

(=P.) [engl. *psychoanalysis*; gr. *ψυχή* (*psyche*) Seele, Hauch, *ἀνάλυσις* (*analysis*) Auflösung], Bedeutung «*Seelenzergliederung*»; ursprüngl. ein von Josef Breuer (1842-1925) und Sigmund Freud (1856-1939) Ende des 19. Jhd. in Wien entwickeltes Verfahren zur Heilung nicht körperl. bedingter Erkrankungen (**Katharsis**), später von Freud zu einer tiefenps. Lehre ausgebildet. Die von Freud selbst gegebene Def. lautet: «P. ist der Name (1) eines Verfahrens zur Untersuchung seelischer Vorgänge, welche sonst kaum zugänglich sind; (2) einer Behandlungsmethode neurot. Störungen, die sich auf diese Untersuchung gründet; (3) einer Reihe von ps., auf solchen Wegen gewonnenen Einsichten, die allmählich zu einer neuen wiss. Disziplin zusammenwachsen.»

Nach der P. wird die Psyche vom unbewussten Abläufen beherrscht. Das Unbewusste (**Unbewusstes**) ist ein eigenes seelisches Reich mit eigenen (vor allem sex.) Wünschen, Ausdrucksformen und bes. «Mechanismen». Schon das Kind besitzt ein reichhaltiges Sexualstreben, das zunächst an best. Körperteile (erogene Zonen, **orale Phase**, **analsadistische Phase**) und später an das Geschlechtsteil («phallisches» Stadium) geknüpft ist. Mit etwa 5 Jahren tritt eine **Latenzperiode** in der Entwicklung des Geschlechtstriebes auf, bis mit der Pubertät das «genitale» Stadium erreicht wird. Bei Störungen der Sexualentwicklung kommen Fixierungen (**Fixierung**) auf einem best. Stadium vor, ebenso Regressionen (**Regression**; Rückfall auf eine frühere Stufe) bei seel. Konflikten. Das Sexualstreben setzt sich über alle Schranken der Konventionen hinweg. Zuerst ist es auf den eigenen Körper gerichtet (autoerotisch), später wendet es sich auf die Personen der Umwelt, namentl. auf den andersgeschlechtl. Elternteil (**Ödipuskomplex**). Die Auseinandersetzung mit dem Ödipuskomplex ist für die Charakterentwicklung von entscheidender Bedeutung. Die Forderungen des Geschlechtstriebes stoßen auf Widerstand (**Abwehrmechanismen des Ich**), es kommt zu Konflikten, die nicht durch bewusste Entscheidung gelöst werden, und die affektgeladenen, unlustbetonten Vorstellungen werden aus dem Bewusstsein verbannt, ins Unbewusste abgedrängt, aktiv vergessen (verdrängte Komplexe; **Komplex**). Diese sind dadurch aber nicht ausgelöscht, sondern es kommt zu einer Aufstauung der **Libido**, der sex. Energie. Die verdrängten Inhalte zeigen sich in sog. Fehlhandlungen, wie Vergessen, Versprechen, Verschreiben und vor allem im **Traum**. Auch im Traum ist ein **Zensor** wirksam, wodurch die latenten Traumgedanken in den manifesten Trauminhalt umgeformt werden (*Traumarbeit*). Der Traum war Freuds «Königsweg» zum Unbewussten. Aus den Traumsymbolen muss die eigentl. Bedeutung erschlossen werden. So erscheinen im Traum längliche und spitze Gegenstände als Symbole für das Männliche und Hohlräume, Schachteln, Zimmer und dgl. als Symbole für das weibl. Genitale. Die Verdrängungen (**Verdrängung**), die regelmäßig bis ins das Kindesalter zurückführen, sind die Grundlagen der Neurosen. Von bes. Bedeutung sind bei den Neurosen der **Ödipuskomplex** und der **Kastrationskomplex** (Angst vor Strafe für unerlaubte sex. Wünsche und Handlungen).

