

Christian Reimer

Ulrich Rürger

**Psychodynamische Psychotherapien**

Lehrbuch der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapieverfahren

3., vollständig neu bearbeitete und aktualisierte Auflage

Christian Reimer  
Ulrich Rürger

# Psychodynamische Psychotherapien

Lehrbuch der tiefenpsychologisch fundierten  
Psychotherapieverfahren

Unter Mitarbeit von

Markus Bassler, Karin Bell, Manfred Beutel, Peter Henningsen, Stephan Herpertz,  
Gereon Heuft, Hildegard Horn, Michael Huber, Paul Janssen, Leonore Kottje-  
Birnbacher, Hermann Lang, Günter Reich, Hertha Richter-Appelt, Gerd Rudolf,  
Henning Schauenburg, Hermann Staats, Ulrich Streeck

3., vollständig neu bearbeitete und aktualisierte Auflage

Mit 11 Abbildungen und 15 Tabellen

**Professor Dr. Christian Reimer**

Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie  
Justus-Liebig-Universität Gießen  
Friedrichstraße 33  
35392 Gießen

**Professor Dr. Ulrich Rüger**

Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie  
Georg-August-Universität Göttingen  
Von-Siebold-Straße 5  
37075 Göttingen

ISBN-10 3-540-25384-X

ISBN-13 978-3-540-25384-2

**Springer Medizin Verlag Heidelberg**

Bibliografische Information der Deutschen Bibliothek  
Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie;  
detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.ddb.de> abrufbar.

Dieses Werk ist urheberrechtlich geschützt. Die dadurch begründeten Rechte, insbesondere die der Übersetzung, des Nachdrucks, des Vortrags, der Entnahme von Abbildungen und Tabellen, der Funksendung, der Mikroverfilmung oder der Vervielfältigung auf anderen Wegen und der Speicherung in Datenverarbeitungsanlagen, bleiben, auch bei nur auszugsweiser Verwertung, vorbehalten. Eine Vervielfältigung dieses Werkes oder von Teilen dieses Werkes ist auch im Einzelfall nur in den Grenzen der gesetzlichen Bestimmungen des Urheberrechtsgesetzes der Bundesrepublik Deutschland vom 9. September 1965 in der jeweils geltenden Fassung zulässig. Sie ist grundsätzlich vergütungspflichtig. Zuwiderhandlungen unterliegen den Strafbestimmungen des Urheberrechtsgesetzes.

**Springer Medizin Verlag.**

[springer.com](http://springer.com)

© Springer Medizin Verlag Heidelberg 2006

Printed in Germany

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften.

Produkthaftung: Für Angaben über Dosierungsanweisungen und Applikationsformen kann vom Verlag keine Gewähr übernommen werden. Derartige Angaben müssen vom jeweiligen Anwender im Einzelfall anhand anderer Literaturstellen auf ihre Richtigkeit überprüft werden.

Planung: Renate Scheddin

Projektmanagement: Renate Schulz

Lektorat: Petra Rand, Münster

Design: deblik Berlin

SPIN 11391258

Satz: Fotosatz-Service Köhler GmbH, Würzburg

Gedruckt auf säurefreiem Papier 2126 – 5 4 3 2 1 0

## Vorwort zur 3. Auflage

---

Drei Jahre nach dem Erscheinen der 2. Auflage unseres Buches wird eine Neuauflage nötig.

Die 3. Auflage unseres Lehrbuches wurde konzeptionell weit gehend neu gestaltet. Das einleitende Kapitel wurde um einen Beitrag zu den neurobiologischen Grundlagen psychodynamischer Konzepte erweitert (Teil I). Die psychodynamischen Psychotherapieverfahren (Teil II) wurden um die analytische Psychotherapie ergänzt; außerdem wurden die Besonderheiten der psychodynamischen Psychotherapie bei Adoleszenten und jungen Erwachsenen sowie bei älteren und alten Menschen in jeweils eigenen Kapiteln berücksichtigt.

Völlig neu ist die Darstellung psychodynamischer Behandlungsverfahren bei unterschiedlichen Störungsbildern (Teil III). Hier wird die große Adaptivität und Versorgungsrelevanz psychodynamischer Psychotherapieverfahren besonders deutlich.

Alle übrigen Kapitel wurden eingehend durchgesehen und aktualisiert.

Für die neu verfassten Kapitel und einen Teil der überarbeiteten Kapitel konnten jeweils in der betreffenden Thematik sehr ausgewiesene (Mit-)Autorinnen und (Mit-)Autoren gewonnen werden. Damit dürfte es gelungen sein, den aktuellen Stand psychodynamischer Psychotherapien, ihre unterschiedlichen Modifikationen und Anwendungsbereiche sowie die Rahmenbedingungen in der Patientenversorgung kompetent darzustellen.

Wir bedanken uns bei allen alten und neuen Mitautorinnen und Mitautoren für die vorzügliche Zusammenarbeit und bei Frau Petra Rand für die sehr sorgfältige Lektorierung. Unser besonderer Dank gilt Frau Renate Scheddin vom Springer-Verlag, die uns – wie auch bereits bei den vorangegangenen Auflagen – bei der Realisierung dieser jetzt vorliegenden 3. Auflage sehr unterstützt hat.

Gießen und Göttingen, im Frühjahr 2006

Christian Reimer, Ulrich Rüger

## Vorwort zur 1. Auflage

---

Unter dem Begriff »tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie« sind die psychodynamischen Behandlungsverfahren zusammengefasst, die in die allgemeine Versorgung eingeführt worden sind und sich von der analytischen Psychotherapie durch eine niedrigere Behandlungsfrequenz und ein anderes Setting unterscheiden (Kommentar zu den Psychotherapie-Richtlinien, 5. Auflage, 1999). Inzwischen gehören tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapien einschließlich ihrer Sonderformen zu den am häufigsten angewandten psychotherapeutischen Behandlungsformen im deutschsprachigen Bereich. Die Bedeutung der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapien in der therapeutischen Praxis ist unübersehbar; im Rahmen der psychoanalytisch begründeten Verfahren spielen sie eine herausragende Rolle und werden bei etwa viermal so viel Patienten in Anwendung gebracht wie die analytische Psychotherapie. Im Gegensatz dazu steht die äußerst geringe Berücksichtigung der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapien in den einschlägigen psychoanalytisch orientierten Lehrbüchern mit etwa 0–5 % des jeweiligen Seitenumfanges! Auch wenn einzelne dieser Verfahren bereits monographisch beschrieben worden sind, so fehlt doch eine umfassende Darstellung. Das vorliegende Buch will diese Lücke füllen.

Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie hat sich als Begriff international nicht durchgesetzt. Hier wird vielmehr inzwischen unter dem Namen »psychodynamische Psychotherapien« die große Gruppe von Behandlungsverfahren zusammengefasst, die in ihrem theoretischen Hintergrund an der Psychoanalyse orientiert sind, aber an ihrem Behandlungssetting mehr oder weniger starke Abweichungen vorgenommen haben. Zur Zeit sprechen maßgebliche Psychotherapieforscher von einer ausgesprochenen Renaissance dieser Verfahren im Vergleich zu der rückläufigen Entwicklung der Psychoanalyse. Ein weiterer Grund dafür, dieses Buch zu schreiben und ihm den Doppeltitel: Psychodynamische Psychotherapien – Lehrbuch der tiefenpsychologisch orientierten Psychotherapien – zu geben.

Nach einer historischen Übersicht sollen zunächst die gemeinsamen Charakteristika der psychodynamischen Psychotherapieverfahren dargestellt werden, auch in Gegenüberstellung zur Psychoanalyse. Danach werden in einem ersten Hauptkapitel die psychodynamischen Psychotherapien (tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapien) dargestellt. Da diese zum Gesamtrepertoire der Behandlungsmöglichkeiten jedes psychoanalytisch orientierten Psychotherapeuten gehören, sollen diese Verfahren im vorliegenden Buch jeweils einzeln hinreichend ausführlich abgehandelt werden – von der Krisenintervention über die Kurzzeittherapie bis hin zu den unterschiedlichen Langzeitverfahren; diese dann jeweils auch im Einzel- und Gruppensetting und schließlich auch die tiefenpsychologisch fundierten Familientherapien. Während dieses breite Spektrum in der Weiterbildungsordnung des Facharztes für Psychotherapeutische Medizin bereits verwirklicht ist, sind die entsprechenden Ausbildungsrichtlinien für psychologische Psychotherapeuten in der tiefenpsychologisch fundierten Richtung noch weitgehend offen. Das vorliegende Buch kann damit wesentliche Anregungen für die Ausgestaltung entsprechender detaillierter Weiterbildungsrichtlinien geben.

Daneben kann es empfehlenswert sein, sich zumindest in einem weiteren psychodynamisch orientierten Verfahren weiterzubilden, um ggf. auch für eine spezielle Patientenklientel besonders gerüstet zu sein. Hier kommen als ergänzende Möglichkeiten insbesondere die in diesem Buch in Teil III aufgeführten »psychodynamisch orientierten Verfahren« in Frage. Das Gemeinsame dieser Verfahren ist ihre psychodynamische Grundorientierung; sie haben daneben aber noch andere theoretische Grundlagen und folgen nicht nur ausschließlich psychodynamischen Konzepten. Vielfach waren die Begründer dieser Therapierichtungen ursprünglich Psychoanalytiker, die in oft sehr kreativer Weise den Versuch unternahmen, einem jeweils aus ihrer Sicht der Psychoanalyse fehlenden Element zur Berücksichtigung zu

verhelfen. Auch wenn die Entwicklung dieser Verfahren im Hinblick auf die Einführung in die allgemeine Versorgung noch offen ist, so wollten wir auf deren Darstellung in diesem Rahmen nicht verzichten – stellen sie doch auch Beispiele für die kreative Weiterentwicklung psychodynamischer Behandlungsansätze dar. Wir freuen uns darum sehr, gerade auch für diesen Teil namhafte Vertreter aus dem deutschsprachigen Bereich gewonnen zu haben: Für die kathym-imaginativen Verfahren Leonore Kottje-Birnbacher, für die Gestalttherapie Lotte Hartmann-Kottek, für das Psychodrama Volker Riegels, für die Musiktherapie Wolfgang Christian Schroeder, für den körperzentrierten Zugang im Rahmen psychodynamischer Psychotherapien Günter Heisterkamp und schließlich für die Transaktionsanalyse Ute und Heinrich Hagehülsmann. Wir danken den genannten Autoren, darüber hinaus auch Günter Reich und Hermann Staats, die die Kapitel Familientherapie und Gruppenpsychotherapie verfasst bzw. mitverfasst haben, Hermann Staats insbesondere auch für seine fruchtbaren Anregungen beim Gegenlesen des Einleitungskapitels.

Bei der Darstellung der einzelnen Behandlungsverfahren wurde eine einheitliche Gliederungsstruktur zugrundegelegt. Dies soll dem Leser eine raschere Orientierung ermöglichen. Alle Kapitel wurden so verfasst, dass sie auch für sich gelesen werden können. Entsprechende Querverweise erlauben dann den Gesamtbezug.

Wir danken Frau Dr. Heike Berger, die das Projekt lange Zeit begleitet hat, und Frau Renate Scheddin vom Springer-Verlag, die uns bei der Realisierung dieses Buches unterstützt hat.

Gießen und Göttingen, im Januar 2000

Christian Reimer, Ulrich Rüter

# Inhaltsverzeichnis

## I Grundlagen

1 Gemeinsame Merkmale und Charakteristika psychodynamischer Psychotherieverfahren .....	3
<i>U. Rüger, C. Reimer</i>	

2 Neurobiologische Grundlagen der psychodynamischen Psychotherapie .....	23
<i>M.E. Beutel, M. Huber</i>	

## II Psychodynamische Psychotherieverfahren

3 Analytische Psychotherapie .....	39
<i>G. Rudolf, U. Rüger</i>	

4 Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie .....	49
<i>C. Reimer, U. Rüger</i>	

5 Dynamische Psychotherapie .....	85
<i>U. Rüger, C. Reimer</i>	

6 Psychoanalytisch-interaktionelle Therapie ...	107
<i>U. Streeck</i>	

7 Katathym-imaginative Psychotherapie .....	137
<i>L. Kottje-Birnbacher</i>	

8 Kurz- und Kurzzeitpsychotherapie .....	153
<i>C. Reimer, U. Rüger</i>	

9 Krisen und Kriseninterventionen .....	163
<i>C. Reimer, U. Rüger</i>	

10 Psychodynamische Familien- und Paartherapie .....	175
<i>G. Reich</i>	

11 Psychodynamische Gruppenpsychotherapien .....	193
<i>H. Staats, U. Rüger</i>	

12 Supportives Vorgehen im Rahmen psychodynamischer Psychotherieverfahren .....	213
<i>C. Reimer, U. Rüger</i>	

13 Besonderheiten bei der psychodynamischen Psychotherapie von Adoleszenten und jungen Erwachsenen .....	219
<i>H. Horn</i>	

14 Besonderheiten bei der psychodynamischen Psychotherapie älterer und alter Menschen .....	235
<i>G. Heuft</i>	

## III Psychodynamische Behandlungsverfahren bei unterschiedlichen Störungsbildern

15 Belastungs- und Anpassungsstörungen .....	253
<i>M. Huber, M.E. Beutel</i>	

16 Depressive Störungen .....	265
<i>H. Schauenburg</i>	

17 Angststörungen .....	279
<i>M. Bassler</i>	

18 Zwangsstörungen .....	297
<i>H. Lang</i>	

19 Somatoforme Störungen .....	311
<i>G. Rudolf, P. Henningsen</i>	

20 Essstörungen .....	319
<i>S. Herpertz</i>	

21 Persönlichkeitsstörungen..... 329  
*G. Rudolf*

22 Störungen der Sexualität ..... 341  
*H. Richter-Appelt*

## IV Spezielle Kapitel

23 Psychotherapeutische Versorgung  
im Rahmen der gesetzlichen Krankenkassen  
und anderer Kostenträger ..... 359  
*U. Rüger, K. Bell*

24 Weiter- und Ausbildung in psycho-  
dynamischen Psychotherapieverfahren ..... 371  
*P.L. Janssen, U. Rüger*

25 Psychotherapie und Psychopharmako-  
therapie ..... 381  
*C. Reimer, U. Rüger*

26 Ethische Aspekte der Psychotherapie..... 391  
*C. Reimer, U. Rüger*

Literatur..... 413  
Sachverzeichnis ..... 439



# Mitarbeiterverzeichnis

---

## **Bassler, Markus, Priv.-Doz. Dr. med.**

Am Eselweg 7, 55128 Mainz

## **Bell, Karin, Dr. med.**

Brücker Mauspfad 601, 51109 Köln

## **Beutel, Manfred E., Prof. Dr. med., Dipl.-Psych.**

Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie,  
Klinikum der Johannes Gutenberg  
Universität Mainz  
Untere Zahlbacher Str. 8, 55131 Mainz

