

8 | PSYCHOLOGISCHE UND PSYCHOTHERAPEUTISCHE BEHANDLUNG

- 8.1 Die psychische Belastung bei HIV und Aids**
- 8.2 Wann wird eine Psychotherapie empfohlen?.....**
- 8.3 Psychotherapie als Wissenschaft**
- 8.4 Die wichtigsten Therapierichtungen**
- 8.5 Eine geeignete Therapie finden**
- 8.6 Kosten und Krankenkassenbeiträge**

8.1 | Die psychische Belastung bei HIV und Aids

Menschen mit HIV und Aids sind oft grossen seelischen und sozialen Belastungen ausgesetzt:

- der Konsequenzen dieser Diagnose auf **allen** Ebenen des Lebens
- der unsicheren Prognose. Obschon HIV+ heute als chronische Krankheit definiert wird, weiss niemand genau, was die Langzeitwirkungen der Medikamente sind und wie sich die Krankheit über Jahre entwickelt
- der Angst vor der Zukunft, vor Schmerz, Krankheit und Tod
- der Konfrontation mit der eigenen Vergänglichkeit. Der Umgang mit der Zeit verändert sich. Die Diagnose wirft existentielle Fragen auf: Was ist mir wesentlich? Was möchte ich verändern? Was habe ich erreicht bzw. versäumt? Was ist mir nicht mehr möglich?
- der Verlust der Lebensperspektive, der eine heftige Identitätskrise auslösen kann: Ich bin doch die, die anziehend, stark, erfolgreich... war? Was davon stimmt jetzt noch? Wer bin ich wirklich?
- der tiefgreifenden Erschütterung und Veränderung des Selbstbildes und der Selbstachtung: Betroffene empfinden sich oft als minderwertig
- dem Gefühl einen Makel zu haben. Das Wissen um den Virus bedeutet immer auch den Verlust der körperlichen Integrität. Bin ich als Mann/Frau noch attraktiv? Darf ich überhaupt Ansprüche haben?
- der Einschränkung des Sexuallebens: Körperliche Auswirkungen der Krankheit oder Nebenwirkungen der Medikamente können zu einer Abnahme des sexuellen Verlangens führen
- der Infragestellung des Rechtes auf Kinderwunsch
- der Angst vor Schuldzuweisung und Blossstellung
- der realen Zurückweisung und Ausgrenzung von aussen
- der inneren Schuldzuweisung und Diskriminierung
- dem sozialen Ausschluss
- dem Miterleben der Erkrankung und des Todes von Freunden und Bekannten

Diese vielfältigen Belastungen können akute, reaktive Krisen in Form von Angst und Depression bis hin zu Selbstmordgedanken auslösen. Diese Belastungen können auch alte, unverarbeitete seelische Wunden und Konflikte wiederaufleben lassen. Da die Konfrontation mit der Vergänglichkeit immer etwas Drängendes an sich hat, ist das «die Dinge unter den Teppich wischen» nicht mehr so gut möglich.

Krisen zeichnen sich durch das Gefühl der Hilflosigkeit, Ausweglosigkeit und des Ausgeliefertseins aus. Krisen machen immer viel Angst, weil nichts mehr so ist wie gewohnt. In einer starken Krise gehen den Betroffenen oft die Lebensperspektive und die Träume verloren. Sie wissen nicht mehr weiter. Nichts macht mehr Freude, das Leben erscheint sinnlos.

Starke psychische Belastungen und Stress, die über einen längeren Zeitraum andauern, können sich auf verschiedenen Ebenen auf den Körper und das innere Gleichgewicht auswirken. Zum einen können sie neue körperliche Beschwerden hervorrufen bzw. bestehende Schmerzen verstärken. Zum anderen können sie seelische Symptome auslösen. Beides kann das Immunsystem beeinträchtigen. Erkenntnisse aus der Psychoneuroimmunologie beschreiben die Wechselwirkungen zwischen Psyche und Körperfunktionen: Botenstoffe aus dem Gehirn sowie Hormone beeinflussen das Immunsystem und damit die Immunantwort, während umgekehrt Botenstoffe des Immunsystems Reaktionen im Gehirn auslösen. Ängste und

Depressionen – das zeigen Untersuchungen an Menschen mit HIV und Aids – können kurz dauernd die CD4- und CD8-Zellzahlen beeinflussen.

Menschen mit HIV und Aids sind neben ähnlichen auch zusätzlichen Belastungen ausgesetzt wie chronisch Kranke, z. B. Menschen mit Diabetes oder einer Multiplen Sklerose: Ihre Krankheit ist nicht heilbar, sie bleibt bestehen oder schreitet sogar voran. Dabei ist der Krankheitsverlauf nicht genau vorhersehbar, die Zukunftsperspektive ist aus verschiedenen Gründen begrenzt. Die körperliche Leistungsfähigkeit ist teilweise reduziert, die körperliche Integrität bedroht. Immer wieder sind die Betroffenen auf medizinische Spezialisten angewiesen. Oft müssen sie für den Rest ihre Lebens starke Medikamente einnehmen, welche schwierige oder unangenehme Nebenwirkungen haben.

Bei Menschen mit HIV kommt immer wieder von Neuem noch die schwierige Frage nach dem «Outing» hinzu: Sag ich es? Wem? Wann? Was sage ich? Was mach ich mit der Angst, an Respekt und Gewicht zu verlieren, wenn ich mich oute? Wie halte ich das Versteckspielen aus? Merken die anderen, dass ich schneller ermüde?

All diese Erfahrungen sind zusätzliche Belastungs- und Stressfaktoren für Körper und Seele. In der Endphase der Erkrankung werden die Betroffenen zudem mit Hospitalisierung und der Trennung von Angehörigen konfrontiert.

Was HIV/Aids von den meisten chronischen Krankheiten unterscheidet, ist, dass die Infektion sexuell übertragen werden kann. Heutige Studien zeigen, dass 75% der Ansteckungen über sexuelle Kontakte stattfanden. Im Gegensatz zu früher stammen heute die HIV-Betroffenen nicht einfach nur aus den sogenannten «Hochrisikogruppen» (Drogengebrauch und Homosexualität).

