

**PSYCHODYNAMISCHE  
PSYCHIATRIE  
IN DER KLINISCHEN PRAXIS**



# PSYCHODYNAMISCHE PSYCHIATRIE IN DER KLINISCHEN PRAXIS

GLEN O. GABBARD, M. D.

Aus dem Amerikanischen von P. Dietlinde Draskóczy



Washington, DC  
London, England

**Anmerkung:** Die Verfasser haben ihr Möglichstes getan, um zu gewährleisten, dass die Informationen in diesem Buch zum Zeitpunkt der Veröffentlichung genau sind und den allgemeinen Standards der Psychiatrie und der Medizin entsprechen und Angaben zur Dosierung, Verabreichung und Anwendung von Medikamenten zum Zeitpunkt der Veröffentlichung präzise sind und den von der U. S. Food and Drug Administration (Arzneimittelzulassungsbehörde der Vereinigten Staaten) sowie von der Ärzteschaft aufgestellten Normen entsprechen. Mit dem Fortschritt in der medizinischen Forschung und Praxis können sich therapeutische Standards jedoch ändern. Weiterhin können konkrete Situationen besondere therapeutische Maßnahmen erfordern, die in diesem Buch nicht besprochen werden. Aus diesem Grund, und weil menschliche und mechanische Fehler nicht vollständig auszuschließen sind, empfehlen wir dem Leser, dem Rat derjenigen Ärzte zu folgen, die unmittelbar für ihre Behandlung oder die eines Familienmitglieds zuständig sind.

In von American Psychiatric Publishing, Inc., verlegten Büchern werden die Ansichten und Meinungen der jeweiligen Verfasser dargestellt, die nicht unbedingt den Grundsätzen und Meinungen der American Psychiatric Publishing, Inc., oder der American Psychiatric Association entsprechen.

Titel der amerikanischen Originalausgabe: Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice. Fourth Edition.

© 2005 American Psychiatric Publishing, Inc.

Aus dem Amerikanischen von P. Dietlinde Draskóczy

© [Kiadó]

© P. Dietlinde Draskóczy

ISBN [...]

Umschlag: [...]

Satz: [...]

Druck: [...]

Printed in [...]

Alle Rechte vorbehalten, insbesondere das der Übersetzung, des öffentlichen Vortrags sowie der Übertragung durch Rundfunk und Fernsehen, auch einzelner Teile.

Kein Teil des Werks darf in irgendeiner Form (durch Fotografie, Mikrofilm oder andere Verfahren) ohne schriftliche Genehmigung des Verlags reproduziert oder unter Verwendung elektronischer Systeme verarbeitet, vervielfältigt oder verbreitet werden.

*Für meine Lehrer, meine Patienten und meine Schüler*



# DER AUTOR

Glen O. Gabbard, M. D., ist Brown-Foundation-Lehrstuhlinhaber für Psychoanalyse und Professor der Abteilung für Psychiatrie und Verhaltenswissenschaft sowie Direktor der Baylor Psychiatry Clinic am Baylor College of Medicine in Houston, Texas. Er ist außerdem Ausbilder und Supervisor am Houston-Galveston Psychoanalytic Institute in Houston.





# INHALT

Vorwort zur vierten Ausgabe	xi
Quellenangaben	xiii

## Teil I A GRUNDLEGENDE PRINZIPIEN UND BEHANDLUNGSANSÄTZE IN DER DYNAMISCHEN PSYCHIATRIE

1	Grundlegende Prinzipien der dynamischen Psychiatrie	3
2	Die theoretische Grundlage der dynamischen Psychiatrie	35
3	Psychodynamische Beurteilung des Patienten	79
4	Behandlung in der dynamischen Psychiatrie: Individuelle Psychotherapie	105
5	Behandlung in der dynamischen Psychiatrie: Gruppentherapie, Familien- / Ehe-therapie und Pharmakotherapie	145
6	Behandlung in der dynamischen Psychiatrie: Dynamisch orientierte Krankenhäuser und Tageskliniken	175

## Teil II

### **DYNAMISCHE ANSÄTZE BEI ACHSE-I-STÖRUNGEN**

- 7 Schizophrenie
- 8 Affektive Störungen
- 9 Angststörungen
- 10 Dissoziative Störungen
- 11 Paraphilien und sexuelle Dysfunktionen
- 12 Drogenmissbrauch und Essstörungen
- 13 Demenz und andere kognitive Störungen

## Teil III

### **DYNAMISCHE ANSÄTZE BEI ACHSE-II-STÖRUNGEN**

- 14 Cluster-A-Persönlichkeitsstörungen: Paranoide, schizoide und schizotypische Persönlichkeitsstörung
- 15 Cluster-B-Persönlichkeitsstörungen: Borderline
- 16 Cluster-B-Persönlichkeitsstörungen: Narzisstische Persönlichkeitsstörung
- 17 Cluster-B-Persönlichkeitsstörungen: Dissoziale Persönlichkeitsstörung
- 18 Cluster-B-Persönlichkeitsstörungen: Hysterische und histrionische Persönlichkeitsstörungen
- 19 Cluster-C-Persönlichkeitsstörungen: Obsessiv-kompulsive, ängstlich-vermeidende und dependente Persönlichkeitsstörungen

# VORWORT ZUR VIERTEN AUSGABE

Als ich mit den Arbeiten zur vorliegenden neuen Ausgabe von Psychodynamische Psychiatrie in der klinischen Praxis begann, habe ich festgestellt, dass sich in diesem Bereich seit der letzten Fassung sehr viel getan hat. Ich befand mich in einer schwierigen Lage. Um den Preis im Rahmen zu halten, baten mich meine Kollegen bei American Psychiatric Publishing, mich in etwa an den Umfang der dritten Ausgabe zu halten. So konnte ich nicht alles an neuem Material einarbeiten, ohne ein deutlich umfangreicheres, gewichtigeres und teureres Buch zu erstellen. Deshalb musste ich jedes Kapitel systematisch daraufhin prüfen, welche Passagen geopfert werden könnten, ohne die Verständlichkeit und die Nützlichkeit des Bandes zu beeinträchtigen. Ich habe dabei nach Forschungsergebnissen oder veralteten theoretischen Formulierungen gesucht, die nicht mehr als „neuester Stand“ zu bezeichnen waren. Das war eine schwierige Aufgabe, da ich gleichzeitig bemüht war, über Jahrzehnte in der klinischen Praxis gesammelte zeitlose klinische Erkenntnisse beizubehalten.

Wie in der vorangegangenen war es mir auch in dieser neuen Ausgabe wichtig, Forschungsergebnisse der Neurobiologie zu integrieren. Seit einigen Jahren floriert die Neuropsychanalyse, und die Erkenntnisse der Neurobiologen und derer, die die Wechselwirkung zwischen den Genen und der Umgebung untersuchen, bestätigen Ansichten der Psychoanalyse über die Entwicklung und die Mechanismen des Verstands. Ich habe versucht, diese Erkenntnisse in das erste und zweite Kapitel einzuarbeiten, die die grundlegenden Prinzipien und die theoretische Grundlage der dynamischen Psychiatrie behandeln. Damit betone ich erneut, dass psychodynamische Psychiater fest in einem biopsychosozialen Kontext verankert sein müssen, in dem die Notwendigkeit der Einbeziehung der Erkenntnisse der biologischen Psychiatrie in unsere Theorien über den menschlichen Verstand erkannt wird. So können beispielsweise psychoanalytische Theorien zur Entwicklung das, was wir über die Entwicklung des Gehirns und die Auswirkungen der Umgebung auf die Genexpression wissen, nicht mehr außer Acht lassen. Wo es mir angebracht schien, habe ich sogar Abbildungen der entsprechenden

Gehirnareale eingefügt. Außerdem habe ich jedes Kapitel des Buches durch die Einarbeitung relevanter neuer Forschungsergebnisse und neuer Theorieansätze aktualisiert. Seit der dritten Ausgabe von Psychodynamische Psychiatrie in der klinischen Praxis habe ich mich auch beruflich verändert. Ich bin nach 26 Jahren von der Menninger Clinic an das Baylor College of Medicine gewechselt, wo ich als Direktor der Baylor Psychiatry Clinic tätig bin. Ich habe mich eingehend mit den Erfahrungen von Assistenzärzten im dritten Jahr beschäftigt, die sich mit der psychodynamischen Theorie und Praxis abmühten. Ich habe sogar einen Begleitband zu diesem Buch geschrieben, der unter dem Titel Long-Term Psychodynamic Psychotherapy: A Basic Text ebenfalls bei American Psychiatric Publishing erschienen ist, in dem ich die Grundlagen der Technik in der Praxis der psychodynamischen Therapie für Anfänger im Bereich der psychiatrischen Assistenz und andere, die eine Ausbildung im Bereich der mentalen Gesundheit absolvieren, erläutere. Die theoretischen Grundlagen und die Anwendung dieser Techniken bei den einzelnen psychiatrischen Störungen behandle ich in der vorliegenden vierten Ausgabe. Ich staune immer wieder, wie viel ich über das Unterrichten und das Schreiben von meinen Schülern lerne, und ich bin dankbar dafür, dass sie Teil meines beruflichen Alltags sind.

Ich möchte dem Lehrstuhlinhaber am Baylor College, Dr. Stuart Yudofsky, dafür danken, dass er meine Arbeit täglich durch seine Ermutigungen und durch die Beschaffung der Mittel für meinen Lehrstuhl für Psychiatrie unterstützt, und das in einer Zeit, in der solche Lehrstühle eine Seltenheit sind. Zu Dank verpflichtet bin ich auch Dr. Robert Hales, Cheflektor bei American Psychiatric Publishing, für seine klare Linie und die Unterstützung, die er psychodynamischen Werken, so auch den meinen, zukommen lässt. Kollegen und Mitarbeiter, die direkt oder indirekt zu meinen Überlegungen, die ich in diesem Buch vorstelle, beigetragen haben, sind unter anderen Drew Western, Andreea Seritan, Kristin Kassaw, Tanya Bennett, Lisa Miller, Melissa Martinez, Peter Fonagy, John Gunderson und Jennifer Pate. Wie immer haben John McDuffie, Greg Kuny und Bob Pursell von American Psychiatric Publishing mir den Prozess des Redigierens und der Veröffentlichung so leicht wie möglich gemacht. Diane Trees Clay und Faye Schoenfeld haben zahlreiche Fassungen des Manuskripts präzise, zügig und mit bewundernswertem Elan getippt, wofür ich ihnen sehr dankbar bin.

# QUELLENANGABEN

Der Autor bedankt sich für die Genehmigung, Auszüge aus folgenden Werken abzudrucken:

American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th Edition, Text Revision. Washington, DC, American Psychiatric Association, 2000. Teile mit Genehmigung abgedruckt.

Gabbard, G. O.: The exit line: heightened transference-countertransference manifestations at the end of the hour. J Am Psychoanal Assoc 30: 579–598, 1982. Teile mit Genehmigung abgedruckt.

Gabbard, G. O.: The role of compulsiveness in the normal physician. JAMA 254: 2926–2929, 1985. Copyright 1985, American Medical Association. Teile mit Genehmigung abgedruckt.

Gabbard, G. O.: The treatment of the „special“ patient in a psychoanalytic hospital. Int Rev Psychoanal 13: 333–347, 1986. Teile mit Genehmigung abgedruckt.

Gabbard, G. O.: A contemporary perspective on psychoanalytically informed hospital treatment. Hosp Community Psychiatry 39: 1291–1295, 1988. Teile mit Genehmigung abgedruckt.

Gabbard, G. O.: Patients who hate. Psychiatry 52: 96–106, 1989. Teile mit Genehmigung abgedruckt.

Gabbard, G. O.: Splitting in hospital treatment. Am J Psychiatry 146: 444–451, 1989. Copyright 1989, American Psychiatric Association. Teile mit Genehmigung abgedruckt.

Gabbard, G. O.: Two subtypes of narcissistic personality disorder. Bull Menninger Clin 53: 527–532, 1989. Teile mit Genehmigung abgedruckt.

Gabbard, G. O.: Psychodynamic psychiatry in the „decade of the brain“. Am J Psychiatry 149: 991–998, 1992. Copyright 1992, American Psychiatric Association. Teile mit Genehmigung abgedruckt.

- Gabbard, G. O., Coyne, L.: Predictors of response of antisocial patients in hospital treatment. *Hosp Community Psychiatry* 38: 1181–1185, 1987. Teile mit Genehmigung abgedruckt.
- Gabbard, G. O., Menninger, R. W.: The psychology of the physician, in: *Medical Marriages*. Edited by Gabbard, G. O., Menninger, R. W. Washington, DC, American Psychiatric Press 1988, 23–38. Teile mit Genehmigung abgedruckt.
- Gabbard, G. O., Nemiah, J. C.: Multiple determinants of anxiety in a patient with borderline personality disorder. *Bull Menninger Clin* 49: 161–172, 1985. Teile mit Genehmigung abgedruckt.
- Gabbard, G. O.: Horwitz, L., Frieswyk, S., et al.: The effect of therapist interventions on the therapeutic alliance with borderline patients. *J Am Psychoanal Assoc* 36: 697–727, 1988. Teile mit Genehmigung abgedruckt.

---

I.

---

**GRUNDLEGENDE PRINZIPIEN UND  
BEHANDLUNGSANSÄTZE  
IN DER DYNAMISCHEN PSYCHIATRIE**





---

# KAPITEL 1

---

## GRUNDLEGENDE PRINZIPIEN DER DYNAMISCHEN PSYCHIATRIE

Es wäre viel leichter, wenn wir den Patienten ausklammern könnten, wenn wir das Reich der Psychopathologie erforschen; es wäre viel einfacher, wenn wir uns darauf beschränken könnten, die Chemie und die Physiologie seines Gehirns zu untersuchen und mentale Ereignisse als außerhalb unserer unmittelbaren Erfahrung liegende oder als Variablen unpersönlicher statistischer Formeln zu behandeln. So wichtig diese Ansätze für das Verständnis des menschlichen Verhaltens auch sind, reichen sie nicht aus, um alle relevanten Fakten zu erklären. Um einem anderen Menschen in den „Kopf“ zu sehen, müssen wir immer wieder in die Flut seiner Assoziationen und Gefühle eintauchen, müssen das Instrument sein, durch das er hörbar wird.

*John Nemiah, 1961*

Die psychodynamische Psychiatrie (deren Begriff in diesem Band als gleichbedeutend mit der Bezeichnung dynamische Psychiatrie verwendet wird) hat ganz verschiedene Vorläufer, unter ihnen Leibniz, Fechner, den Neurologen Hughlings Jackson und Sigmund Freud (Ellenberger 1970). Der Begriff *psychodynamische Psychiatrie* bezeichnet im Allgemeinen einen Ansatz, der von der Theorie und den Erkenntnissen der Psychoanalyse durchdrungen ist. Die moderne psychodynamische Theorie wird häufig als ein Modell betrachtet, das mentale Phänomene als Weiterentwicklungen des *Konflikts* begreift. Dieser Konflikt rührt von starken unbewussten Kräften her, die nach Expression

streben und ständig von entgegengesetzten Kräften kontrolliert werden müssen, damit diese Expression verhindert wird. Diese interagierenden Kräfte können (mit einer gewissen Überlagerung) 1. als ein Wunsch und der Abwehrmechanismus gegen diesen Wunsch, 2. als verschiedene intrapsychische Instanzen oder „Teile“ mit unterschiedlichen Zielen und Prioritäten oder 3. als ein Impuls, der im Gegensatz zur internalisierten Wahrnehmung der Anforderungen der externen Wirklichkeit steht, konzeptualisiert werden.

In den letzten Jahrzehnten hat sich der Inhalt des Begriffs psychodynamische Psychiatrie über den eines Konfliktmodells der Krankheit hinaus erweitert. Ein dynamischer Psychiater muss heute auch das sogenannte „Defizitmodell“ der Krankheit verstehen. Dieses Modell wird bei Patienten angewandt, die, aus welchen Gründen auch immer, abgeschwächte oder fehlende psychische Strukturen aufweisen. Diese Einschränkung führt dazu, dass sie sich nicht als ganz empfinden und nicht sicher fühlen, sodass sie übermäßige Resonanz von den Personen in ihrer Umgebung benötigen, um ihr psychologisches Gleichgewicht aufrechtzuerhalten. In die Zuständigkeit der psychodynamischen Psychiatrie fällt auch die unbewusste innere Welt der Beziehungen. Alle Patienten tragen eine Reihe verschiedener mentaler Repräsentanzen ihrer selbst und anderer in sich, von denen viele charakteristische Muster interpersonaler Schwierigkeiten verursachen können. Diese Repräsentanzen ihrer selbst und anderer bilden ein Universum überwiegend unbewusster innerer Objektbeziehungen.

Ein psychodynamischer Kliniker kann heute keine vom Körper und von den soziokulturellen Einflüssen losgelöste Psychiatrie mehr praktizieren. Im Gegenteil, die psychodynamische Psychiatrie ist heute als Teil des umfassenden Konstrukts der *biopsychosozialen* Psychiatrie zu begreifen. Paradoxerweise haben die spektakulären Fortschritte in der Genetik und der Neurowissenschaft die Position des psychodynamischen Psychiaters gestärkt. Mehr als je zuvor haben wir heute überzeugende Beweise dafür, dass ein Großteil des mentalen Lebens unbewusst ist, dass soziale Faktoren in unserer Umgebung die Expression der Gene bestimmen und dass der Geist die Aktivität des Gehirns widerspiegelt. Wir praktizieren heute in einer „Sowohl-als-auch“ und nicht in einer „Entweder-oder“-Situation. Wie Cloninger (2004) feststellt, hat die Betrachtung des Biomedizinischen und des Psychosozialen als zwei gesonderte Modelle die Entwicklung der Wissenschaft von der mentalen Gesundheit gehemmt. Ein dynamischer Psychiater, der die neurobiologischen Grundlagen der Erfahrung außer Acht lässt, macht sich ebenso des Reduktionismus schuldig wie ein biologisch orientierter Psychiater, der das mentale Leben unberücksichtigt lässt.

Vor allem aber ist psychodynamische Psychiatrie eine *Denkweise* – nicht nur in Bezug auf die Patienten, sondern auch in Bezug auf einen selbst im zwischenmenschlichen Bereich zwischen Patient und Behandelndem. Das Wesen der psychodynamischen Psychiatrie lässt sich mit der folgenden Definition umschreiben: *Psychodynamische Psychiatrie ist ein diagnostischer*

*und Behandlungsansatz, der durch eine Denkweise in Bezug auf den Patienten und den Kliniker gekennzeichnet ist, die auch unbewusste Konflikte, Defizite und Verzerrungen der intrapsychischen Strukturen und der inneren Objektbeziehungen umfasst und diese Elemente im Zusammenhang der neuesten Erkenntnisse der Neurowissenschaften betrachtet.*

Diese Definition ist eine Herausforderung für den psychodynamischen Klinker. Wie soll man die Domäne des Geistes und die Domäne des Gehirns integrieren? Die Psychiatrie hat den kartesischen Substanzdualismus weit hinter sich gelassen. Wir erkennen, dass der Geist die Aktivität des Gehirns ist (Andreasen 1997) und die beiden untrennbar miteinander verbunden sind. Die Verwendung der Begriffe Geist und Gehirn ist überwiegend zu einer Art Code für die verschiedenen Arten geworden, wie wir an unsere Patienten und ihre Behandlung herangehen (Gabbard, im Druck). Mutmaßliche Gegensätze wie Gene und Umwelt, Medikation und Psychotherapie oder Biologie und Psychologie werden oft leichtfertig den Kategorien Geist und Gehirn zugeordnet. Diese Dichotomien sind problematisch und haben gewöhnlich keinen Bestand, wenn wir klinische Fälle in der Psychiatrie untersuchen. Gene und Umwelt sind hinsichtlich der Gestaltung menschlichen Verhaltens untrennbar miteinander verbunden. Die Erfahrung schaltet die Übertragungsfunktion bestimmter Gene aus und andere ein. Psychosoziale Stressfaktoren wie zwischenmenschliche Traumata können eine nachhaltige biologische Wirkung haben, indem sie die Funktion des Gehirns verändern. Zudem ist es vordergründig, zwischen Psychotherapie als Behandlung von „Störungen auf psychologischer Basis“ und Medikation als Behandlung „biologischer oder gehirnbasierter Störungen“ zu unterscheiden. Die Wirkung der Psychotherapie auf das Gehirn ist gut belegt (siehe Gabbard 2000).

Dennoch stehen wir, wenn wir die Polarisierung von Geist und Gehirn aufgeben und den Patienten als menschliches Wesen in einem biopsychosozialen Kontext betrachten, dem Problem gegenüber, dass Geist und Gehirn nicht identisch sind. Natürlich spiegelt unser Geist die Aktivität des Gehirns wider, aber der Geist kann nicht auf neurowissenschaftliche Erklärungen reduziert werden (Edelson 1988; McGinn 1999; Pally 1997; Searle 1992). Der Einsatz der funktionellen Magnetresonanztomografie (fMRI) und der Positronenemissionstomografie (PET) hat zu einem Quantensprung im Bereich der Kenntnisse über die Funktionsweise des Gehirns geführt. Dennoch bergen diese Technologien ein Risiko, wenn wir das Selbst mit dem gleichsetzen, was wir auf der Schädeltomografie sehen. Die Tomografietechnologien bieten die Möglichkeit der bequemen Externalisierung von Problemen, indem wir statt mit „mir“ stimmt etwas nicht sagen, mit „meinem Gehirn“ stimmt etwas nicht (Dumit 2004). Wie Pietrini (2003) feststellt: „Als Kliniker dürfen wir niemals vergessen, dass der menschliche Geist zwar durch eine Kette molekularer Prozesse zum Ausdruck kommt, jedoch nicht nur eine Frage von Molekülen ist“ (S. 1908).

Wenn wir aber akzeptieren, dass Geist und Gehirn nicht dasselbe sind, wo liegt dann der Unterschied? Zunächst einmal kann das Gehirn aus der Perspektive der dritten Person betrachtet werden. Es kann bei einer Autopsie aus dem Schädel entnommen und gewogen werden. Es kann seziert und unter dem Mikroskop untersucht werden. Der Geist dagegen unterliegt nicht der Wahrnehmung und kann deshalb nur von innen erkannt werden. Statt auf eine überholte Form des Substanzdualismus zurückzugreifen, bedienen sich Psychiater und Neurowissenschaftler heute häufig des Konstrukts des *erklärenden Dualismus* (explanatory dualism; Kendler 2001). Diese Art des Dualismus berücksichtigt, dass es zwei verschiedene Arten von Wissen oder Verständnis gibt, die zwei verschiedene Arten von Erklärungen erfordern. Die eine Erklärungsart ist in der ersten Person und psychologisch, die andere ist in der dritten Person oder biologisch. Für sich bietet keiner der beiden Ansätze eine vollständige Erklärung. Und um die Dinge weiter zu komplizieren, ist zu berücksichtigen, was Damasio (2003) festgestellt hat: „Bewusstsein und Geist sind keine Synonyme“ (S. 184). Bei einer Vielzahl neurologischer Leiden gibt es eine Fülle von Beweisen dafür, dass die Prozesse des Geistes weiterlaufen, obwohl das Bewusstsein gestört ist.

In diesem Band liegt der Schwerpunkt auf psychologischen Erklärungen, zugleich aber werden auch neurobiologische Belege genannt und die Bereiche der Integration des Psychologischen und des Biologischen betont. Die Domäne des Geistes und die Domäne des Gehirns sprechen verschiedene Sprachen. Der moderne dynamische Psychiater sollte zweisprachig sein – er muss sowohl die Sprache des Gehirns als auch die Sprache des Geistes beherrschen, um dem Patienten eine optimale Behandlung zukommen zu lassen (Gabbard, im Druck).

Obwohl die dynamische Psychotherapie eines der wichtigsten Werkzeuge der therapeutischen Ausrüstung des dynamischen Psychiaters ist, ist dynamische Psychotherapie nicht gleichbedeutend mit dynamischer Psychiatrie. Der dynamische Psychiater setzt ein breites Spektrum an Behandlungsinterventionen ein, die er je nach der dynamischen Beurteilung der Bedürfnisse des Patienten auswählt. Die dynamische Psychiatrie ist lediglich ein kohärenter konzeptueller Rahmen, innerhalb dessen alle Behandlungen verordnet werden. Ob es sich bei der Behandlung um dynamische Psychotherapie oder um Pharmakotherapie handelt, sie ist jeweils *dynamisch fundiert*. Eine grundlegende Komponente des Sachverstands des dynamischen Psychiaters besteht sogar darin, dass er weiß, wann er zugunsten von Behandlungen, die das psychische Gleichgewicht des Patienten nicht gefährden, auf eine explorative Psychotherapie verzichtet.

Der dynamische Psychiater muss heute im Kontext eindrucksvoller Fortschritte in den Neurowissenschaften praktizieren, indem er psychoanalytische Erkenntnisse und die biologische Auffassung der Krankheit integriert. Dennoch besteht der Leitfaden des dynamischen Psychiaters aus

einer Handvoll altherwürdiger Grundsätze, die sich aus der Theorie und Technik der Psychoanalyse ableiten und der psychodynamischen Psychiatrie ihren einmaligen Charakter verleihen.

## Der besondere Wert der subjektiven Erfahrung

---

Die dynamische Psychiatrie definiert sich weiterhin durch den Gegensatz zur deskriptiven Psychiatrie. Vertreter des letzteren Ansatzes kategorisieren Patienten anhand häufiger Verhaltens und phänomenologischer Merkmale. Sie erstellen Kontrolllisten für Symptome, die es ihnen ermöglichen, die Patienten anhand von Gruppen ähnlicher Symptome einzustufen. Die subjektive Erfahrung der Patienten hat, außer für das Eintragen der Antworten in der Kontrollliste, eine geringere Bedeutung. Deskriptive Psychiater mit einer behavioristischen Ausrichtung würden anführen, die subjektive Erfahrung des Patienten sei gegenüber dem Kern der psychiatrischen Diagnose und Behandlung, die auf dem zu beobachtenden Verhalten basieren muss, nebensächlich. Der extremsten behavioristischen Auffassung zufolge sind Verhalten und mentales Leben Synonyme (Watson 1924/1930). Darüber hinaus legt der deskriptive Psychiater das Hauptaugenmerk darauf, inwiefern ein Patient *Ähnlichkeiten* mit und nicht *Unterschiede* zu anderen mit kongruenten Merkmalen zeigt.

Im Gegensatz dazu versuchen dynamische Psychiater festzustellen, was an dem jeweiligen Patienten einmalig ist – inwiefern sich der jeweilige Patient infolge einer einmaligen Lebensgeschichte von anderen *unterscheidet*. Symptome und Verhaltensweisen werden lediglich als häufige Leitungsbahnen in hohem Maße individualisierter Erfahrungen betrachtet, die die biologischen und Umweltfaktoren der Krankheit herausfiltern. Außerdem legen dynamische Psychiater großes Gewicht auf die innere Welt des Patienten – Fantasien, Träume, Ängste, Hoffnungen, Impulse, Wünsche, Selbstbilder, Wahrnehmungen anderer und psychologische Reaktionen auf Symptome.

Deskriptive Psychiater, die sich einer verschlossenen Höhle nähern, die sich in einen Bergabhang schmiegt, würden wahrscheinlich die Merkmale des riesigen Felsbrockens, der den Eingang zur Höhle versperrt, bis ins Kleinste beschreiben, das Innere der Höhle, das hinter diesem Felsbrocken liegt, jedoch als unzugänglich und somit nicht auszumachen abtun. Im Gegensatz dazu würden dynamische Psychiater wissen wollen, was die dunklen Winkel der Höhle hinter dem Felsbocken bergen. Wie deskriptive Psychiater würden auch sie die Merkmale der Öffnung festhalten, sie jedoch anders bewerten. Sie würden wissen wollen, auf welche Weise das Äußere der Höhle ihr Inneres widerspiegelt. Sie würden herausfinden wollen, warum es nötig war, das Innere durch einen Felsbrocken vor der Öffnung zu schützen.

## Das Unbewusste

---

Wenn wir bei der Höhlenmetapher bleiben, würde der dynamische Psychiater einen Weg finden, den Felsbrocken zu entfernen, in die dunklen Winkel der Höhle vorzudringen und, eventuell mit einer Taschenlampe, das Innere auszuleuchten. Artefakte auf dem Boden oder Markierungen an den Wänden wären von besonderem Interesse für ihn, da sie Aufschluss über die Geschichte der Höhle geben würden. Das kontinuierliche Gurgeln von Wasser könnte auf eine unterirdische Quelle hinweisen, die Druck von unten ausübt. Der dynamische Psychiater würde insbesondere die Tiefen der Höhle erkunden wollen. Wie weit reicht sie in den Berghang hinein? Ist die hintere Wand die tatsächliche Grenze, die den Innenraum definiert, oder ist sie eine „Trennwand“, hinter der weitere Tiefen liegen?

Die Höhlenmetapher weist darauf hin, dass ein zweites entscheidendes Prinzip der dynamischen Psychiatrie ein konzeptuelles Modell des Geistes ist, das auch das Unbewusste einschließt. Freud (1915/1963) identifizierte zwei verschiedene Arten unbewusster mentaler Inhalte: 1. das Vorbewusste (d. h. mentale Inhalte, die leicht ins Bewusstsein gerückt werden können, indem man seine Aufmerksamkeit verlagert) und 2. das eigentliche Unbewusste (d. h. mentale Inhalte, die zensiert sind, weil sie inakzeptabel und deshalb unterdrückt sind, und nicht leicht ins Bewusstsein zu rücken sind).

Zusammen bilden die Systeme des Unbewussten, des Vorbewussten und des Bewussten das, was Freud (1900/1953) als *topografisches Modell* bezeichnet hat. Zu der Überzeugung, dass das Unbewusste existiert, gelangte er aufgrund zweier wichtiger klinischer Beweise: Träume und Parapraxien. Die Analyse der Träume zeigte, dass sie gewöhnlich durch unbewusste Wünsche in der Kindheit motiviert sind. Da die Träume den Wunsch verschleiern, müssen sie analysiert werden, um den eigentlichen Wunsch ausmachen zu können. *Parapraxien* sind Phänomene wie Versprecher, „versehentliche“ Handlungen und das Vergessen oder Ersetzen von Wörtern. Eine Schreibkraft beispielsweise schrieb wiederholt „murder“, wenn sie „mother“ schreiben wollte. Der Begriff des „freudschen Versprechers“ ist heute ein fester Bestandteil unserer Kultur, der eine unbeabsichtigte Preisgabe unbewusster Wünsche oder Gefühle bezeichnet. Freud (1901/1960) benutzte diese peinlichen Enthüllungen, um zu verdeutlichen, wie unterdrückte Wünsche hervorbrechen, und um die Parallelen zwischen den mentalen Prozessen des täglichen Lebens und denen der Entstehung neurotischer Symptome aufzuzeigen.

Der dynamische Psychiater betrachtet Symptome und Verhaltensweisen als Ausdrücke unbewusster Prozesse, die gegen unterdrückte Wünsche und Gefühle schützen, ebenso wie der Felsbrocken das Innere der Höhle vor der Offenlegung bewahrt. Weiterhin sind Träume wie die Kunstwerke an den Wänden der Höhle – symbolische oder andersartige Mitteilungen in der Gegenwart, die

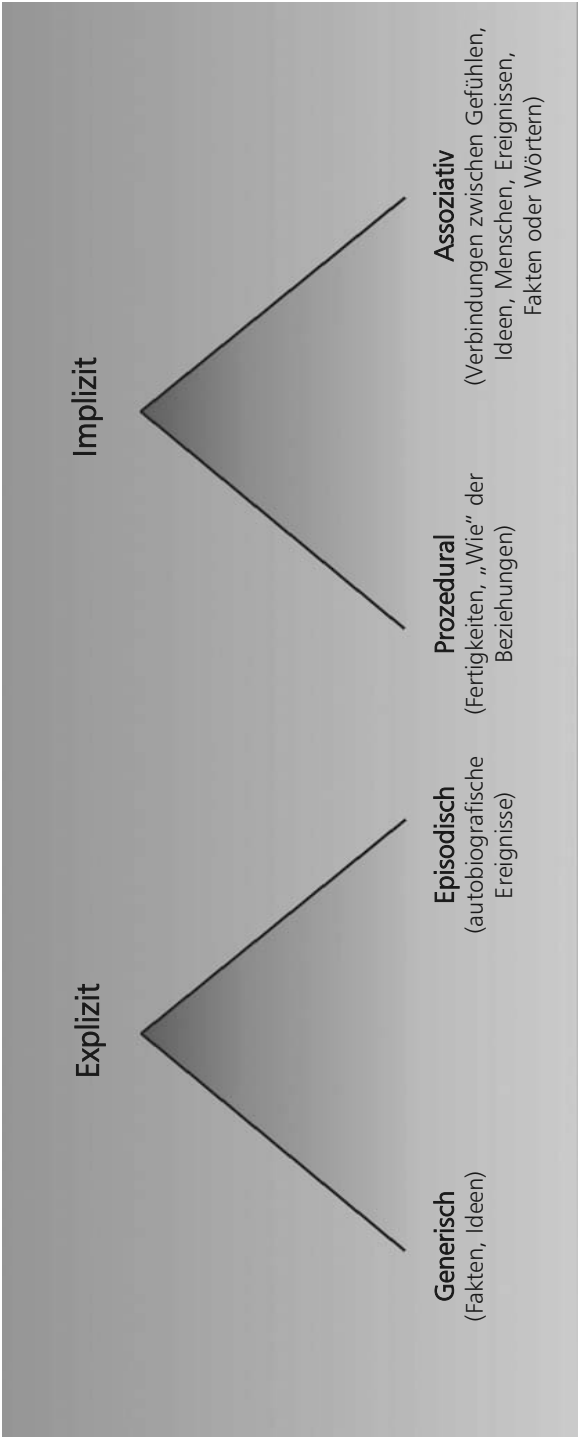


ABBILDUNG 1–1: ZWEI GEDÄCHTNISSYSTEME

Botschaften aus der längst vergessenen Vergangenheit übermitteln. Der dynamische Psychiater muss sich mit diesem dunklen Bereich vertraut machen, um ihn erkunden zu können, ohne zu stolpern.

Eine weitere primäre Art, auf die sich das Unbewusste im klinischen Rahmen manifestiert, ist das nonverbale Verhalten des Patienten gegenüber dem Kliniker. Bestimmte charakteristische Muster der Bezogenheit zu anderen, die in der Kindheit entstanden sind, werden verinnerlicht und automatisch und unbewusst als Teil des Charakters des Patienten ausgeführt. Das erklärt, weshalb sich manche Patienten gegenüber dem Kliniker konsequent respektvoll verhalten, während andere ein ausgesprochen rebellisches Verhalten an den Tag legen. Diese Formen der Bezogenheit hängen eng mit Squires (1987) Begriff des prozeduralen Gedächtnisses zusammen, dessen Prozesse sich außerhalb des bewussten, verbalen, narrativen Gedächtnisses abspielen.

Studien der Gedächtnissysteme haben unsere Kenntnisse über das Verhalten im klinischen Umfeld bedeutend erweitert. Eine weitverbreitete Unterscheidung, die für die psychodynamische Denkweise von Bedeutung ist, ist die Aufteilung des Gedächtnisses in einen expliziten (bewussten) und einen impliziten (unbewussten) Teil (Abbildung 1–1).

Das explizite Gedächtnis ist entweder *generisch*, auf Faktenwissen und Ideen bezogen, oder *episodisch*, auf Erinnerungen an bestimmte autobiografische Ereignisse bezogen. Das implizite Gedächtnis betrifft zu beobachtendes Verhalten, dessen sich das Subjekt nicht bewusst ist. Eine Art des impliziten Gedächtnisses ist das prozedurale Gedächtnis, das Fertigkeiten wie Klavierspielen und das „Wie“ der sozialen Bezogenheit zu anderen speichert. Die als innere Objektbeziehungen bezeichneten unbewussten Schemen sind bis zu einem gewissen Grad prozedurale Erinnerungen, die in einer Vielzahl zwischenmenschlicher Beziehungen wieder und wieder wiederholt werden. Eine andere Art des impliziten Gedächtnisses ist *assoziativer* Art und speichert Verbindungen zwischen Gefühlen, Ideen, Menschen, Ereignissen, Fakten oder Wörtern. Man hört zum Beispiel ein bestimmtes Lied und wird auf unerklärliche Weise traurig, weil es gerade im Radio lief, als die Nachricht vom Tod eines Familienmitglieds überbracht wurde.

Eine integrierte Sichtweise der gegenwärtigen Gedächtnisforschung (die im Labor zustande kam) und des psychoanalytischen Ansatzes (der aus klinischen Beobachtungen resultiert) ergibt eine etwas andere Aufteilung des Gedächtnisses (Westen 1999a). Danach ist die Unterscheidung zwischen implizit und explizit nicht ganz identisch mit der zwischen deklarativ und prozedural (Abbildung 1 2). Bei der Dichotomie zwischen deklarativem und prozeduralem Gedächtnis geht es um die Art von Wissen, die jeweils gespeichert wird. Das deklarative Gedächtnis beinhaltet Fakten, das prozedurale Fertigkeiten. Die Unterscheidung zwischen explizitem und implizitem Gedächtnis bezieht sich darauf, ob das Wissen bewusst oder unbewusst zum Ausdruck kommt und/oder abgerufen wird.



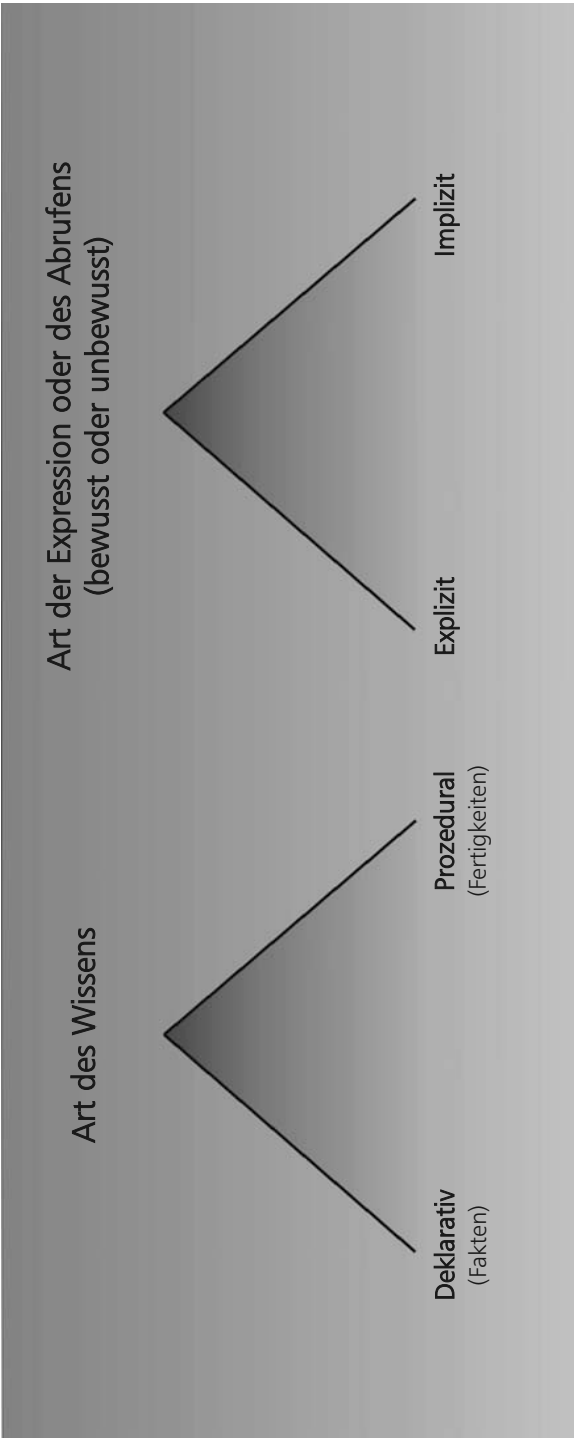
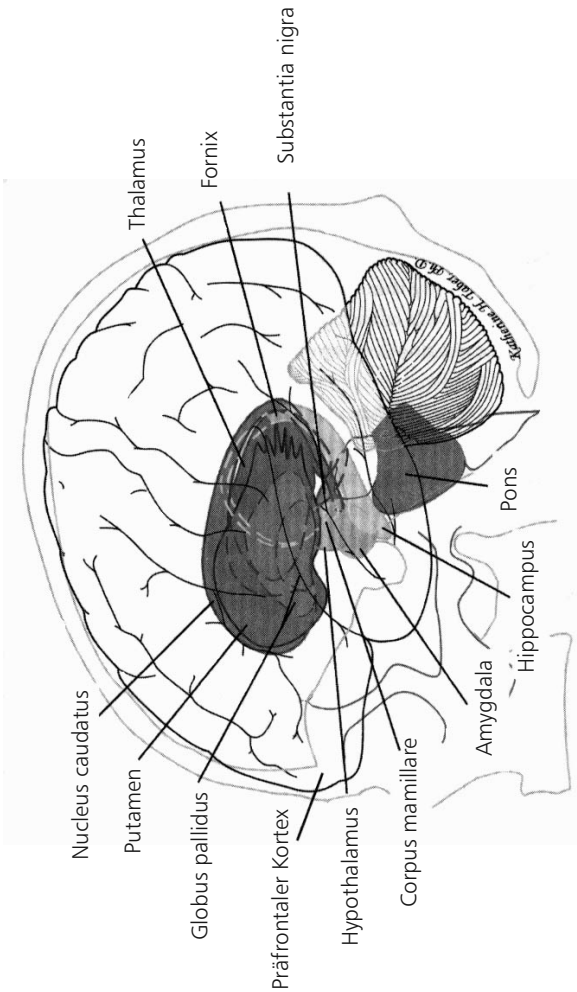


ABBILDUNG 1 2: ART DES WISSENS GEGENÜBER ART DER EXPRESSION

Wenn sich jemand an ein triumphales Sportereignis erinnert, das sich zugetragen hat, als er acht war, handelt es sich um deklaratives Wissen, das auf explizite Weise (bewusst) abgerufen wird. Wenn dieselbe Person Beklemmung überkommt, wenn sie das Büro ihres Chefs betritt, weil die Situation sie unbewusst an frühere Erfahrungen mit ihrem Vater erinnert – sie die Beklemmung jedoch *nicht bewusst* mit den früheren Erfahrungen *verbindet* –, handelt es sich um deklaratives Wissen, das jedoch implizit (unbewusst) abgerufen wird. Prozedurales Wissen kann ebenfalls explizit oder implizit sein. Dieser Unterschied wird am Einsatz von Abwehrmechanismen, die Vorgänge sind, deutlich. Wenn sich dieselbe Person beim Betreten des Büros ihres Chefs respektvoll und übermäßig höflich verhält, indem sie die Reaktionsbildung auf defensive Art und Weise einsetzt, handelt es sich um prozedurales Wissen, während die Expression implizit (unbewusst) ist. Als die Anwesenheit des Chefs bei der Person in der ersten Situation Erinnerungen an Interaktionen mit ihrem Vater wachrief, löste die Assoziation ein Gefühl der Beklemmung aus, das mit einer *Episode* in der Vergangenheit verbunden ist. Als der Abwehrmechanismus automatisch in Gang gesetzt wurde, wurde ein *Vorgang* oder eine Handlungsweise ausgelöst. Deklarativ ist das Wissen „von“, prozedural ist das Wissen „wie“. Abwehrmechanismen können auch bewusst, oder explizit, sein, wenn man unangenehme Gefühle unterdrückt, indem man sie aus seinem Bewusstsein vertreibt.

Die Vorstellung, dass ein Großteil des mentalen Lebens unbewusst ist, wird von Kritikern der Psychoanalyse häufig infrage gestellt, ist jedoch in der Literatur der experimentellen Psychologie hinreichend belegt (Westen 1999b). Versuchspersonen mit beidseitigen Läsionen des Hippocampus können nur sehr schwer lernen, dass zwei verschiedene Ereignisse miteinander verbunden sind, ihre emotionalen Reaktionen lassen jedoch darauf schließen, dass sie eine unbewusste Verbindung zwischen den beiden Ereignissen hergestellt haben (Bechara et al. 1995). Es hat sich gezeigt, dass Stimuli mit emotionaler oder psychodynamischer Bedeutung, denen Versuchspersonen unterschwellig ausgesetzt werden, ein breites Spektrum von Verhaltensweisen beeinflussen, obwohl die Betroffenen die Stimuli nicht bewusst wahrnehmen (Weinberger und Hardaway 1990). Studien zum Potenzial des Gehirns zeigen, dass emotionale Wörter andere Alphawellen im Elektroenzephalogramm auslösen als neutrale Wörter, noch bevor sie bewusst erkannt werden. In einer Studie bestimmte ein Team von Klinikern, welche Konflikte hinsichtlich bereits festgestellter Symptome der Patienten relevant waren. Dann wählten sie Wörter aus, die diese Konflikte bezeichneten, und setzten die Patienten diesen sowohl unterschwellig als auch überschwellig aus (Shevrin et. al. 1996). Bei den Wörtern, die bewusst mit den Symptomen des Patienten verbunden waren, und denen, von denen man annahm, sie seien unbewusst mit ihnen verbunden, wurden jeweils unterschiedliche Reaktionsmuster dokumentiert.

Freuds Auffassung, laut welcher Menschen aktiv versuchen, unerwünschte



**ABBILDUNG 1 3:** SCHEMATISCHE (LATERALE SAGITTALE) DARSTELLUNG DER RELATIVEN POSITION DES PRÄFRONTALEN KORTX UND DES HIPPOCAMPUS

Quelle: Nachgedruckt aus Hurley, R. A., Hayman, L. A., Taber, K. H.: „Clinical Imaging in Neuropsychiatry“, in: The American Psychiatric Publishing Textbook of Neuropsychiatry and Clinical Sciences. 4th Edition. Edited by Yudofsky, S. C., Hales, R. E. Washington, DC, American Psychiatric Publishing, 2002, S. 245–283. Copyright 2002, American Psychiatric Publishing. Verwendung mit Genehmigung.

Erfahrungen in der Vergangenheit zu vergessen, wurde durch neuere fMRI-Studien bestätigt (Anderson et al. 2004). Bei dem Vorgang findet eine neue Form der wechselseitigen Reaktion zwischen dem präfrontalen Kortex und dem Hippocampus statt (siehe Abbildung 1 3). Wenn die Versuchspersonen ihre unerwünschten Erinnerungen kontrollieren, ist eine gesteigerte dorsolaterale präfrontale Aktivierung in Verbindung mit einer verminderten Hippocampusaktivierung zu beobachten. Das Ausmaß des Vergessens lässt sich anhand der präfrontalen, der kortikalen und der rechtsseitigen Aktivierung des Hippocampus vorhersagen.

## Psychischer Determinismus

---

Die Behauptung, Symptome und Verhalten seien externe Manifestationen unbewusster Prozesse, führt uns zu einem dritten Prinzip der dynamischen Psychiatrie, dem psychischen Determinismus. In der psychodynamischen Auffassung wird behauptet, dass wir bewusst verwirrt und unbewusst kontrolliert sind. Wir leben unser Leben, als hätten wir die Freiheit der Wahl, in Wirklichkeit aber sind wir viel stärker eingeschränkt, als wir meinen. Wir sind Wesen, die weitgehend nach einem Drehbuch leben, das das Unbewusste geschrieben hat. Die Wahl unseres Ehepartners, unsere beruflichen Interessen und selbst unsere Freizeitbeschäftigungen sind keine Zufälle; sie werden durch unbewusste Kräfte bestimmt, die in einem dynamischen Verhältnis zueinander stehen.

Eine junge Frau beispielsweise erkannte während ihrer Psychotherapie, dass der Umstand, dass sie sich für die medizinische Laufbahn entschieden hatte, in großem Maße durch Ereignisse in ihrer Kindheit und ihre Reaktionen auf diese bestimmt war. Als sie 8 Jahre alt war, erlag ihre Mutter einem Krebsleiden. Das kleine Mädchen, die Zeugin dieser Tragödie geworden war, hatte sich damals hilflos und machtlos gefühlt, und ihre Entscheidung, Ärztin zu werden, war zum Teil durch den unbewussten Wunsch bestimmt, die Kontrolle über Krankheit und Tod zu erlangen. Auf der unbewussten Ebene war ihre Berufswahl ein Versuch, ein passiv erlebtes Trauma aktiv zu bewältigen. Auf der bewussten Ebene empfand sie die Medizin einfach als faszinierendes und attraktives Metier.

Wenn menschliches Verhalten deutlich symptomatisch wird, werden die Grenzen des freien Willens offensichtlicher. Ein Mann, der nur zum Orgasmus kommen kann, wenn er masturbiert und sich dabei die Erniedrigung durch einen sadistischen Muskelprotz vorstellt, hat die Freiheit, seine sexuellen Fantasien selbst zu wählen, verloren. Der dynamische Psychiater geht an solche Symptome mit der Auffassung heran, dass sie Anpassungen an die Bedürfnisse eines unbewussten Drehbuchs sind, das durch eine Mischung aus biologischen

Kräften, frühen Bindungsproblemen, Abwehrmechanismen, Objektbeziehungen und Störungen des Selbst geprägt ist. Anders ausgedrückt: Verhalten hat eine Bedeutung.

Diese Bedeutung ist nur selten so einfach und leicht verständlich wie im obigen Beispiel der Ärztin. Weitaus häufiger dient eine einzige Verhaltensweise mehreren Funktionen und löst viele Probleme. Sherwood (1969) stellte fest: „Freud war eindeutig der Ansicht, die Gründe des Verhaltens seien *sowohl* komplex (überdeterminiert) *als auch* vielfältig (im Sinne alternativer Sätze ausreichender Konditionen)“ (S. 181). Mit anderen Worten, bestimmte Verhaltensweisen oder Symptome werden bisweilen durch eine bestimmte intrapsychische Konstellation von Faktoren ausgelöst, in anderen Fällen jedoch durch eine Vielzahl anderer ätiologischer Kräfte. Es ist ausreichend, wenn wir festhalten, dass die psychodynamische Auffassung menschliches Verhalten als Endergebnis vieler verschiedener gegensätzlicher Kräfte definiert, die einer Reihe verschiedener Funktionen dienen, die sowohl den Anforderungen der Wirklichkeit als auch den unbewussten Bedürfnissen entsprechen.

Das Prinzip des psychischen Determinismus ist, obwohl es ein Grundkonzept ist, mit zwei Einschränkungen gültig. Erstens bestimmen unbewusste Faktoren nicht alle Verhaltensweisen oder Symptome. Wenn ein Alzheimerpatient den Namen seines Ehepartners vergisst, handelt es sich wahrscheinlich nicht um eine Parapraxis. Wenn ein Patient mit komplexen fokalen Anfällen sein Hemd während der Aura des Anfalls auf rituelle Weise zu und aufknöpft, ist das Symptom wahrscheinlich auf einen irritablen Fokus des Temporallappens zurückzuführen. Aufgabe des dynamischen Psychiaters ist es, festzustellen, welche Symptome und Verhaltensweisen mit dynamischen Faktoren erklärt werden können und welche nicht. Das Konzept des psychischen Determinismus bietet die Möglichkeit der Wahl. Auch wenn sie eingeschränkter ist, als wir es gerne hätten, kann die bewusste Absicht eine bedeutende Rolle beim Ablegen von Symptomen spielen (Appelbaum 1981). Der dynamische Psychiater muss mit Patienten, die den Umstand, dass sie krank bleiben, rechtfertigen, indem sie sich auf den psychischen Determinismus berufen, vorsichtig sein.

## Die Vergangenheit ist das Vorspiel

---

Ein viertes Grundprinzip der dynamischen Psychiatrie ist, dass die im Säuglings und Kindesalter gemachten Erfahrungen die Persönlichkeit des Erwachsenen entscheidend bestimmen. William Wordsworth hat das äußerst prägnant formuliert: „Das Kind ist der Vater des Mannes.“

Der dynamische Psychiater hört aufmerksam zu, wenn ein Patient über seine Kindheitserinnerungen spricht, weil er weiß, dass diese Erfahrungen

hinsichtlich der aktuellen Probleme entscheidend sein können. Und nach der dynamischen Auffassung hängen Ätiologie und Pathogenese häufig mit Ereignissen in der Kindheit zusammen. In manchen Fällen führen offenkundige Traumata wie Inzest oder körperliche Misshandlung zu Persönlichkeitsstörungen beim Erwachsenen. Häufiger jedoch haben chronische, sich wiederholende Muster der Interaktion innerhalb der Familie eine größere ätiologische Bedeutung.

Die dynamische Auffassung berücksichtigt auch die Tatsache, dass Säuglinge und Kinder ihre Umgebung durch äußerst subjektive Filter wahrnehmen, die die tatsächlichen Eigenschaften der Menschen in ihrem Umfeld verzerren können. Ebenso sind manche Kinder aufgrund ihrer Konstitution schwer zu erziehen, so fähig ihre Eltern auch sein mögen. Forschungen haben mehrere unterschiedliche konstitutionelle Typen des Temperaments von Säuglingen nachgewiesen (Thomas und Chess 1984). Die Ätiologie einiger psychiatrischer Erkrankungen kann damit zusammenhängen, wie gut das Temperament des Kindes und das der betreuenden Person „zusammenpassen“. Möglicherweise entwickelt sich ein besonders empfindliches Kind bei einer ruhigen und zurückhaltenden Mutter gut, bei einer nervösen Mutter hingegen nicht. Durch dieses Modell des „Grades des Zusammenpassens“ kann vermieden werden, dass den Eltern oder dem Kind die Schuld an den psychiatrischen Problemen des Kindes zugewiesen wird.

Die Theorien zur Entwicklung in der Kindheit haben stets im Mittelpunkt der dynamischen Psychiatrie gestanden. Freud postulierte, ein Kind durchlaufe auf dem Weg zur Reife drei Hauptphasen der psychosexuellen Entwicklung. Jede dieser Phasen – die orale, die anale und die genitale – ist an eine bestimmte Körperregion geknüpft, in der sich nach Freuds Auffassung die Libido oder sexuelle Energie des Kindes konzentriert. Infolge von Traumata durch die Umgebung, konstitutionellen Faktoren oder beidem kann die Entwicklung eines Kindes in der oralen oder in der analen Phase zum Stillstand kommen, was zu einer Fixierung führt, die bis ins Erwachsenenalter beibehalten wird. In Stresssituationen fällt der Erwachsene dann möglicherweise in diese primitivere Phase der Entwicklung zurück und zeigt den mentalen Zustand der zu dieser Phase gehörenden Instinktbefriedigung. Während Freud die Entwicklung in der Kindheit anhand der Aussagen der Patienten in der Psychoanalyse retrospektiv rekonstruierte, untersuchten spätere Forscher die Entwicklung prospektiv, anhand der direkten Beobachtung von Säuglingen und Kindern. Diese Theorien werden in Kapitel 2 eingehender behandelt.

Die auf die Entwicklung ausgerichtete Sichtweise der psychodynamischen Auffassung wurde jüngst durch eine Welle des genetischen Reduktionismus infrage gestellt. Die Entschlüsselung des menschlichen Genoms war ein entscheidender wissenschaftlicher Durchbruch, hat jedoch auch zu der beunruhigenden Tendenz geführt, das Genom als Synonym des Menschseins zu betrachten. Der Bioethiker Alex Mauron (2001) betonte, dass die persönliche

Identität nicht deckungsgleich mit der Genomidentität ist. Eineiige Zwillinge mit identischen Genomen sind sehr verschiedene Individuen. Zum Glück hat diese Tendenz zum Reduktionismus bei führenden Wissenschaftlern eine Gegenreaktion ausgelöst: Sie haben betont, dass die Gene in steter Wechselwirkung mit der Umwelt stehen und DNS nicht Schicksal ist. Dazu stellte Robinson (2004) fest: „Wir können die Gene jetzt eingehend genug untersuchen, um die Debatte um Veranlagung oder Umwelt zu beenden. Wir wissen jetzt, dass die DNS sowohl ererbt ist als auch auf die Umwelt reagiert“ (S. 397). Paradoxiertweise haben neuere genetische Forschungen und Studien zur Plastizität des Gehirns gezeigt, dass die Gene ein Leben lang in hohem Maße durch Signale der Umwelt reguliert werden (Hyman 1999). Die genetische Ausstattung eines Menschen hat einen Einfluss darauf, wie er als Kind betreut wird, dieser Beitrag der Eltern und anderer Personen in seinem Umfeld zu seiner Entwicklung kann wiederum die weitere Umsetzung des Genoms beeinflussen. Neuronale Verbindungen zwischen dem Kortex, dem limbischen System und dem autonomen Nervensystem werden entsprechend den jeweiligen Erfahrungen des in der Entwicklung befindlichen Organismus zu Schaltkreisen verbunden. Somit sind die Schaltkreise von Gefühlen und Erinnerungen infolge gleichbleibender Verbindungsmuster, die durch Stimuli und durch die Umwelt entstehen, verbunden. Dieses Entwicklungsmuster wird häufig wie folgt zusammengefasst: „Neuronen, die zusammen zünden, sind miteinander verkabelt“ (Schatz 1992, S. 64).

Wie Umwelteinflüsse genetische Tendenzen außer Kraft setzen können, hat die Primatenforschung besonders anschaulich gezeigt. Suomi (1991) stellte fest, dass etwa 20 % der Säuglinge in seiner Affenkolonie, die von ihren Müttern aufgezogen wurden, bei kurzen Trennungen erhöhte Werte für Cortisol und adrenocorticotropes Hormon, depressive Reaktionen und einen übermäßigen Norepinephrinausstoß aufwiesen. Diese Empfindlichkeit schien genetisch bedingt zu sein. Wurden diese Säuglinge jedoch außerordentlich fürsorglichen Müttern aus der Affenkolonie anvertraut, verschwand die Anfälligkeit für Trennungsangst. Diese Affen gelangten schließlich an die Spitze der sozialen Hierarchie der Affenkolonie, was darauf schließen lässt, dass die „Supermütter“ den jungen Affen geholfen hatten, ihre angeborene Empfindlichkeit auf adaptive Weise weiterzuentwickeln, was ihnen eine größere Empfänglichkeit für soziale Signale und für die vorteilhaften Antworten auf diese Signale ermöglichte.

Fünf bis zehn Prozent der Populationen von Rhesusaffen sind bei ihren Interaktionen mit anderen Mitgliedern der Herde ungewöhnlich impulsiv, unsensibel und offen aggressiv (Suomi 2003). Rhesusaffen, deren Gene zu etwa 95 % mit denen des Menschen identisch sind, zeigen auch Übereinstimmungen in der Verbindung zwischen impulsiver Aggression und dem Ausmaß des serotonergen Metabolismus (Higley et. al. 1991). Die Werte für Konzentrationen von 5 Hydroxyindolessigsäure (5 HIAA) in der Gehirn-

Rückenmark-Flüssigkeit (CSF) sind umgekehrt proportional zum Ausmaß der impulsiven Aggression. Die ererbte Neigung zur Entwicklung von Mustern impulsiver Aggressivität kann jedoch durch frühe Erfahrungen mit sozialen Bindungsbeziehungen erheblich verändert werden. Von ihresgleichen aufgezogene Affen zeigen konsequent niedrigere 5 HIAA-Konzentrationen in der Gehirn-Rückenmark-Flüssigkeit als von Müttern aufgezogene.

Das Serotonin-Transporter-Gen (*5HTT*) weist in der Promoterregion Längenabweichungen auf, die zu allelischen Variationen in der *5HTT*-Expression führen. Ein „kurzes“ Allel (*LS*) bewirkt beim *5HTT*-Promoter im Verhältnis zum „langen“ Allel (*LL*) eine niedrige Transkriptionseffektivität, was darauf schließen lässt, dass eine niedrige *5HTT*-Expression zu einer verminderten serotonergen Funktion führen kann. Bennett et al. (2002) haben festgestellt, dass sich die 5 HIAA-Konzentrationen der Gehirn-Rückenmark-Flüssigkeit bei von Müttern aufgezogenen Versuchstieren nicht als Funktion des *5HTT*-Status änderten, während von ihresgleichen aufgezogene Affen mit dem *LS*-Allel deutlich niedrigere 5 HIAA-Konzentrationen in der Gehirn-Rückenmark-Flüssigkeit aufwiesen als Individuen mit dem *LL*-Allel. Die Aufzucht durch die Mutter schien also alle potenziellen schädlichen Auswirkungen des *LS*-Allels auf den Serotoninmetabolismus zu verhindern. Demgegenüber zeigten von ihresgleichen aufgezogene Affen mit dem *LS*-Polymorphismus ein wesentlich höheres Maß an impulsiver Aggression als von ihresgleichen aufgezogene Individuen mit dem *LL*-Polymorphismus, bei denen die Werte ähnlich niedrig waren wie bei von Müttern aufgezogenen *LL*- und *LS*-Affen, was ebenfalls auf eine schützende Wirkung der Aufzucht durch die Mutter hindeutet.

Rhesusaaffen mit niedrigen 5 HIAA-Konzentrationen in der Gehirn-Rückenmark-Flüssigkeit neigen außerdem dazu, in einer „Happy-Hour“-Situation, in der ihnen ein mit Aspartam gesüßtes Getränk mit 7 % Ethanol angeboten wird, mehr Alkohol zu konsumieren (Suomi 2003). Hier spiegeln die Daten zur Schutzwirkung der Mutter deutlich die Rolle der Umwelt bezüglich des Einflusses auf die Gene wider. Von ihresgleichen aufgezogene Affen mit dem *LS*-Allel nahmen mehr Alkohol zu sich als solche mit dem *LL*-Allel. Bei von Müttern aufgezogenen Individuen war es genau umgekehrt: Das *LS*-Allel bewirkte einen geringeren Alkoholkonsum als das *LL*-Allel. Die Forscher schlossen daraus, dass das kurze Allel des *5HTT*-Gens bei Rhesusaaffen mit frühen ungünstigen Erfahrungen bezüglich der Aufzucht durchaus zu einer Psychopathologie führen kann, bei Affen mit einer sicheren frühen Bindung an ihre Mütter jedoch möglicherweise *adaptiv wirkt* (Suomi 2003).

In einer Untersuchungsreihe wiesen Meaney und seine Kollegen (Francis et al. 1999; Weaver et al. 2002, 2004) nach, dass Rattenmütter, die sich gegenüber ihren Jungen besonders fürsorglich verhielten, indem sie sie während des Säugens lauschten und leckten, ihnen dadurch einen lebenslangen Schutz gegen Stress zuteilwerden ließen. Infolge des Leckens und Lausens wird die Expression der Gene, die die Glukokortikoidrezeptoren regulieren, verstärkt.



Mit dieser verstärkten Expression geht eine Hemmung der Gene einher, die die Synthese des Corticotropin-Releasing-Faktors steuern. Noch bemerkenswerter ist, dass weibliche Junge von Müttern, die ausgiebig lecken und lausen, ihre Jungen später selbst ausgiebig lecken und lausen. Wenn weibliche Junge von Müttern, die ihre Kleinen kaum lecken und lausen, von intensiv leckenden und lausenden Müttern aufgezogen werden, werden auch sie ausgiebig leckende und lausende Mütter. Dieses Verhalten der Mutter wird von Generation zu Generation weitergegeben, ohne dass eine Änderung des Genoms erfolgt. Deshalb wird diese Art der Weitergabe als *epigenetische* Änderung oder Programmierung bezeichnet und mit Unterschieden in der DNS-Methylierung in Verbindung gebracht (Weaver et al. 2004).

Ein Großteil der Forschungen zu den Wechselwirkungen zwischen Genen und Umwelt bei Tieren dient dazu, Parallelen zum Menschen zu finden. Die Tierdaten lassen darauf schließen, dass es Zeitabschnitte gibt, in denen ein bestimmter Umwelteinfluss erforderlich ist, um die Expression eines Gens zu bestimmen. Die Forscher haben in den Phasen wichtiger struktureller Veränderungen des Gehirns auch beim Menschen solche Zeitabschnitte ausgemacht (Ornitz 1991; Perry et al. 1995; Pynoss et al. 1997). Bremner et al. (1997) beispielsweise haben gezeigt, dass Erwachsene mit einer posttraumatischen Belastungsstörung, die als Kinder körperlich misshandelt und sexuell missbraucht wurden, im Vergleich zu entsprechenden Kontrollpersonen ein geringeres Volumen des linken Hippocampus aufweisen. Es ist gut möglich, dass traumatische Erfahrungen in stabilen Phasen der Entwicklung des Gehirns eine Form der Regression in eine frühere Phase der neuronalen Funktion und Struktur verursachen (Pynoss et al. 1997).

Wie in Kapitel 17 dargestellt, haben Reiss et al. (1995) gezeigt, dass sich die Reaktionen der Eltern auf ihre Kinder auf die phänotypische Expression der genetischen Anfälligkeit für dissoziales Verhalten auswirken können. Ebenso scheinen für die Ausprägung der Schüchternheit und möglicherweise der sozialen Phobie zusätzlich zur ererbten Neigung auch Umwelteinflüsse erforderlich zu sein (Kagan et al. 1988). Dieses Phänomen wird in Kapitel 9 eingehender besprochen.

Fonagy et al. (2002) erhöhten die Komplexität der Wechselwirkung zwischen Genen und Umwelt noch weiter. Sie behaupteten, die Art, wie ein Kind seine Umgebung erlebt, wirke hinsichtlich der Expression des Genotyps im Phänotyp als Filter. Sie nahmen an, die Interpretation des sozialen Umfelds, die auf der Art der Bindung zu der betreuenden Person basiert, führe zu Vorgängen der Repräsentanz des Selbst und anderer, die großen Einfluss auf die endgültige Expression der Gene haben. Mit anderen Worten, die Verarbeitung und das Verstehen dessen, was im sozialen Umfeld geschieht, kann bei der Entscheidung dessen helfen, ob ein bestimmtes Ereignis in diesem Umfeld traumatisch ist und ob es langfristige pathogene Auswirkungen hat. Die Verfasser lieferten vorläufige Daten, die diese Hypothese stützen.

## Übertragung

Das Fortbestehen von Kindheitsmustern der mentalen Organisation im Erwachsenenalter bedeutet, dass sich die Vergangenheit in der Gegenwart wiederholt. Das wohl anschaulichste Beispiel hierfür ist das psychodynamische Grundkonzept der *Übertragung*, bei der der Patient den Arzt als eine bedeutende Figur aus seiner Vergangenheit erlebt. Eigenschaften der Figur aus der Vergangenheit werden dem Arzt zugeschrieben, und mit ihr verbundene Gefühle werden auch gegenüber dem Arzt empfunden. Der Patient *erlebt* die Beziehung aus der Vergangenheit unbewusst *neu*, statt sich an sie zu erinnern, und bringt dadurch eine Fülle an Informationen über seine früheren Beziehungen in die Behandlung ein.

Auch wenn das Konzept der Übertragung gewöhnlich mit der Psychoanalyse oder der Psychotherapie verbunden wird, ist die Therapiebeziehung lediglich ein Beispiel für ein Phänomen von allgemeinerer Bedeutung. Brenner (1982) hat das so ausgedrückt: „Jede Objektbeziehung ist eine weitere Ergänzung der ersten definitiven Bindungen der Kindheit ... Die Übertragung ist allgegenwärtig, sie kommt in jeder psychoanalytischen Situation zustande, weil sie in jeder Situation zustande kommt, in der ein anderer im Leben eines Menschen wichtig ist“ (S. 194–195). Neuere Beiträge zur Übertragung räumen ein, dass die *tatsächlichen* Eigenschaften des Kliniklers immer einen Einfluss auf die Art der Übertragung haben (Hoffman 1998; Renik 1993). Mit anderen Worten, wenn der Therapeut schweigt und gegenüber dem Patienten distanziert ist, kann gegenüber dem Therapeuten eine Übertragung zustande kommen, nach der er kalt, abwesend und nicht engagiert ist. Obwohl die Übertragung zum Teil aus frühen Bindungen in der Kindheit herrühren kann, wird sie auch durch das aktuelle Verhalten des Therapeuten beeinflusst. Deshalb ist jede Beziehung im klinischen Rahmen eine Mischung aus echter Beziehung und Übertragungserscheinungen.

Manche Psychoanalytiker behaupten, die Übertragung habe zwei Dimensionen: 1. eine repetitive Dimension, in der der Patient befürchtet und erwartet, dass sich der Analytiker so verhält, wie sich seine Eltern verhalten haben, und 2. eine Selbstobjektdimension, in der sich der Patient nach einer heilenden oder korrektiven Erfahrung sehnt, die in seiner Kindheit gefehlt hat (Stolorow 1995). Diese Aspekte der Übertragung pendeln zwischen dem Vordergrund und dem Hintergrund der Erfahrung des Patienten.

Der dynamische Psychiater erkennt die Beständigkeit von Übertragungsphänomenen und wird sich dessen bewusst, dass sich die Beziehungsprobleme, über die der Patient klagt, häufig in der Beziehung des Patienten zu der ihn behandelnden Person manifestieren. Das Einzigartige an der Arzt-Patienten-Beziehung in der dynamischen Psychiatrie ist *nicht* das Auftreten der Übertragung, sondern die Tatsache, dass sie Therapiematerial ist, das es zu verstehen gilt. Wenn sie hasserfüllten Beschimpfungen durch ihre

Patienten ausgesetzt sind, weisen dynamische Psychiater sie nicht ärgerlich zurück, wie es die meisten Menschen im Leben des Patienten tun würden. Statt dessen versuchen sie, festzustellen, welche frühere Beziehung des Patienten in der Gegenwart wiederholt wird und wie ihre tatsächlichen Eigenschaften möglicherweise zu dieser Situation beitragen. In diesem Sinne definieren sich dynamische Psychiater ebenso über das, was, was sie *nicht* tun, wie über das, was sie tun.

Aus der Sicht der Neurowissenschaft wird die Übertragung als etwas betrachtet, das mit der inneren Repräsentanz von Objekten zusammenhängt, die durch tatsächliche Merkmale des Therapeuten ausgelöst wird (Westen und Gabbard 2002). Repräsentanzen sind ein Netzwerk von Neuronen, die nacheinander aktiviert werden können. Somit sind Repräsentanzen wie Potenziale, die darauf warten, aktiviert zu werden, wenn Merkmale des Therapeuten den Patienten an ähnliche Eigenschaften einer Figur erinnern, die in den neuronalen Netzwerken des Patienten repräsentiert ist. Ein junger Mann der einen älteren männlichen Therapeuten mit einem Bart sieht, wird möglicherweise an seinen bärtigen Vater erinnert und verhält sich gegenüber dem Therapeuten dann so, als wäre dieser sein Vater. Aus der Sicht der Neurowissenschaft ist die Rolle der zur Übertragung gehörenden Erwartung eine Analogie zu der Art und Weise, wie wir mit dem blinden Fleck umgehen, der sich an der Stelle befindet, an der der Sehnerv aus dem Auge austritt (Solms und Turnbull 2003). Trotz des „Loches“ im Gesichtsfeld füllen wir die Lücke mit dem, was wir zu sehen erwarten. Man nimmt an, dass der rechte orbitale frontale Kortex bei der Entstehung durch Affektzustände verbundener innerer Repräsentanzen des Selbst und anderer eine entscheidende Rolle spielt (Schore 1997). In diesem

Teil des Gehirns laufen subkortikal verarbeitete Informationen über den Motivations- und Gefühlszustand mit kortikal verarbeiteten Informationen über die äußere Umgebung zusammen. Somit erhalten die Netzwerke, die Repräsentanzen erzeugen, viel von der Codierungsinformation dieses Teils des Gehirns (siehe Abbildung 1 4).

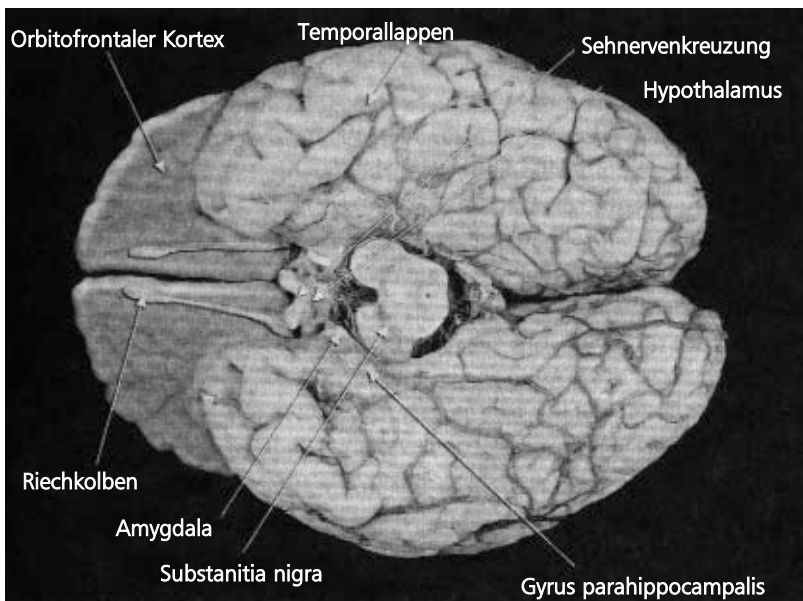
## Gegenübertragung

Ein umfassendes Prinzip, das diejenigen von uns, die dynamische Psychiatrie praktizieren, zugrunde legen, ist, dass wir unseren Patienten im Grunde mehr ähneln als wir uns von ihnen unterscheiden. Die psychologischen Mechanismen bei pathologischen Zuständen sind lediglich Erweiterungen der Prinzipien, die bei einer normalen Entwicklung der Funktionen zur Geltung kommen. Arzt und Patient sind gleichermaßen Menschen. Ebenso wie es bei Patienten zu Übertragungen kommt, kommt es bei Behandelnden zu Gegenübertragungen. Daraus, dass jede neue Beziehung eine Ergänzung älterer

Beziehungen ist, folgt logisch, dass die Gegenübertragung des Psychiaters und die Übertragung des Patienten im Wesentlichen identische Prozesse sind – jeder von ihnen erlebt den anderen als jemanden aus seiner Vergangenheit.

Das Konzept der *Gegenübertragung* wurde seit seiner Einführung bedeutend weiterentwickelt (Hamilton 1988; Kernberg 1965). Freuds (1912/1958) enggefasste Definition sprach von einer Übertragung des Analytikers auf den Patienten oder einer Reaktion des Analytikers auf die Gegenübertragung des Patienten. Diese Auffassung impliziert, dass ungelöste Konflikte aus dem Unbewussten des Analytikers zutage treten. Winnicott (1949) stellte bei seiner Arbeit mit Patienten mit Psychosen und schweren Persönlichkeitsstörungen jedoch eine andere Form der Gegenübertragung fest. Er nannte das Gefühl *objektiven Hass*, weil es keine Reaktion war, die von ungelösten unbewussten Konflikten des Behandelnden herrührte, sondern eine natürliche Reaktion auf das empörende Verhalten des Patienten. Objektiv ist es in dem Sinne, dass praktisch jeder ähnlich auf das provozierende Verhalten eines Patienten reagieren würde.