## **Henningsen, Peter, Prof. Dr. med.**

Institut für Psychosomatische Medizin  
und Medizinische Psychologie,  
Klinikum Rechts der Isar  
Langerstr. 3, 81675 München

## **Herpertz, Stephan, Prof. Dr. med.**

Abteilung für Psychosomatische  
Medizin und Psychotherapie,  
Westf. Zentrum für Psychiatrie,  
Psychotherapie und Psychosomatik,  
Ruhr-Universität Bochum  
Marsbruchstr. 179, 44287 Dortmund

## **Heuft, Gereon, Univ.-Prof. Dr. med.**

Klinik und Poliklinik für Psycho-  
somatik und Psychotherapie,  
Universitätsklinikum,  
Westf. Wilhelms-Universität Münster  
Domagkstr. 22, 48129 Münster

## **Horn, Hildegard, KJP**

Franz-Liszt-Str. 3, 69214 Eppelheim

## **Huber, Michael, Priv.-Doz. Dr. med.**

Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie,  
Klinikum der Johannes-Gutenberg-  
Universität Mainz  
Langenbeckstr. 1, 55131 Mainz

## **Janssen, Paul L., Prof. Dr. med.**

Kraepelinweg 9, 44287 Dortmund

## **Kottje-Birnbacher, Leonore, Dr. phil. Dipl.-Psych.**

Düsseldorfer Str. 55,  
40545 Düsseldorf

## **Lang, Hermann, Prof. Dr. med. Dr. phil.**

Institut für Psychotherapie  
und Medizinische Psychologie,  
Universität Würzburg  
Klinikstr. 3, 97070 Würzburg

## **Reich, Günter, Priv.-Doz. Dr. phil. Dipl.-Psych.**

Ambulanz für Familientherapie,  
Klinik und Poliklinik für Psycho-  
somatik und Psychotherapie,  
Georg-August-Universität Göttingen  
Humboldtallee 38, 37037 Göttingen

## **Reimer, Christian, Prof. Dr. med.**

Klinik für Psychosomatik  
und Psychotherapie,  
Justus-Liebig-Universität Gießen  
Friedrichstr. 33, 35392 Gießen

## **Richter-Appelt, Hertha, Prof. Dr. phil.**

Institut und Poliklinik für Sexual-  
forschung und forensische  
Psychiatrie, Universitätsklinikum  
Hamburg-Eppendorf  
Martinistr. 52, 20246 Hamburg

## **Rudolf, Gerd, Prof. Dr. med.**

Psychosomatische Klinik,  
Universität Heidelberg  
Thibautstr. 2, 69115 Heidelberg

## **Rüger, Ulrich, Prof. Dr. med.**

Klinik und Poliklinik für Psycho-  
somatik und Psychotherapie,  
Georg-August-Universität Göttingen  
Von-Siebold-Str. 5, 37075 Göttingen

## **Schauenburg, Henning, Prof. Dr. med.**

Psychosomatische Klinik,  
Universität Heidelberg  
Thibautstr. 2, 69115 Heidelberg

## **Staats, Hermann, Priv.-Doz. Dr. med.**

Klinik und Poliklinik für Psycho-  
somatik und Psychotherapie,  
Georg-August-Universität Göttingen  
Von-Siebold-Str. 5, 37075 Göttingen

## **Streck, Ulrich, Prof. Dr. med. M.A.**

Niedersächsisches Landes-  
krankenhaus Tiefenbrunn  
37124 Rosdorf

# I Grundlagen

## 1 Gemeinsame Merkmale und Charakteristika psychodynamischer Psychotherapieverfahren – 3

*U. Rüger, C. Reimer*

## 2 Neurobiologische Grundlagen der psychodynamischen Psychotherapie – 23

*M.E. Beutel, M. Huber*

# 1 Gemeinsame Merkmale und Charakteristika psychodynamischer Psychotherapieverfahren

*U. Rüger, C. Reimer*

- 1.1 Überblick – 4
- 1.2 Historische Entwicklung – 4
- 1.3 Gemeinsame Charakteristika von psychodynamischen Psychotherapieverfahren im Vergleich zur Psychoanalyse – 8
- 1.4 Theorie psychodynamischer Behandlungsverfahren – 12
  - 1.4.1 Ansätze zu einem psychodynamischen Konzept der sozialen Lebensrealität – 12
  - 1.4.2 Interdependenz innerer und äußerer Realität aus psychodynamischer Sicht – 13
- 1.5 Versuch einer Abgrenzung zwischen psychodynamischen Psychotherapien und Beratung – 19
- 1.6 Perspektiven psychodynamischer Psychotherapien – 21

## 1.1 Überblick

Unter psychodynamischen Psychotherapien verstehen wir die große Gruppe von Behandlungsverfahren, die in ihrem theoretischen Hintergrund an der Psychoanalyse orientiert sind, aber in ihrem Behandlungssetting mehr oder weniger starke Modifikationen vorgenommen haben. Diese Verfahren haben eine außerordentlich große praktische Bedeutung gewonnen. Meist sind sie aus der Notwendigkeit entwickelt worden, die Behandlungstechnik an die konkreten klinischen Erfordernisse anzupassen und damit auch Patienten behandeln zu können, die im klassischen psychoanalytischen Setting nicht behandelbar sind, oft auch durch ein solches Setting überfordert wären – oder bei denen eine so aufwändige Behandlung nicht nötig ist.

Damit haben psychodynamische Psychotherapien eine sehr große Versorgungsrelevanz. Sie haben aber auch deshalb ihre besondere Bedeutung, weil psychodynamische Psychotherapien hinreichende und am heutigen Standard orientierte Wirksamkeitsnachweise vorlegen können – im Gegensatz zur in der Regel sehr viel aufwändigeren klassischen psychoanalytischen Behandlung (vgl. Leichsenring et al. 2004; Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie 2005).

Während es – auch im deutschsprachigen Bereich – eine große Anzahl von Lehrbüchern über die psychoanalytische Behandlungstechnik gibt und auch viele der einzelnen psychodynamischen Verfahren jeweils für sich monographisch dargestellt worden sind, fehlte lange Zeit eine Übersicht über die gängigen und praxisrelevanten psychodynamischen Behandlungsverfahren, die über eine rein summarische Darstellung hinausgeht. Das vorliegende Buch soll diese Lücke füllen.

Die psychodynamischen Behandlungsverfahren leiten sich in ihrer Vorgehensweise von den zentralen Grundannahmen der psychoanalytischen Krankheitslehre und Persönlichkeitstheorie ab – genauso wie die klassische Psychoanalyse. Mit der besonderen Betonung der Letzteren ging aber oft eine unausgesprochene abwertende Einschätzung psychodynamischer Psychotherapien einher – so als ginge es in der Psychotherapie um wertvolle und weniger wertvolle Behandlungsverfahren und nicht um die Wahl des jeweils richtigen Behandlungsverfahrens für den einzelnen Patienten. Auch wenn diese Fehlentwicklung rückläufig ist, so zeigt sie doch immer noch ihre Auswirkungen bis hin in die Curricula psychoanalytischer Weiterbildungsinstitute. Wie so oft, sind die Gründe dafür in der historischen Entwicklung zu sehen, auf die wir im ► Abschn. 1.2 eingehen werden.

Zunächst sollen noch einmal die wesentlichen Punkte hervorgehoben werden:

**Psychodynamische Psychotherapien** (ausführliche Darstellungen im ► Abschn. 1.3)

- fußen auf den zentralen Grundannahmen einer psychoanalytischen Krankheitslehre und Persönlichkeitstheorie,
- haben aber in ihrem Behandlungssetting gegenüber der klassischen Psychoanalyse mehr oder weniger starke Abwandlungen vorgenommen.

## 1.2 Historische Entwicklung

An Anfang stand die »tendenzlose Psychoanalyse« – ein Verfahren, das Sigmund Freud in genialer Weise aus der Hypnose entwickelt hatte. Sie wurde mit hoher Frequenz in täglichen Sitzungen durchgeführt. Die Gesamtdauer betrug in der Regel einige Monate, selten mehr als ein Jahr (vgl. Cremerius 1981; Lynn u. Vaillant 1998). Diese Behandlungen werden in einem strengen Reglement durchgeführt, das durch das Liegen auf der Couch, den freien Einfall und die Traumarbeit aufseiten des Patienten sowie durch Neutralität, Anonymität und Abstinenz aufseiten des Therapeuten gekennzeichnet ist.

Um »zu kodifizieren, was er in seiner klinischen Praxis gelernt hatte« (Gay 1989, S. 333), und um jede Art »wilder Analyse« zu unterbinden, hatte Freud zwischen 1911 und 1915 eine Reihe von Abhandlungen veröffentlicht, in denen er Vorschriften zur Behandlungstechnik festlegte. In diesen gemeinhin als *Technische Schriften* bezeichneten Abhandlungen versuchte Freud »zu kodifizieren, was er in seiner klinischen Praxis gelernt hatte« (Gay 1989, S. 333), um sich damit gegenüber einer falschen und missbräuchlichen Nutzung der Psychoanalyse jeder Art »wilder Analyse« abzugrenzen.

Aber bereits 1918 sah sich Freud veranlasst, den Stand der »Therapie zu revidieren... und Ausschau zu halten, nach welchen neuen Richtungen sie sich entwickeln könnte« (Freud 1919, S. 183). Ausdrücklich betonte er auf dem Budapester Kongress: »Wir sind... immer bereit, die Unvollkommenheiten unserer Erkenntnis zuzugeben, Neues dazuzulernen und in unserem Vorgehen abzuändern, was sich durch Besseres ersetzen lässt« (Freud 1919, S. 183). In diesem Zusammenhang relativierte er die Bedeutung der bisherigen an der Hysterie entwickelten Behandlungstechnik (im heutigen Jargon müsste sie als »hochfrequente Kurzzeitanalyse« bezeichnet werden) und vertrat die Ansicht, »dass die verschiedenen Krankheitsformen, die wir behandeln, nicht durch die nämliche Technik erledigt werden kön-

nen« (Freud 1919, S. 191). Ausdrücklich milderte er die bis dahin strenge Abstinenzregel zugunsten einer – falls notwendig – größeren Aktivität des Psychoanalytikers ab, um so Patienten mit unterschiedlichen Krankheitsbildern behandeln zu können. Seine klinisch sehr plausiblen Äußerungen über die Notwendigkeit, z. B. bei bestimmten Phobien eine Vorgehensweise zu wählen, die wir heute partiell als verhaltenstherapeutisch bezeichnen würden (Freud 1919, S. 191), ist nur eines von mehreren Beispielen. An anderer Stelle geht er auf Patienten ein, die wir in der heutigen Nomenklatur als »strukturell gestört« bezeichnen würden, »die so haltlos und existenzunfähig sind, dass man bei ihnen die analytische Beeinflussung mit erzieherischen vereinigen muss...« (Freud 1919, S. 190). Damit redet Freud bereits 1918 einer Einstellung das Wort, die wir heute als »adaptive Indikation« bezeichnen würden. Allerdings greift Freud in seinen späteren Schriften die Thematik nicht wieder auf; seine damaligen Äußerungen dürften sehr durch die besondere Situation und das Umfeld des Budapester Kongresses bestimmt worden sein (vgl. hierzu auch Dührssen 1993; Rüger 1993).

Nach 1918 führte Freud die Diskussion um eine notwendige Änderung seiner Behandlungstechnik nicht mehr weiter fort. Wie auch immer diese Tatsache begründet sein mag – Freuds Alter, die Diagnose seiner Krebserkrankung nach 1923, die Auseinandersetzungen mit Ferenczi und Rank nach 1924 –, in jedem Fall spiegelt sie seine Ambivalenz gegenüber seiner eigenen Methode wider und einen Konflikt, der nach Cremerius (1993) in seiner eigenen Person selbst begründet war: den Konflikt zwischen dem Forscher und dem Arzt. Als Forscher favorisierte er die tendenzlose Psychoanalyse, da er nur mit der reinen Methode glaubte, forschen zu können. Dazu »brauchte er einen gebildeten, reflexionsfähigen Patienten mit einer guten Ich-Struktur« (Cremerius 1993). Als Therapeut dagegen konnte er nicht tendenzlos sein. Er war es auch nicht, wie die vielfältigen Berichte seiner Analysanden erkennen lassen, und die Frage »War Freud überhaupt ein Freudianer?« ist in diesem Sinne durchaus berechtigt.

Allerdings hat sich Freud nach 1919 wieder »orthodox« verhalten. Dies hat sicherlich die tragische Entwicklung der Psychoanalyse in den Jahrzehnten danach

### Exkurs

Auf Anregung von Karl Abraham fand im September 1918 der 5. Internationale Psychoanalytische Kongress in Budapest statt. Dieser Kongress stellte insofern eine Besonderheit dar, als hier erstmals offizielle Regierungsvertreter der damaligen österreichischen, deutschen und ungarischen Regierungen an einem psychoanalytischen Kongress teilnahmen. Anlass waren die zunehmende Bedeutung der »Kriegsneurosen« und ihre mögliche Beeinflussung durch psychotherapeutische Behandlungsmaßnahmen. Nach Jones (1962) hatten ein Buch von Simmel zu dieser Thematik und die ausgezeichnete praktische Arbeit von Abraham, Eitington und Ferenczi auf hochgestellte Heeresoffiziere großen Eindruck gemacht, und es war die Rede davon, in verschiedenen Zentren psychoanalytische Kliniken für die Behandlung von Kriegsneurosen zu errichten.

Entgegen der eigentlichen Kriegslage muss es ein sehr optimistischer Kongress gewesen sein, und nach Jones war Freud »froh bewegt... angesichts der vorherrschenden Begeisterung und der glänzenden Perspektiven, die sich der Ausdehnung seines Werkes eröffneten« (Jones 1962, Bd. II, S. 239). Wie wichtig Freud diesen Kongress nahm, ist schon daran zu ermesen, dass er – einmalig für ihn – seinen Vortrag vorher schriftlich fixierte. Er erwähnte das Thema der

Kriegsneurosen nur am Schluss; dagegen nutzte er die Anwesenheit von Regierungsvertretern dazu, die Verpflichtung der Gesellschaft in der Behandlung der Neurosen überhaupt hervorzuheben und sich gleichrangig neben die Fürsorgeverpflichtung, z. B. für Tuberkulosekranke, zu stellen.