Sexualität ist auch in unserer Zeit und für unsere Gesellschaft noch ein Tabuthema, weil ihr unterschwellig immer noch etwas «anrühiges» anhaftet. Bei vielen Menschen, die sich nicht mit dem Virus auseinandergesetzt haben, existiert immer noch die Vorstellung, dass die Krankheit eine «verdiente» Strafe für «schmutziges Verhalten» ist. Aber auch viele HIV-Positive fühlen sich aus diesem Grund «schmutzig» oder «gefährlich» und befürchten, abgewiesen und ausgegrenzt zu werden. Betroffenen haben also nicht nur mit der äusseren, sondern auch mit der inneren Diskriminierung zu kämpfen. Weil sie schlussendlich ja die gleichen Wertvorstellungen haben wie die Gesellschaft, aus der stammen.

Die Frage, wem und wann die Erkrankung mitgeteilt werden soll, kann zur unüberwindlichen Hürden werden. Sich outen bedeutet, das Risiko auf sich zu nehmen, diskriminiert und ausgestossen zu werden. Darüber schweigen kann grosse innere und äussere Einsamkeit zur Folge haben. Oft neigen HIV-Positive zu sozialem Rückzug und Isolation.

Im Falle einer sexuellen Beziehung kommt die Bürde der Verantwortung hinzu, eine Übertragung des Virus auf den jeweiligen Partner, die jeweilige Partnerin zu verhindern. Dies kann die Spontaneität und Fantasie des Sexuallebens beeinträchtigen. Dazu kann zusätzlich noch die Angst kommen, mit all den Einschränkungen und Ängsten die Partnerin/den Partner zu frustrieren. Zudem haben die HIV-Medikamente als mögliche Nebenwirkung auch den Verlust der sexuellen Lust. Und nicht zuletzt ist die Lebensperspektive für Betroffene, einmal Kinder haben zu können, erschwert,

– auch wenn in diesem Bereich medizinische Fortschritte erzielt wurden (vgl. Kap. 4).

Ein anderer Aspekt von Partnerschaft ist die Betroffenheit von Angehörigen, der Bevölkerungsgruppe, die oft übersehen wird. Seit Mitte der 90er Jahre hat sich HIV zu einer chronischen Krankheit gewandelt. Heute steht der Umgang mit langdauernden und komplexen Behandlungs- und Betreuungsverläufen im Vordergrund. Das bedeutet auch für die Angehörigen – die inzwischen als «übersehene Bevölkerungsgruppe» bezeichnet werden – eine grosse und belastende Herausforderung.

Fest steht, dass im Zuge der Chronifizierung von HIV auch aus ihrer Sicht keineswegs von einem «back to normal» gesprochen werden kann. Im Gegenteil: ihre Situation ist von einem vielfältigen und lang dauernden Engagement geprägt. Die Zeit der akuten Krisen und Trauer um den Verlust meist junger Menschen ist der permanente Sorge um chronifizierte Symptome, unerwünschte Arzneimittelwirkungen und jahrelanger Begleitung im Alltag gewichen.

Unterstützung bei der Medikamenteneinnahme, Hilfe beim Entscheiden, begleiten, betreuen, pflegen, Administratives erledigen, emotionalen Schutz gegen Diskriminierung geben, Gefühle mittragen (Schmerz, Unsicherheit, Angst, Hoffnung...), sich auseinandersetzen mit der sich stetig wandelnden Diagnostik und Therapie, ein schrumpfender Freundeskreis, Angst dass HIV entdeckt wird: dies sind auch Themen der Angehörigen. Nicht nur die Betroffenen sondern auch ihre Angehörigen sind deswegen immer mit verschiedensten Einschränkungen und Auseinandersetzungen, die HIV mit sich bringt, konfrontiert. Mit der Zeit können bei den Angehörigen aufgrund der Dauerbelastung auch Gesundheitsbeschwerden entstehen: Körperliche und emotionale Erschöpfung, Schlafschwierigkeiten, finanzieller Druck, um nur einige zu nennen.

HIV und Aids bedeuten grundsätzlich vielfältige Ängste, Belastungen und Verluste in seelischer, körperlicher und sozialer Hinsicht. Das Wissen, HIV-positiv zu sein, verändert alles und verlangt früher oder später immer eine Standortbestimmung und Neuorientierung im Leben.

Im Verlauf der HIV-Infektion gibt es dabei einige **besonders kritische Phasen**, welche die Entstehung bzw. die Reaktivierung psychischer Störungen begünstigen:

- die Diagnose, HIV-positiv zu sein
- die Unsicherheit in Bezug auf die verbleibende Lebenszeit
- die Abnahme der Zahl der CD4-Zellen und der Anstieg der Viruskonzentration (Viral load) als Zeichen einer Resistenz-Entwicklung
- die Entscheidung zur Kombinationstherapie (mit der Angst vor den vielen Pillen und vor der notwendigen Einnahmedisziplin)
- die ersten Symptome der Erkrankung
- sichtbare äussere Anzeichen einer Erkrankung, die allerdings heute seltener geworden sind
- Die Tatsache, dass jemand chronisch krank ist, diverse Beschwerden und Einschränkungen hat und die Aussenwelt das nicht wirklich ver-

steht, weil die HIV äusserlich kaum mehr sichtbar ist oder die Betroffenen ihre Krankheit für sich behalten

- die soziale Zurückweisung und Einsamkeit
- der Verlust des beruflichen Umfeldes
- das fortgeschrittene Krankheitsstadium
- die Entscheidung zum Eintritt in ein Spital/Lighthouse
- der Austritt aus einem Spital/Lighthouse mit oft entsprechender Orientierungslosigkeit

Daneben können auch berufliche Probleme oder Beziehungskonflikte, die im Zusammenhang mit der HIV-Infektion stehen akute psychische Krisen auslösen.

Wie erfolgreich solche psychischen Belastungen angegangen und verarbeitet werden können, hängt von ganz **individuellen Faktoren** ab. Eine wichtige Rolle spielen dabei vor allem auch:

- die vorhandenen Ressourcen, d. h. die vorhandenen Bewältigungsstrategien («coping») und Selbstregulationsmöglichkeiten
- die psychische Widerstandskraft (Resilienz). Resilienz meint die Fähigkeit eines Menschen trotz belastenden Bedingungen das Leben gut zu bewältigen. Resiliente Menschen haben eine innere Fähigkeit, die immer wieder dafür sorgt, dass sie nicht aufgeben. Der Glaube ans Leben bzw. das Wissen, dass wir in ein grösseres Ganzes eingebettet sind, ist z. B. ein wesentlicher Resilienzfaktor. Andere Resilienzfaktoren sind Kreativität, Humor, Dankbarkeit, liebevolle Beziehungen, die Fähigkeit zu hoffen und dem Leben einen Sinn zu geben. Für den Umgang mit HIV Betroffenen ist wichtig zu wissen, dass sich Resilienz kultivieren lässt!
- der Grad des sozialen Eingebundenseins respektive der sozialen Isolierung im bestehenden persönlichen sozialen und beruflichen Netz
- die Fähigkeit zu «Flow». Flow ist eine besondere Form des Glückszustandes, in dem ein Mensch völlig im jetzigen Moment aufgeht und ganz davon erfüllt ist. Bei einem Flow-Erlebnis wird eines der wichtigsten Anti-Stress-Hormone, nämlich Oxytocin ausgeschüttet. Ob unser Leben verzauberte Momente enthält, hängt schlussendlich nicht so sehr davon ab, was uns alles widerfährt, sondern wie wir damit umgehen, was wir draus machen
- die Fähigkeit, die Auseinandersetzung mit einer chronischen Krankheit und zuzulassen und sich anderen darüber mitzuteilen
- die subjektive Verwundbarkeit («Vulnerabilität») der oder des Einzelnen, d. h. die Anfälligkeit für Angst und Depression, Feindseligkeiten und Ähnlichem

Neben psychischen Belastungen durch die HIV-Infektion können auch soziale, situative und ökonomische Probleme eine Rolle spielen (zum Beispiel für Drogenkonsumierende, Migranten/-innen, alleinerziehende Mütter und anderen).

8.2 | Wann wird eine Psychotherapie empfohlen?

Trotz individueller und gruppenspezifischer Problemlagen zeigt sich bei Menschen mit HIV und Aids oft ein ähnliches Muster im psychischen Erscheinungsbild: Fast allen Menschen mit HIV gemeinsam ist der Schock nach der Diagnose, begleitet von Angst, Depression und Rückzug. Viele sind in immer wiederkehrenden Gedanken verhaftet und neigen zur übergenauen Beobachtung des eigenen Körpers. Die Diagnosestellung und die dadurch hervorgerufene Angst rufen zudem eine Vielzahl von Begleitscheinungen hervor wie Schlaflosigkeit, Müdigkeit und Schwäche, Appetitlosigkeit, Durchfall, Kopfweh oder Nachtschweiss. Diese Erscheinungen haben im Frühstadium der Infektion (aber nach der akuten Infektion) in aller Regel keine klare krankheitsbedingte Ursache. Wie lange sie anhalten, ist wiederum – abhängig von Faktoren wie persönlichen Bewältigungsmechanismen, sozialem Eingebunden sein etc. – individuell verschieden.

Eine psychologische oder psychotherapeutische Behandlung, die hilft, die traumatische Diagnose zu akzeptieren und Wege eines positiven Umgangs mit der Krankheit aufzeigt, kann sinnvoll sein. Dabei sollen Ängste, Zweifel und andere Emotionen, die in Zusammenhang mit der HIV-Infektion und Aids entstehen, konstruktiv verarbeitet werden.

Eine Psychotherapie ist dann angebracht, wenn der persönliche Leidensdruck so gross ist, dass die eigene Bewältigungsfähigkeit und die Unterstützung im persönlichen Beziehungsnetz an Grenzen stossen und Resignation das Leben weitgehend bestimmen. Zudem ist es sehr hilfreich von einer Fachperson zu hören, dass die heftigen Gedanken und Gefühle eine normale Reaktion auf belastende Umstände ist.

Eine professionelle Unterstützung empfiehlt sich, wenn z. B. nachstehende Gedanken und Gefühle häufig und lang andauernd zum Ausdruck kommen:

- Ich fühle mich schlecht und wertlos.
- Das Leben hat für mich keinen Sinn mehr.
- Nichts macht mir mehr Freude.
- Ich habe Angst, von meiner Infektion/Krankheit zu sprechen.
- Kontakte zu meinen Mitmenschen finde ich nur noch belastend.
- Sex ist für mich vorbei.
- Ich muss gegen aussen Gesundheit und Vitalität zeigen, obwohl ich mich elend fühle.
- Ich kann mich auf nichts mehr konzentrieren, bin oft abwesend.
- Nichts gelingt mir.
- Ich fühle mich von meinem Partner, meiner Partnerin vollständig abhängig.
- Über Sterben und Tod kann ich nicht sprechen.
- Ich weiss nichts mehr mit mir anzufangen.
- Wie soll ich mit meinem Partner, meiner Partnerin, mit Eltern oder Freunden und Freundinnen über die Infektion reden?
- Der Schatten des Virus verfolgt mich immer und überall.
- Alle meine Bemühungen führen zu keiner Verbesserung der Befindlichkeit.
- Ich fühle mich gestresst und gelange nie zu innerer Ruhe.
- Ich fühle mich mit meiner Angst isoliert.

Diese Auflistung zeigt nur einige Indikationen auf, die eine Psychotherapie in Betracht ziehen lässt.

Wichtig ist: Professionelle Hilfe zu suchen, ist kein Ausdruck von Schwäche und Hilflosigkeit. Im Gegenteil: Wer Psychotherapie nutzt, zeigt den Wunsch nach Veränderung und drückt die Hoffnung aus, belastende Gedanken und Gefühle überwinden zu können bzw. einen konstruktiven Umgang mit ihnen zu finden.

Menschen in unserer Gesellschaft suchen psychotherapeutische Hilfe in aller Regel eher zu spät als zu früh auf.

8.3 | Psychotherapie als Wissenschaft

Psychotherapie ist eine «Seelenheilkunde», eine fachkundige Hilfe für Menschen mit seelischen oder seelisch verursachten Leiden. Sie ist jeweils ein einzigartiger Prozess der Begegnung und Zusammenarbeit von zwei Menschen mit einem Ziel: der Hilfe in seelischer Not. Von Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen wird neben ihren **diagnostischen Fähigkeiten** verlangt, dass sie eine dem Patienten oder Klienten angemessene und allgemein **anerkannte Behandlungsmethode** beherrschen und auch eine tragfähige **therapeutische Beziehung** aufbauen können.

Psychotherapie ist eine eigene Wissenschaft, und nicht mit Psychologie gleichzusetzen. Sie hat sich interdisziplinär aus der Praxis entwickelt. Sie schöpft aus dem Fundus der Medizin, Psychologie, Soziologie, Pädagogik sowie der Natur-, Kultur- und Geisteswissenschaften, deren Erkenntnisse sie in ihr eigenes Verständnis, ihre eigenen Konzepte und Theoriebildungen integriert. Psychotherapie als eine Wissenschaft vom Menschen hat ihren Blick immer auf alle Phänomene des menschlichen Lebens auszurichten, sowohl in seinen gesunden wie in seinen kranken Erscheinungsformen. In der heutigen Zeit spricht man immer öfter von der positiven Psychologie, d. h., die Behandlung ist nicht mehr so fest problemorientiert, sondern ressourcenorientiert. Es geht um die Aktivierung der Selbstheilungskräfte, d. h. um die Frage: Wie schaffen es Menschen, trotz Belastungen seelisch gesund zu bleiben oder wieder gesund zu werden?