Wie Kernberg (1965) vorausgesagt hat, gewinnt diese weitergefasste Definition der Gegenübertragung als bewusste und angemessene umfassende emotionale Reaktion des Therapeuten auf den Patienten zunehmend an



**ABBILDUNG 1 4:** DER ORBITOFRONTALE KORTEX AUF DER UNTERSEITE DES GEHIRNS

Akzeptanz, insbesondere weil sie hilft, die Arbeit mit Patienten mit schweren Persönlichkeitsstörungen zu beschreiben, die in der Praxis des dynamischen Psychiaters immer häufiger vorkommen. Diese Definition hilft, die pejorative Bedeutung der Gegenübertragung – der Behandlung bedürftiger ungelöster Probleme des Behandelnden – abzuschwächen und sie durch ein Konzept zu ersetzen, das die Gegenübertragung als wichtiges Instrument der Diagnose und der Therapie betrachtet, durch das der Behandelnde viel über die innere Welt des Patienten erfährt.

Infolge der Weiterentwicklung der Definition beinhaltet die Gegenübertragung heute sowohl die Merkmale der engeren als auch die der umfassenden oder weiteren Auslegung. In den meisten Theorien wird die Gegenübertragung als eine aus dem Zusammenspiel entstehende Reaktion betrachtet, die zum einen aus dem Beitrag des Klienten und zum anderen aus den durch das Verhalten des Patienten *ausgelösten* Gefühlen resultiert (Gabbard 1995). In manchen Fällen fallen die Beiträge des Kliniklers stärker ins Gewicht, in anderen Fällen ist es umgekehrt. Die Gegenübertragung ist sowohl eine Quelle wertvoller Informationen über die innere Welt des Patienten als auch eine Interferenz mit der Behandlung.

## Widerstand

---

Das letzte wichtige Hauptprinzip der dynamischen Psychiatrie bezieht sich auf den Wunsch des Patienten, den Status quo beizubehalten, sich den Bemühungen des Behandelnden, Einsicht und Veränderung herbeizuführen, zu widersetzen. Freud (1912/1958) hat bereits in seinen frühen Schriften zur Technik auf diese starken Kräfte des Widerstands hingewiesen: „Der Widerstand begleitet die Behandlung auf jedem Schritt; jeder einzelne Einfall, jeder Akt des Behandelten muß dem Widerstand Rechnung tragen, stellt sich also als ein Kompromiß aus den zur Genesung zielenden Kräften und den angeführten, ihr widerstrebenden, dar.“ Widerstände gegen die Behandlung sind ebenso allgegenwärtig wie Übertragungserscheinungen und können vielfältige Formen annehmen, unter anderem die des Zuspätkommens zu Terminen, der Verweigerung der Einnahme von Medikamenten, des Vergessens der Anweisungen oder Interpretationen des Psychiaters, des Schweigens in den Therapiesitzungen, des Konzentrierens auf unwichtige Inhalte in den Sitzungen oder der Nichtzahlung der Rechnung für die Therapie, um nur einige zu nennen. Der Widerstand kann bewusst, vorbewusst oder unbewusst sein. Widerstand dient in allen Fällen der Vermeidung unangenehmer Gefühle, seien es Ärger, Schuldgefühle, Hass, Liebe (wenn sie einem verbotenen Objekt wie dem Therapeuten gilt), Neid, Scham, Trauer, Angst oder eine Kombination derselben.

Widerstand ist eine Verteidigung der Krankheit des Patienten. Während der dynamischen Behandlung treten die typischen Abwehrmechanismen des Patienten, die dazu dienen, ihn vor unangenehmen Affekten zu schützen, in den Vordergrund. Widerstand kann sogar als die Form der Abwehrmechanismen definiert werden, die sich während der psychodynamischen Behandlung manifestiert (Greenson 1967). Der Unterschied zwischen Widerständen und Abwehrmechanismen besteht darin, dass die Ersteren beobachtet werden können, während die Letzteren erschlossen werden müssen (Thomä und Kächele 1987). Die Intensität der Abwehr oder des Widerstands ist zwangsläufig proportional zur Stärke des zugrundeliegenden Impulses. Ralph Waldo Emerson hat das einmal so formuliert: „Je lauter er von seiner Ehre sprach, desto schneller zählten wir unsere Löffel.“

Der dynamische Psychiater erwartet Widerstand gegen die Behandlung und ist darauf vorbereitet, sich mit dieser Erscheinung als Bestandteil des Behandlungsprozesses auseinanderzusetzen. Während andere Behandelnde eventuell ärgerlich werden, wenn sich ihre Patienten nicht an die vorgeschriebenen Behandlungen halten, möchten dynamische Psychiater herausfinden, was durch diesen Widerstand geschützt werden soll und welche Situation aus der Vergangenheit hier erneut durchlebt wird. Obwohl Widerstand als Hindernis verstanden wird, das es zu überwinden gilt, um die Behandlung durchführen zu können, ist das Verstehen des Widerstands in vielen Fällen bereits Behandlung. Freud bezeichnete mit dem Begriff Widerstand zwei verschiedene Phänomene: 1. eine Unterbrechung der freien Assoziationen des Patienten und 2. die Enthüllung einer äußerst wichtigen inneren Objektbeziehung aus der Vergangenheit des Patienten, die in die aktuelle Situation mit dem Behandelnden transportiert wird (Friedmann 1991). Die Art und Weise, wie der Patient Widerstand leistet, ist wahrscheinlich eine Neuschaffung einer Beziehung aus der Vergangenheit, die zahlreiche Beziehungen der Gegenwart beeinflusst. Beispielsweise können Patienten, die in ihrer Kindheit gegen ihre Eltern rebelliert haben, unbewusst gegen ihren Arzt und andere Autoritätspersonen rebellieren. Der dynamische Kliniker hilft dem Patienten, diese Muster zu verstehen, wodurch sie vollkommen bewusst werden.

## Neurobiologie und Psychotherapie

---

Die psychodynamische Psychotherapie ist ein entscheidender Bestandteil der Identität des psychodynamischen Psychiaters. Die Erkenntnisse der Neurobiologie haben unser Verständnis der Psychotherapie in den letzten Jahren in beachtlichem Maße geprägt. Eine kurze Übersicht über diese Erkenntnisse unterstreicht die Tatsache, dass die Psychotherapie beträchtliche

Auswirkungen auf das Gehirn hat und nicht als pures „Händchenhalten“ oder wohlwollende Bestärkung abgetan werden kann.

Kandel hat in einer Reihe neuartiger Experimente mit der Meeresschnecke *Aplysia* gezeigt, wie synaptische Verbindungen durch eine Kombination der Steuerung der Genexpression und des Lernens von der Umwelt dauerhaft geändert und verstärkt werden können (Kandel 1979, 1983, 1998). Bei diesem Tier verdoppelt oder verdreifacht sich die Zahl der Synapsen durch Lernen. Kandel postulierte, die Psychotherapie könne zu ähnlichen Veränderungen der Synapsen im Gehirn führen. Ebenso wie der Psychotherapeut davon ausgeht, dass Selbst und Objektrepräsentanzen durch psychotherapeutische Intervention formbar sind, stellte Kandel fest, dass das Gehirn als solches eine plastische und dynamische Struktur ist. Wenn man die Psychotherapie als eine Form des Lernens betrachtet, dann kann der Lernprozess, der während der Psychotherapie stattfindet, Änderungen der Genexpression bewirken und dadurch die Intensität der synaptischen Verbindungen ändern. Die Sequenz eines Gens – seine Schablonenfunktion – kann durch Erfahrungen bezüglich der Umgebung nicht beeinflusst werden, seine Transkriptionsfunktion – seine Fähigkeit, die Produktion bestimmter Proteine zu steuern – reagiert jedoch mit Sicherheit auf Umweltfaktoren und wird durch sie gesteuert.

Ein fester Bestandteil der psychodynamischen Psychotherapie besteht darin, dass man Einsichten über seine Probleme gewinnt. Noch vor Kurzem war der Prozess der Gewinnung solcher Einsichten hinsichtlich seiner neuralen Bezüge ein Rätsel. Neuere Arbeiten von Jung-Beeman et al. (2004) haben etwas Licht in diese Angelegenheit gebracht. Anhand von fMRI-Daten und Oberflächen-EEGs identifizierten sie deutliche Muster, die auf eine jeweils unterschiedliche Beteiligung der Hemisphären bei Lösungen mit und ohne Einsicht schließen lassen. Die Versuchspersonen lösten mündliche Aufgaben und gaben nach jeder richtigen Lösung an, ob sie die Aufgabe mit oder ohne Einsicht gelöst hatten. Die Forscher identifizierten zwei wichtige neurale Korrelate der Einsicht. Die Bilder zeigten bei mit Einsicht gelösten Aufgaben eine höhere Aktivität im vorderen Teil des Gyrus temporalis superior der rechten Hemisphäre als bei nicht mit Einsicht gelösten. Die Oberflächen-EEGs zeigten eine plötzlich einsetzende hochfrequente Nervenaktivität (im Gammabereich) im selben Areal, die 0,3 Sekunden vor den Einsichtslösungen begann. Das Phänomen der plötzlichen Einsicht in der Therapie schlägt sich also möglicherweise in einer spezifischen Nervenaktivität nieder, die dann erfolgt, wenn zuvor schwer fassbare Verbindungen deutlich werden.

Forscher in Finnland haben gezeigt, dass die psychodynamische Therapie möglicherweise signifikante Auswirkungen auf den Serotoninstoffwechsel hat (Viinamäki et al. 1998). Zu Beginn einer einjährigen Psychotherapie wurde bei einem Fünfundzwanzigjährigen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung und Depressionen eine Einzelphotonen-Emissionscomputertomografie (SPECT) durchgeführt. Bei einem anderen Mann mit ähnlichen Störungen

wurde das bildgebende Verfahren ebenfalls eingesetzt, er erhielt jedoch weder eine Psychotherapie noch eine andere Behandlung. Die zu Beginn angefertigten SPECT-Aufnahmen zeigten im Vergleich zu 10 gesunden Kontrollpersonen bei beiden Patienten eine deutlich verminderte Serotoninaufnahme im mediofrontalen Areal und im Thalamus. Die nach der einjährigen psychodynamischen Therapie angefertigte SPECT-Aufnahmen zeigten, dass die Serotoninaufnahme bei dem Patienten, der eine Psychotherapie erhalten hatte, normal war, während die des Kontrollpatienten, der keine Psychotherapie erhalten hatte, auch weiterhin vermindert war. Da der Patient, der eine Psychotherapie erhalten hatte, im Zuge der Therapie keine Medikamente eingenommen hatte, lassen diese Ergebnisse darauf schließen, dass allein die dynamische Therapie den Serotoninstoffwechsel normalisiert hatte.

In der Psychiatrie werden Psychotherapie und Pharmakotherapie zunehmend zusammen eingesetzt, da es immer mehr Belege dafür gibt, dass viele Erkrankungen auf eine kombinierte Behandlung besser ansprechen als auf die jeweils ausschließliche Anwendung einer der beiden Methoden (Gabbard und Kay 2001). Da beide Behandlungen Auswirkungen auf das Gehirn haben, sind beide biologische Behandlungen im wahrsten Sinne des Wortes. Allerdings können ihre Wirkmechanismen in sehr unterschiedlichen Hirnarealen auftreten. Goldapple et al. (2004) fertigten bei 17 Patienten mit unipolarer Depression, die nicht medikamentös behandelt wurden, vor und nach einer aus 15 bis 20 Sitzungen bestehenden kognitiven Verhaltenstherapie PET-Aufnahmen an. Sie verglichen die Ergebnisse mit denen einer Gruppe von 13 depressiven Patienten, die auf Paroxetin angesprochen hatten. Die Psychotherapie schien sich auf Hirnregionen auszuwirken, die die Medikamente unberührt ließen. Mit der Psychotherapie gingen eine vermehrte Stoffwechselaktivität im anterioren Cingulum und im Hippocampus und eine verminderte Stoffwechselaktivität im dorsalen, ventralen und medialen frontalen Kortex einher. Im Gegensatz dazu führte Paroxetin zu einer vermehrten Stoffwechselaktivität im präfrontalen Kortex und zu einer verminderten Stoffwechselaktivität im Hirnstamm und im subgenualen Cingulum. Kurz gesagt, die Therapie schien von oben nach unten und die Medikation von unten nach oben zu wirken.

Ein Stigma bezüglich der Praxis der Psychotherapie ist die Annahme, Patienten, die sich in Psychotherapie begeben, seien einfach nur übermäßig besorgt und litten nicht wirklich. Neurobiologische Studien zum sozialen Verlust lassen einen anderen Schluss zu. Eisenberger et al. (2003) führten eine fMRI-Studie durch, um die neuralen Korrelate des sozialen Ausschlusses zu untersuchen. Sie prüften die Hypothese, die Grundlage im Gehirn für sozialen Schmerz sei ähnlich wie die für physischen Schmerz. Beispielsweise stellten sie fest, dass der anteriore cinguläre Kortex, eine Region, von der man weiß, dass sie beim Empfinden von physischem Schmerz eine Rolle spielt, in einem Maße,



das direkt proportional zu sozialem Schmerz aufgrund des Gefühls des Ausgeschlossenseins ist, aktiviert wird. In einem Kommentar zu der Studie äußerte sich Panksepp (2003) folgendermaßen: „In der gesamten Geschichte haben Dichter über den Schmerz des gebrochenen Herzens geschrieben. Offenbar werden diese poetischen Einsichten in die Funktionsweise des Menschen jetzt durch neurophysiologische Erkenntnisse belegt“ (S. 238).

Es ist auch möglich, dass die affektiven Komponenten des Schmerzes mit den sensorischen Komponenten verbunden sind. Singer et al. (2004) bewerteten die Gehirnaktivität, während Freiwillige einen schmerzhaften Stimulus erlebten, und verglichen sie mit der, die sich entfaltete, wenn die Freiwilligen ein Signal sahen, das anzeigte, dass eine Person, die sie liebten und die sich im selben Raum befand, einen ähnlichen schmerzhaften Stimulus erhielt. Die fMRI-Ergebnisse ließen darauf schließen, dass bei den Freiwilligen eine beidseitige Reaktion in der anterioren Insula und eine Reaktion im rostralen anterioren cingulären Kortex auftrat, jedoch keine Reaktion in Regionen zu verzeichnen war, die sensorischen Schmerz übertragen. Deshalb ist es, wie alle guten Therapeuten wissen, möglich, die emotionalen Aspekte des Kampfes von Patienten nachzuempfinden, ohne die volle Wirkung der sensorischen Qualitäten zu spüren, die zum Schmerz gehören. Die Forscher kamen zu dem Schluss, dass diese Fähigkeit der Empathie, die sensorischen und die emotionalen Aspekte zu entkoppeln, ein System für die Repräsentanz innerer körperlicher und subjektiver Gefühlszustände anderer darstellt.

Diese kurze Übersicht über die für die Psychotherapie relevante neuere neurobiologische Forschung bringt uns wieder zu den weiter oben in diesem Kapitel angesprochenen Geist-Gehirn-Dilemmas. Die Kenntnis von Hirnarealen, die beim Vorhandensein durch biologische Kräfte hervorgerufener Symptome durch Gefühle aktiviert werden, verringert das Gewicht der Bedeutung und der typischen Interpretationen von Ereignissen anhand früherer Erfahrungen nicht im Geringsten. In der psychodynamischen Psychiatrie muss man Kausalität und Bedeutung unterscheiden. Eine Psychiatrie, die sich nicht mit dem Bereich der Bedeutung befasst, ist sinnlos. Psychodynamische Konflikte, die schon zuvor bestanden haben, können sich mit biologisch verursachten Symptomen verbinden, die dann als Mittel zum Ausdruck von Konflikten dienen können (Cabbard 1992). Sehen wir uns doch einmal folgende Analogie an: Wenn ein Magnet unter ein Blatt Papier gelegt wird, das Eisenspäne enthält, bilden die Eisenspäne eine Formation und folgen auf dem Papier den Bewegungen des Magneten. Auf ähnliche Weise nutzen psychodynamische Angelegenheiten die magnetähnlichen biologischen Kräfte häufig für ihre Zwecke. Akustische Halluzinationen werden bei Schizophrenen zum Teil durch Veränderungen der Neurotransmitter verursacht, der Inhalt der Halluzinationen hat jedoch oft eine bestimmte Bedeutung, die auf den psychodynamischen Konflikten des Patienten basiert.

## Die Rolle des dynamischen Psychiaters in der Psychiatrie der Gegenwart

---

Die Schulung im Bereich der dynamischen Psychiatrie erweitert die Sachkenntnisse des Klinikers in beträchtlichem Maße. Der größte Vorzug des dynamischen Ansatzes ist die Aufmerksamkeit, die er der Rolle widmet, die Persönlichkeitsfaktoren bei einer Krankheit spielen. Die Persönlichkeit und ihr Einfluss auf den Patienten stellen sogar einen der wichtigsten Bereiche dar, in denen dynamische Psychiater umfassende Kenntnisse besitzen müssen (Michels 1988). Wie Perry et al. (1987) überzeugend argumentiert haben, müssen alle Patienten, und nicht nur diejenigen, die einer langfristigen psychoanalytischen Psychotherapie zugeführt werden, einer psychodynamischen Bewertung unterzogen werden, weil jede Behandlung auch die Handhabung und die Änderung der Persönlichkeit des Patienten umfasst. Charakterbedingte Widerstände gegen die Behandlung torpedieren häufig auch sorgfältig aufgestellte Behandlungspläne. Die Symptome sind in der Charakterstruktur verankert, und der dynamische Psychiater erkennt, dass man diese Symptome in vielen Fällen nicht behandeln kann, ohne sich zunächst mit der Charakterstruktur zu befassen.

Die Nichteinhaltung von Medikamentenverordnungen wird häufig anhand der herkömmlichen Phänomene der Übertragung, der Gegenübertragung und des Widerstands verständlich. Es gibt eine umfangreiche Literatur zur Praxis der dynamischen Psychotherapie (Appelbaum und Gutheil 1980; Book 1987; Docherty und Fiester 1985; Docherty et al. 1977; Gabbard und Kay 2001; Gutheil 1977, 1982; Karasu 1982; Kay 2001; Ostow 1983; Riba und Balon 2005; Thompson und Brodie 1981; Wylie und Wylie 1987), und es besteht weitgehend Einigkeit darüber, dass die psychodynamische Bedeutung der Medikation ein hervorragendes Hindernis für die Einhaltung von Medikationsverordnungen darstellen kann. In Kapitel 5 behandle ich die dynamischen Auffassungen bezüglich der Pharmakotherapie etwas eingehender.

Ein dynamischer Therapieansatz ist mit Sicherheit nicht bei jedem Patienten erforderlich. Diejenigen, die gut auf Medikamente, Elektroschocktherapie, kurze Psychotherapien oder eine desensibilisierende Verhaltenstherapie ansprechen, brauchen die Dienste des dynamischen Psychiaters möglicherweise nicht. Wie alle anderen Schulen der Psychiatrie kann auch die dynamische Psychotherapie nicht alle psychiatrischen Krankheiten oder alle Patienten mit Erfolg behandeln.

Einen streng dynamischen Therapieansatz sollte man wahrscheinlich nur bei Patienten anwenden, die ihn besonders dringend brauchen und die nicht auf andere Maßnahmen ansprechen. Andererseits bereichert die Anwendung eines dynamisch geprägten Ansatzes bei den meisten – wenn nicht gar allen – Patienten die psychiatrische Praxis und verstärkt das Gefühl des Klinikers, dass er Herr über die Geheimnisse der menschlichen Psyche ist. Er hilft dem

dynamischen Psychiater außerdem, die täglichen Gegenübertragungsprobleme, die einer wirksamen Diagnose und Therapie im Wege stehen, zu identifizieren und zu verstehen. In einer Umfrage unter niedergelassenen und lehrenden Psychiatern stellten Langsley und Yager (1988) fest, dass die am zweithöchsten angesehene Fertigkeit die Fähigkeit ist, „Gegenübertragungsprobleme und persönliche Eigenheiten zu erkennen, wenn sie sich auf die Interaktion mit den Patienten auswirken, und sie konstruktiv zu handhaben“ (S. 471). Der dynamische Ansatz ist der einzige, der sich systematisch mit den bewussten und unbewussten Beiträgen des Psychiaters zum Prozess der Behandlung und der Bewertung auseinandersetzt.

## Literaturhinweise

---

- Anderson, M. C., Ochsner, K. N., Kuhl, B., et al.: Neural systems underlying the suppression of unwanted memories. *Science* 303:232–235, 2004.
- Andreasen, N. C.: Linking mind and brain in the study of mental illness: a project for a scientific psychopathology. *Science* 275: 1586–1593, 1997.
- Appelbaum, P. S., Gutheil, T. G.: Drug refusal: a study of psychiatric inpatients. *Am J Psychiatry* 137: 340–346, 1980.
- Appelbaum, S. A.: *Effecting Change in Psychotherapy*. New York, Jason Aronson, 1981.
- Bechara, A., Tranel, D., Damasio, H., et al.: Double association of conditioning and declarative knowledge relative to the amygdala and hippocampus in humans. *Science* 269: 1115–1118, 1995.
- Bennett, A. J., Lesch, K. P., Heils, A., et al.: Early experience and serotonin transporter gene variation interact to influence primate CNS function. *Mol Psychiatry* 7: 118–122, 2002.
- Book, H. E.: Some psychodynamics of non-compliance. *Can J Psychiatry* 32: 115–117, 1987.
- Bremner, J. D., Randall, P., Vermetten, E., et al.: Magnetic resonance imaging-based measurement of hippocampal volume in posttraumatic stress disorder related to childhood physical and sexual abuse: a preliminary report. *Biol Psychiatry* 41: 23–32, 1997.
- Cloninger, C. R.: *The Silence of Well-Being: Biopsychosocial Foundations*. Oxford, England, Oxford University Press, 2004.
- Damasio, A.: *Looking for Spinoza: Joy Sorrow and the Feeling Brain*. New York, Harcourt, New York 2003.
- Docherty, J. P., Fiester, S. J.: The therapeutic alliance and compliance with psychopharmacology, in: *Psychiatry Update: American Psychiatric Association Annual Review*. Vol. 4. Edited by Hales, R. E., Frances, A. J. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1985, S. 607–632.

- Docherty, J. P., Marder, S. R., Van Kammen, D. P., et al.: Psychotherapy and pharmacotherapy: conceptual issues. *Am J Psychiatry* 134: 529–533, 1977.
- Dumit, J.: *Picturing Personhood: Brain Scans and Biomedical Identity*. Princeton, NJ, Princeton University Press, 2004.
- Edelson, M.: *Psychoanalysis: A Theory in Crisis*. Chicago, IL, University of Chicago Press, 1988.
- Eisenberger, N. I., Lieberman, M. D., Williams, K. D.: Does rejection hurt? An fMRI study of social exclusion. *Science* 302: 290–292, 2003.
- Ellenberger, H. F.: *The Discovery of the Unconscious: The History and Evolution of Dynamic Psychiatry*. New York, Basic Books, 1970.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L., et al.: *Affect Regulation, Mentalization, and the Development of the Self*. New York, Other Press, 2002.
- Francis, D., Diorio, J., Liu, D., et al.: Non-genomic transmission across generations of maternal behavior and stress responses in the rat. *Science* 286: 1155–1158, 1999.
- Freud, S.: The interpretation of dreams (1900), in: *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*. Vols. 4, 5. Translated and edited by Strachey, J. London, Hogarth Press, 1953, S. 1–627.
- Freud, S.: The psychopathology of everyday life (1901), in: *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*. Vol. 6. Translated and edited by Strachey, J. London, Hogarth Press, 1960, S. 1–279.
- Freud, S.: The dynamics of transference (1912), in: *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*. Vol. 12. Translated and edited by Strachey, J. London, Hogarth Press, 1958, S. 97–108.
- Freud, S.: The unconscious (1915), in: *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*. Vol. 14. Translated and edited by Strachey, J. London, Hogarth Press, 1963, S. 159–215.
- Friedman, L.: A reading of Freud's papers on technique. *Psychoanal Q* 60: 564–595, 1991.
- Gabbard, G. O.: Psychodynamic psychiatry in the „decade of the brain“. *Am J Psychiatry* 149: 991–998, 1992.
- Gabbard, G. O.: Countertransference: the emerging common ground. *Int J Psychoanal* 76: 475–485, 1995.
- Gabbard, G. O.: A neurobiologically informed perspective on psychotherapy. *Br J Psychiatry* 177: 117–122, 2000.
- Gabbard, G. O.: Mind, brain, and personality disorders. *Am J Psychiatry* (im Druck).
- Gabbard, G. O., Kay, J.: The fate of integrated treatment: whatever happened to the biopsychosocial psychiatrist? *Am J Psychiatry* 158: 1956–1963, 2001.
- Goldapple, K., Segal, E., Garson, C., et al.: Modulation of cortical-limbic pathways in major depression: treatment-specific effects of cognitive behavior therapy. *Arch Gen Psychiatry* 61: 34–41, 2004.
- Greenson, R. R.: *The Technique and Practice of Psychoanalysis*. New York, International Universities Press, 1967.

- Gutheil, T. G.: Psychodynamics in drug prescribing. *Drug Ther* 2: 35–40, 1977.
- Gutheil, T. G.: The psychology of psychopharmacology. *Bull Menninger Clin* 46: 321–330, 1982.
- Hamilton, N. G.: *Self and Others: Object Relations Theory in Practice*. Northvale, NJ, Jason Aronson, 1988.
- Higley, J. D., Suomi, S., Linnoila, M.: CSF monoamine metabolite concentrations vary according to age, rearing and sex, and are influenced by the stressor of social separation in rhesus monkeys. *Psychopharmacology (Berl)* 103: 551–556, 1991.
- Hoffman, I. Z.: *Ritual and Spontaneity in the Psychoanalytic Process: A Dialectical-Constructivist View*. Hillsdale, NJ, Analytic Press, 1998.
- Hyman, S. E.: Looking to the future: the role of genetics and molecular biology in research on mental illness, in: *Psychiatry in the New Millennium*. Edited by Weissman, S., Sabshin, M., Eist, H. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1999, S. 101–122.
- Jung-Beeman, M., Bowden, E. M., Haberman et al.: Neural activity when people solve verbal problems with insight. *PLoS Biol* 2: 500–510, 2004.
- Kagan, J., Reznick, J. S., Snidman, N.: Biological bases of childhood shyness. *Science* 240: 167–171, 1988.
- Kandel, E. R.: Psychotherapy and the single synapse: the impact of psychiatric thought on neurobiological research. *N Engl J Med* 301: 1028–1037, 1979.
- Kandel, E. R.: From metapsychology to molecular biology: explorations into the nature of anxiety. *Am J Psychiatry* 140: 1277–1293, 1983.
- Kandel, E. R.: A new intellectual framework for psychiatry. *Am J Psychiatry* 155: 457–469, 1998.
- Karasu, T. B.: Psychotherapy and pharmacotherapy: toward an integrative model. *Am J Psychiatry* 139: 1102–1113, 1982.
- Kay, J. (Hrsg.): *Integrated Treatment of Psychiatric Disorders (Review of Psychiatry Series. Vol. 20, No. 2; Hrsg. der Reihe: Oldham, J. M., Riba, M. B.)*. Washington, DC, American Psychiatric Press, 2001.
- Kendler, K. S.: A psychiatric dialogue on the mind-body problem. *Am J Psychiatry* 158: 989–1000, 2001.
- Kernberg, O. F.: Notes on countertransference. *J Am Psychoanal Assoc* 13: 38–56, 1965.
- Langsley, D. G., Yager, J.: The definition of a psychiatrist: eight years later. *Am J Psychiatry* 145: 469–475, 1988.
- Mauron, A.: Is the genome the secular equivalent of the soul? *Science* 291: 831–832, 2001.
- McGinn, C.: *The Mysterious Flame: Conscious Minds in the Material World*. New York, Basic Books, 1999.
- Michels, R.: The future of psychoanalysis. *Psychoanal Q* 57: 167–185, 1988.
- Nemiah, J. C.: *Foundations of Psychopathology*. New York, Oxford University Press, 1961, S. 4.

- Ornitz, E. M.: Developmental aspects of neurophysiology, in: *Child and Adolescent Psychiatry: A Comprehensive Textbook*. 2<sup>nd</sup> Edition. Edited by Lewis, M. Baltimore, MD, Williams & Wilkins, 1991, S. 39–51.
- Ostow, M.: Interactions of psychotherapy and pharmacotherapy (letter). *Am J Psychiatry* 140: 370–371, 1983.
- Pally, R.: How brain development is shaped by genetic and environmental factors. *Int J Psychoanal* 78: 587–593, 1997.
- Panksepp, J.: Feeling the pain of social loss. *Science* 302: 237–239, 2003.
- Perry, D. B., Pollard, R. A., Blakeley, T. L., et al.: Childhood trauma, the neurobiology of adaptation and „use-dependent“ development of the brain: how „states“ become „traits“. *Infant Ment Health J* 16: 271–291, 1995.
- Perry, S., Cooper, A. M., Michels, R.: The psychodynamic formulation: its purpose, structure, and clinical application. *Am J Psychiatry* 144: 543–550, 1987.
- Pietrini, P.: Toward a biochemistry of mind? *Am J Psychiatry* 160: 1907–1908, 2003.
- Pynoos, R. A., Steinberg, A. M., Ornitz, E. M., et al.: Issues in the developmental neurobiology of traumatic stress. *Ann N Y Acad Sci* 821: 176–193, 1997.
- Reiss, D., Hetherington, E. M., Plomin, R., et al.: Genetic questions for environmental studies: differential parenting and psychopathology in adolescence. *Arch Gen Psychiatry* 52: 925–936, 1995.
- Renik, O.: Analytic interaction: conceptualizing technique in light of the analyst's irreducible subjectivity. *Psychoanal Q* 62: 553–571, 1993.
- Riba, M. B., Balon, R.: *Competency in Combining Pharmacotherapy and Psychotherapy: Integrated and Split Treatment (Core Competencies in Psychotherapy Series*. Hrsg. der Reihe: Glen O. Gabbard). Washington, DC, American Psychiatric Publishing, 2005.
- Robinson, G. E.: Genome mix: beyond nature and nurture. *Science* 304: 397–399, 2004.
- Schatz, C. J.: The developing brain. *Sci Am* 267: 60–67, 1992.
- Schore, A. N.: A century after Freud's project: Is a rapprochement between psychoanalysis and neurobiology at hand? *J Am Psychoanal Assoc* 45: 807–840, 1997.
- Searle, J. R.: *The Rediscovery of the Mind*. Cambridge, MA, MIT Press, 1992.
- Sherwood, M.: *The Logic of Explanation in Psychoanalysis*. New York, Academic Press, 1969.
- Shevrin, H., Bond, J., Brakel, L. A., et al.: *Conscious and Unconscious Processes: Psychodynamic, Cognitive, and Neurophysiological Convergences*. New York, Guilford, 1996.
- Singer, T., Seymour, B., O'Doherty, J., et al.: Empathy for pain involves the affective but not sensory components of pain. *Science* 303: 1157–1161, 2004.

- Solms, M., Turnbull, O.: *The Brain and the Inner World: An Introduction to the Neuroscience of Subjective Experience*. New York, Other Press, 2003.
- Squire, L. R.: *Memory and Brain*. New York, Oxford University Press, 1987.
- Stolorow, R. D.: An intersubjective view of self psychology. *Psychoanalytic Dialogues* 5: 393–399, 1995.
- Suomi, S. J.: Early stress and adult emotional reactivity in rhesus monkeys, in: *Childhood Environment and Adult Disease* (CIBA Foundation Symposium No. 156). Edited by Bock, G. R. and CIBA Foundation Symposium Staff. Chichester, England, Wiley, 1991, S. 171–188.
- Suomi, S. J.: Social and biological mechanisms underlying impulsive aggressiveness in rhesus monkeys, in: *The Causes of Conduct Disorder and Severe Juvenile Delinquency*. Edited by Lahey, B. B., Moffitt, T., Caspi, A. New York, Guilford, 2003, S. 345–362.
- Thomä, H., Kächele, H.: *Psychoanalytic Practice*. Vol. 1: Principles. Translated by Wilson, M., Roseveare, D. New York, Springer-Verlag, 1987.
- Thomas, A., Chess, S.: Genesis and evolution of behavioral disorders: from infancy to early adult life. *Am J Psychiatry* 141: 1–9, 1984.
- Thompson, E. M., Brodie, H. K. H.: The psychodynamics of drug therapy. *Curr Psychiatr Ther* 20: 239–251, 1981.
- Viinamäki, H., Kuikka, J., Tiihonen, J., et al.: Change in monoamine transporter density related to clinical recovery: a case-control study. *Nord J Psychiatry* 52: 39–44, 1998.
- Watson, J. B.: *Behaviorism* (1924). New York, WW Norton, 1930.
- Weaver, I. C., Szyf, M., Meaney, M. J.: From maternal care to gene expression: DNA methylation and the maternal programming of stress responses. *Endocr Res* 28: 699, 2002.
- Weaver, I. C. G., Cervoni, N., Champagne, F. A., et al.: Epigenetic programming by maternal behavior. *Nat Neurosci* 7: 847–854, 2004.
- Weinberger, J., Hardaway, R.: Separating science from myth in subliminal psychodynamic activation. *Clin Psychol Rev* 10: 727–756, 1990.
- Westen, D.: *Mind, Brain, and Culture*. 2<sup>nd</sup> Edition. New York, Wiley, 1999a.
- Westen, D.: The scientific status of unconscious processes: is Freud really dead? *J Am Psychoanal Assoc* 47: 1061–1106, 1999b.
- Westen, D., Gabbard, G. O.: Developments in cognitive neuroscience, II: implications for theories of transference. *J Am Psychoanal Assoc* 50: 99–134, 2002.
- Winnicott, D. W.: Hate in the counter-transference. *Int J Psychoanal* 30: 69–74, 1949.
- Wylie, H. W. Jr., Wylie, M. L.: An effect of pharmacotherapy on the psychoanalytic process: case report of a modified analysis. *Am J Psychiatry* 144: 489–492, 1987.





## KAPITEL 2

# DIE THEORETISCHE GRUNDLAGE DER DYNAMISCHEN PSYCHIATRIE

Nichts ist so praktisch wie eine gute Theorie.

*Kurt Lewin*

Einem Seemann ohne Sextanten gleich wird sich auch ein Psychiater, der sich ohne eine Theorie auf die dunklen Gewässer des Unbewussten begibt, verirren. Die Theorie der Psychoanalyse ist die Grundlage der dynamischen Psychiatrie. Sie bringt Ordnung in die scheinbar chaotische innere Welt des Patienten. Sie erlaubt dem Psychiater, über die deskriptive Ebene der Katalogisierung von Symptomen hinauszugehen und diagnostische Bezeichnungen zu verwenden. Sie ist ein Mittel, um in das höhlenartige Innere des Geistes vorzudringen und es zu verstehen. Die Theorie ist für den Kliniker nicht nur ein Leitfaden zum diagnostischen Verständnis, sie bestimmt auch die Wahl der Behandlung für den jeweiligen Patienten. Das theoretische Verständnis hilft dem dynamischen Psychiater, zu entscheiden, was er sagt, wann er es sagt, wie er es sagt und was er lieber nicht ausspricht.

Die dynamische Psychiatrie der Gegenwart umfasst mindestens vier breitgefasste theoretische Systeme der Psychoanalyse: 1. die Ich-Psychologie, die sich aus Freuds klassischer Theorie der Psychoanalyse ableitet; 2. die Objektbeziehungstheorie, die

sich aus der Arbeit von Melanie Klein und der der Mitglieder der „Britischen Schule“, so unter anderem von Fairbairn, Winnicott und Balint, ableitet; 3. die Selbstpsychologie, die von Heinz Kohut begründet und von vielen nachfolgenden Vertretern weiterentwickelt wurde; und 4. die Bindungstheorie.

Über jede dieser Lehrmeinungen sind unzählige Bände geschrieben worden, ich bespreche hier jedoch nur die wichtigsten Merkmale dieser vier theoretischen Systeme. In den folgenden Abschnitten werden die Theorien vorgestellt, um ihre Anwendung in klinischen Situationen zu illustrieren.

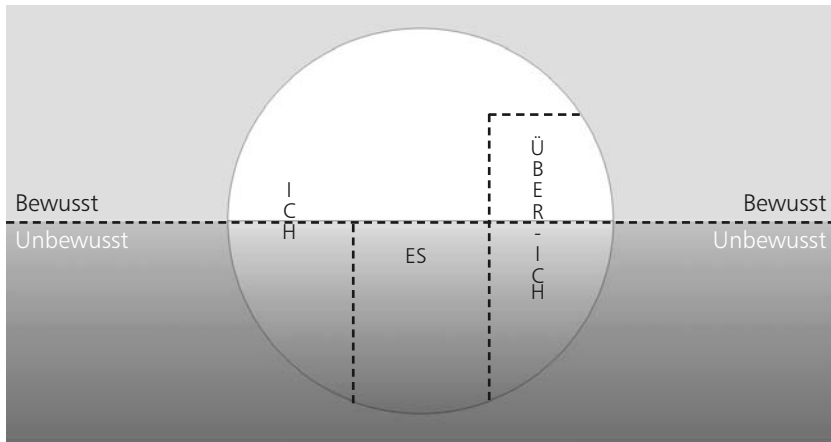
## Ich-Psychologie

---

Freuds frühe Forschungstätigkeit im Bereich der Psychoanalyse stand unter dem starken Einfluss seines topografischen Modells (das in Kapitel 1 beschrieben wurde). Er betrachtete hysterische Symptome als Resultat unterdrückter Erinnerungen an Ereignisse oder Vorstellungen. Er stellte die Hypothese auf, psychotherapeutische Intervention könne die Unterdrückung aufheben und so zum Wiederfinden von Erinnerungen führen. Die detaillierte Beschreibung des erinnerten pathogenen Ereignisses oder der mit intensiven Affekten einhergehenden pathogenen Vorstellung in Worten würde die Symptome verschwinden lassen. So könne beispielsweise die Lähmung des Arms eines jungen Mannes das Ergebnis des unterdrückten Wunsches sein, seinen Vater zu schlagen. Diesem Modell zufolge könnte der junge Mann die Funktion seines Arms wiedergewinnen, indem er den Wunsch aus dem Unbewussten hervorholt, ihn in Worte fasst und seinen Ärger gegenüber seinem Vater zum Ausdruck bringt. Diese kathartische Methode, die auch als *Abreaktion* bezeichnet wird, macht die unbewusste pathogene Erinnerung bewusst.

Doch das topografische Modell ließ Freud bald im Stich. Er stieß bei seinen Patienten wiederholt auf Widerstand gegen seine therapeutischen Manöver. Manche Erinnerungen konnten nicht ins Bewusstsein zurückgeholt werden. Die Abwehrmechanismen, die den Widerstand auslösten, waren ebenfalls unbewusst und somit nicht zugänglich. Aus diesen Beobachtungen schloss Freud, dass das Ich sowohl bewusste als auch unbewusste Komponenten hat.

In *Das Ich und das Es* stellte Freud (1923/1961) seine Theorie der dreiteiligen Struktur, bestehend aus dem Ich, dem Es und dem Über-Ich, vor. Das Strukturmodell, das das topografische Modell ersetzte, unterscheidet das *Ich* von den Trieben. Der bewusste Aspekt des Ich ist das leitende Organ der Psyche, das für das Treffen von Entscheidungen und die Integration der Informationen aus der Wahrnehmung zuständig ist. Der unbewusste Aspekt des Ich umfasst Abwehrmechanismen wie Unterdrückung, die erforderlich sind, um den im Es angesiedelten starken Trieben – insbesondere der Sexualität (Libido) und der Aggression – entgegenzuwirken.

**ABBILDUNG 2–1:** DAS STRUKTURMODELL

Anmerkung: Das Vorbewusste wurde um der Einfachheit willen weggelassen.

Das *Es* ist eine gänzlich unbewusste Instanz innerhalb der Psyche, die nur die Entladung von Spannung anstrebt. Das *Es* wird sowohl von den unbewussten Aspekten des *Ich* als auch von der dritten Instanz des Strukturmodells – dem *Über-Ich* – gesteuert. Der Großteil des *Über-Ich* ist unbewusst, einige seiner Aspekte sind jedoch eindeutig bewusst. Diese Instanz umfasst das moralische Bewusstsein und das *Ich-Ideal*. Erstere *verbietet* (das heißt, bestimmt, was man aufgrund der Verinnerlichung der Werte der Eltern und der Gesellschaft *nicht* tun sollte), Letzteres dagegen *schreibt vor* (das heißt, bestimmt, was man tun oder sein sollte). Das *Über-Ich* ist gewöhnlich empfänglicher für die Bestrebungen des *Es* und somit tiefer im Unbewussten verwurzelt als das *Ich* (Abbildung 2–1).

Die *Ich*-Psychologie konzeptualisiert die intrapsychische Welt als eine durch Konflikte zwischen den Instanzen gekennzeichnete. Das *Über-Ich*, das *Ich* und das *Es* ringen miteinander, da Sexualität und Aggression danach streben, zum Ausdruck zu kommen und sich zu entladen. Der Konflikt zwischen den Instanzen verursacht Angst. Diese Signalangst (Freud 1926/1959) zeigt dem *Ich* an, dass ein Abwehrmechanismus erforderlich ist. So lässt sich der Mechanismus der Entstehung neurotischer Symptome erklären. Konflikte lösen Angst aus, die zur Abwehr führt, die dann in einem Kompromiss zwischen dem *Es* und dem *Ich* resultiert. Ein Symptom ist somit die Entstehung eines Kompromisses, der sowohl den aus dem *Ich* stammenden Wunsch abwehrt als auch den Wunsch in getarnter Form befriedigt.

Ein Buchhalter mit einer obsessiv-zwanghaften Persönlichkeitsstörung war ständig besorgt, sein Chef könnte böse auf ihn sein. Insgeheim hasste er seinen Chef, und seine Angst vor dem Ärger des Chefs war eine Projektion seines

eigenen Wunsches, zu explodieren und ihm zu sagen, was er von ihm hielt. Als unbewusste Abwehr verhielt er sich gegenüber seinem Chef unterwürfig und einschmeichelnd, um sicherzustellen, dass ihm auf keinen Fall vorgeworfen werden konnte, er sei böse auf ihn. Da dieses Verhalten den Chef irritierte, herrschte ständig eine Spannung zwischen den beiden. Mit anderen Worten, das unterwürfige Verhalten des Buchhalters verhinderte den Ausbruch seines Ärgers, beinhalten durch die Reaktion, die es bei seinem Chef hervorrief, jedoch auch eine abgeschwächte Expression seiner aggressiven Wünsche.

Die Entstehung solcher Kompromisse gehört zu den normalen geistigen Vorgängen (Brenner 1982). Neurotische Symptome sind lediglich ihre pathologische Variante. Auch Charaktereigenschaften als solche können Kompromisse sein und adaptive und kreative Lösungen für intrapsychische Konflikte darstellen.

## Abwehrmechanismen

Freud erkannte auch die Existenz anderer Abwehrmechanismen an, beschäftigte sich jedoch überwiegend mit der Unterdrückung. In ihrem Grundlagenwerk *Das Ich und die Abwehrmechanismen* (1936/1966) führte Freuds Tochter Anna seine Arbeiten weiter aus, indem sie neun verschiedene Abwehrmechanismen detailliert beschrieb: Regression, Reaktionsbildung, Ungeschehenmachen, Introjektion, Identifizierung, Projektion, Wendung gegen die eigene Person, Verkehrung ins Gegenteil und Sublimierung. Noch wichtiger war, dass sie die Auswirkungen dieser noch genaueren Untersuchung der Abwehrvorgänge des Ich auf die Behandlung erkannte. Psychoanalytiker konnten sich nicht mehr auf die Aufdeckung inakzeptabler Wünsche des Es beschränken. Sie mussten der Unbeständigkeit der Abwehrbemühungen des Ich, die sich bei der Behandlung als Widerstände manifestieren, genauso viel Aufmerksamkeit widmen.

Indem sie den Schwerpunkt der Psychoanalyse von den Trieben auf die Ich-Abwehr verschob, nahm sie die Entwicklung der Psychoanalyse und der dynamischen Psychiatrie von der Bildung neurotischer Symptome weg in Richtung einer Charakterpathologie vorweg. Heute definieren wir viele Persönlichkeitsstörungen anhand ihrer typischen Abwehrmechanismen. Somit muss der dynamische Psychiater mit einer Vielfalt von Abwehrmechanismen vertraut sein, da sie so hilfreich für das Verstehen sowohl von neurotischen Problemen als auch von Persönlichkeitsstörungen sind.

Allen Abwehrmechanismen gemeinsam ist der Schutz des Ich gegen Triebbedürfnisse des Es (Freud 1926/1959). Kein Mensch ist frei von Abwehrmechanismen, und welche Abwehrmechanismen der Einzelne einsetzt, verrät sehr viel über ihn. Sie werden häufig in Form einer Hierarchie vom unreifsten oder pathologischsten zu den reiferen oder gesünderen klassifiziert

**TABELLE 2–1:** Eine Hierarchie der Abwehrmechanismen

<b>Abwehr mechanismus</b>	<b>Beschreibung</b>
<b>Primitive Formen der Abwehr</b>	
Abspaltung	Aufgliederung der Erfahrungen bezüglich der eigenen Person und anderer auf eine Weise, dass eine Integration nicht möglich ist. Wenn die Person mit Widersprüchen in ihrem Verhalten, ihren Gedanken oder ihren Affekten konfrontiert wird, reagiert sie mit kühlem Leugnen oder Gleichgültigkeit auf die Unterschiede. Dieser Abwehrmechanismus verhindert Konflikte, die aus der Inkompatibilität der beiden polarisierten Aspekte der eigenen Person oder anderer herrühren.
Projektive Identifizierung	Dieses Phänomen, das sowohl ein intrapsychischer Abwehrmechanismus als auch eine Form der zwischenmenschlichen Kommunikation ist, besteht darin, sich so zu verhalten, dass eine andere Person subtilem zwischenmenschlichem Druck ausgesetzt wird, damit sie Merkmale eines auf sie projizierten Aspekts des Ich oder inneren Objekts annimmt. Die Person, die Ziel der Projektion ist, beginnt, sich entsprechend dem auf sie Projizierten zu verhalten, entsprechend zu denken und zu fühlen.
Projektion	Wahrnehmung von und Reaktion auf inakzeptable innere Impulse und ihre Ableitungen, als befänden sie sich außerhalb des Ich. Von der projektiven Identifizierung unterscheidet sie sich darin, dass das Ziel der Projektion nicht geändert wird.
Verleugnen	Vermeidung der Kenntnisnahme von Aspekten der äußeren Wirklichkeit, denen man schwer ins Auge sehen kann, durch Nichtbeachtung sensorischer Informationen.
Dissoziation	Unterbrechung des Empfindens der Kontinuität im Bereich der Identität, des Gedächtnisses, des Bewusstseins oder der Wahrnehmung, um angesichts von Hilflosigkeit und Kontrollverlust die Illusion der psychologischen Kontrolle aufrechtzuerhalten. Obwohl sie Ähnlichkeiten mit der Abspaltung aufweist, kann die Dissoziation aufgrund der Loslösung des Ich von dem betreffenden Ereignis in Extremfällen mit der Veränderung der Erinnerung an Ereignisse einhergehen.
Idealisierung	Anderen werden perfekte oder beinahe perfekte Eigenschaften zugeschrieben, um Angst oder negative Gefühle wie Verachtung, Neid oder Ärger zu vermeiden.
Betriebsamkeit (Acting out)	Impulsive Umsetzung eines unbewussten Wunsches oder einer unbewussten Fantasie in eine Handlung, um einen schmerzlichen Affekt zu vermeiden.
Somatisierung	Umwandlung emotionalen Schmerzes oder anderer Affektzustände in körperliche Symptome und Konzentration auf somatische (statt auf intrapsychische) Angelegenheiten.
Regression	Rückkehr in eine frühere Phase der Entwicklung oder Funktion, um die mit der gegenwärtigen Situation verbundenen Konflikte und Spannungen zu vermeiden.
Schizoide Fantasie	Rückzug in die eigene innere Welt, um Angst bezüglich zwischenmenschlicher Situationen zu vermeiden.

**TABELLE 2–1:** Eine Hierarchie der Abwehrmechanismen (*Fortsetzung*)

<b>Abwehr mechanismus</b>	<b>Beschreibung</b>
<b>Neurotische Abwehrmechanismen der höheren Ebene</b>	
Introjektion	Verinnerlichung von Aspekten einer wichtigen Person, um so mit dem Verlust dieser Person fertig zu werden. Man kann auch ein feindliches oder schlechtes Objekt verinnerlichen, um sich die Illusion zu verschaffen, man habe die Kontrolle über dieses Objekt. Die Introjektion kommt in ihrer nichtdefensiven Form als Teil der normalen Entwicklung vor.
Identifizierung	Verinnerlichung der Eigenschaften einer anderen Person, indem man wie sie wird. Während die Introjektion zu einer verinnerlichten Repräsentanz führt, die man als einen „anderen“ erlebt, wird die Identifizierung als Teil des Ich erlebt. Auch die Identifizierung kann eine nichtdefensive Funktion einer normalen Entwicklung sein.
Verschiebung	Verschiebung der mit einer Vorstellung oder einem Objekt verbundenen Gefühle auf ein/e andere/s, die/das der/dem ursprünglichen in irgendeiner Weise ähnlich ist.
Intellektualisierung	Übermäßige und abstrakte Ideation, um schwierige Gefühle zu vermeiden.
Affektisolierung	Isolierung einer Vorstellung von dem mit ihr verbundenen Affekt, um ein Gefühlschaos zu vermeiden.
Rationalisierung	Rechtfertigung inakzeptabler Einstellungen, Überzeugungen oder Verhaltensweisen, um sie für einen selbst erträglich zu machen.
Sexualisierung	Ausstattung eines Objekts oder einer Verhaltensweise mit sexueller Bedeutung, um eine negative Erfahrung in eine aufregende und stimulierende umzuwandeln oder mit dem Objekt verbundene Ängste abzuwehren.
Reaktionsbildung	Umwandlung eines inakzeptablen Wunsches oder Impulses ins Gegenteil.
Verdrängung	Vertreiben inakzeptabler Vorstellungen oder Impulse oder Verhinderung dessen, dass sie ins Bewusstsein vordringen. Dieser Abwehrmechanismus unterscheidet sich darin vom Verleugnen, dass Letzteres mit äußeren sensorischen Informationen verbunden ist, während die Verdrängung innere Zustände betrifft.
Ungeschehen- machen	Versuch der Negierung sexueller, aggressiver oder beschämender Implikationen einer vorangegangenen Bemerkung oder Verhaltensweise durch weitere Ausführung, Klärung oder indem man das Gegenteil tut.

TABELLE 2–1: Eine Hierarchie der Abwehrmechanismen (Fortsetzung)

Abwehr mechanismus	Beschreibung
Reife Abwehrmechanismen	
Humor	Das Entdecken komischer und/oder ironischer Elemente in schwierigen Situationen, um unangenehme Affekte oder persönliches Unbehagen zu mildern. Dieser Mechanismus ermöglicht eine gewisse Distanz und Objektivität in Bezug auf die Ereignisse, sodass der Betreffende reflektieren kann, was eigentlich vorgeht.
Unterdrückung	Die bewusste Entscheidung, ein bestimmtes Gefühl, einen bestimmten Zustand oder Impuls nicht zu beachten. Dieser Abwehrmechanismus unterscheidet sich darin von der Verdrängung und dem Verleugnen, dass er eher bewusst als unbewusst ist.
Askese	Der Versuch, angenehme Aspekte einer Erfahrung zu eliminieren, da diese innere Konflikte verursachen. Dieser Mechanismus kann transzendenten oder spirituellen Zielen dienen, wie im Fall des Zölibats.
Altruismus	Die Bedürfnisse anderer werden über die eigenen gestellt. Altruistisches Verhalten kann der Lösung narzisstischer Probleme dienen, aber auch zu großen Leistungen und konstruktiven Beiträgen zum Wohl der Gesellschaft führen.
Vorausberechnung	Verzögerung der sofortigen Befriedigung durch Planung und Denken an zukünftige Leistungen und Ergebnisse.
Sublimierung	Umwandlung in den Augen der Gesellschaft anstößiger oder innerlich inakzeptabler Ziele in von der Gesellschaft akzeptierte.

(Vaillant 1977), und das Profil der Abwehrmechanismen eines Menschen ist ein guter Indikator seiner psychologischen Gesundheit. Tabelle 2–1 listet die häufigsten Abwehrmechanismen nach dieser Hierarchie auf.

Adaptive Aspekte des Ich

Die Bedeutung des Ich für die Psyche beschränkt sich nicht auf seine Abwehrvorgänge. Heinz Hartmann hat sich in der Ich-Psychologie der Gegenwart durch seine Arbeit zu den nichtdefensiven Aspekten des Ich einen Namen gemacht. Er löste das Ich vom Es und richtete es erneut auf die Außenwelt. Hartmann (1939/1958) bestand darauf, dass es eine „konfliktfreie Sphäre des Ich“ gibt, die sich unabhängig von den Kräften und Konflikten des Es entwickelt. In einer „durchschnittlich zu erwartenden Umwelt“ können sich bestimmte autonome Ich-Funktionen, die bei der Geburt vorhanden sind,

entfalten, ohne durch Konflikte behindert zu werden. Zu diesen gehören Denken, Lernen, Wahrnehmung, motorische Kontrolle und Sprache, um nur einige zu nennen. Hartmanns *adaptive* Sichtweise ist also eine Weiterentwicklung seines Konzepts der Existenz eines autonomen, konfliktfreien Bereichs des Ich. Hartmann war davon überzeugt, dass durch die Neutralisierung sexueller und aggressiver Energien selbst bestimmte Abwehrmechanismen ihre Verbindung zu den Triebkräften des Es verlieren und sekundär autonom und adaptiv werden können.

David Rapaport (1951) und Edith Jacobson (1964) machten dort weiter, wo Hartmann aufgehört hatte, und verfeinerten seine bedeutenden Beiträge zur Ich-Psychologie. Für Kliniker ist es heute alltäglich, bei der routinemäßigen psychodynamischen Bewertung des Patienten auch Ich-Funktionen, Ich-Stärken und Ich-Schwächen zu berücksichtigen. Bellak et al. (1973) ordneten die Ich-Funktionen in Skalen ein, die sowohl in der Forschung als auch bei der klinischen Bewertung verwendet werden. Zu den wichtigsten dieser Ich-Funktionen gehören Realitätsprüfung, Impulskontrolle, Gedankenprozesse, Urteilsbildung, synthetisch-integrative Funktionen, Beherrschungskompetenz und primäre und sekundäre Autonomie (nach Hartmann).

## Objektbeziehungstheorie

---

Nach Ansicht der Ich-Psychologie sind Triebe (d. h. Sexualität und Aggression) primär, Objektbeziehungen dagegen sekundär. (In der psychoanalytischen Literatur ist es allgemein üblich, wenn auch vielleicht etwas unglücklich, den Begriff *Objekt* zur Bezeichnung einer *Person* zu verwenden. Trotz der leicht pejorativen Konnotationen von *Objekt* werde ich den Begriff um der Einheitlichkeit und Klarheit willen hier verwenden.) Mit anderen Worten, die wichtigste Aufgabe eines Säuglings besteht in der Entladung von Spannung unter dem Druck seiner Triebe. Die Objektbeziehungstheorie hingegen besagt, dass Triebe im Kontext einer Beziehung entstehen (z. B. in der Dyade Säugling – Mutter) und somit niemals von dieser getrennt werden können. Manche Vertreter der Objektbeziehungstheorie (Fairbairn 1952) sind sogar der Ansicht, Triebe dienen vor allem der Objektsuche und nicht der Reduzierung von Spannung.

Ganz einfach formuliert befasst sich die Objektbeziehungstheorie mit der Umwandlung zwischenmenschlicher Beziehungen in verinnerlichte Repräsentanzen von Beziehungen. Im Laufe ihrer Entwicklung verinnerlichen Kinder ein Objekt oder eine Person nicht einfach, sie verinnerlichen vielmehr die gesamte Beziehung (Fairbairn 1940/1952, 1944/1952). Der Prototyp einer liebevollen und positiven Erfahrung entsteht in den Zeiten, in denen das Kind gestillt wird (Freud 1905/1953). Dieser Prototyp umfasst auch das positive



Erfahren des Ich (des Säuglings, der gestillt wird), das positive Erfahren des Objekts (der fürsorglichen Mutter) und eine positive affektive Erfahrung (Genuss, Sättigung). Wenn der Säugling erneut Hunger bekommt und die Mutter nicht sofort zur Stelle ist, entsteht der Prototyp der negativen Erfahrung, zu dem auch das negative Erfahren des Ich (des frustrierten und fordernden Säuglings), das negative Erfahren eines nicht fürsorglichen Objekts (der nicht verfügbaren Mutter) und eine negative affektive Erfahrung von Wut und möglicherweise Angst gehören. Schließlich werden diese beiden Erfahrungen als zwei entgegengesetzte Garnituren von Objektbeziehungen verinnerlicht, die aus einer Ich-Repräsentanz, einer Objektrepräsentanz und einer affektiven Verbindung zwischen diesen beiden bestehen (Ogden 1983).

Die Verinnerlichung der Mutter des Säuglings, die gewöhnlich als *Introjektion* bezeichnet wird (Schafer 1968), beginnt mit körperlichen Empfindungen, die mit der Anwesenheit der Mutter beim Stillen zusammenhängen, erlangt jedoch erst dann eine Bedeutung, wenn sich die Grenze zwischen Innen und Außen herausgebildet hat. Um den sechzehnten Lebensmonat vereinigen sich isolierte Bilder der Mutter nach und nach zu einer dauerhaften mentalen Repräsentanz (Sandler und Rosenblatt 1962). Gleichzeitig entsteht eine dauerhafte Ich-Repräsentanz, zunächst als Körperrepräsentanz und dann als Sammlung von Empfindungen und Erfahrungen, die als zum Säugling gehörend wahrgenommen werden.

Das introjizierte Objekt korreliert nicht zwangsläufig mit dem tatsächlichen äußeren Objekt. So ist eine Mutter, die nicht auf Abruf zum Stillen zur Verfügung steht, zum Beispiel einfach nur mit einem älteren Geschwisterkind beschäftigt, wird aber von dem Säugling als feindlich, ablehnend und nicht verfügbar *erfahren* und *verinnerlicht*. Die Objektbeziehungstheorie räumt ein, dass zwischen dem tatsächlichen Objekt und der verinnerlichten Objektrepräsentanz *keine* Eins-zu-eins-Korrelation besteht.

Die Objektbeziehungstheorie betrachtet auch Konflikte anders als die Ich-Psychologie. Unbewusste Konflikte sind nicht einfach Kämpfe zwischen Impulsen und Abwehrmechanismen; sie sind auch Auseinandersetzungen zwischen Paaren entgegengesetzter Einheiten von Objektbeziehungen (Kernberg 1983; Ogden 1983; Rinsley 1977). Mit anderen Worten, es wetteifern stets verschiedene Konstellationen von Ich-Repräsentanzen, Objektrepräsentanzen und Affekten darum, im intrapsychischen Theater der inneren Objektbeziehungen im Mittelpunkt zu stehen.

Die Verinnerlichung von Objektbeziehungen geht immer mit der Aufspaltung des Ich in unbewusste Untereinheiten einher (Ogden 1983), von denen es zwei Gruppen gibt:

- (1) ichbezogene Untereinheiten des Ich, das heißt, Aspekte des Ich, in denen die betreffende Person ihre Vorstellungen und Gefühle in höherem Maße als ihre eigenen erlebt, und
- (2) objektbezogene Untereinheiten des

Ich, durch die auf eine Art und Weise, die auf der Identifizierung eines Aspekts des Ich mit dem Objekt basiert, Bedeutungen geschaffen werden. Diese Identifizierung mit dem Objekt ist so gründlich, dass das Selbstempfinden fast völlig verloren geht (Ogden 1983, S. 227).

Dieses Modell zeigt deutlich den Einfluss von Freuds Vorstellung vom Über-Ich, das gewöhnlich so erfahren wird, als wäre es ein „Fremdkörper“ (d. h. eine objektbezogene Untereinheit des Ich, die beobachtet, was eine Untereinheit des Ich tut). Ogdens Modell zeigt auch den Weg vom Intrapsychischen zurück zum Zwischenmenschlichen auf. In diesem System kann Übertragung als ein Phänomen betrachtet werden, das jeweils eine von zwei möglichen Formen annimmt: Es kann entweder die Rolle der ichbezogenen Untereinheit des Ich oder die der objektbezogenen Untereinheit des Ich auf den Behandelnden verlegt werden, ein Prozess, der weiter unten in diesem Kapitel ausführlicher besprochen wird.

### Eine historische Perspektive

Als Begründerin der Objektbeziehungsbewegung gilt gewöhnlich Melanie Klein. Sie emigrierte von Budapest und später von Berlin und kam 1926 nach England, wo ihre Theorie über die frühkindliche Entwicklung sehr umstritten war. Sie war von Freud beeinflusst, ging aber auch neue Wege, indem sie sich auf innere Objekte konzentrierte. Anhand ihrer psychoanalytischen Arbeit mit Kindern entwickelte sie eine Theorie, der vor allem unbewusste intrapsychische Fantasien zugrunde lagen und laut welcher das Entwicklungsprogramm der klassischen Theorie im ersten Lebensjahr stattfindet. So fällt beispielsweise der Ödipuskomplex ihrer Meinung nach in etwa mit dem Abstillen in der zweiten Hälfte des ersten Jahres zusammen.

Klein zufolge erlebt der Säugling eine Urangst der Vernichtung, die mit Freuds Todestrieb zusammenhängt. Um diese Angst abzuwehren, erfolgt eine Spaltung des Ich, bei der alles „Böse“ und jegliche Aggressivität, die aus dem Todestrieb herrühren, gelehnt und auf die Mutter projiziert werden. Der Säugling lebt dann in Angst vor der Verfolgung durch die Mutter – die sich als Angst davor konkretisieren kann, die Mutter könnte in das Kind eindringen und jegliche Güte (die sich aus der Libido ableitet), die ebenfalls abgespalten wurde und im Inneren des Kindes geschützt ist, zerstören. Diese letztere Angst ist die primäre Angst vor dem, was Klein (1946/1975) als *paranoid-schizoide Position* bezeichnet hat. Diese frühe Art des Ordnen von Erfahrungen ist nach den vorherrschenden Abwehrmechanismen der Spaltung des Ich („schizoid“) und der Projektion („paranoid“) benannt. In der Tat sind Projektion und Introjektion entscheidend für das Verständnis der paranoid-schizoiden Position. Diese Mechanismen dienen dazu, „Gutes“ und „Böses“ so weit wie möglich

voneinander zu trennen (Segal 1964). Nachdem verfolgende oder böse Objekte auf die Mutter projiziert wurden, um sie von den guten oder idealisierten zu trennen, können sie reintrojiert (d. h. wieder ins Innere aufgenommen) werden, um sie kontrollieren und beherrschen zu können. Gleichzeitig können die guten Objekte projiziert werden, damit sie vor den bösen sicher sind, die sich jetzt im Inneren befinden.

Dieser Wechsel der Zyklen von Projektion und Introjektion wiederholt sich so lange, bis das Kind langsam erkennt, dass die „böse“ und die „gute“ Mutter nicht zwei verschiedene, sondern ein und dieselbe Person sind. Wenn Kinder die beiden Teilobjekte zu einem ganzen Objekt integrieren, werden sie dadurch beunruhigt, dass ihre sadistischen und zerstörerischen Fantasien bezüglich der Mutter diese vernichtet haben könnten. Diese neuartige Sorge um die Mutter als ganzes Objekt, von Klein als *depressive Angst* bezeichnet, kündigt den Beginn der *depressiven Position* an. Diese Art der Erfahrung betrifft die Sorge, anderen schaden zu können, im Gegensatz zur paranoid-schizoiden Position, in der das Individuum befürchtet, andere könnten ihm schaden. Schuldgefühle werden zu einem wichtigen Teil des Affektlebens des Kindes, das versucht, diese durch Wiedergutmachung zu beseitigen. Dabei kann es zu Handlungen des Kindes gegenüber der Mutter kommen, mit denen der ihr tatsächlich oder in der Fantasie zugefügte „Schaden“ behoben werden soll. Klein hat den Ödipuskomplex als Bemühung zur Überwindung von depressiven Ängsten und Schuldgefühlen durch Wiedergutmachung neu definiert.

Als Kritik an Kleins Formulierungen wurde vorgebracht, sie stütze sich ausschließlich auf die Fantasie und minimiere dadurch den Einfluss realer Personen im Umfeld, betone den Todestrieb – ein Konzept, das die Theoretiker der Psychoanalyse heute weitgehend außer Acht lassen – in übertriebenem Maße und schreibe Kleinkindern im ersten Lebensjahr hoch entwickelte erwachsene Formen der Wahrnehmung zu. Dennoch sind die paranoid-schizoide und die depressive Position, die sie auf brillante Weise erarbeitet hat, von herausragender klinischer Bedeutung, besonders wenn man sie als ein Leben lang gültige Arten des Sammelns von Erfahrungen betrachtet, die zu einem dialektischen geistigen Zusammenspiel führen, und nicht als Entwicklungsphasen, die der Mensch durchläuft oder hinter sich lässt (Ogden 1986). Dieses Konzept der ein Leben lang gültigen Arten der Erfahrung verringert die Bedeutung von Kleins Entwicklungsmodell.

Für Klein waren die Triebe sehr komplexe psychologische Phänomene, die eng mit bestimmten Objektbeziehungen verbunden sind. Ihrer Ansicht nach haben sie ihren Ursprung nicht im Körper, sondern benutzen den Körper lediglich als Mittel zur Expression (Greenberg und Mitchell 1983). Ebenso dienen die Triebe nach ihrer Auffassung nicht einfach dem Abbau von Spannungen, sondern sind aus bestimmten Gründen auf bestimmte Objekte gerichtet. In den 1940er Jahren führten diese und andere Auffassungen Kleins zu erbitterten Debatten in der British Psychoanalytic Society. Kleins wichtigste

Gegenspielerin war Anna Freud, und als es in der Gesellschaft schließlich zur Spaltung kam, schloss sich die eine Partei, die als Gruppe B bezeichnet wurde, Anna Freud an, während die Gruppe A Klein die Treue hielt. Die dritte Fraktion, die Mittlere Gruppe, schlug sich weder auf die eine noch auf die andere Seite. Die Mittlere Gruppe erarbeitete, bis zu einem gewissen Grad von Kleins Auffassungen beeinflusst, die Objektbeziehungstheorie, wie wir sie heute kennen (Kohon 1986). Diejenigen, die dieser Fraktion angehörten, bezeichneten sich erst ab 1962 offiziell als Gruppe und nannten sich die Unabhängigen. Zu den führenden Persönlichkeiten der Unabhängigen, die gelegentlich auch als „Britische Schule“ der Objektbeziehungen bezeichnet werden (Sutherland 1980), gehörten unter anderem D. W. Winnicott, Michael Balint, W. R. D. Fairbairn, Margaret Little und Harry Guntrip. Diese Gruppe war nach den Controversial Discussions von 1943 und 1944 (siehe King und Steiner 1992) innerhalb der Gesellschaft in der Überzahl, obwohl sie keine zentrale Persönlichkeit hatte, die eine kohärente Theorie veröffentlicht hätte (Tuckett 1996). Obwohl die Schriften dieser Wissenschaftler beträchtliche Unterschiede aufweisen, hatten sie auch gemeinsame Themen. Alle beschäftigten sich mit der frühkindlichen Entwicklung vor dem Ödipuskomplex, und bei allen lag der Schwerpunkt statt auf der Triebtheorie auf der Unbeständigkeit der inneren Objektbeziehungen. Weiterhin behandelten sie, wie Klein und anders als die Gruppe B, schwerer erkrankte Patienten meist mit psychoanalytischen Methoden und gewannen vielleicht dadurch tiefere Einblicke in primitive seelische Zustände.

Die Unabhängigen bildeten ein Gegengewicht zur Überbewertung der Fantasie durch Klein, indem sie den Einfluss des Umfelds in der frühen Kindheit betonten. Winnicott (1965) zum Beispiel prägte den Begriff der *ausreichend guten Mutter*, um die Mindestanforderungen zu beschreiben, denen das Umfeld des Kleinkindes entsprechen muss, damit es sich normal entwickeln kann. Balint (1979) beschrieb das Gefühl vieler Patienten, dass etwas fehlt, und nannte es *Grundstörung*. Er war der Ansicht, dieser Mangel werde dadurch verursacht, dass die Mutter die Grundbedürfnisse des Kindes nicht befriedigt. Fairbairn (1963), der sich vielleicht von allen am meisten von der Triebtheorie löste, sah den Ursprung der Schwierigkeiten seiner schizoiden Patienten nicht in der fehlenden Befriedigung ihrer Triebe, sondern darin, dass die Mutter nicht imstande war, ihnen die Erfahrung zuteil werden zu lassen, sie werden um ihrer selbst willen geliebt. Er war der Meinung, die Triebe dienten nicht dem Streben nach Genuss, sondern der Objektsuche. Außerdem hat Fairbairn zur Einführung des Konzepts des frühen Traumas als wichtigem pathogenem Faktor, der die Entwicklung des Patienten in einem Stadium vor Vollendung des 3. Lebensjahres „einfriert“, beigetragen (Fonagy und Target 2003).

Alle diese Wissenschaftler waren überzeugt davon, dass das vollständige psychoanalytische Verständnis des Menschen sowohl eine *Defizittheorie* als auch eine *Konflikttheorie* erfordert. Analytiker haben außer der Analyse von

Konflikten noch eine andere Aufgabe. Sie sind auch ein neues Objekt, das die Patienten verinnerlichen müssen, damit unzureichende intrapsychische Strukturen verstärkt werden. Diese Aussage ist von entscheidender Bedeutung für die klinische Theorie der Objektbeziehung – die inneren Objektbeziehungen des Patienten sind nicht in Stein gemeißelt, sondern können durch neue Erfahrungen verändert werden.

Ein anderes wichtiges Konzept, das von der Britischen Schule erarbeitet wurde, ist, dass Säuglinge eine angeborene Tendenz zur Selbstverwirklichung haben (Summers 1999). Insbesondere Winnicott war der Ansicht, es gebe ein *wahres Ich*, dessen Entfaltung durch die Reaktionen der Mutter und anderer Figuren des Umfelds gefördert oder behindert werden könne. Bollas (1989) führte dies weiter aus, indem er behauptete, die primäre Antriebskraft des Kindes sei das Bedürfnis, es selbst zu werden, was durch die Fähigkeit der Mutter, zuzulassen, dass es in der Interaktion mit ihr sein wahres Ich zum Ausdruck bringt, gefördert wird. Eine Mutter, die zu dieser Förderung nicht in der Lage ist, trägt möglicherweise dazu bei, dass das Kind ein *falsches Ich* entwickelt, um sich den Bedürfnissen und Wünschen der Mutter anzupassen.

## Selbst und Ich

Während Ich-Psychologen dem Selbst in dem Bestreben, das Ich so gut wie möglich zu verstehen, oft nur minimale Bedeutung beimessen, haben die Vertreter der Objektbeziehungstheorie, da für sie das Selbst in seiner Beziehung zu Objekten an zentraler Stelle steht, versucht, den Platz des Selbst in der Psyche genauer zu bestimmen. Eine der zentralen Streitfragen ist, ob das Selbst eine intrapsychische Repräsentanz des Individuums oder eine eigenständige Quelle von Handlungen und eine eigenständige Instanz ist (Kernberg 1982; Meissner 1986).

Zahlreiche Verfasser (Guntrip 1968, 1971; Meissner 1986, Schafer 1976; Sutherland 1983) haben dahin gehende Bedenken angemeldet, dass die Strukturtheorie und das Modell des Selbst als intrapsychische Repräsentanz kaum eine Grundlage für ein Konzept des Selbst bieten, das auch die subjektive Erfahrung oder eine persönliche Instanz umfasst. Es liegt in der Natur der Strukturtheorie, dass sie auf bestimmte Funktionen ausgerichtet ist, die unpersönlicher Art sind. Sutherland (1983) zum Beispiel behauptete, ein Grundmerkmal des Selbst – das Bezogenheit und Einheit anstrebe – sei seine aktive initiiierende Rolle gegenüber der Umwelt.

Es ist Platz sowohl für das Selbst als Repräsentanz als auch für das Selbst als Instanz. Das Selbst kann sogar als im Ich verankert betrachtet und als Endprodukt der Integration der vielen Selbstrepräsentanzen definiert werden (Kernberg 1982). Dieses integrierte Endprodukt sollte jedoch nicht als kontinuierliche und unveränderliche Einheit verstanden werden (Bollas 1987;

Mitchell 1991; Ogden 1989; Schafer 1989). Auch wenn wir häufig gerne die Illusion eines kontinuierlichen Selbst aufrechterhalten würden, sieht es in Wirklichkeit so aus, dass wir alle aus vielfältigen nicht kontinuierlichen Selbstern bestehen, die durch tatsächliche und erdachte Beziehungen mit anderen ständig verändert werden. Schafer (1989) verstand dieses Phänomen als Garnitur narrativer Selbstes oder Handlungen, die wir entwickeln, um einen emotional kohärenten Bericht über unser Leben bieten zu können. Mitchell (1991) merkte an, es sei ein Paradoxon der psychoanalytischen Arbeit, dass die Patienten, je mehr sie lernen, diese vielfältigen Facetten ihrer selbst zu akzeptieren, sich selbst als beständiger und kohärenter empfinden.

## Abwehrmechanismen

Aufgrund der historischen Verbindung zwischen der Objektbeziehungstheorie und schwer gestörten Patienten wird großes Gewicht auf die für Persönlichkeitsstörungen und Psychosen charakteristischen primitiven Abwehrmechanismen, Abspaltung, projektive Identifizierung, Introjektion und Verleugnen, gelegt.

