

# Stellungnahme zur Prüfung der Richtlinienverfahren gemäß §§ 13 – 15 der Psychotherapie-Richtlinie für die psychoanalytisch begründeten Verfahren

## Inhalt:

<b>A Allgemeiner Teil.....</b>	<b>2</b>
1 Psychoanalytische Grundlagen.....	2
1.1 Klinische Theorien.....	2
1.2 Psychoanalytische Entwicklungspsychologie.....	3
1.3 Psychoanalytische Persönlichkeitstheorie.....	6
1.4 Psychoanalytische Krankheitstheorie.....	7
1.5 Psychoanalytisch begründete Veränderungs- und Behandlungstheorie.....	10
2 Die psychoanalytisch begründeten Verfahren und ihre Anwendungen.....	18
3 Diagnostik und Indikationsstellung .....	25
4 Therapie-Forschung in der Psychoanalyse .....	28
5 Qualitätssicherung.....	31

## **B) Beantwortung der Fragen des Gemeinsamen Bundesausschusses für die Prüfung der Richtlinienverfahren gemäß §§ 13-15 der Psychotherapie-Richtlinie. Psychoanalytisch begründete Verfahren.**

Frage 1

Frage 2

Frage 3

Frage 4

Frage 5

Frage 6

Frage 7

Frage 8

Frage 9

Frage 10

## **A Allgemeiner Teil**

Die psychoanalytisch begründeten Verfahren umfassen verschiedene Anwendungsformen, die von der Psychoanalyse abgeleitet worden sind. Die Psychoanalyse ist heute als eine wissenschaftliche Disziplin zu betrachten, die eine Vielzahl sich ergänzender Theorien umfasst. Das Gemeinsame dieser Theorien ist, dass sie unbewusste seelische Prozesse und Strukturen sowie deren Auswirkungen im Fühlen, Denken und Handeln zum Gegenstand haben.

Diese Stellungnahme äußert sich zu den psychoanalytisch begründeten Verfahren, der analytischen Psychotherapie sowie der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie, da diese auf den gleichen theoretischen Grundannahmen über die Struktur und Funktionsweise des Psychischen sowie den gleichen Krankheitstheorien beruhen und nach identischen Wirkmechanismen funktionieren. Sie stellen daher lediglich unterschiedliche Anwendungsformen der psychoanalytisch begründeten Behandlungstheorie dar.

## **1 Psychoanalytische Grundlagen**

Die theoretischen Grundlagen psychoanalytisch begründeter Psychotherapie umfassen klinische Theorien, Entwicklungs- und Persönlichkeitspsychologie, Veränderungs- und Behandlungstheorien, klinisch-psychologische Grundlagenforschung inklusive neurobiologischer Forschung, Psychotherapieforschung sowie Sozial- und Kulturtheorien.

### **1.1 Klinische Theorien**

Historisch haben sich innerhalb der klinischen Theorien einige führende Paradigmata herausgebildet, die ihren Niederschlag in den wichtigsten klinischen Theorien gefunden haben (Triebtheorie, Ich-Psychologie, Objektbeziehungstheorien, Selbstpsychologie sowie intersubjektive Theorien). Diese Theorien schließen einander in ihren modernen Formen nicht aus, sondern ergänzen einander, indem sie je unterschiedliche Aspekte psychischen Funktionierens untersuchen und so ein umfassendes und differenziertes Bild seelischer Prozesse liefern.

Die Triebtheorie entstand in der Behandlung hysterischer und angstneurotischer Erkrankungen. Neurotische Symptome wurden in ihr als eine Kompromissbildung zwischen einem Triebimpuls und seiner Verdrängung durch eine verbotende innere Instanz verstanden. Später wurde das energetische Triebkonzept um andere zentrale menschliche Motivsysteme erweitert, die ebenfalls störungsrelevant sind.

In der Weiterentwicklung dieser Theorie zur Ich-Psychologie entstand das Strukturmodell mit den drei Instanzen Ich, Es und Über-Ich. Das Ich nimmt in diesem Persönlichkeitsmodell eine zentrale Steuerungs- und Vermittlungsfunktion zwischen den im Es repräsentierten triebhaften Impulsen, den im Über-Ich repräsentierten verbotenden, kontrollierenden und zielsetzenden inneren Orientierungen sowie der Realität der Außenwelt ein. Entsprechend liegt der Schwerpunkt der klinischen Betrachtung auf den Ich-Funktionen, zu denen auch die Abwehrprozesse zählen. Innerhalb der Ich-Psychologie wurden später Über-Ich-Pathologien bei dissozialen Störungen sowie weitere ich-strukturelle Störungen beschrieben.

Die Objektbeziehungspsychologie legt den Schwerpunkt auf die verinnerlichten Erfahrungen früherer Interaktionen mit den wichtigen Personen der prägenden Entwicklungsphasen in Form von Selbst- und Objektrepräsentanzen. Persönlichkeit sowie psychische Erkrankung sind in der objektbeziehungstheoretischen Perspektive entscheidend durch die Qualität, die spezifische Konfiguration sowie den Integrationsgrad der Selbst- und Objektrepräsentanzen bestimmt. Im psychoanalytischen Verständnis sind diese Repräsentanzen aber keine einfachen Abbilder (auch keine verdichteten Prototypen) von biographischen Erfahrungen, sondern stellen Kompromissbildungen von Erfahrungen und Zuschreibungen dar, in denen sich auch Abwehrprozesse widerspiegeln. Die Qualität, Konfiguration sowie der Integrationsgrad der Selbst- und Objektrepräsentanzen bestimmen ganz wesentlich über Möglichkeiten und Grenzen späterer Beziehungsgestaltungen.

Die Selbstpsychologie stellt Konzepte des Narzissmus und des Selbst in den Vordergrund. Sie entstand in der Behandlung von Patienten mit narzisstischen Störungen. Die Regulation des Selbstwertgefühls wird durch Störungen und Begrenzungen in der frühkindlichen Fürsorge durch die primären Bezugspersonen beeinträchtigt, was zur Entwicklung von ausgleichenden Strukturen wie Größen-

Selbst und Selbstobjekte der idealisierten Elternimago führt. Störungen im weiteren Prozess der Korrektur und Realitätsanpassung des Selbst führen zu Gefühlen von Kleinheit und Unwert, oft abgewehrt mit Selbstgefühlen der Allmacht und Grandiosität.

Die intersubjektiven Theorien betonen, ausgehend von Befunden der Säuglingsforschung, die wechselseitige Beeinflussung von Entstehung, Entwicklung und Veränderung psychischer Strukturen und Funktionen, und wenden diese Sichtweise auch auf die therapeutische Beziehung von Analysand und Analytiker an. Diese stärkere Beachtung der realen interpersonellen Beziehung neben der Übertragungs-Gegenübertragungsbeziehung sucht Erkenntnisse über die intersubjektive Entstehung psychischer Strukturen und Funktionen für die Gestaltung von Interventionen und Beziehungen in der Therapie sowie für Entwicklungsschritte der Patienten zu nutzen.

Als weitere wichtige Theorien sind die Analytische Psychologie nach Jung und die Individualpsychologie nach Adler sowie deren Weiterentwicklungen anzusehen. Die Individualpsychologie untersucht insbesondere die Einflüsse des Macht- und Staterlebens des Patienten, seine diesbezüglichen unbewussten Zielvorstellungen sowie die gesellschaftlichen Einflüsse (z.B. Arbeitsplatzverlust) in ihren Auswirkungen auf die Gestaltung der unbewussten Selbst- und Selbstwertregulation.

## **1.2 Psychoanalytische Entwicklungspsychologie**

Die diagnostische und therapeutische Tätigkeit des psychoanalytisch arbeitenden Psychotherapeuten beruht in wesentlichen Teilen auf Konzepten über gesunde und beeinträchtigte seelische Entwicklungen. Sie gründen sich auf die gegenwärtig anerkannten wissenschaftlichen Entwicklungstheorien. Auch wenn diese nicht unmittelbar in die deutende und rekonstruktive Tätigkeit übersetzt werden können, liefern sie doch wichtige Anhaltspunkte für Deutungen und für die Gestaltung der Beziehung sowie für die Konzeptualisierung der Veränderungsprozesse. Die

moderne psychoanalytisch begründete Behandlungstechnik begreift den therapeutischen Vorgang als einen Entwicklungsprozess, in dem bisher nicht stattgefundenene Lernerfahrungen nachgeholt, verkümmerte Fähigkeiten angesprochen und gefördert sowie konflikthaft blockierte Prozesse der frühen Entwicklung erneut in Gang gesetzt werden. Insofern stellen psychoanalytisch begründete Verfahren „Formen einer ätiologisch orientierten Psychotherapie dar“ (PT-RL §14) dar.

Mit den Entwicklungstheorien haben sich auch die Krankheitstheorien der Psychoanalyse verändert. Die eingehende, auch experimentelle Beobachtung von Kleinkindern hat deutlich gemacht, dass nicht nur die kognitiven Fähigkeiten, sondern auch die dem Einzelnen unbewussten psychischen Funktionen, die seine Wahrnehmung sowie die Gestaltung seiner Beziehungen zu anderen Menschen und zu sich selbst leiten, in einem von Geburt an stattfindenden affektiven intersubjektiven Austausch des Kindes mit seinen wichtigen Beziehungspersonen erworben und differenziert werden. Dazu gehören etwa das Bedürfnis des Säuglings nach Bindung und die Entwicklung von lebenslang bestehenden Bindungsrepräsentanzen, von Stilen der Affektkontrolle und –integration sowie eines ausreichenden Schutzes gegen Reizüberflutung in frühen Interaktionen des Kindes mit seinen wichtigen Bezugspersonen.

Die entwicklungspsychologische Dimension erlaubt es, in der Behandlung die ätiologischen und psychogenetischen Vorstellungen von Patienten über die Entstehung ihrer Symptome und Störungen, also die subjektive Krankheitstheorie, in die alltagspsychologische Entwicklungstheorien einfließen („eine uneinfühlsame Mutter hat Schuld an der Depression“, „ein desinteressierter Vater bedingt Homosexualität“, „eine sexuelle Verführung in der Kindheit führt unweigerlich zu Sexualstörungen“), im Licht wissenschaftlicher Entwicklungstheorien zu überprüfen. Dazu werden aktuelle Theorien und Konzepte der Bindungstheorie, der Theory of Mind-Forschung, der Gedächtnispsychologie, der Neurobiologie sowie der Entwicklungspsychopathologie herangezogen. Mit ihrer Hilfe entwickeln Analytiker und Analysand neue kohärente Narrative für bis dahin unbegriffene oder zu einfach konstruierte Lebensgeschichten der Patienten, damit sich die bislang unbewussten Hintergründe ihrer Symptome und Leidenszustände zu einem konsistenten

Verständnis und einem neuen Identitätsgefühl zusammenfügen lassen. Erkenntnisse der modernen Genetik und epigenetischen Forschung, der Zwillingsforschung, der Sozialisationsforschung und der Soziologie fließen hierbei ebenso ein wie höchst idiosynkratische Bedeutungszusammenhänge, die im Licht ich-psychologischer, objektbeziehungstheoretischer, selbstpsychologischer und intersubjektivistischer Theorieansätze interpretiert werden.

Psychoanalytische/interdisziplinäre Säuglings- und Kleinkindforschung sowie Erkenntnisse über die weiteren Transformationen im Verlauf der Entwicklung, etwa die Resilienzforschung und die moderne Gedächtnisforschung, ermöglichen ein tieferes Verstehens psychischen Erlebens und Verhaltens und sind in den Ausbildungsinstituten mittlerweile fester Bestandteil des Curriculums.