Zur Qualitätssicherung in der Psychotherapie wurde in der Schweiz seit 1989 im Rahmen eines europaweit richtungsweisenden Prozesses und in mehrjährigen Diskussionen zwischen den wichtigsten Psychotherapieschulen/-Ausbildungsinstitutionen in der Schweiz einen Konsens über minimal zu vermittelnde Inhalte, Fähigkeiten und Fertigkeiten ausgehandelt.

Ausbildungsanbieter/-innen, welche sich an diesen Kriterien orientieren, erhalten die Anerkennung der **Schweizer CHARTA für Psychotherapie**.

8.4 | Die wichtigsten Therapierichtungen

Psychotherapie umfasst heute als Oberbegriff eine Vielzahl von psychotherapeutischen Methoden und Richtungen. Sie reichen von der Psychoanalyse über die Gestalttherapie, die integrative Therapie und die systemische Therapie bis zur Verhaltenstherapie. Es gibt unterschiedliche Formen, wie diese Methoden vermittelt werden. Am häufigsten wird das Zweiergespräch gewählt, aber auch Paar-, Familien- und Gruppentherapien werden angeboten.

Thematisch gehört zur psychotherapeutischen Praxis grundsätzlich alles, was Menschen bedrängt und beschäftigt, also inneres Leiden verursacht. Dies können Konflikte mit Aussenstehenden sein, jedoch auch Konflikte und Erfahrungen mit sich selbst. Grundsätzlich wird zwischen lange existierendem Leiden unterschieden und solchem, das sich als Reaktion auf eine schwierige Situation (z. B. schwierige Diagnose, Trauma etc.) bildet.

- Verschiedenste Gefühlszustände wie Ängste, Depressivität, tiefe Verzweiflung usw.
- starke Stimmungsschwankungen, hohe Reizbarkeit, sofortiges Gekränktheit, Empfinden von Leere, Langeweile
- Lebenskrisen verschiedenster Herkunft wie z. B. Scheidung, Trennung, Krankheit, Pensionierung, Arbeitslosigkeit, beruflicher Misserfolg
- Störungen, in welchen Menschen teilweise oder ganz die Beziehung zur Realität verlieren (psychotische Störungen)
- Suchtverhalten: Alkohol, Medikamente, Drogen, Spielsucht, verschiedenste Abhängigkeiten
- Probleme mit der Sexualität oder der sexuellen Identität
- Zwangshandlungen, Zwangsgedanken

Psychotherapie bedeutet in erster Linie innere Arbeit an sich selbst. Sie ist ein Lernprozess im Rahmen der **Beziehung** zwischen der Klientin/dem Klient und der Therapeutin/dem Therapeuten.

Die **verschiedenen psychotherapeutischen Methoden** unterscheiden sich vor allem darin, wie das therapeutische Gespräch und die therapeutische Zusammenarbeit gestaltet wird. Sowohl Aspekte des zwischenmenschlichen Ausdrucks als auch die Gesprächsthemen können – je nach Ansatz – unterschiedlich gewichtet werden.

So können in den Therapien **unterschiedliche Schwerpunkte** gelegt werden auf: Träume, spontane Einfälle, das Hier und Jetzt, die Kindheit, das Verhalten usw.

Qualifizierte TherapeutInnen klären ihre KlientInnen über die angewandte Methode und ihre Grenzen auf.

Die Vielfalt psychotherapeutischer Ansätze und Formen entspricht den individuellen Bedürfnissen und zuweilen auch den kulturellen Unterschieden der Patienten und Patientinnen. Ein uniformes Therapiekonzept hätte keine Chance, gute Psychotherapie mit grosser Reichweite und Breitenwirkung zu sein. Je nach Methode, in der in einer Psychotherapie die Botschaften zwischen PatientIn und TherapeutIn vermittelt werden, wird der Ort des Geschehens mal im **Körper**, mal im **Verhalten**, im **Gefühls-** oder im **verbalen Ausdruck** gesehen.

Die **Instrumente der Psychotherapie** sind zahlreich und umfassend: die Sprache, die Art und Weise der Verständigung, dann aber auch das Verständnis von Ausdrucksweisen, die nicht sprachlich vermittelt werden wie z. B. Mimik, Gestik, Verhalten, Klang der Stimme, Kleidung, Stimmungslage usw. Weiter sind Inszenierungen und Erinnerungen, Träume, Emotionen, Zeichnen und Malen, Rollenspiele, Imagination usw. von Bedeutung.

Die verschiedenen Therapieformen lassen sich in vier grosse Strömungen einteilen:

- Tiefenpsychologie
- humanistischer Ansatz
- Verhaltenstherapie
- systemischer Ansatz

Bei der **Psychoanalyse**, der Mutter der tiefenpsychologischen Methoden, liegt oder sitzt der Klient oder die Klientin und berichtet über alles, was ihm/ihr in den Sinn kommt. Dabei gilt die Abmachung, dass alles berichtet werden soll, egal, ob es unwichtig, sinnlos oder peinlich erscheint. Auch Träume sind wichtig. Dieses Material wird dann zusammen gedeutet. Die Therapeutin resp. der Therapeut als privater Mensch bleibt im Hintergrund. Eine Psychoanalyse kann unter Umständen mehrere Jahre dauern. Die **Kurzzeit-Psychotherapie** entstand aus der Psychoanalyse. Sie ist zeitlich mehr oder weniger begrenzt, dauert meist 10 bis 30 Sitzungen. Grundsätzlich wird in der Kurzzeit-Psychotherapie versucht, ein umrissenes, aktuelles Problem zu lösen.

