

# Einleitung

Dieses Buch ist der Auftakt zu einer neuen Reihe mit dem Titel „Praxis der psychodynamischen Psychotherapie – analytische und tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie“. Um zu der empirischen Absicherung von psychodynamischer Psychotherapie beizutragen, sollen innovative wie bewährte störungsbezogene Behandlungsmanuale für die psychotherapeutische Aus-, Fort- und Weiterbildung zugänglich gemacht werden. Die vier Herausgeber der neuen Reihe, allesamt Psychoanalytiker und Hochschullehrer, sind seit vielen Jahren in der Aus- und Weiterbildung von Psychotherapeuten, Psychoanalytikern und Fachärzten tätig und waren an der Erarbeitung wissenschaftlich medizinischer Behandlungsleitlinien beteiligt. Sie untersuchten in wissenschaftlichen Studien zur Wirksamkeit von psychodynamischen Therapieverfahren ein breites Spektrum von psychischen und psychosomatischen Krankheitsbildern (Beutel et al., 2004; Doering et al., zur Publikation eingereicht; Leichsenring et al., 2008; Reich, 2007; Reich et al., 2009; Subic-Wrana et al., 2006).

Neue Reihe

Anstoß für diese Reihe war die Tatsache, dass die empirische Fundierung psychodynamischer Psychotherapien in den letzten Jahren wesentliche Fortschritte gemacht hat, die für Praktiker und Ausbildungskandidaten oft schwer zugänglich sind. Aktuell liegt eine große Zahl störungsbezogener Behandlungsmanuale vor, deren Wirksamkeit in einer Reihe von empirischen Studien gut abgesichert wurde. Diese oft nur im angelsächsischen Bereich publizierten Manuale wollen wir einer breiten Fachöffentlichkeit in einer anwenderfreundlichen und für die deutschsprachige psychotherapeutische Praxis adaptierten Form zugänglich machen. Auch im deutschen Sprachraum werden derzeit psychoanalytische und tiefenpsychologische Verfahren in einer Reihe von kontrollierten randomisierten Studien eingesetzt und systematisch geprüft. Dies gilt beispielsweise im Rahmen des BMBF-Förderverbundes Psychotherapie für die Supportiv-expressive Therapie der Sozialen Phobie (Leichsenring et al., 2008), dies gilt auch für die Panikfokussierte Psychodynamische Psychotherapie, die zur Zeit in einer kontrollierten randomisierten Studie an der Universität Mainz geprüft wird (Subic-Wrana et al., 2006), sowie für eine Reihe weiterer Behandlungsverfahren, die derzeit in Studien an deutschen Universitätskliniken evaluiert werden (z. B. zur Behandlung von Somatisierungsstörung, Essstörungen und Persönlichkeitsstörungen).

Empirische  
Fundierung  
psychodynamischer  
Psychotherapien

Im deutschen Versorgungssystem sind etwa 6% der durch die Krankenkassen finanzierten psychotherapeutischen Behandlungen analy-

**53% psychodynamische Therapien in Deutschland**

tische Psychotherapien, 47 % sind tiefenpsychologische Psychotherapien und die übrigen 47 % sind Verhaltenstherapien (Rüger et al., 2008). Obgleich der größere Teil der durchgeführten Behandlungen damit psychodynamischer Ausrichtung ist, gibt es von psychoanalytischer Seite bislang nur einzelne Publikationen und Monografien zu störungsspezifischen Therapieverfahren (z. B. Clarkin et al., 2001). Eine kompakte, übersichtliche und klinisch wie wissenschaftlich aktuell aufbereitete Reihe zu Störungsbildern, -gruppen und spezifischen psychotherapeutischen Verfahren fehlt bislang für die psychodynamisch orientierte Praxis.