### **1.3 Psychoanalytische Persönlichkeitstheorie**

Die psychoanalytischen Theorien gehen davon aus, dass wesentliche Teile der psychischen Prozesse, Funktionen und Strukturen unbewusst sind. Demgemäß wird die Psyche des Menschen der topischen Theorie Freuds folgend in einen Bereich des Unbewussten, des Vorbewussten und des Bewussten differenziert. Ergänzend wird heute das Unbewusste differenziert in ein Vergangenheitsunbewusstes und Gegenwartsunbewusstes, die durch Abwehr- und Regulierungsvorgänge gegeneinander und gegenüber dem Bewusstsein abgeschlossen oder durchlässig gestaltet werden. Die topische Theorie wird erweitert durch die Strukturtheorie mit ihren drei Hauptstrukturen Ich, Es und Über-Ich (s.o.).

Die gleichzeitige Existenz von intentional ausgerichteten, handelnden und verbotenden Persönlichkeitsanteilen ist die Ursache für insbesondere unbewusste innerpsychische Konflikte, die nach psychoanalytischer Auffassung eine entscheidende Rolle in der Entstehung psychischer Erkrankungen spielen, und zwar dann, wenn sie nicht mit Hilfe des Ichs gelöst werden können. Dem Ich stehen für die Erfüllung seiner Aufgabe der Integration innerpsychischer Intentionen sowie der Vermittlung der Anforderungen der äußeren Realität viele Ichfunktionen (z.B. Denken, Erinnern, Symbolisieren, Steuerung der Motorik, Abwehrmechanismen) zur

Verfügung. Eine wichtige innerpsychische Funktion erfüllen dabei die unbewusst wirkenden Abwehrmechanismen, die beunruhigende unbewusste Inhalte vom Bewusstsein fernhalten.

Die spezifische Persönlichkeitsstruktur eines Menschen entwickelt sich nach psychoanalytischer Auffassung in seinen frühen Interaktionen mit den wichtigen Personen (Objekten) der Kindheit. Sie entsteht aus den Interaktionen selbst, in denen manche psychische Funktionen in Spiegelungs- und Austauschprozessen entwickelt werden, sowie aus identifikatorischen und gegenidentifikatorischen Prozessen, die zur konkordanten oder komplementären Verinnerlichung von Haltungen, Denk- und Verhaltensweisen signifikanter Anderer führen, ein Zusammenhang, der besonders eingehend für die psychoanalytische Traumatheorie untersucht worden ist. Daraus entstehen eine spezifische Qualität der Ich-Funktionen, die Qualität und Stärke der Abwehrmechanismen, die Qualität und Stabilität der verinnerlichten Normen und Ideale sowie die Qualität und Konfiguration der verinnerlichten Wahrnehmungs- und Erfahrungsmuster in Form von Selbst-, Objekt- und Beziehungsrepräsentanzen. Psychische Repräsentanzen, die eine sehr differenzierte Beschreibung der Persönlichkeit eines Menschen ermöglichen, sind die überdauernden innerseelischen Niederschläge seiner Wahrnehmungen von Selbst, Objekten und Beziehungen.

Persönlichkeit wird also verstanden als eine geschichtlich gewachsene Struktur, als eine relativ zeitstabile Organisation der individuellen psychischen Dispositionen sowie der integrativen und defensiven Anpassungsleistungen, die durch die Interaktion zwischen der inneren Welt und der Umwelt entstanden sind. Die Persönlichkeit entwickelt sich im Laufe des gesamten Lebens weiter.

## **1.4 Psychoanalytische Krankheitstheorie**

Die psychoanalytischen Theorien gehen davon aus, dass sich bereits in der frühkindlichen Entwicklung die grundlegenden seelischen Funktionen und Strukturen in der Interaktion mit wichtigen Objekten, das heißt wichtigen Beziehungspersonen, herausbilden und dann in den folgenden Entwicklungsphasen weiter differenziert

werden. Durch angeborene Prädispositionen und/oder Störungen der frühkindlichen Interaktionen mit den Objekten kann die Entwicklung der psychischen Funktionen und Strukturen beim Kind und später beim Adoleszenten und jungen Erwachsenen beeinträchtigt werden. Diese Beeinträchtigungen bilden sich als unbewusste Trieb-Abwehr-Konflikte, überkompensatorische Finalitäten, Beziehungsmuster sowie in der entwickelten oder unzureichenden Verfügung über strukturelle Funktionen ab und stellen damit Dispositionen für psychische Erkrankungen im späteren Leben dar.

Im Rahmen einer allgemeinen Krankheitslehre werden üblicherweise zwei wesentliche Störungsaspekte unterschieden: konfliktbezogene und strukturbezogene Aspekte:

- ♣ Konflikthafte motivationale Themen sind die zentralen Inhalte unbewussten Erlebens. Der individuelle Umgang mit ubiquitären motivationalen Lebensthemen entscheidet über die Anfälligkeit für bestimmte psychische Erkrankungen. Früh entstandene unangemessene (neurotische) Lösungsversuche für innerpsychische Konflikte überdauern als Motiv-Abwehr-Dynamik, schränken die individuelle Lebensgestaltung erheblich ein und können zu psychischer Anfälligkeit und nachfolgender Dekompensation im Rahmen auslösender Lebenskonstellationen führen. Mit dem ungelösten frühen Konflikt und der auslösenden Konstellation findet sich regelmäßig eine Zweizeitigkeit der Krankheitsentstehung. Bei solch einer konfliktbezogenen Pathogenese spielt das Ausmaß der Rigidität der Motiv-Abwehr-Dynamik sowie deren Verwobenheit mit der Gesamtpersönlichkeit eine wichtige Rolle. Es besteht dabei im Sinne einer Ergänzungsreihe ein Kontinuum zwischen einer aktuellen Auslösesituation einerseits, die eine latente pathogene Konfliktdynamik aktiviert, sowie einer die Persönlichkeit bestimmenden habituellen und rigiden Abwehrdynamik andererseits. Auslösesituationen können auch bei ansonsten weitgehend flexibler und angemessener Abwehr einen latenten Konflikt bis hin zur Symptomentwicklung aktualisieren, wenn sie eine intensive Konfliktspannung induzieren. Bei einer rigiden Abwehr, die keine situationsangemessene Flexibilität zulässt, kann bereits eine geringe Konfliktspannung zur Symptomproduktion führen.



- ♣ Eine mangelnde Verfügbarkeit über basale psychische Funktionen (wie z.B. die Fähigkeit zur Selbst- und Objektwahrnehmung, zur Affekt- und Impulskontrolle, zur Symbolisierung oder zur Realitätsprüfung) stellt einen weiteren Aspekt psychischer Störungsdisposition dar. Die Nichtverfügbarkeit über diese so genannten strukturellen Funktionen wird ebenfalls als Folge lebensgeschichtlicher Bedingungen gesehen. Sie entstehen auf dem Boden früh einwirkender deprivierender und/oder traumatisierender Lebensumstände sowie bei fehlenden Entwicklungsmöglichkeiten insbesondere für solche psychischen Funktionen, die für die Gestaltung sozialer Interaktionen relevant sind. Jedoch erfüllen auch die strukturellen Einschränkungen psychodynamische Regulierungsfunktionen für die vom Einzelnen nicht integrierbaren Motive, Selbst-/Objektrepräsentanzen und Affekte. Auf dem Boden dieser sog. strukturellen Störungen entwickeln sich vielfach habituelle problematische Lebens-, Verhaltens- und Beziehungsmuster. Eine geringe Verfügbarkeit über basale psychische Funktionen korreliert deutlich mit hoher Komorbidität für psychische Störungen.
  
- ♣ Eine besondere Gruppe unter den strukturellen Störungen stellen die traumatisch bedingten Erkrankungen dar. Bei aus kumulativen Traumata entstandenen Erkrankungen werden einerseits innerpsychische Repräsentanzen der traumatisierenden Personen (Objekte) gebildet, die eine unbewußte Tendenz zur Wiederholung des Traumas konstituieren, oft in Form autoaggressiver Muster, andererseits werden die traumatischen Erlebnisse und Beziehungserfahrungen tendenziell von der Erinnerung abgespalten. Die Abspaltungen beinhalten oder schwächen weitere psychische Funktionen, die eine erinnernde Verbindung herstellen und damit eine integrierende Verarbeitung bewirken könnten. Dadurch können weite Bereiche des psychischen Lebens ausgeschaltet werden, die innerpsychisch weiterhin wirksamen pathogenen Objektrepräsentanzen bleiben unveränderbar. Bei akuten Traumata entstehen aktuelle ausgeprägte Angstreaktionen, die auf dem Zusammenbruch wichtiger Funktionen wie dem Vertrauen in die Existenz eines schützenden Objektes, der Angsttoleranz und der Angstkontrolle beruhen. Auch hier kann es zu pathologischen Identifizierungen und Abspaltungen kommen.

Die beiden Krankheitsmodelle der konfliktbezogenen und der strukturbezogenen Störung ergänzen sich im Verständnis individueller Erkrankungen. In der Regel

liegen Störungen in beiden Dimensionen in einem individuellen Mischungsverhältnis vor. Konfliktive und strukturelle Störungsaspekte prägen wesentlich die Beziehungen innerhalb und außerhalb einer Psychotherapie. Das Verhältnis der Störungsaspekte beeinflusst die Wahl des therapeutischen Vorgehens.

## **1.5 Psychoanalytische Veränderungs- und Behandlungstheorie**

Aus der oben skizzierten Krankheitstheorie leiten sich die zentralen therapeutischen Ziele, Strategien und technischen Vorgehensweisen ab. Es lassen sich für die psychoanalytisch begründeten Verfahren grundsätzlich zwei die Therapieplanung beeinflussende übergreifende Zielsetzungen beschreiben, die sich gegenseitig ergänzen:

- Zum einen die Überwindung einer aktuellen psychischen und/oder psychosomatischen Symptomatik, ausgelöst durch äußere Belastungsereignisse oder durch die Aktualisierung innerer Konflikte bei einer entsprechenden psychischen Disposition. Das gelingt oft schon mit kurz dauernden Interventionen.
- Zum anderen die Bearbeitung lebensgeschichtlich verankerter, überdauernder unbewusster neurotischer Konflikt- und Beziehungskonstellationen, die Entwicklungsförderung basaler struktureller Funktionen und damit einhergehend die Veränderung der Selbst- und Objektrepräsentanzen. Diese strukturellen Veränderungen benötigen meist längerfristige Therapien.

Psychoanalytisch begründete Psychotherapien verfügen, um diese Ziele zu erreichen, über verschiedene therapeutische Strategien und Techniken. Ihre Auswahl und Anwendung erfolgt adaptiv an die aktuelle Erkrankung gemäß den Anteilen, die konflikthafte und strukturelle Aspekte jeweils zur Krankheitsentstehung beitragen.

Die wichtigsten Elemente der therapeutischen Wirkung psychoanalytisch begründeter Psychotherapien sind die Herstellung einer hilfreichen therapeutischen Beziehung, die Vermittlung von affektiver bzw. erlebnisnaher Einsicht in die unbewussten Hintergründe von Symptomatik, Erleben und Handeln eines Patienten

sowie die Entwicklungsförderung für unzureichend aufgebaute strukturelle Funktionen.

### **Die Wirkung der therapeutischen Beziehung:**

Die systematische Nutzung der unterschiedlichen Aspekte der therapeutischen Beziehung stellt ein zentrales Element psychoanalytisch begründeter Psychotherapien dar. Es werden drei Aspekte der therapeutischen Beziehung unterschieden: die *Übertragungsbeziehung*, das *Arbeitsbündnis* (auch therapeutische Allianz genannt) und die *Realbeziehung*. Während die beiden letzteren Aspekte auch in anderen Psychotherapieverfahren konzeptuell von Bedeutung sind, stellt die systematische Nutzung zunächst unbewusster Übertragungs- und Gegenübertragungsaspekte der therapeutischen Beziehung ein Spezifikum psychoanalytisch begründeter Psychotherapie dar.