Beispiel für den **humanistischen Ansatz** ist die klientenzentrierte **Gesprächspsychotherapie** nach Carl Rogers. «Klientenzentriert» heisst, dass die KlientInnen mit ihren Gefühlen, Erfahrungen und Wertvorstellungen im Zentrum stehen und ihre emotionale Entwicklung so gefördert wird, wie es ihnen entspricht. Die therapeutische Fachperson gestaltet eine Atmosphäre, in der sich der Klient/die Klientin wohl und sicher fühlt. Dies geschieht nach Rogers dann, wenn dem Klienten positive Wertschätzung sowie einführendes Verständnis (Empathie) entgegengebracht wird und der Kontakt menschlich echt ist. Sind diese Voraussetzungen erfüllt, besteht die Möglichkeit, dass der Klient oder die Klientin besser lernt, auf sich selber zu hören, und eigene Fähigkeiten zur persönlichen Problemlösung entwickelt.

Die **Verhaltenstherapie** vertritt die Ansicht, dass psychische Störungen primär Störungen des Verhaltens und des Handelns seien, dass Verhalten und Handlungen erlernt sind und deshalb auch wieder verlernt werden können. In einer Verhaltenstherapie versucht der Psychotherapeut oder die Psychotherapeutin, die Klientinnen und Klienten zu einem neuen Verhalten anzuleiten. Dazu erteilen sie klare Handlungsanweisungen. Es geht darum, aktuelle Probleme zu erkennen und zu bewältigen: Durch neue, angepasste Verhaltensweisen soll die Gegenwart besser verstanden und gemeistert werden.

Bei den **systemischen Ansätzen** wird das Umfeld (System) des Klienten, der Klientin in die Therapie einbezogen. Es geht darum, eingeschliffene Muster,

die beziehungsstörend sind, aufzudecken und zu verändern. Systemische Therapieformen werden häufig bei Familien- und Paarkonflikten angewandt, seltener in Einzeltherapien.

In den letzten Jahren sind **körperbezogene Therapieformen** populär geworden. Diese Interventionsformen lassen sich aber nicht als eigene Strömung kennzeichnen. Oft gehen sie aus den zuvor genannten Therapieformen hervor. So kommen z. B. in einer Verhaltenstherapie oft Entspannungsverfahren zum Einsatz, die den Körper mit einbeziehen (etwa Muskelentspannung). Hauptrichtungen sind hier etwa die Bioenergetik, die körperorientierte Psychotherapie oder die biodynamische Psychologie.

Eine andere Form von psychischer Verarbeitung sind **Selbsthilfegruppen**. Das sind kleine Gruppe (6–12 Personen) von Menschen, die sich mit dem gleichen oder einem ähnlichen Problem auseinandersetzen. In regelmäßigem Austausch bemühen sie sich, ihre (ähnlichen) Probleme, Konflikte, Schicksalsschläge etc. gemeinsam zu bewältigen und zu lösen. Selbsthilfegruppen können gegebenenfalls zur Bewältigung psychischer Probleme beitragen – sie können eine Therapie ergänzen oder weiterführen, selten aber ersetzen. Informationen zu Selbsthilfegruppen sind u. a. bei den regionalen Aids-Hilfen erhältlich (vgl. Adressen im Anhang).

Manchmal ist es auch sinnvoll, **Psychopharmaka** einzusetzen. Sie ersetzen die Auseinandersetzung mit und die Verarbeitung von psychischen Schwierigkeiten zwar nicht, sondern machen manchmal diese erst wirklich möglich (z. B. bei akuten depressiven Störungen, psychotischen Störungen, etc.). Im Vordergrund stehen Medikamente, die beruhigend (Sedativa) oder stimmungsaufhellend (Antidepressiva) wirken. Sedativa (z. B. Benzodiazepine) wirken rasch, können aber schon nach einigen Wochen Einnahme zur Abhängigkeit führen. Die Antidepressiva wirken erst nach etwa zwei Wochen, bewirken aber keine Abhängigkeit. Einige Psychopharmaka treten in starke Wechselwirkung mit Medikamenten, die in Kombinationstherapien gegen HIV eingesetzt werden. Psychopharmaka können nur von einer Ärztin oder einem Arzt verschrieben werden. Ihre Anwendung muss insbesondere wegen möglicher Wechselwirkungen in einem Gespräch sorgfältig abgeklärt werden.

Wechselwirkungen mit Medikamenten, die in Kombinationsbehandlungen gegen HIV eingesetzt werden sind möglich. Dies muss mit dem Arzt, der Ärztin abgeklärt werden.

Ist eine Therapierichtung bei Belastungen und Krisen infolge einer HIV-Infektion besonders sinnvoll?

Es gibt leider keine einfachen Regeln, die hier die «richtige Antwort» und eine endgültige Klarheit schaffen können. Grundsätzlich gilt: die Therapeutin als Mensch bzw. die Beziehung die sich zu ihr aufbaut sind oft wichtiger als die Methode. Wenn Sie auf der Suche nach einer Therapeutin sind, sollten Sie vor allem nach Ihrem Gefühl und eventuellen Empfehlungen gehen. Da in der Psychotherapie die Beziehung zwischen der Therapeutin und dem Klienten zentral ist, sollte die Chemie zwischen den beiden wirklich stimmen. Sonst ist es nicht möglich, das für den Erfolg nötige Vertrauen aufzubauen.

Die Wahl der Therapierichtung hängt von verschiedenen Faktoren ab. Es sollte unbedingt auf die eigenen individuellen Bedürfnisse und die Lebenssituation geachtet werden. Wichtig ist zudem, dass das Ziel, das mit der psychologischen Hilfe erreicht werden soll, klar festgelegt wird, damit die geeignete Therapieform gewählt werden kann. Oft ist es jedoch so, dass das Therapieziel erst im Laufe der ersten Gespräche deutlich wird.

Menschen mit HIV und Aids suchen meist Hilfe und Unterstützung in aktuellen Krisen. Bezogen auf die Therapiewahl, bedeutet dies, dass dann vor allem Behandlungen gewählt werden sollten, die es den Betroffenen ermöglichen, die aktuelle Krise zu bewältigen.

- Bereits vor dem HIV-Test sind psychologische Interventionen in Form von Beratungen hilfreich.
- Für die Verarbeitung des Diagnoseschocks bietet sich eine Beratung nach der Diagnose, das so genannte Post Counselling, an. Dabei geht es hauptsächlich darum, dringende Fragen medizinischer und psychosozialer Art zu besprechen.
- Nach der Mitteilung der Diagnose bis etwa 1– 1½ Jahre Unterstützung im Umgang mit den eigenen Ängsten und den seelischen Konsequenzen der Diagnose nötig.
- Im Verlaufe der Infektion können immer wieder Anpassungskrisen auftreten. Zur Bewältigung bieten sich Kriseninterventionen oder psychotherapeutische Kurzinterventionen an.

