



Herausgegeben vom Herausgeberverein
Zeitschrift Psychotherapie-Wissenschaft

Psychotherapie Wissenschaft

 WWW.PSYCHOTHERAPIE-WISSENSCHAFT.INFO

Psychoonkologie

Herausgegeben von Peter Schulthess

16. Jahrgang

Heft 1 / 2026

eISSN 1664-9591

Jan Schulze

Hoffnung im Dialog

Psychoonkologische Präzision am Lebensende zwischen Würde, Wahrheit und Wahlfreiheit

Roberta Pedrinis, Christopher Marti, Nicola Schiavone & Enzo Grossi

Kann Kunsttherapie in der onkologischen Rehabilitation hilfreich sein?

Janine Spitzhüttel, Karin Ribi, Daniel M. Aebersold, Timo Nannen, Sabine Kaufmann-Schopfer,
Jürg Bernhard & Alexander Wunsch

Verbesserung der Früherkennung psychischer Belastungen bei Krebs

Und Überweisung an die Psychoonkologie durch ein elektronisches Belastungs-Screening

Helene Haker, Evelyn Unterburger, Matthias Huber & Maya Schneebeli

Autismus-Spektrum: Neueste Entwicklungen fordern die Erwachsenenpsychiatrie heraus

Beata Reinfeldt

Messie-Syndrom und Gestalttherapie

Therapeutische Möglichkeiten

Christa Futscher & Mario Schlegel

Zwischen Zählen und Verstehen

Ein operationalisiertes Brückenverfahren an der Schnittstelle
zweier sich scheinbar widersprechender Forschungsparadigmen

Kurt Greiner

Wem nützt Psychotherapiewissenschaft?

Über Akademisierungspolitik, Einheitspsychotherapie und die Bedeutung
eines jungen Wissenschaftsfachs für die akademische Zukunft der schulenbasierten Psychotherapie



Psychosozial-Verlag



Psychotherapie Wissenschaft

🌐 WWW.PSYCHOTHERAPIE-WISSENSCHAFT.INFO

Psychoonkologie

Herausgegeben von Peter Schulthess & Mara Foppoli

16. Jahrgang

Heft 1 / 2026

eISSN 1664-9591



Psychosozial-Verlag

Impressum

Psychotherapie-Wissenschaft
ISSN 1664-9591 (digitale Version)
16. Jahrgang Heft 1/2026
<https://doi.org/10.30820/1664-9583-2026-1>
info@psychotherapie-wissenschaft.info
www.psychotherapie-wissenschaft.info

Herausgeber

Herausgeberverein der Zeitschrift
Psychotherapie-Wissenschaft
Peter Schulthess
Zanggerweg 33
CH-8006 Zürich
Mobile + 41 76 559 19 20
E-Mail: pschulthess@icloud.com

Redaktion

Mara Foppoli, Lugano
Lea-Sophie Richter, Zürich
Mario Schlegel, Zürich
Peter Schulthess, Zürich
Jean Schulthess Watt, Zürich

Hinweise für AutorInnen befinden
sich auf der Homepage der Zeitschrift:
www.psychotherapie-wissenschaft.info

Verlag

Psychosozial-Verlag GmbH & Co. KG
Walltorstr. 10
D-35390 Gießen
+49 6421 96 99 78 26
info@psychosozial-verlag.de
www.psychosozial-verlag.de

Anzeigen

Anfragen zu Anzeigen bitte an den Verlag:
anzeigen@psychosozial-verlag.de
Es gelten die Preise der auf www.psychosozial-verlag.de
einsehbaren Mediadaten.
Gönnermitglieder des Herausgebervereins wenden sich bitte
direkt an die Redaktion: pschulthess@icloud.com

Datenbanken

Die Zeitschrift Psychotherapie-Wissenschaft wird regelmäßig
in der Abstract-Datenbank PsycInfo der American Psycho-
logical Association (APA), im Directory of Open Journals
(DOAJ) und in den Publikationsdatenbanken PSYINDEX und
PsychArchives des Leibniz-Institut für Psychologie/Leibniz
Institute for Psychology (ZPID) erfasst.



Die Beiträge dieser Zeitschrift sind unter der Creative Commons
Attribution-NonCommercial-NoDerivs 3.0 DE Lizenz lizenziert.
Diese Lizenz erlaubt die private Nutzung und unveränderte
Weitergabe, verbietet jedoch die Bearbeitung und kommerzielle
Nutzung. Weitere Informationen finden Sie unter:
creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/de

Inhalt

Editorial

Peter Schulthess

Titelthema: Psychoonkologie

Hoffnung im Dialog

Psychoonkologische Präzision am Lebensende
zwischen Würde, Wahrheit und Wahlfreiheit

Jan Schulze

Kann Kunsttherapie in der onkologischen Rehabilitation hilfreich sein?

*Roberta Pedrinis, Christopher Marti,
Nicola Schiavone & Enzo Grossi*

Verbesserung der Früherkennung

psychischer Belastungen bei Krebs
Und Überweisung an die Psychoonkologie
durch ein elektronisches Belastungs-Screening
*Janine Spitzhüttl, Karin Ribi, Daniel M. Aebersold,
Timo Nannen, Sabine Kaufmann-Schopfer,
Jürg Bernhard & Alexander Wünsch*

Originalbeiträge

Autismus-Spektrum: Neueste Entwicklungen fordern die Erwachsenenpsychiatrie heraus

*Helene Haker, Evelyn Unterburger,
Matthias Huber & Maya Schneebeil*

Messie-Syndrom und Gestalttherapie

Therapeutische Möglichkeiten
Beata Reinfeldt

Zwischen Zählen und Verstehen

Ein operationalisiertes Brückenverfahren
an der Schnittstelle zweier sich scheinbar
widersprechender Forschungsparadigmen
Christa Futscher & Mario Schlegel

5 Debatte

Wem nützt Psychotherapiewissenschaft?

63

Über Akademisierungspolitik,
Einheitspsychotherapie und die Bedeutung
eines jungen Wissenschaftsfachs für die akademische
Zukunft der schulenbasierten Psychotherapie

7

Kurt Greiner

Tagungsbericht

11. Forschungstagung

73

15 INFAP3, 24.08.2025 am IAAP-Kongress, Zürich
Cornelia Stegmann & Susanne Schneider

Buchbesprechung

25 Burda, Gerhard (2025). Das unverfügbare Subjekt.
Ein Psychotherapiewissenschaftsphilosophisches
Manifest für das, was weder ein- noch
ausgeschlossen werden kann.

75

Peter Schulthess

Kongresskalender

76

Editorial

Das Thema dieses Hefts ist **Psychoonkologie**. Es wurde gewählt, weil uns in der Redaktion schien, dass über dieses Thema in thematisch nicht spezialisierten Zeitschriften eher wenig publiziert wird und unter frei praktizierenden PsychotherapeutInnen entsprechend wenig Wissen dazu verbreitet ist. Man weiss zwar, dass es Psychoonkologie gibt, dass es dazu speziell weitergebildete KollegInnen gibt, aber was sie genau tun und was die Möglichkeiten und Grenzen der Psychotherapie mit an Krebs schwer Erkrankten sind, das weiss man dann doch nicht. Es stellt sich auch die Frage, was denn ein Therapieerfolg sein kann, wenn die Therapie «nur» mehr der palliativen Begleitung dienen kann. – Wir konnten AutorInnen für der Beiträge zum Thema finden, die es von verschiedenen Seiten beleuchten.

Jan Ben Schulze stellt ein Konzept zur psychoonkologischen Arbeit mit Krebskranken am Lebensende vor. Seine Arbeit trägt den Titel «Hoffnung im Dialog am Lebensende». Er entwickelt auf Basis einer erfahrungsbasierten, integrativen und praxisnahen Literatur- und Konzeptaufarbeitung ein orientierendes Vorgehensmodell für die psychoonkologische Begleitung am Lebensende, das sich nicht ausschliesslich an psychoonkologisch Tätige richtet. Zentrale Annahme ist, dass sich psychische Belastung in dieser Phase typischerweise als Demoralisierung, Angst vor Progression oder Tod, depressive Symptome sowie «Total Pain» zeigt und – unabhängig vom Versorgungssetting – unterschiedliche Prioritäten für Indikation, Kommunikation und Intervention erfordert. Fallvignetten illustrieren sein Vorgehen.

Roberta Pedrinis et al. untersuchten in einer retrospektiven Beobachtungsstudie mit Messungen vor und nach der kunsttherapeutischen Intervention die Rolle und Wirksamkeit der Kunsttherapie im Rahmen der onkologischen Rehabilitation in einer Tessiner Rehabilitationsklinik. Sie präsentieren die Studie unter dem Titel «Kann Kunsttherapie in der onkologischen Rehabilitation hilfreich sein?» Die Teilnehmenden der Kunsttherapiegruppe zeigten im Vergleich zur Kontrollgruppe eine stärkere Verbesserung der motorischen und kognitiven Funktionen. Das Ergebnis stützt die Hypothese, dass Kunsttherapie eine Intervention ist, die die kognitiven und motorischen Funktionen von PatientInnen signifikant beeinflussen kann, was sich in traditionellen Rehabilitationsindikatoren widerspiegelt.

Janine Spitzhüttl et al. stellen ein am Inselspital Bern entwickeltes elektronisches Belastungs-Screening (*eDistressScreen*) vor, das die Früherkennung starker Belastungen erleichtert und eine patientenzentrierte Zuweisung zu

psychoonkologischen Unterstützungsangeboten fördert. Ziel der Studie war es, die Machbarkeit der Implementierung eines wiederholten elektronischen Belastungsscreenings in der onkologischen Routineversorgung zu evaluieren. Die Ergebnisse zeigen, dass dieses Screening umsetzbar und benutzerfreundlich ist. Elektronische Screeningverfahren können einen wichtigen Beitrag zu einer patientenzentrierten psychoonkologischen Versorgung leisten, erfordern jedoch eine Kombination mit persönlichem Kontakt im Behandlungsteam sowie die Berücksichtigung individueller Präferenzen und umfassender Informationen zu Unterstützungsangeboten.

Nebst den Beiträgen zum Heftthema finden sich auch drei Originalbeiträge in diesem Heft.

Helene Haker et al. zeichnen in ihrem Beitrag nach, wie Autismus heute nach ADHS die Liste der gängigen Selbstdiagnosen in der Erwachsenenpsychiatrie anführt. Das führt zu einer erheblichen Überlastung des Versorgungssystems mit monatelangen Wartelisten für Abklärungs- und Behandlungsplätze. Zu dieser Lage haben beigetragen: ein konzeptueller Wandel, eine Veränderung im Klassifikationssystem von ICD-10 zu ICD-11 sowie gesellschaftliche Entwicklungen. Autismus-Spektrum-Störungen (ASS) werden im ICD-11 als Entwicklungsstörungen definiert, die überwiegend auf angeborene/genetische Faktoren zurückzuführen sei. In der Folge wird das Entwicklungspotenzial unterschätzt. Die AutorInnen kritisieren die Entkoppelung von Diagnostik und Therapie und plädieren dafür, das Thema Autismus als Thema der Grundversorgung zu betrachten und nicht als Thema von SpezialistInnen und der Neuropsychologie. Diagnostische Klärungen seien im Verlauf der Therapie vorzunehmen.

Beate Reinfeldt behandelt ein Thema, zu dem eher wenig Literatur vorliegt und bei dem Forschung erst in jüngerer Zeit dazu geführt hat, dass das Messi-Syndrom als ein eigenes Krankheitsbild in der Gruppe «Zwangsstörungen und verwandte Störungen» im ICD-11 aufgenommen wurde. Der Artikel bietet eine forschungsorientierte Zusammenfassung der zentralen Messie-Merkmale, eine Darstellung der Krankheitsentstehung sowie der praxisorientierten Möglichkeiten gestalttherapeutischer Arbeit.

Unter dem Titel «Zwischen Zählen und Verstehen» präsentieren *Christa Futscher und Mario Schlegel* mit dem Assoziationsexperiment einen Forschungsansatz, der Zählen und Verstehen in einem einzigen Verfahren vereint, das beides nicht als Gegensätze (wie im Streit zwischen empirischer und qualitativer Forschung) ver-

steht, sondern als wesentliche Aspekte beider Forschungstraditionen. Exemplarisch zeigen sie, wie die Vermessung von Begegnung über Assoziationen als Bindeglied zwischen den Denkweisen Profil gewinnt und sich neue Anschlussmöglichkeiten für Psychotherapieforschung, Ausbildung und Praxis sowie transdisziplinäre Perspektiven eröffnen. Dieses Verfahren bietet durch die Möglichkeit, komplexe psychodynamische Zusammenhänge mit standardisierten Instrumenten zu verknüpfen, einen innovativen Zugang zu moderner Diagnostik.

In der Rubrik «Diskussion» publizieren wir einen Beitrag von *Kurt Greiner*: «Wem nützt Psychotherapiewissenschaft?» Vor dem Hintergrund der Folgen des neuen Psychotherapiegesetzes in Österreich fokussiert der Autor auf eine Akademisierungspolitik, in der er die Gefahr einer Bildung einer Einheits-Psychotherapie sieht, die das an der SFU Wien (Sigmund Freud Privat-

Universität) gelehrt Fach Psychotherapiewissenschaft verdrängen will. Er sieht PTW als Garant für die akademische Zukunft der schulenbasierten Psychotherapie. Ergänzt wird der Beitrag durch ein Votum von *Tamara Trebes*, die sich auf einen Podcast des Autors Greiner bezieht.

Nach einem Tagungsbericht von *Cornelia Stegmann* und *Susanne Schneider* zu einer internationalen Tagung am C. G. Jung-Institut bespricht *Peter Schulthess* das Buch *Das Unverfügbare Subjekt. Ein psychotherapiewissenschaftsphilosophisches Manifest für das, was weder ein- noch ausgeschlossen werden kann* von Gerhard Burda. Es folgt zum Abschluss ein Kongresskalender.

Wir wünschen eine anregende Lektüre.

Peter Schulthess

Gemeinsam für eine unabhängige wissenschaftliche Zeitschrift für die Psychotherapie

Die *Psychotherapie-Wissenschaft* wird von einem kleinen, privaten Herausgeberverein produziert. Mitglieder sind die jeweiligen RedaktorInnen und jene Personen/Institutionen, die einen regelmässigen Unterstützungsbeitrag in frei wählbarer Höhe entrichten.

Die *Psychotherapie-Wissenschaft* ist unabhängig von Berufsverbänden, Universitäten und Weiterbildungsinstitutionen. Sie wurde viele Jahre lang von der ASP und der Schweizer Charta für Psychotherapie herausgegeben und finanziert. Diese wollten die Zeitschrift jedoch einstellen, aus finanziellen Gründen und weil es nicht eine primäre Aufgabe eines Berufsverbandes sei, eine wissenschaftliche Zeitschrift herauszugeben.

Aus Sicht der Redaktion ein falscher Entscheid, wenn man einen wissenschaftlichen Beruf vertritt. Die Redaktion wollte die mittlerweile gut eingeführte Zeitschrift nicht einfach aufgeben und hat nach einer Überlebensmöglichkeit gesucht, denn natürlich muss sie irgendwie finanziert werden.

Die *Psychotherapie-Wissenschaft* ist offen für alle Richtungen und Bereiche der Psychotherapie und publiziert nicht nur empirische Studien, sondern auch Beiträge in der Tradition qualitativer Forschung und fundierte theoretische Beiträge. Sie will einen fachlichen Diskurs unter WissenschaftlerInnen und PraktikerInnen verschiedener Schulen und Wissenschaftsverständnisse fördern und so zur Weiterentwicklung der Psychotherapie als wissenschaftliche Disziplin beitragen. Gerade nicht-universitären Weiterbildungsanbietern stellt sie ein Forum zur Verfügung, wo ihre Lehrenden und AbsolventInnen ihr wissenschaftliches Wirken öffentlich machen können. Mitarbeitenden in Universitäten bietet sie die Möglichkeit, an einem Ort zu publizieren, wo sie PraktikerInnen erreichen. Die Zeitschrift will eine Brücke schlagen zwischen Forschung und Praxis. – Ein solches Organ sollte man nicht leichtfertig aus finanziellen Gründen hergeben.

Der Redaktion ist es gelungen, vorerst genügend freiwillige UnterstützerInnen zu finden, die einen regelmässigen Beitrag beisteuern zum Erhalt dieser Zeitschrift. Allerdings reichen die Beiträge noch nicht aus, um weiterhin jährlich zwei Hefte herauszugeben. Unsere LeserInnen müssen nichts bezahlen, da wir open access erscheinen. Sie wissen aber, dass kritischer, unabhängiger wissenschaftlicher Journalismus mit einem Peer-review-Verfahren nicht aus dem Nichts entsteht. Dafür sind wir sehr dankbar.

Damit wir auch morgen noch unseren Beitrag zum wissenschaftlichen Diskurs in der Psychotherapie leisten können, brauchen wir mehr finanzielle Unterstützung. Unser nächstes Ziel: 10.000 CHF jährlich – und mit Ihrer Beteiligung als LeserInnen und/oder AutorInnen können wir es schaffen. Setzen Sie ein Zeichen für die Zukunft des unabhängigen Journals *Psychotherapie-Wissenschaft*.

Kontaktieren Sie den Präsidenten des Herausgebervereins für weitere Auskünfte:

Peter Schulthess, peter.schulthess@psychotherapie-wissenschaft.info

Herzlichen Dank!

Hoffnung im Dialog

Psychoonkologische Präzision am Lebensende zwischen Würde, Wahrheit und Wahlfreiheit

Jan Schulze

Psychotherapie-Wissenschaft 16 (1) 2026 7–13

www.psychotherapie-wissenschaft.info

CC BY-NC-ND

<https://doi.org/10.30820/1664-9583-2026-1-7>

Zusammenfassung: Die letzte Lebensphase bei fortgeschrittener Krebserkrankung ist selten nur eine medizinische Endstrecke. Sie ist eine Verdichtung von Angst, Schmerz, Beziehungsthemen und existenziellen Fragen nach Sinn, Würde und Verbundenheit. Psychoonkologische Begleitung kann hier wirksam sein – oft nicht durch lange Programme, sondern durch präzise, zeitlich passende Interventionen. Leitend ist dabei ein Perspektivwechsel: weg von einer Orientierung an Überlebenszeit hin zur Frage, wie Leben – auch unter Bedingungen begrenzter Zeit – gestaltbar bleibt. Der Beitrag entwickelt auf Grundlage einer erfahrungsbasierten, integrativen und praxisnahen Literatur- und Konzeptaufarbeitung ein orientierendes Vorgehensmodell für die psychoonkologische Begleitung am Lebensende, das sich nicht ausschliesslich an psychoonkologisch Tätige richtet. Zentrale Annahme ist, dass sich psychische Belastung in dieser Phase typischerweise als Demoralisierung, Angst vor Progression oder Tod, depressive Symptome sowie als «Total Pain» zeigt und – unabhängig vom Versorgungssetting – unterschiedliche Prioritäten für Indikation, Kommunikation und Intervention erfordert. Drei narrative Fallvignetten aus der Meaning-Centered Psychotherapy (MCP), der Managing Cancer and Living Meaningfully Therapy (CALM) und der Dignity Therapy verdeutlichen die klinische Logik dieses Vorgehens: Präzision statt Länge, Hoffnung als dialogischer Prozess, Würde als nicht-idealisierte und nicht normativ überhöhte Haltung sowie eine Arbeitsweise, die Angehörige und die Belastung des Behandlungsteams systematisch berücksichtigt. Abschliessend werden praxisnahe Hinweise zum klinischen Bezugsrahmen psychoonkologischer Arbeit am Lebensende dargestellt.

Schlüsselwörter: Psychoonkologie, letzte Lebensphase, Demoralisierung, Fear of Progression (FoP), Total Pain, Würde, Meaning-Centered Psychotherapy, CALM, Dignity Therapy

Krebs verläuft selten als singuläres Ereignis; er entfaltet sich als Krankheitsbahn mit wechselnden Phasen, in denen sich psychische Anforderungen verschieben – von Schock und Anpassung über Therapie- und Remissionsphasen bis in die metastasierte und schliesslich terminale Phase. Psychische Störungen und relevante Belastungen sind bei Krebserkrankungen insgesamt häufig (Mehnert et al., 2014). Am Lebensende bündeln sich existenzielle Themen in einer Weise, die sich nicht «wegbehandeln» lässt: Sinn, Würde, Verbundenheit, Angst vor Leiden und Sterben, Sorge um Hinterbliebene, das Erleben von Kontrollverlust. In einer grossen multizentrischen Studie lag die 4-Wochen-Prävalenz irgendeiner psychischen Störung bei 31,8 % (ebd.). Die S3-Leitlinie Psychoonkologie empfiehlt deshalb eine systematische Belastungsdiagnostik und indikationsgeleitete psychotherapeutische bzw. psychoonkologische Unterstützung entlang der gesamten Krankheitsbahn – einschliesslich palliativer Situationen (Leitlinienprogramm Onkologie, 2023).

Im Folgenden bezeichnet «Lebensende» bzw. «letzte Lebensphase» die Phase einer fortgeschrittenen, nicht heilbaren Krebserkrankung mit begrenzter Lebenserwartung, in der palliative Zielsetzungen dominieren; die Grenzen sind klinisch fliessend. Diese Verdichtung kann als «existenzieller Schlag» erlebt werden – nicht nur, weil

der Tod näher rückt, sondern weil er plötzlich als realer, körperlicher Horizont im Raum steht. Ein hilfreicher Hintergrundgedanke für diese Zäsur ist die alltägliche «Illusion der Unendlichkeit»: Viele Menschen leben im Modus einer stillschweigenden offenen Zukunft – als stünde Zeit grundsätzlich zur Verfügung. Solange es keinen Anlass gibt, fühlt sich Endlichkeit «fern» an; das ermöglicht Handlungsfähigkeit, Planung und eine gewisse Unbeschwertheit. Eine lebensbedrohliche Diagnose kann diese Grundannahme abrupt erschüttern. Dann ist nicht nur der Körper krank, sondern auch die Zeit: Sie wird spürbar, begrenzt, und ihr Verlauf wird zum Thema.

In der ersten Phase nach der Diagnose oder nach dem Umschlag in eine terminale Prognose zeigt sich häufig ein Pendeln zwischen Wirklichkeit und Schutz: Momente klarer Realitätswahrnehmung wechseln mit Verleugnung, Informationsvermeidung oder dem Festhalten an einem früheren Überlebensoptimismus. Diese Verleugnung ist nicht einfach «Unwillen», sondern oft ein seelisches Schutzsystem gegen Überflutung. Klinisch relevant wird dabei die Beziehung: Wenn Patient*innen nicht forciert, sondern gehalten werden, kann sich die Auseinandersetzung mit Endlichkeit dosiert entwickeln – ohne dass Hoffnung als Abwehr reflexhaft zerstört wird. In dieser Situation zeigt sich ein doppeltes Risiko: Einerseits kann

sich die Versorgung auf Symptome verengen («medizinisiert»), wodurch seelische Not und Beziehungsdynamiken unsichtbar werden. Andererseits kann Psychotherapie am Lebensende in eine falsche Logik geraten – als müsste sie «noch schnell» das leisten, wofür sonst Monate oder Jahre Zeit wären. Beides verfehlt den Punkt. Psychoonkologische Arbeit in der letzten Lebensphase ist nicht primär eine Verlängerung klassischer Psychotherapie, sondern ein eigenes Feld mit eigenen Erfolgsmassen: nicht Symptomfreiheit, sondern Entlastung, Orientierung, würdevoller Abschied, eine Form von innerer und relationaler «Vollständigkeit».

Der Beitrag verfolgt deshalb ein pragmatisches Ziel: eine Schablone für die klinische Logik zu skizzieren, die bei knapper Zeit Orientierung gibt – welche Kernphänomene typischerweise dominieren, wie Screening und Indikation aussehen können, und wie evidenzbasierte Kurzinterventionen (MCP, CALM, Dignity Therapy) mit einer zugleich warmen, narrativ sensiblen Schreib- und Gesprächshaltung verbunden werden können.

Methodik/Vorgehen

Der Beitrag ist eine integrative Konzeptarbeit mit dem Ziel, einen klinischen Bezugsrahmen für die psychoonkologische Begleitung am Lebensende zu skizzieren. Grundlage sind a) eine strukturierte Zusammenführung zentraler psychoonkologischer Belastungsphänomene am Lebensende (Demoralisierung, Angst vor Progression [Fear of Progression, FoP] bzw. Tod, depressive Symptome, Delirrisiko, Total Pain, Würdeverlust), b) die Ableitung eines indikationsgeleiteten Vorgehens (Screening –Selektion –spezifische Intervention –Sicherung/Integration) und c) die Illustration durch drei narrative Fallvignetten, die typische Konstellationen und evidenzbasierte Interventionen bündeln.

Die Literatur wurde nicht als systematisches Review aufgearbeitet, sondern fokussiert entlang klinisch relevanter Schlüsselpublikationen, einschlägiger Reviews/Leitlinien sowie Manualen zu existenziellen Interventionen ausgewählt. Ziel ist klinische Orientierung und konzeptionelle Integration, nicht Vollständigkeit oder formale Evidenzgraduierung. Die Vignetten beruhen auf realen klinischen Erfahrungen, wurden jedoch anonymisiert und so verändert, dass keine Identifikation realer Personen möglich ist. Sie zeigen, wie sich Theorie und Praxis in der konkreten Gesprächssituation gegenseitig erklären.

Vorgehensmodell: Kernphänomene, Kommunikation, Indikation und Kurzinterventionen

Die Auswahl der beschriebenen Interventionen erfolgte aufgrund ihrer evidenzbasierten Wirksamkeit, zeitlichen Adaptierbarkeit und existenziellen Anschlussfähigkeit in fortgeschrittenen Krankheitsphasen (Breitbart et al., 2015; Chochinov et al., 2011; Rodin et al., 2018; Warth et al., 2019). Sie orientiert sich zudem an Empfehlungen der S3-Leitlinie Psychoonkologie (Leitlinienprogramm

Onkologie, 2023) sowie an Übersichtsarbeiten zu psychotherapeutischen Interventionen in der Palliativsituation (von Blanckenburg & Leppin, 2018). Dies schließt weder die Wirksamkeit anderer, anerkannter psychotherapeutischer Verfahren aus noch die sinnvolle Kombination verschiedener Ansätze; die Auswahl folgt hier primär pragmatischen Kriterien (Zeitfenster, Anschlussfähigkeit, Manualisierbarkeit) und stellt keine Hierarchie dar.

Kernphänomene in der letzten Lebensphase: Ein Belastungssyndrom mit wiederkehrender Signatur

In der letzten Lebensphase treten psychische Belastungen häufig nicht isoliert auf, sondern als charakteristische Konstellation: existenzielle Verzweiflung bzw. Demoralisierung, Angst vor Progression (Fear of Progression, FoP) bzw. Tod, depressive Symptome (mit wichtiger Differenzialdiagnostik), kognitive Einbrüche bis hin zum Delir sowie das ganzheitliche Leidenskonzept des «Total Pain» – körperlich, psychisch, sozial und spirituell. Diese Konstellation ist klinisch bedeutsam, weil sie Prioritäten verschiebt: Wer Demoralisierung übersieht, behandelt «Depression» zu eng; wer Delir nicht wahrnimmt, diskutiert «Hoffnung» mit jemandem, der gerade neurokognitiv entgleitet; wer Total Pain nicht erkennt, versucht seelische Arbeit ohne ausreichende Symptomlinderung.

Ein zentraler Marker innerhalb dieser Konstellation ist die Demoralisierung: Hoffnungslosigkeit, Sinnverlust, Ohnmacht und das Gefühl, Last zu sein, bei oft erhaltener Kontaktfähigkeit und Verbundenheitswunsch – unterscheidbar von Major Depression (Kissane et al., 2001; Robinson et al., 2015). Klinisch relevante Demoralisierung findet sich je nach Setting bei etwa 13–18% der Patient*innen mit fortgeschrittener Erkrankung (Robinson et al., 2015). Parallel bleibt bei vielen Betroffenen die FoP hoch: eine dauernde Bedrohungserwartung, häufig begleitet von Schlafstörungen und Vermeidung (Bergerot et al., 2022). In der letzten Lebensphase kann die FoP in Todesangst kippen; häufig sind Angehörige ebenfalls stark belastet (Walbaum et al., 2024).

Das Delirrisiko steigt in der letzten Lebensphase deutlich; daher sind die wiederholte Einschätzung der kognitiven Klarheit und eine entsprechende Teamkompetenz zentral (Bush et al., 2018). Zugleich ist Delir nicht ausschliesslich als pathologisches Ereignis zu verstehen, sondern häufig Ausdruck einer komplexen Wechselwirkung aus somatischer Belastung, Medikamenteneffekten, Angst, Erschöpfung und existenzieller Überforderung. Das Konzept des «Total Pain» beschreibt diese Verschränkung von Schmerz, Angst, sozialer Sorge und spiritueller Not und entspricht dem palliativmedizinischen Grundverständnis, dass körperliche, psychische, soziale und spirituelle Belastungen untrennbar miteinander verwoben sind (WHO, 2018). Erst wenn diese Konstellation erkannt ist, entscheidet sich Wirksamkeit am Lebensende häufig nicht zuerst in der Technik, sondern in der Art der Kommunikation: wie Wahrheit dosiert wird, wie Hoffnung realistisch bleibt und wie Wahlfreiheit geschützt wird.

Hoffnung als dialogischer Prozess: Kommunikationslogik am Lebensende

Ein wiederkehrendes Spannungsfeld ist die Hoffnungsgestaltung: Patient*innen und Familien wünschen Ehrlichkeit; zugleich besteht die Sorge, «die letzte Hoffnung» zu zerstören. Psychoonkologisch zeigt sich Hoffnung jedoch als bewegliches Konstrukt: Sie verschiebt sich von langfristiger Heilung hin zu kurzfristigen, erreichbaren Gütern – ein schmerzärmerer Tag, Präsenz, Zeit mit Familie, nicht allein sein. Klinisch hilfreich ist eine Gesprächslogik, die zwei Fragen konsequent verbindet: «Worauf hoffen Sie noch?» und «Wovor haben Sie im Moment am meisten Angst?» So werden Hoffnungsinhalte konkret, handhabbar und realistisch – ohne dass Wahrheit als Härte missverstanden wird (Palliative Care Network of Wisconsin, 2023).

Gerade in dieser Phase lohnt die begriffliche Trennschärfe: Hoffnung ist nicht gleich Optimismus. Sie kann auch dann sinnvoll bleiben, wenn «es» nicht gut ausgeht. In der klinischen Praxis zeigt sich häufig eine rekonfigurierte, wertebasierte Hoffnung – Beziehung, Frieden, Würde, Abschied, Vermächtnis. Nicht selten entsteht dabei ein paradoxes Moment von innerem Freiraum: Wenn die Pflicht, eine unrealistische Zukunft festhalten zu müssen, nachlässt, wird Gegenwart gesprächsfähig. Ebenso wichtig ist ein Aspekt, der im Alltag leicht übergangen wird: das Recht auf Nicht-Wissen. Auch wenn viele Patient*innen grundsätzlich eine sehr umfassende Aufklärung wünschen, ist das kein Freipass, diese Präferenz bei der einzelnen Person «einfach anzunehmen». In der Praxis ist Informationsbedarf dynamisch und individuell: Manche Menschen wollen alles wissen, andere wollen «genug» wissen, um Entscheidungen zu treffen, aber nicht jede Zahl, jedes Szenario, jede Wahrscheinlichkeit. Psychoonkologisch gilt deshalb: zuerst erfragen, dann mitteilen – und die Tür offen lassen, dass sich Wünsche ändern dürfen.

Für die Gesprächsführung bedeutet das: Hoffnung soll nicht zerstört, sondern neu definiert werden. Fragen nach Werten und Sinnquellen («Was ist Ihnen im Innersten wichtig?», «Wofür möchten Sie Ihre Energie in der verbleibenden Zeit einsetzen?») öffnen einen Raum, in dem Hoffnung nicht an Beschönigung gebunden ist, sondern an erreichbare, persönlich bedeutsame Ziele. Genau hier gewinnen auch die später beschriebenen Kurzinterventionen ihre Wirkung: Sie übersetzen Werte in Schritte und Worte – und machen Hoffnung konkret.¹

¹ Psychodynamisch lässt sich diese Form der Gesprächsführung als Arbeit in einem Übergangsraum verstehen, in dem Realität und Hoffnung gleichzeitig gehalten werden können (Winnicott, 1971). Hoffnung fungiert dabei weder als Verleugnung der Realität noch als bloße Illusion, sondern als vermittelnder psychischer Raum, der Symbolisierung und Bedeutungsfindung ermöglicht. In postfreudianischer Perspektive kann die Neudefinition von Hoffnung am Lebensende zudem als Teil gelingender Trauerarbeit verstanden werden, bei der Hoffnungsinvestitionen nicht aufgegeben, sondern von zukünftiger Heilung hin zu Sinn, Beziehung, Würde und Weitergabe umgeschichtet werden (Freud, 1917; Stroebe & Schut, 1999). Die beschriebene Haltung entspricht darüber hinaus dem Konzept des

Aus dieser Kommunikationshaltung folgt eine kurze Indikationslogik: Je nachdem, ob Demoralisierung, Angst oder Würde- bzw. Legacy-Themen dominieren, verändern sich Priorität, Zeitfenster und Interventionswahl.

Präzision statt Länge: Indikationsgeleitete Kurzinterventionen

Psychotherapeutische Arbeit am Lebensende steht häufig unter einem doppelten Druck: begrenzte Zeit bei zugleich hoher existenzieller Dichte. Präzision bedeutet hier nicht Verkürzung im Sinne von Reduktion, sondern Fokussierung auf das jeweils Wesentliche. Entscheidend ist weniger die Anwendung einer bestimmten Methode als die Frage, was im aktuellen Moment innerlich möglich, hilfreich und verantwortbar ist – und was nicht. Um in dieser Dynamik Orientierung zu geben, ohne Beziehung zu ersetzen, lässt sich das Vorgehen nicht sinnvoll als lineare Abfolge von Schritten beschreiben. Stattdessen bietet sich ein Modell aus Orientierungsebenen an: wiederkehrende, miteinander verschränkte Ebenen psychotherapeutischer Aufmerksamkeit, die je nach Situation unterschiedlich in den Vordergrund treten können (Tab. 1).

Aus diesen Orientierungsebenen ergibt sich eine einfache, aber tragfähige Indikationslogik, die nicht schematisch verstanden werden will, sondern als Hilfe zur Fokussierung im jeweiligen Moment dient.

Bestimmte klinische Konstellationen können diese Priorisierung jederzeit verschieben und erfordern eine unmittelbare Neuorientierung. Dazu zählen Hinweise auf ein beginnendes oder fluktuierendes Delir, eingeschränkte Einwilligungsfähigkeit oder rasche kognitive Veränderungen ebenso wie eine unkontrollierte somatische Symptomlast (z. B. Schmerz, Dyspnoe oder Übelkeit), bei der zunächst Symptomkontrolle und Sicherheit im Vordergrund stehen müssen. Auch akute suizidale Dynamiken – einschliesslich entgleisender passiver Todeswünsche – erfordern eine klare Sicherheits- und Notfalllogik. Prioritätsverschiebungen können sich zudem aus eskalierenden familiären Dynamiken oder aus dringlichen medizinischen Entscheidungs- und Krisensituationen ergeben, etwa bei Therapiewechseln oder Fragen des Ortes der weiteren Versorgung. Dies erfordert nicht nur Neuorientierung, sondern häufig auch zeitnahe therapeutisches Handeln; taktgebend sind dabei die jeweils aktuellen körperlichen und psychischen Befunde der Patient*innen – nicht die lineare Umsetzung eines Manuals, ebenso wenig das Festhalten an inneren, routinisierten therapeutischen Skripten oder an starren Setting-Vorstellungen (z. B. feste Orte, feste Zeiten oder die ausschliessliche Bindung an ein bestimmtes Kontaktformat).

Containments (Bion, 1962): existenzielle Affekte wie Angst, Todesfurcht oder Demoralisierung werden nicht vorschnell beruhigt oder kognitiv aufgelöst, sondern aufgenommen, gehalten und schrittweise symbolisierbar gemacht; Hoffnung entsteht dabei als Ergebnis affektiver Transformation, nicht als Gegenpol zur Realität.

Orientierungsebenen

Ebene 1 – Orientierung im Dialog

Gemeinsames Wahrnehmen dessen, was sich aktuell zeigt und Priorität hat: subjektive Belastung, Angst- und Sinnnöte, Veränderungen der kognitiven Klarheit bis hin zu Delirnähe, suizidale Dynamiken (einschliesslich passiver Todeswünsche) sowie körperliche und psychosoziale Leidensanteile im Sinne von «Total Pain». Diese Orientierung ist kein einmaliger Akt, sondern Teil eines fortlaufenden dialogischen Verständigungsprozesses.

Ebene 2 – Differenzierung und Fokussierung

Klären, welches Belastungsmuster im Vordergrund steht und im aktuellen Zeitfenster Aufmerksamkeit benötigt: Demoralisierung versus depressive Symptomatik, Angst vor Progression oder Tod, Würde- und Legacy-Themen, neurokognitives Entgleiten oder eine Dominanz somatischer Belastung, die zunächst symptomlindernde Interventionen erfordert. Ziel ist nicht Etikettierung, sondern Fokussierung.

Ebene 3 – Kommunikationsrahmen (Intervention in sich)

Hoffnung wird als dialogischer Prozess verstanden. Leitend sind Fragen wie: «Worauf hoffen Sie noch?» und «Wovor haben Sie im Moment am meisten Angst?» Ebenso zentral ist das explizite Erfragen des Informationsbedarfs und des Rechts auf Nicht-Wissen. Kommunikation ist hier keine Vorbereitung der Intervention, sondern Teil von ihr.

Ebene 4 –**Zeitlich angepasste psychotherapeutische Kurzintervention**

Abhängig von der dominanten Indikation kommen unterschiedliche psychotherapeutische Haltungen und Verfahren zum Tragen: sinn- und bedeutungsorientierte Arbeit bei Demoralisierung, strukturierende und haltende Gespräche bei Angst und Überflutung, würde- und vermächtnisorientierte Interventionen bei sehr knapper Zeit.

Ebene 5 – Sicherung und Integration

Psychotherapeutische Arbeit bleibt eingebettet in Sicherheits- und Systemverantwortung: klare Notfallpfade, enge Abstimmung mit Palliativmedizin hinsichtlich Symptomlast und Medikation, systematische Einbindung von Angehörigen sowie Schutz und Unterstützung des Behandlungsteams.

Tab. 1: Orientierungsebenen eines psychotherapeutischen Vorgehens am Lebensende

Wenn Sinnverlust und Demoralisierung im Vordergrund stehen und die Kontakt- und Reflexionsfähigkeit erhalten ist, gewinnen Interventionen an Bedeutung, die Identität, Werte und biografische Kontinuität stärken und wieder zugänglich machen. Stehen hingegen Angst vor Progression oder Tod und ein Gefühl innerer Überflutung im Zentrum, sind strukturierende, haltende und beziehungsorientierte Gespräche zentral, die Ungewissheit nicht auflösen, aber gemeinsam tragbar machen. In Situationen sehr knapper Zeit, in denen Würde- oder Legacy-Themen dominieren, verschiebt sich der Fokus auf die Sicherung von Stimme, Beziehung und Vermächtnis – nicht als Abschluss, sondern als Übergabe.

Diese Orientierungsebenen sind weniger als Techniken zu verstehen denn als klinischer Bezugsrahmen in Form strukturierter Haltungen. Sie geben Sprache, Rhythmus und Prioritäten vor und ermöglichen es, auch unter Bedingungen begrenzter Zeit wirksam zu bleiben. So wird aus «zu wenig Zeit» nicht zwangsläufig «zu wenig Möglichkeit». Ziel ist dabei nicht primär Symptomkontrolle oder Lebensverlängerung, sondern ein doppelter Fokus: nicht nur am Leben bleiben, sondern auch im Leben sein – so lange es geht.

Meaning-Centered Psychotherapy (MCP): Sinnarbeit unter Zeitdruck.

Sie ist dort hilfreich, wo Menschen nicht nur traurig oder ängstlich sind, sondern den inneren Zusammenhang verlieren, der ihr Leben bislang getragen hat. Demoralisierung zeigt sich hier weniger als Symptom denn als Erfahrung: «Ich weiss nicht mehr, wofür.» Psychotherapeutisch geht es in dieser Situation nicht darum, Sinn zu «vermitteln» oder Trost anzubieten, sondern Sinn als etwas Wiederfindbares zu behandeln – auch unter den Bedingungen von Verlust, Krankheit und begrenzter Zeit. Konzeptionell ist die Haltung existenzanalytisch anschlussfähig (Frankl, 1975), zugleich ist MCP als onkologisch adaptierter, manualisierter Ansatz beschrieben (Breitbart, 2017) und in Studien bei fortgeschrittener Krebserkrankung geprüft (Breitbart et al., 2010). Hoffnung entsteht dabei nicht aus Optimismus, sondern aus innerer Wiederverbindung: mit dem, was einen Menschen geprägt hat, was ihm wichtig war und was – trotz allem – noch trägt. Eine grössere randomisierte Studie im Gruppenformat stützt diese Wirksamkeit auch bei fortgeschrittener Erkrankung (Breitbart et al., 2015).

In der Arbeit stehen Fragen im Vordergrund wie: Wer bin ich jenseits dieser Erkrankung? Was hat meinem Leben Bedeutung gegeben – und was davon ist noch da? Was möchte ich weitergeben, wenn Zukunft nicht mehr offen ist? Gerade am Lebensende zeigen sich kleine, klar fokussierte Schritte als besonders wirksam: ein Brief, ein Gespräch, eine kurze Erinnerung daran, was trägt. Nicht als Bilanz, sondern als Vergewisserung von Identität.

CALM: Struktur für Angst, Beziehung und existenzielle Vorbereitung.

Sie eignet sich besonders dort, wo Angst nicht mehr nur punktuell auftritt, sondern den inneren Raum verengt: Denken, Fühlen, Beziehungen und Entscheidungen kreisen um Bedrohung, Zukunft und Kontrollverlust. Psychoonkologisch ist diese Angst nicht pathologisch, sondern oft eine angemessene Reaktion auf reale Unsicherheit. Der therapeutische Kern von CALM liegt darin, Angst nicht wegzunehmen, sondern ihr einen haltenden Rahmen zu geben (Rodin et al., 2018). Eine randomisierte Studie im deutschsprachigen Versorgungssystem zeigte ebenfalls positive Effekte (Mehnert et al., 2020). In diesem Rahmen kann ausgesprochen werden, was sonst isoliert bleibt: Sorgen um Angehörige, Angst vor Leiden, Fragen nach dem Sterben, unausgesprochene Konflikte. Ungewissheit wird dabei nicht gelöst, sondern gemeinsam getragen. Psychotherapeutisch zentral ist die Beziehung: Wenn Angst nicht mehr versteckt werden muss, entsteht

oft Nähe – zu sich selbst und zu anderen. Gespräche gewinnen an Tiefe, Entscheidungen an Klarheit, nicht weil die Zukunft sicherer wird, sondern weil sie geteilt wird. In zeitlich begrenzten Situationen zeigt sich CALM weniger als «Therapieprogramm» denn als Struktur für wenige, bedeutsame Gespräche: Was muss noch gesagt werden? Was soll geklärt werden, bevor Zeit fehlt? Wie kann Nähe entstehen, ohne zu überfordern?

Dignity Therapy und Legacy-Arbeit: Stimme sichern, Beziehung übergeben. Wenn Zeit sehr begrenzt ist, verschiebt sich der psychotherapeutische Fokus häufig von Verarbeitung hin zu Bewahrung. Dignity Therapy setzt genau hier an: nicht mit dem Anspruch, etwas «abzuschliessen», sondern mit dem Angebot, Stimme zu sichern (Chochinov et al., 2011). Das zugrunde liegende Würdekonzept wurde empirisch beschrieben (Chochinov et al., 2002) und meta-analytisch zeigen sich günstige Effekte u. a. auf psychische Belastung und Lebensqualität (Li et al., 2020). Im Zentrum steht die Möglichkeit, das Eigene zu erzählen – nicht vollständig, nicht perfekt, sondern wesentlich. Was war wichtig? Was soll bleiben? Was möchte ich sagen, solange ich es noch kann? Würde entsteht hier nicht durch Pathos, sondern dadurch, Gehör zu bekommen. Die therapeutische Wirkung liegt weniger im Dokument selbst als im Prozess: Ein Mensch erlebt sich nicht nur als Patient*in, sondern als jemand, der etwas zu übergeben hat. Für Angehörige kann dies später zu einer stillen, aber tragenden Verbindung werden – nicht als Trost, sondern als fortgesetzte Beziehung. Auch in stark verkürzter Form (Brief, Audio, wenige Fragen) bleibt dieser Ansatz wirksam, wenn er freiwillig, adressiert und beziehungsorientiert bleibt. Entscheidend ist nicht Vollständigkeit, sondern Stimmigkeit.

Auswahl, Dosierung und Kombination: Klinische Pragmatik. Am Lebensende ist psychotherapeutische Wirksamkeit selten eine Frage der Methode, sondern der Passung. Nicht alles ist gleichzeitig möglich – und nicht alles ist gleichzeitig sinnvoll. Präzision bedeutet hier: eine Indikation, ein Fokus, ein Ziel. Therapeutisches Arbeiten bleibt dabei beweglich. Delir, Symptomlast, familiäre Dynamiken oder akute Entscheidungen können jederzeit eine Prioritätsverschiebung erfordern. Psychoonkologische Kurzinterventionen entfalten ihre Wirkung am ehesten dort, wo sie in Beziehung eingebettet, sicherheitsbewusst und interprofessionell abgestimmt sind. So verstanden ist «Präzision statt Länge» kein Sparprinzip, sondern ein Ausdruck von Respekt: vor der begrenzten Zeit, vor der seelischen Belastbarkeit – und vor der Würde des Menschen. Die folgenden Vignetten sind deshalb nicht «Zusatz», sondern Teil des Modells: Sie zeigen, wie Indikation, Sprache und Intervention in wenigen Gesprächen zusammengeführt werden können.

Fallvignetten: Drei Indikationen – ein Ziel

Die Vignetten illustrieren, wie Indikation, Sprache und Intervention bei knapper Zeit zusammengeführt werden können.

Vignette A (Demoralisierung): Maria – Sinn als Halt, nicht als Trostpflaster. Maria (58) kommt nach dem Scheitern einer Therapielinie. Das Distress-Thermometer ist hoch; Schlaf ist brüchig, der Körper unzuverlässig, der Kopf voller «Nie-mehr». Entscheidend ist die Differenzialdiagnostik: nicht primär Major Depression, sondern Demoralisierung. In der MCP-Arbeit wird Sinn nicht behauptet, sondern gefunden – über das, was geblieben ist: Unterricht, Beziehung, «Legacy». Der Wendepunkt ist nicht «Optimismus», sondern eine Form von Selbstwiedererkennung: «Ich bin nicht nur Patientin.» Die Briefe an die Töchter werden zum Übergangsobjekt zwischen Gegenwart und Nachlass. Das Ergebnis ist keine Angstfreiheit, sondern «Vollständigkeit vor dem Ende»: Abschied wird möglich, weil Bedeutung wieder spürbar wird.

Vignette B (Angst): Thomas – Ungewissheit aushalten lernen, ohne daran zu zerbrechen. Thomas (72) ist nicht sinnlos, sondern überflutet. FoP dominiert: Schlaf, Planung, Bewegung – alles wird von der Erwartung des nächsten Krankheitsschritts definiert. CALM setzt nicht bei «Beruhigung» an, sondern bei Struktur: Was kann kontrolliert werden, was nicht? Was muss gesagt werden, bevor Zeit fehlt? Ein zentraler Mechanismus ist Beziehung: Als Thomas die Angst nicht mehr versteckt, entsteht Nähe. Ein kurzer Trip ans Meer wird nicht zur Flucht, sondern zur Entscheidung: «Nicht später – jetzt.» Die Angst bleibt, verliert aber ihre Lähmung. Die Ungewissheit wird nicht gelöst, sondern bewohnbar.

