

Anette Schmoeckel

## „Unter falscher Flagge segeln“?

### Zur Situation der Gesprächspsychotherapie in Deutschland im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung

**Zusammenfassung:** *In Deutschland haben personenzentriert orientierte Psychotherapeuten im ambulanten kassenärztlichen Versorgungssystem keine Möglichkeit explizit Gesprächspsychotherapien durchzuführen. Der Artikel skizziert die formalen und rechtlichen Bedingungen psychotherapeutischen Arbeitens als niedergelassene Therapeutin innerhalb des deutschen kassenärztlichen Versorgungssystems. Die Autorin beschreibt aus subjektiver Sicht die Konsequenzen dieser Situation für die therapeutische Identität als Gesprächspsychotherapeutin. Weiter wird geschildert wie der personenzentrierte Ansatz gleichwohl ganz wesentlich die konkrete therapeutische Arbeit von Gesprächspsychotherapeuten beeinflusst, auch unter den Einschränkungen des kassenärztlichen Systems in der ambulanten Versorgung. Der personenzentrierte Ansatz hat auf hohem Abstraktionsniveau die grundlegenden Prinzipien der Gestaltung der therapeutischen Beziehung herausgearbeitet als Grundlage für persönliche Entwicklung und Wachstum. Illustriert wird die Umsetzung dieser grundlegenden Prinzipien unter den formalen Bedingungen einer tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie.*

**Schlüsselwörter:** *Ambulante Psychotherapie, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, Gesprächspsychotherapie*

**Résumé:** *« Naviguer sous un faux pavillon » ? De la situation de la psychothérapie centrée sur la personne en Allemagne dans le cadre des soins médicaux pris en charge par les caisses. En Allemagne, les psychothérapeutes orientés vers l'approche centrée sur la personne n'ont pas de possibilité de réaliser explicitement des psychothérapies centrées sur la personne dans le cadre du système de soins ambulatoires pris en charge par les caisses maladie. L'article esquisse les conditions formelles et légales du travail psychothérapeutique en tant que thérapeute établi dans le système allemand des soins pris en charge par les caisses. L'auteure décrit, d'un point de vue subjectif, les conséquences de cette situation sur l'identité thérapeutique en tant que psychothérapeute centrée sur la personne. Elle analyse de plus comment l'approche centrée sur la personne influence pourtant de manière tout à fait considérable le travail thérapeutique concret des psychothérapeutes centrés sur la personne, même avec les limitations du système des soins ambulatoires pris en charge par les caisses maladies. L'approche centrée sur la personne a élaboré à un haut niveau d'abstraction les principes de base de l'organisation de la relation thérapeutique comme base du développement et de la croissance personnels. La mise en pratique de ces principes de base est illustrée dans les conditions formelles d'une psychothérapie fondée sur la psychologie des profondeurs.*

**Mots-clés:** *Psychothérapie ambulatoire, psychothérapie fondée sur la psychologie des profondeurs, psychothérapie centrée sur la personne.*

**Abstract:** *“Sailing under false colours”? About the situation of person-centered psychotherapy in Germany in the framework of the health insurance system. In Germany person-centred therapists are not allowed to practise person-centred psychotherapy explicitly in the framework of the health insurance system. In this article the author sketches the formal and legal conditions of therapeutic work for a set-up psychotherapist within the framework of the German health insurance system. From her personal point of view she describes the consequences of this situation to her therapeutic identity as a person-centred therapist. Furthermore she reflects how the person-centred approach essentially influences the concrete therapeutic work of person-centred therapists even within the restrictions laid out by the health insurance system for outpatient psychotherapy in Germany. On a high level of abstraction the person-centred approach has worked out the basic principles of creating the relationship between therapist and client, which will lead to progress in personal development and growth. The author illustrates the realization of these principles within the framework of psychodynamic psychotherapy.*

**Keywords:** *outpatient psychotherapy, psychodynamic psychotherapy, person-centred psychotherapy*

Ich möchte an dieser Stelle einen Einblick in die Bedingungen vermitteln, die Gesprächstherapeuten<sup>1</sup> im Rahmen der kassenärztlichen psychotherapeutischen Versorgung in der BRD vorfinden. Dieser Einblick soll erlebte Erfahrungen wiedergeben, ist subjektiv und kann nicht mehr, als stellvertretend diejenigen Fragestellungen wiedergeben, mit denen wir als Gesprächspsychotherapeutinnen unter den gegebenen strukturellen Rahmenbedingungen im Alltag einer psychotherapeutischen Kassenpraxis konfrontiert sind.

Durch die Tatsache, in einer Praxisgemeinschaft mit 2 Kolleginnen arbeiten zu können, ergeben sich vielfältige Möglichkeiten des kollegialen Austausches und der Supervision.

Ich gebe damit die Ergebnisse gemeinsamer Gespräche wieder und werde aus diesem Grunde unter „wir“ meine Kolleginnen Dipl.-Psych. Andrea Domnick und Dipl.-Psych. Elke Nölle mit einbeziehen.

Die Psychotherapie-Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen zwingen uns dazu, Richtlinienpsychotherapie durchzuführen. Das in unserer Praxisgemeinschaft vertretene Richtlinienverfahren ist die so genannte tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie. Dies erleben wir als fortwährende Konfliktlage, die uns immer wieder vor Probleme stellt und neue Lösungen erfordert.

Wir sehen unsere Eindrücke durch die Aussagen vieler Kolleginnen und Kollegen, mit denen wir im Kontakt stehen, bestätigt. Es bleibt unserer Ansicht nach bis jetzt eine Herausforderung, im Rahmen des sehr reglementierten kassenärztlichen Systems der BRD eine Identität als Personenzentrierte Psychotherapeutinnen zu bewahren.

## Der äußere Rahmen

Psychotherapie im Rahmen der Leistungspflicht der Krankenkassen wird in der BRD durch die Psychotherapie-Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen geregelt.

