Teilnahme an der Stammgruppe und der Großgruppe ist für jeden Patienten - von wenigen Ausnahmen abgesehen - obligatorisch. Die Spezialgruppen werden einzeln indiziert.

Kerngruppe

ist die zentrale therapeutische Gruppe. Der die Kerngruppe betreuende Therapeut ist gleichzeitig der verantwortliche Therapeut jedes einzelnen Patienten, der in seiner Kerngruppe ist. Er indiziert auch die übrige Therapie des Patienten, z.B. in welche Spezialgruppen er geht.

Großgruppe

Die Großgruppe (Komitee), an der alle Patienten einer Abteilung teilnehmen, dient der Erfahrung emotionaler Offenheit in der Gemeinschaft. Sie bietet die Möglichkeit, mit unweigerlich aufkommenden Konflikten anders als bislang umzugehen, einander gegenseitig zu unterstützen in der Selbstexploration und im Einüben neuen Verhaltens. Die Großgruppe findet sechsmal pro Woche statt. (Es ist ein besonderes Anliegen, die Atmosphäre in der Klinik, wobei sowohl die Patienten wie auch alle Mitarbeiter und das Konzept der Klinik zusammenwirken müssen, so zu gestalten, daß die Gruppe und die gesamte Therapeutische Gemeinschaft einen Patienten weitgehend trägt. Dies aus dem Grund, daß nur eine verlässliche, stabile emotionale Beziehung es vielen psychisch gestörten Patienten erlaubt, sich mit tiefen Traumata auseinanderzusetzen und den dabei auftretenden Schmerz und ggfs. die anfangs - z.B. bei narzißtischen Störungen - als namenlos und unendlich zerstörerisch empfundene Wut auszuhalten. Um ein „emotionales Nachreifen“ gerade bei schweren Persönlichkeitsstörungen, etwa narzißtischer Störung oder Borderline-Störung, möglich zu machen, ist eine tragfähige therapeutische Beziehung notwendig, am besten in einer Therapeutischen Gemeinschaft.) Sogenannte „Sponsorschaften“ und „Patenschaften“ dienen einer engen Unterstützung der Patienten untereinander.

Spezialgruppen, die einzeln indiziert werden

Spezialgruppen können unter systematischem Aspekt entweder als themenorientiert oder als prozeßorientiert eingestuft werden. Dabei zielen *themenorientierte* Gruppen auf ein bestimmtes thematisch festlegbares Problemfeld, was für den einzelnen Patienten relevant erscheint. *Prozeßorientierte Gruppen* beziehen sich auf die momentane Lage eines Patienten in seinem Therapieprozeß, und dienen dem Ziel diesen Therapieprozeß optimal zu fördern. Prozeßorientierte Gruppen sind methodisch orientiert.

Ein *störungsspezifisches* Vorgehen, welches zu Recht für die Psychotherapie eingeklagt wird, u.a. von Grawe, sollte sich meiner Meinung nach nicht nur auf eine nosologisch oder syndromal definierte Störung beziehen, sondern auch auf den spezifischen Moment in einem therapeutischen Prozeß, in dem sich der Patient befindet, d.h. auf die zu einem bestimmten Therapiezeitpunkt relevante Störung, die zu einem späteren Zeitpunkt sich geändert haben kann. - Deshalb erscheint mir ein Therapieansatz, der sich auf eine spezifische Nosologie richtet, zu ergänzen durch einen prozeßorientierten Ansatz, der einem bestimmten Moment in einem Therapieprozeß eine

spezifische Intervention zuordnet. - Ganz konkret setzen wir dies so um, daß wir neben Gruppen für nosologisch definierte Störung (z.B. Eßsuchtgruppe) solche prozeßorientierten Gruppen haben, welche wir jede Woche erneut für jeden einzelnen Patienten indizieren. So kann es für den einzelnen Patienten z.B. sinnvoll sein, in einer Woche in der „Einstellgruppe“ (mit dem Fokus auf Veränderung kognitiv-emotionaler Muster) zu sein, in der nächsten Woche in der „Kreativgruppe“ (mit hypnotherapeutischem Ansatz).