Zu Beginn einer Therapie steht also meist **Krisenintervention** ^① im Vordergrund, und es sollten vorerst – möglichst innert nützlicher Frist – bestimmte Fähigkeiten erlernt oder gestärkt werden, um

- mit Angst und Ungewissheit umzugehen;
- eigene Lebenssituationen in Anbetracht der Infektion neu zu bewerten und zu gestalten.
- ein konstruktives «inneres Milieu» durch Selbstanleitung zu schaffen;
- das Gesundheitsverhalten zu verbessern;
- das Sexualverhalten sicher zu gestalten;

Um diese Fähigkeiten zu stärken und eine Standortbestimmung zu veranlassen, sollte die Therapiemethode ein möglichst breites Spektrum an Interventionsmöglichkeiten bieten und allenfalls auch Elemente wie Entspannung, Umgang mit dem inneren Dialog, Veränderung der Lebensgewohnheiten, des Gesundheits- und des Sexualverhaltens sowie Lebensplanung ermöglichen.

In einem ersten Schritt wird in einer **Krisenintervention** der Auslöser gesucht und verständlich gemacht. In einem zweiten Schritt erarbeitet die betroffene Person zusammen mit der Therapeutin ein vertieftes Verständnis der Krise. Im Weiteren werden angestaute oder unterdrückte Gefühle bearbeitet. Gewohnte Verhaltens- und Bewältigungsmuster werden daraufhin hinterfragt, ob sie für die betreffende Person tatsächlich hilfreich sind. Am Schluss steht die Bilanz der Therapie. Das gewonnene Verständnis soll helfen, weiteren Krisen vorzubeugen bzw. mit schwierigen Situationen einen besseren Umgang zu finden.

① Kurzzeit-Psychotherapien wie auch Kriseninterventionen bietet unter anderen «Perspektiven Plus» an, eine Organisation im HIV/Aids-Bereich. Hier besteht Gewähr, dass die entsprechenden TherapeutInnen mit den spezifischen Problemen in Zusammenhang mit HIV und Aids vertraut sind. Nähere Auskunft erteilen die kantonalen Aids-Hilfen.

Ausser diesen Angeboten sind auch andere Formen von psychotherapeutischer Hilfe für Menschen mit HIV und Aids je nach Situation empfehlenswert:

Verhaltenstherapie – Wenn sich die Symptomatik in einer ausgeprägten Angst oder in stark depressiven Zügen äussert, so sind verhaltenstherapeutische Interventionen angezeigt.

Humanistische Interventionsformen – sind die Ängste und Depressionen mit einer Sinnkrise verbunden, so sind gesprächspsychotherapeutische Formen günstig.

Psychoanalytisch orientierte Kriseninterventionen – auch sie sind hilfreich zur Bewältigung akuter Krisen und Probleme.

Systemisch orientierte Therapien eignen sich vorzugsweise dann, wenn sich das ganze Familiensystem mit der HIV-Diagnose eines Familienmitglieds auseinander setzen will.

Spirituelle Orientierung – es gibt immer mehr Therapeutinnen, die auch die spirituelle Dimension unseres Menschseins in die Arbeit miteinbeziehen. Da Krisen oft auch grundsätzliche Sinnfragen auslösen, ist es wichtig, dass die psychotherapeutische Arbeit in einen grösseren Rahmen gestellt wird. Gerade in der heutigen Zeit suchen viele Klienten/-innen bewusst auch diesen Aspekt, vor allem weil wir in einr Zeit der zunehmenden Entfremdung leben, in der es zu wenig «Seelennahrung» gibt.

8.5 | Eine geeignete Therapie finden

Die wichtigste Erfolgsvoraussetzung für eine Psychotherapie ist, dass die «Chemie» zwischen Patientin bzw. Patient und Therapeutin bzw. Therapeut stimmt damit eine tragfähige, emotionale Beziehung entstehen kann. Wichtig ist auch die Wahl des zur Problemstellung passenden therapeutischen Ansatzes.

Erfahrungsgemäss dauert es leider oft sehr lange bis jemand wegen psychischer Probleme eine Fachperson aufsucht. Zudem ist es nicht immer einfach, eine geeignete Therapeutin zu finden, da heute eine grosse Fülle an Angeboten besteht. Dieses Kapitel will Ihnen Entscheidungshilfen bei der Suche geben.

Seriöse und unseriöse Angebote

Heute ist die psychotherapeutische Tätigkeit in den meisten Kantonen durch kantonale Gesundheitsgesetze (Praxisbewilligung für psychotherapeutische Tätigkeit) mit klaren Kriterien geregelt. Bezüglich der Krankenkasse ist heute klar, aufgrund welcher Kriterien die Grundversicherung und die Zusatzversicherungen eine Psychotherapie bei bestimmten Psychotherapeutinnen zahlen (siehe Kapitel 8.6). Doch nach wie vor gibt es im Bereich der Psychologie seriöse und unseriöse Angebote, zumal der Titel «Psychologin» in der Schweiz immer noch kein rechtlich geschützter Titel ist. Jeder und jede darf sich so nennen, ganz im Gegensatz zum geschützten Titel der Psychotherapeutin.

Als Kriterien für die Seriosität eines Angebotes gilt primär die Ausbildung und die fachliche Anerkennung.

- Psychotherapeut(in) FSP (FSP = Föderation der Schweizer Psychologinnen und Psychologen, ein Zusammenschluss akademischer Psychologen und Psychologinnen).
- Psychotherapeut(in) SPV (SPV = Schweizerischer Psychotherapeuten-Verband)
- (Dr. med.) Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH: Bei den Psychiaterinnen besteht Gewähr für eine fachgerechte Ausbildung in Psychiatrie und Psychopharmakologie. Alle Psychiaterinnen, die den Facharztstitel nach dem 1. Januar 1998 erworben haben, verfügen über eine der anerkannten Psychotherapieausbildungen mit Abschluss. Von den Psychiaterinnen mit einem Facharztstitel älteren Datums haben bei weitem nicht alle diese Ausbildung freiwillig absolviert.
- lic.phil. I, Dr. phil.: Diese akademischen Titel allein bieten allerdings noch keine Sicherheit, da sie nicht zwingend im Fachbereich Psychologie erworben werden mussten. Fragen Sie also zusätzlich nach der Fachrichtung.