Die Psychotherapie-Richtlinien schreiben im Sinne der Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit eine Begrenzung des Leistungsumfanges der Krankenkassen für psychotherapeutische Leistungen vor. Aus diesen Gründen wird ein Gutachterverfahren festgeschrieben, das einer psychotherapeutischen Behandlung vorgeschaltet ist. Konkret bedeutet dies, dass jede Psychotherapieleistung bei den gesetzlichen und den meisten privaten Krankenkassen als Kostenträger der Behandlung beantragt werden muss. Hierzu wird nach Ablauf von 5 bzw. 8 (bei Psychoanalysen) probatorischen Sitzungen vom Therapeuten ein Bericht gefordert, in dem er ausführlich Stellung nehmen soll nicht nur zu Symptomatik, Befund und Diagnose, sondern auch zur lebensgeschichtlichen Entwicklung des Klienten und daraus entwickelten Überlegungen zur Psychogenese, dem

Therapieplan und der Prognose. Ein von der Krankenkasse beauftragter Gutachter entscheidet an Hand dieses Berichtes, ob die beantragte Psychotherapie als zweckmäßig und wirtschaftlich empfohlen werden kann. Diese Berichtspflicht gilt ebenfalls für eventuell notwendige Verlängerungen von Therapien nach bestimmten Therapieabschnitten.

Die Psychotherapie-Richtlinien lassen in der BRD drei psychotherapeutische Verfahren für die kassenärztliche Versorgung zu, dies sind die Psychoanalyse, die Verhaltenstherapie und die so genannte tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie. Die Gesprächspsychotherapie (GPT) war nie als Behandlungsverfahren in der Kassenleistung zugelassen und ist es zur Zeit ebenfalls nicht. Alle Bemühungen diesbezüglich blieben bisher erfolglos. Allerdings wurde im letzten Jahr durch den „Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie der Bundesärztekammer“ der GPT die wissenschaftliche Anerkennung bescheinigt, dies hat eine erneute Initiative zur sozialrechtlichen Zulassung der GPT ermöglicht (s. a. Finke 2002). Bisher jedoch bedeutet dies, dass in Deutschland keine Gesprächspsychotherapeutin zur kassenärztlichen Versorgung zugelassen würde, es sei denn sie verfügte über die geforderte Qualifikation in einem durch die Richtlinien geforderten Verfahren und wendet nur dieses in ihren Behandlungen an.

Heißt dies, die Gesprächspsychotherapie spielt im Rahmen der kassenfinanzierten psychotherapeutischen Behandlungen keine Rolle? Wir meinen: JEIN.

Die formal-rechtliche Situation der in Deutschland niedergelassen arbeitenden Gesprächspsychotherapeuten hat sich in den letzten Jahren vielfach verändert, zuletzt ganz entscheidend durch das 1999 in Kraft getretene Psychotherapeutengesetz.

Vor diesem Zeitpunkt konnte der Bedarf an psychotherapeutischen Leistungen durch die sog. Richtlinienpsychotherapie, bzw. durch Therapeuten, die eine Ausbildung in einem der zugelassenen Verfahren nachweisen konnten und für die kassenärztliche Versorgung zugelassen waren, bei weitem nicht gedeckt werden. Aus diesem Grunde ergaben sich für viele Behandlerinnen aus anderen Therapieverfahren, d. h. auch für Gesprächspsychotherapeutinnen, Möglichkeiten, im Rahmen der Kostenerstattung psychotherapeutische Leistungen mit Krankenkassen abzurechnen. Die rechtliche Grundlage dieser Möglichkeit war durch den §13 Abs. 3 des Sozialgesetzbuches V (SGB V) gegeben. In diesen Fällen musste durch einen Facharzt für Psychiatrie die Notwendigkeit und Dringlichkeit einer psychotherapeutischen Behandlung bescheinigt werden. In manchen Regionen Deutschlands wurden vor 1999 mehr als 50 % der Psychotherapien über diesen Weg abgerechnet. Die auch in diesem Verfahren notwendigen Berichte an die Gutachter der Krankenkassen zur Antragstellung mussten jedoch auf dem Hintergrund verhaltenstherapeutischer bzw. tiefenpsychologischer Theorie verfasst werden.

Eine einzige Krankenkasse (Techniker Krankenkasse) ließ im Rahmen der Kostenerstattung die Möglichkeit der Anwendung

---

1 Um Doppelformulierungen zu vermeiden verwende ich die weibliche und die männliche Formulierung wechselweise

anderer als Richtlinienverfahren zur Behandlung zu. Dies eröffnete für Gesprächstherapeuten die Möglichkeit, in den Antragsberichten psychogenetische Überlegungen und Therapieplan auf der Grundlage personenzentrierter Theorie zu beschreiben und auf entsprechend versierte Gutachter zu hoffen, sowie die Therapien auch entsprechend zu gestalten.

In diese berufsrechtlich, aber auch hinsichtlich der angewendeten Therapieverfahren unklare Situation sollte das 1999 in Kraft getretene Psychotherapeutengesetz (PTG) Klarheit bringen. Das PTG eröffnete den Psychologen unter den nichtärztlichen Psychotherapeuten, die den überwiegenden Anteil der praktizierenden Gesprächspsychotherapeuten bis dahin darstellten, die Möglichkeit eines Einstiegs in das kassenärztliche Versorgungssystem. Im Rahmen von Übergangsrichtlinien sollten für Therapeutinnen, die bereits langjährig im Rahmen der Kostenerstattung Kassenpatienten behandelt hatten, Möglichkeiten geschaffen werden, eine Zulassung zur kassenärztlichen Versorgung zu erlangen. Dazu wurde jedoch eine umfangreiche Nachqualifikation in einem der Richtlinienverfahren gefordert (je nach Voraussetzungen 140 bis 280 Stunden theoretischer Ausbildung plus 500 dokumentierter Behandlungsstunden unter Supervision im Verhältnis 1:4).

Für den Großteil der Gesprächspsychotherapeutinnen, insbesondere den nicht-ärztlichen Psychotherapeuten in der kassenfinanzierten psychotherapeutischen Versorgung in Deutschland hatte die Kostenerstattung eine Nische bedeutet, in der der Personenzentrierte Ansatz überleben konnte, vor allem die Regelung der Techniker Krankenkasse. Diese Regelung war bereits vor dem Inkrafttreten des PTG juristisch aufgehoben worden, und die Möglichkeit der Kostenerstattung in diesem Umfang sollte beendet werden. So waren auch viele Gesprächspsychotherapeuten, wie auch Psychotherapeuten anderer therapeutischer Ansätze, mehr oder weniger gezwungen, sich auf die Nachqualifikation in einem der Richtlinienverfahren einzulassen. Der – nicht nur als Kürzel verstandene – Begriff „Nachqual“, mit dem dieses Verfahren von vielen davon betroffenen Kollegen bezeichnet wurde, vermittelt, wie diese Situation subjektiv oft erlebt wurde: nicht nur als Gleichschaltung und Entwertung, sondern als Diktat eines „Kotaus vor dem System“ – wie eine Kollegin es damals formulierte.