### *Abspaltung*

Die *Abspaltung* ist ein unbewusster Vorgang, bei dem widersprüchliche Gefühle, Selbstrepräsentanzen oder Objektrepräsentanzen voneinander getrennt werden. Freud (1927/1961, 1940/1964) hat zwar hier und da Bemerkungen zur Abspaltung gemacht, aber es war Klein (1946/1975), die sie zum Eckpfeiler des emotionalen Überlebens in den ersten zwölf Lebensmonaten erhoben hat. Die Abspaltung ermöglicht es dem Säugling, Gutes von Bösem, Angenehmes von Unangenehmem und Liebe von Hass zu trennen, um positive Erfahrungen, Affekte, Selbstrepräsentanzen und Objektrepräsentanzen in gut abgesonderten mentalen Schubladen und frei von Verunreinigungen durch ihre negativen Gegenstücke aufzubewahren. Die Abspaltung kann als eine grundlegende biologische Methode zum Ordnen von Erfahrungen betrachtet werden, bei der das Gefährdende vom Gefährdeten getrennt ist. Sie wird sekundär zu einem psychologischen Abwehrmechanismus weiterentwickelt (Ogden 1986). Sie ist auch eine wesentliche Ursache der Ich-Schwäche (Kernberg 1967, 1975). Die Integration von Derivaten des Libido- und des Aggressionstriebes mit „guten“ und „bösen“ Introjekten dient der Neutralisierung von Aggressionen. Die Abspaltung verhindert diese Neutralisierung und enthält dem Ich somit eine wichtige Quelle der Wachstumsenergie vor.

Nach Kernbergs Ansicht ist die Abspaltung durch bestimmte klinische Manifestationen charakterisiert: 1. alternierende Expression widersprüchlicher

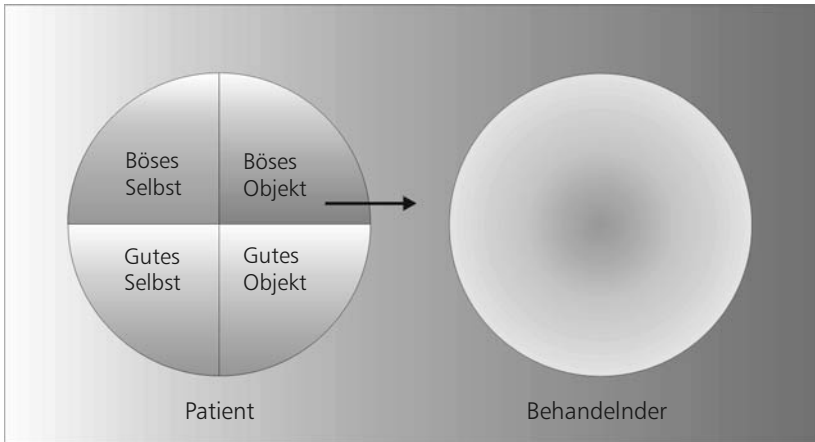
Verhaltensweisen und Einstellungen, denen der Patient unbeteiligt und mit Verleugnung begegnet; 2. die Aufteilung aller Menschen in „nur gut“ und „nur böse“, die häufig als *Idealisierung* beziehungsweise *Abwertung* bezeichnet wird; und 3. die gleichzeitige Existenz widersprüchlicher Selbstrepräsentanzen, die sich abwechseln. Kernberg hielt die Abspaltung für die wichtigste Abwehrhandlung bei Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung, sie ist jedoch bei allen Patienten gelegentlich zu beobachten (Rangell 1982) und unterscheidet Borderline-Patienten nicht eindeutig von solchen mit anderen Persönlichkeitsstörungen (Allen et al. 1988). Kernberg unterschied neurotische und Borderline-Persönlichkeiten zum Teil aufgrund dessen, dass Letztere die Abspaltung gegenüber der Verdrängung bevorzugen, empirische Forschungen lassen jedoch darauf schließen, dass diese beiden Abwehrmechanismen unabhängig voneinander eingesetzt werden und auch bei ein und derselben Person vorkommen können (Perry und Cooper 1986).

### *Projektive Identifizierung*

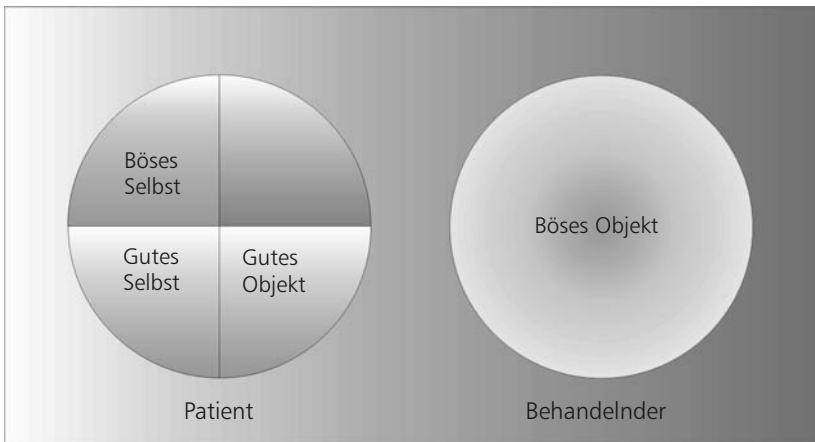
Der zweite Abwehrmechanismus, die projektive Identifizierung, ist ein unbewusster dreistufiger Prozess, bei dem Aspekte der eigenen Person gelehnt und einer anderen zugeschrieben werden (siehe Abbildungen 2-2, 2-3 und 2-4). Die drei Stufen sind (Ogden 1979):

1. Der Patient projiziert eine Selbst- oder Objektrepräsentanz auf den Behandelnden.
2. Der Behandelnde identifiziert sich unbewusst mit dem Projizierten und beginnt als Reaktion auf den zwischenmenschlichen Druck, den der Patient ausübt, wie die projizierte Selbst- oder Objektrepräsentanz zu fühlen oder sich so zu verhalten. (Dieser Aspekt des Phänomens wird gelegentlich als projektive Gegenidentifikation bezeichnet [Grinberg 1979]).
3. Die projizierten Inhalte werden vom Behandelnden „psychologisch verarbeitet“ und verändert und durch Reintrojektion an den Patienten zurückverwiesen. Die Veränderung der projizierten Inhalte wiederum verändert die entsprechenden Selbst- oder Objektrepräsentanzen und das Muster der zwischenmenschlichen Bezogenheit.

Die drei Stufen wurden hier um der Klarheit willen linear dargestellt, Ogden (1992) hat jedoch betont, dass sie nicht linear aufeinanderfolgen und man sie sich als Dialektik vorstellen muss, innerhalb welcher Patient und Analytiker eine Beziehung eingehen, in der sie gleichzeitig getrennt und „eins“ sind. Durch die Dialektik der gegenseitigen Durchdringung der Subjektivitäten entsteht eine einmalige Subjektivität. Dennoch können Übertragung und Gegenübertragung jeweils den Stufen 1 und 2 zugeordnet werden. In dieser Hinsicht hat die projektive Identifizierung zusätzlich zu ihrer Funktion als intrapsychischer



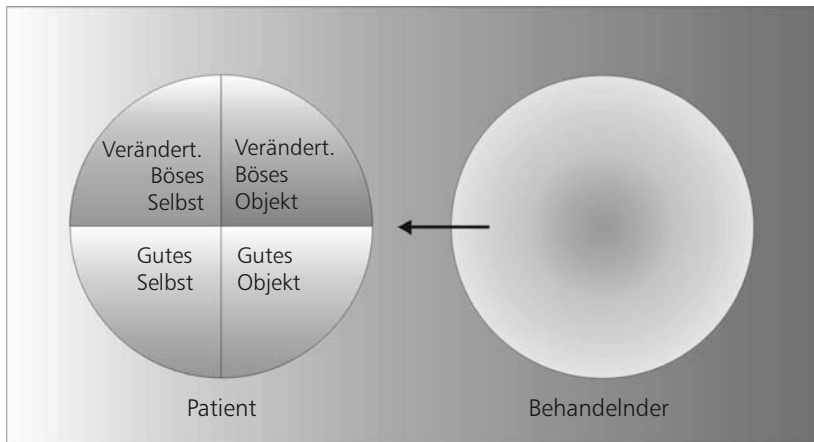
**ABBILDUNG 2–2:** PROJEKTIVE IDENTIFIZIERUNG – STUFE 1: DER PATIENT LEUGNET BÖSE INNERE OBJEKTE UND PROJIZIERT SIE AUF DEN BEHANDELNDEN.



**ABBILDUNG 2–3:** PROJEKTIVE IDENTIFIZIERUNG – STUFE 2: DER BEHANDELNDE BEGINNT ALS REAKTION AUF DEN ZWISCHENMENSCHLICHEN DRUCK, DEN DER PATIENT AUSÜBT, UNBEWUSST WIE DAS PROJIZIERTE BÖSE OBJEKT ZU FÜHLEN UND/ODER SICH SO ZU VERHALTEN (PROJEKTIVE GEGENIDENTIFIKATION).

Abwehrmechanismus eine zwischenmenschliche Dimension. Abspaltung und projektive Identifizierung sind eng zusammenhängende Mechanismen, die zusammen dafür sorgen, dass „Gutes“ und „Böses“ getrennt bleiben (Grotstein 1981). Das zwischenmenschliche Element in Ogdens Definition der projektiven Identifizierung stammt aus Bions (1962) Konzept, laut welchem der Therapeut ein Behälter für die Projektionen des Patienten ist, ganz ähnlich wie die Mutter die Projektionen ihres Kindes aufnimmt.





**ABBILDUNG 2-4:** PROJEKTIVE IDENTIFIZIERUNG – STUFE 3: DER BEHANDELNDE BEHÄLT DAS PROJIZIERTE BÖSE OBJEKT UND VERÄNDERT ES; ES WIRD DANN VOM PATIENTEN REINTROJIZIERT UND ASSIMILIERT (INTROJEKTIVE IDENTIFIKATION).

Heutige kleinsche Analytiker in London sehen die projektive Identifizierung etwas anders. Sie neigen eher dazu, zu sagen, dass der Abwehrmechanismus nicht die Projektion eines Teils des Patienten darstellt, sondern eine Fantasie einer Objektbeziehung (Feldman 1997). In dieser Hinsicht ist die Umwandlung des Ziels der Projektion nicht unbedingt erforderlich. Dennoch stimmen die Kleinianer zunehmend darin überein, dass der Analytiker oder Therapeut bis zu einem gewissen Grad immer von dem beeinflusst wird, was der Patient auf ihn projiziert, und es dem Analytiker helfen kann, sich dessen bewusst zu werden, was projiziert wird, wenn er bis zu einem gewissen Grad auf die „Anstöße“ des Patienten, sich im Sinne seiner Projektionen zu verhalten, anspricht (Joseph 1989; Spillius 1992).

Wie in Kapitel 1 gesagt, ist die Gegenübertragung ein gemeinsames Produkt der Beiträge sowohl des Patienten als auch des Klinikern (Gabbard 1995). Der Patient löst beim Therapeuten bestimmte Reaktionen aus, die endgültige Form der Gegenübertragungsreaktion bestimmen jedoch die Konflikte und inneren Selbst- und Objektrepräsentanzen des Therapeuten. Mit anderen Worten, der Vorgang erfordert eine „Anlegestelle“ beim Empfänger, damit die Projektion landen kann. Manche Projektionen passen besser zum Empfänger als andere (Gabbard 1995).

Das Konzept der projektiven Identifizierung lediglich als Abwehrmechanismus zu betrachten, ist eine ungerechtfertigte Einschränkung. Wegen ihrer zwischenmenschlichen Komponente kann sie auch als 1. ein Mittel der Kommunikation, bei der der Patient den Behandelnden zwingt, Gefühle zu empfinden, die seinen ähnlich sind, 2. eine Art der Objektbezogenheit und 3. als

Weg zu psychologischer Veränderung, in dem Sinne, dass die Reintrojektion der projizierten Inhalte nach ihrer Veränderung durch den Behandelnden eine Veränderung des Patienten bewirken, betrachtet werden. In diesem Modell der projektiven Identifizierung wird das hervorgehoben, was in einer klinischen Situation geschieht, projektive Identifizierung kommt jedoch auch in nichtklinischen Situationen regelmäßig vor. In Letzteren werden die Projektionen möglicherweise völlig verzerrt zurückgeschickt oder „dem Patienten mit Gewalt wieder eingeflößt“ und nicht verändert oder zurückgehalten.

### *Introjektion*

Der dritte Abwehrmechanismus, die Introjektion, ist ein unbewusster Vorgang, bei dem ein inneres Objekt symbolisch aufgenommen und als Teil der eigenen Person assimiliert wird. Dieser Mechanismus kann Teil einer projektiven Identifizierung sein, wobei dann das Aufgenommene das ist, was ursprünglich projiziert wurde, oder er tritt selbstständig als Gegenteil der Projektion auf. Nach Freuds (1917/1963) klassischer Definition ist die Depression das Ergebnis der Introjektion eines als ambivalent empfundenen Objekts. Auf dieses Introjekt im depressiven Patienten gerichteter Ärger führe zu Selbstabwertung und anderen Symptomen der Depression. In der heutigen Terminologie der Objektbeziehung wird die Introjektion als eine von zwei möglichen Arten der Verinnerlichung von der Identifizierung unterschieden. Wenn zum Beispiel ein Elternteil *introjiert* wird, wird er als Teil der Unterabteilung Objekte des Ich verinnerlicht und als innere Präsenz erfahren, die die Selbstrepräsentanz nicht wesentlich ändert. Bei der *Identifizierung* hingegen wird der Elternteil als Teil der Unterabteilung Selbst des Ich verinnerlicht und bewirkt eine wesentliche Veränderung der Selbstrepräsentanz (Sandler 1990).

### *Verleugnen*

Der vierte Abwehrmechanismus, das Verleugnen, ist ein direktes Leugnen traumatischer sensorischer Informationen. Während die Regression im Allgemeinen als Abwehrmechanismus gegen *innere* Wünsche oder Impulse eingesetzt wird, ist das Verleugnen normalerweise eine Abwehr gegen die äußere Welt der Realität, wenn diese Realität besonders beunruhigend ist. Obwohl er in erster Linie bei Psychosen und schweren Persönlichkeitsstörungen auftritt, wird dieser Mechanismus auch von gesunden Menschen eingesetzt, insbesondere angesichts katastrophaler Ereignisse.

Die Britische Schule der Objektbeziehung hat die amerikanische Beziehungstheorie stark beeinflusst. Diese „Zwei-Personen“-Theorie und ihre

nahen Verwandten – Intersubjektivität, Konstruktivismus und interpersonale Theorie – vertreten gleichermaßen die Ansicht, dass die Wahrnehmung des Patienten durch den Therapeuten zwangsläufig von der Subjektivität des Therapeuten gefärbt ist (Aron 1996; Gill 1994; Greenberg 1991; Hoffman 1992, 1998; Levine 1994; Mitchell 1993, 1997; Natterson 1991; Renik 1993, 1998; Stolorow et al. 1987). Ein entscheidendes Element dieser Auffassung ist, dass sich zwei Menschen in einem Raum befinden, die sich zu jeder Zeit gegenseitig beeinflussen. Somit kann der Therapeut seine eigene Subjektivität nicht überwinden, wenn er die Probleme seines Patienten formuliert. Zudem hat das jeweilige Verhalten des Therapeuten beträchtliche Auswirkungen auf die Übertragung des Patienten. Manche behaupten, diese intersubjektive Sichtweise stehe über allen Schulen und gelte für alle psychotherapeutischen Situationen (Aron 1996; Dunn 1995; Gabbard 1997; Levine 1996).

## Selbstpsychologie

---

### Kohut

Während die Objektbeziehungstheorie das Gewicht auf die *verinnerlichten* Beziehungen zwischen Repräsentanzen des Ich und des Objekts legt, konzentriert sich die Selbstpsychologie darauf, wie *äußere* Beziehungen die Aufrechterhaltung des Selbstwertgefühls und der Selbstkohäsion fördern. Dieser theoretische Ansatz, der aus den wegweisenden Schriften von Heinz Kohut (1971, 1977, 1984) abgeleitet wurde, betrachtet den Patienten als jemanden, der dringend bestimmte Reaktionen anderer Personen benötigt, um ein gewisses Wohlbefinden aufrechtzuerhalten.

Die Selbstpsychologie ging aus Kohuts Studien über ambulante Patienten mit narzisstischen Störungen hervor, die er psychoanalytisch behandelte. Er stellte fest, dass sie sich von den klassischen neurotischen Patienten unterscheiden, die sich wegen hysterischer oder obsessiv-zwanghafter Symptome in Behandlung begeben. Erstere klagten über undefinierbare Gefühle der Depression oder Unzufriedenheit in Beziehungen (Kohut 1971). Sie zeichneten sich außerdem durch ein verletzliches Selbstwertgefühl aus, das sehr empfindlich auf Beleidigungen durch Freunde, Familienmitglieder, Partner, Kollegen und andere reagierte. Kohut machte die Erfahrung, dass das Strukturmodell der Ich-Psychologie keinen Aufschluss über die Pathogenese und das Heilmittel für die Probleme dieser Patienten gab.

Er stellte fest, dass bei diesen Patienten zwei Arten der Übertragung auftraten: die Spiegelübertragung und die idealisierende Übertragung. Bei der Spiegelübertragung erwartet der Patient vom Therapeuten eine bestätigende, validierende Reaktion, die Kohut mit dem „Glanz in den Augen der Mutter“ als

Reaktion auf den der jeweiligen Entwicklungsphase entsprechenden Exhibitionismus des Kleinkindes – was er als *grandios-exhibitionistisches Selbst* bezeichnete – in Verbindung brachte. Solche zustimmenden Reaktionen sind laut Kohut insofern entscheidend für eine normale Entwicklung, als sie dem Kind ein Selbstwertgefühl vermitteln. Wenn eine Mutter das Bedürfnis ihres Kindes nach dieser Spiegelreaktion nicht nachempfinden kann, kann das Kind das Gefühl der Ganzheit und seine Selbstachtung nur schwer bewahren. Als Reaktion auf diese fehlende Empathie zerbricht das Selbstempfinden des Kindes, und es versucht verzweifelt, perfekt zu sein und dem Elternteil etwas „vorzuführen“, um die ersehnte Bestätigung zu erhalten. Diese Form der „Angeberei“ ist eine weitere Manifestation des grandios-exhibitionistischen Selbst (Baker und Baker 1987). Die Spiegelübertragung bei Erwachsenen, die sich in Behandlung begeben, sieht genauso aus. Der erwachsene Patient, der verzweifelt versucht, Zustimmung und Bewunderung zu ernten, indem er seinem Therapeuten etwas „vorführt“, entwickelt möglicherweise eine Spiegelübertragung.

Die idealisierende Übertragung bezieht sich, wie ihr Name sagt, auf eine Situation, in der der Patient den Therapeuten als allmächtigen Elternteil wahrnimmt, dessen Anwesenheit tröstet und heilt. Der Wunsch, sich im Ruhm des idealisierten Therapeuten zu sonnen, ist eine Manifestation seiner Übertragung. Ebenso wie die fehlende Empathie einer Mutter, die keine Spiegelreaktionen auf das grandios-exhibitionistische Selbst ihres Kindes zeigt, das Kind traumatisieren kann, kann dasselbe Kind auch durch eine Mutter traumatisiert werden, die das Bedürfnis des Kindes, sie zu idealisieren, nicht nachempfinden kann oder kein der Idealisierung wertiges Vorbild abgibt.

In beiden Fällen hat der erwachsene Patient, in dessen Beziehung zu seinen Eltern solche frühen Störungen aufgetreten sind und der eine Veranlagung zu solchen Übertragungen hat, mit einem fehlerhaften oder unzulänglichen Selbst – dessen Entwicklung in einem Stadium zum Stillstand gekommen ist, indem es sehr anfällig für Fragmentierung ist – zu kämpfen. Kohut war der Ansicht, das Strukturmodell des Konflikts in der Ich-Psychologie reiche nicht aus, um diese narzisstischen Bedürfnisse nach Spiegelung und Idealisierung zu erklären. Außerdem hatte er einen moralisierenden und pejorativen Unterton bei den Analytikern bemerkt, die mit der klassischen Auffassung an den Narzissmus herangingen. Er war überzeugt davon, dass die Anwendung von Freuds Modell (1914/1963), laut welchem der Übergang vom primären Narzissmus zur Objektliebe ein Teil des normalen Reifungsprozesses ist, viel Schaden angerichtet habe. Aus Freuds Auffassung folgte, dass der Mensch aus den narzisstischen Bestrebungen „herauswachsen“ und sich stärker um die Bedürfnisse anderer kümmern sollte.

Kohut empfand das als scheinheilig. Er behauptete, narzisstische Bedürfnisse bestünden ein Leben lang und ihre Entwicklung verlaufe parallel zu der im Bereich der Objektliebe. Er stellte eine *Zwei-Achsen-Theorie* auf (siehe

Abbildung 2–5), laut welcher *sowohl* im Bereich des Narzissmus als auch im Bereich der Objektliebe eine fortlaufende Entwicklung stattfindet (Ornstein 1974). Im Zuge ihrer Reifung versuchen Kleinkinder, die verloren gegangene Perfektion der frühen Bindung zwischen Mutter und Kind durch eine von zwei möglichen Strategien zu erreichen – das grandiose Selbst, bei dem die Perfektion in der eigenen Person erreicht wird, oder das idealisierte Elternbild, bei dem sie dem Elternteil zugewiesen wird. Diese beiden Pole bilden das *bipolare Selbst*. In seinem letzten (posthum veröffentlichten) Buch erweiterte Kohut (1984) dieses Konzept zu einem *tripolaren Selbst*, indem er es um den dritten Pol der Selbstobjektbedürfnisse, *Zwilling* oder *Alter Ego*, erweiterte. Dieser Aspekt des Selbst äußert sich in der Übertragung als das Bedürfnis, so zu sein wie der Therapeut. Es hat seinen Ursprung in dem Wunsch nach Verschmelzung, der im Laufe der Entwicklung schrittweise in nachahmendes Verhalten umgewandelt wird. So spielt ein kleiner Junge beispielsweise Rasenmähen, wenn sein Vater gerade das Gras schneidet. Dieser dritte Pol des Selbst hat im Vergleich zu den anderen beiden eine geringe klinische Bedeutung und wird bei der Besprechung der Selbstobjektübertragungen oft nicht berücksichtigt. Wenn die Eltern regelmäßig nicht auf diese Strategien reagieren, bleibt die Entwicklung stehen. Bei adäquatem Verhalten der Eltern hingegen wird das grandiose Selbst in gesunde Ambitionen umgewandelt, und das idealisierte Elternbild wird in Form von Idealen und Werten verinnerlicht (Kohut 1971). Deshalb können Therapeuten ruhig Empathie für die narzisstischen Bedürfnisse ihrer Patienten zeigen, statt sie als egozentrisch und unreif zu verachten. Während die klassische Theorie der Ich-Psychologie den Patienten als eine Person mit infantilen Wünschen betrachtet, die aufgegeben werden müssen, begriff Kohut ihn als jemanden, der *Bedürfnisse* hat, die es zu verstehen und bei der Behandlung teilweise zu befriedigen gilt (Eagle 1990). In seinem ersten Buch meinte Kohut, dies gelte in erster Linie für die narzisstische Charakterpathologie. Bis zur Veröffentlichung seines letzten Buches hatte er den Geltungsbereich der Selbstpsychologie dann wesentlich erweitert:

Die Selbstpsychologie versucht nun zu zeigen ..., dass alle Formen der Psychopathologie entweder auf Defekten in der Struktur des Selbst, auf Entstellungen des Selbst oder auf Schwächen des Selbst basieren. Sie versucht außerdem zu zeigen, dass all diese Makel des Selbst aus Störungen von Selbstobjektbeziehungen in der Kindheit resultieren. (Kohut 1984, S. 53)

Der Begriff Selbstobjekt ist zu einem Oberbegriff geworden, der die Rolle beschreibt, die andere Menschen hinsichtlich der Spiegelungs-, Idealisierungs- und Zwillingsbedürfnisse des Selbst spielen. Aus der Sicht des Wachstums und der Entwicklung des Selbst sind andere keine gesonderten Personen, sondern Objekte, die diese Bedürfnisse des Selbst befriedigen. Somit kann man Selbstobjekte gewissermaßen eher als Funktionen (z. B. als tröstende oder

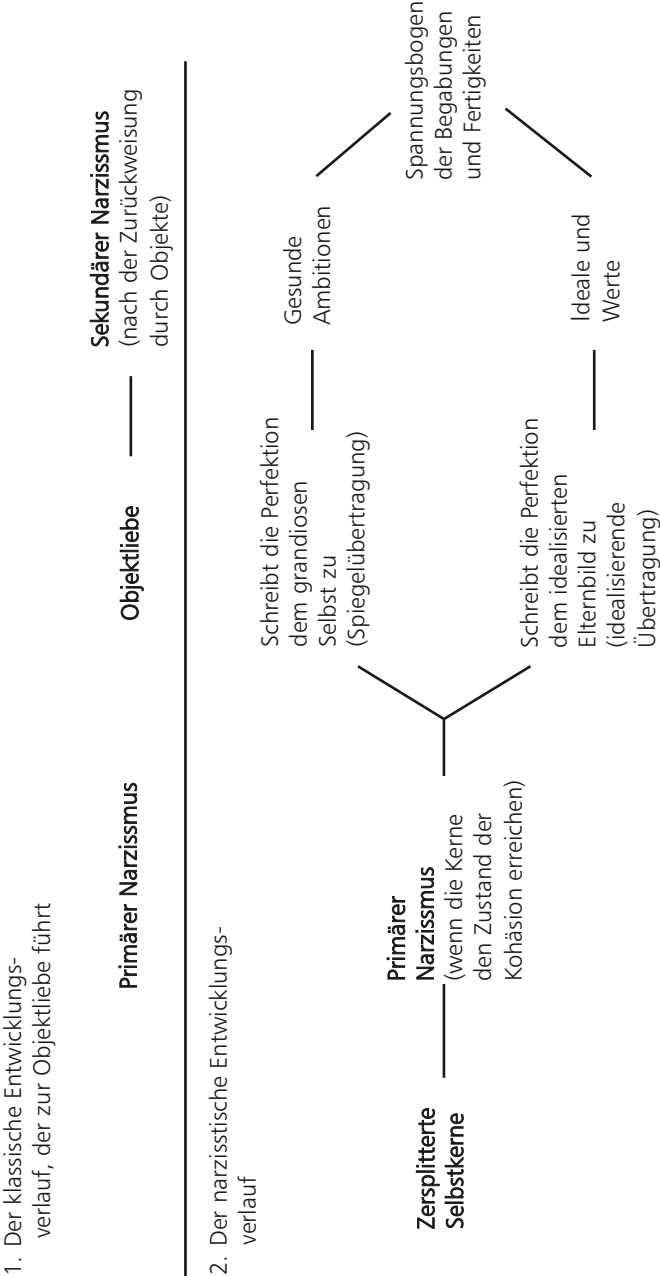


ABBILDUNG 2-5: KOHUTS (1971) ZWEI-ACHSEN-THEORIE

validierende) betrachten denn als Menschen. Laut Kohut wächst der Mensch niemals aus dem Bedürfnis nach Selbstobjekten heraus, es bleibt ein Leben lang bestehen – wir brauchen Selbstobjekte in unserem Umfeld, um emotional zu überleben, ebenso wie wir den Sauerstoff in der Atmosphäre für unser körperliches Überleben benötigen (Kohut 1984).

Eine Implikation von Kohuts letzter theoretischer Aussage ist, dass die psychologische Trennung ein Mythos ist. Die Selbstpsychologie betrachtet die Trennung des Selbst vom Selbstobjekt als unmöglich. Wir alle brauchen ein Leben lang bekräftigende, empathische Reaktionen von anderen, um unser Selbstwertgefühl aufrechtzuerhalten. Durch Reifung und Wachstum entwickeln wir statt des Bedürfnisses nach archaischen Selbstobjekten die Fähigkeit, reifere und angemessenere Selbstobjekte einzusetzen. Das Ziel der Behandlung in klinischen Situationen besteht darin, das geschwächte Selbst zu stärken, damit es nicht optimale Selbstobjekterfahrungen ohne einen größeren Verlust der Selbstkohäsion ertragen kann (Wolf 1988).

Kohut hat sich stets gegen eine einfache Definition des Selbst gewehrt, da es seiner Meinung nach eine so umfassende Struktur ist, dass es sich einer knappen Definition entzieht. Dennoch hatte sich seine Auffassung über das Selbst bis zu seinem Tod im Jahr 1981 eindeutig von der einer Selbstrepräsentanz zu der „eines übergeordneten Selbst als primäre psychische Konstellation, des Zentrums der Erfahrung und der Initiative und der wichtigsten Motivationsinstanz“ (Curtis 1985, S. 343) entwickelt. Weitere Implikationen sind unter anderem eine umfassende Deakzentuierung des Ich und der Unbeständigkeit der Triebe und Abwehrmechanismen, eine größere Betonung der bewussten subjektiven Erfahrung und die Konzeptualisierung der Aggression als sekundär im Vergleich zum Versagen von Selbstobjekten (z. B. narzisstische Wut) und nicht als primärer oder angeborener Trieb. In diesem Begriffssystem werden Abwehrmechanismen und Widerstände, oder „Abwehrwiderstände“, wie Kohut (1984) sie schließlich nannte, völlig anders bewertet: „Ich persönlich bevorzuge es, von der ‚Defensivität‘ der Patienten zu sprechen – und ihre defensiven Einstellungen als in adaptiver und psychologischer Hinsicht wertvoll zu betrachten – und nicht von ihren ‚Widerständen‘“ (S. 114). Sie sind eindeutig wertvoll und adaptiv, da sie die Integrität des Selbst bewahren.

Im Gegensatz zu den Ich-Psychologen schrieb Kohut dem Ödipuskomplex sekundäre Bedeutung zu. Seiner Ansicht nach sind ödipale Komplexe im Zusammenhang mit Sexualität und Aggression lediglich „Folgeschäden“ von in einem früheren Stadium der Entwicklung eingetretenen Versagen in der Selbst-Selbstobjekt-Matrix. Wenn eine Mutter die Selbstobjektbedürfnisse ihres Kindes angemessen erfüllt, kann das Kind den Ödipuskomplex überstehen, ohne Symptome zu entwickeln. Die grundlegende Angst ist laut der Selbstpsychologie die „Desintegrationsangst“, die Befürchtung, das Selbst könne als Reaktion auf unangemessene Selbstobjektreaktionen zerfallen, was

dazu führen würde, dass man einen nichtmenschlichen Zustand des psychologischen Todes erlebt (Baker und Baker 1987). Nach Ansicht der Selbstpsychologie entstehen die meisten Formen symptomatischen Verhaltens (z. B. Drogenmissbrauch, Promiskuität, sexuelle Perversionen, Selbstverstümmelung, Purgieren) nicht infolge von mit Kastrationsangst verbundenen neurotischen Konflikten. Vielmehr handelt es sich um „Notfallmaßnahmen zur Aufrechterhaltung und/oder Wiederherstellung der inneren Kohäsion und Harmonie eines verletzlichen, ungesunden Selbst“ (Baker und Baker 1987, S. 5). Diese Zersplitterungen des Selbst treten auf einer Skala auf, die von leichter Besorgnis oder Angst bis zu schwerer Panik darüber, dass man völlig auseinanderfällt, reicht (Wolf 1988).

Die Betonung des Versagens der Betreuerfiguren und die daraus resultierenden Defizite des Selbst in der Selbstpsychologie stehen im Einklang mit den britischen Objektbeziehungstheorien. In selbstpsychologischen Schriften klingen Winnicotts ausreichend gute Mutter und Balints Grundstörung an. Obwohl Kohut die Beiträge dieser Wissenschaftler nicht anerkennt, ist ihr Einfluss unverkennbar. Allerdings haben die Vertreter der Objektbeziehungstheorie den Begriff des Selbst nicht in dem Maße ausgearbeitet wie Kohut, vielleicht weil sie an einem Modell der Reifung festhielten, das ein moralisierendes Element enthält, auf welches Kohut verzichtet hat (Bacal 1987). Kohut hat außerdem wesentlich dazu beigetragen, dass die Bedeutung des Selbstwertgefühls in der Pathogenese psychiatrischer Störungen erkannt wurde.

## Beiträge nach Kohut

Nach Kohuts Tod arbeitete eine neue Generation von Selbstpsychologen Teile seiner Theorie aus und erweiterte sie. Wolf (1988) identifizierte zwei weitere Selbstobjektübertragungen. Bei der *gegensätzlichen Selbstobjektübertragung* erlebt der Patient den Analytiker als wohlwollend opponierende Person, die dabei doch eine gewisse unterstützende Haltung zeigt. Der Analytiker wird außerdem als jemand wahrgenommen, der den Patienten zu einer gewissen Autonomie des Selbst ermutigt, indem er das Bedürfnis des Patienten nach Antagonismus akzeptiert. Die andere Selbstobjektübertragung, die Wolf beobachtet hat, ist mit der Spiegelübertragung verwandt, da sie aber eine Motivation zur Beherrschung enthält, unterscheidet sie sich in ausreichendem Maße von dieser, um eine eigene Kategorie zu bilden. Sie wird als *wirksame Selbstobjektübertragung* bezeichnet und bedeutet, dass der Patient den Analytiker als jemanden erlebt, der zulässt, dass der Patient beim Analysten das erforderliche Selbstobjektverhalten auslöst.

Andere von der Selbstpsychologie beeinflusste Analytiker sind davon überzeugt, dass Informationen außerhalb der empathisch-introspektiven Art



der Wahrnehmung in die Wissensdatenbank des Analytikers integriert werden müssen. Lichtenberg (1998; Lichtenberg und Hadley 1989) erachtet die Kenntnis von „Modellszenen“, die Prototypen der Erfahrungen des Kindes- und des Kleinkindalters darstellen, für äußerst relevant für die Rekonstruktion und das Verständnis der frühen Erfahrungen des Patienten. Er ist der Ansicht, es müssen fünf verschiedene Motivationssysteme berücksichtigt werden, um die Kräfte, die im Patienten wirken, vollständig verstehen zu können. Jedes dieser Systeme basiere auf angeborenen Bedürfnissen und den entsprechenden Reaktionsmustern. Das erste System entsteht als Reaktion auf das Bedürfnis nach Bindung und Zugehörigkeit. Das zweite betrifft Reaktionen auf das Bedürfnis nach psychischer Steuerung und physiologischen Anforderungen. Das dritte System entwickelt sich als Reaktion auf das Bedürfnis nach Behauptung und Erkundung. Das vierte ist die Reaktion auf das Bedürfnis, auf aversive Erfahrungen mit Rückzug und/oder Antagonismus zu reagieren. Das fünfte System betrifft Reaktionen auf das Bedürfnis nach sinnlichem Genuss und, letztendlich, sexueller Erregung. Diese Systeme stehen in einem dialektischen Spannungsverhältnis zueinander und unterliegen einer ständigen Neuordnung ihrer Hierarchie. Alle fünf Systeme können sich nur bei wechselseitigen Reaktionen der Betreuer entwickeln. Lichtenberg hatte Vorbehalte gegenüber Kohuts Theorie, weil sexueller und nicht sexueller Genuss darin eine relativ periphere Stellung einnehmen.

Bacal und Newman (1990) versuchten, die Selbstpsychologie und die Objektbeziehungstheorie zu integrieren. Sie argumentierten, Selbstpsychologie könne als eine Variante der Objektbeziehungstheorie betrachtet werden und Kohut habe es versäumt, den Einfluss der Britischen Schule der Objektbeziehung auf seine Vorstellungen einzuräumen. Bacal und Newman betonten, dass das Selbst in Verbindung mit seinem Objekt und nicht in isolierter Form die eigentliche Grundeinheit der Selbstpsychologie ist.

Andere Revisionisten haben die von Kohut befürwortete Art des therapeutischen Handelns infrage gestellt, die in einer optimalen Nichterfüllung der Bedürfnisse des Patienten im Kontext des empathischen Verständnisses besteht. Obwohl Kohut wiederholt betont hat, seine Technik sei im Wesentlichen eine erklärende, haben Beobachter (z. B. Siegel 1996) darauf hingewiesen, dass sein Ansatz ein anderer sei als die von Freud empfohlene Frustration. In seinem Buch erkannte Kohut die Bedeutung der korrektiven emotionalen Erfahrung an. Dennoch stand Bacal (1985) Kohuts Konzept der optimalen Nichterfüllung kritisch gegenüber und erklärte, eine „optimale Reaktivität“ sei im analytischen Prozess ebenso wichtig. Lindon (1994) hatte ähnliche Bedenken und schlug vor, zur Bezeichnung des Problems der übermäßigen Zurückhaltung des Analytikers den Begriff *optimale Versorgung* zu verwenden. Allerdings war er nicht der Ansicht, diese Art der Versorgung habe eine heilende Wirkung. Vielmehr bezeichnete die Versorgung nach seinem Konzept das Schaffen einer Atmosphäre, die die Erforschung des Unbewussten

des Patienten erleichtert und nicht zwangsläufig zur Behebung von Entwicklungsdefiziten führt. Er forderte, die Versorgung solle der Förderung der analytischen Arbeit dienen und nicht den Analyseprozess gefährden.

## Überlegungen zur Entwicklung

---

Bis zu einem gewissen Grad basieren alle psychoanalytischen Theorien auf dem Konzept der Entwicklung. Ebenso wie sich die Theorie der Psychoanalyse nach der Schwerpunktlegung auf Triebe, Abwehrmechanismen und intrapsychische Konflikte zwischen den Instanzen den Fragen des Selbst, des Objekts und der Beziehungen zugewandt hat, hat sich auch die Entwicklungsforschung in dieselbe Richtung entwickelt. Bei den frühen Theorien zur Entwicklung im Zusammenhang mit der Ich-Psychologie standen die libidinösen Zonen im Mittelpunkt, und sie basierten zum großen Teil auf Rekonstruktionen der frühen Entwicklung anhand der psychoanalytischen Arbeit mit Erwachsenen. Erikson (1959) versuchte, Hartmann folgend, den Konflikt zwischen den Instanzen in den breiteren Kontext der Ich-Psychologie einzugliedern. Er konzentrierte sich auf psychosoziale Probleme aus der Umwelt, die es ihm ermöglichten, ein epigenetisches Entwicklungsschema zu entwickeln, in dem jede Phase durch eine psychosoziale Krise gekennzeichnet war. So hat das Kind beispielsweise in der oralen Phase mit dem Gegensatz zwischen Grundvertrauen und grundlegendem Misstrauen zu kämpfen. Die Krise der analen Phase betrifft den Gegensatz zwischen Autonomie auf der einen und Scham und Zweifel auf der anderen Seite. In der phallisch-ödipalen Phase ist das Kind zwischen Initiative und Schuldgefühlen hin und her gerissen.

Die ödipale Phase der Entwicklung beginnt etwa im Alter von 3 Jahren und beinhaltet eine intensivere Beschäftigung mit den Genitalien als Quelle der Freude. Mit diesem Interesse geht der Wunsch einher, das ausschließliche Objekt der Liebe des andersgeschlechtlichen Elternteils zu sein. Zugleich aber wandelt sich das dyadische oder Mutter-Kind-Bezugssystem zu einem triadischen und dem Kind wird bewusst, dass es hinsichtlich der Zuneigung des andersgeschlechtlichen Elternteils einen Rivalen hat.

Bei einem männlichen Kind ist das erste Objekt der Liebe die Mutter, ohne dass hierfür eine Verlagerung der Zuneigung erforderlich wäre. Es möchte mit ihr schlafen, sie lieblosen und im Mittelpunkt ihrer Welt stehen. Da der Vater diese Pläne durchkreuzt, entwickelt das Kind Mordgelüste ihm gegenüber. Diese Wünsche führen zu Schuldgefühlen, Angst vor Vergeltung seitens des Vaters und einem Gefühl der Angst wegen dieser drohenden Vergeltung. Freud hat wiederholt beobachtet, dass die Angst des männlichen Kindes in dieser Entwicklungsphase in erster Linie daher rührt, dass es Vergeltung in Form der Kastration fürchtet. Um dieser Bestrafung zu entgehen, verzichtet der Junge

auf seine sexuellen Bemühungen um die Mutter und identifiziert sich mit dem Vater. Diese Identifizierung mit dem Aggressor bringt die Entscheidung mit sich, nach einer Frau zu suchen, die *wie* die Mutter ist, damit der Junge *wie* der Vater sein kann. Im Zuge dieser ödipalen Lösung wird der vergeltende Vater gegen Ende des fünften oder sechsten Lebensjahres verinnerlicht und bildet dann das Über-Ich, das Freud als Erben des Ödipuskomplexes betrachtete. Die neuere Forschung zur ödipalen Phase der Entwicklung hat geklärt, dass auch eine libidinöse Sehnsucht nach dem *gleichgeschlechtlichen* Elternteil besteht, begleitet von dem Wunsch, den *andersgeschlechtlichen* Elternteil loszuwerden. Diese Ansicht wird oft als negativer Ödipuskomplex bezeichnet.

Die Erklärung der ödipalen Entwicklung von Mädchen bereitete Freud größere Schwierigkeiten. In einer Reihe von Abhandlungen (Freud 1925/1961, 1931/1961, 1933/1964) gestand er schlicht und einfach seine Verwirrung angesichts der weiblichen Psychologie ein, bemühte sich jedoch, die weibliche Entwicklung zu skizzieren. Eine Art, mit dieser Schwierigkeit umzugehen, bestand darin, dass er annahm, die Entwicklung der Frau verlaufe im Wesentlichen analog zu der des Mannes. Nach Freuds Ansicht wird der Ödipuskomplex bei Jungen durch den Kastrationskomplex aufgelöst, bei Mädchen dagegen durch das Bewusstsein der „Kastration“ *ausgelöst*. In der präödipalen Phase fühlt sich ein kleines Mädchen, so Freud, im Wesentlichen wie ein Junge, bis es entdeckt, dass er einen Penis hat. Von da an fühlt es sich minderwertig und leidet unter Penisneid. Da es gewöhnlich der Mutter die Schuld für seine Minderwertigkeit gibt, wendet es sich dem Vater als Liebesobjekt zu. Der Wunsch nach einem Kind vom Vater ersetzt den Wunsch nach einem Penis. Freud vertrat die Ansicht, nach der Entdeckung der „genitalen Minderwertigkeit“ stünden dem weiblichen Kind drei Wege offen: 1. Einstellung jeglicher Sexualität (d. h. Neurose), 2. herausfordernde Übermännlichkeit oder 3. entschiedene Weiblichkeit, die mit dem Verzicht auf die klitorale Sexualität einhergeht. Für die normale Auflösung des Ödipuskomplexes wurde der Verlust der Liebe und nicht die Angst vor Kastration durch den Vater als entscheidender Faktor angesehen.

Neuere psychoanalytische Autoren haben Freuds Konzept der weiblichen Entwicklung ernsthaft infrage gestellt. Stoller (1976) teilte Freuds Auffassung, die Entwicklung der Weiblichkeit sei das Ergebnis von sexueller Differenzierung, Penisneid und unbewussten Konflikten, nicht. Er war der Ansicht, Weiblichkeit sei ein angeborenes Potenzial, und ein Zusammentreffen der Zuweisung des Geschlechts bei der Geburt, die Einstellung der Eltern und das Lernen vom Umfeld bildeten einen komplexen Kern, um den sich schließlich ein reifes Bewusstsein der Weiblichkeit herausbildet. Er nannte diesen ersten Schritt *primäre Weiblichkeit*, weil er ihn nicht als Ergebnis eines Konflikts betrachtete. Tyson (1996) betonte, reife Weiblichkeit beginne mit primärer Weiblichkeit, die Lösung von Konflikten sowie die Identifizierungen mit beiden Elternteilen bestimmten jedoch die endgültige Form.

Stoller war zusammen mit anderen Autoren wie Lerner (1980) und Torok (1970) der Meinung, Penisneid sei nur ein Aspekt der Herausbildung der Weiblichkeit und nicht ihr Ursprung. In der modernen feministischen Theorie der Psychoanalyse wird betont, dass es nachteilige Implikationen für die Therapie hat, wenn man Penisneid als „Grundstein“-Phänomen betrachtet (Freud 1937/1964), das sich der weiteren Analyse und einem weiteren Verständnis entzieht. Eine Gefahr hinsichtlich der „Grundstein“-Anschauung besteht darin, dass sie zu dem verfehlten Versuch des Therapeuten führen kann, weibliche Patienten zu ermutigen, sich als minderwertige Form des Mannes zu betrachten. Frenkel (1996) betonte, dass weibliche Patienten, im Gegensatz zu Freuds Auffassung, nicht allgemein das Gefühl hätten, ihre Genitalien oder ihre sexuelle Erregung seien unangemessen, und dass die Klitoris, die nicht im Geringsten als minderwertiges Organ betrachtet wird, schon im Alter von 4 bis 6 Jahren der Ort der Auslösung starker Befriedigung und gelegentlicher Orgasmen ist. Das vaginale Bewusstsein ist in diesem Alter weniger ausgeprägt. Heute wird hinsichtlich der Entwicklung des Geschlechts der Einfluss von Kultur, Objektbeziehungen und Identifizierungen mit den Eltern betont, statt sie ausschließlich an anatomischen Unterschieden festzumachen (Benjamin 1990; Chodorow 1996).

Die Entwicklung endet nicht mit der Auflösung des Ödipuskomplexes. Die Abwehrkonstellationen ändern sich jeweils mit der nächsten Phase – Latenzzeit, Adoleszenz, junges Erwachsenenalter und Alter. Vaillant (1976) hat sogar eine Ablösung unreifer Abwehrmechanismen durch reifere wie Altruismus und Sublimierung während des Erwachsenenalters dokumentiert, was darauf schließen lässt, dass die Persönlichkeit tatsächlich ein Leben lang dynamisch und formbar ist.

## Mahler

In den 1970er Jahren ist in der Psychoanalyse eine stärker auf empirischen Erkenntnissen basierende Theorie aufgekommen. Die auf der Beobachtung von Säuglingen basierenden Studien von Margaret Mahler und ihren Kollegen (1975) gehörten zu den ersten dieser Art und werden häufig als Verbindungsglied zwischen der Ich-Psychologie und der Objektbeziehungstheorie betrachtet. Mahler und ihre Gruppe konnten durch die Beobachtung normaler und nicht normaler Mutter-Kind-Paare drei große Phasen der Entwicklung von Objektbeziehungen identifizieren.

Die ersten beiden Lebensmonate stellen eine *autistische* Phase dar, in der der Säugling vor allem mit sich selbst und mit dem Überleben und nicht mit der Bezogenheit beschäftigt zu sein scheint. Der Zeitraum von 2 bis 6 Monaten, *Symbiose* genannt, beginnt mit der Lächelreaktion des Säuglings und der visuellen Fähigkeit, dem Gesicht der Mutter zu folgen. Obwohl das Kind die

Mutter vage als separates Objekt wahrnimmt, ist seine primäre Erfahrung der Mutter-Kind-Dyade die einer dualen Einheit und nicht zweier separater Individuen.

Die dritte Phase der *Separation-Individuation* besteht aus vier Unterphasen. Im Alter von 6 bis 10 Monaten, in der ersten Unterphase der *Differenzierung*, wird dem Kind bewusst, dass die Mutter ein separates Individuum ist. Dieses Bewusstsein kann dazu führen, dass das Kind ein Übergangsobjekt (Winnicott 1953/1971) wie eine Decke oder einen Schnuller braucht, um damit fertig zu werden, dass die Mutter nicht immer verfügbar ist. Die nächste Unterphase, im Alter von 10 bis 16 Monaten, ist die des *Übens*. Dank der in diesem Alter entdeckten lokomotorischen Fertigkeiten wollen Kleinkinder die Welt alleine erkunden, auch wenn sie oft zu ihrer Mutter zurückkehren, um „aufzutanken“. Die dritte Unterphase der *Annäherung* ist durch ein stärkeres Bewusstsein der Trennung von der Mutter gekennzeichnet und tritt im Alter von 16 bis 24 Monaten ein. Dieses Bewusstsein geht mit einer erhöhten Empfindlichkeit gegenüber der Trennung von der Mutter einher.

Die vierte und letzte Phase, eine Unterphase der Separation-Individuation, zeichnet sich durch die Konsolidierung der Individualität und die Anfänge der Objektkonstanz aus. Die Errungenschaft dieser Phase, die etwa auf das Ende des dritten Lebensjahres fällt, ist die Integration zersplitterter Bilder von der Mutter zu einem einheitlichen Objekt, das als emotional beruhigende innere Präsenz verinnerlicht werden kann, die dem Kind hilft, wenn die Mutter nicht anwesend ist. Diese Leistung entspricht Kleins depressiver Position und ist der Wegbereiter für die ödipale Phase.

## Stern und Nachfolger

Wie bereits erwähnt, stellte Kohuts Ansicht die Schwerpunktlegung Mahlers auf die Separation-Individuation infrage, da er davon ausging, eine gewisse Selbstobjektreaktion von anderen Individuen sei ein Leben lang unentbehrlich. Außerdem stellte die Forschungsarbeit von Daniel Stern (1985, 1989), der Kleinkinder beobachtete, die Ansicht infrage, laut welcher Kinder in einem Zustand autistischer Ichbezogenheit zur Welt kommen. Sterns Arbeit hat gezeigt, dass der Säugling die Mutter oder den Betreuer wahrscheinlich vom ersten Tag an wahrnimmt. Im Einklang mit Kohuts Vorstellung stellte Stern fest, dass bestätigende und validierende Reaktionen der Mutterfigur für die Entwicklung des Selbstempfindens des Kindes unerlässlich sind. Er betonte außerdem, dass der Säugling als Reaktion darauf, dass sich der Betreuer auf ihn einstellt, ein Selbstempfinden-mit-dem-anderen entwickelt. Anders als Klein, schrieb Stern der Fantasie nur eine minimale Bedeutung zu und war der Meinung, der Säugling erlebe vor allem die Realität. Er kam zu dem Schluss, dass Kinder gute Beobachter der Realität sind und sich erst im späten

Kleinkindalter der Fantasie und der Verzerrung bedienen, um ihre Wahrnehmungen zu ändern.

Stern unterschied fünf verschiedene Arten des Selbstempfindens. Er betrachtete sie nicht als Phasen, die von darauffolgenden und reiferen Entwicklungsabschnitten abgelöst werden, sondern als verschiedene Bereiche der Selbsterfahrung (sich entfaltendes oder „Körper“-Selbst, Kern-Selbst, subjektives Selbst, verbales oder kategorisches Selbst und narratives Selbst), die alle ein Leben lang bestehen bleiben und in Abstimmung mit den übrigen wirken. Von der Geburt bis zum Alter von 2 Monaten erscheint das *sich entfaltende Selbst*, das vor allem ein physiologisch ausgerichtetes Körper-Selbst ist. Im Alter von 2 bis 6 Monaten entsteht ein *Kern-Selbst*, das eine stärkere zwischenmenschliche Bezogenheit mit sich bringt. Das Empfinden des *subjektiven Selbst* tritt im Alter zwischen 7 und 9 Monaten auf und ist ein wichtiges Ereignis, weil es die Abstimmung der intrapsychischen Zustände zwischen Säugling und Mutter betrifft. Im Alter zwischen 15 und 18 Monaten, gleichzeitig mit der Entwicklung der Fähigkeit zum symbolischen Denken und der verbalen Kommunikation, entsteht das *verbale* oder *kategorische* Selbstempfinden. Das *narrative* Selbstempfinden erscheint im Alter zwischen 3 und 5 Jahren. Stern war der Überzeugung, diese historische Sicht des Selbst trete zutage, wenn Patienten in analytischen Situationen ihre Lebensgeschichte erzählen.

Stern (2004) betont in seinem gesamten Werk, die menschliche Existenz sei grundsätzlich eine soziale Existenz. Wir gehen aus einer „intersubjektiven Matrix“ hervor, die das Ergebnis einer feinen affektiven Abstimmung seitens der Mütter und Betreuer ist. Stern sieht diese gegenseitige Verbindung ähnlich wie Kohut, denn er ist der Ansicht, Reaktionen von anderen Menschen seien wie Sauerstoff. Er formuliert das so: „Wir brauchen die Augen anderer, um uns selbst zu formen und zusammenzuhalten“ (Stern 2004, S. 107). Er ist überzeugt davon, dass der Wunsch, intersubjektive Beziehungen einzugehen, ein ebenso starkes Motivationssystem ist wie die biologischen Triebe.

Die Vorstellung, dass die Entwicklung in der Form Selbst – andere erfolgt, ist in weiteren Forschungen zur Entwicklung hinreichend belegt worden (Beebe et al. 1997; Fogel 1992). In Übereinstimmung mit Kohuts und Winnicotts theoretischen Ansichten zeichnet sich eine Sicht der Kommunikation zwischen Mutter und Kind als dyadisches System ab, das zur Verinnerlichung des Selbst-in-Beziehung-zu-einem-Objekt führt. Mit anderen Worten wird, wie Fairbairn betont hat, im Zuge der Entwicklung nicht ein Objekt, sondern eine Objektbeziehung verinnerlicht. Das Kleinkind repräsentiert einen interaktiven Prozess, der eine Abfolge von Bewegungen, die ein Muster aufweisen, die Regeln der Steuerung dieser Bewegungen und die Konsequenzen der Selbstregulierung für das Kind umfasst (Beebe et al. 1997). Im Einklang mit den postmodernen Auffassungen deutet die Entwicklungsforschung darauf hin, dass alle persönlichen Interaktionen gemeinsam konstruiert oder bidirektional

gesteuert werden (Fogel 1992).

Posner und Rothbart (2000) untersuchten die Aktivationsregulierung und stellten fest, dass die frühe Interaktion zwischen Eltern und Kind entscheidend für die Spannungsregulierung beim Kleinkind ist. Meins et al. (2001) untersuchten, wie Mütter mit ihren 6 Monate alten Kindern sprechen. Sie kamen zu dem Schluss, dass die Herausbildung des Selbst gefördert wird, wenn sie Bemerkungen über den mentalen Zustand des Kindes machen und es als Individuum behandeln. Somit bestätigen diese Entwicklungsstudien die Bedeutung der Empathie der Eltern für die Entwicklung des Selbst des Kindes.

Forschungen zur neuralen Grundlage der Empathie unterstreichen die Bedeutung dessen, dass sich ein Betreuer oder Elternteil genau auf das Kind einstellt, für die Entwicklung des Kindes. Empathie setzt die Fähigkeit voraus, die Gefühle eines anderen Menschen auf das eigene Nervensystem zu übertragen (Leslie et al. 2004). Spiegelneuronen, die zuerst bei Affen entdeckt wurden, wo sich herausstellte, dass sie die ungewöhnliche Eigenschaft haben, sowohl während der Ausführung einer Handlung als auch während der Beobachtung anderer bei der Ausführung derselben Handlung zu reagieren, könnten von entscheidender Bedeutung sein. Diese Neuronen im prämotorischen Kortex reagieren, wenn ein Primat bestimmte Handbewegungen eines anderen Primaten oder eines Menschen beobachtet und wenn das Tier dieselben Bewegungen ausführt. Mit anderen Worten, sie verschlüsseln objektbezogene Handlungen, ungeachtet dessen, ob diese ausgeführt oder beobachtet werden. Diese Gruppe der Neuronen im ventralen prämotorischen Kortex wird aktiviert, wenn ein Handelnder dabei beobachtet wird, wie er zielbewusst Handlungen an Objekten vornimmt. Fogassi und Gallese (2002) legten nahe, dass Spiegelneuronen bei der Erkennung von Zielen und somit bei der Erkennung dessen, was in einem anderen Menschen vorgeht, eine Rolle spielen könnten. Untersuchungen mit funktionalen bildgebenden Verfahren deuten darauf hin, dass das Spiegelungssystem der rechten Gehirnhälfte entscheidend für die Verarbeitung der Gefühle anderer sein könnte (Leslie et al. 2004). In der Literatur zur Entwicklung zeichnet sich eine zunehmende Übereinstimmung darüber ab, dass die frühen Erfahrungen bezüglich der Reaktionen von Eltern oder Betreuern anfangs die Affekte regulieren und schließlich zu inneren Arbeitsmodellen oder Repräsentanzen der Beziehung führen, die die inneren Regulationsfunktionen ausführen (Hofer 2004). Es wird angenommen, dass die rechte orbitofrontale Region für die Entstehung verinnerlichter Repräsentanzen von Beziehungen unentbehrlich ist, die schließlich als biologische Regulatoren wirken (Schore 1997).

Wie in Kapitel 1 festgestellt, ist Entwicklung im Allgemeinen das Ergebnis des Zusammenwirkens von genetischer Veranlagung und Umwelteinflüssen. Viele psychoanalytische Entwicklungstheorien vernachlässigen die genetischen Faktoren, und eine moderne Theorie muss pures psychoanalytisches Theoretisieren durch die Erkenntnisse der Forschungen zur Interaktion

zwischen Genen und Umwelt ergänzen. Reiss et al. (2000) beispielsweise betonten, dass die genetischen Merkmale des Kindes bestimmte Reaktionen bei den Eltern auslösen, die wiederum Einfluss darauf haben, welche Gene ausgedrückt und welche unterdrückt werden.

## Bindungstheorie

---

Die vierte Theorie, die für die dynamische Psychiatrie von Bedeutung ist, ist die auf empirischen Forschungen basierende Bindungstheorie. Obwohl John Bowlbys bedeutende Arbeiten zu diesem Thema (1969, 1973, 1980) schon vor einiger Zeit entstanden sind, findet die Bindungstheorie in der Psychoanalyse erst seit Kurzem größere Beachtung. Die Bindung ist eine biologische Verbindung zwischen Kind und Betreuer, die dazu dient, die Sicherheit und das Überleben des Kindes zu gewährleisten. Im Gegensatz zur Objektbeziehungstheorie behauptet die Bindungstheorie, dass das Ziel des Kindes nicht darin besteht, ein Objekt zu suchen, sondern darin, einen physischen Zustand anzustreben, der durch die Nähe der Mutter / des Objekts erreicht wird (Fonagy 2001). Im Laufe der Entwicklung wandelt sich das physiologische Ziel zu dem eher psychologischen, ein Gefühl der Nähe zur Mutter oder zum Betreuer zu erreichen. Eine sichere Bindung hat einen starken Einfluss auf die Entwicklung der inneren Arbeitsmodelle von Beziehungen, die als mentale Schemen gespeichert werden und zu Erfahrungen bezüglich der Erwartungen hinsichtlich des Verhaltens anderer gegenüber der eigenen Person führen.

Bindungsstrategien, die von genetischen Einflüssen weitgehend unabhängig sind, werden im Kleinkindalter entwickelt und sind relativ stabil. Ainsworth et al. (1978) untersuchten diese Strategien in einer Laboranordnung, die unter dem Namen Fremde Situation (Strange Situation) bekannt ist. Diese Situation, in der ein Kleinkind von seinem Betreuer getrennt wird, führt gewöhnlich zur Anwendung einer von vier Verhaltensstrategien. *Sichere* Kleinkinder suchten einfach die Nähe der Betreuerin, als sie zurückkam, fühlten sich getröstet und spielten weiter. *Ängstlich-vermeidendes* Verhalten zeigten Kinder, die während der Trennung weniger Angst zu haben schienen und die Betreuerin bei ihrer Rückkehr beleidigten. Sie zeigten keine Präferenz für die Mutter oder Betreuerin gegenüber einem Fremden. Kinder der dritten, als *ängstlich-ambivalent* bezeichneten Kategorie litten sehr unter der Trennung und zeigten bei der Rückkehr der Betreuerin Ärger, waren angespannt und klammerten. Die als *unorganisiert-desorientiert* bezeichnete vierte Gruppe hatte keine kohärente Strategie für den Umgang mit der Trennungserfahrung. Eine Vielzahl von Studien hat gezeigt, dass sich anhand der Art der Bindung des betreffenden Elternteils nicht nur vorhersagen lässt, ob ein Kind eine sichere Bindung hat,



sondern auch seine Bindungskategorie in der Fremden Situation (Fonagy 2001). Es spricht einiges dafür, dass diese Bindungsmuster im Erwachsenenalter fortbestehen, und diese Kategorien der Art der Bindung lassen sich durch ausgeklügelte Interviews ermitteln (George et al. 1996). Die vier Reaktionen auf die Fremde Situation entsprechen den folgenden Kategorien der Bindung von Erwachsenen: 1. sichere / autonome Individuen, die Bindungsbeziehungen schätzen; 2. unsichere / abweisende Individuen, die vergangene und aktuelle Bindungen abstreiten, verunglimpfen, abwerten oder idealisieren; 3. besorgte Individuen, die von vergangenen und aktuellen Bindungsbeziehungen verwirrt oder überwältigt sind, und 4. unentschlossene oder unorganisierte Individuen, die häufig vernachlässigt oder traumatisiert wurden.

Die Bindungstheorie hat wesentlich zum Verständnis dessen beigetragen, was Menschen motiviert. Sexualität, Aggression und Selbstkohäsion sind gleichermaßen wichtig, um erwachsene Patienten zu verstehen, die sich in psychotherapeutische Behandlung begeben. Joseph Sandler (2003) hat jedoch bemerkt, dass die Suche nach Sicherheit auch ein primärer Motivationsfaktor ist, und er leitete dies zum Teil aus den Erkenntnissen der Bindungstheorie und der Bindungsforschung ab. Außerdem stellt die Bindungstheorie, im Gegensatz zur kleinianischen Betonung der intrapsychischen Fantasie, wahre Vernachlässigung, Imstichlassen und andere frühere Traumata sowie die mentale Verarbeitung dieser Traumata in den Mittelpunkt der psychoanalytischen Theorie. Eine Vielzahl von Beweisen lässt darauf schließen, dass unorganisierte Bindungen die Anfälligkeit für spätere psychiatrische Störungen erhöhen und Bindungssicherheit als Schutzfaktor gegen psychopathologische Erscheinungen bei Erwachsenen wirkt (Fonagy und Target 2003).

Die Fähigkeit des Betreuers, den Intentionszustand und die innere Welt des Kleinkindes wahrzunehmen, scheint sich auf die Entstehung einer sicheren Bindung beim Kind auszuwirken. Ein Schlüsselbegriff der Bindungstheorie ist die *Mentalisierung*, die die Fähigkeit bezeichnet, zu verstehen, dass das eigene Denken und das Denken anderer repräsentativer Natur sind und das eigene Verhalten und das Verhalten anderer durch innere Zustände wie Gedanken und Gefühle motiviert sind (Fonagy 1998). Eltern oder Betreuer, die die Fähigkeit der Mentalisierung besitzen, stellen sich auf den subjektiven mentalen Zustand des Kindes ein, sodass sich das Kind schließlich im Geist des Betreuers wiederfindet und dessen Repräsentanz verinnerlicht, um so ein psychologisches Kern-Selbst auszubilden. Auf diese Weise entsteht durch die sichere Bindung des Kindes zum Betreuer seine Fähigkeit zur Mentalisierung. Mit anderen Worten, durch die Interaktion mit dem Betreuer lernt das Kind, dass Verhalten am besten zu verstehen ist, wenn man davon ausgeht, dass die Handlungen eines Menschen durch seine Vorstellungen und Gefühle bestimmt werden.

Die Mentalisierung wird häufig so umschrieben, dass der Betreffende eine „theory of mind“ besitzt. Was in der klinischen Interaktion, insbesondere in der

Psychotherapie, geschieht, hängt zum großen Teil von der Fähigkeit des Klinikers ab, den Geist anderer Menschen zu verstehen. Wahre Mentalisierung ist ab dem Alter von 4 bis 6 Jahren möglich, und neuere Neuroimaging-Studien lassen darauf schließen, dass der mediale präfrontale Kortex, die Poli temporales, das Kleinhirn und der Sulcus posterior-superior als Teile eines Mentalisierungsnetzwerkes allesamt daran beteiligt sind (Calarge et al. 2003; Frith und Frith 2003; Sebanz und Frith 2004).

## Die Rolle der Theorie in der klinischen Praxis

---

Angesichts der verwirrenden Vielfalt psychoanalytischer Theorien könnte man den Wert der Theorie als solcher infrage stellen. Wer braucht sie überhaupt? Warum nicht mit jedem Patienten bei Null anfangen und sich an das klinische Material halten? Diesen Ansatz zu befürworten, kommt der Befürwortung der Aufstellung neuer Theorien gleich. Dazu hat Kernberg (1987) erklärt: „Jede Beobachtung klinischer Phänomene ist auf Theorien angewiesen, und wenn wir meinen, wir verzichten auf Theorien, so bedeutet das lediglich, dass wir eine Theorie haben, deren wir uns nicht bewusst sind“ (S. 181–182).

Sinnvoller ist es, sich mit den Phänomenen vertraut zu machen, die in den grundlegenden Theorien beschrieben werden, und jeweils die Anschauung in den Mittelpunkt zu stellen, die bei dem jeweiligen Patienten klinisch angemessen ist. Die Psychoanalyse und die psychodynamische Psychiatrie sind mit einer Vielzahl unnötiger Polaritäten behaftet – ist etwas ödipal oder präödipal, ein Konflikt oder ein Defizit, entspricht es der klassischen Theorie oder der Selbstpsychologie, handelt es sich um Spannungsreduzierung oder Objektsuche? Solche Fragen werden gewöhnlich im Sinne von richtig oder falsch gestellt. Kann es trotzdem sein, dass alle Modelle jeweils in bestimmten klinischen Situationen gerechtfertigt sind? Kann es nicht sein, dass für das Verständnis des einzelnen Patienten sowohl die Begriffe ödipal und präödipal oder Konflikt und Defizit von Bedeutung sind? Natürlich kann das sein. Wallerstein (1983) hat das in einer Kritik der Selbstpsychologie sehr schön formuliert:

Denn angesichts des sich ständig verändernden analytischen klinischen Materials befinden wir uns stets in einer Welt des „sowohl als auch / und“. Wir haben es ständig und abwechselnd sowohl mit dem Ödipalen, bei dem ein kohärentes Selbst existiert, und mit dem Präödipalen, wo ein solches möglicherweise noch nicht vorhanden ist, mit defensiven Regressionen und Entwicklungsstillständen, mit defensiven Übertragungen und defensiven Widerständen und mit Neuschaffungen früherer traumatischer und traumatisierter Zustände zu tun. (S. 31)

Wallerstein erinnert uns an die grundlegenden psychoanalytischen Prinzipien der Überdeterminierung und der multiplen Funktion.

Bei der Behandlung der meisten Patienten werden sich höchstwahrscheinlich Aspekte aus allen vier in diesem Kapitel besprochenen theoretischen Anschauungen als nützlich erweisen. Aus der Sicht der Entwicklung wird man erkennen, dass die eine Theorie bestimmte Aspekte der frühkindlichen Erfahrungen besser erklärt als die andere, und dass die Behandlung in Abhängigkeit von den klinischen Informationen bei bestimmten Patienten eher in die eine als in die andere Richtung geht (Pine 1988). Bei den meisten Patienten aber werden wir feststellen, dass sowohl Defizite als auch Konflikte vorliegen. Wie Eagle (1984) in seiner Bewertung der Rolle in der Psychoanalyse festgestellt hat, haben wir „die meisten Konflikte in den Bereichen, in denen uns etwas vorenthalten wurde ... Die meisten Konflikte bezüglich des Gebens und Annehmens von Liebe haben eben die Menschen, denen Liebe vorenthalten wurde“ (S. 130). Die Kliniker werden feststellen, dass sie ihren Patienten in der Praxis gleichermaßen als Selbstobjekte und als tatsächliche, separate Objekte dienen.

Manchen Klinikern ist es jedoch zu mühsam und zu umständlich, je nach den Bedürfnissen Patienten die theoretische Perspektive zu wechseln. Wallerstein (1988) hat darauf hingewiesen, dass Kliniker die in den verschiedenen theoretischen Auffassungen beschriebenen Phänomene berücksichtigen können, ohne das gesamte metapsychologische Modell zu übernehmen. Beispielsweise kann man sich mit Selbst- und Objektrepräsentanzen, mit Spiegel- und idealisierenden Übertragungen oder Impuls-Abwehr-Konfigurationen befassen, wenn sie auftreten, ohne das gesamte theoretische Gefüge, auf dem diese Beobachtungen basieren, miteinzubeziehen. Andere Autoren befürworten eine größere theoretische Flexibilität (Gabbard 1996; Pine 1990; Pulver 1992) und vertreten die Ansicht, dass verschiedene Patienten und verschiedene Arten der Psychopathologie unterschiedliche theoretische Ansätze erfordern.

Jeder Kliniker findet innerhalb des theoretischen Pluralismus der modernen dynamischen Psychiatrie einen Ansatz, der ihm zusagt. Unabhängig davon, welcher das ist, sollten sich alle Kliniker davor hüten, das klinische Material in eine bestimmte Theorie zu zwingen. Der Patient muss die Möglichkeit haben, den Kliniker in den Bereich der Theorie zu führen, der am besten zum klinischen Material passt. Die Kenntnis aller vier theoretischen Modelle der dynamischen Psychiatrie erfordert ein umfassenderes Wissen, sie ermöglicht aber auch ein differenziertes Verständnis der Patienten und ihrer Psychopathologie. Den theoretischen Rahmen zu finden, der am besten zu einem bestimmten Patienten passt, bedeutet viel Ausprobieren, doch indem wir durch die Höhle stolpern, können wir schließlich den Weg finden und stehen viel besser da als die anderen Reisenden, die eine Karte von einer ganz anderen Höhle haben.

## Literaturhinweise

---

- Ainsworth, M. S., Blehar, M. C., Waters, E., et al.: *Patterns of Attachment: A Psychological Study of the Strange Situation*. Hillsdale, NJ, Lawrence Erlbaum, 1978.
- Allen, J. G., Deering, C. D., Buskirk, J. R., et al.: *Assessment of therapeutic alliances in the psychiatric hospital milieu*. *Psychiatry* 51: 291–299, 1988.
- Aron, L.: *A Meeting of Minds: Mutuality and Psychoanalysis*. Hillsdale, NJ, Analytic Press, 1996.
- Bacal, H. A.: *Optimal responsiveness and the therapeutic process*, in: *Progress in Self Psychology*. Vol. 1. Edited by Goldberg, A. New York, Guilford, 1985, S. 202–227.
- Bacal, H. A.: *British object-relations theorists and self psychology: some critical reflections*. *Int J Psychoanal* 68: 81–98, 1987.
- Bacal, H. A., Newman, K. M.: *Theories of Object Relations: Bridges to Self Psychology*. New York, Columbia University Press, 1990.
- Baker, H. S., Baker, M. N.: *Heinz Kohut's self psychology: an overview*. *Am J Psychiatry* 144: 1–9, 1987.
- Balint, M.: *The Basic Fault: Therapeutic Aspects of Regression*. New York, Brunner / Mazel, 1979.
- Beebe, B., Lachmann, F., Jaffe, J.: *Mother-infant interaction structures and presymbolic self and object representations*. *Psychoanalytic Dialogues* 7: 133–182, 1997.
- Bellak, L., Hurvich, M., Gedimen, H. K.: *Ego Functions in Schizophrenics, Neurotics, and Normals: A Systematic Study of Conceptual, Diagnostic, and Therapeutic Aspects*. New York, Wiley, 1973.
- Benjamin, J.: *An outline of intersubjectivity: the development of recognition*. *Psychoanalytic Psychology* 7 (suppl): 33–46, 1990.
- Bion, W. R.: *Learning From Experience*. New York, Basic Books, 1962.
- Bollas, C.: *The Shadow of the Object: Psychoanalysis of the Unthought Known*. New York, Columbia University Press, 1987.
- Bollas, C.: *Forces of Destiny: Psychoanalysis and Human Idiom*. Northvale, NJ, Jason Aronson, 1989.
- Bowlby, J.: *Attachment and Loss*. Vol. 1: *Attachment*. London, Hogarth Press / Institute of Psycho-Analysis, 1969.
- Bowlby, J.: *Attachment and Loss*. Vol. 2: *Separation: Anxiety and Anger*. London, Hogarth Press / Institute of Psycho-Analysis, 1973.
- Bowlby, J.: *Attachment and Loss*. Vol. 3: *Loss: Sadness and Depression*. London, Hogarth Press / Institute of Psycho-Analysis, 1980.
- Brenner, C.: *The Mind in Conflict*. New York, International Universities Press, 1982.
- Calarge, C., Andreasen, N. C., O'Leary, D. S.: *Visualizing how one brain*

- understands another: a PET study of theory of mind. *Am J Psychiatry* 160: 1954–1964, 2003.
- Chodorow, N. J.: Theoretical gender and clinical gender: epistemological reflections on the psychology of women. *J Am Psychoanal Assoc* 44 (suppl): 215–238, 1996.
- Curtis, H. C.: Clinical perspectives on self psychology. *Psychoanal Q* 54: 339–378, 1985.
- Dunn, J.: Intersubjectivity in psychoanalysis: a critical review. *Int J Psychoanal* 76: 723–738, 1995.
- Eagle, M. N.: *Recent Developments in Psychoanalysis: A Critical Evaluation*. New York, McGraw-Hill, 1984.
- Eagle, M.: The concepts of need and wish in self psychology. *Psychoanalytic Psychology* 7 (suppl): 71–88, 1990.
- Erikson, E. H.: Identity and the life cycle: selected papers. *Psychol Issues* 1: 1–171, 1959.
- Fairbairn, W. R. D.: Schizoid factors in the personality (1940), in: *Psychoanalytic Studies of the Personality*. London, Routledge & Kegan Paul, 1952, S. 3–27.
- Fairbairn, W. R. D.: Endopsychic structure considered in terms of object-relationships (1944), in: *Psychoanalytic Studies of the Personality*. London, Routledge & Kegan Paul, 1952, S. 82–136.
- Fairbairn, W. R. D.: *Psychoanalytic Studies of the Personality*. London, Routledge & Kegan Paul, 1952.
- Fairbairn, W. R. D.: Synopsis of an object-relations theory of the personality. *Int J Psychoanal* 44: 224–225, 1963.
- Feldman, M.: Projective identification: the analyst's involvement. *Int J Psychoanal* 78: 227–241, 1997.
- Fogassi, L., Gallese, V.: The neurocorrelates of action understanding in nonhuman primates, in: *Mirror Neurons and the Evolution of Brain and Language*. Edited by Stanemov, M. I., Gallese, V. Amsterdam, John Benjamin's Publishing, 2002, S. 13–36.
- Fogel, A.: Movement and communication in human infancy: the social dynamics of development. *Hum Mov Sci* 11: 387–423, 1992.
- Fonagy, P.: An attachment theory approach to treatment of the difficult patient. *Bull Menninger Clin* 62: 147–169, 1998.
- Fonagy, P.: *Attachment Theory and Psychoanalysis*. New York, Other Press, 2001.
- Fonagy, P., Target, M.: *Psychoanalytic Theories: Perspectives from Developmental Psychology*. London, Whurr Publishers, 2003.
- Frenkel, R. S.: A reconsideration of object choice in women: phallus or fallacy. *J Am Psychoanal Assoc* 44 (suppl): 133–156, 1996.
- Freud, A.: The ego and the mechanisms of defense (1936), in: *The Writings of Anna Freud*. Vol. 2. Revised Edition. New York, International Universities Press, 1966.