Es gibt auch qualifizierte Therapeutinnen und Therapeuten, die einen etwas anderen Ausbildungsweg eingeschlagen haben, als die grossen Fachverbände FSP, SPV und FMH vorschreiben. Wenn jemand nicht über einen dieser Titel verfügt, heisst das nicht gleich, dass sie oder er unseriös ist. Eine grössere Vorsicht ist aber sicher angebracht. Insbesondere lohnt es sich, nach der Ausbildung zu fragen. Im Zweifelsfalle hilft hier die Frage, ob jemand die CHARTA-Anerkennung erfüllt, und auf der Liste der Santé Suisse (Empfehlungsliste zur Zusatzversicherung) aufgeführt ist.

Weitere Kennzeichen seriöser Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten

Ethische Regelungen/Auftreten/Verhalten

- In der Ausübung ihres Berufes ist von allen Psychotherapeuten/-innen ein verantwortungsvoller Umgang mit der eigenen Person, mit der psychotherapeutischen Aufgabe und den Menschen gefordert, mit denen sie in der Psychotherapie in eine besondere Beziehung eintreten.
- Anliegen und Ziel jeder Psychotherapie ist das Wohl der Patienten/-innen im Sinne der Erhaltung und des Schutzes der grundlegenden Menschenrechte.
- Psychotherapeuten/-innen verpflichten sich, ihre fachliche Qualifikation so einzusetzen, dass sie dem Wohlbefinden und Interesse der PatientInnen nützen. Sie respektieren deren persönliche Integrität und meiden jeden Kompetenzmissbrauch und jede Form von Abhängigkeit der Patienten/-innen.
- Psychotherapeuten/-innen verpflichten sich, ausschliesslich jene psychotherapeutischen Leistungen anzubieten, für die sie eine entsprechende Qualifikation und Kompetenz erworben haben, und über deren theoretische und praktische Weiterentwicklung sie sich durch Fortbildung auf dem Laufenden halten.
- Psychotherapeuten/-innen verpflichten sich zur Zusammenarbeit mit PsychotherapeutInnen anderer Fachrichtungen, Ärzten und Ärztinnen, Institutionen des Gesundheitswesens, SozialarbeiterInnen, um PatientInnen optimale Hilfestellungen anzubieten.
- Auskündigungen (Inserate, Praxisschilder, Diplome und Berufsbezeichnungen) über die psychotherapeutische Tätigkeit sollten nicht zu Täuschungen Anlass geben.
- Räumlichkeiten sind in einer Praxisgemeinschaft mit anderen Psychotherapeuten/-innen und/oder Ärztinnen und Ärzten oder in einer klar beschrifteten und mit den Fachtiteln versehenen Einzelpraxis.
- Es besteht die Möglichkeit, die Leistungen über die Krankenkasse abzurechnen. Dies wird delegierte Psychotherapie genannt. (Delegierte Psychotherapie: Ein Arzt oder eine Ärztin «verschreiben» ihren Patienten/-innen die Psychotherapie und überweisen sie an eine Psychotherapeutin oder einen Psychotherapeuten in den gleichen Praxisräumen.) Psychotherapien müssen in jedem Fall von den Kassen bezahlt werden (vgl. Kap. 8.6). Inzwischen bestehen engere Vorschriften, an wen eine Ärztin oder ein Arzt delegieren darf. Trotzdem lohnt es sich, sich nach dem Ausbildungshintergrund der delegierten Therapeuten/-innen zu erkundigen.
- Die Therapeutin/der Therapeut macht klare Angaben über Sitzungsdauer, Frequenz und Kosten der Behandlung.
- Die Therapeutin/der Therapeut orientiert über Schweigepflicht und die Standesregeln des FSP/SPV.
- Die Therapeutin/der Therapeut informiert auf Nachfrage über ihren/seinen Ausbildungshintergrund.
- Die Psychotherapie kann seitens der Klienten/-innen ohne irgendwelche Bedingungen abgesetzt werden, d.h. Patienten/-innen entscheiden, ob und für wie lange sie eine Psychotherapie eingehen wollen.

Zu beachten

Es ist das Recht der Patienten zu erfahren, welche Ausbildung die Psychotherapeutin oder der Psychotherapeut nach ihren medizinischen oder humanwissenschaftlichen Studium gemacht haben. Fragen Sie im Abklärungsgespräch danach, also bevor mit der eigentlichen Therapie begonnen wird.

Weitere Entscheidungshilfen bei der Suche nach der geeigneten Therapie

Vertrautheit der Therapeutin/des Therapeuten mit wichtigen Aspekten des Themas

- **HIV/Aids** Bei einem ersten Kontakt mit der Therapeutin oder dem Therapeuten sollte geklärt werden, wie vertraut sie oder er mit der spezifischen Thematik ist. Es empfiehlt sich, bereits in der ersten Sitzung zu sagen, dass eine Infektion mit HIV besteht bzw. man von Aids betroffen ist, und dabei auf die Reaktion der Therapeutin, des Therapeuten zu achten. Für das Gelingen einer Therapie ist es wichtig, dass Therapeuten/-innen mit Themen wie Krankheit, Angst vor Sterben und Tod vertraut sind. Auch die direkte Frage, ob bereits Erfahrung mit HIV-Klienten oder -Klientinnen vorhanden ist, kann zur Klärung beitragen.
- **Drogen:** Wer zum Zeitpunkt der Therapiesuche harte Drogen konsumiert oder erst seit kurzer Zeit damit aufgehört hat, sollte dies offen legen und den Therapeuten oder die Therapeutin darauf ansprechen, ob er oder sie über entsprechende Erfahrungen aus der Praxis verfügt. Unter diesen Umständen ist dies meist eine Voraussetzung für eine erfolgreiche Therapie.
- **Homosexualität:** Für Schwule und Lesben ist es wichtig, die Haltung der Therapeutin, des Therapeuten zur Homosexualität zu kennen. Auch hier empfiehlt es sich, die entsprechenden Fragen bereits in der ersten Sitzung zu klären. Die Fachperson soll die Frage beantworten, ob sie Homosexualität als etwas Selbstverständliches akzeptiert und als gleichwertig mit anderen Lebensformen einstuft.