Vignette C (Würde, Legacy und Entscheidung): Anna – Stimme sichern und Ort wählen. Anna (45) hat Wochen, nicht Monate. Sie will keine «lange Therapie», sondern etwas, das jetzt Sinn macht und ihr Handlungsspielraum lässt. Im Vordergrund stehen Fragen von Würde, Abschied und Entscheidung: wo sie die letzte Zeit verbringen möchte und wie sie über Sterben sprechen darf. In einem ruhigen Gespräch entscheidet sie sich bewusst für das Hospiz – nicht als «Aufgeben», sondern als Priorisierung. Zu Hause würde sie v. a. versuchen, die Familie zu schonen, und dabei selbst einsam werden. Im Hospiz sucht sie Sicherheit (Verfügbarkeit, Symptomlinderung), eine würdige Atmosphäre und die Erlaubnis, über das Sterben zu sprechen, ohne weiter «funktionieren» zu müssen. Der Entscheid ist Ausdruck von Wahlfreiheit im Rahmen des Möglichen: Nähe statt Isolation, Beziehung statt Durchhalten. Die anschließende Dignity-Therapy-Arbeit greift diese Entscheidung auf. Im Mittelpunkt steht nicht Lebensbilanz im Sinne einer Bewertung, sondern Stimme sichern: erzählen, ordnen, übergeben. In einem generativen Dokument hält Anna fest, was ihr wichtig war, was bleiben soll und was sie ihren Angehörigen mitgeben möchte. Für die Familie wird dieses Dokument später zu einer Ressource – als Fortsetzung von Beziehung über den Tod hinaus. Psychoonkologisch ist der Hospizentscheid hier kein Defizit, sondern Teil der Intervention: Würde entsteht, wenn Entscheidungen respektiert, Informationsbedürfnisse weiterhin aktiv erfragt und Beziehung als tragender Wert ernst genommen werden.

Sicherheits- und Systemaspekte: Delir, Suizidrisiko, Team und Schnittstellen

Psychoonkologie am Lebensende ist ohne Sicherheitslogik unvollständig: Delir-Screening, die Einschätzung suizidaler Dynamiken (einschliesslich passiver Todeswünsche), klare Notfallpfade sowie eine enge Abstimmung mit der Palliativmedizin zu Symptomlast und Medikation sind Bestandteil der Intervention – nicht deren «Rand». Dies gilt quer über stationäre, ambulante und hausärztliche palliative Versorgungsformen hinweg und schliesst die psychoonkologische Begleitung als Teil des jeweiligen Versorgungssystems ausdrücklich ein.

Ebenso zentral ist die Integration der Angehörigen: Sie sind oft die unsichtbaren Mitbetroffenen und tragen antizipatorische Trauer und Angst (Walbaum et al., 2024). Auch hier kann sich der therapeutische Fokus zeitweise von der individuellen Begleitung auf Systemklärung und Entlastung verlagern, ohne dass dies einen Abbruch psychoonkologischer Arbeit bedeutet.

Schliesslich betrifft die letzte Lebensphase auch das Team: Ohnmacht, moral distress und Erschöpfung benötigen Supervision, eine tragfähige Teamkultur und ritualisierte Formen der Verarbeitung, um nicht in Zynismus oder Rückzug umzuschlagen. Nicht zuletzt, weil die Begleitung am Lebensende die eigene Endlichkeit unvermeidlich berührt, bedarf diese Arbeit bewusster Selbstreflexion und verlässlicher Formen der Rückbindung.

Diskussion

Der hier entwickelte Ansatz ist bewusst pragmatisch: Er nimmt die begrenzte Zeit als Rahmenbedingung ernst und vermeidet die Illusion, am Lebensende müsse «alles noch gelöst» werden. Gleichzeitig widerspricht er einer reduktionistischen Sicht, in der es nur noch um Symptomkontrolle geht. Die Verbindung von evidenzbasierten Kurzinterventionen mit narrativer Sensibilität zeigt: Wirksamkeit am Lebensende ist häufig eine Frage von Timing, Sprache und Priorisierung – nicht von Länge.

Zwei Limitationen sind zu benennen. Erstens handelt es sich um eine Konzeptarbeit, nicht um eine empirische Studie; die Vignetten illustrieren, sie belegen nicht. Zweitens bleiben Rahmenbedingungen (Personal, Setting, Zugänglichkeit) entscheidend: Ein idealer Interventionsplan scheitert, wenn die Versorgung fragmentiert ist. Gerade deshalb ist die interprofessionelle Integration zentral: Psychoonkologie wirkt am Lebensende selten «solo», sondern als Teil eines Netzes, das Medizin, Pflege, Seelsorge und Soziale Arbeit verbindet (WHO, 2018).

Für die Praxis folgt daraus eine klare Implikation: Frühzeitiges, niedrigschwelliges Screening und eine kurze, präzise Indikationslogik sind keine Bürokratie, sondern der Anfang von Würdearbeit. Und: Hoffnung ist nicht das Gegenteil von Wahrheit, sondern deren menschliche Form – wenn sie auf erreichbare Güter gerichtet wird.

Schlussfolgerung/Fazit

Was hilft am Ende vor dem Ende, ist selten «die grosse Lösung». Es ist die Fähigkeit, das Richtige zur richtigen Zeit zu tun: Demoralisierung zu erkennen und Sinnarbeit zu ermöglichen; Angst ernst zu nehmen und Beziehung zu öffnen; Würde zu sichern, wenn die Zeit knapp wird; Delir, Suizidrisiko und Symptomlast mitzudenken; Angehörige früh einzubinden; und das Team so zu stützen, dass Menschlichkeit nicht zur Ressource wird, die verbrennt.

Psychoonkologie am Lebensende bedeutet damit: Präzision statt Länge. Sinn statt Heilungsversprechen. Würde statt Pathologisierung. Verbundenheit statt Isolation. Nicht mehr. Aber auch nicht weniger.

Literatur

- Bergerot, C.D., Laroselli, A., Ahern, T.P., Clark, K.L. & Loscalzo, M. (2022). Fear of cancer recurrence or progression: What is it and what can we do about it? *American Society of Clinical Oncology Educational Book*, 42, 1–10.
- Bion, W.R. (1962). *Learning from experience*. Heinemann.
- Breitbart, W. (2017). *Meaning-centered psychotherapy in the cancer setting: Finding meaning and hope in the face of suffering*. Oxford UP.
- Breitbart, W., Rosenfeld, B., Gibson, C., Pessin, H., Poppito, S., Nelson, C. et al. (2010). Meaning-centered group psychotherapy for patients with advanced cancer: A pilot randomized controlled trial. *Psycho-Oncology*, 19(1), 21–28.
- Breitbart, W., Rosenfeld, B., Pessin, H., Applebaum, A., Kulikowski, J. & Lichtenthal, W. (2015). Meaning-centered group psychotherapy: An effective intervention for improving psychological well-being in patients with advanced cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 33(7), 749–754.
- Bush, S.H., Lawlor, P.G., Ryan, K. et al. (2018). Delirium in adult cancer patients: ESMO Clinical Practice Guidelines. *Annals of Oncology*, 29(Suppl. 4), iv143–iv165.
- Chochinov, H.M., Hack, T., McClement, S., Kristjanson, L. & Harlos, M. (2002). Dignity in the terminally ill: A cross-sectional cohort study. *The Lancet*, 360(9350), 2026–2030.
- Chochinov, H.M., Kristjanson, L.J., Breitbart, W., McClement, S., Hack, T.F., Hassard, T. & Harlos, M. (2011). Effect of dignity therapy on distress and end-of-life experience in terminally ill patients: A randomized controlled trial. *The Lancet Oncology*, 12(8), 753–762.
- Frankl, V.E. (1975). *Ärztliche Seelsorge: Grundlagen der Logotherapie und Existenzanalyse*. Kindler.
- Freud, S. (1917). *Trauer und Melancholie*.
- Kissane, D.W., Clarke, D.M. & Street, A.F. (2001). The demoralization scale: A report of its development and preliminary validation. *Journal of Palliative Care*, 17(4), 269–276.
- Leitlinienprogramm Onkologie (Dt. Krebsgesellschaft, Dt. Krebshilfe, AWMF) (2023). *Psychoonkologische Diagnostik, Beratung und Behandlung von erwachsenen Krebspatientinnen und Krebspatienten* (Langver. 2.1). AWMF-Registernummer 032-051OL. https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/fileadmin/user_upload/Downloads/Leitlinien/Psychoonkologie/Version_2/LL_Psychoonkologie_Langversion_2.1.pdf
- Li, J., Chen, Y., Chang, Y. et al. (2020). Dignity therapy for patients with advanced cancer: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Depression and Anxiety*, 37(3), 234–246.
- Mehnert, A., Brähler, E., Faller, H., et al. (2014). Four-week prevalence of mental disorders in patients with cancer across major tumor entities. *Journal of Clinical Oncology*, 32(31), 3540–3546.

- Mehnert, A., Koranyi, S., Philipp, R., et al. (2020). Efficacy of the Managing Cancer and Living Meaningfully (CALM) individual psychotherapy for patients with advanced cancer: A single-blind randomized controlled trial. *Psycho-Oncology*, 29(11), 1895–1904.
- Palliative Care Network of Wisconsin (2023, 11.12.). *Hope and truth telling* (Fast Fact #21). <https://www.mypcnw.org/fast-fact/hope-and-truth-telling/> (Zugriff am 16.01.2026)
- Robinson, S., Kissane, D. W., Brooker, J. & Burney, S. (2015). A systematic review of the demoralization syndrome in individuals with progressive disease and cancer: A decade of research. *Journal of Pain and Symptom Management*, 49(3), 595–610.
- Rodin, G., Lo, C., Rydall, A., et al. (2018). Managing cancer and living meaningfully (CALM): A randomized controlled trial of a psychological intervention for patients with advanced cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 36(23), 2422–2432.
- Stroebe, M. & Schut, H. (1999). The dual process model of coping with bereavement. *Death Studies*, 23(3), 197–224.
- von Blanckenburg, P. & Leppin, N. (2018). Psychological interventions in palliative care. *Current Opinion in Psychiatry*, 31(5), 389–395.
- Walbaum, C., Philipp, R., Bokemeyer, C., et al. (2024). Death anxiety in patients with advanced cancer and their family caregivers. *Journal of Pain and Symptom Management*, 68(6), 622–631.
- Warth, M., Kessler, J., Köhler, F., Aguilar-Raab, C., Bardenheuer, H. & Ditzen, B. (2019). Brief psychosocial interventions improve quality of life of patients receiving palliative care: A systematic review and meta-analysis. *Palliative Medicine*, 33(3), 332–345.
- WHO (2018). *Palliative care*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
- Winnicott, D. W. (1971). *Playing and reality*. Tavistock.

Hope in Dialogue

Psycho-oncological Precision at the End of Life Between Dignity, Truth, and Choice

Abstract: The final phase of advanced cancer is rarely a purely medical endpoint. It represents a concentration of fear, pain, relational challenges, and existential questions of meaning, dignity, and connectedness. In this context, psycho-oncological support can be effective not primarily through extended treat-

ment programs, but through precise, well-timed interventions. This requires a shift in perspective: away from an exclusive focus on survival time toward the question of how life can remain shapeable even under conditions of limited time. Based on an experience-informed, integrative, and practice-oriented synthesis of literature and concepts, this article develops an orienting model for psycho-oncological care at the end of life that is not limited to psycho-oncology specialists. Psychological distress is conceptualized as typically manifesting as demoralization, fear of progression or death, depressive symptoms, and «total pain», each requiring distinct priorities for indication, communication, and intervention across care settings. Three narrative case vignettes drawing on Meaning-Centered Psychotherapy, CALM, and Dignity Therapy illustrate the clinical logic of this approach.

Keywords: psycho-oncology, end of life, demoralization, fear of progression, total pain, dignity, Meaning-Centered Psychotherapy, CALM, Dignity Therapy

Biografische Notiz

Dr. med. *Jan Ben Schulze* ist Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie und seit 2004 in der Schweiz tätig. Seit 2019 arbeitet er als Oberarzt an der Klinik für Konsiliarpsychiatrie und Psychosomatik des Universitätsspitals Zürich und ist Co-Leiter der Psycho-Onkologie am Comprehensive Cancer Center Zürich. Seine klinischen Schwerpunkte liegen in der psychoonkologischen Versorgung von Patientinnen mit Krebserkrankungen, insbesondere in der Erkennung und Behandlung psychischer Belastungen, psychiatrischer Komorbidität sowie in geschlechtersensibler und diversitätsaffirmativer psychiatrisch-psychotherapeutischer Begleitung, einschliesslich transidenter Patientinnen.

Kontakt

E-Mail: Jan.Schulze@usz.ch

Kann Kunsttherapie in der onkologischen Rehabilitation hilfreich sein?

Roberta Pedrinis, Christopher Marti, Nicola Schiavone & Enzo Grossi¹

Psychotherapie-Wissenschaft 16 (1) 2026 15–23

www.psychotherapie-wissenschaft.info

CC BY-NC-ND

<https://doi.org/10.30820/1664-9583-2026-1-15>

Zusammenfassung: Dank der Fortschritte in der Krebserkennung und -behandlung gewinnt der Bereich der onkologischen Rehabilitation immer mehr an Bedeutung. Um die Wirksamkeit der onkologischen Rehabilitation zu verbessern, können Geist-Körper-Interventionen wie Kunsttherapie (KT) eingesetzt werden, um den Patienten zu helfen, die komplexen psychologischen und emotionalen Folgen einer Krebserkrankung zu verstehen und zu bewältigen. Ziel dieser Studie ist es, die Wirksamkeit eines multidisziplinären onkologischen Rehabilitationsprogramms in Kombination mit einer KT-Gruppenintervention mit der Wirksamkeit des konventionellen Programms bei der Verbesserung der körperlichen und kognitiven Rehabilitationsergebnisse bei Krebspatienten zu vergleichen. Darüber hinaus zielt es darauf ab, die subjektiven Erfahrungen der Teilnehmer und den wahrgenommenen Nutzen im Zusammenhang mit KT zu untersuchen. Diese Studie ist eine retrospektive Beobachtungsstudie mit Messungen vor und nach der Intervention. Analysiert wurden soziodemografische Variablen, klinische Informationen und Rehabilitationsergebnisse, die im Rahmen des Nationalen Rehabilitationsmessplans der Schweizerischen Nationalen Vereinigung für Qualitätsentwicklung in Krankenhäusern und Kliniken (ANQ) erhoben wurden. Zur Messung der Rehabilitationseffektivität wurden Rehabilitationsindizes (Res) auf Basis der Werte des Functional Independent Measure (FIM) berechnet. Der subjektiv wahrgenommene Nutzen der Teilnehmer wurde speziell für diese Studie am Ende der KT-Intervention mithilfe eines eigens entwickelten Fragebogens erfasst. Die endgültige Stichprobe umfasste 102 Krebspatienten, die an einem stationären Rehabilitationsprogramm der CREOC-Rehabilitationsklinik in Novaggio, Schweiz, teilnahmen. Die Interventionsgruppe (IG) bestand aus 54 Teilnehmern und die Kontrollgruppe (KG) aus 48. Die Teilnehmer der KT-Gruppe zeigten im Vergleich zur KG eine stärkere Verbesserung der motorischen und kognitiven Funktionen. Dieses Ergebnis stützt die Hypothese, dass KT eine Intervention ist, die die kognitiven und motorischen Funktionen von Patienten signifikant beeinflussen kann, was sich in traditionellen Rehabilitationsindikatoren widerspiegelt. Zudem stellt sie ein therapeutisches Instrument dar, das Patienten während des gesamten Rehabilitationsprogramms unterstützt. Entsprechend dieser Interpretation empfanden die meisten Teilnehmer die KT als «persönliche Entwicklungserfahrung» und berichteten, dass sie ihnen geholfen habe, ihr wahrgenommenes «Behandlungspotenzial» zu verbessern. Unsere Ergebnisse deuten darauf hin, dass KT durch die Stärkung der Patientenautonomie die Ergebnisse der traditionellen Krebsrehabilitation, gemessen am kognitiven und motorischen Funktionsstatus, signifikant verbessern kann. KT stellt somit ein unspezifisches therapeutisches Instrument dar, das für Patienten mit unterschiedlichen Krankheitsbildern nützlich sein und in verschiedenen Kontexten Vorteile bieten kann. Ein Krankenhaus, das KT-Interventionen in die Krebsrehabilitation integriert, kann Krebspatienten mit verschiedenen Krankheitsbildern, Persönlichkeitsmerkmalen und Bedürfnissen durch den Einsatz eines praktischen, kostengünstigen und effizienten Instruments besser unterstützen.

Schlüsselwörter: Kunsttherapie, Onkologie, Rehabilitation

Aufgrund der Verbesserungen in der Krebserkennung und -behandlung gewinnt der Bereich der onkologischen Rehabilitation zunehmend an Bedeutung. Die Wirksamkeit der Rehabilitation bei der Verbesserung der körperlichen und geistigen Gesundheit von Krebspatienten wurde nachgewiesen (Scott, 2013), die beobachteten Verbesserungen der Lebensqualität sowie der körperlichen und geistigen Leistungsfähigkeit sind jedoch mässig (Ture, 2017). Wichtig ist, dass diese negativen emotionalen Zustände langfristig die Krebsmortalität negativ beeinflussen (Chan,

2015; Satin, 2009). Diese Erkenntnisse unterstreichen die Notwendigkeit, geeignete therapeutische Angebote zu entwickeln, die Patienten bei der Bewältigung der emotionalen und psychischen Folgen von Krebs und seiner Behandlung unterstützen. Deshalb «kann die onkologische Rehabilitation interdisziplinäre Behandlungen beinhalten, die es Patienten ermöglichen, ein Höchstmaß an Unabhängigkeit zurückzugewinnen» (Reuss-Borst & Wentrock, 2013; ESMO, 2014). Um die Wirksamkeit der onkologischen Rehabilitation zu verbessern, können Körper-Geist-Interventionen wie Kunsttherapie (KT) in das traditionelle Rehabilitationsprogramm integriert werden. Sie unterstützen die Patienten dabei, die komplexen psychischen und emotionalen Folgen einer Krebserkrankung zu verstehen und zu bewältigen (Schiltz, 2015). Die

¹ Interessenkonflikt und Danksagung: Diese Arbeit wurde durch ein uneingeschränktes Stipendium der Helsinn Healthcare SA (Lugano, Schweiz) gefördert. Wir danken Herrn G. Rabito für seine Unterstützung und Dr. E. Galimberti.

Klinik CREOC arbeitet nach dem biopsychosozialen Modell (Engel, 1977). Eine Literaturübersicht aus dem Jahr 2018 unterstreicht die potenziellen Auswirkungen von KT auf sieben klinische Populationen, darunter Krebspatienten (Abbing, 2018). Darüber hinaus belegen aktuelle Studien und Metaanalysen die Wirksamkeit von KT bei der Behandlung häufiger physischer und psychischer krebsbedingter Nebenwirkungen (Carlson, 2017; Tang, 2019; Kim, 2018).

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat das Potenzial der Künste zur Ergänzung der Prävention und Behandlung nichtübertragbarer Krankheiten (NCDs) untersucht. Diese stellen die grösste Gesundheitsbedrohung in der WHO-Region Europa dar, wo Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes, chronische Atemwegserkrankungen, Krebs und andere NCDs für 90 % aller Todesfälle verantwortlich sind (WHO Europe 2019). Die WHO befürwortet die Integration der Künste in die Gesundheitssysteme zur Prävention und Behandlung von NCDs, einschliesslich Krebs, da sie zur Behandlung chronisch-degenerativer Erkrankungen (einschliesslich Krebs, Lungenerkrankungen, Diabetes und Herz-Kreislauf-Erkrankungen) und zur Sterbebegleitung (einschliesslich Palliativmedizin und Trauerbegleitung) beitragen können. Laut diesen Studien helfen die Künste, die Nebenwirkungen von Krebsbehandlungen wie Übelkeit, Müdigkeit, Appetitlosigkeit und Angstzustände zu lindern. KT fördert die psychische Gesundheit, reduziert Stress und Angst und verbessert die Lebensqualität von Krebspatienten. Darüber hinaus können die Künste auch die Resilienz und Empathie von Ärzten stärken und so die Arzt-Patienten-Beziehung verbessern.

Die Autoren lieferten insbesondere erste Belege dafür, dass KT Krebspatienten hilft, Angstzustände, Depressionen und Erschöpfung zu bewältigen (Schiltz, 2015; Tang, 2019), Schmerzen zu lindern und die gesundheitsbezogene Lebensqualität zu verbessern (Kim, 2018). Wood et al. (2011) schreiben:

«Kunsttherapie ist ein psychotherapeutischer Ansatz, der von erwachsenen Krebspatienten genutzt wird, um ein Spektrum behandlungsbedingter Symptome zu bewältigen und die psychische Anpassung an den Verlust, die Veränderung und die Unsicherheit zu erleichtern, die mit dem Überleben einer Krebserkrankung einhergehen. Die Forschung auf diesem Gebiet steckt jedoch noch in den Kinderschuhen.»

Obwohl es gewisse Hinweise auf einen Nutzen von KT hinsichtlich der Linderung von Krebssymptomen und -folgen geben mag, gibt es bisher keine Studien, die ihren Beitrag zur Verbesserung der Rehabilitationsergebnisse bei Krebspatienten im Anschluss an ein stationäres Programm untersucht haben. Bei der vorliegenden Studie handelt es sich um eine beobachtende retrospektive Studie mit Messungen vor und nach der Intervention. Ihr Ziel ist es, die Wirksamkeit eines traditionellen multidisziplinären onkologischen Rehabilitationsprogramms in Kombination mit einer KT-Gruppenintervention mit der

Wirksamkeit des herkömmlichen Programms allein im Hinblick auf den Nachweis körperlicher und kognitiver Rehabilitationsergebnisse bei Krebspatienten zu vergleichen. Das erste Ziel der Studie besteht darin, den Einfluss einer KT-Gruppenintervention auf die körperlichen und kognitiven Funktionsänderungen bei Patienten zu messen, die an einem stationären onkologischen Rehabilitationsprogramm teilgenommen haben. Das zweite Ziel ist es, die subjektiven Erfahrungen der Teilnehmer und den wahrgenommenen Nutzen der KT-Intervention mithilfe eines speziell entwickelten Fragebogens zu untersuchen.

Methode

Stichprobe und Verfahren: Patienten mit Krebsdiagnose, die zwischen Dezember 2016 und Dezember 2018 an einem stationären Rehabilitationsprogramm in der CREOC-Rehabilitationsklinik in Novaggio (Schweiz) teilnahmen, bildeten die erste Stichprobe. Die Einschlusskriterien für das Rehabilitationsprogramm waren: krankheitsbedingter Verlust der Autonomie mit Aussicht auf Genesung; und/oder ausgeprägte Asthenie nach einer langen onkologischen Therapie; und/oder schmerzhafte Symptome nach psychophysischer Dekonditionierung; und/oder eine relevante psychosoziale Situation (verändertes Selbstbild, vermindertes Selbstwertgefühl, Ängste und Befürchtungen).

Um an dieser Studie teilnehmen zu können, mussten die Patienten folgende Einschlusskriterien erfüllen: Alter zwischen 18 und 80 Jahren; günstige Prognose (mind. 6 Monate); stabiler Gesundheitszustand mit der Möglichkeit der Rückkehr nach Hause und der Wiederaufnahme alltäglicher Aktivitäten.

Zwei Jahre lang wurden Patienten, die in das onkologische Rehabilitationsprogramm der CREOC aufgenommen wurden, gebeten, zusätzlich zum herkömmlichen Programm an einer kunsttherapeutischen Gruppenintervention (KT) teilzunehmen. 54 Krebspatienten erklärten sich bereit, an der KT-Intervention teilzunehmen (Interventionsgruppe; IG). Wir verglichen ihre klinischen Daten retrospektiv mit denen von 48 Krebspatienten, die sich gegen eine Teilnahme an der KT entschieden (Kontrollgruppe; KG). Die endgültige Stichprobe bestand aus 102 Krebspatienten. Die IG bestand aus 54 und die KG aus 48 Krebspatienten. Um Teil der IG zu sein, mussten die Patienten an mindestens drei KT-Sitzungen teilnehmen. Diejenigen, die an einer oder zwei KT-Sitzungen teilnahmen, wurden in die KG aufgenommen. Jeder Patient, der in unserem KT-Atelier behandelt wurde, unterzeichnete eine schriftliche Einverständniserklärung zur wissenschaftlichen Verwendung der anonym gesammelten Daten.

Messungen: In dieser Studie wurden v. a. soziodemografische Variablen, klinische Informationen und Rehabilitationsergebnisse analysiert, die im Rahmen des Nationalen Rehabilitationsmessplans der Schweizerischen Vereinigung für Qualitätsentwicklung in Krankenhäusern und Kliniken (ANQ) als objektive Rehabilitationsmasse erhoben wurden. Zweitens wurde der subjektiv wahrge-

nommene Nutzen der Kunsttherapie aus Sicht der Teilnehmer am Ende der Kunsttherapie-Intervention mithilfe eines speziell für diese Studie entwickelten Fragebogens mit 12 Items erfasst (Tab. 6).

Der wahrgenommene Nutzen der KT aus Sicht der Teilnehmer wurde speziell für die vorliegende Studie am Ende der KT-Intervention erhoben. Aus dem ANQ-Datensatz haben wir die folgenden soziodemografischen und klinischen Informationen ausgewählt: Alter bei der Aufnahme; Geschlecht; Nationalität; Hauptdiagnose basierend auf den ICD-10-Kriterien; Dauer des Rehabilitationsprogramms; Herkunftsort vor der Aufnahme (zu Hause; Intensivstation; nicht-intensivstationär; sonstiges); primäres Therapieziel (allein nach Hause zurückkehren; mit dem Partner nach Hause zurückkehren; Integration in ein Pflegeheim; sonstiges); Unterstützungsbedarf zum Erreichen des primären Therapieziels (ja/nein); Erreichen des primären Therapieziels bei der Entlassung (ja/nein); Zielort bei der Entlassung (zu Hause; Intensivstation; nicht-intensivstationär; sonstiges); vorgeschlagene Behandlung nach der Entlassung (keine Behandlung; ambulante Behandlung; stationäre Behandlung; Rehabilitationsprogramm; sonstiges). Darüber hinaus wurden die folgenden klinischen Massnahmen ausgewählt und analysiert: Die Cumulative Illness Rating Scale (CIRS; Miller & Towers, 1991; Hudon et al., 2007). Dabei handelt es sich um ein Aufnahmegespräch mit dem Arzt. Es umfasst 13 Bereiche, die sich auf verschiedene Körpersysteme beziehen. Die Schweregrade reichen in jedem Bereich von 0 (keine) bis 4 (extrem schwer). Aus der CIRS wurden zwei Indizes abgeleitet: a) der Schweregradindex, der die Summe aller Werte der Bereiche ausser CIRS-14 (psychopathologischer Bereich) ist; er reicht von 0 bis 52, wobei höhere Werte einen schlechteren körperlichen Krankheitszustand anzeigen; b) der Komorbiditätsindex, der die Anzahl der Bereiche angibt, in denen die Patienten 3 oder mehr Punkte erreicht haben (schwerere Komorbidität). Höhere Werte im Komorbiditätsindex weisen auf ein höheres Mass an komorbiden Krankheitszuständen hin. Das Functional Independence Measure (FIM, 2015) wurde von der Pflegekraft innerhalb von 72 Stunden nach Beginn und Ende einer Rehabilitationsphase durchgeführt. Das FIM misst die Veränderungen der funktionellen Fähigkeiten des Patienten während eines Rehabilitationsprogramms (Koh et al., 2013). Es umfasst 18 Items, gruppiert in zwei Subskalen – Motorik und Kognition. Jedes Item wird auf einer Ordinalskala von 1 bis 7 bewertet. Der Gesamtwert der FIM-Subskala Motorik liegt zwischen 13 und 91. Der Gesamtwert der FIM-Subskala Kognition liegt zwischen 5 und 35. Je höher der Wert, desto selbstständiger ist der Patient bei der Durchführung der Aufgaben.

Fragebogen zur Selbsteinschätzung der Teilnehmer: Am Ende der KT-Intervention füllten die Patienten einen separaten, ergänzenden Fragebogen aus, um den wahrgenommenen Nutzen subjektiv zu bewerten und ihre Erfahrungen mit der KT auszudrücken. Die Teilnehmer wurden gebeten, die wahrgenommenen Vorteile in 12 Funktionsbereichen zu beschreiben. Die Verbesserung in den folgenden Funktionsbereichen wird anhand einer

5-stufigen Ordinalskala von «keine wahrgenommene Verbesserung» bis «stark wahrgenommene Verbesserung» bewertet: 1) Angstsymptome; 2) Stimmungssymptome; 3) wahrgenommener Stress; 4) Ausdrucksfähigkeit; 5) soziale Interaktion; 6) Kommunikationsfähigkeit; 7) Schmerzwahrnehmung; 8) Ablenkung durch Krankheit und Krankenhausaufenthalt; 9) Verbesserung des Körperbildes; 10) klinische Einsicht; 11) persönliches Wachstum; 12) Verbesserung der wahrgenommenen Fähigkeit zum «Behandlungspotenzial».

Interventionen: Alle Teilnehmer erhielten unabhängig von der Gruppe an fünf Tagen pro Woche ein stationäres onkologisches Rehabilitationsprogramm. Dieses bestand aus einer personalisierten multidisziplinären Behandlung mit medizinischen und psychiatrischen Leistungen, Physiotherapie, Ergotherapie und Pflege. Nur die IG erhielt zusätzliche KT-Gruppensitzungen unter der Leitung einer qualifizierten Kunsttherapeutin mit nachgewiesener Erfahrung und Kompetenz im künstlerischen und psychologischen Bereich, psychodynamisch ausgerichtet. Die KT fand vier Wochen lang zweimal wöchentlich in einem dafür vorgesehenen Zimmer einer Station statt. Jede Sitzung dauerte zwei Stunden und umfasste Gruppen von mindestens drei bis maximal acht Patienten. Die Gruppe bestand aus Krebspatienten und Patienten mit chronischen Schmerzen. Die KT-Gruppe war offen, d. h. ihre Zusammensetzung konnte von Sitzung zu Sitzung variieren. Als Hilfsmittel dienten Buntstifte, Marker, Wachsmalstifte, Farben und Zeitschriften zum Erstellen von Zeichnungen und Collagen. Das Thema war frei.

Jeder Teilnehmer konnte mithilfe dieser Materialien seine Erlebnisse – Gefühle, Empfindungen, Gedanken, Erinnerungen, Träume, Wünsche, Sehnsüchte – und seine persönlichen Erfahrungen zum Ausdruck bringen. Anschliessend präsentierte jeder Teilnehmer seine Arbeit den anderen Gruppenmitgliedern. Es ist wichtig zu betonen, dass für die Teilnahme an einer KT-Gruppe keine besonderen Fähigkeiten erforderlich sind. Ziel ist nicht ästhetische Forschung, sondern die Möglichkeit, sich durch eine nonverbale Sprache, in diesem Fall die bildliche Sprache, auszudrücken. Die Aktivität zielte darauf ab, die persönlichen Ressourcen jedes Patienten durch die Entwicklung von Vorstellungskraft und Kreativität zu aktivieren. Die Aufgabe der Kunsttherapeutin bestand darin, die Patienten in ihrem ausdrucksstarken und kreativen Prozess in einem geschützten, entspannten und wertfreien Rahmen zu begleiten, zu unterstützen und zu fördern. Der Schwerpunkt lag auf empathischer Resonanz und darauf, jeden Patienten in seiner Fähigkeit zu ermutigen, sich mithilfe bildlicher Sprache auszudrücken, so Widerstände zu überwinden und seine Erfahrungen anschliessend mit den anderen Gruppenmitgliedern zu teilen. Besonderes Augenmerk wurde auch auf die Interaktionen zwischen den Teilnehmern und die Gruppendynamik gelegt.

Statistische Methoden: Um die Rehabilitationswirksamkeit zwischen IG und KG zu vergleichen, wurde der Rehabilitationswirksamkeitsindex (REs) berechnet. Die REs drücken die während der Rehabilitation erzielten Verbesserungen unter Berücksichtigung der potenziellen

maximalen Funktionsverbesserung aus (Koh et al., 2013). Für diese Studie wurden die REs motorisch (mit der FIM-Subskala «motorisch») und die REs kognitiv (mit der FIM-Subskala «kognitiv») separat nach folgender Formel berechnet:

$$REs = \frac{FIM.d - FIM.a}{Max(FIM.d) - FIM.a} \times 100$$

Die statistischen Analysen erfolgten mit PASW Statistics 18.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA). Es wurden Prüfungen auf fehlende Daten und Ausreisser durchgeführt. Um die Wirksamkeit des Rehabilitationsprogramms unabhängig von der KT zu untersuchen, analysierten wir die Veränderungen in den FIM-Subskalen in beiden Gruppen separat mithilfe eines gepaarten t-Tests. Vor der Intervention führten wir Basiskontrollen mithilfe des t-Tests für kontinuierliche Variablen und Kontingenzkoeffizienten für kategoriale Variablen durch, um zu überprüfen, ob die Ergebnisse der KT nicht auf Basisunterschiede zurückzuführen sind. Um den KT-Effekt zu messen, analysierten wir die motorischen und kognitiven Fähigkeiten der REs mithilfe des F-Tests. Wir führten eine Korrelationsanalyse durch, um die Beziehungen zwischen REs und anderen Variablen zu überprüfen.

Ergebnisse

Probenbeschreibung: Die Ausgangsstichprobe bestand aus 110 Patienten. Vier Patienten wurden aufgrund fehlender FIM-Werte von der Analyse ausgeschlossen. Zwei Patienten schieden aus dem Programm aus und zwei Patienten erfüllten die Alterseinschlusskriterien nicht. Die endgültige Stichprobe bestand aus 48 Teilnehmern der KG (47,1 %) und 54 Teilnehmern der IG (52,9 %). Tabelle 1 und 2 zeigen die soziodemografischen und klinischen Merkmale der Stichprobe. Die Ergebnisse zeigten, dass die Teilnehmer der KG im Vergleich zu denen der IG älter waren ($t = -2,02$ (99); $p = 0,02$). Sie zeichneten sich durch einen signifikant höheren CIRS-Komorbiditätsindex ($t = -2,48$ (99); $p = 0,01$) aus, was auf ein höheres Mass an komorbiden klinischen Erkrankungen in der KG im Vergleich zur IG hindeutet. Wir fanden einen Wert nahe dem signifikanten Unterschied beim Vergleich des CIRS-Schweregradindex in beiden Gruppen. Patienten in der KG zeigten einen schwereren klinischen Zustand als

Patienten in der IG ($t = -1,96$ (99); $p = 0,05$). Geschlecht, psychopathologischer Status der Teilnehmer (CIRS-14) und Dauer des Krankenhausaufenthalts ($t = 0,08$ (100); $p = 0,97$) unterschieden sich statistisch nicht.

Der Widerstand der Teilnehmer gegen die Teilnahme an KT-Gruppen lässt sich an folgenden Faktoren erkennen: Vorurteile und Angst vor einer neuen Aktivität, die Angst, nicht kreativ sein zu können, und schliesslich die anfängliche Skepsis gegenüber der Wirksamkeit einer solchen Aktivität. Nach der Entscheidung für die Teilnahme an der KT-Intervention zeigte kein Patient, unabhängig von Alter, Geschlecht und Schweregrad der Krankheit, Probleme bei der Durchführung der KT-Sitzungen.

Dem Selbsteinschätzungsbogen zufolge wurde die Gruppe als ein soziales Umfeld wahrgenommen, das die Verbesserung sozialer Fähigkeiten fördert und somit das Stigma der Krankheit sowie Widerstände gegen die Teilnahme an Gruppenkursen überwindet. Die Gruppe wurde als ein Ort der Sozialisation wahrgenommen, der die Fähigkeit zur Verbesserung des Umgangs mit sozialen Beziehungen fördert und so das Stigma der Krankheit und den Widerstand gegen die Teilnahme an Gruppenkursen überwindet. Die Mehrheit der Teilnehmer empfand KT als eine «Erfahrung des persönlichen Wachstums», als «Mittel zur Verbesserung der wahrgenommenen Fähigkeit» zur «potenziellen persönlichen Behandlung» und zur «Entwicklung eines grösseren Bewusstseins für das Verständnis der Krankheit». Diese Wahrnehmung steht im Einklang mit der tiefgründigen Natur der therapeutischen Kunst, die von Symbolik und der Beziehung zum Unbewussten profitiert. Eine weitere Schwierigkeit ist der anfängliche Widerstand der Ärzte, da KT nicht in ihr Denkmuster passt. In diesem Sinne waren die Treffen interdisziplinärer Teams sehr hilfreich.

Tabelle 3 zeigt die motorischen und kognitiven FIM-Werte sowie die REs. Der gepaarte t-Test wurde verwendet, um Veränderungen in den FIM-Subskalen in den beiden Gruppen getrennt zu analysieren. Die Ergebnisse zeigten eine signifikante Verbesserung sowohl in den motorischen als auch in den kognitiven Subskalen sowohl in der IG als auch in der CG (alle $p < 0,05$). Wir führten ANCOVAs durch, um festzustellen, ob es Unterschiede in den REs zwischen den Gruppen gab, nachdem der CIRS-Schweregradindex, der CIRS-Komorbiditätsindex und das Alter der Teilnehmer berücksichtigt wurden. Bezüglich der motorischen REs zeigte die Analyse, dass beide Kovariaten nicht signifikant mit den motorischen

Kontinuierliche Variablen	Gruppe	
	IG (N=54)	CG (N=47)
Alter bei Aufnahme	60.19± 12.48	65.68±11.72
Dauer des Krankenhausaufenthalts	20.91 ± 4.36	20.88±4.41
CIRS Schweregradindex	10.68± 4.94	12.89± 6.34
CIRS Komorbiditätsindex	1.70± 1.05	2.27± 1.26

Tab. 1: Basismerkmale in der IG und CG

Kategorische Variablen		
Geschlecht	IG (N=54)	CG (N=47)
Männlich	44.2 %	41.7 %
Weiblich	55.8 %	58.3 %
Psychopathologischer Status (CIRS-14) zum Zeitpunkt der Aufnahme	IG (N=54)	CG (N=47)
Keine	38.5 %	51.1 %
Leicht	15.4 %	23.4 %
Mittel	40.4 %	19.1 %
Mittelschwer	5.8 %	6.4.7 %
Schwer	0 %	0 %
Herkunftsort vor Aufnahme	IG (N=54)	CG (N=47)
Heim	66.7 %	59.6 %
Pflegeheim	3.8 %	2.1 %
Keine Intensivstation	18.5 %	21.3 %
Akutstation	11.1 %	17 %
Primäres Therapieziel	IG (N=54)	CG (N=47)
Rückkehr allein nach Hause	50.0	62.5
Rückkehr mit dem Partner	48.1	31.3
Integration in ein Pflegeheim	1.9	6.3
Sonstige		
Unterstützungsbedarf zur Erreichung des primären Therapieziels	IG (N=54)	CG (N=47)
Ja	30.2	37.8
Nein	69.8	62.2
Primäres Therapieziel zum Zeitpunkt der Entlassung erreicht	IG (N=54)	CG (N=47)
Ja	90.9	94.4
Nein	9.1	5.6
Zielort bei Entlassung	IG (N=54)	CG (N=47)
Zuhause	90.7	93.6
Keine Intensivstation	3.7	2.1
Akutstation	5.6	4.3
Empfohlene Behandlung nach der Entlassung	IG (N=54)	CG (N=47)
Keine Behandlung	24.1	14.9
Ambulante Behandlung	57.4 7.4	46.8 27.7
Stationäre Behandlung	9.3	6.4
Rehabilitationsprogramm	1.9	4.3

Tab. 2: Basismerkmale in der IG und CG

REs zusammenhingen (CIRS-Schweregradindex, ($F(1) = .36$; $p > 0,05$); Alter ($F(1) = .42$; $p > 0,05$)) und es KEINEN signifikanten Haupteffekt der KT auf die motorischen REs gab ($F(1) = 122$; $p > 0,05$). Das Alter hatte keine signifikante Beziehung zu den kognitiven REs. Andererseits hatte der CIRS-Schweregradindex eine signifikante Beziehung zu den gesamten REs ($F(1) = 5,88$; $p < 0,05$). Die REs- und FIM-Werte sind in Tabelle 4 dargestellt. Es wurde ein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Gruppen zugunsten von IG bei den motorischen und kognitiven REs festgestellt.

Die Korrelationsanalyse zeigte keine signifikante Korrelation zwischen den motorischen REs und dem Alter der Teilnehmer, dem CIRS-Schweregradindex und dem CIRS-Komorbiditätsindex (alle $p > 0,05$). Ähnliche Ergebnisse zeigten sich für den kognitiven Bereich, mit Ausnahme des CIRS-Komorbiditätsindex ($R = -0,20$; $p = 0,03$). Die durchschnittliche Anzahl der KT-Sitzungen, die die Teilnehmer der Interventionsgruppe erhielten, betrug 4,6 ($SD = 1,1$; Bereich: 3–8). Die Anzahl der durchgeführten KT-Sitzungen stand in keinem Zusammenhang (alle $p > 0,05$) mit dem Alter der Teilnehmer, dem Schweregradindex (CIRS), dem Komorbiditätsindex (CIRS) und dem psychopathologischen Status des Teilnehmers (CIRS-14) zum Zeitpunkt der Aufnahme in die Klinik.

Ergebnisse des Selbstbeurteilungsfragebogens: Am Ende der KT-Intervention füllten die Patienten einen separaten, ergänzenden Fragebogen aus, um den wahrgenommenen Nutzen subjektiv zu bewerten und ihre Erfahrungen mit der KT zu schildern. Die Teilnehmer wurden gebeten, die wahrgenommene Verbesserung in 12 Funktionsbereichen anhand einer 5-stufigen Ordinalskala von «keine wahrgenommene Verbesserung» bis «stark wahrgenommene Verbesserung» zu bewerten. Tabelle 5 zeigt den wahrgenommenen Nutzen der Teilnehmer. Abschliessend wurde ein KT-Gesamtscore berechnet, der sich aus der Summe der Patientenscores in jedem der 12 im KT-Fragebogen enthaltenen Funktionsbereiche zusammensetzt. Höhere Scores deuten auf einen höheren wahrgenommenen Nutzen der KT aus Patientensicht hin.

Es wurden keine signifikanten Zusammenhänge zwischen dem KT-Score und der Anzahl der durchgeführten KT-Sitzungen, dem Schweregradindex (CIRS), dem Komorbiditätsindex (CIRS), dem psychopathologischen Status (CIRS-14) und der Dauer des Krankenhausaufenthalts festgestellt (alle $p > 0,05$).

Diskussion

Die Rehabilitationsindizes (REs) zeigten eine stärkere Verbesserung der motorischen und kognitiven Funktionen in der Interventionsgruppe im Vergleich zur anderen Gruppe, die statistisch unterschiedlich ausfiel. Dieses Ergebnis steht im Einklang mit der Hypothese, dass KT eine Intervention mit direktem Einfluss auf den kognitiven und motorischen Funktionsstatus der Patienten ist, wie er durch die traditionellen Rehabilitationsindizes ausgedrückt wird, und ein therapeutisches Instrument darstellt, das Patienten im Verlauf des Rehabilitationsprogramms stärken kann (Rubin, 2006). Daher kann der Einsatz von Aufgaben, die den fokussierten Ausdruck unangenehmer Emotionen bei Krebspatienten ermöglichen, wie z. B. KT, zu einem gesteigerten Wohlbefinden und einer gestärkten Selbstbestimmung führen (Pennebaker et al., 1997; Stanton et al., 2000; Monti et al., 2006).

Laut Selbsteinschätzungsfragebogen berichteten die meisten Teilnehmenden von sehr positiven Erfahrungen mit der KT und stellten Verbesserungen in den meisten untersuchten Bereichen fest. So gaben sie bspw. an, dass ihnen KT bei ihren Kommunikations- und Ausdrucksfähigkeiten geholfen habe. Dies deckt sich mit früheren Erkenntnissen, wonach KT eine weniger beängstigende Methode zur Offenlegung privater Informationen über die eigenen Gefühle darstellt (Tate & Longo, 2002; Schiltz, 2015). KT ermöglicht in der Tat die Entwicklung der Fähigkeit zur imaginativen und symbolischen Verarbeitung intrapsychischer Konflikte und Spannungen (Schiltz, 2015). Darüber hinaus berichteten die Teilnehmer, dass die KT ihnen geholfen habe, bessere soziale Interaktionen

Variablen	IG (N=54)		CG (N=47)	
	Zulassung	Entladung	Zulassung	Entladung
FIM-Motorik-Score	76.00±14.22	83.00±10.88	73.64±13.34	79.70±11.03
Gruppenvergleich	Effect size= 0.56 P= <0.05		Effect size= 0.49 P= 0.05	
FIM-Kognition-Score	30.40±5.20	31.83±5.10	30.85±3.96	31.60±3.78
Gruppenvergleich	Effect size= 0.27 P= <0.05		Effect size= 0.19 P= 0.05	

Tab. 3: FIM-Motorik- und Kognitionsscore in der IG und CG

	IG (N=54)	CG (N=47)	
REs Motor	48.6 ± 33.2	34.5 ± 31.4	P = 0.0452
REs Cognitive	34.2 ± 51.7	15.23 ± 35.9	P = 0.0373

Tab. 4: REs Motor und REs Cognitive in der IG und CG

	Keine wahrgenommene Verbesserung	1	2	3	4	Grosse wahrgenommene Verbesserung
Verringerung von Angstzuständen	7.9	2.6	7.9	26.3	21.1	34.2
Verbesserung der Stimmung	0	0	4.8	11.9	42.9	40.5
Verringerung des wahrgenommenen Stresses	2.6	2.6	15.8	10.5	36.8	31.6
Verbesserung der Ausdrucksfähigkeit	0	0	0	20.5	31.8	47.7
Verbesserung der Sozialen Interaktion	0	5.1	2.6	20.5	38.5	33.3
Verbesserung der Kommunikationsfähigkeiten	2.6	0	7.7	25.6	30.8	33.3
Verringerte Schmerzwahrnehmung	15.6	6.3	6.3	15.6	15.6	40.6
Ablenkung durch Krankheit und Krankenhausaufenthalt	0	2.6	0	21.1	31.6	44.7
Verbesserung des Körper Bildes	0	0	5.7	28.6	40.0	25.7
Verringerung des Krankheitsbewusstseins und der Krankheitseinsicht	0	0	0	7.7	48.7	43.6
Persönliches Wachstum	0	0	4.9	14.6	36.6	43.9
Verbesserung der wahrgenommenen Fähigkeit zu einer Behandlung	0	0	4.8	14.3	28.6	52.4

Tab. 5: Von den Patienten wahrgenommene Vorteile der Kunsttherapie

zu bewältigen. Dieser Vorteil ist besonders interessant, da nur ein Bruchteil der Krebspatienten aus verschiedenen Gründen an Gruppeninterventionen teilnimmt, darunter eingeschränkter Zugang, negative Wahrnehmung des Gruppenprozesses und Stigmatisierung (Monti et al., 2006; Krizek et al., 1999; Leventhal et al., 1992). Daher könnte KT ein innovatives therapeutisches Gruppenformat für Krebspatienten sein.

Klinische Implikationen: Dieser Prozess der Stärkung der Selbstbestimmung im Verlauf der Rehabilitation kann, wie unsere Ergebnisse nahelegen, zu einer Verbesserung des funktionellen Status des Patienten und einer Linderung der medizinischen Symptome führen. Entsprechend dieser Interpretation empfand die Mehrheit der Teilnehmer KT als eine «Erfahrung des persönlichen Wachstums» und berichtete, dass sie ihnen geholfen habe, ihr wahrgenommenes «Behandlungspotenzial» zu verbessern. Wie Rubin (2006) feststellte, «ermöglicht die KT den Zugang zu schmerzhaften oder belastenden Emotionen in einem sicheren und therapeutischen Umfeld. Dieser Akt kann zu Gefühlen der Stärkung sowie zur Erfahrung von innerem Frieden durch künstlerischen Ausdruck führen.» Diese Interpretation wird durch die Erfahrungen der Teilnehmer gestützt.

Unsere Ergebnisse zeigten, dass die Anzahl der durchgeführten KT-Sitzungen keinen Einfluss auf die Wahrnehmung des KT-Nutzens zu haben scheint. Patienten, die drei Sitzungen absolvierten, berichten tendenziell von den gleichen wahrgenommenen Vorteilen wie Patienten mit fünf oder sechs Sitzungen. Dies deutet darauf hin, dass die Teilnehmer in relativ kurzer Zeit positive Effekte wahrnehmen. Darüber hinaus zeigten alle Patienten nach

der anfänglichen Entscheidung zur Teilnahme an der KT-Intervention keine Probleme mit der Durchführung der KT-Sitzungen, unabhängig von Alter, Geschlecht und Schwere des Krankheitsbildes.

Studienlimitationen: Unsere Studie ist eine Beobachtungsstudie mit prospektiver Datenerhebung zur KT und einem rückblickenden Vergleich mit einer Kontrollgruppe, die keine KT erhielt. Die Einschränkungen unserer Forschung lassen sich in zwei Hauptfaktoren einteilen: Erstens besteht die potenzielle Verzerrung der Resultate durch die freiwillige Teilnahme der Patienten am KT-Programm im Vergleich zur Auswahl einer randomisierten Stichprobe. Aus ethischen Gründen haben wir die freiwillige Teilnahme der Patienten gewählt. Zudem wurden der Kontrollgruppe Teilnehmende mit nur ein oder zwei KT-Sitzungen zugeordnet. Diese Aspekte schliessen eine Verzerrung in der Kontrollgruppe nicht aus. Der zweite Faktor liegt in der retrospektiven Auswertung der Wirksamkeitsindikatoren. Der Vergleich der Patientenmerkmale beider Gruppen (Tab. 2) gewährleistet jedoch deren Vergleichbarkeit. Wir sind uns auch der Einschränkung durch die relativ geringe Stichprobengrösse bewusst. Dennoch erscheint die durch KT erzielte Effektstärke ausreichend, um das Risiko einer unzureichenden statistischen Aussagekraft zu kompensieren.