Insbesondere die Dichte der therapeutischen Beziehung wird dem einzelnen Patienten sowohl in Bezug auf konfliktbezogene als auch strukturbezogene Störungsaspekte so angepasst, dass eine hinreichend veränderungswirksame Bearbeitungstiefe erreicht und aufrecht erhalten wird.

Im Wesentlichen lassen sich drei veränderungswirksame Funktionen der therapeutischen Beziehung beschreiben:

- Die therapeutische Beziehung bietet einen verlässlichen und geschützten Rahmen als Voraussetzung dafür, dass der Patient sich auf den therapeutischen Prozess und die damit verbundene psychische Arbeit einläßt.
- Die therapeutische Beziehung vermittelt neue, verändernde emotionale Erfahrungen, indem in der Übertragungs-Gegenübertragungs-Beziehung nicht das dem Patienten bekannte und in seinen Beziehungsrepräsentanzen verinnerlichte Modell wiederholt wird. Dieses kann sich vielmehr mit Hilfe der ständigen Selbstreflektion des psychoanalytisch begründet arbeitenden Therapeuten und ihrer Thematisierung dem Patienten gegenüber neu entwickeln.
- In der Übertragungsbeziehung stellen sich strukturelle Auffälligkeiten, ungelöste innerpsychische Konflikte, die damit verbundenen Affekte und charakteristische Abwehrkonstellationen als Anknüpfungen an frühere signifikante Beziehungen

dar. Sie werden damit interpersonell erlebbar, auch wenn sie (noch) nicht verbalisiert werden können. Psychoanalytisch begründete Interventionsformen nutzen daher diese interpersonelle Manifestationsform störungsrelevanter psychischer Dispositionen für ihre Bewusstmachung und Bearbeitung.

Die neuen Erfahrungen des Patienten innerhalb der therapeutischen Beziehung, die Erarbeitung eines Verstehens bisher unverstandener Interaktionsweisen des Patienten und die psychoanalytische Grundhaltung des Therapeuten verändern die Einstellung des Patienten zu sich selbst und zu seiner Umwelt. Die beständig erfahrene Reflexion des Therapeuten, seine Haltung und Verstehensbemühungen werden vom Patienten überprüft und ggf. internalisiert. So wird die eigenständige und stabile psychischen Entwicklung entscheidend gefördert. Dazu dient das Erkennen und soweit möglich, das Überwinden der eigenen selbst- und fremdschädigenden Beziehungsmuster.

Die Tiefe der Regression innerhalb der therapeutischen Beziehung in psychoanalytisch begründeten Psychotherapien richtet sich einerseits nach dem Grad der Verankerung der Störungsdispositionen in der Persönlichkeit und orientiert sich andererseits am Ausmaß struktureller Vulnerabilität. Ebenso variiert das Ausmaß der expliziten Bearbeitung der Übertragungs-Gegenübertragungsbeziehung.

Um die dargestellten Wirkungen erzielen zu können, ist es unerlässlich, daß die therapeutische Beziehung sich von Alltagsbeziehungen unterscheidet. Der Therapeut wechselt ständig zwischen einer empathischen und einer reflektierenden Einstellung hin und her, was es ihm ermöglicht, die Interaktion mit dem Patienten als Beziehungspartner sowohl zu erleben wie auch sie mit einer Distanz zu überdenken. Eine wichtige Voraussetzung für diesen Perspektivenwechsel des Therapeuten in psychoanalytisch begründeten Behandlungen ist das ständige Bemühen des Therapeuten um Abstinenz, Anonymität und Neutralität als Bedingungen der Entwicklung von innerer Freiheit auf Seiten des Patienten. Abstinenz heißt, den Behandlungsrahmen überschreitende Wünsche des Patienten sowie des Therapeuten nicht zu erfüllen, sondern in ihrer unbewussten Bedeutung zu hinterfragen. Anonymität bedeutet, dass keine persönliche Bekanntschaft oder Beziehung zwischen dem Analytiker und dem Patienten besteht. Sie sichert die Übertragungsbereitschaft des Patienten und gibt ihm die Gewissheit, dass seine

Mitteilungen in der Behandlung vertraulich bleiben. Neutralität heißt, dass der Therapeut für alle Mitteilungen des Patienten offen ist und keine Vorauswahl oder Bewertung trifft, im Sinne einer technischen Neutralität auch nicht Stellung nimmt für eine der immer vorhandenen unterschiedlichen Strebungen eines Patienten, sondern ihm hilft, seine eigene Entscheidung zu finden. - Weitere wirksame Beziehungsfunktionen betreffen die Erfassung der patientenspezifischen und –bezogenen Beziehungsgestaltung in verschiedenen Therapiephasen sowie die fortlaufende Reflektion der Einflüsse des jeweiligen Therapeuten auf die Entwicklung des konkreten Patienten.

### **Vermittlung von Einsicht in unbewusste Hintergründe**

Da pathogene Konflikte und die dazugehörigen Affekte unbewusst sind, besteht eine wesentliche psychoanalytisch begründete Strategie in ihrer Bewusstmachung bzw. Aufdeckung; dadurch gelangen die bis dahin unbewusst wirkenden Motive/Impulse/Affekte ins Bewusstsein und werden dem bewussten, realitätsbezogenen Denken, Reflektieren, Entscheiden und Handeln zugänglich.

Der Prozess der Bewusstmachung führt zu einem bewussten emotionalen Erleben (Einsicht) der bis dahin abgewehrten Wünsche und Affekte (z.B. Schuld, Angst, Enttäuschungswut, Trauer ...). Ebenso werden dem Patienten bis dahin unbewusste Verhaftungen in infantilen Beziehungsmustern, die er internalisiert hat, zugänglich. Die Einsicht in die unbewussten Hintergründe seines Fühlens, Denkens und Handelns ermöglicht dem Patienten, sich von der Wirkung des unbewussten Wiederholungszwanges zu befreien und neue Handlungs- und Verhaltensweisen zu gewinnen. Er kann bisher abgetrennte Teile seiner Lebensgeschichte integrieren, ein realistisches Selbstkonzept entwickeln und dem Erwachsenenalter angemessene Verhaltensweisen entwickeln. Dazu gehört wesentlich auch, sich situationsadäquat auf die aktuelle Umgebung einstellen zu können statt präexistente, in früheren Lebensabschnitten entwickelte Verhaltens- und Reaktionsmuster zu wiederholen.

Die zentrale aufdeckende Technik besteht in der Deutungsarbeit, für die Verstehens- und Interventionstechniken wie szenisches Verstehen, deutendes (Nach-)Fragen,

Klarifizierungen, Konfrontationen, Deutungen, Rekonstruktionen und Konstruktionen angewandt werden. Die Deutungsarbeit betrifft in der jeweiligen Dynamik des therapeutischen Prozesses die Aufdeckung von drei zentralen Elementen: den Wunsch/Impuls, die dazugehörige Angst (bzw. weitere Affekte), sowie die dadurch ausgelöste Abwehr, die sich in der Behandlung oft als Widerstand manifestiert. Deutungsarbeit kann je nach Form und Stand der Behandlung auf aktuelle Außenbeziehungen und -konflikte, vergangene Lebens- und Erlebenskonstellationen sowie auf die therapeutische Beziehung fokussiert werden.

Gegen die Bewusstmachung unbewusster Inhalte richtet sich in der Behandlung oft ein Widerstand, der auf eine besondere Empfindlichkeit in diesem Bereich hinweist. Verstehen und Deutung gelten dann zuerst diesem Widerstand, bevor die dahinter liegenden Inhalte bearbeitet werden können. Widerstände treten regelmäßig in einer psychoanalytisch begründeten Psychotherapie auf. Sie können, wenn sie nicht hinreichend vorsichtig und einfühlsam bearbeitet werden, zum Behandlungsstillstand oder gar zum Behandlungsabbruch führen, weil ihre Missachtung ausgeprägte, für den Patienten nicht bewältigbare Ängste auslösen kann. Das Auftreten von Widerständen erfordert daher eine sensible und je nach Rigidität/Flexibilität der Abwehr mehr oder weniger Zeit gewährende Bearbeitung.

Bei einer überwiegend in der lebensgeschichtlichen Entwicklung verankerten und rigiden, die Persönlichkeit dominierenden inneren Konflikt-Abwehr-Dynamik ohne stark ausgeprägte strukturelle Beeinträchtigung besteht eine wesentliche Strategie darin, die rigide Abwehr zu lockern, damit die der psychischen Störung zugrundeliegenden unbewussten Konfliktkonstellationen und verinnerlichten Beziehungsmuster (Selbst- und Objektrepräsentanzen) sowie die damit verbundenen Affekte der bewussten Bearbeitung zugänglich werden. Dies kann u. U. nur durch eine angemessene Förderung und Intensivierung regressiver Prozesse erreicht werden, wobei hohe Stundenfrequenz, liegendes Setting sowie die Vorgabe der psychoanalytischen Grundregel (nämlich nach Möglichkeit alle Gedanken, Empfindungen und Einfälle spontan, also ohne Auswahl oder Zensur, auszusprechen) solche regressiven Prozesse fördern.

Bei einer durch eine aktuelle Auslösesituation aktivierten pathogenen Konfliktdynamik und ansonsten weitgehend flexibler und adaptiver Abwehr ist die Intensivierung von regressiven Prozessen meist nicht notwendig. Die veränderungswirksame Deutungsarbeit kann direkt bei den aktuell wirksamen, die Symptomatik bedingenden inneren Konflikten und ihren Manifestationen in Außenbeziehungen sowie in der Übertragung ansetzen.

### **Strukturbildende therapeutische Arbeit:**

Stehen Beeinträchtigungen struktureller Funktionen im Vordergrund, richtet sich die therapeutische Strategie darauf, eine Nachreifung der unentwickelten Funktionen zu erreichen, sie zu stärken und in ihrer Entwicklung zu fördern.

Sitzendes Setting, i. d. R. niedrigere Stundenfrequenz und die stärker strukturierende sowie fokussierte therapeutische Aktivität ermöglichen eine stabilisierende Handhabung regressiver Prozesse. Dabei lassen sich idealtypisch zwei Strategien und Vorgehensweisen beschreiben, die sich vornehmlich hinsichtlich der expliziten Thematisierung der aktuellen Übertragungsbeziehung unterscheiden.

Strukturstabilisierendes Vorgehen: Um eine Stabilisierung der strukturellen Funktionen und damit des psychischen Gleichgewichts zu erzielen, stehen so genannte supportive Techniken zur Verfügung. Der Therapeut stellt sich aktiv als „Hilfs-Ich“ zur Verfügung. Stabilisierende Interventionen sind direktiv, abwehrstärkend und bewältigungsorientiert; sie sollen Regression verhindern oder begrenzen, die Realitätsanpassung verbessern, reife Abwehrmechanismen unterstützen und dadurch beispielsweise Affektüberflutungen vermeiden und handhabbar machen. Die affektiven Prozesse werden in der Regel nicht auf die therapeutische Beziehung bezogen, es wird vielmehr angestrebt, Übertragungen auf den Therapeuten zu begrenzen. Therapeut und Patient suchen in einer affektiv neutralen und objektivierenden Haltung die Beeinträchtigungen struktureller Funktionen vorrangig für Situationen und Konstellationen außerhalb der Therapie zu bearbeiten.