Seit Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes existiert die Kostenerstattung mit den entsprechenden Freiräumen im Bereich Psychotherapie praktisch nicht mehr. Psychotherapie wird im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung nur noch als Richtlinientherapie genehmigt.

An dieser Stelle sei eine Anmerkung erlaubt: Im Vorfeld unserer Überlegungen zu diesem Bericht begannen wir darüber nachzudenken, inwiefern es u. U. juristische Aspekte zu bedenken gäbe, wenn man in aller Offenheit darstellt, wie personenzentrierte Prinzipien im Rahmen einer Richtlinientherapie berücksichtigt werden können. Schließlich unterschreiben wir mit jedem Formular bei der Beantragung einer kassenfinanzierten Psychotherapie die folgende

Formulierung: „Ich führe die beantragte Psychotherapie nach den jeweils geltenden Bestimmungen der vertragsärztlichen Versorgung durch“. Die Tatsache dieser Formel im Antragsformular, aber auch die Tatsache unserer zunächst etwas besorgten Überlegungen verdeutlichen bereits die rigiden Grenzen dieses Systems und illustrieren die daraus folgende Verunsicherung der Betroffenen.

Bereits damit ist ein wichtiger Eckpunkt für die konflikträchtige Situation für Gesprächspsychotherapeuten in der kassenärztlichen Versorgung beschrieben.

## Der innere Rahmen – die therapeutische Identität

In dieser Situation, spätestens mit dem Inkrafttreten des PTG, stellt sich für uns als personenzentriert orientierte Psychotherapeutinnen die Frage nach der therapeutischen Identität. Geht es um einen staatlich verordneten Identitätswechsel um der Sicherung der eigenen existentiellen Grundlage willen? Segeln wir unter falscher Flagge? Ist Integration möglich? Arbeiten wir jetzt „personenzentriert tiefenpsychologisch“?

Wie beschrieben, steht am Anfang einer jeden durch eine Krankenkasse finanzierten Psychotherapie ein Begutachtungsverfahren. Begutachtet wird formal die Wirtschaftlichkeit und Zweckmäßigkeit eines Therapievorhabens. Über die zweifelhafte Wirtschaftlichkeit und Zweckmäßigkeit dieses Begutachtungsverfahrens selbst ist andernorts ausführlich und engagiert geschrieben worden (z. B. Köhlke 2001; Bämayer 2002). Subjektiv erlebt wird dieses Verfahren von vielen Kolleginnen und Kollegen als sich wiederholende Überprüfung der eigenen therapeutischen Qualifikation und Qualität, mit der bedrohlichen Möglichkeit einer Ablehnung eines Therapievorhabens durch die Gutachter. Bämayer (2002) setzt diese Einschränkung der beruflichen Entscheidungsfreiheit der Psychotherapeuten mit Mobbing gleich und spricht von einer „Form der strukturellen Gewalt“.

So wird die Beziehungsaufnahme von Therapeutin und Klientin von Beginn an durch einen Bewertungsprozess überschattet, der sich an bestimmten Punkten der Therapie, immer dann wenn Verlängerungen notwendig werden und beantragt werden müssen, wiederholt.

Für uns als personenzentriert ausgerichtete Therapeutinnen bedeutet dies, bei jeder neu beginnenden oder zu verlängernden Behandlung in zweifacher Hinsicht unter Druck zu geraten. Nicht wir als behandelnde Therapeutinnen entscheiden letztlich über den Fortbestand der therapeutischen Beziehung, sondern dies obliegt dem Gutachter und der muss überzeugt werden auf der Grundlage tiefenpsychologischer (bzw. verhaltenstherapeutischer) Theorie. Dies bedeutet, dass die konflikthafte Spannung zwischen personenzentrierter Haltung und tiefenpsychologisch diagnostisch-beurteilendem Blick hier erheblich zunimmt, da das personenzentrierte

Denken der tiefenpsychologischen Hypothesenbildung oft inkompatibel gegenübersteht.

Diese permanenten Bewertungsbedingungen stellen eine immer wiederkehrende Anfechtung des eigenen therapeutischen Selbstverständnisses dar, letztlich vor allem deshalb, weil sich an solchen Punkten ständig neu die Konfliktsituation konstellierte, einerseits sich dem personenzentrierten Ansatz verpflichtet und hier beheimatet zu fühlen, andererseits jedoch richtlinientherapeutischem Vorgehen entsprechen zu müssen.

Dies stellt sich als spannungsreiche innere Konfliktsituation dar, denen personenzentrierte Psychotherapeuten im kassenärztlichen System ausgesetzt sind, was in einer in Abständen immer wieder neu zu bearbeitenden und zu klärenden Verunsicherung der eigenen therapeutischen Identität deutlich zu spüren und zu erfahren ist.

Unserem Eindruck nach finden sich viele ursprünglich personenzentriert arbeitende Kollegen und Kolleginnen mit einem schleichenden Wechsel der therapeutischen Identität in Richtung auf das gewählte Richtlinienverfahren ab. Sie übernehmen allmählich deren Konzepte und Sprachgebrauch auf behandlungspragmatischem Hintergrund. Unsere Befürchtung ist, dass gerade jüngere Kollegen dadurch der personenzentrierten „Therapeutengemeinde“ an die Richtlinienpsychotherapie verloren gehen.

## Der therapeutische „Drahtseilakt“

Ich möchte im Folgenden versuchen, unsere persönlichen Erfahrungen mit den Auswirkungen, die diese Situation auf die konkrete therapeutische Arbeit haben kann, zu beschreiben. Dabei muss ich mich auf die „tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie“ beschränken. Die Situation stellt sich für Kolleginnen, die die Verhaltenstherapie als Richtlinienverfahren gewählt haben, an manchen Punkten vermutlich anders dar.