- Freud, S.: Three essays on the theory of sexuality (1905), in: The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud. Vol. 7. Translated and edited by Strachey, J. London, Hogarth Press, 1953, S. 123–245.
- Freud, S.: Inhibitions, symptoms and anxiety (1926), in: The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud. Vol. 20. Translated and edited by Strachey, J. London, Hogarth Press, 1959, S. 75–175.
- Freud, S.: The ego and the id (1923), in: The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud. Vol. 19. Translated and edited by Strachey, J. London, Hogarth Press, 1961, S. 1–66.
- Freud, S.: Some psychical consequences of the anatomical distinction between the sexes (1925), in: The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud. Vol. 19. Translated and edited by Strachey, J. London, Hogarth Press, 1961, S. 241–258.
- Freud, S.: Fetishism (1927), in: The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud. Vol. 21. Translated and edited by Strachey, J. London, Hogarth Press, 1961, S. 147–157.
- Freud, S.: Female sexuality (1931), in: The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud. Vol. 21. Translated and edited by Strachey, J. London, Hogarth Press, 1961, S. 223–243.
- Freud, S.: On narcissism: an introduction (1914), in: The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud. Vol. 14. Translated and edited by Strachey, J. London, Hogarth Press, 1963, S. 67–102.
- Freud, S.: Mourning and melancholia (1917), in: The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud. Vol. 14. Translated and edited by Strachey, J. London, Hogarth Press, 1963, S. 237–260.
- Freud, S.: Femininity (1933), in: The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud. Vol. 22. Translated and edited by Strachey, J. London, Hogarth Press, 1964, S. 112–135.
- Freud, S.: Analysis terminable and interminable (1937), in: The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud. Vol. 23. Translated and edited by Strachey, J. London, Hogarth Press, 1964, s. 209–253.
- Freud, S.: Splitting of the ego in the process of defence (1940), in: The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud. Vol. 23. Translated and edited by Strachey, J. London, Hogarth Press, 1964, s. 271–278.
- Frith, U., Frith, C. D.: Development and neurophysiology of mentalizing. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci* 358: 459–473, 2003.
- Gabbard, G. O.: Countertransference: the emerging common ground. *Int J Psychoanal* 76: 475–485, 1995.
- Gabbard, G. O.: *Love and Hate in the Analytic Setting*. New York, Jason Aronson, 1996.
- Gabbard, G. O.: A reconsideration of objectivity in the analyst. *Int J Psychoanal* 78: 15–26, 1997.

- George, C., Kaplan, N., Main, M.: The Adult Attachment Interview. Department of Psychology, University of California – Berkeley, 1996.
- Gill, M. M.: Psychoanalysis in Transition: A Personal View. Hillsdale, NJ, Analytic Press, 1994.
- Greenberg, J.: Oedipus and Beyond: A Clinical Theory. Cambridge, MA, Harvard University Press, 1991.
- Greenberg, J., Mitchell, S. A.: Object Relations in Psychoanalytic Theory. Cambridge, MA, Harvard University Press, 1983.
- Grinberg, L.: Countertransference and projective counteridentification, in: Countertransference. Edited by Epstein, L., Feiner, A. New York, Jason Aronson, 1979, S. 169–191.
- Grotstein, J. S.: Splitting and Projective Identification. New York, Jason Aronson, 1981.
- Guntrip, H.: Schizoid Phenomena, Object-Relations, and the Self. New York, International Universities Press, 1968.
- Guntrip, H.: Psychoanalytic Theory, Therapy, and the Self. New York, Basic Books, 1971.
- Hartmann, H.: Ego Psychology and the Problem of Adaptation (1939). Translated by Rapaport, D. New York, International Universities Press, 1958.
- Hofer, M. A.: Developmental psychobiology of early attachment. In: Developmental Psychobiology. Edited by Casey, B. J. Washington, DC, American Psychiatric Publishing, 2004, S. 1–28.
- Hoffman, I. Z.: Some practical implications of a social constructivist view of the psychoanalytic situation. *Psychoanalytic Dialogues* 2: 287–304, 1992.
- Hoffman, I. Z.: Ritual and Spontaneity in the Psychoanalytic Process: A Dialectical-Constructivist View. Hillsdale, NJ, Analytic Press, 1998.
- Jacobson, E.: The Self and the Object World. New York, International Universities Press, 1964.
- Joseph, B.: Psychic Equilibrium and Psychic Change: Selected Papers of Betty Joseph. Edited by Feldman, M., Spillius, E. B. London, England, Routledge, 1989.
- Kernberg, O. F.: Borderline personality organization. *J Am Psychoanal Assoc* 15: 641–685, 1967.
- Kernberg, O. F.: Borderline Conditions and Pathological Narcissism. New York, Jason Aronson, 1975.
- Kernberg, O. F.: Self, ego, affects, and drives. *J Am Psychoanal Assoc* 30: 893–917, 1982.
- Kernberg, O. F.: Object relations theory and character analysis. *J Am Psychoanal Assoc* 31 (suppl): 247–272, 1983.
- Kernberg, O. F.: Concluding discussion, in: Projection, Identification, Projective Identification. Edited by Sandler, J. Madison, CT, International Universities Press, 1987, S. 179–196.

- King, P., Steiner, R.: *The Freud-Klein Controversies 1941–45*. London, Routledge, 1992.
- Klein, M.: Notes on some schizoid mechanisms (1946), in: *Envy and Gratitude and Other Works, 1946–1963*. New York, Free Press, 1975, S. 1–24.
- Kohon, G.: *The British School of Psychoanalysis: The Independent Tradition*. New Haven, CT, Yale University Press, 1986.
- Kohut, H.: *The Analysis of the Self: A Systematic Approach to the Psychoanalytic Treatment of Narcissistic Personality Disorders*. New York, International Universities Press, 1971.
- Kohut, H.: *The Restoration of the Self*. New York, International Universities Press, 1977.
- Kohut, H.: *How Does Analysis Cure?* Edited by Goldberg, A. Chicago, IL, University of Chicago Press, 1984.
- Lerner, H. E.: Penis envy: alternatives in conceptualization. *Bull Menninger Clin* 44: 39–48, 1980.
- Leslie, K. R., Johnson-Frey, S. H., Grafton, S. T.: Functional imaging of face and hand imitation: towards a motor theory of empathy. *Neuroimage* 21: 601–607, 2004.
- Levine, H. B.: The analyst's participation in the analytic process. *Int J Psychoanal* 75: 665–676, 1994.
- Levine, H. B.: The analyst's infatuation: reflections on an instance of countertransference love. Paper presented at the annual meeting of the American Psychoanalytic Association. New York, NY, Dezember 1996.
- Lichtenberg, J. D.: Experience as a guide to psychoanalytic theory and practice. *J Am Psychoanal Assoc* 46: 17–36, 1998.
- Lichtenberg, J. D., Hadley, J. L.: *Psychoanalysis and Motivation*. Hillsdale, NJ, Analytic Press, 1989.
- Lindon, J. A.: Gratification and provision in psychoanalysis: should we get rid of the „rule of abstinence“? *Psychoanalytic Dialogues* 4: 549–582, 1994.
- Mahler, M. S.: Pine, F., Bergman, A.: *The Psychological Birth of the Human Infant: Symbiosis and Individuation*. New York, Basic Books, 1975.
- Meins, E., Ferryhough, C., Fradley, E., et al.: Rethinking maternal sensitivity: mothers' comments on infants' mental processes predict security of attachment at 12 months. *J Child Psychol Psychiatry* 42: 637–648, 2001.
- Meissner, W. W.: Can psychoanalysis find its self? *J Am Psychoanal Assoc* 34: 379–400, 1986.
- Mitchell, S. A.: Contemporary perspectives on self: toward an integration. *Psychoanalytic Dialogues* 1: 121–147, 1991.
- Mitchell, S. A.: *Hope and Dread in Psychoanalysis*. New York, Basic Books, 1993.
- Mitchell, S. A.: *Influence and Autonomy in Psychoanalysis*. Hillsdale, NJ, Analytic Press, 1997.
- Natterson, J. M.: *Beyond Countertransference: The Therapist's Subjectivity in the Therapeutic Process*. Northvale, NJ, Jason Aronson, 1991.



- Ogden, T. H.: On projective identification. *Int J Psychoanal* 60: 357–373, 1979.
- Ogden, T. H.: The concept of internal object relations. *Int J Psychoanal* 64: 227–241, 1983.
- Ogden, T. H.: *The Matrix of the Mind: Object Relations and the Psychoanalytic Dialogue*. Northvale, NJ, Jason Aronson, 1986.
- Ogden, T. H.: *The Primitive Edge of Experience*. Northvale, NJ, Jason Aronson, 1989.
- Ogden, T. H.: The dialectically constituted/decentered subject of psychoanalysis, II: the contributions of Klein and Winnicott. *Int J Psychoanal* 73: 613–626, 1992.
- Ornstein, P. H.: On narcissism: beyond the introduction, highlights of Heinz Kohut's contributions to the psychoanalytic treatment of narcissistic personality disorders. *Annual of Psychoanalysis* 2: 127–149, 1974.
- Perry, J. C., Cooper, S. H.: A preliminary report on defenses and conflicts associated with borderline personality disorder. *J Am Psychoanal Assoc* 34: 863–893, 1986.
- Pine, F.: The four psychologies of psychoanalysis and their place in clinical work. *J Am Psychoanal Assoc* 36: 571–596, 1988.
- Pine, F.: *Drive, Ego, Object, and Self: A Synthesis for Clinical Work*. New York, Basic Books, 1990.
- Posner, M. I., Rothbart, M. K.: Developing mechanisms of self-regulation. *Dev Psychopathol* 12: 427–441, 2000.
- Pulver, S. E.: Psychic change: insight or relationship? *Int J Psychoanal* 73: 199–208, 1992.
- Rangell, L.: The self in psychoanalytic theory. *J Am Psychoanal Assoc* 30: 863–891, 1982.
- Rapaport, D.: *Organization and Pathology of Thought: Selected Sources*. New York, Columbia University Press, 1951.
- Reiss, D., Neiderhiser, J., Hetherington, E. M., et al.: *The Relationship Code: Deciphering Genetic and Social Patterns in Adolescent Development*. Cambridge, MA, Harvard University Press, 2000.
- Renik, O.: Analytic interaction: conceptualizing technique in light of the analyst's irreducible subjectivity. *Psychoanal Q* 62: 553–571, 1993.
- Renik, O.: The analyst's subjectivity and the analyst's objectivity. *Int J Psychoanal* 79: 487–497, 1998.
- Rinsley, D. B.: An object relations view of borderline personality, in: *Borderline Personality Disorders*. Edited by Hartocollis, P. New York, International Universities Press, 1977, S. 47–70.
- Sandler, J.: On internal object relations. *J Am Psychoanal Assoc* 38: 859–880, 1990.
- Sandler, J.: On attachment to internal objects. *Psychoanalytic Inquiry* 23: 12–26, 2003.
- Sandler, J., Rosenblatt, B.: The concept of the representational worlds. *Psychoanal Study Child* 17: 128–145, 1962.

- Schafer, R.: Aspects of Internalization. New York, International Universities Press, 1968.
- Schafer, R.: A New Language for Psychoanalysis. New Haven, CT, Yale University Press, 1976.
- Schafer, R.: Narratives of the self, in: Psychoanalysis: Toward the Second Century. Edited by Cooper, A. M., Kernberg, O. F., Person, E. S. New Haven, CT, Yale University Press, 1989, S. 153–167.
- Schore, A. N.: A century after Freud's project: is a rapprochement between psychoanalysis and neurobiology at hand? J Am Psychoanal Assoc 45: 807–840, 1997.
- Sebanz, N., Frith, C.: Beyond simulation? Neuromechanisms for predicting the actions of others. Nat Neurosci 7: 5–6, 2004.
- Segal, H.: An Introduction to the Work of Melanie Klein. New York, Basic Books, 1964.
- Siegel, A.: Heinz Kohut and the Psychology of Self. London, Routledge, 1996.
- Spillius, E. B.: Clinical experiences of projective identification, in: Clinical Lectures on Klein and Bion. Edited by Anderson, R. London, Tavistock / Routledge, 1992, S. 59–73.
- Stern, D. N.: The Interpersonal World of the Infant: A View from Psychoanalysis and Developmental Psychology. New York, Basic Books, 1985.
- Stern, D. N.: Developmental prerequisites for the sense of a narrated self, in: Psychoanalysis: Toward the Second Century. Edited by Cooper, A. M., Kernberg, O. F., Person, E. S. New Haven, CT, Yale University Press, 1989, S. 168–178.
- Stern, D. N.: The Present Moment in Psychotherapy and Everyday Life. New York, WW Norton, 2004.
- Stoller, R. J.: Primary femininity. J Am Psychoanal Assoc 24 (suppl): 59–78, 1976.
- Stolorow, R. D., Brandchaft, B., Atwood, G. E.: Psychoanalytic Treatment: An Intersubjective Approach. Hillsdale, NJ, Analytic Press, 1987.
- Summers, F. L.: Transcending the Self: An Object Relations Model of Psychoanalytic Therapy. Hillsdale, NJ, Analytic Press, 1999.
- Sutherland, J. D.: The British object relations theorists: Balint, Winnicott, Fairbairn, Guntrip. J Am Psychoanal Assoc 28: 829–860, 1980.
- Sutherland, J. D.: The self and object relations: a challenge to psychoanalysis. Bull Menninger Clin 47: 525–541, 1983.
- Torok, M.: The significance of penis envy in women, in: Female Sexuality: New Psychoanalytic Views. Edited by Chasseguet-Smirgel, J. Ann Arbor, University of Michigan Press, 1970, S. 135–170.
- Tuckett, D.: Editorial introduction to „My Experience of Analysis With Fairbairn and Winnicott“ by Guntrip, H. Int J Psychoanal 77: 739–740, 1996.

- Tyson, P.: Female psychology: an introduction. *J Am Psychoanal Assoc* 44 (suppl): 11–20, 1996.
- Vaillant, G. E.: Natural history of male psychological health, V: the relation of choice of ego mechanisms of defense to adult adjustment. *Arch Gen Psychiatry* 33: 535–545, 1976.
- Vaillant, G. E.: *Adaptation to Life*. Boston, MA, Little Brown, 1977.
- Wallerstein, R. S.: Self psychology and „classical“ psychoanalytic psychology: the nature of their relationship, in: *The Future of Psychoanalysis: Essays in Honor of Heinz Kohut*. Edited by Goldberg, A. New York, International Universities Press, 1983, S. 19–63.
- Wallerstein, R. S.: One psychoanalysis or many? *Int J Psychoanal* 69: 5–21, 1988.
- Winnicott, D. W.: Transitional objects and transitional phenomena: a study of the first not-me possession (1953), in: *Playing and Reality*. New York, Basic Books, 1971, S. 1–25.
- Winnicott, D. W.: *The Maturation Processes and the Facilitating Environment: Studies in the Theory of Emotional Development*. London, Hogarth Press, 1965.
- Wolf, E.: *Treating the Self: Elements of Clinical Self Psychology*. New York, Guilford, 1988.



---

## KAPITEL 3

---

# PSYCHODYNAMISCHE BEURTEILUNG DES PATIENTEN

Wenn sich zwei Menschen begegnen, sind in Wirklichkeit sechs Personen anwesend: jeder, wie er sich selbst sieht, jeder, wie ihn der andere sieht, und jeder so, wie er wirklich ist.

*William James*

Die psychodynamische Beurteilung des Patienten unterscheidet sich im Grunde nicht von der gründlichen Bewertung seiner Vorgeschichte, der Anzeichen und seiner Symptome, wie sie der medizinisch-psychiatrischen Tradition entspricht. Der dynamische Psychiater schätzt diese Informationen als wesentliches Element der diagnostischen Beurteilung. Die Art und Weise aber, wie er diese Informationen sammelt, unterscheidet sich von dem rein deskriptiven Herangehen an die Diagnose. Außerdem sind für den dynamischen Psychiater auch andere Informationen von Interesse, sodass die psychodynamische Beurteilung als beträchtliche Erweiterung der deskriptiven medizinisch-psychiatrischen Bewertung betrachtet werden kann.

### Das klinische Interview

---

Bei jeder Beschreibung des Ansatzes, der bei der klinischen Befragung zur Anwendung kommt, ist als Erstes die fundamentale Bedeutung der Arzt-Patient-

Beziehung zu nennen. Wenn sich Psychiater und Patient zum ersten Mal treffen, begegnen sich zwei Fremde, die jeweils eine Vielzahl von Erwartungen in Bezug auf den anderen haben. Das erste Ziel beim psychodynamischen Interview muss stets darin bestehen, Harmonie und ein gemeinsames Einvernehmen herzustellen (MacKinnon und Michels 1971; Menninger et al. 1962; Thomä und Kächele 1987). Die erste Aufgabe des Interviewers ist es also, dem Patienten zu vermitteln, dass er akzeptiert, geschätzt und als einmaliger Mensch mit einmaligen Problemen anerkannt wird.

Ein Interviewer, der versucht, sich empathisch in die Erfahrungen seines Patienten zu vertiefen, befördert das Zustandekommen einer Bindung zwischen sich und dem Patienten, da er sich offensichtlich bemüht, dessen Sichtweise zu verstehen. Dazu bedarf es keiner beruhigenden Bemerkungen wie „Seien Sie unbesorgt, es wird alles gut“. Statt die Angst des Patienten zu beschwichtigen, sind solche leeren Aussagen gewöhnlich zum Scheitern verurteilt, weil sie früheren Bemerkungen von Freunden und Familienmitgliedern so ähnlich sind. Sie führen lediglich dazu, dass der Patient denkt, der Interviewer verstehe nicht, was wahres Leid ist. Besser zum Aufbau eines Vertrauensverhältnisses geeignet sind Aussagen wie „Ich kann mir vorstellen, wie Sie sich fühlen, bei allem, was Sie durchgemacht haben“. Indem er die Aussagen des Patienten in einer frühen Phase des Interviews infrage stellt, bestätigt der Psychiater lediglich bereits vorhandene Befürchtungen des Patienten, Psychiater seien urteilende Elternfiguren.

### Unterschiede zwischen der psychodynamischen und der medizinischen Befragung

Bei der medizinischen Befragung kommt der Arzt aufgrund der Hauptbeschwerde sofort auf ihre Ätiologie und Pathogenese zu sprechen. Der Patient lässt sich gewöhnlich auf dieses Vorgehen ein, weil er die Schmerzen oder Symptome, mit denen seine Krankheit einhergeht, schnell loswerden möchte. Geht jedoch ein Psychiater im Interview so geradlinig vor, stößt er jedes Mal auf Schlaglöcher und Umleitungen. Außerdem wird der Psychiater feststellen, dass Patienten nur selten in der Lage sind, schnell zur Sache zu kommen, weil sie nicht ausmachen können, was ihnen eigentlich fehlt (Menninger et al. 1962). Weiterhin befinden sie sich oft in einem großen Zwiespalt bezüglich der Aufgabe ihrer Symptome, da eine psychiatrische Krankheit irgendwie immer eine praktikable Adaptation ist. Und schließlich schämen sich psychiatrische Patienten häufig für ihre Symptome und verschweigen deshalb möglicherweise Informationen, um einen guten Eindruck zu machen (MacKinnon und Michels 1971).

Ein anderer wesentlicher Unterschied zwischen der Aufnahme der medizinischen Anamnese und der psychodynamischen Befragung ist die

Wechselbeziehung zwischen Diagnose und Behandlung. Ein Arzt, der bei einem Patienten Appendizitis feststellt, geht die Befragung mit einem klaren Konzept an: Die Diagnose geht der Behandlung voran. Beim psychodynamischen Interview dagegen wäre eine Unterscheidung zwischen Diagnose und Behandlung erzwungen (MacKinnon und Michels 1971). Der dynamische Psychiater geht mit der Vorstellung an das Interview heran, dass die Art, in der die Anamnese aufgenommen wird, an sich schon Therapie sein kann. Die dynamische Sichtweise, nach der Diagnose und Behandlung eng miteinander verbunden sind, ist in dem Sinne empathisch, dass sie die Perspektive des Patienten berücksichtigt. Wie Menninger et al. (1962) festgestellt haben: „Der Patient kommt, um behandelt zu werden, und aus seiner Sicht ist alles Behandlung, was für ihn getan wird, ganz gleich, wie der Arzt es nennen mag. Somit geht die Behandlung der Diagnose in gewissem Sinne stets voran“ (S. 3). Tatsächlich ist es eine zum Teil therapeutische Handlung, sich die Lebensgeschichte des Patienten anzuhören, sie zu akzeptieren und anzuerkennen, dass das Leben des Patienten eine Bedeutung und einen Wert hat (Gabbard 2004). Der Kliniker, der seinen Patienten beurteilt, ist auch ein Zeuge, der die emotionalen Auswirkungen dessen, was dem Patienten widerfahren ist, erkennt und anerkennt (Poland 2000).

Ein dritter Unterschied zwischen der medizinischen und der psychodynamischen Befragung besteht hinsichtlich der Dimensionen von Aktivität und Passivität. Am Prozess der Aufstellung der medizinischen Diagnose nimmt der Patient überwiegend passiv teil. Er unterwirft sich der Beurteilung durch den Arzt, in dem er dessen Fragen auf kooperative Weise beantwortet. Die Teile des diagnostischen Puzzles aber muss der Arzt zusammensetzen, um eine definitive Diagnose zu erhalten. Der dynamische Psychiater versucht diese Rollenverteilung zu vermeiden. Statt dessen gehört es zum dynamischen Ansatz, den Patienten als aktiven Mitwirkenden in einen Erkundungsprozess einzubeziehen (Shevrin und Sheckman 1973). Der Patient wird als jemand betrachtet, der viel zur endgültigen Diagnose beizutragen hat. Wenn ein Patient zu Beginn des Interviews Angst hat, versucht der Psychiater nicht, diese zu beseitigen, um so die Befragung zu erleichtern. Im Gegenteil, er versucht möglicherweise sogar, den Patienten für eine gemeinsame Suche nach dem Ursprung der Angst zu gewinnen, indem er ihm Fragen wie „Welche Bedenken bezüglich dieses Interviews könnten der Grund dafür sein, dass Sie jetzt Angst haben?“, „Erinnert Sie diese Situation an eine ähnliche Situation in der Vergangenheit, die Angst in Ihnen ausgelöst hat?“ oder „Haben Sie irgendetwas über mich oder über die Psychiatrie im Allgemeinen gehört, das vielleicht zu Ihrer Angst beiträgt?“

In einem produktiven dynamischen Interview entlockt der Psychiater dem Patienten Informationen über dessen Symptome und Vorgeschichte, die eine deskriptive Diagnose ermöglichen. Um den Patienten zu größerer Offenheit zu bewegen, muss der Psychiater jedoch die Überbetonung einer diagnostischen

Etikettierung vermeiden, die die Entfaltung der komplexen Beziehung zwischen ihm und dem Patienten ausschließt. MacKinnon und Michels (1971) haben darauf hingewiesen, dass „ein Interview, das nur auf die Aufstellung der Diagnose ausgerichtet ist, dem Patienten das Gefühl gibt, er sei ein pathologisches Exemplar, das untersucht wird, und verhindert, dass er seine Probleme offenlegt“ (S. 6–7).

Ein vierter Unterschied zwischen der medizinischen und der dynamischen Auffassung bezüglich der klinischen Befragung betrifft die Auswahl der relevanten Informationen. Reiser (1988) war beunruhigt darüber, dass einige Assistenzärzte der Psychiatrie das Sammeln von Informationen einstellen, sobald sie einen Bestand an Symptomen gesammelt hatten, der einer deskriptiven diagnostischen Kategorie zugeordnet werden kann und die Anordnung einer Pharmakotherapie ermöglicht. Er betonte, dass eine DSM-Diagnose nur ein Aspekt des Diagnoseprozesses ist und das fehlende Bestreben des Assistenzarztes, den Patienten als Menschen zu verstehen, den Aufbau einer therapeutischen Beziehung verhindert. Für den dynamischen Psychiater ist das intrapsychische Leben des Patienten ein entscheidender Teil der Informationen.

Eine weitere Besonderheit des psychodynamischen Interviews ist die Betonung der Gefühle, die der Arzt während des Vorgangs hat. Ein Chirurg oder Internist, der Wut, Neid, Lust, Traurigkeit, Hass oder Bewunderung empfindet, betrachtet diese Gefühle als Störfaktoren, die die Beurteilung der Krankheit behindern. Der typische Arzt unterdrückt diese Gefühle, um seine Objektivität wahren und mit der Untersuchung fortfahren zu können. Für den dynamischen Psychiater sind sie jedoch entscheidende diagnostische Informationen. Sie sagen etwas darüber aus, was für Reaktionen der Patient bei anderen Menschen auslöst. Diese Überlegungen führen uns direkt zu zwei der wichtigsten Aspekte der psychodynamischen Beurteilung – Übertragung und Gegenübertragung.

## Übertragung und Gegenübertragung

Da in jeder Beziehung, die von Bedeutung ist, eine Übertragung stattfindet, sind Übertragungselemente in jedem Fall ab der ersten Begegnung zwischen Arzt und Patient vorhanden. Es kann sogar vor der ersten Begegnung zu einer Übertragung kommen (Thomä und Kächele 1987). Nachdem er den ersten Termin vereinbart hat, schreibt der zukünftige Patient dem Psychiater aufgrund von ihm bekannten Fakten, früheren Erfahrungen mit Psychiatern, Beiträgen über Psychiater in den Medien, früheren positiven oder negativen Erfahrungen mit anderen Ärzten oder seiner allgemeinen Einstellung gegenüber Autoritätspersonen möglicherweise Eigenschaften zu. Als er seinem Psychiater zum ersten Mal im Wartezimmer begegnete, rief ein junger Mann aus: „Oh, Sie sind ja ganz anders, als ich Sie mir vorgestellt hatte!“ Als der Psychiater ihn bat, das näher auszuführen, sagte der junge Mann, er habe sich anhand des Namens



des Psychiaters einen distinguierten älteren Herrn vorgestellt, und nun sei erschockiert, wie jung der Psychiater tatsächlich sei.

Die Übertragung ist eine wichtige Dimension der Beurteilung, weil sie weitreichende Auswirkungen auf die Kooperation des Patienten mit dem Arzt hat. Patienten, die Ärzte beispielsweise wie strenge, missbilligende Eltern betrachten, sind in Bezug auf peinliche Aspekte ihrer Geschichte weniger mitteilksam. Ebenso halten Patienten, die Psychiater für aufdringliche Wichtigtuer halten, Informationen womöglich hartnäckig zurück und verweigern die Kooperation beim Interview. Indem er sich in einer frühen Phase des Interviews mit den Verzerrungen der Übertragung befasst, kann der Psychiater die Hindernisse der effektiven Aufnahme der Anamnese aus dem Weg räumen.

In den ersten Minuten der Konsultation mit dem Psychiater hatte der Patient Hemmungen, zu sprechen. Der Psychiater fragte ihn, ob er irgendetwas getan oder gesagt habe, das es dem Patienten schwer mache, zu sprechen. Der Patient gestand, er habe die Vorstellung gehabt, Psychiater seien eine Art Gedankenleser, und er müsse sich mit dem, was er in ihrer Gegenwart tut oder sagt, vorsehen. Darauf antwortete der Psychiater mit Humor: „So gut sind wir leider nicht.“ Beide lachten, und von da an fiel es dem Patienten deutlich leichter, sich zu öffnen.

Die Übertragung ist per definitionem eine Wiederholung. Mit einer Figur aus der Vergangenheit verbundene Gefühle werden in der aktuellen Situation gegenüber dem Psychiater wiederholt. Diese Prämisse bedeutet, dass Übertragungsmuster, die in einem klinischen Interview auftreten, flüchtige Einblicke in bedeutende Beziehungen aus der Vergangenheit des Patienten gewähren. Die Art, wie der Patient den Untersuchenden sieht, und seine Gefühle ihm gegenüber sind Wiederholungen. Außerdem verraten diese Wiederholungen viel über die aktuellen bedeutenden Beziehungen des Patienten. Da die Übertragung allgegenwärtig ist, wiederholt der Patient die Muster aus der Vergangenheit in all seinen Beziehungen. Zum Beispiel suchte eine Patientin einen Psychiater auf und beklagte, dass Männer sich nicht für sie zu interessieren schienen. Auf Nachfragen ihres Psychiaters konnte sie dieses Gefühl der Nichtbeachtung damit in Verbindung bringen, dass sie als Kind das Gefühl gehabt hatte, ihr Vater beachte sie nicht. Als der Psychiater gegen Ende des Interviews auf die Uhr sah, warf sie ihm vor, er schenke ihr keine Aufmerksamkeit – ebenso wie alle anderen Männer.

Um nicht alle Reaktionen des Patienten gegenüber dem Arzt als Übertragungen zu bewerten, muss sich der Psychiater stets vor Augen halten, dass jede Patient-Arzt-Beziehung eine Mischung aus Übertragung und echter Beziehung ist. Der Psychiater, der auf die Uhr sah, verlieh der Übertragungsangst der Patientin, wieder einem Mann begegnet zu sein, der sich nicht für sie interessiert, ein Körnchen Wahrheit. Die psychodynamische Beurteilung erfordert während des gesamten Diagnosevorgangs eine ständige Selbstbeobachtung. Ein Psychiater, dem vorgeworfen wird, er sei

unaufmerksam, muss sich fragen, ob er wirklich gelangweilt ist (und dies dem Patienten vermittelt) oder ob der Patient die Tatsachen verzerrt. Wenn er tatsächlich gelangweilt ist, muss er feststellen, ob sein Interesse infolge der Interferenz seiner eigenen Angelegenheiten nachlässt, ob der Patient etwas tut, das Unaufmerksamkeit auslöst, oder beides.

Hierbei handelt es sich natürlich um Überlegungen zur Gegenübertragung. Das Konzept des dynamischen Interviews ist, dass zwei Menschen (oder vielleicht zwei Patienten?) daran beteiligt sind. Jeder von ihnen bringt seine persönliche Vergangenheit in die Gegenwart mit und projiziert Aspekte seines inneren Selbst und seiner Objektrepräsentanzen auf den anderen (Langs 1976). Es ist eine alltägliche Erfahrung dynamischer Psychiater, dass sie sich dem Patienten gegenüber so verhalten, als wäre er jemand anderes. Womöglich bemerkt der Psychiater eine auffällige physische Ähnlichkeit zwischen einem Patienten und jemandem aus seiner Vergangenheit. Infolgedessen schreibt der Psychiater dem Patienten dann Eigenschaften dieser anderen Person zu.

Der dynamische Psychiater muss während der Befragung des Patienten ständig die Umsetzung seiner eigenen Gegenübertragungen und seine Gefühle beobachten. Wie viel von der Gegenübertragung ist ein Beitrag des Klinikers? Wie viel davon wird durch das Verhalten des Patienten gegenüber dem Kliniker ausgelöst? Wie ich in Kapitel 2 gesagt habe, ist die Gegenübertragung gewöhnlich eine gemeinsame Leistung, die durch Beiträge beider Teile der Dyade zustande kommt. Es ist oft schwierig, zwischen der durch den Patienten ausgelösten Gegenübertragung und derjenigen zu unterscheiden, die durch die unbewussten Konflikte des Klinikers in die Situation eingebracht wird. Da die Fähigkeit, diese Unterscheidung zu treffen, in großem Maße davon abhängt, wie genau man seine eigene innere Welt kennt, empfinden die meisten dynamischen Psychiater die bei ihrer eigenen Behandlung (einer Psychoanalyse oder einer Psychotherapie) gesammelten Erfahrungen als wertvolle Hilfe, wenn es darum geht, die Gegenübertragung zu beobachten und zu verstehen.

Seine eigenen typischen Reaktionen zu kennen, hilft bei der Identifizierung der relativen Beiträge. Eine Kinderpsychiaterin zum Beispiel beobachtete, dass sie feststellen konnte, wann sie es mit einem Opfer von Kindesmisshandlung zu tun hatte, weil sie dann irrationale Wut entwickelte, die von dem Impuls begleitet war, das Kind zu misshandeln. Mit anderen Worten, ein missbrauchendes inneres Objekt des Kindes wurde auf sie projiziert, sodass sie durch das unausstehliche und provokative Verhalten des Kindes so sehr provoziert wurde, dass sie sich mit dem identifizierte, was auf sie projiziert worden war. Indem sie sich dieser Gefühle bewusst wurde, konnte sie die Welt der inneren Objekte des Patienten und seine typischen Probleme mit zwischenmenschlichen Beziehungen besser verstehen.

Eine häufige Form der Gegenübertragung, die womöglich unentdeckt bleibt, hängt mit unbewussten oder bewussten Vermutungen bezüglich der Rasse oder der ethnischen Zugehörigkeit des Patienten zusammen. Alle Kliniker, und seien

sie der vorurteilsfreien Ausübung ihres Berufs noch so verpflichtet, leben und arbeiten in Gesellschaften, in denen es eine Fülle von rassistischen und ethnischen Klischees gibt. Diese Klischees können sich in die diagnostische Tätigkeit des Klinikers einschleichen und sich in subtilen Handlungsdialogen gegenüber dem Patienten manifestieren (Leary 2000). Eine Assistenzärztin der Psychiatrie zum Beispiel sprach langsamer und in einfacheren Worten als sonst mit einem amerikanischen Patienten asiatischer Abstammung, bis dieser sie unterbrach und höflich sagte: „Sie brauchen nicht so langsam zu sprechen. Ich bin hier geboren.“ Es kann auch vorkommen, dass weiße Kliniker die Auswirkungen, die die ein Leben lang erfahrene Diskriminierung auf die Identität und das Selbstwertgefühl eines Angehörigen einer Minderheit hat, nicht verstehen. Traumata mit sozialer Ursache werden dann womöglich fälschlicherweise als rein intrapsychische Probleme gedeutet.

## Ansätze für die Aufnahme der Anamnese

Hinsichtlich der Aufnahme der Anamnese sollte man beim Interview zwei Ziele gleichzeitig verfolgen: die Aufstellung einer deskriptiven und einer dynamischen Diagnose. Um diese Ziele zu erreichen, muss der Psychiater eine flexible Befragungstechnik einsetzen, mit der er zwischen der strukturierten Erfragung bestimmter Fakten (z. B. von Symptomen, der Familienanamnese, von Stressfaktoren und der Dauer der Krankheit) und einer unstrukturierten Haltung wechselt, in der er dem natürlichen Auf und Ab des Gedankenflusses des Patienten als Zuhörer folgt. Sowohl während des strukturierten als auch während des unstrukturierten Teils der Aufnahme der Anamnese nimmt der Untersuchende eine detaillierte Beurteilung der Interaktion zwischen Patient und Arzt vor. Kernberg (1984) beschrieb die eine Form des dynamischen Interviews – das strukturierte Interview – als eine systematische Bewegung von einem Bestand an Symptomen hin zur aktiven Konzentration auf Abwehrhandlungen in der aktuellen Beziehung mit dem Interviewer.

Zu Beginn muss der Interviewer einfach eine Atmosphäre schaffen, die den Patienten zum Sprechen ermutigt. Assistenzärzte der Psychiatrie begehen am Anfang ihrer Laufbahn oft den Fehler, dass sie die Patienten aggressiv ausfragen, um die Anamnese aufstellen zu können und die Symptome zu ermitteln. Ein anderer häufiger Fehler ist eine pseudoanalytische Haltung, die durch Distanz, nahezu völliges Schweigen und Passivität gekennzeichnet ist. Assistenzärzte, die sonst zugänglich und sympathisch sind, werden plötzlich steif, übermäßig förmlich und kalt, wenn sie einen Patienten befragen. Der Interviewer erreicht jedoch viel mehr, wenn er aktiv an der Beziehung teilnimmt – indem er mit Herz und Empathie versucht, die Sichtweise des Patienten zu verstehen.

Der Psychiater erfährt sehr viel, wenn er dem Patienten für eine Weile die Möglichkeit gibt, seinen Gedanken freien Lauf zu lassen. Seine Bemerkungen in

diesem Stadium sollten dazu dienen, diesen freien Gedankenfluss zu erleichtern (z. B. „Erzählen Sie mir mehr darüber“, „Bitte fahren Sie fort“, „Ich kann verstehen, dass Sie so empfinden“ oder „Das muss schlimm gewesen sein“). Dass durch eine solche freie Assoziation besondere Informationen zutage kommen, belegen neurobiologische Forschungen. Andreasen et al. (1995) setzten die Positronenemissionstomografie ein, um den Unterschied zwischen der fokussierten episodischen Erinnerung, bei der man sich an frühere Erfahrungen erinnert, und der zufälligen episodischen Erinnerung, bei der man uneingeschränkt über die Erfahrungen nachdenkt, ähnlich wie bei der freien Assoziation, zu untersuchen. Sie ermittelten signifikante Unterschiede zwischen den beiden Formen der Erinnerung und stellten fest, dass die mit der zufälligen episodischen Erinnerung verbundene freie mentale Aktivität große Teile des Assoziationskortex aktiviert und sowohl das aktive Abrufen früherer Erfahrungen als auch das Planen zukünftiger Erfahrungen umfasst. Somit kann der Wechsel zwischen dem freien Gedankenfluss und der Fokussierung auf bestimmte Ereignisse im Interview zu verschiedenen Arten mentaler Aktivität führen und verschiedene Arten von für den Interviewer nützlichen Informationen zutage fördern.

Der Interviewer kann nicht nur grundlegende Informationen zur Vorgeschichte und über den mentalen Zustand des Patienten zutage fördern, sondern auch Assoziationsmuster identifizieren, die wichtige unbewusste Verbindungen offenlegen. Die Reihenfolge, in der Ereignisse, Erinnerungen, Sorgen und andere psychologische Angelegenheiten in Worte gefasst werden, ist selten zufällig. Mathematiker wissen schon lange, dass der Mensch nicht in der Lage ist, längere Reihen zufälliger Zahlen zu erstellen. Die Zahlen bilden innerhalb kurzer Zeit Muster, die eine Bedeutung haben. Der Geist zieht die Ordnung dem Chaos vor. Das gilt auch für die verbalen Äußerungen des Patienten. Dieses Prinzip – der „assoziativen Anamnese“ – legten Deutsch und Murphy (1955) ihrem Befragungsansatz zugrunde:

Die Methode ... besteht darin, dass nicht nur das aufgezeichnet wird, was der Patient gesagt hat, sondern auch, wie er diese Informationen gegeben hat. Von Bedeutung ist nicht nur, dass der Patient seine Beschwerden mitteilt, sondern auch, in welcher Phase des Interviews und in welchem Zusammenhang er seine Ideen, seine Beschwerden und seine Erinnerungen an seine somatischen und emotionalen Störungen vorträgt. (S. 19)

Auch wenn die Symptome auf der bewussten Ebene verwirrend für den Patienten sind, können seine Assoziationen Hinweise auf unbewusste Verbindungen liefern. Ein 31-jähriger Mann zum Beispiel, der mit seinen Eltern zu einer psychiatrischen Untersuchung gekommen war, begann den Tag beim Psychiater, während sich seine Eltern in einem anderen Gebäude mit einem Sozialarbeiter trafen. Der junge Mann erklärte zunächst, es sei ihm nicht

gelingen, eine Arbeitsstelle zu behalten. Plötzlich überkam ihn Angst, weil er nicht wusste, wo seine Eltern waren. Der Psychiater teilte ihm mit, sie seien bei dem Sozialarbeiter im Nachbargebäude. Der Patient fragte, ob er sie vom Telefon des Psychiaters anrufen könne. Der Psychiater hielt fest, dass die Angst des Patienten im Zusammenhang mit dem Aufenthaltsort seiner Eltern unmittelbar nach seiner Aussage darüber eingesetzt hatte, dass er nicht imstande sei, eine Arbeitsstelle zu behalten. Er fragte den Patienten, ob diese beiden Sorgen etwas miteinander zu tun hätten. Nachdem er einen Moment nachgedacht hatte, gab der Patient zu, dass er sich, wenn er nicht bei seinen Eltern, sondern bei der Arbeit war, Sorgen machte, dass ihnen etwas passieren würde. Dieser Gedankenaustausch führte zu einer produktiven Diskussion über die Sorge des Patienten, es würde seine Eltern zerstören, wenn er erwachsen und unabhängig würde. Da die Entwicklungstheorie in der dynamischen Psychiatrie eine zentrale Rolle spielt, muss die Entwicklungsgeschichte Teil einer gründlichen dynamischen Beurteilung sein. War der Patient das Ergebnis einer ungewollten Schwangerschaft? Wurde der Patient geboren, nachdem ein älteres Geschwisterkind gestorben war? Hatte der Patient die Meilensteine der Entwicklung wie Sprechen, Laufen und Sitzen in einem angemessenen Alter erreicht? Hat es in den prägenden Jahren traumatische Trennungen oder Verluste gegeben? Um diese unverzichtbaren Informationen zu erhalten, ist häufig die Befragung der Eltern und anderer Familienmitglieder erforderlich – entweder durch den Psychiater oder durch einen Sozialarbeiter, der mit dem Psychiater zusammenarbeitet. Es ist ganz natürlich, dass sich der Patient an manche wichtigen Ereignisse aus seiner Kindheit nicht erinnern kann oder sie verzerrt.

Auch wenn seine Erinnerungen unzureichend sind, sollte der Patient am Zusammentragen der Informationen über seine Kindheit und Jugend beteiligt werden. Ein Grundprinzip des dynamischen Interviews lautet, dass sich die Vergangenheit in der Gegenwart wiederholt. Um den Patienten als Mitwirkenden im diagnostischen Prozess zu gewinnen, kann der Interviewer sein Interesse für die Zusammenhänge zwischen früheren Ereignissen und seinen Gefühlen in der Gegenwart wecken. Es gibt eine Reihe offener Fragen, die dazu dienen, diese Partnerschaft aufzubauen: „Erinnert Sie die Angst, die Sie heute empfinden, an Gefühle, die Sie früher schon einmal hatten?“ „Gab es irgendwelche Ereignisse in Ihrer Kindheit, die dazu beigetragen haben könnten, dass Sie als Erwachsener das Gefühl haben, Frauen könne man nicht vertrauen?“ „Haben Ihre aktuellen Eheprobleme irgendeine Ähnlichkeit mit Problemen, die Sie früher in anderen Beziehungen hatten?“ Wenn der Patient beginnt, sich an der Suche nach Verbindungen zwischen Vergangenheit und Gegenwart zu beteiligen, muss der Untersuchende frühere Ereignisse und Abschnitte festhalten, die für den Patienten wichtig zu sein scheinen. Beachtung verdienen auch auffällige Auslassungen in der Entwicklungsgeschichte. Konzentriert sich der Patient beispielsweise ausschließlich auf einen Elternteil, den er für alle aktuellen Probleme

verantwortlich macht, ohne den anderen Elternteil überhaupt zu erwähnen? Wie sieht der kulturelle und religiöse Hintergrund des Patienten aus? Wie wirken sich diese Faktoren auf die Beziehungen in der Familie und die Akzeptabilität emotionaler Probleme aus?

Nachdem der Patient mehrere Minuten lang offene Fragen beantwortet hat, die der freien Darstellung der Vorgeschichte seiner aktuellen Krankheit sowie der Familienverhältnisse und seiner Entwicklung dienen, kann der Psychiater die Lücken durch gezieltere direkte Fragen füllen. Diese können auf die Stellung einer deskriptiven Diagnose (z. B. auf spezifische Symptome, die für eine Diagnose nach DSM-IV-TR [American Psychiatric Association] erforderlich sind, auf Informationen bezüglich der Dauer der Krankheit oder auf den Ausschluss anderer Krankheiten) oder einer umfassenderen dynamischen Diagnose (z. B. bestimmte Traumata in der Entwicklung, Beziehungsmuster oder wiederkehrende Fantasien und Tagträume) ausgerichtet sein. Während der Patient die Lücken füllt, kann der dynamische Psychiater mit der Aufstellung von Hypothesen beginnen, die eine Verbindung zwischen den früheren Beziehungen des Patienten und seinen aktuellen Beziehungen sowie sich abzeichnenden Übertragungsmustern herstellen (Menninger 1958). Mit anderen Worten: Wie verursachen Wiederholungen früherer Beziehungsmuster Probleme in der Gegenwart?

Achse IV des DSM-IV-TR erfordert die Berücksichtigung von Stressfaktoren bei der diagnostischen Beurteilung des Patienten. Ereignisse, die eine Krankheitsepisode auslösen, sind sowohl für die deskriptive als auch für die dynamische Diagnose von entscheidender Bedeutung. Bei der Beurteilung der Achse IV ist jedoch eine besonders sorgfältige Aufnahme der Anamnese erforderlich, da die Patienten ihre Erinnerungen bezüglich des Zeitpunktes eines Stressfaktors womöglich verfälschen, um ihre Krankheit oder ihre Probleme nachträglich so darzustellen, als seien sie unmittelbar auf ein äußeres Ereignis zurückzuführen (Andrews und Tennant 1978). Außerdem muss der dynamische Psychiater stets auf besondere Bedeutungen achten, die die Patienten belastenden Ereignissen in ihrem Leben zuschreiben. Ein scheinbar schwacher Stressfaktor kann für den konkreten Patienten eine außerordentliche Bedeutung und somit einen großen Einfluss auf seine Funktionsfähigkeit haben.

Dennoch können Patienten wichtige dynamische Informationen darüber liefern, wie sie die Zusammenhänge zwischen Ereignissen und Symptomen sehen. Der Untersuchende sollte sich auch hier die Frage stellen, wie Angelegenheiten aus der Vergangenheit durch Stressfaktoren in der Gegenwart in Erinnerung gerufen werden. Eine leitende Angestellte entwickelte eine enorme Angst, nachdem sie befördert worden war. Als Stressfaktor identifizierte sie die Beförderung, konnte jedoch nicht sagen, weshalb sie Angst auslöste, da sie jahrelang auf die Stelle hingearbeitet hatte. Im Laufe des Interviews sprach sie oft von ihrer jüngeren Schwester, die geschieden war und

den Unterhalt für sich und ihre zwei Kinder mit einer niederen Arbeit verdiente. Bei der eingehenden Ergründung der Geschwisterrivalität in der Kindheit der beiden Schwestern zeigte sich, dass die Angst der leitenden Angestellten mit Schuldgefühlen zusammenhing. Sie war überzeugt davon, dass ihre Beförderung ihrer Schwester geschadet hatte. Diese Gefühle standen in Einklang mit ihrem als Kind gehegten Wunsch, ihre Schwester zu übertrumpfen und in den Augen der Eltern das einzige Kind zu sein.

Holmes und Rahe (1967) haben eine Skala zur Bewertung der Schwere des Stresses, der mit verschiedenen Lebensereignissen verbunden ist, entwickelt. Obwohl solche Skalen auf Konsens basierende Schätzwerte für die Auswirkungen bestimmter Lebensereignisse liefern, muss der dynamische Psychiater jeden Patienten als einmaliges Individuum betrachten und darf nicht *a priori* davon ausgehen, dass bestimmte Lebensereignisse nur eine bestimmte Bedeutung haben. Ein junger Mann zum Beispiel fühlte sich durch den Tod seines Vaters befreit, weil er endlich seinen Weg gehen konnte, ohne ununterbrochen kritisiert zu werden. Auf diese Weise führte der Stressfaktor zu besseren Schulleistungen und insgesamt zu besseren Funktionen.

Außerdem muss der Untersuchende bedenken, dass manche Stressfaktoren im Unterbewussten wirken können, sodass der Patient nicht in der Lage ist, ein auslösendes Ereignis zu nennen, wenn er danach gefragt wird. Ein Ziel des Interviews kann auch darin bestehen, dass Patient und Interviewer zusammenarbeiten, um festzustellen, ob eventuell Stressfaktoren übersehen wurden. Jahrestagsreaktionen zum Beispiel sind häufige Stressfaktoren, die die Patienten leicht übersehen. Eine chronisch depressive Patientin wurde am Jahrestag des Selbstmordes ihres Bruders akut selbstmordgefährdet. In einem anderen Fall suchte ein glücklich verheirateter Arzt, bei dem ohne erkennbaren Grund plötzlich Eheprobleme aufgetreten waren, den Rat eines Psychiaterkollegen. Während ihres Telefongesprächs fiel dem Arzt plötzlich auf, dass es der zehnte Jahrestag der Scheidung von seiner früheren Frau war. Auf diese Weise stellte sich heraus, dass sein aktueller Ärger über seine aktuelle Frau zum Teil mit seiner stürmischen Beziehung zu seiner vorherigen Frau zusammenhing.

## Untersuchung des mentalen Status

Ebenso wie für deskriptive Psychiater sind Informationen über den mentalen Status auch für dynamische Psychiater von Interesse, sie gehen jedoch etwas anders an diese Informationen heran. Erstens integrieren sie Fragen zum mentalen Status, soweit dies sinnvoll und möglich ist, lieber in das Interview, statt sie am Ende als Liste mit formalen Fragen zum Status anzuhängen (MacKinnon und Michels 1971). Auch wenn einige spezifische Fragen selbstverständlich am Ende des Interviews gestellt werden sollten, wenn sie in

dessen Verlauf nicht geklärt wurden, ist es doch von Vorteil, die formale Untersuchung des mentalen Status auf ein Mindestmaß zu reduzieren. Wenn solche Fragen in das Interview eingebaut werden, sieht der Patient Verzerrungen der Wahrnehmung, des Denkens und der Affekte in einem bedeutungsvollen Kontext. Außerdem hat der Patient, indem er Zusammenhänge zwischen solchen Verzerrungen und seiner Krankheit herstellt, eher die Rolle eines Mitwirkenden als die eines passiven Beantworters von Fragen.

### *Orientierung und Wahrnehmung*

Die Orientierung des Patienten in Bezug auf Zeit, Raum und Personen wird häufig schon im Verlauf des Interviews deutlich. Einem Menschen, dessen Orientierung offensichtlich gut ist, spezifische Fragen zur Orientierung zu stellen, würde mit großer Wahrscheinlichkeit die Harmonie des Arzt-Patient-Verhältnisses stören. Übermäßige Wachsamkeit ist ein Befund des mentalen Status, der auch ohne direkte Fragen offensichtlich wird. Bedeutsame Symptome der Wahrnehmung wie auditive oder visuelle Halluzinationen sind oft schon zu Beginn des Interviews bekannt, wenn der Patient gebeten wird, darzulegen, weshalb er sich in psychiatrische Behandlung begibt. Der dynamische Psychiater möchte jedoch nicht nur erfahren, ob Halluzinationen vorliegen oder nicht. Wenn ein Patient Stimmen hört, will der Psychiater wissen, was sie sagen, unter welchen Umständen sie sich zu Wort melden, wie sie sich anhören und was sie für den Patienten bedeuten. Ein paranoider schizophrener Mann hörte immer, wie sein Vater ihm sagte, er würde es nie zu etwas bringen. Seine Halluzinationen korrelierten mit seiner in der Kindheit gemachten Erfahrung, dass er es seinem Vater nie recht machen konnte.

### *Kognition*

Das Vorliegen einer formalen Denkstörung wird gewöhnlich schon in dem Teil des Interviews deutlich, in dem die Anamnese aufgenommen wird. Wie bereits angedeutet, sind im Gehirn des Patienten selbst lose Assoziationen auf charakteristische Weise miteinander verbunden. Es ist Aufgabe des Untersuchenden, die Art dieser Verbindungen zu verstehen. Auch Wahnvorstellungen lassen sich eher durch offene Fragen zur Lebensgeschichte als durch spezifische Fragen zu „falschen Überzeugungen“ ermitteln. Die Feststellung dessen, ob Wahnvorstellungen vorliegen oder nicht, ist nur ein Teil der psychodynamischen Beurteilung, ihre Bedeutungen und Funktionen sind ebenso wichtig. Der Größenwahn paranoider Patienten kann der Kompensierung der vernichtenden Gefühle eines geringen Selbstwertgefühls dienen.



Da sich die Kognition auf die Sprache und die Kommunikation auswirkt, muss der Psychiater auch darauf achten, ob er Parapraxien oder Versprecher beobachtet, die einen Einblick in die Aktivität des Unbewussten gewähren. Eine Schwangere, die von ihrem Geburtshelfer in die psychiatrische Sprechstunde überwiesen worden war, ärgerte sich darüber, dass man sie zum Psychiater geschickt hatte, und nach einer Weile rief sie: „Ich will kein psychiatrischer Elternteil [parent] sein – ich meine Patient [patient]!“ Der Psychiater, der sie untersuchte, konnte aus diesem Versprecher schließen, dass sie ihrer Mutterschaft mit äußerst gemischten Gefühlen entgegensah.

Die Art und Weise, wie ein Patient Fragen beantwortet, kann viel über seine unbewussten Charaktermerkmale verraten. Ein obsessiv-zwanghafter Patient beantwortet Fragen womöglich übermäßig detailliert und bittet den Untersuchenden häufig, die spezifische Information, nach der dieser fragt, genauer zu definieren. Im Gegensatz dazu kann das Desinteresse eines histrionischen Patienten an Einzelheiten so groß sein, dass er nur vage Antworten gibt, die den Interviewer frustrieren. Ein passiv-aggressiver Patient löst möglicherweise Wut beim Psychiater aus, indem er diesen um die Wiederholung von Fragen bittet und ganz allgemein Bemühungen zur Ermittlung von Informationen zu seiner Vorgeschichte vereitelt. Ein paranoider Patient vermutet vielleicht ständig versteckte Bedeutungen in den Fragen und zwingt den Untersuchenden dadurch in die Defensive.

Die Feststellung dessen, ob Selbstmordgedanken vorhanden sind oder nicht, ist bei jeder psychiatrischen Beurteilung unerlässlich. Selbstmordgefährdete Patienten sollte man offen fragen, ob sie einen Selbstmord planen und ob sie zur Unterstützung ein Netzwerk aus Menschen haben, mit denen sie sprechen können, ehe sie impulsiv handeln. Bei der psychodynamischen Beurteilung sollte zwischen den Bedeutungen eines in Betracht gezogenen Selbstmords unterschieden werden. Besteht die Vorstellung des Wiedersehens mit einem verstorbenen geliebten Menschen? Ist der Selbstmord ein Racheakt, mit dem jemand zerstört werden soll, ebenso wie der Betreffende einst den Patienten zerstört hat? Soll der Selbstmord im Grunde dazu dienen, eine innere Objektrepräsentanz zu töten, die der Patient hasst und fürchtet? Warum ist der Selbstmord als nur eine der vielen möglichen Lösungen für die Probleme des Patienten so unwiderstehlich?

## *Affekte*

Beobachtungen zum emotionalen Zustand des Patienten sind eine Fundgrube für Informationen über seine Abwehrmechanismen. Schließlich ist die Steuerung der Affekte eine der wichtigsten Funktionen von Abwehrmechanismen. Patienten, die über extrem schmerzhaft Ereignisse in ihrem Leben berichten, ohne davon im Geringsten berührt zu sein, bedienen

sich möglicherweise der Affektisolierung. Hypomanische Patienten, die behaupten, immer gut gelaunt zu sein und sich gegenüber dem Untersuchenden ungewöhnlich heiter geben, bedienen sich womöglich des Verleugnens, um Gefühle wie Trauer und Wut abzuwehren. Borderline-Patienten, die sich verächtlich und feindselig über Schlüsselfiguren in ihrem Leben äußern, wenden womöglich die Abspaltung an, um jegliche Integration guter und böser Gefühle gegenüber anderen zu verhindern. Auch die Stimmung, eine Unterkategorie der Affekte, die einen beständigen Tonus der inneren Gefühle bedeutet, sollte beurteilt werden. Bei der gemeinsamen Erkundung der Stimmungen des Patienten zeigt sich häufig, dass sie mit wichtigen Selbst- und Objektrepräsentanzen zusammenhängen.

### *Handlungen*

Das nonverbale Verhalten im klinischen Interview übermittelt eine Fülle an Informationen. Welche heiklen Themen führen dazu, dass der Patient zu zappeln beginnt? Welche Themen lösen Schweigen aus? Bei welchen Themen unterbricht der Patient den Augenkontakt mit dem Untersuchenden? Auch wenn Patienten versuchen, dem Psychiater, der sie untersucht, wichtige Informationen vorzuenthalten, ihre nonverbalen Verhaltensweisen verraten sie. Freud machte im Jahr 1905 folgende Beobachtung:

Als ich mir die Aufgabe stellte, das, was die Menschen verstecken, nicht durch den Zwang der Hypnose, sondern aus dem, was sie sagen und zeigen, ans Licht zu bringen, hielt ich die Aufgabe für schwerer, als sie wirklich ist. Wer Augen hat zu sehen und Ohren zu hören, überzeugt sich, dass die Sterblichen keine Geheimnisse verbergen können. Wessen Lippen schweigen, der schwätzt mit den Fingerspitzen; aus allen Poren dringt ihm der Verrat. Darum ist die Aufgabe, das verborgenste Seelische bewusst zu machen, sehr wohl lösbar. (Freud 1905/1853, S. 77–78)

Wie Freud angedeutet hatte, ist einer der Königswege zur Beobachtung des Unbewussten das nonverbale Verhalten. Frühe Bindungsbeziehungen werden als implizites Gedächtnis verinnerlicht und codiert (Amini et al. 1996; Gabbard 1997). Was sich in der Beziehung zum Therapeuten entfaltet, ist die gewohnheitsmäßige Art der Objektbezogenheit des Patienten, die durch diese frühen Bindungsbeziehungen geprägt wird, und ein Großteil dieser Art der Bezogenheit ist nonverbal. So teilen zum Beispiel Patienten, die den Augenkontakt scheuen, sich unterwürfig verhalten, eine eingeschränkte Gestik haben und zögerliche Sprachmuster aufweisen, sehr viel über ihre unterbewussten verinnerlichten Objektbeziehungen und die Art und Weise, wie ihre Beziehungen zu anderen außerhalb des klinischen Interviews aussehen, mit.

## Psychologische Tests

Projektive psychologische Tests, in erster Linie der Rorschach- und der Thematische Auffassungstest, können außerordentlich hilfreiche Ergänzungen der psychodynamischen Beurteilung sein. Der Rorschachtest besteht aus 10 symmetrischen Tintenklecksmustern, die zweideutige Stimuli für den Patienten darstellen. Angesichts dieser Zweideutigkeit verrät der Patient durch die Interpretation der amorphen Formen innerhalb der Kleckse sehr viel über sich. In ausgeklügelten Anleitungen zu den Rorschach-Interpretationen wurden die Reaktionen nach einer psychodynamischen Bewertung des Patienten systematisiert (Kwawer et al. 1980; Rapaport et al. 1968; Schafer 1954).

Der Thematische Auffassungstest funktioniert nach einem ähnlichen Prinzip. Eine Serie von Zeichnungen oder Holzschnitten, die Personen und Situationen von unterschiedlicher Zweideutigkeit darstellen, ermöglichen eine große Bandbreite an Interpretationen seitens der Patienten. Sie werden gebeten, sich zu jedem Bild eine Geschichte auszudenken. Indem sie diese Geschichte erdenken, projizieren sie ihre eigenen Fantasien, Wünsche und Konflikte auf die Bilder. Projektive Tests sind besonders bei Patienten hilfreich, die im psychiatrischen Interview zurückhaltend und wortkarg sind und deshalb nicht offen mit dem Psychiater über ihr inneres Leben sprechen. Viele Patienten aber teilen im klinischen Interview so viel über sich mit, dass ein ergänzender psychologischer Test nicht erforderlich ist.

## Körperliche und neurologische Untersuchung

---

Aus Gründen, die auf der Hand liegen, ist der körperliche und neurologische Zustand eines Patienten für den dynamischen Psychiater ebenso wichtig wie für den deskriptiven Psychiater. „Der Kopf schließt sich an den Nacken an“, das heißt, wenn im Körper etwas nicht in Ordnung ist, dann wirkt sich das auch auf das Gehirn aus – und umgekehrt. Wenn die Beurteilung in einem Krankenhaus stattfindet, kann der dynamische Psychiater eine eigene körperliche und neurologische Untersuchung durchführen oder auch darauf verzichten. Wenn es sich um die Beurteilung eines ambulanten Patienten in einer Privatpraxis handelt, lassen die meisten dynamischen Psychiater die körperliche Untersuchung lieber von einem Internisten vornehmen. Ganz gleich, wer sie durchführt, die Bedeutung des Körperlichen zu ergründen, ist gewöhnlich von Nutzen – sowohl hinsichtlich der Übertragung als auch hinsichtlich der Fantasien des Patienten über seinen Körper. Auf jeden Fall kann weder eine deskriptive noch eine dynamische Beurteilung ohne diese Informationen vollständig sein.

## Psychodynamische Diagnose

---

Nach der Durchführung der psychodynamischen Beurteilung sollte der Kliniker (anhand der DSM-IV-TR-Kriterien) eine deskriptive Diagnose und (aufgrund dessen, dass er den Patienten und seine Krankheit versteht) eine psychodynamische Diagnose stellen können. Obwohl beide Diagnosen für die Planung der Behandlung von Bedeutung sind, dient die deskriptive Diagnose eher dazu, die richtige Bezeichnung zu finden, während die psychodynamische Diagnose als Zusammenfassung von Erkenntnissen zu betrachten ist, die über die Etikettierung hinausgehen.

Die deskriptive Diagnose kann dem Kliniker bei der Planung angemessener pharmakologischer Maßnahmen helfen. Die dynamische Diagnose kann dazu beitragen, dass der Kliniker versteht, was die Verordnung von Medikamenten für den Patienten bedeutet, und abschätzen kann, ob es Schwierigkeiten hinsichtlich der vorschriftsmäßigen Einnahme der Medikamente geben wird.

In diesem Zusammenhang möchte ich betonen, dass eine dynamische Diagnose nicht nur für Patienten von Nutzen ist, denen eine dynamische Psychotherapie verordnet wird. Die therapeutische Handhabung der Persönlichkeit des Patienten ist ein wesentlicher Bestandteil jeder psychiatrischen Behandlung, die bei der Planung der Behandlung stets berücksichtigt werden muss (Perry et al. 1987).

Ein Teil der dynamischen Diagnose besteht in der Feststellung dessen, wie die fünf Achsen des DSM-IV-TR interagieren und sich gegenseitig beeinflussen. Da jede Krankheit aus einer bereits bestehenden Persönlichkeit erwächst, ist zu erwägen, wie die Persönlichkeitsdiagnose der Achse II zum Syndrom der Achse I beiträgt. Bei obsessiv-zwanghaften Menschen beispielsweise treten infolge der Dekompensation häufig schwerwiegende depressive Episoden auf. Der Kliniker untersucht dann womöglich, wie das strenge und fordernde Über-Ich der obsessiv-zwanghaften Persönlichkeitsstruktur zum Selbsthass der Depression beigetragen hat. Dieser Aspekt der Diagnose steht nicht anstelle der biochemischen und genetischen Faktoren, die für die Depression von Bedeutung sind, sondern ist synergetisch für ein umfassenderes Verständnis des Patienten und seiner Krankheit. Ebenso kann eine auf Bauchspeicheldrüsenkarzinom lautende Achse-III-Diagnose auf biologischer Basis zu einer schwerwiegenden depressiven Episode der Achse I beitragen, doch auch die psychologische Reaktion des Patienten auf die Malignitätsdiagnose kann eine weitere Determinante der Depression sein. Ein Patient, bei dem eine narzisstische Persönlichkeitsstörung der Achse II und eine Panikstörung der Achse I diagnostiziert werden, ist möglicherweise nicht bereit, Medikamente gegen die Panikstörung zu nehmen, weil er die Vorstellung, an einer schwerwiegenden psychiatrischen Störung zu leiden, als für seinen Narzissmus zu verletzend empfindet.

Wie weiter oben in diesem Kapitel beschrieben, müssen bei der dynamischen Diagnose auch Stressfaktoren der Achse IV – sowohl offensichtliche und bewusste als auch versteckte und unbewusste Auslöser – bewertet werden. Und schließlich ist eine Beurteilung dessen sinnvoll, wie sich all diese Befunde auf die Funktion der Achse V auswirken. Rechtfertigt die Achse-I-Diagnose die Schwere der funktionalen Beeinträchtigung des Patienten, oder sind Charaktermerkmale der Achse II für ein niedrigeres Funktionsniveau verantwortlich, als es aufgrund der Achse-I-Diagnose zu erwarten wäre? Zu einer vollständigen psychodynamischen Diagnose gehört auch die Beurteilung des Patienten nach einer oder mehrerer der vier bedeutendsten theoretischen Auffassungen, die in Kapitel 2 besprochen wurden: Ich-Psychologie, Objektbeziehungstheorie, Selbstpsychologie und Bindungstheorie.

## Merkmale des Ich

Die berufliche Laufbahn und die Beziehungsmuster des Patienten sagen sehr viel über seine allgemeine Ich-Stärke aus. Es scheint, als haben diejenigen, denen es gelungen ist, ihren Arbeitsplatz jeweils für eine längere Zeit zu behalten, und mit Verpflichtungen einhergehende Beziehungen von längerer Dauer einzugehen, ein widerstandsfähigeres Ich als Menschen, bei denen dies nicht der Fall ist.

Die Beurteilung bestimmter grundlegender Ich-Funktionen (Bellak et al. 1973) kann dem Psychiater helfen, die Stärken und Schwächen des Patienten zu verstehen, und ermöglichen ihm somit die Bestimmung des Behandlungsprogramms. Wie sieht seine Wahrnehmung der Realität aus? Ist er in der Lage, zwischen Innerem und Äußerem zu unterscheiden, oder zeigt er ein beständiges Muster wahnhafter Missempfindungen? Ist seine Wahrnehmung der Realität in strukturierten Situationen intakt, in unstrukturierten Situationen jedoch eingeschränkt? Wie steht es mit seiner Impulskontrolle? Ist sein Ich stark genug, um die Umsetzung von Impulsen zu verzögern, oder ist der Patient so sehr von seinen Impulsen bestimmt, dass er eine Gefahr für sich oder andere darstellt? Eine weitere Ich-Funktion, die beurteilt werden muss, ist das Urteilsvermögen. Kann der Patient die Folgen von Handlungen im Voraus adäquat abschätzen?

Bei den Überlegungen zur Bestimmung der angemessenen Form der Psychotherapie sollte der Psychiater auch die psychologische Einstellung des Patienten ermitteln. Ist der Patient der Ansicht, seine Probleme haben eine innere Ursache, oder werden alle Schwierigkeiten verlegt und andere in seiner Umgebung dafür verantwortlich gemacht? Kann der Patient verschiedene Informationen synthetisieren und integrieren und über ihre Zusammenhänge reflektieren, um nach sinnvollen Erklärungen für seine Symptome und

zwischenmenschlichen Schwierigkeiten zu suchen? Denkt der Patient in Metaphern und Analogien, die geeignet sind, Verbindungen zwischen verschiedenen Stufen der Abstraktion herzustellen? All diese Überlegungen tragen zur Beurteilung der psychologischen Einstellung bei.

Bei der Beurteilung des Ich geht es zum großen Teil um die defensive Funktion des Ich. Waelder (1960) hat im psychoanalytischen Umfeld eine Reihe von Fragen erarbeitet, die sich auf die Abwehrvorgänge des Patienten beziehen. Diese Fragen können auch für die dynamische Beurteilung adaptiert werden: „Welches sind die Sehnsüchte des Patienten? Was will der Patient (unbewusst)? Und wovor hat er Angst? ... Und was macht er, wenn er Angst hat?“ (S. 182–183) Pine (1990) erarbeitete weitere Fragen zur Beurteilung der Beziehung zwischen Trieben und den Reaktionen des Ich auf die Triebe:

Welcher Wunsch wird zum Ausdruck gebracht? In welchem Verhältnis steht der Wunsch zum Bewusstsein? Wie sieht die Fantasie aus? Und wie spiegelt sie einen Kompromiss zwischen Wunsch, Abwehr und Realität wider? Welche Abwehr wurde gegen den Wunsch eingesetzt? Und wie effektiv / adaptiv ist der Abwehrmechanismus? Ist die fragliche Angst auf einen bestimmten Wunsch zurückzuführen, gegen den vergeblich ein Abwehrmechanismus eingesetzt wurde? Und ist das fragliche Schuldgefühl im Hinblick auf die Aktivität des Bewusstseins in Bezug auf einen bestimmten Wunsch zu verstehen? (S. 44–45)

Pine hat außerdem darauf hingewiesen, dass der Charakter auf ähnliche Weise beurteilt werden sollte, indem man die typischen Arten der Abwehr des Patienten untersucht, die in ichsyntonon Funktionsweisen zum Ausdruck kommen. Man kann die Abwehrmechanismen auch anhand des in Kapitel 2 beschriebenen Kontinuums von Unreife bis Reife beurteilen. Ein Patient, der in der Lage ist, in einer schwierigen Situation Verdrängung und Humor einzusetzen, zeigt eine weitaus größere Ich-Stärke als einer, der sich in derselben Situation der Abspaltung und der projektiven Identifizierung bedient.

Ein weiterer wichtiger Bestandteil der psychologischen Bewertung des Ich ist die Bestimmung seines Verhältnisses zum Über-Ich. Ist das Über-Ich ein strenger und unbarmherziger Aufseher des Ich, oder bestimmen Flexibilität und Harmonie das Verhältnis des Über-Ich zum Ich? Vertritt der Patient realistische Ideale, oder strebt er nach unerreichbaren und fantastischen Zielen? Zeigt der Patient dissoziale Tendenzen, die durch ein nicht vorhandenes oder unterentwickeltes Ich gekennzeichnet sind? Die Antworten auf diese Fragen liefern auch Hinweise auf die Kindheitserfahrungen des Patienten mit Elternfiguren, weil das Über-Ich eine verinnerlichte Repräsentanz dieser Figuren ist.

## Objektbeziehungen

Als Endergebnis der psychodynamischen Beurteilung verfügt der Kliniker über Informationen über die zwischenmenschlichen Beziehungen des Patienten in drei Kontexten: Beziehungen in der Kindheit, die realen und die der Übertragung zuzuschreibenden Aspekte der Beziehung zwischen dem Patienten und dem Kliniker, der ihn untersucht, und aktuelle Beziehungen außerhalb der Arzt-Patient-Beziehung. Die Art dieser Beziehungen liefert dem Kliniker viele Informationen über die Stellung des Patienten in der Familie und in sozialen Systemen. Doch dann fehlt immer noch die Beurteilung dessen, wie sich die familiären Beziehungen des Patienten auf die Entstehung des klinischen Bildes auswirken, dessentwegen er einen Psychiater aufsucht. Spiegelt die Symptomatik eines heranwachsenden Patienten die Eheprobleme seiner Eltern wider? Mit anderen Worten: Dient der Patient als Krankheits-„Träger“ der gesamten Familie?

Die Informationen über die zwischenmenschlichen Beziehungen des Patienten sagen auch sehr viel über die Art seiner inneren Objektbeziehungen aus. Interviews mit Familienmitgliedern und anderen wichtigen Menschen können zur Feststellung dessen beitragen, inwieweit die Sicht des Patienten bezüglich anderer Beziehungen verzerrt ist. Bestimmte leicht zu erkennende Muster scheinen sich durch alle Beziehungen zu ziehen. Ist der Patient zum Beispiel in einer sadomasochistischen Bindung am Ende immer der masochistische Partner? Kümmert sich der Patient immer um andere, die weniger gut funktionieren und mehr Betreuung brauchen? Pine (1990) hat eine Reihe von spezifischen Fragen zu den Objektbeziehungen erarbeitet, die der Kliniker während des Interviews abwägen kann:

Welche alte Objektbeziehung wird wiederholt? Und welche Rolle aus dieser Objektbeziehung setzt das Subjekt (der Patient) um – seine eigene oder die des anderen? Oder beide? Verhält sich der Patient wie der, der er war? Der er in den Augen seiner Eltern sein wollte? Wie sie ihn gerne gehabt hätten? Verhält er sich wie sie? Wie er sie gerne gehabt hätte? Und welche frühen passiven Erfahrungen werden aktiv wiederholt? (S. 47)

Die Feststellung des Reifegrades von Objektbeziehungen ist ein wesentlicher Bestandteil dieser Beurteilung. Erlebt der Patient andere als zwiespältig, als ganze Objekte, die sowohl gute als auch schlechte Eigenschaften haben? Oder sieht er sie idealisierend (nur gut) oder abwertend (nur böse)? Betrachtet der Patient andere als Teilobjekte zur Befriedigung von Bedürfnissen, die aus seiner Sicht nur eine Funktion haben, oder als eigenständige Menschen, die ihre eigenen Bedürfnisse und Sorgen haben? Und wie steht es schließlich mit der Objektkonstanz? Erträgt es der Patient, von wichtigen Menschen getrennt zu sein, indem er sich ein tröstendes Bild der Person, die er vermisst, ins Gedächtnis ruft?

## Das Selbst

Bei einer gründlichen dynamischen Beurteilung müssen mehrere Aspekte des Selbst des Patienten bewertet werden. Innerhalb des weiten Feldes der Selbstpsychologie muss der Psychiater die Beständigkeit und die Kohäsion des Selbst untersuchen. Neigt er schon bei kleinsten Beleidigungen durch einen Freund oder Kollegen zur Fragmentierung? Muss der Patient ständig im Rampenlicht stehen, um bestätigende Reaktionen von Selbstobjekten zu erhalten? Die Reife der Selbstobjekte des Patienten sollte ebenfalls beurteilt werden. Werden die Selbstobjektbedürfnisse des Patienten durch eine für beide Seiten befriedigende Beziehung im Kontext eines langfristigen Engagements befriedigt?

Außer dem Selbstwertgefühl des Patienten muss der Psychiater auch seine Selbstkontinuität beurteilen. Ist der Patient unabhängig von den äußeren Umständen über längere Zeit mehr oder weniger derselbe, oder liegt eine generalisierte diffuse Identität vor? Wie Horowitz (1997) betont hat, entwickelt ein Mensch, der kein Gefühl der Selbstkohärenz und Kontinuität hat, eher Symptome und neigt eher zu explosionsartigen Stimmungsumschwüngen. Horowitz hat auch darauf hingewiesen, dass Selbstkohärenz mehr ist als ein zwischenmenschlicher Stil – sie beinhaltet Integrität und Tugenden des Charakters. Belege für eine diffuse Identität wären Hinweise darauf, dass verschiedene, voneinander getrennte Selbstrepräsentanzen ständig nach Dominanz über die gesamte Persönlichkeit streben. Verschiedene Selbstrepräsentanzen treten natürlich im Zusammenhang mit verschiedenen Objektrepräsentanzen auf, die in hohem Maße unter dem Einfluss des jeweils aktuellen zwischenmenschlichen Kontextes stehen. Von Interesse sind auch die Grenzen des Selbst. Kann der Patient klar zwischen seinen eigenen mentalen Inhalten und denen anderer unterscheiden, oder liegt eine allgemeine Verwischung der Grenzen der Selbstobjekte vor? Ein damit verbundener Aspekt ist die Körperwahrnehmung des Patienten. Sind die Körpergrenzen des Patienten intakt, oder muss er sich regelmäßig der Selbstverstümmelung bedienen, um die Hautgrenzen zu bestimmen? Sieht er seinen Geist und seinen Körper als dauerhaft verbunden, oder gibt es Episoden der Depersonalisierung oder der außerkörperlichen Erfahrung, in denen der Geist vom Körper unabhängig zu sein scheint?