Strukturdynamisches Vorgehen: Bei diesem Vorgehen steht das Verstehen der mit den strukturellen Aspekten verbundenen innerseelischen Dynamiken stärker im

Vordergrund, in dem Sinne, dass hier dem Handeln und Erleben des Patienten eine innerpsychische Regulierungsfunktion zugesprochen wird, die es gemeinsam mit dem Patienten zu explorieren und zu verstehen gilt. Dies kann durch (auch deutende) Fokussierung auf Manifestationen der strukturell und affektiv bedingten Dynamiken innerhalb der therapeutischen Beziehung oder auch innerhalb von Außenbeziehungen geschehen. Durch diese das Wahrnehmen und Verstehen von Affekten und Handlungen und ihrer innerpsychischen Hintergründe fördernden Techniken entstehen integrierte Selbst- und Objektrepräsentanzen sowie stabile Verknüpfungen von Handlungen mit innerpsychischen Bedeutungen.

Bei traumatisch bedingten Erkrankungen kann je nach der Art des Traumas der Schwerpunkt der Behandlung variieren. Bei akuten traumatischen Reaktionen liegt er auf der Wiederherstellung der Angsttoleranz v. a. durch die Errichtung eines sicheren Rahmens der Behandlung und durch die Förderung der Entwicklung einer positiven Übertragung, in der der Therapeut als schützendes Objekt erlebt wird. Im nächsten Schritt wird dieses Objekt internalisiert und kann so ein von der Anwesenheit äußerer Objekte unabhängiges Sicherheitsgefühl herstellen. Bei traumatischen Erkrankungen mit ausgeprägten strukturellen Störungen wird ein strukturstabilisierendes und/oder ein strukturdynamisches Vorgehen, angepasst an die Möglichkeiten des jeweiligen Patienten, angewandt. Bei Ängsten werden auch hier angstbezogene Techniken miteinbezogen.

Nach heutiger psychoanalytischer Auffassung stellt die Verknüpfung von aktuellen Konflikten, Affekten und strukturellen Aspekten, wie sie in der therapeutischen Situation bemerkbar werden, mit einer impliziten oder expliziten Rekonstruktion der Geschichte des Patienten den zentralen psychoanalytischen Wirkfaktor dar.

### **Literatur:**

- Altmeyer, M., H. Thomä (Hrsg., 2006): Die vernetzte Seele. Die intersubjektive Wende in der Psychoanalyse. Klett-Cotta: Stuttgart
- Bohleber, W. (2000): Die Entwicklung der Traumatheorie in der Psychoanalyse. Psyche – Z. Psychoanal. 54, 797 – 839
- Bowlby, J. (1975): Bindung. Eine Analyse der Mutter-Kind-Beziehung. Kindler: München 1975



- Dornes, M. (1997). Die frühe Kindheit. Entwicklungspsychologie der ersten Lebensjahre. Frankfurt/M.: Fischer.
- Dornes, M. (2006). Die Seele des Kindes. Entstehung und Entwicklung. Frankfurt a.M.: Fischer
- Fonagy, P., G.. Gergely, E.L. Jurist, M. Target (2004). Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst. Stuttgart: Klett-Cotta
- Fonagy, P. (2003). Bindungstheorie und Psychoanalyse. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Freud, S. (1895). Über die Berechtigung, von der Neurasthenie einen bestimmten Symptomenkomplex als „Angstneurose“ abzutrennen. GW 1, S. 313 – 342
- Freud, S. (1895d). Studien über Hysterie. GW 1, S. 75 – 312
- Freud, S. (1900). Die Traumdeutung. GW 2/3, S. 1 – 642
- Freud, S. (1923). Das Ich und das Es. GW 13, S. 235 – 289
- Green, V. (Hg.) (2005). Emotionale Entwicklung in Psychoanalyse, Bindungstheorie und Neurowissenschaften. Theoretische Konzepte und Behandlungspraxis (S. 141-163). Frankfurt/M.. Brandes und Apsel.
- Hartmann, H. (1964): Bemerkungen zur psychoanalytischen Theorie des Ichs. In: Ders.: Ich-Psychologie. Studien zur psychoanalytischen Theorie. Stuttgart: Klett 1964, S. 119 – 144
- Jacobson, E. (1973): Das Selbst und die Welt der Objekte. Frankfurt a.M.: Suhrkamp 1973
- Janssen, P.L. (2009): Psychoanalyse und psychodynamische Psychotherapieverfahren. In: Adler, Köhle, Langewitz, Joraschky, Herzog, Söllner, Wesiack (Hrsg.): Von Uexküll – Psychosomatische Medizin. Im Druck
- Klein, M. (1946). Notes on some Schizoid Mechanisms. *Int. J. Psycho-Anal.*, 27, 99 – 110
- Kohut, H. (1973). Narzissmus. Eine Theorie der Behandlung narzisstischer Persönlichkeitsstörungen. Frankfurt a.M.: Suhrkamp
- Koukkou, M., Leuzinger-Bohleber, M. & Mertens, W. (Hg.) (1998). Erinnerung von Wirklichkeiten. Psychoanalyse und Neurowissenschaften im Dialog. Band 1, Stuttgart: Klett-Cotta.
- Sandler, J., A.-M. Sandler (1985): Vergangenheitsunbewußtes, Gegenwartsunbewußtes und die Deutung der Übertragung. *Psyche – Z. Psychoanal.* 39, 800 – 829

- Sasse, H. (2008): Kompetenz in der tiefenpsychologisch fundierten und analytischen Psychotherapie. Zeitschrift für Individualpsychologie. Vandenhoeck & Ruprecht Göttingen, 3/2008, 288 – 315
- Schore, A.N. (2007). Affektregulation und die Reorganisation des Selbst. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Sharp, C. & Fonagy, P. (2008). The parent's capacity to treat the child as a psychological agent: Constructs, measures and implications for developmental psychopathology. Social Development, 17, 737 – 754.
- Stern, D.N. (2000): Die Lebenserfahrung des Säuglings. Klett Cotta, Stuttgart
- Tyson, P. & Tyson, R.L. (2001). Lehrbuch der psychoanalytischen Entwicklungspsychologie. Stuttgart: Kohlhammer.
- Wachtel, P.L. (2007). Relational theory and the practice of psychotherapy. New York: Guilford Press.
- Waddell, M. (2006). Infant observation in Britain: The Tavistock approach. International Journal of Psychoanalysis, 87, 1103 – 1120.

## **2 Die psychoanalytisch begründeten Verfahren und ihre Anwendungsformen**

Die Psychotherapie-Richtlinie fasst analytische Psychotherapie und tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie als „psychoanalytisch begründete Verfahren“ zusammen:

„Diese Verfahren stellen Formen einer ätiologisch orientierten Psychotherapie dar, welche die unbewusste Psychodynamik neurotischer Störungen mit psychischer oder somatischer Symptomatik zum Gegenstand der Behandlung machen.“ (§14 Abs. 1)

Bei der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie werden weitere „Sonderformen“ unterschieden: Kurztherapie; Fokalthherapie; Dynamische Psychotherapie; niederfrequente Therapie in einer längerfristigen, Halt gewährenden

therapeutischen Beziehung. Psychoanalytisch begründete Verfahren können im Einzel- oder Gruppensetting Anwendung finden.

Der Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenkassen umfasst in Deutschland für analytische Psychotherapie 160, in besonders begründeten Fällen 240 Sitzungen und in Ausnahmefällen bis zu in der Regel 300 Sitzungen, für tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie 50, in besonders begründeten Fällen 80 und in Ausnahmefällen bis zu in der Regel 100 Sitzungen. Die Behandlungsfrequenz ist laut Psychotherapie-Richtlinie (§20) in den psychoanalytisch begründeten Verfahren auf maximal 3 Behandlungsstunden in der Woche zu begrenzen, wobei in begründeten Fällen einzelne Abschnitte in höherer Wochenfrequenz zulässig sind.

Allen psychoanalytisch begründeten Psychotherapien (sowie den Sonder- und Anwendungsformen) liegen die eingangs beschriebenen klinischen psychoanalytischen Theorien, die psychoanalytische Krankheitstheorie sowie die psychoanalytische Veränderungs- und Behandlungstheorie zugrunde. Die psychoanalytisch begründeten Psychotherapien verfügen über ein breites Spektrum unterschiedlicher Behandlungstechniken und Settings.

Die Unterschiede von analytischer und tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie betreffen Fragen der Fokussierung und Begrenzung in der therapeutischen Zielsetzung und Intensität der Durcharbeitung. Diese Art der Prozesssteuerung geschieht durch die Modifikation der eingesetzten therapeutischen Techniken, wodurch ein Mehr oder Weniger von regressiven Entwicklungen, ein Mehr oder Weniger an Betonung und direkter Bearbeitung der Übertragungsbeziehung, ein Mehr oder Weniger an konkreter Unterstützung und Ressourcenförderung etc. bewirkt wird. Letztlich bewegen sich diese Variationen aber auf Kontinua innerhalb der psychoanalytisch begründeten Behandlungstechniken.

Im Folgenden werden die wichtigsten Behandlungsstrategien<sup>1</sup> psychoanalytisch begründeter Psychotherapien kurz beschrieben. Basis aller Behandlungsstrategien psychoanalytisch begründeter Psychotherapien ist die Etablierung einer tragfähigen therapeutischen Beziehung, die Gewährleistung eines stabilen und geschützten therapeutischen Rahmens und die Arbeit an unbewussten psychischen Inhalten, Prozessen und Strukturen (vgl. Kapitel 1.5).

### **Analytische Einzeltherapie**

Analytische Psychotherapie bezeichnet jene Behandlungsstrategie, die neben der Bearbeitung aktueller Konfliktthemen und der Zentrierung auf aktuelle Symptome die nachhaltige Modifizierung der darunter liegenden neurotischen Objekt- und Selbstrepräsentanzen und strukturellen Vulnerabilitäten zum Ziel hat. Dazu sind in der Regel längere und in der Frequenz intensivere Behandlungen notwendig, wobei auch diesbezüglich modifizierte Formen entwickelt wurden. Als ein Charakteristikum analytischer Psychotherapie kann die Arbeit an und in der Übertragungsbeziehung gesehen werden.

Analytische Psychotherapie ist indiziert bei einer starken lebensgeschichtlich entstandenen Verankerung der störungsrelevanten Dispositionen in der Gesamtpersönlichkeit. Die Handhabung regressiver Prozesse innerhalb der therapeutischen Beziehung in analytischen Psychotherapien richtet sich einerseits nach dem Grad der Verankerung der zugrundeliegenden Dispositionen in der Persönlichkeit und orientiert sich andererseits am Ausmaß struktureller Vulnerabilität. Dabei lassen sich idealtypisch zwei grundlegende Handhabungsformen unterscheiden, die in der Praxis aber je nach oben beschriebenem Mischungsverhältnis von konfliktbedingten und strukturbedingten Störungsanteilen und je nach Therapiephase variabel eingesetzt werden können.

Bei einer stark in der lebensgeschichtlichen Entwicklung verankerten und die Persönlichkeit konstituierenden, relativ rigiden inneren Konflikt-Abwehr-Dynamik

---

<sup>1</sup> In § 6 Abs. 2 und 3 der PT-RL wird von einem anerkannten Verfahren neben der umfassenden Theorie eine **Behandlungsstrategie** für ein breites Spektrum von Anwendungsbereichen und darauf bezogene Konzepte zur Indikationsstellung, individuellen Behandlungsplanung sowie Beziehungsgestaltung gefordert. Hier fassen wir deshalb unter dem Begriff der Behandlungsstrategie sowohl die beiden als „psychoanalytisch begründet“ geltenden Verfahren wie deren Anwendungsformen zusammen.

sowie bei ausreichender Verfügbarkeit über strukturelle Funktionen unterstützen Setting und Technik die Förderung und Intensivierung regressiver Prozesse innerhalb der therapeutischen Beziehung, so dass Abwehr gelockert wird und die der psychischen Störung zugrundeliegenden unbewussten Konfliktkonstellationen sowie die damit verbundenen Affekte dem bewussten Erleben zugänglich und einer adaptiven Lösung zugeführt werden können. Hohe Stundenfrequenz, liegendes Setting und freie Assoziation fördern solche regressiven Prozesse. Die deutende Bearbeitung der Übertragungsbeziehung unter Einbeziehung aktueller und vergangener Beziehungs- und Konfliktkonstellationen steht idealtypisch im Zentrum der Behandlungstechnik.

