

32 ■ Indikation zur Psychotherapie als Entscheidungsprozess

Horst Kächele und Hans Kordy

32.1 ■ Einleitung: Indikation – Weichenstellungen auf dem Wege zur Psychotherapie

Kasten_1

Kasten_1_Titel

Nach Strotzka (1975) ist Psychotherapie ein bewusster und geplanter **interaktioneller Prozess** zur **Beeinflussung von Verhaltensstörungen und Leidenszuständen**, die in einem **Konsensus** (möglichst zwischen Patient, Therapeut und Bezugsgruppe) für **behandlungsbedürftig** gehalten werden, mit **psychologischen Mitteln** (durch Kommunikation) meist verbal, aber auch aversal in Richtung auf ein **definiertes Ziel** (Symptomminimalisierung und/oder Strukturänderung der Persönlichkeit) mittels lehrbarer Techniken auf der Basis einer Theorie des normalen und pathologischen **Verhaltens**.

Kasten_1_Ende

Der Zugang, die Realisierung, der Verlauf und das letztendliche Ergebnis einer Psychotherapie sind nur als Folgen sozialer Aushandlungsprozesse zu verstehen. Dies äußert sich in einer unübersehbaren Diskrepanz zwischen epidemiologisch eingeschätzter Prävalenz seelischer und psychosomatischer Krankheiten und der tatsächlichen Inanspruchnahme.

In einer epidemiologischen Untersuchung an der Mannheimer Stadtbevölkerung wurde bei einer Stichprobe von 600 Probanden zwischen 25 und 45 Jahren für 22,8 % eine fachpsychotherapeutische Behandlung von Experten für notwendig und wünschenswert erachtet; allerdings wurde nur die Hälfte dieser Probanden **„als für eine Therapie motiviert bzw. motivierbar eingeschätzt“** (Schepank 1987: 253). Als den Behandlungsbedürftigen ein konkretes Angebot einer ambulanten Psychotherapie unterbreitet wurde, nahmen statt der geschätzten 50 % nur 35 % das Angebot an (Franz et al. 1990), sodass die Schätzung nach unten korrigiert werden musste.

Dennoch machen diese Zahlen die Größenordnung des Bedarfs an psychotherapeutischer Versorgung deutlich: Rund 8 % der 25- bis 45-Jährigen einer Großstadtbevölkerung bedürfen einer psychotherapeutischen Behandlung und nehmen ein entsprechendes Angebot auch wahr. In der ländlichen Bevölkerung sind die Quoten für Behandlungssuchende i. d. R. niedriger. So kommen Meyer et al. (1991) in ihren Fachgutachten zu einer gewichteten Schätzung von 5,3 % für die Gesamtbevölkerung der (alten) Bundesrepublik.

Allerdings ist der Weg zur Psychotherapie nicht ohne Hindernisse; viele Entscheidungen sind von den unmittelbar und mittelbar Betroffenen zu fällen. Dies führt dazu, dass selbst bei ausgeprägter Symptomatik nicht selten eine lange Zeit vergeht, bis eine psychotherapeutische Behandlung tatsächlich begonnen wird.

Von Potreck-Rose und Koch (1994) vorgenommene Re-Analysen verschiedener einschlägiger Untersuchungen belegen, dass etwa ein Drittel der Patienten, die sich zum

Untersuchungszeitpunkt in stationärer psychosomatischer oder psychotherapeutischer Behandlung befanden, eine lange Erkrankungsdauer aufweist und insofern als „chronifiziert“ gelten kann. Allerdings zeigen 30–40 % der Patienten eine Anamnesedauer von bis zu zwei Jahren. Es gibt sie also, die Patienten, die früh und vermutlich rechtzeitig den richtigen Weg gefunden haben.

Viele Menschen suchen Hilfestellungen für ihre seelischen Probleme zunächst im Selbstgespräch oder in Gesprächen mit Familienangehörigen oder Bekannten. Professionelle Hilfe ist deshalb eine späte Station in einer langen Reihe von Selbsthilfeversuchen. Psychotherapeutische Behandlungen müssen als Ausschnitt aus einer viel größeren Zahl von psychologisch oder somatisch orientierten Veränderungsbemühungen betrachtet werden. Der Weg zur Psychotherapie schließt eine Serie von Entscheidungen an verschiedenen Stationen ein, die wie in Tabelle 32.1 klassifiziert werden können.

Tab. 32.1

Tab. 32.1 Stationen und Entscheidungstypen auf dem Weg zur Psychotherapie.

Stationen	Entscheidungstyp	
Laiensystem (z. B. Verwandte, Bekannte)	Empfehlung	
Halbprofessionelle Berater (z. B. Pfarrer)	Beratung	
Nichtpsychotherapeutische Fachleute im Gesundheitssystem (z. B. Allgemeinärzte)	Selektive Indikation	
Psychotherapeuten	a) Zu Beginn	Prognostische Indikation
	b) Im Verlauf	Adaptive Indikation

Da es eine Reihe von Alternativen, von Stufen und Vorstufen zu einer Psychotherapie bei einem professionellen Therapeuten gibt, stellt sich die Frage, ob man nun alle Entscheidungen, die von den Beteiligten bei der Suche oder Gewährung bzw. Bereitstellung von psychotherapeutischen Hilfen getroffen werden, als Indikationsentscheidungen auffassen soll. Wie können andernfalls Indikationsentscheidungen von anderen Entscheidungen abgegrenzt und wie kann ihr Verhältnis zu den übrigen Entscheidungen beschrieben werden? Bevor wir den Begriff klären und zu einem Indikationsmodell kommen, soll die Thematik anhand von drei typischen Beispielen illustriert werden.

Kasten_2

Kasten_2_Titel

Patientengeschichte 1

Eine seit sieben Jahren an Morbus Crohn erkrankte 23-jährige Patientin befindet sich zum wiederholten Male zur Behandlung auf einer internistischen Station. Seit der Erstmanifestation der Erkrankung zeigt sich ein fast chronisches Beschwerdebild mit allenfalls wenigen Wochen anhaltenden Teilremissionen. Die Patientin ist durchgehend mit Corticoidpräparaten, intermittierend auch mit einem Immunsuppressivum, behandelt worden. Seit dem ersten Erkrankungsschub im Alter von 16 Jahren hat die Patientin mittlerweile sieben weitere stationäre Aufenthalte erlebt und acht schubweise Verschlechterungen ihres Krankheitsbildes hinter sich. Immer wieder ist sie krankgeschrieben.

Die Patientin lässt im Erstgespräch vielerlei soziale Belastungen anklingen. So hat ihre verringerte berufliche Leistungsfähigkeit in der Vergangenheit letztendlich zum Verlust ihres vorletzten Arbeitsplatzes und zu einer etwa ein halbes Jahr währenden Arbeitslosigkeit geführt. Auch in der letzten Zeit hat es wieder, ausgelöst durch mehrfache krankheitsbedingte Fehlzeiten, Ärger mit dem neuen Chef gegeben. In ihrer Beziehung zum Freund gab es immer wieder Konflikte, die schließlich – wenige Wochen vor Beginn der letzten, noch anhaltenden Verschlechterung – zur Trennung führten. Sie wohnt jetzt wieder bei den Eltern, die seit Jahren eheliche Probleme haben und sich scheiden lassen wollen. Der chronische Verlauf des Morbus Crohn mit wiederholten massiven Entzündungsschüben unterstreicht, wie wichtig gerade für diese Patienten eine vertrauensvolle, langfristige Beziehung zu einem Arzt wäre. Die differenzierte Diagnostik der Krankheitsbewältigung zeigt jedoch vor allem im Hinblick auf die Compliance eine durch Misstrauen gegenüber Ärzten und eine starke Skepsis gegenüber Behandlungsmöglichkeiten gekennzeichnete Haltung. Selbstmitleid und Wunschdenken sind dagegen stark ausgeprägt. Ein solches Muster der Krankheitsbewältigung ist Indikator für einen ungünstigen Krankheitsverlauf (nach Kordy und Normann 1992).

Kasten_2_Ende

Dies ist eine typische Situation für einen Therapeuten im Konsiliar-Liaisondienst. Die desolaten psychosoziale Situation sowie das im Hinblick auf den Krankheitsverlauf ungünstige Copingmuster markieren potenzielle Ziele einer psychotherapeutischen Behandlung. Die sich in der Lebensgeschichte andeutende Reihe von zurückliegenden und aktuellen Trennungserlebnissen formt einen potenziellen Fokus für eine konfliktorientierte Therapie. Es ist die Aufgabe des Konsils, mit der Patientin zusammen herauszufinden, ob und welche Art von psychotherapeutischer Hilfe für sie geeignet ist. Konsiliararzt und Patientin werden sich darüber verständigen, ob die Symptombelastungen durch den Morbus Crohn, die Möglichkeiten der Patientin, mit der Krankheit angemessener umzugehen, oder etwa die Bearbeitung der zu vermutenden Trennungskonflikte im Mittelpunkt einer Behandlung stehen sollen.

Bei seinen Therapieempfehlungen und etwaigen Therapieangeboten wird der Konsiliararzt die persönlichen Möglichkeiten der Patientin (z. B. ihre Offenheit für eine Therapie) ebenso einbeziehen wie die konkreten Realisierungsmöglichkeiten (z. B. für die Patientin erreichbare Therapeuten mit freien Plätzen). Es spricht in diesem Falle vieles für eine **supportive Therapie**. Diese könnte sowohl als kognitiv-behaviorale Intervention als auch tiefenpsychologisch orientierte Therapie gestaltet werden. Patientin und Konsiliar werden sich in dem interpersonellen Indikationsprozess schließlich darüber verständigen, ob und ggf. welche Therapieform für sie in Frage kommt.