## Bindungsmuster und Mentalisierung

Der Kliniker, der die Beurteilung vornimmt, achtet auf Bindungsmuster und hofft, auf diese Weise die inneren Arbeitsmodelle des Patienten anhand der üblichen Kategorien der Bindungen Erwachsener zu verstehen: 1. sicher / autonom, 2. unsicher / abweisend, 3. besorgt und 4. unentschlossen / unorganisiert (siehe Kapitel 2). In Forschungssituationen werden Interviewer



wahrscheinlich das Bindungsinventar für Erwachsene (Adult Attachment Inventory), ein halb strukturiertes Interview mit 15 Fragen, die sich auf die Erfahrungen des Betreffenden mit Eltern oder Betreuern in der Kindheit und die Auswirkungen dieser Erfahrungen auf ihn als Erwachsenen beziehen (Gullestad 2003), anwenden. Es ist in mancherlei Hinsicht die Entsprechung der Fremden Situation (Stein et al. 1998) für Erwachsene. Für dieses Instrument sind eine umfangreiche Schulung und ein Auswertungshandbuch erforderlich. In klinischen Situationen muss der Psychiater einfach auf Muster achten und abwägen, wie sich die Erfahrungen in der Kindheit eventuell auf die Beziehungen des Erwachsenen auswirken. Außerdem kann er beurteilen, in welchem Maße Schwierigkeiten mit frühen Bindungen die Fähigkeit zur Mentalisierung gestärkt oder beeinträchtigt haben können. Kinder mit sicheren Bindungen entwickeln die Fähigkeit, die Gefühle, Wünsche, Überzeugungen und Erwartungen anderer zu verstehen (Fonagy 2001). Im Falle von Traumata oder Vernachlässigung neigen Kinder dazu, sich zu verschließen, und wagen es nicht, sich die Gedanken des Elternteils oder Betreuers vorzustellen. Diese Abwehrreaktion kann die Fähigkeit zur Mentalisierung einschränken (Fonagy 2001).

## Psychodynamisches Konzept

Die bisher genannten Elemente sind die Grundlage für ein psychodynamisches Konzept. Diese vorläufige oder Arbeitshypothese macht deutlich, wie die Elemente interagieren und so das klinische Bild ergeben, das der Patient aufweist. Psychodynamische Konzepte müssen in einen biopsychosozialen Kontext eingebettet sein (Gabbard 2004). Ein gutes psychodynamisches Konzept basiert auf drei Komponenten (Sperry et al. 1992). Es sollte mit der Beschreibung des klinischen Bildes und des Stressfaktors/der Stressfaktoren, der/die dazu geführt hat/haben, dass der Betreffende Hilfe sucht, in ein oder zwei Sätzen beginnen. Im zweiten Teil werden Hypothesen darüber aufgestellt, auf welche Weise biologische, intrapsychische und soziokulturelle Faktoren zum klinischen Bild beitragen. Die dritte Komponente ist eine kurze Aussage darüber, wie sich die beiden ersten auf die Behandlung und die Prognose auswirken können.

Bei der Erarbeitung eines psychodynamischen Konzepts sind mehrere zugrundeliegende Prinzipien zu berücksichtigen. Erstens können biologische Faktoren genetischer Natur sein oder aus Umwelteinflüssen wie frühen Traumata oder Kopfverletzungen herrühren. Zweitens können zu den soziokulturellen Faktoren auch solche wie Familie, Religion, kulturelle Bräuche und sogar die Auswirkungen der Immigration gehören. Manche Patienten erscheinen in der neuen Kultur als schwerer gestört, als das in ihrer Heimatkultur der Fall war. Der Verlust von Liebesobjekten, kulturellen Werten, der Muttersprache und der ursprünglichen Umgebung kann zu einem „Kulturschock“ führen, der die Identität und das Selbstwertgefühl schwer

schädigt und einen Trauervorgang auslöst (Halperin 2004). Das Konzept soll den Zustand des Patienten erklären, muss jedoch nicht alles erklären. Es soll die wichtigsten Fragen und besonders ihre Relevanz für die Planung der Behandlung kurz zusammenfassen.

Bei manchen Patienten wird sich ein theoretisches Modell als für die Erklärung besser geeignet erweisen als die anderen beiden. Bei anderen kann es sinnvoll sein, für die Konzeptualisierung der verschiedenen Aspekte der Pathologie des Patienten mehrere theoretische Perspektiven heranzuziehen. Wie in Kapitel 1 erwähnt, sollte der Kliniker für alle wichtigen theoretischen Ansätze offen sein und statt mit einer „Entweder-oder“-Einstellung im Sinne des „Sowohl-als-auch“ verfahren. Außerdem sollte bedacht werden, dass sich das Konzept mit dem Fortgang der Behandlung ständig ändert. In der dynamischen Psychiatrie entwickeln sich Diagnose und Behandlung stets zusammen. All das verdeutlicht das folgende Fallbeispiel:

Frau A, eine 33-jährige alleinstehende Frau, die als Bibliothekarin arbeitete, kam während einer psychotischen Episode mit paranoiden Merkmalen ins Krankenhaus. Sie war zu der Überzeugung gekommen, dass ihre Mutter vorhatte, sie umzubringen, und hatte sich in der Wohnung, in der sie zusammen mit ihrem Bruder lebte, verbarrikadiert.

Als sich Frau A nach einigen Dosen eines Neuroleptikums wieder gefangen hatte, gab sie sich als heiterer Mensch nach Art der Pollyanna und sagte: „Ich empfinde keine Wut.“

Sie sagte, es gehe ihr gut und sie wolle nach Hause. Ihre Mutter war froh zu sehen, dass sie „wieder normal“ war, äußerte jedoch ihre Sorge darüber, dass Frau As Bruder noch in der Wohnung war. Allem Anschein nach hatte er seine Schwester ausgenutzt, indem er bei ihr eingezogen war, ihr Essen gegessen und in den vorangegangenen Wochen keine Miete gezahlt hatte.

Nach Aussagen ihrer Mutter lebte Frau A isoliert und hatte außer einigen oberflächlichen Beziehungen am Arbeitsplatz nur wenig Kontakt zu anderen Menschen. Außerdem berichtete die Mutter der Patientin, Frau A habe 18 Monate zuvor, als ihr Bruder auf dieselbe ausbeuterische Art und Weise bei ihr eingezogen war, bereits eine psychotische Episode gehabt. Außerdem erklärte sie, es habe in der Familie Fälle von bipolarer affektiver Störung gegeben.

Es wurde folgendes psychodynamisches Konzept entwickelt: Frau A hatte eine Veranlagung für die bipolare affektive Störung geerbt. Ihre zyklischen psychotischen Episoden, die schizophreniform zu sein schienen, waren möglicherweise eine Variante der bipolaren Störung. Nach der Stabilisierung der Psychose konnte der Psychiater eine Prophylaxe mit Lithium oder einem anderen Stimmungsstabilisierer in Erwägung ziehen.

Wenn Frau A nicht psychotisch ist, erfolgt ihre Anpassung um den Preis eines massiven Verleugnens aller negativen Gefühle, insbesondere von Wut, und führt zu einer schizoiden Lebensweise. Der Stressfaktor, dass ihr Bruder wie ein Parasit in ihrer Wohnung lebte, löste so viel Wut in Frau A aus, dass sie ihre übliche defensive Haltung nicht wahren konnte. Unter dem Druck dieses starken Affekts fiel sie in die paranoid-

schizoide Position zurück, in der eine inakzeptable Selbstrepräsentanz, die von Wut und Mordgelüsten erfüllt war, abgespalten und auf ihre Mutter projiziert wurde. Nach der Remission ihrer Psychose durch Medikation reintrojierte Frau A die Selbstrepräsentanz, die erneut unter der Verleugnung begraben wurde.

Der Patientin fehlt die psychologische Einstellung, mit der sie Probleme erkennen könnte, an denen sie in einer explorativen Therapie arbeiten müsste. Deshalb sind soziale Betreuung und eine Familientherapie erforderlich, um den Stressfaktor (d. h. den Bruder) zu entfernen und Frau A die Möglichkeit zu geben, ihre frühere Anpassung bei gleichzeitiger Medikation und unterstützender Psychotherapie weiterzuführen, um ihre Abwehrmechanismen aufrechtzuerhalten und weitere Stressfaktoren zu identifizieren. Es sind weitere Probleme bei der Einhaltung der vorgeschriebenen Behandlung zu erwarten, wenn ihr Bruder zurückkehrt.

Obwohl die Begrifflichkeit dieses Konzepts dynamisch ist, steht es insofern im Einklang mit dem biopsychosozialen Modell der Psychiatrie, das Engel (1977), Fink (1988) und andere verfechten, als es die genetische Disposition, die sozialen und familiären Einflüsse und die intrapsychischen Faktoren berücksichtigt.

## Zusammenfassung

---

Tabelle 3–1 fasst die Schritte einer gründlichen psychodynamischen Beurteilung zusammen. Die Beurteilung dient letztendlich dazu, die Richtung für den gesamten Behandlungsplan festzulegen. Der Fall von Frau A. zeigt, dass eine psychodynamische Diagnose und insbesondere ein psychodynamisches Konzept auch dann von Nutzen sein kann, wenn eine psychodynamische Behandlung kontraindiziert ist. Die Behandlung ist dennoch dynamisch geprägt. Die dynamische Beurteilung hilft bei allen Aspekten der Planung der Behandlung. Die Bewertung der Ich-Funktionen kann zur Entscheidung dessen beitragen, ob der Betreffende stationär oder ambulant behandelt werden sollte. So kann beispielsweise das Ausmaß der Impulskontrolle eine entscheidende Variable bei der Entscheidung dessen sein, ob der Patient überhaupt behandelt werden sollte, und wenn ja, wann er entlassen werden kann. Das dynamische Verständnis seiner Patienten kann dem Kliniker dabei helfen, abzuwägen, ob sie einer Empfehlung für eine Sexualtherapie, eine Verhaltensänderung, eine Familientherapie oder eine Gruppentherapie folgen würden. Und schließlich wird die Einhaltung des Medikationsregimes vom charakterologischen Substrat des jeweiligen Patienten abhängen. Die in den folgenden Kapiteln besprochenen Fälle zeigen, wie andere theoretische Modelle bei der Erarbeitung eines Konzepts verwendet werden können und wie die dynamische Beurteilung des Patienten die Richtung für den Behandlungsplan vorgibt.

---

**TABELLE 3–1:** Psychodynamische Beurteilung

---

**Vorgeschichte**

Aktuelle Krankheit unter Beachtung assoziativer Verbindungen und von Achse–IV-Stressfaktoren

Vorgeschichte mit Betonung darauf, wie sich die Vergangenheit in der Gegenwart wiederholt

Entwicklungsgeschichte

Familiäre Vorgeschichte

Kultureller / religiöser Hintergrund

**Untersuchung des mentalen Zustands**

Orientierung und Wahrnehmung

Kognition

Affekte

Handlungen

**Projektive psychologische Tests (falls erforderlich)****Körperliche und neurologische Untersuchung****Psychodynamische Diagnose**

Deskriptive DSM–IV–TR-Diagnose

Wechselwirkungen zwischen den Achsen I bis V

Merkmale des Ich

Stärken und Schwächen

Abwehrmechanismen und Konflikte

Verhältnis zum Über-Ich

**Art der Objektbeziehungen**

Familiäre Beziehungen

Übertragungs- und Gegenübertragungsmuster

Schlussfolgerungen über innere Objektbeziehungen

**Merkmale des Selbst**

Selbstwertgefühl und Selbstkohäsion

Selbstkontinuität

Grenzen des Selbst

Verhältnis zwischen Geist und Körper

**Bindungsmuster / Mentalisierungsfähigkeit**

Psychodynamisches Konzept unter Verwendung der obigen Informationen

---

## Literaturhinweise

---

- American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4<sup>th</sup> Edition. Text Revision. Washington, DC, American Psychiatric Association, 2000.
- Amini, F., Lewis, T., Lannon, R., et al.: Affect, attachment, memory: contributions toward psychobiologic integration. *Psychiatry* 59: 213–239, 1996.
- Andreasen, N. C., O'Leary, D. S., Cizadlo, T., et al.: Remembering the past: two faces of episodic memory explored with positron emission tomography. *Am J Psychiatry* 152: 1576–1585, 1995.
- Andrews, G., Tennant, C.: Editorial: life event stress and illness. *Psychol Med* 8: 545–549, 1978.
- Bellak, L., Hurvich, M., Gedimen, H. K.: Ego Functions in Schizophrenics, Neurotics, and Normals: A Systematic Study of Conceptual, Diagnostic, and Therapeutic Aspects. New York, Wiley, 1973.
- Deutsch, F., Murphy, W. F.: The Clinical Interview. Vol. 1: Diagnosis: A Method of Teaching Associative Exploration. New York, International Universities Press, 1955.
- Engel, G. L.: The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science* 196: 129–136, 1977.
- Fink, P. J.: Response to the presidential address: is „biopsychosocial“ the psychiatric shibboleth? *Am J Psychiatry* 145: 1061–1067, 1988.
- Fonagy, P.: Attachment Theory and Psychoanalysis. New York, Other Press, 2001.
- Freud, S.: Fragment of an analysis of a case of hysteria (1905), in: The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud. Vol. 7. Translated and edited by Strachey, J. London, Hogarth Press, 1953, S. 1–122.
- Gabbard, G. O.: Challenges in the analysis of adult patients with histories of childhood sexual abuse. *Canadian Journal of Psychoanalysis* 5: 1–25, 1997.
- Gabbard, G. O.: Long-Term Psychodynamic Psychotherapy: A Basic Text. Washington, DC, American Psychiatric Publishing, 2004.
- Gullestad, S. E.: The Adult Attachment Interview and psychoanalytic outcome studies. *Int J Psychoanal* 84: 651–668, 2003.
- Halperin, S.: The relevance of immigration in the psychodynamic formulation of psychotherapy with immigrants. *Int J Appl Psychoanal Studies* 1: 99–120, 2004.
- Holmes, T. H., Rahe, R. H.: Social Readjustment Rating Scale. *J Psychosom Res* 11: 213–281, 1967.
- Horowitz, M. J.: Formulation as a Basis for Planning Psychotherapy Treatment. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1997.
- Kernberg, O. F.: Severe Personality disorders: Psychotherapeutic Strategies. New Haven, CT, Yale University Press, 1984.

- Kwawer, J. S., Lerner, H. D., Lerner, P. M., et al. (Hrsg.): *Borderline Phenomena and the Rorschach Test*. New York, International Universities Press, 1980.
- Langs, R. J.: *The Bipersonal Field*. New York, Jason Aronson, 1976.
- Leary, K.: Racial enactments in dynamic treatment. *Psychoanalytic Dialogues* 10: 639–653, 2000.
- MacKinnon, R. A., Michels, R.: *The Psychiatric Interview in Clinical Practice*. Philadelphia, PA, WB Saunders, 1971.
- Menninger, K. A.: *Theory of Psychoanalytic Technique*. New York, Basic Books, 1958.
- Menninger, K. A., Mayman, M., Pryuser, P. W.: *A Manual for Psychiatric Case Study*. 2<sup>nd</sup> Edition. New York, Grune & Stratton, 1962.
- Perry, S., Cooper, A. M., Michels, R.: The psychodynamic formulation: its purpose, structure, and clinical application. *Am J Psychiatry* 144: 543–550, 1987.
- Pine, F.: *Drive, Ego, Object, and Self: A Synthesis for Clinical Work*. New York, Basic Books, 1990.
- Poland, W. S.: The analyst's witnessing and otherness. *J Am Psychoanal Assoc* 48: 16–35, 2000.
- Rapaport, D., Gill, M. M., Schafer, R.: *Diagnostic Psychological Testing*. Revised Edition. Edited by Holt, R. R. New York, International Universities Press, 1968.
- Reiser, M. F.: Are psychiatric educators „losing the mind“? *Am J Psychiatry* 145: 148–153, 1988.
- Schafer, R.: *Psychoanalytic Interpretation in Rorschach Testing: Theory and Application*. New York, Grune and Stratton, 1954.
- Shevrin, H., Sachtman, F.: The diagnostic process in psychiatric evaluations. *Bull Menninger Clin* 37: 451–494, 1973.
- Sperry, L., Gudeman, J. E., Blackwell, B., et al.: *Psychiatric Case Formulations*. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1992.
- Stein, H., Jacobs, N. J., Ferguson, K. S., et al.: What do adult attachment scales measure? *Bull Menninger Clin* 62: 33–82, 1998.
- Thomä, H., Kächele, H.: *Psychoanalytic Practice*. Vol. 1: Principles. Translated by Wilson, M., Roseveare, D. New York, Springer-Verlag, 1987.
- Waelder, R.: *Basic Theory of Psychoanalysis*. New York, International Universities Press, 1960.

## **KAPITEL 4**

# **BEHANDLUNG IN DER DYNAMISCHEN PSYCHIATRIE**

### *Individuelle Psychotherapie*

Der dynamische Psychiater zeichnet sich wohl dadurch aus, dass er die individuelle Psychotherapie beherrscht. Da sie aus der Psychoanalyse entstanden ist, betont die dynamische Psychiatrie die Nuancen der heilenden Beziehung zwischen dem Psychotherapeuten und dem Patienten. Wegen des begrenzten Umfangs ist hier nur eine kurze Übersicht über die allgemeinen Grundsätze möglich, die in der gewaltigen Menge der Literatur besprochen werden. Die Anwendung dieser Grundsätze bei einzelnen Störungen wird in den Teilen II und III dieses Buches erläutert. Lesern, die eine umfassendere Besprechung der individuellen Psychotherapie benötigen, empfehle ich eine der ausführlicheren Abhandlungen (Adler und Bachant 1998; Basch 1980; Busch 1995; Chessick 1974; Dewald 1964, 1971; Fromm-Reichmann 1950; Gabbard 2004; Luborsky 1984; McWilliams 2004; Ogden 1982; Roth 1987).

### **Das expressiv-supportive Kontinuum**

---

Die nach den technischen Grundsätzen der formalen Psychoanalyse entwickelte Psychotherapie wird mit einer Reihe verschiedener Namen bezeichnet: expressiv, dynamisch, psychoanalytisch orientiert, einsichtorientiert, explorativ, aufdeckend und intensiv, um nur einige zu

nennen. Diese Form der Behandlung, die auf die Analyse der Abwehrmechanismen und die Erforschung der Übertragung ausgerichtet ist, wird traditionell als etwas vollkommen anderes betrachtet als eine andere, die unter der Bezeichnung supportive Psychotherapie bekannt ist. Letztere, die stärker auf die Unterdrückung unbewusster Konflikte und die Stärkung der Abwehrmechanismen ausgerichtet ist, wird weithin als der expressiven Therapie unterlegen betrachtet. Das hat sich auch in der klinischen Maxime niedergeschlagen, die seit Langem als Leitfaden für Psychotherapeuten gilt: „Sei so expressiv, wie Du kannst, und so supportiv, wie Du musst“ (Wallerstein 1986, S. 688).

Zahlreiche Autoren haben diese traditionelle Dichotomie infrage gestellt (Gabbard 2004; Horwitz et al. 1996; Pine 1976, 1986; Wallerstein 1986; Werman 1984; Winston et al. 2004). Eines der Probleme mit dieser Unterscheidung besteht darin, dass sie impliziert, die supportive Psychotherapie sei nicht psychoanalytisch orientiert. In der Praxis aber ist in vielen Formen der supportiven Psychotherapie jeder Schritt vom psychoanalytischen Verständnis bestimmt. Außerdem erscheinen die expressive und die supportive Psychotherapie durch die Dichotomie als völlig unterschiedliche Behandlungsformen, während sie nur selten in ihrer reinen Form vorkommen (Wallerstein 1986; Werman 1984). Und schließlich hat das höhere Prestige der expressiven Psychotherapie oder der Psychoanalyse zu der Annahme geführt, eine Veränderung, die durch Einsicht oder die Lösung intrapsychischer Konflikte erreicht wurde, sei irgendwie mehr wert als eine durch supportive Techniken herbeigeführte. Es gibt keine Fakten, die diese Annahme belegen. Es gibt keine Beweise dafür, dass die durch eine expressive Psychotherapie erreichten Veränderungen in irgendeiner Weise besser oder dauerhafter wären als die durch eine supportive Psychotherapie erreichten (Wallerstein 1986).

Beim Abschluss einer groß angelegten Studie mit 42 Patienten in The Menninger Foundation Psychotherapy Research Project stellte Wallerstein (1986) fest, dass alle Formen der Psychotherapie eine Mischung aus expressiven und supportiven Elementen enthalten und die durch die supportiven Elemente herbeigeführten Veränderungen den durch die expressiven Elemente erreichten in nichts nachstehen. Statt die expressive und die supportive Psychotherapie als unterschiedliche Behandlungsformen einzuordnen, sollten wir die Psychotherapie also als einen Vorgang betrachten, der auf einem expressiv-supportiven Kontinuum stattfindet, was der Realität der klinischen Praxis und den Erkenntnissen aus der empirischen Forschung viel näherkommt. Bei bestimmten Patienten und in bestimmten Abschnitten der Therapie liegt der Schwerpunkt eher auf den expressiven Elementen, bei anderen Patienten und in anderen Phasen ist eine stärkere Betonung der supportiven Elemente erforderlich. Wie Wallerstein (1986) festgestellt hat: „Eine ordentliche Therapie ist immer sowohl expressiv als auch supportiv (auf unterschiedliche Weise), und die entscheidende Frage bei



jeder Therapie sollte stets sein, *wie* und *wann* expressiv und *wie* und *wann* supportiv vorzugehen ist“ (S. 689).

Die treffendste Bezeichnung für eine nach diesem Kontinuum durchgeführte Therapie ist *expressiv-supportiv* oder *supportiv-expressiv*. Selbst die Psychoanalyse, die am äußersten expressiven Ende des Kontinuums angesiedelt ist, enthält supportive Elemente, die sich aus der Behandlungsstruktur als solcher und der Zusammenarbeit des Analytikers und des Patienten im Interesse bestimmter Ziele ergeben (Luborsky 1984). Ebenso führen auch die meisten supportiven Psychotherapien, die am entgegengesetzten Ende des Kontinuums stehen, zu einem gewissen Maß an Einsicht und Verständnis. Dementsprechend wechselt der effektive dynamische Psychiater während des Psychotherapieprozesses je nach den jeweils aktuellen Bedürfnissen des Patienten flexibel zwischen den Positionen des expressiv-supportiven Kontinuums.

Das Konzept des expressiv-supportiven Kontinuums bietet einen Rahmen für die Überlegungen zu den Zielen, den Merkmalen und den Indikationen für die individuelle Psychotherapie. Jedes dieser Elemente ändert sich entsprechend, wenn wir uns auf dem Kontinuum hin und her bewegen.

## Expressiv-supportive Psychotherapie

---

### Ziele

Ursprünglich galten Einsicht und Verständnis stets als höchste Ziele der Psychoanalyse und der aus den Grundsätzen der Psychoanalyse abgeleiteten Psychotherapie. Seit den 1950er Jahren aber findet die Vorstellung, dass die therapeutische Beziehung an sich, unabhängig davon, inwieweit sie zu Einsichten führt, eine heilende Wirkung hat, zunehmende Zustimmung. Loewald (1957/1980) stellte fest, dass der Prozess der Veränderung „nicht einfach durch die technische Fertigkeit des Analytikers in Gang gesetzt wird, sondern durch die Tatsache, dass sich der Analytiker für die Entwicklung einer neuen ‚Objektbeziehung‘ zur Verfügung stellt“ (S. 224).

Obwohl sich die meisten psychoanalytischen Therapeuten für Ziele aussprechen, die mit Einsicht und einer therapeutischen Beziehung verbunden sind, gibt es Unterschiede darin, auf welcher Dimension der Schwerpunkt liegt. Die einen konzentrieren sich mehr auf die Konfliktlösung durch Interpretation, die anderen betonen die Bedeutung der Entwicklung von Authentizität oder des „wahren Selbst“ (Winnicott 1962/1976). Manche Therapeuten sind ehrgeiziger, was die Therapieergebnisse betrifft, andere verstehen den Psychotherapieprozess als Suche nach der Wahrheit über einen selbst (Grinberg 1980). Wieder andere sind der Ansicht, das Ziel sollte die Fähigkeit der

Reflexion über die eigene innere Welt sein (Aron 1998). Kleinianer würden das Ziel in der Reintegration von Aspekten des Selbst sehen, die zuvor durch projektive Identifizierung verloren gegangen sind (Steiner 1989). Diejenigen, die unter dem Einfluss der Bindungstheorie stehen (Fonagy 2001), würden als Ziel die Verbesserung der Fähigkeit zur Mentalisierung nennen.

Aus der Sicht der Objektbeziehungen besteht ein Ziel der Psychotherapie in der Verbesserung der Beziehungen des Patienten, ungeachtet dessen, ob sie eher auf der supportiven oder auf der expressiven Seite des Kontinuums anzusiedeln ist. Dadurch, dass sich die inneren Objektbeziehungen im Laufe der Psychotherapie ändern, ist der Patient in der Lage, andere Menschen anders wahrzunehmen und ihnen anders zu begegnen. In der heutigen Praxis begeben sich Menschen mit größerer Wahrscheinlichkeit deswegen in Behandlung, weil sie mit der Qualität ihrer Beziehungen unzufrieden sind, als wegen spezifischer Symptome, wie es zu Freuds Zeiten der Fall war. Somit kann man dieses Ziel gar nicht überbetonen. In einer empirischen Studie zur Analyse (Kantrowitz et al. 1987) wurde durch projektive psychologische Tests vor und nach der Behandlung gezeigt, dass die Analyse eine statistisch signifikante Verbesserung der Qualität der Objektbeziehungen bewirkt.

Bei der selbstpsychologisch orientierten Psychotherapie betreffen die Ziele die Stärkung der Kohäsion des Selbst und die Unterstützung des Patienten bei der Wahl reiferer Selbstobjekte, wie in Kapitel 2 angedeutet. Mit Kohuts (1984) Worten: „Das Wesentliche der psychotherapeutischen Heilung liegt in der neu erworbenen Fähigkeit des Patienten, geeignete Selbstobjekte zu identifizieren und auszusuchen, wenn sie sich in seiner realen Umgebung darbieten, und von ihnen unterstützt zu werden“ (S. 77).

Das Ziel der auf der supportiven Seite des Kontinuums angesiedelten Psychotherapie besteht in erster Linie darin, dem Patienten zu helfen, sich an Stressfaktoren zu gewöhnen, wobei Einsichten bezüglich unbewusster Wünsche und Abwehrmechanismen vermieden werden (Roskin 1982). Der Therapeut ist bemüht, die Abwehrmechanismen zu stärken, um die Anpassungsfähigkeit des Patienten zu fördern, damit er mit den Stressfaktoren des täglichen Lebens umgehen kann. Im Interesse dieses Ziels wird häufig eine frühere Funktionsstufe des Patienten wiederhergestellt, die durch eine Krise beeinträchtigt wurde. Da supportive Techniken oft bei Patienten mit gravierenden Ich-Schwächen eingesetzt werden, ist außerdem der Aufbau des Ich ein wesentlicher Aspekt supportiver Psychotherapien. Der Therapeut kann beispielsweise als Hilfs-Ich dienen, um dem Patienten zu helfen, die Realität präziser wahrzunehmen oder die Folgen seiner Handlungen einzuschätzen und dadurch seine Urteilsfähigkeit zu verbessern. Winston et al. (2004) stellen einen systematischen Ansatz für die supportive Psychotherapie vor, der auf die Bedürfnisse des einzelnen Patienten zugeschnitten ist.

## Dauer

Die Dauer der expressiv-supportiven Psychotherapie ist im Wesentlichen unabhängig vom expressiv-supportiven Kontinuum. Ausgesprochen supportive und ausgesprochen expressive Therapien können kurz oder lang sein. In manchen Fällen kann die Psychoanalyse weit über 5 Jahre dauern, und manche supportiven Behandlungen dauern sogar noch länger. Es gibt jedoch auch Fälle, in denen eine einzige supportive oder expressive Therapiesitzung (oder Konsultation) eine große therapeutische Wirkung hat.

Es gibt unterschiedliche Definitionen einer kurzen beziehungsweise langen dynamischen Psychotherapie. In diesem Buch bezeichne ich Behandlungen, die länger als 6 Monate oder 24 Wochen dauern, als *langfristige Psychotherapien* (Gabbard 2004). Die meisten langfristigen Therapien haben ein offenes Ende, bei manchen wird jedoch schon zu Beginn die Anzahl der Sitzungen festgelegt. In diesem Teil befasse ich mich mit der langfristigen dynamischen Therapie und komme gegen Ende des Kapitels auf die kurze Therapie zu sprechen.

## Häufigkeit der Sitzungen

Im Gegensatz zur Länge der Therapie korreliert die Anzahl der Sitzungen in hohem Maße mit dem expressiv-supportiven Kontinuum. Grundsätzlich ist die Zahl der wöchentlichen Sitzungen bei Therapien, die auf der expressiven Seite des Kontinuums angesiedelt sind, größer. Die Psychoanalyse, eine extrem expressive Behandlung, erfolgt gewöhnlich in vier bis fünf Sitzungen pro Woche, in denen der Patient auf der Couch liegt und der Analytiker hinter der Couch sitzt. Je weiter man sich auf dem Kontinuum nach rechts bewegt, erfolgen stark expressive Formen der Psychotherapie in ein bis drei Sitzungen pro Woche, in denen der Patient aufrecht sitzt. Bei Psychotherapien mit überwiegend supportiven Zielen dagegen finden selten mehr als zwei Sitzungen und gewöhnlich eine Sitzung pro Woche oder weniger statt. Es ist nicht ungewöhnlich, supportive Behandlungen einmal im Monat durchzuführen.

Die Frage der Häufigkeit hängt mit der Rolle der Übertragung im psychotherapeutischen Prozess (die in einem späteren Teil dieses Kapitels besprochen wird) zusammen. Die klinische Erfahrung hat gezeigt, dass die Übertragung mit einer steigenden Zahl von Sitzungen stärker wird. Da sich die expressiveren Formen der Behandlung auf die Übertragung konzentrieren, treffen die Therapeuten ihre Patienten nach Möglichkeit mehr als einmal pro Woche. Im Gegensatz dazu ist die Übertragung bei supportiven Prozessen von geringerer Bedeutung, sodass nicht mehr als eine Sitzung pro Woche erforderlich ist. Und während stark expressive Behandlungen fast ausnahmslos in Sitzungen von 45 oder 50 Minuten durchgeführt werden, ist die Handhabung der Zeit bei supportiven Formen flexibler. Patienten, die einen häufigeren

supportiven Kontakt mit ihrem Therapeuten brauchen, bringen zwei Sitzungen von je 25 Minuten mehr als eine Sitzung von 50 Minuten.

Die Realität in der psychiatrischen Praxis sieht so aus, dass praktische Angelegenheiten bei der Bestimmung der Häufigkeit der Sitzungen durchaus stärker ins Gewicht fallen als theoretische Überlegungen. Es kann vorkommen, dass sich ein Patient nur eine Sitzung pro Woche leisten kann, auch wenn drei besser für ihn wären. Oder er kann seinen Psychiater wegen einer ungünstigen Arbeitszeiteinteilung oder der Verkehrsverhältnisse nur einmal pro Woche aufsuchen. Bevor er solche Einschränkungen akzeptiert, sollte der Therapeut jedoch bedenken, dass sich Widerstand häufig hinter bequemen Ausflüchten verbirgt. Eine Prüfung dieser praktischen Einschränkungen kann ergeben, dass der Patient im Hinblick auf Zeit und Geld flexibler ist, als es auf den ersten Blick scheint.

## Freie Assoziation

Die freie Assoziation wird oft als die wichtigste Form der Mitteilung des Patienten gegenüber dem Arzt betrachtet. Dazu muss der Patient seine normale Kontrolle über seine Gedankenprozesse lockern, um aussprechen zu können, was ihm gerade einfällt, ohne seine Worte oder Gedanken zu zensieren. Die Realität sieht so aus, dass Widerstände den Patienten unweigerlich behindern, wenn er versucht, frei zu assoziieren. Es wird oft, nur zum Teil scherzhaft, bestätigt, dass ein Patient, der in der Lage ist, ohne die Interferenz von Widerständen frei zu assoziieren, wohl reif für die Entlassung ist. Außerdem kann er die freie Assoziation selbst auch als Widerstand einsetzen, um nicht auf eine bestimmte Angelegenheit in seiner aktuellen Lebenssituation eingehen zu müssen (Greenson 1967).

Die freie Assoziation ist auch bei stark expressiven Therapien von Nutzen, wenn auch selektiver als in der Analyse. So kann der Therapeut den Patienten beispielsweise bitten, zu verschiedenen Elementen eines Traums zu assoziieren und so sowohl sich selbst als auch dem Therapeuten zu helfen, unbewusste Verbindungen zu verstehen, die eine Interpretation des Traums ermöglichen.

Je weiter man sich auf dem Kontinuum in Richtung der eher supportiven Behandlungen bewegt, desto weniger nützlich ist die freie Assoziation. Wie Greenson (1967) betont hat, erfordert der Prozess ein reifes und gesundes Ich, damit die Unterscheidung zwischen dem beobachtenden Ich und dem erlebenden Ich beibehalten werden kann. Patienten mit Ich-Schwächen, die zu Psychosen neigen, zeigen möglicherweise stärkere Regressionen, wenn man sie in einem supportiven Prozess frei assoziieren lässt. Außerdem fehlt bei ihnen häufig die Fähigkeit des Ich, über ihre Assoziationen zu reflektieren und sie zu einem bedeutsamen und kohärenten Verständnis unbewusster Angelegenheiten zu integrieren.

## Neutralität, Anonymität und Zurückhaltung

Freud hat zwischen 1912 und 1915 eine Reihe von Anleitungen zur Technik veröffentlicht, die zur Grundlage dessen geworden sind, was häufig als „klassisches“ Behandlungsmodell bezeichnet wird. Aus diesen Schriften wurden Grundsätze wie Neutralität, Anonymität und Zurückhaltung abgeleitet. Seit einigen Jahren sind diese Konzepte jedoch sehr umstritten, weil immer deutlicher geworden ist, dass sich die Art und Weise, wie Freud tatsächlich praktizierte, beträchtlich von den Empfehlungen in seinen Schriften zur Technik unterschied (Lipton 1977; Lohser und Newton 1996). Während Freud Analytikern zeitweise riet, sich emotional zu distanzieren, nichts von sich selbst zu zeigen und all ihre Gefühle beiseitezulassen, belegen schriftliche Berichte seiner Patienten, dass er hinsichtlich seiner Stimmung offen war, oft tratschte, seine Meinung über Menschen, Kunstwerke und aktuelle politische Fragen äußerte und mit Begeisterung als „echter Mensch“ teilnahm. Seine eigene Subjektivität war offensichtlich. Seine schriftlichen Anleitungen zur Technik resultierten offenbar eher aus seiner Sorge darüber, was das Ausleben der Gegenübertragung bei seinen Kollegen anrichten könnte, als dass sie das wiedergaben, was er für das Beste hielt, um den analytischen Prozess voranzutreiben.

Freud war in seinen Schriften zur Technik in Wirklichkeit nicht so streng, wie er manchmal dargestellt wird. Er schwankte vielmehr zwischen der Befürwortung von Flexibilität und Takt auf der einen und autoritärer Anweisungen auf der anderen Seite. Sein Übersetzer James Strachey und seine Schüler spielten Ersteres herunter und betonten Letzteres in übertriebenem Maße.

Der wohl am meisten missverstandene Aspekt der Technik der Psychoanalyse und der Psychotherapie ist wohl die Neutralität. Freud hat nicht einmal das Wort in seinen Schriften verwendet. James Strachey hat das deutsche *Indifferenz* mit „neutrality“ übersetzt, obwohl das deutsche Wort eher ein Element der emotionalen Beteiligung des Analytikers als seine Distanziertheit impliziert. Es wird häufig fälschlicherweise in der Bedeutung von Kälte und Distanziertheit verstanden (Chessick 1981). Selbst bei den expressivsten Behandlungsformen ist emotionale Wärme ein notwendiger Bestandteil der therapeutischen Beziehung. Ebenso ist das Interesse an der einmaligen Situation des Patienten unerlässlich für die Schaffung einer harmonischen Atmosphäre.

Therapeuten, die den zwischenmenschlichen Bereich der Therapie verlassen, indem sie eine distanzierte, unbeteiligte Haltung einnehmen, verringern ihre Effizienz, indem sie sich vor der inneren Objektwelt des Patienten verschließen (Hoffman und Gill 1988). Es herrscht weithin Einigkeit darüber, dass der Therapeut spontan, aber vorübergehend, diszipliniert und parteiisch am Therapieprozess teilnimmt (Gabbard 1995; Hoffman und Gill 1988; Mitchell 1997; Racker 1968; Renik 1993; Sandler 1976). Wie Freuds Praxis gezeigt hat, besteht eine gewisse Subjektivität (Renik 1993), die durch die Maske der Anonymität nicht eliminiert werden kann. Außerdem gewinnt ein

Therapeut, der es sich erlauben kann, auf die unbewussten Versuche des Patienten, ihn zu einem Objekt der Übertragung zu machen, zu reagieren, einen weitaus umfassenderen Einblick in dessen innere Welt. Gegebenenfalls erkennt er Gegenübertragungsgefühle erst, nachdem er wie eines der projizierten inneren Objekte oder der Selbstrepräsentanzen des Patienten reagiert hat (Sandler 1976; siehe auch Gabbard 1995). Wie in Kapitel 1 erwähnt, ist die Gegenübertragung, die durch die Subjektivität des Therapeuten und durch die projizierten inneren Repräsentanzen des Patienten zustande kommt, eine Quelle wertvoller Informationen im Behandlungsprozess.

Die Bedeutung von *neutrality*, die sich heute der größten Akzeptanz erfreut, ist die einer nicht urteilenden Haltung bezüglich des Verhaltens, der Gedanken, der Wünsche und der Gefühle des Patienten. Anna Freud (1936/1966), die diesen Begriff nicht verwendet hat, war der Ansicht, der Analytiker sollte jeweils den gleichen Abstand zum Es, zum Ich, zum Über-Ich und zu den Anforderungen der äußeren Wirklichkeit wahren. Therapeuten äußern privat häufig Urteile über das, was der Patient sagt oder tut, und es kann vorkommen, dass ein spontaner, engagierter Therapeut dem Patienten diese Urteile auf nonverbale Weise, wenn nicht sogar offen mitteilt. Greenberg (1986) definierte *neutrality* neu, und zwar als eine Haltung der gleichen Distanz zum alten Objekt aus der Vergangenheit des Patienten und zum neuen Objekt des Therapeuten in der Gegenwart. Diese Begrifflichkeit gibt den inneren Prozess des Therapeuten möglicherweise genauer wieder. Der Therapeut wird in eine durch die innere Welt des Patienten ausgelöste Rolle gedrängt und versucht dann, sich aus dieser zu befreien, um darüber zu reflektieren, was zwischen dem Patienten und dem Therapeuten vorgeht.

Auch *Anonymität* wurde in der Praxis der Gegenwart neu definiert. Freud (1912/1958) schrieb, der Analytiker sollte die Undurchsichtigkeit eines Spiegels anstreben, doch die Analytiker und analytischen Therapeuten von heute haben erkannt, dass die Anonymität ein mythisches Konstrukt ist. In der Praxis des Therapeuten befinden sich überall Fotos, Bücher und andere Gegenstände, die mit seinen persönlichen Interessen verbunden sind. Wenn der Therapeut spricht, zeigt sowohl das, was er sagt, als auch die Art und Weise, wie er reagiert, seine Subjektivität überaus deutlich. Das heißt, der Mensch gibt durch nonverbale und verbale Äußerungen ständig etwas über sich preis. Die meisten Analytiker und analytischen Therapeuten aber wissen den Wert einer gewissen Zurückhaltung auch heute zu schätzen. Sehr persönliche Einzelheiten über die eigene Familie oder die eigenen persönlichen Probleme des Psychiaters mitzuteilen, ist selten von Nutzen und kann den Patienten auf eine Weise belasten, die zu einem Rollentausch führt, sodass der Patient das Gefühl hat, er müsse dem Therapeuten helfen. Ebenso kann es zerstörerisch sein, harte Urteile über die Gedanken, die Gefühle oder die Handlungen des Patienten zu fällen, weil seine Selbstkritik dadurch verstärkt wird. Andererseits können solche Urteile nötig sein, wenn der Patient kurz vor einer selbstzerstörerischen Handlung steht.

Der dritte der häufig missverstandenen Begriffe ist *Zurückhaltung*. Freud vertrat die Ansicht, der Therapeut müsse die Befriedigung von Übertragungswünschen verweigern, um sie analysieren zu können. Heute wird weithin anerkannt, dass während der gesamten Behandlung eine teilweise Befriedigung der Übertragung stattfindet. Das Lachen des Therapeuten als Reaktion auf einen Witz, das empathische Zuhören, das ein wesentlicher Bestandteil der Psychotherapie ist, und die Wärme und das Verständnis, die der Therapeut dem Patienten entgegenbringt, sind für den Patienten befriedigend. Das Konzept der Grenzen der Therapie oder Analyse setzt der körperlichen Beziehung Grenzen, sodass psychologische und emotionale Grenzen mittels der Prozesse der Empathie, der projektiven Identifizierung und der Introjektion überschritten werden können (Gabbard und Lester 2003). Ein guter Therapeut lacht frei heraus über einen Witz, den sein Patient erzählt, und bricht möglicherweise in Tränen aus, wenn er eine traurige Geschichte hört. Vielleicht begrüßt er den Patienten auch begeistert, wenn dieser ankommt. Hinsichtlich der Erfüllung sexueller Wünsche und anderer Formen der potenziellen Ausnutzung des Patienten zur Befriedigung seiner eigenen Bedürfnisse aber übt er sich in Zurückhaltung.

## Maßnahmen

Die Maßnahmen, die der Therapeut ergreift, können in acht Kategorien entlang dem expressiv-supportiven Kontinuum eingeordnet werden: 1. Interpretation, 2. Beobachtung, 3. Konfrontation, 4. Klärung, 5. Ermutigung zur weiteren Ausführung, 6. empathische Bestätigung, 7. Maßnahmen der Psychoedukation und 8. Rat und Lob (Abbildung 4-1).

### *Interpretation*

In den meisten expressiven Behandlungsformen gilt die Interpretation als wichtigstes Instrument des Therapeuten (Greenson 1967). In ihrer einfachsten Form bedeutet Interpretation, etwas bewusst zu machen, das zuvor unbewusst war. Eine Interpretation ist eine erklärende Feststellung, die ein Gefühl, einen Gedanken, ein Verhalten oder ein Symptom mit seiner unbewussten Bedeutung oder seinem unbewussten Ursprung verbindet. Beispielsweise kann der Therapeut einem Patienten, der zu spät kommt, sagen: „Vielleicht sind Sie zu spät gekommen, weil Sie befürchtet haben, ich würde genauso auf Ihren jetzigen Erfolg reagieren, wie Ihr Vater reagiert hat.“ Ja nachdem, in welchem Stadium sich die Therapie befindet und inwieweit der Patient zum Zuhören bereit ist, können sich die Interpretationen auf die Übertragung (wie in diesem Fall), auf Fragen der externen Übertragung, auf die frühere oder aktuelle Situation des Patienten oder auf die Widerstände oder Fantasien des Patienten

konzentrieren. Ein diesbezüglicher Grundsatz lautet, dass der Therapeut unbewusste Inhalte nicht über die Interpretation anspricht, ehe sie beinahe bewusst und somit für das Bewusstsein des Patienten leicht zugänglich sind.

### *Beobachtung*

Die Beobachtung geht nicht so weit wie die Interpretation, da sie nicht versucht, unbewusste Bedeutungen zu erklären oder kausale Verbindungen herzustellen. Der Therapeut nimmt lediglich ein nonverbales Verhalten, ein Muster im Therapieprozess, die Spur einer Emotion im Gesicht des Patienten oder die Abfolge der Bemerkungen wahr. Er sagt dann beispielsweise: „Mir ist aufgefallen, dass Sie jedes Mal, wenn Sie zu Beginn der Sitzung meine Praxis betreten, ziemlich verängstigt zu sein scheinen und den Stuhl nach hinten an die Wand ziehen, bevor Sie sich setzen. Was sagen Sie dazu?“ Wie in diesem Beispiel spekuliert der Therapeut nicht über das Motiv für das Verhalten, sondern ermutigt den Patienten zur Mitarbeit in der Angelegenheit.

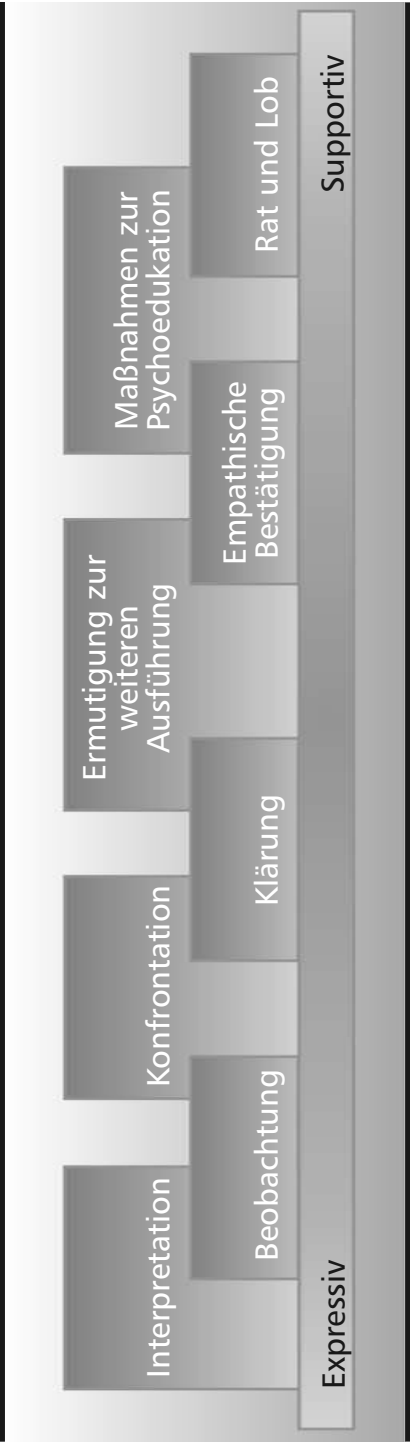
### *Konfrontation*

Eine weitere äußerst expressive Maßnahme ist die Konfrontation, bei der etwas angesprochen wird, das der Patient nicht akzeptieren will, oder die Tatsache, dass der Patient etwas meidet oder herabspielt. Anders als bei der Beobachtung, die gewöhnlich auf etwas abzielt, dessen sich der Patient nicht bewusst ist, werden bei der Konfrontation normalerweise bewusste Inhalte angesprochen, die der Patient meidet. Die Konfrontation, die häufig auf sanfte Art erfolgt, hat im allgemeinen Sprachgebrauch unglücklicherweise eine aggressive oder schroffe Konnotation. Das folgende Beispiel zeigt, dass Konfrontation nicht unbedingt eindringlich oder feindlich ist: In der letzten Sitzung einer langfristigen Therapie sprach der Patient ausführlich über die Probleme mit seinem Auto, die er auf dem Weg zur Sitzung gehabt hatte. Der Therapeut sagte: „Ich denke, Sie sprechen lieber über Ihr Auto als über die Traurigkeit, die Sie empfinden, weil dies unsere letzte Sitzung ist.“

### *Klärung*

Ein Stück weiter auf dem Kontinuum von expressiven bis supportiven Maßnahmen steht die Klärung, die eine Neuformulierung oder Zusammenfassung der Äußerungen des Patienten ist und dazu dient, eine Übersicht über das zu erhalten, was gesagt wird. Die Klärung unterscheidet sich von der Konfrontation, weil das Element des Verleugnens oder des





4ABBILDUNG 4-1: DAS EXPRESSIV-SUPPORTIVE KONTINUUM DER MAßNAHMEN

Herabspielens fehlt. Eine Klärung soll dem Patienten helfen, etwas zu artikulieren, das sich schwer in Worte fassen lässt.

### *Ermutigung zur weiteren Ausführung*

In der Mitte des Kontinuums stehen Maßnahmen, die an sich weder supportiv noch expressiv sind. Die *Ermutigung zur weiteren Ausführung* kann in groben Zügen als Anfrage nach Informationen über ein Thema definiert werden, das der Patient angesprochen hat. Sie kann eine offene Frage wie „Was fällt Ihnen dazu ein?“ oder eine gezieltere Aufforderung wie „Erzählen Sie mir mehr über Ihren Vater“ sein. Solche Maßnahmen werden sowohl in den expressivsten als auch in den ausgesprochen supportiven Behandlungen häufig angewandt.

### *Empathische Bestätigung*

Mit der empathischen Bestätigung zeigt der Therapeut, dass er sich empathisch auf den inneren Zustand des Patienten eingestellt hat. Eine typische bestätigende Bemerkung ist: „Ich kann verstehen, weshalb Sie das so deprimiert“ oder „Es tut weh, wenn man so behandelt wird“. Nach Ansicht der Selbstpsychologen ist das Eintauchen in die innere Erfahrung des Patienten unerlässlich, und zwar ungeachtet dessen, wo die Therapie auf dem expressiv-supportiven Kontinuum angesiedelt ist (Kohut 1984; Ornstein 1986). Wenn der Patient spürt, dass der Therapeut seine subjektiven Erfahrungen versteht, akzeptiert er Interpretationen eher. Auch zustimmende Maßnahmen (Killingmo 1995) werden möglicherweise ebenfalls als empathische Bestätigungen verstanden. Der Therapeut eines Patienten, der als Kind missbraucht worden ist, könnte zum Beispiel sagen: „Sie haben allen Grund, wütend auf Ihren Vater zu sein.“

### *Maßnahmen der Psychoedukation*

Bei Maßnahmen der Psychoedukation gibt der Therapeut Informationen an den Patienten weiter, die er aufgrund seiner Ausbildung und seiner Kenntnisse hat. So könnte ein Therapeut beispielsweise den Unterschied zwischen Trauer und Depression erklären.

### *Rat und Lob*

Die Kategorie Rat und Lob umfasst zwei Maßnahmen, die dadurch miteinander verbunden sind, dass sie bestimmte Handlungen sowohl vorschreiben als auch

bestätigen. Rat bedeutet unmittelbare Vorschläge an den Patienten dazu, wie er sich verhalten sollte, während durch Lob bestimmte Verhaltensweisen des Patienten mittels Zustimmung bestätigt werden. Ein Beispiel für Ersteres ist: „Ich denke, Sie sollten die Beziehung zu diesem Mann sofort abbrechen.“ Ein Beispiel für Letzteres lautet: „Ich freue mich sehr, dass Sie es geschafft haben, ihm zu sagen, dass Sie sich nicht mehr mit ihm treffen werden.“ Diese Bemerkungen sind in Relation zu den traditionellen psychoanalytischen Maßnahmen am entgegengesetzten Ende angesiedelt, weil sie Abweichungen von der Neutralität darstellen und die Autonomie der Entscheidungen des Patienten bis zu einem gewissen Grad einschränken.

In der überwiegenden Mehrzahl der Psychotherapieprozesse kommen all diese Maßnahmen irgendwann im Laufe der Behandlung zur Anwendung. Eine Therapie wird jedoch anhand dessen als überwiegend expressiv oder überwiegend supportiv bewertet, welche Art von Maßnahmen in erster Linie eingesetzt werden. Die Einordnung der Maßnahmen auf dem Kontinuum ist nicht in Stein gemeißelt.

Pine (1986) und Horwitz et al. (1996) befürworteten supportive Techniken, um „den Schlag“ von Interpretationen in der supportiven Therapie sensibler Patienten „zu dämpfen“. Werman (1984, S. 83) empfahl „Aufwärts-Interpretationen“ für Übertragungsverhalten oder -gefühle, um sie eher mit aktuellen Situationen als mit frühen Erfahrungen in Verbindung zu bringen und so Regressionen bei Patienten mit einer schweren Ich-Schwäche zu verhindern. Diese Maßnahmen sind Umkehrungen klassischer Interpretationen, da sie bewusste und nicht unbewusste Erklärungen für das Verhalten oder die Gefühle des Patienten liefern.

## Übertragung

Freud sagte gerne, es sei die Konzentration auf Übertragung und Widerstand, die einen Therapieprozess zu einem psychoanalytischen macht. Selbstverständlich achtet man bei allen Formen der dynamisch orientierten Psychotherapie besonders auf die Übertragung. Die jeweilige Art und Weise, wie die Übertragung angesprochen wird (oder nicht), ist jedoch je nach der expressiv-supportiven Dimension sehr verschieden. In der formalen Psychoanalyse sind das Hervorheben und das Verstehen der Übertragung von höchster Bedeutung, auch wenn heutige Analytiker eher von einer Reihe von Übertragungen als von *der* Übertragung sprechen (Westen und Gabbard 2002). In der Behandlung ein und desselben Patienten kann es zu Übertragungen der Mutter, des Vaters und der Geschwister kommen.

Sowohl in der Psychoanalyse als auch in der expressiven Psychotherapie wird die Interpretation der Übertragung und der externen Übertragung gleichermaßen angewandt. Die Psychotherapie ist womöglich etwas

eingeschränkter als die Psychoanalyse, indem sie sich auf die Übertragungsneigungen konzentriert, die am engsten mit den aktuellen Problemen zusammenhängen (Roskin 1982). In der Praxis aber sind die Unterschiede zwischen Psychoanalyse und expressiver Psychotherapie unklar und schwer auszumachen.

Wie in Kapitel 1 ausgeführt, wird die Übertragung heute oft als bidimensionales Phänomen betrachtet, das zum einen die Wiederholung einer früheren Erfahrung mit alten Objekten und zum anderen die Suche nach einem neuen Objekt oder einer neuen Selbstobjekterfahrung umfasst, das/die für den Patienten reparativ und korrektiv ist. Zudem ist die Vorstellung von der Übertragung als Verzerrung komplexer geworden. Der Therapeut muss bei der Interpretation der Übertragung einen „Schuld zuweisenden“ Ansatz vermeiden, weil der Patient möglicherweise zu Recht auf tatsächliche Verhaltensweisen oder Einstellungen des Therapeuten reagiert. Der Therapeut muss sich einer ständigen Selbstprüfung unterziehen, um zwischen dem sich wiederholenden, „schablonenhaften“ Aspekt der Übertragung, die aus der inneren Welt des Patienten stammt, und seinen eigenen Beiträgen zur Interaktion unterscheiden zu können (Gabbard 1996; Hoffman 1998; Mitchell 1997).

Auch bei Therapien, die in erster Linie supportiv sein sollen, muss der Therapeut die Entwicklung der Übertragungen und die Gegenübertragungsreaktionen beobachten. Die Übertragung wird innerlich registriert, gegenüber dem Patienten aber normalerweise nicht angesprochen oder interpretiert. Das Behandlungsziel, das durch den Verzicht auf Interpretation verfolgt wird, besteht darin, eine positive dependente Übertragung auszulösen, ohne sie zu interpretieren (Wallerstein 1986). Diese Übertragungsbindung ist der Mechanismus der „Übertragungsheilung“, bei der es dem Patienten besser geht, um es dem Therapeuten recht zu machen. Obwohl auf diese Weise erreichte Veränderungen üblicherweise als von geringerem Wert denn durch die Lösung von Konflikten herbeigeführte abgetan werden, lassen Forschungsergebnisse darauf schließen, dass sie stabil und dauerhaft sind (Horwitz 1974; Wallerstein 1986).

## Widerstand

Wie in Kapitel 1 erwähnt, treten durch Widerstand die charakterologischen Abwehrmechanismen des Patienten in der Therapiesituation zutage. Bei expressiveren Therapien gehören die Analyse und das Verstehen des Widerstands zur täglichen Arbeit des Therapeuten. Wenn der Patient beispielsweise ständig zu spät zu den Sitzungen erscheint oder in den Sitzungen beharrlich schweigt, wird der Therapeut diese Widerstände womöglich eher mit Interesse und Neugier betrachten, statt sie als herausforderndes oder absichtliches Verhalten zu bewerten. Gegen Widerstände ist mit Vorschriften

oder Tadel nichts auszurichten. Vielmehr nimmt der Therapeut die Hilfe des Patienten in Anspruch, um den Ursprung des jeweiligen Widerstands verstehen zu können, und spricht ihn dann in Form einer Interpretation an.

Widerstand, der mit Übertragung zu tun hat, wird als *Übertragungswiderstand* bezeichnet. Dabei geht es um Interferenzen mit der therapeutischen Arbeit, die aus Übertragungswahrnehmungen herrühren. So kann es vorkommen, dass ein Patient nicht in der Lage ist, über Masturbationsfantasien zu sprechen, weil er davon überzeugt ist, dass der Therapeut Masturbation missbilligt. Um ein negatives Urteil des Therapeuten zu vermeiden, schweigt der Patient deshalb lieber. In der Sprache der Objektbeziehungstheorie kann ein Übertragungswiderstand als unbewusste Neigung des Patienten verstanden werden, beharrlich an einer bestimmten inneren Objektbeziehung festzuhalten. Das kann sich in Form einer therapeutischen Sackgasse äußern, in der der Therapeut wiederholt als jemand anderes behandelt wird.

Studenten der Psychoanalyse und der psychoanalytischen Psychotherapie fragen oft: „Widerstand wogegen?“ Friedman (1991) hat festgestellt, dass die wahre Bedeutung des Widerstands darin liegt, dass die damit verbundenen Gefühle den Patienten anstelle von reflektierender Beobachtung zu nicht reflektierten Handlungen zwingen. Er hat darauf hingewiesen, dass sich der Widerstand gegen eine bestimmte mentale Einstellung richtet, die er als „gleichzeitige bewusste Aktivierung unterdrückter Wünsche und der kühlen Betrachtung ihrer Bedeutung“ bezeichnet, „sodass sie gleichermaßen als Wünsche und als objektive Merkmale des widersprüchlichen Selbst erlebt werden“ (S. 590). Außerdem legt die gegenwärtige Betonung der Intersubjektivität nahe, dass parallel zum Widerstand des Patienten ein Gegenwiderstand beim Therapeuten vorliegt, der ähnlicher Natur ist wie die Schwierigkeiten des Patienten, den für die psychoanalytische Behandlung erforderlichen reflexiven Raum zu schaffen.

In Kapitel 2 habe ich die andere Auffassung der Selbstpsychologen bezüglich des Widerstands erwähnt. Sie betrachten Widerstände als gesunde psychische Aktivitäten, die die Entwicklung des Selbst gewährleisten (Kohut 1984). Statt sie zu interpretieren, betonen sie, dass der Patient sie braucht. Diese Sichtweise steht in Einklang mit ihren Bedenken, der klassische Ansatz der Ergründung des Inhalts hinter dem Widerstand habe moralistische Untertöne. Diese empathische Einstellung hat jedoch dazu geführt, dass einige Analytiker die selbstpsychologische Technik als grundsätzlich supportiv betrachten. Weiterhin ist anzumerken, dass die klassische analytische Technik keine unsensiblen „Attacken“ gegen den Widerstand bedeutet; sondern es vielmehr darum geht, ihn geduldig zu untersuchen und zu versuchen, ihn zu verstehen.

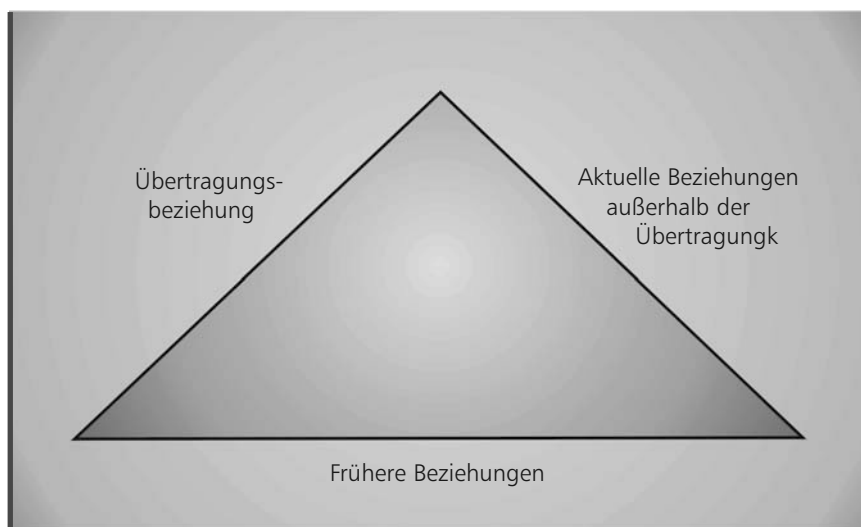
Wie in den obigen Bemerkungen zur Selbstpsychologie angedeutet, gilt der Widerstand im Kontext einer überwiegend supportiven Psychotherapie als wesentlich und adaptiv. Widerstände sind häufig Manifestationen von

Abwehrstrukturen, die im Rahmen der Therapie gestärkt werden müssen. Gegebenenfalls ermutigt der Therapeut den Patienten sogar zum Widerstand, indem er ihm klarmacht, dass manche Angelegenheiten zu erschütternd sind, um über sie zu sprechen, und bis zu einer günstigeren Gelegenheit aufgeschoben werden sollten. Ebenso können Verzögerungsmechanismen gestärkt werden, um ein von Impulsen geplagtes schwaches Ich zu stützen. Wenn der Ausdruck schmerzhafter Gefühle in Worten durch die Handlungen des Patienten ersetzt wird, wie beim Handlungsdialog, ist der Therapeut möglicherweise gezwungen, dem selbstzerstörerischen Verhalten Einhalt zu gebieten, statt den Widerstand gegen das Sprechen zu interpretieren, wie es bei einer expressiven Behandlung der Fall wäre. Dieses Einhalt-Gebieten kann bedeuten, dass der Patient stationär aufgenommen wird oder der Therapeut darauf besteht, dass der Patient ihm seine illegalen Medikamente aushändigt.

## Durcharbeiten

Interpretationen führen selten zu „Aha!“-Reaktionen und dramatischen Heilungserfolgen. In der Regel werden sie durch die Kräfte des Widerstands abgewehrt und müssen vom Therapeuten in verschiedenen Kontexten wiederholt werden. Diese Wiederholung der Interpretation der Übertragung und des Widerstands, bis die Einsicht vollständig ins Bewusstsein des Patienten integriert ist, wird als Durcharbeiten bezeichnet. Obwohl diesbezügliche

**ABBILDUNG 4-2:** DAS DREIECK DER EINSICHT (NACH MENNINGER 1958)



Anstrengungen des Therapeuten erforderlich sind, leistet der Patient einen Teil der Arbeit des Akzeptierens und Integrierens der Einsichten des Therapeuten zwischen den Sitzungen (Karasu 1977). Das Dreieck der Einsicht (Menninger 1958) ist ein hilfreiches begriffliches Modell für den Prozess des Durcharbeitens (siehe Abbildung 4-2). Im Verlauf der Therapie erkennt der Therapeut bestimmte Muster 1. in den äußeren Beziehungen des Patienten und verbindet diese mit 2. Übertragungsmustern und 3. früheren Beziehungen zu Familienmitgliedern. Schließlich macht der Patient sich diese unbewussten Verbindungen bewusst. Diese Muster können während der gesamten Therapie anhand ihrer Einordnung auf den drei Seiten des Dreiecks beobachtet werden, und der Therapeut kann den Patienten jedes Mal auf sie hinweisen, wenn sie zutage treten. Wenn der Patient sieht, wie ein Muster in neuen Kontexten wieder und wieder zutage tritt, wird es ihm weniger fremd, und sein Ich kann es besser beherrschen. Dasselbe Modell kann im Sinne der Objektbeziehungstheorie umformuliert werden. Wiederkehrende Selbst-Objekt-Affekt-Konstellationen treten in der Übertragung, in den aktuellen Beziehungen außerhalb der Übertragung und in Erinnerungen an frühere Beziehungen zutage. Nach dem Konzept der Selbstpsychologie kann das Muster die Erwartung einer Spiegelung oder das Bedürfnis nach der Idealisierung anderer sein. Alle Ansätze aber betrachten das Neuerleben dieser zentralen Beziehungsmuster, unabhängig davon, welches theoretische Modell zur Anwendung kommt, als entscheidend für ein positives Resultat. Dieser Prozess des Durcharbeitens kommt fast ausschließlich bei Behandlungen mit einer deutlichen expressiven Komponente zur Anwendung – er wird in vorwiegend supportiven Prozessen nur selten eingesetzt.

## Die Verwendung von Träumen

Bei der Psychoanalyse und bei ausgesprochen expressiven Formen der Therapie gilt die Interpretation von Träumen als „Königsweg“ zum Verständnis des Unbewussten (Freud 1900/1953, S. 608). Die Assoziationen des Patienten zu den Elementen des Traums werden dazu verwendet, den latenten oder verborgenen Inhalt des Traums zu verstehen, der hinter dem manifesten oder offenen Inhalt liegt. Die Symbole des Traums können dann interpretiert werden, um dem Patienten zu helfen, die unbewussten Elemente des Traums zu verstehen.

Bei Psychotherapien, die auf der supportiven Seite des Kontinuums angesiedelt sind, hört der Therapeut dem Patienten aufmerksam zu, wenn er seine Träume erzählt, und denkt genau so über sie nach, wie es ein expressiver Therapeut tun würde. Bei der Interpretation beschränkt er sich jedoch auf Aufwärts-Interpretationen (Werman 1984, S. 83), die dem Patienten helfen, den Traum mit bewussten Gefühlen und Einstellungen gegenüber dem Therapeuten

und anderen realen Situationen im Wachzustand zu assoziieren. Zur freien Assoziation anhand des Traums wird nicht ermutigt, da sie zu einer weiteren Regression führen kann.

Zwischen dem supportiven und dem expressiven Ende des Kontinuums bietet sich die Möglichkeit der selektiven Interpretation von Träumen, bei der der Therapeut den Traum mit bewussten oder unbewussten Angelegenheiten in einem beschränkten Teil des psychologischen Lebens des Patienten in Verbindung bringt. Der Schwerpunkt liegt eher auf der psychologischen Oberfläche als auf der Tiefe des Unbewussten und ist auf die spezifischen Ziele der Psychotherapie ausgerichtet (Werman 1978).

## Das therapeutische Bündnis

Freud (1913/1958) war sich im Klaren darüber, dass Patienten wohl kaum zu einem interpretativen Verständnis gelangen würden, wenn nicht zuvor eine geeignete Atmosphäre geschaffen worden wäre. Diese relativ konfliktfreie und rationale Atmosphäre, die zwischen dem Patienten und dem Therapeuten herrscht, hat Greenson (1965/1978) als *Arbeitsbündnis* bezeichnet. Es bezeichnet die Fähigkeit des Patienten, produktiv mit dem Therapeuten zusammenzuarbeiten, weil er den Therapeuten als Experten betrachtet, der hilft und gute Absichten hat. Gewöhnlich kann man die Art des Arbeitsbündnisses zwischen Patient und Therapeut anhand des Verhältnisses, das der Patient zu seinen Eltern hat, vorhersagen (Lawson und Brossart 2003).

In groß angelegten Forschungsvorhaben zum therapeutischen Bündnis wurde bestätigt, dass es sich auf den Verlauf und das Resultat der Psychotherapie auswirkt (Frieswyk et al. 1986; Hartley und Strupp 1983; Horvath und Symonds 1991; Horwitz 1974; Horwitz et al. 1996; Lawson und Brossart 2003; Luborsky et al. 1980; Martin et al. 2000; Marziali et al. 1981). Vieles in diesen Forschungen weist die Stärke des therapeutischen Bündnisses als einen entscheidenden Faktor für das Resultat einer Vielzahl von Therapien aus (Bordin 1979; Hartley und Strupp 1983; Horvath und Symonds 1991; Lawson und Brossart 2003; Luborsky et al. 1980; Martin et al. 2000).

Diese Untersuchungen deuten auch darauf hin, dass sich das Resultat der Therapie wohl am besten anhand der Art des therapeutischen Bündnisses in der Anfangsphase der Psychotherapie voraussagen lässt.

Eine Erkenntnis dieser umfangreichen Forschungen besagt, dass der Therapeut bei allen Psychotherapien, unabhängig davon, wo sie auf dem expressiv-supportiven Kontinuum angesiedelt sind, schon früh dafür sorgen muss, dass ein therapeutisches Bündnis zustande kommt und aufrechterhalten wird. Das erfordert keine positive Übertragung, bei der keine negativen Gefühle zum Ausdruck gebracht werden dürfen. Vielmehr muss der Therapeut dem Patienten helfen, seine Behandlungsziele zu identifizieren und sich dann mit



den gesunden Aspekten des Ich des Patienten verbünden, die danach streben, diese Ziele zu erreichen. Der Patient erlebt den Therapeuten dann als Mitwirkenden, der *mit* ihm und nicht *gegen* ihn arbeitet. Therapeuten haben die Erfahrung gemacht, dass es bei der eher supportiven Arbeit mit Patienten mit einem instabilen Ich schwerer ist, das therapeutische Bündnis zustande zu bringen und aufrechtzuerhalten (Horwitz et al. 1996). So wirken beispielsweise die chaotischen Übertragungsreaktionen von Borderline-Patienten dem Abschluss eines Bündnisses entgegen, und es ist eine bedeutende therapeutische Leistung, wenn der Patient schließlich in der Lage ist, den Therapeuten als hilfreichen Menschen wahrzunehmen, der mit ihm zusammen auf gemeinsame Ziele hinarbeitet (Adler 1979).

## Mechanismen der Veränderung

Der Mechanismus der Veränderung bei den expressiveren Formen der Psychotherapie hängt zum Teil von den Zielen der Behandlung ab. Deshalb unterscheiden sich die Auffassungen über Mechanismen der Veränderung häufig je nach den Behandlungszielen. Einsicht und die Heilung von Beziehungserfahrungen, von denen man einst meinte, sie schließen sich gegenseitig aus, gelten heute als kompatible Prozesse, die synergistisch in Richtung therapeutischer Veränderung wirken (Cooper 1992; Jacobs 1990; Pine 1998; Pulver 1992). Mit anderen Worten, eine therapeutische Beziehung wird wahrscheinlich nicht aufrechterhalten, wenn nicht verstanden wird, was in dieser Beziehung vor sich geht. Umgekehrt kann die Beziehung selbst ein interpretatives Verständnis der Dynamik des Patienten bewirken.

Weiterhin wird in zunehmendem Maße anerkannt, dass je nach Patient verschiedene Arten des therapeutischen Handelns infrage kommen. Blatt (1992, 2004) unterscheidet zwei Arten von Patienten, bei denen Veränderungen auf unterschiedliche Weise erfolgen. Introjektive Patienten sind ideell und damit beschäftigt, ein existenzfähiges Selbstkonzept zustande zu bringen und aufrechtzuerhalten, und weniger damit, Vertrautheit im zwischenmenschlichen Bereich zu erreichen. Sie scheinen eher auf Einsicht durch interpretative Maßnahmen zu reagieren. Anaklitische Patienten hingegen konzentrieren sich stärker auf Fragen der Bezogenheit als auf die Entfaltung des Selbst und profitieren eher von der Qualität der Therapiebeziehung als von der Interpretation.

Patienten verändern sich auf vielerlei Art und durch verschiedene Therapiemechanismen. Neuere Erkenntnisse der Neurowissenschaften helfen uns, zu beschreiben, wie Veränderungen erfolgen und was der Therapeut tun kann, um sie zu befördern (Gabbard und Westen 2003). Verbindungen zwischen assoziativen Netzwerken werden durch die Therapie verändert, sodass zum Beispiel die Repräsentanz einer Autoritätsfigur nach der Therapie nicht mehr dieselbe emotionale Reaktion auslöst wie vorher. Außerdem werden neue

assoziative Verbindungen, die zuvor schwach waren, verstärkt. Kurz gesagt, dauerhafte Veränderungen erfordern die relative Deaktivierung problematischer Verbindungen in aktivierten Netzwerken bei gleichzeitiger erhöhter Aktivierung neuer, adaptiverer Verbindungen. Diese Veränderungen in assoziativen Netzwerken können durch mehrere Techniken befördert werden. Der Therapeut kann zum Beispiel auf die Unterschiede zwischen den verschiedenen Arten der Reflexion des Patienten über sich selbst, seiner bewussten Einstellung gegenüber sich selbst und dessen, wie er Gefühle toleriert und sich ihrer bewusst wird, hinweisen. Er kann auch die Häufigkeit oder die Intensität bewusster emotionaler Zustände ansprechen und dem Patienten helfen, seine Art der bewussten Bewältigung zu verstehen (Gabbard 2004; Gabbard und Westen 2003).

Weiterhin gewährt der Therapeut durch Interpretation Einblick in eine Vielzahl miteinander verbundener mentaler Ereignisse: von Ängsten, Fantasien, Wünschen, Erwartungen, Abwehrmechanismen, Konflikten, Übertragungen und Beziehungsmustern. So kann er beispielsweise darauf hinweisen, wie ein aktuelles Problem mit einem Supervisor mit früheren Problemen mit einem Elternteil zusammenhängt. Solche Einsichten können auch Änderungen der Verbindungen zwischen den Ganglien des Nervensystems bewirken.

Außer Interpretationen liefert der Therapeut auch Beobachtungen aus der Perspektive eines Außenstehenden. Er zeigt auf, wie bestimmte gewohnheitsmäßige Muster des Patienten innere emotionale Konflikte und Turbulenzen widerspiegeln. Diese Funktion des Psychotherapeuten ist fast so, als würde man sich selbst in einer Videoaufzeichnung sehen und dadurch erfahren, wie man auf andere wirkt. So intelligent oder einsichtig ein Patient auch sein mag, der Therapeut betrachtet ihn immer aus der Perspektive eines Außenstehenden – die eine andere ist als die des Patienten (Gabbard 1997). Fonagy (1999) hat betont, dass der entscheidende Faktor der therapeutischen Veränderung möglicherweise in der zunehmenden Fähigkeit des Patienten besteht, „sich“ im Geist des Therapeuten „wiederzufinden“. Durch Bemerkungen zu Gefühlen und nonverbalen Äußerungen, die nur der Therapeut sieht, beginnt der Patient vielleicht anhand der Beobachtungen des Therapeuten ein Bild von sich zusammenzusetzen. Dadurch werden implizite Muster für die bewusste Reflexion leichter zugänglich.