Heute ist P. eine psychoth. Verfahren, das eine Reihe von einzelnen therap. Methode einschließt; durch eine Reihe von Vereinbarungen (*Behandlungsregeln*) wird zw. Pat. und Arzt eine therap. wirksame Situation geschaffen, in der die den Pat. belastenden körperl. Symptome und Beziehungsstörungen auf der Grundlage der lebensgeschichtl. Entwicklung in einer neuen, anderen Weise betrachtet werden können. Theoret. Gesichtspunkte, ausgehend von den Erfahrungen mit hysterischen Patientinnen verallgemeinerte Freud zur Grundformel, dass Symptome symbol. Kompromisslösungen für konflikthafte, unverarbeitete und aus inneren Gründen unverarbeitete Erfahrungen des persönl. Lebensvollzuges sind, die in dieser

Form zugleich festgehalten und vor dem Bewusstsein verhüllt werden. In der p. Situation werden die in den Symptomen gebundenen Konflikte wieder in zwischenmenschl. Interaktionen zurückverwandelt, was in der P. mit dem Begriff **Übertragung** bez. wird. In der Übertragungsbeziehung zum Analytiker erlebt der Pat. Wünsche und Abneigungen, die er mit einer bewussten erwachsenen Person schlecht zu verbinden vermag. Die Natur dieser Wünsche hat einen umstrittenen Status: Ob es sich um Triebe handelt in dem Sinn des Wortes, wie es in der Biologie lange Zeit sinnvoll war, ist für den «Aggressionstrieb» wenig wahrscheinlich. Selbst für die Sexualität wirft ein solches Verständnis größere theoret. Probleme auf. In den Phasen der menschl. Entwicklung wurden versch. Bedürfnisse und Wünsche an wichtige Interaktionspartner (Eltern) gerichtet, die mit Bedingungs- und Enttäuschungserlebnissen verknüpft sind. Spätere auslösende Konfliktsituationen führen zu einem Rückgriff auf frühere, unreife Konfliktverarbeitungsmuster, was mit dem Begriff der *Regression* beschrieben wird.

Versteht man die Übertragung als Wiederbelebung verdrängter, ungelöster konflikthafter Beziehungsmuster, in denen Wünsche und Abwehrfunktionen gleichermaßen enthalten sind, dann wird die **Gegenübertragung** als gefühlsmäßige Reaktion des Analytikers auf das unbewusst determinierte Beziehungsangebot des Pat. verstehbar. Die subtile Diagn. der zwischenmenschl. Beziehungskonflikte, an denen der Pat. leidet, ist nicht ohne Verwendung der eigenen gefühlhaften Reaktionen auf den Pat. möglich. Diese sind sowohl durch die persönl. Erfahrung wie auch durch die wiss. Schulung des Analytikers geprägt. Übertragung und Gegenübertragung können als einander ergänzende Rolle verstanden werden, mit denen Pat. und Analytiker sich einander begegnen. Eine wichtige Voraussetzung für die therap. Arbeit ist jedoch, dass sie gemeinsam reflektierend sich als unfreiwillige Träger dieser Rollen erleben können. Deshalb muss die Fähigkeit, sich aus den intensiven Verwicklungen dieser affektiven Begegnung lösen zu können, durch die vorgängige Entwicklung und Pflege einer hilfreichen Beziehung (nach Luborsky) aufgewogen werden. Es ist hilfreich den Analogcharakter der p. Erfahrung zu unterstreichen; erst durch einen Transfer in den Alltag lässt sich die Wirksamkeit einer Therapie bewerten.