Kasten_2

Kasten_2_Titel

Patientengeschichte 2

Eine 22-jährige Medizinstudentin leidet nach einer in der Pubertät milde verlaufenen anorektischen Phase nun seit drei Jahren an Bulimie, Angst vor Intimverkehr und Konzentrationsstörungen. Verschiedene kürzere stationäre Behandlungen in psychosomatischen Kliniken hatten nur wenig erbracht, da sich die Patientin von den Therapeuten überhaupt nicht verstanden fühlte. Eine Konsultation bei einem niedergelassenen Psychoanalytiker hatte lediglich zu dem Ratschlag geführt, sich einer Selbsthilfegruppe anzuschließen, da ihr Symptom schon zu chronifiziert sei. „Als letzten Ausweg“ wendet sie sich an eine Psychotherapeutische Ambulanz. Dementsprechend verläuft das Erstgespräch zur Abklärung einer weiteren Behandlung nicht

gerade leicht: „Ich brauche jemanden, der auf meine Fragen Antwort gibt, der nicht ‚undurchsichtig wie ein Spiegel‘, sondern fassbar und greifbar ist.“ Im Gegensatz zum vorhergehenden Beispiel, in dem der Konsiliar die Initiative zur Psychotherapie bestimmte, formuliert die Patientin ihre Wünsche sehr deutlich selbst. Unter Berücksichtigung der adoleszenten Situation der Patientin münden die Indikationsüberlegungen des Therapeuten schließlich in den Vorschlag an die Patientin, sich selbst ein Behandlungssetting auszudenken, in dem sie sich wohl fühlen würde. Die Patientin entschied sich für eine längerfristige, jeweils ein- bis zweistündige Therapie im Sitzen (nach Kächele und Hettinger 1993). Die erfolgreiche Behandlung dauerte mehr als zwei Jahre und konnte katamnestisch evaluiert werden (Gitzinger et al. 1997). Bei einer katamnestischen Untersuchung nach über zehn Jahren berichtet die Patientin, sie sei erst jetzt ganz frei von Gedanken an bulimische Verhaltensweisen.

Kasten_2_End

Kasten_2

Kasten_2_Titel

Patientengeschichte 3

Ein 32-jähriger Naturwissenschaftler wandte sich wegen sexueller Impotenz an einen Allgemeinarzt, der für seine psychosomatische Orientierung bekannt war. Die beiden verständigten sich darauf, es zunächst mit autogenem Training zu versuchen, das als gängige Methode in diesem Feld der psychosomatischen Grundversorgung weit verbreitet ist. Die Intervention führte für kurze Zeit zu einer Verringerung der Ängste vor dem Geschlechtsverkehr.

Das Wiederaufleben der Symptomatik veranlasst den Hausarzt, eine verhaltenstherapeutische Behandlung der Sexualstörung an einer Beratungsstelle zu empfehlen. Der Patient beginnt mit seiner Partnerin eine entsprechende symptomorientierte Beratung. Diese Intervention führt zu einer positiven Veränderung der sexuellen Beziehungsmöglichkeiten. Als die Verlobte, die bisher ca. 80 km entfernt wohnte, nun die bislang bestehende Wochenendbeziehung überwinden will und zunehmend auf Heirat drängt, tritt die Impotenz, begleitet von schweren Depressionen und manifesten Arbeitsstörungen, noch stärker auf als zuvor. Auf Wunsch des Patienten überweist der vorbehandelnde Allgemeinarzt ihn gezielt zu einer psychoanalytischen Behandlung.

Im Erstgespräch wird eine charakterneurotisch verankerte Potenzproblematik diagnostiziert. Die subtile Form des „Nicht-Könnens“ des Patienten bezog sich vorbewusst auf die gefürchtete Entthronung seiner Chefs; unbewusst war damit der Triumph über die beschränkten Leistungen seines Vaters verbunden, der es nur zum mittleren Beamten gebracht hatte. Die gehemmte Sexualität ist weiterhin durch verinnerlichte Gebote seiner Mutter bestimmt, die eine Ablehnung von Schmutz und Sexualität diktierten. Das klinische Gesamturteil ergibt die Diagnose einer zwanghaft-schizoiden Charakterstruktur; dafür sieht der Psychoanalytiker die Indikation zu einer hochfrequenten Psychoanalyse als begründet an. Er kann sich mit dem Patienten darauf verständigen, dass nur eine Durcharbeitung der vielfältigen Einengungen in fast allen Lebensbereichen eine nachhaltige Besserung verspricht (Fall nach Thomä und Kächele 2006b).

Kasten_2_End

32.2 ■ Begriffsklärung

Der Begriff der Indikation beschreibt ein traditionelles Konzept in der Medizin. Es geht darum, für einen Patienten eine geeignete Therapie zu finden. Die schlichte Formulierung des Problems verspricht leider keine einfache Lösung. Alle drei eingeschlossenen Komponenten verändern sich dynamisch:

- Die Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit wandeln sich sowohl beim Individuum als auch in der Gesellschaft.
- Bestimmte Krankheiten verlieren an Bedeutung, und andere, bis dahin unbekannte oder unbeachtete finden vermehrt Aufmerksamkeit.
- Neue Therapieformen entstehen; einige, die sich bewährt haben, werden gepflegt oder weiterentwickelt, andere werden aufgegeben.
- In Wechselwirkung damit ändern sich auch die Vorstellungen über das, was „geeignet“ bedeutet.

Lange Zeit galt, in Anlehnung an die moderne „naturwissenschaftliche“ Medizin, die Wunschvorstellung, für jede durch eine Diagnose gesicherte Krankheit eine – möglichst kausal – wirksame Behandlung zu finden. Der leidende Mensch mit seinen individuellen Behandlungswünschen und Gesundungsmöglichkeiten wurde ebenso wenig beachtet wie der Therapeut mit seinen persönlichen und professionellen Kompetenzen und Vorlieben. Die Rahmenbedingungen der therapeutischen Arbeit, seien sie institutioneller, gesellschaftlicher oder ökonomischer Art, wurden in ihrer Bedeutung für die Indikation kaum reflektiert. So stellt ein Standardwerk zur „Indikation in der Psychotherapie“ noch immer die von Paul (1969) erstmals formulierte Forderung voran: Es geht um die „korrekte Ermittlung der geeigneten Therapieform für die jeweilige Störung beim jeweiligen Patienten“ (Baumann und von Wedel 1981: 3). Dieses Leitmotiv findet sich auch in der gegenwärtigen Variante einer störungsorientierten Indikation, die für eine diagnostizierte Störung die angeblich passende Intervention bereithält.

Mit dieser Form der Indikationsfrage sind viele Hoffnungen und viele Illusionen an eine aus sicheren Forschungsergebnissen ableitbare therapeutische Praxis verbunden.

Kasten_1

Kasten_1_Titel

Heute ist klar, dass diese Frage sich nur als ein komplexes Bündel von Teilfragen mit mehr oder weniger gut begründeten Teillösungen bearbeiten lässt. Die Hauptbeteiligten – Patienten und Therapeuten – handeln unter von ihnen nur wenig beeinflussbaren Rahmenbedingungen solche Teillösungen miteinander aus. Die Vision einer „maßgeschneiderten Therapie“ (Goldstein und Stein 1976) ist umstrittener denn je (Kordy 1986). Trotzdem ist systematische empirische Therapieforschung für die Indikationsfrage von großem Nutzen. Nur wird das Verhältnis von Forschung und Indikation heute anders gesehen: An die Stelle vereinfachender (logischer) Schlussfolgerungen tritt ein dialogisches Begründungsmodell (z. B. Westmeyer 1979, 1981), in dem verschiedene Therapiemöglichkeiten vor dem Hintergrund des vorhandenen Wissens (aus verschiedenen Perspektiven) bewertet werden. Das Ergebnis sind dann nicht mehr „richtige“ oder „falsche“ Indikationsentscheidungen, sondern eine „gut“ oder eine „schlecht“ begründete Wahl.

Kasten_1_End

32.3 Ein komplexes, nicht an Schulen gebundenes Modell der Indikation

Wie die einführenden Fallbeispiele illustrieren, entstehen Indikationsentscheidungen in komplexen mehrstufigen sozialen Prozessen: Verschiedene Personen mit unterschiedlichen Motiven und Bedürfnissen, Kompetenzen und Ressourcen sind in verschiedenen Rollen – z. B. als Patient, als Therapeut, aber auch als Partner, als Angehöriger oder als Arbeitgeber – beteiligt. Es geht um rückgekoppelte Prozesse insofern, als die Konsequenzen vorhergehender Entscheidungen die aktuellen beeinflussen. Viele Detailinformationen müssen zusammenfassend bewertet werden; dabei sind kompliziert miteinander verbundene Teilprobleme zu lösen, und schließlich sind solche Teillösungen in möglichst eindeutige Handlungsentscheidungen zu integrieren.

Beutler und Clarkin (1990) haben für dieses Schlüsselproblem jeder Therapie das „Modell einer differenziellen Behandlungswahl“ vorgeschlagen (Abb. 32.1). Ihr Ansatz ist ein Versuch, „anzuwenden, was wir wissen, wann was für wen wirken kann“, und die Anwendung behandlungstechnischer Prozeduren für spezifische Arten von Patienten und Problemkonstellationen zu fördern“. Wir betrachten dieses Modell als sehr hilfreich und heuristisch nützlich. Es systematisiert die große Menge verfügbarer Forschungsergebnisse und lässt gleichzeitig die gegenwärtigen Wissenslücken deutlich werden. Insofern eignet es sich hervorragend für die Entwicklung eines Forschungsprogramms zur Indikation. Es kann in seiner strategischen Bedeutung daher dem „generischen Modell der Psychotherapie“ (Orlinsky und Howard 1986; Kap. XX) an die Seite gestellt werden.

Abb. 32.1

Abb. 32.1 Ein schulenunabhängiges Modell des Indikationsprozesses (nach Beutler und Clarkin).