Eine andere wichtige Art des therapeutischen Handelns ergibt sich aus den Elementen der Therapiebeziehung, die keine besondere Einsicht oder ein besonderes Verständnis erfordern. Der Patient erlebt eine neue Art von Beziehung, die zur Verinnerlichung der emotionalen Haltungen des Therapeuten und zur Identifizierung mit der Art, wie der Therapeut Probleme angeht, führen kann. Außerdem kann der Therapeut als innere Präsenz verinnerlicht werden, die den Patienten beruhigt und tröstet. Die Funktion des Therapeuten als jemand, der bedeutsame Interaktionen enthält und verarbeitet, wird ebenfalls infolge der Therapie verinnerlicht.

Außer den Techniken, die dazu dienen, die Einsicht zu fördern, und denen, die sich aus der Therapiebeziehung ableiten, gibt es auch sekundäre Strategien, die Veränderungen bewirken können. Zu diesen gehören die implizite oder explizite Anwendung von Vorschlägen, die Konfrontation mit dysfunktionalen Überzeugungen, die Untersuchung der Problemlösungsmethoden des Patienten, Formen der Selbstoffenbarung, die dem Patienten helfen, zu verstehen, wie er auf andere wirkt, und die Bestätigung der Erfahrung des Patienten (Gabbard und Westen 2003).

Bei seiner Analyse von Daten aus dem Menninger Foundation Psychotherapy Research Project stellte Wallerstein (1986) fest, dass durch überwiegend supportive Methoden erreichte Veränderungen verschiedene Mechanismen hatten. Die mit der nicht analysierten positiven dependenten Übertragung verbundene Übertragungsheilung habe ich bereits erwähnt. Eine andere Variante ist die des „lebenslänglich Therapierten“, bei dem die Erfolge verloren gehen, sobald die Beendigung der Therapie in Aussicht gestellt wird, der Patient jedoch auf einem hohen Funktionsniveau gehalten werden kann, solange der Kontakt zum Therapeuten auf unbestimmte Zeit fortgesetzt wird. Viele Patienten können den Kontakt auf eine Sitzung pro Monat reduzieren, neigen jedoch zur Dekompensation, wenn eine Beendigung der Therapie auch nur erwähnt wird. Ein anderer supportiver Mechanismus ist die „Übertragung der Übertragung“, bei der die in der Therapiebeziehung herrschende positive Abhängigkeit auf eine andere Person, gewöhnlich den Ehepartner, übertragen wird. Ein weiterer wird als „Antiübertragungsheilung“ bezeichnet und bedeutet eine Veränderung durch Auflehnung und Handlungen gegen den Therapeuten. Wieder andere Patienten in Wallersteins Probe erzielten durch eine eng definierte Variante der korrektiven emotionalen Erfahrung, bei der der Therapeut stets mit urteilsfreier Besorgnis auf ihr Übertragungsverhalten reagierte, eine Veränderung. Und bei manchen schien eine supportive Behandlung erfolgreich zu sein, bei der sie direkte, urteilsfreie Ratschläge erhielten. Wallerstein nannte dies „Realitätsprüfung und Umerziehung“.

Die Interaktionen zwischen Therapeut und Patient gehen bei allen Therapien mit nicht bewussten und interaktiven Verbindungen einher, die Lyons-Ruth et al. (1998) als *implizites relationales Wissen* bezeichnet haben. Dieses Wissen kann in Momenten der Begegnung zwischen Therapeut und Patient entstehen, die nicht symbolisch repräsentiert oder im herkömmlichen Sinne dynamisch unbewusst sind. Mit anderen Worten, manche Veränderungen während der Behandlung erfolgen im Bereich des prozeduralen Wissens, das sich darauf bezieht, wie man sich in einem bestimmten relationalen Kontext verhalten und in diesem fühlen und denken sollte.

An bestimmte Momente des Einklangs – einen Blick, einen Funken Humor oder ein Gefühl intensiven Engagements – erinnert sich der Patient gegebenenfalls noch lange nachdem er die Einzelheiten der Interpretation vergessen hat. Die Psychotherapie kann als neue Bindungsbeziehung betrachtet

werden, die das für Bindungen zuständige implizite Gedächtnis verändert. Gespeicherte Prototypen werden durch neue Interaktionen mit einem affektiv engagierten Therapeuten modifiziert (Amini et al. 1996). Zugleich wird die explizite Erinnerung an ein bewusstes Geschehen durch das interpretative Verständnis geändert.

Eine andere Implikation dieses Modells des therapeutischen Handelns ist, dass das in Abbildung 4–1 dargestellte expressiv-supportive Kontinuum der Maßnahmen nicht alle therapeutischen Veränderungen erfasst. Viele Momente der Begegnung zwischen Therapeut und Patient liegen außerhalb des Bereichs der „Technik“ (Stern et al. 1998). Spontane menschliche Reaktionen des Therapeuten können eine starke therapeutische Wirkung haben.

## Beendung der Behandlung

Psychotherapeuten müssen sich damit abfinden, dass ihr Berufsleben mit ständigen Verlusten einhergeht. Patienten kommen in ihr Leben, teilen ihnen ihre intimsten Gedanken und Gefühle mit, und dann hören sie möglicherweise nie wieder von ihnen. Da Verlust für jeden Menschen eine unangenehme Erfahrung ist, geht die Beendung einer Psychotherapie mit einer Anfälligkeit für Übertragungen und Gegenübertragungen einher. Ideal ist eine ordentliche und in gegenseitigem Einvernehmen erfolgende Beendung der Therapie, aber die Hälfte der ambulanten Patienten oder noch mehr bricht ihre Therapie vorzeitig ab (Baekeland und Lundwall 1975), und bei weniger als 20 % der Patienten in von den Gemeinden unterhaltenen psychiatrischen Einrichtungen kommt es zu einer wechselseitig vereinbarten Beendung der Therapie (Beck et al. 1987).

Die Beendung einer Therapie kann verschiedenste Gründe haben. Sie kann wegen äußerer Umstände im Leben des Therapeuten oder des Patienten notwendig sein. Sie kann von Versicherungen oder nach dem Prinzip der gesteuerten Gesundheitsversorgung arbeitenden Firmen angeordnet werden. Oder die finanziellen Mittel des Patienten sind erschöpft. Gegebenenfalls bleibt der Patient plötzlich weg und ist nicht zur Rückkehr bereit, weil er mit dem Therapeuten unzufrieden ist oder Angst vor heiklen Themen hat. Möglicherweise ist der Therapeut der Ansicht, dass alles erreicht wurde, was erreicht werden konnte, und empfiehlt deshalb die Beendung, oder der Therapeut und der Patient vereinbaren ein Datum für die Beendung.

Indikationen für eine Beendung sind nicht unumstößlich, aber ein guter Anhaltspunkt ist es, wenn der Patient dazu bereit ist, weil die Ziele der Psychotherapie erreicht wurden. Das kann zum Beispiel bedeuten, dass seine Symptome beseitigt oder verbessert wurden, sein Über-Ich und seine zwischenmenschlichen Beziehungen sich verändert haben und er eine neue Unabhängigkeit empfindet. Ein anderer guter Anhaltspunkt ist es, wenn der Patient in der Lage ist, Konflikte zu erkennen und selbstständig zu untersuchen

und somit eine kontinuierliche Selbstanalyse ohne den Therapeuten durchzuführen (Busch 1995; Dewald 1971). Bei überwiegend supportiven Therapien sind die Indikationen unter anderem die Stabilität der Funktionen des Patienten, eine Umkehrung etwaiger regressiver Prozesse und der allgemeine Rückgang seiner Symptome. Der Kliniker muss sich jedoch im Klaren darüber sein, dass eine kleine Gruppe schwer gestörter Patienten gegebenenfalls eine dauerhafte Therapie mit seltenen Sitzungen auf unbestimmte Zeit benötigt (Gabbard und Wilkinson 1994; Wallerstein 1986).

Nachdem Therapeut und Patient einen Termin für die Beendung der Therapie vereinbart haben, kann eine Reihe von Übertragungsmanifestationen zum Vorschein kommen. Einige der ursprünglichen Symptome können erneut auftreten (Dewald 1971; Roth 1987). Es können zum ersten Mal negative Übertragungen auftreten, wenn dem Patienten klar wird, dass der Therapeut nicht ewig für ihn da sein wird. Der Therapeut muss seinem Patienten möglicherweise dabei helfen, die Fantasie der vollständigen Erfüllung in der Übertragung zu betrauern. Bei supportiven Behandlungen muss der Therapeut betonen, dass auch weiterhin eine positive Atmosphäre herrscht, und die Mobilisierung nicht zu handhabender negativer Übertragungen verhindern (Dewald 1971). Wegen der beträchtlichen Herausforderungen, die der Prozess der Beendung für den Therapeuten bedeutet, führen viele Therapeuten die Behandlung bis zum Ende mit derselben Häufigkeit durch. Andere „entwöhnen“ den Patienten, indem sie die Häufigkeit der Sitzungen schrittweise verringern.

Wenn ein Patient die Therapie einseitig beendet, muss sich der Therapeut mit dem Gefühl auseinandersetzen, irgendwie versagt zu haben. In solchen Situationen sollte er sich daran erinnern, dass der Patient zu jeder Zeit das Recht hat, die Therapie zu beenden, und dass ein solcher Schritt schließlich zu einem guten Resultat führen kann. Andererseits kann ein Therapeut nur einem Patienten helfen, der sich helfen lassen will und zur Mitwirkung in einem Prozess bereit ist. Jeder Therapeut muss Niederlagen hinnehmen und die Grenzen seines Handwerks erkennen und akzeptieren.

Wenn die Beendung aufgrund der einseitigen Entscheidung des Therapeuten erfolgt, ergeben sich andere Probleme. Wenn die Beendung deshalb unumgänglich ist, weil der in der Ausbildung befindliche Therapeut im Zuge der Rotation eine andere Aufgabe übernehmen muss, würden manche wegen Schuldgefühlen am liebsten gar nicht über den Prozess der Beendung sprechen. Manche informieren ihre Patienten erst im letzten Moment über ihren Weggang. Allgemein gilt, dass die Patienten in Fällen, in denen die Dauer der Behandlung durch äußere Umstände beschränkt ist, so früh wie möglich informiert werden sollten, damit ihren Reaktionen in der Behandlung Rechnung getragen werden kann. Wenn ein Therapeut die Behandlung wegen äußerer Umstände abbrechen muss, haben Patienten oft das Gefühl, die Willkürlichkeit bestimmter Beziehungen zu ihren Eltern wiederhole sich

(Dewald 1971). Ungeachtet dessen, wie sich diese Umstände auf den Patienten auswirken mögen, ist es unerlässlich, seine Reaktionen eingehend zu ergründen, auch wenn es den Therapeuten beunruhigt, dass der Patient Wut und Groll empfindet. (Eine ausführlichere Besprechung der Vielschichtigkeit der Beendung einer Therapie siehe in Gabbard 2004).

### Indikationen für einen expressiven oder supportiven Therapieschwerpunkt

Bevor er die Indikationen für einen expressiven oder supportiven Schwerpunkt der Therapie abwägt, muss sich der Therapeut vor Augen halten, dass es im besten Fall schwierig ist, vorherzusagen, wer auf welche Form der Psychotherapie anspricht. In der Literatur gibt es Hinweise darauf, dass gesündere Patienten in einer Psychotherapie bessere Resultate erzielen als solche mit einer schwereren Erkrankung (das heißt, die Reichen werden noch reicher [Luborsky et al. 1980]). Eine Studie zu der Frage, wer von einer Psychotherapie profitiert (Luborsky et al. 1988), hat ergeben, dass man bei einer positiven Beziehung zu Beginn und einer Übereinstimmung hinsichtlich der wichtigsten Konfliktbeziehung und des Inhalts der Interpretationen von einem guten Resultat ausgehen kann. Die Stärke des therapeutischen oder helfenden Bündnisses in den ersten Sitzungen ist empirischen Forschungen zufolge das beste Anzeichen für das spätere Resultat (Horvath und Symonds 1991; Martin et al. 2000; Morgan et al. 1982). Diese Variable hängt jedoch in hohem Maße davon ab, wie gut Patient und Therapeut zueinanderpassen, und das lässt sich praktisch nicht quantifizieren. Kantrowitz (1987) kam in einer Untersuchung mit 22 Patienten, die in psychoanalytischer Behandlung waren, zu dem Schluss, dass sich die Eignung für eine Psychoanalyse selbst mit ausgefeilten psychologischen Tests nicht voraussagen lässt.

Trotz dieser Vorbehalte lassen sich die Merkmale des Patienten skizzieren, die dem Kliniker helfen, zu entscheiden, ob eine überwiegend expressive oder eine überwiegend supportive Behandlung angezeigt ist (Tabelle 4–1). Indikationen für stark expressive Formen wie Psychoanalyse sind unter anderem: 1. ein starker Antrieb des Patienten, sich selbst zu verstehen, 2. ein Leiden, das das Leben in einem Maße stört, dass der Patient bereit ist, die Härten der Behandlung zu ertragen, 3. die Fähigkeit, nicht nur zu regredieren und die Kontrolle über Gefühle und Gedanken aufzugeben, sondern auch, die Kontrolle schnell wiederzuerlangen und über die Regression zu reflektieren (Regression im Dienste des Ich) (Greenson 1967), 4. Frustrationstoleranz, 5. die Fähigkeit zur Einsicht oder eine psychologische Einstellung, 6. eine intakte Realitätsprüfung, 7. bedeutsame und dauerhafte Objektbeziehungen, 8. eine einigermaßen gute Impulskontrolle und 9. die Fähigkeit, seine Arbeit zu

behalten (Bachrach und Leaff 1978). Die Fähigkeit, in Metaphern und Analogien zu denken, durch die eine bestimmte Konstellation von Umständen als Parallele zu einer anderen erkannt wird, ist ebenfalls ein Zeichen für die Eignung für eine expressive Behandlung. Und schließlich können reflektierende Reaktionen auf Interpretationsversuche während der Beurteilungsphase darauf hindeuten, dass eine expressive Therapie die richtige ist.

Zwei allgemeine Indikationen für eine supportive Psychotherapie sind chronische Ich-Schwächen oder –Defekte und Regression bei einem gesunden Menschen, der sich in einer schweren Lebenskrise befindet (Wallerstein 1986; Werman 1984). Erstere können unter anderem Probleme wie eine beeinträchtigte Realitätsprüfung, eine schlechte Impulskontrolle und eine geringe Angsttoleranz bedeuten. Weitere Indikationen für eine Psychotherapie mit supportivem Schwerpunkt sind vom Gehirn ausgehende kognitive Dysfunktionen und das Fehlen einer psychologischen Einstellung. Supportive Maßnahmen können auch bei Patienten mit schweren Persönlichkeitsstörungen angebracht sein, die eine starke Neigung zum Ausleben haben (Adler 1979;

**TABELLE 4–1:** Indikationen für einen expressiven beziehungsweise supportiven Therapieschwerpunkt

Expressiv	Supportiv
Starker Antrieb, sich selbst zu verstehen	Beträchtliche Ich-Defekte chronischer Art
Starkes Leiden	Schwere Lebenskrise
Fähigkeit zur Regression im Dienste des Ich	Geringe Angsttoleranz
Frustrationstoleranz	Geringe Frustrationstoleranz
Fähigkeit zur Einsicht (psychologische Einstellung)	Fehlende psychologische Einstellung
Intakte Realitätsprüfung	Schlechte Realitätsprüfung
Bedeutsame Objektbeziehungen	Schwer beeinträchtigte Objektbeziehungen
Gute Impulskontrolle	Schlechte Impulskontrolle
Fähigkeit, die Arbeit zu behalten	Geringe Intelligenz
Fähigkeit, in Metaphern und Analogien zu denken	Geringe Fähigkeit zur Selbstbeobachtung
Reflektierende Reaktionen auf Interpretationsversuche	Kognitive Dysfunktion mit organischer Ursache
	Kaum in der Lage, ein therapeutisches Bündnis einzugehen

Luborsky 1984). Ein überwiegend supportiver Ansatz führt oft auch bei Patienten zu einem besseren Ergebnis, deren Objektbeziehungen schwer beeinträchtigt und die kaum in der Lage sind, ein therapeutisches Bündnis einzugehen. Bei Menschen, die sich in einer schweren Lebenskrise befinden, wie im Falle einer Scheidung oder des Todes des Ehepartners oder eines Kindes, oder die von einer Katastrophe wie einer Überschwemmung oder einem Tornado betroffen sind, sind expressive oder explorative Ansätze selten geeignet, weil ihr Ich von dem kürzlich erlittenen Trauma überwältigt ist. Allerdings schlagen solche Patienten nach dem Beginn der supportiven Behandlung manchmal einen expressiven Weg ein.

Diese Indikationen beziehen sich auf die beiden Enden des expressiv-supportiven Kontinuums, bei den meisten Patienten liegt jedoch eine Mischung aus Indikationen vor, die eher auf einen expressiven oder eher auf einen supportiven Ansatz hindeuten. Der Therapeut muss während des gesamten Prozesses stets abwägen, wie – und wann – er supportiv beziehungsweise expressiv vorgehen sollte. Außerdem hat eine unter natürlichen Bedingungen durchgeführte prospektive Langzeitstudie (Scheidt et al. 2003) ergeben, dass die psychiatrische Diagnose und die Schwere der Symptome in der privaten Praxis der psychodynamischen Psychiatrie bei der Entscheidung darüber, ob die Behandlung eines Patienten übernommen wird, kaum eine Rolle spielen. Die wichtigsten Faktoren, aufgrund welcher ein Patient eine dynamische Therapie erhielt, waren die emotionale Reaktion des Therapeuten auf den Patienten und die Motivation des Patienten.

## Kurze Psychotherapie

---

In den letzten 20 Jahren sind ein zunehmendes Interesse an den Formen der auf den Grundsätzen der Psychoanalyse basierenden kurzen Psychotherapie und eine umfangreiche Literatur zu diesem Thema zu verzeichnen. Methodisch anspruchsvolle Vergleiche mit anderen Arten der Behandlung haben gezeigt, dass kurze dynamische Psychotherapien ebenso wirkungsvoll sind wie andere Psychotherapien (Crits-Christoph 1992). In einer Reihe von hervorragenden Schriften finden sich detaillierte Anleitungen für den Kliniker (Book 1998; Budman 1981; Davanloo 1980; Dewan et al. 2004; Garfield 1998; Gustafson 1986; Horowitz et al. 1984a; Malan 1976, 1980; Mann 1973; Sifneos 1972). Außerdem gibt es mehrere umfassende Artikel, die eine Übersicht über die Ansätze geben und sie vergleichen und zu integrieren suchen (Gustafson 1984; MacKenzie 1988; Ursano und Hales 1986; Winston und Muran 1996). Trotz der verschiedenen Varianten und Ansätze herrscht eine bemerkenswerte Übereinstimmung in Bezug auf die Praxis der kurzen Psychotherapie. In den folgenden kurzen Ausführungen werden die Gemeinsamkeiten betont.



## Indikationen und Kontraindikationen

Die Indikationen für eine kurze dynamische Psychotherapie sind in vielerlei Hinsicht dieselben wie die für eine langfristige expressive Psychotherapie. Zu den wichtigen Auswahlkriterien gehören unter anderem: 1. die Fähigkeit zur Einsicht oder eine psychologische Einstellung, 2. ein hohes Niveau der Ich-Funktionen, 3. ein starker Antrieb, sich selbst zu verstehen, und zwar über die Linderung der Symptome hinaus, 4. die Fähigkeit, intensive Beziehungen einzugehen (insbesondere ein anfängliches Bündnis mit dem Therapeuten) und 5. die Fähigkeit, Angst zu ertragen. Entscheidend für die Auswahl von Patienten für eine kurze Psychotherapie ist auch die Frage des Schwerpunkts. Wegen ihrer Kürze muss eine zeitlich begrenzte Psychotherapie, im Gegensatz zur Breite der Psychoanalyse und der stark expressiven Psychotherapie mit offenem Ende, einen klaren Schwerpunkt haben. Deshalb müssen Therapeut und Patient, bevor sie mit einer kurzen Therapie beginnen, den dynamischen Schwerpunkt des Problems in der ersten oder zweiten Beurteilungssitzung festlegen. Weiterhin kann eine kurze Therapie besonders für relativ gesunde Menschen von Nutzen sein, die sich in einer Übergangsphase der Entwicklung befinden, wie etwa beim Auszug von zu Hause, beim Arbeitsplatzwechsel oder bei der Geburt des ersten Kindes.

Zu den Kontraindikationen gehören dieselben Faktoren, die auch gegen eine expressive Langzeittherapie sprechen, jedoch auch andere, bei denen eine längerfristige Behandlung gegebenenfalls nicht kontraindiziert ist. Wenn der Patient sein Problem nicht so umschreiben kann, dass daraus ein Schwerpunkt für die Therapie abgeleitet werden kann, ist eine kurze Psychotherapie kontraindiziert. Bei Persönlichkeitsstörungen, die gut auf längerfristige expressive Behandlungen ansprechen, kann nicht erwartet werden, dass eine kurze Therapie erfolgreich ist, es sei denn, der Patient hat eine situationsbedingte Beschwerde wie Kummer, und die Ziele werden auf diese vorübergehende Beschwerde beschränkt (Horowitz et al. 1984a). Einige Verfasser schließen eine kurze Therapie bei chronischen Phobien oder Zwangsvorstellungen aus, Davanloo (1980) berichtet jedoch über Patienten mit solchen Symptomen, die sehr gut darauf angesprochen haben.

Empirische Forschungen haben bestätigt, dass die Voraussetzung für gute Resultate bei kurzen dynamischen Psychotherapien die sorgfältige Auswahl der Patienten ist. Einer der am besten für die Prognose geeigneten Faktoren ist die Qualität der Objektbeziehungen (Hoglund 2003; Piper et al. 1990).

Kurz gesagt, Patienten mit der Fähigkeit zu einer reiferen Objektbezogenheit erzielen bei der Behandlung tendenziell bessere Ergebnisse. Eine andere Studie (Vaslamatzis et al. 1989) hat gezeigt, dass Patienten, die nicht wirklich für eine kurze Psychotherapie geeignet waren, diese in größerer Zahl abgebrochen haben. In einem dritten Projekt wurde festgestellt, dass trauernde Patienten, die hoch motiviert und besser organisiert sind, besser für eine kurze expressive

Therapie geeignet waren, während bei weniger motivierten Patienten mit einer schwächeren Organisation der Selbstwahrnehmung supportive Ansätze die besseren Resultate brachten (Horowitz et al. 1984b). Patienten mit einer Vorgeschichte von problematischen zwischenmenschlichen Beziehungen oder einer Persönlichkeitsstörung sind im Allgemeinen nicht für eine kurze Therapie geeignet. Forschungsergebnisse deuten darauf hin, dass sie mehr als 35 Sitzungen brauchen, um dauerhafte dynamische Veränderungen zu erreichen (Hoglend 2003).

### Anzahl der Sitzungen

Die einzelnen Verfasser geben unterschiedliche Empfehlungen für die Handhabung der zeitlichen Begrenzung einer kurzen Therapie. Mann (1973), der die Annahme von Grenzen und den Verzicht auf magische Erwartungen als hinsichtlich des Therapieprozesses entscheidend betrachtete, bestand auf einer Begrenzung auf 12 Sitzungen. Davanloo (1980) hingegen hielt durchschnittlich 15 bis 25 Sitzungen ab und sah von einer Festlegung der Beendung zu Beginn der Therapie ab. Sifneos (1972) war ebenfalls nicht bereit, sich auf eine bestimmte Anzahl von Sitzungen festzulegen, seine Behandlungen dauerten jedoch nur 12 bis 16 Sitzungen. Als Faustregel kann man festhalten, dass die Dauer einer kurzen Therapie zwischen 2 bis 3 Monaten und 5 bis 6 Monaten und die Zahl ihrer Sitzungen zwischen 10 und 24 liegt.

### Verlauf der Therapie

Die Techniken, die bei Langzeittherapien eingesetzt werden, sind im Großen und Ganzen auch für kurze Behandlungen geeignet, werden dabei jedoch in deutlich beschleunigter Form angewandt. Der Therapeut muss die zentrale Hypothese schneller formulieren und früher zur – aggressiveren – Interpretation von Widerständen gegen die Einsicht übergehen. Die Verfasser äußern sich unterschiedlich über das Ausmaß der Konfrontation mit Widerständen, berichten jedoch übereinstimmend, dass die Intensität des Prozesses Ängste weckt. Gustafson (1984) betonte, dass die Konfrontation mit Widerständen ein *empathisches* Bezugssystem erfordert, da sich der Patient sonst angegriffen fühlt. Malan (1976), der sich Karl Menningers Dreieck der Einsicht zu eigen machte, vertrat die Ansicht, dass die primäre Aufgabe des Therapeuten darin besteht, die im Mittelpunkt stehende Beschwerde mit Mustern in früheren und aktuellen Beziehungen und in der Übertragung in Verbindung zu bringen. Das folgende kurze Beispiel verdeutlicht diesen Prozess.

Herr B, ein 35-jähriger Soldat, kam mit folgender Hauptbeschwerde zur Therapie: „Ich bin zu dominant.“ Er war seit 8 Monaten mit seiner zweiten Frau verheiratet, die sich, wie er sagte, bereits über diese Charaktereigenschaft beschwerte, wie es auch seine erste Frau getan hatte. Bei der zweiten Sitzung kam Herr B ins Zimmer und begann von einem Softballspiel zu erzählen, von dem er gerade kam. Er war nicht mit der Entscheidung des Schiedsrichters einverstanden, der ihn beim Schlagmal vom Platz gestellt hatte, fügte jedoch hinzu: „Man diskutiert nicht mit dem Schiedsrichter. Was er sagt, das gilt. Man handelt sich nur Ärger ein, wenn man mit ihm diskutiert.“ Später in der Sitzung sprach er über seinen Vater, der Oberstleutnant in der Armee war. Er beschrieb ihn als despotischen Mann, mit dem man nicht verhandeln kann. Der Patient hatte immer geglaubt, dass sein Vater seine Meinung nicht schätzte. Noch etwas später sagte Herr B: „Ich denke nicht, dass 12 Sitzungen ausreichen werden. Aber wir müssen uns wohl darauf beschränken. Sie haben es ja gesagt.“

An dieser Stelle ergriff der Therapeut eine Maßnahme, mit der er die drei Seiten des Dreiecks miteinander verband: „Es hört sich so an, als wären Ihre Erfahrungen mit dem Schiedsrichter, mit Ihrem Vater und mit mir sehr ähnlich – Sie haben das Gefühl, dass wir willkürliche Entscheidungen treffen, bei denen Sie nicht mitbestimmen dürfen.“ Danach konnte der Therapeut eine Interpretation dazu formulieren, wie der Patient seine erste Frau behandelt hatte und auch seine zweite Frau behandelte. Er wandelte das passiv erlebte Trauma, von seinem Vater vollkommen beherrscht zu werden, in die aktive Erfahrung der Beherrschung seiner Frau um. Er beherrschte sie so, wie sein Vater ihn beherrscht hatte.

Book (1998) passte Luborskys (1984) Konzept der wichtigsten Konfliktbeziehung an den Prozess der kurzen dynamischen Psychotherapie an. Er betonte, dass der Therapeut während der Beurteilungsphase beim Patienten so schnell wie möglich die folgenden drei Komponenten identifizieren muss: einen Wunsch, eine Reaktion des anderen und eine Reaktion des Selbst. Der Patient erzählt Geschichten, in denen Episoden von Beziehungen beschrieben werden, in denen sich diese drei Komponenten schon nach kurzer Zeit abzeichnen. Das Ziel der kurzen psychodynamischen Therapie besteht nach diesem Ansatz darin, dem Patienten zu helfen, seinen Wunsch zu realisieren, indem er die Angst davor, wie andere reagieren werden, beherrscht. Diese Beherrschung wird befördert, indem die gefürchtete Reaktion als Form einer Übertragungsverzerrung konzeptualisiert wird.

Eine Anpassung, die beim Wechsel von der langfristigen zur kurzen dynamischen Therapie generell erforderlich ist, ist der bedachtere Einsatz der Interpretation der Übertragung. In elf verschiedenen Untersuchungen wurde ein negativer Zusammenhang zwischen häufigen Interpretationen von Übertragungen und dem sofortigen oder langfristigen Resultat festgestellt (Hoglend 2003). Hierbei handelt es sich jedoch nur um eine allgemeine

Empfehlung. Häufigere Interpretationen von Übertragungen können bei einigen Untergruppen von Patienten, ja nach den klinischen Merkmalen und der Fähigkeit, in der Übertragung zu arbeiten, auch zu besseren Ergebnissen führen.

### Kurze supportive Psychotherapie

Über kurze supportive Psychotherapien gibt es deutlich weniger Literatur. Die Hauptindikation für eine kurze supportive Therapie ist ein relativ gesunder Mensch, der sich in einer spezifischen Lebenskrise befindet. Die Techniken sind ähnlich wie die bei einer langfristigen supportiven Psychotherapie eingesetzten, nämlich der Aufbau des Ich, die Beförderung der Entstehung einer positiven Übertragung, ohne diese zu interpretieren, und die Wiederherstellung früherer adaptiver Abwehrmechanismen, wie im folgenden Beispiel:

Frau C, 52 Jahre alt, kam wegen ihrer Schuldgefühle und Angst im Zusammenhang mit der außerehelichen Schwangerschaft ihrer 23-jährigen Tochter in die Sprechstunde. Der Psychiater hörte der Patientin zu und konnte die Schwierigkeiten nachempfinden, die Eltern haben, wenn sich ihre Kinder anders entwickeln als erwartet. Die Patientin berichtete, ihre Schuldgefühle und ihre Angst lenkten sie so sehr ab, dass sie nicht in der Lage sei, ihre Aufgaben bei der Arbeit und zu Hause wie gewohnt zu erledigen. Der Arzt versuchte, Frau Cs übliche obsessiv-zwanghafte Abwehrmechanismen wiederherzustellen, indem er ihr empfahl, einen festen Plan für zu Hause zu erarbeiten, um alle ihre üblichen Pflichten im Haushalt erfüllen zu können. Er erklärte ihr, dass es ihr helfen würde, nicht dauernd an ihre Tochter zu denken, wenn sie sich beschäftigte. Frau C befolgte diesen Rat, und in der nächsten Sitzung sah es so aus, als ginge es ihr etwas besser. In dieser Sitzung sprach der Psychiater sie darauf an, dass sie über die Schwangerschaft ihrer Tochter spreche, als sei sie dafür verantwortlich. Die Patientin antwortete: „Sie meinen, ich hätte ja nicht ihre Beine breitgemacht?“ Der Arzt nickte: „Genau. Nicht Sie haben ihre Beine breitgemacht.“ Die Worte des Arztes brachten der Patientin enorme Erleichterung, und sie bedankte sich dafür, dass er sie von ihren Schuldgefühlen befreit hatte. Eine Woche später rief sie an und erklärte, sie brauche nicht mehr zu kommen, da sie sich „100 % besser“ fühle.

In diesem Beispiel half der Psychiater der Patientin zunächst, ihre adaptiven Abwehrmechanismen wiederherzustellen, indem er sie ermutigte, ihren üblichen Tagesablauf wieder aufzunehmen. Dann nutzte er die positive Übertragung der Patientin, um sie von ihren Schuldgefühlen freizusprechen. Diese Absolution, die von einer Autoritätsperson ausgesprochen wurde, die sie respektierte, wenn nicht sogar idealisierte, hatte eine viel größere Wirkung, als wenn sie sich dasselbe nur selbst gesagt hätte.

## Langfristige oder kurze Psychotherapie

---

Die Entscheidung, ob die Psychotherapie langfristig oder kurz sein soll, ist eine komplexe. Das Vorhandensein oder Fehlen eines Schwerpunktproblems ist eindeutig sehr wichtig (Ursano und Dressler 1974). Wenn die Beschwerde des Patienten hinreichend eingegrenzt ist, kann die Empfehlung einer kurzen Psychotherapie für den Patienten geringere Kosten und weniger Umstände bedeuten. Zudem hat eine Studie über die Therapieabbrüche in einer öffentlichen psychiatrischen Einrichtung gezeigt, dass die Festlegung einer befristeten Dauer der Therapie zu Beginn der Behandlung dazu führte, dass die Abbruchrate nur halb so hoch war wie bei Patienten, denen kein solcher Termin mitgeteilt worden war (Sledge et al. 1990). Andererseits können komplizierte charakterologische Probleme des Patienten den Erfolg einer „schnellen Lösung“ vereiteln. In einer Zeit, in der die Länge der Therapie häufig von Dritt- oder Viertfinanzierern aus Kostengründen bestimmt wird, muss der Therapeut auch bedenken, dass weniger nicht unbedingt besser ist. In einer gründlichen Analyse des Verhältnisses zwischen Dosis und Wirkung in der Psychotherapie zeigte sich ein eindeutig positives Verhältnis zwischen dem Umfang der Behandlung und dem Nutzen für den Patienten (Howard et al. 1986).

Und schließlich besteht immer die Gefahr, dass der Therapeut das verschreibt, was der Patient seiner Meinung nach braucht, und nicht das, was der Patient will. Bittet der Patient um eine umfassende Untersuchung und Umstrukturierung seiner Persönlichkeit oder nur um Hilfe hinsichtlich eines bestimmten Problems oder einer bestimmten Beschwerde? Es ist klar, dass der Patient an der Bestimmung der Art der Behandlung beteiligt sein muss. Wir sollten uns immer an den – Freud zugeschriebenen – Ausspruch erinnern, dass der Patient in gewissem Sinne immer recht hat.

## Wirksamkeit der Psychotherapie

---

Die Wirksamkeit der individuellen Psychotherapie steht nicht mehr infrage. Mittlerweile liegen überwältigende Beweise dafür vor, dass Psychotherapie eine wirksame Behandlung ist (Luborsky et al. 1975; Smith et al. 1980). Die Forschungsergebnisse zeigen sogar, dass die durch Psychotherapie erreichten Veränderungen eine Größenordnung haben, die es rechtfertigen würde, klinische Tests mit der Begründung abubrechen, dass es unethisch wäre, den Patienten eine so wirksame Behandlung vorzuenthalten (Ursano und Silberman 1994). Eine Metaanalyse der Wirksamkeit kurzer dynamischer Psychotherapien (Crits-Christoph 1992) hat ergeben, dass es dem durchschnittlichen Patienten, der eine kurze dynamische Therapie erhalten

hat, hinsichtlich der untersuchten Symptome besser geht als 86 % der auf der Warteliste stehenden Kontrollpatienten. Bei einer anderen Metaanalyse stellten Anderson und Lambert (1995) fest, dass kurze dynamische Behandlungen „bei Folgebeurteilungen besser abschnitten als alternative Behandlungen, wenn Kriterien der Persönlichkeit verwendet oder die Beurteilung 6 oder mehr Monate nach der Behandlung erfolgte“ (S. 512). Außerdem haben drei bedeutende Studien gezeigt, dass präzise Interpretationen, die sich auf das Hauptproblemen des Patienten beziehen, die Voraussage des Ergebnisses der Behandlung innerhalb einer Sitzung ermöglichen (Silberschatz et al. 1986), bei den kurzen (Crits-Christoph et al. 1998) und bei den langfristigen (Joyce und Piper 1993) Therapien gleichermaßen. In einer Studie über supportive Therapien wurden Versuchspersonen untersucht, die nach dem Zufallsprinzip eine solche Behandlung erhalten hatten. Es zeigte sich, dass bei 6 von 10 Versuchspersonen, über die vollständige Daten über die Folgeuntersuchung nach 6 Monaten zur Verfügung standen, nach 40 Wochen Therapie eine deutliche Besserung im Bereich der zwischenmenschlichen Probleme eingetreten war (Rosenthal et al. 1999).

Beweise für die Wirksamkeit einer langfristigen psychoanalytischen Psychotherapie oder einer Psychoanalyse gibt es in deutlich geringerer Zahl. Wenn die übliche Methode der randomisierten kontrollierten Versuche auch im Falle der psychoanalytischen Psychotherapie angewandt würde, wäre die Forschung außerordentlich teuer. Nahezu unmöglich wäre es auch, eine geeignete Kontrollgruppe zu finden, deren Mitglieder bereit wären, jahrelang unbehandelt zu warten, damit festgestellt werden kann, ob ihre Beschwerden mit der Zeit zurückgehen. Und schließlich könnte die Abbruchrate in einer prospektiven Langzeitstudie das Vorhaben unmöglich machen. In einer Untersuchung über kurze Therapien wirkt sich eine Abbruchrate von 10 % in 16 Wochen nicht übermäßig auf die statistische Analyse aus. Würde sich diese Abbruchrate jedoch über mehrere Jahre alle 16 Wochen wiederholen, würde das eine Langzeitstudie zunichtemachen. Außerdem würden Lebensereignisse, die Umstellung der Medikation und Achse-I-Erkrankungen die Interpretation der Daten erschweren (Gunderson und Gabbard 1999).

Trotz all dieser Hindernisse im Hinblick auf gründliche Forschungen zur langfristigen dynamischen Therapie gibt es eine Handvoll Studien, die nach dem randomisierten Kontrollprinzip, dem höchsten Standard in der klinischen Forschung, durchgeführt wurden. Patienten mit Cluster-A-Persönlichkeitsstörungen, die eine dynamische Therapie mit einer durchschnittlichen Länge von 40,3 Sitzungen erhalten hatten, erzielten deutlich bessere Resultate als Kontrollpatienten auf einer Warteliste (Winston et al. 1994). Eine andere Studie mit Patienten mit Cluster-C-Persönlichkeitsstörungen (Svartberg et al. 2004) ergab, dass eine dynamische Psychotherapie mit 40 Sitzungen statistisch signifikante Verbesserungen auf

allen Skalen bewirkt hatte, die sowohl während der Behandlung als auch in einer Folgeuntersuchung nach 2 Jahren festgestellt wurden. Der Zustand derjenigen, die eine dynamische Therapie erhalten hatten, verbesserte sich nach Beendigung der Behandlung weiter, was darauf schließen lässt, dass die Patienten den therapeutischen Dialog verinnerlichen und ihn nutzen, um mit Problemen fertig zu werden, wenn sie sich ergeben. Heinicke und Ramsey-Klee (1986) verglichen eine intensive psychodynamische Therapie (viermal pro Woche) mit einmal pro Woche stattfindenden Sitzungen für Kinder mit Lernschwierigkeiten. Dieser randomisierte kontrollierte Versuch bezog sich auf Behandlungen, die länger als ein Jahr dauerten. Bei einer Folgeuntersuchung zeigten die Kinder, die an vier Sitzungen pro Woche teilgenommen hatten, deutlich größere Verbesserungen.

Randomisierte kontrollierte Studien werden häufig kritisiert, weil die Patienten sorgfältig ausgewählt werden, keine Komorbidität aufweisen und unter sehr guten Bedingungen behandelt werden, die nicht denen in der „realen Welt“ entsprechen. In zwei verschiedenen Studien – von denen die eine in den Vereinigten Staaten von *Consumer Reports* („Mental Health: Does Therapy Help?“, 1995) und die andere in Deutschland (Hartmann und Zepf 2003) nach einer ähnlichen Methode durchgeführt wurde –, versuchte man den Nutzen der Psychotherapie unter natürlichen Gegebenheiten zu ermitteln. Den Patienten, die eine Psychotherapie erhalten hatten, wurde ein Fragebogen vorgelegt, in dem sie ihren Zustand vor und nach der Behandlung bewerten konnten. Beide Studien ergaben, dass die langfristige Psychotherapie deutlich mehr Verbesserungen bewirkt hatte als eine kurze Therapie, und es bestand ein enger Zusammenhang zwischen der Dauer der Behandlung und der Besserungsrate. Wie bereits erwähnt, sind die Indikationen für kurze Therapien relativ eng gefasst, und die meisten Patienten brauchen mehr als eine kurze Maßnahme.

Um sichere Aussagen machen zu können, muss im Bereich der langfristigen psychodynamischen Psychotherapie noch viel mehr geforscht werden (Gabbard et al. 2002). Besonders dringend benötigt werden störungsspezifische kontrollierte Studien. Solche sind in der Literatur zu kurzen kognitiven Therapien häufig, die psychodynamischen Forscher aber haben noch viel nachzuholen. Unbedingt erforderlich sind auch Forschungen zur Festlegung eindeutiger Indikationen und Kontraindikationen für eine langfristige psychodynamische Therapie, damit die Merkmale definiert werden können, durch die sich der psychodynamische Ansatz von anderen Methoden unterscheidet, und um zu ermitteln, welche Arten von Patienten letztendlich von einer solchen Behandlung profitieren (Gunderson und Gabbard 1999).

## Literaturhinweise

---

- Adler, E., Bachant, J. L.: *Working in Depth: A Clinician's Guide to Framework and Flexibility in the Analytic Relationship*. Northvale, NJ, Jason Aronson, 1998.
- Adler, G.: The myth of the alliance with borderline patients. *Am J Psychiatry* 47: 642–645, 1979.
- Amini, F., Lewis, T., Lannon, R., et al.: Affect attachment, memory: contributions toward psychobiologic integration. *Psychiatry* 59: 213–239, 1996.
- Anderson, E. M., Lambert, M. J.: Short-term dynamically oriented psychotherapy: a review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev* 15: 503–514, 1995.
- Aron, L.: Self-reflexivity and the therapeutic action of psychoanalysis. Paper presented at the annual meeting of the American Psychoanalytic Association. Toronto, Ontario, Kanada, Mai 1998.
- Bachrach, H. M., Leaf, L. A.: „Analyzability“: a systematic review of the clinical and quantitative literature. *J Am Psychoanal Assoc* 26: 881–920, 1978.
- Bakeland, F., Lundwall, L.: Dropping out of treatment: a critical review. *Psychol Bull* 82: 738–783, 1975.
- Basch, M. F.: *Doing Psychotherapy*. New York, Basic Books, 1980.
- Beck, N. C., Lambert, J., Gamache, M., et al.: Situational factors and behavioral self-predictions in the identification of clients at high risk to drop out of psychotherapy. *J Clin Psychol* 43: 511–520, 1987.
- Blatt, S. J.: The differential effect of psychotherapy and psychoanalysis with anaclitic and introjective patients: the Menninger Psychotherapy Research Project revisited. *J Am Psychoanal Assoc* 40: 691–724, 1992.
- Blatt, S.: *Experiences of Depression*. Washington, DC, American Psychological Association, 2004.
- Book, H. E.: *How to Practice Brief Psychodynamic Psychotherapy: The Core Conflictual Relationship Theme Method*. Washington, DC, American Psychological Association, 1998.
- Bordin, E. S.: The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice* 16: 252–260, 1979.
- Budman, S. H. (Hrsg.): *Forms of Brief Therapy*. New York, Guilford, 1981.
- Busch, F.: *The Ego at the Center of Clinical Technique (Critical Issues in Psychoanalysis 1)*. Northvale, NJ, Jason Aronson, 1995.
- Chessick, R. D.: *The Technique and Practice of Intensive Psychotherapy*. New York, Jason Aronson, 1974.
- Chessick, R. D.: What is intensive psychotherapy? *Am J Psychother* 35: 489–501, 1981.



- Cooper, A. M.: Psychic change: development in the theory of psychoanalytic techniques. *Int J Psychoanal* 73: 245–250, 1992.
- Crits-Christoph, P.: The efficacy of brief dynamic psychotherapy: a meta-analysis. *Am J Psychiatry* 149: 151–158, 1992.
- Crits-Christoph, P., Cooper, A., Luborsky, L.: The accuracy of therapist's interpretations and the outcome of dynamic psychotherapy. *J Consult Clin Psychol* 56: 490–495, 1988.
- Davanloo, H. (Hrsg.): *Short-Term Dynamic Psychotherapy*. New York, Jason Aronson, 1980.
- Dewald, P. A.: *Psychotherapy: A Dynamic Approach*. New York, Basic Books, 1964.
- Dewald, P. A.: *Psychotherapy: A Dynamic Approach*. 2<sup>nd</sup> Edition. New York, Basic Books, 1971.
- Dewan, M. J., Steenbarger, B. N., Greenberg, R. P. (Hrsg.): *The Art and Science of Brief Psychotherapies: A Practitioner's Guide*. Washington, DC, American Psychiatric Publishing, 2004.
- Fonagy, P.: The process of change, and the change of processes: what can change in a „good“ analysis? Keynote address at the spring meeting of Division 39 of the American Psychological Association. New York, April 1999.
- Fonagy, P.: *Attachment Theory and Psychoanalysis*. New York, Other Press, 2001.
- Freud, A.: The ego and the mechanisms of defense (1936), in: *The Writings of Anna Freud*. Vol. 2. Revised Edition. New York, International Universities Press, 1966.
- Freud, S.: The interpretation of dreams (1900), in: *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*. Vols. 4, 5. Translated and edited by Strachey, J. London, Hogarth Press, 1953, S. 1–627.
- Freud, S.: Recommendations to physicians practising psycho-analysis (1912), in: *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*. Vol. 12. Translated and edited by Strachey, J. London, Hogarth Press, 1958, S. 109–120.
- Freud, S.: On beginning the treatment (1913), in: *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*. Vol. 12. Translated and edited by Strachey, J. London, Hogarth Press, 1958, S. 121–144.
- Friedman, L.: A reading of Freud's papers on technique. *Psychoanal Q* 60: 564–595, 1991.
- Frieswyk, S. H., Allen, J. G., Colson, D. B., et al.: Therapeutic alliance: its place as a process and outcome variable in dynamic psychotherapy research. *J Consult Clin Psychol* 54: 32–38, 1986.
- Fromm-Reichmann, F.: *Principles of Intensive Psychotherapy*. Chicago, IL, University of Chicago Press, 1950.
- Gabbard, G. O.: Countertransference: the emerging common ground. *Int J Psychoanal* 76: 475–485, 1995.

- Gabbard, G. O.: Love and Hate in the Analytic Setting. Northvale, NJ, Jason Aronson, 1996.
- Gabbard, G. O.: A reconsideration of objectivity in the analyst. *Int J Psychoanal* 78: 15–26, 1997.
- Gabbard, G. O.: Long-Term Psychodynamic Psychotherapy: A Basic Text. Washington, DC, American Psychiatric Publishing, 2004.
- Gabbard, G. O., Lester, E. P.: Boundaries and Boundary Violations in Psychoanalysis. Washington, DC, American Psychiatric Publishing, 2003.
- Gabbard, G. O., Westen, D.: Rethinking therapeutic action. *Int J Psychoanal* 84: 823–841, 2003.
- Gabbard, G. O., Wilkinson, S. M.: Management of Countertransference With Borderline Patients. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1994.
- Gabbard, G. O., Gunderson, J. G., Fonagy, P.: The place of psychoanalytic treatments within psychiatry. *Arch Gen Psychiatry* 59: 505–510, 2002.
- Garfield, S. L.: The Practice of Brief Psychotherapy. New York, Wiley, 1998.
- Greenberg, J. R.: Theoretical models and the analyst's neutrality. *Contemporary Psychoanalysis* 22: 87–106, 1986.
- Greenson, R. R.: The Technique and Practice of Psychoanalysis. New York, International Universities Press, 1967.
- Greenson, R. R.: The working alliance and the transference neurosis (1965), in: Explorations in Psychoanalysis. New York, International Universities Press, 1978, S. 119–224.
- Grinberg, L.: The closing phase of the psychoanalytic treatment of adults and the goals of psychoanalysis: „the search for truth about one's self“. *Int J Psychoanal* 61: 25–37, 1980.
- Gunderson, J. G., Gabbard, G. O.: Making the case for psychoanalytic therapies in the current psychiatric environment. *J Am Psychoanal Assoc* 47: 679–703, 1999.
- Gustafson, J. P.: An integration of brief dynamic psychotherapy. *Am J Psychiatry* 141: 935–944, 1984.
- Gustafson, J. P.: The Complex Secret of Brief Psychotherapy. New York, WW Norton, 1986.
- Gutheil, T., Gabbard, G. O.: Misuses and misunderstandings of boundary theory in clinical and regulatory settings. *Am J Psychiatry* 155: 409–414, 1998.
- Hartley, D. E., Strupp, H. H.: The therapeutic alliance: its relationship to outcome in brief psychotherapy, in: Empirical Studies of Psychoanalytic Theories. Vol. 1. Edited by Masling, J. Hillsdale, NJ, Analytic Press, 1983, S. 1–37.
- Hartmann, S., Zepf, S.: Defectiveness of psychotherapy in Germany: a replication of the *Consumer Reports* study. *Psychother Res* 13: 235–242, 2003.
- Heinicke, C. M., Ramsey-Klee, D. M.: Outcome of child psychotherapy as a function of frequency of sessions. *J Am Acad Child Psychiatry* 25: 247–253, 1986.

- Hoffman, I. Z.: *Ritual and Spontaneity in the Psychoanalytic Process: A Dialectical-Constructivist View*. Hillsdale, NJ, Analytic Press, 1998.
- Hoffman, I. Z., Gill, M. M.: Critical reflections on a coding scheme. *Int J Psychoanal* 69: 55–64, 1988.
- Hoglend, P.: Long-term effects of brief dynamic therapy. *Psychother Res* 13: 271–290, 2003.
- Horowitz, M. J., Marmar, C., Krupnick, J., et al.: *Personality Styles and Brief Psychotherapy*. New York, Basic Books, 1984a.
- Horowitz, M. J., Marmar, C., Weiss, D. S., et al.: Brief psychotherapy of bereavement reactions: the relationship of process to outcome. *Arch Gen Psychiatry* 41: 438–448, 1984b.
- Horvath, A. D., Symonds, B. D.: Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: a meta-analysis. *J Couns Psychol* 38: 139–149, 1991.
- Horwitz, L.: *Clinical Prediction in Psychotherapy*. New York, Jason Aronson, 1974.
- Horwitz, L., Gabbard, G. O., Allen, J. G., et al.: *Borderline Personality Disorder: Tailoring the Psychotherapy to the Patient*. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1996.
- Howard, K. I., Koptes, S. M., Krause, M. S., et al.: The dose-effect relationship in psychotherapy. *Am Psychol* 41: 159–164, 1986.
- Jacobs, T. J.: The corrective emotional experience: its place in current technique. *Psychoanalytic Inquiry* 10: 433–454, 1990.
- Joyce, A. S., Piper, W. E.: The immediate impact of transference in short-term individual psychotherapy. *Am J Psychother* 47: 508–526, 1993.
- Kantrowitz, J. L.: Suitability for psychoanalysis. *Yearbook of Psychoanalysis and Psychotherapy* 2: 403–415, 1987.
- Kantrowitz, J. L., Katz, A. L., Paolitto, F., et al.: Changes in the level and quality of object relations in psychoanalysis: follow-up of a longitudinal, prospective study. *J Am Psychoanal Assoc* 35: 23–46, 1987.
- Karasu, T. B.: Psychotherapies: an overview. *Am J Psychiatry* 134: 851–863, 1977.
- Killingmo, B.: Affirmation in psychoanalysis. *Int J Psychoanal* 76: 503–518, 1995.
- Kohut, H.: *How Does Analysis Cure?* Edited by Goldberg, A. Chicago, IL, University of Chicago Press, 1984.
- Lawson, D. M., Brossart, D. F.: Link among therapies and parent relationship, working alliance, and therapy outcome. *Psychother Res* 13: 383–394, 2003.
- Lipton, S. D.: The advantages of Freud's technique as shown in his analysis of the Rat Man. *Int J Psychoanal* 58: 255–273, 1977.
- Loewald, H. W.: On the therapeutic action of psychoanalysis (1957), in: *Papers on Psychoanalysis*. New Haven, CT, Yale University Press, 1980, S. 221–256.
- Lohser, B., Newton, P. M.: *Unorthodox Freud: The View From the Couch*. New York, Guilford, 1996.

- Luborsky, L.: Principles of Psychoanalytic Psychotherapy: A Manual for Supportive-Expressive Treatment. New York, Basic Books, 1984.
- Luborsky, L., Singer, B., Luborsky, L.: Comparative studies of psychotherapies: is it true that „everyone has won and all must have prizes“? Arch Gen Psychiatry 32: 995–1008, 1975.
- Luborsky, L., Mintz, J., Auerbach, A., et al.: Predicting the outcome of psychotherapy: findings of the Penn Psychotherapy Project. Arch Gen Psychiatry 37: 471–481, 1980.
- Luborsky, L., Crits-Christoph, P., Mintz, J., et al.: Who Will Benefit From Psychotherapy? Predicting Therapeutic Outcomes. New York, Basic Books, 1988.
- Lyons-Ruth, K., Members of the Change Process Study Group: Implicit relational knowing: its role in development and psychoanalytic treatment. Infant Ment Health J 19: 282–289, 1998.
- MacKenzie, K. R.: Recent developments in brief psychotherapy. Hosp Community Psychiatry 39: 742–752, 1988.
- Malan, D. H.: The Frontier of Brief Psychotherapy: An Example of the Convergence of Research and Clinical Practice. New York, Plenum, 1976.
- Malan, D. H.: Toward the Validation of Dynamic Psychotherapy: A Replication. New York, Plenum, 1980.
- Mann, J.: Time-Limited Psychotherapy. Cambridge, MA, Harvard University Press, 1973.
- Martin, D. J., Garske, J. P., Davis, K. K.: Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: a meta-analytic review. J Consult Clin Psychol 68: 438–450, 2000.
- Marziali, E., Marmar, D., Krupnick, J.: Therapeutic alliance scales: development and relationship to psychotherapy outcome. Am J Psychiatry 138: 361–364, 1981.
- McWilliams, N.: Psychoanalytic Psychotherapy. New York, Guilford, 2004.
- Menninger, K. A.: Theory of Psychoanalytic Technique. New York, Basic Books, 1958.
- Mental health: does therapy help? Consumer Reports, November 1995, S. 734–739.
- Mitchell, S. A.: Influence and Autonomy in Psychoanalysis. Hillsdale, NJ, Analytic Press, 1997.
- Morgan, R., Luborsky, L., Crits-Christoph, R., et al.: Predicting the outcomes of psychotherapy by the Penn Helping Alliance Rating Method. Arch Gen Psychiatry 39: 397–402, 1982.
- Ogden, T. H.: Projective Identification and Psychotherapeutic Technique. New York, Jason Aronson, 1982.
- Ornstein, A.: „Supportive“ psychotherapy: a contemporary view. Clin Soc Work J 14: 14–30, 1986.
- Pine, F.: On therapeutic change: perspectives from a parent-child model. Psychoanalysis and Contemporary Science 5: 537–569, 1976.

- Pine, F.: Supportive psychotherapy: a psychoanalytic perspective. *Psychiatric Annals* 16: 526–529, 1986.
- Pine, F.: *Diversity and Direction in Psychoanalytic Technique*. New Haven, CT, Yale University Press, 1998.
- Piper, W. E., Azim, H. F. A., McCallum, M., et al.: Patient suitability and outcome in short-term individual psychotherapy. *J Consult Clin Psychol* 58: 475–481, 1990.
- Pulver, S. E.: Psychic change: insight or relationship? *Int J Psychoanal* 73: 199–208, 1992.
- Racker, H.: *Transference and Counter-transference*. New York, International Universities Press, 1968.
- Renik, O.: Analytic interaction: conceptualizing technique in light of the analyst's irreducible subjectivity. *Psychoanal Q* 62: 553–571, 1993.
- Rosenthal, R. N., Muran, J. C., Pinsker, H., et al.: Interpersonal change in brief supportive therapy. *J Psychother Pract Res* 8: 55–63, 1999.
- Roskin, G.: Changing modes of psychotherapy. *Journal of Psychiatric Treatment and Evaluation* 4: 483–487, 1982.
- Roth, S.: *Psychotherapy: The Art of Wooing Nature*. Northvale, NJ, Jason Aronson, 1987.
- Sandler, J.: Countertransference and role-responsiveness. *International Review of Psychoanalysis* 3: 43–47, 1976.
- Scheidt, C. E., Burger, T., Strukely, S., et al.: Treatment selection in private practice psychodynamic psychotherapy: a naturalistic prospective longitudinal study. *Psychother Res* 13: 293–305, 2003.
- Sifneos, P. E.: *Short-Term Psychotherapy and Emotional Crisis*. Cambridge, MA, Harvard University Press, 1972.
- Silberschatz, G., Fretter, P. B., Curtis, J. T.: How do interpretations influence the process of psychotherapy? *J Consult Clin Psychol* 54: 646–652, 1986.
- Sledge, W. H., Moras, K., Hartley, D., et al.: Effect of time-limited psychotherapy on patient dropout rates. *Am J Psychiatry* 147: 1341–1347, 1990.
- Smith, M. L., Glass, G. V., Miller, T. I.: *The Benefits of Psychotherapy*. Baltimore, MD, Johns Hopkins University Press, 1980.
- Steiner, J.: The aim of psychoanalysis. *Psychoanal Psychother* 4: 109–120, 1989.
- Stern, D. N., Sander, L. W., Nahum, J. P., et al.: Non-interpretative mechanisms in psychoanalytic therapy: the „something more“ than interpretation. *Int J Psychoanal* 79: 903–921, 1998.
- Svartberg, M., Stiles, T. C., Seltzer, M. H.: Effectiveness of short-term dynamic psychotherapy and cognitive therapy for Cluster C personality disorders: a randomized controlled trial. *Am J Psychiatry* 161: 810–817, 2004.
- Ursano, R. J., Dressler, D. M.: Brief versus long-term psychotherapy: a treatment decision. *J Nerv Ment Dis* 159: 164–171, 1974.
- Ursano, R. J., Hales, R. E.: A review of brief individual psychotherapies. *Am J Psychiatry* 143: 1507–1517, 1986.

- Ursano, R. J., Silberman, E. K.: Psychoanalysis, psychoanalytic psychotherapy, and supportive psychotherapy, in: *The American Psychiatric Press Textbook of Psychiatry*. 2<sup>nd</sup> Edition. Edited by Hales, R. E., Yudofsky, S. C., Talbott, J. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1994, S. 1035–1060.
- Vaslamatzis, G., Markidis, M., Katsouyanni, K.: Study of the patients' difficulties in ending brief psychoanalytic psychotherapy. *Psychother Psychosom* 52: 173–178, 1989.
- Wallerstein, R. S.: *Forty-Two Lives in Treatment: A Study of Psychoanalysis and Psychotherapy*. New York, Guilford, 1986.
- Werman, D. S.: The use of dreams in psychotherapy: practical guidelines. *Can Psychiatr Assoc J* 23: 153–158, 1978.
- Werman, D. S.: *The Practice of Supportive Psychotherapy*. New York, Brunner / Mazel, 1984.
- Westen, D., Gabbard, G. O.: Developments in cognitive neuroscience, II: implications for theories of transference. *J Am Psychoanal Assoc* 50: 99–134, 2002.
- Winnicott, D. W.: The aims of psychoanalytic treatment (1962), in: *The Maturation Processes and the Facilitating Environment*. London, Hogarth, 1976, S. 166–170.
- Winston, A., Muran, C.: Common factors in the time-limited therapies, in: *American Psychiatric Press Review of Psychiatry*. Vol. 15. Edited by Dickstein, L. j., Riba, M. B., Oldham, J. M. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1996, S. 43–68.
- Winston, A., Laikin, M., Pollack, J., et al.: Short-term psychotherapy of personality disorders. *Am J Psychiatry* 151: 190–194, 1994.
- Winston, A., Rosenthal, R., Winston, E.: *Supportive Psychotherapy*. Washington, DC, American Psychiatric Publishing, 2004.

## **KAPITEL 5**

# **BEHANDLUNG IN DER DYNAMISCHEN PSYCHIATRIE**

*Gruppentherapie,  
Familien–/ Ehe-therapie und  
Pharmakotherapie*

### **Dynamische Gruppenpsychotherapie**

---

Wir alle leben und arbeiten in Gruppen. Die Gruppentherapie bietet den Patienten die Möglichkeit, zu erfahren, wie sie in einer Gruppe funktionieren – welche Rollen sie spielen, welche Erwartungen und unbewussten Fantasien sie in Bezug auf Gruppen haben und auf welche Hindernisse sie im Hinblick auf das Auskommen mit anderen bei der Arbeit und zu Hause treffen. Die einzigartigen Dimensionen der Gruppenerfahrung können in einer individuellen Psychotherapie nur zum Teil erforscht werden. So fehlt in einer Einzeltherapie insbesondere der soziopsychologische Kontext, in dem eine Gruppe existiert (Rutan und Stone 2001).

#### **Die einzigartigen Aspekte der Gruppenerfahrung**

Ein Großteil dessen, was wir über die Kräfte wissen, die in Gruppen wirken, stammt aus dem Werk von Wilfred Bion (1961). Bion begann nach dem Ersten

Weltkrieg an der Tavistock Clinic, kleine Gruppenexperimente durchzuführen. Im Mittelpunkt seines Konzepts der Gruppe stand seine Beobachtung, dass es in jeder Gruppe zwei Untergruppen gibt: 1. die „Arbeitsgruppe“ und 2. die „Grundannahmen-Gruppe“.

Erstere befasst sich mit der aktuellen Arbeitsaufgabe der Gruppe und strebt die Erledigung der Aufgabe an. Es gibt jedoch nur wenige Gruppen, die auf rationale Art und Weise, ohne die Interferenz der Grundannahmen auf ihre Ziele hinarbeiten (Rioch 1970).

Grundannahmen sind die unbewussten Fantasien, die dazu führen, dass sich Gruppen auf eine „Als-ob-Weise“ verhalten (Rioch 1970). Mit anderen Worten, die Gruppenmitglieder handeln nach einer Annahme bezüglich der Gruppe, die von der Realität der jeweiligen Aufgabe abweicht. Grundannahmen lassen sich in drei Kategorien aufteilen: Abhängigkeit, Kampf / Flucht und Paarbildung. Diese unterschiedlichen emotionalen Zustände sind unbewussten Ursprungs, lassen sich aber leicht aus dem Verhalten der Gruppe ableiten. Die Annahmen führen zum Scheitern der Arbeitsgruppe und verhindern, dass sie ihre Aufgabe erledigt. Eine Psychotherapiegruppe kann durch die Bildung von Grundannahmen von der Aufgabe, die Probleme der anderen zu verstehen, abgebracht werden. Allerdings hat Bion, ebenso wie Freud festgestellt hat, dass die Übertragung in der Psychoanalyse eher ein Instrument der Therapie als ein Hindernis ist, entdeckt, dass die Grundannahmen an sich enorm viel dazu beitragen können, dass sich die einzelnen Mitglieder der Gruppe im Kontext der Gruppe verstehen.

Bions anfängliche Beobachtungen zu den Grundannahmen waren deskriptiver Natur, doch als er mehr und mehr Erfahrungen über die Gruppendynamik sammelte, erkannte er, dass die Grundannahmen Cluster von Abwehrmechanismen gegen psychotische Ängste sind, die jeder hat. Gruppen sind in hohem Maße regressiv und geben den Patienten Einblick in ihre primitivsten Ängste. Bion erkannte, dass die mit der paranoid-schizoiden und der depressiven Position verbundenen Mechanismen, die Melanie Klein identifiziert hat (siehe Kapitel 2), auch in den Grundannahmen vorhanden sind.

Die Grundannahme der Abhängigkeit zum Beispiel kann als Cluster von Abwehrmechanismen gegen depressive Ängste betrachtet werden (Ganzarain 1980). Bei dieser Grundannahme verhalten sich die Patienten so, als wären sie schwach, unwissend und unfähig, einander zu helfen, und vollkommen vom Therapeuten abhängig, den sie als gottgleich betrachten. Dem liegt die Angst zugrunde, ihre Gier (das heißt, ihre orale Bedürftigkeit) werde den Therapeuten verschlingen, sodass er sie verlassen werde. Um ihre Angst davor und ihre Schuldgefühle im Zusammenhang damit, dass sie den Therapeuten (das heißt, auf der unbewussten Ebene ihre Mutter) vernichten könnten, abzuwehren, glauben sie, der Therapeut sei eine unermüdliche, allwissende und allmächtige Figur, die immer für sie da sein wird und immer Antworten hat.



Bei der Grundannahme von Kampf oder Flucht ist die Gruppe zu einer eindeutig paranoid-schizoiden Position regrediert. Alles „Böse“ wird abgespalten und projiziert. Der Wunsch, zu kämpfen oder zu flüchten, ist ein Cluster von Abwehrmechanismen gegen paranoide Angst. Um einem als außenstehend wahrgenommenen Verfolger zu entkommen, der sie zerstören wird, kann die Gruppe entweder kämpfen oder vor dem Verfolger davonlaufen. Die Gruppe wird nichtreflektiv und betrachtet Handeln als einzige Lösung bezüglich der vermeintlichen Bedrohung.

Die Grundannahme der Paarbildung ist ein Cluster von Abwehrmechanismen gegen depressive Ängste. Die Annahme betrifft häufig zwei Gruppenmitglieder, die einen Messias hervorbringen, um die Gruppe zu retten (Rioch 1970). Es herrscht eine ausgesprochen optimistische und hoffnungsvolle Atmosphäre, die Gruppe glaubt, die Liebe werde siegen. Diese überoptimistische Einstellung kann als manischer Abwehrmechanismus gegen die Besorgnis der Gruppe darüber betrachtet werden, dass zerstörerisches Verhalten, Hass und Feindseligkeit auch in der Gruppe vorhanden sein könnten. Nach dieser Auffassung kann die Paarbildung als manische reparative Bemühung betrachtet werden (Ganzarain 1980).

Gruppenpsychotherapeuten müssen die Bildung von Grundannahmen in ihren Gruppen stets im Auge behalten, um sie interpretieren und untersuchen zu können, bevor sie hinsichtlich der Aufgabe der Gruppe zu zerstörerisch werden. Nicht untersuchte Übertragungen können dazu führen, dass einzelne Mitglieder die Psychotherapie abbrechen; nicht untersuchte Grundannahmen können zur Auflösung der Gruppentherapie führen.

Außer den Grundannahmen wirken in Gruppen noch andere einzigartige Kräfte. Zu einer emotionalen Ansteckung kommt es, wenn sich intensive Emotionen in Windeseile in der Gruppe ausbreiten (Rutan und Stone 2001). Wir alle empfinden Gefühle wie Traurigkeit, Wut oder Ausgelassenheit in der Gruppe gegebenenfalls als unwiderstehlich. Eine andere mächtige Kraft ist die „Rollensaugwirkung“ (Redl 1963). Man kann häufig beobachten, wie sich das Verhalten eines Menschen im Vergleich zu einer Zweiersituation dramatisch ändert, sobald er in eine Gruppe eintritt, wie beim „guten Jungen“, der „sich in schlechte Gesellschaft begibt“. Menschen, die feststellen, dass sie sich in der Gruppe anders verhalten, berichten häufig, sie würden in eine Rolle hineingezogen oder „hineingesaugt“, die sich ihrer Kontrolle entzieht. So tritt beispielsweise ein einziger Patient als Sprecher der gesamten Gruppe auf, während alle anderen schweigen. Ein anderes Mitglied dient möglicherweise als Sündenbock, indem es sich so verhält, dass es zur Zielscheibe der Wut der anderen wird. Sowohl das Phänomen des Sprechers als auch das des Sündenbocks kann als Gruppenversion der projektiven Identifizierung betrachtet werden (Horwitz 1983; Ogden 1982). Wenn jemand zum Sündenbock gemacht wird, werden die inakzeptablen Teile aller Gruppenmitglieder auf ein einziges Mitglied projiziert, das sich dann genötigt

sieht, so zu reagieren wie die projizierten Teile der übrigen Patienten. Wenn der Therapeut den Sündenbock unterstützt und den Gruppenprozess interpretiert, können die projizierten Teile reintrojiert werden.

## Merkmale von Psychotherapiegruppen

Die meisten Gruppentherapeuten treffen sich einmal pro Woche mit ihren Gruppen (Rutan und Stone 2001), manche aber auch zweimal pro Woche. Die Dauer der Sitzungen variiert zwischen 75 und 125 Minuten, und eine durchschnittliche dynamische Psychotherapiegruppe besteht aus 6 bis 10 Mitgliedern (Rutan und Stone 2001; Sadock 1983). Kleinere Gruppen können sinnvoll sein, wenn sich die Mitglieder aktiv beteiligen.

Die Zusammensetzung der dynamischen Therapiegruppen kann recht unterschiedlich sein, wobei man der Ansicht ist, heterogene Gruppen seien vorteilhafter als homogene (Yalom 1985). Kliniker sind sich darüber einig, dass Gruppen, in denen sich alle ähnlich sind, selten über eine oberflächliche Interaktion hinauskommen. Wenn eine Gruppe jedoch zu heterogen ist, funktioniert sie möglicherweise deshalb nicht, weil die Patienten keine gemeinsame Grundlage haben. Außerdem können sich manche Menschen isoliert fühlen, wenn sie glauben, wegen ihres Alters, ihres kulturellen Hintergrunds oder ihres sozioökonomischen Status ganz anders zu sein als alle anderen in der Gruppe. Und schließlich kann es sein, dass die Gruppe keine Gestalt annimmt, wenn die Ich-Stärke ihrer Mitglieder sehr unterschiedlich ist, weil die psychologischen Fragen nicht untersucht werden können.

In der Literatur herrscht Einstimmigkeit darüber, dass dynamische Therapiegruppen hinsichtlich der Konflikte ihrer Mitglieder heterogen, hinsichtlich ihrer Ich-Stärke jedoch möglichst homogen sein sollten (Whitaker und Lieberman 1964; Yalom 1985). Beim Großteil der Literatur zur dynamischen Gruppenpsychotherapie liegt der Schwerpunkt in der Nähe des expressiven Endes des expressiv-supportiven Kontinuums. Supportivere Gruppen sind tendenziell auch homogener. Dynamische Therapiegruppen haben typischerweise ein offenes Ende, und es können neue Mitglieder hinzukommen, wenn alte die Therapie beenden.

Unter dem wachsenden Druck der gesteuerten Gesundheitsversorgung und der Rechenschaftspflicht im Gesundheitswesen sind die kürzeren Varianten der Gruppenpsychotherapie in den letzten Jahren häufiger geworden, und das selbst bei heterogenen Gruppen. MacKenzie (1997) hat unter Berücksichtigung der Bedürfnisse der Patienten und der begrenzten Ressourcen für die Behandlung ein Konzept für zeitlich definierte Gruppenpsychotherapien entwickelt: 1. Krisenintervention (1 bis 8 Sitzungen), 2. zeitlich begrenzte Therapie (8 bis 26 Sitzungen) und 3. längerfristige Therapie (mehr als 26 Sitzungen). Es wurde mit empirischen Forschungen begonnen, die die

Wirksamkeit der kürzeren Formen der dynamischen Gruppentherapie belegen sollen. Bei einer Untersuchung über expressive Therapiegruppen für ambulante Patienten, die einen Verlust nicht gut verkraftet hatten, mit einer Behandlungsdauer von 12 Wochen (Piper et al. 1992) zeigten behandelte Patienten eine größere Besserung als Kontrollpatienten auf der Warteliste, und die Folgeuntersuchung nach 6 Monaten ergab, dass die Resultate von Dauer waren oder sogar noch eine weitere Besserung erreicht worden war.

Dynamische Gruppenpsychotherapeuten wenden den gruppenzentrierten und den individuumzentrierten Ansatz in unterschiedlichem Maße an. Nach Ansicht der extremeren Vertreter des gruppenzentrierten Ansatzes (Ezriel 1950) ist die Interpretation der Gruppenkräfte viel wichtiger als die Interpretation der Konflikte des Einzelnen. Ezriel (1950) meinte sogar, der Therapeut solle auf eine Interpretation verzichten, bis eine gemeinsame Gruppenspannung oder ein gemeinsames Gruppenthema entstanden ist. Für einen weniger extremen Ansatz sprach sich Horwitz (1977) aus, indem er vorschlug, individuelle Interpretationen für die Entwicklung des Bewusstseins der Gruppe für ein gemeinsames Gruppenproblem zu nutzen, das dann ebenfalls interpretiert wird. Es gibt häufige Gruppenerfahrungen, die jeder macht und die der Interpretation wert sind, so diejenige, dass der Leiter nicht alle Bedürfnisse des Patienten befriedigt, dass es einen Wettbewerb um Unterstützung gibt, und die Angst, ignoriert zu werden. Wenn jedoch bei der Arbeit nicht auch auf die Probleme des Einzelnen eingegangen wird, können die Patienten das Gefühl bekommen, der Therapeut lasse ihre individuellen Gründe für die Teilnahme an der Therapie außer Acht. Die meisten Gruppentherapeuten sprechen sich für eine Kombination individuumzentrierter und gruppenzentrierter Maßnahmen aus (Slipp 1988).

## Übertragung, Gegenübertragung, Widerstand und Gruppenbündnis

Übertragung, Gegenübertragung und Widerstand sind Eckpfeiler der dynamischen Gruppenpsychotherapie, ebenso wie es bei der Einzeltherapie der Fall ist. Die Gruppenmodalität als solche verändert die Übertragung jedoch beträchtlich. Zunächst einmal kann die Intensität der Übertragungen des Patienten durch ihre Umleitung auf Mitpatienten verringert werden. Die Gruppenpsychotherapie ermöglicht mehrere gleichzeitige Übertragungen. Der Therapeut erhält dann ein Labor, in dem die inneren Objektbeziehungen der Patienten durch die Verlegung in Beziehungen mit einzelnen Gruppenmitgliedern für alle sichtbar werden. Zwar entstehen in der Einzeltherapie ebenfalls verschiedene Übertragungen, diese treten jedoch gewöhnlich über eine längere Zeit auf. Die Gruppensituation kann es dem Therapeuten ermöglichen, die inneren Objektbeziehungen der Patienten innerhalb kürzerer Zeit umfassender zu erkennen.

Die Übertragung kann in der Gruppentherapie abgeschwächt werden, doch auch das Gegenteil kann der Fall sein. Die Übertragung kann intensiviert werden, wenn starke Gefühle positiver oder negativer Valenz die gesamte Gruppe erfassen. Therapeuten, die als Behälter für alle bösen Objektprojektionen der Gruppenmitglieder dienen, merken schon bald, dass die Gegenübertragungen in einer Gruppensituation ebenfalls verstärkt werden können. Die Gegenübertragungsanforderungen an den Gruppentherapeuten können enorm sein. Zum Glück gibt es einen eingebauten Schutz gegen das Ausleben unerwünschter Gegenübertragungen, da die Patienten unangemessenes Verhalten oder falsche Vorstellungen des Therapeuten sofort bemerken. Um die Übertragung und die Gegenübertragung zu entschärfen, arbeiten manche Therapeuten bei der Gruppenpsychotherapie mit einem Mittherapeuten. Einen Partner zu haben, hilft dem Therapeuten, die durch die Gruppe ausgelösten intensiven Gefühle zu verarbeiten.