Nach Fürstenau (1993) war sich Freud seinerzeit bewusst, mit zwei brisanten Problemen gleichzeitig konfrontiert zu sein: »Der Frage nach Eigenart und Umfang der Aktivität des analytischen Therapeuten bezüglich unterschiedlicher Gruppen seelischer Störungen und der Frage der Modifikation der psychoanalytischen Behandlungstechnik im Zusammenhang mit der Aufgabe der psychotherapeutischen Versorgung der Bevölkerung« (S. 228). Beide Themen haben sich dann nach Fürstenau in der weiteren Zukunft als durchaus sprengend erwiesen: »Die innerpsychoanalytische Diskussion der ›aktiven Technik‹ hat psychotherapeutische Entwicklungen angestoßen, die über den Rahmen der psychoanalytischen Orthodoxie weit hinausgeführt haben, und die Entwicklung einer ›tiefenpsychologisch fundierten‹ Psychotherapie für die breite Anwendung von Psychoanalyse hat zu einer Polarisierung von (analytischer) Psychotherapie und ›eigentlicher Psychoanalyse‹ in einer endlosen ergebnislosen Diskussion geführt (Fürstenau 1993, S. 228).

mitbegründet: Die Krise begann 1924 mit dem Buch von Ferenczi u. Rank *Entwicklungsziele der Psychoanalyse*. Die beiden Autoren kritisierten die starke Intellektualisierung bei der Rekonstruktion von Erinnerungslücken als therapeutisch weit gehend wirkungslosen »Deutungs-fanatismus« (»Hat der Patient noch so viel von seinem Analytiker gelernt und verstanden, so hat er damit doch nichts erlebt, was ihm dieses ›Wissen‹ auch innerlich nahe gebracht hätte«; S. 24) und stellten diesem das Erlebnismoment gegenüber (vgl. hierzu auch Thomä 1983; Dührssen 1993).

Die Positionen von Ferenczi und Rank wurden von der Mehrheit der Psychoanalytiker einhellig verurteilt, zumal sie auch als persönlicher Angriff auf Freud erlebt wurden. Dabei war seinerzeit einer der scharfen Kritiker Ferenczis sein Landsmann Franz Alexander (1925), der sich dann 20 Jahre später selbst ähnlichen Anfeindungen ausgesetzt sah. Im Jahr 1946 hatte er gemeinsam mit French das Buch *Psychoanalytic Psychotherapy* veröffentlicht. Dabei hatte er die These vertreten, dass in jeder Behandlung – sei sie klassisch oder abgewandelt – die gleichen psychodynamischen Prinzipien zur Anwendung kämen. Diese These erfuhr scharfen Widerspruch und wurde schließlich mit der Festlegung der »normativen Idealtechnik« (Eissler 1953) seitens der Internationalen Psychoanalytischen Vereinigung beantwortet. In der normativen Idealtechnik waren Setting und Behandlungsfrequenz für die Rite-Analyse strikt festgelegt.

So kam es nach 1953 zu einer mehr oder weniger strikten konzeptuellen Unterscheidung zwischen analytischem Standardverfahren und »abgewandelten« Verfahren; Letztere erhielten im englischsprachigen Bereich zunehmend die Kennzeichnung »dynamic psychiatry« (Bibring 1954) oder »psychodynamic psychiatry« (Frosch 1990), »psychodynamic psychotherapy« (Strupp 1996) oder wurden in jüngster Zeit unter dem Begriff »psychodynamic approaches« (Henry et al. 1994) zusammengefasst. In Deutschland wurden diese Verfahren insbesondere unter dem Begriff der dynamischen Psychotherapie von Dührssen (1972, 1995a) entwickelt und dargestellt. Ein Teil dieser Verfahren ist in Deutschland unter der zusammenfassenden Bezeichnung »tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie« seit 1967 in die allgemeine Versorgung eingeführt (vgl. Faber u. Haarstrick 1989).

Auch wenn seitens der »Mainstream-Psychoanalyse« mit der von Eissler (1953) definierten »normativen Idealtechnik« eine sehr rigide Festlegung auf die »Rite-Psychoanalyse« erfolgte, so war doch mit Alexander eine neue Entwicklung in Gang gesetzt worden. Dabei waren es gerade die »nicht so gehorsamen Söhne und Töchter Freuds« (Melitta Mitscherlich 1972), die hier für wesent-

#### Exkurs

Allerdings werden im englisch- und deutschsprachigen Bereich ähnliche oder identische Begriffe häufig nicht synonym verstanden. Dies gilt insbesondere für den Begriff der »analytischen Psychotherapie«. In Deutschland werden darunter psychoanalytische Behandlungen mit einer Frequenz von 2–3 Sitzungen/Woche verstanden (vgl. Schultz-Hencke 1951). Analytische Psychotherapie ist dabei »eine Anwendungsform der Psychoanalyse mit eigenen Zielkriterien... im Rahmen der Krankenbehandlung« (Faber u. Haarstrick, Kommentar Psychotherapie-Richtlinien; vgl. Rüger et al. 2005, S. 41). Dagegen versteht man im amerikanischen Bereich unter dem Begriff »psychoanalytic psychotherapy« eher ein psychodynamisches Behandlungsverfahren, das im Gegenübersitzen mit einer Frequenz von 1–2 Wochenstunden durchgeführt wird (Luborsky 1988).

liche Weiterentwicklungen sorgten. Hier war im englischen Bereich insbesondere die Arbeitsgruppe um den Ferenczi-Schüler Balint sehr fruchtbar: Wesentliche Impulse zur Konzeptualisierung der Kurz- und Fokalthherapie hatten hier in den 1960er-Jahren ihren Ausgangspunkt (Malan 1963; Balint et al. 1972). Diese Konzepte wurden auch im amerikanischen Bereich (Wolberg 1965; Bellak u. Small 1965; Sifneos 1972; Mann 1973; Davanloo 1978) aufgegriffen und weiterentwickelt.

All diesen Verfahren waren die kürzere Behandlungsdauer und die größere Versorgungsrelevanz zu eigen. Im Grunde wurden hier die von Freud auf dem Budapester Kongress 1918 angestoßenen, von ihm aber nicht weiterverfolgten Überlegungen wieder aufgegriffen (► oben) – allerdings nur unter starken Widerständen und Kämpfen innerhalb der Mainstream-Psychoanalyse. In diesen oft mit starker Polemik geführten Kämpfen wurde viel Energie gebunden, die über lange Jahre der Entwicklung praxisrelevanter Behandlungsverfahren fehlte. Damit dürfte sicherlich der deutliche Niedergang der Psychoanalyse in den Vereinigten Staaten in den letzten Jahrzehnten zusammenhängen. Gleichzeitig zeigen im Gegensatz zu dieser Entwicklung psychodynamische Psychotherapien eine bemerkenswerte Lebensfähigkeit (»viability«), wenn nicht gar eine Renaissance (Henry et al. 1994, S. 468). Psychodynamische Psychotherapien zählen danach in den Vereinigten Staaten zu den am häufigsten angewandten Verfahren. Ihre wissenschaftliche Evaluation ist im Gegensatz zur klassischen Psychoanalyse durchaus sehr zufrieden stellend.

Diese, im Hinblick auf die psychodynamischen Psychotherapien, sehr erfreuliche Situation ist aber zugleich auch mit einer gewissen Tragik hinsichtlich der Entwicklung der Psychoanalyse verbunden: Allzu lange haben sich in der Debatte diejenigen durchgesetzt, die einer scharfen Trennung zwischen Psychoanalyse und psychodynamischen Behandlungsverfahren das Wort geredet haben, gegenüber denjenigen, die die gemeinsamen Wurzeln betont haben.

Die Entwicklung in Deutschland nahm einen anderen Verlauf. Hier gab es zwar durchaus auch polemische Auseinandersetzungen zwischen orthodoxen und liberalen Psychoanalytikern bis hin zu einer Spaltung in zwei Fachgesellschaften. Die Aufnahme der Psychotherapie in die allgemeine ärztliche Versorgung machte aber zwangsläufig eine pragmatische Zusammenarbeit nötig, in der die verschiedenen Gruppen sich auf die in der Versorgung relevanten Psychotherapieverfahren einigen mussten. Eine solche (erste) Einigung fand 1967 mit der Verabschiedung der »Psychotherapie-Richtlinien« statt

(► Kap. 23). Vor dem Hintergrund der breiten klinischen und wissenschaftlichen Erfahrungen des 1946 gegründeten Zentralinstituts für Psychogene Erkrankungen in Berlin und entsprechender Wirksamkeitsnachweise (Dührssen 1962; Dührssen u. Jorswieck 1965) wurden die analytische Psychotherapie (d. h. eine psychoanalytische Behandlung mit der Frequenz von 2–3 Stunden/Woche) sowie eine Reihe psychoanalytisch orientierter Behandlungsverfahren in die allgemeine Versorgung aufgenommen und damit kostenpflichtige Leistungen. Unter dem von Theodor Winkler vorgeschlagenen Begriff »tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie« wurden unterschiedliche psychodynamische Therapieverfahren zusammengefasst, u. a. die dynamische Psychotherapie, Fokal- und Kurztherapien, die niederfrequente Therapie in einer längerfristigen, Halt gewährenden therapeutischen Beziehung, um nur die Wesentlichen zu nennen. Bei diesen Verfahren handelt es sich um Entwicklungen und Konzeptualisierungen, die sich insbesondere mit den Namen Schultz-Hencke, Dührssen,


**Tab. 1.1.** Kurze Übersicht über die historische Entwicklung psychodynamischer Psychotherapieverfahren

1895–1915	Entwicklung der psychoanalytischen Behandlungsmethode durch Freud
1911–1915	Kodifizierung der Behandlungstechnik durch Freud in den <i>Technischen Schriften</i>
1918	Budapester Kongress Erweiterung der <i>Technischen Schriften</i> mit der Tendenz, den Stand der »Therapie zu revidieren... und Ausschau zu halten, nach welchen neuen Richtungen sie sich entwickeln könnte«
1924	Ferenczi u. Rank: <i>Entwicklungsziele der Psychoanalyse</i> Dadurch ausgelöst, ein jahrzehntelanger Konflikt innerhalb der psychoanalytischen »community« (klassische Einsichtstherapie mit weit gehender Beschränkung auf Übertragungsdeutungen vs. emotionale Neuerfahrung)
1946	Alexander u. French: <i>Psychoanalytic therapy</i> Beginn der sehr kontroversen Diskussion um psychodynamische Psychotherapieverfahren
1953	Fundamentalistische Gegenentwicklung mit Festlegung von »Psychoanalyse« auf die »normative Idealtchnik« (Eissler)
1957	Alexander: <i>Psychotherapy and psychoanalysis</i> Betonung der therapeutischen Bedeutung psychodynamischer Behandlungsverfahren gegenüber der in ihrem therapeutischen Wert begrenzten Psychoanalyse
Nachfolgend	Entwicklung und Ausdifferenzierung unterschiedlicher psychodynamischer Therapieverfahren Wirksamkeitsprüfungen von psychodynamischen Psychotherapieverfahren
Seit den 1950er-Jahren	Im deutschsprachigen Raum weit gehend unabhängige Entwicklung vergleichbarer (modifizierter) Behandlungsverfahren (Schultz-Hencke, Dührssen, Faber u. Haarstrick, Heigl-Evers u. Heigl, Hoffmann, u. a.) Ein Teil dieser Verfahren würde unter dem Begriff tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie zusammengefasst
2005	Der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie nach § 11 PsychThG bestätigt aufgrund der vorliegenden Datenlage die Wirksamkeit der psychodynamischen Psychotherapieverfahren für die meisten der überprüften Indikationen

PsychThG Psychotherapeuten-Gesetz.

Faber u. Haarstrick, Heigl-Evers u. Heigl sowie Hoffmann verbinden.

Der Begriff tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, seinerzeit als pragmatischer Kompromiss vorgeschlagen, hat sich international nicht eingebürgert. Mittelfristig wird man hier sicherlich auch in Deutschland den allgemein gebräuchlichen Begriff »psychodynamische Psychotherapien« benutzen – nicht nur, um den wissenschaftlichen Austausch zu erleichtern, sondern auch als Möglichkeit, Behandlungsverfahren zu integrieren, die durchaus auch auf psychodynamischen Konzepten fußen. Nur so kann auf die Dauer eine unübersichtliche Zersplitterung in eine große Gruppe »eigenständiger« Psychotherapierichtungen vermieden werden. Ein gutes Beispiel für eine solche Entwicklung könnte die Verhaltenstherapie sein, die nicht jede neue Entwicklung als »Deviation« ausgestoßen hat und unter ihrem Namen sehr unterschiedliche Behandlungsverfahren integrieren konnte.

Abschließend soll  Tab. 1.1 noch einmal die historische Entwicklung bis hin zu den psychodynamischen Psychotherapieverfahren zusammenfassen.

Bei einer unvoreingenommenen Betrachtung der historischen Entwicklung der Psychoanalyse und der psychoanalytisch orientierten Behandlungsverfahren lässt sich mit Fürstenau (1979) und Hoffmann (1992) Folgendes festhalten: Keines der heute praktizierten psychoanalytischen oder psychoanalytisch orientierten Behandlungsverfahren kann konzeptuell als »Stammutter« der anderen Verfahren gelten; vielmehr haben sich alle im Sinne »gleichberechtigter Geschwister« – wenn auch zu unterschiedlichen Zeitpunkten »geboren« – entwickelt. Insbesondere kann die hochfrequente Langzeitpsychoanalyse nicht als »Basisverfahren« verstanden werden, aus der sich die anderen Behandlungsmethoden als Ableitungen oder Varianten entwickelt hätten. Letztere Auffassung wäre auch historisch falsch, da Freud zwar hochfrequent behandelt hat, seine Behandlungen aber in der Regel einen Zeitraum von nur wenigen Monaten bis zu einem Jahr umfasst haben (vgl. Cremerius 1981).

### 1.3 Gemeinsame Charakteristika von psychodynamischen Psychotherapieverfahren im Vergleich zur Psychoanalyse

In der folgenden Übersicht wollen wir auf einige gemeinsame Charakteristika der psychodynamischen Psychotherapieverfahren in Gegenüberstellung zur Psychoanalyse eingehen. Wir beschränken uns dabei auf

wesentliche Aspekte. Die Darstellung der einzelnen psychodynamischen Behandlungsverfahren erfolgt in den entsprechenden Kapiteln eingehender; hier werden die jeweiligen Besonderheiten ausführlicher berücksichtigt.

Psychodynamische Psychotherapien unterscheiden sich von der klassischen Psychoanalyse insbesondere im **Behandlungssetting**: Die Behandlungen finden im Gegeüber sitzen statt. Die Dauer der Behandlung, in Stunden gerechnet, ist deutlich kürzer als bei der klassischen Psychoanalyse; sie schwankt zwischen wenigen Stunden und 50–80 Sitzungen, selten mehr als 100 Sitzungen.

