

**GESUNDHEITLICHE
LANGZEITFOLGEN
VON SED-UNRECHT**

Bernhard Strauß

Psychotherapie und Gruppenpsychotherapie

Gefördert durch:



Der Beauftragte der Bundesregierung
für Ostdeutschland

Impressum

Das Verbundprojekt "Gesundheitliche Langzeitfolgen von SED-Unrecht" ist eine Kooperation der Universitätskliniken Jena, Leipzig, Magdeburg und Rostock. Es wurde für vier Jahre vom Beauftragten der Bundesregierung für Ostdeutschland (Förderzeichen: 411-AS 05/2021 und 411-AS 06/2024) gefördert. www.sed-gesundheitsfolgen.de

Titelbild: Wikimedia, Lupus in Saxonia (Street_Photographer)

Zitationshinweis

Strauß, B. (2025). Psychotherapie und Gruppenpsychotherapie. Modulbroschüre zur Weiterbildung. Jena, Leipzig, Magdeburg und Rostock: Verbundprojekt "Gesundheitliche Langzeitfolgen von SED-Unrecht". Universitätsklinikum Jena, Institut für Psychosoziale Medizin, Psychotherapie und Psychoonkologie.

Zum Autor

Prof. Dr. Bernhard Strauß, Dipl. Psych., Psychologischer Psychotherapeut (AP, TfP), Direktor des Instituts für Psychosoziale Medizin, Psychotherapie und Psychoonkologie am Universitätsklinikum Jena. 2021-2025 Projektleiter im Verbundprojekt „Gesundheitliche Langzeitfolgen von SED-Unrecht“, ab 2022 Sprecher des Verbundes.

Psychotherapie und Gruppenpsychotherapie

Inhaltsverzeichnis

Psychotherapie im Gesundheitswesen	1
Psychotherapeutische Versorgungslage	4
Psychotherapeutische Angebote und Möglichkeiten für SED-Opfer	7

Psychotherapie im Gesundheitswesen

Das deutsche Gesundheitswesen ist im Hinblick auf die psychosoziale Versorgung im internationalen Vergleich sehr gut ausgestattet, insbesondere was Angebote psychotherapeutischer Behandlungen anbelangt. Für Personen, die sich psychisch belastet fühlen, ist es allerdings oft nicht einfach, „seriöse“ Psychotherapie zu erkennen und sich in den verschiedenen Angeboten zurechtzufinden.

Eine akzeptierte Definition von Psychotherapie besagt, dass diese ein „bewusster und geplanter interaktioneller Prozess“ ist, der Verhaltensstörungen und Leidenszustände beeinflussen soll, die tatsächlich auch behandlungsbedürftig sind. Die Behandlung erfolgt in der Regel durch Kommunikation, also mit psychologischen Mitteln und richtet sich auf ein definiertes gemeinsam erarbeitetes Ziel. Psychotherapie ist dann „seriös“, wenn sie auf einer akzeptierten und umfassenden Theorie des normalen und pathologischen Verhaltens basiert und sich lehrbarer Techniken bedient (vgl. Strotzka, 1978).

In der ambulanten Versorgung wird Psychotherapie in Deutschland durch die sogenannten Psychotherapierichtlinien geregelt, die aktuell vier psychotherapeutische Verfahren unterscheiden, nämlich die psychoanalytisch begründeten Verfahren analytische Psychotherapie und tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, die Verhaltenstherapie (heute international längst „kognitive Verhaltenstherapie“ genannt) sowie die systemische Therapie. Dazu ist in den Psychotherapierichtlinien auch eine psychotherapeutische (bzw. psychosomatische) Grundversorgung geregelt (Linden, 2021).

Nach den Definitionen, die seitens der Kassenärztlichen Bundesvereinigung für Patient:innen entwickelt wurde, lassen sich die wissenschaftlich und sozialrechtlich anerkannten Psychotherapieverfahren wie folgt kurz beschreiben:

In Deutschland gibt es die spezielle Situation, dass nach dem sogenannten Heilpraktikergesetz aus den 1930er Jahren Personen auch dann Psychotherapie anbieten können, wenn sie keine adäquate Ausbildung durchlaufen haben. Umso wichtiger ist der Hinweis, dass der Begriff Psychotherapie nicht gesetzlich geschützt ist, wohl aber die Bezeichnung Psychotherapeut/ Psychotherapeutin. Diese Berufsbezeichnung dürfen nur Personen führen, die eine Ausbildung nach dem Psychotherapeutengesetz durchlaufen haben (aktuell sind damit Psychologische Psychotherapeut:innen bzw. Kinder- u. Jugendlichenpsychotherapeut:innen gemeint) sowie Ärzt:innen mit der fachspezifischen Zusatzbezeichnung Psychotherapie sowie Fachärzt:innen für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie bzw. für (Kinder- und Jugend-) Psychiatrie und Psychotherapie.