Themenorientierte Gruppen (störungsspezifischer Ansatz)

a) Eßstruktur

täglich nach dem Mittagessen; Dauer ca. 20 Minuten, davon an Werktagen mit therapeutischer Begleitung, an den anderen Tagen mit vereinbarten „Sponsorschaften“, mit welchen die Patienten eigenverantwortlich einander betreuen.

b) Eßsuchtgruppe

für Patienten mit *Eßstörungen* (Bulimie, Anorexie, Eßsucht).

Insbesondere bei Anorektikerinnen und im Anfang der Behandlung ein klares verhaltenstherapeutisches Regime. Nach unserer - aber keineswegs nur unserer - Erfahrung greift die Therapie am Anfang nur, wenn sie auf zwei Säulen ruht, nämlich auf einer positiv und klar strukturierten Beziehung zwischen Therapeut und Patientin und einem verhaltenstherapeutischen Ansatz, der sich nicht am Essen, sondern allein am Gewicht orientiert. Erst mit einem solchen Ansatz und den entsprechenden Sanktionen (wobei die positiven Sanktionen wesentlich wichtiger sind als die negativen Sanktionen) gelingt es, an die dahinterstehende Psychodynamik zu kommen und diese dann zu bearbeiten. Ein primäres Rekurren auf die Psychodynamik, ohne das Körpergewicht gerade zu Anfang im Auge zu halten, führt meistens zu einem Therapiemißerfolg. Wie bei anderen Formen süchtigen Verhaltens hat sich bewährt, daß die Therapieverträge und auch die Therapieziele in der Großgruppe offen gemacht werden und am Schwarzen Brett für alle sichtbar ausgehängt werden. Dies bedeutet bei Anorektikerinnen auch, daß sie ihre selbstgeschriebene Gewichtstabelle aushängen.

c) Spezialgruppe für Patienten mit *Suchterkrankung*:

einmal pro Woche, 90 Minuten.

Für solche Patienten ist die in unserer Klinik übliche Arbeit mit Therapieaufträgen und genau durchgearbeiteten Therapieverträgen besonders wertvoll.

d) Frauengruppe

einmal pro Woche, 90 Minuten.

e) Spezialgruppe für Frauen mit posttraumatischer Streßerkrankung (nach sexuellem Mißbrauch)

einmal pro Woche, 90 Minuten. Durch Vorgespräche mit der zuständigen Therapeutin entsteht ein besonders geschützter Rahmen, in dem manche Patientinnen sich erstmals öffnen können.

f) Klettertherapie

einmal pro Woche, ca. 3 Stunden, für wenige Patienten. Expositionstraining bei Angst und Phobie. Einer unserer Sporttherapeuten ist staatlich geprüfter Bergführer.

Prozeßorientierte Gruppen

In einer bestimmten Situation des therapeutischen Prozesses kann ein individuell indizierter Schritt notwendig sein. Wir haben deshalb neben themenspezifischen methodenspezifische Gruppen:

a) „Einstellgruppe“

Alte Verhaltensmuster und emotionale Einstellungen werden aufgedeckt und durch neue ersetzt. Dies soll zu einer Änderung des bisherigen, die Biographie respektive seelische Verfassung determinierenden Skripts führen. - Bei überdauernder pathogener Einstellung im Sinne eines inneren Skripts besteht die Möglichkeit, über die innere Botschaft an die dahinterliegende determinierende Emotion zu kommen, diese in ihrer ganzen Stärke zu spüren. Dabei kommt es nicht selten zu einem kathartischen Erlebnis, in dem das Gefühl hinter der Abwehr, welche sich in der Einstellung zeigt, deutlich wird, z.B. die Not hinter der Wut. Dieser Umschlag der Emotion kann ein neues Umgehen mit sich selbst und der Umwelt deutlich machen. Das geschieht in der sog. *Einstellgruppe*.

b) Bonding (New Identity Process nach Daniel Casriel)

