

Kächele H (2005) Psychoanalyse. In: Verlag Walter de Gruyter (Hrsg) *Pschyrembel® Handbuch Therapie*. Walter de Gruyter, Berlin, S 812-813

Psychoanalyse: Umfassende psychotherapeutische Orientierung, die eine Reihe von einzelnen therapeutischen Methoden einschließt; z.B. "tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie" (auch dem internationalen Gebrauch folgend zunehmend häufiger als „psychodynamische Psychotherapie“ bezeichnet), analytische Psychotherapie (auch als analytische Therapie oder Psychoanalyse bezeichnet), Fokalthherapie; im Rahmen der kassenärztliche Vereinbarung werden diese in Form von Einzel- oder Gruppentherapie durchgeführt. Durch eine Reihe von Vereinbarungen (sog. Behandlungsregeln) wird zwischen Patient und Arzt eine therapeutisch wirksame Situation geschaffen, in der die den Patienten belastenden körperlichen Symptome und Beziehungsstörungen auf der Grundlage der lebensgeschichtlichen Entwicklung in einer neuen, anderen Weise betrachtet werden können. Theoretische Gesichtspunkte: Ausgehend von den Erfahrungen mit hysterischen Patientinnen verallgemeinerte S. Freud die Grundformel, dass Symptome symbolische Kompromisslösungen für konflikthafte, unverarbeitete und aus inneren Gründen unverarbeitbare Erfahrungen des persönlichen Lebensvollzuges sind, die in dieser Form zugleich festgehalten und vor dem Bewusstsein verhüllt werden. In der psychoanalytischen Situation werden die in dem Symptom gebundenen Konflikte wieder in zwischenmenschliche Interaktion zurückverwandelt, was in der Psychoanalyse mit dem Begriff Übertragung bezeichnet wird. In der Übertragungsbeziehung zum Analytiker erlebt der Patient Wünsche und Abneigungen, die er mit seiner 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 „Agressionstrieb“ wenig wahrscheinlich. Selbst für die Sexualität wirft ein solches Verständnis größere theoretische Probleme auf. Es empfiehlt sich, davon auszugehen, dass in den Phasen der menschlichen Entwicklung verschiedene Bedürfnisse und Wünsche an wichtige Interaktionspartner (Eltern) gerichtet werden, die mit Befriedigungs- 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 Beziehungsmuster, in denen Wünsche und Abwehrfunktionen gleichermaßen enthalten sind, dann wird die Gegenübertragung als gefühlsmäßige Reaktion des Analytikers auf das unbewusst determinierte Beziehungsangebot des Patienten verstehbar. Ursprünglich wurde die Gegenübertragung als eine Störung für die Arbeit des Psychoanalytikers gesehen; heute

wird davon ausgegangen, dass die subtile Diagnostik der zwischenmenschlichen Beziehungskonflikte, an denen der Patient leidet, nicht ohne Verwendung der eigenen gefühlhaften Reaktionen auf den Patienten möglich ist. Diese sind sowohl durch die persönliche Erfahrung wie auch durch die wissenschaftliche Schulung des Analytikers geprägt. Übertragung und Gegenübertragung können als einander ergänzende Rollen verstanden werden, mit denen Patient und Analytiker in der einander begegnen. Eine wichtige Voraussetzung für die therapeutische 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. Unter dem Stichwort „therapeutische Allianz“ werden alle Wirkfaktoren diskutiert, die von Patienten und Analytiker eingebracht werden müssen, damit das Beziehungsexperiment „Analyse der Übertragung und Gegenübertragung“ zu einer Aufhebung alter Muster und der Schaffung neuer Beziehungserfahrungen führen kann. Es ist hilfreich den Analogcharakter der psychoanalytischen Erfahrung zu unterstreichen; erst durch einen Transfer in den Alltag lässt sich die Wirksamkeit einer Therapie bewerten.

Therapieziel: Die Schaffung neuer emotional intensiver Beziehungs-Erfahrungen kann muss aber nicht zu einer vertieften reflektierenden Einsicht führen. In Übereinstimmung mit neurowissenschaftlichen Befunden ist davon auszugehen, dass die Bewusstwerdung verdrängter, konflikthafter Erfahrung diesen nachgeordnet ist. Diese Sichtweise ist noch relativ neu, aber aufgrund empirischer Untersuchungen gut bestätigt. Der therapeutische Prozess wird vom Analytiker durch verschiedene 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 Patient 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 negativer Begriff, sondern beinhaltet die Summe der vom Patienten bisher geleisteter Bewältigungsarbeit in der Überwindung bisheriger belastender Erfahrungen.

Indikation: Für alle angezeigten Indikationen gilt, dass der Schweregrad einer Störung und der Grad der Chronifizierung für die Intensität der Behandlung bedeutsamer ist als die diagnostische Kategorie. Indiziert sind psychoanalytisch orientierte Therapieformen für fast alle Formen der neurotischen – psychosomatischen Störungen wie z.B.

Angststörungen, depressiven Störungen, somatoforme Störungen, Essstörungen, Borderline-Störungen. Für die Differentialindikation zwischen ambulanter, teilstationärer und stationärer Therapie sind in der Regel in der psychosozialen Situation des Patienten liegende Gründe verantwortlich. Initial gering motivierten Patienten finden im stationären Setting einen besseren Zugang; besonders hochfrequente analytischen Therapien stehen meist erst nach anderen kürzeren Therapieformen zur Diskussion. Kontraindikationen liegen in speziellen psychosozialen Problemsituationen, die andere Maßnahme als Psychotherapie erfordern.