Zwischen Psychoanalyse und psychodynamischen Psychotherapieverfahren zeigen sich deutliche Unterschiede in der notwendigen **Behandlungsdauer**. Die nicht in die allgemeine Versorgung aufgenommene klassische Psychoanalyse wird tendenzlos und ohne vorher festgelegte Begrenzung durchgeführt. Ihre Zielsetzung ist offen. Die analytische Psychotherapie als Anwendungsform der Psychoanalyse – so wie sie in Deutschland in die allgemeine Versorgung aufgenommen worden ist – hat in der Regel eine mehrjährige Behandlungsdauer. Die notwendige Stundenzahl schwankt zwischen 160 und 240 Stunden; in Ausnahmefällen werden mehr Leistungen benötigt.

Demgegenüber sind die psychodynamischen Psychotherapien deutlich weniger aufwändig. Allerdings muss man hier bei den einzelnen Verfahren noch einmal zwischen der erforderlichen Stundenzahl und der Dauer der Behandlung, gemessen in Monaten oder Jahren, unterscheiden. Es gibt durchaus Behandlungen mit 50–80 Sitzungen (in Ausnahmefällen auch 100), in denen aufgrund ihrer niederfrequenten Vorgehensweise dem Patienten ein einer psychoanalytischen Behandlung vergleichbarer Entwicklungszeitraum ermöglicht wird (► Kap. 5). Demgegenüber gibt es auch ausgesprochene Kurzzeitbehandlungen (► Kap. 8). Der Begriff Kurzzeitpsychotherapie wird allerdings hinsichtlich der Dauer sehr unterschiedlich verstanden. In den Vereinigten Staaten gilt ein Umfang von wenigen Sitzungen als obere Grenze einer Kurzzeitpsychotherapie. Dagegen werden im deutschen Versorgungssystem für Kurzzeitbehandlungen immerhin 25 Sitzungen finanziert – ein Umfang, der im amerikanischen Versorgungssystem oft nicht einmal für Langzeitbehandlungen zur Verfügung steht.

Wissenschaftliche Überprüfungen über die für einen Behandlungserfolg notwendige Behandlungsdauer zeigen durchaus interessante Ergebnisse, die insbesondere für psychodynamische Psychotherapien mittlerer Behandlungsdauer sprechen (vgl. Crits-Christoph 1992; Rudolf 1991; Rudolf et al. 1994; Leichsenring et al. 2004; Tschuschke u. Kächele 1996). Dabei reicht bei vielen Pa-



tienten eine mittlere Behandlungsdauer von 50–80 Sitzungen durchaus aus, um zufrieden stellende Behandlungsergebnisse zu erreichen. Allerdings gibt es auch Patienten, die zur Erreichung eines solchen Zieles mehr Stunden benötigen. Ausgehend von einer Studie von Howard et al. (1986) spricht man im Hinblick auf die notwendige Behandlungsdauer (gemessen in der Anzahl der Sitzungen) von einer Dosis-Wirkungs-Beziehung: d. h. längere Behandlungen bewirken mehr – allerdings nimmt der Zuwachs an Gewinn (»benefit«) bei längeren Behandlungen kontinuierlich ab und nähert sich dann irgendwann Null. Diese aus der Studie von Howard et al. abgeleitete Modellvorstellung steht gegenwärtig im Mittelpunkt der Diskussion um die notwendige Behandlungsdauer bei Psychotherapien.

#### Exkurs

Allerdings ist bei der Diskussion der Dosis-Wirkungs-Beziehungen vor einer falschen Interpretation der Ergebnisse von Howard et al. (1986) zu warnen: Die gefundenen Ergebnisse machen nur eine Aussage darüber möglich, wie viel Prozent der untersuchten Patienten nach wie viel Sitzungen bezogen auf die entsprechende Definition als »gebessert« bezeichnet werden können. So ergab sich z. B. bei der zitierten Untersuchung für 75% aller Patienten eine Besserung nach bereits 26 Sitzungen, für 80% (d. h. weitere 5%) aber erst nach insgesamt 52 Sitzungen. Das heißt: Die Gruppe der Patienten, die eine längere Behandlungsdauer benötigen, nimmt logarithmisch ab; es gibt aber diese Gruppe von Patienten!

Die Ergebnisse von Howard et al. werden vielfach in dem Sinne falsch interpretiert, als hier ein Zuwachs an Besserung beim einzelnen Patienten (falsch!) mit dem Zuwachs an gebesserten Patienten (richtig!) verwechselt wird (vgl. hierzu auch die Anmerkungen von B. Rüter 1996). Auch wenn in jedem Fall berücksichtigt werden muss, dass es Patienten mit längerer Behandlungsbedürftigkeit gibt, so kann dies aber in keinem Fall für alle Patienten gelten. Insbesondere gilt nach wie vor die Feststellung von Hoffmann (1983), dass es »im gesamten Feld der Psychotherapieforschung bis heute keinen Hinweis gibt, dass sehr lange Behandlungen bessere Erfolge hätten als mittelfristige, und dass hochfrequente Therapien besser wirkten als niederfrequente...« (S. 184).

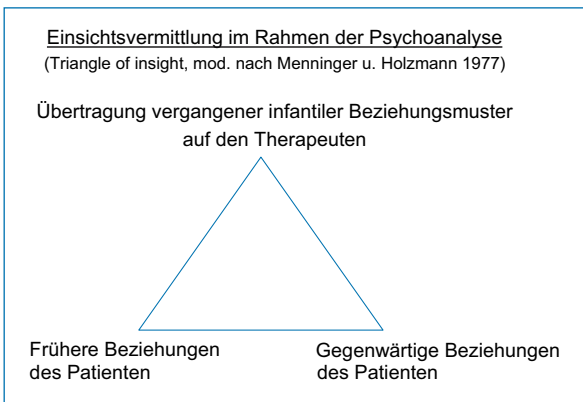
Die im deutschsprachigen Bereich seinerzeit sehr wichtigen Grundlagenuntersuchungen von Dührssen (1962) und Dührssen u. Jorswiek (1965), die zur Ein-

führung psychoanalytisch orientierter Behandlungsverfahren in die allgemeine Versorgung geführt haben, bezogen sich auf Behandlungen mit einer Dauer von 2–3 Jahren und einem Umfang von 150 bis maximal 200 Sitzungen.

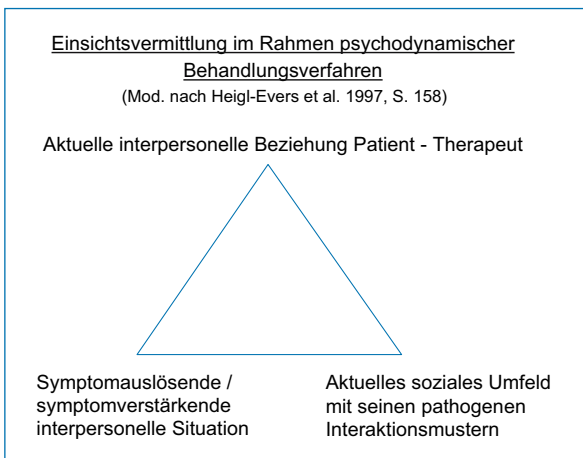
! Bei der Frage der notwendigen **Behandlungsfrequenz** sollte wichtige Leitschnur sein: Kann der Patient – selbstverständlich unter Assistenz des Therapeuten – ein inneres Thema auch über zeitliche Distanz wieder aufnehmen, und bleibt dieses Thema zwischen den Stunden präsent?

Die Dosis der Behandlung in Stunden ist natürlich in jedem Fall auch eine den Kostenträger interessierende ökonomische Frage. Denn zumindest im Rahmen der gesetzlichen Krankenkassen müssen für jede medizinische Behandlung deren Notwendigkeit und Zweckmäßigkeit ausgewiesen werden (► Kap. 23). Was bei der Diskussion über die notwendige Behandlungsdauer von Psychotherapien häufig ausgeblendet wird, ist ein anderer Aspekt: Nicht nur die Kostenträger haben ein Interesse an einer »sinnvollen und zweckmäßigen« Behandlung, auch der Patient selbst hat ein Anrecht darauf, Hilfe durch das Behandlungsverfahren zu bekommen, das nicht nur nachweislich wirksam ist, sondern in einem angemessenen Zeitraum zum Ziel führt. Denn eine psychotherapeutische Behandlung, die in einem sehr intensiven Prozess die psychische Energie eines Menschen bindet, kann von einem bestimmten Zeitpunkt an auch verhindern, dass diese Energie zur eigenständigen Meisterung des Lebens zur Verfügung steht (vgl. Rüter 1990). Auch wenn ökonomische Interessen der Versicherungsgemeinschaft die Rahmenbedingungen für Psychotherapien mitbestimmen, muss in der Behandlung des einzelnen Patienten dessen persönliche »Ökonomie« im Vordergrund stehen; und diese wird auch durch die Endlichkeit der Zeit und die Gesetzmäßigkeiten im phasenhaften Ablauf unseres Lebens bestimmt.

Während der **Gegenstand der therapeutischen Arbeit** bei der Psychoanalyse die Ebene intrapsychischer Konflikte ist, ist dies bei den psychodynamischen Psychotherapien die Ebene psychosozialer Konflikte. In der Psychoanalyse konstellierte sich durch das regressive Setting bewusst angestrebt eine **Übertragungsneurose**, in der sich die infantilen Konfliktkonstellationen wiederbeleben. Die Vermittlung von **Einsicht** (»insight«) zeigt sich dabei nach Menninger u. Holzmann (1973) in einem Dreieck, das in seinen Eckpunkten durch die Übertragung auf den Therapeuten, ferner durch die gegenwärtigen und schließlich die früheren Beziehungen des Patienten gekennzeichnet ist (vgl. Heigl-Evers et al. 1997,



■ **Abb. 1.1.** Einsichtsvermittlung im Rahmen der Psychoanalyse



■ **Abb. 1.2.** Einsichtsvermittlung im Rahmen psychodynamischer Behandlungsverfahren

S. 158). Dagegen vermitteln sich im Bereich der psychodynamischen Psychotherapien entsprechende Einsichten über das Triangel der symptomauslösenden oder symptomverstärkenden interpersonellen Situation, durch das zugehörige soziale Feld mit seinen pathogenen Interaktionsmustern sowie durch die aktuelle interpersonelle Beziehung Patient-Therapeut (Heigl-Evers et al. 1997). Damit spielt die **aktuelle psychosoziale Situation** des Patienten gegenüber der Psychoanalyse bei den psychodynamischen Psychotherapien eine sehr viel wichtigere Rolle (■ Abb. 1.1 und 1.2).

Die **therapeutische Regression** ist weniger tief und nicht, wie bei der Psychoanalyse, auf die Erreichung eines infantilen Organisationsniveaus gerichtet, indem sich in der psychoanalytischen Situation frühe Traumata und Abwehrkonfigurationen neu konstellieren und damit bearbeitbar werden sollen. Die psychodynamischen Behandlungsverfahren gehen dagegen von den relevanten aktuellen psychosozialen Konflikten sowie ihren dazugehörigen habituellen Lösungsmustern aus und

machen diese pathologischen Kompromissbildungen zum Gegenstand ihrer Arbeit.

Auch der Umgang mit dem **Unbewussten** ist in beiden Verfahren unterschiedlich: Während sich die Psychoanalyse nach Sandler u. Sandler (1985) vornehmlich mit dem »Vergangenheitsunbewussten« befasst, zentrieren sich psychodynamische Psychotherapieverfahren überwiegend auf das »Gegenwartsunbewusste«. Das Gegenwartsunbewusste bezieht sich auf das Hier und Jetzt und beinhaltet die gegenwärtigen Kompromissbildungen (z. B. in Partnerschaft und sozialem Umfeld). Als »zweite Zensur« ist das Gegenwartsunbewusste insbesondere auf die »Vermeidung von Beschämung, Verlegenheit und Demütigung ausgerichtet« (Heigl-Evers et al. 1997, S. 159). Die psychodynamischen Behandlungsverfahren fokussieren demzufolge auf die gegenwärtigen (pathologischen) Kompromissbildungen des Patienten, die direkt an seinen aktuellen Beziehungskonflikten ablesbar sind. Diese haben zwar auch ihre biographische Vorgeschichte. Die Arbeit beginnt aber in der Gegenwart und ist damit für den Patienten sehr viel rascher, auch im Hinblick auf positive Änderungsbemühungen, umzusetzen.

! Psychodynamische Psychotherapieverfahren »holen« den Patienten dort ab, wo er unmittelbar leidet und Hilfe sucht – nämlich in seiner unmittelbaren Gegenwart.

Das ist wahrscheinlich mit einer der großen Stärken dieser Behandlungsverfahren gegenüber der Psychoanalyse und hat möglicherweise mit zu ihrer oben erwähnten Überlebensfähigkeit beigetragen. Die besondere Berücksichtigung der aktuellen Situation des Patienten erlaubt auch, die Sekundärfolgen psychischer Fehlentwicklungen hinreichend zu berücksichtigen, die nach Schultz-Hencke (1951) oft einer gesunden Entwicklung mehr im Wege stehen als die zugrunde liegenden Störungen selbst.

Hinsichtlich ihrer **Zielsetzung** sind psychodynamische Behandlungsverfahren oft auf **Teilziele** ausgerichtet. Darunter ist allerdings keine Beschränkung auf Vordergründiges zu verstehen; vielmehr gilt es, den zentralen Fokus oder das zentrale Thema des Patienten zu finden, dessen Bearbeitung eine günstige Gesamtentwicklung in Gang setzen kann. Diese Teilziele müssen in einem gründlichen diagnostischen Prozess herausgearbeitet und ggf. im Laufe einer Behandlung modifiziert werden. Sie können, z. B. bei neurotischen Patienten, in der Bearbeitung des wesentlichen Konfliktfokus oder zentraler repetitiver Beziehungsmuster liegen.

Bei Persönlichkeitsstörungen, denen ja keine Konfliktpathologie, sondern eine Strukturpathologie zugrun-

de liegt, ist ein konfliktzentriertes Vorgehen nicht möglich. Hier geht es im Rahmen der psychodynamischen Psychotherapien langfristig um eine Änderung von Ich-Funktionen und pathologischen Objektbeziehungsmustern. Dabei ist das Angebot eines ausreichend guten Objektes, »das zur Verinnerlichung einlädt« (Heigl-Evers et al. 1997, S. 170) von großer Bedeutung. Verschiedene Vorgehensweisen stehen hier zur Verfügung, wie z. B. die psychoanalytisch interaktionelle Einzeltherapie (► Kap. 6). Für die Bearbeitung Ich-syntoner Haltungen und sich insbesondere im Interaktionellen manifestierende Pathologien können psychodynamische Behandlungen im Gruppensetting sinnvoll sein (► Kap. 11). Schließlich sind ggf. psychodynamisch orientierte familientherapeutische Ansätze dann indiziert, wenn sich – insbesondere bei Heranwachsenden – der pathogene Hintergrund einer Erkrankung vornehmlich in interpersonellen Pathologien im Rahmen eines familiären Netzwerkes manifestiert (► Kap. 10). Eine umfassendere Darstellung der strukturbezogenen Psychotherapie findet sich bei Rudolf (2004) sowie in diesem Buch im ► Kap. 21 (ebenfalls von Rudolf).