Bei stark ausgeprägter struktureller Vulnerabilität, insbesondere wenn verbunden mit der Neigung zu maligner Regression, werden Setting und Technik so ausgerichtet, dass regressive Prozesse begrenzt werden und die Entwicklung der stabilen Verfügbarkeit über strukturelle Funktionen innerhalb der therapeutischen Beziehung zunächst im Vordergrund steht. Sitzendes Setting, i. d. R. niedrigere Stundenfrequenz und die stärker strukturierende sowie fokussierter therapeutische Aktivität ermöglichen eine stabilisierende Handhabung regressiver Prozesse, wobei sich die beschriebenen therapeutischen Konzepte darin unterscheiden, wie explizit auf die aktuelle Übertragungsbeziehung eingegangen wird.

Aufdeckende und strukturaufbauende Interventionsformen können, je nach individuellem Mischungsverhältnis von konflikt- und strukturbezogenen Störungsanteilen sowie in Abhängigkeit vom Prozessgeschehen, flexibel und patientenbezogen eingesetzt und kombiniert werden. Die Techniken können flexibel auf die Bearbeitung von aktuellen Außenbeziehungen und inneren Konflikten, vergangenen Lebens- und Erlebenskonstellationen sowie auf das aktuelle Übertragungs- und Gegenübertragungsgeschehen fokussieren.

Bei sehr schwerer struktureller Beeinträchtigung kommt analytische Psychotherapie zudem auch in Form einer niederfrequenten, langfristigen und Halt gebenden Psychotherapie zum Einsatz. Die Sitzungsfrequenz ist mit üblicherweise einer Wochenstunde niedrig, ermöglicht aber über die Langfristigkeit des Beziehungsangebots verbunden mit dem Einsatz supportiver und vorsichtig

aufdeckender Techniken dennoch die Entwicklung eines auf die Veränderung der psychischen Strukturen ausgerichteten therapeutischen Prozesses.

### **Tiefenpsychologisch fundierte Einzeltherapie**

Bei den tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapien, die in der Regel mit einer Frequenz von 1 bis 2 Sitzung pro Woche im Sitzen, mit einer Stundenzahl bis zu 25 Sitzungen (Kurzzeittherapie) oder von 50-80 Stunden (Langzeittherapie) durchgeführt werden, geht es um die strukturierte und fokussierte Bearbeitung von aktuellen Konflikten und Lebensbelastungen und ihrer Symptombildung sowie um die gezielte Bearbeitung von strukturellen Aspekten, die mit der Symptomatik in Zusammenhang stehen. Die Bearbeitung dieser Komponenten geschieht unter Berücksichtigung dauerhaft verinnerlichter Beziehungsmuster und unbewusster Konfliktkonstellationen sowie unter Berücksichtigung von Aspekten der Übertragung und Gegenübertragung. Die Beziehungsangebote des Therapeuten sind eher aktiv-anleitend und unterstützend. Der Therapeut verwendet eher aktive Interventionstechniken, wie z.B. Konfrontation, Klarifikation oder auch supportive Interventionen; Deutungen beziehen sich hier in stärkerem Maße auf so genannte Außenübertragungen. Regressive Prozesse werden nicht gefördert, sondern eher begrenzt. Tiefenpsychologisch fundierte Einzeltherapien verwenden eine Vielzahl unterschiedlicher Techniken sowie multimodale Zugänge zu psychodynamischen Prozessen, inklusive anderer als verbaler Kommunikationsformen, z. B. Imaginationstechniken, Ressourcenmobilisierungen etc.

Es geht vorrangig um die Bearbeitung aktueller (unbewusster) Konflikte und Manifestationen von Entwicklungsstörungen, die in der aktuellen Lebenssituation, dem alltäglichen sozialen Umfeld und den aktuellen zwischenmenschlichen (interpersonalen) Beziehungen des Patienten auftreten. Die Behandlungsziele sind meist auf die Wiederherstellung und Stabilisierung eines psychischen Gleichgewichts und der damit verbundenen besseren Lebensbewältigung und Symptomreduzierung begrenzt.

Die tiefenpsychologisch fundierte niederfrequente und Halt gebende Psychotherapie, mit Sitzungen in oftmals mehrwöchigen Abständen, ist vornehmlich supportiv auf die Aufrechterhaltung der Lebensbewältigung ausgerichtet.

### **Psychoanalytische Fokalthherapie**

Dabei handelt es sich um eine analytische Kurztherapie, die bis zu 30 Sitzungen umfasst. Der Fokus kristallisiert sich möglichst in den ersten Sitzungen aus der Zusammenarbeit von Therapeut und Patient heraus. Die Erarbeitung des Fokus erfolgt auf der Grundlage verschiedenster Informationen (szenisches Verstehen, Beschwerden, auslösendes Ereignis, Lebensgeschichte, Lebenssituation, Übertragung und Gegenübertragung). Es wurden verschiedene fokaltherapeutische Ansätze beschrieben. Für die meisten Autoren sollte der jeweilige Fokus eine Hypothese über die den Problemen zugrunde liegende zentrale unbewusste Dynamik enthalten. Er stellt damit eine Verbindung zwischen einem aktuellen Hauptproblem und einer Aussage über dessen unbewusste Hintergründe her.

Malan beschrieb mit dem „Dreieck der Einsicht“ und dem „Dreieck der Abwehr“ zentrale Elemente eines Fokus. Das Dreieck der Einsicht versteht das Konfliktmuster in den drei Ebenen Übertragung, aktuelle äußere Realität und Kindheit; das Dreieck der Abwehr in den Aspekten Abwehr, Angst und abgewehrte Tendenzen. Die Fokusformulierung ermöglicht im Verlauf der Therapie eine schrittweise vorgehende deutende Verknüpfung dieser sechs Eckpunkte, idealerweise in Form einer bestimmten regelhaften Abfolge. Mittlerweile haben sich verschiedene Kurz- bzw. Fokalthérapien entwickelt, deren größter Unterschied darin liegt, wie der Fokus strukturiert wird und wie stark auf unbewusste Komponenten und die Übertragungs-Gegenübertragungsbeziehung fokussiert wird.

### **Psychoanalytisch begründete Gruppentherapie**

Psychoanalytisch begründete Gruppentherapien werden im ambulanten Setting, aber vor allem auch im stationären Behandlungssetting eingesetzt. Es gibt verschiedene Ansätze: 1) die psychoanalytisch-interaktionelle Gruppentherapie, die sich nur mit den manifesten Interaktionen der Gruppenteilnehmer befasst; 2.) die tiefenpsychologisch fundierte Gruppentherapie, deren Ziel es ist, die Fähigkeit zu stärken, Beziehungen trotz Beziehungskonflikten zu sichern; und 3.) die analytische Gruppentherapie, die sich mit der gesamten Psychodynamik beschäftigt, unter Einbeziehung in der Gruppe auftauchender unbewusster infantiler Phantasien in einem Prozess wechselnder Regressionstiefe.

Weitere Anwendungen der psychoanalytisch begründeten Psychotherapie sind **Paar- und Familientherapien**.

### Literatur:

- Balint M., Ornstein P.H. & Balint E. (1973): Fokalthherapie. Ein Beispiel angewandter Analyse. Frankfurt/M: Suhrkamp.
- Bateman A. & Fonagy P. (2004) Psychotherapy for borderline personality disorder – mentalization-based treatment. Oxford: Other Press.
- Clarkin J.F., Yeomans F.E. & Kernberg O.F. (2001) Psychotherapie der Borderline-Persönlichkeit. Stuttgart: Schattauer.
- Dreyer, K.-A., Schmidt, M. G. (Hrsg.) (2008) Niederfrequente psychoanalytische Psychotherapie. Theorie, Technik, Therapie. Klett-Cotta Verlag, Stuttgart
- Haubl R. (2008) Gruppe. In: Mertens W., Waldvogel B. (Hrsg.) Handbuch psychoanalytischer Grundbegriffe, 3. Auflg. Kohlhammer, Stuttgart, S. 271-275.
- Klüwer R. (2008) Fokus, Fokalthherapie. In: Mertens W., Waldvogel B. (Hrsg.) Handbuch psychoanalytischer Grundbegriffe, 3. Auflg. Kohlhammer, Stuttgart, S. 210-212
- Luborsky L. (1988) Einführung in die psychoanalytische Psychotherapie. Berlin: Springer.
- Malan D.H. (1965) Psychoanalytische Kurztherapie. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Mertens W. (2000) Einführung in die psychoanalytische Therapie. Bd 1. Dritte Auflage. Stuttgart: Kohlhammer.
- Mertens W. (2004) Einführung in die psychoanalytische Therapie. Bd 2. Dritte Auflage. Stuttgart: Kohlhammer.
- Mertens W. (2009) Einführung in die psychoanalytische Therapie. Bd 3. Dritte Auflage. Stuttgart: Kohlhammer.
- Rudolf G (2004) Strukturbezogene Psychotherapie. Leitfaden zur psychodynamischen Therapie struktureller Störungen. Stuttgart: Schattauer.
- Strupp H.H. & Binder J.L. (1985) Kurzpsychotherapie. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Thomä H. & Kächele H. (1989) Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie. Bd I Grundlagen. 2. Auflage. Berlin: Springer.
- Thomä H. & Kächele H. (2006) Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie. Bd II Praxis. 3. Auflage. Berlin: Springer.



### 3 Diagnostik und Indikationsstellung

Die Diagnostik, die jeder Art von Therapie vorausgeht und die Behandlungsindikation begründet, erfolgt im Bereich der psychoanalytisch begründeten Therapien in der Regel als teilstrukturiertes Interview. Dieses ist insoweit strukturiert, als es anamnestische Befunde zu Art und Schwere der Beschwerden, Symptomverläufen, Erklärungsmodellen der Patienten, aktuellen Belastungen und prägenden biographischen Erfahrungen erfasst. Es ist – angelehnt an das Vorbild des psychoanalytischen Erstinterviews - wenig strukturiert, insofern als es genügend Raum lässt für die Selbstdarstellungen und Inszenierungen des Patienten. Gerade die offenen oder häufig auch latenten Inszenierungen des Patienten ermöglichen einen Zugang zu seiner unbewussten Konfliktdynamik und damit auch eine Einschätzung der Art der Beziehungsgestaltung des Patienten in der therapeutischen Situation.

Aus dem sich so entwickelnden Material einschließlich der szenischen Interaktionsprozesse in der diagnostischen Situation werden vom Therapeuten Hypothesen über die oben beschriebenen zentralen Störungsdimensionen abgeleitet, die im Gesprächsverlauf und in nachfolgenden probatorischen Sitzungen weiter überprüft werden. Ergebnis dieses Prozesses sind klinische Einschätzungen bezüglich:

- der Symptomatik, ihrer Schwere und ggf. Chronifizierung,
- der psychischen und ggf. somatischen Komorbidität,
- zentraler psychischer Entwicklungsbedingungen,
- dominierender unbewusster Konflikte und ihrer Lösungsversuche,
- struktureller Beeinträchtigungen und individueller Ressourcen,
- Selbst- und Objektrepräsentanzen,
- dominierender Beziehungsmuster etc.