Die Analytische Psychotherapie

Die Analytische Psychotherapie nimmt an, dass Krankheitssymptome durch konflikt-hafte unbewusste Verarbeitung von frühen oder später im Leben erworbenen Lebens- und Beziehungserfahrungen verursacht und aufrechterhalten werden. In der therapeutischen Beziehung zwischen Patientin oder Patient und Therapeutin oder Therapeut spielt das Erkennen und Bewusstmachen von verdrängten Gefühlen, Erinnerungen und Beziehungsmustern, die gegenwärtig Krankheitssymptome verursachen, eine zentrale Rolle. Dadurch kann in der Gegenwart zunächst unverständlich erscheinendes Fühlen und Handeln in der therapeutischen Beziehungsarbeit verstanden und verändert werden

Die Systemische Therapie

Die Systemische Therapie versteht psychische Störungen unter besonderer Berücksichtigung von Beziehungen. Neben der Sicht auf Belastendes stehen die Nutzung eigener Kompetenzen und Fähigkeiten der Patientin oder des Patienten bzw. ihres oder seines Umfeldes im Mittelpunkt. Die Therapie orientiert sich an den Aufträgen und Anliegen der Patientinnen und Patienten. Ziel ist es, symptomfördernde Verhaltensweisen, Interaktionsmuster und Bewertungen umwandeln zu helfen und neue, gesundheitsfördernde Lösungsansätze zu entwickeln. In die Therapie können Lebenspartnerinnen und Lebenspartner oder andere wichtige Bezugspersonen einbezogen werden. Die Systemische Therapie im Mehrpersonensetting, die dann beispielsweise gemeinsam mit der Kernfamilie oder der erweiterten Familie stattfindet, nutzt die Angehörigen als Ressource für die Behandlung und die Veränderung von bedeutsamen Beziehungen und Interaktionen.

Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie

Die Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie sieht Krankheitssymptome als Folge von aktuellen Konflikten in Beziehungen oder von nicht bewältigten Beziehungserfahrungen und Konflikten aus früheren Lebensphasen. Diese Konflikte und Erfahrungen können das spätere Leben bestimmen und psychische Erkrankungen zur Folge haben. Ziel der Behandlung ist es, die zugrundeliegenden unbewussten Motive und Konflikte der aktuellen Symptome zu erkennen und sich mit diesen auseinanderzusetzen. Patientin oder Patient werden in der Psychotherapie dabei unterstützt, durch Einsichten in die Zusammenhänge und Ursachen der aktuellen Symptome Veränderungen im Erleben oder Verhalten zu erreichen.

Verhaltenstherapie

Die Verhaltenstherapie geht davon aus, dass psychische Beschwerden das Ergebnis von bewussten und unbewussten Lernprozessen sind. Zu Beginn der Behandlung wird gemeinsam mit der Patientin oder dem Patienten erarbeitet, welche Bedingungen

ihrer oder seiner Lebensgeschichte und der aktuellen Lebenssituation zur Entstehung und Aufrechterhaltung der psychischen Symptomatik beigetragen haben und weiter wirksam sind. Auf dieser Grundlage werden gemeinsam die Therapieziele und der Behandlungsplan festgelegt. In der Verhaltenstherapie wird die Patientin oder der Patient zur aktiven Veränderung ihres oder seines Handelns, Denkens und Fühlens motiviert und angeleitet. Dabei werden die bereits vorhandenen Stärken und Fähigkeiten herausgearbeitet und für den Veränderungsprozess nutzbar gemacht.

Quelle: KBV, Formblatt PTV 10 - Übersicht über die Psychotherapie-Verfahren | DPTV

Einschub 1: Diskussion über die vorhandenen Kenntnisse der genannten Psychotherapieverfahren (Vorerfahrungen, Vorurteile etc.)

Die Psychotherapieforschung der letzten Jahrzehnte hat gezeigt, dass Psychotherapie das wirksamste Verfahren ist, um psychische Störungen zu behandeln. Die Wirksamkeit ist für die genannten Verfahren und für das gesamte Spektrum an psychischen Störungen gut belegt, wenngleich sicher zu bedenken ist, dass Merkmale der Hilfesuchenden (z.B. Behandlungserwartungen, Veränderungsbereitschaft, Persönlichkeitsmerkmale) und ihres Umfeldes mit berücksichtigt werden sollten bei der Frage, welches Psychotherapieverfahren möglicherweise am besten für ein Individuum geeignet ist.