Auch wenn die psychodynamischen Behandlungskonzepte auf mit der Psychoanalyse vergleichbaren anthropologischen Grundüberzeugungen fußen, so scheint ihre **gemeinsame Philosophie** doch insgesamt optimistischer zu sein: Sie stützen sich bei ihrem therapeutischen Vorgehen durchaus auch auf gesunde Anteile des Patienten und erwarten eine nachhaltige Besserung nicht erst bei einer vollständigen psychoanalytischen Bearbeitung aller wesentlichen pathogenen Konflikte und Strukturanteile des Patienten. Vielmehr ist es hier das Ziel, »den psychodynamischen Dreh- und Angelpunkt zu finden, über den eine förderliche Gesamtentwicklung in Gang gesetzt werden kann, und den therapeutischen Ansatzpunkt zu wählen, der am geeignetsten ist, delitäre Zirkelprozesse zu durchbrechen« (Fürstenau 1985; Rüger 1997, S. 273). Das breite Spektrum psychodynamisch-orientierter Behandlungsverfahren ermöglicht damit eine Behandlungsplanung unter Berücksichtigung der individuellen seelischen, körperlichen und sozialen Situation des einzelnen Patienten im Sinne einer **adaptiven Indikation**. Demgegenüber wurde früher sehr häufig im Sinne einer **selektiven Indikation** eher die umgekehrte Frage gestellt: Ist der Patient für das vom Therapeuten vorgehaltene Verfahren (z. B. Psychoanalyse) geeignet?

Auf die **Behandlungstechnik** der psychodynamischen Psychotherapien wird in den einzelnen Kapiteln ausführlicher einzugehen sein. Im Vergleich zur klassischen Psychoanalyse spielen bei diesen Verfahren in der

Regel Deutungen eine (relativ) geringere Rolle gegenüber themenbestimmenden (fokussierenden) oder klärenden Fragen bzw. Verdeutlichungen (Klarifizierungen; vgl. u. a. Reimer et al. 2000).

Zumindest im Einzelsetting unterscheiden sich für den Patienten äußerlich psychodynamische Psychotherapien oft zunächst gar nicht von einem guten ärztlichen Gespräch. Ihre psychoanalytische Herkunft wird aber durch die **dialogische Gestalt der Gespräche** rasch deutlich. Diese haben nach Rudolf (2000c, S. 408 f.) meist etwa folgende typische Abfolge, die an dieser Stelle nur sehr verkürzt wiedergegeben werden kann:

Der Patient beginnt mit seinem subjektiven Befinden, mit seinen aktuellen Sorgen und Problemen. Der Therapeut hört Anteil nehmend zu, und der Patient fühlt sich in seinen Kümernissen angenommen. Meist geht dieser Bericht mit einem Narrativ (d. h. einer typischen Geschichte aus der gegenwärtigen Lebensrealität) einher. Davon ausgehend, wird im weiteren Gespräch das berichtete Ereignis im Hinblick auf zugehörige, ggf. auch abgewehrte Affekte, untersucht (Förderung der Introspektion). Auf der Ebene psychosozialer Konflikte wird das Verständnis dafür gefördert, was der Patient in anderen auslöst und welche Antwort er hervorruft. Hierbei wird insbesondere auch die aktuelle therapeutische Interaktion (Wahrnehmung von Beziehungsrealität) berücksichtigt. Das Ganze geschieht mit einem Rückbezug auf biographische Vorerfahrungen (Reflexion). Im zeitlichen Längsschnitt werden dann gleichartige Berichte (Narrative) mit dem Ziel einer **Neuorientierung** durchgearbeitet. Es handelt sich hier, wie bereits angemerkt, um eine sehr verkürzte Darstellung. Eine eingehendere Beschreibung findet der Leser u. a. im ► Kap. 5.

Das im Gegensatz zur Psychoanalyse flexiblere Behandlungsarrangement bei den psychodynamischen Behandlungsverfahren ermöglicht ihre Durchführung auch in Kombination mit anderen Behandlungen, z. B. Pharmakotherapie, sozialtherapeutischen Behandlungsverfahren etc. Bei solchen **Kombinationsbehandlungen** muss allerdings ein Gesamtbehandlungsplan erhalten bleiben, um die Gefahr einer eklektizistischen Polypragmasie zu vermeiden (vgl. Rüger 1979, 1981a; ► Kap. 25).

Psychodynamische Psychotherapieverfahren haben ein breites **Indikationsspektrum**. Bei allen psychischen Störungen, deren Entstehung einen psychodynamischen Hintergrund hat oder deren Verlauf durch psychodynamische Faktoren mitbestimmt wird, kommt ein Behandlungsverfahren aus der Gruppe der psychodynamischen Psychotherapien infrage. Die Wahl des jeweiligen Verfahrens wird dabei durch das Krankheitsbild und die aktuelle Lebenssituation des Patienten mitbestimmt, ins-

besondere aber auch durch die Zielsetzung der Behandlung.

Die meisten psychodynamischen Behandlungsverfahren lassen sich flexibel den jeweiligen Belastungsmöglichkeiten des Patienten anpassen. Aus diesem Grunde gibt es keine eigentlichen **Kontraindikationen**. Allerdings können psychodynamische Psychotherapieverfahren in manchen Fällen unzweckmäßig sein: In bestimmten Fällen erfordert die erfolgreiche Bearbeitung des einem Krankheitsbild zugrunde liegenden pathogenen Hintergrunds einen hinreichenden regressiven Prozess. In einem solchen Fall ist eher eine analytische Psychotherapie indiziert, um die für den betreffenden Patienten bedeutsamen Erlebnisformen zu erreichen (Dührssen 1972, S. 124 f.). Auf der anderen Seite kann eine psychodynamische Behandlung im Einzelfall auch – gewiss oft durch den Patienten mitgesteuert – zu dirigistisch verlaufen und entspräche dann eher einer Beratung. Insofern eine solche indiziert ist, sollte sie auch so bezeichnet werden. Allerdings ist der Übergang hier fließend, und inzwischen hat sich die Konzeptualisierung einer »supportiven Psychotherapie« als sinnvoll erwiesen (► Kap. 12).

Allerdings wird gerade aufgrund der höheren Aufwändigkeit einer analytischen Psychotherapie gegenüber psychodynamischen Behandlungsverfahren die **Differenzialindikation** immer kritisch zu erörtern sein. Dabei ist nach Rudolf u. Rüter (2001, S. 216) vorab zu klären:

- Welches Therapieziel kann mit
- welcher therapeutischer Methode in
- welchem Zeitaufwand
- unter Berücksichtigung der Ausgangslage des Patienten erreicht werden?

## 1.4 Theorie psychodynamischer Behandlungsverfahren

Psychodynamische Psychotherapien fußen auf den zentralen Grundannahmen einer psychoanalytischen Krankheitslehre und Persönlichkeitstheorie. Diese bereits eingangs getroffene Feststellung ist zweifelsohne richtig, aber sehr allgemein. Eine solche Beschreibung würde die Kennzeichnung psychodynamischer Psychotherapieverfahren als »Anwendungen der Psychoanalyse« zulassen und sogar die alte Definition von Eissler (1950) erfüllen. Danach kann jede Technik als psychoanalytisch bezeichnet werden, wenn sie mit therapeutischen Mitteln strukturelle Veränderungen der Persönlichkeit anstrebt, »ganz gleichgültig, ob sie tägliche oder unregel-

mäßige Gespräche notwendig mache, und ob sie die Couch benötige oder nicht« (zit. und übers. nach Cremerius 1993, S. 218). Die Betonung der gemeinsamen Wurzeln lassen in diesem allgemeinen Verweis Besonderheiten aber zu kurz kommen. Wir kehren darum noch einmal zum »triangle of insight« zurück (► oben). Für die psychodynamischen Behandlungsverfahren wird hier auf den ersten Blick die **Bedeutung der aktuellen Lebensrealität** sichtbar – insbesondere auch für den diagnostischen Prozess und daraus abzuleitende therapeutische Folgerungen. Hierzu fehlt, nach wie vor, ein übergreifendes theoretisches Modell. Ansätze zu einem solchen sollen im folgenden Abschnitt skizziert werden.

### 1.4.1 Ansätze zu einem psychodynamischen Konzept der sozialen Lebensrealität

Nach dem psychodynamischen Konzept sind psychische Erkrankungen als Folge aktueller Auslöser/Belastungen vor dem Hintergrund einer vorangegangenen Lebensentwicklung zu verstehen. Dabei geht in einer bestimmten Situation eine bis dahin bestehende relative Lebensbalance verloren – mit Krankheit als Folge.

! Ohne das Verständnis der aktuellen Lebenssituation und ihres psychodynamischen Hintergrunds kann weder das Zustandekommen der Erkrankung hinreichend verstanden noch eine sinnvolle Behandlungsplanung entwickelt werden.

Die aktuelle Lebenssituation eines Menschen ist immer als Folge unterschiedlicher vorangegangener Prozesse zu verstehen, bei der äußere und innere Bedingungen wesentlich beteiligt sind. Dabei lassen sich zwei ineinander greifende Mechanismen unterscheiden:

- Zunächst versucht jeder Mensch seine äußere Realität, insbesondere sein soziales Umfeld, nach dem Muster seiner inneren Objektbeziehungen zu gestalten. Dies kann in einem Fall günstig, im anderen Fall eine ungünstigere Konstellation zur Folge haben (► nachfolgendes Fallbeispiel).
- Darüber hinaus verfügen Menschen über unterschiedliche adaptive Möglichkeiten an vorgegebene Umweltbedingungen, je nach dem Reifegrad ihrer Ich-Funktionen. Dabei können z. B. auf die äußere Realitätsprüfung bezogene Abwehr- und Copingmechanismen, wie etwa Vermeiden oder Realitätsverleugnung, die adaptiven Fähigkeiten eines Menschen sehr beeinträchtigen.

Beide Mechanismen sind eng miteinander verbunden. Abwehr- und Bewältigungsmanöver können nie losgelöst von der jeweiligen belastenden inneren und äußeren Situation gesehen werden. Es gibt Traumata, wie z. B. eine schwere vitale Bedrohung, die keine »gesunde« Bewältigung im Sinne einer reifen Adaptation zulassen. Der Erhalt einer relativen innerpsychischen Balance und situationsangemessenen Handlungsfähigkeit bleibt dann oft nur durch »unreife« Bewältigungsformen gewährleistet, wie z. B. massive Verleugnung der eigenen Gefährdung und starke Affektisolierung.

Schließlich sind die jeweils objektiven sozialen Ressourcen zu berücksichtigen. Hierbei sind noch einmal äußere Konstellation (z. B. Arbeitsmarkt) von den inneren Bedingungen (Fertigkeiten) zu unterscheiden. Darüber hinaus haben »objektive Folgen« neurotischer Lebensentscheidungen ein erhebliches Gewicht, z. B. Verschuldungen, objektive Defizite bei beruflichen Fertigkeiten im Rahmen eines chronischen Vermeideverhaltens etc. Auf solche gravierende Sekundärfolgen neurotischer Entwicklung hatte Schultz-Hencke bereits 1927 hingewiesen. (Zum Stand der aktuellen psychoanalytischen Diskussion zum Konzept der psychischen Realität vgl. Schwaber 2000).

## 1.4.2 Interdependenz innerer und äußerer Realität aus psychodynamischer Sicht

### Zwei Fallvignetten

Die beiden folgenden Fallbeispiele sollen noch einmal die Interdependenz dieser skizzierten Prozesse verdeutlichen. Wir stellen dabei einen Patienten mit einer Neurose und einen zweiten Patienten mit einer Persönlichkeitsstörung vor; denn bei Patienten mit einem reiferen Strukturniveau (Neurosen) und solchen mit einer strukturellen Störung spielt die »äußere Realität« eine sehr unterschiedliche Rolle hinsichtlich des Erhalts bzw. des Verlustes der innerpsychischen Balance.

#### Fallbeispiel 1

Bei dem 48-jährigen Verwaltungsbeamten, der wegen einer depressiven und funktionellen Symptomatik in Behandlung kam, war es zu einer krisenhaften Zuspitzung im Rahmen einer Trennungsproblematik gekommen. Er war von den Trennungsabsichten seiner Frau völlig überrascht worden und fühlte sich »am Boden zerstört«. Im ersten Teil der Behandlung



#### Exkurs

Dass Menschen sich an vorgegebene Umweltbedingungen mehr oder weniger gut anzupassen verstehen, müssen wir an dieser Stelle nicht weiter ausführen. Anders sieht es möglicherweise mit der Überlegung aus, dass Menschen ihre äußere Realität, ihr soziales Umfeld, nach dem Muster innerer Objektbeziehungen gestalten. Warum etwa sollte ein Mensch strenge eigene Gewissensanforderungen in seiner Umwelt reinszenieren, etwa, indem er eine Situation aufsucht, in der er bei Fehlern hart bestraft wird? Und, weiter fragend: Was eigentlich sehen wir als »äußere Realität« an? Entsteht unsere Wirklichkeit nicht erst mit der – notwendigerweise durch unsere Vorerfahrungen geprägten – Wahrnehmung von Sinnesreizen, sodass wir die Annahme einer »äußeren Realität« als Fiktion betrachten müssen?

Wir möchten hier auf erkenntnistheoretische Überlegungen (z. B. Reed 1995) und auf Verbindungen zur Neurophysiologie und biologischen Gedächtnisforschung hinweisen, ohne diese Diskussion nachzuzeichnen (► Kap. 2). Aus klinischer Sicht lässt sich ein Bedürfnis nach »Familiarität« beschreiben, das ein Motiv zur Wiederherstellung auch unangenehmer oder leidvoller »äußerer Realität« nach dem Muster der früher erlebten inneren Wirklichkeit darstellt. Über die

Mechanismen der »projektiven Identifizierung« (vgl. z. B. König 1992) wird »Familiarität« in sozialen Interaktionen aktiv hergestellt. Übertragungsauslöser in der »äußeren Realität« können aus der begrenzten Anzahl von Mustern des Erlebens und Verhaltens (»states of mind«; Horowitz 1979) eines Menschen ein bestimmtes Muster auslösen, das dann die weitere Wahrnehmung der sozialen Situation bestimmt.