„Die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie umfasst ätiologisch orientierte Therapieformen, mit welchen die unbewusste Psychodynamik aktuell wirksamer neurotischer Konflikte unter Beachtung von Übertragung, Gegenübertragung und Widerstand behandelt werden“ (Psychotherapie-Richtlinien 1998, B I.1.1.1 nach Wöller/Kruse 2002). Danach umfasst die breitere Konzeption der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie (TP) „ein Spektrum von Therapieformen ..., die alle vom psychoanalytischen Standardverfahren abgeleitet sind und sich von ihm durch eine zeitliche Begrenzung, durch die Begrenzung der Regression, durch eine andersartige Handhabung der Übertragung – insbesondere durch den Verzicht auf die Förderung einer Übertragungsneurose – und durch den Einbezug kognitiver, suggestiver und störungsspezifischer therapeutischer Techniken unterscheiden“ (Wöller/Kruse 2002, 7).

Auf Grund dieser relativen methodischen Offenheit und einer mehr subjektiv empfundenen als grundlegend theoretisch reflektierten Nähe mit dem personenzentrierten Konzept (im Vergleich zur Verhaltenstherapie bzw. Psychoanalyse) erschien uns, als es darum ging, sich zu entscheiden für welches Verfahren wir die Zulassung beantragen wollten, TP als am ehesten mit GPT zu vereinbaren.

In der Praxis jedoch erweist sich bald, dass diese „Vereinbarkeit“ Grenzen hat, die des öfteren schmerzlich spürbar werden.

Die grundlegenden Unterschiede im Menschenbild beider Therapieansätze – sofern eine Reflektion darüber in den einschlägigen Übersichtswerken zur psychosomatischen Medizin, Psychotherapie und tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie überhaupt stattfindet –, ebenso die unterschiedlichen Herangehensweisen zur Diagnostik in der GPT und in den tiefenpsychologisch-analytischen Therapieformen, die oftmals wesentlich durch den medizinischen bzw. um Objektivierbarkeit bemühten Blickwinkel geprägt sind, werden andernorts diskutiert (vgl. Rudolf 1996; Keil und Stumm 2002) und sollen hier nicht wieder aufgerollt werden.

Betrachten wir weiter die Ebene unserer subjektiven Erfahrung der Einflüsse der durch die Richtlinien geprägten Situation.

Unser therapeutisches Tun und Denken unterliegt einer von uns als einschneidend erlebten Veränderung durch die von Medizin und tiefenpsychologischer Tradition geprägte Sprache.

Sprache konstruiert subjektiv erlebte Realität. Wir erleben die Begrifflichkeit der TP als vorwiegend am medizinischen Denken orientiert, sie schafft Distanz zur Person des Klienten und zu seinem Erleben. Der Zwang zur Darstellung eines Falles in der geforderten Sprachtradition der Psychoanalyse mit den entsprechenden am Pathologischen orientierten Begriffen, und zwar bereits zum Beginn der Beziehungsaufnahme, bleibt nicht ohne Einfluss auf das eigene Denken und das Bilden der inneren Konzepte über den anderen, der sich als Klient an uns wendet, über seine Erfahrungswelt und über unsere Beziehung zueinander.

Eine ICD-10-Diagnose (Weltgesundheitsorganisation 2000) muss gefunden werden, die eine „krankheitswertige Störung“ fest schreibt, damit überhaupt Behandlungsbedarf festgestellt werden darf. Andernfalls könnte der Gutachter den Eindruck gewinnen, wir wollten lediglich einen „unglücklichen oder unzufriedenen“ Menschen behandeln, der unter schwierigen Lebensumständen leidet, wie Hohage (2000, 2) humanistisch orientierten Psychotherapeuten unterstellt. Dies würde nicht unter den Leistungskatalog der Krankenkassen fallen, der ausnahmslos Maßnahmen zur Behandlung „krankheitswertiger Störungen“ umfasst. (Priv.-Doz. Dr. med. R. Hohage fungiert als Vertragsgutachter für Krankenkassen im Genehmigungsverfahren für psychotherapeutische Leistungen nach den Richtlinien.) Hohage bezweifelt die Aussagekraft einer am subjektiven Erleben orientierten Diagnostik. Damit zieht er gleichzeitig die qualifizierte Einschätzung einer „Störung“ eines zu behandelnden Klienten in Zweifel und stellt die Berechtigung zur Inanspruchnahme einer kassenfinanzierten Behandlung in Frage.

Dies illustriert die subtile Abwertung und Arroganz einiger analytisch ausgerichteter Gutachter, nicht nur einer am subjektiven Erleben ausgerichteten Sprache gegenüber, sondern gegenüber humanistisch orientierten Psychotherapeuten überhaupt in einem durch ein strukturell vorgegebenes Machtgefälle charakterisierten Raum. Damit müssen wir uns ebenfalls auseinandersetzen.

Die sensible Phase der Beziehungsaufnahme zu Beginn einer Therapie ist somit erheblich beeinträchtigt durch die Notwendigkeit der Übernahme eines diagnostisch-beurteilenden Blickwinkels mit der Einschätzung der im medizinischen Sinne „objektivierbaren“ Pathologie einer Person in einem eng begrenzten Zeitrahmen von fünf Sitzungen. Gedanken an psychodynamische Zusammenhänge auf tiefenpsychologisch-analytischer Theoriegrundlage, die Suche nach Hypothesen über den innerpsychischen Konflikt, der für die augenblickliche Situation und das Entstehen von Symptomen des Klienten zentral sein könnte, diagnostische Gesichtspunkte der Struktur und deren Integrationsniveau besetzen die eigene Kapazität während der ersten Therapiesitzungen mit den Klientinnen. Dies alles ist durchwirkt von sprachlichen Konzepten, die nicht nur innere Distanz erzeugen, sondern oftmals ein naturgemäß prozesshaftes Geschehen in Nominalisierungen festschreiben und fixieren. Dazu besteht die Notwendigkeit gezielter Fragen nicht nur bei der Erhebung der Anamnese, sondern während der gesamten probatorischen Phase, um die probenhalber gebildeten psychodynamischen Konfliktthesen zu validieren. Dies bedeutet im Einzelfall immer wieder eine Abwendung von der subjektiven Erfahrung der anderen Person und eine fortdauernde Irritation der personenzentrierten Orientierung. Ein freies und differenziertes Zuwenden zum Erfahrungshintergrund des Klienten ist unter diesen Bedingungen in der Initialphase einer Therapie manchmal nur eingeschränkt möglich.