Kasten_1

Kasten_1_Titel

Das Modell verknüpft vier Klassen von Variablen, die in nahezu allen Indikationsüberlegungen eine zentrale Rolle spielen.

Kasten_1_Ende

32.3.1 Ausgangsbedingungen des Patienten

Hierzu zählen als Unterklassen die diagnoserelevanten Aspekte, die Persönlichkeit und die persönlichen Lebensumstände. Abbildung 32.2 demonstriert die Vielschichtigkeit dieser Gesichtspunkte. Im Gegensatz zu den somatisch orientierten Teilgebieten der Medizin spielt die Diagnose für die Indikation zur Psychotherapie eher eine untergeordnete Rolle. Die Spezifitätshypothese, d. h. die Annahme, dass bestimmten Krankheiten ein jeweils spezifischer Konflikt zugrunde liegt, konnte in empirischen Studien nicht gestützt werden (Kordy et al. 1991); für eine kausal wirksame Therapie einer spezifischen Störung liegen aus prinzipiellen Gründen keine Argumente vor. Viele Wege führen nach Rom, und dies gilt auch für die verschiedenen Formen von Psychotherapie. So können depressive Störungen sowohl mit psychodynamischen als auch mit kognitiv-behavioralen Therapien gleichermaßen erfolgreich behandelt werden (Leichsenring 2001).

Abb. 32.2

Abb. 32.2 Differenzierte Betrachtung der Ausgangsbedingungen des Patienten.

Dennoch sind diagnostische Beurteilungen für die klinische Diskussion durchaus von Bedeutung. Sie erleichtern die Kommunikation unter Fachkollegen und führen unter Berücksichtigung von Aspekten der Persönlichkeit (z. B. Persönlichkeits- oder Abwehrstruktur) und der individuellen Lebensumstände (z. B. familiäre und berufliche Situation, Partner oder Freunde etc.) zu einer ersten Orientierung in Bezug auf die Art und die Zielsetzung einer möglichen Behandlung. Für bestimmte Diagnosen, z. B. Agoraphobie, liegen extensive, durch randomisierte, kontrollierte Studien gestützte Belege vor, dass bei sorgfältiger Diagnostik spezifische therapeutische Indikationen zu priorisieren seien (Fiegenbaum et al. 1992; Schulte 1992); die Praxisrelevanz dieser Ergebnisse ist jedoch noch sehr umstritten. Solcherlei Evidenz für bestimmte Krankheitsbilder wird in sog. Leitlinien, d. h. Behandlungsempfehlungen, zusammenfassend dargestellt.

Exkurs: Prognostische Indikation

Traditionell konzentriert sich die Diskussion genau auf den eben angesprochenen Ausschnitt der Indikationsthematik. In der Fachliteratur wird sie i. Allg. unter dem Begriff **prognostische Indikation** behandelt. Diese Benennung macht deutlich, dass sich hier die Aufmerksamkeit auf die Situation am (unmittelbaren) Beginn einer Psychotherapie richtet. Demzufolge sind hier genau die Eigenschaften von Interesse, die der Patient bereits „mitbringt“ und die für das Ergebnis prädiktiv sind.

Heigl (1987) unterscheidet phänomenale prognostische und strukturelle prognostische Kriterien, die sich im Einzelnen wie folgt aufgliedern lassen:

- Art und Schwere der Symptomatik
- Schwere und Bedeutung der Auslösesituation
- Art der prämorbid (kindlichen) Entwicklung, sog. Primordialsymptomatik
- psychodynamische Struktur
- Gewicht der chronifizierenden sozialen Umgebungsbedingungen

Selbstverständlich leitet das Wissen um die Ausgangsbedingungen die Überlegungen, welche therapeutischen Maßnahmen positive Veränderungen beim Patienten herbeiführen können. Wie sonst sollte die Wahl einer Behandlung denn auch begründet werden? Strittig ist jedoch, wie bindend solch eine erste Wahl sein sollte. Gehören nicht auch alle Überlegungen zur Weiterführung, eventuellen Änderung, Beendigung etc. zur Indikation? Diese Auffassung findet sich in der Fachliteratur unter dem Begriff **adaptive Indikation** (s. unten).

Mit der Einbeziehung des potenziellen Ergebnisses – Erfolg und Misserfolg – wird das Konzept der prognostischen Indikation erweitert und dann als **bedingte prognostische Indikation** bezeichnet. Die Frage nach der Indikation einer bestimmten Art von Therapie (oder auf den Verzicht) wird hier zur „**Frage nach der Erfolgswahrscheinlichkeit einer Behandlungsmaßnahme bei gegebenen Patienten-, Störungs-, Therapeuten- und Zielmerkmalen**“ (Baumann 1981; Schneider 1990). Eine bedingte prognostische Indikation ist somit der Versuch zu spezifizieren, unter welchen Bedingungen welche Veränderungen zu erwarten sind.

Generell finden sich trotz einiger ambitionierter Studien nur wenige eindrucksvolle Beziehungen zwischen Einzelmerkmalen und dem Erfolg einer Psychotherapie; dies gilt zumindest dann, wenn man statistische Befunde sorgfältig bewertet (und nicht nur die Überlegenheit der „eigenen“ Schule sehen will). Luborsky et al. (1988) berichten zwar über eine auf den ersten Blick beeindruckend lange Liste von empirischen Befunden, die aber bei genauer Betrachtung ganz überwiegend Korrelationen um $r = 0,30$ ausweisen.

Kasten_1

Kasten_1_Titel

Auch für die von Luborsky geleitete Penn-Studie gilt die Feststellung, dass prognostische Faktoren nur bescheidene prädiktive Potenz aufweisen: Zwar wurde für die Stichprobe dieses Projekts von 73 Patienten eine statistisch signifikante Beziehung zwischen den Variablen aus dem klinisch-prognostisch orientierten Interview und dem Erfolg der psychoanalytischen Psychotherapie von $r = 0,54$ gefunden; im Klartext heißt dies aber nur, dass ca. 25 % der Varianz des Therapieerfolgs durch die untersuchten prognostischen Variablen aufgeklärt werden. Dabei trugen besonders die Kategorien „emotionale Freiheit“, „Eigeninitiative“, „Flexibilität“ und „positive Erwartungen“ des Patienten zur erfolgreichen Prognose bei.

Kasten_1_End

32.3.2 Der Behandlungsrahmen

Der Behandlungsrahmen wird charakterisiert durch

- die äußere Form des Settings (z. B. ambulant oder stationär bzw. teilstationär),
- den Therapiemodus (z. B. Psycho- oder Pharmakotherapie, Einzel-, Gruppen-, Familientherapie, kombinierte Therapien) sowie
- den Gesamtumfang der Therapie und seine Verteilung über die Therapiedauer.

Bei ambulanten Behandlungen sind diese Komponenten leicht zu unterscheiden, auch wenn sie sich oft wechselseitig bedingen. So führt die Frequenz der wöchentlichen Sitzungen (1–3 pro Woche) an psychoanalytischen Therapien zu bestimmten empirisch bestätigten Schätzungen über die Gesamtdauer der Behandlung (Kächele 1990); bei stationären Behandlungen wird der Gesamtaufwand oft durch vorgegebene Aufenthaltszeiten von Seiten der Kostenträger limitiert, auch wenn innerhalb von Behandlungsprogrammen in unterschiedlichem Maße „Behandlungspakete“ zum Tragen kommen (Kächele et al. 1999; von Wietersheim et al. 2003).

In diesem Sinne sind die drei Teilkomponenten aufeinander bezogen. Das gilt insbesondere für die Entscheidung über den Therapieaufwand, speziell die Frequenz und Therapiedauer, die offensichtlich immer auf eine Behandlung in einem bestimmten Setting und Modus steht. Damit rückt eine weitere – von vielen an der Therapie Beteiligten als extern angesehene – Dimension ins Blickfeld: „Die übergeordnete Aufgabe besteht darin, jenen Therapieaufwand zu identifizieren, der den größten Effekt auf die wichtigsten und umfassendsten Probleme hat und die geringsten Kosten aufweist.“ (Beutler und Clarkin 1990).

Kasten_1

Kasten_1_Titel

Gerade dieser letztgenannte Aspekt hat in den aktuellen Diskussionen über Kostenbegrenzung im Gesundheitssystem eine hohe Aktualität gewonnen. Der „Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen“ betont ausdrücklich, dass beides, nämlich Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit, in den Indikationsüberlegungen berücksichtigt werden muss (Sachverständigenrat 1989).

Kasten_1_End

Die wenigen derzeit verfügbaren empirischen Studien stützen die These, dass Patienten unterschiedlich schnell „auf Therapie reagieren“ (Puschner et al. 2007). Um für verschieden schwer gestörte Patienten vergleichbare Chancen auf eine erfolgreiche und damit auch wirtschaftliche Behandlung sicherzustellen, ist ein sehr unterschiedlicher therapeutischer Aufwand zu leisten (Kordy et al. 1988).

In einigen Arbeiten werden die Teilprobleme dieses Ausschnitts der Indikationsfrage unter dem Begriff „Differenzialindikation“ subsumiert. Es ist unbestritten, dass eine breite und über

viele Jahrzehnte gewachsene klinische Erfahrung gute Begründungen für Entscheidungen zwischen verschiedenen „konkurrierenden“ Behandlungsalternativen abgibt. Die empirischen Befunde der Ergebnisforschung reichen jedoch nicht aus, um eine „präskriptive“ Differenzialindikation zu begründen. Dieses Urteil erleichtert den klinischen Alltag sicher nicht. Selbst erfahrene Forscher lassen sich verführen, Indikationsempfehlungen zu geben, die über die wissenschaftlichen Ergebnisse ihrer Studien weit hinausgehen (Grawe et al. 1990).