Es liegt eine Vielzahl von Zugangsweisen der psychoanalytisch begründeten diagnostischen Prozesse inklusive klinischer Urteilsbildung vor. Insgesamt sind zeitgenössische Verfahren der psychoanalytisch begründeten Interviewdiagnostik ergänzt durch Patientenselbsteinschätzungen geeignet, um:

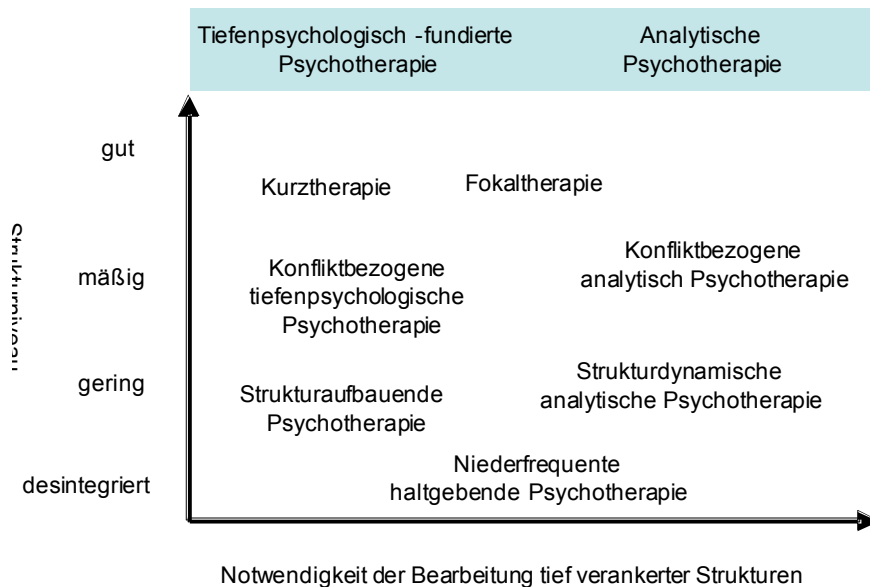
1. ein diagnostisch klassifizierbares klinisches Bild nach Qualität, Schwere und Verlaufscharakteristik der psychischen Störung herauszuarbeiten,
2. psychodynamische Akzente bezüglich unbewusster Konflikte, strukturellen Funktionsniveaus und dysfunktionaler Beziehungsgestaltung abzubilden sowie
3. eine prognostische Einschätzung und eine Differentialindikation bezogen auf mögliche therapeutische Ansätze und ihre unterschiedlichen Zielsetzungen vorzunehmen.

Entsprechend der Logik des psychoanalytischen Ansatzes erfolgt die Indikationsentscheidung nicht primär symptombezogen, sondern ausgerichtet auf die Art und Schwere der Persönlichkeitspathologie sowie der Komplexität der Störung. Die Indikationsstellung ist letztlich ein interaktiver Prozess, der auch durch die persönliche Zielsetzung, die soziale Situation und die Ressourcen des Patienten mit beeinflusst wird. In die Indikationsstellung fließt auch die im Erstinterview zu Tage getretene Dynamik der Patient-Therapeuten-Beziehung mit ein.

Anhaltspunkte für die Indikationsstellung ergeben sich nach der obigen Darstellung aus dem individuellen Mischungsverhältnis von konfliktbezogenen und strukturbezogenen Störungsaspekten sowie aus dem Ausmaß der Verankerung dieser Aspekte in der Gesamtstruktur der Persönlichkeit. Insbesondere die Frage, ob für eine nachhaltige Besserung die Bearbeitung der in der Persönlichkeit verankerten Strukturen und Prozesse notwendig ist, stellt ein wichtiges Kriterium bei der Auswahl der Behandlungsstrategie dar.

Nach der Indikationsstellung erfolgt im Kontext der Behandlungsplanung die Aufklärung des Patienten zu den eventuellen Risiken/Nebenwirkungen und den abschätzbaren Erfolgsaussichten der geplanten Therapie.

## Indikationsmatrix



Die Grafik der Indikationsmatrix versucht dieses Zusammenwirken vereinfacht darzustellen, wobei die Übergänge als fließend betrachtet werden müssen und es sich hier um grobe, prototypische Einordnungen handelt.

### Literatur:

- Arbeitskreis OPD (2006) Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik OPD-2. Das Manual für Diagnostik und Therapieplanung. Bern: Huber-Verlag.
- Argelander H. (1970) Das Erstinterview in der Psychotherapie. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft.
- Argelander, H.; Das Sprechstundeninterview - Überlegungen zum psychoanalytischen Konzept. *Psyche* 27 (1973), 1001 - 1011
- Döll-Hentschker S., Reerink G., Schlierf C. & Wildberger, H. (2006). Zur Einleitung einer Behandlung: Die Frequenzwahl. *Psyche - Z Psychoanal*, 60(11), 1126 - 1144.
- Dührssen A. (1981): Die biographische Anamnese unter tiefenpsychologischen Aspekten. Vandenhoeck u. Ruprecht, Göttingen
- Eckstaedt A (1991) Die Kunst des Anfangs. Psychoanalytische Erstgespräche. Suhrkamp, Frankfurt
- Kächele H. & Kordy H. (2009) Indikation als Entscheidungsprozess. In: Adler R H (Hrsg) von Uexküll Psychosomatische Medizin. Modelle ärztlichen Denkens und Handelns. München: Urban & Fischer

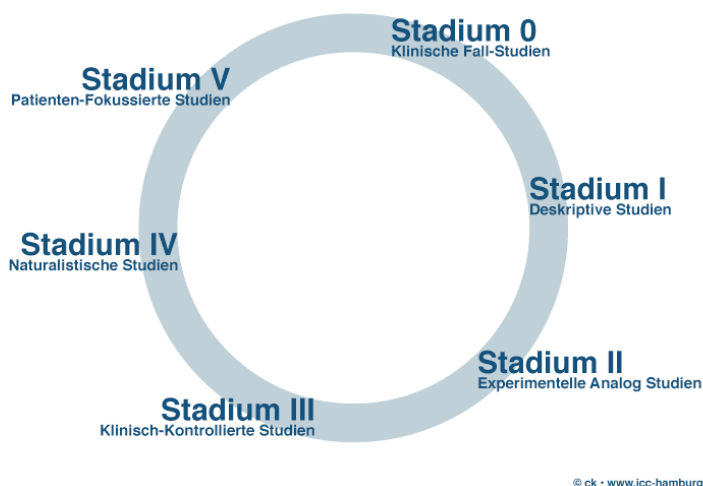
Rudolf G. (1981) Untersuchung und Befund bei Neurosen und Psychosomatischen Erkrankungen. Beltz, Weinheim, Basel

Thomä H. & Kächele H. (2006) Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie. Bd II Praxis. 3. Auflage. Berlin: Springer.

## 4 Therapie-Forschung in der Psychoanalyse

Eine Übersicht über Forschung zur psychoanalytischen Therapie lässt sich am besten durch eine Einteilung in sechs Stadien der Forschung aufbereiten:

Sechs Stadien der Therapieforschung:



Das Stadium der klinischen Fallstudien (Stadium 0) lässt sich einerseits durch eine Fülle von klinischen Berichten charakterisieren, denen jedoch vorwiegend nur ein illustrativer, theoretische und technische Positionen markierender Erkenntniswert zukommt; andererseits liegen beachtliche, ausführliche Falldarstellungen vor, die den Erkenntniswert umfassender Darstellungen des klinischen Geschehen gut illustrieren (Kächele 1981).

Das Stadium der deskriptiven Studien (Stadium I) deckt in einem bedeutsamen Umfang zentrale Konzepte der psychoanalytischen Behandlungstheorie ab: Arbeitsbeziehung, Übertragung, Gegenübertragung, Widerstand sowie

Abwehrmechanismen und umfasst auch die Ausarbeitung beschreibender Prozessmodelle (Dahl et al. 1988; Miller et al. 1993; Lambert 2004). Zu diesem Forschungsstadium sind auch versorgungsepidemiologische Studien zu rechnen (Schepank 1987).

Das Stadium der experimentellen Analogstudien (Stadium II) ist in der psychoanalytischen Therapieforschung relativ wenig ausgearbeitet. Das hängt mit der Schwierigkeit zusammen, experimentelle Paradigmen zu entwickeln, die dem theoretischen Gehalt der zu untersuchenden Konzepte gerecht werden könnten (Dreher 1998). Exemplarisch sind Studien zur freien Assoziation zu nennen, die einen gewissen Systematisierungsgrad erreicht haben (Kächele et al. 1991).

Das Stadium der klinisch kontrollierten Studien (Stadium III) deckt inzwischen die ganze Breite der klinisch relevanten Störungen ab, wie in einer Metaanalyse zu kürzeren analytischen Therapien aufgezeigt werden konnte (Leichsenring et al. 2004). Eine neuere Übersichtsarbeit zeigt zudem auf, dass auch die überlegene Wirksamkeit (efficacy) länger dauernder analytischer Therapie (im Vergleich zu kürzeren Therapien) in kontrollierten, wie auch nicht durchgängig randomisierten Studien, empirisch als belegt gelten kann (Leichsenring & Rabung 2008).

Das Stadium der naturalistischen Studien (Stadium IV) war seit den dreißiger Jahren des vorigen Jahrhunderts eine Domäne der psychoanalytischen Therapieforschung. Hier liegen relativ umfangreiche Datensätze aus vorwiegend europäischen Ländern vor, die die Wirksamkeit (effectiveness) psychoanalytischer Therapie in Anwendungsbeobachtungen belegen (Leuzinger-Bohleber et al. 2003; Sandell et al. 2001).

Das Stadium der patienten-orientierten Forschung (Stadium V) befindet sich derzeit in der Entwicklung. Die Verfügbarkeit umfangreicher Datensätze ermöglicht neue, wenn auch kontrovers diskutierte Wege mittels hierarchisch-linearer Statistik, sich auf Entwicklungsprozesse einzelner Patienten zu konzentrieren und die Brücke zur klinischen Einzelfallbeobachtung zu schlagen (Howard et al. 1999; Kordy et al. 2005).

Psychoanalytische Therapieforschung ist darüber hinaus in vielfältiger Weise in grundlagenwissenschaftlichen Forschungsansätzen verankert, von denen insbesondere der Diskursforschung (Flader et al. 1982), der Traumforschung (Leuschner et al. 1998) und der Emotionsforschung (Krause & Mertens 1996) eine besondere fundierende Bedeutung zukommt.