Diese Therapie erlaubt es dem Patienten, daß bisher unterdrückte, insbesondere abgespaltene Gefühle wiedererlebt werden und in einem neuen Kontext, nämlich dem des Angenommenseins, erfahren und damit einer Auflösung bzw. einer Integration näher gebracht werden. Bei massivem Widerstand, aber auch bei Alexithymie kann eine Behandlung nach dem New-Identity-Process nach Daniel Casriel sinnvoll sein. Bei schwacher Ich-Struktur mit Neigung zu Dissoziation oder Fragmentierung ist diese Behandlung im allgemeinen kontra-indiziert.

c) „Kreativgruppe“

Die „Kreativgruppe“ verwendet Elemente des katathymen Bilderlebens, aber auch der Hypnotherapie nach Milton Erickson. Die erlebte innere Bildwelt kann in einem weiteren Schritt malerisch ausgedrückt und damit auch verbal vermittelter Therapie zugänglich gemacht werden.

e) Familientherapie-Woche

Jeden Monat findet eine Woche lang für entsprechend indizierte Patienten und deren Angehörige eine familientherapeutische Spezialveranstaltung statt. Die Patienten sind in dieser Woche von den sonstigen Therapien befreit. Die Therapie folgt einem systemischen Ansatz und wird von einer entsprechend ausgebildeten Familientherapeutin geleitet. Der Ablauf dieser Woche lehnt sich an das familientherapeutische Programm an, wie es die Sierra-Tucson-Kliniken durchführen.

Entspannungsgruppen

Systematisch gehören Entspannungsgruppen auch zu den prozeßorientierten Gruppen; sie werden allerdings über einen längeren Zeitraum durchgeführt, um einen gewissen Übungseffekt zu erzielen. Die Zeiten für Entspannungsverfahren sind morgens vor dem Frühstück und mittags vor dem Mittagessen. Wir bieten derzeit vier verschiedene Entspannungsgruppen an:

1. Körperorientierte Entspannung (Qi-Gong mit Anteilen von Bioenergetik), fünfmal pro Woche.

2. Progressive Muskelrelaxation nach Jacobson, dreimal pro Woche.
3. Ausdruckstanz, zweimal pro Woche.
4. Meditation im engeren Sinn
 - fünfmal pro Woche morgens nach dem Frühstück als geleitete Meditation
 - nicht geleitete Meditation mittags fünfmal pro Woche bei spezieller Indikation.

Diese Entspannungsgruppen werden jeweils vom verantwortlichen Therapeuten indiziert.

Körpertherapeutische Gruppen

Körpertherapeutische Verfahren bilden einen weiteren Schwerpunkt der Behandlung. Es gibt drei parallele Gruppen, in denen vor allem Methoden der Konzentrativen Bewegungstherapie und der Bioenergetik zur Anwendung kommen.

Einige Ziele dieses körpertherapeutischen Zugangs seien genannt:

körperliche Grenzerfahrung; Veränderung der sozialen Wahrnehmung; Änderung der Binnenwahrnehmung im eigenen Körper bzw. des Körperschemas (z.B. bei Anorektikerinnen, Adipösen), Zugang zu bislang abgekapselten Emotionen - manchmal zusammen mit der biographischen Erinnerung - welche verbal nicht erreichbar waren.

Physikalisch-medizinische Anwendungen

nach Indikation in der Bäderabteilung unserer Klinik.

Selbsthilfegruppen

Per definitionem sind Selbsthilfegruppen keine verordnete Therapie. Ein Vorteil des Herrenalber Modells, auf dem unser Klinikkonzept in weiten Teilen fußt, ist es, den Vorzug und die Wirksamkeit von Selbsthilfegruppen im Sinne der A-Gruppen (AA Alcoholics Anonymous, NA Narcotics Anonymous, CoDA Codependent Anonymous, OA Overeaters Anonymous, etc.) in einem Klinikkonzept integriert zu haben. Wer in welche Selbsthilfegruppe geht, wird mit dem zuständigen Therapeuten besprochen.