Kasten_1

Kasten_1_Titel

Empirisch gesichertes Wissen reicht nicht aus, um bindende Orientierungspunkte für den Indikationsprozess zu setzen; einen weit stärkeren Einfluss auf die konkreten Ergebnisse von Indikationsprozessen haben u. E. die zu einem bestimmten Zeitpunkt lokal und personell verfügbaren Therapieverfahren. Die persönlichen Erfahrungen, die Therapeut und Patient selbst gemacht haben oder die ihnen bekannt geworden sind, spielen eine vielfach unterschätzte Rolle (Rudolf 1991).

Kasten_1_Ende

32.3.3 Variablen der Beziehungsgestaltung

Nicht jeder Patient „kann“ mit jedem Therapeuten. Diese Alltagserfahrung findet in den offiziellen Behandlungstheorien und Ausbildungsplänen i. Allg. wenig Beachtung. Manchmal wird postuliert, dass der Therapeut aufgrund seiner therapeutischen Kompetenzen einen Zugang zu jedem Patienten finden sollte; allzu leichtfertig werden die Schwierigkeiten allein dem Patienten und seiner Störung zugeschrieben (Strupp 1978; von Drigalski 1979). In der konkreten Praxis wird dieses Problem durch Selektion geregelt: Mehr oder weniger reflektiert wählen erfahrene Therapeuten die Patienten aus, mit denen sie erfolgversprechend arbeiten können (Dantlgraber 1982). Genauso nehmen sich mit wachsender Therapeutendichte Patienten die Freiheit, den zu ihnen „passenden“ Therapeuten auszuwählen.

Es ist derzeit wenig darüber bekannt, nach welchen Gesichtspunkten Patienten sich „ihren“ Therapeuten aussuchen. Der relativ hohe Anteil (bis ca. 50 %) von angebotenen Behandlungen, die von den Patienten nicht angenommen werden (Hohage et al. 1987; Rudolf 1991), unterstreicht jedoch, dass diese „systematische“ Wissenslücke in Bezug auf die Patienten-Therapeuten-Passung unbekannte, aber eventuell beträchtliche Risiken in Bezug auf das Ergebnis einer Psychotherapie birgt. Tritt mit der Indikationsentscheidung auch ein Wechsel des Therapeuten und/oder der Institution ein, dann führt diese Unterbrechung sehr oft zum Abbruch der Bemühungen um die Einleitung einer Behandlung. Etwas mehr, aber immer noch sehr wenig weiß man über den Zusammenhang von Therapieerfolg und Patient-Therapeut-Passung (Kantrowitz 1995). In den (wenigen) Studien zu diesem Thema konzentrierten sich die Untersuchungen überwiegend auf die Ähnlichkeit-Unähnlichkeit von Patient und Therapeut. Es zeigt sich eine leichte Tendenz zu einer positiven, aber i. Allg. niedrigen Korrelation von Patient-Therapeut-Ähnlichkeit (Orlinsky et al. 2004).

Die Einschätzung der Ähnlichkeit/Unähnlichkeit beschränkt sich häufig auf einige leicht zugängliche soziodemographische Variable (Grande et al. 1987; Rudolf et al. 1987). Sie werden von einigen Autoren als Indikatoren dafür angesehen, dass sich allgemeine Überzeugungen und Ansichten von Patient und Therapeut wenigstens berühren und so eine Verständigung erleichtern. Direkte empirische Untersuchungen zu dieser sehr interessanten Thematik fehlen (Tjelveit 1986). Es mag viel mit der Realität des therapeutischen Alltags zu

tun haben, dass systematische empirische Studien über Auswahlprozesse im Erstkontakt zwischen Patient und Therapeut so selten sind.

Luborsky und Mitarbeiter (1988) haben in einer Vorstudie Patienten die Möglichkeit eingeräumt, zunächst zwei Therapeuten kennen zu lernen und sich dann den „ihren“ auszuwählen. Die Behandlungsergebnisse waren in der Tendenz besser als ohne Wahlmöglichkeit. Leider ist die Hauptstudie nie durchgeführt worden. Ob die Beschränkungen durch die meist bestehenden klinischen Randbedingungen Grund genug sind, systematische Untersuchungen der Bedeutung von Therapeutenmerkmalen für Auswahlprozesse von Seiten der Patienten nicht zu analysieren, möchten wir dahingestellt sein lassen.

Das persönliche „intuitive Geschick“ von Patient und Therapeut, sich das jeweils passende „Gegenüber“ auszuwählen, ist nur ein Aspekt. Ergänzt werden muss er durch eine erlernbare Fertigkeit des Therapeuten: „Zusätzlich zu dem Talent, Patienten auszuwählen, die in der Lage sind, förderliche Beziehungen aufzubauen, geht es darum, diese solchen Therapeuten zu vermitteln, die diese Talente zum Blühen bringen“ (Beutler und Clarkin 1990). Ein Therapeut hat die Möglichkeit (und die Aufgabe), den Patienten auf die Therapie vorzubereiten und seine Hoffnungen und Erwartungen in die Indikationsüberlegungen aufzunehmen.

Art und Weise psychotherapeutischer Behandlung sind nicht etwa nur für Unterschichtpatienten (Moras und Strupp 1982) häufig fremd; insofern erleichtern Aufklärung und geschickte Einführung den Einstieg in den therapeutischen Prozess. Für potenzielle Patienten verfasste Entscheidungshilfen gibt es heute viele (Tschuschke 1998).

Kasten_1

Kasten_1_Titel

Es gilt die Behandlungsbedingungen auf die Möglichkeiten und Bedürfnisse des Patienten abzustimmen (was nicht heißt, dass man sie einfach übernimmt) und so die positiven Erwartungen und Hoffnungen – im Sinne der „Remoralisierung“ nach Frank (1982) – zu nutzen. Auf diese Weise wird die therapeutische Arbeitsbeziehung gestärkt und so mittelbar die Basis für eine effektive Behandlung geschaffen.

Kasten_1_Ende

32.3.4 Strategien und Techniken

Das Modell von Beutler und Clarkin (Abb. 32.1) beansprucht, den Indikationsprozess schulenunabhängig abzubilden. Nach Ansicht der beiden Autoren genügen wenige (genauer vier) Dimensionen für ein Bezugssystem, um die Gemeinsamkeiten und Unterschiede der Indikation zwischen den verschiedenen Psychotherapieformen darzustellen:

- **Auswahl von zentralen Veränderungszielen:** „Zentral für wirksame Behandlung ist es, die Natur des Problems des Patienten in einer Weise auf den Begriff zu bringen, dass eine zeitlich konsistente Fokussierung ermöglicht wird“ (Beutler und Clarkin 1990). Einige Therapieschulen betonen in ihren Strategien (die sie nicht immer so nennen) die Veränderungen von Symptomen und mögen dabei auch besonders effektiv sein; andere legen den Schwerpunkt auf die Veränderung zugrunde liegender psychischer Konflikte. So ist die Konkurrenz zwischen den verschiedenen Schulen in der Psychotherapie immer auch eine Konkurrenz unterschiedlicher Krankheits- bzw. Gesundheitstheorien.
- **Auswahl von Mitteln und Zwischenzielen:** „Viele Wege führen nach Rom“, und es kann durchaus einen Unterschied ausmachen, ob man wie Goethe einige Wochen in einer Kutsche reist und dabei zunächst Italien „erfährt“ oder mit dem Flugzeug über die Alpen fliegt und direkt in Rom landet. Wege können durchaus auch die Ziele, zumindest ihre

subjektive Bedeutung, verändern (Kächele 2000). Zwar sind sich die verschiedenen Schulen einig in dem globalen Ziel, eine positive Veränderung des Leidens des Patienten zu erreichen, ihre Wege und Mittel sind jedoch verschieden.

Krankheitstheorien und Gesundheitsvorstellungen beeinflussen sich wechselseitig und bestimmen die Formulierung der konkreten Ziele. Zielsetzungen, die auf einen psychodynamischen Konflikt fokussieren, umfassen eine andere Folge von Zwischenzielen und verlangen andere Interventionen als solche, die direkt auf das Symptom ausgerichtet sind. Patienten erleben diese Unterschiede nicht nur, sie gestalten sie auch mit. Es ist durchaus offen, inwieweit die Unterschiede in den Darstellungen, die Patienten über ihre Erfahrungen sogar mit demselben Therapeuten in der gleichen Therapieform geben, allein durch Attribuierungsvorgänge erklärt werden (z. B. Bräutigam et al. 1990; Heuft et al. 1996).

- **Durchführung der therapeutischen Arbeit:** Der Therapeut kann einen allgemeinen therapeutischen Plan – z. B. eine stationäre analytische Psychotherapie mit anschließender ambulanter Fortsetzung oder eine kognitiv-behaviorale Therapie – und entsprechende Globalziele wählen, die über die gesamte Behandlungszeit gültig bleiben. Es gibt jedoch viele Detailentscheidungen, die erst in den konkreten Interaktionen des therapeutischen Prozesses getroffen werden können. Solche Entscheidungen stützen sich z. B. auf die Beobachtung der Antwortbereitschaft oder des Widerstands, auf das Ausmaß der akuten Belastungen durch die Symptome und auf den Stand der Veränderungen, den der Patient in der Zwischenzeit erreicht hat. Patienten-, Behandlungs- und Umgebungsmuster müssen von Zeit zu Zeit neu evaluiert werden, sodass eventuell Modifikationen eingeleitet werden können, um die Aussichten auf eine positive Weiterentwicklung zu verbessern und das Risiko von Rückfällen zu reduzieren.

Kasten_1

Kasten_1_Titel

Solche behandlungsrelevanten Entscheidungsschritte im therapeutischen Prozess werden in ihrer Bedeutung für das Konzept der Indikation noch nicht genügend gesehen. Nach wie vor stehen Überlegungen zur Zuweisung von Patienten zur „richtigen“ Therapie im Vordergrund. Die radikalere Auffassung, die sich im Konzept der „adaptiven Indikation“ ausdrückt, verdient ausführlicher behandelt zu werden.