Schlussfolgerung und zukünftige Entwicklungen

Die Ergebnisse des Pilotprojekts scheinen zu zeigen, dass KT innerhalb des traditionellen multidisziplinären Rehabilitationsprogramms für Krebspatienten mit einem

biopsychosozialen Ansatz einen signifikanten Einfluss hat. KT kann durch die Stärkung der Patientenautonomie indirekt einen positiven Einfluss auf den Funktionsstatus während der Krebsrehabilitation haben. Die Bewertungen der Teilnehmenden zeigen, dass sie KT als weniger invasive Methode zur Offenlegung von Emotionen und zur Kommunikation persönlicher Gefühle wahrnehmen als herkömmliche psychologische Behandlungsformen wie die Gesprächstherapie. Darüber hinaus berichten die Teilnehmenden von Vorteilen bei relativ kurzer Dauer der KT, unabhängig von Alter, Geschlecht und Schweregrad der Erkrankung. Insgesamt legen unsere Ergebnisse nahe, dass KT besonders für den Rehabilitationsbereich geeignet ist, da die Interventionen in der Regel drei bis vier Wochen dauern und die Patientenpopulation sehr heterogen ist. In diesem Sinne kann KT ein unspezifisches therapeutisches Instrument darstellen, das für Patienten mit unterschiedlichen Krankheitsbildern nützlich sein und in verschiedenen Kontexten Vorteile bieten kann. Ein Krankenhaus, das KT in der Krebsrehabilitation einsetzt, kann Krebspatienten mit unterschiedlichen klinischen Profilen, persönlichen Merkmalen und Bedürfnissen mit einem praktischen, kostengünstigen und effizienten Instrument unterstützen.

Literatur

- Abbing, A., Ponstein, A., van Hooren, S., de Sonnevile, L., Swaab, H. & Baars, E. (2018). The effectiveness of art therapy for anxiety in adults: A systematic review of randomised and non-randomised controlled trials. *PLoS One*, 13(12), e0208716.
- Carlson, L.E., Zelinski, E., Toivonen, K., Flynn, M., Qureshi, M., Piedalue, K.A. & Grant, R. (2017). Mind-Body Therapies in Cancer: What Is the Latest Evidence? *Curr Oncol Rep*, 19(10), 67.
- Chan, C.M., Wan Ahmad, W.A., Yusof, M.M. et al. (2015). Effects of depression and anxiety on mortality in a mixed cancer group: A longitudinal approach using standardised diagnostic interviews. *Psychooncology*, 24, 718–725.
- Engel, G.L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129–136.
- European Society for Medical Oncology (2014). *Rehabilitation Issues during cancer treatment and follow up*. ESMO.
- FIM System® Clinical Guide Version 5.2 (1997, 2009, 2013). Uniform Data System for Medical Rehabilitation, a division of UB Foundation Activities, Inc. (UDSMR), 270 Northpointe Parkway, Suite 300, Amherst, New York 14228.
- Hudon, C., Fortin, M. & Soubhi, H. (2007). Abbreviated guidelines for scoring the Cumulative Illness Rating Scale (CIRS) in family practice. *J Clin Epidemiol*, 60(2), 212.
- Kim, K.S., Loring, S. & Kwekkeboom, K. (2018). Use of Art-Making Intervention for Pain and Quality of Life Among Cancer Patients: A Systematic Review. *J Holist Nurs*, 36(4), 341–353.
- Koh, G.C.-H., Chen, C.H., Petrella, R. et al. (2013). Rehabilitation impact indices and their independent predictors: a systematic review. *BMJ Open*, 3, e003483.
- Krizek, C., Roberts, C., Ragan, R. et al. (1999). Gender and cancer support group participation. *Cancer Pract*, 7(2), 86–92.
- Leventhal, H., Diefenbach, M. & Leventhal, E.A. (1992). Illness cognition: Using common sense to understand treatment adherence and affect cognitions interactions. *Cognitive Ther Res*, 16, 143–163.
- Miller, M.D. & Towers, A. (1991). *A manual of guidelines for scoring the Cumulative Illness Rating Scale for Geriatrics (CIRS-G)*. Univ. of Pittsburgh.
- Monti, D.A., Peterson, C., Kunkel, E.J., Hauck, W.W., Pequignot, E., Rhodes, L. & Brainard, G.C. (2006). A randomized, controlled trial of mindfulness-based art therapy (MBAT) for women with cancer. *Psychooncology*, 15(5), 363–373.
- Pennebaker, J.W., Mayne, T.J. & Francis, M.E. (1997). Linguistic predictors of adaptive bereavement. *J Pers Soc Psychol*, 72, 864–871.
- Reuss-Borst, M. & Wentrock, S. (2013). Innovative individualized rehabilitation concepts in oncology. *Dtsch Med Wochenschr*, 138, 895–901.
- Rubin, J. (2006). *Artful therapy*. John Wiley & sons.
- Satin, J.R., Linden, W. & Phillips, M.J. (2009). Depression as a predictor of disease progression and mortality in cancer patients: A meta-analysis. *Cancer*, 115, 5349–5361.
- Schiltz, L. (2015). Application de l'art thérapie en psycho-oncologie: Evaluation d'une étude exploratoire en milieu extra-hospitalier.
- Scott, D.A., Mills, M., Black, A. et al. (2013). Multidimensional rehabilitation programmes for adult cancer survivors. *Cochrane Database Syst Rev*, 3, CD007730.
- Stanton, A.L., Danoff-Burg, S., Cameron, C. et al. (2000). Emotionally expressive coping predicts psychological and physical adjustment in breast cancer. *J Consult Clin Psychol*, 68(5), 875–882.
- Tang, Y., Fu, F., Gao, H., Shen, L., Chi, I. & Bai, Z. (2019). Art therapy for anxiety, depression, and fatigue in females with breast cancer: A systematic review. *J Psychosoc Oncol*, 37(1), 79–95.
- Tate, F. & Longo, D. (2002). Art therapy: Enhancing psychosocial nursing. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 40(3), 40–48.
- Ture, M., Angst, F., Aeschlimann, A. et al. (2017). Short-term effectiveness of inpatient cancer rehabilitation: A longitudinal controlled cohort study. *J Cancer*, 8, 1717–1725.
- WHO Europe (2019, Aug.). What is the evidence on the role of the arts in improving health and well-being in the WHO European region?
- Wood, M.J., Molassiotis, A. & Payne, S. (2011). What research evidence is there for the use of art therapy in the management of symptoms in adults with cancer? A systematic review. *Psychooncology*, 20(2), 135–45.

Can art therapy be helpful in oncological rehabilitation?

Abstract: Thanks to advances in cancer detection and treatment, the field of oncological rehabilitation is becoming increasingly important. To improve the effectiveness of oncological rehabilitation, mind-body interventions such as art therapy (AT) can be used to help patients understand and manage the complex psychological and emotional consequences of cancer. The aim of this study is to compare the effectiveness of a multidisciplinary oncology rehabilitation program in combination with a AT group intervention with the effectiveness of the conventional program in improving physical and cognitive rehabilitation outcomes in cancer patients. In addition, it aims to examine participants' subjective experiences and perceived benefits related to AT. This study is a retrospective observational study with measurements before and after the intervention. Sociodemographic variables, clinical information and rehabilitation outcomes collected as part of the National Rehabilitation Measurement Plan of the Swiss National Association for Quality Development in Hospitals and Clinics (ANQ) were analysed. To measure rehabilitation effectiveness, rehabilitation indices (Res) were calculated based on the values of the Functional Independent Measure (FIM). The subjectively perceived benefit of the participants was recorded especially for this study at the end of the AT intervention with the help of a specially developed

questionnaire. The final sample included 102 cancer patients who participated in an inpatient rehabilitation program at the CREOC rehabilitation clinic in Novaggio, Switzerland. The intervention group (IG) consisted of 54 participants and the control group (KG) of 48. The participants of the AT-group showed a greater improvement in motor and concentration camp cognitive functions compared to the KG. This finding supports the hypothesis that AT is an intervention that can significantly affect patients' cognitive and motor functions, which is reflected in traditional rehabilitation indicators. It is also a therapeutic tool that supports patients throughout the rehabilitation program. According to this interpretation, most participants perceived AT as a »personal development experience« and reported that it helped them improve their perceived »treatment potential«. Our results suggest that AT can significantly improve the outcomes of traditional cancer rehabilitation, as measured by cognitive and motor function status, by strengthening patient autonomy. AT thus represents a non-specific therapeutic tool that can be useful for patients with different clinical pictures and offer benefits in different contexts. A hospital that integrates AT interventions into cancer rehabilitation can better support cancer patients with different conditions, personality traits and needs through the use of a practical, cost-effective and efficient tool.

Keywords: Art Therapy, Oncology, Rehabilitation

Biografische Notiz

Roberta Pedrinis ist Kunsttherapeutin, Psychotherapeutin ASP und Projektleiterin der Kunsttherapie in der Rehabilitationsklinik CREOC Novaggio.

Christopher Marti ist Internist und Rehabilitationsmediziner, leitender Arzt und Verantwortlicher für das onkologische Programm der Rehabilitationsklinik CREOC Novaggio.

Nicola Schiavone ist Rehabilitationsmediziner und Chefarzt der Rehabilitationsklinik CREOC Novaggio.

Enzo Grossi ist wissenschaftlicher Direktor der Villa Santa Maria Stiftung, Tavernerio.

Kontakt

E-Mail: r.pedrinis@ticino.com

Verbesserung der Früherkennung psychischer Belastungen bei Krebs

Und Überweisung an die Psychoonkologie durch ein elektronisches Belastungs-Screening

Janine Spitzhüttl, Karin Ribi, Daniel M. Aebersold, Timo Nannen, Sabine Kaufmann-Schopfer, Jürg Bernhard & Alexander Wünsch

Psychotherapie-Wissenschaft 16 (1) 2026 25–33

www.psychotherapie-wissenschaft.info

CC BY-NC-ND

<https://doi.org/10.30820/1664-9583-2026-1-25>

Zusammenfassung: Psychische Belastungen, Angst- und Depressionssymptome sind bei onkologischen Patient*innen häufig, werden jedoch in der klinischen Routine nicht immer systematisch erfasst. Elektronische Belastungsscreenings könnten die Früherkennung erleichtern und eine patientenzentrierte Zuweisung zu psychoonkologischen Unterstützungsangeboten fördern. Ziel dieser Studie war es, die Machbarkeit der Implementierung eines wiederholten elektronischen Belastungsscreenings (*eDistressScreen*) in der onkologischen Routineversorgung am Inselspital, Universitätsspital Bern zu evaluieren. Die vorliegende Machbarkeitsstudie umfasste erwachsene Patient*innen mit soliden Tumoren oder hämatologischen Erkrankungen zu Beginn einer neuen onkologischen Behandlung. Das elektronische Screening wurde zur Baseline sowie nach 3, 6 und 12 Monaten über die E-Health-Plattform Evita durchgeführt. Erfasst wurden psychische Belastung (Distress-Thermometer), depressive Symptome (PHQ-9) und Angstsymptome (GAD-7). Zusätzlich wurden Präferenzen für eine psychoonkologische Kontaktaufnahme sowie die Benutzerfreundlichkeit mittels System Usability Scale (SUS) erhoben. Von 80 angefragten Patient*innen gaben 76 (95%) ihre Einwilligung zur Studienteilnahme. Das Baseline-Screening wurde von 59 Teilnehmenden (78%) ausgefüllt; die Teilnahmequoten lagen über 12 Monate zwischen 63 % und 70 %. Insgesamt wurden 14 % der Screenings selbstinitiiert durchgeführt. Zu Baseline wiesen 44 % der Teilnehmenden eine erhöhte psychische Belastung auf. Über alle Messzeitpunkte hinweg zeigten sich rückläufige Mittelwerte für psychische Belastung, Angst- und Depressionssymptome. 23 % der belasteten Patient*innen äusserte den Wunsch nach psychoonkologischem Kontakt, während auch ein geringer Anteil an Patient*innen mit niedriger Belastung Unterstützungsbedarf angab (12%). Die Benutzerfreundlichkeit des elektronischen Screenings wurde überwiegend als gut bewertet (SUS ≥ 70). Das wiederholte elektronische Belastungsscreening erwies sich als umsetzbar und benutzerfreundlich. Die Diskrepanz zwischen angegebener Belastung und subjektivem Unterstützungswunsch unterstreicht die Notwendigkeit, neben standardisierten Screeningwerten auch individuelle Präferenzen systematisch zu erfassen. Elektronische Screeningverfahren können einen wichtigen Beitrag zu einer patientenzentrierten psychoonkologischen Versorgung leisten, erfordern jedoch eine Kombination mit persönlichem Kontakt im Behandlungsteam sowie die Berücksichtigung individueller Präferenzen und umfassender Informationen zu Unterstützungsangeboten.

Schlüsselwörter: Machbarkeitsstudie, psychische Belastung bei Krebspatient*innen, Angst, Depression, elektronisches Screening, E-Health, Patientenpräferenzen, Machbarkeitsstudie

Ein erheblicher Anteil onkologischer Patient*innen leidet unter psychischer Belastung oder weist sogar eine psychische Störung auf (Donovan et al., 2020; Getie et al., 2025). Metaanalysen zeigen, dass global die Prävalenz depressiver Symptome bei 33 % und für Angstsymptome bei 31 % liegt (Getie et al., 2025). Eine grossangelegte Studie in Deutschland mit etwas mehr als 4.000 Krebserkrankten ermittelte eine Prävalenz von 13,8% für mittelschwere oder starke Angst mit einem um das 2,7-fache erhöhten Risiko für Angstsymptome im Vergleich zur deutschen Allgemeinbevölkerung (Goerling & Mehnert, 2018). In einer Studie aus Österreich zeigte etwas mehr als ein Drittel (35%, n = 7.509) der Krebsbetroffenen Symptome von Angstzuständen oder Depressionen (28%) und jede

sechste Person hatte sehr wahrscheinlich eine psychiatrische Erkrankung, wobei Frauen häufiger betroffen waren (Zeilinger et al., 2022). Neben den unmittelbaren negativen Auswirkungen von psychischen Belastungen auf die Lebensqualität sind insbesondere depressive Symptome und Angstzustände mit einer erhöhten krebspezifischen Mortalität sowie mit geringeren Überlebensraten assoziiert (Wang et al., 2020).

Die relativ hohe Prävalenz psychischer Belastungen bei Krebserkrankten hat dazu geführt, die Belastung als sechstes Vitalzeichen in der Krebsbehandlung aufzunehmen (Bultz & Johansen, 2011). In klinischen Leitlinien wird daher empfohlen, Krebserkrankte nach deren Belastung zu befragen, vorzugsweise mithilfe eines systematischen

Screenings (Andersen et al., 2023; Grassi et al., 2023; Pirl et al., 2014). Für ein erfolgreiches Belastungsscreening sind drei Schritte erforderlich: 1) Identifizierung belasteter Krebserkrankte mittels validierter Screeninginstrumente, 2) die Überweisung an geeignete Unterstützungsdienste, 3) die Verfügbarkeit evidenzbasierter Behandlungsangebote (Carlson, 2013; Zimmermann et al., 2025). Eine Indikation zur Überweisung an psychoonkologische Dienste besteht, wenn die festgelegten Schwellenwerte des verwendeten Screeninginstruments überschritten werden. Ergänzend sollte der subjektive Unterstützungswunsch der Betroffenen erfasst werden, um individuelle Bedürfnisse unabhängig vom objektiv erhobenen Bedarf bzw. der gemessenen psychischen Belastung abzubilden (Dreismann & Zimmermann, 2023).

In der Schweiz wird ein Belastungsscreening zwar empfohlen, ist jedoch bislang nicht flächendeckend in der Standardversorgung etabliert (Schweizerische Gesellschaft für Psychoonkologie 2014). Zudem liegen bisher nur wenige Daten zur Inanspruchnahme von Belastungsscreenings und daraus resultierender Überweisungen in Schweizer Krebszentren vor. Eine Studie des Universitätsspitals Basel zeigte, dass von 333 gescreeenten Personen mit einer Belastung oberhalb des festgelegten Schwellenwerts 25 % den psychoonkologischen Dienst in Anspruch nehmen wollten, 33 % unentschlossen waren und 42 % keine entsprechende Absicht hatten (Tondorf et al., 2018).

Mit dem technologischen Wandel wird eine regelmäßige elektronische Bewertung von Symptomen, Nebenwirkungen und der Lebensqualität für Krebserkrankte zugänglich (Van Den Hurk et al., 2022). Nutzer*innen erhalten eine Rückmeldung zum Schweregrad ihrer Belastung, sodass bei einem auftretenden Problem nicht sofort eine Gesundheitsfachperson aufgesucht werden muss. Dementsprechend wurde die Einführung eines elektronisch zugänglichen und benutzerfreundlichen Systems als ein wichtiger Faktor für ein erfolgreiches Belastungsscreening identifiziert (Fitch et al., 2018). Am Inselspital, Universitätsspital Bern wurde das Belastungsscreening bis zum Jahr 2021 papierbasiert durchgeführt. Die Patient*innen wurden vor einer Konsultation zu Beginn der Behandlung sowie etwa drei Monate später gebeten, das Distress-Thermometer (Holland et al., 2010; Mehnert et al., 2006) in Papierform auszufüllen. Auf Grundlage der erreichten Belastung erfolgte eine Zuweisung an entsprechende Unterstützungsdienste durch ein Mitglied des Behandlungsteams. Dieser Screeningansatz wurde jedoch nicht systematisch in den Behandlungsprozess integriert.

Das übergeordnete Ziel der vorliegenden Studie war es, eine systematische psychoonkologische Versorgung bestmöglich in den Behandlungsprozess zu integrieren und die Implementierung eines elektronischen Belastungsscreenings in die klinische Praxis zu evaluieren. Dabei wurde die Machbarkeit eines wiederholten elektronischen Belastungsscreenings zur Erfassung psychischer Belastungen untersucht, um Patient*innen eine Selbstüberweisung zu Unterstützungsdiensten zum individuell passenden Zeitpunkt zu ermöglichen.

Methodisches Vorgehen

Studiendesign: Die vorliegende Studie wurde als eine Machbarkeitsstudie konzipiert (Singer et al., 2017), um zu prüfen, ob das Screening am Universitätsspital Bern wie vorgesehen implementiert werden kann. Es wird empfohlen, die Einführung einer neuen Screeningmethode zunächst in kleinem Massstab zu testen, um Prozesse zu evaluieren und die Nachhaltigkeit der Implementierung sicherzustellen (Fitch et al., 2018).

Auswahl und Rekrutierung der Teilnehmenden: Teilnehmenden konnten Patient*innen, die folgende Einschlusskriterien erfüllten: 1) mindestens 18 Jahre alt; 2) Diagnose einer soliden Tumor- oder hämatologischen Krebserkrankung; 3) Beginn einer neuen Behandlung in der Abteilung für Medizinische Onkologie; in der Abteilung für Radio-Onkologie oder im Brust- und Gynäkologischen Zentrum des Universitätsspitals Bern; 4) ausreichende deutsche Sprachkenntnisse; 5) Besitz und sichere Nutzung eines Smartphones, Tablets oder Computers; 6) schriftliche Einverständniserklärung zur Teilnahme an der Machbarkeitsstudie.

Patient*innen wurden von der Studie ausgeschlossen, wenn sie das Vorgehen nicht ausreichend verstanden, bspw. aufgrund von Sprachbarrieren, schweren psychischen Störungen oder Demenz. Die Rekrutierung erfolgte fortlaufend. Ein*e Studienkoordinator*in überprüfte alle Patient*innen mit neuer Diagnose anhand der Einschlusskriterien und fragte sie zur Teilnahme an. Bei Patient*innen, die eine Teilnahme ablehnten, wurden die Gründe für die Nichtteilnahme dokumentiert. Nach Erhalt der schriftlichen Einverständniserklärung informierte der*die Studienkoordinator*in die Teilnehmenden über das weitere Vorgehen, insbesondere wie auf das elektronische Screening zugegriffen und dieses ausgefüllt werden konnte.

Ablauf des elektronischen Belastungsscreenings: Das elektronische Screening wurde wiederholt zu festgelegten Zeitpunkten durchgeführt: zu Beginn der Behandlung (Baseline, BL; innerhalb eines Monats nach der ersten onkologischen Konsultation) sowie drei (M3), sechs (M6) und zwölf Monate (M12) danach. Um die Teilnahme zu erleichtern, erhielten die Teilnehmenden eine automatische Benachrichtigung per E-Mail oder eine Push-Benachrichtigung, die zum Screening aufforderte. Zusätzlich konnten die Teilnehmenden das Screening zu jedem Zeitpunkt selbst initiieren.

Verwendete Screeninginstrumente: Das standardisierte Screening zu psychischer Belastung, Depressivität und Angst erfolgte mittels drei validierter Instrumente, die im psychoonkologischen Kontext etabliert sind (Zimmermann et al., 2025).

Psychische Belastung (Psychological Distress, Holland et al., 2010; Mehnert et al., 2006): Das vom National Comprehensive Cancer Network (NCCN) konzipierte «Distress Thermometer (DT)» ist ein Instrument zur Erfassung psychosozialer Belastungen bei Personen mit Krebserkrankungen. Das DT besteht aus einem einzelnen Item: «Bitte kreisen Sie die Zahl [0–10] ein, die am besten beschreibt, wie stark Ihre Belastung in der vergangenen Woche einschließlich heute war.» (Abb. 1). Für

die validierte deutsche Version des DT wird ein Cut-off-Wert von ≥ 5 als klinisch relevante Belastung empfohlen (Mehnert et al., 2006). Dabei ist zu beachten, dass es sich beim DT um ein Screeningverfahren handelt, das lediglich Hinweise auf eine klinisch relevante Belastung liefert und keine diagnostische Testung ersetzt.

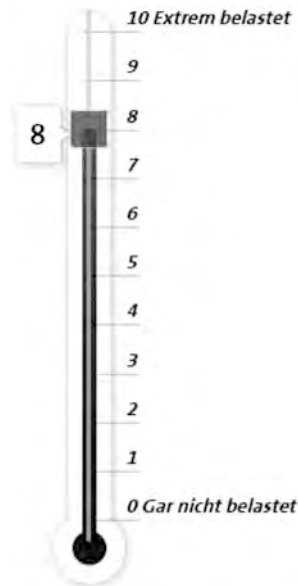


Abb. 1: Distress-Thermometer zur Erfassung der psychischen Belastung; Darstellung für die Studienpatient*innen

Depressive Symptome (Patient Health Questionnaire PHQ-9, Kroenke et al., 2001): Der PHQ-9 ist ein Selbstbeurteilungsfragebogen, der aus neun Fragen besteht und zur Erfassung des Vorliegens und des Schweregrads depressiver Symptome eingesetzt wird. Die Antwortoptionen reichen von «0» (überhaupt nicht) bis «3» (beinahe jeden Tag), wobei sich ein Gesamtwert von 0 bis 27 ergibt. Der etablierte Cut-off-Wert für den PHQ-9 liegt bei ≥ 10 . Die empfohlenen Schweregradeinteilungen sind wie folgt: keine Depression (0–4), leichte Depression (5–9), mittelgradige Depression (10–14), mittelgradig schwere Depression (15–19) und schwere Depression (20–27) (Zimmerman, 2019). Für onkologische Patient*innen wird ein niedrigerer Cut-off-Wert von ≥ 8 empfohlen (Andersen et al., 2014).

Angstsymptome (Generalized Anxiety Disorder Scale-7 GAD-7, Spitzer et al., 2006) wurden mit dem GAD-7, einem Selbstbeurteilungsfragebogen bestehend aus sieben Fragen und zur Erfassung generalisierter Angstsymptome, erhoben. Der Schweregrad der Symptome wird anhand der berichteten Antwortkategorien erfasst, denen Punktwerte zugeordnet sind («überhaupt nicht» = 0 Punkte, «an einzelnen Tagen» = 1 Punkt, «an mehr als der Hälfte der Tage» = 2 Punkte, «beinahe jeden Tag» = 3 Punkte). Der Gesamtwert reicht von 0 bis 21. Die Cut-off-Werte von 5, 10 und 15 definieren jeweils leichte, mittelgradige und schwere Angstsymptome. Bei Verwendung des GAD-7 als Screeninginstrument wird ein Cut-off-Wert von ≥ 10 empfohlen.

Zusätzliche Symptome: Ausserdem wurden Müdigkeit und Schmerzen auf einer numerischen Bewertungsskala von 0 bis 10 erfasst (Butt et al., 2008) sowie bis zu drei weitere

aktuelle Symptome angegeben. Die Daten hierfür wurden jedoch nicht in der Machbarkeitsstudie berücksichtigt.

Überschritt eines der drei Screeninginstrumente (allgemeine psychische Belastung, Depressivität oder Angst) den jeweiligen Cut-off-Wert, wurden die Patient*innen gebeten, anhand der folgenden Antwortoptionen ihre Präferenz für eine Überweisung an den psychoonkologischen Dienst anzugeben. 1) Ich möchte momentan keinen Kontakt; 2) Ich melde mich selbst beim behandelnden Arzt oder einer Pflegefachperson; 3) Der behandelnde Arzt oder eine Pflegefachperson soll sich bei mir melden; 4) Ich melde mich selbst beim psychoonkologischen Dienst; 5) Der psychoonkologische Dienst soll sich bei mir melden.

Die Benutzerfreundlichkeit des digitalen Screenings wurde mit der *System Usability Scale (SUS)* bewertet (Brooke, 1996; Kortum & Bangor, 2013). Dabei handelt es sich um einen weitverbreiteten, standardisierten Fragebogen zur Messung der Nutzerzufriedenheit, der aus zehn Items mit einer 5-stufigen Likert-Skala von «1 = stimme überhaupt nicht zu» bis «5 = stimme voll zu» besteht. Rohwerte werden in Werte zwischen 0 und 100 transformiert, wobei Werte über 70 auf eine gute Gebrauchstauglichkeit hinweisen (Kortum & Bangor, 2013).

Erfasst wurden zudem soziodemografische Informationen wie Alter, Geschlecht, Staatsangehörigkeit, Berufstätigkeit/Schulstatus sowie Verwandtschaft/Ehestand. Zu den klinischen Daten gehörten die Art der Krebserkrankung, die Art der Behandlung (Chemotherapie, Bestrahlung, Operation) und der Behandlungsstatus (aktuell in Behandlung oder nicht).

Datenerhebung: Für das elektronische Belastungsscreening wurde die E-Health-Plattform Evita genutzt. Über Evita können Patient*innen ihre Gesundheitsdaten verwalten, Einsichten in ihre Akten vornehmen und Zugriffsrechte selbst steuern. Zum Zeitpunkt der Studieninitiation wurde die Plattform von Swisscom Health AG, einem Unternehmen des grössten Schweizer Telekommunikationsanbieters, betrieben. Mehrere Kliniken des Universitätsspitals Bern (z. B. Dermatologie, Rheumatologie, Physiotherapie) nutzten zum damaligen Zeitpunkt Evita bereits für patientenzentrierte Dienstleistungen. Die Plattform entspricht den Schweizer Datenschutzbestimmungen. Das elektronische Belastungsscreening wurde als zusätzlicher Service für alle Patient*innen des Universitätsspitals angeboten, unabhängig von einer Studienteilnahme. Nach der Registrierung auf Evita und der Zustimmung zur Datenschutzvereinbarung konnten sich Patient*innen über das Dashboard zum «University Cancer Center Inselspital (UCI)» anmelden oder wurden vom Studienpersonal eingeladen. Anschliessend füllten sie die Screeningfragen aus. Die Ergebnisse der drei eingesetzten Instrumente wurden automatisch berechnet und den Teilnehmenden angezeigt. Bei Überschreiten der jeweiligen Cut-off-Werte führten die Ergebnisse unmittelbar zu einer Empfehlung für eine Überweisung, wobei individuelle Präferenzen der Patient*innen berücksichtigt werden konnten (s. o.). Die Ergebnisse wurden kontinuierlich in grafischer Form dargestellt, sodass Veränderungen der Punktwerte im Verlauf sichtbar waren. Patient*innen hatten zudem jederzeit die Möglichkeit, ihre Ergebnisse als PDF aus Evita abzurufen.

Ergebnisse

Studienteilnehmer*innen und Machbarkeit: Insgesamt wurden 421 Patient*innen auf die Erfüllung der Auswahlkriterien geprüft. Wie in Abbildung 2 dargestellt, kam es bei einigen Patient*innen aus verschiedenen Gründen nicht zu einer Studienteilnahme oder diese wurde abgelehnt. Von den 421 potenziell geeigneten Patient*innen wurden 80 Personen (19%) zur Teilnahme angefragt, wovon 76 Personen (95% der Anfragen) ihre schriftliche Einwilligung gaben. Das Screening zur Baseline (BL) wurde von 59 Teilnehmenden (78%) ausgefüllt. Nach 3 Monaten (M3) nahmen 51 Personen (67%), nach 6 Monaten (M6) 53 Personen (70%) und nach 12 Monaten (M12) 48 Personen (63%) am Screening teil. Während der Studie führten die Teilnehmenden insgesamt 29 selbstinitiierte Screenings durch, was 14 % der gesamten Screenings ($n = 211$) über alle Messzeitpunkte ausmacht. Sieben Datensätze gingen versehentlich auf der Evita-Plattform verloren.

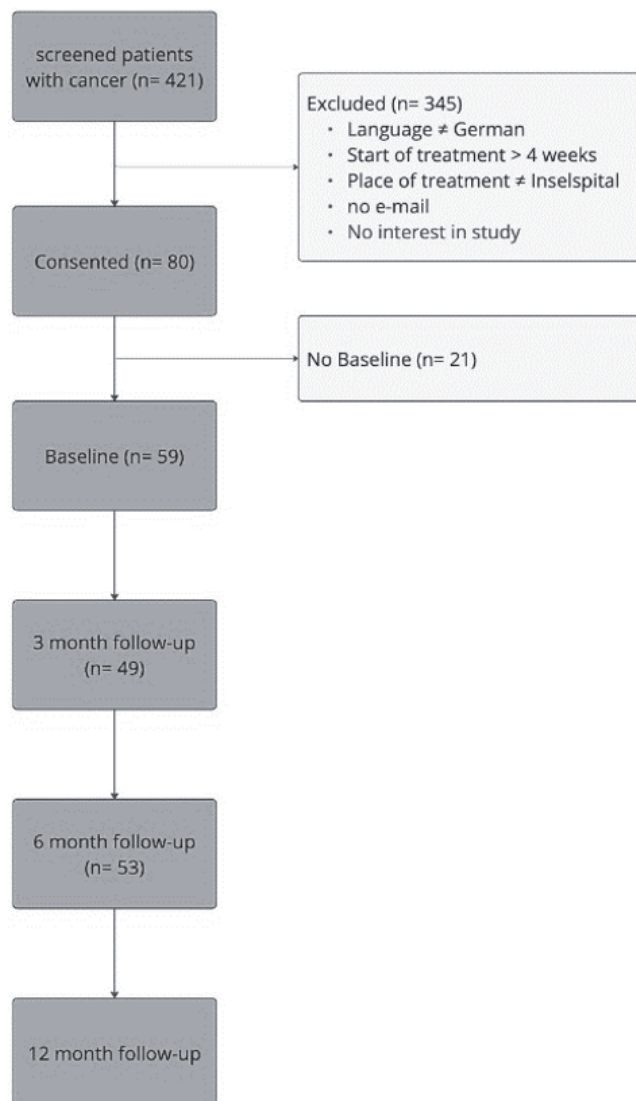


Abb. 2: Rekrutierung der Teilnehmenden

Soziodemographische und klinische Merkmale der Teilnehmenden: Zu Studienbeginn lag das Alter der Patient*innen, die die Studie abschlossen, zwischen 34 und 78 Jahren ($M = 61.5$). Von den insgesamt 59 Teilnehmenden waren lediglich 6 Personen (10%) jünger als 40 Jahre. Die Mehrheit der Teilnehmenden waren Männer ($n = 46$; 78 %), überwiegend mit Prostatakarzinom, gefolgt von malignen Erkrankungen des Hals-Nasen-Ohren-Bereichs. 13 Frauen (22%) nahmen an der Studie teil, wobei die meisten von ihnen an einem Mammakarzinom erkrankt waren.

Psychische Belastung, Angst und Depression der Teilnehmenden bei BL: Zum BL-Zeitpunkt wiesen 26 Teilnehmende (44%) eine erhöhte psychische Belastung auf, während 33 Teilnehmende (56%) unauffällige Werte zeigten. Erhöhte Angstwerte fanden sich bei 3 Teilnehmenden (5%). Erhöhte Depressionswerte wurden bei 10 Teilnehmenden (17%) beobachtet.

Psychische Belastung, Angst und Depressivität über die Messzeitpunkte: Über alle Messzeitpunkte und Teilnehmenden hinweg zeigten sich rückläufige Werte der psychischen Belastung sowie der Angst- und Depressions-symptomatik. Die durchschnittliche psychische Belastung über alle Teilnehmenden betrug zur Baseline $M = 4.59$ ($SD = 2.43$) und verringerte sich bei M3 auf $M = 4.02$ ($SD = 2.77$), bei M6 auf $M = 3.21$ ($SD = 2.50$) und bei M12 auf $M = 3.03$ ($SD = 2.40$). Auch die Angstwerte nahmen im Studienverlauf ab (BL: $M = 3.54$, $SD = 2.98$; M3: $M = 3.14$, $SD = 3.77$ und M6: $M = 2.88$, $SD = 2.43$) und blieben bis M12 weitgehend stabil ($M = 3.13$; $SD = 3.71$). Für die Depressionswerte zeigte sich ebenfalls ein kontinuierlicher Rückgang (BL: $M = 4.78$, $SD = 3.63$; M3: $M = 3.92$, $SD = 3.46$; M6: $M = 3.54$, $SD = 3.41$; M12: $M = 3.22$, $SD = 3.06$). Abbildung 3 fasst die Anteile erhöhter psychischer Belastung, Angst und Depression zu den Messzeitpunkten BL, M3, M6 und M12 zusammen.

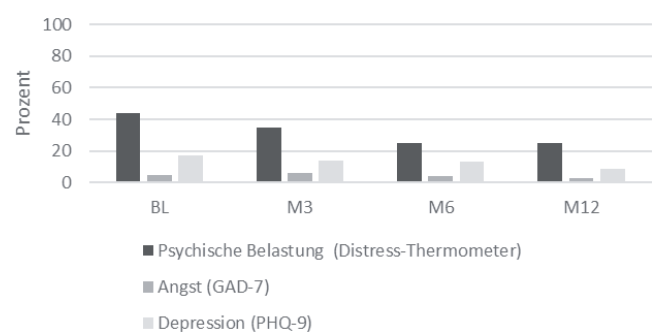


Abb. 3: Anteile erhöhter psychischer Belastung, Angst und Depression zu den Messzeitpunkten BL, M3, M6 und M12

Benutzerfreundlichkeit: Die Benutzerfreundlichkeit wurde zu den Messzeitpunkten M3 ($n = 48$) und M12 ($n = 44$) erhoben. Zum Messzeitpunkt M3 gaben 41 von 48 Personen (85%) eine gute Benutzerfreundlichkeit (≥ 70) an, während 7 Personen (15%) eine geringere Benutzerfreundlichkeit (< 70) berichteten. Zum Messzeitpunkt M12 berichteten 36 von 44 Personen (82%) eine gute

Benutzerfreundlichkeit (≥ 70), während 8 Personen (18%) eine geringere Benutzerfreundlichkeit (< 70) angaben. Für beide Zeitpunkte zeigte sich ein Mittelwert (M3: $M = 84.69$, $SD = 15.25$; M12: $M = 80.51$, $SD = 15.63$), der auf eine gute Benutzerfreundlichkeit hindeutet. Es zeigte sich weder ein signifikanter Unterschied zwischen den Geschlechtern ($p = 0.804$) noch ein signifikanter Unterschied zwischen Personen über 40 Jahren und Personen unter 40 Jahren ($p = 0.179$).

Bedürfnis nach Psychoonkologischem Kontakt: Während der BL-Befragung gaben 26 Personen (44%) an, eine hohe psychische Belastung zu haben (Wert ≥ 5). Von diesen äusserten 6 Personen (23%) den Wunsch nach Kontakt mit dem psychoonkologischen Dienst. Zusätzlich gaben 3 Personen (9%) mit niedrigerer allgemeiner Belastung an, ebenfalls Kontakt mit dem psychoonkologischen Dienst aufnehmen zu wollen (Tab. 1). Ähnlich dazu berichteten zum Messzeitpunkt M3 18 Personen (35%) über eine erhöhte psychische Belastung. Davon äusserten 6 Personen (33%) den Wunsch nach Kontakt mit dem psychoonkologischen Dienst. Hinzu kamen 4 Personen mit niedrigerer psychischer Belastung, die ebenfalls einen Kontakt wünschten. Zum Messzeitpunkt M6 gaben 14 Personen (26%) an, eine hohe psychische

Belastung zu haben, von denen jedoch nur 3 Personen (21%) einen Kontakt zum psychoonkologischen Dienst wünschten. Zusätzlich äusserten 2 Personen mit niedrigerer allgemeiner Belastung den Wunsch nach Kontakt. Zum Messzeitpunkt M12 berichteten schliesslich 11 Personen (23%) über eine hohe allgemeine Belastung. Davon wünschten lediglich 2 Personen (18%) Kontakt mit dem psychoonkologischen Dienst. Darüber hinaus gaben 3 Personen mit niedrigerer allgemeiner Belastung an, ebenfalls Kontakt mit dem psychoonkologischen Dienst aufnehmen zu wollen.

Präferenzen des Kontaktangebots: Unter den 59 Teilnehmenden zum Messzeitpunkt BL wurde am häufigsten angegeben, derzeit keinen Kontakt zu wünschen ($n = 29$; 49%), gefolgt von der Option «Ich melde mich selber beim behandelnden Arzt oder einer Pflegefachperson» ($n = 20$; 34%). Die Kategorie «Ich melde mich selber beim psychoonkologischen Dienst» wurde von 9 Personen ($n = 9$; 15%) gewählt, während lediglich 1 Person (2%) angab, dass sich der psychoonkologische Dienst bei ihr melden sollte. Die Option «Der behandelnde Arzt oder eine Pflegefachperson soll sich bei mir melden» wurde nicht gewählt. Es zeigte sich kein signifikanter Unterschied hinsichtlich des Geschlechts ($p = 0.730$) oder des Alters ($p = 0.467$).

Belastung	Gesamt n	Kontakt ja n (%)	Kontakt Nein n (%)	Gründe für keinen Kontakt (n,% der Gruppe ohne Kontakt)
Hoch (≥ 5)	26	6 (23%)	20 (77%)	Möchte noch abwarten: 5 (19%) Ich werde von meinem Umfeld gut unterstützt: 10 (38%) Habe bereits professionelle Unterstützung: 2 (8%) Kein Interesse: 3 (12%)
Niedrig (< 5)	33	3 (9%)	30 (91%)	Möchte noch abwarten: 8 (24%) Ich werde von meinem Umfeld gut unterstützt: 11 (33%) Habe bereits professionelle Unterstützung: 1 (3%) Kein Interesse: 1 (3%)

Hoch = $DT \geq 5$, Niedrig = $DT < 5$. Prozentangaben bei den Gründen beziehen sich auf die jeweilige Teilgruppe ohne Kontaktpreferenz. Fehlende Angaben: Hoch: 0; Niedrig: 9 (27%)

Tab. 1: Psychische Belastung, Wunsch nach Kontakt zum psychoonkologischen Dienst (ja/nein) und Gründe für keinen Kontakt bei BL-Messung (n,%)

Antwortmöglichkeit	BL (n,%)	M3 (n,%)	M6 (n,%)	M12 (n,%)
Ich möchte momentan keinen Kontakt	29 (49%)	28 (57%)	35 (69%)	21 (68%)
Ich melde mich selbst beim behandelnden Arzt oder einer Pflegefachperson	20 (34%)	10 (20%)	10 (20%)	4 (13%)
Der behandelnde Arzt oder eine Pflegefachperson soll sich bei mir melden	0	0	0	1 (3%)
Ich melde mich selbst beim Psychoonkologischen Dienst	9 (15%)	6 (12%)	6 (12%)	3 (10%)
Der psychoonkologische Dienst soll sich bei mir melden	1 (2%)	2 (4%)	0	1 (3%)

BL = Baseline, M3 = 3 Monate, M6 = 6 Monate, M12 = 12 Monate. Prozentangaben beziehen sich jeweils auf die zu diesem Zeitpunkt antwortenden Teilnehmenden

Tab. 2: Kontaktpreferenzen der Teilnehmenden zu den Messzeitpunkten BL, M3, M6 und M12

Auch bei den anderen Messzeitpunkten M3 ($n = 49$), M6 ($n = 51$) und M12 ($n = 31$) wurde die Antwort «Ich möchte momentan keinen Kontakt» am häufigsten gewählt. Tabelle 2 fasst die Antworthäufigkeiten zu den verschiedenen Messzeitpunkten zusammen. Zudem fanden sich auch zu diesen Zeitpunkten keine Unterschiede in Bezug auf Geschlecht und Alter (M3: Geschlecht $p = 0.506$, Alter über 40 $p = 0.157$; M6: Geschlecht $p = 0.690$, Alter über 40 $p = 0.075$; M12: Geschlecht $p = 0.637$, Alter über 40 $p = 0.764$). Die Gründe, weshalb die Teilnehmenden keinen Kontakt wünschten, sind exemplarisch für den ersten Messzeitpunkt in Tabelle 1 dargestellt. Der am häufigsten genannte Grund war «Ich werde von meinem Umfeld gut unterstützt».

Diskussion

Die vorliegende Machbarkeitsstudie zeigt, dass ein wiederholtes elektronisches Belastungsscreening in der onkologischen Routineversorgung grundsätzlich umsetzbar ist. Die Benutzerfreundlichkeit wurde von den teilnehmenden Patient*innen als gut eingestuft. Gleichzeitig zeigt die relativ geringe Zahl angefragter Patient*innen im Verhältnis zu den insgesamt gescreenten Personen, dass strukturelle oder organisatorische Barrieren bei der Rekrutierung bestanden. Dies verdeutlicht, dass die Implementierung eines elektronischen Screenings nicht nur eine technische, sondern v. a. eine prozessuale Herausforderung darstellt und eine klare Einbettung in bestehende klinische Abläufe erfordert.

Fast die Hälfte der Teilnehmenden wiesen zu Behandlungsbeginn eine erhöhte psychische Belastung auf. Dieser Befund deckt sich mit der Literatur zu Prävalenzangaben bei onkologischen Patient*innen (Goerling & Mehnert-Theuerkauf, 2018) und verdeutlicht die klinische Relevanz eines systematischen Belastungsscreenings auch im Schweizer Kontext (Goetz et al., 2025). Des Weiteren zeigte sich, dass es im zeitlichen Verlauf zu einer Abnahme der Belastungs-, Angst- und Depressionswerte kam. Diese im Verlauf beobachtete Abnahme könnte verschiedene Ursachen haben, wie bspw. eine Anpassung an die Erkrankung oder das Ende intensiver Behandlungsphasen. Bemerkenswert ist, dass die durchschnittlichen Werte für Angst und Depression bereits zu Baseline im niedrigen bis moderaten Bereich lagen. Dies könnte mit der Zusammensetzung der Stichprobe zusammenhängen, die überwiegend aus älteren Männern mit Prostatakarzinom bestand, einer Gruppe, die in früheren Studien tendenziell über eine geringer ausgeprägte Psychopathologie berichtet (Bisson et al., 2002).

Ein zentrales Ergebnis ist die wiederholt beobachtete Diskrepanz zwischen erhöhter Belastung und dem Wunsch nach psychoonkologischem Kontakt insbesondere zum ersten Zeitpunkt. Nur ein Teil der belasteten Patient*innen äusserte ein entsprechendes Unterstützungsbedürfnis. Dieses Ergebnis deckt sich mit Befunden aus vorangegangenen Studien (Wünsch et al., 2024). Auch hier kann die überwiegend männliche Stichprobe eine

mögliche Hypothese für die hohe Ablehnung von psychoonkologischen Unterstützungsangeboten darstellen (Tondorf et al., 2018; Zwahlen et al., 2017). Gleichzeitig gaben auch Personen mit niedriger Belastung an, Kontakt aufnehmen zu wollen. Dies unterstreicht die Bedeutung, neben standardisierten Screeningschwellenwerten stets auch den individuellen Unterstützungswunsch zu berücksichtigen. Eine Einbettung der Screeningergebnisse in ein pflegerisches Aufnahmegespräch wird als sehr sinnvoll erachtet. So können die Ergebnisse zeitnah evaluiert und der individuelle Unterstützungsbedarf koordiniert werden. Aus der Erfahrung in der klinischen Praxis lässt sich ableiten, dass etwa 30 % der Patient*innen bereits durch einfache Massnahmen wie gezielte Informationen oder pflegerische Beratungsgespräche unterstützt werden können. Ferner können auch Beweggründe für eine Ablehnung trotz erhöhtem Belastungswert erfasst und mögliche falsche Vorstellungen geklärt werden (Goetz et al., 2025).

Als Hauptgrund keine Kontaktaufnahme zu wünschen, wurde angegeben, über eine ausreichende Unterstützung durch das soziale Umfeld zu verfügen. Dies deckt sich mit Befunden, die zeigen, dass soziale Ressourcen eine zentrale Rolle bei der Bewältigung der Erkrankung spielen und die Inanspruchnahme professioneller Hilfe beeinflussen (Clover et al., 2015; Dilworth et al., 2014). Als Konsequenz könnte eine systematische Erfassung des sozialen Unterstützungssystems abgeleitet werden, um Patient*innen mit geringer sozialer Unterstützung bestmöglich zu identifizieren. Gleichzeitig könnten Faktoren wie Stigmatisierung psychischer Unterstützung (Matthews et al., 2003), mangelnde Information über psychoonkologische Angebote (Betker et al., 2025; Pichler et al., 2022) oder der Wunsch nach Selbstständigkeit dazu beitragen (Mosher et al., 2014), dass Unterstützungsangebote nicht genutzt werden, selbst wenn eine Belastung vorliegt. Diese Aspekte der möglichen Ablehnung könnten ebenso über ein routinemässiges Aufnahmegespräch adressiert werden.

Die Studie weist mehrere Limitationen auf. Die Stichprobe war klein und hinsichtlich Geschlecht und Tumor-entitäten nicht ausgewogen, was die Generalisierbarkeit der Ergebnisse einschränkt. Zudem wurden ausschliesslich Patient*innen mit ausreichenden Deutschkenntnissen und Zugang zu digitalen Endgeräten eingeschlossen. Der Verlust einzelner Datensätze auf der Plattform stellt eine weitere Einschränkung dar. Schliesslich erlaubt das Studiendesign keine Aussagen zur Wirksamkeit des Screenings im Hinblick auf klinische Outcomes oder die tatsächliche Nutzung psychoonkologischer Angebote.

Zusammenfassend zeigen die Ergebnisse, dass ein elektronisches Belastungsscreening grundsätzlich eine praktikable Methode zur wiederholten Erfassung psychischer Belastungen in der Onkologie darstellt. Für eine nachhaltige Implementierung in die Routineversorgung sowie die effektive Anbindung an Unterstützungsangebote ist jedoch ein individuell zugeschnittener Zugang erforderlich, der Patient*innen aktiv informiert und digitale Lösungen mit persönlichem Kontakt im Behandlungsteam kombiniert.