Einen Gegenpunkt zu diesem Wunsch nach der Wiederholung von Vertrautem stellt die Suche nach neuen erregenden Erfahrungen dar. Dies entspricht dem bei allen Menschen normalerweise anzutreffenden Neugierverhalten, das nach Darwin primäre Motivation menschlichen Verhaltens überhaupt ist (vgl. Bräutigam 2005, S. 221)

Auf die therapeutische Situation bezogen, haben hier Weiss u. Sampson (1986) das Konzept des unbewussten Plans von Patienten entwickelt. Danach versuchen diese in ihrer Psychotherapie bei der Wiederholung von leidvollem Vertrautem, mithilfe ihrer Therapeuten neue andersartige Erfahrungen zu machen – ein Modell, wie es Michael Ende in seiner Erzählung von *Jim Knopf und Lukas der Lokomotivführer* treffend für die Figur des Drachen Frau Mahlzahn beschrieben hat.

standen die Auseinandersetzungen über das gemeinsam erbaute Haus, das Sorgerecht um die beiden Kinder, die Klärung der gegenseitigen finanziellen Verpflichtungen ganz im Vordergrund sowie darüber hinaus der Umzug des Patienten an den Ort seines Arbeitsplatzes. Der Umgang des Patienten mit den anstehenden Problemen war insbesondere durch eine hochgradige Ungeduld und leichte Kränkbarkeit geprägt. Darüber hinaus neigte er zum raschen aggressiven Aufbrausen mit nachfolgender reaktiver Nachgiebigkeit, die sich z. T. auch im Rahmen der Scheidungsauseinandersetzungen für ihn ökonomisch nachteilig auswirkte. Seine vorwurfsvolle Ungeduldigkeit wurde auch in der therapeutischen Beziehung deutlich: Klärungen verstand er zunächst häufig als »Tipps«, setzte diese auf seine Weise um. Entsprechende Misserfolge berichtete er dann – ohne dies selbst zu bemerken – mit deutlich vorwurfsvollem Ton.

Nachdem dieses Beziehungsmuster innerhalb der therapeutischen Situation bearbeitet werden konnte, ließ sich dann auch sein entsprechendes neurotisches Verhalten im Umgang mit Realproblemen verdeutlichen. Hier gelang es jetzt, sich entwickelnde Teufelskreise zu unterbrechen, z. B. seinen Anteil an der schwierigen Interaktion mit den heranwachsenden Kindern und deren Autonomie (und ökonomische!) Bedürfnisse zu verdeutlichen.

In diesem Fall waren zunächst die auftauchenden realen Probleme Folge einer vollzogenen Trennung. Der Umgang mit diesen Problemen war aber hochgradig neurotisch und hätte ohne entsprechende therapeutische Bearbeitung zu nachhaltigen sekundären Realfolgen, aber auch zu sich verhärtenden ungünstigen Beziehungsmustern innerhalb der Ursprungsfamilie geführt, die ihrerseits wieder die Lebensrealität des Patienten sehr nachteilig geprägt hätten.

Eine eingehendere Darstellung dieses Behandlungsfalles erfolgt im ► Abschn. 5.4.

Die kurze Fallskizze sollte an dieser Stelle nur Folgendes zeigen: Neurotische Menschen mit einem höheren Strukturniveau gehen mit der Realität entsprechend ihrer (neurotischen) Persönlichkeit um. Die sich im Laufe einer Lebensgeschichte konstellierte Realität ist aber – anders als bei den Persönlichkeitsstörungen – nicht Ausdruck einer interpersonellen Pathologie, sondern allenfalls Folge neurotischer Fehlentscheidungen, bisweilen auch eines neurotischen Vermeidungsverhaltens oder Lebensarrangements. Dies kann allerdings nachhaltige Folgen haben. Wir beobachten das z. B. häufig, wenn ein

ängstliches Vermeiderverhalten dazu führt, anstehende Lebensentscheidungen nicht zeitgerecht treffen zu können; stattdessen wird eine Art Nischenarrangement gewählt, ohne deren zeitliche Begrenztheit richtig einzuschätzen (Realitätsverleugnung), bis dann durch an sich absehbare Änderungen der äußeren Realität die bisherige Lebensbalance nachhaltig gestört wird.

Dabei stellt in der Regel nicht die objektive Situation als solche das Pathologische dar, sondern der Umgang damit. So ist z. B. die Position des »zweiten Mannes« bei einem sehr väterlichen Chef noch nicht als solches pathologisch, allenfalls die Ausblendung der Endlichkeit einer solchen Beziehung.

Im Vergleich zu den neurotischen Störungen zeigen die strukturellen Störungen im Umgang mit der Realität aber noch eine zusätzliche Dimension: Hier wird eine innerpsychische Balance vornehmlich nur dadurch erreicht, dass – meist über unreife projektive Mechanismen – die Umwelt in der Beziehung zum Patienten den Charakter seiner fragmentierten inneren Objektrepräsentanzen annimmt. Das folgende Fallbeispiel soll hier insbesondere noch einmal die Interdependenz der inneren und äußeren Realität eines solchen Patienten verdeutlichen.

### Fallbeispiel 2

Herr H. war ein 27-jähriger Steinsetzerhelfer im Straßenbau, der wegen einer seit 3 Jahren bestehenden Agoraphobie in Behandlung kam. Neben dieser aktuellen Symptomatik erfüllte Herr H. diagnostisch die meisten Kriterien einer paranoiden Persönlichkeitsstörung mit einer narzisstischer Akzentuierung.

Herr H. war wegen seiner Symptome seit 3 Jahren keiner geregelten Arbeit mehr nachgegangen und hatte auch sein Haus kaum mehr verlassen. Um vor ungebeten Gästen geschützt zu sein, hatte er sein Namensschild an der Tür zu seiner Wohnung entfernt. Hier betrieb er eifrig »bodybuilding«, um gegen mögliche Angriffe von außen gewappnet zu sein. Er war mit einer Krankenpflegerin verheiratet und hatte 2 Kinder im Alter von 7 und 3 Jahren.

Da er kein Einkommen bezog – er hatte sich nicht krankschreiben lassen, sondern war einfach nicht mehr zur Arbeit gegangen! –, lebte die Familie von dem geringen Gehalt der Ehefrau, von dem die Miete und die Tilgung für nicht unerhebliche Schulden zu zahlen waren. Die Familie bewohnte eine Hinterhofaltbauwohnung in einem sehr heruntergekommenen Berliner Bezirk; zeitweilig waren Strom und Gas wegen Schulden abgestellt.



Der Patient war in schwierigen bis desolaten Nachkriegsverhältnissen aufgewachsen, als jüngstes Kind in einer sehr einfachen, geschwisterreichen Familie unter engsten räumlichen Verhältnissen in einer Berliner Hinterhofwohnung. Sein Vater war äußerst brutal, zunächst erfolgreicher Schwarzmarkthändler, später im einfachen Polizeidienst tätig. Die Atmosphäre in der Kindheit war: Er oder ich! Einer beißt immer ins Gras! Jeder ist dein Feind! Als Jugendlicher rückte er mehrfach in die damalige Ostzone aus, wurde aber als Minderjähriger zurückgeführt. Er schwänzte dann häufig die Schule und half lieber einem Pferdehändler bei der Arbeit. Dieser Mann war in seinem Bericht der einzige Mensch, zu dem er eine positive innere Beziehung behalten hatte, und den er im Gespräch mit dem Therapeuten nicht abwertete.

Aufgrund seines häufigen Fehlens schaffte er keinen regulären Schulabschluss. Er beherrschte gerade die Grundrechenarten und war praktisch Analphabet. Schon früh hatte er sich Rockergruppen, später »Autoknackerbanden« angeschlossen, wurde schließlich gefasst und mit 17 Jahren zu einer 1,5-jährigen Jugendstrafe verurteilt. Diese musste er aufgrund seines aufässigen Wesens, und »weil er sich nicht anpassen wollte«, voll absitzen. Nach seiner Entlassung aus dem Gefängnis arbeitete er als Steinsetzerhelfer bei Straßenbaukolonnen, bis er dann, 24-jährig, aufgrund seiner Symptomatik arbeitsunfähig wurde. Seine Agoraphobie hatte sich im zeitlichen Zusammenhang mit einem Beförderungsangebot entwickelt. Der zu großen Reden neigende Patient war von seiner Umgebung überschätzt worden und sollte stellvertretender Polier werden. Jetzt musste er befürchten, sein »Kartenhaus« würde zusammenbrechen, da er kaum rechnen und überhaupt nicht lesen und schreiben konnte. Die Mitteilung über sein Analphabetentum konnte er übrigens nicht im Erstgespräch machen. Dies war ihm erst im Verlauf seiner ersten psychotherapeutischen Behandlung möglich, die im geschützten stationären Rahmen stattfand.

Sobald er, 21-jährig, volljährig geworden war, hatte er geheiratet. Seine 3 Jahre jüngere Frau war Krankenpflegerin, stammte aus einer ärmlichen, kinderreichen sowie religiösen Familie und ertrug die Absonderlichkeiten ihres Mannes sowie die Tatsache seiner Arbeitsunfähigkeit mit selbstverständlicher Geduld. Die Ehefrau wurde vom Patienten abgewertet, die 7-jährige Tochter kaum erwähnt; dahingegen wurde der 3-jährige Sohn, mit sichtbarem Stolz auf dessen aggressive Ruppigkeit, zu Voruntersuchungen mitgebracht.

Im Folgenden sollen – noch einmal etwas akzentuiert – die **innere und äußere Realität** des Patienten einander gegenübergestellt werden.

Wir kommen zu unserem ursprünglichen Anliegen zurück. Wir wollten am Beispiel dieses Patienten eine theoretische Brücke zwischen innerer und äußerer Realität finden, sozusagen ein konzeptuelles Scharnier, das beide Sichtweisen verbinden kann. Wie bereits erwähnt, bieten sich hier die Konzepte von den »adaptiven Prozessen« der Ich-Psychologie an, darüber hinaus objektbeziehungstheoretische und schließlich von der anderen Seite her eine ressourcenorientierte Sicht, wie sie z. B. schon seit längerer Zeit im Bereich der Sozialpsychiatrie üblich ist (vgl. Wing 1976).

### Beispiel

Das sehr harte und brutale väterliche Introjekt machte sich in einer ständigen inneren Anspannung und Gewaltbereitschaft bemerkbar; entsprechende Impulse konnten von dem Patienten, wenn überhaupt, nur sehr unvollkommen gesteuert werden. Seine Beziehungen zu anderen Menschen waren sehr instabil und durch projektive sowie projektiv-identifikatorische Mechanismen beeinträchtigt. Ständig teilte er Menschen in gute und böse, starke und schwache, bewunderte und verachtete ein; dabei wechselten diese Qualitäten in der Beziehung zu ein und derselben Person sehr schnell. Dies wirkte nach außen verlogen, und der Patient machte oft den Eindruck, bewusst Personen gegeneinander auszuspielen und aufzuwiegeln.

Bei ihm bestand eine Art Urmisstrauen mit einer ständigen Angriffshaltung ohne jede Tendenz zur Reaktionsbildung oder zum Mitleid. Tiefere zwischenmenschliche Beziehungen hatte er kaum. Freunde waren Menschen, die er in Eckkneipen traf, bei denen er durch große Reden zu imponieren versuchte, oder mit denen er sich zur Kleinkriminalität verabedete – mehr als Mutprobe als aus finanziellen Gründen.

Eine Ich-syntone Balance war zunächst über männerbündlerische Kumpelbeziehungen in der Pubertät und im jungen Erwachsenenalter gewährleistet; allerdings nur in einem überwiegend dissozialen Rahmen. Seine narzisstischen Bedürfnisse regulierte er vornehmlich durch pseudologisches Großreden. Diese sehr labile Balance war mit der Möglichkeit, Vorgesetzter zu werden, zusammengebrochen.

Sein narzisstisches Regulativ (Kartenhaus) war nicht mehr gesichert. Zugleich drohte seine hoch aggressive Latenz bei dem Verlust der bisherigen psychosozialen Schutzmechanismen durchzubrechen. Die in



dieser Situation entstandene generalisierte phobische Symptomatik übernahm dann diese steuernde Funktion.

Die äußere Realität des Patienten hatte sich nach seiner inneren Welt gestaltet. Seine paranoide Grundhaltung zeigte dabei reale Auswirkungen in seinem gesamten sozialen Umfeld: die verbarriadierte Wohnung in einem Abbruchviertel, die Tätigkeit als Hilfsarbeiter, die seine misstrauische Position als verfolgte »underdog« stabilisierte; schließlich die realen Folgen dieser Entwicklung mit einem fehlenden Schulabschluss und der Unfähigkeit, lesen und schreiben zu können. Ständig stand er in der Versuchung, statt eine Berufstätigkeit wieder aufzunehmen, in sein altes dissoziales Milieu zurückzukehren und der Kleinkriminalität nachzugehen.

Wir beginnen mit der **Bedeutung adaptiver Prozesse**: Hierunter werden relativ autonome Ich-Leistungen verstanden, mit denen das Individuum in einem auto- und alloplastischen Prozess in Interaktion mit der Umwelt tritt. Dabei werden nach Heigl (1968) adaptive Prozesse v. a. durch soziale Interaktion determiniert. Die in der Kindheit entstandene und strukturierte innere Realität sucht sich eine »passende äußere Realität«, aus den vorhandenen Möglichkeiten einer Gesellschaft heraus. Hartmann (1939) spricht in diesem Zusammenhang vom »sozialen Entgegenkommen« (zit. nach Rapaport 1960). Am Beispiel unseres Patienten lässt sich dies in folgender Weise exemplifizieren.

Im Hinblick auf adaptive **Ich-Funktionen** hatte der Patient Bemerkenswertes vollbracht: In einem ersten adaptiven Prozess gelang es ihm, eine seiner inneren Realität entsprechende äußere Realität mit dem geschilderten dissozialen Milieu zu finden. In seinem Selbstverständnis war er ein »misstrauischer Wolf, der immer nur gejagt wird« – es sei denn, er war selber im Angriff.

In einem zweiten Adaptationsprozess integrierte er dann die vorher genannten Sekundärfolgen seiner paranoiden Störung. Um seine narzisstische Selbstwertregulation zu erhalten, spielten in seiner Lebenswirklichkeit Schulabschluss und objektives Können weniger eine Rolle als Hochstapelei, rücksichtsloses Ausnutzen von Schwächen und eine gewisse piffige Menschenkenntnis – eine Fähigkeit, die er später in der Gruppenpsychotherapie zunächst überwiegend destruktiv einsetzte. Die Tatsache, dass seine Ehefrau ihn finanziell versorgen musste, verarbeitete er, indem er sie, wo er nur konnte, verächtlich machte. Schließlich lernte er seine soziale Insuffizienz zu verleugnen, indem er sich in Tagträumereien zurückzog, wo meist große Geldgewinne und

prestigereiche Berufskarrieren eine Rolle spielten. Diese Adaptationsleistungen erhielten ihre problematische Färbung durch sehr unreife Abwehrmechanismen, die insbesondere die zwischenmenschlichen Beziehungen sehr beeinträchtigten: Projektion und projektive Identifizierung: Die Welt wurde böse sowie hart erlebt und schlug auch erbarmungslos sowie hart zurück, indem der Familie zeitweilig die Wärme in Form von Strom und Gas entzogen wurde!