Wirkfaktoren von Psychotherapie

Jedes Psychotherapieverfahren basiert auf einer umfassenden Theorie, in der auch die Wirkfaktoren der jeweiligen Behandlung sehr detailliert ausgearbeitet sind. Umso wichtiger ist es zu wissen, dass man durchaus auch von zentralen Wirkfaktoren der Psychotherapie ausgehen kann, die in allen Verfahren eine Rolle spielen. Diese wurden bspw. von dem klinischen Psychologen Klaus Grawe in den 1990er Jahren zusammengefasst, der zunächst davon ausgeht, dass eine tragfähige und belastbare therapeutische Beziehung einen ganz zentralen Wirkfaktor ausmacht. Darüber hinaus zielt Psychotherapie darauf ab, „Ressourcen zu aktivieren“, d.h. an den positiven Möglichkeiten des Individuums - auch in seinem Beziehungsverhalten - anzuknüpfen. Dazu gilt es, Probleme zu aktualisieren, d.h. Veränderungen von Gedanken, Emotionen und Verhalten durch reales Erleben von Bedeutungsveränderungen nach dem „Prinzip der realen Erfahrung“ zu ermöglichen. Als weiterer Wirkfaktor wurde die „aktive Hilfe zur Problembewältigung“ genannt, also eine konkrete und praktische Unterstützung von Hilfesuchenden, ihre Probleme besser zu bewältigen. Schließlich spielt die „motivationale Klärung“ eine Rolle, d.h. die Untersuchung der Bedeutung von Erleben und Verhalten im Hinblick auf bewusste und auch unbewusste Ziele und Werte und die Förderung von Einsicht bzw. die Entwicklung eines Erklärungskonzeptes für einen Zustand, unter dem Patientinnen und Patienten üblicherweise leiden (Grawe, 1996).

Psychotherapeutische Versorgungslage

Es gibt immer wieder Studien bspw. von Krankenkassen, die zeigen, dass in etwa ein Drittel der deutschen Bevölkerung im Laufe eines Jahres mindestens eine Diagnose einer psychischen Störung aufweist (z.B. Jacobi et al., 2014). Psychische Störungen sind also weit verbreitet, wobei Angststörungen und Depressionen ebenso wie Suchterkrankungen besonders häufig vorkommen. Somit verwundert es nicht, dass psychische Erkrankungen auch die Hauptursache für psychisch bedingte Fehlzeiten und mittlerweile auch für EU-Berentungen darstellen (z.B. TK, 2024). Hausärzte und andere Fachärzte sind oft die ersten Ansprechpartner für Personen mit psychischen und psychosomatischen Störungen. Man schätzt, dass ungefähr die Hälfte aller Patient:innen ausschließlich durch den Hausarzt oder Allgemeinmediziner behandelt werden, wobei die eingangs erwähnte psychosomatische Grundversorgung hier den Rahmen der Behandlung darstellen kann. Alle Fachärzte können durch Teilnahme an spezifischen Kursen eine Qualifikation in der psychosomatischen Grundversorgung erwerben. Es wird geschätzt, dass ca. 70.000 Ärzte und Ärztinnen in Deutschland diese Qualifikation besitzen. Trotz dieser Zahl ist davon auszugehen, dass Menschen mit psychischen und psychosomatischen Problemen in der Arztpraxis nicht optimal versorgt werden, weswegen eine spezialisierte Versorgung durch die o.g. Gruppen von Psychotherapeut:innen umso wichtiger ist.

Psychotherapeut:innen in eigener Praxis gibt es in Deutschland mittlerweile sehr viele. So geht man davon aus, dass etwa 4.800 niedergelassene Fachärzt:innen für Psychiatrie und Psychotherapie in unserem System tätig sind. An zahlreichen psychiatrischen Kliniken gibt es außerdem so genannte psychiatrische, mittlerweile auch psychosomatische Institutsambulanzen (vgl. Kruse, 2024).

Psychologische Psychotherapeut:innen bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut:innen (in Zukunft Fachpsychotherapeut:innen) gibt es in Deutschland nach Schätzungen der kassenärztlichen Bundesvereinigung mittlerweile ca. 29.000, die – ebenfalls geschätzt – jährlich die Behandlung von etwa 1.000.000 Patientinnen und Patienten nach den Regularien der Psychotherapierichtlinie übernehmen (KBV, 2024).

Für die Versorgung wichtig sind psychosomatisch-psychotherapeutische Behandlungen in entsprechenden Fachkliniken oder Fachabteilungen, die entweder stationär oder tagesklinisch erfolgen können. Schließlich spielt in Deutschland die psychosomatische Rehabilitation eine große Rolle. Es gibt geschätzt bundesweit 17.800 Betten in 179 psychosomatischen Rehabilitationskliniken (im Jahr 2017, vgl. Kruse, 2024). Die psychosomatische Rehabilitation kann mittlerweile auch gezielt ambulant im Rahmen der so genannten „PSYRENA“ erfolgen, die es ermöglicht, an 25 Sitzungen Gruppenpsychotherapie in Wohnortnähe in Folge einer stationären Rehabilitation teilzunehmen.