Literatur

- Andersen, B.L., DeRubeis, R.J., Berman, B.S., Gruman, J., Champion, V.L., Massie, M.J., Holland, J.C., Partridge, A.H., Bak, K., Somerfield, M.R. & Rowland, J.H. (2014). Screening, assessment, and care of anxiety and depressive symptoms in adults with cancer: An American Society of Clinical Oncology guideline adaptation. *Journal of Clinical Oncology*, 32(15), 1605–1619.
- Andersen, B.L., Lacchetti, C., Ashing, K., Berek, J.S., Berman, B.S., Bolte, S., Dizon, D.S., Given, B., Nekhlyudov, L., Pirl, W., Stanton, A.L. & Rowland, J.H. (2023). Management of anxiety and depression in adult survivors of cancer: ASCO guideline update. *Journal of Clinical Oncology*, 41(18), 3426–3453.
- Betker, L., Buch, K., Berlin, P., Carrasco, A.J.P., Knorrnschild, J.R., Seifart, C. & von Blanckenburg, P. (2025). Barriers and facilitators for the utilisation of psycho-oncological services in German hospitals as perceived by patients and healthcare professionals: A mixed-methods study. *BMC Health Services Research*, 25(1), 851.
- Bisson, J.I., Chubb, H.L., Bennett, S., Mason, M., Jones, D. & Kynaston, H. (2002). The prevalence and predictors of psychological distress in patients with early localized prostate cancer. *BJU International*, 90(1), 56–61.
- Brooke, J. (1996). SUS: A quick and dirty usability scale. In P.W. Jordan, B. Thomas, B.A. Weerdmeester & I.L. McClelland (Hg.), *Usability evaluation in industry* (S. 189–194). Taylor & Francis.
- Bultz, B.D. & Johansen, C. (2011). Screening for distress, the 6th vital sign: Where are we, and where are we going? *Psycho-Oncology*, 20(6), 569–571.
- Butt, Z., Wagner, L.I., Beaumont, J.L., Paice, J.A., Peterman, A.H., Shevrin, D., von Roenn, J.H., Carro, G., Straus, J.L., Muir, J.C. & Cella, D. (2008). Use of a single-item screening tool to detect clinically significant fatigue, pain, distress, and anorexia in ambulatory cancer practice. *Journal of Pain and Symptom Management*, 35(1), 20–30.
- Carlson, L.E. (2013). Screening alone is not enough: The importance of appropriate triage, referral, and evidence-based treatment of distress and common problems. *Journal of Clinical Oncology*, 31(29), 3616–3617.
- Clover, K.A., Mitchell, A.J., Britton, B. & Carter, G. (2015). Why do oncology outpatients who report emotional distress decline help? *Psycho-Oncology*, 24(7), 812–818.
- Dilworth, S., Higgins, I., Parker, V., Kelly, B. & Turner, J. (2014). Patient and health professionals' perceived barriers to the delivery of psychosocial care to adults with cancer: A systematic review. *Psycho-Oncology*, 23(6), 601–612.
- Donovan, K.A., Grassi, L., Deshields, T.L., Corbett, C. & Riba, M.B. (2020). Advancing the science of distress screening and management in cancer care. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 29, e85.
- Dreismann, L. & Zimmermann, T. (2023). Psychoonkologisches screening – Interdisziplinäre Zusammenarbeit in der onkologie. *best practice onkologie*, 18(10), 448–454.
- Fitch, M.I., Ashbury, F. & Nicoll, I. (2018). Reflections on the implementation of screening for distress (sixth vital sign) in Canada: Key lessons learned. *Supportive Care in Cancer*, 26(12), 4011–4020.
- Getie, A., Ayalew, M. & Bimerew, M. (2025). Global prevalence and determinant factors of pain, depression, and anxiety among cancer patients: An umbrella review of systematic reviews and meta-analyses. *BMC Psychiatry*, 25(1), 156.
- Goerling, U. & Mehnert-Theuerkauf, A. (Hg.). (2018). *Psycho-oncology*. 2. Aufl. Springer.
- Goetz, A., Kohler, S., Kaufmann-Molnar, I., Hellberg-Naegele, M. & Bickel, V. (2025). Biopsychosoziales screening von krebserkrankten menschen: Handlungsempfehlungen für die praxis. *Onkologiepflege Schweiz*. https://www.onkologiepflege.ch/fileadmin/user_upload/Downloads/fachmaterial/downloads/2025_OPS_Empfehlungen_Biopsychosoziales_Screening_von_krebserkrankten_Menschen.pdf
- Grassi, L., Caruso, R., Riba, M.B., Lloyd-Williams, M., Kissane, D., Rodin, G., McFarland, D., Campos-Ródenas, R., Zachariae, R., Santini, D. & Ripamonti, C.I. (2023). Anxiety and depression in adult cancer patients: ESMO clinical practice guideline. *ESMO Open*, 8(2), 101155.
- Holland, J.C., Andersen, B., Breitbart, W.S., Compas, B., Dudley, M.M., Fleishman, S., Fulcher, C.D., Greenberg, D.B., Greiner, C.B., Handzo, G.F., Hoofring, L., Jacobsen, P.B., Knight, S.J., Learson, K., Levy, M.H., Loscalzo, M.J., Manne, S., McAllister-Black, R., Riba, M.B., ... Zevon, M.A. (2010). Distress management. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network*, 8(4), 448–485.
- Kortum, P.T. & Bangor, A. (2013). Usability ratings for everyday products measured with the system usability scale. *International Journal of Human-Computer Interaction*, 29(2), 67–76.
- Kroenke, K., Spitzer, R.L. & Williams, J.B.W. (2001). The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine*, 16(9), 606–613.
- Matthews, A.K., Corrigan, P.W. & Rutherford, J.L. (2003). Mental illness stigma as a barrier to psychosocial services for cancer patients. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network*, 1(3), 375–379.
- Mehnert, A., Müller, D., Lehmann, C. & Koch, U. (2006). Die deutsche Version des NCCN-Distress-Thermometers: Empirische Prüfung eines Screening-Instruments zur Erfassung psychosozialer Belastung bei Krebspatienten. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 54(3), 213–223.
- Mosher, C.E., Winger, J.G., Hanna, N., Jalal, S.I., Fakiris, A.J., Einhorn, L.H., Birdas, T.J., Kesler, K.A. & Champion, V.L. (2014). Barriers to mental health service use and preferences for addressing emotional concerns among lung cancer patients. *Psycho-Oncology*, 23(7), 812–819.
- Pichler, T., Herschbach, P., Frank, T., Mumm, F. & Dinkel, A. (2022). Barrieren der Inanspruchnahme psychoonkologischer Versorgung. *Die Onkologie*, 28(8), 708–712.
- Pirl, W.F., Fann, J.R., Greer, J.A., Braun, I., Deshields, T., Fulcher, C., Harvey, E., Holland, J., Kennedy, V., Lazenby, M., Wagner, L., Underhill, M., Walker, D.K., Zabora, J., Zebrack, B. & Bardwell, W.A. (2014). Recommendations for the implementation of distress screening programs in cancer centers: Report from the American Psychosocial Oncology Society (APOS), Association of Oncology Social Work (AOSW), and Oncology Nursing Society (ONS) joint task force. *Cancer*, 120(19), 2946–2954.
- Singer, S., Danker, H., Roick, J., Eikenkel, J., Briest, S., Spieker, H., Dietz, A., Hoffmann, I., Papsdorf, K., Meixensberger, J., Mössner, J., Schiefke, F., Dietel, A., Wirtz, H., Niederwieser, D., Berg, T. & Kersting, A. (2017). Effects of stepped psychooncological care on referral to psychosocial services and emotional well-being in cancer patients: A cluster-randomized phase III trial. *Psycho-Oncology*, 26(10), 1675–1683.
- Spitzer, R.L., Kroenke, K., Williams, J.B.W. & Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: The GAD-7. *Archives of Internal Medicine*, 166(10), 1092.
- Tondorf, T., Grossert, A., Rothschild, S.I., Koller, M.T., Rochlitz, C., Kiss, A., Schaefer, R., Meinschmidt, G., Hunziker, S. & Zwahlen, D. (2018). Focusing on cancer patients' intentions to use psychooncological support: A longitudinal, mixed-methods study. *Psycho-Oncology*, 27(6), 1656–1663.
- Van den Hurk, C.J.G., Mols, F., Eicher, M., Chan, R.J., Becker, A., Geleijnse, G., Walraven, I., Coolbrandt, A., Lustberg, M., Velikova, G., Charalambous, A., Koczwara, B., Howell, D., Basch, E.M. & van de Poll-Franse, L.V. (2022). A narrative review on the collection and use of electronic patient-reported outcomes in cancer survivorship care with emphasis on symptom monitoring. *Current Oncology*, 29(6), 4370–4385.
- Wang, Y.-H., Li, J.-Q., Shi, J.-F., Que, J.-Y., Liu, J.-J., Lappin, J.M., Leung, J., Ravindran, A.V., Chen, W.-Q., Qiao, Y.-L., Shi, J., Lu, L. & Bao, Y.-P. (2020). Depression and anxiety in relation to cancer incidence and mortality: A systematic review and meta-analysis of cohort studies. *Molecular Psychiatry*, 25(7), 1487–1499.
- Wünsch, A., Jeske, N., Röderer, N. & Meiss, F. (2024). Ambulantes psychosoziales Screening in einem Hautkrebszentrum: Akzeptanz, psychosoziale Belastung und Inanspruchnahme von Beratungsangeboten: Eine Post-hoc-Analyse im Rahmen der Qualitätssicherung. *Die Dermatologie*, 75(8), 629–639.

- Zeilinger, E.L., Oppenauer, C., Knefel, M., Kantor, V., Schneckenreiter, C., Lubowitzki, S., Krammer, K., Popinger, C., Kitta, A., Kum, L., Adamidis, F., Unseld, M., Masel, E.K., Füreder, T., Zöchbauer-Müller, S., Bartsch, R., Raderer, M., Prager, G., Krauth, M.T., Gaiger, A. (2022). Prevalence of anxiety and depression in people with different types of cancer or haematologic malignancies: A cross-sectional study. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 31, e74.
- Zimmerman, M. (2019). Using the 9-item patient health questionnaire to screen for and monitor depression. *JAMA*, 322(21), 2125.
- Zimmermann, T., Schäffeler, N., Goerling, U. & Scholl, I. (2025). Psychoonkologisches Distress-Screening: Relevanz in der Versorgung von Krebserkrankten. *Die Onkologie*, 31(12), 1273–1279.
- Zwahlen, D., Tondorf, T., Rothschild, S., Koller, M.T., Rochlitz, C. & Kiss, A. (2017). Understanding why cancer patients accept or turn down psycho-oncological support: A prospective observational study including patients' and clinicians' perspectives on communication about distress. *BMC Cancer*, 17(1), 385.

Improving early detection of psychological distress in cancer patients

And referral to psycho-oncology through electronic distress screening

Abstract: Psychological distress, anxiety, and depressive symptoms are common among oncology patients but are not consistently assessed in routine care. Electronic distress screenings may facilitate early identification of at-risk patients and support patient-centered referral to psycho-oncological services. This study evaluated the feasibility of implementing a repeated electronic distress screening (*eDistressScreen*) in routine oncology care at the University Hospital Bern. Adult patients with solid tumors or hematologic malignancies starting a new treatment were invited to participate. Screening was conducted at baseline, 3, 6, and 12 months via the Evita eHealth platform, assessing psychological distress (Distress Thermometer), depressive symptoms (PHQ-9), and anxiety (GAD-7). Patient preferences for psycho-oncological contact and usability of the system (System Usability Scale, SUS) were also recorded. Of 80 invited patients, 76 (95%) consented. Baseline screening was completed by 59 patients (78%), with follow-up participation ranging from 63 % to 70 %. 14 % of screenings were self-initiated. At baseline, 44 % reported elevated distress. Mean distress, anxiety, and depression scores declined over time. Only a subset of patients with elevated distress expressed a need for psycho-oncological support (23%), while some patients with low distress indicated support needs (12%). Usability was rated as good (SUS $\geq$ 70). Repeated electronic distress screening is feasible and user-friendly in routine oncology care. The discrepancy between measured distress and expressed support needs highlights the importance of incorporating individual preferences alongside standardized screening scores. Electronic screening can enhance patient-centered psycho-oncological care but should be complemented by personal contact and adequate information about available support services.

Keywords: feasibility study, psychological distress of cancer patients, anxiety, depression, electronic screening, eHealth, patient preferences

Biografische Notiz

Dr. phil. *Janine Spitzbühl* promovierte im Bereich der onkologischen Spätfolgen im Kindes- und Jugendalter an der Universitätsklinik für Kinderheilkunde sowie an der Universität Bern. Aktuell arbeitet sie in der Psychoonkologie an der Universitätsklinik für Medizinische Onkologie in Bern. Parallel dazu befindet sie sich in Weiterbildung zur Gestalttherapeutin (IGW) und zur Psychoonkologin (WPO).

Prof. Dr. phil. *Karin Ribi* ist Vizedirektorin Forschung ad interim an der Careum Hochschule Gesundheit, Teil der Kalaidos Fachhochschule Schweiz. Sie leitet einen Forschungsschwerpunkt zu den Erfahrungen von Patient:innen mit der Gesundheitsversorgung. Im Rahmen der klinischen Krebsforschung forscht sie zudem bei der Foundation for International Breast & Lung Cancer Research (ETOP IBCSG) und dem Swiss Cancer Institute (ehemals SAKK) zu verschiedenen Themen, darunter Lebensqualität, kognitive Folgen einer Krebserkrankung, geriatrische Onkologie und Resilienz.

Prof. Dr. med. *Daniel M. Aebersold* ist der Lehrstuhlinhaber für Radio-Onkologie und Strahlentherapie an der Universität Bern und Direktor der Universitätsklinik für Radio-Onkologie am Inselspital. Unter seiner Gesamtverantwortung sind verschiedene Forschungsprogramme aktiv in den Bereichen klinischer Interventionsstudien, Medizinphysik/Innovation, Data Science/AI und Radiobiologie. Er ist Chairman des Direktoriums des University Comprehensive Cancer Center Inselspital UCI, das sich für die konsequente Optimierung der Behandlung und Betreuung von Krebspatient:innen einsetzt.

Timo Nannen ist Leitender Studienkoordinator an der Universitätsklinik für Radio-Onkologie. Er begleitet die Planung, Koordination und Durchführung klinischer Studien. Seine Arbeitsschwerpunkte liegen in der Studienorganisation und Qualitätssicherung.

Sabine Kaufmann-Schopfer arbeitet als fachführende Pflegeexpertin im Medizinbereich Tumor am Inselspital, Bern. Nebst der langjährigen klinischen Tätigkeit als Advanced Practice Nurse im Sarkomzentrum hat sie ein Betreuungsangebot für Patient:innen mit Sarkomen und ihren Angehörigen entlang des ganzen Behandlungspfades (Diagnose bis Nachsorge oder Palliative Care) aufgebaut. Der Fokus lag dabei auf der psychoonkologischen Beratung. Sie engagiert sich im Vorstand der Schweizer Gesellschaft für Psychoonkologie (SGPO).

Prof. Dr. phil. *Jürg Bernhard*, Psychoonkologe und Psychotherapeut FSP war Leiter des Psychoonkologischen Dienstes der Universitätsklinik für Medizinische Onkologie am Inselspital in Bern. Er unternahm psychoonkologische Forschung im Rahmen klinischer Studien der International Breast Cancer Study Group und der Schweizerischen Arbeitsgemeinschaft für Klinische Krebsforschung. Weiterhin engagierte er sich in der Arzt-Patient-Kommunikation.

Prof. Dr. phil. *Alexander Wunsch* ist Leiter der Psychoonkologie an der Universitätsklinik für Medizinische Onkologie sowie am Universitären Cancer Center Inselspital (UCI) in Bern. Er ist

Co-Präsident der Schweizer Gesellschaft für Psychoonkologie (SGPO). Neben seinen klinischen und Lehrtätigkeiten widmet er sich mitunter der Psychoonkologische Versorgungsforschung. Mit der beschriebenen Forschung sieht er eine Möglichkeit, die psychoonkologische Mitversorgung von belasteten Krebspatient:innen bedarfsgerecht in den medizinischen Behandlungspfad zu integrieren.

Kontakt

E-Mail: alexander.wuensch@insel.ch

Autismus-Spektrum: Neueste Entwicklungen fordern die Erwachsenenpsychiatrie heraus

Helene Haker, Evelyn Unterburger, Matthias Huber & Maya Schneebeil

Psychotherapie-Wissenschaft 16 (1) 2026 35–43

www.psychotherapie-wissenschaft.info

CC BY-NC-ND

<https://doi.org/10.30820/1664-9583-2026-1-35>

Zusammenfassung: Autismus ist nach früherem Nischendasein als virulentes Thema in der Erwachsenenpsychiatrie angekommen und führt heute, nach Aufmerksamkeitsstörungen (ADHS), die Liste gängiger Selbstdiagnosen an. Die neuesten Entwicklungen führen zu einer besorgniserregenden Überlastung des Versorgungssystems mit monatelangen Wartelisten für Abklärungs- und Behandlungsplätze. Zur besonderen Lage tragen diverse Gründe bei: Der konzeptuelle Wandel; Besonderheiten einer Entwicklungsstörung im Kontext eines Klassifikationssystems, das Diagnosen primär querschnittlich und unabhängig einer angenommenen Ätiologie betrachtet; problematische Annahmen unter Fachleuten wie Laien; gesellschaftliche Entwicklungen. Auch wenn wir den Blick spezifisch auf Autismus richten, so lassen sich viele der folgenden Beobachtungen und Überlegungen auch auf das Thema ADHS übertragen. Mit Fokus auf die Situation in der Erwachsenenpsychiatrie der Deutschschweiz zeigt dieser Artikel Zusammenhänge und problematische Folgen auf und offeriert Anregungen zur Lösung der aktuellen Herausforderungen.

Schlüsselwörter: Autismus-Spektrum-Störung, Asperger-Syndrom, Versorgung, Diagnostik, Therapie, Differenzialdiagnose, Entwicklungsstörung, Persönlichkeitsstörung, Neurodiversität

1 Hintergrund

Historische Entwicklung, aktuelle Klassifikation und neue Erklärungsmodelle

Der Begriff *Autismus* wurde von Eugen Bleuler 1911 für die Beschreibung eines schizophrenen Zustands eingeführt, den wir heute als Negativsymptomatik bezeichnen: eine «Loslösung von der Wirklichkeit zusammen mit dem relativen und absoluten Überwiegen des Binnenlebens». In Abwandlung davon verwendete Grunja Ssucharewa den Begriff *autistisch* 1925 erstmals für Kinder, die sie in der Moskauer Kinderklinik beobachtet und 1926 in einem Aufsatz beschrieben hat (1927 ergänzt um eine Beschreibung von Mädchen). Als gemeinsamen Nenner beschreibt sie primär ein «eigenartiges Denken mit Neigung zum Abstrakten und Schematischen», das diese Kinder in autistischer Weise in Kommunikation und Sozialkontakt beeinträchtigt. Knapp 20 Jahre danach benutzten sowohl Leo Kanner (1943) als auch Hans Asperger (1943) *autistisch* in ihrer jeweiligen Bezeichnung für einen Typus von Kindern, bei denen sie eine dauerhafte «Einengung auf das eigene Selbst» beobachteten.

Das klinische Bild, das sich bereits in jungen Jahren manifestiert, ist bis heute das, was unter dem Begriff Autismus verstanden wird, da die WHO es in ihrer ICD-9 (1977) als *Infantiler Autismus* resp. *Kanner-Syndrom* im Kapitel der *Psychosen mit Beginn im Kindesalter* aufgenommen hat. In der folgenden Auflage (ICD-10, 1992) wurde es dann im neu geschaffenen Kapitel *Tiefgreifende Entwicklungsstörungen* zum *frühkindlichen Autismus* und um die mit weniger intellektuellen Beeinträchtigun-

gen einhergehende Variante *Asperger-Syndrom* ergänzt. Es folgten Jahrzehnte der Entwicklung und Abgrenzung zahlreicher psychologischer und psychiatrischer Theorien und Schulen. In der Psychoanalyse wurden die Ursachen des Autismus in der frühen Eltern-Kind-Beziehung verortet. Besonders Bruno Bettelheim (1967) vertrat die Ansicht, Autismus sei eine Abwehrreaktion auf einen emotional distanzierten, kalten Erziehungsstil («Kühlschränkmütter»).

So hat sich das Konzept hinter dem Begriff im 20. Jahrhundert bereits mehrmals gewandelt: Von Autismus als Beschreibung eines klinischen Zustandes der Entrücktheit von der Welt als Folge ungünstiger Erfahrungen (Bleuler/Psychose, Bettelheim/Erziehung) hin zu Autismus als Begriff für eine angeborene, genetisch bedingte Entwicklungsstörung, die sich sehr früh unabhängig von Lebensbedingungen manifestiert und durchaus positive Entwicklungstendenzen zeigen kann (Ssucharewa, Kanner, Asperger; ICD-9 bis -11).

Im Rahmen längerer Verlaufsbeobachtungen hat sich um die Jahrtausendwende die Auffassung von Autismus als eine Spektrums-Störung mit breit gefächerten Präsentationsformen durchgesetzt. Es wurde deutlich, dass das klinische Erscheinungsbild sowohl bei schwer wie auch bei leicht Betroffenen im Rahmen ihrer Entwicklung grossen Wandel erfahren kann. Kinder mit deutlichen Auffälligkeiten mögen sich als Erwachsene im Verhalten angepasster oder gar unauffällig präsentieren, auch wenn sich ihr inneres Erleben und Denken nach wie vor von dem anderer unterscheidet. Mit der ICD-11 wurde diesen Beobachtungen Rechnung getragen. Die bisher eng gefassten Diagnosekriterien wurden aufgeweitet, um

explizit auch erwachsene oder weniger den typischen Erstbeschreibungen entsprechende weibliche Präsentationsformen zu umfassen (Haker, 2022). In Teil 2 werden wir auf die praktischen Probleme eingehen, die diese Revision aufgrund der geringeren Spezifität mit sich bringt.

Zeitgleich mit der Einführung des Begriffs *Autismus-Spektrum-Störung* (ASS) in der DSM-5 (2013) haben sich neue Theorien aus dem Bereich der komputationalen Neurowissenschaften durchgesetzt, die das gesamte Spektrum autistischer Symptomatik pathomechanistisch erklären. Pellicano und Burr beschrieben 2012, dass die autistische Wahrnehmung in der momentanen Verarbeitung weniger stark durch Vorannahmen beeinflusst wird und dadurch realistischer, also direkter am sensorischen Input ist. Frühere Erfahrungen haben so ein geringeres Gewicht für die Wahrnehmung im Hier und Jetzt. Eine Folge dieser atypischen Balance in der Integration der externen sensorischen (*bottom-up*) und internen (*top-down*) Information ist eine instabil erlebte Umwelt, in der Zusammenhänge ungenügend erkannt werden. Dies erschwert die Entwicklung und beeinflusst die Struktur der mentalen Repräsentationen der Umwelt.

Aus dieser pathomechanistischen Perspektive präsentiert sich Autismus als eine durch die Summe kleiner genetischen Aberrationen bedingte (Klei et al., 2012), angeborene Informations-Integrationsstörung. Diese sog. *Bayesian Brain*-Theorie wurde rasch aufgegriffen und weiterentwickelt (*Predictive Coding-Theorie* des Autismus, z. B. Lawson et al., 2014; Van de Cruys et al., 2014) und inspirierte Ideen für Forschung und Praxis (Haker et al., 2016). Der Mehrwert dieses neuen theoretischen Bezugsrahmens ist, dass er nicht nur die Breite des Spektrums, sondern auch die Plastizität der Symptomatik über die individuelle Entwicklung hinweg erklären kann (Haker, 2018).

Im Zeitgeist der Neurodiversität

Gesellschaftliche Entwicklungen haben das Bewusstsein für das Phänomen Autismus neu geprägt. Es wäre Stoff für eine eigene Arbeit, dies aus allen relevanten Blickwinkeln (psychologisch, soziologisch, politisch etc.) zu diskutieren. Wir beschränken uns bewusst auf zwei Aspekte, die für die Situation im Fokus relevant scheinen: die *veränderte Informationslandschaft* und die *Identitätsbewegung*.

Die Information, durch die wir täglich navigieren, hat sich durch Digitalisierung drastisch verändert. Massnahmen zur Strukturierung der zur Überflutung neigenden Datenströme sind unabdingbar geworden, um ein Gefühl der Orientierung aufrechtzuerhalten. Die Schwelle, sich auch ohne angeborene Verarbeitungsstörung überfordert oder gar beeinträchtigt zu fühlen, hat sich gesenkt. Die Verschiebung sozialer Aktivitäten von realen Begegnungen ins Smartphone prägen zudem die Entwicklung der jüngeren Generation, indem sie direkte soziale Lernerfahrungen schmälern.

Viele rigide Normen, die in der Vergangenheit unsere Gesellschaft strukturiert haben, wurden aufgelockert.

Dies schenkt uns Freiheit zur individuellen Bedürfniserfüllung, fordert aber auch heraus, individuelle Referenz- und Wertesysteme zu entwickeln. Das Bewusstsein für breitere Diversität in vielen gesellschaftlichen Dimensionen hat einer Identitätsbewegung Raum gegeben, die das Bedürfnis ausdrückt, sich mit seiner menschlichen Verletzlichkeit einer definierten Gruppe zuzuordnen, und die zugleich die Verantwortlichkeit unpassender Strukturen für die Leiden von Autismusbetroffenen in den Fokus rückt.

Die Soziologin Judy Singer führte 1998 den Begriff Neurodiversität ein zur Beschreibung der natürlichen Variation in der Funktionsweise des menschlichen Gehirns, die Phänomene wie Autismus oder ADHS u. a. hervorbringt. Ihre Arbeit verschob die pathologische Sichtweise in Richtung Akzeptanz verschiedener Denk- und Lebensweisen und legte damit den Grundstein für die Neurodiversitätsbewegung. Darauf aufbauend entstand 2005 die *Autistic Pride*-Bewegung, die von der Gruppe *Aspies for Freedom* ins Leben gerufen wurde. Sie machen Autismus als Teil menschlicher Vielfalt sichtbar und leben autistische Besonderheiten nicht nur als Defizite, sondern auch als Teil einer positiven Identität vor. In der Populärkultur wird AUTISM als Akronym bunt ausgeschrieben: *Always, Unique, Totally, Interesting, Sometimes, Mysterious*. Solche Äusserungen tragen sowohl zur Reduktion von Stigmatisierung als auch zur Stärkung von Zugehörigkeit und Identität bei. Sie bergen aber auch die Gefahr, die Realität schwerer Beeinträchtigter zu verharmlosen.

Soziale Medien haben es in den letzten Jahren vereinfacht, individuelles Erleben öffentlich zu machen. Einblicke in autistische Innenwelten haben das gesellschaftliche Bewusstsein bereichert und Betroffenen Identitätsbilder verschafft, die früher wenig greifbar waren. Dies erleben viele als Chance, sich selbst jenseits alltäglicher Anpassung neu zu betrachten. Der dadurch ausgelöste Community-Diskurs ist Nährboden für Grassroot-Bewegungen, die die Diskussion neuer Diagnosen (z. B. *AuDHS* als Kombination von Autismus und AHDS) von der Fach- in die Betroffenenengemeinschaft verschieben und in *Looping*-Bewegungen Grenzen von Arten von Diagnosen immer wieder neu prägen (Hacking, 2007). In Teil 2 beschreiben wir Gefahren, die dieses sozialmediale Potenzial neben allem Positiven birgt: wenn stereotype Anpassung an Identitätsvorbilder homogenisierter Blasen der Entwicklung eigener Individualität im Weg steht.

2 Aktuelle Probleme

Eine wachsende Zahl v. a. junger Menschen identifiziert sich mit einer ASS und sucht, häufig drängend, nach einer diagnostischen Abklärung. Von Grundversorgern werden sie an Spezialinstitutionen verwiesen, wo sie auf Wartzeiten bis über ein Jahr treffen. Nicht selten versenden Hilfesuchende in ihrer Not lange E-Mails mit ihrer Leidensgeschichte an zahllose Adressen überlasteter Fachleute, ohne eine Antwort zu erhalten. In der Zwischenzeit fühlen sie sich in Warteposition ohne Zugang zu passender Hilfe. Wird nach langem Warten und mehreren

Abklärungssitzungen die Diagnose Autismus schliesslich nicht gestellt, wird oft an einem anderen Ort eine erneute Abklärung angestrebt.

Neudiagnostizierten, die bereits in Behandlung sind, wird oft empfohlen, sich nun jemanden zu suchen, der auf ASS spezialisiert sei. Und die Suche beginnt von vorn. Neuerdings treffen die Autorinnen vermehrt Patientinnen mit solchen Vorgeschichten in ihren Sprechstunden an, bei denen sich andere psychiatrische Themen im Vordergrund präsentieren. Auch andere psychische Schwierigkeiten können ASS-ähnliche Symptome generieren. Solche Betroffene zeigen oft wenig Hinweise auf Eigentümliches Denken als Ausdruck einer angeborenen Informations-Integrationsstörung.

Zusammengefasst präsentiert sich eine Situation der Überlastung von Fachleuten und der Verzögerung von therapeutischer Hilfe, sowie der Verdacht einer beginnenden Überdiagnostizierung von ASS bei unausgereiften Entwicklungszuständen anderer Genese, während noch immer viele Autismusbetroffene in der Grundversorgung nicht als solche erkannt werden.

Mangelnde Spezifität der Diagnosekriterien

Ein zentraler Faktor, der zur heutigen Situation beiträgt, liegt an der mangelnden Spezifität der aktuellen Diagnosekriterien der ICD-11 und damit in der Natur des sich wandelnden Konzepts *Autismus*. Dieser Faktor ist in den Augen der Autorinnen zwar nicht direkt beeinflussbar, bietet aber eine hilfreiche Erklärung für die aktuelle Situation:

Die ASS ist gemäss ICD-11 als Entwicklungsstörung klassifiziert, bei der man davon ausgeht, dass sie überwiegend auf angeborene/genetische Faktoren zurückzuführen ist. Das heutige Konzept basiert also auf der Annahme primär unsichtbarer Faktoren im Innern, die die Informationsintegration und damit den Lauf der Entwicklung prägen und im Laufe der Zeit zu unterschiedlichen Manifestationen führen. Damit unterscheidet sich dieses Kapitel grundlegend von den meisten anderen psychiatrischen Kapiteln, die sich seit der ICD-10 von vermuteten Mechanismen verabschiedet haben und psychiatrische Diagnosen unabhängig ihrer Ätiologie als klar definierte Symptomkonstellationen beschreiben. Der Fokus auf eindeutige Symptome macht es schwierig, eine so veränderliche Störung wie eine generalisierte Entwicklungsstörung zu definieren: Zu unterschiedlich sind die Präsentationsformen interindividuell und im Verlauf der Lebenszeit.

Aus der Perspektive dieser Klassifikation ist es im Kontext Autismus sinnvoll, die Symptom-Kriterien zu lockern, wenn der Fokus der Beschreibung der ASS sich weitet (auf Erwachsene, weibliches Geschlecht), wie das in der letzten Revision der Fall war. Der Beschreibung sozialkommunikativer Defizite wurde hinzugefügt, dass ihre Manifestation stark variieren kann. Das Kriterium des Störungsbeginns in der frühen Kindheit wurde ergänzt um den Hinweis, dass Symptome auch erst später auftre-

ten können, wenn die Anforderungen die Leistungsgrenze überschreiten. Und bei den für die Diagnose notwendigen Beeinträchtigungen wird auf die hohe Anpassungsfähigkeit gewisser Betroffener hingewiesen, die die subjektiven Erschwernisse für andere maskieren können, mit entsprechenden Folgen für die psychische Gesundheit aufgrund chronischer Stressbelastung. Hierbei wird explizit festgehalten, dass die Diagnosestellung auch in diesen Fällen angebracht sei. Diese Veränderungen schaffen grossen Interpretationsspielraum.

Die Kriterienaufweitung und daraus resultierende Zunahme an Menschen mit einer ASS-Diagnose haben praktische Folgen für schwer beeinträchtigte Betroffene: Die Ressourcen für Förderung, Betreuung und Forschung wachsen nicht im gleichen Mass. Dies führt dazu, dass Schwerbetroffene, die sich nicht «selbstadvokativ» zu Wort melden können, benachteiligt werden und aus gewissen Settings, weil als zu störend empfunden, gar ausgeschlossen werden. Um dem entgegenzuwirken, schlägt die «Lancet Commission on the Future of Care and Clinical Research in Autism» vor, die Bezeichnung «Profound Autism» einzuführen, mit dem Ziel, diese am meisten vulnerable und bedürftige Gruppe in einen neuen Fokus zu rücken (Lord et al., 2022).

Eine klinisch-praktische Folge dieser Lockerung ist, dass die Kriterien, in der isolierten Betrachtung – d.h. ohne das Konzept der angenommenen genetischen Ursache und einen entsprechenden Pathomechanismus (s. o.) präsent zu haben – höchst unspezifisch geworden sind: Sie beschreiben unreife Entwicklungszustände, die unterschiedliche Ursachen haben können. Reifung im Rahmen der sozio-emotionalen Entwicklung führt zu einer Zunahme der Anpassungsfähigkeit an einen wachsenden Raum einer dynamischen Umgebung. Aufgrund der Vielzahl an Ursachen, die die Entwicklung nach der Geburt ungünstig beeinflussen können, ist anzunehmen, dass die Gründe für eine beeinträchtigte Anpassungsfähigkeit in einem Grossteil der Fälle nicht primär angeborene Besonderheiten der kognitiven Informationsintegration sind, sondern postnatale Lebensumstände jeglicher Art in der Summe die Entwicklung beeinträchtigt haben. Das Resultat mag gemäss heutiger ASS-Kriterien zwar autistisch anmuten, jedoch ohne dem Konzept der angeborenen Störung entsprechen zu müssen. Auch Ssucharewa (1926) erwähnte bereits «exogene Momente» als Ursache eines ähnlichen Symptomkomplexes. Wir bezeichnen diese Zustände als sekundäre Formen von Autismus, ähnlich dem Konzept des psychogenen Autismus in den frühen 1990er Jahren (z. B. Tustin, 1991).

Sozio-emotionale Reifestörungen unterschiedlicher (z. B. traumatischer) Genese und daraus folgende Überforderungssituationen sind sehr häufig. Die zunehmende mediale Präsenz von Autismus und seine höhere Attraktivität gegenüber anderen Diagnosen sowie ein Gesundheitssystem, das Behandlung und Kostenübernahme oft strikt an Diagnosen bindet, erklären einen wesentlichen Teil der starken Zunahme an ASS-Selbstdiagnosen bei Menschen, die Unterstützung suchen. Die Probleme, die diese Menschen bei ihrer Suche nach Hilfe antreffen, ver-

orten wir einerseits in Annahmen, die mit der vermeintlichen Attraktivität der Diagnose zusammenhängen, sowie in problematischen Annahmen aufseiten der Fachleute. Im Folgenden erklären wir, auf welcher Basis Probleme entstehen und was ihre Auswirkungen sind. Information zur Relativierung dieser Annahmen sowie Lösungsvorschläge präsentieren wir in Teil 3.

Attraktivität der Diagnose aus Patientensicht

Für Menschen auf Identitätssuche bieten sozialmediale Selbstdarstellungen ein breites Angebot. Die präsentierte Diversität kann empowernd sein, eigene Besonderheiten, mit denen man im persönlichen Umfeld möglicherweise aneckt, anzunehmen. Berichte von Menschen mit ASS über soziale Schwierigkeiten und Reizüberlastung können viele Menschen ansprechen. Ihre Darstellung stabilisierender Verhaltensweisen wie Reizabschirmung, Routinen und Rückzug mag inspirieren, sie selbst zur Stressreduktion auszuprobieren. Diese Massnahmen wirken – jedoch unspezifisch. Zusammen mit dem Flair des exotisch Genialen, der einer ASS angedichtet wird, verleitet dies zur Übernahme solcher Identitätsangebote.

Problematisch wird das Identitätsangebot, wenn es auf die verbreitete *Annahme I* trifft, autistische Symptome seien unveränderlich. Häufig sind Hilfesuchende, die eine Erklärung für Schwierigkeiten suchen, erschöpft von ihren Anpassungsversuchen. So sind sie empfänglich für ein sozialmediales Milieu, in dem Sensitivität kultiviert wird und Methoden der Schonung und des Rückzugs stärker diskutiert werden als Geschichten, in denen gewagte Entwicklungsschritte zelebriert werden. Die Annahme der Unveränderbarkeit einer ASS wird unzutreffend auf ihre Auswirkungen generalisiert und führt zu einer Übergewichtung des Konzepts Entlastung als einzige sinnvolle Reaktion (*Problem 1*).

Wir beobachten regelmässig, dass sowohl Betroffene als auch Fachpersonen das Entwicklungspotenzial von Menschen mit ASS unterschätzen. Aufgrund unserer langjährigen Erfahrung in der Begleitung Betroffener teilen wir diese *Annahme I* nicht und halten sie für problematisch. Die Tatsache, dass es sich bei ASS um eine angeborene Störung handelt, scheint die Illusion zu nähren, die Diagnose entlaste einen vom Suchen nach neuen, eigenen Bewältigungsstrategien, und dazu einzuladen, ein Problem der Lebensbewältigung auf sie zu externalisieren (*Problem 2*). Beide ungünstigen Perspektiven mögen die Diagnose ASS für Menschen in Überforderungssituationen erstrebenswert erscheinen lassen.

Der gegenwärtige generelle Verlust an Ambiguitätstoleranz (Bauer, 2018) ist ein weiterer Grund hinter der aktuellen Situation. Es beginnt mit der Unklarheit, ob immer wieder auftretende Schwierigkeiten vielleicht Ausdruck einer angeborenen Störung sein könnten. Die Praxis zeigt, dass diese Unklarheit auch dann zu Abklärungen führt, wenn die Schwierigkeiten die Schwelle klinisch relevanter Beeinträchtigung nicht überschreiten (*Problem 3*). Klarheit haben zu wollen, ist verbreitet. Bei

Menschen mit autismusähnlicher Symptomatik jeglicher Genese ist es gar Teil der Persönlichkeit. Das trägt zum Abklärungsstreben bei, das in anderen psychiatrischen Sprechstunden nicht vergleichbar anzutreffen ist.

Nicht alle Abklärungen führen zum gewünschten Ergebnis. Sei es, dass die Diagnose vorerst nicht vergeben wird oder eine andere Diagnose gestellt wird (was in expliziten Autismusabklärungen erfahrungsgemäss selten erfolgt, s. *Problem 9*), wird häufig an anderer Stelle eine weitere Abklärung angestrebt, bis jemand die eigene Sicht legitimiert. Hinzu kommt, dass viele Abklärungen bei Erwachsenen mit ASS-Verdacht in wenigen Sitzungen eine Diagnose erzwingen sollen, was fachlich oft nicht möglich ist; genauso wenig wie ein sicherer Ausschluss. Unsicherheiten werden durch standardisierte Tests abgefedert, ohne dass dies die diagnostische Komplexität ausreichend abbildet. Betroffene erhalten danach wenig Beratung und keine angemessene Therapie. Wiederholte Abklärungen sind in den meisten Fällen medizinisch nicht indiziert und binden unnötig Ressourcen (*Problem 4*).

Problematische Annahmen aufseiten der Erwachsenenpsychiatrie

Neben diesen patientenseitigen Faktoren erkennen wir auch Ursachen aufseiten des professionellen Systems, die zur aktuellen Versorgungsüberlastung beitragen. Wir führen sie auf zwei weitere verbreitete *Annahmen* zurück: *II*. Autismus sei ein Thema für Spezialisten unter den Fachleuten. *III*. Autismus müsse mit einer spezifischen Therapie behandelt werden, ausserhalb einer üblichen Psychotherapie. Auch wenn wir diese beiden Annahmen nicht teilen, können wir sie nachvollziehen. Sie führen aber zu diversen Problemen.

Das Bewusstsein für ASS in der Erwachsenenpsychiatrie hat sich punktuell entwickelt. Einzelne Interessierte haben sich in den 2000er Jahren des Themas angenommen und sich zu Experten unter Unwissenden entwickelt. Die mangelnde Verbreitung von Erfahrung mit ASS im Erwachsenenalter besteht bis heute fort (*Problem 5*). Die Überweisung an jemand Erfahren(er)es scheint immer noch verbreiteter zu sein, als die Bereitschaft zum Wagnis, selbst neue Erfahrung zu sammeln, sei es aus Angst, nicht ausgebildet zu sein, etwas falsch zu machen, oder auch durch Übernehmen der Kultur aus der Kinderpsychiatrie. Dort wurde jahrzehntelang das Modell der Zuständigkeit von einzelnen wenigen Spezialstellen vorgelebt. In den letzten 20 Jahren hat sich zwar die Zahl der Fachleute mit Erfahrung erhöht. Aber in vielen Fällen hat deren Fokussierung auf das Thema aufgrund der wachsenden Inanspruchnahme durch den Rest der Fachgemeinschaft unverhältnismässig zugenommen. Folge davon ist eine Verdichtung der Arbeitslast auf den Schultern einzelner, die sich in langen Wartezeiten für Hilfesuchende manifestiert.

Ein weiterer Hintergrund dieser *Annahme II* ist die Idee, dass ASS sich im Erwachsenenalter ebenso wie bei Kindern nur durch nicht allgemein zugängliche, standardisierte Tests diagnostizieren liesse. Tatsache ist, dass die

im Kindesalter verwendeten Instrumente (v. a. ADOS; Lord et al., 2012) für Erwachsene nicht durch klinische Studien als sensitiv oder spezifisch genug validiert worden wären, um einen Goldstandard definieren zu können (Conner et al., 2019; Frigaux et al., 2019; Kamp-Becker et al., 2021; Maddox et al., 2017). Es existieren keine erwachsenenspezifische ASS-Testbatterien, die in klinischen Studien validiert wurden. Die Diagnosestellung einer ASS bei Erwachsenen ist eine klinische.

Die zunehmende Delegation der ASS-Diagnostik an die Neuropsychologie stellt ein zusätzliches Problem dar (*Problem 6*). Da es mit heute üblichen neuropsychologischen Instrumenten kein diagnostisch sensitives oder spezifisches Muster für die ASS gibt, gibt es ausserhalb konkreter z. B. einzelleistungsdiagnostischer Fragestellungen keine Indikation für eine neuropsychologische Abklärung als Basis für die Diagnosestellung. In solchen Fällen stellt die Testuntersuchung – einen zusätzlichen Baustein dar. Problematisch ist in unseren Augen das Delegieren einer klinischen Fragestellung mit breiter Differenzialdiagnose (Persönlichkeitsstörungen, Trauma etc.) an eine Disziplin, die für die Evaluation dieser klinischen Alternativhypothesen üblicherweise weder die theoretische Ausbildung noch praktisch oder gar therapeutische Erfahrung mit sich bringt, die zur umfassenden Beurteilung notwendig sind. Die Neuropsychologie reagiert auf die Nachfrage und bietet vermehrt ADHS-/ASS-Abklärungen an, die eine lukrative Einkommensquelle darstellen.

Die problematische *Annahme III*, ASS müsse auch im Erwachsenenalter mit einer spezifischen Therapie behandelt werden, scheint uns Ursache für den Impuls, vor Beginn einer Behandlung unbedingt eine diagnostische Abklärung anzustreben (*Problem 7*). Die meisten psychiatrischen Diagnosen etablieren sich, je nach Tiefe der Störung, mehr oder weniger schnell und deutlich im Laufe einer Behandlung, die sich an den Beschwerden und Einschränkungen orientiert. Da eine angeborene Informations-Integrationsstörung nicht ursächlich behandelt werden kann, umspannt das Feld der Therapie Erwachsener die Behandlung sekundärer psychischer Leiden sowie die Förderung von Ressourcen und Unterstützung im Umgang mit Einschränkungen. Bei ausreichenden Ressourcen schliesst sie auch die Förderung der Selbstreflexion und Ermutigung zu weiteren Entwicklungsschritten ein, um den Handlungsspielraum zu erweitern. Dazu eignen sich je nach Persönlichkeit, Reife und aktuellem Leiden, unterschiedliche psychotherapeutische Methoden, die auch bei anderen Störungen differenziert ausgewählt und eingesetzt werden. Es gibt keinen Grund, dass bei einer ASS im Erwachsenenalter die schrittweise diagnostische Annäherung an die vermutete Störung nicht im Rahmen einer Psychotherapie gelingen soll, die sich von der Oberfläche der Beschwerden zu den zugrundeliegenden Mechanismen vorarbeitet. Die diagnostische (Ab-)Klärung eines ASS-Verdachts stellt nur eine vermeintliche Abkürzung dieses therapeutischen Prozesses dar. Sie führt zu Aufschub der Behandlung und Überfüllung von Wartelisten. Gleichzeitig zementiert das Warten auf eine Abklärung die Chronifizierung eines defizitorientierten Blicks: Das

Problem soll ja möglichst deutlich erkennbar während der Abklärung präsentiert werden können.

Viele Spezialisten, oder von solchen geleitete Institutionen, fokussieren sich auf die Diagnostik (*Problem 8*). Ursache mag die hohe Nachfrage sein, aber vielleicht auch die Steuerbarkeit des Angebots oder die mangelnde langfristige Verpflichtung. Folgen davon sind ein Verlust an Therapieplätzen bei Menschen mit Erfahrung. Das nährt einerseits die Defizitorientierung aufseiten der Spezialisten und engt deren Blick auf ein einzelnes Störungsbild ein, was auf Dauer ihre Fähigkeit zur Differenzialdiagnose schwächt. Andererseits schwächt das fehlende Miterleben langfristiger Entwicklungsprozesse im Rahmen therapeutischer Begleitungen die prognostische Beurteilungskraft.

Die Entkopplung von Diagnostik und Therapie führt zu einem zusätzlichen Strom an Hilfesuchenden im System: einerseits die Neudiagnostizierten, die nun einen Therapieplatz – bei jemandem mit Erfahrung – suchen, andererseits, häufig genug, diejenigen, die von bisherigen Therapeuten zu einem solchen Wechsel motiviert werden (*Problem 9*). Aus der Illusion, es gäbe Autismusexperten, die Neudiagnostizierte a priori besser behandeln können als die, die sie schon jahrelang kennen, geht wertvolle Beziehungsarbeit verloren und es entstehen neue Wartelisten.

3 Lösungsvorschläge

Das Ziel einer guten Versorgung sollte sein, dass Autismus betroffene und Menschen, die sich als solche identifizieren, ausreichend rasch Hilfe für ihre Lebensbewältigung und Persönlichkeitsentfaltung finden. Wir schlagen vor, den Fokus dabei weniger auf Defizite und damit assoziierte, abstrakte Diagnose-Kategorien zu legen, sondern auf die therapeutische Erkundung der individuellen Möglichkeiten im Hier und Jetzt der aktuellen Lebenssituation. Im Einzelnen schlagen wir vier Stossrichtungen vor, um den in Teil 2 beschriebenen Herausforderungen (*Annahmen I–III, Probleme 1–9*, s. Tab. 1) zu begegnen.

Aufklärung über das Entwicklungspotenzial

Es ist uns ein Anliegen, das Wissen um das grosse Entwicklungspotenzial der meisten Menschen mit sozioemotionalen Reifestörungen zu verbreiten. Auch Menschen mit einer angeborenen Informationsverarbeitungsstörung im Sinne einer ASS sind selten in ihrer Entwicklungsfähigkeit limitiert, sondern angewiesen auf günstige Bedingungen. Ihre Entwicklungen nehmen eigene Verläufe. Bestehen günstige Bedingungen im Sinne ausgeglichener Energiereserven und ausreichend klarer und stabiler Strukturen und Information sowie transparenter Kommunikation, können ASS-Betroffene den Raum, in dem sie sich orientiert und stressfrei handlungsfähig erleben, schrittweise erweitern (s. *Fehl-Annahme I; Problem 1*), auch im Erwachsenenalter und auch im sozialen Bereich (Haker, 2024), genauso wie Menschen mit erworbenen strukturellen Störungen durch therapeutische Arbeit Rei-

Problematische Annahmen	
I	ASS-Symptome sind unveränderlich
II	Für ASS sind spezialisierte Fachpersonen zuständig
III	ASS kann/soll mit einer spezifischen Therapie behandelt werden
Daraus resultierende Probleme	
1	Übergewichtung des Konzepts Schonung vs. Vorantreiben der Entwicklung
2	ASS-Diagnose als attraktives Identitätsangebot, um Probleme zu externalisieren
3	Abklärungsbestreben bei fehlender klinisch relevanter Beeinträchtigung
4	Wiederholte Abklärungen
5	Mangelnde Verbreitung der Erfahrung unter Fachleuten
6	Delegation der Diagnostik in die Neuropsychologie
7	Abklärung vor Beginn einer Behandlung
8	Überfokussierung vieler abklärender Stellen auf ASS
9	Weiterweisen Neudiagnostizierter
Lösungsvorschläge	
A	Aufklärung über das grosse Entwicklungspotenzial mit und ohne ASS
B	Autismus als Teil der erwachsenenpsychiatrischen Grundversorgung
C	Diagnostische Klärung im Rahmen einer therapeutischen Begleitung
D	Entstigmatisierung erworbener Entwicklungsstörungen

Tab. 1

fung erleben und sich entfalten können. In beiden Fällen geht es dabei nicht um angestrenzte Anpassung, sondern um positive Erfahrungen, sich in der persönlichen Individualität angstfrei anderen zumuten zu können, und dabei weder Stärken noch Schwächen verstecken zu müssen.