Kasten_1_Ende

Exkurs: Adaptive Indikation

Adaptive Indikation – im Unterschied zu prognostischer Indikation – betont die Anpassung der Wahl und der Gestaltung der Therapie im Prozess. Das Konzept der adaptiven Indikation stammt ursprünglich aus der Verhaltenstherapie, die sich bei ihrer symptomorientierten Therapiestrategie ausdrücklich auf die speziellen funktional-analytisch erfassten Eigenarten des Patienten einzustellen hat.

Die Planung des therapeutischen Prozesses und die explizite Formulierung von Zielen und Zwischenzielen mögen auf den ersten Blick dem psychodynamischen Verständnis fremd sein. Die tradierte Theorie der Heilung in der Psychoanalyse wird allzu oft im Sinne eines Homogenitätsmythos (ein Prozess für alle und alles!) missverstanden (Thomä und Kächele 2006a), obwohl schon Freud auf adaptive Aspekte im Behandlungsprozess hingewiesen hatte.

Zentral für die adaptive Indikation ist die Beobachtung des Patienten in der therapeutischen Situation selbst. In Abhängigkeit vom Prozess werden Entscheidungen über die formale Gestaltung der weiteren Therapie getroffen; es werden Erhöhungen oder Verminderungen von Wochenstundenzahlen, Vereinbarungen über Unterbrechungen oder Beendigungen

verabredet. Manche Autoren gehen gar so weit, dass sie auch einzelne therapeutische Interventionen als Resultat von adaptiven (In-situ-) Indikationsentscheidungen sehen. Zumindest ist es im stationären Setting nicht übertrieben, die tägliche Teambesprechung als einen zentralen Ort der adaptiven Indikationsüberlegung zu verstehen (Becker und Senf 1988; Janssen 1987; Kächele und Hölzer 1998; Schmitt et al. 1993).

Im Unterschied zur prognostischen Indikation unterstreicht die adaptive Indikation, dass erst in der Verbindung von Patient und Methodenelementen die Wirksamkeit der einzelnen Elemente abgeschätzt werden kann. Am einfachen Beispiel der Stundenfrequenz in der psychoanalytischen Therapie kann verdeutlicht werden, dass im Einzelfall entschieden werden muss, wie viele wöchentliche Sitzungen ein Patient braucht, um einen psychoanalytischen Prozess zu fördern.

Kasten_1

Kasten_1_Titel

Es macht einen großen Unterschied aus, ob ein gelehriger Patient auf der Couch liegt – z. B. ein Ausbildungskandidat, der weiß, was von ihm erwartet wird, der die Spielregeln schon internalisiert hat, bevor er überhaupt mit der Analyse beginnt – oder ob ein Patient erst mit diesen Spielregeln vertraut gemacht werden muss. Ebenso muss der Analytiker zu gewissen Zeitpunkten entscheiden, welche (Zwischen-) Ziele er mit welcher Stundenfrequenz bearbeiten zu können glaubt.

Kasten_1_Ende

Das von Thomä und Kächele (2006a) vertretene Bühnenmodell der psychoanalytischen Situation (das in anderer Form die Komplexität der Indikationsentscheidungen illustriert) liefert die Auskunft, dass die Größe der Bühne, die Beleuchtung, die Zahl der Personen etc. die Ausgestaltung eines Werkes in einem nicht geringen Maße mitbestimmen. Die flexible, aber strategisch ausgerichtete Handhabung von Regeln im therapeutischen Prozess entscheidet über die relationalen Aspekte, womit keineswegs Regellosigkeit gemeint ist. Adaptive Indikation ist von einem Ziel-Mittel-Denken bestimmt. Die Methoden sind dabei dem theoretischen Denken untergeordnet, aus dem die therapeutischen Ziele begründet werden (z. B. Freuds bekanntes Ziel der „Arbeits- und Liebesfähigkeit“). Wie oft kommt es in der Praxis vor, dass ein Psychoanalytiker zunächst für einen Patienten eine nichtpsychoanalytische Methode indiziert, weil der Patient sich mit der gemeinsamen Suche nach dem Sinn seiner Symptome zunächst schwer tut.

Viele psychosomatische Patienten konfrontieren den Therapeuten mit einem Divergenzproblem: Ihre Behandlungserwartung ist von dem Wunsch bestimmt, das lästige Symptom loszuwerden; auf eine Erörterung des lebensgeschichtlichen Stellenwerts des Symptoms wollen sie sich nicht einlassen (Paar und Schneider 1990). Die Verabredung einer „zudeckenden“, übenden Therapie könnte aber dazu beitragen, eine hilfreiche Beziehung aufzubauen, indem zunächst einmal der Erwartung des Patienten entsprochen wird. Damit vergrößert sich die Chance, dass dieser Patient für weitergehende therapeutische Schritte zu gewinnen ist. Der Kerngedanke der adaptiven Indikation wurde schon früh in Balints Konzept des Behandlungsauftrags erfasst (Hohage et al. 1981).

Kasten_2

Kasten_2_Titel

Patientengeschichte 4

Eine 22-jährige Patientin, die während einer stationären psychosomatischen Therapie psychotisch dekompenzierte, wurde mit den typischen Symptomen einer niederstrukturierten Borderline-Störung zur ambulanten Weiterbehandlung an die Psychotherapeutische

Ambulanz verwiesen. Ihre multiplen Ängste betrafen besonders ihre Lokomotorik, weshalb sie u. a. nicht allein ausgehen und so auch nicht allein zur Therapie kommen konnte. Der Psychotherapeut bewertete die Situation folgendermaßen: Erstes Ziel musste die Wiederherstellung ihrer alltäglichen Autonomie sein, weil die ständig notwendige Begleitung zugleich neurotische Befriedigung und neurotische Schuldgefühle hervorrief. Über das gemeinsame Studium des Busfahrplans, das genaue Durchgehen der Schritte, die sie zu bewältigen hätte, gelang es der Patientin innerhalb weniger Wochen, nicht nur allein zu kommen, sondern sich auch genau dort verstanden zu fühlen, wo sie ihr labiles Selbstgefühl am meisten bedroht sah, nämlich nicht mehr Subjekt ihrer Handlung zu sein. Diese übende Phase, die nach Balint auch als Ich-Pädagogik gekennzeichnet werden könnte, ließ sich dann in eine psychoanalytisch-aufarbeitende Therapie weiterentwickeln, bei der eine unbewusste Wiedergutmachungsphantasie der Patientin, die sie auf die Mutter richtete, im Mittelpunkt der Arbeit stand. In einem dritten Therapieabschnitt, der musiktherapeutisch ausgelegt war, erarbeitete sich die Patientin ein besseres Verständnis für ihre nonverbalen, oft überschäumenden Impulse.

Kasten_2_End

Kasten_1

Kasten_1_Titel

Die Integration verschiedener Behandlungsansätze, sei es nacheinander oder gleichzeitig, ist gegenwärtig in der stationären Psychotherapie weit verbreitet; in der ambulanten Therapie wird u. E. von diesen adaptiven Möglichkeiten der Indikation noch zu wenig Gebrauch gemacht (s. auch Fürstenau 1992). Bedauerlicherweise stehen dem noch immer auch entsprechende Anweisungen der Richtlinien-Psychotherapie entgegen (Rüger et al. 2005).

Kasten_1_End

Die Aufklärungspflicht des Psychotherapeuten gegenüber seinen Patienten bezüglich der Begründung der gewählten Psychotherapie erfordert vom Therapeuten nicht nur, dass er das vorliegende evaluative Wissen kennt (Kächele und Porzsolt 2000); vielmehr muss er sich zur Optimierung des Prozesses der Indikationsstellung an einer Vielfalt von seelischen und sozialen Aspekten des Patienten und seines Umfelds orientieren; dabei spielen unvermeidlich implizite Wertsetzungen des Patienten und des Therapeuten eine maßgebliche Rolle. Das ethische Problem der Indikation rührt daher, dass es sich selten um rein aus der Krankheit ableitbare Ziele handelt, sondern die Therapie mit seelischen Mitteln lebt von Zielen, die mit dem Patienten gemeinsam erarbeitet werden können (Strotzka 1982). Diese bilden dann auch eine verlässliche Basis für die ebenfalls indikationsrelevante Motivation, den Wunsch des Patienten nach Veränderung.

32.4 ■ Exemplarische Situationen und Orte der Indikation

Eine Indikationsentscheidung wird von uns, wie betont, als Ergebnis eines sozialen Aushandlungsprozesses verstanden, in dem in professioneller Bewertung die Ausgangssituation des Patienten, seine Behandlungsbedürftigkeit, seine Störung oder Krankheit, seine eigenen inneren und äußeren Möglichkeiten der Gesundung oder Besserung gegen die verfügbaren therapeutischen Ressourcen abgewogen werden (vgl. z. B. Newman und Howard 1986). Wir hatten mit den Beispielen 1 bis 3 skizziert, dass Indikationen zur Psychotherapie an verschiedenen Orten des therapeutischen

Versorgungssystem und in Abhängigkeit von den dort jeweils gegebenen Situationsbedingungen erarbeitet werden.

Inzwischen haben wir fünf Bereiche psychosomatisch-therapeutischer Versorgung in Deutschland, innerhalb derer Indikationsentscheidungen getroffen werden:

- I psychosomatische Grundversorgung
- II Konsiliar-/Liaisondienst
- III ambulante Psychotherapie
- IV stationäre Psychotherapie in der Akutversorgung
- V stationäre Psychotherapie in der Rehabilitation

Zwischen diesen Bereichen gibt es fließende Übergänge, oft in beide Richtungen. Sie werden durch Indikationsentscheidungen geregelt. Zwei dieser Bereiche, ihre institutionelle Einbettung in das Versorgungssystem und die daraus resultierenden Einflüsse auf die dort vereinbarten Indikationsentscheidungen werden im Folgenden exemplarisch beschrieben.