Beziehungsaspekte

Neben der fachlichen Ausbildung, der psychologischen Ausrichtung der Therapeuten/-innen und der Vertrautheit mit dem Thema spielen letztlich Beziehungsaspekte eine entscheidende Rolle für einen hilfreichen therapeutischen Prozess. Folgende Fragen können nach einem *Erstkontakt* eine **Orientierungshilfe** bieten:

- Fühle ich mich in der Gegenwart dieses Menschen wohl?
- Welches war mein unmittelbarer Ersteindruck bei der Begegnung?
- Was für Veränderungen von Gefühlen habe ich während der Sitzung erlebt? Zum Beispiel von misstrauisch und ängstlich zu vertrauensvoll und zuversichtlich? Ist das Misstrauen geblieben oder hat es sich gar vertieft?
- Hat sich meine Stimmung in der Stunde verbessert?
- Fühlte ich mich ernst genommen und als Person akzeptiert?
- Bin ich mir selber etwas näher gekommen?
- Freue ich mich auf eine nächste Sitzung?
- Kann ich mir vorstellen, der Therapeutin, dem Therapeuten auch Intimeres von mir zu zeigen?
- Hat sie oder er Verständnis gezeigt für meine Fehler und Schwächen?

Bei der Suche nach einer Therapeutin oder einem Therapeuten mit Erfahrung im Problembereich HIV/Aids kann man sich auch an die jeweilige kantonale Aids-Hilfe wenden. Diese verfügt über eine Auswahl an Adressen.

Fallen die Antworten mehrheitlich negativ aus, so ist aus persönlichen Gründen davon abzuraten, bei dieser Fachperson eine Psychotherapie zu beginnen. Die Erfahrung zeigt immer wieder, dass der Ersteindruck im Verlaufe der Sitzungen bestätigt wird und sich dieser Beziehungsaspekt auch auf längere Sicht für den Klienten, die Klientin nicht hilfreich und positiv entwickelt.

Sind Sie nur bei wenigen Fragen unsicher, könnte mangelnde Vertrautheit der Grund sein. Eventuell bringen eine oder zwei weitere Sitzungen die nötige Klärung.

Geschlecht und sexuelle Orientierung der Therapeutin/des Therapeuten

Auf der Suche nach psychotherapeutischer Unterstützung tauchen bei Klienten und Klientinnen immer wieder die Fragen auf, welches Geschlecht und welche sexuelle Orientierung die Wunschtherapeutin bzw. der Wunschtherapeut haben sollte. Weiss man genau, welches Geschlecht man bevorzugt, muss man unter Umständen ziemlich lange suchen. Das lohnt sich auch. Letztlich sind aber auch die weiter oben genannten Orientierungshilfen von grosser Bedeutung.

So wie es Kennzeichen für seriöse Angebote gibt, so gibt es auch Anzeichen, bei denen Skepsis angebracht ist.

Mögliche unseriöse Anzeichen:

- Praxisraum in der Privatwohnung und kaum davon abgegrenzt
- keine Praxisschilder
- keine anerkannten Fachtitel

Wenn Sie im Gespräch mit dem Therapeuten, der Therapeutin Folgendes wahrnehmen, **ist höchste Vorsicht geboten:**

Der Therapeut, die Therapeutin

- verspricht, alle Probleme schnell zu lösen;
- behauptet, psychische Energie bzw. die Psychotherapie bringe das Virus zum Verschwinden oder könne den Ausbruch von Aids verhindern;
- behauptet, Psychotherapie könne eine Kombinationstherapie gegen HIV ersetzen;
- drängt auf Behandlung;
- setzt andere Fachpersonen wie Hausarzt, Spitalärztin oder die gegenwärtige Psychotherapeutie herab;
- macht Eltern, Geschwister, Freunde, Freundinnen und/oder den Partner, die Partnerin des Klienten schlecht;
- verlangt auf irgendeine Art Gehorsam;
- kündigt im Erstgespräch oder schon bald darauf an, dass er in seiner Therapie auch «direkt am Körper (ob nun nackt oder bekleidet) arbeitet», insistiert auch nach Ihren allfälligen Zweifeln und macht Ihnen in Ihrem Empfinden «Druck»;
- schürt Ängste, falls auf das psychotherapeutische Angebot verzichtet werde.

Auch wenn Sie die «ideale» Therapeutin oder den «idealen» Therapeuten gefunden haben: Psychische Probleme lassen sich in aller Regel nicht mit ein paar Sitzungen aus dem Weg räumen. Es kann durchaus sein, dass zu Beginn einer Therapie die belastenden Gefühle sogar noch zunehmen, wenn Sie Ihre Ängste und Sorgen angehen. Längerfristig ist es aber zweifellos hilfreicher, sich den Problemen zu stellen.

8.6 | Kosten und Krankenkassenbeiträge

Das Krankenversicherungsgesetz macht in der Grundversicherung immer noch eine Unterscheidung zwischen ärztlicher und nicht-ärztlicher Psychotherapie.

Die **Grundversicherung** deckt in den ersten drei Jahren die Kosten für zwei einstündige Therapiesitzungen pro Woche, sofern sie durch eine in der Arztpraxis angestellte Fachperson (delegierte Psychotherapie) oder durch ärztliche Psychotherapeuten/-innen oder Psychiater/-innen durchgeführt wird.

Anders sieht es aus mit Kassenbeiträgen an nicht – ärztliche Psychotherapien. Arbeitet die Psychotherapeutin oder der Psychotherapeut in derselben Praxis wie eine Ärztin bzw. ein Arzt, kann delegierte Psychotherapie (siehe weiter vorne) durchgeführt werden, die ebenfalls als Pflichtleistung in der Grundversicherung gilt. Bei den anderen Psychotherapeuten/-innen, auch wenn sie noch so qualifiziert sind, gibt es dagegen lediglich freiwillige Leistungsbeiträge aus den Zusatzversicherungen. Diese sind von Kasse zu Kasse sehr unterschiedlich geregelt, und der Versicherungsgrad der Klienten/-innen spielt ebenfalls eine Rolle. Alle Kassen decken dabei nur einen Teil der Kosten.

Betroffene, die sich mit dem Gedanken tragen, eine psychotherapeutische Begleitung in Anspruch zu nehmen, sollten sich deshalb unbedingt vorgängig bei der zukünftigen psychotherapeutischen Fachperson bzw. der Krankenkasse über die genauen Bedingungen informieren. Eine Auflistung der Leistungen im Bereich Zusatzversicherungen von verschiedenen Krankenkassen kann auch beim Schweizer Psychotherapeuten-Verband (SPV) bezogen werden (vgl. Adresse im Anhang). Zudem sollte die Kostenfrage mit der Therapeutin bzw. dem Therapeuten in der ersten Stunde sorgfältig abgeklärt werden.

Die komplette Liste der Kassenbeiträge, jeweils mit Update, kann unter:
www.psychotherapie.ch
«PatientInnen-Infos/Kassenleistung»
eingesehen werden.