Anpassungen in der Aussenwelt (Stressreduktion durch Alltagsstrukturierung, Job-Coaching, Nachteilsausgleich etc.) sind nur eine Voraussetzung für Entwicklung. Mindestens so wichtig und nachhaltiger sind aktive innere Reifungsprozesse (Psychoedukation bzgl. des Potenzials, Training der Emotionsregulation, Selbstwertstabilisierung, Anleitung zur Selbststrukturierung im Alltag, Traumaverarbeitung etc.). Letztere gehören zum Repertoire klassischer Psychotherapiemethoden und sollten im Sinne der Entwicklungsförderung bei der Behandlung von Erwachsenen zur Anwendung kommen, sofern die aktuelle Psychopathologie sie indiziert (s. *Problem 2*). Gleichzeitig möchten wir Autismusbetroffene mit erfolgreichen Entwicklungserfahrungen motivieren, ihre Geschichten zu erzählen, um andere – mit oder ohne Autismus – zu ermutigen, ihren äusseren und inneren Lebensraum zu erweitern.

Autismus als Teil der Grundversorgung

Wir möchten dazu anregen, das Thema Autismus im Erwachsenenalter als Thema der Grundversorgung zu betrachten (s. *Probleme 6, 8, 9*). ASS ist keine Seltenheit,

sondern betrifft ca. 1 % der Bevölkerung (Ostrowski et al., 2024). Immer wieder versteckt sich hinter einer unspezifischen Psychopathologie im Erwachsenenalter eine unerkannte ASS. Dennoch hat nicht jede Person, die autistisch wirkt, eine ASS. Das Thema ist also kein Nischenthema, sondern Teil differenzialdiagnostischer Überlegung der Grundversorgung. Um Autismus erkennen und abgrenzen zu lernen, ist es wichtig, theoretisches Wissen über seine Mechanismen und die veränderte Informationsverarbeitung zu kennen, sowie wie sich eine solche auf die Struktur des sich entwickelnden Bewusstseins auswirkt. Wir plädieren dafür, dass alle in der Grundversorgung Tätigen, die in ihrer Ausbildung noch wenig darüber gelernt haben, sich solches theoretisches Wissen aneignen.

Aufgrund der chamäleonartigen Präsentation von ASS im Erwachsenenalter ergibt sich ein integriertes Verständnis aber nur, wenn die Theorie mit praktischer Erfahrung verbunden wird. Das Wesen einer ASS ist, dass sich das Bewusstsein relativ isoliert in eine hochindividuelle Form entwickelt, die von anderen autistischen Individuen ähnlich weit entfernt sein kann, wie von nichtautistischen. Daher lässt sich der gemeinsame Nenner am besten erkennen, wenn man individuelle Besonderheiten in geduldigen therapeutischen Begleitungen zu ergründen wagt. Bei der grossen Individualität ist eine Vorerfahrung mit anderen Betroffenen nicht immer hilfreich und sicherlich nicht Voraussetzung. Offenheit für Sicht- und Erlebnisweisen, die einem fremd oder gar unvorstellbar vorkommen, ist in unseren Augen die wichtigste Voraussetzung für eine

gelingende Begleitung von ASS-Betroffenen. Wir ermutigen alle therapeutisch Tätigen, sich ohne Berührungsängste auf solche Begleitungen einzulassen, sollte sich die Möglichkeit ergeben (s. *Problem 5*), und die Behandlung problem- und ressourcenorientiert zu gestalten gemäss Beeinträchtigungen in Funktion, Aktivität und Teilhabe, entsprechend den Domänen der ICF (WHO, 2005; Bölte et al., 2019; Bölte, 2023). Ein störungsspezifisches Supervisionsangebot kann bei Anfangsschwierigkeiten oder Ratlosigkeit helfen, um das Beobachtete aus einer Autismusperspektive zu verstehen und Inspiration für nächste Schritte zu entwickeln. Abgesehen von manualisierten sozialkognitiven Trainings, die in speziellen Situationen indiziert sind, sind die therapeutischen Techniken keine besonderen (*Annahme III*). Wie bei anderen Störungen passt nicht jede Patientin zu jedem therapeutischen Angebot. Aber das ist noch kein Grund zur Notwendigkeit einer Spezialversorgung (s. *Fehl-Annahme II*).

Diagnostische Klärung im Rahmen der Therapie

Wie bei anderen tiefliegenden strukturellen Besonderheiten Erwachsener, die zu Therapiebedürftigkeit führen, sehen wir auch bei einer vermuteten ASS keinen Grund, vor einer therapeutischen Begleitung eine diagnostische Abklärung in einer Spezialeinrichtung durchführen zu lassen. In der Bearbeitung der Alltagsbeschwerden lassen sich, bei Kenntnis möglicher struktureller Störungen (s. Vorschlag zur Weiterbildung), mit der Zeit die zugrundeliegenden Mechanismen errahnen und diagnostisch explorieren. Je mehr Zeit mit einer möglicherweise autistischen Person verbracht wird, je mehr Lebensereignisse miterlebt und gemeinsam reflektiert werden, umso eher lässt sich eine übermässig erlebte Instabilität der Welt als Folge einer generellen Informations-Integrationsstörung oder als Folge von späteren Einflüssen auf die emotionale Entwicklung differenzieren. In gewissen Fällen wird das unlösbar bleiben, in einer Abklärungssprechstunde gleichermassen wie für eine diagnostizierende Psychotherapeutin (Tebartz van Elst et al., 2025). Eine vorausgehende diagnostische Klärung ändert nichts an der Notwendigkeit der Bearbeitung der momentanen Beschwerden. In diesem Prozess wird sich die Diagnose bei entsprechender Aufmerksamkeit seitens der Therapeuten automatisch offenbaren. Gleichzeitig richtet sich bei diesem Ansatz der Blick rascher weg von der Defizitfokussierung auf den Raum möglicher Weiterentwicklung (s. *Problem 7*).

Die Ambiguitätsintoleranz ist im Kontext autistischen Verhaltens (jeglicher Genese) ein wesentlicher Aspekt des Störungsbildes. Explizit auf eine separate Abklärung zu verzichten, um die diagnostische Unklarheit gemeinsam in der Therapie auszuhalten, kann bereits ein auf die Störung ausgerichteter therapeutischer Akt sein (s. *Problem 3*). Das Thema aushalten Lernen, resp. Motivation entwickeln, etwas aushalten zu wollen, ist generell ein wesentlicher Teil der Therapie bei erlebter Instabilität – angeboren oder erworben: Generelles Vermeiden von (sensorischer, emotionaler oder sozialer) Irritation vermindert die bereits

niedrige Toleranz undengt den Lebensraum weiter ein (s. *Problem 2*). Es ist also von zentraler Bedeutung, immer wieder eine entwicklungsförderliche Balance zwischen Schonung und Förderung/Forderung auszuloten.

Neue Perspektiven auf andere diagnostische Konzepte

Wie aufgezeigt, gibt es mehrere Gründe und Konstellationen, die eine ASS-Diagnose attraktiv erscheinen lassen mögen. Die Tatsache, dass es sich um etwas Angeborenes handelt, für (und vermeintlich auch gegen) das man nichts kann, lässt das Störungskonzept annehmbarer erscheinen als andere Diagnosen, die die innere Struktur beschreiben, wie z.B. Persönlichkeitsstörungen. Zu oft sind letztere mit Annahmen verhaftet, es handle sich um eine von wem auch immer verursachte Fehlentwicklung, die korrigiert werden müsse. Das ist eine unangenehmere Perspektive als das Konzept eines «unschuldigen», besonders verdrahteten Gehirns, das die Welt anders wahrnimmt. Wir stellen uns vor, dass neue Narrative für postnatal erworbene Entwicklungsstörungen (Beispiel einer Umformulierung des Begriffs *Persönlichkeitsstörung*) auch diese Störungskonzepte für Betroffene zugänglicher und als potenzielle Erklärung für eine schwierige Lebenssituation annehmbarer machen könnten (s. *Problem 4*). Heutige Konzepte der Bewusstseinsreife (z.B. das Bayesian Brain- oder Predictive Coding-Framework) erlauben nicht nur neue theoretische Beschreibungen von Autismus, sondern auch die anderer struktureller Störungen (z.B. Herzog et al., 2022). Die Neukonzeptualisierung von Persönlichkeitsstörungen in der ICD-11 betont ihre Entwicklungsfähigkeit über die Zeit und strebt an, ihre Stigmata abzubauen (Tyrer, 2022). Es ist an uns Fachleuten, durch Vermittlung wertfreier Narrative zur Verbreitung neuer Sichtweisen beizutragen. Auch das kann indirekt den Hyperfokus auf die Diagnose ASS bei Hilfesuchenden auflösen.

Wie bereits erwähnt, sind auch Bestrebungen im Gang, das Autismus-Spektrum wieder in phänomenologische Unterkategorien aufzuteilen (Lord et al., 2022; Litman et al., 2025). Diese Punkte sowie Überlegungen zu einer möglichen grundlegenden Neukonzeptualisierung des gesamten Raums psychiatrischer Diagnosen (z.B. auf Basis neuer theoretischer Modelle und mechanistisch inspirierter Dimensionen) liegen auf einer anderen Ebene als die Zielsetzung dieses auf die praktische Versorgung ausgerichteten Artikels.

Ungeachtet der Diagnose scheint uns in all diesen Fällen wichtig, die Akzeptanz für die Annahme eigener Individualität einschliesslich ihrer menschlichen Verletzlichkeit jenseits medizinischer Diagnosen zu fördern. Es scheint uns dabei angezeigt, die Energie von der Notwendigkeit der Einordnung persönlich erlebter Abweichungen durch eine scheinbar präzise Diagnostik wegzulenken. Stattdessen schlagen wir vor, den Fokus auf das Verstehen der eigenen Geschichte zu legen, sowie raten wir zu Schritten, die die eigene Flexibilität und den bisherigen Erlebnisraum vergrössern. So können Hilfesuchende zu dem werden, was sie «ihrer Möglichkeit nach» sind (Fromm, 2014).

Literatur

- APA (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5)*. APA.
- Asperger, H. (1943). Die «Autistischen Psychopathen» im Kindesalter. In *Die «Autistischen Psychopathen» im Kindesalter* (S. 61). Med. Fak. Wiener Univ.
- Bauer, T. (2018). *Die Vereindeutigung der Welt. Über den Verlust an Mehrdeutigkeit und Vielfalt*. Reclam.
- Bettelheim, B. (1967). *The Empty Fortress: Infantile Autism and the Birth of the Self*. Free Press.
- Bleuler, E. (1911). Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien. In *Handbuch der Psychiatrie* (S. 52–56). Franz Deuticke.
- Bölte, S. (2023). A more holistic approach to autism using the International Classification of Functioning: The why, what, and how of functioning. *Autism*, 27(1), 3–6.
- Bölte, S., Mahdi, S., de Vries, P.J., Granlund, M., Robison, J.E., Shulman, C., Swedo, S., Tonge, B., Wong, V., Zwaigenbaum, L., Segerer, W. & Selb, M. (2019). The Gestalt of functioning in autism spectrum disorder: Results of the international conference to develop final consensus International Classification of Functioning, Disability and Health core sets. *Autism*, 23(2), 449–467.
- Conner, C.M., Cramer, R.D. & McGonigle, J.J. (2019). Examining the Diagnostic Validity of Autism Measures Among Adults in an Outpatient Clinic Sample. *Autism in Adulthood*, 1(1), 60–68.
- Frigaux, A., Evrard, R. & Lighezzolo-Alnot, J. (2019). L'ADI-R et l'ADOS face au diagnostic différentiel des troubles du spectre autistique: Intérêts, limites et ouvertures. *L'Encéphale*, 45(5), 441–448.
- Fromm, E. (2014). *Den Menschen verstehen: Psychoanalyse und Ethik*. Übers. v. I. Müham & P. Stapf. dtv.
- Hacking, I. (2007). Kinds of people: Moving targets. *Proceedings-British Academy*, 151, 285–318.
- Haker, H. (2018). Neue Autismus-Theorien – Bedarf es noch des Schizoidie-Konzepts? In *Schizoidie und schizoide Persönlichkeitsstörung* (S. 95–113). Kohlhammer.
- Haker, H. (2022). Autismus: Neuerungen mit der ICD-11. *Universimed*, 2022(5), 36–38.
- Haker, H. (2024). Wie sieht die Welt durch deine Augen aus? Zur Überwindung autistischer Isolation. *Psychotherapie-Wissenschaft*, 14(2), 19–26.
- Haker, H., Schneebeli, M. & Stephan, K.E. (2016). Can Bayesian Theories of Autism Spectrum Disorder Help Improve Clinical Practice? *Frontiers in psychiatry*, 7(3), 1174.
- Herzog, P., Kube, T. & Fassbinder, E. (2022). How childhood maltreatment alters perception and cognition – the predictive processing account of borderline personality disorder. *Psychological Medicine*, 52(14), 2899–2916.
- Kamp-Becker, I., Tauscher, J., Wolff, N., Küpper, C., Poustka, L., Roepke, S., Roessner, V., Heider, D. & Stroth, S. (2021). Is the Combination of ADOS and ADI-R Necessary to Classify ASD? Rethinking the «Gold Standard» in Diagnosing ASD. *Frontiers in Psychiatry*, 12.
- Kanner, L. (1943). Autistic disturbances of affective contact. *Nervous child*, 2(3), 217–250.
- Klei, L., Sanders, S.J., Murtha, M.T., Hus, V., Lowe, J.K., Willsey, A.J., Moreno-De-Luca, D., Yu, T.W., Fombonne, E., Geschwind, D., Grice, D.E., Ledbetter, D.H., Lord, C., Mane, S.M., Martin, C.L., Martin, D.M., Morrow, E.M., Walsh, C.A., Melhem, N.M., ... Devlin, B. (2012). Common genetic variants, acting additively, are a major source of risk for autism. *Molecular autism*, 3(1), 9.
- Lawson, R.P., Rees, G. & Friston, K.J. (2014). An aberrant precision account of autism. *Frontiers in Human Neuroscience*, 8, 611.
- Litman, A., Sauerwald, N., Green Snyder, L., Foss-Feig, J., Park, C.Y., Hao, Y., Dinstein, I., Theesfeld, C.L. & Troyanskaya, O.G. (2025). Decomposition of phenotypic heterogeneity in autism reveals underlying genetic programs. *Nature Genetics*, 57(7), 1611–1619.
- Lord, C., Charman, T., Havdahl, A., Carbone, P., Anagnostou, E., Boyd, B., Carr, T., Vries, P.J. de, Dissanayake, C., Divan, G., Freitag, C.M., Gotelli, M.M., Kasari, C., Knapp, M., Mundy, P., Plank, A., Scahill, L., Servili, C., Shattuck, P., ... McCauley, J.B. (2022). The Lancet Commission on the future of care and clinical research in autism. *The Lancet*, 399(10321), 271–334.
- Lord, C., Rutter, M., DiLavore, P.C., Risi, S., Gotham, K. & Bishop, S.L. (2012). *Autism Diagnostic Observation Schedule*, 2nd Ed. (ADOS-2) Manual (Part 1) Mod. 1–4. Western Psychological Services. <https://www.wpspublish.com/ados-2-autism-diagnostic-observation-schedule-second-edition>
- Maddox, B.B., Brodtkin, E.S., Calkins, M.E., Shea, K., Mullan, K., Hostager, J., Mandell, D.S. & Miller, J.S. (2017). The Accuracy of the ADOS-2 in Identifying Autism among Adults with Complex Psychiatric Conditions. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 47(9), 2703–2709.
- Ostrowski, J., Religioni, U., Gellert, B., Sytnik-Czetwertyński, J. & Pinkas, J. (2024). Autism Spectrum Disorders: Etiology, Epidemiology, and Challenges for Public Health. *Medical Science Monitor: International Medical Journal of Experimental and Clinical Research*, 30, e944161.
- Pellicano, E. & Burr, D. (2012). When the world becomes «too real»: A Bayesian explanation of autistic perception. *Trends in cognitive sciences*, 16(10), 503–509.
- Singer, J. (1998). *Odd people in: The birth of community amongst people on the autistic spectrum: A personal exploration of a new social movement based on neurological diversity*. Dep. Humanities and Social Sciences, Univ. of Technology.
- Ssucharewa, G.E. (1926). Die schizoiden Psychopathien im Kindesalter. *Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie*, 60(3–4), 235–261.
- Ssucharewa, G.E. (1927). Die Besonderheiten der schizoiden Psychopathien bei den Mädchen. *Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie*, 62(3), 171–200.
- Tebartz van Elst, L., Riedel, A. & Biscaldi-Schäfer, M. (2025). Die Neuordnung der neuromentalen Entwicklungsstörungen in der ICD-11. *Der Nervenarzt*.
- Tustin, F. (1991). Revised understandings of psychogenic autism. *The International Journal of Psycho-Analysis*, 72, 585–591.
- Tyrer, P. (2022). Response: Personality disorder is here to stay across the lifespan – a response to Commentaries on the May 2022 Debate. *Child and Adolescent Mental Health*, 27(3), 253–255.
- Van de Cruys, S., Evers, K., Van der Hallen, R., Van Eylen, L., Boets, B., de-Wit, L. & Wagemans, J. (2014). Precise minds in uncertain worlds: Predictive coding in autism. *Psychological Review*, 121(4), 649–675.
- WHO (1977). *Manual of the International Statistical Classification of Diseases, Injuries, and Causes of Death: Based on the Recommendations of the Ninth Revision Conference, 1975, and adopted by the Twenty-ninth World Health Assembly*.
- WHO (1992). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision*.
- WHO (2005). *Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit: ICF*. Dt. Institut für Med. Dokumentation und Information.

Autism spectrum:

Latest developments pose challenges for adult psychiatry

Abstract: Autism, previously a niche issue in adult psychiatry, has emerged as a prominent topic and now ranks, after attention-disorders (ADHD), among the most frequently reported self-diagnoses. Recent developments have led to a concerning overload of the healthcare system, resulting in waiting periods of several months at diagnostic and therapeutic services. This precarious situation is attributable to multiple factors: a

conceptual shift; the particularities of a neurodevelopmental disorder within a classification system that primarily addresses diagnoses cross-sectionally and independently of assumed aetiology; problematic assumptions held by both professionals and laypersons; broader societal developments. Although the focus of this article is on autism, many of the observations and considerations are equally applicable to ADHD. Concentrating on adult psychiatry in the German-speaking part of Switzerland, this article delineates the interrelationships and adverse consequences and proposes suggestions for addressing the current challenges.

Keywords: Autism-Spectrum-Disorder, Asperger-Syndrom, public health, diagnosis, treatment, differential diagnosis, developmental disorder, personality disorder, neurodiversity

Biografische Notiz

PD Dr. med. *Helene Haker* hat Studium und Facharztausbildung in Zürich absolviert und sich an der Universität Zürich mit einer Arbeit zur Empathiefähigkeit bei psychischen Störungsbildern habilitiert. 2009 gründete sie die erste Autismus-Sprechstunde für Erwachsene an der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich. 2012–2018 Forschung im Bereich Computational Psychiatry und medizinische Leitung der Translational Neuromodeling Unit von ETH und UZH Zürich. Heute arbeitet sie in eigener Praxis und als Dozentin an UZH und ETH Zürich.

Evelyn Unterburger, M.Sc., ist Fachpsychologin für Psychotherapie und für Neuropsychologie. Sie war dipl. Pflegefachfrau, studierte Psychologie und Neurowissenschaften an der UZH. Seit 2012 beschäftigt sie sich intensiv mit Autismus und ADHS und macht entsprechende Abklärungen. Mehrheitlich arbeitet sie heute psychotherapeutisch in eigener Praxis. Nebenberuflich ist sie in der Neuropsychologie am USZ sowie als Dozentin tätig.

Matthias Huber, lic.phil., studierte Pädagogik und Psychologie an der Uni Zürich. 2005 Mitgestaltung beim Aufbau der Autismussprechstunde der Uniklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie der UPD Bern und Tätigkeit in der Diagnostik, Therapie von Kindern, Jugendlichen, Erwachsenen; Beratung von Eltern und Fachleuten, verschiedenste Referententätigkeiten. Seit 2023: Autismusberatungsstelle Urdorf, Stiftung Kind & Autismus.

Dr. sc. nat. *Maya Schneebeli* wuchs mit einer autistischen Schwester auf und promovierte im Bereich Neurowissenschaften zu mechanistischen Modellen autistischer Informationsverarbeitung an der Universität und ETH Zürich. Aktuell arbeitet sie als Psychologin und klinische Wissenschaftlerin an der Autismusfachstelle der Kinder- und Jugendpsychiatrie Zürich und leitet universitäre Forschungsprojekte zu Psychotherapien und deren Einflüsse auf das Gehirn bei autistischen Menschen.

Kontakt

E-Mail: haker@autismusperspektive.ch

Messie-Syndrom und Gestalttherapie

Therapeutische Möglichkeiten

Beata Reinfeldt

Psychotherapie-Wissenschaft 16 (1) 2026 45–51

www.psychotherapie-wissenschaft.info

CC BY-NC-ND

<https://doi.org/10.30820/1664-9583-2026-1-45>

Zusammenfassung: Das Messie-Syndrom (*Hoarding Disorder*) ist durch anhaltendes Horten, Schwierigkeiten beim Wegwerfen von Gegenständen und daraus resultierende Beeinträchtigung der Wohn- und Funktionsräume gekennzeichnet. Seit der Aufnahme 2013 als eigenständige Diagnose im DSM-5 (300.3) und im ICD-10 (42.3) hat sich die Forschung in Epidemiologie, neurokognitiven Auffälligkeiten, genetischen Einflüssen und psychotherapeutischer Behandlung erweitert. Das Messie-Syndrom wird seit 2022 als eigenes Krankheitsbild in ICD-11 (6B24) in der Gruppe «Zwangsstörungen und verwandte Störungen» aufgeführt. Ziel dieses Artikels ist eine forschungsorientierte Zusammenfassung der zentralen Messie-Merkmale, eine Darstellung der Krankheitsentstehung sowie der praxisorientierten Möglichkeiten gestalttherapeutischer Arbeit.

Schlüsselwörter: Messie-Syndrom, Autonomiemangel, MHI-Index, Soziale Isolation, Vermüllung, Bindungstypen

Das Phänomen des zwanghaften Hortens ist historisch bekannt; Begriffe wie «Diogenes», «Syllogomanie» oder umgangssprachlich «Messie»¹ wurden dafür verwendet (Pritz et al., 2009). 1947 wurde das krankhafte Horten zuerst als «Gebrüder-Collyer-Syndrom» bezeichnet. Die Genese krankhaften Sammelns reicht bis in die 1970er Jahre zurück. Patienten mit «Sammelnsyndrom», d.h. Syllogomanie, galten lange als Prototypen des Messie-Syndroms. Mit dem DSM-5 wurde Hoarding Disorder als eigenständige Störung klassifiziert, wodurch diagnostische Klarheit entstand. Zentrale diagnostische Merkmale sind anhaltendes Horten, Schwierigkeiten beim Wegwerfen, Beeinträchtigung von Wohnräumen. Klinisch stehen soziale Isolation, Scham und Komorbiditäten im Vordergrund (Tolin et al., 2007; Frost et al., 2004). Das Syndrom «Messie» beinhaltet auch die Emotionen, die mit den gesammelten Gegenständen verbunden sind – eine sorgfältig gehütete und sehr geschätzte Welt. 1981 wurde das Wort «Messie» erstmals zur Beschreibung eines neuartigen gesellschaftlichen Phänomens verwendet. Die Forscherin Sandra Felton verwendete den Begriff als Erste öffentlich. Gleichzeitig schuf sie damit die internationale Bewegung der Messie-Community.

Grundsätzliches

Epidemiologie und gesellschaftliche Relevanz: Prävalenzschätzungen variieren; bevölkerungsbasierte Studien schätzen die Prävalenz grob im Bereich von 1–5% (Iervolino et al., 2009; Tolin et al., 2007). Das Messie-Syndrom

tritt in allen sozialen Schichten und bei beiden Geschlechtern auf. Die Dunkelziffern sind hoch, weil Betroffene Hilfe oft ablehnen (Tolin et al., 2007). Es gibt generell grosse Unterschiede bei der Einschätzung des Ausmasses des Phänomens durch Forscher und Betroffene selbst. Dies ist der starken Isolation der Kranken und der Aura des Geheimnisvollen geschuldet, die das Syndrom umgibt. Die Folgen reichen von Wohnraumverlust und gesundheitlichen Risiken bis zu Konflikten mit Nachbarschaft und Behörden (Pritz et al., 2009; Neziroglu et al., 2008).

Studien, die das Ausmass des Messie-Phänomens in Europa abzuschätzen versuchen, berichten von über 30 Mio. Menschen mit Messie-Verhalten (bei einer Prävalenzannahme von etwa 4,5 %). Psychotherapeutische Journale berichten, dass ältere Menschen eine höhere Rate von pathologischem Horten haben (etwa 6,2 %) als jüngere (etwa 2,3 %). Auf Basis aktueller Reviews und Studien (1.1.2025) ist 2,5 % ein vernünftiger Mittelwert für Europa. Das entspricht etwa 18–19 Mio. betroffene Personen in Europa. Die Prävalenzangaben für einige Länder zeigen die Dramatik des Ausmasses: Deutschland 4,6 % (PubMed +2); Vereinigtes Königreich 1,5 % (Cambridge Univ. +2); Italien 3,7–6 % (Cambridge Univ. +2); Niederlande 2–4 % (shawmind org. +1); Schweiz ca. 2 % (180.000; Danièle Stucki, Selbsthilfegruppe LessMess Schweiz). In Österreich dagegen beläuft sich die geschätzte Zahl der Betroffenen auf 30.000 Personen. Die dort funktionierenden Selbsthilfegruppen schätzen die Zahl der Menschen, die in messieähnlichen Umständen leben, auf ca. 1,2 Mio., was etwa 15 % der österreichischen Bevölkerung entspricht. In der amerikanischen (USA) Gesellschaft leiden 2,5 % der Bevölkerung am Messie-Syndrom, d.h. ca. 7 Mio. Menschen. Dies bedeutet, dass jeder 40. Erwachsene mit dem Messie-Syndrom lebt (Neziroglu et al., 2008).

¹ «Messie» geht auf das englische Wort «mess» zurück, das Unordnung, Durcheinander, Mist bedeutet (Langenscheidt Online-Wörterbuch).

Unabhängig davon, von welchem Kontinent oder welcher Kultur die Rede ist, ist keines der Geschlechter dominierend. Das Messie-Syndrom tritt unabhängig von Herkunft, sozialem Status und Bildung gleichmässig auf.

Klinische Charakteristika: Kernsymptome sind Horten, Schwierigkeiten beim Wegwerfen, Entscheidungs- und Organisationsprobleme sowie eine starke emotionale Bindung an Objekte v. a. Müll (Frost & Hartl, 1996; Frost et al., 2004). Magisches Denken oder attributive Bedeutungszuschreibungen an Objekte sind häufig (Reberger, 2007). Funktionale Folgen können die Unbenutzbarkeit von Küche oder Bad, eingeschränkte Mobilität, Hygieneprobleme und Brandgefahr umfassen (Grisham et al., 2007). Messie-Patienten fällt es sehr schwer, Dingen ihren tatsächlichen Wert zuzuordnen. Schwierig ist für sie, die Funktion des jeweiligen Gegenstands zu beschreiben (Pritz et al., 2009).

Ätiologische Modelle: Die Forschung zeigt, dass viele verschiedene Faktoren – genetische Vulnerabilität, neurokognitive Defizite, frühkindliche Bindungsstörungen und soziokulturelle Einflüsse interagieren und damit zu unterschiedlichen Messie-Typen führen (Grisham et al., 2007; Frost & Hartl, 1996). Fachleute sowie Betroffene selbst haben verschiedene Typologien entwickelt, um das Messie-Phänomen verständlicher zu machen. Bedeutende Klassifikationen stammen von Dr. Vykoukal (SFU Wien), Sandra Felton, Johannes von Arx (LessMess, Schweiz) und dem deutschen Psychotherapeuten Werner Gross. Die von Gross entwickelte Messi-Typologie wird in der Gestalttherapie am häufigsten genutzt (Kingma, 2002). Typ 1: «Hamsterer» – Sammelleidenschaft bis zur kompletten Vermüllung; Typ 2: Zeitchaot – chronische Verspätung, Schwierigkeiten, Termine einzuhalten, Verlust sozialer Kontakte oder Arbeitsstellen; Typ 3: Arbeitschaot – beginnt vieles, beendet jedoch wenig; Typ 4: Chaot im eigenen «Ich» – interessiert sich für vieles, aber für nichts konsequent.

Diese Klassifikation ermöglicht eine ganzheitliche Sicht auf den Patienten, da sie vier Lebensbereiche abbildet: Raum (Typ 1), Zeit (Typ 2), Handlungsorganisation (Typ 3) und emotionale Sphäre (Typ 4). Dadurch kann der Therapeut bereits zu Beginn der Arbeit leichter den Einstieg in die Problemstruktur des Patienten finden.

Genetische und biologische Faktoren: Familien- und Zwillingsstudien weisen auf relevante Erblichkeit hin. Neuropsychologische Arbeiten zeigen häufig Defizite in Exekutivfunktionen (sprich Entscheidungsfindung, Kategorisierung) bei Betroffenen (Grisham et al., 2007). Neuroimaging-Studien berichten Auffälligkeiten in neuronalen Netzwerken, die Entscheidungsprozesse und Belohnungsverarbeitung betreffen; die Befunde sind jedoch uneinheitlich.

Der deutsche Psychiater Manfred Spitzer hat in einer Studie bspw. seine Annahmen zu vorhandenen Informationsverarbeitungsstörungen bei Messies belegt. Betroffene haben insbesondere Probleme bei der Hierarchisierung von Informationen, was auf Störungen des Dopaminsystems hindeutet. Dies wiederum führt zu einer verminderten Impulskontrolle (Pritz et al., 2009). Andere

Studien weisen auf die zwei Neurotransmitter Dopamin und Serotonin hin, die für die biologische Erklärung des Ursprungs des Messie-Syndroms von Bedeutung sind. Dopamin ist für die Regelung von Motorik, Emotionen und Stimmungen verantwortlich. Serotonin ist für jede Verhaltensstörung als Reaktion auf Zwang verantwortlich. So lässt sich schlussfolgern, dass sich Serotonin und Dopamin auf den Mechanismus des zwanghaften Sammelns auswirken (Neziroglu et al., 2008).

Psychiatrische und psychologische Aspekte

Die Forscher Frost, Gross und Show (1993) sowie Steketee und Frost (2003) führten psychologische Studien unter Menschen verschiedener gesellschaftlicher Gruppen durch: Personen, die an krankhaftem Sammeln, Horten und «Hamstern» leiden, sowie Messies. Die Ergebnisse der psychologischen Studien an Patienten mit Messie-Syndrom zeigen, dass Störungen der Exekutiv- und Informationsübermittlungsfunktionen eine grosse Rolle bei der Entwicklung des Sammelzwangs spielen. Besonders schwierig für Personen mit Messie-Syndrom ist es, wenn sie vor die Wahl zwischen zwei wichtigen Gegenständen gestellt werden und entscheiden müssen, welcher wichtiger ist. Die Studien belegen, dass dieselben Störungen bei der Fähigkeit zur Hierarchisierung und Priorisierung von Gegenständen bei zwanghaften Sammlern und generell bei Menschen, die viel «hamstern», vorliegen. Patienten mit diagnostizierten Zwangsstörungen haben ähnliche Probleme bei der Entscheidungsfindung, unabhängig davon, ob sie zusätzlich zwanghafte Sammelmerkmale aufweisen. Wenn sie in den «Lauf» des Sammelns geraten, erleben sie sich angstfrei.

Ein wichtiges diagnostisches Kriterium bei DSM-5 und ICD-11 ist die Bestimmung des Ausprägungsgrads der Persönlichkeitsstörung. Wenn die Störung nicht sehr ausgeprägt ist, wird sie beim DSM als leicht bezeichnet. Aus Sicht der DSM-Klassifikation wird das Messie-Syndrom nur Personen zugeschrieben, die einen verschärften Zustand des Sammelzwangs und des Zwangs der Lagerung der gesammelten Gegenstände aufweisen. Die Ähnlichkeit vieler Zwangsstörungen mit den Symptomen von Messie-Patienten hat dazu geführt, dass zahlreiche Forscher des Phänomens das Messie-Symptom als Persönlichkeitsstörung verorten. Diese umfasst folgende Persönlichkeitsstörungen: histrionische Persönlichkeitsstörung, narzisstische Persönlichkeitsstörung, Borderline-Persönlichkeitsstörung, anankastische Persönlichkeitsstörung, bipolare Persönlichkeitsstörung, posttraumatische Belastungsstörungen (PTBS), Dysphorie, ADHS.

Die wissenschaftliche Studie unter Leitung von Leonardo Fontanelle «Traumatic and stressful life events in hoarding: the role of loss and deprivation» (2021) hat den Zusammenhang zwischen belastenden Lebensereignissen und Hortungsverhalten belegt. Die Forscher zeigen, dass Erfahrungen von Verlust oder Entbehrungen im Leben von Menschen mit Horten oft auftreten und mit verstärkten Horten-Symptomen verbunden sind.

Die Forscher an der Albert-Ludwigs-Universität in Freiburg, Veronika Schröter und Prof. Dieter Ebert, haben mit ihrer wissenschaftlichen Studie massgeblich zur Einordnung des pathologischen Hortens in die Klassifikation des ICD-11 beigetragen (neu in der Gruppe «Zwangsstörungen und verwandte Störungen» seit 1.1.2022).

Die kanadische Forscherin Mary Ainsworth entwickelte bei Mutter-Kind-Beziehungen die Klassifikation von vier Bindungstypen: den sicheren Typ, den unsicher-ambivalenten Typ, den unsicher-vermeidenden Typ und den unsicher-desorganisierten Typ. Messie-Patienten sind überwiegend dem unsicher-vermeidenden Bindungstyp zuzuordnen. Dieser Typ ist gekennzeichnet durch mangelnde körperliche und emotionale Zugänglichkeit der Bezugsperson, Fehlinterpretation kindlicher Signale und übermässige Kontrolle. Typisch ist, dass die Mutter das Kind von Nähe ablenkt, indem sie seine Aufmerksamkeit auf andere Personen oder Objekte lenkt (Strelau & Doliński, 2008).

Im Rahmen der psychologischen Aspekte des Messie-Syndroms muss auch das sog. «Magische Denken» erwähnt werden, das bei der Wahrnehmung der Umgebung durch Messies festzustellen ist. Dieses Phänomen ist für die frühe Kindheit charakteristisch. Das Auftreten dieser Denkweise bei Erwachsenen wird von Forschern des Messie-Syndroms der von den Erziehungspersonen verursachten gestörten kindlichen Autonomie zugeschrieben. Das «Magische Denken» bezieht sich hier darauf, Gegenständen Macht zu geben und sie als «mächtiger» wahrzunehmen als menschliches Handeln (Pritz et al., 2009). Es entsteht aus dem Bedürfnis, Kontrolle über Unsicherheit zu gewinnen; es erfüllt eine Angstregulationsfunktion. Dinge vermitteln Sicherheit und beruhigen. Das Wegwerfen steigert die Angst. Messie-Patienten übertragen Gefühle auf Gegenstände, da diese stabiler erscheinen als Menschen. Magisches Denken rechtfertigt innerlich das Aufbewahren; dies findet sich häufig auch bei Personen mit perfektionistischen Strukturen: lieber aufbewahren, als eine potenziell falsche Entscheidung durch Wegwerfen zu riskieren.

In der langjährigen Arbeit des Mediziners Rainer Reberger wird auch eine Störung der Mutter-Kind-Beziehung bestätigt. Seine Studien sind wertvoll, da sie das klinische Bild des Messies ordnen. Dr. Reberger (2007) schreibt dem «erwachsenen» Messie eine unsicher-ambivalente Bindung zur Mutter zu. Erwachsene, bei denen das Messie-Syndrom diagnostiziert wurde, wiesen in der Kindheit eine unsicher-ambivalente Bindung zur Mutter auf. Dieser Bindungstyp zeichnet sich durch eine ständige Unruhe und emotionale Spannung bei Abwesenheit der Mutter aus.

Diagnostik und Ausprägungsgrad des Messie-Syndroms: Das Messie-Syndrom wurde aufgrund seiner Vielfalt und seines Verbreitungsgrads für diagnostische Zwecke, die gleichzeitig die psychotherapeutische Arbeit unterstützen, klassifiziert. Dazu dient die MHI-Skala (Messie House Index). Es handelt sich um eine 10-stufige Intensitätsskala des Syndroms. Der Ausprägungsgrad wird entsprechend dieser Skala bestimmt. Berechnet wird

dabei das Verhältnis der Nutzfläche der Wohnung zur «vermüllten» Fläche. Die Störung wird auf der Skala in Quadratmetern oder im Falle einer starken Desorganisation des häuslichen Lebens in Kubikmetern ausgedrückt (Pritz et al., 2009).

- Die nicht pathologische Form bei Messies schwankt praktisch zwischen der 1. und 4. Stufe auf der MHI-Skala. Dass keine Störung vorliegt, wird dadurch belegt, dass die Wohnung normal genutzt werden kann.
- Ausprägungsgrad 4–6 auf der Skala: Die Patienten zeigen charakteristische Unannehmlichkeiten, bedingt durch das Anhäufen von Gegenständen und zunehmende Vermüllung der Wohnung. Zu den häufigsten Unannehmlichkeiten gehören auch: Verspätungen zu Verabredungen, Essstörungen (Überfluss, übermässiges Essen), zunehmende Menge und Häufigkeit der Einkäufe, Schlafstörungen, übermässiger Fernsehkonsum, langes Telefonieren, Unfähigkeit Termine einzuhalten, wiederholt Gegenstände hin- und herräumen. Obwohl noch alle Orte im Haus nutzbar sind, können sie nur über bestimmte Pfade erreicht werden. Es gibt keine Möglichkeit, Gäste in der eigenen Wohnung zu empfangen.
- Ab dem 6. Ausprägungsgrad sprechen Patienten (betroffene Teilnehmer der Messie-Tagungen an der SFU) selbst oft von ihrer Wohnung als «Müllhalde», da die Wohnung nicht mehr benutzbar ist und manchmal verlassen wird.
- Ausprägungsgrad 7–8: Die Patienten benötigen soziale und/oder psychiatrische Betreuung. Es kommt oft vor, dass die Polizei intervenieren muss.
- Ausprägungsgrad 9–10: Gefahr für Leben und Gesundheit, Infektion oder Vergiftung sind möglich, die Patienten werden in die Psychiatrie eingewiesen, Nachbarn legen Beschwerde bei Gericht ein, Sorgerechtsentzug oder Entmündigung (ganz oder teilweise), Zwangsräumung der Wohnung (ebd., 2009).

Die erste und wichtigste Erkenntnis für einen Patienten, der ein Problem mit dem Sammeln in der eigenen Wohnung hat, ist, dass es dafür eine Messie-Skala gibt sowie Menschen, die sich damit beschäftigen, und Therapeuten, die sie zurück ins soziale Leben bringen könnten. Dies ist gleichzeitig auch der erste konkrete Hinweis, der ihn zu seinem eigenen Problem hinführt. Auch für die therapeutische Praxis ist dies ein sehr wichtiger Schritt (ebd.). In der Patientenwahrnehmung ist es, «als ob endlich jemand mein Leiden ermessen würde» (Materialien, 2008). Wenn Messies einen Gegenstand in der Hand halten, fällt ihnen meist das aus der Erinnerung verknüpfte Erlebnis ein – die Vergangenheit.

Soziale und therapeutische Betreuung von Messie-Patienten: Unsere Materialkultur und unser Konsumverhalten beeinflussen die Verbreitung in der Bevölkerung und die Ausdrucksformen von Horten; gleichzeitig tragen die gesellschaftliche Ablehnung und Verleugnung zur sozialen Isolation bei (Neziroglu et al., 2008). In der Welt der Dinge und des ständigen Ansammelns von Dingen ist nicht genug Platz für den Menschen. Die Gemeinschaft

des Überflusses und das Leben in der Welt der materiellen Beute sorgt dafür, dass der Mensch dem «Haben» nachstrebt statt dem «Sein» (Materialien, 2008).

Viele Soziologen sind sich einig darüber, dass insbesondere die europäische und amerikanische Gesellschaft (d.h. jene, in denen das Syndrom besonders ausgeprägt ist) Schwierigkeiten mit den immer höheren Anforderungen an das Aufnehmen und Ordnen der «Gegenstände» hat, die die Menschen umgeben, sowie mit dem Sammeln und Sortieren. Diese Gesellschaften identifizieren sich nicht nur mit materiellen Dingen, sondern bauen über sie auch ein internes Wertesystem auf. Paradoxerweise entledigen sich gerade diese Gesellschaften ein- oder mehrere Male jährlich fast aller ergatterter Dinge – aus ihrem scheinbar unzertrennlichen Besitz. Die Rede ist von der Urlaubszeit, einer Zeit der grossen Veränderung, die sehnlich erwartet wird, um für kurze Zeit den «Wohlstand» hinter sich zu lassen und ein viel einfacheres Leben zu führen. Steckt nicht etwas Ironie darin, dass so viel Zeit, Energie und Geld investiert wird, um zu verdienen und Gegenstände zu kaufen und zu sammeln, und dass gleichzeitig so viel Freude und Ruhe bei einem einfachen Urlaub empfunden wird, fern von den fleissig angehäuften Dingen (Neziorglu et al., 2008)?

Viele Kulturforscher (u.a. Hall, Trilling, Sloterdijk, Levi-Strauss, Malinowski), die sich mit dem Einfluss von Kultur auf unser alltägliches Verhalten beschäftigen, vergleichen die Kultur mit einem Gefängnis. Solange wir nicht wissen, dass ein Schlüssel zur Kultur existiert, können wir nicht kollisionsfrei und autonom in der Gesellschaft funktionieren. Dem Messie-Patient wurde durch die Bezugsperson etwa wegen deren übertriebener Ordnungssucht nicht erlaubt, sein Terrain autonom zu gestalten. Die Erziehung des Messies durch (meist) die Mutter und ihre falsche Vermittlung des Kulturverständnisses bedingt eine traumatische Kindheit mit Introjektionen und eine gestörte Bindung zur Mutter. Dies wiederum kann zu krankhaften Vorgängen im Gehirn führen und einen pathologischen Lebensstil zur Folge haben. Der Messie fühlt sich durch die so «für ihn» geschaffene Welt eingengt, in der die gesellschaftlichen Regeln seines Lebensumfeldes für ihn verborgen bleiben. Da es an der Entwicklung der Autonomie hapert, wird das Kennenlernen dieser Regeln erschwert. Gerade deswegen ist ihr Individualismus im Erwachsenenalter sehr ausgeprägt und aussergewöhnlich. Der Kontakt zu einem Menschen, der hortet, hat etwas von einem Phänomen.

Sogar in der Kunsttherapie (Malen) verwenden Messies am häufigsten Brauntöne – die von allen anderen Malenden am seltensten gewählt werden (Heller, 2004). Auch der äussere Eindruck ist oft paradox: tadellose Kleidung, Sauberkeit oder Eleganz stehen im Kontrast zu den sehr schlechten hygienischen Bedingungen in der Wohnung. Im persönlichen Kontakt zeigen sich Einfühlsamkeit, Aufmerksamkeit und häufig auch eine überdurchschnittliche Intelligenz.

Die sozialtherapeutische Begleitung des Messie-Patienten schliesst die Arbeit ausserhalb der Praxis ein. Der Gestalttherapeut arbeitet mit einem Menschen, der auf

einer isolierten Insel inmitten der angehäuften Gegenstände lebt. Den Patienten und seinen Müll auf derselben Ebene zu stellen, ist einer der wichtigsten Schritte bei der Therapie dieser Störung. Besuche in der Wohnung des Patienten werden erst möglich, wenn ein hohes Mass an Vertrauen entstanden ist. Die therapeutische Beziehung entwickelt sich oft über Monate oder Jahre. Das erste Hineinlassen des Therapeuten in diese «Müllinsel» stellt für den Patienten einen symbolischen Brückenschlag zur Aussenwelt dar; der Therapeut ist meist der erste «Gast». Wächst das Vertrauen weiter, wird auch der Zugang für Sozialarbeiter möglich. Diese übernehmen v.a. praktische Unterstützung wie Wohnungssuche, Arbeitssuche, Reaktivierung sozialer Kontakte oder Kontaktaufnahme zu Angehörigen.

Die Tatsache, dass der Messie-Patient sich über lange Zeit seines Lebens hinweg Autoritäten (Bindungsobjekt) untergeordnet und körperliche und psychische Strafen ertragen hat, verringert sein Vertrauen zu Menschen wesentlich, was leider auch für die Person des Therapeuten gilt. Das *Aufräumen* der Wohnung durch den Patienten erfolgt erst, nachdem er dank der Arbeit mit dem Therapeuten seine Seele *aufgeräumt* hat.

Gestalttherapeutische Interventionen: Konzepte und Praxis

Die gesammelten Gegenstände haben im Bewusstsein des Messies nicht als einzelne Objekte Bedeutung. Im Gegensatz zum Messie hat für den Sammler jedes einzelne Ding seinen eigenen Wert, das gilt für die Kollektion oder Sammlung. Die Therapie von Messies zeigt klar, dass ein Gegenstand für Betroffene erst dann wertvoll wird, wenn er sich in ihrer Wohnung befindet. Deshalb können sie sich auch nicht mehr davon trennen (Gespräch mit Therapeuten der SFU, die mit Messies in deren Wohnungen arbeiten). Messie-Patienten fällt es sehr schwer, Dingen ihren tatsächlichen Wert zuzuordnen. Schwierig ist für sie auch, die Funktion des jeweiligen Gegenstands zu beschreiben (Pritz et al., 2009). Die Gegenstände, die das Lebensumfeld des Messies ausfüllen, bieten diesem eine existenzielle Sicherheit und Unterstützung. Deshalb fällt es nicht leicht, auf den «Luxus» dieser Sicherheit zu verzichten. Die Welt der Messie-Patienten ist voll von Dingen, was gleichzeitig die Angst vor Menschen in Schach hält, ihn von der Gesellschaft isoliert und ihn zusätzlich dazu zwingt, im Chaos auszuhalten und zu leben.

Im Gespräch wird sehr häufig ein niedriges Selbstwertgefühl, paranoides Denken und eine depressive Aura deutlich. Ihre Angst, sich in der Welt draussen zu verirren, projizieren sie auf die Dinge, die sie nicht hergeben wollen. Messies zögern, Dinge nach ihrer Nützlichkeit zu beurteilen. Sie messen Gegenständen in ihrem Umfeld Wert bei, unabhängig davon, ob andere Menschen in der Gesellschaft, in der sie leben, diese als wertvoll erachten. Sie brechen die gesellschaftlich geltenden Normen und Konventionen, sie klammern krampfhaft in ihrer eigenen, isolierten Welt. Durch das Anhäufen von Gegenständen

und die Identifikation mit ihnen kreieren sie ihr «Ich». Das Sammeln, d.h. der Kontakt mit der geschlossenen Welt der *Dinge*, bietet ihnen die Sicherheit des Seins. Die Isolierung von den *Menschen* hingegen ist auf Verlustangst zurückzuführen (ebd.).

Die Therapie beginnt mit der Akzeptanz der geschaffenen Individualität des Patienten und der Anerkennung seiner isolierten Welt. Was der Patient mitbringt, wird angenommen und schrittweise in etwas verwandelt, das mit der Aussenwelt kompatibel ist, sodass er sich nicht mehr hinter seinen Gegenständen verstecken muss. Nachfragen zum Leben auf der Insel sind Ausdruck der vollständigen Akzeptanz und zugleich die einzige Möglichkeit für den Gestalttherapeuten, die neuen Figuren kennenzulernen, die aus dem Hintergrund der gesammelten Objekte hervortreten. Eine Besonderheit bei der klinischen Anamnese in der Gestalttherapie stellen auch folgende Fragen dar: «Wie ist das, wie machst du das, wie sieht deine Welt heute aus?» Sie ersetzen Fragen nach Menschen und Gegenständen, d.h. «Wer, was, warum?»

Die Patienten leben mit massiver Scham über die Unordnung und über den Kontrollverlust. Bewusstwerdung ist der erste Schritt zur Veränderung. Die Gegenstände beim Messie sind Träger emotionaler Bedeutungen. Messie-Patienten nehmen sich selbst als etwas leicht Austauschbares, dem Wegwerfen und Aussortieren Ausgesetztes, leicht durch andere, modernere Exemplare Ersetzbares wahr. Die Gestalttherapie soll emotionale Blockaden sichtbar machen und gleichzeitig die Bewusstheit über die Bedeutung von Besitz zeigen. Gestalttherapie betont Beziehung, Akzeptanz und Arbeit im Hier und Jetzt (Perls-basiert), was bei pathologischem Horten besonders wichtig ist, um Scham und Abwehr zu reduzieren (Reberger, 2007; Pritz et al., 2009).