32.4.1 Indikationsprozesse an einer (universitären) Psychotherapeutischen Ambulanz

Der Ambulanz der Abteilung Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der Universität Ulm werden jährlich ca. 450 Patienten aus dem Ulmer Stadtgebiet, dem Ulmer und Neu-Ulmer Landkreis zu einem Erstgespräch zugewiesen (Freund 1990). Jeder Patient erhält ein 45- bis 60-minütiges Erstgespräch, dem i. d. R. (d. h. bei über 50 % der Patienten) eine zweite und manchmal auch eine dritte Sitzung folgt. Im Mittelpunkt dieses Erstinterviews stehen neben der diagnostischen Abklärung hauptsächlich Überlegungen, welche Behandlungsform für die geklagten Beschwerden und Störungen unter den gegebenen psychosozialen und somatischen Konstellationen sinnvoll und realisierbar erscheint. Vier übergeordnete Merkmale des Gesprächsabschlusses haben sich für die Beschreibung der Entscheidungsbildung bewährt (Hohage et al. 1987):

- A Wird das gesprächsleitende Anliegen des Patienten aufrechterhalten?
- B Wird der Gesprächsauftrag des Patienten aufrechterhalten?
- C Werden konkrete therapeutische Maßnahmen vereinbart?
- D Wird die therapeutische Beziehung fortgesetzt?

Aus diesen Merkmalen lassen sich durch systematische Kombination sieben klinisch sinnvolle Kategorien des Gesprächsabschlusses entwickeln:

- 1 verbindliche Therapieempfehlung
- 2 unverbindliche Therapieempfehlung
- 3 gelegentliche Kontakte
- 4 nichtpsychotherapeutische Maßnahmen
- 5 Problem gelöst
- 6 ohne Ergebnis
- 7 Kontaktabbruch

Die Therapeuten unterscheiden sich zum Teil beträchtlich darin, wie sie die Erstgespräche abschließen. Die Häufigkeitsangaben in **Tabelle 32.2** unterstreichen die interindividuelle Variabilität der Entscheidungsprozesse schon zu diesem Zeitpunkt auf dem Weg in die Psychotherapie.

Tab. 32.2

Tab. 32.2 Verteilung der realisierten Behandlungszuweisungen an der Psychotherapeutischen Ambulanz der Universität Ulm (1973–1986: n = 1554). Die sog. Standardtechnik, die hochfrequente Psychoanalyse, deckt nur einen geringen Prozentsatz von 4,1 % ab; Beratung und Kurztherapie dagegen werden für ca. ein Drittel der Patienten

vereinbart. Die vorwiegend von zwei Sozialarbeitern durchgeführte supportive Therapie ist mit knapp 18 % die zweitgrößte Einzelkategorie.

Therapieform	Prozent
Beratung	12,9
Kurztherapie	21,9
Psychoanalytische Therapie (1–2 h)	12,0
Psychoanalytische Therapie (3–4 h=	4,1
Paartherapie	8,3
Familientherapie	2,3
Verhaltenstherapie	6,0
Supportive Therapie	17,8
Gruppentherapie	7,7
Gruppenarbeit	2,3
Autogenes Training	4,6

In einer Institution wie der Ulmer Ambulanz, an der Therapeuten verschiedener Ausbildung (psychoanalytisch, verhaltenstherapeutisch, sozialtherapeutisch, musiktherapeutisch) tätig sind, steht ein relativ breites Spektrum ambulanter Therapieformen zur Verfügung; darüber hinaus werden auf dem Wege der Empfehlung und Weiterleitung auch stationäre Psychotherapie und nichtpsychotherapeutische Maßnahmen beim Indikationsprozess erwogen. Der Therapeut als professioneller Partner im Prozess der Entscheidungsfindung kann somit nicht nur aus seinen eigenen Möglichkeiten wählen, sondern er hat auch einen vergleichsweise direkten Zugang zu den Kompetenzen seiner Kollegen.

Doch wer die Wahl hat, hat die Qual! Es stellt sich das Problem der differenziellen Indikation. Für eine Institution heißt dies auch, Organisationsformen zu entwickeln, die die Kommunikation von Experten mit sehr unterschiedlichen Kompetenzen und Auffassungen erleichtern. Teambesprechungen haben sich für diese Aufgabe in vergleichbaren Einrichtungen hervorragend bewährt. Der Therapeut, der das Erstgespräch mit dem Patienten geführt hat, stellt seine Sicht vom Inhalt und Verlauf des Gesprächs mit dem Ziel dar, die Kollegen in den Indikationsprozess einzubeziehen. Diese beraten nicht nur, sondern entscheiden mit und sind daher auch mitverantwortlich.

Gerade unter dem Aspekt der Verantwortung bekommt die Frage nach der Realisierbarkeit einer Indikation (sempfehlung) ein besonderes Gewicht. Es gilt eben nicht nur die Frage „Welche Art der Psychotherapie für diesen Patienten?“ zu beantworten, sondern es geht auch darum abzuwägen, bei wem und zu welchem Zeitpunkt. An einer psychotherapeutischen Ambulanz werden daher Überlegungen zur differenziellen Therapieindikation immer auch im Rahmen vorgegebener, vom Patienten unabhängiger Größen verhandelt, wie z. B. die Zahl freier Therapieplätze in Gruppen oder etwa spezielle Interessen und Kompetenzen einzelner Therapeuten.

Kasten_1

Kasten_1_Titel

Vor diesem allgemeinen oder besser institutionellen Hintergrund wird in der Teambesprechung eine patientenorientierte und klinisch begründete Wahl getroffen, z. B. aus psychoanalytischer Therapie, Verhaltenstherapie, Gesprächspsychotherapie,

Musiktherapie oder autogenem Training; dazu werden die Rahmenbedingungen (ambulant/stationär; Einzel-/Paar-/Gruppen-/Familientherapie; Kurztherapie/Langzeittherapie nieder-, mittel- und hochfrequent) bedacht.

Kasten_1_End

Die Verteilung der Indikationsvereinbarungen anhand der an der Ambulanz selbst realisierten Behandlungen in einer Stichprobe von 1554 Patienten aus den Jahren 1973 bis 1986 demonstriert das breite Spektrum (Tab. 32.2) der verfügbaren und genutzten therapeutischen Möglichkeiten.

32.4.2 ■ Indikationsprozesse in der Praxis eines niedergelassenen Psychotherapeuten

Psychotherapie bei einem niedergelassenen Psychotherapeuten ist wohl die bekannteste Form der psychotherapeutischen Versorgung (was nicht heißt, dass dort die meisten Patienten behandelt werden). Bei der Skizzierung der Indikationsprozesse unter diesen institutionellen Bedingungen sollen die formalen Regelungen (z. B. Überweisungsmodi, Delegations- und Gutachterverfahren etc.) hier außer Acht gelassen werden, obwohl sie einen nicht unbeträchtlichen Einfluss auf die Indikationsprozesse haben.

Der niedergelassene Praktiker wird i. Allg. bemüht sein, möglichst wenige freie Behandlungsstunden „ungenutzt“ zu lassen. Das ist sein gutes Recht! Gleichzeitig erwarten sich kranke Menschen, wenn sie sich erst einmal entschieden haben, zu einem Psychotherapeuten zu gehen, möglichst unverzügliche Hilfe.

Kasten_1

Kasten_1_Titel

Diese beiden Positionen können nicht zugleich maximiert werden. Es bleibt nichts anderes übrig: Die Partner müssen einen Kompromiss aushandeln. Wegen der offensichtlichen Ungleichheit der beiden Partner besteht ein nicht unerhebliches Risiko: Extrem lange Wartezeiten von sechs Monaten und länger bei unklarer Vertragssicherheit – „Lohnt sich das Warten auf einen Therapieplatz?“ – tragen zu einer Nichtinanspruchnahme von bis zu 50 % bei. Dies sind Indikatoren dafür, wie schwierig es ist, einen für beide Seiten zufrieden stellenden Kompromiss zu finden.

Kasten_1_End

Ein niedergelassener Psychotherapeut ist dabei in einer grundsätzlich anderen Situation als sein Kollege an einer klinischen Institution (beispielsweise einer Ambulanz). Die Unterschiede beziehen sich auf das Spektrum der ihm zur Verfügung stehenden therapeutischen Ressourcen. Hinsichtlich der eigenen therapeutischen Kompetenzen werden sie i. Allg. eher gering sein. Insofern ergibt sich für diejenigen Patienten, die er selbst behandeln kann und will, kaum ein Unterschied.

Anders jedoch für die „vielen“, für die eine Behandlung indiziert werden könnte und die er – sei es mangels freier Behandlungskapazitäten („Ich bin auf Jahre hinaus belegt“) oder wegen fehlender Kompetenzen („Essstörungen behandle ich nicht“) oder wegen rascher negativer subjektiver Indikation des Therapeuten („Mir gefiel seine Stimme am Telefon nicht“) – entweder nur mit dem vagen Ratschlag versieht, weitere telefonische Anbahnungsversuche zu unternehmen, oder zu einem mehr oder weniger explizit kooperierenden Kollegen zu vermitteln versucht. Dieser Kollege wird die gestellte Indikation nicht einfach übernehmen, sondern sich selbst – entsprechend seinen ärztlichen Verpflichtungen – ein Bild machen wollen.

Kasten_1

Kasten_1_Titel

Im Unterschied zu einer Ambulanz, in der jeder Patient zumindest einen Erstgesprächstermin bekommt, muss in der Praxis davon ausgegangen werden, dass bereits im Vorfeld, beim ersten (telefonischen) Kontakt mehr oder minder reflektierte Entscheidungen des Psychotherapeuten den Weg in die ambulante Psychotherapie erschweren oder erleichtern.