Im Fall unseres Patienten hatte sich seine **äußere Realität** ganz maßgeblich durch seine innere Realität konstellierte. Trotzdem war dieser äußere Lebensrahmen aber eine Tatsache und gehörte zur psychosozialen Gesamtsituation des Patienten, die es bei einer Behandlung zu berücksichtigen galt.

Der Patient befand sich in einem Teufelskreis: Seine mit der Persönlichkeitsstörung einhergehende interpersonelle Pathologie »passte« zu seinem sozialen Umfeld – und umgekehrt! Therapeutische Bemühungen, die nur eine von beiden Seiten zum Gegenstand haben würden, mussten scheitern. Scharfsichtig hatte der Patient selbst zu Beginn der Behandlung geäußert: Therapie ist das eine – draußen die Welt, das ist das andere! Er müsse aber für das eigentliche (d. h. feindliche) Leben »gerüstet« bleiben! Nur eine gleichzeitige Änderung der innerpsychischen und psychosozialen Bedingungen des Patienten konnte hier Aussicht auf Erfolg haben. Demzufolge musste die Behandlung aus **den drei folgenden unterschiedlichen Elementen** bestehen:

1. Gezielte Milieuänderung durch initiale psychotherapeutische Behandlung im stationären Rahmen.
2. Psychodynamische Psychotherapie, zunächst beginnend im Gruppensetting; dieses wurde gewählt, da in Gruppen am ehesten eine normative Umorientierung erreichbar ist. Begonnen wurde die Behandlung im stationären Setting<sup>1</sup> und nachfolgend über mehrere Jahre im ambulanten Setting weitergeführt. Danach erfolgte noch eine niederfrequente psychodynamische Einzelbehandlung.
3. Aktive beratende Maßnahmen mit Nachholen des fehlenden Schulabschlusses, Hilfestellung bei der beruflichen Wiedereingliederung, Wohnungswechsel.

Wie nicht anders zu erwarten, war die Behandlung von vielfältigen Krisen, Abbruchtendenzen aufseiten des Pa-

<sup>1</sup> Den damaligen Kollegen der Psychiatrischen Klinik der Freien Universität Berlin (Direktor Prof. Dr. H. Helmchen) soll für ihre kooperative Zusammenarbeit gedankt werden, ebenso wie den beiden nachfolgenden ambulanten Therapeuten Dr. Ulrich Correll und Dr. Doris Bolk-Weischedel.



tienten und Entmutigungen der beteiligten Therapeuten gekennzeichnet. Etwa 3 Jahre nach dem ersten therapeutischen Kontakt gelang es dem Patienten mit etwas Glück, seine »Traumstelle« zu bekommen. Er wurde Tierpfleger, zunächst als Anlernling und fand so wieder in der Gestalt seines vorgesetzten Tierpflegers Anschluss an seine einzige positive Beziehungsperson aus der Kindheit, den erwähnten Pferdehändler. Eine wichtige therapeutische Zielsetzung schien erreicht zu sein, zumal der Patient für sich und seine Familie ein neues Zuhause in einer besseren Wohngegend erkämpfen konnte und so auch äußerlich aus dem geschilderten asozialen Milieu herauskam.

### Beispiel

Allerdings dekompenzierte er 5 Jahre nach Behandlungsabschluss noch einmal völlig: In einem aggressiv gespannten Zustandsbild mit deutlicher paranoischer Prägung und beginnenden sozialen Rückzugstendenzen kam er erneut zur Krisenintervention in die Einrichtung, in der er seine erste Behandlung begonnen hatte.

Im Rahmen einer personellen Umorganisation war er aus dem Großtierpflegebereich in den »Mäusebunker« versetzt worden, der seinen, sicherlich auch konstitutionell bedingten überaggressiven Impulsen nicht genügend Raum geboten haben dürfte. Nach kurzer stationärer Aufnahme in seine alte Klinik kam es nunmehr zu einer vorläufigen Stabilisierung trotz einer zwischenzeitlich erreichten Rückkehr an seinen alten Arbeitsplatz. Die ursprüngliche strukturelle Störung trat aber, möglicherweise auch vor dem Hintergrund einer insgesamt rauerer sozialen Atmosphäre mit zunehmender Arbeitslosigkeit, wieder stärker in den Vordergrund. Sein Rückzug in eine Kleingartensiedlung entgleiste dann vollends, als er seine soziale Nische von 2 Kampfhunden bewachen ließ. Beschwerden seitens der Anwohner und Einschreiten der Behörden verfestigten wieder sein ursprünglich paranoid geprägtes Weltbild.

Insgesamt ein sehr eindrucksvolles Beispiel für die Bedeutung projektiver Identifizierungen bei der Ausgestaltung der sozialen Realität!

Das Fallbeispiel darf nicht so pessimistisch bewertet werden, wie sein derzeitiger Ausgang es erscheinen lässt: Immerhin ließ sich hier nach einer etwa 4-jährigen kombinierten sozialpsychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlung für die nachfolgenden 5 Jahre eine strukturierte Lebensbalance erreichen, die erst in den dann folgenden Jahren wieder zunehmend verloren ging.

Für die Schwere der Ausgangssituation kann dies durchaus als Gewinn bewertet werden, zumal hier für die Familie, insbesondere für die beiden heranwachsenden Kinder in einer für diese entscheidenden Lebensphase über längere Jahre eher förderliche soziale Rahmenbedingungen gewährleistet waren.

Im vorliegenden Fall waren psychodynamische Behandlungsverfahren in Kombination mit einer sozialpsychiatrischen Behandlungsplanung durchgeführt worden; darüber hinaus hatte der Patient zeitweilig in hoch aggressiv gespannten Zuständen eine neuroleptische Medikation mittlerer Dosis erhalten. Die Fallvignette ist damit ein Beispiel für die breiten Kombinationsmöglichkeiten psychodynamischer Behandlungsverfahren mit anderen therapeutischen Ansätzen. Das Fallbeispiel wurde allerdings auch ausgewählt, um die Interdependenz von innerer und äußerer Realität im Hinblick auf die Entstehung und Behandlung von psychischen Erkrankungen zu verdeutlichen.

### Ein theoretisches Modell

Wir wollen nun versuchen, vor dem Hintergrund der beiden Falldarstellungen ein psychodynamisches Modell der inneren und äußeren Realität vorzustellen, das deren gegenseitige Bedingtheiten hinreichend berücksichtigt. Als Zielgröße der vielfältig zu beobachtenden interdependenten Prozesse verstehen wir die Lebensbalance (»vital balance« im Sinne von Menninger 1967). Diese allerdings ist nicht als etwas Statisches, sondern als etwas Dynamisches zu verstehen. Vor dem Hintergrund lebensphasisch mitbestimmter biologischer und psychosozialer Prozesse und einer sich ständig wandelnden Umwelt wird eine entsprechende Lebensbalance immer wieder gestört und muss jeweils aufs Neue erreicht werden.

Wir haben dabei im Folgenden nicht den Anspruch, ein in sich geschlossenes Modell vorzustellen, sondern werden die aus unserer Sicht wichtigsten Teilmodelle vorstellen. Dabei handelt es sich im Wesentlichen um

- das Ich-psychologisch orientierte Modell adaptiver Prozesse,
- das objektbeziehungstheoretisch orientierte Modell der aktiven »Gestaltung« der äußeren nach dem Muster der inneren Realität,
- das vornehmlich neopsychoanalytisch orientierte Modell von den Sekundärfolgen psychosozialer Störungen und nachfolgender Circuli vitiosi.

Mit Hartmann (1939) und Rapaport (1960) verstehen wir unter adaptiven Prozessen relativ **autonome Ich-Leistungen**, in denen das Individuum in einem auto-

und alloplastischen Prozess in Interaktion mit der Umwelt tritt. Dabei passt es sich in gleicher Weise an diese an, wie es diese auch aktiv gestaltet. Die dafür notwendigen kognitiven, affektiven und handlungsorientierten Prozesse werden wesentlich von dem Reifestand der Ich-Funktionen bestimmt, z. B. der Art der Realitätsprüfung, der Wahrnehmung affektiver Signale und der Steuerung affektiver Impulse, des Weiteren der Antizipationsfähigkeit und Frustrationstoleranz, um nur einige wenige zu nennen. Als übergeordnete Ich-Leistung wurde von Heigl (1968) insbesondere auf den Realitätssinn hingewiesen, einer kombinatorischen Ich-Leistung, in der die Lösungsmöglichkeit von Problemen vor dem Hintergrund eigener persönlicher Ressourcen eingeschätzt wird. Diese Fähigkeit setzt neben den bereits genannten Funktionen auch ein gesundes narzisstisches Regulativ voraus.

Die insbesondere auf Balint (1950), Fairbairn (1952), Guntrip (1961) sowie Kernberg (1976) zurückgehende **Objektbeziehungstheorie** erklärt uns, warum erwachsene Menschen sich ihre äußere soziale Realität, insbesondere Partnerwahl und berufliche Konstellation, vielfach nach verinnerlichten Beziehungsmustern gestalten. Diese in der Kindheitsentwicklung verinnerlichten, z. T. auch durch genetisch fixierte Verhaltensmuster verstärkten Beziehungsmuster haben eine außerordentlich große Wirksamkeit. Nur so ist die unbewusste Motivation zur Wiederherstellung einer leidvollen äußeren Realität zu verstehen. Dabei wird über Mechanismen der projektiven Identifizierung eine Art »Familiarität« (König 1992) in den sozialen Interaktionen hergestellt. Übertragungsauslöser aus der äußeren Realität können aus der begrenzten Anzahl von Erlebens- und Verhaltensmustern eines Menschen (»states of mind«; Horowitz 1979) ein bestimmtes Muster auslösen, das dann die weitere Wahrnehmung der sozialen Situation bestimmt. Wir haben es hier mit einem gestaltpsychologischen Phänomen zu tun, in dem vor dem Hintergrund vielfältiger möglicher Beziehungsmuster nur das eine vertraute gewählt wird.

Gesundheit in diesem Modell bestimmt sich damit weitgehend nach der Breite möglicher Beziehungsmuster sowie nach einer Bereitschaft, auf neue Erfahrungen einzugehen und schließlich nach der Fähigkeit, den Anderen auch in seinem Anderssein zu akzeptieren, ihn nicht als störend, sondern bereichernd erleben zu können.

Das Konzept der **Sekundärfolgen neurotischer Entwicklung** und nachfolgender Circuli vitiosi geht auf Schultz-Hencke zurück, der bereits 1927 darauf hingewiesen hatte, »... dass sich offenbar ein erheblicher Teil

der Schwierigkeiten, die sich bei der Durchführung von Analysen ergeben... tatsächlich von den im Laufe der Jahre angehäuften üblen Folgen der Neurose herleitet.« Später wies der Autor darauf hin, dass die realen Folgeerscheinungen neurotischer Fehlentwicklungen mehr Bedeutung für das Leben der betreffenden Menschen haben können, als die primären neurotischen Störungen an sich. Diese Folgen könnten so schwer sein, »...dass auch ein ganz normaler vollkräftiger Mensch nur unter allerschwersten Erschütterungen neu planen, ein neues Leben beginnen... könnte« (Schultz-Hencke 1951).

Bei diesen Sekundärfolgen handelt es sich um objektive schwere Behinderungen, die im Gefolge neurotischer Entwicklungen entstanden sind, die aber, losgelöst von der ursprünglichen Dynamik, ihre eigene Bedeutsamkeit entwickeln können.

Solche Prozesse können sich in allen Lebensbereichen abspielen: Wir beobachten hohe finanzielle Verschuldungen aufgrund von krassen Fehlentscheidungen ebenso wie eklatante reale Wissenslücken bei Studierenden mit neurotisch bedingten Lern- und Arbeitsstörungen bis hin zu einer erschreckenden Unkenntnis über normale Arbeitsplatzabläufe bei Menschen mit einem hochgradigen Vermeideverhalten.

Die Sekundärfolgen neurotischer Entwicklungen haben dann eine Eigengesetzlichkeit und sind oft von der ursprünglichen Ursache losgelöst wirksam. Vollends schwierig wird es, wenn die betreffenden Menschen die Mängel spüren, es dann aber als narzisstisches Regulativ zu einer Ideologiebildung kommt, in der die entsprechenden Handicaps aufgewertet werden.

Die **Konsequenzen für die psychotherapeutische Behandlung** liegen auf der Hand: Die Behandlung von erwachsenen Menschen hat sinnvollerweise mit der Betrachtung der gegenwärtigen Lebenswelt des Patienten zu beginnen.

**!** Ohne eine realistische Klärung der aktuellen Situation und eine behutsame Konfrontation des Patienten mit versäumten und möglicherweise auch nicht mehr nachholbaren Lebenschancen und einer trauernden Auseinandersetzung damit können Behandlungen einen wesentlichen Punkt verfehlen, nämlich eine zukunftsgerichtete Lebensplanung.

Vollends verfahren wird dann die therapeutische Situation noch, wenn eine Auseinandersetzung damit vermieden wird, dass auch der psychisch kranke Mensch für seine bisherige Lebensgestaltung eine Verantwortung trägt und diese nicht bei Anderen, z. B. den Eltern oder der Gesellschaft, zu suchen ist. Eine entsprechend konfrontative Grundhaltung des Therapeuten verträgt sich

durchaus mit der notwendigen Fähigkeit zur empathischen Einfühlung. Ohne die Erstere würde die Zweite zur bloßen Verwöhnung. Eine bloße Konfrontation mit der Realität wäre allerdings keine Psychotherapie mehr, sondern eine meist vergebliche pädagogische Bemühung an erwachsenen Menschen.

## 1.5 Versuch einer Abgrenzung zwischen psychodynamischen Psychotherapien und Beratung

Wie aus den vorausgegangenen Ausführungen deutlich geworden ist, erfüllen psychodynamische Psychotherapien klar die Kriterien einer allgemeinen Psychotherapiedefinition, wie sie z. B. von Strotzka (1975) oder Baumann u. v. Wedel (1981) aufgestellt worden sind.

! Psychodynamische Psychotherapieverfahren sind eine geplante Behandlungsmaßnahme zur Beeinflussung von Verhaltensstörungen und Leidenszuständen, die im Konsens zwischen Patient und Therapeut als behandlungsbedürftig angesehen werden.