Geschwisterrivalität und der Übertragungswunsch, das einzige oder das Lieblingskind des Therapeuten zu sein, kommen in allen dynamischen Therapien häufig vor. In der Gruppentherapie können sie jedoch stärker ausgeprägt sein, und der Therapeut muss es tunlichst vermeiden, einzelne Gruppenmitglieder zu bevorzugen (Yalom 1985).

Außer der Übertragung der Patienten auf den Therapeuten und andere Gruppenmitglieder gibt es eine dritte Form der Übertragung, die nur in Gruppen vorkommt: die Übertragung auf die Gruppe als Ganzes. Diese Form der Übertragung gibt den Patienten die Möglichkeit, ihre Erwartungen an andere Gruppen, in denen sie leben und arbeiten, zu prüfen. Die Gruppe als Einheit wird häufig als idealisierte, in jeder Hinsicht befriedigende „Mutter“ betrachtet, die die Sehnsucht des Patienten nach der Wiedervereinigung mit einer bedingungslos liebenden Figur erfüllt. Angesichts dieser Tendenz nannte Scheidlinger (1974) dieses Phänomen „Muttergruppe“. Wenn sich diese Form der Übertragung voll entfaltet, wird der Therapeut möglicherweise als furchterregende Mutterfigur im Gegensatz zur alles gebenden Güte der Gruppe als Ganzes betrachtet. Andere Verfasser (Gibbard und Hartman 1973) betrachten die idealisierte Übertragung auf die Gruppe als Ganzes als Abwehrhaltung, durch die vermieden wird, die Gruppe (die Mutter) als sadistisch zu sehen.

Ebenso wie sich anhand des therapeutischen Bündnisses der Erfolg einer Einzeltherapie voraussagen lässt, kann auch das Gruppenbündnis auf ein gutes Resultat der Gruppenpsychotherapie hindeuten. Patienten, die an einer Gruppentherapie teilnehmen, schreiben der Atmosphäre der Beziehung sogar tendenziell eine größere Bedeutung zu als Patienten in einer Einzeltherapie (Holmes und Kivlighan 2000). Auch wenn das Gruppenbündnis schwerer zu definieren ist als das therapeutische Bündnis bei einer Einzeltherapie, wird es doch im Allgemeinen als aktive Zusammenarbeit zwischen den Gruppenmitgliedern und dem Therapeuten, zwischen den Mitgliedern

untereinander und zwischen den Mitgliedern und der Gruppe als Ganzes in Bezug auf die therapeutischen Ziele verstanden (Gillaspy et al. 2002). Vorläufige Daten lassen darauf schließen, dass das Gruppenbündnis der Faktor ist, der am besten zur Voraussage des Results von Gruppentherapien für drogenabhängige Patienten in stationärer Behandlung geeignet ist (Gillaspy et al. 2002).

Die Aufgabe des dynamischen Therapeuten besteht, ganz ähnlich wie bei der Einzelpsychotherapie, überwiegend im Durcharbeiten von Übertragungen und Widerständen. Ganzarain (1983) zufolge ist das Durcharbeiten wohl das Hauptunterscheidungsmerkmal der psychoanalytischen Gruppentherapie gegenüber anderen Formen der Gruppenbehandlung. Er betonte insbesondere das Durcharbeiten primitiver psychoseähnlicher Ängste und der mit diesen verbundenen Abwehrmechanismen. Mittels der durch die Gruppenerfahrung aktivierten regressiven Kräfte kommt der Patient viel schneller und nachhaltiger mit Ängsten der paranoid-schizoiden und der depressiven Position in Berührung als bei einer Einzelbehandlung. Das Durcharbeiten der Übertragung wird auch durch die Beiträge anderer Gruppenmitglieder erleichtert. Der Einzelne kann versuchen, seinen persönlichen Eindruck vom Therapeuten zu bestätigen, indem er ihn einer „Prüfung“ durch andere Patienten der Gruppe unterzieht. Wenn Verzerrungen der Übertragungswahrnehmung nicht vom Therapeuten, sondern von Gleichgesinnten angesprochen werden, ist der Patient möglicherweise eher bereit, die Rückmeldungen anzuhören und zu akzeptieren.

## Indikationen und Kontraindikationen

Viele Indikationen für eine dynamische Gruppenpsychotherapie sind identisch mit denen für eine expressiv-supportive Einzeltherapie. Zu diesen gehören 1. ein starker Antrieb, 2. eine psychologische Einstellung, 3. eine relativ große Ich-Stärke, 4. ein Maß an Beschwerden, aufgrund dessen der Patient bereit ist, die mit diesem Prozess einhergehenden Frustrationen zu ertragen und 5. Probleme mit zwischenmenschlichen Beziehungen (Yalom 1985). Die Frage, die sich der Kliniker stellen muss, lautet jedoch: Welche spezifischen Kriterien sprechen dafür, dass der Patient besonders für eine Gruppentherapie und weniger für eine Einzeltherapie geeignet ist?

In Fachkreisen gibt es eine bedauerliche Tradition, die Gruppenpsychotherapie als zweitklassige Behandlungsform zu betrachten. Abhandlungen, in denen Einzel- und Gruppentherapie verglichen werden, untermauern dieses Vorurteil nicht (Lambert und Bergin 1994; MacKenzie 1996). In den meisten dieser Vergleichsstudien wurden keine Unterschiede hinsichtlich des Results ermittelt. Die dynamische Gruppentherapie wird trotz ihrer Vorteile hinsichtlich der Kosteneffizienz wahrscheinlich zu selten angewandt. Eine ambulante Gruppenpsychotherapie ist besonders für die Aufrechterhaltung von Therapieerfolgen bei Patienten mit

Persönlichkeitsstörungen nach der Entlassung aus der Tagesklinik geeignet (Bateman und Fonagy 2001; Wilberg et al. 2003). In manchen Fällen kommt es in der nach der Entlassung durchgeführten Gruppenbehandlung solcher Patienten zu einer weiteren Besserung.

Verschiedene Arten von Problemen lassen sich in einer Gruppensituation wirksamer angehen als in einer Einzelbehandlung (Sadock 1983). Einem Patienten, der besonders große Angst vor Autoritätspersonen hat, fällt es in Gegenwart Gleichgesinnter möglicherweise leichter, sich zu äußern und auf eine Beziehung einzulassen. Ein Patient, dessen Hauptproblem wahrscheinlich aus Geschwisterkonflikten herrührt, macht womöglich die Erfahrung, dass die Gruppensituation das Problem auf eine Art und Weise wieder zum Vorschein bringt, durch die es leichter zu untersuchen und zu lösen ist. Umgekehrt kann die Gruppe für ein Einzelkind, dem die Geschwistererfahrung fehlt und das als Erwachsener Schwierigkeiten mit dem Teilen hat, der beste Ort sein, um diese Fragen anzusprechen. Nichtpsychotische Patienten, die sich häufig der Projektion bedienen, können von den Konfrontationen seitens der übrigen Gruppenmitglieder profitieren, die die Verzerrungen, die in die Gruppe eingebracht werden, wiederholt infrage stellen. Borderline-Patienten, die in der Einzeltherapie ausgesprochen negative Übertragungen vornehmen, kommt gegebenenfalls die für die Gruppenarbeit charakteristische Verteilung der Übertragung zugute. Allerdings benötigen sie fast immer auch eine Einzeltherapie (siehe Kapitel 15). Wenn die beiden Behandlungsformen kombiniert werden, stellen sich sowohl in der Einzel- als auch in der Gruppenbehandlung additive und verstärkende Wirkungen ein (Porter 1993; Sperry et al. 1996). Zu den additiven Wirkungen der Einzeltherapie gehören eine eingehende Ergründung intrapsychischer Vorgänge und die korrektive emotionale Erfahrung. Die additiven Wirkungen der Gruppentherapie sind die Ergründung multipler Übertragungen und eine Situation, in der der Patient neue Verhaltensweisen riskieren kann. Eine der verstärkenden Wirkungen der Einzeltherapie besteht darin, dass sie die Möglichkeit bieten kann, die wesentlichen Entwicklungen in den Gruppensitzungen zu besprechen, und dadurch den vorzeitigen Abbruch der Gruppentherapie verhindern kann. Eine mögliche verstärkende Wirkung der Gruppentherapie ist die zusätzliche Gelegenheit, die Übertragungswiderstände der Einzelsitzungen zu analysieren.

Die Gruppentherapie ist im Allgemeinen bei Patienten mit Persönlichkeitsstörungen, unter anderem bei hysterischen, obsessiv-zwanghaften, bei einigen Borderline- und narzisstischen, passiv-aggressiven und dependenten Störungen, wirksam, da die Gruppensituation die einzige sein kann, in denen diese Patienten Rückmeldungen darüber erhalten, wie ihre Charaktermuster bei anderen ankommen. Ein Großteil der psychopathologischen Symptome von Patienten mit Persönlichkeitsstörungen betrifft ichsyntone Charaktereigenschaften (das heißt, Verhaltensweisen, die andere, nicht aber den Patienten stören). Die Rückmeldungen Gleichgesinnter in

einer Gruppentherapie helfen diesen Patienten oft, über ihre Verhaltensmuster zu reflektieren, wodurch die betreffenden Eigenschaften schließlich häufig ichdyston (das heißt, für den Patienten selbst unangenehm) werden, was den ersten Schritt zu der Motivation, sich zu ändern, bedeutet. Die Wirkung der Gruppenpsychotherapie bei einzelnen Persönlichkeitsstörungen und die Indikationen für eine Kombination aus Einzel– und Gruppentherapie werden in Teil III dieses Buches ausführlicher besprochen.

Ein offensichtlicher Unterschied zwischen der Einzel– und der Gruppenpsychotherapie hinsichtlich der Indikation besteht darin, dass der Gruppentherapeut stets abwägen muss, ob der potenzielle Patient in die bestehende Gruppe passt. So kann eine Gruppe, deren Mitglieder ein hohes Maß an Ich-Stärke haben, einen Borderline-Patienten durchaus ertragen, zwei aber können die Gruppe durch ein unverhältnismäßiges Bedürfnis nach Aufmerksamkeit und störendes Ausleben überfordern. Ebenso ist bei den Indikationen für eine bestimmte Gruppe darauf zu achten, dass Faktoren wie Alter und Geschlecht ausgeglichen sind.

Bestimmte klinische Symptome werden einhellig als Kontraindikationen für eine dynamische Gruppenpsychotherapie bewertet. Zu diesen gehören 1. eine geringe Motivation, 2. eine psychotische Desorganisation, 3. aktive Drogenabhängigkeit, 4. eine dissoziale Persönlichkeitsstörung, 5. eine schwere Somatisierung, 6. eine kognitive Dysfunktion mit organischer Ursache und 7. eine große Selbstmordgefahr (Yalom 1985). Abhängige Patienten und solche mit dissozialen Merkmalen können jedoch in homogenen konfrontativen Gruppen erfolgreich behandelt werden (siehe Kapitel 12 und 17). Wie die Indikationen können auch die Kontraindikationen wegen der Zusammensetzung einer bestimmten Gruppe nur für diese gelten, während der Patient für die Therapie in einer anderen Gruppe geeignet ist.

## Familie– und Ehetherapie

---

Auch wenn viele der heute praktizierenden Familien– und Ehetherapeuten nicht dynamisch orientiert sind, hat dieser Bereich seinen Ursprung doch in den Arbeiten einer Reihe früher psychoanalytisch orientierter Kliniker wie Theodore Lidz, Lyman Wynne, Nathan Ackerman, Murray Bowen und Virginia Satir. Bei diesen frühen Familientherapeuten lag der Schwerpunkt auf der Psychologie des Einzelnen, doch das hat eine Gruppe von Forschern in Palo Alto in den 1950er und 1960er Jahren, zu der unter anderem Gregory Bateson, Don Jackson und Jay Haley gehörten (Bateson et al. 1956), grundlegend geändert. Die systemische Familientherapie entwickelte sich aus der Arbeit dieser Gruppe und durch eine Verlagerung des Schwerpunkts vom Individuum auf das System der Familie. Die individuelle Psychopathologie und die Vorgeschichte des Einzelnen

hatten nur sekundäre Bedeutung gegenüber der Familie als Ganzem, die als System betrachtet wurde, das ein Eigenleben hat. Bis vor Kurzem waren der systemische Ansatz der Familientherapie und seine von Minuchin (1974) und Selvini Palazzoli et al. (1978) weiterentwickelten Formen im Bereich der Familientherapie vorherrschend.

Die Familientherapie nach Bowen wurzelt in der Psychoanalyse, die auf dem Konzept von Bowen (1978) basierende Technik ist jedoch überwiegend nichtdynamisch. Bei dieser Familientherapie trifft sich ein einzelnes Mitglied der Familie in großen Abständen (oft nur einmal pro Monat) mit dem Therapeuten, um die Muster zwischen den Generationen in der Familie des Patienten eingehend zu studieren. Dem Patienten wird geholfen, zu verstehen, auf welche Weise die aktuellen Muster der Beziehungen in der Familie Wiederholungen von Mustern früherer Generationen sind. Der Ansatz ist streng kognitiv, und der Patient wird nicht ermutigt, seine Gefühle zum Ausdruck zu bringen. Übertragungen gelten nicht als wichtig und werden nicht interpretiert. Im Gegenteil, sobald der Patient die Muster in seiner Familie auf intellektueller Ebene erfasst hat, wird er ermutigt, sich mit ungelösten Fragen direkt an das jeweilige Familienmitglied zu wenden.

Aus der Psychoanalyse abgeleitete Phänomene wie Übertragung und Gegenübertragung werden in einer Reihe von Modellen zur Familien- und Ehe-therapie berücksichtigt (Glick et al. 2000; Sholevar und Schwoeri 2003). Übertragungen können auch zwischen den Partnern stattfinden, nicht nur vom Patienten auf den Therapeuten. Außerdem kann das Paar oder die Familie als Ganzes intensive Übertragungen gegenüber dem Therapeuten entwickeln. Wie bei der Gruppenpsychotherapie treten beim Therapeuten möglicherweise statt bezüglich des einzelnen Patienten Gegenübertragungen bezüglich des Paares oder der Familie als Ganzem auf.

Als führend in der psychodynamischen Familientherapie gilt heute die Objektbeziehungs-familientherapie. Da ich mich in diesem Kapitel auf die Besprechung der dynamischen Ansätze beschränke, werde ich etwas detaillierter auf die Objektbeziehungs-familientherapie und -ehetherapie eingehen und auf die Vorstellung der nichtdynamischen Schulen der Familientherapie verzichten.

## Theoretisches Konzept

Als er in den 1950er und 1960er Jahren in der Tavistock Clinic mit verheirateten Paaren arbeitete, fiel Henry Dicks (1963) mit der Zeit auf, dass relativ gesunde Paare – die eine befriedigende Ehe zu führen schienen – häufig primitive Objektbeziehungen entwickelten. Er beobachtete, dass jeder der Ehepartner den anderen so wahrnahm, als sei er eine andere Person. Typischerweise nahm der Ehemann seine Frau so wahr, als sei sie eine innere Objektbeziehung in seiner



Psyche, oftmals seine Mutter. Ebenso verhielt sich die Ehefrau gegenüber ihrem Mann, als sei er einfach eine Projektion aus ihrer inneren Welt. Dicks schloss daraus, dass eine wichtige Ursache der Disharmonie in der Ehe darin besteht, dass keiner der Partner das wahre Wesen oder die wahre Identität des anderen bestätigt. Statt dessen zwangen sie sich gegenseitig zu äußerst stereotypem und einengendem Verhalten. Die Paare zerfielen in polarisierte Einheiten wie sadistisch – masochistisch, dominant – unterwürfig, gesund – krank und unabhängig – abhängig. Dicks erkannte, dass jede dieser polarisierten Hälften eine vollständige Persönlichkeit in der Dyade der Ehe darstellte, jedes Individuum für sich jedoch unvollständig war. Ebenso wie sein Kollege Bion feststellte, dass Gruppen eine regressive Wirkung auf die Individuen ausüben, entdeckte Dicks, dass die Ehe eine ähnliche regressive Wirkung hat. Selbst Menschen mit einer beträchtlichen Ich-Stärke schienen in der Ehe bald in Eltern-Kind-Beziehungen zu regredieren.

Was Dicks beobachtet hatte, war natürlich eine Form der Übertragung. Die Ehepartner lebten eine frühere Beziehung in der Gegenwart nach. In der Sprache der Objektbeziehungstheorie ausgedrückt: Die Ehepartner bedienten sich der Abspaltung und der projektiven Identifizierung, um einen *inneren* Konflikt zu einem *äußeren*, oder ehelichen, zu machen, indem eine innere Objektrepräsentanz, gewöhnlich ein Elternteil, abgespalten und auf den Ehepartner projiziert wurde. Der Projizierende verhielt sich dann so, dass er den Ehepartner zwang, sich so zu verhalten wie das projizierte innere Objekt. So kann beispielsweise ein Ehemann, der es gewohnt ist, von seiner Mutter wie ein kleines Kind behandelt zu werden, diese Situation mit seiner Mutter in seiner Ehe unbewusst neu erschaffen, indem er sich kindisch benimmt und damit eine mütterliche Reaktion bei seiner Frau auslöst. Oder ein Ehepartner projiziert eine Selbstrepräsentanz auf den anderen und zwingt ihn, sich wie diese Selbstrepräsentanz zu verhalten, während er selbst sich wie eine komplementäre Objektrepräsentanz verhält. Ein Beispiel dafür ist der Fall von Herrn B. in Kapitel 4. Er projizierte eine viktimisierte, unterwürfige Selbstrepräsentanz sowohl auf seine erste als auch auf seine zweite Frau und verhielt sich selbst wie sein dominanter, aggressiver Vater.

Konflikte in der Ehe können als die Neuschaffung von Konflikten mit den Eltern durch Abspaltung und projektive Identifizierung betrachtet werden. Die Wahl des Ehepartners wird eindeutig sehr stark durch solche Prozesse beeinflusst. Dicks (1963) war der Ansicht, diese Wahl „basiere zum großen Teil auf unbewussten Signalen oder Zeichen, an denen die Partner in einer mehr oder weniger zentralen ich-syntonen Person die ‚Eignung‘ des anderen für das gemeinsame Durcharbeiten oder die gemeinsame Wiederholung noch ungelöster Abspaltungen oder Konflikte in ihrer Persönlichkeit erkennen, während sie gleichzeitig, paradoxerweise, die Garantie dafür erkennen, dass sie mit dieser Person nicht durchgearbeitet werden“ (S. 128). Somit kommen Paare durch die sich widersprechenden Wünsche zusammen, einerseits die ungelösten

Objektbeziehungen durcharbeiten und sie andererseits einfach an dem anderen zu wiederholen.

Mehrere Verfasser haben dieses Objektbegriffskonzept der Ehekonflikte auf die gesamte Familie ausgedehnt (Scharff und Scharff 1987; Shapiro et al. 1975; Slipp 1984, 1988; Stewart et al. 1975; Zinner und Shapiro 1972, 1974). Sie haben festgestellt, dass der in einer Familie ausgemachte Patient häufig ein Behälter der abgespaltenen inakzeptablen Teile anderer Familienmitglieder ist. In diesem Sinne wird das Gleichgewicht in der Familie durch diese Konstellation der Abspaltung und der projektiven Identifizierung aufrechterhalten. Ein Heranwachsender kann beispielsweise aufgrund dissozialer Impulse handeln, die Aspekte einer inakzeptablen Selbstrepräsentanz seines Vaters sind, die von diesem durch Projektion verleugnet und vom Sohn aufgenommen wurden. Auf dieselbe Art und Weise wird ein Kind gegebenenfalls durch die projektive Identifizierung positiver Aspekte von Selbst- oder Objektrepräsentanzen idealisiert. Die Objektbeziehungstheorie eignet sich gut für die Familientherapie, weil ihre Konstrukte (z. B. Abspaltung und projektive Identifizierung) eine Brücke zwischen dem Intrapyschischen und dem Zwischenmenschlichen sowie zwischen dem Individuum und der Familie schlagen (Slipp 1984; Zinner 1976).

## Technik

Die Technik der Objektbeziehungstherapie für Paare und Familien leitet sich aus dem theoretischen Konzept ab. Das Gesamtziel besteht darin, den Mitgliedern einer Familie oder eines Paares zu helfen, die durch projektive Identifizierung verlegten Konflikte erneut zu verinnerlichen (Scharff und Scharff 1991; Zinner 1976). Das bedeutet in der Praxis, dass das theoretische Modell den Mitgliedern des Paares gleichzeitig dabei helfen muss, sich mit ihren tatsächlichen Unterschieden zu befassen und die Projektionen jedes Ehepartners zu untersuchen, damit jedes Individuum die projizierten Teile als Resultat der Therapie schließlich aufnimmt (Polonsky und Nadelson 2003). Um das zu erreichen, hält der Therapeut im typischen Fall eine 50-minütige Sitzung pro Woche oder alle zwei Wochen mit der Familie oder dem Paar ab (Slipp 1988).

Der Therapieprozess beginnt mit einer sorgfältigen Diagnose dazu, wie innere Selbst- und Objektrepräsentanzen durch Abspaltung und projektive Identifizierung innerhalb der Familie verteilt wurden. Wenn dieses Muster erkennbar wird, versucht der Therapeut zu erklären, wie die Familienmitglieder ein unbewusstes, heimliches System entwickelt haben, um das pathologische Verhalten des ausgemachten Patienten aufrechtzuerhalten. Die Stabilität der Familie hängt von der Fähigkeit eines oder mehrerer ihrer Mitglieder ab, sich verschiedene projizierte Teile anderer Familienmitglieder zu eigen zu machen. Wie bei anderen Formen der dynamischen Psychotherapie treffen die

erklärenden Interpretationen gewöhnlich zunächst auf Widerstand. Diese antitherapeutische Kraft kann sich darin äußern, dass versucht wird, den Therapeuten in das System der Familie „einzusaugen“. Mit anderen Worten, die Familienmitglieder wiederholen unbewusst die pathologischen Muster der Familie, statt sie in Worte zu fassen und zu untersuchen. In der Ehe-therapie beispielsweise kann ein Ehemann die projektive Identifizierung gegenüber dem Therapeuten auf dieselbe Art und Weise einsetzen wie bei seiner Frau.

Wegen dieser starken Widerstände muss der Objektbeziehungs-familientherapeut besonders auf seine Gegenübertragungsreaktionen im weiten oder objektiven Sinne achten. Mit anderen Worten, es ist unerlässlich, dass er sich erlaubt, als Behälter für die projizierten Teile der Familienmitglieder zu dienen, damit sie adäquater feststellen und interpretieren können, was in der Familie passiert (Slipp 1988). Der Therapeut hat dann die Möglichkeit, im Hier und Jetzt des Therapieprozesses auf die pathologischen heimlichen Muster hinzuweisen und sie mit dem in Verbindung zu bringen, was außerhalb der Therapie geschieht.

Die häufigste Form des Widerstands zu Beginn einer Ehe-therapie ist der, dass beide Ehepartner vom Therapeuten erwarten, dass er den anderen „in Ordnung bringt“ (Jones und Gabbard 1988). Da sich die Verlegung des Konflikts auf den Partner so gut bewährt hat, wollen beide Eheleute eher den Therapeuten davon überzeugen, dass sie „recht haben“, als die Ehe reparieren (Berkowitz 1984). Der Therapeut muss es konsequent vermeiden, in solchen Konflikten Stellung zu beziehen. Vielmehr muss er dem Paar helfen, ihre Sicht der Dinge ausführlicher darzulegen, um zu erkennen, was sie selbst zu dem Konflikt in der Ehe beitragen.

Der Schritt von der Sichtweise, das Problem sei ein Ehekonflikt, zu der Erkenntnis, dass es sich um einen inneren Konflikt handelt, der zwischen den Partnern ausgespielt wird, ist für beide Eheleute schwer. Die projektive Identifizierung in der Dyade der Ehe erfordert einen dauerhaften Konfliktzustand – die Polarisierung, mit der der Abspaltungsprozess einhergeht, hält das Gleichgewicht aufrecht (Zinner 1976). Jeder Versuch, diese Konstruktion zu destabilisieren, wird von beiden Ehepartnern wahrscheinlich als große Bedrohung empfunden. Das Bedürfnis nach dem Ehepartner als „bösem Objekt“ kann so groß sein, dass alle Bemühungen des Therapeuten vergeblich sind (Dicks 1963). Auch wenn sie die pathologischen Interaktionen, die zwischen ihnen stattfinden, verstehen, entscheiden sich manche Paare trotzdem dafür, in Aufruhr zu leben, statt sich der mit einer Veränderung verbundenen Angst zu stellen.

Letztendlich ist für eine Veränderung durch Ehe-therapie nicht der Therapeut verantwortlich – nur die Ehepartner selbst können entscheiden, ob sie ihre Ehe ändern möchten. Wenn sich der Therapeut stark für ein bestimmtes Resultat einsetzt, wird er häufig Teil einer heimlichen Interaktion, in der er mit projizierten Teilen der Familienmitglieder identifiziert wird. Und je mehr er auf eine Veränderung drängt, desto wahrscheinlicher ist es, dass das Paar

Widerstand leistet. Ein großer Teil des Widerstands entsteht dadurch, dass der Versuch des Therapeuten, das System zu ändern, eine unbewusste Ehevereinbarung, die das Verhalten beider Ehepartner oder aller Familienmitglieder betrifft, infrage stellt. Manchmal muss diese unausgesprochene Vereinbarung identifiziert und für alle Teilnehmer des Prozesses sichtbar gemacht werden. Wenn die Therapie wegen eines solchen Widerstands zum Stillstand kommt, ist es manchmal hilfreich, wenn der Therapeut dem Paar mehrere Möglichkeiten aufzeigt und zu verstehen gibt, dass sie frei entscheiden können, wie sie ihr Leben weiterführen möchten. Als Möglichkeiten müssen auch Scheidung und der Verzicht auf jegliche Veränderung genannt werden, und der Therapeut muss sie als akzeptable Resultate betrachten. Erst dann werden die Partner erkennen, dass letztendlich sie entscheiden, wie sie ihr Leben leben wollen.

### Intersubjektive und selbstpsychologische Ehetherapie

Seit einigen Jahren werden bei Ehekonflikten auch die Konzepte der Selbstpsychologie angewandt. Kohut (1984) selbst erklärte in einer Fußnote in seinem letzten Buch, dass „eine gute Ehe eine ist, in der sich der eine oder der andere Partner als der Herausforderung, die Selbstobjektfunktionen zu übernehmen, die das vorübergehend beeinträchtigte Selbst des anderen zu einem bestimmten Zeitpunkt braucht, gewachsen erweist“ (S. 220). Er stellte außerdem fest, dass es, wenn die Selbstobjektbedürfnisse vom Ehepartner nicht erfüllt werden, zu einer Scheidung und nicht endender Bitterkeit kommen kann – einer Form der wohlbekannten chronischen narzisstischen Wut.

Die Konflikte, die aus dem Bedürfnis nach Selbstobjektreaktionen durch den Ehepartner resultieren, können die Grundlage einer Strategie für die Ehetherapie darstellen (Ringstrom 1994, 1998; Shaddock 1998). Ringstrom (1994) hat auf die Bedeutung der Bidimensionalität der Übertragung in der Therapie mit Paaren hingewiesen (siehe Kapitel 1). Nachdem die Versuche der Partner, zu erreichen, dass ihre Selbstobjektbedürfnisse durch den anderen befriedigt werden, erfolglos geblieben sind, kann es dazu kommen, dass das Paar „in einer wechselseitig antagonistischen, repetitiven Dimension von Übertragungen gefangen ist, während jeder Ehepartner das ersehnte Selbstobjekt in der Übertragung gegenüber dem Therapeuten erlebt“ (Ringstrom 1994, S. 161). Auch wenn eine solche Entwicklung in mancherlei Hinsicht problematisch ist, kann der Therapeut, indem er sich darauf einstellt, dem Paar die Hoffnung wiedergeben. Ringstrom entwarf ein auf der Intersubjektivitätstheorie und der Selbstpsychologie basierendes Modell mit sechs Schritten. In den ersten beiden Schritten stellt sich der Therapeut auf die Subjektivität jedes der beiden Ehepartner ein und betont, dass keiner von ihnen ein wahrhaftigeres oder richtigeres Bild von der Wirklichkeit hat. In Schritt drei und vier deckt der

Therapeut die Entstehungsgeschichte der unerfüllten Selbstobjektsehnüchte auf und zeigt, wie jeder der Partner seine früheren Konflikte erneut in Handlungen umsetzt, um so seine Selbstkohäsion aufrechtzuerhalten. In Schritt fünf wird die Fähigkeit zur Introspektion verbessert, sodass jeder Partner Verantwortung für einen Teil der Beziehungsprobleme übernehmen kann. Beim letzten Schritt steht die Fähigkeit eines jeden Ehepartners, das persönliche Wachstum und die Introspektion des anderen zu unterstützen, während er sich auf dessen Sichtweise einstellt, im Mittelpunkt.

Ringstrom (1998) hat auch eine bestimmte Form der Schwierigkeit bezüglich der Gegenübertragung hervorgehoben, bei der beide Mitglieder eines Paares darum wetteifern, dem Therapeuten Selbstobjektfunktionen abzurufen. Das Bedürfnis des Therapeuten nach Selbstobjektreaktionen kann dazu führen, dass er in geheime Absprachen mit einem Partner gegen den anderen hineingezogen wird. Der Therapeut muss versuchen, eine besondere Variante eines neutralen Standpunkts wiederherzustellen, bei der er die subjektive Wahrnehmung des einen Partners durch den anderen hört, versteht und als grundsätzlich gültig akzeptiert.

## Indikationen und Kontraindikationen

Das „Verbraucher“-Modell ist ein sinnvoller Ansatz, den der Kliniker bei der Entscheidung dessen anwenden kann, ob ein Patient eine Einzeltherapie oder eine Familien- / Ehetherapie braucht. Was möchte der Patient? Kommt ein „Patient“ in die Praxis oder zwei? Ist von „meinem Problem“ oder von „unserem Problem“ die Rede? Wird das Problem als eines mit einer inneren oder mit einer äußeren Ursache betrachtet? Wenn Eltern mit einem heranwachsenden Kind in die Sprechstunde kommen, kann die Wahl der Therapie komplizierter sein. Der Heranwachsende ist oft nicht der Ansicht, dass eine Behandlung erforderlich ist, und schweigt möglicherweise während des gesamten ersten Termins. Währenddessen breiten sich die Eltern über die Probleme ihres Sohnes oder ihrer Tochter aus. Der beurteilende Kliniker muss schnell eine Entscheidung bezüglich des nächsten Termins treffen. Würde es eine geheime Absprache mit den Abspaltungsprozessen und den Prozessen der projektiven Identifizierung in der Familie bedeuten, wenn er nur einen „Patienten“ einbestellen würde (Stewart et al. 1975)? Wenn er Zweifel hat, kann er natürlich einfach den explorativen Beurteilungsprozess fortsetzen, bis er ein klareres Bild von der Dynamik der Familie hat. Wenn ein Mitglied eines Paares oder bestimmte Familienmitglieder einfach nicht bereit sind, an der Therapie teilzunehmen, kann der Therapeut gezwungen sein, nur mit einem Familienmitglied zu arbeiten oder von einer Behandlung abzusehen.

Slipp (1988) zufolge ist der Grad der Loslösung des identifizierten Patienten von der Familie ein guter Anhaltspunkt zur Bestimmung der Art der Therapie.

Bei älteren Heranwachsenden oder jungen Erwachsenen, die sich sowohl geografisch als auch psychologisch von ihrer Familie gelöst haben und unter Anwendung einigermaßen reifer Abwehrhandlungen ihr eigenes Leben führen, ist wahrscheinlich eine Einzelpsychotherapie die geeignete. Bei Menschen derselben Altersgruppe hingegen, die noch zu Hause wohnen oder emotional noch intensiv oder auf konfliktreiche Weise mit ihrer Familie verbunden sind, ist wahrscheinlich eine Familientherapie oder eine Kombination von Familientherapie und Einzeltherapie am wirksamsten.

Ein Problem, das bei der Einzelpsychotherapie häufig auftritt, ist der Wunsch des Patienten, seinen Ehepartner mit zur Sitzung zu bringen, um Fragen der Ehe zu besprechen. Wenn die Einzeltherapie gut läuft, gelingt es selten, sie in eine Ehe-therapie umzuwandeln. Der Ehepartner, der dazustößt, merkt gewöhnlich, dass die Loyalität des Therapeuten in erster Linie dem anderen Partner gilt, und es gelingt ihm nur selten, ein Bündnis mit dem Therapeuten zu schließen. In solchen Fällen ist es besser, das Paar an einen Ehe-therapeuten zu verweisen und die ursprüngliche Einzeltherapie fortzusetzen.

Familien- und Ehe-therapeuten müssen sich heutzutage davor hüten, psychodynamische Modelle von Geschlechter- und Rollenfunktionen anzuwenden, die ausschließlich heterosexuell ausgerichtet sind. In einer Zeit, in der weniger als ein Viertel der Amerikaner in Haushalten leben, die der Standardfamilie in den Fernsehserien der 1950er Jahre entsprechen (Schwartz 2004), muss der Therapeut für die spezifischen Probleme einer jeden Familie und eines jeden Paares offen sein. Annahmen in Bezug auf Mutterschaft, die Rollen der jeweiligen Partner sowie das, was projiziert und introjiziert wird, müssen bei homosexuellen und lesbischen Familien anhand dessen, was diese Paare und Familien in der Sitzung vortragen, neu überdacht werden. Wie verinnerlicht beispielsweise ein Kind zwei „Mütter“ statt einer? Die Konkurrenz zwischen zwei Elternteilen desselben Geschlechts kann sich deutlich von der zwischen Ehepartnern unterschiedlichen Geschlechts unterscheiden. All diese Faktoren müssen im Zuge der Beurteilung und Behandlung von Familien und Paaren, die nicht in die herkömmlichen psychodynamischen Modelle passen, geklärt werden.

## Dynamische Pharmakotherapie

---

Vor einigen Jahrzehnten hätte man den Ausdruck „dynamische Pharmakotherapie“ als Widerspruch in sich betrachtet. Die Tradition des Dualismus von Geist und Körper hat die dynamischen und die pharmakologischen Ansätze bei psychiatrischen Störungen für lange Jahre polarisiert. Glücklicherweise haben die neuesten Integrationstrends in der Psychiatrie dazu geführt, dass die kombinierte Anwendung von Medikation

und Psychotherapie bei nichtpsychotischen wie bei psychotischen Krankheitsbildern mittlerweile beinahe allgemein üblich ist (siehe Gabbard 1999; Gabbard und Kay 2001; Thompson und Brodie 1981).

In Situationen, in denen eine formale Psychotherapie nicht Teil der Behandlung ist, kann die psychodynamische Denkweise zu einer deutlichen Verbesserung der Einhaltung psychotroper Verordnungen führen. Etwa ein Drittel der Patienten nimmt die verordneten Medikamente vorschriftsmäßig, ein Drittel mehr oder weniger vorschriftsmäßig, und ein Drittel hält sich nicht an die Anweisungen, was darauf schließen lässt, dass ihre Befolgung bei etwa 50 % liegt (Wright 1993). Ambulante Patienten nehmen ihre Antidepressiva nach 12 Wochen nur zu etwa 40 % vorschriftsmäßig (Myers und Branthwaite 1992). Von ambulanten Patienten mit Schizophrenie nehmen 74 % ihre Neuroleptika innerhalb von 2 Jahren nach der Entlassung aus dem Krankenhaus nicht mehr wie verordnet ein (Weiden et al. 1995). Auch wenn die Umstellung auf Medikamente mit Depotwirkung diesbezüglich eine Verbesserung bedeutet, besteht nach 6 Monaten nach der Entlassung hinsichtlich der Einhaltung der Vorschriften kein Unterschied mehr zwischen denen, die Depotmedikamente erhalten, und denen, die sie oral nehmen.

Wie in Kapitel 8 dargelegt, halten sich auch bipolare Patienten in hoher Zahl nicht an die Medikamentenverordnungen. Eine weitere Schwierigkeit bei der Handhabung der Nichteinhaltung besteht darin, dass die Patienten deutlich weniger davon zugeben. In einer Reihe von Untersuchungen wurde eine auf Mikroprozessoren basierende Methode eingesetzt, um die Einhaltung zu beobachten. Bei dieser Methode zeichnet eine mikroelektronische Schaltung den Tag und die Uhrzeit jedes Öffnens und Schließens der Medikamentendose auf. Eine Untersuchung, bei der diese Technik eingesetzt wurde, hat gezeigt, dass die Nichteinhaltung nach Angaben der Patienten in Interviews 7 %, nach den Daten der kontinuierlichen Beobachtung mit der Mikroprozessormethode jedoch 53 % betrug (Dunbar-Jacob 1993).

Die Befolgung der pharmakologischen Anordnungen wurde in den vielen Medikamentenversuchen, über die in psychiatrischen Fachzeitschriften berichtet wird, nicht systematisch untersucht. Erst seit Kurzem berücksichtigen die Forscher auch die Auswirkung psychotherapeutischer Maßnahmen auf die vorschriftsmäßige Einnahme der Medikamente. Eine kürzlich durchgeführte Metaanalyse randomisierter klinischer Versuche, in denen ausschließlich aus der Gabe von Antidepressiva bestehende Behandlungen mit aus der Gabe von Antidepressiva und psychologischen Maßnahmen bestehenden kombinierten Behandlungen verglichen wurden (Pampallona et al. 2004), hat ergeben, dass die Ergebnisse bei kombinierten Behandlungen besser waren als bei ausschließlich medikamentösen Behandlungen. Außerdem schien die Ergänzung durch eine Psychotherapie bei längeren Behandlungen auch dazu beizutragen, dass die Patienten die Behandlung fortsetzten. Die in den Untersuchungen ermittelten Abbruchraten

wurden durch eine zusätzliche Psychotherapie verbessert, und man kann davon ausgehen, dass die Berücksichtigung psychotherapeutischer Aspekte bei der Pharmakotherapie die Einhaltung der Medikationsvorschriften verbessern kann, selbst wenn keine formale Psychotherapie erfolgt. Aus psychodynamischer Sicht sind Konzepte wie Übertragung, Gegenübertragung, Widerstand und therapeutisches Bündnis bei der Verschreibung von Medikamenten ebenso wichtig wie bei der Durchführung einer Psychotherapie.

## Übertragung

Der Psychiater, der Medikamente verschreibt, ist ebenso eine Übertragungsfigur wie der Psychotherapeut. Beim Patienten aktiviert die Entscheidung darüber, ob er die Ratschläge des Arztes befolgt oder nicht, unbewusste Aspekte elterlicher Erwartungen. Wenn ein Patient seine Medikamente nicht wie vorgeschrieben einnimmt, reagiert der Psychiater häufig mit autoritärerem Verhalten und besteht darauf, dass seine Anordnungen ohne Hinterfragung befolgt werden. Das geht gewöhnlich nach hinten los, da es die Übertragungsneigung, in dem Arzt eine fordernde Elternfigur zu sehen, nur verstärkt. Weitaus sinnvoller ist es, den Patienten zur Zusammenarbeit bei der Ergründung seiner Besorgnis zu gewinnen. Dabei können eine Reihe von Fragen wie die folgenden helfen: „Haben Sie, abgesehen von den Nebenwirkungen, irgendwelche Bedenken bezüglich der Einnahme Ihrer Medikamente?“ „Erinnern Sie sich an frühere Fälle, in denen Sie Probleme mit der Einnahme von Medikamenten hatten?“ „Haben Sie über dieses Medikament irgendetwas im Fernsehen gesehen oder in der Zeitung gelesen?“ „Gibt es in Ihrer Familie eine besondere Einstellung in Bezug auf die Einnahme von Medikamenten?“ „Hat dieses Medikament irgendeine besondere Bedeutung für Sie?“ „Wie empfinden Sie gegenüber dem verschreibenden Arzt?“

Ein Patient erlebte die Verschreibung eines Antidepressivums als Versagen des Psychiaters. Als seine Nichteinhaltung zusammen mit ihm ergründet wurde, sagte er zu seinem Arzt: „Ich hatte jemanden gesucht, der meine Gefühle bestätigt. Statt dessen haben Sie versucht, sie mit Medikamenten zu beseitigen.“ Als der Psychiater ihn ermutigte, dies weiter auszuführen, konnte der Patient dieses Gefühl mit einem früheren Erlebnis mit seinem Vater in Verbindung bringen, den er als gleichgültig gegenüber seinen Sorgen erfahren hatte.

Andere Patienten, insbesondere diejenigen, die eine charakterologische Neigung zu Kontrolle und Dominanz haben, sehen in Medikamenten eine Bedrohung ihrer Unabhängigkeit. Ciechanowski et al. (2001) bedienten sich der Erwachsenen-Bindungstheorie, um die Nichteinhaltung der Vorschriften bei Diabetikern, die sich ihre Medikamente selbst verabreichten, besser zu verstehen. Sie stellten fest, dass Patienten mit einem abweisenden Bindungsverhalten deutliche höhere Werte für glykolysiertes Hämoglobin



aufwiesen. Außerdem waren die Werte der Patienten mit einem abweisenden Bindungsverhalten, die meinten, ihre Kommunikation mit ihrem Gesundheitsfürsorgeanbieter sei schlecht, höher als die Werte derer, die sie als gut bewerteten. Erwachsene mit einem abweisenden Bindungsverhalten haben ihre Betreuer oder Eltern im Allgemeinen als Menschen erlebt, die konsequent keine emotionalen Reaktionen gezeigt haben. Infolgedessen werden sie zwanghaft selbstständig und versuchen, die Art von Zusammenarbeit zu vermeiden, die für die Behandlung erforderlich ist. Obwohl es in dieser Untersuchung nicht um psychiatrische Medikamente ging, hat sie doch deutlich gezeigt, dass die Einhaltung von Medikationsvorschriften bedeuten kann, sich der Dominanz einer starken Elternfigur zu unterwerfen. Solchen Patienten muss man eine gewisse Entscheidungsfreiheit darüber lassen, ob sie die Medikamente nehmen (Thompson und Brodie 1981). Bei übermäßig unterwürfigen Patienten verhält es sich häufig umgekehrt. Tabletten geben ihnen in einem Maße das Gefühl, „gefüttert“ und umsorgt zu werden, dass sie möglicherweise zu der Überzeugung gelangen, dass sie keinerlei Verantwortung mehr für ihre Krankheit zu übernehmen brauchen.

Bei jammernden, „manipulativen Hilfeabweisern“ können die Übertragungskämpfe besonders intensiv sein (Groves 1978). Diese Patienten machen systematisch alle Behandlungsmaßnahmen zunichte, seien es pharmakologische oder andere. Sie haben häufig eine ganze Reihe psychotroper Mittel ausprobiert, ohne irgendeinen Nutzen verzeichnet zu haben. Die Ergründung der Übertragungsdynamik kann dazu führen, dass starker Groll und Verbitterung gegenüber Elternfiguren aufgedeckt werden, von denen sie meinen, sie hätten sich nicht genug um sie gekümmert. Möglicherweise versuchen sie unbewusst, sich an ihren Eltern zu rächen, indem sie die ihnen angebotene Hilfe zurückweisen (Gabbard 1988). Wenn solche Patienten merken, dass sich ihr Arzt ihretwegen schlecht fühlt, triumphieren sie oft heimlich.

Ein einzigartiger Aspekt der Übertragung in der dynamischen Psychotherapie ist die Übertragung gegenüber den Medikamenten selbst (Gutheil 1982). Bei Placeboreaktionen auf Medikamente liegt häufig dieselbe Art der Übertragung vor. Ein manischer Patient zum Beispiel wurde nach der Einnahme von 300 mg Lithiumkarbonat auffallend zurückhaltend, was pharmakologisch nicht zu erklären war. Placebonebenwirkungen sind ebenfalls häufig. Eine andere Manifestation der Übertragung auf Medikamente ist die Reaktion auf eine Änderung des Rituals der Medikamenteneinnahme bei chronisch Kranken (Appelbaum und Gutheil 1980). Diese Patienten dekompensieren gegebenenfalls bei der kleinsten Änderung ihrer Medikation in eine Psychose.

Die Übertragungsbeziehung zu einem Medikament wird oft in Situationen am offensichtlichsten, in denen die Tabletten den Platz des nicht anwesenden Arztes einnehmen. Tabletten können bei manchen Patienten als Übergangsobjekte dienen, die es ihnen ermöglichen, ein gewisses Gefühl der

Verbundenheit mit ihrem Psychiater aufrechtzuerhalten, auch wenn sie ihn nur selten aufsuchen (Book 1987). Die Tablette zu berühren oder zu betrachten, kann den Patienten trösten. Im Falle von Schulungsprogrammen, bei denen die Assistenzärzte nach dem Rotationsprinzip jedes Jahr in eine andere Abteilung versetzt werden, verarbeiten die Patienten den Verlust ihres Arztes gegebenenfalls dadurch, dass sie eine intensive Bindung zu dem von ihm verschriebenen Medikament entwickeln (Gutheil 1977).

Übertragungen dieser Art sind stark und können zu einer anderen Form der Nichtbefolgung von Anweisungen führen: zur Verweigerung der Absetzung der Medikamente wegen der unbewussten Bedeutung, die sie für den Patienten haben. Übertragungserscheinungen müssen stets bedacht werden, wenn paranoiden Patienten psychotrope Mittel verschrieben werden. In weniger ausgeprägten Fällen setzt der Patient das Medikament möglicherweise wegen angeblicher unangenehmer Nebenwirkungen ab. Besteht der Behandelnde auf der Befolgung der Anweisungen, wird die Paranoia deutlich verstärkt, während eine empathische Erforschung der Ängste dem Patienten helfen kann, zu erkennen, dass sie unbegründet sind, und den Therapeuten als weniger bedrohlich wahrzunehmen (Book 1987).

## Gegenübertragung

Bei der Verschreibung von Medikamenten ist die Wahrscheinlichkeit dessen, dass eine störende Gegenübertragung auftritt, ebenso groß wie bei jeder anderen Behandlungsmaßnahme. Eine häufige Manifestation der Gegenübertragung ist das Verschreiben zu vieler Medikamente. Nicht selten kommen Patienten mit einer ganzen Tüte psychoaktiver Medikamente ins Krankenhaus oder in die Notaufnahme. Ein solcher Patient nahm drei Neuroleptika, zwei Antidepressiva, Lithiumkarbonat und zwei Benzodiazepine. Nach einigen Tagen im Krankenhaus wurde klar, dass er bei den Behandelnden starke Gefühle von Machtlosigkeit und Wut auslöste. Die große Menge an Medikamenten war ein Ausdruck der Gegenübertragungsverzweiflung seines behandelnden Psychiaters.

Ein Faktor der Gegenübertragung kann auch narzisstische Verletztheit sein. Es kommt vor, dass Psychotherapeuten ein dringend benötigtes Medikament deshalb nicht verschreiben, weil sie denken, das wäre gleichbedeutend mit einem Eingeständnis dessen, dass ihre psychotherapeutischen Fähigkeiten wirkungslos sind. Diese Angst kann sich auch auf die Besprechung der Nebenwirkungen auswirken. So erwähnt ein Psychiater die sexuellen Nebenwirkungen eines Medikaments gegebenenfalls deshalb nicht, weil ihm die offene Besprechung sexueller Fragen unangenehm ist. Das kann dazu führen, dass ein Patient, der diese Nebenwirkungen bemerkt, das Medikament einfach absetzt, ohne den Arzt zu informieren.

Die Gegenübertragungswut, eine häufige Reaktion auf die Nichteinhaltung von Verordnungen durch den Patienten, kann viele Formen annehmen. Manche Psychiater nehmen sie stillschweigend hin, um zu zeigen, wie krank ihre Patienten werden, wenn sie die „Anweisungen des Arztes“ nicht befolgen (Book 1987). Andere schüchtern den Patienten so weit ein, dass er die Medikamente einnimmt, oder drohen ihm, die Behandlung abzubrechen, wenn er sich nicht an die Verordnungen hält. Psychiater, die Schwierigkeiten haben, ihre Wut zu kontrollieren, setzen Patienten, die immer mehr Medikamente wollen, gegebenenfalls keine Grenzen. In solchen Fällen hofft der Psychiater, Aggression und Feindseligkeit aus der Therapiebeziehung auszuklammern, indem er den Forderungen des Patienten nachkommt. Aber leider stellt der Patient gewöhnlich noch mehr Forderungen, und seine Wut nimmt zu.

## Widerstand

Widerstand gegen die Behandlung ist bei der Pharmakotherapie ebenso stark wie bei der Psychotherapie. Es gibt eine Reihe von Gründen, weshalb der Patient die Krankheit der Gesundheit gegebenenfalls vorzieht. So ist zum Beispiel allgemein bekannt, dass manche Patienten mit bipolaren affektiven Störungen ihre manischen Episoden so sehr genießen, dass sie das Lithium absetzen. In einer Studie mit schizophrenen Patienten (Van Putten et al. 1976) wurde ein ähnlicher Grund für den Widerstand festgestellt. In diesem Fall hatten die Nebenwirkungen und die sekundären positiven Effekte wenig mit der Nichteinhaltung zu tun. Der wichtigste Unterscheidungsfaktor zwischen Patienten, die die Anweisungen befolgten, und denen, die sie nicht befolgten, war eine ichsyntone grandiose Psychose. Diejenigen, die die Anweisungen nicht beachteten, gaben eindeutig der Erfahrung der psychotischen Großartigkeit den Vorzug.

Ein weiterer wichtiger Grund für den Widerstand gegen die Pharmakotherapie ist das Verleugnen der Krankheit. Bei manchen Patienten ist jedes psychotrope Medikament mit dem Stigma der Geisteskrankheit behaftet. Wenn eine akute psychotische Episode remittiert, setzt der Patient das Neuroleptikum, dem die Remission zu verdanken ist, möglicherweise deshalb ab, weil die Erhaltungsbehandlung die Konnotation einer chronischen mentalen Erkrankung hat. Nichtpsychotische Patienten, die sich bereitwillig einer psychotherapeutischen Behandlung unterziehen, schrecken gegebenenfalls davor zurück, Medikamente zu nehmen, weil sie glauben, das bedeute, sie seien schwerer gestört, als sie wahrhaben möchten. Ebenso identifizieren sich Patienten, die einen Verwandten haben, der sich einer psychopharmakologischen Behandlung unterzogen hat, unbewusst mit diesem Verwandten, wenn ihnen dasselbe Medikament vorgeschlagen wird.

(Book 1987). Diese Identifizierung kann Widerstand gegen die Behandlung auslösen, besonders wenn das Behandlungsergebnis bei dem betreffenden Verwandten besonders ungünstig, zum Beispiel ein Selbstmord, war.

## Therapeutisches Bündnis

Die obigen Ausführungen über die Nichteinhaltung zeigen, dass das therapeutische Bündnis bei der dynamischen Pharmakotherapie eine entscheidende Rolle spielt. Zahlreiche Verfasser haben betont, dass sich der Behandelnde als Teil des Verschreibungsprozesses auch um das therapeutische Bündnis kümmern muss (Docherty und Fiester 1985; Elkin et al. 1988; Gutheil 1982; Howard et al. 1970). Auch wenn die Beziehung zwischen Arzt und Patient in vielen aktuellen Untersuchungen zur Psychopharmakologie nicht quantifiziert wird, haben viele Forscher darauf hingewiesen, dass sie einen Einfluss auf die Einhaltung der Vorschriften hat. In einer Untersuchung (Howard et al. 1970) wurde festgestellt, dass die Unterschiede zwischen Psychiatern mit niedrigen und solchen mit hohen Abbruchraten auf subtile Aspekte des Verhaltens des Therapeuten wie Begeisterung in der Stimme, Körpersprache und die Verwendung des Namens des Patienten zurückzuführen sind. In dieser Untersuchung wurde auch darauf hingewiesen, dass die Beschäftigung mit dem therapeutischen Bündnis in der ersten Sitzung die Nichteinhaltung der Medikationsvorschriften verhindert hat.

Untersuchungen mit depressiven Patienten deuten darauf hin, dass das therapeutische Bündnis unabhängig von der Art der Behandlung möglicherweise ein Schlüsselfaktor ist. Selbst wenn ein Patient in erster Linie mit Antidepressiva behandelt wird, ist das psychodynamische Konstrukt des therapeutischen Bündnisses ebenso wichtig wie bei einem Patienten, der nur eine Psychotherapie erhält. Ein Forschungsteam (Krupnick et al. 1996) untersuchte im Rahmen des National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program 225 depressive Patienten. Kliniker werteten Videoaufzeichnungen von Sitzungen aus allen vier Abschnitten der Behandlung aus: 16 Wochen kognitive Therapie, 16 Wochen interpersonelle Psychotherapie, 16 Wochen Imipramin plus klinische Betreuung und 16 Wochen Placebo plus klinische Betreuung. Die Auswertung der Resultate der Patienten zeigte, dass sich das therapeutische Bündnis in allen vier Abschnitten signifikant auf das Resultat auswirkt. Der Beitrag der Patienten zum therapeutischen Bündnis war sogar für 21 % der Abweichung hinsichtlich der standardisierten Ergebnismessungen verantwortlich, wobei die Abweichungen der Resultate zu einem größeren Teil dem therapeutischen Bündnis als Ganzem denn der Behandlungsmethode zugeschrieben wurden! In keinem der vier Abschnitte zeigten sich signifikante Gruppenunterschiede bezüglich des Verhältnisses zwischen dem therapeutischen Bündnis und dem klinischen

Resultat. Diese war die erste empirische Untersuchung, in der nachgewiesen wurde, dass das therapeutische Bündnis ungeachtet dessen, ob es sich um eine psychotherapeutische oder eine pharmakologische Behandlung handelt, dieselbe Wirkung auf das Resultat hat.

Untersuchungen zur Abbruchrate bei psychotherapeutischen und psychopharmakologischen Behandlungen haben ergeben, dass die Erwartungen des Patienten hinsichtlich des Abbruchs von Bedeutung sein können (Freedman et al. 1958; Overall und Aronson 1963). Die Patienten, die einen Psychiater aufsuchen, haben jeweils unterschiedliche Erwartungen bezüglich der möglichen Behandlungen. Der Psychiater sollte im Laufe des ersten Interviews in Erfahrung bringen, was der Patient erwartet, damit die verordnete Behandlung dem in einem gewissen Maße entspricht. Wenn die gewählte Behandlung den vorgefassten Vorstellungen des Patienten widerspricht, kann eine Belehrung erforderlich sein, um den Patienten davon zu überzeugen, dass sie wirksam ist.

Neuere Untersuchungen zu Placeboeffekten liefern interessante Erkenntnisse bezüglich der Bedeutung der Erwartungen des Patienten. In einer Studie (Wager et al. 2004) erhielten die Versuchspersonen eine wirkungslose Creme mit der Information, sie werde zur Schmerztherapie verwendet. Ihnen wurde eine schmerzhafteste Hitze einwirkung oder ein Schlag am Handgelenk zugefügt. Bei denjenigen, bei denen vor der Stimulierung eine erhöhte Aktivität im präfrontalen Kortex beobachtet wurde, trat auch die größte Reduzierung der Aktivität schmerzempfindlicher Hirnregionen ein, und sie berichteten von einer subjektiven Schmerzlinderung. Die Forscher schlossen daraus, dass die Ergebnisse darauf hindeuten, dass die Erwartung der Schmerzlinderung eng mit der tatsächlichen Linderung verbunden ist. Möglicherweise hilft die mit der präfrontalen Aktivität verbundene kognitive Kontrolle den Patienten, sich eine mit der Schmerzlinderung verbundene Denkweise zu eigen zu machen. Ebenso können die sorgfältige Belehrung des Patienten über das verschriebene Medikament und die Pflege der Beziehung zwischen Arzt und Patient zu einer positiven Erwartungshaltung führen, die eine Linderung bei den kognitiven Komponenten der Depression bewirkt.

In Kapitel 4 habe ich bei der Besprechung des therapeutischen Bündnisses bei der Psychotherapie das Konzept der Zusammenarbeit hervorgehoben. Bei der Pharmakotherapie ist das analoge Konzept der „Beteiligung an der Verschreibung“ (Gutheil 1982) von Bedeutung. Die unbewusste Neigung mancher Psychiater, sich autoritärer zu verhalten, wenn sie Medikamente verschreiben, kann leicht nach hinten losgehen, indem sie zu Nichteinhaltung führt. Die Variable der Belehrung des Patienten hat einen positiven Einfluss auf das therapeutische Bündnis bei der Pharmakotherapie. Jeder Patient sollte gründlich über die therapeutischen und die Nebenwirkungen jedes Medikaments aufgeklärt werden, das ihm verordnet wird. Bei akut psychotischen Patienten jedoch muss man damit manchmal warten, bis die akute Episode pharmakologisch unter Kontrolle ist.

Häufig treten besondere Probleme bezüglich der Befolgung von Anweisungen auf, wenn ein Medikament zusätzlich zu einer laufenden Psychotherapie verschrieben wird, wie im folgenden Beispiel:

Frau D, eine 39-jährige verheiratete Akademikerin, begab sich wegen Depressionen, Kraftlosigkeit und Unzufriedenheit mit ihrer Arbeit, Schlafstörungen und verringerter Libido in psychiatrische Behandlung. Sie schien ausgesprochen dankbar dafür zu sein, dass ihr jemand zuhörte. Nach einigen Wochen und mehreren Psychotherapiesitzungen entwickelte Frau D großes Vertrauen zu ihrem Therapeuten. Sie schüttete ihm in den Sitzungen auf erschütternde und bewegende Weise ihr Herz aus. Tränenüberströmt berichtete sie über die außerordentlichen Schwierigkeiten in ihrem Leben und über die Probleme, die sie zu Hause und bei der Arbeit hatte.

Nach 6 Wochen mit solchen Sitzungen teilte ihr Therapeut ihr mit, dass ihre Symptome schwerwiegend genug seien, um ihr ein Antidepressivum zu verschreiben. Er stellte das Rezept aus, informierte sie über die Nebenwirkungen und entließ sie mit der Anweisung, sofort mit der Einnahme des Medikaments zu beginnen.

In der folgenden Woche erschien Frau D zu ihrer Sitzung und begann erneut über ihre Probleme zu sprechen, ohne jedoch das Medikament zu erwähnen. Als ihr Therapeut sie fragte, wie sie mit dem Medikament zurechtkomme, das er ihr verschrieben hatte, antwortete sie, sie habe keine Zeit gehabt, in die Apotheke zu gehen und das Rezept einzulösen, sie würde dies jedoch in den nächsten Tagen tun. Der Therapeut betonte erneut, wie wichtig es sei, so bald wie möglich mit der Einnahme zu beginnen. Frau D spielte ihr Versäumnis, das Rezept einzulösen, herunter und versicherte dem Therapeuten, sie werde dies vor der nächsten Sitzung nachholen.

Eine Woche verging, und Frau D erschien zur nächsten Therapiesitzung. Wieder berichtete sie, sie habe es nicht geschafft, in die Apotheke zu gehen. Da er wusste, dass diese Nichtbefolgung der Anweisungen ein Zeichen einer Dynamik war, die nicht offensichtlich war, suchte der Therapeut mit ihr gemeinsam nach ihren Gründen dafür, dass sie das Medikament nicht nehmen wollte. Etwas widerwillig gab Frau D zu, dass sie befürchte, der Therapeut habe ihr das Medikament verschrieben, weil er sich die vielen Beschwerden nicht anhören wolle, die sie in jeder Sitzung vorbrachte. Sie hatte die Verordnung des Medikaments so verstanden, als hätte man ihr gesagt, sie solle „den Mund halten“. Der Therapeut fragte sie, ob sie jemals zuvor ähnliche Erfahrungen gemacht habe. Sie erzählte, ihr Vater sei kein Mann des Wortes, und er habe sie als Kind und Heranwachsende ständig ausgeschimpft, weil sie sich dauernd über etwas beschwerte. Sie fügte hinzu, ihr Mann sei ähnlich und habe sie gedrängt, einen Psychiater aufzusuchen, damit er sich ihre Beschwerden nicht anhören müsse. Sie befürchtete, ihr Therapeut würde die Psychotherapie nicht fortsetzen, wenn sie gut auf das Medikament ansprach.

Der Therapeut erklärte ihr, dass sich die Einnahme von Medikamenten und die Psychotherapie nicht ausschließen und dass er die Psychotherapie mit ihr fortsetzen würde, während sie das Medikament nahm. Frau D schien erleichtert über diese Versicherung und nahm ihr Medikament nach dieser Sitzung vorschriftsmäßig ein.

## Kombinierte Behandlung

Trotz der traditionellen Polarisierung zwischen Psychotherapeuten und Pharmakotherapeuten ist die Kombination von Psychotherapie und Medikation eine bewährte klinische Praxis in der Psychiatrie. Luborsky et al. (1975) werteten 26 Forschungsvorhaben zur kombinierten Behandlung aus und kamen zu dem Ergebnis, dass die kombinierte Methode in 69 % der Vergleiche wirksamer war als Psychotherapie beziehungsweise Pharmakotherapie allein. Einige analytisch eingestellte Kliniker hegen noch immer Bedenken, dass die Medikation den Psychotherapieprozess stören könnte. Bei einer Umfrage unter Therapeuten der American Academy of Psychoanalysts gaben 90 % der Befragten an, dass sie auch Medikamente verschreiben (Normand und Bluestone 1986). Eine Untersuchung der Columbia University (Roose und Stern 1995) ergab, dass in 29 % der überwachten Schulungsfälle des Instituts für Psychoanalyse in Verbindung mit der Psychoanalyse auch eine Pharmakotherapie durchgeführt wurde, was darauf schließen lässt, dass die Medikation heute nicht mehr als Störfaktor bei der Qualifizierung frisch diplomierter Analytiker betrachtet wird.

Die Frage lautet heute nicht mehr, ob die Kombination von Psychotherapie und Medikation von Nutzen ist, sondern wie sie von Nutzen ist (Gabbard und Bartlett 1998; Gabbard und Kay 2001). Es gibt eine unbegrenzte Zahl von Möglichkeiten für die Wechselwirkungen der beiden Formen innerhalb einer konkreten Behandlung. Ebenso reagieren Patienten sehr unterschiedlich auf die Ergänzung einer Psychotherapie durch Medikation. Manche Patienten denken, die Behandlung werde auf eine medikamentöse umgestellt und der Therapeut gebe sie auf (Roose und Stern 1995). Andere sind der Ansicht, durch ein Medikament stärker von der Therapie zu profitieren. Häufig bewerten Patient und Therapeut den Anteil von Medikamenten und Therapie am Ergebnis genau entgegengesetzt. In einem Fall, in dem die Analyse durch einen SSRI ergänzt wurde (Solomon 1995), war der Patient davon überzeugt, dass der Therapeut die positive Wirkung des Medikaments in erster Linie für eine psychologische hielt. Der Patient hingegen meinte, 90 % der Wirkung des Medikaments seien pharmakologischer Natur.

Kliniker, die die Methoden kombinieren, müssen sich der „bimodalen Bezogenheit“, die die zweifache Rolle mit sich bringt, bewusst sein (Docherty et al. 1977). Der Patient muss gleichzeitig als gestörte Person und als krankes zentrales Nervensystem betrachtet werden. Erstere erfordert einen empathischen, subjektiven Ansatz, Letzteres dagegen einen objektiven, medizinischen. Der Kliniker muss in der Lage sein, elegant zwischen diesen beiden Modalitäten zu wechseln und gleichzeitig die Wirkung dieses Wechsels auf den Patienten berücksichtigen.

Für Psychiater, die Psychotherapie und Medikation kombinieren, kann sich auch die Frage stellen, wie die Fragen bezüglich der Medikation in der

Psychotherapiesitzung am taktvollsten anzusprechen sind (Gabbard und Kay 2001). Leider kann die technische Strategie nicht auf „kochbuchartige“ Anleitungen reduziert werden. Bei manchen Patienten dient die Besprechung der Medikation als Widerstand bezüglich der Aufarbeitung psychotherapeutischer Fragen. Andere Patienten konzentrieren sich auf psychodynamische Themen, während sie Fragen bezüglich der Medikation wie sexuelle Nebenwirkungen, die peinlich sein können, gänzlich meiden. Bei manchen Patienten ist es ideal, die Frage der Medikamente im Verlauf des Therapieprozesses zu Beginn der Sitzung zu besprechen. Bei anderen ist es hinsichtlich der Therapie günstiger, 5 Minuten am Ende der Sitzung dafür aufzuwenden. Bei wieder anderen können diesbezügliche Fragen in die psychotherapeutischen Themen integriert und so während der gesamten Sitzung periodisch besprochen werden.

Die grundlegende Kompatibilität von Biologie und Psychodynamik habe ich in Kapitel 1 herausgestellt. Ein Beispiel für diese Verbindung ist die Kombination von Pharmakotherapie und Psychotherapie, die zunehmend Verbreitung findet. Da sich die konzeptuellen Brücken zwischen den beiden Methoden noch im Bau befinden, ist ein Großteil dieser Praxis zurzeit noch empirischer Natur. Wie in der gesamten Psychiatrie muss es auch hierbei in erster Linie darum gehen, dem Patienten zu helfen, und nicht darum, dass man seinen theoretischen Überzeugungen treu bleibt.

## Literaturhinweise

---

- Appelbaum, P. S., Gutheil, T. G.: Drug refusal: a study of psychiatric inpatients. *Am J Psychiatry* 137: 340–346, 1980.
- Bateman, A., Fonagy, P.: Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalization: an 18-month follow-up. *Am J Psychiatry* 158: 36–42, 2001.
- Bateson, G., Jackson, D. D., Haley, J., et al.: Toward a theory of schizophrenia. *Behav Sci* 1: 251–264, 1956.
- Berkowitz, D. A.: An overview of the psychodynamics of couples: bridging concepts, in: *Marriage and Divorce: A Contemporary Perspective*. Edited by Nadelson, C. C., Polonsky, D. C. New York, Guilford, 1984, S. 117–126.
- Bion, W. R.: *Experiences in Groups and Other Papers*. New York, Basic Books, 1961.
- Book, H. E.: Some psychodynamics of non-compliance. *Can J Psychiatry* 32: 115–117, 1987.
- Bowen, M.: *Family Therapy in Clinical Practice*. New York, Jason Aronson, 1978.
- Ciechanowski, P. S., Katon, W., Russo, J., et al.: The patient-provider relationship: attachment theory and adherence to treatment in diabetes. *Am J Psychiatry* 158: 29–35, 2001.



- Dicks, H. V.: Object relations theory and marital studies. *Br J Med Psychol* 36: 125–129, 1963.
- Docherty, J. P., Fiester, S. J.: The therapeutic alliance and compliance with psychopharmacology, in: *Psychiatry Update: American Psychiatric Association Annual Review*. Vol. 4. Edited by Hales, R. E., Frances, A. J. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1985, S. 607–632.
- Docherty, J. P., Marder, S. R., Van Kammen, D. P., et al.: Psychotherapy and pharmacotherapy: conceptual issues. *Am J Psychiatry* 134: 529–533, 1977.
- Dunbar-Jacob, J.: Contributions to patient adherence: is it time to share the blame? *Health Psychol* 12: 91–92, 1993.
- Elkin, I., Pilkonis, P. A., Docherty, J. P., et al.: Conceptual and methodological issues in comparative studies of psychotherapy and pharmacotherapy, I: active ingredients and mechanisms of change. *Am J Psychiatry* 145: 909–917, 1988.
- Ezriel, H.: A psycho-analytic approach to group treatment. *Br J Med Psychol* 23: 59–74, 1950.
- Freedman, N., Engelhardt, D. M., Hankoff, L. D., et al.: Drop-out from outpatient psychiatric treatment. *Arch Neurol Psychiatry* 80: 657–666, 1958.
- Gabbard, G. O.: A contemporary perspective on psychoanalytically informed hospital treatment. *Hosp Community Psychiatry* 39: 1291–1295, 1988.
- Gabbard, G. O.: Combined pharmacotherapy and psychotherapy, in: *Comprehensive Textbook of Psychiatry VII*. Vol. 2. Edited by Kaplan, H. I., Sadock, B. J. Baltimore, MD, Williams & Wilkins, 1999, S. 2225–2234.
- Gabbard, G. O., Bartlett, A. B.: Selective serotonin reuptake inhibitors in the context of an ongoing analysis. *Psychoanalytic Inquiry* 18: 657–672, 1998.
- Gabbard, G. O., Kay, J.: The fate of integrated treatment: whatever happened to the biopsychosocial psychiatrist? *Am J Psychiatry* 158: 1956–1963, 2001.
- Ganzarain, R. C.: Psychotic-like anxieties and primitive defenses in group analytic psychotherapy. *Issues in Ego Psychology* 3: 42–48, 1980.
- Ganzarain, R. C.: Working through in analytic group psychotherapy. *Int J Group Psychother* 33: 281–296, 1983.
- Gibbard, G. R., Hartman, J. J.: The significance of utopian fantasies in small groups. *Int J Group Psychother* 23: 125–147, 1973.
- Gillaspy, J. A. Jr., Wright, A. R., Campbell, C., et al.: Group alliance and cohesion as predictors of drug and alcohol abuse treatment outcomes. *Psychotherapy Research* 12: 213–229, 2002.
- Glick, I. D., Berman, E. M., Clarkin, J. F., et al.: *Marital and Family Therapy*. 4<sup>th</sup> Edition. Washington, DC, American Psychiatric Press, 2000.
- Groves, J.: Taking care of the hateful patient. *N Engl J Med* 298: 883–887, 1978.
- Gutheil, T. G.: Psychodynamics in drug prescribing. *Drug Ther* 2: 35–40, 1977.
- Gutheil, T. G.: The psychology of psychopharmacology. *Bull Menninger Clin* 46: 321–330, 1982.

- Holmes, S. E., Kivlighan, Jr. D. M.: Comparison of therapeutic factors in group and individual treatment processes. *J Couns Psychol* 47: 478–484, 2000.
- Horwitz, L.: A group-centered approach to group psychotherapy. *Int J Group Psychother* 27: 423–439, 1977.
- Horwitz, L.: Projective identification in dyads and groups. *Int J Group Psychother* 33: 259–279, 1983.
- Howard, K., Rickels, K., Mock, J. E., et al.: Therapeutic style and attrition rate from psychiatric drug treatment. *J Nerv Ment Dis* 150: 102–110, 1970.
- Jones, S. A., Gabbard, G. O.: Marital therapy of physician couples, in: *Medical Marriages*. Edited by Gabbard, G. O., Menninger, R. W. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1988, S. 137–151.
- Kohut, H.: *How Does Analysis Cure?* Edited by Goldberg, A. Chicago, IL, University of Chicago Press, 1984.
- Krupnick, J. L., Sotsky, S. M., Simmens, S., et al.: The role of therapeutic alliance in psychotherapy and pharmacotherapy outcome: findings in the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *J Consult Clin Psychol* 64: 532–539, 1996.
- Lambert, M. J., Bergin, A. E.: The effectiveness of psychotherapy, in: *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. 4<sup>th</sup> Edition. Edited by Bergin, A. E., Garfield, S. L. New York, Wiley, 1994, S. 143–189.
- Luborsky, L., Singer, B., Luborsky, L.: Comparative studies of psychotherapies: is it true that „everyone has won and all must have prizes“? *Arch Gen Psychiatry* 32: 995–1008, 1975.
- MacKenzie, K. R.: The time-limited psychotherapies: an overview, in: *American Psychiatric Press Review of Psychiatry*. Vol. 15. Edited by Dickstein, L. J., Riba, M. B., Oldham, J. M. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1996, S. 11–21.
- MacKenzie, K. R.: *Time-Managed Group Psychotherapy: Effective Clinical Applications*. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1997.
- Minuchin, S.: *Families and Family Therapy*. Cambridge, MA, Harvard University Press, 1974.
- Myers, E. D., Branthwaite, A.: Out-patient compliance with antidepressant medication. *Br J Psychiatry* 160: 83–86, 1992.
- Normand, W. C., Bluestone, H.: The use of pharmacotherapy in psychoanalytic treatment. *Contemp Psychoanal* 22: 218–234, 1986.
- Ogden, T. H.: *Projective Identification and Psychotherapeutic Technique*. New York, Jason Aronson, 1982.
- Overall, B., Aronson, H.: Expectations of psychotherapy in patients of lower socioeconomic class. *Am J Orthopsychiatry* 33: 421–430, 1963.
- Pampallona, S., Bollini, P., Tibaldi, G., et al.: Combined pharmacotherapy and psychological treatment for depression: a systematic overview. *Arch Gen Psychiatry* 61: 714–719, 2004.

- Piper, W. E., McCallum, M., Azim, H. F. A.: *Adaptation to Loss Through Short-Term Group Psychotherapy*. New York, Guilford, 1992.
- Polonsky, D. C., Nadelson, C. C.: *Psychodynamic couples therapy*, in: *Textbook of Family and Couples Therapy: Clinical Applications*. Edited by Sholevar, G. P., Schwoeri, L. D. Washington, DC, American Psychiatric Publishing, 2003, S. 439–459.
- Porter, K.: *Combined individual and group psychotherapy*, in: *Comprehensive Group Psychotherapy*. 3<sup>rd</sup> Edition. Edited by Kaplan, H. I., Sadock, B. J. Baltimore, MD, Williams & Wilkins, 1993, S. 314–324.
- Redl, F.: *Psychoanalysis and group therapy: a developmental point of view*. *Am J Orthopsychiatry* 33: 135–147, 1963.
- Ringstrom, P. A.: *An intersubjective approach to conjoint therapy*, in: *Progress in Self Psychology*. Vol. 10. Edited by Goldberg, A. Hillsdale, NJ, Analytic Press, 1994, S. 159–182.
- Ringstrom, P. A.: *Competing selfobject functions: the bane of the conjoint therapist*. *Bull Menninger Clin* 62: 314–325, 1998.
- Rioch, M. J.: *The work of Wilfred Bion on groups*. *Psychiatry* 33: 56–66, 1970.
- Roose, S. P., Stern, R. H.: *Medication use in training cases: a survey*. *J Am Psychoanal Assoc* 43: 163–170, 1995.
- Rutan, J. S., Stone, W. N.: *Psychodynamic Group Psychotherapy: Third Edition*. New York, Guilford, 2001.
- Sadock, B. J.: *Preparation, selection of patients, and organization of the group*, in: *Comprehensive Group Psychotherapy*. 2<sup>nd</sup> Edition. Edited by Kaplan, H. I., Sadock, B. J. Baltimore, MD, Williams & Wilkins, 1983, S. 23–32.
- Scharff, D. E., Scharff, J. S.: *Object Relations Family Therapy*. Northvale, NJ, Jason Aronson, 1987.
- Scharff, D. E., Scharff, J. S.: *Object Relations Couple Therapy*. Northvale, NJ, Jason Aronson, 1991.
- Scheidlinger, S.: *On the concept of the „mother-group“*. *Int J Group Psychother* 24: 417–428, 1974.
- Schwartz, A. E.: *Ozzie and Harriet are dead: new family narratives in a postmodern world*, in: *Uncoupling Convention: Psychoanalytic Approaches to Same-Sex Couples and Families*. Edited by D’Ercole, A., Drescher, J. Hillsdale, NJ, Analytic Press, 2004, S. 13–29.
- Selvini Palazzoli, M., Boscolo, L. Cecchin, G., et al.: *Paradox and Counterparadox: A New Model in the Therapy of the Family in Schizophrenic Transaction*. New York, Jason Aronson, 1978.
- Shaddock, D.: *From Impasse to Intimacy: How Understanding Unconscious Needs Can Transform Relationships*. Northvale, NJ, Jason Aronson, 1998.
- Shapiro, E. R., Zinner, J., Shapiro, R. L., et al.: *The influence of family experience on borderline personality development*. *International Review of Psychoanalysis* 2: 399–411, 1975.