Kasten_1_Ende

Für die Praxis eines Psychotherapeuten mag es durchaus adäquat sein, dass er zunächst einmal seine freien Kapazitäten für diejenigen Patienten zur Verfügung stellt, die davon voraussichtlich den größten Nutzen haben werden. So ist es ja nicht unmoralisch, einen YAVIS-Patienten (**Young-Attractive-Verbal-Intelligent-Successful**) zu behandeln. Nur ist damit die Indikationsaufgabe zumindest eines psychotherapeutischen Kassenarztes nicht gelöst. Er hat auch zu überlegen, welche therapeutischen Hilfen für diejenigen in Frage kommen, die er nicht selbst versorgen will und kann. Dass hier ein selektives, schichtorientiertes Indikationsdenken vorherrscht, belegt ein ökonomisches Faktum: **„Der Vergleich der Ausgaben für Ersatzkassen- versus Primärkassenpatienten verdeutlicht ..., dass für Psychotherapie bei Versicherten der Primärkassen erheblich weniger Geld ausgegeben wird, als entsprechend ihrem Anteil an der Gesamtzahl der Versicherten zu erwarten wäre“ (nach Meyer et al. 1991: 36).** Dieser problematische Sachverhalt ist auch empirisch belegt: Es besteht eine hohe Korrelation zwischen dem Bildungsstand und der Psychotherapieindikation und Behandlungsdauer (Rüger und Leibig 1999). Indikationsprozesse beim niedergelassenen, allein arbeitenden Psychotherapeuten sind durch Vorurteile besonders gefährdet (Blaser 1977). Sein Denken und Handeln orientiert sich an solchen Patienten, die den Großteil seiner Arbeitszeit bestimmen. Dabei wächst das Risiko, dass durch unreflektierte Verallgemeinerungen der eigenen Situation Illusionen über das Versorgungssystem aufgebaut werden. Vessey et al. (1994) haben mittels einer Computersimulation analysiert, wie bestimmte Randbedingungen die Versorgungsstruktur einer Praxis bestimmen: Sie formulierten als zentrale Modellannahme, dass ein Therapeut in seiner neu eröffneten Praxis seine Therapiekapazität auf vier Therapietypen verteilt (Krisenintervention, Kurztherapie, mittellange Therapie und Langzeittherapie), und zwar proportional zu bestimmten Bedarfsschätzungen für diese Typen in der Bevölkerung. Weiter nahmen sie an, dass Patienten proportional zu diesen Quoten Therapieplätze suchen und frei werdende Plätze gleich wieder besetzt werden. Bereits nach zwölf Monaten, ein Jahr nach der Praxiseröffnung, ergibt sich eine eindrucksvolle Verschiebung der Anteile bezüglich der Struktur der Klientel. Es werden deutlich mehr Patienten in Langzeittherapie behandelt (55 %), als es der Bedarfsschätzung (19 %) entspricht, und dies geht „auf Kosten“ der Patienten, die eine Krisenintervention suchen. Die Autoren konnten zeigen, dass sich unter den gewählten Modellannahmen nach einer Zeitspanne von etwa zwölf Monaten die Verteilung stabilisiert.

Kasten_1

Kasten_1_Titel

Das praktisch relevante Fazit dieser Modellrechnung lautet, dass sich die Patientenstruktur einer Praxis „automatisch“ von der Bedarfsstruktur wegentwickelt. Will ein Therapeut dieses Abdriften vermeiden, muss er durch entsprechende Indikationen aktiv gegensteuern.

Kasten_1_Ende

Solche Analysen enthalten zwei Botschaften:

- Es sind nicht die Unfähigkeit oder die individuellen Vorlieben von Therapeuten, die zu Ungleichgewichten zwischen Therapiebedarf und Therapieangebot führen. Gleichgewichte und Ungleichgewichte stellen sich unter bestimmten Rahmenbedingungen ein. Jede Einflussnahme bedeutet ein Risiko. Solange genügend Patienten einen Therapieplatz suchen, muss kein Platz lange frei bleiben. Die Patienten „zahlen“ den Preis in Form langer Wartezeiten. Hält ein Therapeut gezielt Plätze für bestimmte Patienten in Reserve – oder zwingt ihn eine abnehmende Nachfrage dazu –, dann „zahlt“ er mit Einnahmeverzicht.
- Die Praxis eines Psychotherapeuten (das gilt im Übrigen auch für Institutionen wie Ambulanzen oder Fachkliniken) spiegelt die Versorgungswirklichkeit immer verzerrt wider. Verzichtet man auf die Reflexion solcher Verzerrungen, wächst die Gefahr, dass Indikationsstereotype dominant werden, die dem Bedürfnis und den Möglichkeiten der Patienten nicht mehr entsprechen. Leuzinger (1984) interpretiert Indikationsstereotype als eine „kollektive Lösung der Konfliktsituation bei der Indikationsstellung“. Dies erleichtert die Identifikation mit je einer bestimmten psychotherapeutischen Schule und kann als gesellschaftlicher und persönlicher Schutz des Kliniklers betrachtet werden.

32.5 Ausblick

Indikation zur maximal geeigneten Therapie im einzelnen Fall ist eine – eventuell sogar riskante – Wunschvorstellung. Es geht darum, eine möglichst optimale Lösung für die individuellen Bedürfnisse und Möglichkeiten des Patienten im gerade aktuellen Spektrum der Behandlungsmöglichkeiten zu finden. Die Alternative „therapiegeeignet vs. therapieungeeignet“ sollte allenfalls für einen bestimmten Augenblick die Entscheidungsfindung leiten; mittelfristig muss sie immer als Herausforderung begriffen werden, geeignete Methoden für diese „therapieungeeigneten“ Patienten zu entwickeln (Becker und Senf 1988).

Ebenso wie eine Verhaltenstherapie ist auch eine Psychoanalyse nicht für jeden Patienten „die“ richtige Wahl. Das heute zur Verfügung stehende Spektrum wissenschaftlich begründeter psychotherapeutischer Methoden und ihrer (Setting-)Varianten ist so breit, dass es auf die Findigkeit des Therapeuten ankommt, eine für seinen Patienten geeignete und auch annehmbare Behandlung zu finden. Die Befunde der Therapieforschung berechtigen u. E. zu der optimistischen Haltung, dass es sich für die ganz überwiegende Zahl der Patienten lohnt, das Wagnis einer Psychotherapie einzugehen; eine beliebige Art von Psychotherapie – die sich wissenschaftlicher Überprüfung gestellt hat – dürfte für viele besser sein als gar keine Psychotherapie. Das Risiko, eine suboptimale Entscheidung zu treffen, ist im Vergleich dazu gering.

Kasten_1

Kasten_1_Titel

Klinische Entscheidungen wie die Indikationsstellung sind immer kompliziert. Ein professioneller Helfer mit besonderen Kompetenzen und daraus resultierender Verantwortung, nämlich der Therapeut, und ein leidender, von gerade diesen Kompetenzen in bestimmter Weise Abhängiger, nämlich der Patient, handeln miteinander „geeignete“ therapeutische Maßnahmen aus. Dies muss trotz der offensichtlichen Asymmetrie der Beziehung geschehen.

Kasten_1_End

Literatur

- Baumann U, Wedel B v (1981) Stellenwert der Indikationsfrage im Psychotherapiebereich. In: Baumann U (Hrsg.) Indikation zur Psychotherapie. München, Wien, Baltimore: Urban & Schwarzenberg, 1–36
- Becker H, Senf W (1988) (Hrsg.) Praxis der stationären Psychotherapie. Stuttgart, New York: Thieme
- Beutler LE, Clarkin JF (1990) Systematic treatment selection. New York: Brunner-Mazel
- Blaser A (1977) Der Urteilsprozess bei der Indikationsstellung zur Psychotherapie. Bern: Huber
- Bräutigam W, Senf W, Kordy H (1990) Wirkfaktoren psychoanalytischer Therapien aus der Sicht des Heidelberger Katamnesenprojektes. In: Lang H (Hrsg.) Wirkfaktoren der Psychotherapie. Berlin, Heidelberg, New York: Springer, 189–208
- Dantlgraber J (1982) Bemerkungen zur subjektiven Indikation für Psychoanalyse. Psyche 36: 191–225
- Drigalski D v (1979) Blumen auf Granit. Eine Irr- und Lehrfahrt durch die deutsche Psychoanalyse. Frankfurt a.M., Berlin, Wien: Ullstein
- ~~Faber F, Haarstrick R (1999) Kommentar Psychotherapie-Richtlinien. 5. Aufl. Neckarsulm, Stuttgart: Jungjohann~~ [### Hier gibt es inzwischen die 8. Aufl., München: Urban & Fischer###]
- Fiegenbaum W, Freitag M, Frank B (1992) Konfrontative Behandlung: Erfolg ohne Akzeptanz in der Praxis. Verhaltenstherapie 2: 339–340
- Frank J (1982) Persuasion and Healing: A Comparative Study of Psychotherapy. Baltimore: Johns Hopkins Press (dt.: Die Helfer. Stuttgart Klett-Cotta 1985)
- Freund W (1990) Merkmale von Patienten einer psychotherapeutischen Ambulanz. Medizinische Dissertation. Universität Ulm
- ~~Franz et al. (1990): Bitte ergänzen~~
- Fürstenau P (1992) Entwicklungsförderung durch Therapie. Grundlagen psychoanalytisch-systemischer Psychotherapie. München: Pfeiffer
- Gitzinger I, Krämer B, Kächele H (1997) „Don't think twice it's all right“ – Ein zweiter Rückblick auf eine Behandlung und ein Ausblick auf offene Fragen. In: Leuzinger-Bohleber M, Stuhr U (Hrsg.) Psychoanalytische Katamneseforschung. Methoden, Ergebnisse und Perspektiven der neueren Katamneseforschung. Opladen Westdeutscher Verlag, 267–279
- Goldstein AP, Stein N (1976) Prescriptive Psychotherapy. New York: Pergamon
- Grande T, Porsch U, Rudolf G (1987) Die biografische Anamnese als Ergebnis der Therapeut-Patient-Interaktion und ihr Einfluss auf die Prognose und Interaktionsentscheidungen. In: Lamprecht F (Hrsg.) Spezialisierung und Integration in Psychosomatik und Psychotherapie. Berlin, Heidelberg, New York: Springer, 231–237
- Grawe K, Caspar F, Ambühl H (1990) Differentielle Psychotherapieforschung: Vier Therapieformen im Vergleich. Zschr Klin Psychol 19: 292–376
- Heigl F (1987) Interaktion und Prognose in Psychoanalyse und Psychotherapie. 3. Aufl. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht
- Heuft G, Seibüchler-Engel H, Taschke M, Senf W (1996) Langzeit-Outcome ambulanter psychoanalytischer Psychotherapien und Psychoanalysen. Forum Psychoanal 12: 342–355
- Hohage R, Kächele H, Hößle I (1987) Die Dokumentation des Interview-Ausganges in einer psychotherapeutischen Ambulanz. Psychother Psychosom Med Psychol 37: 244–247
- Hohage R, Klöss L, Kächele H (1981) Über die diagnostisch-therapeutische Funktion von Erstgesprächen in der psychotherapeutischen Ambulanz. Psyche 35: 544–556
- Howard HI, Kopta SM, Krause MS, Orlinsky DE (1986) The dose-effect relationship in psychotherapy. Am Psychologist 41: 159–164
- Janssen P (1987) Psychoanalytische Therapie in der Klinik. Stuttgart: Klett