Der Messie-Patient fühlt sich wie auf einer zerfallenden, wackeligen Eisscholle. Wegen der Isolierung vom «Festland» und der unsicheren Existenz wächst das Bedürfnis, jemanden zu finden, der auf «sicherem Grund» steht und ihm einen Rettungsanker zuwirft, um ihn wieder an Land zu ziehen (Materialien, 2006). Messie-Patienten haben in ihrem Leben schon vielfach den Verlust von Menschen oder Dingen erlebt. Insbesondere in der Kindheit waren sie dem Verlust des Objekts ausgesetzt, das sie nur liebte, wenn sie dessen strengen Anforderungen gerecht wurden. Diese Anforderungen bezogen sich v.a. auf die Ordnung in der kindlichen Welt (Pritz et al., 2009).

Patienten mit Messie-Syndrom unterscheiden sich deutlich von den üblichen Patienten in der Konstruktion der sie umgebenden Welt. Der Nicht-Messie-Patient kommt in die Praxis und sagt: «Ich leide, die Welt macht mir zu schaffen, bitte hilf mir», während der Patient mit Messie-Syndrom hereinkommt und sagt: «Andere behaupten, ich würde leiden, aber du darfst nicht in meine Welt hineinschauen, ich brauche keine Hilfe.» Die zur Arbeit gemeldete Figur ist also das Leid der Umgebung des Messies, nicht sein eigenes. Das klinische Bild eines erwachsenen Messie-Patienten in der therapeutischen Praxis bestätigt die Unsicherheit im Kontakt mit dem Bindungsobjekt. Es bestätigt das Fehlen eines entwickelten Selbst und dessen

freier Exploration. Der Patient bringt eine starke Trennungsangst in den Kontakt ein und versucht v.a., seine eigenen Emotionen an die Umgebung anzupassen, um mit den vom Therapeuten in den Kontakt eingebrachten Emotionen mitzuhalten. Dies hängt mit seinem Leben vor Beginn des Sammelns zusammen d.h. zu Lebzeiten der dominierenden Person (z.B. der Mutter), die den Patienten seiner Autonomie, Wünsche und Emotionen beraubt hat. Deshalb entsteht in der therapeutischen Praxis über längere Zeit hinweg der Eindruck, als übernehme der Patient die Emotionen und Launen des Therapeuten. Das hängt mit der Angst des Patienten zusammen, Fehler zu machen, und v.a. auch mit der Angst, für diese Fehler bestraft zu werden.

Die Therapie erfordert daher tiefgreifende Empathie, Akzeptanz des Patienten mitsamt seiner *Insel der Gegenstände* und der von ihm zugeschriebenen Bedeutung. Er möchte gesehen werden, aber nicht entdeckt werden. Er möchte Hilfe, aber keine Einmischung. Er möchte Ordnung, aber nicht die Entscheidung dafür treffen müssen. Der eigentliche Aufräumprozess beginnt demnach erst, nachdem die innere Welt des Patienten stabilisiert und Vertrauen aufgebaut wurde. Das ist wichtig, um eine Retraumatisierung zu vermeiden. Aus Gesprächen mit Messies nach Abschluss von Therapien und der Änderung des Lebensstils weiss ich, wie wichtig es ist, den Patienten mit all dem anzunehmen, was untrennbar zu ihm gehört – mit seinem Müll. Den Patienten und seinen Müll auf dieselbe Ebene zu «stellen», ist einer der wichtigsten Schritte bei der Therapie dieser Störung.

Gestalttherapie konzentriert sich zu Beginn für längere Zeit nicht auf die Exploration der Emotionen des Messies und seiner Affekte. Zu Beginn hat die Therapie die Funktion, das Leben und den Alltag *auf der Insel der Einsamkeit* wertfrei zu beschreiben. Die emotionale Armut in der ersten Phase der Kontakte steht fast schon im Widerspruch zur Atmosphäre, die die Besonderheit der Gestalttherapie darstellt. Besonders wichtig ist, dem Messie ausreichend Zeit zur Aussenbeobachtung und Betrachtung seines Lebensplatzes und seiner Insel des Leidens zu geben, ohne jedwede Versuche, diese zu verlassen zu sollen. Die Therapie mit einem Messie gleicht der Arbeit mit einem Menschen mit schizoider Charakterstruktur, da auch hier frühe Traumata eine grosse Rolle spielen.

Die Gestalttherapeutin und Gründerin des Messie-Kompetenz-Zentrums in Stuttgart, Veronika Schröter, hat therapeutische Konzepte entwickelt, die auf wertschätzende Beziehung zwischen Therapeuten und Patienten basieren. Schröter (2022) betont Verzicht auf Beschämung oder Druck, Akzeptanz ambivalenter Gefühle, Aufbau von Vertrauen und Förderung von Selbstachtung und Würde. Schröter konzentriert sich auf biografische Exploration, Analyse der Beziehung zu Dingen und Symbolarbeit mit konkreten Objekten/Gegenständen. Studien von ihrer Praxis zeigen, dass langfristige Beziehung wichtiger als kurzfristige Entrümpelung ist.

Auf Basis des Wissens über die Messie-Insel, das uns der Patient «geschenkt» hat, können wir damit beginnen, Fragen zu stellen, wie unser Patient auf dieser Insel funk-

tioniert. Und weiter: «Was könntest du für einen kurzen Ausflug aufs Festland (sprich: in das soziale Leben) mitnehmen und was zurücklassen?» Für Messies ist es bei der Vorbereitung auf eine Veränderung des Lebensstils hilfreich, die Einordnung von Dingen als bewusste Entscheidungen zu erlernen, durch behutsames Nachfragen nach ihrer aktuellen Nützlichkeit im Alltag.

Pathologisches Horten und Messie-Syndrom stehen im selben Störungsspektrum wie Zwangserkrankungen (OCD). Die gemeinsamen Faktoren sind: starke innere Spannung, repetitive Verhaltensweisen verbunden mit Angst. Dabei erweist sich das Wissen über die Arbeitsweise der amerikanischen Forscherin Sandra Felton, der Ideengeberin des Wortes «Messie», als nützlich – und insbesondere ihre Regel der vier Schubladen: 1. Schublade – da landen Dinge, die zu entsorgen sind; 2. Schublade – da landen Dinge, die zu verkaufen oder zu verschenken sind; 3. Schublade – da landen Dinge, bei denen der Patient noch nicht sicher ist, ob sie in die erste oder zweite Schublade gehören; 4. Schublade – da landen Dinge, die unbedingt bleiben müssen. Es gibt eine wichtige Regel beim «Sortieren» der Welt: Wenn der Patient eine Sache in eine Schublade legt, muss er gleichzeitig eine Sache aus einer anderen Schublade rausholen.

Der Messie – als Mensch mit schizoider Struktur und verhasstes Kind – steht während der Therapie häufig vor der Wahl zwischen Engagement und Rückzug. Die Unsicherheit bei seinen Versuchen, die Müllhalde aufzulösen, die Müllinsel zu ersetzen und einen neuen Platz auf dem Festland zu finden (in der Gesellschaft, unter Menschen), ist spürbar. In der praktischen Arbeit mit Patienten stellt die Konfrontation von Angesicht zu Angesicht mit der destruktiven, dämonischen Macht (sprich: der Mutter) den schwierigsten Moment dar. Genau die Person, die die wichtigste Betreuungsperson des Messies war, bleibt am längsten als nicht assimilierte Introjektion bestehen. Die Vorsicht des Gestalttherapeuten, seine grosse Empathie und die Einbindung der Freude über das Leben unter Menschen in den Kontakt ergeben für den Patienten das «Muster» für neue zwischenmenschliche Beziehungen.

Messie-Patienten verfügen über stark ausgeprägte Schutzmechanismen. Im Zentrum der Aufmerksamkeit des Therapeuten muss deshalb die Sensibilität für den entsprechenden Moment im Leben des Patienten stehen. Wenn die Wege von der «Insel» zum «Festland» oft gegangen wurden, kann der Therapeut das mit der Zwei-Stuhl-Technik unterstützen. Es ist wichtig, dass der Patient nur so lange auf dem Stuhl der neuen Identität bleibt, wie er dazu bereit ist. Zu früh eingesetzt, können die vorhandenen Schutzmechanismen überlastet werden und eine Regression auslösen.

Nachfragen und Präzisieren spielen eine wichtige Rolle in der therapeutischen Arbeit. Dies gilt auch für die linguistische Sphäre. Die Wortwahl des Therapeuten sollte der des Patienten angepasst werden, da der Messie Worte aus seiner Kindheit mit einer dementsprechend kindlich-emotionalen Klangfarbe verwendet. Das häufig fallende Wort «Mami» ist tief mit der Angst vor der Person der Mutter und ihrer körperlichen Züchtigung

verbunden. Wird das Wort «Mami» vom Therapeuten jedoch in anderer Form verwendet (z. B. «Mama», «Mutter»), verletzt dies die Emotionen des Patienten (Kindes). Durch die Regression werden auftretende Aggressionen gegen den Therapeuten ausgelöst und in der Folge wird der Therapieprozess verlangsamt. Wenn der Therapeut nicht mit dem Bedürfnis des Patienten Schritt hält, flieht dieser zurück in die Welt der Dinge. Von meinen fünf Messie-Patienten antworteten vier auf die Frage «Wer bist du?» mit dem Satz «Ein schwacher Mensch», und die Antwort auf die Frage «Wer ist dieser schwache Mensch» lautete «Ein Kind».

In der Therapie vergeht viel Zeit, bis der Patient die Ursache der Isolation von der Familie versteht und spürt. Schwer und gleichzeitig schön ist es, den Patienten bei der Kommunikation seiner Wut gegen die Menschen zu begleiten, die ihn jahrelang gestraft und gedemütigt haben. Sie haben seine Emotionen blockiert, indem sie ihm mit jeder Reaktion und jedem Feedback die Wertschätzung entzogen haben.

Ein Messie-Patient bewegt sich nachgerade ausschliesslich wie ein Kind entlang der Wege in seiner vermüllten Wohnung. Er bewegt sich dort, ohne sich darüber im Klaren zu sein, was zu seinem Weg beiträgt und was ihn ausmacht. Die von seinem erziehenden Objekt eingeschränkte kindliche Welt ist so arm, dass seine weitere Entwicklung in der Welt als Erwachsener sehr schwierig ist. Die fehlende Autonomie und die nicht entwickelte Kenntnis der «sozialen Wege» machen es dem Erwachsenen unmöglich, in reifer und bewusster Art und Weise in der Gesellschaft zu funktionieren. Ohne Therapie ist er zu einem Leben mit Gegenständen verdammt, und zu einem Austausch ausschliesslich mit ihnen. Er ist verdammt zu einem Leben auf der Insel. Wenn die innere Welt ausreichend integriert ist, kann die äussere Welt verändert werden.

Schlussbemerkung

Das Messie-Syndrom ist eine komplexe, multifaktorielle Störung. Interdisziplinäre, langfristig angelegte Versorgungsmodelle sind für nachhaltigen Erfolg entscheidend. Enge Abstimmung zwischen Medizin, Justiz und Sozialdiensten ist nötig. Die interdisziplinäre Zusammenarbeit von Fachpersonen wie Sozialarbeitern, psychiatrischen Pflegekräften, Schuldenberatern, Haushaltscoaches und Wohnbegleitern ist grundlegend für den Erfolg. Psychotherapeutische Behandlung mit Wohnraumarbeit bietet langfristige Beziehung, ist besonders wirksam und dient der Rückfallprävention.

Der Messie-Patient möchte gesehen, aber nicht entdeckt werden, möchte Hilfe, aber keine Einmischung, möchte Ordnung, aber nicht die Entscheidung darüber treffen müssen. Denn Entscheidungen bedeuten Risiko – und Risiko bedeutet potenziellen Verlust. Der Gestalttherapeut geht feinfühlig vielfach den Weg vom Festland zur Insel und von der Insel zum Festland mit seinem Patienten, bis dieser sich für das Neuland bewusst entscheidet.

Literatur

- Fontanelle, L. et al. (2021). Traumatic and stressful life events in hoarding: the role of loss and deprivation. *European Journal of Psychotraumatology*.
- Frost, R.O. & Hartl, T.L. (1996). A cognitive-behavioral model of compulsive hoarding. *Behaviour Research and Therapy*, 34(4), 341–350.
- Frost, R.O., Steketee, G. & Grisham, J. (2004). Measurement of compulsive hoarding: Saving Inventory Revised. *Behaviour Research and Therapy*, 42(10), 1163–1182.
- Grisham, J.R., Brown, T.A., Savage, C.R., Steketee, G. & Barlow, D.H. (2007). *Neuropsychological correlates of hoarding symptoms*. *Behaviour Research and Therapy*, 45(7), 1471–1483.
- Heller, E. (1999). *Wie die Farben wirken*. Rowohlt.
- Kingma, R. (2002, Mai). Wenn Sammelwut zur Sucht wird. *Berliner Morgenpost*.
- Materialien (2006, unv.). Von der ersten deutschsprachigen Tagung (Österreich, Deutschland, Schweiz) über das Messie-Syndrom. Sigmund Freud PrivatUniversität, Wien.
- Materialien (2008, unv.). Von der dritten deutschsprachigen Tagung (Österreich, Deutschland, Schweiz) über das Messie-Syndrom. Sigmund Freud PrivatUniversität, Wien.
- Neziroglu, F., Bubrick, J. & Yaryura-Tobias, J. (2008). *Raus aus dem Chaos*. Patmos.
- Pritz, A., Vykoukal, E., Reboly, K. & Agdari-Moghadam, N. (2009). *Das Messie-Syndrom*. Springer.
- Reberger, R. (2007). *Messies. Sucht und Zwang*. Klett-Cotta.
- Schröter, V. (2022). *Messie-Syndrom und Pathologisches Horten. Das Praxisbuch*. Klett-Cotta.
- Steketee, G. & Frost, R.O. (2003). Compulsive hoarding: Current status of the research. *Clinical Psychology Review*, 23(7), 905–927.
- Strelau J. & Dolinski D. (Hg.). (2008). *Psychologia-podrecznik akademicki*, Bd. 2. GTP.
- Tolin, D.F., Frost, R.O. & Steketee, G. (2007). An initial empirical © 46(7), 938–946.

Hoarding disorder and Gestalt therapy Therapeutic options

Abstract: Hoarding Disorder is characterized by persistent accumulation of possessions, marked difficulty discarding items, and the resulting impairment of living and functional spaces. Since its inclusion as an independent diagnosis in 2013 in the DSM-5 (300.3) and ICD-10 (42.3), research has expanded across epidemiology, neurocognitive anomalies, genetic influences and psychotherapeutic interventions. Messie syndrome has been recognized as a separate disease in ICD-11 (6B24) since 2022 in the group of «obsessive-compulsive disorders and related disorders». The aim of this article is to provide a research-oriented synthesis of the central features of hoarding, to outline the development of the disorder and to present practice focused strategies for gestalt therapeutic work.

Keywords: hoarding disorder, lack of autonomy, MHI-index, social isolation, severe clutter, attachment patterns

Biografische Notiz

Beata Reinfeldt ist Magistra der Pädagogik (Jagiellonen-Universität Krakau) und absolvierte ihre therapeutische Ausbildung im Institut für Gestalttherapie (2004–2009) in Krakau. Sie ist seit 2012 zertifizierte Gestaltpsychotherapeutin. Seit 2014 ist sie durch die European Association for Gestalt Therapy zertifiziert. Seit 2006 arbeitet sie in privater Praxis in Wien und Krems.

Kontakt

E-Mail: beata.reinfeldt@gmail.com

Zwischen Zählen und Verstehen

Ein operationalisiertes Brückenverfahren an der Schnittstelle zweier sich scheinbar widersprechender Forschungsparadigmen

Christa Futscher & Mario Schlegel

Psychotherapie-Wissenschaft 16 (1) 2026 53–61

www.psychotherapie-wissenschaft.info

CC BY-NC-ND

<https://doi.org/10.30820/1664-9583-2026-1-53>

Zusammenfassung: In der empirischen Psychotherapieforschung löst sich der polarisierte Methodenstreit zwischen qualitativen und quantitativen Ansätzen zunehmend zugunsten der Kombination von Perspektiven auf. Statt auf die Verbindung ideologisch gegensätzlicher Verfahren wie bei Mixed-Methods-Designs zu setzen, wird in diesem Beitrag eine Forschungslogik vorgeschlagen, in der Zählen und Verstehen innerhalb einer einzigen Versuchsanordnung zusammenwirken. Das Assoziationsexperiment hingegen steht *zwischen* den scheinbaren Gegensätzen des Messens und des Verstehens und integriert in dieser Hinsicht wesentliche Aspekte beider Traditionen in einem einzigen Verfahren. Dabei werden individuelle Subjektivität, kollektive Deutungsmuster und formale Kriterien durch besondere Vorgaben miteinander verschränkt. Exemplarisch wird gezeigt, wie die Vermessung von Begegnung über Assoziationen als Bindeglied zwischen den Denkweisen Profil gewinnt und sich neue Anschlussmöglichkeiten für Psychotherapieforschung, Ausbildung und Praxis sowie transdisziplinäre Perspektiven eröffnen.

Schlüsselwörter: Assoziation, Assoziationsexperiment, Begegnung, Beziehungskomplexität, Brückenverfahren, Methodenpluralismus, Psychotherapieforschung, qualitativ, quantitativ, Wortassoziationstest

In der empirischen Forschung hat sich das Verhältnis von quantitativen und qualitativen Methoden im 20. Jh. zunehmend polarisiert. Aktuell lässt sich im 21. Jh. vermehrt eine Tendenz zur Mischung feststellen, wobei die Grenzen zwischen den Methodenparadigmen undeutlicher werden (Mey, 2020; Reichertz, 2015, 2017a; Schröter, 2023). Die getrennten Wege, ans Ziel zu gelangen – nämlich entweder über die statistische Auswertung numerischer Daten oder aber über interpretativ-rekonstruktive Auswertungen beobachteter Daten –, werden durch einen gemeinsamen Weg ersetzt. Dieser gemeinsame Weg baut auf der Anwendung verschiedener Verfahrenstechniken auf, wie es insbesondere bei Mixed-Methods-Verfahren praktiziert wird, die sich durch die Verbindung von quantitativen und qualitativen Forschungsdesigns auszeichnen (Baur et al., 2017). Nachdem sowohl in den quantitativen als auch in den qualitativen Forschungstraditionen die zwischenmenschliche Wechselwirkung thematisiert wird – einmal als Störgröße und einmal als Potenzial –, ist das Thema *zwischenmenschliche Begegnung* Teil beider Paradigmen. Die qualitative Auseinandersetzung mit dem Forschersubjekt hilft, diese zwischenmenschliche Wechselwirkung in vielfacher Hinsicht fruchtbar einzusetzen (Reichertz, 2015). Vor diesem Hintergrund liegt es nahe, ein Prozedere zu (unter-)suchen, das beide Denkweisen in sich vereint, zumal die Begegnung die Kernkompetenz der Psychotherapie darstellt – in Kombination mit ihrer heilenden Wirkung. Kann daher ein psychotherapeutisches Diagnostikverfahren im Forschungsdiskurs so eingeordnet werden, dass es aus formallogischer Sicht einen Beitrag zur aktuellen Entwick-

lung von Forschungsmethoden leistet? Zur Beantwortung dieser Frage werden historische und methodologische Linien anhand eines Verfahrens nachgezeichnet, das solch eine Rolle einnimmt: das Assoziationsexperiment.

Historische Grundlagen

Im Artikel werden zwei Linien verfolgt: einerseits der historische Kontext, wie Assoziationen in die Geschichte der Erforschung der Psyche eingebettet sind, andererseits die Entwicklungsgeschichte der Forschungsmethoden. Der Begriff *Assoziationsexperiment* hat damit zu tun, dass im 19. Jh. mit Assoziationen als Basis für Überlegungen zum Denken experimentiert wurde.

Geschichte und Aspekte der Assoziationspsychologie

Die Idee, das Denken über Assoziationen zu verstehen, reicht bis in die Antike zurück, wenngleich die wissenschaftliche Relevanz dieser autonomen Prozesse zwischen Reiz und Reaktion erst im 19. und 20. Jh. deutlich wird. Es wurde dann nicht mehr nur philosophisch darüber nachgedacht, sondern praxisorientiert und systematisch vorgegangen. Dieser neue Einfluss führte im Rahmen der aufkommenden Lern- und Gedächtnistheorien einerseits zu neuen Erkenntnissen und beeinflusste andererseits die Einsichten zur Krankheitslehre, wie das im Folgenden erläutert wird.

Wilhelm Wundt (1832–1920) prägte mit dem ersten experimentalpsychologischen Labor in Leipzig die Psychologieforschung, indem er Assoziationen unter kontrollierten Bedingungen am Menschen vermessen, nämlich mit Stoppuhr und physiologischen Messgeräten. Aus dem experimentellen Vorgehen entwickelten sich zwei Denkrichtungen in der Psychologie: Einerseits rückte durch das Beobachten von experimentell induziertem Verhalten die Konditionierung als Grundlage für Lerntheorien in den Vordergrund. Wegbereiter hierfür waren Iwan Pawlow (1849–1936), John B. Watson (1878–1958) und B.F. Skinner (1904–1990). Andererseits rückten in der Psychiatrie Störungen des Denkens und affektiv aufgeladene Reaktionsmuster ins Zentrum der Aufmerksamkeit, wobei als wesentliche Vertreter Emil Kraepelin (1856–1926), Eugen Bleuler (1857–1939), Sigmund Freud (1856–1939) und Carl Gustav Jung (1875–1961) zu nennen sind. Die beiden Interessensfelder unterscheiden sich hinsichtlich der Betonung innerer oder äußerer Vorgänge. Die *behavioristische Linie* entwickelte ihre Theorien mit Blick auf das Verhalten, also ohne Berücksichtigung innerer Vorgänge, und die *experimentelle Psychopathologie* führt ihre Überlegungen auf diese zurück (Abb. 1).

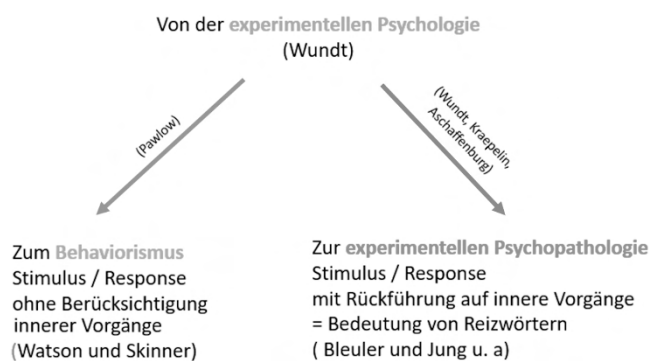


Abb. 1: Verzweigung zwischen Psychologie und Psychiatrie/Psychotherapie

Damit gingen Psychologie und Psychiatrie (inkl. Psychotherapie) weitgehend getrennte Wege, obwohl Assoziationen als automatische Verbindungen zwischen Reiz und Reaktion den gemeinsamen Ausgangspunkt zur Erforschung innerer Vorgänge darstellten. Um 1900 veranlasste Bleuler an der psychiatrischen Klinik Burghölzli Jung dazu, Assoziationen bei psychisch kranken Personen zu untersuchen, um aufgrund ungleicher Denkinhalte Unterschiede zwischen Krankengruppen herauszufinden. Jung interessierte sich aber nicht nur für die Inhalte der Assoziationen, sondern lenkte seine Aufmerksamkeit insbesondere auf die Fehlleistungen des Denkens und deren affektive Begleiterscheinungen (Kast, 1988, S. 11–14). Als Arzt nahm er mit dem Wortassoziationsexperiment auch psychophysiologische Messungen vor. Damit untermauerte er experimentell die psychodynamischen Ideen, wie sie durch die Psychoanalyse vertreten wurden. Freud sprach in einer Vorlesung um 1917/18 vom experimentellen Nachweis der Psychodynamik als Basis der Psychoanalyse:

«Die Züricher Schule unter Führung von Bleuler und Jung hat die Erklärung der beim Assoziationsexperiment erfolgenden Reaktionen gegeben, indem sie die Versuchsperson aufforderte, die von ihr erhaltenen Reaktionen durch nachträgliche Assoziationen zu erläutern, wenn sie etwas Auffälliges an sich trugen. Es stellte sich dann heraus, dass diese auffälligen Reaktionen in der schärfsten Weise durch die Komplexe der Versuchsperson determiniert waren. Bleuler und Jung hatten damit die erste Brücke von der Experimentalpsychologie zur Psychoanalyse geschlagen» (Freud, 1994, S. 107).

Diese Brückenfunktion von Assoziationen als Bindeglied zwischen Aussen- und Innenperspektive ist zentral im Umgang mit subjektiver Bedeutung in der Psychotherapie und findet aktuell bspw. als Person-spezifische Netzwerke (PSNs) in die moderne Assoziationsforschung Eingang. So soll bei der Experience-Sampling-Methode (ESM) kollaborativ «die einzigartige Konstellation von Emotionen, Kognitionen, Verhalten, somatischen Zuständen und Kontext» einer Patientin bzw. eines Patienten konkret erfasst werden, womit subjektive Bedeutungszuschreibungen in messbare Variablen übersetzt werden (von Klipstein et al., 2020, S. 2ff). Jung entwickelte aus den Ergebnissen seiner Untersuchungen schon damals das mit vielschichtigen Vernetzungen in Zusammenhang gebrachte Konzept der *Komplextheorie* als Krankheitslehre der *Analytischen Psychologie* und betonte, wie von Klipstein et al. (2020) dargelegt, die gemeinsame Erarbeitung von assoziativen Zusammenhängen im therapeutischen Kontext, die sich um bestimmte Brenn- und Knotenpunkte von Sinnzusammenhängen in Form von Assoziationsmustern darstellen lassen (Jung, 2011a, § 965; Kast, 1988, § 965). In der historischen Konstellation lag bereits der Keim für das Spannungsfeld zwischen Messen und Verstehen, in dem die spätere Methodenpluralität empirischer Forschung wiederzufinden ist und heute eine Zusammenführung erfährt.

Geschichte und Aspekte der methodischen Kontroverse

Die Trennung in gegensätzliche denkpsychologische Richtungen, die sich in der Geschichte der Assoziationen widerspiegelt, wird exemplarisch im Wundt-Bühler-Konflikt deutlich. Im Unterschied zu Wundts experimenteller Erfassung von Assoziationen mit Stoppuhr und psychophysiologischen Messungen liess Karl Bühler (1879–1963) ab 1907 Protokolle spontaner Einfälle aufzeichnen und wertete diese sprachlich geäußerten Gedankengänge inhaltlich aus (Holzkamp, 1979). Aufgrund dieser Vorgehensweisen entstanden Standpunkte, Traditionen und Machtverhältnisse, die sich in zahlreichen Forschungsinstitutionen differenzierten (Reichert, 2017b).

Messen vs. Verstehen als Differenzierungsbooster.

Durch die berufspolitische Teilung in gegensätzliche Lager scheint sich die fachliche Differenzierung innerhalb der Denkrichtungen aber zu intensivieren: Einerseits etablierte sich im Laufe des Jh. die positivistisch fundierte

quantitative Forschung, die mithilfe der Statistik in der Lage ist, grosse Mengen an Messdaten auszuwerten, und gewann in vielen Bereichen die Vormacht. Auf der anderen, der qualitativen, Seite entstand infolge zahlreicher Einflüsse und Ideen eine breite Auswahl an Ansätzen hermeneutischer, phänomenologischer, rekonstruktiver, kritisch-theoretischer, poststrukturalistischer usw. Art. Deren Fokus liegt auf subjektiven Sinngehalten, Biografien und Diskursen, wobei besonderer Wert auf die interpretative Analyse v. a. von sprachlichen Daten gelegt wird. Die vereinfachte Darstellung der Polarisierung in eine erklärende Psychologie nach Hermann Ebbinghaus (1850–1909) und eine verstehende nach Wilhelm Dilthey (1833–1911) Ende des 19. Jh. unterscheidet sich von der Divergenz zwischen Wundt und Bühler. In der Kombination der Vorliebe für Messungen bzw. des Interesses für Verstehensprozesse liegt das Potenzial für die erneute Verbindung des ursprünglichen Zusammenspiels am Übergang vom 19. ins 20. Jh.

In diesem Sinne bilden die Begriffe *messen* vs. *verstehen* die Zuspitzung ab, die die Trennung der methodischen Communities und die machtpolitischen Abgrenzungen begleitet (Mey & Mruck, 2020; Mruck & Mey, 2000). *Der Vorteil der Polarisierung und damit der getrennten Entwicklungen der forschungsinteressierten Lager liegt darin, dass die beiden Richtungen in den letzten 100 Jahren eine intensive Differenzierung erlebt haben, bevor der Verbindungsprozess neu begonnen hat.*

Nicht nur Mixed Methods. Anhand der zunehmenden Bedeutung der Verknüpfung von Zählen und Interpretieren in gemischten Verfahren wird deutlich, dass die beiden Denkweisen im Grunde aufeinander angewiesen sind. Obwohl *Mixed Methods* als Begriff inzwischen weit verbreitet ist, hat er sich noch nicht endgültig als neues Paradigma etabliert. *Mixed Methods* steht für die Zusammenstellung verschiedener Designs aus beiden Traditionen, mit einem gemeinsamen Forschungsziel. Diese Vorgangsweise ist mit einem hohen Aufwand verbunden (Baur et al., 2017; Schröter, 2023). Schröter (2023) schreibt den *Digital Humanities* – dem Schnittpunkt von digitalen Geistes- und Kulturwissenschaften, Informatik und digitaler Technologie – den beschleunigten Etablierungsprozess für diese Methodenvariante zu. In diesem Artikel soll der *Schnittpunkt der beiden Forschungsparadigmen* mit *psychotherapeutischen Erkenntnismodalitäten* beleuchtet werden, womit er als Anregung dienen kann, den Zusammenschluss von Vorgehensweisen in einer Methode als Alternative zur Zusammenführung einer Vielzahl an Verfahren, als Ansatz miteinzubeziehen. Diese Variante der psychotherapiewissenschaftlichen Brückenbildung gelingt, indem die methodischen Traditionen durch grundlegende heuristische Aspekte wie *Variation*, *Vergleich* und *Dialog* produktiv miteinander verbunden werden (Mey & Mruck, 2020, S. 384ff.).

Variation, Vergleich und Dialog. Diese drei Schlagworte können vor dem Hintergrund unterschiedlicher empirischer Forschungsmethoden eine gemeinsame Basis für Untersuchungen darstellen. Im Sinne der *qualitativen Heuristik* bilden sie einerseits einen methodenimmanenten

Kern und andererseits sind sie differenzierende Leitlinie (ebd., S. 387ff.). Unabhängig von Forschungsmethoden dienen Variationen allgemein dem Vergleich, und im Forschungsdialog werden dabei Inhalte – sowohl in der Datenerhebung als auch in der Auswertung – heuristisch durch Variation und Vergleich sowie hermeneutisch im intersubjektiven Aushandlungsprozess von Bedeutungen überprüft (Kleining, 1991, 1999; Unger, 2005). Die Unterschiede zwischen quantitativ und qualitativ liegen darin, dass in der quantitativen Tradition Variation über die Veränderung von Bedingungen gelingt, während dies in qualitativen/interpretativen Ansätzen durch die Modifikation der untersuchten Personen, Perspektiven und Deutungen erfolgt (Reichert, 2017b).

Wundts Introspektion im Experimentallabor im 19. Jh. oder die qualitative Heuristik, die heute als relevant gilt, zeigen deutliche Bezüge zu qualitativen Vorgehensweisen (Fahrenberg, 2008; Mey & Mruck, 2020). Alle Verfahren sind auf zwischenmenschlichen Austausch angewiesen und nutzen Individualität und Kollektiv unterschiedlich. Wie sich im Verlauf der Geschichte der den Diskurs bestimmende Fokus verschieben kann, zeigt sich in der ersten Hälfte des 20. Jh. darin, dass die Gesellschaftswissenschaften an Bedeutung gewinnen (Glatzer, 2025).

Eine(r) oder/und alle. Mit der Institutionalisierung der Sozialwissenschaften zu Beginn des 20. Jh. verlagerte sich der Blickpunkt zunehmend auf gesellschaftliche Phänomene, während das Interesse an der Einzelpsyche zunächst zurücktrat (Guski-Leinwand, 2010, S. 223). Aber in der sich parallel entwickelnden Tiefenpsychologie stand die individuelle Psyche weiterhin im Zentrum. In diesem Sinne hat Jung, als Arzt und Begründer der Analytischen Psychologie, ausgehend vom Individuum, das Konzept des *kollektiven Unbewussten* entwickelt – einen Zugang zu allgemein-menschlichen Erfahrungsschichten und zu gemeinsamem Wissen: «Die Psychologie des Individuums ist ohne Psychologie des Kollektivs unverständlich. Denn das Denken, Fühlen und Handeln des einzelnen Menschen ist nicht allein ihm selbst, sondern auch seiner Zugehörigkeit zu einem psychischen Kollektiv verpflichtet» (Jung, 2011b, § 17).

Erkenntnistheoretisch führt Ludwig Fleck (1896–1961) die Verschränkung von Individuum und Kollektiv fort und beschreibt Erkenntnis als Resultat der eigenen Biografie (*Denkstil*) und einer Prägung durch das *Denkkollektiv* (Fleck, 2011). Wissenschaftstheoretisch «operiert [Fleck] mit einem interaktiven Kontinuum von Externalismus und Internalismus» und stellt diese beiden Perspektiven nicht gegeneinander (Pörksen, 2015). Im Zentrum der qualitativen Forschung stehen seither das Wechselspiel von Individualität, Subjektivität und Gesellschaft und damit die gegenseitige Abhängigkeit von kollektiven Sinnhorizonten und individuellem Verständnis (Mey & Mruck, 2020, S. 260).

Subjektivität. In der qualitativen Sozialforschung zeigt sich die Bedeutung dieser Polarität in der Verteidigung der Subjektivität im methodenpolitischen Diskurs. Die Anerkennung der Subjektivität als *Ressource* im Erkenntnisprozess, und nicht als *Störgrösse*, spiegelt

sich in einer grossen Vielfalt an kooperativen und mehr oder weniger stark operationalisierten Vorgehensweisen wider. Beispiele hierfür sind sozialwissenschaftlich verankerte Methoden wie die schon länger etablierte Grounded Theory, die objektive Hermeneutik von Ulrich Oevermann (1940–2021) bis hin zur philosophischen Hermeneutik des Hans-Georg Gadamer (1900–2002) oder Kombinationen und Weiterentwicklungen wie das strukturierte und gleichzeitig offene Vorgehen der dokumentarischen Methode (Mey, 2020; Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2021) oder die auf Beziehung fokussierte und auf philosophischer Basis beruhende Kombination von Phänomenologie und Hermeneutik (Eberle, 1993). In der Psychotherapieforschung führt die Kombination der Strukturierung psychotherapeutischer Inhalte (wie individueller Träume) und empirischer Forschung zu Ergebnissen (Roesler, 2024), psychotherapieschulenübergreifend wird psychotherapiephilosophisch Paradigmenforschung betrieben (Burda, 2025; Stephenson, 2022) und experimentalhermeneutisch geforscht (Greiner, 2020). Der Vorschlag, therapienahe Konzepte durch Kreativität verbindend zu nutzen, ist Teil einer transdisziplinären Diskussion (Vogel, 2024). In der durch Auseinandersetzung mit Individualität resultierenden Vielfalt in Bezug auf psychotherapiewissenschaftliche Herangehensweisen wird das Subjektive nicht ausgeblendet, sondern der Umgang damit wird operationalisiert.

Individualität. Allen Herangehensweisen gemeinsam ist, dass die Perspektive der beteiligten Personen – inklusive der Forscher*innen – zum Gegenstand systematischer Rekonstruktion und Reflexion in wissenschaftlichen Überlegungen gemacht wird (Mruck & Breuer, 2003). Dabei rückt die – je nach Forschungsparadigma erwünschte oder unerwünschte – Individualität des Forschungssubjekts selbst stärker in den Vordergrund: Lebenskontexte, Vorkenntnisse und persönliche Erfahrungen beeinflussen nicht nur das Forschungsinteresse und damit die Datenerhebung, sondern auch die Auswertung und die Interpretation. Daher wird die Forscherpersönlichkeit in reflexiven Vorgehensweisen explizit thematisiert (Futscher, 2024; Reichertz, 2015; Sell & Benecke, 2020). In diesem Sinne wird speziell bei dialogisch-introspektiven Verfahren die Nähe zur Psychoanalyse deutlich, wobei die Idee systematischer Selbstreflexion von Forscher*innen an die Lehranalyse in der therapeutischen Ausbildung erinnert (Mey, 2020). Sie verweist auf die forschende Person als Teil des Erkenntnisprozesses im Rahmen zwischenmenschlicher Begegnung.

Diese Dynamiken werden auch anhand des Assoziationsexperiments (AE) am C. G. Jung-Institut Zürich auf mehreren Ebenen untersucht. So werden seit den 1980er Jahren Assoziationsexperimente gruppenbasiert ausgewertet und im Sinne der Krankheitslehre der Analytischen Psychologie interpretiert. Auf Basis kommunizierender Individuen wird im Kollektiv eine gemeinsame Theorie auf verschiedene Fallgeschichten angewandt. Über dieses vielschichtige Vorgehen wird die Brückenfunktion des AE zwischen Individualität und kollektiver Sinnbildung methodisch realisiert (Futscher & Schlegel, 2025).

Das Assoziationsexperiment

Das AE ist ein Verfahren zur Erfassung individueller Reaktionen auf Reizwörter. Seine besondere Methodik macht es zu einem geeigneten Instrument für Forschung und Psychotherapie. Das AE, wie es heute gelehrt wird, ist Ergebnis einer Entwicklung, die durch Zeitgeist und Forschungsgewohnheiten geprägt wurde. Sie beginnt um 1900; nachdem Jung das Verfahren als Diagnostikinstrument etabliert hat, wird es in den 1970er und 1980er Jahren durch Verena Kast (*1943) methodisch erweitert (Kontextaufnahme) und das Auswertverfahren von Mario Schlegel (*1944) wird durch ein Gruppenverfahren ergänzt. Das AE dient bis heute der Erforschung von Assoziationsprozessen zwischen bewussten und unbewussten Inhalten und damit als Diagnostikinstrument, durch das in der Therapie Prozesse verstärkt werden können. Es wird am C. G. Jung-Institut Zürich aktiv weitergepflegt.

Aufbau und Ablauf

Die Datenerhebung umfasst drei Phasen: 1. Assoziation, 2. Reproduktion, 3. Kontextaufnahme. Im Folgenden wird das Vorgehen so weit dargestellt, wie es für das methodische Verständnis von Bedeutung ist. Weil die Auswertung mit der datenerhebenden Durchführung zeitlich verschränkt ist, werden beide im Zusammenhang erläutert.

1. Assoziationsphase: Hier nehmen die*der Versuchsleiter*in (Therapeut*in) und die*der Proband*in (Abb. 2) gegenüber Platz. Die testende Person hat eine Liste mit 50 Reizwörtern in der Hand, eine Stoppuhr und einen Stift. Die Testinstruktion besteht aus der Anweisung, dass auf jedes einzelne Reizwort mit dem ersten Wort reagiert werden soll, das der Versuchsperson dazu einfällt. Dadurch wird jedem Reizwort unter Stress ein Wort als Antwort dazugestellt. Protokolliert werden die Antwort, die Reaktionszeit und auffällige nonverbale Ausdrucksformen der untersuchten Person. Die Erstellung des Protokolls erfolgt vonseiten der testenden Person möglichst neutral und dient als Grundlage für den zweiten Durchgang.

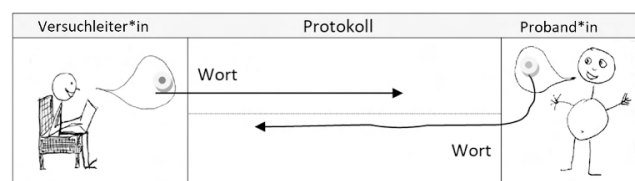


Abb. 2: AE 1 + 2. Durchgang (ein Wort als Antwort + Reproduktion)

2. Reproduktionsphase: In diesem Schritt geht es darum, dass sich die*der Klient*in an die eigene gegebene Antwort erinnert. Hierfür werden die gleichen Reizwörter von der*dem Versuchsleiter*in erneut ausgesprochen und die bereits assoziierten Antworten werden von der*dem Proband*in möglichst noch einmal wiederholt. Die Zeit

wird nicht mehr gemessen, die*der Versuchsleiter*in bleibt weiterhin zurückhaltend und notiert wieder das Ergebnis. Im Anschluss an diesen zweiten Durchgang findet eine erste Auswertung statt, die die Grundlage für den nächsten Durchgang bildet.

3. Kontextaufnahme: Im dritten Durchgang wird eine Auswahl der Reizwörter präsentiert, die auf der formalen Auswertung der ersten beiden Durchgänge beruht. Die dazugehörigen Antworten dürfen jetzt aus einem Text bestehen – aus Narrativen, Standpunkten oder anderen, komplexeren Assoziationszusammenhängen (Abb. 3). Diese Kurztexte werden transkribiert und bei der Endauswertung einbezogen. Die fachspezifische Auswertung beruht auf inhaltsbezogenen Überlegungen durch die den Test leitende Person.

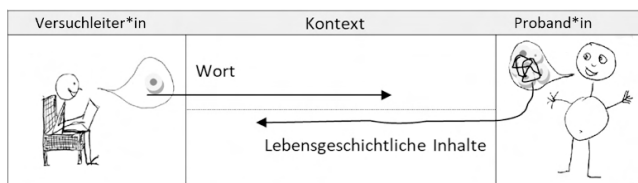


Abb. 3: AE 3. Durchgang (Kontextaufnahme)

Weiterführende Varianten. Eine fortführende Variante dieses Vorgehens stellt das Besprechen der aus dem Test resultierenden Lebensthemen im Rahmen weiterführender Psychotherapie dar (Kast, 1988). Dieser Prozess ist nicht Teil des Experiments, sondern nutzt das AE als Bestandteil der therapeutischen Beziehungsarbeit (Abb. 4). Diese Begegnung im Rahmen eines therapeutischen Settings ist Teil der Heilbeziehung. Sie zeigt einen *höheren* Grad an Komplexität als im künstlich eingeschränkten Austausch während des Testvorgangs. Auf der anderen Seite gibt es reduzierte Varianten mit vermindertem Beziehungsgeschehen im genannten Sinne. Dazu zählen Online-Wortassoziationstests (WAT/IAT), die bspw. im wirtschaftlichen oder kulturwissenschaftlichen Kontext angewendet werden (Abb. 5). Diese Variante in der Versuchsanordnung zeigt eine *verminderte* Komplexität im Beziehungsgeschehen als im Testdesign des AE, da die einseitige Befragung über den Computer nicht an bestimmte persönliche Beziehungen geknüpft ist.

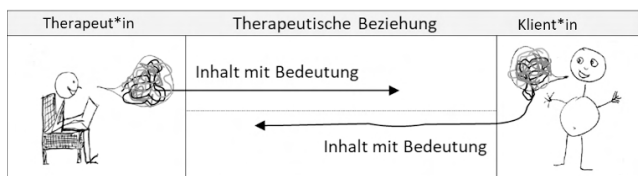


Abb. 4: Therapeutisches Setting

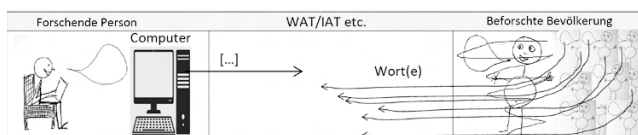


Abb. 5: WAT/IAT-Online-Befragung

Formallogische Überlegungen

Wie aus dem AE und seinen Anwendungsmöglichkeiten ersichtlich wird, variiert die *Beziehungskomplexität* je nach Testinstruktion und Verfahren. Analog zum *Forschungsprogramm Subjektive Theorien* (Groeben & Scheele, 2020, S. 350ff.) kann anhand des dargestellten Zusammenspiels ausgetauschter Sinneinheiten (Wort, Satz, Text) auf formaler Ebene eine aufsteigende Sortierung über das Kriterium *Beziehung in der Begegnung* vorgenommen werden (Abb. 6). Weil aber bei der diagnostischen Anwendung alle drei Durchgänge aufeinander aufbauen und sowohl die*der Versuchsleiter*in als auch die*der Proband*in über den ganzen Test hinweg Teil der Versuchsanordnung sind, werden die Forschungsparadigmen des Experimentablaufs hier nicht getrennt gesehen. Vielmehr rücken Unterschiede in Bezug auf die formale Unterscheidung der *Begegnungsweisen* und ihre Zuordnung ins Zentrum der Aufmerksamkeit.

Merkmal Beziehung – eine Reihung	
• KEINE Beziehung	WAT/IAT – online (Wirtschaft/Kulturwissenschaften etc.)
• WENIG Beziehung (Jung)	Antwort und Erinnerung (1. und 2. Durchgang Assoziationsexperiment)
• MEHR Beziehung (Kast)	Kontextaufnahme (3. Durchgang Assoziationsexperiment)
• VIEL Beziehung	Psychotherapie

Abb. 6: Graduierung nach Komplexität am Merkmal ›Beziehung‹

Methodische Überlegungen

Die Durchgänge des AE stellen Reiz-Reaktionsvorgänge dar, die darauf abzielen, dazwischenliegende innerpsychische Prozesse der untersuchten Person zu aktivieren. Die Struktur des AE lässt erkennen, dass formale Überlegungen auf der Kommunikationsebene einerseits und auf der Auswertebene andererseits weiterführend sind.

Reden und Auswerten. Die *Kommunikation* zwischen Versuchsleiter*in und Proband*in beschränkt sich in den ersten beiden Durchgängen des AE im Wesentlichen auf ein Wort auf beiden Seiten. Die nonverbalen Reaktionen werden hier zur leichteren Nachvollziehbarkeit nicht mitbehandelt, sind aber auch Teil der Überlegungen. Die Balance zwischen zu viel und zu wenig Inhalt pro Reiz wird erreicht, indem die *kleinste sprachliche Sinneinheit* – das *Wort* – zur Datengewinnung genutzt wird. Auf der *Auswertebene* sucht die*der Versuchsleiter*in nach dem zweiten Durchgang (Erinnern) systematisch nach Fehlern, um das Protokoll vorerst unabhängig von weiteren Sinnzusammenhängen zu vervollständigen. Diese Vorgehensweise ist aufgrund des Zählens von Fehlern quantitativ. Weil einzelne Worte andeutungsweise auch über ihre Bedeutung formal beurteilt werden, wird die quantitative Auswertung mit sehr wenigen qualitativ-in-

haltlichen Aspekten angereichert. Aus Kapazitätsgründen wird nicht näher auf diesen Zusammenhang eingegangen, sondern dieser Tatbestand wird durch das Adverb «*eher*» angedeutet. Daher ist die Auswertmethode der ersten beiden Durchgänge als *eher quantitativ* zu bezeichnen. Im dritten Durchgang (Kontextaufnahme) werden umfassendere Sinneinheiten (Sätze und Sinnzusammenhänge) einbezogen, wodurch die untersuchte Person in ihrer Einzigartigkeit besser erfasst wird und der*dem Versuchsleiter*in (Forschersubjekt) das Verstehen erleichtert wird. Dieses Vorgehen ist einer *eher qualitativen* Vorgehensweise zuzurechnen.

Den drei Phasen können grob folgende Forschungsparadigmen zugeordnet werden (in Klammern steht die Kombination der kleinsten Sinneinheiten):

1. Assoziationsphase: *eher quantitativ* (Reizwort ↔ Wort)
2. Reproduktionsphase: *eher quantitativ* (Reizwort ↔ Wort)
3. Kontextaufnahme: *eher qualitativ* (Reizwort ↔ Sätze)

Die schrittweise Erhöhung der Beziehungsmodalität spiegelt sich in der zunehmenden Komplexität der Begegnungseinheiten wider. Die geordnete Verflechtung von Form und Inhalt auf Basis der Paare Wort–Wort (1. + 2. Durchgang), Wort–Satz (3. Durchgang) oder Satz–Satz (therapeutisches Setting) zeigt diesen Trend auf einer formalen Ebene. Dieser komplexe Zusammenhang steht für die Verbindung qualitativer und quantitativer Denkvarianten im Rahmen dieses Forschungsdesigns.

Variablen des Assoziationsexperiments. Auch wenn das AE selbst kein standardisiertes Verfahren als Diagnostikinstrument ist, hat van Uffelen (2016) im Abgleich mit standardisierten Fragebögen eine leichte Überlegenheit des AE festgestellt. Im Nachdenken über Variablen und Konstanten zeigt sich, dass es einen Unterschied macht, ob die Überlegungen zu Resultaten den Testablauf betreffen oder ob Ergebnisse verglichen werden, die testübergreifend ausgewertet werden können. Die detaillierte Besprechung dieser Überlegungen übersteigt den Umfang dieses Beitrags, dennoch ist die zentrale Rolle der Testinstruktionen hervorzuheben. Die standardmässig benutzten Anweisungen zu den drei Durchgängen des AE bilden den Kern der Dynamik in Bezug auf das psychodynamische Verständnis zum jeweiligen Fall. Diese Vorgabe ermöglicht eine geregelte und schrittweise Annäherung an Sinnzusammenhänge, die einer Brückenfunktion zwischen den beiden Denkweisen, quantitativ und qualitativ, entspricht. Eine für den Inhalt zentrale Rolle bei textbasierten assoziativen Testverfahren spielt die *Wortliste*. Sie bestimmt massgeblich die Funktionsweise und das Ziel des Vorgehens.