Psychometrische Diagnostik

Routinemäßig kommen als Eingangs- und Ausgangsdiagnostik psychometrische Verfahren des Wiener Testsystems zur Anwendung. Die Ergebnisse werden durch ein auswärtiges Universitätsinstitut supervidiert und verrechnet.

Literatur

Arbeitskreis OPD (Hrsg.): Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik, Grundlagen und Manual, Verlag Hans Huber: Bern, 1996.

Dilling, H., Weiyerer, S., Castell, R.: Patienten mit psychischen Störungen in der Allgemeinarztpraxis und ihre psychiatrische Überweisungsbedürftigkeit. In: Häfner, H. (Hrsg.), Psychiatrische Epidemiologie, p. 135-160. Berlin, 1978.

EvaS-Studie: Zentralinstitut für kassenärztliche Versorgung. Dtsch. Ärzteverlag, Köln, 1989.

Ehlers, A., Margraf J., (1990) Agoraphobien und Panikanfälle. In: Reinecker, H. (Hrsg.) Lehrbuch der Klinischen Psychologie, p. 73-106. Göttingen: Hogrefe.

Grawe, K., Donati, R., Bernauer, F., (1995) Psychotherapie im Wandel. 4. Aufl. Göttingen: Hogrefe.

Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10, Kapitel V (F); klinisch-diagnostische Leitlinien/Weltgesundheitsorganisation Übers. und Hrsg. von H. Dilling et al. - 2., korr. Aufl. - Bern, Göttingen, Toronto: Huber., 2. Aufl., 1993.

Koehler, K., Sass, H. (Bearb.): Diagnostisches und statistisches Manual Psychischer Störungen: DSM-III. Übersetzung nach der 3. Auflage des Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders der American Psychiatric Association. Beltz, Weinheim - Basel, 1984.

Reimer, C., Eckert, J., Hautzinger, M., Wilke, E., (1996) Psychotherapie. Ein Lehrbuch für Ärzte und Psychologen. Berlin: Springer.

Rogers, C. R., (1951) Client-centered psychotherapy. Boston: Houghton Mifflin.

Stadtmüller, G., Fritzsche, K.: Curriculum Psychosomatische Grundversorgung. Münch. med. Wschr. 137 (1995).

Strupp, H. H., Henry, W: P., Schacht, T.E., (1990) Patient and therapist introject, interpersonal process, and differential psychotherapy outcome. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 58: 768-774.

Teusch, L., Finke, J., (1995) Die Grundlagen eines Manuals für die gesprächspsychotherapeutische Behandlung bei Panik und Agoraphobie. Der Psychotherapeut 40: 88-95.

Tscheulin, D., (1992) Wirkfaktoren psychotherapeutischer Interventionen. Göttingen: Hogrefe.

von Uexküll, Th.: Patientenkarrieren. In: Nedelmann, C., Ferstl, H. (Hrsg.): Die Methode der Balint-Gruppe; S. 55-67. Stuttgart: Klett-Cotta, 1989.

Wilke, E., (1996) Katathym-imaginative Psychotherapie - eine spezielle Form tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie. In: Reimer, C. et al. (Hrsg.) Psychotherapie, p. 77-123. Berlin: Springer.

Zintl-Wiegand, A., Cooper, B., Krumm, B.: Psychische Erkrankungen in Mannheimer Allgemeinarztpraxen. Eine klinische und epidemiologische Untersuchung. In Häfner, H. (Hrsg.): Psychiatrische Epidemiologie; S. 111-113. Springer, Berlin-Heidelberg-New York, 1978.

Zintl-Wiegand, A., Cooper, B., Krumm, B.: Psychisch Kranke in der ärztlichen Allgemeinpraxis. Eine Untersuchung in der Stadt Mannheim. Beltz, Weinheim, 1980.