- Kächele H (1990) Wie lange dauert Psychotherapie? Psychother Psychosom Med Psychol 40: 148–151
- Kächele H (2000) Wege und Umwege zur Psychotherapie – und Irrwege? Psychotherapie Forum 8: 14–21
- Kächele H (im Druck) (2000) ###bitte prüfen### Wege und Umwege und Irrwege? Wien: Psychotherapie-Forum
- Kächele H, Fiedler I (1985) Ist der Erfolg einer psychotherapeutischen Behandlung vorhersagbar? Med Psychol 35: 201–206
- Kächele H, Hettinger R (1993) Bulimie – Ein Rückblick auf eine Behandlung und ein Ausblick auf offene Fragen. Prax Psychother Psychosom 38: 151–160
- Kächele H, Hölzer M (1998) Therapeutische Umwelten und therapeutische Beziehungen in der Psychotherapie. In: Vandieken R, Häckel E, Mattke D (Hrsg.): Was tut sich in der stationären Psychotherapie? Gießen: Psychosozial Verlag, 175–187
- Kächele H und MZ-ESS(1999) Eine multizentrische Studie zu Aufwand und Erfolg bei psychodynamischer Therapie von Essstörungen. Studiendesign und erste Ergebnisse. Psychother Psychosom Med Psychol 49: 100–108
- Kächele H, Porzsolt F (2000) Editorial: Ethik und/oder Evidenz-basierte Medizin – eine Herausforderung. Psychother Psychosom Med Psychol 50: 37
- Kantrowitz J (1986) The role of the patient-analyst “match” in the outcome of psychoanalysis. Ann Psychoanal 14: 273–297
- Kordy H (1983) Bemerkungen zur empirischen Erforschung von Einflussgrößen bei Indikationsentscheidungen. Z personenzentr Psychol Psychother BAND: 119–131
- Kordy H (1986) Über den Umgang mit Beobachtungen in der Psychologie. Zum Verhältnis von Beobachtungen, Modellkonstruktion und Strukturkenntnis. Frankfurt, Bern, New York: Lang
- Kordy H, Lolas F, Senf W (1991) Zur Beziehung zwischen Krankheitsbildern und Persönlichkeitsstruktur. Z Psychosom Med Psychoanal 37: 77–88
- Kordy H, Normann D (1992) Psychologische und somatische Faktoren, die den Verlauf der Crohn'schen Krankheit beeinflussen. Psychother Psychosom Med Psychol 42: 141–149
- Kordy H, Rad M v, Senf W (1988) Time and its relevance for a successful psychotherapy. Psychother Psychosom 30: 212–222
- Leichsenring (2001): Bitte ergänzen
- Leuzinger M (1984) Psychotherapeutische Denkprozesse. Kognitive Prozesse bei der Indikation psychotherapeutischer Verfahren. Ulm: PSZ
- Luborsky L, Crits-Christoph P, Mintz J, Auerbach A (1988) Who Will Benefit from Psychotherapy? New York: Basic Books
- Meyer A, Richter R, Grawe K, et al. (1991) Forschungsgutachten zu Fragen eines Psychotherapeutengesetzes. Universitäts-Krankenhaus Hamburg-Eppendorf, März
- Moras K, Strupp H (1982) Pre-therapy, interpersonal relations, patient's alliance, and outcome in brief therapy. Arch Gen Psych 39: 405–409
- Newman F, Howard K (1986) Therapeutic effort, treatment outcome, and national health policy. Am Psychologist 41: 181–187
- Orlinsky D, Howard KI (1986) Process and outcome in psychotherapy In: Garfield S, Bergin AE (eds.) Handbook of Psychotherapy and Behavior Change. 3rd ed. New York: Wiley, 311–381
- Orlinsky et al. (2004): Bitte ergänzen
- Paar G, Schneider W (1990) Die Indikationsstellung zur Psychotherapie bei Patienten mit psychosomatischen Erkrankungen. In: Schneider W (Hrsg.) Indikationen zur Psychotherapie. Weinheim: Beltz, 63–80

- Paul G (1969) Behavior modification research: Design and tactics. In: Franks CM (ed.) Behavior Therapy: Appraisal and Status. New York: McGraw-Hill, 29–62
- Perrez M, Baumann U (1991) Lehrbuch Klinische Psychologie. Bd. 2: Intervention. Bern, Stuttgart, Toronto: Huber
- Potreck-Rose F, Koch U (1994) Chronifizierungsprozesse bei psychosomatischen Patienten. Stuttgart: Schattauer
- Puschner et al. (2007): Bitte ergänzen
- Rudolf G (1991) Die therapeutische Arbeitsbeziehung. Untersuchungen zum Zustandekommen, Verlauf und Ergebnis analytischer Psychotherapie. Berlin, Heidelberg, New York: Springer
- Rudolf G, Grande T, Porsch U, Wilke S (1987) Prognose und Indikation – Von der Objektivierung der Patienteneigenschaften zur Analyse der Arzt-Patient-Interaktion. In: Lamprecht F (Hrsg.) Spezialisierung und Integration in Psychosomatik und Psychotherapie. Berlin, Heidelberg, New York: Springer, 225–230
- Rüger U, Leibing E (1999) Bildungsstand und Psychotherapieindikation – Der Einfluss auf die Wahl des Behandlungsverfahrens und die Behandlungsdauer. Psychotherapeut 44: 214–219
- Rüger et al. (2005): Bitte ergänzen
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (1989) Jahresgutachten 1989: Qualität, Wirtschaftlichkeit und Perspektiven der Gesundheitsversorgung. Wiesbaden: Nomos
- Schepank H (1987) Psychogene Erkrankungen der Stadtbevölkerung. Eine epidemiologisch-tiefenpsychologische Feldstudie in Mannheim. Berlin, Heidelberg, New York: Springer
- Schmitt G, Seifert Th, Kächele H (1993) Stationäre analytische Psychotherapie. Stuttgart: Schattauer
- Schneider, W. (Hrsg.): Indikation zur Psychotherapie. Beltz, Weinheim 1990
- Schulte D (1992) Reizkonfrontation: Standardtherapie nur für Standardpatienten? Verhaltensther 2: 335–338
- Smith ML, Glass GV, Miller T (1980) The benefits of psychotherapy. Baltimore, London: Johns Hopkins
- Strotzka H (1975) (Hrsg.) Psychotherapie. Grundlagen, Verfahren, Indikationen. München: Urban & Schwarzenberg
- Strotzka H (1982) Psychotherapie und Tiefenpsychologie. Ein Kurzlehrbuch. Berlin, Heidelberg, New York: Springer
- Strupp HH (1978) Suffering and psychotherapy. Contemp Psychoanal 14: 73–97
- Thomä H, Kächele H (1996) Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie. Bd. 1: Grundlagen. 2. Aufl. Berlin, Heidelberg, New York, Tokio: Springer
- Thomä H, Kächele H (1997) Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie. Bd. 2: Praxis. 2. Aufl. Berlin, Heidelberg, New York, Tokio: Springer
- Thomä H, Kächele H (2006a): Neuauflage von 1996/1997???
- Thomä H, Kächele H (2006b): Neuauflage von 1996/1997???
- Tjelveit A (1986) The ethics of value conversion in psychotherapy: Appropriate and inappropriate therapist influence on client variables. Clin Psychol Rev 6: 515–537
- Tschuschke V (1998) Nützt mir Psychotherapie? Hilfen zur Entscheidung. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht
- Vessey J, Howard K, Lueger R, et al. (1994) The clinician's illusion and the psychotherapy practice. An application of stochastic modeling. J Cons Clin Psychol 62: 679–685
- Westmeyer H (1979) Die rationale Begründung einiger Aspekte psychologischer Praxis. In: Albert, H, Stapf KH (Hrsg.) Theorie und Erfahrung. Stuttgart: Klett-Cotta, 139–161

Westmeyer H (1981) Allgemeine methodologische Probleme der Indikation in der Psychotherapie. In: Baumann U (Hrsg.) Indikation zur Psychotherapie. München, Wien, Baltimore: Urban & Schwarzenberg: 187–198
von Wietersheim et al. (2003): Bitte ergänzen