Durchführung:

Zwischen Therapeut und Pat. wird vereinbart, dass zu festgesetzten Zeiten ein Gespräch stattfindet. in ca. 75% der Fälle wird eine 1 Std., in ca.15% 2 Std. und in ca. 10% 3-4Std. wöchentlich gewählt. Die Dauer der Sitzungen beträgt 45-50 Minuten. Das therapeutische Gespräch findet meist im Sitzen und im Gegenüber statt; bei der höher frequenten, psychoanalytischen Behandlung liegt der Patient, und der Analytiker sitzt hinter ihm. Es gilt generell, dass die Anordnung sich nach den therapeutischen Notwendigkeiten zu richten hat. Die sitzende Position im Gegenüber vermittelt eine stärkere Haltefunktion u. wird deshalb von der Mehrzahl der Patienten als hilfreich erlebt; die sog. klassische analytische Anordnung fördert die Introspektion und die Entdeckung unbewusster Prozesse, wenn der Pat. diese Situation nicht als zu kränkend oder zu bedrohlich erlebt.

Therapeutisches Prinzip:

Die Grundregeln für die Teilnehmer sind: 1. Grundregel des freien Einfalls für den Patienten: „Versuchen Sie alles mitzuteilen, was Sie fühlen u. denken. Sie werden bemerken, dass dies nicht einfach ist, aber der Versuch wird sich lohnen“.

2. Grundregel der gleichschwebenden Aufmerksamkeit für die Psychoanalytiker: „Bleiben Sie offen für alle vom Pat. geäußerten Einfälle, ermutigen Sie ihn, seine Phantasien u. Ideen gefühlsmäßig auszufüllen. Vor allem lassen Sie sich nicht von Ihrem abstrakten Wissen über Krankheiten leiten, sondern seien Sie neugierig, den Patienten in seiner Einmaligkeit und Unvergleichbarkeit zu verstehen“.

Folgt der Patient dieser Empfehlung, so bewegt er sich mit wechselndem Tempo in einem für ihn neuen seelischen Territorium. Die Mitteilungen eines Patienten sind nicht einfach "freie Assoziationen" wie bei einem Experiment, sondern sind unbewusst gesteuerte thematische Einfälle, die sich zunehmend auch an Details der psychoanalytischen Situation festmachen. In der Einübung der freien Assoziation nehmen die Mitteilungen des Analytikers deshalb eine bedeutungsvolle Funktion ein, weil sie dem Patienten zu verstehen geben, dass sie eine Antwort auf das von ihm verlangte Mitteilungsgebot sind. Auf seine Mitteilungen erhält der Patient vom intensiv

zuhörenden Analytiker dann eine Antwort auf Fragen, die er in dieser Form nicht gestellt hat und aus unbewussten Gründen nicht stellen konnte. Über Zuhören, Klärung, Konfrontation erarbeitet der Analytiker ein Verständnis des <roten Fadens> in den Mitteilungen, das er dann dem Patienten in Form von Deutungen zu vermitteln sucht. Deutungen gehen über die Feststellung von bestimmten Zusammenhängen hinaus u. geben eine Antwort auf "Warum" u. "Wozu"-Fragen; zum Beispiel "Welchen (unbewusste) Motiv steht, hinter einem bestimmten Verhalten (z. B. Angst bei öffentlichen Auftritten)? Es dient vielleicht der Abwehr unbewusster Größenphantasien beziehungsweise der gefürchteten Beschämung.

Hinweis:

1. Um von einer psychoanalytisch orientierten Behandlung zu profitieren, braucht es von seitens des Patienten neben dem Leidensdruck im günstigen Fall auch eine Motivation, sich persönlich verändern zu wollen. Die Fähigkeit, Probleme u. Symptome als Teil der eigenen Biographie anerkennen zu können, wird erst im Laufe des Behandlungsprozesses erworben. 2. Die Übernahme der Behandlungskosten durch die Krankenkassen hat gezeigt, dass bei entsprechender Flexibilität die Methode auf die Fähigkeit des Patienten abgestimmt werden kann. Der Wiss. Beirat Psychotherapie hat die wissenschaftliche Fundierung dieser Therapieform bestätigt. Jährlich werden derzeit ca. 180 000 Pat. mit tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie im Einzel- u. Gruppensetting, und ca. 30 000 Menschen mit analytischer Psychotherapie mit Erfolg behandelt. 3. Die differentielle Indikation zu einer der verschiedenen psychoanalytisch orientierten Verfahren - sei es einzeln oder in der Gruppe - ist eine wichtige Aufgabe des psychoanalytischen Erstinterviews, in dem Ziel und Möglichkeiten miteinander abgestimmt werden. Je umfangreicher eine therapeutische Maßnahme sein soll, desto kritischer muß der Anspruch an qualitätssichernde Maßnahmen sein, wie sie derzeit durch ein Gutacherverfahren erfüllt werden. Die psychoanalytischen Behandlungsmethoden im ambulanten oder stationären Rahmen lassen für einen Patienten viele Möglichkeiten offen, die optimale Behandlungsform zu wählen.

Literatur

H Thomä & H Kächele: Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie. Springer, Berlin, Band 1 Theorie 2. Aufl. 1996, 3. Aufl. in Vorb. ; Band 2: Praxis 2. Aufl. 1997, 3. Aufl. 2006