### **Literatur:**

- Dahl, H., Kächele, H. und Thomä, H. (Hrsg.) Psychoanalytic Process Research Strategies. Springer, Berlin
- Dreher, A. U. (1998) Psychoanalytische Konzeptforschung. Verlag Internationale Psychoanalyse, Stuttgart
- Flader, D, Grodzicki, W D Schröter, K (1982) Psychoanalyse als Gespräch. Interaktionsanalytische Untersuchungen über Therapie und Supervision. Suhrkamp, Frankfurt am Main
- Howard, K I, Martinovich, Z, Lutz, W, et al. (1999) An empirical basis for case assignment. In: Kächele, H, et al. (Hrsg.) Psychoanalytic Process Research Strategies II. Ulm Textbank, Ulm
- Kächele, H, Ehlers, W Hölzer, M (1991) Experiment und Empirie in der Psychoanalyse. In: Schneider, F, et al. (Hrsg) Perspektiven der Psychiatrie. Forschung - Diagnostik - Therapie. Gustav Fischer, Stuttgart Jena New York, S 129-142
- Kächele, H. (1981). Zur Bedeutung der Krankengeschichte in der klinisch-psychoanalytischen Forschung. Jahrbuch der Psychoanalyse 12, 118-177
- Kordy, H, Haug, S Percevic, R (2005) Patients differ – A plea for individually tailored service allocation. European Eating Disorders Review 13: 1-7
- Krause, R Merten, J (1996) Affekte, Beziehungsregulierung, Übertragung und Gegenübertragung. Zschr psychosom Med 42: 261-280
- Lambert, M. J. (2004) Bergin and Garfield's Handbook of psychotherapy and behavior change. Wiley, New York Chichester Brisbane
- Leichsenring, F., Rabung, S., Leibing, E. (2004) The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy in specific psychiatric disorders. A meta-analysis. Archives of General Psychiatry 61: 1208-1216
- Leichsenring, F., Rabung, S. (2008) Effectiveness of long-term psychodynamic psychotherapy. A meta-analysis. JAMA 300: 1551-1565

- Leuschner, W, Hau, S Fishmann, T (1998) Couch im Labor - Experimentelle Forschung unbewusster Prozesse. *Psyche - Z Psychoanal* 52: 824-849
- Leuzinger-Bohleber, M, Stuhr, U, Rüger, B, et al. (2003) How to study the quality of psychoanalytic treatments and their long term effects on patients well-being. A representative multiperspective follow-up study. *International Journal of Psychoanalysis* 84: 263-290
- Miller, N E, Luborsky, L, Barber, J P, et al. (1993) Psychodynamic treatment research. A handbook for clinical practice. Basic Books, New York
- Sandell, R, Blomberg, J, Lazar, A, et al. (2001) Unterschiedliche Langzeitergebnisse von Psychoanalysen und Langzeitpsychotherapien. Aus der Forschung des Stockholmer Psychoanalyse- und Psychotherapieprojektes. *Psyche – Zeitschrift für Psychoanalyse* 55: 277-310
- Schepank, H (1987) Epidemiology of Psychogenic Disorders. The Mannheim Study - Results of a Field Survey in the Federal Republic of Germany. Springer, Berlin - Heidelberg - New York

## 5 Qualitätssicherung

Grundelemente der Qualitätssicherung sind gesetzlich geregelt, und zwar in § 70 SGB V (Verpflichtung der Kassen und Leistungserbringer dazu, die Kriterien der Qualität, Humanität und Wirtschaftlichkeit in der vertragsärztlichen Versorgung gemeinsam zu gewährleisten), § 95 d SGB V (Verpflichtung der Vertragsbehandler zur fachlichen Fortbildung entsprechend dem jeweils aktuellen Stand der Wissenschaft) und §§ 135 a, 136 a SGB V (Verpflichtung der Vertragsbehandler zur Qualitätssicherung). Die für die psychoanalytisch begründeten Verfahren Anwendung findenden Maßnahmen einer QS sind jedoch wesentlich umfangreicher. Sie sind auf verschiedenen Ebenen angesiedelt, und zwar:

- der Ebene der Ausbildung nach dem PsychThG (Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten) bzw. der Weiterbildung (Ärzte), indem zum Abschluss der Aus- oder Weiterbildung formale und inhaltliche Qualifikationen nachgewiesen werden müssen;
- der Ebene der Fortbildung im Postgraduierten-Stadium, wie sie von den Berufskammern zertifiziert wird;
- der Ebene der Berufsausübung mit der Durchführung eines Antrags- bzw. Gutachterverfahrens für jede psychotherapeutische Behandlung. In § 92 Abs. 6a Satz 1 SGB V i. V. m. §§ 24 – 27 PT-RL wird die Regelung des Gutachterverfahrens vorgeschrieben. Die Gutachtertätigkeit dient der Prüfung der Notwendigkeit, der Zweckmäßigkeit und der Wirtschaftlichkeit jeder genehmigungspflichtigen Psychotherapie; diese Kriterien müssen in den Berichten dargestellt werden. 2008 wurden von insgesamt 169319 Gutachten 6265 Anträge abgelehnt bzw. 17444 Anträge geändert, die Ablehnungs- und Änderungsquote betrug also 14 %;
- der Ebene der Einhaltung eines Qualitätsmanagements (QM) in der Praxisführung anhand der unterschiedlichen QM-Programme (QEP in Kooperation mit der KBV, KPQM etc.) sowie von anderen Konzepten auf der Basis der GBA-Richtlinie zum QM;
- der Ebene einer systematisierten individuellen Selbstreflexion in Supervisions- und Interventionsgruppen sowie in Qualitätszirkeln, oft auch in regelmäßigen



und/oder fall- und problembezogenen Einzelsupervisionen;

- der Ebene der psychotherapeutischen und psychoanalytischen Fachgesellschaften, die regelmäßig wissenschaftliche Tagungen veranstalten und Forschungsprojekte unter Beteiligung ihrer Mitglieder in Zusammenarbeit mit Hochschulen oder wissenschaftlichen Instituten durchführen oder sich an ihnen beteiligen. Diese Studien prüfen die Wirksamkeit der Behandlungsansätze und verbessern die theoretischen wie behandlungstechnischen Kompetenzen der Mitglieder und regen Diskussionen in den Fachgesellschaften an.

Maßnahmen zur gegenstandsadäquaten Umsetzung der Verpflichtung zur Qualitätssicherung in der Psychotherapie ( PT-RL § 28, Abs. 2 ), insbesondere zur Darstellung der Prozess– und Ergebnisqualität, werden in den Fachgesellschaften seit einiger Zeit erarbeitet und auch in Arbeitsgruppen erprobt (z.B. unter Zuhilfenahme der OPD/Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik).

## **B Beantwortung der Fragen des Gemeinsamen Bundesausschusses für die Prüfung der Richtlinienverfahren gemäß §§ 13-15 der Psychotherapie-Richtlinie: Psychoanalytisch begründete Verfahren**

### **Frage 1: Welche Techniken und Methoden sehen Sie als Bestandteil des in der Richtlinie definierten Verfahrens?**

Psychoanalytisch begründete Psychotherapien „stellen Formen einer ätiologisch orientierten Psychotherapie dar, welche die unbewusste Psychodynamik neurotischer Störungen mit psychischer oder somatischer Symptomatik zum Gegenstand der Behandlung machen.“ (§14 Abs. 1 der Psychotherapie-Richtlinie)

Zur therapeutischen Bearbeitung der die jeweiligen Störungen bedingenden und aufrechterhaltenden psychischen Prozesse und Strukturen verfügen psychoanalytisch begründete Psychotherapien über ein breites Spektrum von Techniken und Methoden.

Diese Techniken und Methoden finden innerhalb eines definierten therapeutischen Rahmens Anwendung, der durch drei Elemente wesentlich konstituiert wird:

- ♣ einen physikalischen Raum (Ort), in dem die Therapie durchgeführt wird;
- ♣ ein Setting, das unter Berücksichtigung der beiderseitigen Möglichkeiten von Patient und Therapeut vereinbart wird und Aspekte des Verfahrens, der Form und ggf. der Methode der Therapie, der Sitzungsfrequenz, der konkreten Zeiten der Sitzungen, der voraussichtlichen Dauer sowie Absprachen über Liegen oder Sitzen, beinhaltet;
- ♣ die therapeutische Haltung des psychoanalytisch begründet arbeitenden Therapeuten: Eine freundliche und fördernde Grundhaltung, Abstinenz, Anonymität, Neutralität, Überprüfung der Äußerungen des Patientin auf ihre

unbewusste Bedeutung hin auch dann, wenn der Therapeut persönlich angesprochen wird.

Die konstante und stabile Bereitstellung dieser therapeutischen Rahmenbedingungen vermittelt dem Patienten ein Gefühl der Verlässlichkeit und Kontinuität als Voraussetzung dafür, sich auf den Behandlungsprozess einzulassen.

## 1.1 Techniken

Die wichtigsten technischen Elemente psychoanalytisch begründeter Psychotherapien sind die Herstellung einer hilfreichen therapeutischen Beziehung, die Vermittlung einer Einsicht in die unbewussten Hintergründe von Symptomatik, Erleben und Handeln eines Patienten sowie die Entwicklungsförderung für unzureichend aufgebaute strukturelle Funktionen (siehe oben Kap. A 1.5 dieser Stellungnahme).

Neben den auch in anderen Psychotherapieverfahren bedeutsamen Aspekten wie Arbeitsbündnis und Realbeziehung, stellt die systematische Nutzung der zunächst unbewussten Übertragungs- und Gegenübertragungsaspekte der therapeutischen Beziehung ein Spezifikum psychoanalytisch begründeter Psychotherapie dar. Diese Nutzung variiert auf einer Skala zwischen einfacher Beachtung von Übertragungs- und Gegenübertragungsaspekten, anhaltender Arbeit in der Übertragung und deren expliziter Bearbeitung durch aufdeckende Techniken.

Die aufdeckenden, Einsicht in unbewusste Hintergründe vermittelnden Techniken werden unter dem Begriff der Deutungsarbeit zusammengefasst. Die technische Grundregel der freien Assoziation für den Patienten (spontane Einfälle in der Behandlung so offen wie möglich mitteilen) sowie auf Seiten des Therapeuten die technische Grundhaltung der gleichschwebenden Aufmerksamkeit (Mitteilungen des Patienten möglichst ohne eine Vorauswahl aufnehmen) zusammen unterstützen den Einsicht fördernden Prozess. Zur Deutungsarbeit zählen Verstehens- und Interventionstechniken wie szenisches Verstehen, deutendes (Nach-)Fragen, Klarifikation, Konfrontation, Deutung, Rekonstruktion und Konstruktion. Klarifikation ist ein Vorgehen, bei dem ein Problem oder Konflikt durch Fragen und Erarbeitung

mit dem Patienten möglichst genau erfasst und abgegrenzt wird. Die Konfrontation stellt dem Patienten Widersprüche in seinen Mitteilungen, Widersprüche zwischen seinen verbalen Aussagen und etwa seinem gestischen, szenischen oder affektiven Ausdruck sowie Widersprüche zwischen seinen Vorstellungen und Wünschen einerseits und Aspekten der Realität andererseits vor Augen. Die Deutung benennt dem Patienten einen Aspekt seines unbewussten Seelenlebens; sie kann auf unbewusste Wünsche oder Affekte, auf einen Widerstand, auf die Übertragung oder auf einen anderen unbewussten Aspekt zielen und stellt eine Verbindung zwischen diesen unbewussten Aspekten und aktuellen Erlebens- und Verhaltensweisen her. Die Konstruktion ist die Zusammenfassung von mehreren Erkenntnissen, die in einem Behandlungsabschnitt gewonnen worden sind, zu einem Verständnis herstellenden größeren Zusammenhang. Deutungsarbeit kann auf aktuelle Außenbeziehungen und -konflikte, vergangene Lebens- und Erlebenskonstellationen, auf die therapeutische Beziehung sowie auf Abwehr und Widerstand angewendet werden.

In der Behandlung von strukturell gestörten Patienten haben sich weitere Interventionstechniken entwickelt, die oben (Kap. A 1.5 dieser Stellungnahme) in strukturstabilisierend und strukturdynamisch unterschieden wurden. Beim strukturstabilisierenden Vorgehen überwiegen supportive Techniken, bei denen sich der Therapeut aktiv als „Hilfs-Ich“ zur Verfügung stellt und eher direktiv, abwehrstärkend und bewältigungsorientiert interveniert. Bei den strukturdynamischen Vorgehensweisen steht das Verstehen der mit den strukturellen Aspekten verbundenen innerseelischen Dynamik stärker im Vordergrund, in dem Sinne, dass hier dem Handeln und Erleben des Patienten eine innerpsychische Regulierungsfunktion zugesprochen wird, die es gemeinsam mit dem Patienten zu verstehen gilt. Dies kann durch Fokussierung auf Manifestationen innerhalb der therapeutischen Beziehung oder auch innerhalb von Außenbeziehungen geschehen. Die Techniken fokussieren auf das Wahrnehmen und Verstehen von Affekten und Handlungen und ihrer innerpsychischen Hintergründe inklusive der interpersonellen Auslösung, so dass die Entstehung von integrierten Selbst- und Objektrepräsentanzen sowie stabilen Verknüpfungen von Handlungen mit innerpsychischen Bedeutungen gefördert werden.