Die Behandlungen werden mit »psychologischen« Mitteln (d. h. durch Kommunikation und gezielte Interaktion) meist verbal, aber auch averbal in Richtung auf ein definiertes Ziel durchgeführt. Wesentliche psychodynamische Psychotherapieverfahren sind in ihrer Wirkung empirisch überprüft. Die psychotherapeutischen Vorgehensweisen dieser Verfahren beruhen auf einer wissenschaftlichen Theorie des normalen und des pathologischen Verhaltens. Es handelt sich damit um lehrbare Techniken.

Gerade wegen der Ähnlichkeit im äußeren Setting müssen psychodynamische Psychotherapien auch noch einmal gegen eine **Beratung** abgegrenzt werden. Auch wenn Ratschläge, Empfehlungen oder Informationen in jeder Psychotherapie eine gewisse Rolle spielen können, so stehen sie doch nicht in deren Mittelpunkt.

Beratung kann bei Gesunden und Kranken stattfinden. Nicht ohne Grund stellt die Beratung eine der originärsten und häufigsten ärztlichen Leistungen dar. Diätetische Vorschläge gehören z. B. dazu oder auch Ratschläge beim Umgang mit einer Erkrankung. Ebenso ist die Beratung von Angehörigen eines Patienten noch in den Gesamtbereich der medizinischen Versorgung zu rechnen. Hier beginnt aber bereits der Übergang zu einer allgemeinen Beratung fließend zu werden. Denn auch bei Gesunden oder relativ Gesunden kann eine Beratung im Falle allgemeiner Lebensprobleme sinnvoll sein. Und gerade weil die anthropologischen Grundla-

gen der Psychoanalyse besonders geeignet sind, die tragischen und konflikthaften Seiten menschlicher Existenz gut zu erfassen, kann eine Beratung auf dem Hintergrund dieser Konzepte durchaus sinnvoll sein. Allerdings handelt es sich dabei nicht um Psychotherapie, sondern um Anstöße zur Selbsterkenntnis und Selbsthilfe. Nicht jedes Lebensproblem ist aber Krankheit!

Eine entsprechende Abgrenzung zwischen Psychotherapie und Beratung ist aus zwei Gründen wichtig: Einmal muss eine Fehlallokation der vorhandenen Psychotherapieressourcen vermieden werden. Zum anderen besteht das Risiko, durch eine Pathologisierung allgemeiner Lebensprobleme das Selbsthilfepotenzial der Betroffenen zu unterschätzen und die reifungsfördernden Anstöße, die von jeder Lebenskrise ausgehen, ungenutzt zu lassen.

Durch die Kriterien der bisherigen Psychotherapie-richtlinien (► Kap. 23) war hier eine gewisse Sicherheit gegeben und die Abgrenzung zwischen Psychotherapie und Beratung – zumindest konzeptuell – gewährleistet.

### Exkurs

Andererseits erwecken Befunde von Thomas u. Schmitz (1993) den Verdacht, dass in der nicht an die Psychotherapie-richtlinien gebundenen außervertraglichen Psychotherapie in nicht unerheblichem Umfang auch Menschen behandelt werden, die nach den von Autoren selbst aufgestellten Kriterien nicht unbedingt als krank zu kennzeichnen wären. An dieser Stelle soll auf die oben genannte Studie nicht weiter eingegangen werden. Der Interessierte soll auf die kritische Auseinandersetzung von Richter et al. (1994) hingewiesen werden.

! Eine Abgrenzung zwischen Psychotherapie und Beratung ist unabdingbar. Für den Einzelfall ist dies von Bedeutung, weil Behandlung und Beratung zwei unterschiedliche Beziehungsmuster konstellieren. Für die allgemeine Versorgung hätte eine Verwischung dieser Grenze unabsehbare Folgen.

Allerdings ist im Einzelfall eine solche Abgrenzung nicht immer leicht. Ob sich Menschen, die sich an eine Beratungsstelle wenden, in diesem Sinne also Ratsuchende sind, von Patienten, die sich um psychotherapeutische Hilfe im engeren Sinne bemühen, immer sehr unterscheiden, kann bezweifelt werden. Beide können ähnliche Störungen/Verhaltensauffälligkeiten aufweisen, die quälend sind und Krankheitswert haben können.

Insofern Berater in Beratungsstellen über eine psychotherapeutische Grundausbildung verfügen, benutzen sie

1

häufig auch deren Elemente für ihre Beratertätigkeit. So gesehen, wären sie Psychotherapeuten in einem speziellen Anwendungsbereich, nämlich dem der Beratung.

Noch mehr als in der Kurzzeittherapie und der tiefenpsychologisch fundierten bzw. dynamischen Psychotherapie beschränkt sich Beratung auf das Hier und Jetzt des konflikthafter Erlebens und Verhaltens. Das muss bedeuten, dass die biographischen bzw. unbewussten Hintergründe kaum Berücksichtigung finden können, was man natürlich aus psychoanalytischer Perspektive kritisieren kann. So weist Mertens (1997) kritisch im Hinblick auf den gegenwärtigen Trend hin, die Hier-und-Jetzt-Beziehung und die »Favorisierung einer narrativen gegenüber einer historischen Wahrheit« (S. 32 f.) ganz in den Mittelpunkt mancher therapeutischen Bemühungen zu stellen.

Zu fragen wäre allerdings, wieweit dies nicht auch eine gewisse Berechtigung insbesondere dann haben dürfte, wenn

- ein Ratsuchender nur Rat für seine gegenwärtige Lebenssituation, sein momentanes Problem sucht, ohne eine weiter gehende Therapie zu wünschen und/oder
- ein Therapeut aus verschiedenen Gründen nur eine zeitlich begrenzte Beratung anbieten kann.

Natürlich lässt sich an diesen Beispielen einmal mehr zeigen, wie fließend die Grenzen zwischen Kurzzeittherapie und Beratung sein können, aber auch, wieweit Abwehrvorgänge bei Patienten oder auch Therapeuten – abgesehen von realen Aspekten (z. B. Zeitnot u. a.) – daran mitbeteiligt sein können, dass Beratung quasi als

»verdünnte« Form von Psychotherapie gesucht bzw. angeboten wird.

Andererseits: Bei aller Klarheit über die wichtigen Zusammenhänge zwischen biographischen Einflüssen und späteren Konflikten ist nicht gesagt, dass solche Zusammenhänge in jedem Fall auch angesprochen, berücksichtigt und bearbeitet werden müssen.

Therapeuten und Patienten können ja Grenzziehungen vornehmen und innerhalb dieser Grenzen gut und sinnvoll arbeiten. Das Gefühl, nicht psychotherapiebedürftig zu sein, ist nicht als solches ein prognostisch schlechtes Kriterium!

Die Therapeuten müssen nur wissen, was und warum sie es tun, wenn sie Beratung statt Therapie anbieten. Ein positiver Aspekt könnte sein, dass der Therapeut die vom Patienten vorgegebene Grenze achtet und ihn nicht durch »therapeutisieren« labilisieren möchte – auch dann nicht, wenn deutlich wird, dass Abwehrvorgänge offensichtlich an der Markierung der Grenze beteiligt sind.

Problematisch ist das Angebot von »nur« Beratung dann, wenn es aus Abneigung/Ablehnung/negativen Affekten des Therapeuten resultiert, über die er sich selbst nicht im Klaren ist.

Unabhängig davon finden beratende Elemente auch in psychodynamischen Therapien ihren Platz, wie u. a. die Kapitel zur tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie (► Kap. 4) und zur dynamischen Psychotherapie (► Kap. 5) zeigen.

Einige Unterschiede zwischen psychodynamischen Psychotherapien und psychotherapeutischen Beratungen sind in ■ Abb. 1.3 knapp skizziert dargestellt.

Psychodynamische Psychotherapien	Psychodynamische Beratungen
<b>Zeitraumen</b>	
Mittel- bis langfristig	Eher kurzfristig
<b>Behandlungsziele</b>	
Überwiegend Bearbeitung einer aktuellen neurotischen Konfliktsituation und der dazugehörigen Symptome unter Berücksichtigung biographischer Aspekte.	Bearbeitung einer aktuellen Konfliktsituation im »Hier und Jetzt« und Erarbeitung kurzfristiger Lösungsmöglichkeiten.
<b>Technisches Vorgehen</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Keine Förderung von Übertragung und Regression</li> <li>■ Konzentration auf die Bearbeitung des aktuellen neurotischen Konflikts unter Beachtung/Bearbeitung der Beziehungskonstellation zwischen Patient und Therapeut</li> <li>■ Übertragungsaspekte werden berücksichtigt und – besonders bei negativer Übertragung – auch angesprochen.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Die eingebrachten Themen werden anhand der bewussten Realität bearbeitet.</li> <li>■ Übertragungsaspekte bleiben unberücksichtigt.</li> <li>■ Verstehensarbeit und Erkenntnisarbeit mittels Konfrontationen und Klarifizierungen.</li> </ul>

■ **Abb. 1.3.** Unterschiede zwischen psychodynamischen Psychotherapien und psychotherapeutischen Beratungen

Mit dem Inkrafttreten des neuen einheitlichen Bemessungsmaßstabes (EBM) 2005 können Beratungen im Rahmen einer Krankenbehandlung als Gesprächsleistungen außerhalb der Psychotherapierichtlinien durchgeführt und abgerechnet werden (vgl. Faber u. Haarstrick, Kommentar Psychotherapie-Richtlinien 7. Aufl., vgl. Rüger et al. 2005, S. 97).

## 1.6 Perspektiven psychodynamischer Psychotherapien

Eine Zukunftsperspektive stützt sich immer auch auf vorangegangene Entwicklungen. Wie wir in unserer historischen Übersicht (► Abschn. 1.2) gezeigt haben, können psychodynamische Psychotherapien durchaus auch als logische Konsequenz der von Freud 1918 angestoßenen Überlegungen verstanden werden. Wir kehren darum zunächst noch einmal zu Freud und zum Budapester Kongress zurück.

Inzwischen ist die Wirksamkeit psychodynamischer Psychotherapien gut evaluiert. Fast 50% der ambulanten psychotherapeutischen Behandlungen in der Bundesrepublik Deutschland werden als »tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie« durchgeführt (► Kap. 23). Mit Sicherheit werden psychodynamische Behandlungsverfahren auch in der zukünftigen psychotherapeutischen

Versorgung eine große Rolle spielen. Ihre Wurzeln fußen auf der Psychoanalyse Freuds. Wesentliche theoretischen Konzepte und das Menschenbild haben diese Verfahren mit der Psychoanalyse gemeinsam (vgl. Dührssen 1995b, 1998). Ihre große Praxis und Versorgungsrelevanz beruht auf ihrer Flexibilität und ihrer breiten Anwendbarkeit. Hier liegen auch gewisse Risiken – eignen sich diese Verfahren doch vordergründig zu einer »einfachen« manualisierten Vermittlung und Durchführung. Dies ist zwar durchaus von Vorteil, erlaubt es doch eine größere Überprüfbarkeit des therapeutischen Tuns. Missverstanden als Psychotherapietechnologie würde dieser Vorteil aber eine sehr bedauerliche Verflachung im Verständnis des menschlichen Seelenlebens mit sich bringen. Diese Verfahren setzen eher ein sehr differenziertes Verständnis intrapsychischer und psychosozialer Prozesse und breite klinische Erfahrung ohne Beschränkung auf nur ein Behandlungsverfahren voraus. Das macht aber wiederum eine umfassende Weiterbildung in verschiedenen psychodynamischen Behandlungsverfahren erforderlich (► Kap. 24). Die ausschließliche Erlernung eines Verfahrens kann der Breite klinischer Krankheitsphänomene nicht gerecht werden und ist als Basis für die allgemeine Versorgung eher von zweifelhaftem Wert.

Die psychodynamischen Behandlungsverfahren gehen allerdings nicht nur in ihrer Behandlungstechnik

### Exkurs

Nach Fürstenau (1993) war Freud sich seinerzeit bewusst, »mit zwei brisanten Problemen konfrontiert zu sein: Der Frage nach Eigenart und Umfang der Aktivität der analytischen Therapeuten bezüglich unterschiedlicher Gruppen seelischer Störungen und der Frage nach der Modifikation, der psychoanalytischen Behandlungstechnik im Zusammenhang mit der Aufgabe der... Versorgung der Bevölkerung« (S. 228).

Möglicherweise hatte Freud vorausgesehen, dass beide Themen sich für die weitere Entwicklung der Psychoanalyse als sprengend erweisen mussten, und er hatte konstatiert: »Wir werden auch sehr wahrscheinlich genötigt sein, in der Massen-anwendung unserer Therapie das reine Gold der Analyse reichlich mit dem Kupfer der direkten Suggestion zu legieren« (GW 12, S. 194). Gerade durch diese Metapher von Gold und Kupfer ist über lange Zeit eine bewertende Akzentuierung in die Diskussion geraten. Das wahre Gold der Analyse! Dabei können wir nicht sicher sein, ob Freud diese Metapher nicht ganz anders verstan-

den hat: Reines Gold ist in der Nutzung für die handwerkliche Verarbeitung wegen seiner Weichheit und geringen Elastizität wenig brauchbar; sowohl in der alten Münzherstellung als auch im Handwerk finden darum ganz überwiegend Gold-Kupfer-Legierungen Verwendung. Ihre jeweiligen Anteile bestimmen sich durch die mit dem Nutzungszweck vorgegebene Notwendigkeit.

Vor dem Hintergrund der Entwicklung nach dem Budapester Kongress erhält Freuds Metapher erst ihren Sinn: Die strenge, tendenzlose Psychoanalyse, die in der Hysteriebehandlung entwickelt worden ist, hat geholfen, die spezifischen Bestandteile von psychoanalytischer Therapie zu isolieren. Das ist ihr Vorteil. Als idealisiertes und zugleich unadaptives Modell muss sie aber dann hinderlich sein, wenn es nicht erlaubt ist, für ihre »handwerkliche Anwendung« eine notwendige Legierung mit unspezifischen Behandlungselementen vorzunehmen. Damit verliert das Gold nicht seinen Wert, vielmehr dürfte es in vielen Fällen erst dadurch seine Wirksamkeit gewinnen (vgl. Rüger 1993).

über das klassische psychoanalytische Setting hinaus. Sie benötigen auch ergänzende theoretische Modelle.

- ! Gegenüber der vornehmlich auf intrapsychische Prozesse ausgerichteten Psychoanalyse war hier insbesondere die Entwicklung einer Theorie zwischenmenschlichen Verhaltens auch unter Berücksichtigung gruppenspezifischer und familiendynamischer Aspekte nötig. Schließlich scheint auch ein übergreifendes Konzept unabdingbar zu sein, das es ermöglicht, innerseelische und äußere soziale Realität miteinander zu verknüpfen (► Abschn. 1.4).

Insoweit sind die theoretischen Konzepte psychodynamischer Behandlungsverfahren zwar an der Psychoanalyse orientiert, gehen aber in wichtigen Dimensionen über sie hinaus.