Standardisierte Wortliste

Die Wortliste nimmt als Testinstrument eine Sonderstellung ein, weil sie unabhängig vom Testaufbau den Inhalt der Ergebnisse massgeblich beeinflusst und eng mit dem Ziel verknüpft ist. Schlegel (1979) hat eine solche

standardisierte Wortliste entwickelt, die bis heute in der psychotherapeutischen Praxis und im entsprechenden Forschungskontext angewendet wird:

«1 Haus, 2 Buch, 3 Tisch, 4 Kopf, 5 Mutter, 6 dumm, 7 Freund, 8 quälen, 9 zufrieden, 10 Strasse, 11 Herz, 12 Arbeit, 13 Vertrauen, 14 Trinken, 15 Ehe, 16 Tod, 17 Geiz, 18 traurig, 19 gut, 20 Chef, 21 Frau, 22 Geld, 23 Gefühl, 24 Kampf, 25 Heim, 26 Wut, 27 nackt, 28 faul, 29 Angst, 30 Baum, 31 krank, 32 Mund, 33 Familie, 34 fremd, 35 Vater, 36 Tier, 37 Freundin, 38 schlagen, 39 frei, 40 Mann, 41 Essen, 42 Keller, 43 Schmerz, 44 Bett, 45 Musik, 46 enttäuschen, 47 Schmutz, 48 Liebe, 49 schlecht, 50 Strafe».

Diese Liste wurde im Rahmen einer verhaltenswissenschaftlichen Dissertation an der ETH Zürich entwickelt und erfüllt spezifische Anforderungen, die im Folgenden erläutert werden: Ziel war es, eine Menge von allgemein verständlichen Reizwörtern mit der Stärke von individuellen Reaktionen zu verbinden. Der Fokus richtet sich damit bei der Auswahl mehr auf das Kollektiv und verweist bei der Antwort auf das Wechselspiel zwischen Einzelpsyche und Gesellschaft. Durch die gezielte Auswahl von Wörtern aus unterschiedlichen Lebensbereichen sollen emotionale und kognitive Reaktionen evoziert werden, sodass allgemein übliche Themenfelder und Emotionen sichtbar werden. Sie sollen zusätzlich ein Spektrum von neutral bis sehr emotional abdecken. Ausserdem müssen die Reizwörter zur Erreichung maximaler Aussagekraft bestimmte formale Kriterien erfüllen:

- Sie sollen möglichst unterschiedliche Lebensbereiche ansprechen (z. B. soziale Beziehungen, Körper, Sexualität, Angst, Aggression).
- Es dürfen keine Wörter verwendet werden, deren Bedeutung sich aus einer psychotherapeutischen Theorie ableiten lässt. Sie würden damit ihre Neutralität verlieren und das Ergebnis gemäss dieser Theorie verzerren.
- Die Reihenfolge der Wörter wird so gewählt, dass benachbarte Ausdrücke sich gegenseitig nicht beeinflussen (bspw., weil sie aus demselben Lebensbereich stammen).
- Die Liste beginnt mit neutralen Begriffen, um eine Eingewöhnung an die Testsituation zu ermöglichen.
- Es werden einfache, geläufige Wörter verwendet, die in der Alltagskommunikation häufig sind. Es müssen kulturelle Unterschiede berücksichtigt werden.
- Die Streuung der Antworten muss möglichst klein sein, d. h. häufig dieselben Antworten evozieren anstelle vieler unterschiedlicher.
- Um sicherzustellen, dass die Länge des Stimulus akustisch gleichförmig ist, sollten einfache und kurze Wörter genutzt werden.

Die Entwicklung therapeutisch und forschungsorientierter Reizwortlisten, bspw. durch Kast und Schlegel, folgt diesen Prinzipien. Dabei können die spezifischen

Schwerpunkte und das jeweilige Tätigkeitsfeld im Detail variieren. Während Kasts Liste tendenziell stärker an symbolischen Bezügen orientiert ist, legt Schlegels Liste den Fokus auf lebensweltliche Bezüge, Offenheit, Neutralität und normalen Sprachgebrauch. Durch wiederholte Voruntersuchungen und empirische Prüfungen wurde sichergestellt, dass die verwendeten Wortlisten verlässlich emotionale Themenbereiche aktivieren und in verschiedenen Kontexten zuverlässig einsetzbar sind. So wird durch diese standardisierte Reizwortliste die systematische Vergleichbarkeit der Ergebnisse im Rahmen des Assoziationsexperiments gewährleistet.

Diskussion

Das AE beinhaltet mehrere Elemente, die es aus formallogischer Sicht als eine geeignete Forschungsmethode für die Psychotherapiewissenschaft (PTW) qualifizieren. Damit ist es ein Beispiel dafür, wie die im Titel dieses Beitrages erwähnte Herausforderung der Verschränkung von 'Zählen und Verstehen' beantwortet werden kann. Wissenschaftstheoretisch geht es um eine Versuchsanordnung, bei der Reaktionen auf kleine Bedeutungseinheiten als psychologische Stimuli erfasst werden. Reiz und Reaktion werden auf zwei Ebenen über Assoziationsabläufe miteinander in Verbindung gebracht. Die Reaktionen auf somatischer Ebene werden dadurch mit den entsprechenden Informationen auf psychodynamischer Ebene verknüpft. Darin liegt der Schlüssel für die Brückenfunktion zwischen den beiden Forschungsparadigmen.

Begegnung. Anhand der historischen Anfänge der Experimente zur wissenschaftlichen Erfassung von Denkvorgängen, lässt sich die geschichtliche Teilung in die Beachtung oder die Nichtbeachtung innerer Abläufe verdeutlichen. Darauf aufbauend zeigt sich, dass im Rahmen der Begegnung zweier Personen, die Erfassung von Inhalten eng an die offene Haltung der verstehenden Person geknüpft ist. Diese Haltung führt, wie in der qualitativen Heuristik und im therapeutischen Vorgehen üblich, unter bestimmten Bedingungen zum Ziel (Kleining, 2001). Der Beitrag zeigt, wie eine Wortliste in Kombination mit unterschiedlichen Testanweisungen die Offenheit in der Begegnung mitbestimmt, indem eine schrittweise Zunahme von Beziehungskomplexität ermöglicht wird. Durch dieses schrittweise Vorgehen wird zwischen qualitativen und quantitativen Denkweisen vermittelt, indem verschiedene Ansätze eng verschränkt zusammenwirken.

Methodenpluralismus. Beispielhaft wird ersichtlich, dass die Kombination quantitativer und qualitativer Aspekte einer Differenzierung unterworfen werden kann. Die Untersuchung des AE zeigt, *wie* qualitative und quantitative Elemente innerhalb einer einzigen Operationalisierung produktiv zusammenwirken können, womit es als Modell für einen methodenpluralistischen Zugang in der Psychotherapieforschung im Rahmen einer Vorgehensweise gelten kann. Der Mehrwert liegt

in der Möglichkeit, neben beziehungsarmen Anhaltspunkten (Reaktionszeiten und Fehler) auch inhaltlich wertvolle Sinngehalte (Narrationen, Einstellungen, Deutungen) als Datenmaterial zu erhalten. Der Abgleich der Auswertung mit der antwortgebenden Person oder im Rahmen einer hermeneutischen Gruppe stellt ein nützliches Instrument für Therapie, Supervision, Ausbildung und Forschung dar.

Schwächen. Gleichzeitig lassen sich methodische Schwächen feststellen: Trotz der von van Uffelen (2016) nachgewiesenen diagnostischen Vergleichbarkeit mit standardisierten Fragebögen ergibt sich ein methodischer Zielkonflikt. Durch die mangelnde gegenwärtige Standardisierung als diagnostisches Instrument und die Komplexität, die mit der Durchführung einhergeht, sind die Anwendungsmöglichkeiten ausserhalb des Bereichs der therapeutischen Ausbildung begrenzt. Neben der Reduktion auf leitfadengestützte Verfahren ist eine programm-basierte Weiterentwicklung (eine APP) in Arbeit. Dies soll dazu dienen, das Instrument breiter anwendbar und praktisch nutzbar zu machen, ohne dass die Offenheit für den individuellen Lebenskontext verloren geht. Zwar wird die Zuverlässigkeit in der Erfassung von Psychodynamik und Krankheitslehre durch die empirische Forschung belegt, doch könnte eine Validierung für den nichttherapeutischen Kontext erforderlich sein.

PTW. Im Hinblick auf die Zukunft der Psychotherapieforschung als PTW erscheint das AE v. a. dort sinnvoll, wo Diagnostik, Prozessforschung und Ausbildung zusammenspielen. In diesem Sinn kann es aus theoretischer Sicht schulenübergreifend angewendet werden und den Dialog zwischen den Psychotherapieschulen fördern. Damit steht das AE exemplarisch für eine genuin psychotherapiewissenschaftliche Forschungskultur, die das Zusammenspiel wissenschaftlich gestaltet und zu weiterführenden Überlegungen einlädt.

Einordnung und Beitrag zur aktuellen Entwicklung. Mixed-Methods-Verfahren scheinen sich in einem eigenen Paradigma zu formieren, indem qualitative und quantitative Designs im Rahmen von Forschungsfragen zusammengeführt werden. Das AE hingegen positioniert sich zwischen den scheinbaren Gegensätzen des Zählens und des Verstehens und bildet in dieser Hinsicht zentrale Aspekte der beiden Traditionen in einem einzigen Verfahren ab. Während bei der Experience Sampling Methode (ESM) die Kernpunkte einer individuellen Assoziationsmatrix im Längsschnittverfahren über Fragebögen und technische Hilfsmittel erfasst werden sollen (von Klipstein et al., 2020), ist beim AE die Begegnung ein zentraler Faktor.

Die daraus resultierende Möglichkeit, komplexe psychodynamische Zusammenhänge mit standardisierten Instrumenten zu verknüpfen, bietet einen innovativen Zugang zu moderner Diagnostik. Die weitere methodische Entwicklung und die empirische Validierung sind zentrale Zukunftsaufgaben, um die Potenziale des Instruments im wissenschaftlichen und im praktischen Kontext voll ausschöpfen zu können.

Literatur

- Baur, N., Kelle, U. & Kuckartz, U. (2017). Mixed methods – Stand der Debatte und aktuelle Problemlagen. *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, 69(Suppl. 2), 1–37.
- Burda, G. (2025). *Das unverfügbare Subjekt: Ein psychotherapiewissenschaftsphilosophisches Manifest für das, was weder ein- noch ausgeschlossen werden kann*. Waxmann.
- Eberle, T.S. (1993). Schütz' Lebensweltanalyse: Soziologie oder Protosozologie? In A. Bäumer & M. Benedikt (Hg.), *Gelehrtenrepublik – Lebenswelt: Edmund Husserl und Alfred Schütz in der Krisis der phänomenologischen Bewegung* (S. 293–309). Passagen.
- Fahrenberg, J. (2008). Wilhelm Wundts Interpretationslehre. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, 9(3), Art. Nr. 29.
- Fleck, L. (2011). *Denkstile und Tatsachen: Gesammelte Schriften und Zeugnisse*. Suhrkamp.
- Freud, S. (1994). *Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse und Neue Folge*. 12., korr. Aufl. S. Fischer.
- Futscher, C. (2024). Individuelle Entwicklung von Forschenden als Faktor für Wissenschaftlichkeit. *Psychotherapie-Wissenschaft*, 14(2), 73–80.
- Futscher, C. & Schlegel, M. (2025, 24.08.). *Ich assoziiere also bin ich: Workshop der INFAP3 über das Assoziationsexperiment* [Konferenzbeitrag]. IAAP-Kongress, Infap3, Zürich. https://www.iaap2025.org/documents/55/Info_INFAP3_incl_Flyer.pdf
- Glatzer, W. (2025, 3.12.). *Die Geschichte der Deutschen Gesellschaft für Soziologie*. DGS. <https://soziologie.de/dgs/geschichte/dgs-geschichte-seit-1909>
- Greiner, K. (2020). *Experimentelle Psychotherapiewissenschaft: Das Methodenprogramm der Wiener Therapieschulenforschung*. Parodos.
- Groeben, N. & Scheele, B. (2020). Forschungsprogramm Subjektive Theorien: Zur Psychologie des reflexiven Subjekts. In G. Mey (Hg.), *Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie: Bd. 1: Ansätze und Anwendungsfelder* (S. 185–202). 2., erw. u. überarb. Aufl. Springer.
- Guski-Leinwand, S. (2010). *Wissenschaftsforschung zur Genese der Psychologie in Deutschland vom ausgehenden 19. Jahrhundert bis Mitte des 20. Jahrhunderts*. Diss., Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg.
- Holzkamp, K. (1979). *Zu Wundts Kritik an der experimentellen Erforschung des Denkens*. <https://psychologie.lw.uni-leipzig.de/wundt/hundred/HOLZKAMP.htm>
- Jung, C.G. (2011a). *Psychologische Typen*. Patmos.
- Jung, C.G. (2011b). *Die Archetypen und das kollektive Unbewusste*. Patmos.
- Kast, V. (1988). *Das Assoziationsexperiment in der therapeutischen Praxis*. 2., unveränd. Aufl. Bonz.
- Kleining, G. (1991). Methodologie und Geschichte qualitativer Sozialforschung. In U. Flick et al. (Hg.), *Handbuch Qualitative Sozialforschung* (S. 11–22). Beltz/PUU.
- Kleining, G. (1999). Vorschlag zur Neubestimmung: Dialogische Introspektion. *Journal für Psychologie*, 7(2), 17–19.
- Kleining, G. (2001). Offenheit als Kennzeichen entdeckender Forschung. *Kontrapunkt. Jahrbuch für kritische Sozialwissenschaft und Philosophie*, 1, 27–36.
- Mey, G. (2020). *Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie: Band 1: Ansätze und Anwendungsfelder*. 2., erw. u. überarb. Aufl. Springer.
- Mey, G. & Mruck, K. (Hg.). (2020). *Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie, Bd. 2: Designs und Verfahren*. Springer.
- Mruck, K. & Breuer, F. (2003). Subjectivity and reflexivity in qualitative research: A new FQS issue. *Historical Social Research*, 28(3), 189–212.
- Mruck, K. & Mey, G. (2000). Qualitative Sozialforschung in Deutschland. *Forum Qualitative Sozialforschung/Forum: Qualitative Social Research*, 1(1), Art. 4.
- Pörksen, B. (2015). *Schlüsselwerke des Konstruktivismus*. 2., akt. u. erw. Aufl. VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Przyborski, A. & Wohlrab-Sahr, M. (2021). *Qualitative Sozialforschung: Ein Arbeitsbuch*. 5., überarb. u. erw. Aufl. De Gruyter.
- Reichert, J. (2015). Die Bedeutung der Subjektivität in der Forschung. *Forum Qualitative Sozialforschung/Forum: Qualitative Social Research*, 16(3), Art. 33.
- Reichert, J. (2017a). Neues in der qualitativen und interpretativen Sozialforschung? *Zeitschrift für Qualitative Forschung*, 18(1), 71–89.
- Reichert, J. (2017b). Was ist neu am Kommunikativen Konstruktivismus? In S. Lessenich (Hg.), *Geschlossene Gesellschaften: Verhandlungen des 38. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Soziologie in Bamberg 2016* (S. 1–9). DGS.
- Roesler, C. (2024). Strukturelle Traumanalyse. *Die Psychotherapie*, 70, 33–40.
- Schlegel, M. (1979). *Psychologische und psychophysiologische Aspekte des Assoziationsexperiments und Normdaten zu einer Reizwörterliste*. Diss., ETH Zürich.
- Schröter, J. (2023). Mixed methods. In AG Digital Humanities Theorie des Verbandes Digital Humanities im deutschsprachigen Raum e. V. (Hg.), *Begriffe der Digital Humanities. Ein diskursives Glossar (= Zeitschrift für digitale Geisteswissenschaften/Working Papers, 2)*.
- Sell, C. & Benecke, C. (2020). Methodenintegration in der psychodynamischen Psychotherapie. *PDP – Psychodynamische Psychotherapie*, 19(2), 185–200.
- Stephenson, T. (2022). Psychotherapeutische Schulen und Richtungen und die Hoffnung auf Integration/Inklusion. *SFU Forschungsbulletin*, 10(2), 79–94.
- Unger, M.P. (2005). Intersubjectivity, Hermeneutics, and the Production of Knowledge in Qualitative Mennonite Scholarship. *Zeitschrift: International Journal of Qualitative Methods*, 4(3), 50–63.
- van Uffelen, T. (2016). *C. G. Jungs Assoziationsexperiment im Vergleich mit ausgewählten standardisierten klinischen Instrumenten: Empirische Ergebnisse – eine Gegenüberstellung*. Diss., Europa-Universität Viadrina Frankfurt/Oder).
- Vogel, R.T. (2024). *Das Geheimnis der Seele: Grundlagen einer zeitgemäßen Psychotherapiewissenschaft*. Kohlhammer.
- von Klipstein, L., Riese, H., van der Veen, D.C., Servaas, M.N. & Schoevers, R.A. (2020). Using person-specific networks in psychotherapy: Challenges, limitations, and how we could use them anyway. *BMC Medicine*, 18, Art. 345.

Between counting and understanding An operationalized bridging procedure at the interface of two seemingly contradictory research paradigms

Abstract: In empirical psychotherapy research, the polarized methodological debate between qualitative and quantitative approaches is increasingly being resolved in favor of a combination of perspectives. Instead of relying on a combination of ideologically opposed methods, as in mixed-methods designs, this article proposes a research logic in which counting and understanding interact within a single experimental setup. The association experiment, on the other hand, stands *between* the apparent opposites of measuring and understanding and, in this respect, integrates essential aspects of both traditions into a single procedure. Individual subjectivity, collective patterns of interpretation, and formal criteria are intertwined through specific guidelines. An example is given to show how measuring encounters via associations as a link between ways of thinking is gaining profile and opening up new possibilities for psychotherapy research, training, and practice, as well as transdisciplinary perspectives.

Keywords: association, association experiment, encounter, relationship complexity, bridging procedure, methodological pluralism, psychotherapy research, qualitative, quantitative, word association test

Biografische Notiz

Dr. scient. pth. *Christa Futscher*, Mag. pharm., MA, ist eidgenössisch anerkannte Psychotherapeutin in der Schweiz, Lehranalytikerin und Supervisorin am C. G. Jung-Institut in Zürich und in der Österreichischen Gesellschaft für Analytische Psychologie, Apothekerin in Österreich und Psychotherapiewissenschaftlerin.

Dr. sc. nat. *Mario Schlegel* ist eidgenössisch anerkannter Psychotherapeut im Ruhestand. Lehranalytiker, Supervisor und Dozent am C. G. Jung-Institut in Zürich. Ehemaliger Vorsitzender der Wissenschaftskommission der Schweizer Charta für Psychotherapie.

Kontakt

E-Mail: christa@futscher.at

E-Mail: m.schlegel@bluewin.ch

Wem nützt Psychotherapiewissenschaft?

Über Akademisierungspolitik, Einheitspsychotherapie und die Bedeutung eines jungen Wissenschaftsfachs für die akademische Zukunft der schulenbasierten Psychotherapie

Kurt Greiner

Psychotherapie-Wissenschaft 16 (1) 2026 63–72

www.psychotherapie-wissenschaft.info

CC BY-NC-ND

<https://doi.org/10.30820/1664-9583-2026-1-63>

Zusammenfassung: Das neue österreichische Psychotherapiegesetz (2024) verlangt die akademisch-wissenschaftliche Fundierung der Psychotherapie über die institutionelle Anbindung an Universitäten. Psychotherapie kann in unterschiedlichen Universitätsfächern akademische Verankerung finden, wie z.B. in den etablierten Fachgebieten Psychologie, Medizin, Bildungswissenschaft etc. oder eben im jungen Fach Psychotherapiewissenschaft (PTW). Der Artikel beleuchtet einerseits schlaglichtartig die akademisierungspolitischen Strategien und Tendenzen im deutschsprachigen Mitteleuropa (DACH) und spannt damit einen Diskussionsrahmen auf, im Zuge dessen immer deutlicher ein dominanter Trend heraussticht, den man betiteln könnte «Von der schulenbasierten Psychotherapie zur Einheits-Psychotherapie». Andererseits wird eine alternative Akademisierungsdynamik vorgestellt, die in die entgegengesetzte Richtung wirkt und sich um die wissenschaftliche Sicherstellung der Therapieschulenvielfalt bemüht. Psychotherapie muss sich entscheiden, ob sie sich mittelfristig in eine vereinheitlichte Disziplin transformieren oder sich weiterhin als eine polymorphe Wissens- und Praxiskultur selbstverstehen möchte. Im zweiten Fall wird Psychotherapie grosse Unterstützung in der PTW finden.

Schlüsselwörter: Akademisierung, akademische Psychotherapie, schulenbasierte Psychotherapie, Einheits-Psychotherapie, Psychologie, Psychotherapiewissenschaft (PTW), Therapieschulen, Standardisierter Therapieschulendialog (TSD), Sigmund Freud PrivatUniversität (SFU).

Wir befinden uns im Jahre 2026 nach Christus. Die ganze Psychotherapie wird von der Psychologie bestimmt. Die ganze Psychotherapie? Nein! Eine von unbeugsamen Psychotherapiewissenschaftler*innen bevölkerte Privatuniversität hört nicht auf, dem Eindringling Widerstand zu leisten.
(frei nach Asterix)

von universitären Ausbildungsprogrammen erlernen, in denen mit psychotherapeutischen Fachgesellschaften kooperiert wird.

Von woher möchte Psychotherapie akademisch geprägt werden? Psychologie vs. Psychotherapiewissenschaft

Vor gut 20 Jahren kam in Österreich der Prozess der Akademisierung der Psychotherapie ins Rollen und er befindet sich zurzeit im Endspurt. Ab dem Wintersemester 2026/27 werden nicht mehr nur private, sondern erstmals auch staatliche Universitäten akademische Masterstudiengänge in Psychotherapie anbieten. Das neue Psychotherapiegesetz, das 2024 beschlossen wurde und mit 01.01.2025 in Kraft getreten ist, verlangt die akademisch-wissenschaftliche Fundierung über die institutionelle Anbindung an Universitäten, wobei die speziellen Akademisierungsregelungen erst mit 01.10.2026 in Kraft treten werden.¹ Den Psychotherapieberuf, der lange Zeit ausschliesslich vereinspezifisch geregelt war, kann man in Österreich hinkünftig nur mehr im Rahmen

Wo aber wird Psychotherapie an den öffentlichen Universitäten Österreichs akademischen Boden gewinnen? Psychotherapie kann an unterschiedlichen *psychotherapieaffinen* Fakultäten akademische Anbindung finden. Je nachdem, wo sie sich verankert, ergibt sich eine andere Psychotherapie. Verankert sich Psychotherapie akademisch bspw. in der Psychologie, ergibt sich daraus eine *Psychotherapie unter dem Vorzeichen der Psychologie*. Bindet sie sich akademisch etwa an die Medizin, ergibt sich daraus eine *Psychotherapie unter dem Vorzeichen der Medizin*, wohingegen sich eine *Psychotherapie unter dem Vorzeichen der Bildungswissenschaft* ergibt, falls sie sich in der Bildungswissenschaft akademisch verankert. Findet Psychotherapie ihren akademischen Ort indes in der Psychotherapiewissenschaft (PTW), ergibt sich daraus eine *Psychotherapie unter dem Vorzeichen*

¹ <https://www.psychotherapie.at/psychotherapeutinnen/rechtliches/psychotherapiegesetz>

der PTW. Es macht einen gewaltigen Unterschied, *von wo her Psychotherapie akademisch geprägt wird*. Werfen wir nun einen raschen Blick auf die diesbezügliche Differenz zwischen *psychologisch geprägter* und *PTW geprägter Psychotherapie*. Bekanntlich stellen die beiden Fachgebiete Psychologie und PTW – jedes für sich und anhand unterschiedlicher Argumentationsstrategien – am lautesten den Exklusivanspruch, für die wissenschaftliche Fundierung der Psychotherapie zuständig zu sein.

Wie eine *von der Psychologie her geprägte Psychotherapie* aussehen wird, das ist nicht schwer zu erraten. Paradigmatisch kann hier der Heidelberger Psychologe Peter Fiedler (2012) genannt werden, der im Untertitel seines Buchs *Die Zukunft der Psychotherapie* sogleich zur Sache kommt, indem er dort die Frage aufwirft: *Wann ist endlich Schluss mit der Konkurrenz?* Mit seiner Propaganda für eine «Einheits-Psychotherapie» jenseits des Schulen-Pluralismus steht Fiedler jedenfalls fest in der psychologischen Mainstreamtradition, als deren prominentester Vertreter der Berner Psychologe Klaus Grawe gilt. In ihrer Studie *Psychotherapie im Wandel* insistieren Grawe et al. (2001) auf einer rigoros wissenschaftsorientierten Selbstverständniskorrektur der Psychotherapie, weil in den traditionellen Psychotherapie-Modalitäten vielmehr fragwürdige Praxen religionsartiger Glaubensgemeinschaften («Konfession») am Werk seien, die es dringend zu überwinden gelte. Psychotherapie müsse sich von den «menschenbilddurchseuchten Entwürfen ihrer Frühzeit» schleunigst befreien und endlich zu einer ernsthaften, auf der modernen Psychologie fussenden einheitlichen Wissenschaft («Profession») avancieren. Dass dazu einzig und allein die auf dem Boden der empirisch-positivistischen Psychologie gewachsene Schule der Verhaltenstherapie in der Lage sei, die man bloss begrifflich zur «Allgemeinen Psychotherapie» hochstilisieren müsse, das ist die *psycho-logische* Konsequenz in Grawes Ansatz.

Dass eine *von der PTW her geprägte Psychotherapie* vergleichsweise gänzlich anders aussieht, hängt mit dem diametralen PTW-spezifischen Erkenntnisinteresse zusammen, das auf die wissenschaftliche Rechtfertigung der gewachsenen, schulenbasierten Psychotherapie zielt. In diesem Sinne ist das Streben der PTW auf die Beantwortung der Frage gerichtet, wie sich eine «Wissenschaftsdisziplin Psychotherapie» bzw. eine «akademische Psychotherapie» unter Berücksichtigung ihres geschichtlich herausgebildeten Paradigmenpluralismus (Schulen- bzw. Modalitätenvielfalt) eigenständig und autonom bestimmen und akademisch konzeptualisieren lässt und zwar jenseits der Definitionsgewalt dominanter Führungsdisziplinen wie Psychologie und Medizin. Ein für die PTW günstiges wissenschaftskulturelles Milieu hat sich vor 20 Jahren an der Wiener Sigmund Freud Privat-Universität (SFU) herausgebildet, an der hochmotivierte Wissenschaftler*innen und engagierte Forscher*innen verschiedenster Fachprovenienz anheuerten und die einmalige Chance ergriffen, das damals blutjunge Studien- und Wissenschaftsfach PTW inhaltlich mitaufzu-

bauen und mitzugestalten, es theoretisch zu spezifizieren, methodologisch zu präzisieren und praxeologisch zu konkretisieren.²

Quintessenz 1: Die institutionelle Anbindung an Universitätsfakultäten wird die österreichische Psychotherapie auf unterschiedliche Weise akademisch prägen. Eine von der Psychologie her geprägte Psychotherapie wird sich sukzessive tendenziell in Richtung «Einheits-Psychotherapie» bewegen, wohingegen eine von der PTW her geprägte Psychotherapie phänotypisch auch weiterhin vom Schulen-Pluralismus charakterisiert sein wird.

Akademisierungspolitik der Therapieschulen- Ausdünnung in Deutschland, Teil I: Historische Dimension

Im Mittelpunkt einer *von der PTW her geprägten Psychotherapie*, so wie sie für die SFU charakteristisch ist, steht also die Berücksichtigung der historisch gewachsenen Schulen- bzw. Modalitätenvielfalt des psychotherapeutischen Denkens, Handelns und Wirkens. Diese wissenschaftskulturelle Grundausrichtung setzt logischerweise voraus, dass *Therapieschulen im Plural* auch weiterhin existieren (dürfen). Gerade das aber ist heute mehr und mehr infrage gestellt und nicht erst seit gestern. Bis in die 1990er Jahre zurück reicht ein im Zuge der Akademisierungsbestrebungen sukzessive dominant gewordener Entwicklungstrend im deutschsprachigen Raum, den man betiteln könnte «Von der schulenbasierten Psychotherapie zur Einheits-Psychotherapie». De facto gibt es in Deutschland diesbezüglich eine längere Problemgeschichte. So schreibt bereits der deutsche Psychotherapieforscher Jürgen Kriz (2009a, 3), der bekannt ist für seine rigorose Forderung nach einer «Vielfalt in der Psychotherapie»:

«Ist doch zehn Jahre nach dem Psychotherapeutengesetz die vorübergehende Reduktion auf zwei bis drei Richtlinienverfahren keineswegs überwunden, sondern droht gar zum Dauerzustand zu werden. Mit dem – im Einzelnen durchaus angemessenen, insgesamt aber völlig vermessenen – Argument, vor «Wildwucherungen» schützen zu wollen, wurde jedenfalls ein beispielloser Kahlschlag in der ambulanten Psychotherapie betrieben und die blühende Kulturlandschaft «Psychotherapie» so umgepflügt, dass eine geistige Steppe mit zwei (offiziellen) Monokulturen übrig blieb.»

Zu den offiziell anerkannten «Richtlinienverfahren» zählten bereits damals bloss einige psychodynamische bzw. tiefenpsychologisch fundierte Therapierichtungen sowie die Verhaltenstherapie, während alle anderen Therapieformen «in die Illegalität abgedrängt wurden» (Kriz 2006, 26). Im Zuge seiner Kritik am Langzeitzustand der

² <https://www.sfu.ac.at/de>

deutschen Psychotherapie erwähnt Kriz (2010, 136) die sog. «Bonner Erklärung», die 2006 im Rahmen eines Psychotherapiesymposiums in Bonn formuliert wurde. In dieser Deklaration

«wurde die Sorge vieler darüber zum Ausdruck gebracht, dass eine zunehmende ›Verengung des Denkens‹ stattfindet. ›Sinnverstehende, einem humanistischen Menschenbild verpflichtete psychotherapeutische Traditionen haben in dieser Konzeption keinen Platz: Sie sollen inhaltlich, politisch und ökonomisch verdrängt und ausgegrenzt werden‹, hieß es darin. Innerhalb weniger Tage unterzeichneten über 2.500 Therapeuten und Professoren, was belegt, wie stark die Befürchtungen in der Profession hinsichtlich einer schädlichen und einseitigen Entwicklung sind. Doch seit 2006 hat sich erkennbar nichts geändert – es scheint eher so, dass die Einseitigkeit noch zugenommen hat».

Diese Zunahme an Einseitigkeit, die Kriz hier anspricht, manifestiere sich nicht zuletzt im Umstand, dass «vermehrt dicke Lehrbücher auf den deutschen Markt kommen, in denen als ›die‹ Psychotherapie einzig das behaviorale Paradigma dargestellt wird», was zwar «für eine Indoktrination von Studenten nützlich sein» mag, aber «mit einer seriösen, wissenschaftlich reflektierten Information über die faktische Pluralität in Wissenschaft und Praxis [...] wenig zu tun (hat)» (Kriz 2009a, 4). Für Kriz (2009b, 91) geht diese problematische Tendenz der psychotherapeutischen Einseitigkeit Hand in Hand mit jenem allgemein zu beobachtenden Trend in Wissenschaft und Forschung, demzufolge

«reduktionistische und szientistische Positionen auf dem Vormarsch sind. Die Kraft dieser Positionen liegt in einer einfachen Weltansicht: Man weiß was richtig und was falsch ist, oder was wissenschaftlich und was unwissenschaftlich ist. Durch Komplexität oder andere Sichtweisen muss man sich dann nicht verunsichern lassen oder sich mit ihnen beschäftigen, da man sie ja bereits als ›falsch‹ bzw. ›unwissenschaftlich‹ wegdefiniert hat».

Ein Wissenschaftsselbstverständnis dieser Art sei allerdings hochproblematisch, weil inkompatibel mit «der Erkenntnis, dass es eine plurale Vielfalt von Positionen und Werten in einer komplexen Gesellschaft – auch der scientific community – gibt. Eine Pluralität, die es eher zu fördern als zu unterdrücken gilt» (ebd., 95). Wer nämlich die strukturelle Vielschichtigkeit der psychotherapeutischen Wissenschaftskultur zerstört, der zerschlägt gleichzeitig «die hohe Qualität ihrer Bildungsstrukturen», weshalb Kriz (2009a, 5) die Gemeinschaft der Psychotherapeut*innen auch aufruft, «für die Qualität der Psychotherapie zu kämpfen. Diese kann m. E. nur in einer legalen, angemessen erforschten Pluralität liegen, welche die Pluralität der Weltzugänge und Biographien von Patienten und Psychotherapeuten widerspiegelt.»

Quintessenz 2: In Deutschland lässt sich ein einflussreiches akademisierungspolitisches Bestreben bis in die 1990er Jahre zurückverfolgen, das unter dem Vorzeichen einer radikalen Therapieschulen-Reduzierung steht und sich im Begriff der «Richtlinienverfahren» manifestiert. Problematisch an diesem Trend «weg von der schulenbasierten Psychotherapie und hin zur Einheits-Psychotherapie» sind viele verschiedene Aspekte – wie z. B., dass er im Widerspruch zur kulturellen Komplexität einer globalisierten Gesellschaft steht.

Akademisierungspolitik der Therapieschulen- Ausdünnung in Deutschland, Teil II: Aktuelle Situation

Was Kriz schon damals für die weitere Entwicklung in Deutschland befürchtet hat, dass nämlich der Zustand mittelfristig nicht besser werden wird, das bestätigt uns heute die aktuelle Situation. Genaugenommen ist die momentane Lage noch viel unerfreulicher, wie Kriz (2024, 103) selbst anmerkt:

«Nachdem in Deutschland verhaltenstherapeutische Ansätze fast ausschließlich das Monopol der Lehrstühle in ›Klinischer Psychologie und Psychotherapie‹ erlangt und vor allem die humanistische und psychodynamische ›Konkurrenz‹ eliminiert haben, ist der Diskurs über die Grundorientierungen von Psychotherapie weitgehend zum Erliegen gekommen [...].»

Zwar bringe die Systemische Psychotherapie neuerdings wieder etwas Wind in die Diskurse, allerdings liesse sich noch nicht abschätzen, ob dies im Endeffekt tatsächlich zu mehr Pluralität führe (Kriz 2025).³ Kriz (2024, 103) bleibt skeptisch und übt Kritik insbesondere an jener verbreiteten Tendenz, die sich u. a. im Untertitel von Peter Fiedlers (2012) bereits erwähntem Buch artikuliert, wonach die Vielfalt der psychotherapeutischen Positionen, Systeme und Richtungen als störende «Konkurrenz» betrachtet wird, die man unbedingt eliminieren müsse. Kriz (2024, 103) plädiert hier vielmehr für die gegenteilige Auffassung und meint, dass die faktische Pluralität

«als intellektuelle Herausforderung dafür verstanden werden [sollte], die eigenen Argumente immer wieder in Auseinandersetzung mit kontroversen Positionen zu schärfen, zu überdenken und ggf. auch zu erweitern oder zu revidieren. Wenn es diese Herausforderungen

3 Wie mir Kriz (04.08.2020) im Rahmen einer E-Mail-Konversation mitteilt, stellt sich hier das Problem der praktischen Umsetzbarkeit echter Pluralität: «Es sind nahezu alle Institute mit Verhaltenstherapeut*innen besetzt – und viele Studierenden der letzten Jahre berichten, dass sie, wenn überhaupt, bestenfalls in Nebensätzen und Abwertendes/Unqualifiziertes im gesamten Studium über andere Ansätze als Verhaltenstherapie gehört hätten. Wenn also ein eingefleischter Verhaltenstherapeut am Wochenende mal in ein Buch schaut und halb Verstandenes über andere Richtungen (die er ohnedies für überflüssig und unwissenschaftlich hält) dann «wiedergibt», schafft das schwerlich Pluralität.»

nicht mehr gibt, erlahmt dieser wichtige Bereich akademischer bzw. wissenschaftlicher Betätigung. So entstehen statt fundierter, argumentativer Gebäude – zu denen auch eine einstmals kritische Verhaltenstherapie zu zählen ist – nicht mehr hinterfragbare Tempel mit Altären aus Wahrheitsansprüchen. Und es ist kein akademisches Ruhmesblatt, wenn Absolventen von Studiengängen, in denen sie nie mit anderen Perspektiven konfrontiert wurden, zunehmend glauben, diese eine «wahre» Sicht sei «die» Wissenschaft, an der sich die Psychotherapie auszurichten habe».

In seinem «Weckruf», den er an die Scientific Community richtet und in dem er sich klar «gegen die reduktionistische Einseitigkeit der deutschen Psychotherapie» positioniert, betont Kriz (2025) die Wichtigkeit einer *Kultur der Vielfalt* gerade für den psychotherapeutischen Sektor und hebt deren Vorzüge gegenüber dem *Dogma der Einheit* hervor, wenn er schreibt:

«Die Vielfalt menschlicher Lebenswelten kann nicht mit einem einzigen Ansatz abgedeckt werden. Daher spiegelt sich überall in der Welt, wo es professionelle Psychotherapie gibt, die Pluralität der Gesellschaften und ihrer Werte, wie auch die Pluralität der Wissenschaftsansätze, in einer Pluralität psychotherapeutischer Grundorientierungen, mit ihren Sichtweisen, Werten und Erkenntnissen. Die Vielfalt der Zugänge wird von der internationalen Psychotherapieforschung mit einer großen Fülle an wissenschaftlichen Befunden unterstrichen.»

Quintessenz 3: Die akademisierungspolitische Therapie-schulen-Zuspitzung in Richtung Einheits-Psychotherapie, die vor drei Jahrzehnten ihren Ausgang nahm, dominiert auch den Status quo der deutschen Psychotherapie. Es scheint sogar, dass der einheitswissenschaftliche Dogmatismus mittlerweile noch stärker geworden ist. Selbst dort, wo sich Chancen für pluralistische Tendenzen potenziell auftun, kann sich genuine Pluralität nicht mehr entfalten, weil im vorherrschenden monokulturellen Milieu die dafür notwendigen infrastrukturellen Voraussetzungen verlorengegangen sind.

Wie wird die Machtpolitik der Therapieschulen-Ausdünnung wissenschaftlich legitimiert? Experimentelle Wirksamkeitsforschung in der Psychotherapie als hocheffektives Selektionswerkzeug

Der von Kriz konstatierte «monokulturelle» Status in der deutschen Psychotherapie, der insgesamt bereits seit über zweieinhalb Jahrzehnte andauert und von vielen Wissenschaftler*innen sowie Praktiker*innen heftig beklagt wird, hängt nicht zuletzt mit einer besonderen Form der Wirksamkeitsforschung zusammen, die seit vielen Jahren schon intensiv praktiziert wird. Die sog. «Randomisierten kontrollierten Studien» (RCT) konnten im Laufe der

Zeit ihren Einfluss sukzessive ausweiten, sodass sie bis heute das Feld der offiziellen Psychotherapieforschung dominieren. Kriz (2019, 43), der die behauptete «Evidenzbasierung» dieses Forschungsprogramms infrage stellt, meint, dass es bei

«diesen RCTs [...] allein um die Wirksamkeit von abgegrenzten Einzelfaktoren bezogen auf abgegrenzte Symptome, unter streng kontrollierten Laborbedingungen [geht]. Der inzwischen übliche Etikettenschwindel, «evidenzbasiert» irrtümlich oder missbräuchlich allein auf RCTs zu reduzieren, hat die methodische Monokultur ganz erheblich vorangetrieben. Denn es gelten faktisch nur noch Belege, die mit experimentellen Designs erbracht wurden».

Kriz bezieht sich in seiner kritischen Argumentation auf die Logik der Objekt-Methode-Relation und beschränkt damit die Adäquatheit dieser Forschungsform ausschliesslich auf jene Analysegegenstände, die sich anhand von experimentellen Designs tatsächlich auch sinnvoll befragen lassen. Als klassische Beispiele dafür nennt er die «Apparate- und Pharmaforschung in der Medizin». Er räumt sogar ein, dass sich RCTs auf «Teile der Verhaltenstherapie» sowie auch auf einige wenige andere Therapierichtungen durchaus sinnvoll anwenden lassen. Indes sei diese Methodik für

«viele andere psychotherapeutische Ansätze [...], die wesentlich auf der situationsspezifischen und passungsgerechten Entfaltung von Prinzipien beruhen, [...] weitgehend inadäquat. Die Reduktion von EbM (Evidenzbasierte Medizin, KG) auf RCT-Designs schließt somit nicht nur bedeutsame Teile wissenschaftlicher Methodik von vornherein aus (wie z. B. das gesamte Spektrum qualitativer Forschung), sondern enthält zusätzlich ein starkes Bias für nur eine der vier zentralen psychotherapeutischen Grundorientierungen – nämlich für die verhaltenstherapeutische auf Kosten der psychodynamischen, humanistischen und systemischen Grundorientierung» (ebd., 49).

Auch der österreichische Psychotherapiewissenschaftler Paolo Raile (2025) übt Kritik an einer ausschliesslich experimentell betriebenen Wirksamkeitsforschung, wenn er «RCTs aus individualpsychologischer Sicht» interpretiert. Raile (ebd., 19f.) zufolge gelten RCTs «zwar als Goldstandard in der Psychotherapieforschung», allerdings fassen sie

«auf methodischen Fiktionen [...], die die Komplexität psychotherapeutischer Prozesse stark vereinfachen. Diese Studienform erzeugt eine Illusion von Objektivität, indem sie Interventionen in kontrollierten Rahmenbedingungen untersucht, die in der Praxis kaum umsetzbar sind. Durch die Einteilung der Psychotherapieforschung in Evidenzhierarchien wird die kognitive Verhaltenstherapie (CBT) besonders bevorzugt, da ihre Struktur sich perfekt in das RCT-Design einfügt,

während andere Therapieformen, die schwerer zu standardisieren sind, marginalisiert werden. Zudem zeigt sich, dass diese methodischen Konstruktionen nicht nur wissenschaftlicher Natur sind, sondern auch als Machtinstrumente fungieren. RCTs geben denjenigen therapeutischen Ansätzen, die sich an ihre Anforderungen anpassen können, eine privilegierte Stellung. Dies hat zu einer internationalen Dominanz der kognitiven Verhaltenstherapie geführt, die in Forschung und Gesundheitsversorgung besonders gefördert wird. Psychodynamische und humanistische Ansätze hingegen werden an den Rand gedrängt, da sie nicht so leicht den Standards der RCTs entsprechen».

Quintessenz 4: Mit den technischen Möglichkeiten der experimentellen Wirksamkeitsforschung (RCT) lassen sich klassische naturwissenschaftliche Objektkonstellationen untersuchen, wie man sie v. a. in pharmazeutischen und medizinischen Forschungskontexten vorfindet. Indes verfehlt diese methodologische Herangehensweise die allermeisten psychotherapeutischen Gegenstände, weil sich deren komplexe Strukturen anhand RCT-logischer Prinzipien nicht erfassen lassen. Nichtsdestotrotz werden RCTs als Machtinstrumente eingesetzt, um die Akademisierungspolitik der Therapieschulen-Verknappung voranzutreiben und wissenschaftlich zu rechtfertigen.

Zum Triumph der Anti-Akademisierungskräfte in der Schweiz: Eidgenössische Psychotherapie als praktisches Anwendungsgebiet der klinischen Psychologie

Die Akademisierungspolitik der Therapieschulen-Ausdünnung Teil I und II beleuchtet schlaglichtartig das Langzeitproblem in Deutschland. In den beiden anderen grösseren Ländern im deutschsprachigen Mitteleuropa (DACH) ist die Lage jedoch nicht weniger problematisch.

In der Schweiz z. B. ist die Psychotherapie seit Inkrafttreten des «Psychologieberufegesetzes» (PsyG) am 1. April 2013 per Gesetz als «psychologischer Beruf» definiert, der durch ein zweistufiges Schulungssystem – einer grundlegenden «Ausbildung» und einer daran anschliessenden «Weiterbildung» – geregelt ist. Erst mit einem «Masterabschluss in Psychologie an einer Schweizer Hochschule» (Ausbildung), aus dem hervorgehen muss, dass «genügend Studienleistungen in klinischer Psychologie und Psychopathologie» erbracht wurden, erwirbt man die «Voraussetzung für die Absolvierung einer eidgenössisch anerkannten Weiterbildung» in diversen «Fachgebieten der Psychologie», die «von unterschiedlichen Anbietern durchgeführt» werden. Als psychologische Fachgebiete gelten in der Schweiz die Kinder- und Jugendpsychologie, die Klinische Psychologie, die Neuropsychologie, die Gesundheitspsychologie sowie eben die Psychotherapie, die man in diversen akkreditierten Weiterbildungsgängen erlernen kann. Was die «Akkreditierung gemäss Psychologieberufegesetz» betrifft, so handelt es sich um «ein mehrstufiges und transparentes Verfahren. Es überprüft

anhand definierter Kriterien und Qualitätsstandards, ob die Weiterbildungsgänge bestimmte Anforderungen erfüllen».⁴

Der Umstand, dass sich die Akkreditierung auf «Weiterbildungsgänge» und nicht auf «Psychotherapiemethoden» richtet, markiert eine wesentliche Differenz zwischen der schweizerischen und der deutschen Situation, was auch – wie Peter Schulthess (19.09.2025 in einer E-Mail-Konversation mit mir) anmerkt –

«einen Unterschied in der Anwendung von Kriterien zur Beurteilung der «Wissenschaftlichkeit» der gelehrten Verfahren [macht]. Diese müssen zwar wissenschaftlich fundiert und wirksam sein, es gilt aber eine offene Form von Wissenschaftlichkeit, nicht bloss die aus der Pharmazie stammende RCT Dogmatik wie in Deutschland. So ist der befürchtete Schnitt in der Vielfalt anerkannter Psychotherapieverfahren nicht so drastisch ausgefallen wie befürchtet».

De facto sind die akkreditierten Weiterbildungsgänge im Fachgebiet Psychotherapie breit aufgestellt, was die paradigmatischen Grundorientierungen betrifft. Verhaltenstherapeutische, psychodynamische sowie systemische Therapierichtungen sind zurzeit genauso vertreten wie z. B. humanistische, existenzielle oder körperzentrierte. So grundsätzlich erfreulich dieser Status quo auch ist, so desaströs war das Inkrafttreten des Psychologieberufegesetzes 2013 für die intensiven Bemühungen um eine autonome Wissenschaftsdisziplin Psychotherapie, die schlagartig obsolet wirkten. Bis in die 1990er Jahre zurück reichte die Debatte um die Akademisierung der Psychotherapie in der schweizerischen Community. Insbesondere die «deutschsprachigen Verbände ÖBVP, SPV, DVP, [verstanden] den Beruf Psychotherapeut als eigenständigen wissenschaftlichen Beruf [...] (und nicht bloss als eine Anwendung der Psychologie oder der Psychiatrie)» (Schulthess & Schlegel 2025, 89).

Der Sieg der Anti-Akademisierungskräfte mit 1. April 2013 entpuppte sich leider nicht als Aprilscherz, sondern führte vielmehr zum tragischen Umstand, dass die Ausbildung «Psychotherapeut*in» in der Schweiz heute nur mehr über ein Studium der Psychologie möglich ist, womit das ambitionierte Ziel einer *akademischen Psychotherapie*, verstanden als autonomes und unabhängiges Universitätsfach, auch weiterhin ein Desiderat bleiben muss. Dass die Zeit allerdings zunehmend gegen dieses Desiderat, gegen diese Zielsetzung spricht, das weiss nicht nur Kriz (2024, 103), der den problematischen Ist-Zustand in Deutschland unter die Lupe nimmt, sondern auch Schulthess (2024, 6) mit Blick auf die schweizerische Situation:

«Im Rahmen einer Diskussion innerhalb unseres Redaktionsteams um die wissenschaftliche Basis der Psychotherapie und um unseren Zeitschriftentitel wurde deutlich, dass jüngere KollegInnen in der Schweiz kaum mehr wissen, dass Psychotherapie seitens der ASP und

4 <https://www.bag.admin.ch/de/psychologieberufe>

der Schweizer Charta für Psychotherapie als eigenständige wissenschaftliche Disziplin verstanden wurde und man sich auch für eine entsprechende Gesetzgebung stark machte, leider erfolglos. Zu sehr hat sich hierzulande das Verständnis etabliert, dass Psychotherapie eine psychologische Spezialisierung sei, so wie Psychiatrie in der Medizin.»