Die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie ist zielorientiert und durch eine inhaltliche Fokussierung charakterisiert. Zu Beginn einer Therapie soll das zentrale Konfliktthema herausgearbeitet werden, die therapeutischen Interventionen sollten sich im weiteren Verlauf an diesem zentralen Konfliktfokus orientieren und gegebenenfalls, wenn sich eine Therapie oder Therapiesitzung in eine andere Richtung entwickelt, den Klienten in Richtung auf den Fokus inhaltlich zurückdirigieren bzw. fokusorientierte Akzentsetzungen initiieren. Dieses Prinzip erleben wir als schwer vereinbar mit einer personenzentrierten Orientierung auf den Erfahrungs- und Entwicklungsprozess der Klientin, der sich in dem durch Empathie, Kongruenz und Wertschätzung charakterisierten therapeutischen Beziehungsangebot frei entfalten können soll.

## Zentrale therapeutische Prinzipien und Techniken

Im folgenden möchte ich mich dem Aspekt des konkreten therapeutischen Handelns zuwenden. Auf der Suche danach, wie das eigentliche therapeutische Handeln oder wie spezifische therapeutische

„Techniken“ in der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie umschrieben sind, muss man auf Veröffentlichungen zu manualgeleiteten analytischen Therapieformen (Clarkin/Yeomans/Kernberg 2001) zurückgreifen. Ich beziehe mich hier auf das von Wöller/Kruse (2002) veröffentlichte „Basisbuch“, das die grundlegenden Prinzipien tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie beschreiben will und dabei u. a. auch konkrete Interventionsmöglichkeiten beschreibt bzw. vorschlägt.

Die „Internalisierung einer positiven Beziehungserfahrung“ und „Einsicht in unbewusste Zusammenhänge“ sind nach den Autoren die zentralen Wirkfaktoren der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie, wobei damit „affektive Einsicht, an der kognitive wie emotionale Faktoren beteiligt sind“, gemeint ist.

Biermann-Ratjen/Eckert/Schwartz (1995, 40) weisen darauf hin, dass von analytischer Seite „ganz ausdrücklich unbedingte Wertschätzung (stetige Verlässlichkeit: in immer der selben freundlichen Stimmung dasein, benignes Klima, Höflichkeit und Respekt) sowie Kongruenz (niemals unecht) gefordert“ wird, d. h. auch im tiefenpsychologischen Konzept kommt der Gestaltung der therapeutischen Beziehung eine hoch bedeutsame Rolle zu.

Es bleibt aber die Frage, was unter „Einsicht“ verstanden wird. Wöller und Kruse führen dies bedauerlicher Weise nicht weiter aus. Es bleibt also unklar, ob sie mit Einsicht etwas meinen, was personenzentriert etwa so formuliert wird: Der „... Klient erfährt vollständig im Gewahrsein Gefühle, die in der Vergangenheit der Gewährwerdung nicht zugänglich waren oder nur entstellt gewahr werden konnten. ... In der Folge treten immer weniger Wahrnehmungsverzerrungen auf, immer weniger Erfahrungen sind der Gewährwerdung vorenthalten ... Die Abwehr nimmt ab.“ (Rogers 1959a, 43)

Wöller und Kruse nennen als „analytische“ Interventionen die Klarifikation, Konfrontation und Deutung; dabei ist eine Deutung dann „reif“, wenn sie durch Klarifikation und Konfrontation ausreichend vorbereitet ist. Die Autoren halten es in der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie für legitim, auf das „Änderungswissen (...) anderer Therapieschulen zurückzugreifen und von ihnen bewährte therapeutische Techniken zu adaptieren.“ Eine methodische Öffnung wird demnach definitiv zugelassen.

Höger (2000, 13) verweist auf den hohen Abstraktionsgrad des personenzentrierten Konzepts, dem die methodische oder „technische“ Umsetzung auf der Verhaltensebene in der Therapiesituation untergeordnet ist. „Wo immer die ... grundlegenden Konzepte der GPT als übergeordnete Gesichtspunkte das therapeutische Handeln leiten, handelt es sich um GPT. Die spezielle Art der vom Therapeuten im Einzelfall gewählten Verhaltensweisen ist demgegenüber sekundär.“

Biermann-Ratjen/Eckert/Schwartz (1995, 42) bezeichnen die im personenzentrierten Konzept formulierten Bedingungen für den therapeutischen Prozess als „Prüfkriterien“. Der „... Psychotherapeut kann sein konkretes Verhalten im Kontakt mit dem Klienten im Hinblick darauf überprüfen, ob z. B. eine Widerstands- oder Übertragungsdeutung, eine Konfrontation oder eine andere Form der

Verbalisierung eines emotionalen Erlebnisinhaltes eines Klienten wirklich sein unbedingt wertschätzendes empathisches Verstehen des Erlebens des Klienten zum Ausdruck bringt“.

Wöller und Kruse vertreten zwar ein Konzept tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie, das sich für methodische Anleihen anderer Ansätze öffnet, eine „...psychodynamische Grundhaltung, die die Prozesse von Abwehr und Widerstand, von Übertragung und Gegenübertragung beachtet, sollte jedoch unter keinen Umständen zur Disposition stehen!“

Wir beobachten in unserer täglichen praktischen Arbeit Phänomene und Konstellationen, die, je nach theoretischem Blickwinkel, die Konzepte von Abwehr, Widerstand und Übertragung widerspiegeln. Es stellt sich in diesem Zusammenhang die Frage nach der Unvereinbarkeit von Richtlinientherapie und personenzentrierter Orientierung, bzw., ob die Berücksichtigung dieser Aspekte zwangsläufig die Aufgabe des personenzentrierten Standpunktes erfordert.

Dies möchte ich im Folgenden an Beispielen weiter ausführen.