Abgrenzung zur Beratung

Insbesondere in größeren Städten gibt es eine Reihe von Beratungsrichtungen in unterschiedlicher Trägerschaft (siehe den Beratungskompass auf der Webseite des Verbundprojekts), die Menschen mit Problemen im Kontext von SED-Unrechtserfahrungen als Anlaufstelle dienen können. Einige dieser Beratungsstellen (z.B. die Beratungsstelle „Gegenwind“ in Berlin) haben sich sogar auf diese Menschen spezialisiert (vgl. Knorr, 2022).

Grundsätzlich ist eine psychosoziale/psychologische Beratung im Sinne unseres Gesundheitswesens keine Heilbehandlung (wie die Psychotherapie) und somit auch nicht krankenkassenfi-

nanziert. In der Beratung geht es um Erörterung von spezifischen Lebensproblemen oder schwierigen Lebensumständen, die freilich in Verbindung stehen mit psychischen Störungen oder deren Folge sein können. Manche Beratungsstellen bieten auch Psychotherapie an, viele sind aber in der Lage mit den Ratsuchenden gemeinsam herauszufinden, ob eine Lösung des Problems auch durch Beratungsgespräche möglich ist oder ob eine Psychotherapie angezeigt (indiziert) ist. In vielen Fällen haben Beratungen einen vorbeugenden Charakter und können die (Weiter-)entwicklung einer psychischen Störung verhindern.

Einschub 2: Diskussion: Welche Möglichkeiten seitens der Beratungsstellen kann es geben, auf Psychotherapie vorzubereiten und bei der Suche nach einem Psychotherapieplatz zu helfen?

Zugang zur Psychotherapie

Leider ist das Wissen über die Verfügbarkeit von Psychotherapie und insbesondere die Tatsache, dass Psychotherapie eine Pflichtleistung der Krankenkasse ist, noch nicht allgemein bekannt. In einer bevölkerungsrepräsentativen Umfrage zeigte sich 2014, dass nur etwas mehr als die Hälfte der Befragten überhaupt wusste, dass Psychotherapie eine wirksame Behandlungsmethode für psychische Störungen in der medizinischen Versorgung darstellt, deutlich weniger als die Hälfte wussten darüber Bescheid, dass eine psychotherapeutische Behandlung von der Krankenkasse auch bezahlt werden muss (Heuft et al., 2014).

So positiv das Versorgungssystem auch sein mag, so deutlich sind auch seine Einschränkungen, insbesondere im Hinblick auf die Wartezeiten. Wenn man einen Therapieplatz bei einem niedergelassenen Psychotherapeuten sucht, muss man davon ausgehen, dass man im Durchschnitt 6 Wochen auf einen ersten Gesprächstermin warten muss, der dann im Falle einer positiven Indikation weitere 20 Wochen Wartezeit zur Folge hat (BPtK, 2023).

Es gibt aber noch weitere Barrieren für den Zugang zur Psychotherapie, beispielsweise finden sich zumindest in ambulanter Psychotherapie überdurchschnittlich viele Frauen, Menschen mit höherem Bildungsniveau und Menschen, die schon eine gewisse Krankheitseinsicht bzw. ein psychologisches Verständnis von ihren Problemen entwickelt haben (Strauß, 2015). Umso wichtiger ist es, für Psychotherapieunerfahrene professionelle Unterstützung bei der Suche nach einem Psychotherapieplatz oder einer geeigneten Klinik zu erhalten. Beratungsstellen können beispielsweise eine wichtige „Lotsenfunktion“ einnehmen.

Psychotherapienebenwirkungen

Wichtig ist zu wissen, dass Psychotherapie naturgemäß auch Risiken und Nebenwirkungen birgt (vgl. z.B. Gawlytta et al., 2025). So können im Laufe einer Psychotherapie bspw. neue Beschwerden auftreten, es kann zu vorübergehenden Verschlechterungen kommen. Die Konfrontation mit unangenehmen Erinnerungen und Erlebnisinhalten wirkt für manche Betroffene sehr belastend. Psychotherapie kann naturgemäß auch Auswirkungen auf das soziale Umfeld der Behandelten haben, was zu möglichen Konflikten oder Schwierigkeiten mit Partnern, Partnerinnen und Angehörigen führen kann, aber auch – aufgrund von verändertem Verhalten – zu Reaktionen im weiteren sozialen Umfeld, etwa am Arbeitsplatz. Nach wie vor ist es bedauerlicherweise so, dass manche Menschen auch stigmatisiert werden, wenn sie Psychotherapie in Anspruch nehmen und potentiell auch Nachteile haben, etwa wenn es um die Aufnahme in eine Krankenversicherung oder

eine Berufsunfähigkeitsversicherung geht, wenn der Versicherer davon weiß, dass in der Vergangenheit Psychotherapie in Anspruch genommen wurde.

Die genannten Nebenwirkungen sollten aber keinesfalls davon abhalten, Psychotherapie in Anspruch zu nehmen, da die Erfolgsaussichten - wie oben erwähnt - für die Besserung einer psychischen Störungen doch sehr hoch sind.