Einziger Lichtstreif am helvetischen Psychotherapiehorizont ist die erfreuliche Tatsache, dass – allen Widrigkeiten zum Trotz – die Fachzeitschrift *Psychotherapie-Wissenschaft* auf der Grundlage eines neu gebildeten Herausgebervereins fortgeführt werden kann.

Quintessenz 5: Obwohl in der Schweiz Psychotherapie-richtungen unterschiedlicher paradigmatischer Provenienz offizielle Anerkennung finden und nicht etwa – wie z. B. in Deutschland – über experimentelle Wirksamkeitsanalysen ausgemustert werden, ist die lange zurückreichende Akademisierungsdiskussion über ein autonomes Universitätsfach Psychotherapie vor 13 Jahren abrupt zum Erliegen gekommen. Im Jahr 2013 wurde die psychotherapeutische Profession in der Schweiz per Gesetz zum «psychologischen Beruf» erklärt und so gilt Psychotherapie seither als praktisches Anwendungsgebiet der klinischen Psychologie.

Erste Schatten über dem Therapieschulen-Paradies Österreich? Ausdünnungspolitische Tendenzen in rot-weiss-rot

In Österreich hingegen sieht die Lage verdächtig optimal aus, weil dort insgesamt 23 Therapieschulen als gesetzlich anerkannte «Methoden» der Psychotherapie gelten. Im Vergleich zu Deutschland und der Schweiz scheint es sich hier auf den ersten Blick um einen *paradiesischen Zustand* zu handeln, der sich auf den zweiten Blick allerdings schon wieder auflösen droht, gibt es doch im neuen Psychotherapiegesetz 2024 sehr wohl auch tendenzielle Einschränkungen und zwar in Form sog. «Cluster». ⁵ Sämtliche Therapiemodalitäten wurden den folgenden vier Grundorientierungen (Cluster) zugeordnet: «humanistisch» (1), «psychoanalytisch-psychodynamisch» (2), «systemisch» (3) sowie «verhaltenstherapeutisch» (4). Auffallend an dieser clusterspezifischen Neustrukturierung ist die Tatsache, dass die verschiedenen Therapiemodalitäten davor lange Zeit in sog. «Paradigmen» aufgegliedert waren, von denen es allerdings doppelt so viele gab, wie man z. B. im Buch *Psychotherapie – Schulen und Methoden* erfährt (Stumm & Wirth 1994). Neben den vier bereits genannten Clustern von heute waren da noch vier weitere Paradigmen angeführt, nämlich «Existenziell orientierte Ansätze» (5), «Suggestive Verfahren und Methoden der Trancearbeit» (6), «Transpersonale Ansätze» (7) und «Integrative Verfahren» (8).

⁵ <https://www.psychotherapie.at/psychotherapeutinnen/rechtliches/psychotherapiegesetz>

Wirft man jetzt bspw. einen genaueren Blick auf die «Existenziell orientierten Ansätze» (5), wird man zwar feststellen, dass es die traditionellen «existenziellen Modalitäten» sehr wohl auch in der Neuordnung gibt, bloss in veränderter paradigmenspezifischer Zuordnung. «Existenzanalyse» sowie «Existenzanalyse und Logotherapie» sind nunmehr ins «humanistische», die «Daseinsanalyse» ins «psychoanalytisch-psychodynamische» Cluster integriert. Diese Therapieschulen finden also nach wie vor gesetzliche Anerkennung, allerdings haben sie ihr ureigenes Paradigma verloren. Wieso das der Fall ist? Vermutlich deswegen, weil im «verengten Denken» eines dominant gewordenen reduktionistischen Grundverständnisses von Wissenschaft (Kriz 2010, 136) einfach kein Platz mehr ist für ein «existenzielles Cluster». Eine Bestätigung erfährt diese Vermutung durch den österreichischen Psychotherapieforscher Thomas Slunecko (2023, 162), wenn dieser berichtet, dass

«es [...] in einer vom österreichischen Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz herausgegebenen Richtlinie zur Frage der Abgrenzung der Psychotherapie von esoterischen, spirituellen, religiösen und weltanschaulichen Angeboten schlicht und ergreifend [heißt]: «Die Psychotherapie vermag keine (...) Antworten auf existenzielle Fragen (...) zu geben und kann auch keine Werte- und Sinnfragen beantworten»»⁶.

An und für sich ist diese Perspektive schlüssig und stimmig, wenn man von der vorherrschenden Definitionsmacht der medizinisch-psychologischen Wissenschaftskultur ausgeht, in deren Auffassungshorizont auch gar keine andere Beurteilung gefällt werden kann als ebendiese. Die Tatsache, dass in der Aussage Bedeutung und Funktion einer etablierten Therapiekultur von einer therapiefernen Position aus radikal infrage gestellt werden, indiziert jedenfalls eine Ausdünnungstendenz. Wissend um die Dominanz dieser naturalistisch geprägten Wissenschaftskultur, entwirft Slunecko (ebd.) schliesslich das Bild eines akademischen Psychotherapiestudiums, das voll und ganz von der Psychologie her bestimmt wird:

«Man braucht jedenfalls nicht viel Phantasie, um zu erahnen, dass bei einer Akademisierung der Psychotherapieausbildung, die ganz den psychologischen Lehrstühlen überantwortet wird, neurowissenschaftliche, molekularbiologische, hormonelle und genetische «Evidenzen» und die Methoden zu deren Erzeugung zunehmend die Ausbildung bestimmen werden; dass diese, was den universitären Teil betrifft, mehr eine Ausbildung für Wissenschaftler*innen sein wird als für Praktiker*innen, und zwar für einen ganz bestimmten Typus Wissenschaft-

⁶ Um Missverständnisse zu vermeiden: Nach vorgefertigten «Antworten auf existenzielle Fragen» resp. «Werte- und Sinnfragen» wird man in existenziell-orientierten Therapieschulen freilich vergeblich suchen. Sehr wohl aber repräsentieren gerade Fragen dieser Art den zentralen Forschungs-, Diskurs- und Behandlungsgegenstand der existenziellen Psychotherapierichtungen.

ler*innen: einer naturwissenschaftlich gestimmten Psychotherapieforscher*in, die vorwiegend nach Kausalität, Effekt und Effizienz zu fragen gelernt hat; und dass bei einer derartigen Anbindung der Psychotherapie an die Universitäten deren emanzipatorisches Potential abgeblendet bzw. umcodiert [...] und stattdessen eine Technisierung, Digitalisierung, Standardisierung, Medizinalisierung, Vernaturwissenschaftlichung und Verkrankenkung stattfinden wird – ein Hijacking bei laufendem Betrieb, transportiert im Schönsprech neoliberaler Optimierungs-, Kompetenz-, Effizienz- und Glücksdiskurse.»

Quintessenz 6: In Österreich besteht vergleichsweise ein psychotherapiespezifischer Vorteil in zweierlei Hinsicht. Erstens findet im Unterschied zur Schweiz eine Akademisierung der Psychotherapie statt, denn bald schon werden diesbezügliche Masterstudiengänge auch an staatlichen Universitäten angeboten. Zweitens gelten im Unterschied zu Deutschland insgesamt 23 Therapieschulen als gesetzlich anerkannte «Psychotherapiemethoden». Allerdings wird im Umstand, dass sich die «existenziellen Therapierichtungen» nicht in einem eigenen «existenziellen Cluster» verorten dürfen, sondern dass sie der «humanistischen» bzw. der «psychoanalytisch-psycho-dynamischen Grundorientierung» zugeordnet wurden, eine Ausdünnungstendenz klar erkennbar.

Wissenschaftliche Sicherstellung der Therapieschulenvielfalt als Akademisierungspolitik in die entgegengesetzte Richtung: PTW an der SFU

Die akademisierungspolitische Situation in Österreich ist – wie könnte es im Land von Freud, Adler, Frankl & Co. wohl anders sein(?) – eine höchst ambivalente. Im Kontrast zum soeben skizzierten Szenario einer Psychotherapieausbildung an öffentlichen Universitäten ist das Studienfach PTW an der österreichischen SFU nämlich in einen gänzlich anders dimensionierten forschungskulturellen Rahmen eingebettet. Auf der SFU-Homepage ist diesbezüglich die Rede von einer «Verbindung unterschiedlicher Wissenschaftskulturen» sowie von «mixed methods-Designs von qualitativer und quantitativer Forschung».⁷ De facto macht sich am PTW-spezifischen Lehrangebot der SFU ein deutlicher Unterschied zu Slunekos (ebd.) Bild eines Psychotherapiestudiums bemerkbar, das «ganz den psychologischen Lehrstühlen überantwortet wird». Diametral zur streng naturwissenschaftlich geprägten, quantitativ-empirisch orientierten Psychologie an öffentlichen Universitäten, liegt der PTW-Schwerpunkt der SFU auf dem qualitativ-humanwissenschaftlichen Sektor. Kulturgeschichtliche sowie geisteswissenschaftliche und philosophische Lehrinhalte stehen hier im Vordergrund und dementsprechend sind auch hermeneutisch-sinnverstehende Methoden sowie phänomenologisch-deskriptive Verfahren in Forschung und Lehre von zentraler Bedeu-

tung. Mit dieser alternativen Basisausrichtung offeriert die SFU-PTW jedenfalls ein hochgradig psychotherapie-relevantes Universitätsstudium, im Zuge dessen werdende Psychotherapeut*innen sowohl eine fundierte wissenschaftlich-theoretische Bildung erwerben als auch eine solide anwendungspraktische Ausbildung absolvieren.

Freilich bedingt diese grundlegende universitätsspezifische Milieudifferenz die Inkommensurabilität der beiden Wissenschaftsfächer Psychologie und PTW. Worin genau aber besteht jetzt diese unüberbrückbare und zugleich identitätsbegründende Divergenz? Inwiefern unterscheidet sich die PTW tatsächlich von der Psychologie? Zumindest vier Minimalcharakteristika der PTW sind schnell gefunden und aufgelistet. Die PTW, die sich selbst weder von der Psychologie, noch von der Medizin her bestimmt, unterscheidet sich, a) was die wissenschaftskulturelle Hauptausrichtung betrifft, deutlich vom Mainstream in Psychologie und Medizin, leitet sich b) auch nicht von einer bestimmten Psychotherapiemodalität her, sondern betrachtet c) sämtliche Schulen/Modalitäten der Psychotherapie in äquidistanter Grundhaltung als gleichwertige Gegenstände ihrer wissenschaftlichen Bemühungen, um nicht zuletzt – worin ihre Hauptfunktion besteht – d) eine *akademische Psychotherapie auf Basis der gewachsenen Schulenvielfalt und Modalitätenuneinheitlichkeit* sicherzustellen.

Innerhalb der vergangenen 18 Jahre haben sich an der SFU erste Positionen, Programme und Systeme einer solchen PTW herauskristallisiert, wie z. B. die folgenden vier disziplinären Novitäten:

1. Die *Experimentelle PTW (bzw. Psychotextologie)* gilt als das älteste Forschungssystem, deren früheste Wurzeln bis ins Jahr 2007 zurückreichen. Bei diesem Ansatz handelt es sich um ein innovatives Programm der Therapieschulenforschung, das mithilfe von experimental- und imaginativhermeneutischen Analyseverfahren funktioniert und explizit im Dienst der Therapieschulenvielfalt steht (Greiner 2024).
2. Die *Psychotherapiewissenschaftliche Philosophie* ist als ein intellektuelles Grossprojekt zu betrachten, die bei der systematischen Aufarbeitung der «Philosophie der Psychotherapieschulen» ansetzt, um auf dieser Basis einen psychotherapiewissenschaftlichen Forschungszweig der Philosophie zu generieren (Jandl 2020).
3. Die *Handlungsmöglichkeiten-erweiternde PTW* offeriert ein spezielles Instrumentarium, das auf dem Radikalen Konstruktivismus Ernst von Glasersfelds aufbaut und über dessen Anwendung hilfreiche Impulse für die psychotherapeutische Praxis gewonnen werden können (Raile 2022, 2023).
4. Als *Kritische PTW* wird eine Position bezeichnet, die ein Forscher*innen-Kollektiv seit 2023 an der SFU Linz vertritt. Kritische PTW vereint differente Versionen, wie z. B. subjekttheoretische (T. Stephenson), politisch-kritische (A. Stephenson), psychotherapiewissenschaftsphilosophische (G. Burda), aporetische (R. Vogel), alteritätstheoretische (E. Schäfer) sowie queer-feministische (E. Hutfless).⁸

⁷ <https://www.sfu.ac.at/de>

⁸ <https://vkp-online.at>

Am Beispiel des Grundkonzepts des *Standardisierten Therapieschulendialogs (TSD)* in der *Experimentellen PTW* (1.) soll zumindest ein erster Eindruck von der wissenschaftskulturellen Spezifik eines genuin psychotherapiewissenschaftlichen Analyseprogramms erwirkt werden, das an der SFU entwickelt wurde und dort auch gelehrt sowie praktiziert wird.

Obwohl man in der Experimentellen PTW (Greiner 2024) die auffallend vielgestaltige Wissens- und Praxiskultur der Psychotherapie begrüsst, weiss man natürlich auch, dass sich eine paradigmpluralistische, polykonzeptionelle und verfahrensheterogene Praxis- und Forschungsform, wie eben diejenige der Psychotherapie, umso mehr an der Vernetzung, an der kommunikativen Zusammenführung und Kontaktgestaltung ihrer bunt strukturierten Systeme interessiert zeigen muss, damit die *notwendige Einheit in der wünschenswerten Vielheit* garantiert werden kann. Aus forschungstheoretischen sowie wissenschaftspraktischen Gründen ist die *Ambition des Integrierens* im Zeichen einer genuinen *Therapieschulen-Interdisziplinarität* bzw. *Inter-Therapeutik* als *conditio sine qua non* im Feld des polymorphen psychotherapeutischen Denkens, Forschens und Handelns zu verstehen. Im therapieschulen-integrativen, inter-therapeutischen Sinne haben psychotherapiewissenschaftliche Grundlagenanalysen somit im interdisziplinären Raum zwischen den verschiedenen Richtungen, Positionen und Methoden des Psychotherapierens anzusetzen.

Diese Erkenntnis, die sich aus der Wissenschaftsphilosophie des «Konstruktiven Realismus» nach Friedrich Wallner (1992, 2002) ableiten lässt, bildet die Ausgangslage für die Entwicklung jenes ersten Analyseprogramms in der Experimentellen PTW, dessen Anfänge bis ins Jahr 2007 zurückreichen und das unter der Bezeichnung *Standardisierter Therapieschulendialog (TSD)* bekannt geworden ist (Greiner et al. 2009). Um das therapieschulen-interdisziplinäre Grossvorhaben praktisch durchführbar zu machen, wurde im TSD ein dialogexperimenteller Zugang konzipiert, der für die Förderung, den Ausbau sowie die Weiterentwicklung der interdisziplinären Vernetzung der Therapiesysteme das hermeneutische Verfahren der sog. *Experimentellen Trans-Kontextualisation (ExTK)* bereitstellt. Das dem TSD zugrundeliegende therapieschulen-interdisziplinäre Erkenntnisinteresse lässt sich dabei auf die folgenden vier forschungsleitenden Fragestellungen komprimieren: 1. Wie wird der kritisch-reflexive Dialog der psychotherapeutischen Schulen/Modalitäten realisierbar? 2. Wie kann die temporäre Integration der psychotherapeutischen Theorien/Konzepte gelingen? 3. Wie wird eine grundlagenanalytische Therapieforschung von innen – also von und für Psychotherapeut*innen – möglich? 4. Wie kann die Praxis einer innovativen Therapieforschung im Zeichen des Schulenvergleichs beschaffen sein?

Quintessenz 7: In Österreich existiert aber auch eine andere akademisierungspolitische Dynamik. Jenseits von Ausdünnungstendenzen resp. psychologisch-medizinisch geprägten Vereinheitlichungsbestrebungen hat sich am Bei-

spiel der Fakultät für PTW an der SFU eine akademische Institution mit explizit qualitativ-humanwissenschaftlicher Schwerpunktsetzung etabliert, in der kulturgeschichtliche, geisteswissenschaftliche und philosophische Lehrinhalte vorherrschen. Innerhalb der vergangenen zwei Jahrzehnte konnte sich das junge Studien- und Wissenschaftsfach PTW über die Entwicklung und Umsetzung erster Analyseprogramme und Forschungsansätze konzeptuell und methodologisch profilieren und disziplinäre Unabhängigkeit und Eigenständigkeit erlangen. PTW steht heute als Begriff für die «Apologetik der Therapieschulenvielfalt».

Fazit: Die Bedeutung der PTW für die akademische Zukunft der schulenbasierten Psychotherapie

Die akademische Zukunft der österreichischen Psychotherapie wird also vom speziellen wissenschaftskulturellen Milieu abhängen, das jenes Fachgebiet charakterisiert, in dem die Psychotherapie ihr universitäres Zuhause findet. Je nachdem in welchem Wissenschaftsfach sie sich universitär verankert, ergibt sich eine andere Psychotherapie. Eine *von der Psychologie her geprägte* Psychotherapie wird sich grundlegend unterscheiden von einer *von der PTW her geprägten*. Eine schulenbasierte Psychotherapie muss jedenfalls damit rechnen, dass sie sich mit einer universitären Verankerung in der Psychologie sowie auch in der Medizin dem Risiko der fortschreitenden Modalitätenausdünnung aussetzt. Die Tendenz der theoretisch-konzeptuellen Vereinheitlichung über die systematische Destruktion von wissenschaftskultureller Mannigfaltigkeit und Verschiedenartigkeit hat sich in der quantitativ-empirischen Mainstream-Psychologie sowie auch in der streng naturwissenschaftlich orientierten Schulmedizin wissenschaftsgeschichtlich herausgebildet und sie ist demnach heute dort wissenschaftsideologisch fest verankert. Um den Fortbestand der gewachsenen Therapieschulenvielfalt und um deren natürliche Weiterentwicklung bemüht sich hingegen die PTW. In diesem Sinne wird sich die PTW gerade für eine solche schulenbasierten Psychotherapie als nützlich erweisen, die ihre Modalitätenbasis im Zuge der Akademisierung nicht verlieren und sich nicht in eine Einheits-Psychotherapie transformieren möchte.

Summa Summarum lässt sich die eigentliche Grundproblematik der Psychotherapie-Akademisierung, die sich in Österreich schon langsam auf der Zielgeraden befindet, recht simpel in der folgenden Frage pointieren: Darf Psychotherapie ihren Status als eine akademische Wissenschaft – etwa mit Unterstützung der PTW – aus sich selbst heraus begründen, autonom und frei definieren, um zu einem *Universitätsfach sui generis* zu avancieren oder muss sie sich der Deutungshoheit einer etablierten Führungswissenschaft (Psychologie, Medizin) fügen und unterordnen und sich damit wissenschaftskulturell fremdbestimmen inklusive verstümmeln lassen? Zumindest die Besinnung auf das altbekannte Grundrecht der Wissenschaftsfreiheit gibt hier ein klein wenig Anlass zum Optimismus: «Wissenschaft und ihre Lehre ist frei.»

Literatur

- Fiedler, P. (2012). *Die Zukunft der Psychotherapie. Wann ist endlich Schluss mit der Konkurrenz?* Springer.
- Grawe, K., Donati, R. & Bernauer, F. (2001). *Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession*. Hogrefe.
- Greiner, K. (2024). *Lehrbuch Experimentelle Psychotherapiewissenschaft. Innovative Therapieschulenforschung an der SFU Wien seit 2007*. SFU.
- Greiner, K., Jandl, M.J. & Paschinger, O. (Hg.). (2009). *Programmatik und Praxis im Therapieschulendialog (TSD). Erste Beiträge zur dialogexperimentellen Theorien-Integration in der Psychotherapiewissenschaft*. SFU.
- Jandl, M.J. (2020). Beginnt die Eule der Minerva erst mit der einbrechenden Dämmerung ihren Flug? Konturen einer psychotherapiewissenschaftlichen Philosophie. In A. Pritz, J. Fiegl, H. Laubreyter & B. Rieken (Hg.), *Universitäre Psychotherapieausbildung am Beispiel der Sigmund Freud Privatuniversität* (S. 147–168). Pabst.
- Kriz, J. (2006). Die Notwendigkeit der Sinn-Perspektive in Psychologie und Psychotherapie. In J. Hein & K.O. Hentze (Hg.), *Das Unbehagen in der (Psychotherapie-)Kultur. Sinnverstehende Traditionen – Grundlagen und Perspektiven* (S. 25–41). DPV.
- Kriz, J. (2009a). Vielfalt in der Psychotherapie: Das Vier-Säulen-Modell. In Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen (Hg.), *VPP aktuell, Heft 6* (S. 3–5). VPP im BDP.
- Kriz, J. (2009b). Wissenschaftliche Regeln, Redlichkeit und Diskursbereitschaft. *Psychotherapie Forum*, 17(2), 90–95.
- Kriz, J. (2010). Was leistet das Psychologiestudium und was fehlt ihm im Hinblick auf eine psychotherapeutische Ausbildung und Tätigkeit? *Psychotherapeutenjournal*, 2, 130–140.
- Kriz, J. (2019). «Evidenzbasierung» als Kriterium der Psychotherapie-Selektion? Über ein gutes Konzept – und seine missbräuchliche Verwendung. *Psychotherapie-Wissenschaft*, 9(2), 42–50.
- Kriz, J. (2024). Wie bringen wir inneres Erleben und die Wirkung sozialer Strukturen zur Sprache? Eine Replik auf Kurt Greiners «Psychotherapie als Textmedizin». *Psychotherapie-Wissenschaft*, 14(2), 103–108.
- Kriz, J. (2025) Weckruf: Gegen die reduktionistische Einseitigkeit der deutschen Psychotherapie. <https://jkriz.de/weckruf-text>
- Raile, P. (2022). Handlungsmöglichkeiten-erweiternde Psychotherapiewissenschaft (Teil 1). Die Grundlagen. *Psychotherapie-Wissenschaft*, 12(2), 91–97.
- Raile, P. (2023). Handlungsmöglichkeiten-erweiternde Psychotherapiewissenschaft (Teil 2). Forschungspraktische Umsetzung. *Psychotherapie-Wissenschaft*, 13(1), 87–84.
- Raile, P. (2025). Fiktion und Geltungsstreben in der Psychotherapieforschung. RCTs aus individualpsychologischer Sicht. *Zeitschrift für Individualpsychologie*, 50, 7–23.
- Schulthess, P. (2024). Editorial. *Psychotherapie-Wissenschaft*, 14(2), 5–6.
- Schulthess, P. & Schlegel, M. (2025). Die Zeitschrift Psychotherapie-Wissenschaft. Rückblick, Würdigung, Ausblick. *Psychotherapie-Wissenschaft*, 15(1), 89–90.
- Slunecko, T. (2023). Gegen die Akademisierung der Psychotherapie aus dem Geist der Klinischen Psychologie. In W. Datler, A. Drosos, E. Gornik & C. Korunka (Hg.), *Akademisierung der Psychotherapie. Aktuelle Entwicklungen, historische Annäherungen und internationale Perspektiven* (S. 145–168). Facultas.
- Stumm, G. & Wirth, B. (Hg.). (1994). *Psychotherapie – Schulen und Methoden. Eine Orientierungshilfe für Theorie und Praxis*. Falter.
- Wallner, F.G. (1992). *Acht Vorlesungen über den Konstruktiven Realismus*. WUV.
- Wallner, F.G. (2002). *Die Verwandlung der Wissenschaft. Vorlesungen zur Jahrtausendwende*. Kovac.

Who benefits from psychotherapy studies?

On academization policy, standardized psychotherapy, and the significance of a young discipline for the academic future of schools-based psychotherapy

Abstract: The new Austrian Psychotherapy Act (2024) requires psychotherapy to have an academic and scientific foundation through institutional links to universities. Psychotherapy can find an academic anchor in various university subjects, such as the established fields of psychology, medicine, pedagogics, etc., or in the young field of psychotherapy studies (Psychotherapiewissenschaft, PTW). On the one hand, this article highlights the strategies and trends in academization policy in German-speaking Central Europe (DACH), thereby establishing a framework for discussion in which a dominant trend is becoming increasingly apparent, one that could be described as »from schools-based psychotherapy to uniform psychotherapy.« On the other hand, this essay presents an alternative academization dynamic that works in the opposite direction and strives to scientifically secure the diversity of therapy schools. Psychotherapy must decide whether it wants to transform itself into a unified discipline in the medium term or whether it wants to continue to see itself as a polymorphous culture of knowledge and practice. In the latter case, psychotherapy will find great support in psychotherapy studies (PTW).

Keywords: academization, academic psychotherapy, schools-based psychotherapy, unified psychotherapy, psychology, psychotherapy studies (Psychotherapiewissenschaft), therapy schools, standardized therapy schools dialogue (TSD), Sigmund Freud PrivateUniversity (SFU)

Biografische Notiz

Univ.-Prof. DDr. Kurt Greiner ist Professor für Psychotherapiewissenschaft (PTW) an der Sigmund Freud PrivatUniversität (SFU) in Wien. Seit 2007 lehrt und forscht er auf den Gebieten der PTW-Theorie und der Experimentellen PTW (Psychotextologie).

Kontakt

Univ.-Prof. DDr. Kurt Greiner
Sigmund Freud PrivatUniversität Wien (SFU)
Galerie-Office 4003, Campus Prater
Freudplatz 1
A-1020 Wien
E-Mail: kurt.greiner@sfu.ac.at

Anmerkung der Redaktion

An der SFU wird auch eine Podcast-Serie produziert. *Tamara Trebes* hat uns dazu den folgenden Text zugestellt und auf den Podcast mit Kurt Greiner verwiesen:

Ich möchte eine aktuelle Podcast-Folge zum Anlass nehmen, um einen wissenschaftstheoretischen Punkt hervorzuheben, der mir fachlich wie persönlich sehr wichtig ist: Kurt Greiner spricht im SFU-Podcast über die Notwendigkeit einer Psychotherapiewissenschaft (PTW) *sui generis* – und darüber, warum Psychotherapie weder mit Psychologie gleichzusetzen noch in einer Einheitslogik aufzulösen ist. Seine Ausführungen machen deutlich, dass es sich dabei nicht um eine institutionelle oder berufspolitische Abgrenzung handelt, sondern um eine erkenntnistheoretische Konsequenz aus dem Gegenstand selbst.

Ein zentraler Gedanke betrifft den epistemischen Wert von Pluralität. Die Vielfalt psychotherapeutischer Schulen, Theorien und Methoden ist kein Ausdruck wissenschaftlicher Unreife oder mangelnder Konsolidierung, sondern eine Antwort auf die Komplexität psychotherapeutischer Wirklichkeitsräume. Psychotherapie bewegt sich in subjektiven, relationalen, leiblichen und sprachlich vermittelten Erfahrungszusammenhängen – und verlangt gerade deshalb nach unterschiedlichen theoretischen Zugriffen, Perspektiven und Modellen. Was im wissenschaftlichen Diskurs bisweilen als Mangel verhandelt wird, erweist sich bei genauerer Betrachtung als Stärke: Pluralismus ermöglicht Differenzierung, Selbstreflexion und erkenntnistheoretische Wachheit. Er schützt vor Verkürzungen, vor vorschnellen Universalisierungen und vor einer Vereinheitlichung, die dem Gegenstand nicht gerecht werden kann. Eine Einheitslogik würde diese Vielfalt nicht ordnen, sondern verarmen lassen.

Gerade im Zuge der fortschreitenden Akademisierung der Psychotherapie ist diese Perspektive von besonderer Bedeutung. Sie erinnert daran, dass wissenschaftliche Tragfähigkeit nicht durch Vereinfachung oder Homogenisierung entsteht, sondern durch die Fähigkeit, begründete Vielstimmigkeit auszuhalten, zu reflektieren und produktiv zu nutzen. In diesem Sinne steht die PTW vor der Aufgabe, ihre Pluralität nicht zu entschuldigen, sondern zu begründen. Nicht Einheit, sondern reflektierte Vielstimmigkeit ist ihre epistemische Stärke. Eine Wissenschaft, die ihren Gegenstand ernst nimmt, kann auf diese Differenz nicht verzichten, ohne sich selbst zu verlieren.

Link zum Podcast: <https://www.youtube.com/watch?v=mZab6Nxtu4k>

Biografische Notiz

Tamara M. Trebes ist Psychoanalytikerin und Psychotherapiewissenschaftlerin in Wien. Sie arbeitet in freier Praxis, ist Dissertantin an der Sigmund Freud PrivatUniversität (SFU) und lehrt sowohl an der SFU als auch an der Musik und Kunst Privatuniversität der Stadt Wien (MUK). Ihre Arbeitsschwerpunkte liegen in der Psychotherapiewissenschaft mit hermeneutischer und experimenteller Ausrichtung, der Psychoanalyse sowie in poetologischen und erkenntnistheoretischen Fragestellungen.

Kontakt

E-Mail: t.trebes@muk.ac.at

Tagungsbericht

11. Forschungstagung INFAP3, 24.08.2025 am IAAP-Kongress, Zürich

Psychotherapie-Wissenschaft 16 (1) 2026 73–74

www.psychotherapie-wissenschaft.info

CC BY-NC-ND

<https://doi.org/10.30820/1664-9583-2026-1-73>

Die 11. INFAP3-Forschungstagung «Was ist denn in dich gefahren? Komplextheorie. Grundlagen, Forschung und Anwendungen», die für viele Teilnehmenden den Auftakt zum Internationalen Kongress in Zürich bildete, war der Komplextheorie, deren Geschichte sowie dem aktuellen Stand der Forschung und der weiteren Entwicklung gewidmet. Die Tagung knüpfte an die Forschungstagung 2018 zur Komplexpsychologie im klinischen Kontext an. In erwartungsvoller Vorfreude versammelten sich Forschende und an Forschung interessierte zum Vor-Kongress im Kongresszentrum Zürich. Nach Begrüssung und einleitenden Worten durch die Co-Präsidentin Elisabeth Schörry-Volk wurde das vielseitige Programm vorgestellt.

Das Tagungsprogramm würdigte verschiedene Perspektiven und reichte vom Kraftfeld der Grundbedürfnisse (Isabelle Meier) über die Komplexepisoden als Brennpunkte therapeutischer Arbeit (Verena Kast) zu Komplexarbeit in der Kurzzeittherapie (Juliane Kärcher & Ralf T. Vogel) und wurde ergänzt um die Vorstellung empirischer Ergebnisse der Strukturalen Traumanalyse (Christian Roesler) und um ein Werkstattgespräch mit Neuigkeiten zum Assoziationsexperiment (Christa Futscher & Mario Schlegel). Den Abschluss bildete eine angeregte Podiumsdiskussion aller Referierenden im sog. fishbowl-Format: Zwei Stühle blieben für Personen aus dem Publikum frei, die wechselweise besetzt werden konnten, was rege genutzt wurde.

INFAP3-Co-Präsidentin Isabelle Meier kündigte an, dass eine Forschungsgruppe zum Thema Komplexe geplant sei. Sie griff in ihrer Präsentation über das Kraftfeld der Grundbedürfnisse das motivationale Geschehen im Komplex auf, von Jung bekanntermassen im finalen Aspekt ausgedrückt. Sie stellte neben der jungianischen Perspektive andere Ansätze zu den Grundbedürfnissen (u. a. die von Grawe, Bowlby, Panksepp) vor und verband sie mit den OPD-3-Bedürfniskategorien. Zudem zeigte sie die Ähnlichkeiten zwischen dem Konstrukt des Komplexes und den insbesondere im OPD-3 gebräuchlichen Konflikten auf. Die Zusammenhänge wurden in ihrem durch nicht erfüllte Bedürfnisse erweiterten Modell der Komplexlandschaft eindrücklich dargestellt und anhand von Praxisbeispielen veranschaulicht.

Ebenso benannte Isabelle Meier Unterschiede: Würden bspw. die Konflikte im OPD-3 detaillierter und damit auch in Form eines Fragebogens erfassbar aufgegriffen, berücksichtigten die Jungianer, dass die Komplexe jedes Menschen einzigartig seien und teilweise mehrere nicht erfüllte Grundbedürfnisse tangierten. In der Praxis

zeige sich in der Konstellierung des Komplexes auch die Aktivierung der Symbolbildung. Hier sei im Sinne des archetypischen Drangs des Grundbedürfnisses gleichzeitig das beinhaltet, was der Mensch eigentlich brauche, um nachzureifen.

Nach der Kaffeepause, die zur Begrüssung von Kollegen und Freunden und für lebhaften Austausch genutzt wurde, stimmte Verena Kast die Anwesenden auf das Forschungsthema ein. Sie beschrieb am Beispiel Jean-Paul Sartres anhand seiner tatsächlich erlebten und vorgestellten kritischen Betrachtung eine verinnerlichte Komplexepisode. Sartres berühmter Ausspruch «Die Hölle, das sind die anderen» könnte dabei als Ausdruck des Komplexverhaltens betrachtet werden. Von dieser Darstellung ausgehend stellte Kast das Komplexgeschehen in Zusammenhang mit den Erkenntnissen der Neurowissenschaft. Denn um emotional betonte, konflikthafte Beziehungserfahrungen im Bereich zentraler Bedürfnisse, die mehr oder weniger verdrängt wurden, zu aktivieren, nutzen wir unser Episodengedächtnis. Damit verlängern wir unsere Erinnerungen in die Zukunft. Dies ist natürlich von entscheidendem Vorteil, um durch Rekombination zukünftige Szenarien zu konstruieren, Zeitreisen in die Zukunft zu unternehmen, Pläne zu schmieden und Entscheidungen zu treffen. Ebenso gilt dies als Voraussetzung für Kreativität.

Wie bekannt ist, dominieren im Gedächtnis Emotionen und Bilder. Verena Kast erklärte, wenn negative Emotionen angereichert oder übergeneralisiert und ruminieren würde, bestehe die Möglichkeit, im Komplexgeschehen stecken zu bleiben. Für die Behandlung wesentlich sei, Episoden zu betonen, Komplexnarrative so detailliert wie möglich erzählen zu lassen und sowohl den Kind als auch den Erwachsenenpol zu betrachten. Darin sei hin- und herzuwechseln und herauszufinden, was es als Kind gebraucht hätte. Anhand von Beispielen ihrer reichhaltigen Praxis gab Verena Kast einen Einblick in ihr Vorgehen. Sie betonte die Hinwendung zur Arbeit mit den Emotionen, auch indem die Projektionen offengelegt werden. So veranschaulichte sie ihr therapeutisches Sich-zur-Verfügung-Stellen.

Ralf T. Vogel und Juliane Kärcher entwickelten mit der komplexfokussierten Kurzzeittherapie (KZT) ein Verfahren, das sich tief in der jungianischen Tradition verankert. Der Komplex – bei Jung verstanden als ein affektiv aufgeladener psychischer Inhalt, der sich dem Ich entzieht – wird hier nicht als pathologisches Hindernis, sondern als energetischer Kern betrachtet, der Entwicklungspotenzial birgt. Ralf T. Vogel betonte,

dass existenzielle Themen wie Tod, Einsamkeit, Freiheit und Sinn nicht nur Symptome begleiten, sondern archetypische Tiefen berühren. Die KZT nutzt diese Themen als Zugang zur inneren Mythologie des Patienten. In wenigen Sitzungen kann durch die gezielte Aktivierung eines zentralen Komplexes eine psychodynamische Bewegung angestoßen werden, die nicht oberflächlich bleibt, sondern die Finalität des Symptoms – seine sinnstiftende Funktion – therapeutisch nutzt.

Die KZT ist keine verkürzte Langzeittherapie, sondern eine eigenständige Methode, die sich durch Verdichtung, Fokussierung und archetypische Resonanz auszeichnet. Juliane Kärcher erweiterte die Komplexarbeit um die Dimension der Symbolisierung. In ihrer Methode der Symbolarbeit wird das Symbol nicht nur gedeutet, sondern aktiv gestaltet – etwa durch Imagination, bildnerisches Arbeiten oder szenisches Spiel. Dabei wird das Symbol zum Mittler zwischen dem Ich und dem Selbst, zum Ausdruck archetypischer Inhalte und zum Träger transzendenter Bedeutung. Juliane Kärcher versteht die Symbolisierung als psychische Leistung, die Affekte in «Form» bringt und damit zur Integration beiträgt. Besonders in verdichteten therapeutischen Settings – etwa in Kriseninterventionen oder Kurzzeitformaten – kann die Arbeit mit inneren Bildern eine tiefgreifende Wandlung ermöglichen. «Die Symbolisierung verwandelt Affekt in eine Form – sie ist der Weg zur Individuation», so Juliane Kärcher. Die Symbolarbeit ist damit nicht nur ein methodisches Werkzeug, sondern ein Weg zur Selbstwerdung im Sinne der jungianischen Psychologie.

Christian Roesler präsentierte empirische Ergebnisse zur Strukturalen Traumanalyse und zur Entwicklung der Ich-Komplex-Beziehung im Verlauf von Traumserien. In über 80 dokumentierten Traumverläufen zeigte sich, dass das Traum-Ich – als Repräsentant des bewussten Ichs im Traum – sich im Therapieverlauf verändert: von Bedrohung und Fragmentierung hin zu Autonomie und Integration. Christian Roesler betonte, dass die Symbolisierung abgespaltener Persönlichkeitsanteile – etwa durch Tiermotive oder Kind-Archetypen – eine zentrale Rolle im therapeutischen Prozess spielt. Die Wandlung dieser Motive im Traumverlauf spiegelt die psychische Entwicklung und die zunehmende Ich-Stärke wider.

Mario Schlegel und Christa Futscher stellten moderne Anwendungen des klassischen Wort-Assoziationsexperiments (AE) nach Jung vor. Es wurde im Lauf der Zeit weiterentwickelt, wodurch es dem heutigen Methodenverständnis entspricht: Zuerst werden spontane Assoziationen zu standardisierten Reizwörtern erhoben, um sie in einem zweiten Durchgang zu erinnern. In einem dritten Durchgang wird der dazu passende Kontext erhoben, um biografische, relationale und übertragungsdynamische Bezüge systematisch einzubeziehen. Methodentheoretisch lässt sich das AE damit parallel zu Mixed-Methods-Verfahren einordnen: Formale Parameter wie Reaktionszeiten und Fehler erlauben eine quantitative Beschreibung, während die Kontextanalyse

der Assoziationen eindeutig im qualitativen, hermeneutischen Paradigma verankert bleibt und die Fallrekonstruktion ins Zentrum stellt. Die traditionelle händische Auswertung mit Stoppuhr, Zettel und Bleistift ist dabei in der praktischen Anwendung umständlich und fehleranfällig, weshalb eine digitale Umsetzung in Form einer APP entwickelt wird, die Stimuluspräsentation, Zeitmessung und Datendokumentation übernimmt. In der Diskussion wurde betont, dass in der APP bewusst keine Funktionen eingeführt wurde, die den zwischenmenschlichen Kontakt beeinträchtigen könnten – insbesondere keine KI-gestützten Interpretationshilfen –, sodass die Deutung weiterhin im dialogischen, beziehungsgetragenen Prozess zwischen Untersuchenden und Patientin/Proband verankert bleibt.

Am Ende der kurzweiligen Forschungstagung kreiste die Diskussion zuerst um den Einsatz von KI, angeregt durch die Vorstellung der neuen App zum AE. Christa Futscher betonte, bei der App komme keine KI zum Einsatz, sondern es solle v. a. die Dokumentation erleichtert werden. Diskutiert wurde die Möglichkeit der Verwendung in der Forschung, bspw. als Hilfsmittel zur Auswertung von Trauminterpretationen oder um die anspruchsvolle Kontextanalyse des Assoziationsexperimentes zu vereinfachen. Das Publikum berichtete von verschiedenen Erfahrungen, zu unterscheiden seien die jeweilig andersartigen Settings von Forschung, Ausbildung und Therapie.

Zum Thema KZT gab es ebenfalls zahlreiche Stimmen, etwa zum Aspekt der Krisenintervention, wobei laut Juliane Kärcher zu Beginn der Therapie das Komplexthema zu vertiefen sei. Eine Art Anleitung sei bereits angedacht. Auch die Begrifflichkeiten «Therapiebooster» oder «Therapie on demand» wurden besprochen und mit der therapeutischen Identität in Zusammenhang gebracht. KZT sei kein Ersatz für eine längere Therapie, es sei etwas anderes und man müsse sich überlegen, für welche Patienten diese Form geeignet sei und wie das Erlernen dieser neuen Therapieform gestaltet werden könne. Verena Kast wies darauf hin, dass schliesslich auch Jung in den 1920ern eine Art der Intervalltherapie angeboten habe. Damit schloss der lebhafte Austausch, der in den nächsten Tagen bestimmt noch seine Fortsetzung fand.

Die Beiträge der Referierenden zeigen, dass die jungianische Psychologie nicht nur tiefenwirksam, sondern auch anschlussfähig ist – an moderne Formate, digitale Verfahren und differenzierte Indikationsmodelle. Komplexe, Symbole und Assoziationen sind keine Relikte, sondern lebendige Werkzeuge, die in Kurzzeitformaten ebenso wirksam sein können wie in Langzeitprozessen. Die Zukunft liegt nicht in der Verkürzung, sondern in der Verdichtung – und in der Fähigkeit, Tiefe auch in begrenzter Zeit erfahrbar zu machen. Die jungianische Haltung bleibt dabei zentral: Beziehung, Resonanz, Symbolisierung und Achtung vor dem autonomen Prozess der Seele.

Cornelia Stegmann & Susanne Schneider

Buchbesprechung

Burda, Gerhard (2025). *Das unverfügbare Subjekt. Ein Psychotherapiewissenschaftsphilosophisches Manifest für das, was weder ein- noch ausgeschlossen werden kann*. Waxmann, 116 S., 35.90 CHF, 29.90 EUR, ISBN: 978-3-8188-0026-0

Psychotherapie-Wissenschaft 16 (1) 2026 75

www.psychotherapie-wissenschaft.info

CC BY-NC-ND

<https://doi.org/10.30820/1664-9583-2026-1-75>

Dieses Manifest ist für wissenschaftstheoretisch interessierte Psychotherapeuten und Psychotherapieforscher ein Leckerbissen. Mit scharfem analytischem Intellekt arbeitet Gerhard Burda das Zusammenspiel von Philosophie, Psychotherapie und Wissenschaftstheorie heraus und liefert einen wesentlichen Beitrag zur Begründung einer wissenschaftlichen Metatheorie für eine Psychotherapiewissenschaft (PTW) *sui generis*.

Das Buch gliedert sich in zwei Hauptteile. Erst widmet sich der Autor dem Thema der Subjektivierungen, um abschliessend Grundzüge einer PTW-Philosophie zu formulieren. Er benutzt hierzu den Radikalen Skeptizismus als Referenzrahmen. Er kritisiert den Realismus wie auch den konstruktiven Realismus (Konstruktivismus) als ungeeignete Referenztheorien für die Begründung einer PTW *sui generis*. Der Radikale Skeptizismus geht davon aus, dass man nie sicher sein kann, was man weiss, da es auch anders sein kann. Wissenschaft hat sich stets selbst zu hinterfragen, ob das, was als wahr gefunden wurde, auch wirklich als wahr gelten kann. Dazu braucht es eine Selbst-Differenz. Er führt den Begriff des «Aprojektes» ein, welches das «unverfügbare Subjekt» meint, das in keinem Ordnungsrahmen eingeschlossen oder ausgeschlossen werden kann, also weder Subjekt ist noch Objekt, sondern eben nicht verfügbar (griech. *Apo* = weg ... von; lat. *iacere* = werfen). Das gilt für die psychotherapeutische Praxis, die Konzepte der Therapieschulen wie auch die wissenschaftliche Beforschung der Psychotherapie und die Etablierung einer eigenständigen PTW-Philosophie.

Psychotherapie wurde von Alfred Pritz, dem Gründer der SFU, schon in den 1990ern als «Wissenschaft vom Subjektiven» bezeichnet. Burda geht den Begriffen Subjekt, Subjektiv, intersubjektiv, Selbst, Bewusstsein, Person, Individuum nach und zeigt, dass diese oft unklar verwendet werden und unterschiedliche Bedeutungen haben können, je nachdem welchem Ordnungssystem sie entlehnt wurden. Er zeigt, dass es unterschiedliche Ordnungssysteme gibt, die unterschiedliche Auffassungen vom Subjekt aufzeigen, und bezeichnet diese als externe oder

auch interne Selbst-Differenz. Dem Radikalen Skeptizismus folgend zeigt er, dass alle Ordnungssysteme kulturell, historisch und politisch-gesellschaftliche beeinflusst sind und das «ultimative, alles umfassende Begründungsprinzip dem Wissen nicht zugänglich ist». Absolute Aussagen seien damit unmöglich, jedes Ordnungssystem sei nur relativ und könne entsprechend hinterfragt werden.

Der zweite Teil trägt den Titel «Wissenschaftliche Subjektivitäten». Hier setzt sich der Autor damit auseinander, ob sich PTW als Dachtheorie aus den verschiedenen Theorien der Psychotherapieschulen heraus entwickeln kann. Er bezeichnet dies als «Nabelschau», da sich die entsprechenden Theorien von innen teils axiomatisch selbst beschreiben und begründen und nicht von einer externen kritischen Position aus. Er diskutiert und kritisiert den Ansatz von Markus Erismann wie auch von Gottfried Fischer wie auch der Charta für Psychotherapie, als man hier aus der Not eine Tugend machen würde und die Vielfalt der Therapieschulen zum Paradigma der PTW erheben würde.¹

Es folgt eine Kritik des Kritischen Realismus, auf den sich Kurt Greiner zur Begründung einer PTW *sui generis* bezieht.² Danach stellt Burda wissenschaftsethische Überlegungen zum Verhältnis von Psychotherapie, Psychologie und PTW an. Zu Recht kritisiert er die Anlehnung der Psychologie an ein naturwissenschaftliches Paradigma, ohne deren erkenntnistheoretischen bzw. wissenschaftstheoretischen Grundlagen zu reflektieren. (Eine philosophische Psychologie wird heute kaum mehr gelehrt.)

In einem weiteren Kapitel stellt er mit Bezug auf Thomas Stephenson ein Beispiel für Paradigmenkonstellationen in der PTW vor. Stephensons Paradigma wird als Brückenelement zwischen den vier Kernparadigmen der Psychotherapie (Tiefenparadigma – psychodynamisch; Reiz- Reaktions-Konditionierungsparadigma – VT; System-Umwelt-Koppelungsparadigma – systemisch; Mit-Menschlichkeitsparadigma – humanistisch-existenziell) in Bezug auf Borderline, Zwang und Phobie dargestellt. In einem weiteren Abschnitt beleuchtet er die Begriffe Komplex, Psyche, Archetyp und Selbst aus der Analytischen Psychologie als Beispiel für Verbindungs- und Trennungs-Verhältnisse im Lichte seines Ansatzes einer PTW-Philosophie.

Ganz im Sinne eines Manifests endet das Buch mit einer Liste der Vorzüge einer PTW-Philosophie. – Ein spannendes Buch, das einen bedeutenden Beitrag zur Entwicklung einer Metatheorie 2. Ordnung und damit zur Positionierung der PTW als Wissenschaft *sui generis* liefert.

Peter Schulthess

1 Dieser Beitrag wurde bereits in PTW 2019-2 publiziert.

2 Dieses Kapitel wurde als Artikel in PTW 2025-1 publiziert.

Kongresskalender

11.–13. Juni 2026

SEPI International Conference

Connection within, between and beyond
Pepperdine University, Malibu, Californien, USA
<https://www.sepiweb.org/Annual-Meeting>

24.–27. Juni 2026

SPR Jahreskonferenz

Ibaraki, Japan
Society for Psychotherapy Research
<https://www.psychotherapyresearch.org>

6.–12. Juli 2026

PCE Konferenz

GWG Gesellschaft für Personzentrierte
Psychotherapie und Beratung
A Changing World
www.pce-europe.org

3.–6. September 2026

EABT Konferenz

European Association for Body Psychotherapy
Body Psychotherapy on the Edge
Cork, Irland
<https://eabp.org/what-we-do/eabp-congresses>

18.–19. September 2026

Jahreskongress SGPP

Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie
und Psychotherapie
<https://www.psychiatrie.ch/sgpp/ueber-uns/veranstaltungen/sgpp-kongress>

22.–25. Oktober 2026

EAGT Konferenz

European Association for Gestalt Therapy
Bridges of Difference
Dubrovnik, Kroatien
<https://www.eagt2026dubrovnik.com>

19.–20. November 2026

22. Schweizer Fachtagung Psychoonkologie

Basel, SGPO
<https://www.psychoonkologie.ch/de/weiter-fortbildung/fachtagungen-sgpo/fachtagung-sgpo-2026>

14.–18. April 2027

The Tao of Gestalt

1st International China Gestalt Conference
Shanghai, China
<https://gestalt2027shanghai.com>