- Sholevar, G. P., Schwoeri, L. D.: Psychodynamic family therapy, in: Textbook of Family and Couples Therapy: Clinical Applications. Edited by Sholevar, G. P., Schwoeri, L. D. Washington, DC, American Psychiatric Publishing, 2003, S. 77–102.
- Slipp, S.: Object Relations: A Dynamic Bridge Between Individual and Family Treatment. New York, Jason Aronson, 1984.
- Slipp, S.: The Technique and Practice of Object Relations Family Therapy. Northvale, NJ, Jason Aronson, 1988.
- Solomon, J. L.: A clinical study of the effect of the introduction of antidepressant medication on the psychoanalytic process in an analysis of long duration. *Journal of Clinical Psychoanalysis* 4: 169–184, 1995.
- Sperry, L., Brill, P. L., Howard, K. I., et al.: Treatment Outcomes in Psychotherapy and Psychiatric Interventions. New York, Brunner / Mazel, 1996.
- Stewart, R. H., Peters, T. C., Marsh, S., et al.: An object-relations approach to psychotherapy with marital couples, families, and children. *Fam Process* 14: 161–178, 1975.
- Thompson, E. M., Brodie, H. K. H.: The psychodynamics of drug therapy. *Curr Psychiatr Ther* 20: 239–251, 1981.
- Van Putten, T., Crumpton, E., Yale, D.: Drug refusal in schizophrenia and the wish to be crazy. *Arch Gen Psychiatry* 33: 1443–1446, 1976.
- Wager, T. D., Rilling, J. K., Smith, E. E., et al.: Placebo-induced changes in fMRI in the anticipation and experience of pain. *Science* 303: 1162–1167, 2004.
- Weiden, P., Rapkin, B., Zymunt, A., et al.: Postdischarge medication compliance of inpatient converted from an oral to a depot neuroleptic regimen. *Psychiatr Serv* 46: 1049–1054, 1995.
- Whitaker, D. S., Lieberman, M. A.: Psychotherapy Through the Group Process. New York, Atherton Press, 1964.
- Wilberg, T., Karterud, S., Pedersen, G., et al.: Outpatient group psychotherapy following day treatment for patients with personality disorders. *J Pers Disord* 17: 510–521, 2003.
- Wright, E. C.: Non-compliance—or how many aunts has Matilda? *Lancet* 342: 909–913, 1993.
- Yalom, I. D.: The Theory and Practice of Group Psychotherapy. 3<sup>rd</sup> Edition. New York, Basic Books, 1985.
- Zinner, J.: The implications of projective identification for marital interaction, in: Contemporary Marriage: Structure, Dynamics, and Therapy. Edited by Grunebaum, H., Christ, J. Boston, MA, Little, Brown, 1976, S. 293–308.
- Zinner, J., Shapiro, R.: Projective identification as a mode of perception and behavior in families of adolescents. *Int J Psychoanal* 53: 523–530, 1972.
- Zinner, J., Shapiro, R.: The family as a single psychic entity: implications for acting out in adolescence. *International Review of Psychoanalysis* 1: 179–186, 1974.

## **KAPITEL 6**

# **BEHANDLUNG IN DER DYNAMISCHEN PSYCHIATRIE**

### *Dynamisch orientierte Krankenhäuser und Tageskliniken*

Da sich die Grundsätze der Psychodynamik überwiegend aus der Praxis der Psychoanalyse entwickelt haben, werden sie manchmal eng ausgelegt und so verstanden, als seien sie nur für die Behandlung ambulanter Patienten gültig. Ein Assistenzarzt der Psychiatrie bat seinen Supervisor um Hilfe, damit er seinen stationären Patienten verstehen könne, und wurde mit der folgenden Antwort abgespeist: „Die Dynamik gilt nur für ambulante Patienten, nicht für stationäre.“ Natürlich ist nichts weiter entfernt von der Wahrheit. Die Bemerkung des Supervisors spiegelt jedoch den bedauerlichen Trend in der modernen Krankenhauspsychiatrie wider, die psychiatrische Station lediglich als Verwahrungsort zu verwenden, an dem die Patienten darauf warten, dass ihre Medikamente anschlagen. Die Behandlung vieler Patienten wird deutlich besser, wenn die Behandlung im Krankenhaus nach dem dynamischen Ansatz erfolgt.

In den letzten beiden Jahrzehnten war in psychiatrischen Kliniken infolge der aggressiven Umstellung der Nutzung durch Versicherungen und Unternehmen der gesteuerten Gesundheitsversorgung ein dramatischer Rückgang der Länge der Aufenthalte zu verzeichnen (Gabbard 1992a, 1994).

Infolgedessen wurde ein großer Teil der bei der ausgedehnten Krankenhausbehandlung schwer gestörter Patienten gewonnenen wertvollen Erkenntnisse der Nutzung unter anderen Voraussetzungen wie beispielsweise in Tageskliniken angepasst. Doch auch im Krankenhaus sind psychodynamisch ausgerichtete Strategien auch weiterhin von großem Nutzen, da sie so geändert wurden, dass sie für die jeweilige Behandlungssituation geeignete Schwerpunkte enthalten (Gabbard 1997). Ungeachtet dessen, ob die Behandlung während eines kurzen

Krankenhausaufenthaltes oder über längere Zeit in einer Tagesklinik vorgenommen wird, hat die Behandlung durch mehrere Personen gewisse Vorteile und stellt zugleich eine gewisse Herausforderung dar. In diesem Kapitel untersuche ich, wie die psychodynamische Denkweise an solche Situationen angepasst werden kann. Die hier besprochenen Modelle sind als solche zu verstehen, die sich für die Behandlung durch mehrere Personen sowohl im Krankenhaus als auch in einer Tagesklinik oder in Form einer intensiven ambulanten Therapie eignen.

## Historischer Überblick

---

Praktizierende Therapeuten können aus einer langen Tradition der Anwendung psychoanalytischer Prinzipien bei der Behandlung im Krankenhaus schöpfen. Die Geschichte der Vorstellung der psychiatrischen Klinik begann mit Simmels (1929) Arbeit im Schloss Tegel in Berlin, wo er feststellte, dass bestimmte Patienten wegen verschiedener symptomatischer Verhaltensweisen wie Alkoholismus oder Phobien außerhalb des Krankenhauses nicht analysiert werden konnten. Er hatte die Idee, die Zeit des Patienten auf der Couch zu verlängern, indem er dem Krankenhauspersonal beibrachte, im Milieu quasianalytische Behandlungen durchzuführen, wenn Probleme in Bezug auf Übertragung oder Widerstand auftraten.

In seinem kreativen und hervorragenden *Guide to the Order Sheet* verzichtete Will Menninger (1939/1982) auf die Einzelpsychoanalyse als Schwerpunkt und versuchte, die Grundsätze der Psychoanalyse durch die Manipulation des Milieus unmittelbar im Krankenhaus anzuwenden. Von der Annahme ausgehend, dass alle Symptome und gestörten Verhaltensweisen von Störungen der korrekten Verschmelzung und Expression der beiden Haupttriebe – der Libido und der Aggression – herrühren, entwickelte er ein System der Behandlung im Milieu, das überwiegend auf der Sublimierung basierte und keine Einsicht erforderte. Statt unbewusste Wünsche zu verwehren oder zu interpretieren, war dieser Ansatz darauf ausgerichtet, die Energien in eine weniger gefährliche Richtung umzulenken. So ermunterte

Menninger beispielsweise zu offener Feindseligkeit gegenüber Ersatzobjekten – Verordnungen für einen Patienten konnten von der Demolierung eines Gebäudes bis zum Einschlagen auf einen Sandsack reichen. Leider war dieses zweite Modell nicht für Patienten mit Ich-Schwächen und damit verbundenen Schwierigkeiten der Impulskontrolle geeignet, die eine Behandlung benötigten, die ihnen half, die Expression ihrer Triebe besser zu kontrollieren, statt sie umzuleiten. Außerdem beschränkte sich dieses Verständnis auf die damalige duale Instinkttheorie, die den Kontext der Objektbeziehungen, in dem gestörte Triebe auftreten, unberücksichtigt ließ und keine systematische Untersuchung der Übertragung und der Gegenübertragung im Milieu ermöglichte.

Das dritte Modell entstand aufgrund der Beobachtung, dass die Patienten die Konflikte mit ihren Familienmitgliedern mit Angehörigen des Personals in der Krankenhausumgebung wiederholten (Hilles 1968). Bei diesem Modell wurden maladaptive Verhaltensmuster anhand ihres Ursprungs in der Vergangenheit interpretiert, und es setzte immer weniger Ersatzventile für unbewusste Bedürfnisse ein. Das Milieu wurde nicht als therapeutische Gemeinschaft betrachtet, in der reale, konstruktive Erfahrungen mit Gleichgesinnten betont werden, sondern als Leinwand, auf die die archaischen Muster projiziert werden, um dann untersucht zu werden.

Eine Reihe von Verfassern (Gabbard 1986, 1988, 1989c, 1992a; Harty 1979; Stamm 1985b; Wesselius 1968; Zee 1977) betrachtete das Verstehen der Gegenübertragung als wesentlichen Bestandteil dieses Modells. Gegenübertragungseinflüsse treten regelmäßig und nicht nur gelegentlich auf, und die systematische Untersuchung der Gegenübertragung sollte Teil der Routine des Behandlungsteams sein. Ein wiederkehrendes Thema in den verschiedenen Konzepten zur psychoanalytisch ausgerichteten Krankenhausbehandlung ist, dass die Patienten ihre inneren Objektbeziehungen in diesem Milieu neu erschaffen. Diese Ansicht spiegelt auch Kernbergs (1973) Versuch einer Integration der psychoanalytischen Objektbeziehungstheorie, der Systemtheorie und der Anwendung der Gruppenprozesse zu einem allgemeinen Ansatz für die Krankenhausbehandlung wider. Eine wichtige Lehre aus seinem Ansatz ist, dass wir alle ein Potenzial sowohl für Objektbeziehungen der höheren Ebene – die für die Übertragungsneurose in der Einzelpsychoanalyse typisch sind – als auch für solche der primitiveren Ebenen, die zu psychotischen Regressionen in Gruppensituationen führen, haben. Er stellte die Theorie auf, dass die höhere Ebene der Objektbeziehungen in Einzeltherapiebeziehungen aktiviert wird, während die primitivere Variante eher bei Gruppenbehandlungen aktiviert wird. Die Kombination von Einzel- und Gruppentherapie im Rahmen der stationären Behandlung gewährleistet die Behandlung beider Ebenen.

## Dynamische Grundsätze der stationären Behandlung in der Gegenwart

---

Ein dynamischer Ansatz gewährleistet eine diagnostische Auffassung, bei der die Ich-Schwächen und Ich-Stärken des Patienten, seine intrapsychischen Objektbeziehungen, die sich in Familien- und sozialen Beziehungen manifestieren, seine Fähigkeit zur psychologischen Arbeit und die Ursprünge seiner aktuellen Probleme in der Kindheit berücksichtigt werden. Aufgrund einer psychodynamischen Beurteilung kann der Kliniker zu dem Schluss kommen, dass interpretative Maßnahmen und die Offenlegung unbewusster Inhalte nicht zu empfehlen sind. Bei Patienten mit deutlichen Ich-Schwächen und/oder kognitiven Beeinträchtigungen mit organischer Ursache sind gegebenenfalls Ansätze zu empfehlen, die das Ich unterstützen und der Stärkung des Selbstwertgefühls dienen.

Psychoanalytische Entwicklungstheorien sind bei der Erstellung von Behandlungsplänen für stationäre Patienten von Nutzen. Ein psychoanalytisch orientiertes Krankenhausteam erkennt, dass die Mehrzahl der Patienten in ihrer Entwicklung stehen geblieben ist. Die Kenntnis der psychoanalytischen Theorie ermöglicht es dem Team, entsprechend der jeweiligen Entwicklungsstufe zu reagieren, indem es akzeptiert, dass der Patient ein Kind im Körper eines Erwachsenen ist. Diese Sicht hilft dem Personal, der Depersonifizierung vorzubeugen (Rinsley 1982), die bewirkt, dass vom Patienten erwartet wird, dass er sich trotz einer schwerwiegenden Psychopathologie wie ein reifer und höflicher Erwachsener verhält. Eine solche Depersonifizierung begleitet schwer gestörte Patienten häufig ein Leben lang in ihren Interaktionen mit den Mitgliedern ihrer Familie.

Die psychoanalytische Theorie bietet Modelle für Maßnahmen, die auf die der Entwicklungsphase des Patienten entsprechenden Bedürfnisse ausgerichtet sind, so zum Beispiel empathische Spiegelung (Kohut 1971) und die Bereitstellung einer Halt gebenden Umgebung (Stamm 1985a; Winnicott 1965). In diesem Kontext werden die mit der Krankenhausstruktur einhergehenden Einschränkungen nicht als Strafen für unreifes und irritierendes Verhalten, sondern als äußerer Ersatz für fehlende intrapsychische Strukturen betrachtet. In diesem Sinne müssen die Mitglieder des Personals Hilfs-Ich-Funktionen wie Realitätsprüfung, Impulskontrolle, Abwägen der Konsequenzen (Urteilsvermögen) und die Verstärkung der Differenzierung zwischen Selbst und Objekt übernehmen. Aus der Sicht der Bindungstheorie ist das Krankenhauspersonal eine sichere Basis für den Patienten. Intensive Affekte werden anstelle des Patienten begrenzt, bis er sie selbst modulieren kann. Die Behandelnden fördern die Entstehung von Bindungen, indem sie sich die persönlichen Darstellungen des Patienten anhören und versuchen, seine Sichtweise zu verstehen (Adshead 1998).

Patienten, die stationär oder in einer Tagesklinik behandelt werden, wiederholen gewöhnlich ihre Familiensituation im Milieu. Genauer gesagt, sie



verlegen ihre inneren Objektbeziehungen. Die Rekapitulation der inneren Objektbeziehungen des Patienten im interpersonellen Bereich des Milieus ist am besten anhand der Untersuchung der Abwehrmechanismen der Abspaltung und der projektiven Identifizierung zu verstehen. Diese Mechanismen treten bis zu einem gewissen Grad auch bei neurotischen Patienten auf, am häufigsten sind sie jedoch bei Menschen mit einer Ich-Organisation auf der Borderline- und der psychotischen Ebene – Merkmale, die für die Gruppe von Patienten charakteristisch sind, die am häufigsten stationär behandelt werden. Außerdem werden diese Mechanismen eindeutig zum Teil durch die für die Teamarbeit auf einer Station oder in einer Tagesklinik typische Gruppendynamik aktiviert. Abspaltung und projektive Identifizierung wirken hinsichtlich der Verleugnung und der Verlegung von Selbst- oder Objektrepräsentanzen, die häufig mit bestimmten affektiven Zuständen verbunden sind, zusammen. Diese projektive Verleugnung ist auch ein Mittel, mit dem Menschen in der Umgebung gezwungen werden, Teil der verlegten Variante einer inneren Objektbeziehung zu werden.

Die projektive Identifizierung erfolgt unbewusst, automatisch und mit einer unwiderstehlichen Kraft. Kliniker fühlen sich gedrängt oder gezwungen, die Rolle zu spielen, die ihnen auf projektivem Wege zugeteilt wurde. Ein grundlegendes Axiom der psychodynamisch ausgerichteten Behandlung besagt, dass die Behandelnden den Patienten eher ähnlich sind, als dass sie sich von ihnen unterscheiden. Die Gefühle, Fantasien, Identifizierungen und Introjektionen der Patienten haben Pendanten bei den Behandelnden. Da diese Pendanten beim Personal gegebenenfalls stark unterdrückt sind, werden sie, wenn sie durch einen Patienten aktiviert werden, oft als fremde Kräfte erlebt, die den Behandelnden vereinnahmen. Symington (1990) bezeichnete diesen Prozess der projektiven Identifizierung als Schläger-Opfer-Paradigma, in dem einem die Freiheit genommen wird, seine eigenen Gedanken zu denken. Kliniker, die Ziele projizierter Inhalte sind, fühlen sich häufig, als stünden sie insofern in einem Verhältnis der Sklaverei zum Patienten, als sie nicht denken, fühlen oder funktionieren können, wie sie es gewöhnlich als Therapeuten tun.

Diese Definition der projektiven Identifizierung deutet darauf hin, dass ein großer Teil der intensiven Gegenübertragung, die die Behandelnden erfahren, aus unbewussten Identifizierungen mit projizierten Aspekten der inneren Welt des Patienten resultiert. Es wäre jedoch naiv und eine zu große Vereinfachung, all ihre emotionalen Reaktionen auf das Verhalten des Patienten zurückzuführen. Kliniker zeigen auch emotionale Reaktionen, die der klassischen, oder enggefassten, Form der Gegenübertragung entsprechen, bei der sie so auf den Patienten reagieren, als sei dieser jemand aus ihrer Vergangenheit. Einer der Vorteile der Arbeit in einem Behandlungsteam besteht darin, dass die Mitglieder sich gegenseitig helfen können, die typischen Gegenübertragungsmuster, die auf ihren eigenen psychologischen Problemen basieren, von denen zu unterscheiden, die erzwungene Identifizierungen mit

der projizierten inneren Welt des Patienten darstellen. Es wäre ideal, wenn jedes Teammitglied diese Unterscheidungen selbst vornehmen könnte, doch das ist keine realistische Erwartung in einer Situation mit mehreren Behandelnden.

Die Beschreibung der Mechanismen der Abspaltung und der projektiven Identifizierung liefert nur einen Teil der Erklärung dafür, dass die Patienten ihre inneren Objektbeziehungen in die Beziehungen im Krankenhausmilieu verlegen. Die Feststellung dessen, dass diese Wiederholung unbewusst, automatisch und zwingend erfolgt, bietet keine angemessene Erklärung für die unbewussten Motivationsfaktoren der Wiederholung. Es können mindestens vier Kräfte identifiziert werden, die zur Wiederholung innerer Objektbeziehungen beitragen (Gabbard 1992b; Pine 1990).

### Aktive Beherrschung oder passiv erlebtes Trauma

Indem er verinnerlichte Beziehungsmuster im Kontext der stationären Behandlung oder der Tagesklinik wiederholt, versucht der Patient möglicherweise, passiv erlebte Traumata aktiv zu beherrschen. Durch die Reaktivierung problematischer Beziehungen bekommt er gegebenenfalls das Gefühl, dass er die Kontrolle über frühere traumatische Beziehungen hat, weil dieses Mal er die Verantwortung hat.

### Aufrechterhaltung von Bindungen

Objektbeziehungseinheiten werden gegenüber den Behandelnden auch deshalb wiederholt, weil die neue Beziehung als eine Form der Aufrechterhaltung von Bindungen zu wichtigen Menschen aus der Kindheit, vor allem den Eltern, dient. Selbst wenn die Beziehungen zu den Eltern in der Kindheit durch Missbrauch und Konflikte gekennzeichnet waren, betrachtet das Kind sie dennoch als Quelle der Freude (Pine 1990). Eine sadomasochistische Beziehung ist besser als gar keine (Gabbard 1989b). Außerdem können selbst „schlechte“ oder qualvolle Beziehungen insofern Trost bieten, als sie vorhersagbar und zuverlässig sind und dem Patienten ein Gefühl der Kontinuität und der Bedeutsamkeit geben (Gabbard 1998). Die Alternative ist ein starkes Gefühl des Verlassenseins und der damit verbundenen Trennungsangst.

### Ein Hilfeschrei

Die projektive Identifizierung lediglich als Abwehrmechanismus zu betrachten, ist eine grobe Vereinfachung (siehe Kapitel 2). So spürt die Person, die Ziel der projizierten Inhalte ist, deutlich, dass es sich auch um eine Form der

Kommunikation handelt (Casement 1990; Gabbard 1989a; Ogden 1982). Primitive Ängste wirken so, dass der Patient einen enormen Druck empfindet, nicht zu handhabende Affekte, zusammen mit den mit ihnen verbundenen Selbst- und Objektrepräsentanzen, loszuwerden. Eine gewisse Linderung tritt ein, wenn ein Behandelnder gezwungen wird, projizierte Inhalte zu erleben, die den Patienten überwältigen. Der Patient teilt dem Kliniker gegebenenfalls unbewusst mit: „Ich kann meine innere Erfahrung nicht in Worte fassen, aber vielleicht können Sie meine inneren Kämpfe nachempfinden und mir irgendwie helfen, wenn ich bei Ihnen ähnliche Gefühle auslöse.“ Deshalb bedeutet die projektive Identifizierung, auch wenn sie darauf ausgerichtet ist, überwältigende Gefühle loszuwerden und sie in eine zwischenmenschliche Begegnung zu verlegen, auch, dass der Betreffende mittels einer einfachen Form der Empathie Hilfe in Bezug auf diese Gefühle sucht (Casement 1990).

## Der Wunsch nach Umwandlung

Missbräuchliche innere Objektbeziehungen können auch in der Hoffnung verlegt werden, dass sie umgewandelt werden können. Sandler und Sandler (1978) haben beobachtet, dass Patienten eine gewünschte Interaktion, eine Fantasie einer Beziehung zu einem Elternteil, der auf eine Art und Weise auf sie reagiert, die eine Erfüllung von Wünschen bedeutet, verinnerlichen. In diesem Sinne kann man davon ausgehen, dass frühere Beziehungen in der unbewussten Hoffnung wiederholt werden, dass sie sich dieses Mal anders gestalten (das heißt, sowohl das Objekt als auch das Selbst entsprechend der Fantasiebeziehung umgewandelt wird, nach der sich der Patient sehnt).

Eine Tagesklinik oder eine Krankenhausstation kann eine andere Form der zwischenmenschlichen Bezogenheit bieten, die die Verinnerlichung einer weniger pathologischen Objektbezogenheit erleichtert. In einem optimalen Milieu besteht das Ziel der Behandelnden darin, eine Beziehung zum Patienten aufzubauen, in der sie es vermeiden können, dazu provoziert zu werden, so zu reagieren, wie es die inneren Objektrepräsentanzen des Patienten tun würden. Indem sie sich nicht so verhalten wie alle anderen in der Umgebung des Patienten, können sie ihm neue Objekte und neue Formen der Bezogenheit anbieten.

Die anfänglichen Reaktionen auf einen Patienten können denen anderer Menschen in seiner Umgebung ähnlich sein, doch sobald die Behandelnden die innere Objektwelt des Patienten besser kennen, sind sie bestrebt, die Projektionen aufzunehmen, statt sich mit ihnen zu identifizieren. Dadurch durchbrechen sie einen Teufelskreis. Der Patient steht einer Gruppe von Menschen gegenüber, die anders reagieren als alle anderen. Diese Menschen versuchen, den zwischenmenschlichen Prozess zu verstehen, statt sich automatisch in den „Reigen“ einzureihen.

Weiss et al (1986) kamen aufgrund der Untersuchung von Tonbandaufnahmen von Analyseniederschriften zu dem Schluss, dass ein heilender Faktor der Analyse darin besteht, dass der Analytiker nicht so reagiert, wie es der Analytierte erwartet. Nach Ansicht dieser Forscher entwickelt der Patient aufgrund früher Interaktionen mit Elternfiguren pathologische Überzeugungen, die er dann in der Analyse unbewusst zu widerlegen sucht, damit eine Entwicklung stattfinden kann. Diese Erkenntnis trifft genau auf Situationen mit mehreren Behandelnden zu, in denen der Patient sie ständig, aber unbewusst auf die Probe stellt, um zu sehen, ob sie anders sind als frühere Figuren aus seinem Umfeld außerhalb der Klinik. Hierbei ist jedoch Folgendes zu beachten. Behandelnde, die lediglich „nett“ zu dem Patienten sind, können verhindern, dass er alte Muster der Bezogenheit neu durchlebt und durcharbeitet. Deshalb gibt es für jede Behandlungssituation ein ideales Gleichgewicht zwischen dem Funktionieren als neues Objekt und der Annahme der Rolle als altes Objekt (Gabbard und Wilkinson 1994). Die Bezogenheitsmuster „alter Objekte“ werden schrittweise durch neue Arten der Bezogenheit ersetzt, die auf den neuen Erfahrungen mit den Behandelnden und einem neu erworbenen Verständnis des Patienten in Bezug auf sein unbewusstes Bedürfnis, frühere Beziehungen zu wiederholen, basieren.

Innerhalb dieser Formulierung der inneren Objektbeziehungen besteht die therapeutische Aufgabe darin, die Selbst- und Objektrepräsentanzen des Patienten sorgfältig zu diagnostizieren und die Art der projizierten inneren Selbst- und Objekte ständig zu beobachten. Diese Aufgabe beinhaltet die Annahme, dass die Behandelnden hinreichend mit ihren eigenen inneren Selbst- und Objektkonfigurationen vertraut sind und somit zwischen den beiden Varianten der Gegenübertragung unterscheiden können.

Bei diesem auf Übertragung und Gegenübertragung basierenden Modell der Behandlung muss das Behandlungspersonal offen für die starken Gefühle bleiben, die diese Patienten auslösen. Die Untersuchung der Gegenübertragung muss ein fester Bestandteil des Behandlungsprozesses sein. Die Behandelnden sollten bereitwillig als Behälter für die Selbst- und Objektrepräsentanzen des Patienten und für die mit den Objektbeziehungen verbundenen Affekte dienen. Auf individueller Basis bedeutet dieser Ansatz die Vermeidung der Haltung des „engagierten Arztes“, wie sie Searles (1967/1979) beschrieben hat, bei der der Behandelnde zur Abwehr der Neigung zu Sadismus und Hass gegenüber dem Patienten stets versucht, liebevoll zu sein. Wenn der Behandelnde gegenüber emotionalen Reaktionen des Patienten zu kontrolliert ist oder eine zu starke Abwehr einsetzt, wird der diagnostische Prozess der Beschreibung dieser inneren Objektbeziehungen beeinträchtigt, und, was noch wichtiger ist, der Behandlungsprozess wird zu einer Farce. Der Patient kann den Behandelnden dann nicht als echten Menschen betrachten, der eine mit Leben gefüllte vollwertige Objektbeziehung eingeht.

Dieselbe Offenheit für Gegenübertragungsreaktionen muss auf der Gruppenebene vorhanden sein. Die Stationsleiter müssen eine nicht kritisierende, annehmende Haltung gegenüber den verschiedenen emotionalen Reaktionen der Mitglieder des Personals auf den Patienten fördern. Wenn die Leiter ihnen vermitteln, sie sollten persönliche Gefühle im Interesse einer guten Behandlung für den Patienten zurückhalten, werden solche Ermahnungen die ohnehin hypertrophen Über-Ich-Strukturen der meisten der im Bereich der mentalen Gesundheit Beschäftigten ansprechen und ihre inneren Abwehrmechanismen der Verdrängung, der Unterdrückung oder der Abspaltung inakzeptabler Gefühle und Identifizierungen nur noch stärker aktivieren.

Auch wenn seit einigen Jahren ein wachsender Druck zu verzeichnen ist, Personalbesprechungen für die Dokumentierung verhaltensorientierter Behandlungspläne zu nutzen, müssen die emotionalen Reaktionen des Personals auf die Patienten offen und verständnisvoll besprochen werden. Wenn Personalbesprechungen zu aufgabenorientierten administrativen Sitzungen werden, in denen keine Zeit für die Verarbeitung von Paradigmen der Übertragung und Gegenübertragung ist, wird sich das daraus resultierende Fehlverhalten des Personals zum Nachteil der klinischen Arbeit auswirken. Außerdem führt das Team dann keine dynamisch orientierte Behandlung mehr durch, sondern nur eine einfache „Fallverwaltung“.

Die Einstellung des Stations- oder Teamleiters ist entscheidend für die Atmosphäre der Besprechung von Gegenübertragungen. Der Leiter muss den übrigen Mitgliedern des Personals als Vorbild dienen, indem er seine eigenen Gefühle offen untersucht und sie mit den inneren Objektbeziehungen des Patienten in Verbindung bringt. Außerdem muss er die Gefühle, die die Teammitglieder zum Ausdruck bringen, wertschätzen und akzeptieren und vermeiden, sie als Manifestationen ungelöster und nicht analysierter Konflikte des jeweiligen Teammitglieds zu interpretieren. Wenn ein Teammitglied über ein beunruhigendes Gefühl im Zusammenhang mit der Behandlung eines Patienten berichtet, muss der Leiter Fragen wie die folgenden stellen: „Warum muss der Patient dieses Gefühl bei Ihnen auslösen?“ „Was wiederholt er?“ „Mit welcher Figur aus der Vergangenheit des Patienten identifizieren Sie sich?“ „Wie können wir die Gefühle, die der Patient bei Ihnen auslöst, verwenden, um zu verstehen, wie sein Ehepartner oder seine Freunde auf ihn reagieren?“ Der Leiter des Behandlungsteams sollte sich auch ein Bild davon machen, wie sich die einzelnen Mitglieder gewöhnlich gegenüber Patienten verhalten. Dazu gehört das Wissen über typische Gegenübertragungsreaktionen gegenüber bestimmten Arten von Patienten sowie über adaptiveres und konfliktfreies Verhalten. Dieses Wissen hilft ihm, Abweichungen von den typischen Mustern der Beziehungen zu Patienten auszumachen. Natürlich muss der Teamleiter in manchen Fällen einzelne Mitglieder unter vier Augen darauf ansprechen, dass sie möglicherweise eine persönliche Behandlung brauchen oder den Beruf wechseln sollten.

Die Mitglieder des Behandlungsteams sollten darauf vorbereitet werden, dass sie starke Gefühle gegenüber dem Patienten entwickeln werden, die als Instrumente der Diagnose und der Therapie verwendet werden können. Es ist ein Unterschied, Gefühle zu haben oder nach ihnen zu handeln. Selbstverständlich muss der Leiter den Teammitgliedern raten, Gefühle zu beachten und mit anderen Mitgliedern zu besprechen, jedoch keine Gefühle destruktiver oder erotischer Natur auszuleben. Sie sollten ermutigt werden, ihre Gefühle bei den Personalbesprechungen zu verarbeiten und sie einzusetzen, um die inneren Objektbeziehungen des Patienten zu verstehen. Mit dem Fortschreiten der Behandlung werden sie mit einem besseren Verständnis der inneren Objektbeziehungen des Patienten gewappnet sein, dadurch weniger zu Gegenübertragungsidentifizierungen neigen und statt dessen in der Lage sein, die Verzerrungen und die Art der inneren Objektwelt des Patienten zu erkennen. Wenn ihnen also erlaubt wird, starke Gegenübertragungsgefühle zu empfinden und diese in einer frühen Phase der Behandlung eines Patienten zu besprechen, sind sie mit Fortschreiten der Behandlung in der Lage, sich dem Patienten objektiver zu nähern.

Wenn die Behandelnden ihren Gegenübertragungshass, ihre Gegenübertragungswut und ihre Geringschätzung aufgrund von Schuldgefühlen eher verleugnen, teilen sie ihre intensiven negativen Gefühle auf nonverbalen Wege dennoch mit (Poggi und Ganzarain 1983). Die Patienten haben ein außerordentliches Talent, solche Mitteilungen wahrzunehmen und werden infolgedessen gegebenenfalls zunehmend paranoid. Wenn die Behandelnden ihre eigene Zwiespältigkeit zugeben und offener damit umgehen, können auch die Patienten ihre Zwiespältigkeit zugeben und haben weniger Angst vor ihrem Hass. Solange die Behandelnden ihren Hass jedoch verleugnen, bestätigen sie nur die Angst des Patienten, über solche Gefühle könne man nicht sprechen, und sie seien um jeden Preis zu vermeiden.

Das hier vorgestellte Modell der Interaktion zwischen den Behandelnden und dem Patienten steht in direkter Analogie zu dem, das ich in Kapitel 4 in Bezug auf den Psychotherapeuten vorgeschlagen habe. Das Krankenhauspersonal darf nicht reserviert sein und muss auf spontane, aber kontrollierte Art und Weise Teil des zwischenmenschlichen Bereichs des Patienten sein. Diese Fähigkeit, zuzulassen, dass man „hineingesaugt“ wird, aber nur zum Teil, ist ein Vorzug, der den Behandelnden ein empathisches Verständnis der Beziehungsprobleme des Patienten ermöglicht (Hoffman und Gill 1988).

## Abspaltung in Situationen mit mehreren Behandelnden

---

Ein Vorteil der Behandlung durch mehrere Personen gegenüber der Einzeltherapie besteht darin, dass die Selbst- und Objektrepräsentanzen des Patienten mit

einem Schlag auf verschiedene Mitglieder des Behandlungsteams verlegt werden und nicht nach und nach auf den Psychotherapeuten allein. Eine solche Situation ist somit ein hervorragendes Diagnose- und Therapieinstrument, um den Prozess der Abspaltung zu verstehen (siehe Kapitel 2).

Die Abspaltung während der stationären Behandlung wird in mehreren Abhandlungen über die von Patienten mit einer behandlungsresistenten Borderline-Persönlichkeitsstörung ausgelöste intensive Gegenübertragung ausführlich beschrieben (Burnham 1966; Gabbard 1986, 1989c, 1992b, 1994, 1997; Main 1957). Empirische Forschungen deuten jedoch darauf hin, dass Abspaltung nicht nur bei Borderline-Patienten, sondern bei einer Vielfalt von Persönlichkeitsstörungen vorkommt (Allen et al. 1988; Perry und Cooper 1986). Die Behandelnden können stark polarisierte Positionen einnehmen und sie gegenüber den anderen mit einer Vehemenz verteidigen, die nicht der Bedeutung der Angelegenheit entspricht. Der Patient hat gegenüber einer Gruppe der Behandelnden die eine und gegenüber einer anderen Gruppe der Behandelnden eine andere Selbstrepräsentanz gezeigt (Burnham 1966; Cohen 1957; Gabbard 1986, 1989c, 1992b, 1994, 1997; Searles 1965). Mittels der projektiven Identifizierung löst jede Selbstrepräsentanz im Behandelnden eine entsprechende Reaktion aus, die als unbewusste Identifizierung mit dem projizierten inneren Objekt des Patienten betrachtet werden kann. Das durch eine Selbst-Objekt-Konstellation entstandene Paradigma von Übertragung und Gegenübertragung kann völlig anders sein als ein durch eine andere entstandenes. Diese Diskrepanz wird gegebenenfalls erstmals bei einer Personalbesprechung deutlich, bei der über den Patienten gesprochen wird. Die unvereinbaren Beschreibungen können die Teammitglieder verwirren, sodass sie einander fragen: „Sprechen wir über ein und denselben Patienten?“

Die vollständig ausgeprägte Abspaltung dieser Art ist ein hervorragendes Beispiel für das altbewährte Konzept, demzufolge der Patient seine innere Objektwelt im Krankenhausmilieu wiederholt (Gabbard 1989c). Die verschiedenen Behandelnden identifizieren sich unbewusst mit den inneren Objekten des Patienten und spielen Rollen aus einem Drehbuch, das vom Unbewussten des Patienten geschrieben wird. Wegen des Elements der Kontrolle, das Bestandteil der projektiven Identifizierung ist, haben die Reaktionen der Behandelnden außerdem häufig einen verpflichtenden Charakter. Sie fühlen sich gezwungen, sich so zu verhalten „wie jemand anderes“. Wenn keine projektive Identifizierung im Spiel wäre, würde die so zustande kommende rein intrapsychische Abspaltung in der Gruppe der Behandelnden so gut wie keine Verwirrung stiften, weil ihre Mitglieder wahrscheinlich keine Polarisierung und keinen Ärger untereinander empfinden würden.

Die Abspaltung, wie sie bei der stationären Behandlung auftritt, ist ein besonderer Fall, bei dem es gleichzeitig zu intrapsychischer und zwischenmenschlicher Abspaltung kommt (Hamilton 1988). Die zwischenmenschlichen Aspekte der Abspaltung, die in den Gruppen der

Behandelnden auftritt, zeigen eindeutige Parallelen zur intrapsychischen Abspaltung des Patienten. Zu zwischenmenschlicher Abspaltung wird die intrapsychische Abspaltung mittels der projektiven Identifizierung.

Patienten wählen die Teammitglieder, auf die sie ihre inneren Objekte projizieren, nicht zufällig aus. Die meisten Borderline-Patienten besitzen eine außergewöhnliche Fähigkeit, bestehende latente Konflikte zwischen den Behandelnden auszumachen, und dementsprechend gestalten sich dann ihre Projektionen. Ein Ausschnitt aus einem wahren Fall (Gabbard 1989c) verdeutlicht dieses Muster.

Frau E, eine 25-jährige Borderline-Patientin, wurde in einer Selbstmordkrise von ihrem Psychiater Dr. F ins Krankenhaus eingewiesen. Zehn Tage nach ihrer Aufnahme, während sie noch immer über Selbstmordgedanken berichtete, wandte sich Dr. F mit der Bitte, Frau E zum örtlichen College fahren zu dürfen, damit sie sich für das Semester einschreiben könne, an den Oberpfleger Herrn G. Herr G erwiderte, dass Patienten, die wegen Selbstmordgefahr aufgenommen wurden, die Station laut den Vorschriften des Krankenhauses nicht verlassen dürften. Er schlug Dr. F vor, an der Personalbesprechung der Station teilzunehmen, um die Behandlung der Patientin ausführlicher zu besprechen. Als Herr G Frau E erklärte, sie könne die Station nicht verlassen, um sich einzuschreiben, wurde sie wütend auf Herrn G und beschuldigte ihn, er sei ein „Tyrann“, der die individuellen Bedürfnisse der Patienten nicht berücksichtige. Sie verglich ihn mit Dr. F, den sie idealisierte, indem sie sagte, er sei „der Einzige, der mich versteht“. Bei der darauf folgenden Personalbesprechung kam es zu einer hitzigen Debatte zwischen Dr. F und Herrn G, der als Sprecher des Stationspersonals auftrat. Im Eifer des Gefechts sagte Herr G zu Dr. F, dieser sei allgemein bekannt dafür, dass er Krankenhausvorschriften verachte und dazu neige, seine Patienten als „etwas Besonderes“ zu behandeln. Um diese Anschuldigung zu widerlegen, ließ Dr. F Herrn G wissen, er gelte als der strengste und der am meisten bestrafende Pfleger des ganzen Krankenhauses.

Dieses Beispiel zeigt, dass Abspaltung und projektive Identifizierung nicht in einem Vakuum auftreten. Frau E. hatte eindeutig Menschen ausgewählt, die gut in die inneren Objektbeziehungsparadigmen passten, die sie ihnen zugewiesen hatte. Wie mehrere Verfasser (Adler 1985; Burnham 1966; Shapiro et al. 1977) dargelegt haben, liegt oft ein Körnchen Wahrheit in der Zuweisung innerer Objektprojektionen an Teammitglieder. Der obige Ausschnitt ist auch ein Beispiel für die Beobachtung Burnhams (1966), dass gewöhnlich eine Kluft zwischen den Behandelnden, die den administrativen Bezugsrahmen (das heißt, das, was für die Gruppe gut ist) betonen, und denen, die einen individualistischen Bezugsrahmen bevorzugen, der danach ausgerichtet ist, was für den einzelnen Patienten gut ist, besteht. Und schließlich kommt das in dem obigen Ausschnitt beschriebene Muster, auch



wenn alle Behandelnden von einer Abspaltung betroffen sein können, wohl bei der Behandlung von Borderline-Patienten am häufigsten vor: Der Psychotherapeut ist eine idealisierte Figur, das Stationspersonal hingegen wird als unsensibel und strafend abgewertet. Ein anderes typisches Merkmal dieser Konstellation ist, dass der Patient in den Psychotherapiesitzungen gegebenenfalls Informationen, die er aus den täglichen Aktivitäten auf der Station gewonnen hat, auslöst und sich ausschließlich mit Erinnerungen und Übertragungsinformationen aus seiner Kindheit beschäftigt (Adler 1985; Kernberg 1984). Der Psychotherapeut hat in solchen Fällen keine Kenntnis über die problematischen Interaktionen auf der Station und ist überrascht, wenn das Pflegepersonal diese zur Sprache bringt.

Adler (1985) hat aufgezeigt, dass die Behandelnden den Psychotherapeuten infolge dieser Form der Abspaltung bei der Planung des Behandlungsprozesses gegebenenfalls nicht hinzuziehen. Auf diese Weise können sie ihr Bündnis festigen, indem sie „Böses“ und Inkompetenz nach außerhalb des Stationsteams auf den Psychotherapeuten projizieren. Wenn dieser Prozess unkontrolliert abläuft, ist es nicht mehr möglich, dass das Stationspersonal und der Psychotherapeut ihre Differenzen beilegen und sich in der Mitte treffen. Wie die inneren Objekte des Patienten können auch diese beiden Seiten des Behandlungsteams nicht integriert werden. Die regressive Kraft von Gruppen ist allgemein bekannt und kann bei sonst gut integrierten Fachkräften zu Abspaltung und projektiver Identifizierung führen (Bion 1961; Kernberg 1984; Oldham und Russakoff 1987).

Die intensive Überprüfung der Nutzung von Ressourcen, wie sie bei der gesteuerten Gesundheitsversorgung vorgenommen wird, ist ebenfalls ein guter Vorwand für eine Abspaltung. Die Behandelnden versuchen gegebenenfalls, das Bündnis mit dem Patienten zu stärken, indem sie jegliche potenzielle Wut und Aggression verlegen. Der Prüfer der gesteuerten Gesundheitsversorgung ist ein natürlicher und willkommener Behälter für alle negativen Gefühle, die zwischen den Behandelnden und dem Patienten aufkommen können. Somit kann dem Prüfer der Versicherung sowohl vom Patienten als auch von den Behandelnden die Rolle des „bösen Objekts“ zugeteilt werden, die so hinsichtlich der Viktimisierung durch den Prüfer miteinander mitfühlen und die direkte Besprechung der Übertragungs- und Gegenübertragungsangst und der Aggression vermeiden können (Gabbard et al. 1991).

Wenn eine Personalgruppe diesen Zustand der Fragmentierung erreicht, wird allzu oft der Patient beschuldigt, er versuche zu teilen und zu siegen (Rinsley 1980). Dabei wird häufig vergessen, dass die Abspaltung ein unbewusster Vorgang ist, den der Patient automatisch einsetzt, um sein emotionales Überleben zu sichern. Bei anderen Abwehrmechanismen schieben wir im Allgemeinen nicht dem Patienten die Schuld zu. Das Besondere bei der Abspaltung scheint darin zu liegen, dass die Behandelnden den Eindruck haben, der Patient verhalte sich bewusst und auf boshafte Weise destruktiv.

Ein empathischer Bezugsrahmen kann das Personal daran erinnern, dass die Abspaltung ein Versuch des Patienten ist, die Zerstörungswut zu seinem Schutz abzuwehren.

Zusammenfassend kann man sagen, dass die Abspaltung in Situationen mit mehreren Behandelnden vier Hauptmerkmale aufweist: 1. der Vorgang erfolgt auf der unbewussten Ebene; 2. der Patient nimmt die einzelnen Mitglieder des Behandlungsteams aufgrund von Projektionen seiner inneren Objektrepräsentanzen auf extrem unterschiedliche Weise wahr und behandelt alle Mitglieder entsprechend dieser Projektionen unterschiedlich; 3. die Teammitglieder reagieren mittels projektiver Identifizierung so, als wären sie tatsächlich die projizierten Aspekte des Patienten, und 4. infolgedessen vertreten die Behandelnden in den Personalbesprechungen über den Patienten stark polarisierte Positionen und verteidigen sie mit außerordentlicher Vehemenz (Gabbard 1989c).

## Handhabung der Abspaltung in Situationen mit mehreren Behandelnden

---

Jede Besprechung der Frage, wie die Abspaltung zu handhaben sei, muss mit Burnhams (1966) Hinweis beginnen, dass die vollständige Verhinderung der Abspaltung weder möglich noch wünschenswert ist. Wie jeder andere Abwehrmechanismus stellt auch die Abspaltung ein Sicherheitsventil dar, das den Patienten vor dem schützt, was er als enorme Gefahr empfindet. Es handelt sich um einen Vorgang, der trotz präventiver Maßnahmen der Behandelnden erfolgt. Wichtig ist, dass die Behandelnden die Abspaltung stets im Auge behalten müssen, damit sie die Behandlung nicht zunichtemacht und somit die Moral der Behandelnden untergräbt und bestimmte Beziehungen zwischen ihnen unwiderruflich schädigt. Solche Situationen haben schon zu Fällen schwerer psychiatrischer Erkrankungen und Kündigungen von Mitarbeitern geführt (Burnham 1966; Main 1957).

Eine der wichtigen Maßnahmen, mit denen dem Personal geholfen wird, mit der Abspaltung umzugehen, ist Schulung. Alle psychiatrischen Fachkräfte, die mit schwer gestörten Patienten arbeiten, sollten die Abspaltung und ihre Varianten sehr gut kennen. Wenn die Behandelnden die Abspaltung nicht erkennen, wenn sie entsteht, kann die Handhabung der Situation aussichtslos sein. Im Rahmen der Besprechung der Gegenübertragung können sie ermutigt werden, darauf hinzuarbeiten, projizierte Aspekte des Patienten aufzunehmen, statt nach ihnen zu handeln. Intensive Gefühle gegenüber dem Patienten sollten als wertvolles Material für Diskussionen und Supervision und nicht als verbotene Reaktionen, die vor dem Supervisor verheimlicht werden müssen, betrachtet werden. Indem sie die Mechanismen der Abspaltung verstehen, können die Teammitglieder lernen, zu vermeiden, dass sie sie ausnutzen, indem

sie eine Idealisierung akzeptieren, die einer stillschweigenden Abwertung anderer Behandelnder gleichkäme (Adler 1973; Shapiro et al. 1977). Sie müssen außerdem lernen, ihre Gegenübertragungsneigungen, Aspekte ihrer selbst auf den Patienten zu projizieren, zu beobachten.

Schulung ist jedoch erst der Anfang. Regelmäßige und häufige Personalbesprechungen, an denen auch der Psychotherapeut des Patienten teilnimmt, sollten Teil der Routine auf der psychiatrischen Station sein. Es sollte eine Atmosphäre der offenen Besprechung von Differenzen geschaffen werden, für deren Aufrechterhaltung das Personal sorgt. Stanton und Schwartz (1954) haben vor vielen Jahren überzeugend gezeigt, welchen prophylaktischen Wert es hat, verborgene Meinungsverschiedenheiten zwischen den Teammitgliedern aufzuspüren und zu besprechen. Der Psychotherapeut muss sich als Teil des Behandlungsteams betrachten und sich den administrativen Entscheidungen des Stationsteams anschließen (Adler 1985). Das strikte Festhalten an Vertraulichkeitsvorstellungen kann den Abspaltungstendenzen des Patienten Vorschub leisten.

Eines der wichtigsten Ziele der Behandlung von Patienten mit einer schwerwiegenden Charakterpathologie ist die Integration abgespaltener Selbst- und Objektrepräsentanzen. Die Interpretation des Abspaltungsmechanismus kann dem Patienten zwar helfen, sich und andere differenzierter und realistischer zu sehen, sie reicht jedoch selten aus, die Kluft zu überwinden, die auf der Gruppenebene im Krankenhaus entsteht. Interpretationen gegenüber dem Patienten sollten als Ergänzungen zu anderen Maßnahmen auf der Ebene der Interaktionen zwischen den Behandelnden betrachtet werden. Dem Zugang des Psychotherapeuten zur inneren Welt des Patienten entspricht das Ziel des Behandlungsteams, die äußeren Objekte zu integrieren und zu differenzieren.

Um dies zu erreichen, ist es häufig sinnvoll, wenn das mit dem bösen Objekt identifizierte und das mit dem guten Objekt identifizierte Teammitglied sich gemeinsam mit dem Patienten hinsetzen und offen besprechen, wie der Patient die Vorgänge wahrnimmt. Dadurch wird es für den Patienten viel schwerer, seine polarisierte Sichtweise aufrechtzuerhalten, da sich beide Behandelnden human und vernünftig verhalten. Außerdem rücken Behandelnde in dieser Situation häufig von ihren polarisierten Standpunkten ab und bewegen sich in Richtung eines Kompromisses. Auch wenn eine solche Konfrontation die Angst des Patienten vorübergehend steigern kann, vermittelt sie ihm zugleich, dass negative Gefühle Teil zwischenmenschlicher Beziehungen sein können, ohne dass dies katastrophale Folgen hat.

Wenn die Situation emotional so geladen ist, dass die Betroffenen nicht bereit sind, sich zusammenzusetzen, kann ein objektiver Konsultant hinzugezogen werden, um bei der Besprechung zu vermitteln (Gabbard 1986). Der Konsultant kann in der Gruppe die Rolle eines beobachtenden Ich übernehmen und dadurch die von der Abspaltung Betroffenen ermutigen, sich

mit dieser Funktion zu identifizieren, etwa so, wie Shapiro et al. (1977) die Funktion beschrieben haben, die der Psychotherapeut hat, wenn er sich mit Heranwachsenden mit einer Borderline-Störung und ihren Familien trifft.

Solche Besprechungen setzen voraus, dass alle Beteiligten erkannt haben, dass ein Abspaltungsprozess im Gange ist. Das anzuerkennen, ist ein wichtiger Schritt in Richtung der Handhabung der Abspaltung. Gewöhnlich sehen sich die Teammitglieder nur ungern als Beteiligte einer Abspaltung. Wenn eine Besprechung zur Erörterung der Dynamik der Behandelnden in Bezug auf einen bestimmten Patienten angesetzt wird, kann das bei ihnen auf starken Widerstand stoßen, da eine solche Besprechung den Anschein erwecken kann, als sei der betreffende Patient etwas Besonderes (Burnham 1966). Wenn der Psychotherapeut des Patienten an der Abspaltung beteiligt ist und bereitwillig an der Besprechung teilnimmt, kann es anders aussehen. Besonders wenn er vom Patienten idealisiert wird, ist zu erwarten, dass er eine herablassende Haltung einnimmt und als Lehrer auftritt, damit die Teammitglieder ihre Gegenübertragungsreaktionen und die Dynamik des Patienten ebenso gut verstehen wie er selbst. Die indirekte Botschaft des Psychotherapeuten in einer solchen Situation lautet, dass es dem Team helfen wird, nicht mehr dem Patienten die Schuld zu geben, wenn sie ihn verstehen. Statt die Personalbesprechung als produktive Art der Erörterung des Abspaltungsprozesses zu betrachten, ist der Psychotherapeut davon überzeugt, dass er recht und alle anderen unrecht haben. Idealisiert zu werden, kann so befriedigend sein, dass der Therapeut gegebenenfalls nicht bereit ist, die Idealisierung als Teil des Abwehrvorgangs beim Patienten zu untersuchen (Finell 1985). Diese Einstellung erbost die Behandelnden natürlich noch mehr und vertieft die Kluft.

Wenn eine Personalbesprechung zur Erörterung einer möglichen Abspaltung angesetzt wird, sollten alle Parteien sie mit der Annahme angehen, dass sie alle vernünftige und kompetente Kliniker sind, denen das Wohl des Patienten am Herzen liegt. Wenn dies gelingt, hat die Gruppe das Gefühl, dass jedes Teammitglied ein Teil des Puzzles beigetragen hat und das Ganze dadurch klarer wird (Burnham 1966). Manche Abspaltungen scheinen jedoch irreparabel zu sein, und ebenso wie die inneren Objekte des Patienten nicht integriert werden können, können sich auch die äußeren Objekte nicht miteinander aussöhnen. Wenn der Therapeut die Rolle des abgewerteten Objekts hat, enden solche Sackgassen manchmal damit, dass das Team einen neuen Therapeuten empfiehlt (Adler 1985).

Je früher eine Abspaltung entdeckt wird, desto weniger kann sie sich verfestigen und desto eher lässt sie sich ändern. Bei den Personalbesprechungen sollten bestimmte Warnzeichen kontinuierlich beachtet werden: 1. wenn ein Behandelnder sich gegenüber einem Patienten ungewöhnlich strafend verhält, 2. wenn ein Behandelnder ungewöhnlich nachsichtig ist, 3. wenn ein Behandelnder den Patienten wiederholt gegen kritische Bemerkungen anderer

Teammitglieder verteidigt und 4. wenn ein Teammitglied glaubt, niemand außer ihm verstehe den Patienten (Gabbard 1989c).

Wenn die Teammitglieder ihren Stolz überwinden und akzeptieren können, dass sie möglicherweise von einer unbewussten Identifizierung mit projizierten Aspekten des Patienten betroffen sind, können sie die Gefühle und die Sichtweisen ihrer Kollegen nachempfinden. Diese Bereitschaft, die Meinung eines anderen in Betracht zu ziehen, kann zu einer Zusammenarbeit im Interesse des Patienten führen, die zu einer deutlichen Verbesserung hinsichtlich des Abspaltungsprozesses führt. Die Heilung der inneren Abspaltung des Patienten beginnt häufig dann, wenn die Teammitglieder ihre äußere Kluft überwinden (Gabbard 1986). Diese parallele Entwicklung kann als dritter Schritt der projektiven Identifizierung betrachtet werden – die zuvor abgespaltenen und projizierten Objektrepräsentanzen des Patienten wurden von den Behandelnden aufgenommen und modifiziert und vom Patienten in einem bedeutsamen zwischenmenschlichen Kontext (in modifizierter Form) reintrojiert. Indem die Teammitglieder ihre eigenen Differenzen wohlwollend angehen, können sie im Milieu eine Atmosphäre schaffen, in der die guten Erfahrungen gegenüber den schlechten überwiegen – was eine wesentliche Voraussetzung für die Beförderung der Integration von Liebe und Hass beim Patienten ist.

## Die Rolle der Gruppenbehandlung im Milieu

---

Die vorstehenden Ausführungen über die Introjektion und die Projektion von Selbst- und Objektrepräsentanzen zeigen, dass Gruppenprozesse auf jeder psychiatrischen Station sorgfältig beobachtet werden müssen. Häufige Personalbesprechungen sind für die Integration abgespaltener Bruchstücke, die unter Teammitgliedern und Patienten die Runde machen, unerlässlich. Ebenso fördern regelmäßige Gruppenbesprechungen mit Patienten die gründliche Verarbeitung der Interaktionen zwischen Personal und Patienten sowie unter den Patienten; außerdem dienen sie dazu, das Ausleben von Konflikten, die in diesen Beziehungen entstehen, zu verhindern. Die Objektbeziehungstheorie bietet einen guten konzeptuellen Rahmen für das Verständnis von Gruppenprozessen auf der Station (Kernberg 1973, 1984; Oldham und Russakoff 1987). Stanton und Schwartz (1954) haben dargelegt, wie die Dynamik in der Gruppe der Patienten eine ähnliche Dynamik in der Gruppe der Behandelnden widerspiegeln kann. Besonders häufig leben einzelne Patienten verborgene Konflikte der Teammitglieder aus. Eine systematische Aufarbeitung zwischenmenschlicher Konflikte bei Personalbesprechungen und bei Besprechungen von Patienten und Behandelnden kann sehr viel zur Identifizierung paralleler Prozesse in den beiden Gruppen beitragen.

Der Schwerpunkt kleiner Patientengruppen auf einer Station oder in einer Tagesklinik ist je nach der Ich-Stärke und der diagnostischen Kategorien der Patienten unterschiedlich. Im Allgemeinen dienen psychotherapeutische Gruppenbesprechungen jedoch als Schnittstelle zwischen den intrapsychischen Schwierigkeiten der Patienten und ihren Konflikten im Milieu. Kibel (1987) meinte, Schwerpunkt solcher Gruppen sollten die zwischenmenschlichen Schwierigkeiten sein, die sich im täglichen Leben auf der Station ergeben. Diese können mit den intrapsychischen Konflikten oder Defiziten der Patienten zusammenhängen. Er empfahl, sich in solchen Gruppen weniger mit der Übertragung zu beschäftigen, da die durch die Auseinandersetzung mit Übertragungen ausgelöste Angst sowohl die individuellen Ichs als auch das kollektive Ich der Gruppe überwältigen könne. Horwitz (1987) hingegen war davon überzeugt, es könne für Gruppen stationärer Patienten von Nutzen sein, wenn der Schwerpunkt auf der Übertragung liegt, da dadurch das therapeutische Bündnis innerhalb der Gruppe gestärkt werde. Wenn die Besprechungen kleiner Gruppen auf angemessene Weise durchgeführt werden, können sie sogar zu Zufluchtsorten oder Heiligtümern werden, in denen die Patienten ihre Gefühle hinsichtlich der Erfahrung, dass sie auf einer psychiatrischen Station behandelt werden, äußern können, und die Teammitglieder ihrerseits diese Gefühle und Erfahrungen bestätigen können (Kibel 1987). Die Einzelheiten bezüglich der Gruppen stationärer Patienten bespreche ich in Teil II und III dieses Buches im Kontext einzelner Diagnosen.

## Indikationen für einen dynamisch ausgerichteten Ansatz

---

Man könnte anführen, dieses auf Übertragung und Gegenübertragung basierende Behandlungsmodell sei eher für Borderline-Patienten und solche mit affektiven Störungen geeignet als für Schizophrene. Es kann so aussehen, als entwickle der zurückgezogene schizophrene Patient keine Übertragungsbeziehung zu den Behandelnden. Tatsächlich aber wiederholt er seine inneren Objektbeziehungen ebenso im Milieu wie der Borderline-Patient. Sie sind lediglich weniger dramatisch. Rangell (1982) hat darauf hingewiesen, dass Freuds Behauptung, Patienten mit narzisstischen Neurosen entwickelten keine Übertragungen, seine einzige klinische Beobachtung war, die nicht durch spätere analytische Erfahrungen bestätigt wurde. Wie Brenner (1982) darlegte, ist das scheinbare Fehlen der Übertragung die Übertragung. Der schizophrene Patient wiederholt seine innere Objektwelt ebenso wie der Borderline-Patient. Auch schizophrene Patienten haben individuelle charakterologische Abwehrmechanismen. Auch wenn es bei vielen Patienten nicht erforderlich ist, dieses Modell bei einem kurzen Klinikaufenthalt einzusetzen, ist diese Form der

Behandlung bei solchen, deren Abwehrmechanismen die Einhaltung der Anweisungen verhindern, mit Sicherheit von Nutzen (siehe Kapitel 7).

Ein anderer möglicher Einwand ist der, dass ein Konzept, das auf der Modifizierung der Objektbeziehungen basiert, für eine kurze Behandlung nicht auf dieselbe Art und Weise gilt wie für eine längere stationäre Behandlung. Hier geht man jedoch von der falschen Vorstellung aus, die stationäre Behandlung erfolge in einem Vakuum und nicht als Teil monate- oder jahrelanger kontinuierlicher Bemühungen. Mit der Zeit stellt sich eine kumulative Wirkung vieler Widerlegungen der unbewussten Erwartungen des Patienten ein. Erst wenn es ihm wiederholt nicht gelingt, bei den Behandelnden dieselben Reaktionsmuster auszulösen, beginnt er, die ihm angebotenen neuen Objektbeziehungen zu integrieren und zu verinnerlichen. Schließlich bieten die Behandelnden einer Station oder einer Tagesklinik, der Psychotherapeut sowie Freunde und Familie genügend neue Erfahrungen und Reaktionen, um das Ich des Patienten zu stärken und seine Objektbeziehungen so weit zu verbessern, dass er in der Gesellschaft besser funktionieren kann.

Schwere Behandlungsfehler können bei einer kurzen Behandlung ebenso vorkommen wie bei einer langfristigen. Ein differenziertes psychodynamisches Verständnis des Patienten hilft den Behandelnden, Irrtümer hinsichtlich der Technik zu vermeiden. So können sie zum Beispiel die Falle umgehen, der passiven Haltung des Patienten gegenüber der Behandlung zu entsprechen. Einer grundlegenden dynamischen Vorstellung zufolge ist der Patient ein Mitwirkender des Behandlungsprozesses. Bei einer psychodynamisch ausgerichteten Behandlung wird der Patient ermutigt, über Verbindungen zwischen seiner aktuellen Situation und seinem Vorleben in der Kindheit zu reflektieren, damit er langsam versteht, wie er vor langer Zeit entstandene Muster aufrechterhält. Eng verbunden mit dieser Vorstellung ist die, dass der Patient in der Lage ist, aktive Schritte zu unternehmen, um seine Situation zu ändern.

So wie Sigmund Freud (1914/1958) den Begriff *Agieren* (acting out) ursprünglich verwendete, drückte er die Neigung des Patienten aus, etwas aus der Vergangenheit in Form von Handlungen zu wiederholen, statt sich daran zu erinnern und es in Worte zu fassen. Dasselbe Phänomen ist bei der stationären Behandlung oder der Behandlung in einer Tagesklinik zu beobachten, bei der der Patient auf die für ihn typische Art und Weise versucht, andere dazu zu bewegen, seine Bedürfnisse und Wünsche zu erfüllen. Eine weitere psychodynamische Vorstellung ist, dass sich der Patient dahin gehend entwickeln muss, dass er über seine innere Erfahrung reflektiert und spricht, statt zuzulassen, dass sie durch Handlungen zum Ausdruck kommt. Patienten, die, infolge von kognitiver Dysfunktion, geringer Intelligenz oder psychotischem Rückzug, nicht zu einem produktiven verbalen Austausch mit den Behandelnden in der Lage sind, können trotzdem von den nichtverbalen Aspekten der Erfahrung neuer Formen der Objektbezogenheit profitieren. Wie

Ogden (1986) betont hat, muss eine Behandlung nicht in verbaler Form erfolgen, um eine psychoanalytische zu sein.

Seit einigen Jahren mehren sich die Beweise dafür, dass eine psychoanalytische stationäre Behandlung wirksam ist, insbesondere bei Persönlichkeitsstörungen (Dolan et al. 1997; Gabbard et al. 2000). Die Daten deuten darauf hin, dass die Nachsorge für ein gutes Resultat ebenso wichtig ist. Chiesa et al. (2003) haben zwei Modelle der psychosozialen Intervention bei Persönlichkeitsstörungen verglichen. Die Patienten erhielten entweder eine erweiterte stationäre Behandlung von 1 Jahr ohne eine ambulante Behandlung durch einen Spezialisten nach der Entlassung oder eine 6-monatige stationäre Behandlung, auf die eine 18-monatige, zweimal wöchentlich stattfindende psychoanalytisch ausgerichtete ambulante Therapie und eine 6-monatige psychosoziale Unterstützung in der Gemeinde folgten. Die dritte Gruppe bestand aus einer gleichartigen Stichprobe von Patienten mit Persönlichkeitsstörungen, die eine psychiatrische Standardbehandlung ohne Psychotherapie erhielten. Bei den beiden Patientengruppen, die eine psychoanalytisch ausgerichtete Behandlung erhielten, zeigte sich nach 2 Jahren eine signifikante Besserung, während der Zustand der Standardgruppe im Wesentlichen unverändert blieb. Der Vergleich der Patienten, die nur eine erweiterte stationäre Behandlung erhalten hatten, mit denen, die an dem Zweistufenmodell teilgenommen hatten, ergab, dass die Resultate derer mit einer kurzen stationären und einer auf diese folgenden ambulanten Behandlung besser waren.

In der anspruchsvollsten Untersuchung über die psychoanalytisch ausgerichtete Behandlung in einer Tagesklinik führten Bateman und Fonagy (1991, 2001) 38 Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung nach dem Zufallsprinzip entweder einer teilstationären Behandlung oder einer allgemeinen psychiatrischen Behandlung zu. Die Patienten der Tagesklinikgruppe erreichten in allen Bereichen viel bessere Resultate, und ihr Zustand verbesserte sich auch nach der Beendigung der Behandlung weiter. Zudem war ihre Behandlung im Vergleich zu der allgemeinen psychiatrischen Behandlung äußerst kosteneffizient (Bateman und Fonagy 2003). Diese Untersuchung wird in Kapitel 13 ausführlicher besprochen.

In der Psychiatrie der Gegenwart muss neben den psychopharmakologischen Maßnahmen, Familienarbeit, Systemtheorie und soziokulturellen Überlegungen auch die psychodynamische Theorie und Praxis ihren Platz einnehmen. Selbst bei nichtresistenten Patienten hat dieser Objektbeziehungsansatz den großen Vorteil, dass er den Behandelnden das Gefühl gibt, dass sie die intensiven Gegenübertragungsreaktionen im Griff haben. Die Schulung der Mitglieder des Personals durch einen psychodynamisch orientierten Kliniker und das Verständnis, das er ihnen entgegenbringt, machen ihre Arbeit, die mit ständigen emotionalen Angriffen schwer gestörter Patienten einhergeht, erträglicher und verleihen ihr einen tieferen Sinn.



## Literaturhinweise

---

- Adler, G.: Hospital treatment of borderline patients. *Am J Psychiatry* 130: 32–36, 1973.
- Adler, G.: *Borderline Psychopathology and Its Treatment*. New York, Jason Aronson, 1985.
- Adshead, G.: Psychiatric staff as attachment figures. *Br J Psychiatry* 172: 64–69, 1998.
- Allen, J. G., Deering, C. D., Buskirk, J. R., et al.: Assessment of therapeutic alliances in the psychiatric hospital milieu. *Psychiatry* 51: 291–299, 1988.
- Bateman, A. W., Fonagy, P.: The effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: a randomized controlled trial. *Am J Psychiatry* 158: 1563–1569, 1991.
- Bateman, A. W., Fonagy, P.: Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalization: an 18-month follow-up. *Am J Psychiatry* 158: 36–42, 2001.
- Bateman, A. W., Fonagy, P.: Health service utilization costs for borderline personality disorder patients treated with psychoanalytically oriented partial hospitalization versus general psychiatric care. *Am J Psychiatry* 160: 169–171, 2003.
- Bion, W. R.: *Experiences in Groups and Other Papers*. New York, Basic Books, 1961.
- Brenner, C.: *The Mind in Conflict*. New York, International Universities Press, 1982.
- Burnham, D. L.: The special-problem patient: victim or agent of splitting? *Psychiatry* 29: 105–122, 1966.
- Casement, P. J.: The meeting of needs in psychoanalysis. *Psychoanalytic Inquiry* 10: 325–346, 1990.
- Chiesa, M., Fonagy, P., Holmes, J.: When more is less: an exploration of psychoanalytically oriented hospital-based treatment for severe personality disorder. *Int J Psychoanal* 84: 637–650, 2003.
- Cohen, R. A.: Some relations between staff tensions and the psychotherapeutic process, in: *The Patient and the Mental Hospital: Contributions of Research in the Science of Social Behavior*. Edited by Greenblatt, M., Levinson, D. J., Williams, R. H. Glencoe, IL, Free Press, 1957, S. 301–308.
- Dolan, B., Warren, F., Norton, K.: Change in borderline symptoms one year after therapeutic community treatment for severe personality disorder. *Br J Psychiatry* 171: 274–279, 1997.
- Finell, J. S.: Narcissistic problems in analysts. *Int J Psychoanal* 66: 433–445, 1985.
- Freud, S.: Remembering, repeating and working-through (further recommendations on the technique of psycho-analysis II) (1914), in: *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*.

- Vol. 12. Translated and edited by Strachey, J. London, Hogarth Press, 1958, S. 145–156.
- Gabbard, G. O.: The treatment of the „special“ patient in a psychoanalytic hospital. *International Review of Psychoanalysis* 13: 333–347, 1986.
- Gabbard, G. O.: A contemporary perspective on psychoanalytically informed hospital treatment. *Hosp Community Psychiatry* 39: 1291–1295, 1988.
- Gabbard, G. O.: On „doing nothing“ in the psychoanalytic treatment of the refractory borderline patient. *Int J Psychoanal* 70: 527–534, 1989a.
- Gabbard, G. O.: Patients who hate. *Psychiatry* 52: 96–106, 1989b.
- Gabbard, G. O.: Splitting in hospital treatment. *Am J Psychiatry* 146: 444–451, 1989c.
- Gabbard, G. O.: Comparative indications for brief and extended hospitalization, in: *American Psychiatric Press Review of Psychiatry*. Vol. 11. Edited by Tasman, A., Riba, M. B. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1992a, S. 503–517.
- Gabbard, G. O.: The therapeutic relationship in psychiatric hospitalization. *Bull Menninger Clin* 56: 4–19, 1992b.
- Gabbard, G. O.: Treatment of borderline patients in a multiple-treater setting. *Psychiatr Clin North Am* 17: 839–850, 1994.
- Gabbard, G. O.: Training residents in psychodynamic psychiatry, in: *Acute Care Psychiatry: Diagnosis and Treatment*. Edited by Sederer, L. I., Rothschild, A. J. Baltimore, MD, Williams & Wilkins, 1997, S. 481–491.
- Gabbard, G. O.: Treatment-resistant borderline personality disorder. *Psychiatric Annals* 28: 651–656, 1998.
- Gabbard, G. O., Wilkinson, S. M.: *Management of Countertransference With Borderline Patients*. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1994.
- Gabbard, G. O., Takahashi, T., Davidson, J. E., et al.: A psychodynamic perspective on the clinical impact of insurance review. *Am J Psychiatry* 148: 318–323, 1991.
- Gabbard, G. O., Coyne, L., Allen, J. G., et al.: Evaluation of intensive inpatient treatment of patients with severe personality disorders. *Psychiatr Serv* 51: 893–898, 2000.
- Hamilton, N. G.: *Self and Others: Object Relations Theory in Practice*. Northvale, NJ, Jason Aronson, 1988.
- Harty, M. K.: Countertransference patterns in the psychiatric treatment team. *Bull Menninger Clin* 43: 105–122, 1979.
- Hilles, L.: Changing trends in the application of psychoanalytic principles to a psychiatric hospital. *Bull Menninger Clin* 32: 203–218, 1968.
- Hoffman, I. Z., Gill, M. M.: Critical reflections on a coding scheme. *Int J Psychoanal* 69: 55–64, 1988.
- Horwitz, L.: Transference issues in hospital groups. *Yearbook of Psychoanalysis and Psychotherapy* 2: 117–122, 1987.
- Kernberg, O. F.: *Psychoanalytic object-relations theory, group processes and*

- administration: toward an integrative theory of hospital treatment. *Annual of Psychoanalysis* 1: 363–388, 1973.
- Kernberg, O. F.: *Severe Personality Disorders: Psychotherapeutic Strategies*. New Haven, CT, Yale University Press, 1984.
- Kibel, H. D.: Inpatient group psychotherapy: where treatment philosophies converge. *Yearbook of Psychoanalysis and Psychotherapy* 2: 94–116, 1987.
- Kohut, H.: *The Analysis of the Self: A Systematic Approach to the Psychoanalytic Treatment of Narcissistic Personality Disorders*. New York, International Universities Press, 1971.
- Main, T. F.: The ailment. *Br J Med Psychol* 30: 129–145, 1957.
- Menninger, W. C.: The Menninger Hospital's Guide to the Order Sheet (1939). *Bull Menninger Clin* 46: 1–112, 1982.
- Ogden, T. H.: *Projective Identification and Psychotherapeutic Technique*. New York, Jason Aronson, 1982.
- Ogden, T. H.: *The Matrix of the Mind: Object Relations and the Psychoanalytic Dialogue*. Northvale, NJ, Jason Aronson, 1986.
- Oldham, J. M., Russakoff, L. M.: *Dynamic Therapy in Brief Hospitalization*. Northvale, NJ, Jason Aronson, 1987.
- Perry, J. C., Cooper, S. H.: A preliminary report on defenses and conflicts associated with borderline personality disorder. *J Am Psychoanal Assoc* 34: 863–893, 1986.
- Pine, F.: *Drive, Ego, Object, and Self: A Synthesis for Clinical Work*. New York, Basic Books, 1990.
- Poggi, R. G., Ganzarain, R.: Countertransference hate. *Bull Menninger Clin* 47: 15–35, 1983.
- Rangell, L.: The self in psychoanalytic theory. *J Am Psychoanal Assoc* 30: 863–891, 1982.
- Rinsley, D. B.: *Treatment of the Severely Disturbed Adolescent*. New York, Jason Aronson, 1980.
- Rinsley, D. B.: *Borderline and Other Self Disorders: A Developmental and Object-Relations Perspective*. New York, Jason Aronson, 1982.
- Sandler, J., Sandler, A. M.: On the development of object relations and affects. *Int J Psychoanal* 59: 285–296, 1978.
- Searles, H. F.: *Collected Papers on Schizophrenia and Related Subjects*. New York, International Universities Press, 1965.
- Searles, H. F.: The „dedicated physician“ in the field of psychotherapy and psychoanalysis (1967), in: *Countertransference and Related Subjects*. Madison, CT, International Universities Press, 1979, S. 71–88.
- Shapiro, E. R., Shapiro, R. L., Zinner, J., et al.: The borderline ego and the working alliance: indications for family and individual treatment in adolescence. *Int J Psychoanal* 58: 77–87, 1977.
- Simmel, E.: Psycho-analytic treatment in a sanatorium. *Int J Psychoanal* 10: 70–89, 1929.

- Stamm, I.: Countertransference in hospital treatment: basic concepts and paradigms. *Bull Menninger Clin* 49: 432–450, 1985a.
- Stamm, I.: The hospital as a „holding environment“. *International Journal of Therapeutic Communities* 6: 219–229, 1985b.
- Stanton, A. H., Schwartz, M. S.: *The Mental Hospital: A Study of Institutional Participation in Psychiatric Illness and Treatment*. New York, Basic Books, 1954.
- Symington, N.: The possibility of human freedom and its transmission (with particular reference to the thought of Bion). *Int J Psychoanal* 71: 95–106, 1990.
- Weiss, J., Sampson, H., the Mount Zion Psychotherapy Research Group: *The Psychoanalytic Process: Theory, Clinical Observations, and Empirical Research*. New York, Guilford, 1986.
- Wesselius, L. F.: Countertransference in milieu treatment. *Arch Gen Psychiatry* 18: 47–52, 1968.
- Winnicott, D. W.: *The Maturation Process and the Facilitating Environment: Studies in the Theory of Emotional Development*. London, Hogarth Press, 1965.
- Zee, J. J.: Purpose and structure of a psychoanalytic hospital. *J Natl Assoc Priv Psychiatr Hosp* 84: 20–26, 1977.