1. Verbale und handlungsbezogene Therapieverfahren

- a) Psychoanalyse (klassische Psychoanalyse, Neoanalyse)
- b) Analytische Psychotherapie nach C. G. Jung
- c) Tiefenpsychologisch orientierte Psychotherapie
- d) Gesprächspsychotherapie
- e) Verhaltenstherapie und kognitive Therapie

2. Entspannungsverfahren und suggestiv-imaginative Verfahren

- a) Hypnose
- b) Hypnotherapie nach Milton Erickson
- c) Autogenes Training nach Schulz
- d) Progressive Muskelrelaxation nach Jacobsen
- e) Katathymes Bilderleben nach Leuner

3. Körperorientierte Verfahren

- a) Gestalttherapie
- b) Konzentrative Bewegungstherapie
- c) Funktionale Entspannung
- d) Feldenkrais
- e) Bionergetik
- f) Analytische Psychotherapie
- g) Casriel-Therapie

4. Systemische und Familientherapie

a) Familientherapie

b) Interpersonelle Psychotherapie

c) Familienaufstellungen, Strukturaufstellungen

Tab. 1:

Hauptgruppen der Psychotherapie unter methodischer Hinsicht (modifiziert nach Reimer et al., 1996, und ergänzt vom Autor)

Gegenüberstellung ausgewählter psychischer Störungen nach den drei wichtigsten Klassifikationssystemen: DSM-III R, ICD-9 und ICD-10

Eßstörungen

	DSM-III-R	ICD 9		ICD-10
Anorexia nervosa	307.10	307.1	Anorexia nervosa	F50.0
Bulimia nervosa	307.51	307.1	Bulimia nervosa	F50.2
			Eßattacken bei anderen psych. Störungen	F50.4
			Erbrechen bei anderen psych. Störungen	F50.5
Eßstörung NNB	307.50	307.5	Eßstörung NNB	F50.9

Substanz-Mißbrauch/-Abhängigkeit

	DSM-III-R	ICD 9		ICD-10
Alkoholabhängigkeit	303.90	303	Alkoholabhängigkeitssyndrom	F10.2
-mißbrauch	305.00	305.0	schädlicher Gebrauch von Alkohol	F10.1
-intoxikation	303.00	305.0	akute Alkoholintoxikation	F10.0
Nikotinabhängigkeit	305.10	305.1	Tabakabhängigkeitssyndrom	F17.2
-mißbrauch		305.1	schädlicher Gebrauch von Tabak	F17.1
-entzug	292.00	292.0	Tabaksyndrom	F17.3
Cannabisabhängigkeit	304.30	304.3	Cannabinoidabhängigkeitssyndrom	F12.2
-mißbrauch	305.20	305.2	schädl. Gebrauch v. Cannabinoiden	F12.1
Opiatabhängigkeit	304.00	304.0	Störungen durch Opioide	F11.xx
-mißbrauch	305.50	305.5		
Sedativa, Hypnotika, Anxiolytika				
-abhängigkeit	304.10	304.1	Störungen durch Sedativa oder Hypnotika	F13.xx
-mißbrauch	305.40	305.4		
Kokainabhängigkeit	304.20	304.2	Störungen durch Kokain	F14.xx
-mißbrauch	305.60	305.6		
Amphetaminabhängigkeit	304.40	304.4	Störungen durch Stimulantien	F15.xx
-mißbrauch	305.70	305.7		
Halluzinogenabhängigkeit	304.50	304.5	Störungen durch Halluzinogene	F16.xx
-mißbrauch	305.30	305.3		
Lösungsmittelabhängigkeit	304.60	304.6	Störungen durch flüchtige Lösungsmittel	F18.xx
Polytoxikomanie	304.9	304.7/8	Störungen d. multiplen Substanzgebrauch und sonst. Psychotr. Subst.	F19.xx
Mißbrauch v. Antidepressiva	305.90	305.8	Mißbrauch von Antidepressiva	F55.0
Laxantienabusus	305.90	305.9	Mißbrauch von Laxantien	F55.1
Schmerzmittelabusus	305.90	305.9	Mißbrauch von Analgetika	F55.2