## Übertragung und Gegenübertragung

Eine meiner Klientinnen teilt mir zu Beginn einer Therapiestunde mit, sie habe etwas in der vorigen Sitzung schon ansprechen wollen, sei aber dann „darüber hinweg gekommen“. Sie habe sich sehr kurzfristig für eine sehr reizvolle berufliche Umorientierung entschieden. (Dabei belebt sie sich sichtlich). Dies jedoch bedeute, sie müsse den Wohnort wechseln, d. h. die Therapie bei mir beenden und sich dort einen neuen Therapeuten suchen. (Jetzt ist ihr deutlich unbehaglich damit.) Diesen mir nonverbal vermittelten Eindruck greife ich auf und spreche ihn als meinen Eindruck an. Die Klientin bestätigt diesen Eindruck und erläutert ihr Vorhaben weiter ausführlich. Während ich ihren Ausführungen folge, versuche ich parallel selbstreflexiv auszuloten, was diese Information bei mir auslöst: ein mildes aber deutliches Bedauern sie gehen zu sehen, denn sie ist mir sympathisch und ich arbeite gern mit ihr; das fühlt sich stimmig an. Gleichzeitig mischt sich ein Gefühl von leiser Kränkung dazu, das ich mir nicht erklären kann; es fühlt sich auch irgendwie fremd und „unpassend“ an. Ich frage mich kurz, ob ich es mir nicht erlaube, deswegen gekränkt zu sein. Währenddessen hat meine Klientin aufgehört zu sprechen und schaut mich etwas unglücklich und irgendwie forschend an. Meine Intervention: „Und jetzt schauen Sie mich an, und mir kommt es vor, als machen Sie sich Gedanken darüber, wie es mir wohl damit geht, ob ich darüber unglücklich sein könnte, wenn Sie sich jetzt so bald schon verabschieden möchten?“ Fast erleichtert wirkt sie, als sie genau dies bestätigt. Ich kämpfe einen spontanen Impuls nieder, sie zu beruhigen und ihr zu erlauben, dass sie natürlich gehen könne. Statt dessen bleibe ich bei dem, was sie bewegt und wie sie damit umgeht, dass sie mit diesem offenbar sehr klaren Wunsch nach dieser

Neuorientierung, wo sich jedoch ein kommender Abschied ankündigt, so sehr mit meinem (möglichen) Erleben beschäftigt ist. Das regt bei ihr einen ausführlichen Selbstreflexionsprozess zum Thema Abschiede an. Sie differenziert zunächst zwischen verlassen werden, was sie sehr traurig machen kann, und selbst zu verlassen (wie in diesem Fall), wo sie regelmäßig vorwiegend mit Gefühlen von Schuld, Verpflichtung und Loyalität kämpft, und damit in Schwierigkeiten gerät. Anknüpfend an ein in der vorigen Sitzung bereits angesprochenes Thema, der Beziehung zu den Eltern, in dem sich bereits angedeutet hatte, dass die problematische Loslösung sich in einer besonderen Betonung der Distanzierung ihnen gegenüber sichtbar macht, beginnt meine Klientin, auch an diesem Punkt den hohen Loyalitätsdruck und die großen Schwierigkeiten, ihre Eltern zurückzulassen, zu reflektieren. Sie überlegt, wie es wäre, zum Beispiel einen Wohnort in weiterer Entfernung zu ihnen zu wählen. Sie beginnt, den „schweren“ Druck körperlich zu spüren, der damit auf ihr lastet, und die Enge, die sie dabei begrenzt.

Als wir gegen Sitzungsende noch einmal kurz auf die Anfangssequenz unseres Gespräches zurückkommen, beobachte ich für mich deutlich, dass in meinem Erleben das milde Bedauern geblieben ist und sich weiter stimmig und völlig akzeptabel anfühlt, das Thema Kränkung hat sich für mich vollständig aufgelöst.

Ich habe dieses Beispiel so ausführlich beschrieben, um zu verdeutlichen, in welcher Form die Aspekte Übertragung und Gegenübertragung eine Rolle in unserer Arbeit spielen können. Meines Erachtens nach haben hier Übertragungsprozesse der Klientin einen wesentlichen Einfluss auf ihr Erleben und Gestalten dieser Situation gehabt – und Entsprechendes in mir ausgelöst. Nur, mein Eindruck ist auch, der empathisch begleitete Selbstreflexionsprozess führt von sich aus Richtung „Einsicht“, wenn ein Klient sich in seinem Erleben angenommen fühlt. Deutungen werden dann überflüssig – „überreif“ –, und die immer mitschwingende Kränkung, welche die in einer Deutung demonstrierten „Expertise“ des Therapeuten auslöst, kann weder die therapeutische Beziehung noch den persönlichen, sich selbstregulierenden Entwicklungsprozess des Klienten irritieren.

Gesprächspsychotherapeutinnen arbeiten übrigens ohnehin in größerer Zahl mit dem Konzept von Übertragung. W. Schulz und C. Pelster (2002, 22) geben als ein Ergebnis ihrer Studie zur Rolle von Übertragungsphänomenen in der Gesprächspsychotherapie an, dass ungefähr 90% der Gesprächspsychotherapeuten Übertragungsphänomene in ihren Therapien wahrnehmen. Sie sprechen von einer „stillen Integration“; laut ihrer Studie ist der Wunsch nach einer differenzierteren Diskussion bzw. Integration des Übertragungskonzepts in das Konzept der Gesprächspsychotherapie unter Gesprächspsychotherapeutinnen ausgesprochen verbreitet, der „Umgang mit Übertragungsphänomenen gehört wohl mehr oder weniger zum Alltag jedes klientenzentrierten Psychotherapeuten“.