Gruppenpsychotherapie

Psychotherapie in Gruppen (meist mit 6-9 Patient:innen) wurde intensiv in der Psychotherapie seit dem zweiten Weltkrieg entwickelt. Das psychotherapeutische Vorgehen im immer noch weiter verbreiteten Einzelgespräch wurde auf eine Gruppensituation mit Personen übertragen, die oftmals ähnliche Probleme und Symptome berichten.

Gesundheitspolitisch wird momentan sehr daran gearbeitet, Psychotherapien nicht nur im sog. Einzelsetting, d.h. im Gespräch zwischen Psychotherapeut:in und Patient:in durchzuführen, sondern auch in Gruppen. Der Gesetzgeber hat bewirkt, dass Gruppenpsychotherapien häufiger angeboten werden und beabsichtigt damit auch, die Wartezeiten auf einen Psychotherapieplatz zu verringern. Diese politische Absicht ist durchaus wissenschaftlich fundiert, da es sich in den letzten Jahren gezeigt hat, dass Gruppenpsychotherapien bei fast allen psychischen Störungen als sehr effektiv nachgewiesen worden sind, dass sie tatsächlich im Hinblick auf den Behandlungserfolg im Vergleich zu Einzeltherapien auch äquivalent sind und dass sie insbesondere auch effizient sind bzgl. der Zeit und der Kosten im Vergleich zur Einzeltherapie (vgl. Strauß et al., 2022; Yalom & Leszcz, 2024).

Einschub 3: Diskussion zum Thema Gruppentherapie: Eigene Erfahrungen mit Gruppen – Kann das Potential von Gruppen deutlich machen und die Angst von Gruppen nehmen?

Gruppen bieten das Potential, auch noch andere Wirkfaktoren von Psychotherapie zu erleben, die sich gerade erst in Gruppen herstellen können. So werden diesbezüglich häufig Wirkfaktoren genannt, wie das Erleben von Akzeptanz, Altruismus (wenn ich für andere da bin, wird dies wertgeschätzt), Kohäsion (das Erleben von Gemeinsamkeit), die Rekapitulation von Beziehungsstrukturen, wie sie etwa aus der Familie bekannt sind, das Einflößen von Hoffnung, indem man Fortschritte bei anderen sehen kann, die Identifikation mit anderen und Einsichten im Kontakt mit anderen Gruppenmitgliedern. Erwähnenswert sind außerdem positive Effekte von Selbstöffnung und emotionalem Ausleben („Katharsis“), stellvertretendes Lernen (andere Gruppenmitglieder als Modell benutzen), aber auch sog. interpersonales Lernen dadurch, dass man sich in Gruppen gegenseitig Rückmeldungen geben kann. Schließlich beschreibt das Konzept der Universalität des Leidens einen wichtigen Wirkfaktor, d.h. die Gewissheit, dass man gemeinsam „in einem Boot sitzt“ und mit seinem Leiden nicht alleine auf der Welt sein muss. Dies ist alleine schon eine sehr positive Erfahrung, die insbesondere für Menschen mit erlebtem SED-Unrecht wichtig sein kann (vgl. Strauß, 2022).

Psychotherapeutische Angebote und Möglichkeiten für SED-Opfer

Die Forschung zu den psychischen Folgen von SED Unrecht unterschiedlicher Ausprägung und Art hat in den letzten Jahren gezeigt, dass eine Vielzahl psychischer, aber auch körperlicher Störungen mit dem erlebten Unrecht in Verbindung stehen können (vgl. Module 2a und 2b).

Die epidemiologisch häufigsten psychischen Störungen, wie depressive Störungen, Angststörungen, aber auch somatoforme Störungen kommen auch unter Opfern des SED-Regimes häufig vor. Entsprechend sind alle o. g. psychotherapeutischen Richtlinienverfahren prinzipiell geeignet, die psychischen Störungen adäquat und erfolgreich zu behandeln.

Traumabedingte Störungen

Eine spezifische Störungsgruppe sind die traumabedingten psychischen Störungen oder Traumafolgestörungen, zu denen allen voran die posttraumatische Belastungsstörung gerechnet wird. „Mildere“ Störungen nach Belastungen sind die akute Belastungsstörung oder die akute Belastungsreaktion. Außerdem gibt es die sogenannte Anpassungsstörung, die in der neuen Fassung der International Classification of Diseases (ICD- 11) zusammen mit der posttraumatischen Belastungsstörung und der anhaltenden Trauerstörung zu spezifischen Stressfolgesymptomen gerechnet wird. Zu diesen Störungen zählt neuerdings auch die komplexe psychotraumatische Belastungsstörung (vgl. Module 2b und 2c).