Elemente des Settings wie die Frequenz, die verabredete voraussichtliche Dauer sowie die Frage, ob der Patient sitzt oder liegt haben ebenfalls eine technische Bedeutung: Bei relativ rigider innerer Konflikt-Abwehr-Dynamik sowie bei ausreichender Verfügbarkeit über strukturelle Funktionen unterstützen eine höhere Frequenz (drei Sitzungen pro Woche, in besonders begründeten Fällen phasenweise auch vier Sitzungen) und das liegende Setting sowie eine zurückhaltende Technik die Förderung und Intensivierung regressiver Prozesse innerhalb der therapeutischen Beziehung. Bei stark ausgeprägter struktureller Vulnerabilität, insbesondere wenn verbunden mit der Neigung zu maligner Regression, erleichtern sitzendes Setting, i. d. R. niedrigere Stundenfrequenz und die aktivere Technik eine stabilisierende Handhabung regressiver Prozesse.

Meist ist es erforderlich, ein strukturell bedingtes Problem oder einen Konflikt mehrfach aufzugreifen und auch zu bearbeiten. Dieser Vorgang der mehrfachen Bearbeitung, die bei jedem Durchgang neue Aspekte hervorbringt, wird als Durcharbeiten bezeichnet, und ist ein wichtiges technisches Mittel zur Integration und dauerhaften psychischen Verankerung der erzielten Fortschritte.

## **1.2 Methoden**

Die Psychotherapierichtlinien benennen analytische Psychotherapie und tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie als psychoanalytisch begründete Verfahren, sowie weitere Sonderformen, wie Kurztherapie, Fokalthherapie, dynamische Psychotherapie, niederfrequente Therapie in einer längerfristigen, Halt gewährenden therapeutischen Beziehung (siehe Kap. A 2 dieser Stellungnahme).

In den letzten Jahren wurden die psychoanalytisch begründeten Behandlungsstrategien weiterentwickelt und zum Teil in manualisierter Form, mehr oder weniger störungsspezifisch, beschrieben. Nur als Beispiele seien hier genannt:

- ♣ Interaktionelle-psychoanalytische Therapie (Heigl-Evers & Ott 1998)
- ♣ Niederfrequente psychoanalytische Psychotherapie (Dreyer & Schmidt 2008)
- ♣ Strukturbezogene Psychotherapie (Rudolf 2004)
- ♣ Übertragungsfokussierte Psychotherapie (Clarkin et al. 2001) für strukturelle Störungen
- ♣ Übertragungsfokussierte Psychotherapie (Caligor et al. 2009) für Patienten mit neurotischer Persönlichkeitsstruktur
- ♣ Mentalisierungsbasierte Therapie (Bateman & Fonagy 2004)
- ♣ Psychodynamische Traumatherapie (Fischer & Riedesser 1999)
- ♣ Panik-Fokussierte Psychodynamische Psychotherapie (Milrod et al. 1997)
- ♣ Psychodynamische Behandlung der Depression (Busch et al. 2004)
- ♣ Psychodynamische Therapie von Angststörungen (Hoffmann 2008)

### **Literatur:**

- Bateman A. & Fonagy P. (2004) *Psychotherapy for borderline personality disorder – mentalization-based treatment*. Oxford: Other Press.
- Busch F., Rudden M. & Shpairo T. (2004) *Psychodynamic Treatment of Depression*. Arlington: American Psychiatric Pub Inc.
- Caligor E., Kernberg O.F. & Clarkin J. (2009) *Übertragungsfokussierte Psychotheapie bei neurotischer Persönlichkeitsstruktur*. Stuttgart: Schattauer.
- Clarkin J.F., Yeomans F.E., Kernberg O.F. (2001) *Psychotherapie der Borderline-Persönlichkeit*. Stuttgart: Schattauer.
- Dreyer, K.-A., Schmidt, M. G. (Hrsg.) (2008) *Niederfrequente psychoanalytische Psychotherapie. Theorie, Technik, Therapie*. Klett-Cotta Verlag, Stuttgart
- Fischer G. & Riedesser P. (1999) *Lehrbuch der Psychotraumatologie*. 2. Auflage. München: Reinhardt UTB.
- Heigl-Evers & Ott J. (1998) *Die psychoanalytisch-interaktionelle Methode. Theorie und Praxis*. 3. Auflage. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Hoffmann S.O. (2008) *Psychodynamische Therapie von Angststörungen. Einführung und Manual für die kurz- und mittelfristige Therapie*. Stuttgart: Schattauer.
- Milrod, B./Busch, F./Cooper, A./ Shapiro, T. (1997) *Manual of Panic-Focused Psychodynamic Psychotherapy*. American Psychiatric Press.

## **Frage 2: Wie grenzen Sie die analytische Psychotherapie von der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie ab?**

Die Unterschiede von analytischer und tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie betreffen Fragen der Fokussierung und Begrenzung in der therapeutischen Zielsetzung und Intensität der Durcharbeitung. Diese Art der Prozesssteuerung geschieht durch die Modifikation der eingesetzten therapeutischen Techniken, wodurch ein Mehr oder Weniger von regressiven Entwicklungen, ein Mehr oder Weniger an Bearbeitung der Übertragungsbeziehung und Arbeit in der Übertragung, ein Mehr oder Weniger an konkreter Unterstützung und Ressourcenförderung etc. bewirkt wird. Letztlich bewegen sich diese Variationen aber auf Kontinua innerhalb der psychoanalytisch begründeten Behandlungstechniken.

Analytische Psychotherapie bezeichnet jene Behandlungsstrategie, die neben der Bearbeitung aktueller Konfliktthemen und der Zentrierung auf aktuelle Symptome die nachhaltige Modifizierung der darunter liegenden neurotischen Objekt- und Selbstrepräsentanzen und strukturellen Vulnerabilitäten zum Ziel hat, weil diese eine ständig wirksame Disposition für psychische Erkrankungen darstellen. Als ein Charakteristikum analytischer Psychotherapie kann die Arbeit in und mit der Übertragungsbeziehung, d. h. der Übertragung auf den Therapeuten als sog. Binnenübertragung, und die tendenziell stärkere Beachtung und adaptive Handhabung regressiver Prozesse gesehen werden.

Bei den tiefenpsychologisch fundierten Behandlungsstrategien geht es vorrangig um die Bearbeitung aktueller (unbewusster) Konflikte und Manifestationen von Entwicklungsstörungen, die in der aktuellen Lebenssituation, dem alltäglichen sozialen Umfeld und den aktuellen zwischenmenschlichen (interpersonalen) Beziehungen des Patienten auftreten. Die Behandlungsziele sind meist auf die Wiederherstellung und Stabilisierung eines psychischen Gleichgewichts und der damit verbundenen besseren Lebensbewältigung und Symptomreduzierung begrenzt. Die Beziehungsangebote des Therapeuten und die eingesetzten Techniken sind tendenziell eher aktiv-anleitend und unterstützend. Soweit aktualisierte Beziehungsrepräsentanzen im Material des Patienten erscheinen,

werden sie eher in der Außenübertragung, das heißt in aktuellen sozialen Beziehungen, bearbeitet. Die Behandlungstechnik zielt auf die Durcharbeitung der in den aktuellen interpersonellen Konstellationen sich manifestierenden unbewußten intrapsychischen Konflikte und deren Zusammenhang mit Symptomen. Die Therapeuten nutzen dabei auch supportive und psychoedukative Techniken und wechseln zwischen Strukturieren und dem Gewähren von Freiraum; des weiteren verwenden tiefenpsychologisch fundiert arbeitende Therapeuten auch multimodale Zugänge zu psychodynamischen Prozessen inklusive anderer als verbaler Kommunikationsformen, z. B. Imaginationstechniken, Ressourcenmobilisierungen etc.

Analytische Psychotherapie ist indiziert bei einer starken, lebensgeschichtlich entstandenen Verankerung der störungsrelevanten Dispositionen in der Gesamtpersönlichkeit. Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie ist indiziert bei Determinierung der Symptomatik durch umgrenzte aktualisierte (unbewusste) Konflikte bei ansonsten hinreichend flexibler Persönlichkeitsstruktur und/oder durch umgrenzte strukturelle Beeinträchtigungen aufgrund krisenhafter Belastungen. Im Einzelfall sind praktisch immer lebensgeschichtlich verankerte neurotische und/oder strukturelle Dispositionen einerseits sowie aktuelle auslösende Konflikte andererseits an der Krankheitsentstehung beteiligt. Entsprechend dem jeweiligen individuellen Mischungsverhältnis werden die oben dargelegten behandlungsstrategischen und – technischen Möglichkeiten ausgewählt. Dabei bestehen in einem breiten Übergangsbereich Kontinua. Adaptiert an den Einzelfall ist jeweils zu prüfen, ob ihm in diesem Kontinuum am ehesten eine analytische oder tiefenpsychologisch fundierte Behandlung gerecht wird.

### **Literatur:**

Siehe Lit. zu Teil A, Kap. 2

### **Ergänzung:**

Ermann M. (2004) Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie in der Praxis Forum der Psychoanalyse 20, 300-312

Janssen P.L. (2002) Anwendung der Psychoanalyse in der Psychotherapie Psychotherapeut 47, 175-185



Reimer C., Rüger U. (2006) Psychodynamische Psychotherapie. Springer Medizin Verlag. Heidelberg 3. Auflage.

Wöller W, Kruse J. (2005) Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, 2. Auflage Schattauer, Stuttgart

### **Frage 3: Benennen Sie ggf. Studien zum Nutznachweis des Verfahrens in den Anwendungsbereichen der Psychotherapie-Richtlinie gemäß § 22.**

Im Folgenden werden Studien benannt, die einen Nutznachweis von psychoanalytisch begründeter Psychotherapie in den Anwendungsbereichen der Psychotherapie-Richtlinie gemäß § 22 erbringen.

Die Studienauflistung ist einerseits nach Anwendungsbereichen (depressive Störungen, Angststörungen etc.) gegliedert; für jeden Anwendungsbereich werden die Studien zudem getrennt nach Metaanalysen (M), randomisiert kontrollierten Studien (RCTs), naturalistische kontrollierte Studien mit Parallelisierung (NKP)<sup>2</sup> sowie naturalistische Studien ohne Kontrollgruppe (NoKG)<sup>3</sup> aufgeführt.

**Behandlungen:** PbPT = psychoanalytisch begründete Psychotherapie; KVT = kognitive Verhaltenstherapie; SPT = Supportive Psychotherapie; Med = Medikamentöse Behandlung; TAU = treatment as usual; WG = Wartegruppe; KG = Kontrollgruppe.

Bei Vergleichen zwischen verschiedenen Behandlungsstrategien psychoanalytisch begründeter Psychotherapie werden oft psychoanalytisch begründete Langzeit-Psychotherapie (LPbPT) und kurze psychoanalytisch begründete Psychotherapie (KPbPT) gegenübergestellt.

Ergebnisse:  $A > B$  = A ist B überlegen;  $A < B$  = A ist B unterlegen. ES = Effektstärke.

<sup>2</sup> Gemäß Methodenpapier des WBP können sowohl RCTs als auch parallelisierte kontrollierte Studien als Wirkungsnachweis gelten.

<sup>3</sup> „Sofern bei einer Studie keine Kontrollgruppen vorliegen (gegebenenfalls bei methodisch adäquaten Studien mit hoher externer Validität), können ihre Ergebnisse als Wirksamkeitsnachweis gelten, wenn der Therapieeffekt sowohl durch eine signifikante Prä-Post-Veränderung als auch die klinische Bedeutsamkeit der erreichten Veränderung nachgewiesen ist“ (Methodenpapier WBP 2007)