## Widerstand und Abwehr

Eine Klientin, die wegen einer schweren depressiven Dekompensation in Therapie ist und mehrere Suizidversuche in der Vorgesichte hat, hatte sich in letzter Zeit stabilisiert. Sie kommt voller Schwung in die Sitzung und berichtet über einen beruflichen Erfolg. Dann eröffnet sie mir mit etwas trotzigem Blick, sie habe für heute „kein Thema“, sie wolle am liebsten mit mir Eis essen gehen. (Es ist draußen zugegeben sehr heiß, ein verlockender Gedanke.) Dass es ihr schwer fällt, angesichts des herrlichen Wetters sich schweren Themen und Stimmungen zuzuwenden, wie sie dies in vergangenen Sitzungen getan hatte, kann ich gut nachvollziehen und sage es ihr erst mal so. Sie bleibt dabei, sie wolle sich nicht das Gutgehen verderben, überhaupt – sie müsse immer „über eine Schwelle“ zur Therapie gehen. Ich spüre deutlich, wie sie die „Füße in den Boden stemmt“ und heute nicht will. Bei mir regt sich ein „tja, was machen wir denn statt dessen“, auch strenge Töne deuten sich in meinen Gedanken an. Ich registriere also ein Nachlassen meiner wertschätzenden Haltung ihrem Erleben gegenüber. All dies lege ich erst mal innerlich zur Seite und bleibe bei ihrem Erleben. Sie beginnt über die „Schwelle“ zu sprechen und über ihren Konflikt, sich einerseits so darüber zu freuen, dass es ihr nach der langen depressiven Zeit jetzt wieder besser geht, andererseits aber auch sich für zukünftige Krisen besser wappnen zu wollen. Sie habe frühere Therapieversuche immer dann, wenn es ihr besser ging, abgebrochen. Sie habe Sorge vor auftauchenden, sie überwältigenden Gefühlen. Ich kann mich in diesen Zwiespalt sehr gut einfühlen und dies anerkennen. Mein Bemühen geht dabei nur darum, sie zu verstehen und damit zu begleiten. Als sie berichtet, dass ihr die Inhalte der Sitzungen oder Teile davon oft auf dem Weg nach Hause wieder verloren gehen, überlegen wir gemeinsam eine Stundenstruktur, wo wir vor dem Sitzungsende eine Art Resümee machen und dann später schauen, ob dies das „Vergessen“ beeinflusst. Dann wendet sich die Klientin von sich aus einem Thema zu, mit dem sie sich seit längerem bereits beschäftigt, das auch diesmal wieder starke Gefühle von Traurigkeit und Verlust hervorruft.

Als wir wie besprochen vor Sitzungsende das vereinbarte Resümee beginnen, wird deutlich, dass die gute Stimmung verfliegen und nicht wieder greifbar ist. Verlust und Traurigkeit stehen sehr dominant im Raum. Da ich weiß, dass es der Klientin tatsächlich oft nur unter großen Schwierigkeiten gelingt, solche Stimmungen wieder auszubalancieren, mache ich ihr einen Vorschlag zur Unterstützung: Ob sie einmal die schlechte Stimmung symbolisch an eine Stelle auf der einen Seite des Raumes und die gute Stimmung vom Sitzungsanfang auf der anderen Seite ablegen möchte, und dann auf einer gedachten Linie von der schlechten zur guten Stimmung gehen und wahrnehmen möchte, was dabei passiert. (Eine als „Bodenankern“ bezeichnete hypnotherapeutische Technik, mit der unterschiedliche affektive Anteile des Erlebens an unterschiedlichen Punkten eines Raumes verortet werden.) Die Klientin lässt sich darauf ein

und ist ausgesprochen verblüfft darüber, dass sie auf diese Weise tatsächlich von der einen Stimmung zur anderen wechseln kann, und sie experimentiert noch ein bisschen damit, die Stimmung zu moderieren. Dies erweist sich für sie offenbar als eindrucksvolle Erfahrung von Kontrolle über ihre Emotionen.

Diese Sitzung ist der Klientin nicht ins Vergessen abgerutscht.

Ich möchte hiermit die Arbeit mit dem, was als „Widerstand“ und „Abwehr“ in verschiedener Weise konzeptualisiert ist, verdeutlichen, und denke, mich auch hier um einen personenzentrierten Weg bemüht zu haben. Ihre „Unlust“ am Sitzungsanfang als „Widerstand“ zu deuten, hätte die Klientin unter Druck gesetzt. Meinem Empfinden nach hatte ihr Zögern gute, der eigenen Stabilisierung dienende Gründe. Nachdem sie sich später aus eigenem Entschluss thematisch weit vorgewagt hatte, hielt ich es für notwendig, sie etwas tatkräftiger darin zu unterstützen, sich wieder einzubalancieren und damit ihre „Abwehr“ zu stärken, ohne dass das Besprochene ganz in Vergessenheit geraten muss.

Unserer Ansicht nach sind auch der so genannte Widerstand bzw. die Abwehr Phänomene, die in personenzentrierten Therapien bearbeitet werden. In ihrer Regulationsfunktion können sie wie andere Erfahrungen akzeptierend verstanden und damit in ihrer Bedeutung geklärt werden.

Zusammenfassend bedeutet dies, Phänomene wie Übertragung, Widerstand und Abwehr treten in unseren Therapien auf und werden bearbeitet. Grundlage der Bearbeitung ist jederzeit das Bemühen um ein Gewahrsein des eigenen Erlebensstromes innerhalb der Therapiesituation, und das Bemühen, den Erlebensstrom des Klienten wertschätzend empathisch nachzuvollziehen. Auf dieser elementaren Grundlage von Beziehungsgestaltung und Empathie werden Entscheidungen für ein konkretes Verhalten bzw. eine bestimmte therapeutische Methodik getroffen, sei es Klärung, Konfrontation, Deutung, Anleihen anderer therapeutischer Ansätze, oder das empathische Begleiten oder Vertiefen dessen, was wir vom Erleben des Klienten wahrnehmen.

Die in der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie als „Internalisierung einer positiven Beziehungserfahrung“ und „Einsicht“ formulierten Konzepte, die Veränderungen zu Grunde liegen, sind vom Personenzentrierten Ansatz differenziert herausgearbeitet und spezifiziert worden.

Die Frage war, ob die Gesprächspsychotherapie unter den gegebenen Bedingungen im kassenärztlichen Versorgungssystem in Deutschland keine Rolle mehr spielt. Für uns hat die Gesprächspsychotherapie überall dort eine essentielle Bedeutung, wo personenzentriert orientierte Psychotherapeuten ihre Therapien im Rahmen der Bestimmungen der kassenärztlichen Versorgung auf dem Fundament personenzentrierter Beziehungsgestaltung anlegen und durchführen. Dabei stellt die personenzentrierte Beziehungsgestaltung das die Veränderung und Entwicklung tragende Element dar.