Die Literatur zu den Traumafolgestörungen geht davon aus, dass es eine Reihe von prädisponierenden Faktoren gibt, die für die Entwicklung einer solchen Störung anfällig machen, bspw. negative Bindungserfahrungen oder frühe belastende Erlebnisse. Dazu kommen fehlende soziale Unterstützung und Einschränkungen in der sozialen Kompetenz, die eigentlich als Schutzfaktor gilt. Ebenso wurde beobachtet, dass Menschen, die eine Trauma-Folgestörung entwickeln, in ihrer Emotionsregulationsfähigkeit beeinträchtigt sein können (Bomberg, 2018).

Bei der Verarbeitung von traumatischen Erfahrungen ist wichtig, dass wir auch eine ganze Reihe von aufrechterhaltenden Prozessen kennen, die einerseits biologisch verankert sind (z. B. das Traumagedächtnis, Reaktionen auf sogenannte Trigger oder Auslöser und Intrusionen), psychologischer Natur sind, insbesondere ist hier das Vermeidungsverhalten zu nennen und die Vermeidung einer Auseinandersetzung mit dem Erlebten. Bedeutsam sind aber auch soziale Aspekte wie die Erfahrung sozialer Unterstützung im positiven, das Erleben von so genanntem „Victim Blaming“ im negativen Sinne. Letzteres ist auch eng verbunden mit Stigmatisierungserfahrungen, die sich nicht unbedingt auf das Trauma, aber auf den Kontext des Traumas beziehen können, wie dies in der Arbeitsgruppe von Georg Schomerus in unserem Forschungsverbund eindrücklich gezeigt wurde (z.B. Blume et al., 2023).

Psychotherapie bei Trauma-Folgestörungen

Zur Behandlung posttraumatischer Belastungsstörungen gibt es wissenschaftlich fundierte Leitlinien, die als wesentliche Behandlungsbausteine zum einen die Psychoedukation nennen. Psychoedukation bedeutet, dass betroffene Personen in einer verständlichen Art und Weise Wissen über die Grundlagen ihrer Problematik vermittelt bekommen, gleichzeitig eine Stärkung der Veränderungsmotivation erfahren, eine Entlastung durch Normalisierung ihrer Symptomatik und durch den Aufbau einer therapeutischen Beziehung (König & Rosner, 2021).

Den Behandlungsleitlinien entsprechend wird die kognitive Arbeit an dysfunktionalen Überzeugungen bezüglich der posttraumatischen Erfahrungen als ein wesentliches Wirkprinzip genannt (diese ist z. B. Inhalt der Cognitive Processing Therapy, CPT). Hierzu gibt es eine ganze Reihe von Techniken, die vor allem darauf abzielen, dass die Betroffenen ihre Erwartungen bzgl. der Folgen des Traumas und die Bewertung der traumatischen Erfahrung korrigieren können. Ein wichtiger Aspekt in der Therapie ist auch die Exposition, d.h. eine aktive Auseinandersetzung mit dem Erlebten, sicher ist aber auch eine Stabilisierung und das Erleben von Sicherheit mit dem Ziel wichtig, das Vermeidungsverhalten zu reduzieren und die Aktivitäten der Betroffenen zu steigern. Insbesondere für die Trauma-Exposition gibt es eine ganze Reihe von therapeutischen Ansätzen, wie bspw. die prolongierte Exposition, die kognitive Verhaltenstherapie nach Ehlers, die narrative Expositionstherapie oder die Methode des Eye-Movement-Desensitization and Reprocessing (EMDR), die mittlerweile im Zusammenhang mit allen Richtlinienverfahren eingesetzt werden kann. Das wesentliche Merkmal von EMDR ist eine bilaterale Stimulation (am häufigsten durch horizontale Augenbewegungen), die eine Verarbeitung der traumatischen Erfahrungen, meist allerdings akuter Erfahrungen, unterstützen soll und auf dieser Basis positive Erfahrungen ermöglicht. Es gibt mittlerweile eine ganze Reihe weiterer Ansätze der Traumatherapie, die man als transdiagnostisch und teilweise auch als verfahrensübergreifend bezeichnen kann. Dazu gehört etwa die interpersonelle Psychotherapie, die gegenwartszentrierte Therapie oder Methoden der Achtsamkeitsmeditation, die oftmals mit anderen Elementen der Traumatherapie kombiniert werden.