Die Schaffung neuer emoti. intensiver Beziehungserfahrungen kann nicht zu einer vertieften reflektierenden Einsicht führen. In Übereinstimmung mit neurowiss. Befunden ist davon auszugehen, dass die Bewusstwerdung verdrängter, konflikthafter Erfahrung diesen nachgeordnet ist. Diese Sichtweise ist noch relativ neu, aber aufgrund empir. Untersuchungen gut bestätigt. Der therap. Prozess wird vom Analytiker durch versch. konversationelle Mittel (*Klarifikation, Konfrontation, Deutung*) gefördert, unter denen die neutrale, jedoch engagiert-hilfreiche Einstellung und die Durcharbeitung der jeweils bestehenden Beziehungs- und Konfliktmuster auf dem Hintergrund der Lebensgeschichte die wichtigsten sind. Jeder Pat. entwickelt jedoch Widerstände gegen die schmerzlichen Gefühle, die mit der Wiederbelebung oft traumatischer, vergangener scheinbar bewältigter Konflikte verbunden sind. Deshalb gehört die Arbeit am Widerstand unter Vermeidung unnötig kränkender Erfahrungen zu den wichtigsten Aufgaben einer Therapie. Widerstand ist jedoch kein neg. Begriff, sondern beinhaltet die Summe der vom Pat. bisher geleisteten Bewältigungsarbeit und Überwindung bisheriger belastender Erfahrungen.

In einer späteren, spekulat. Weiterbildung seiner Lehre kam Freud dazu, neben Sexualtrieben und Ich-Trieben, die auf die Erhaltung des Lebens gerichtet sind, zerstörende, verwüstende Todestribe (**Todestrieb**) anzunehmen, deren Ziel die Vernichtung des Lebens ist. In der Struktur des Seelenlebens unterscheidet Freud in späteren Schriften das **Es** (in Anlehnung an Groddeck), die Sphäre des Unbewussten, der primitiven Wünsche und Triebe, das **Ich** als Träger des bewussten Erlebens und das **Über-Ich**,

den Träger des Ich-Ideals und des Gewissens, als die Instanz, von der die Verdrängung ausgehen. Die von Freud selbst in Gang gesetzte Weiterentwicklung der P. wurde von in den nachfolgenden Generationen von vielen Psychoanalytikerinnen und Psychoanalytikern fortgesetzt. Hervorzuheben ist insbes. die Einführung der p. *Ich-Ps.* durch Hartmann, Kris und Loewenstein sowie die Begriffserweiterung und -wandlung des **Narzissmus** durch Kohut u.a. und die Einbeziehung der sozialps. und ökolog. Dimension (Erikson, Fromm, Mitscherlich u.a.). Letztere führte auf der meth. Seite zur Entwicklung der ps. **Gruppentherapie**. Auch neue tiefenps. Richtungen haben sich von der Schule Freuds abgezweigt. Die bedeutendsten von ihnen sind die **Individualpsychologie** Adlers und die **Analytische Psychologie** C.G. Jungs und die neofreudianische bzw. neops. Schulen K. Horney, S. Sullivans und H. Schultzenhenkes.

*Indikation:* Indiziert sind p. orientierte Therapieformen für fast alle Formen der neurotisch-psychosomat. Störungen wie z.B. **Angststörungen**, depressive Störungen (**Depression**), **somatoforme Störungen**, **Essstörungen**, **Borderline-Störungen**. Für die Differentialindikation zwischen ambulanter, teil-stationärer und stationärer Therapie sind i. d. R. in der psychosoz. Situation des Pat. liegende Gründe verantwortl.. Initial gering motivierten Pat. finden im stationären Setting einen besseren Zugang. **Literatur.**

Thomä, H. & Kächele, H. (Hrsg.). (2006a). *Psychoanalytische Therapie* (Bd. 1: Theorie). Heidelberg: Springer.

Thomä, H. & Kächele, H. (Hrsg.). (2006b). *Psychoanalytische Therapie* (Bd. 2: Praxis). Heidelberg: Springer.

Thomä, H. & Kächele, H. (Hrsg.). (2006c). *Psychoanalytische Therapie* (Bd. 3: Forschung). Heidelberg: Springer.