## Abschlussbemerkungen

Meine Absicht war es, am eigenen Beispiel die Situation von Gesprächspsychotherapeutinnen in der ambulanten kassenärztlichen psychotherapeutischen Versorgung in Deutschland unter den augenblicklichen Bedingungen zu illustrieren. Seit Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes 1999 unterliegen personenzentrierte Psychotherapeuten einem Zwang, andere therapeutische Verfahren, und zwar diejenigen, die als Richtlinienverfahren anerkannt sind, in ihre Arbeit zu übernehmen. Dieser Zwang wird auf struktureller Ebene ausgeübt und durchgesetzt. Die von dieser Situation betroffenen Gesprächspsychotherapeutinnen mussten in kurzer Frist individuelle Lösungen entwickeln, ohne auf eine breite, auf theoretisch-wissenschaftlicher Ebene geführte Diskussion zurückgreifen zu können.

Unsere subjektive Erfahrung dieser Situation ist die einer Verunsicherung der eigenen therapeutischen Identität. Trotz der grundlegenden Unterschiede beider therapeutischer Ansätze in Bezug auf das zu Grunde gelegte Menschenbild, auf Vorstellungen und Modelle zur Ätiologie von Störungen und auf die Veränderung bewirkenden Faktoren, erleben wir uns auf der Suche nach Möglichkeiten, das eine zu tun ohne das andere lassen zu müssen.

Was wir befürchten, ist, wie oben bereits erwähnt, ein an der „Basis“ unbemerkt stattfindender schleichender Identitätswechsel in Richtung auf die Übernahme richtlinientherapeutischer Konzepte, gerade in der jüngeren Therapeutengeneration.

Unseres Wissens nach sind die Auswirkungen dieser Situation auf das Selbstverständnis und die praktische therapeutische Arbeit von Gesprächstherapeutinnen bedauerlicher Weise noch nicht systematisch untersucht worden.

Dabei drängen sich Fragen auf:

- Erleben Gesprächspsychotherapeutinnen, die in Deutschland in der kassenärztlichen Versorgung arbeiten, tatsächlich diese Verunsicherung der therapeutischen Identität? Begreifen sie sich noch als personenzentriert, und wenn ja, wie drückt sich dies unter den gegebenen Bedingungen in ihrer Arbeit aus?
- Übernehmen sie Konzepte anderer Therapieverfahren in ihre Arbeit?
- Wenn sie dies tun, auf welcher Grundlage und in welcher Form tun sie es?
- Über welche Systeme sichern sie ihre personenzentrierte Identität ab?
- Hat sich durch die wissenschaftliche Anerkennung der GPT in ihrem Selbstverständnis etwas verändert?
- Hätte eine sozialrechtliche Anerkennung der GPT Auswirkungen auf ihr therapeutisches Selbstverständnis und ihr therapeutisches Handeln im Praxisalltag?

Eine baldige sozialrechtliche Anerkennung der GPT wäre mehr als wünschenswert. Die langjährige Verweigerung der Anerkennung der GPT im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung und der Zwang zur Unterwerfung unter die Psychotherapierichtlinien verbunden mit der Adaptation von Verfahren der Richtlinienpsychotherapie wird bei vielen davon betroffenen Gesprächspsychotherapeuten Spuren hinterlassen.

## Literatur

- Bämayr, A. (2002), Gutachterverfahren vor Psychotherapien. Eine Form der strukturellen Gewalt, in: Deutsches Ärzteblatt / PP 1,8, 345–348
- Biermann-Ratjen, E.-M. / Eckert, J. / Schwartz, H.-J. (1995), Gesprächspsychotherapie. Verändern durch Verstehen, Stuttgart (Kohlhammer) 1979, <sup>7</sup>1995 (überarb. u. erweiterte Auflage)
- Clarkin, J. F. / Yeomans, F. E. / Kernberg, O. F. (2001), Psychotherapie der Borderline-Persönlichkeit. Manual zur psychodynamischen Therapie, Stuttgart (Schattauer)
- Finke, J. (2002), Der Kampf um Anerkennung. Die Geschichte der öffentlich-rechtlichen Etablierung der Gesprächspsychotherapie in Deutschland, in: Person 6,2, 71–72
- Höger, D. (2000), „Ist das noch GT, wenn ich ...?“ Was ist eigentlich Gesprächspsychotherapie?, in: Psychotherapeuten Forum 7,5, 5–17
- Hohage, R. (2000), Analytisch orientierte Psychotherapie in der Praxis. Diagnostik, Behandlungsplanung, Kassenanträge, Stuttgart (Schattauer) <sup>3</sup>2000
- Keil, W. W. / Stumm, G. (2002), Die vielen Gesichter der Personenzentrierten Psychotherapie, Wien New York (Springer)
- Köhlke, H. (2001), Das Gutachterverfahren in der Vertragspsychotherapie. Eine Praxisstudie zu Zweckmäßigkeit und Verhältnismäßigkeit, Tübingen (dgvt-Verlag)
- Pelster, C. / Schulz, W. (2002), Das Übertragungsphänomen in der Praxis der klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie, in: Gesprächspsychotherapie und Personenzentrierte Beratung 33,1, 12–22
- Rogers, C. R. (1959a), A theory of therapy, personality and interpersonal relationships, as developed in the client-centered framework, in: Koch, Sigmund (ed.), Psychology. A study of a science. Vol. III: Formulations of the person and the social context, New York (McGraw Hill) 1959, 184–256; dt.: Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen, entwickelt im Rahmen des klientenzentrierten Ansatzes, Köln (GwG) <sup>2</sup>1991, 43
- Rudolf, G. (1996), Psychotherapeutische Medizin, Stuttgart (Enke) <sup>3</sup>1996
- Weltgesundheitsorganisation (2000), Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10, Kapitel V (F), diagnostische Kriterien für Forschung und Praxis. Hg. Von Dilling, H. / Mombour, W. / Schmidt, M. H., Bern (Huber)
- Wöller, W. / Kruse, J. (2002), Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie. Basisbuch und Praxisleitfaden, Stuttgart (Schattauer) <sup>2</sup>2002



**Autorin**

*Anette Schmoeckel, 1958, Dipl.-Psychologin, Psychologische Psychotherapeutin, Ausbildungen in Gesprächspsychotherapie, tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie, Hypnotherapie nach Milton Erickson, niedergelassen tätig in einer psychotherapeutischen Praxisgemeinschaft in Bielefeld.*

**Korrespondenzadresse**

*Dipl.-Psych. Anette Schmoeckel  
Niedernstraße 3  
D-33602 Bielefeld  
E-Mail: AnetteSchmoeckel@web.de*