Verbitterungsstörungen und Weisheitstherapie

In Modul 2c wurde beschrieben, dass im Kontext von SED-Unrecht die Diagnose einer posttraumatischen Verbitterungsstörung häufig diskutiert und auch bestätigt wird, die sich dadurch auszeichnet, dass ein nachhaltiges Gefühl von Unrecht und damit verbundene Verbitterung als Folge von massiven Enttäuschungen beobachtbar ist (bspw. bzgl. einer Entschädigung für erlittenes Unrecht). Michael Linden, der auf der Basis seiner klinischen Erfahrungen in einer Rehabilitationsklinik mit psychosomatischer Ausrichtung zahllose Fälle von Verbitterungsstörungen beobachten konnte, führte die Symptomatik der Verbitterungsstörung nicht nur auf einmalige „Traumata“ zurück, sondern sieht die Verbitterungsstörung auch als Folge einer sequenziellen Traumatisierung oder besser Enttäuschungserfahrung, die ebenfalls häufig bei Menschen, die SED-Unrecht erlebt haben und unzureichend anerkannt wurden, beobachtbar ist. Die Verbitterung kann auch als komorbide Störung zu einer Traumafolgestörung im Sinne einer (komplexen) posttraumatischen Belastungsstörung oder Anpassungsstörung auftreten (Linden, 2023)

Speziell im Kontext der Verbitterung wurde ein therapeutisches Konzept entwickelt, das sich an der Weisheitsforschung orientiert, die in der Psychologie (und Philosophie) eine lange Tradition hat. Die Weisheitsforschung zeigt, dass Offenheit für Erfahrung ein Prädiktor für Weisheit ist und dass weise Personen sich besser von belastenden Lebensereignissen distanzieren können, reflektieren können, dass nur die eigene Reaktion das Wohlbefinden beeinflusst, die gute Bewältigungsstrategien haben und erworbene Lebenserfahrung auf neue Situationen übertragen können, die sich auch mit dem Wohlbefinden von anderen befassen können und eine Gabe haben, sich nicht ständig an unangenehme Ereignisse erinnern zu müssen. Es ist naheliegend, dass Weisheit in diesem Sinne mit Lebenszufriedenheit und anderen Indikatoren für psychische und physische Gesundheit, aber auch für Erfolgsindikatoren im Leben assoziiert ist (Baumann & Linden, 2009).

Auf dieser Basis wurde die sogenannte Weisheitstherapie entwickelt, die darauf abzielt, Menschen gezielt weisheitsbezogene Kompetenzen zu vermitteln. Es geht in der Weisheitstherapie nicht um spezifische Problemlösungen, sondern um die Vermittlung von Bewältigungsstrategien für komplexe Lebenssituationen. Weisheitstherapie lässt sich der kognitiven Verhaltenstherapie zuordnen und wendet entsprechende Techniken an (wie z.B. Perspektivwechsel oder Anspruchsrelativierungen). Ein wesentliches Ziel der Weisheitstherapie ist das Erreichen eines so genanntem eudaimonischen Wohlbefindens, das keineswegs immer mit der Lösung aller Probleme verbunden ist, wohl aber mit dem Gefühl der Lebensbewältigung und einem ausgeglichenen Gemütszustand.

Einschub 4: Abschließende Diskussion zu den Erfahrungen mit Psychotherapie und zu offenen Fragen