Affektive Störungen

	DSM-III-R	ICD 9		ICD-10
Major Depression				
Einzelne Episode	296.2x	296.1/298.0	Depressive Episode	F32.xx
Rezidivierend	296.3	296.1/298.0	rezidivierende depressive Störung	F33.xx
			leicht:	x.0
			mittel:	x.1
			schwer:	x.2
		298.0	o. somat. Syndrom:	x.x0
		296.1	mit somat. Syndrom:	x.x1
Dysthyme Störung	300.40	300.4	Dysthymia	F34.1
		296.0	manische Episode	F30.xx
Bipolare Störung, Manisch	296.4x	296.2	bipolare affektive Störung	F31.xx
Bipolare Störung, Depressiv	296.5x	296.3		
Bipolare Störung, Gemischt	296.6x	296.4		
Depressive Störung NNB	311.00	311	Depressive Störung NNB	F32.9
			rezidivierende depressive Störung NNB	F33.9
			anhaltende affektive Störung NNB	F34.9

Angststörungen

	DSM-III-R	ICD 9		ICD-10
Panikstörung mit Agoraphobie	300.21	300.2	Agoraphobie mit Panikstörung	F40.01
Agoraphobie o. Panikstörung	300.22	300.2	Agoraphobie ohne Panikstörung	F40.00
Panikstörung o. Agoraphobie	300.01	300.0	Panikstörung	F41.0
Soziale Phobie	300.23	300.2	Soziale Phobie	F40.1
Einfache Phobie	300.29	300.2	Spezifische Phobie	F40.2
Generalisierte Angststörung	300.02	300.0	Generalisierte Angststörung	F41.1
		300.4	Angst und depressive Störung, gemischt	F41.2
Zwangsstörung	300.30	300.3	Zwangsstörung	F42.x
Posttraumatische Belastungsstörung	309.89	309	Posttraumatische Belastungsstörung	F43.1

Psychische Störungen nach ICD-10 bei denen Psychotherapie hauptsächlich oder zusätzlich (*) zu anderer Therapie indiziert ist

ICD-10

F10	Störung durch Alkohol
F11	Störung durch Opioide
F12	Störung durch Cannabinoide
F13	Störung durch Sedativa od. Hypnotika
F14	Störung durch Kokain
F15	Störung durch sonst. Stimulantien, Koffein
F16	Störung durch Halluzinogene
F17	Störung durch Tabak
F18	Störung durch flüchtige Lösungsmittel
F19	Störung durch multiplen Substanzgebrauch sonstiger psychotroper Substanzen
F20	* Schizophrenie
F21	Schizotype Störung
F22	* Anhaltende wahnhaftige Störungen
F23	* Akute vorübergehende psychot. Störung
F24	Induzierte wahnhaftige Störung
F25	* Schizoaffektive Störung
F28	* Sonst. nichtorganische psychot. Störung
F29	* NNB nichtorganische Psychose
F30	* Manische Episode
F31	* Bipolare affektive Störung
F32	Depressive Episode
F33	Rezidivierende depressive Störung
F34	Anhaltende affektive Störung
F38	Sonstige affektive Störung
F39	NNB affektive Störung
F40	Phobische Störung
F41	Sonstige Angststörung
F42	Zwangsstörung
F43	Reaktion auf schwere Belastungen u. Anpassungsstörungen
F44	Dissoziative Störung (Konversionsstörung)
F45	Somatoforme Störung
F48	Sonstige neurotische Störungen
F50	Eßstörungen
F51	Nichtorganische Schlafstörung
F52	Nichtorganische sexuelle Funktionsstörungen
F53	Psychische und Verhaltensstörungen im Wochenbett, nicht andernorts zu klassifizieren
F54	* Psychische Faktoren und Verhaltenseinflüsse bei andernorts klassifizierten Krankheiten
F55	Mißbrauch von nicht abhängigkeiterzeugenden Substanzen
F59	NNB Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störung und Faktoren
F60	Persönlichkeitsstörung
F61	Kombinierte und sonstige Persönlichkeitsstörungen
F62	Andauernde Persönlichkeitsänderungen, nicht Folge einer Schädigung od. Krankheit des Gehirns
F63	Abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle
F64	Störung der Geschlechtsidentität
F65	Störung d. Sexualpräferenz