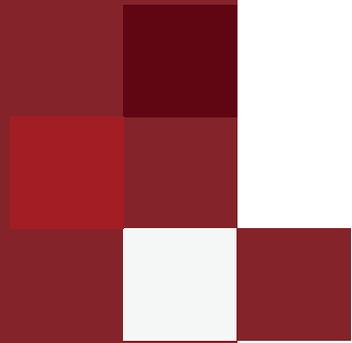
Literatur

- Blume, M., Schott, T., Weiß, A. & Schomerus, G. (2023). Die anhaltende Stigmatisierung von SED Opfern. Konzepte und Implikationen. In B. Strauß, J. Frommer, G. Schomerus & C. Spitzler (Hrsg.): *Gesundheitliche Langzeitfolgen der SED Diktatur* (S. 11-52). Gießen: Psychosozial.
- Bomberg, K-H. (2018). *Heilende Wunden*. Gießen: Psychosozial.
- BPTK (2023). Weiterentwicklung der psychotherapeutischen Versorgung. https://api.bptk.de/uploads/20230713_bptk_hintergrundpapier_weiterentwicklung_psychotherapeutischen_versorgung_d38b567ee6.pdf
- Gawlytta, R., Bartholdy, St., Brakemeier, E.-L. & Strauß, B. (2025). Zwischen Heilung und Schaden: Die komplexe Natur von Nebenwirkungen in der Psychotherapie. *Verhaltenstherapie*, Online Publ. 17.2.25, DOI: 10.1159/000542736
- Grawe, K. (1996). *Psychologische Psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Heuft, G., Freyberger, H.J. & Schepker, G. (2014) *Ärztliche Psychotherapie*. Stuttgart: Schattauer.
- Jacobi, F., Höfler, M., Strehle, J., Mack, S., Gerschler, A., Scholl, L., Busch, M.A., Maske, U., Hapke, U., Gaebel, W., Maier, W., Wagner, M., Zielasek, J., & Wittchen, H.-U. (2014) Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung. Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul Psychische Gesundheit (DEGS1-MH). *Nervenarzt*, 85, 77-87.
- KBV (2024). *Statistik über ambulante Psychotherapie in Deutschland*. Berlin: Selbstverlag.
- Knorr, S. (2022). Psychosoziale Trauma- und Repressionsfolgen im Lebensverlauf und transgenerationalen Fokus. In UOKG (Hrsg.), *Nach 30 Jahren das Schweigen brechen*“ (S. 121-133). Berlin: Selbstverlag.
- König, J. & Rosner, R. (2021) Traumafolgestörungen. In W. Rief, E. Schramm & B. Strauß (Hrsg.) *Psychotherapie - Ein kompetenzorientiertes Lehrbuch*. München: Elsevier.
- Kruse, J. (2024) *Psychosomatische Versorgung*. In U.T. Egle, CH. Heim, B. Strauß & R. von Känel (Hrsg), *Psychosomatik*. 2.Auflage (S. 824-834). Stuttgart: Kohlhammer.
- Linden, M. (2021). *Psychotherapie, Richtlinienverfahren und Richtlinienpsychotherapie*. In W. Rief, E. Schramm & B. Strauß (Hrsg.) *Psychotherapie - Ein kompetenzorientiertes Lehrbuch*. München: Elsevier.
- Linden, M. (2023). *Verbitterung und Posttraumatische Verbitterungsstörung*. Göttingen: Hogrefe.
- Linden, M., Baumann, K., Lieberei, B., Lorenz, C. & Rotter, M. (2011) *Treatment of Posttraumatic Embitterment Disorder with Cognitive Behaviour Therapy Based on Wisdom Psychology and Hedonia Strategies*. *Psychotherapy and Psychosomatics*. 80, 199–205. doi:10.1159/000321580, PMID 21494061
- Strotzka, Hans (1978): *Psychotherapie: Grundlagen, Verfahren, Indikationen*. 2., überarb. u. erw. Auflage. München: Urban und Schwarzenberg. .
- Strauß, B. (2022). *Gruppenpsychotherapie*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Strauß, B. (2015). Chancengleichheit auf der Suche nach einem Therapieplatz. Schlussfolgerungen für die zukünftigen Aufgaben der Psychotherapieforschung. *Psychotherapeut*, 60, 389-396.
- Strauß, B., Burlingame, G.M. & Rosendahl, J. (2020). Neuere Entwicklungen in der Gruppenpsychotherapieforschung – ein Update. *Psychotherapeut*, 65, 225-235.
- TK (2024). Gesundheitsreport. Arbeitsunfähigkeiten. <https://www.tk.de/resource/blob/2168508/ee48ec9ef5943d2d40dc10a76bedf290/gesundheitsreport-au-2024-data.pdf>
- Yalom, I. & Leszcz, M. (2014). *Theorie und Praxis der Gruppenpsychotherapie*, 15. Auflage. Stuttgart: Klett-Cotta.

Alle Weiterbildungsmodule im Überblick

Module	Benötigte Vorkenntnisse*
1 Geschichte und Aufarbeitung	
1a Opfergruppen und Repressionsformen in der DDR	1
1b Rehabilitierungs- und Entschädigungsmöglichkeiten	1
1c Akteneinsicht	1
2 Gesundheitliche (Langzeit-) Folgen von SED-Unrecht	
2a Schädigungen und gesundheitliche Folgen	1
2b Trauma und Traumafolgestörungen	1
2c Besonderheiten bei Traumatisierung im politischen Kontext	2
3 Psychosoziale Beratung für Betroffene von SED-Unrecht	
3a Beratung im Rahmen der Aufarbeitung von SED-Unrecht	3
3b Beratung für Betroffene von SED-Unrecht – Praxismodul	3
3c Schwierigkeiten bei sozialrechtlicher Begutachtung	3
3d Gesprächsführung	3
4 Die Regelversorgung	
4a Das Hilfesystem für psychische Krisen und Krankheiten	3
4b Psychotherapie und Gruppentherapie	3
5 Soziologische und sozialpsychologische Aspekte	
5a Stigma im Kontext SED-Unrecht	2
5b Unterschiedliche Perspektiven auf die Thematisierung von SED-Unrecht	2
6 Einzelne Opfergruppen im Fokus	
6a Minderjährig zwangsgedopte Leistungssportler*innen	2
6b Betroffene von Zersetzung	2
6c Betroffene der kontaminierten Anti-D-Prophylaxe	2
6d DDR-Heimkinder – Spätschäden staatlicher Zwangserziehung	2
6e Wenn ehemalige DDR-Heimkinder in Pflegeheime kommen	3

*Stufe 1 Basic: für alle Berufsgruppen geeignet, da keine Vorkenntnisse nötig. Stufe 2 erweiterter Basic: vertieftes Interesse/Basicmodule als Voraussetzung. Stufe 3 Vertiefung: speziell für Berufsgruppen, die intensiv mit Betroffenen arbeiten.



Gesundheitliche Langzeitfolgen
von SED-Unrecht
www.sed-gesundheitsfolgen.de