**Bislang unzureichende Systematisierung und Manualisierung psychodynamischer Therapieansätze**

Dass Manuale aus psychoanalytischer oder tiefenpsychologischer Sicht gegenüber verhaltenstherapeutischen Behandlungsmanualen weniger Verbreitung gefunden haben, hängt nicht zuletzt mit den Störungs- und Behandlungsmodellen der Psychoanalyse zusammen, die weniger störungsspezifische, sondern mehr übergreifende Kategorien (z. B. der psychischen Struktur) zugrunde legen und die individuelle Entwicklung der Übertragungsbeziehung zwischen Therapeut und Patient in den Vordergrund stellen. Parallel hierzu gibt es ein mehr oder weniger explizit formuliertes und tradiertes klinisches Wissen um Behandlungsschwierigkeiten und Interventionsmöglichkeiten bei bestimmten Störungsbildern, das bisher nur unzureichend systematisiert wurde. Das bewährte allgemeine psychotherapeutische Modell gilt es nun explizit um störungsbezogene Merkmale in Diagnostik und Behandlung zu ergänzen. Auf diese Weise lässt sich das diagnostische und behandlingstechnische Repertoire des einzelnen Psychotherapeuten erweitern und dadurch seine Kompetenz vergrößern. Damit wollen wir auch einen Beitrag zur Qualitätssicherung leisten, die sich in der psychotherapeutischen Praxis zunehmend stellt.

**Evidenzbasierte und leitlinienorientierte Behandlungsanforderungen**

Darüber hinaus erweisen sich angesichts der gegenwärtigen, evidenzbasierten und leitlinienorientierten Behandlungsanforderungen störungsspezifische Ansätze für die wissenschaftstheoretische und gesundheitspolitische Akzeptanz der psychodynamischen Psychotherapie einerseits als ein großer Vorteil, etwa wenn es um die Prüfung der empirischen Absicherung dieser Verfahren in den verantwortlichen politischen Gremien (z. B. dem Gemeinsamen Bundesausschuss) in Deutschland geht. Die Bereitstellung störungsspezifischer psychodynamisch orientierter Behandlungsmanualer ist andererseits eine wesentliche Voraussetzung für die Einwerbung von Fördermitteln zur Durchführung anspruchsvoller standardisierter empirischer Studien, die als Bedingung für einen Wirksamkeitsnachweis gelten.

Die neue Reihe „Praxis der psychodynamischen Psychotherapie – analytische und tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie“ soll dazu beitragen, dass die genannten Ziele erreicht werden können, indem störungsbezogene neue und innovative psychodynamische Therapieverfahren für Erwachsene und für Kinder und Jugendliche auf anschauliche und wissenschaftlich fundierte Weise vermittelt werden.

Die Reihe richtet sich an tiefenpsychologisch fundiert arbeitende Psychotherapeuten und Psychoanalytiker, an Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie an Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, an Psychologische Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, an Ärzte mit der Zusatzbezeichnung Psychotherapie sowie an Ausbildungskandidaten, Weiterbildungsteilnehmer und Studierende (Medizin, Psychologie, Pädagogik, Sozialwissenschaften), natürlich auch an interessierte Kolleginnen und Kollegen, die vorwiegend mit anderen Therapieverfahren (z. B. Verhaltenstherapie, Klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie, Systemische Therapie) arbeiten.

Die einzelnen Bände werden jeweils ein bestimmtes psychodynamisches Verfahren für einen spezifischen Störungsbereich vorstellen. Voraussetzung für den Einschluss eines Verfahrens in die Reihe ist, dass zumindest ein empirischer Wirksamkeitsnachweis vorliegt. Im Unterschied zu vielen verhaltenstherapeutischen Manualen liegt der Schwerpunkt nicht auf konkreten und detaillierten Behandlungsschritten und -abfolgen. Vielmehr handelt es sich um Prozessmanuale wie sie für psychodynamische Behandlungsverfahren kennzeichnend sind. Die Schwerpunkte liegen auf der psychodynamischen Diagnostik, auf Übertragungs-/Gegenübertragungsprozessen, auf der therapeutischen Beziehung, auf Abwehr und Widerstand, auf Fokusbildung unter Einbeziehung der Symptomatik und auf der Darstellung von Interventionen, die sich als hilfreich erwiesen haben.

**Prozessmanuale  
störungsspezifischer psychodynamischer  
Behandlungs-  
verfahren**

Dieses Buch, das von den vier Herausgebern der neuen Reihe gemeinsam konzipiert und verfasst wurde, soll in die neue Reihe einführen. Es soll im Geiste der neuen Reihe konzeptuelles und methodisches Grundlagenwissen vermitteln und im Spannungsverhältnis zur psychoanalytischen und psychodynamischen Praxis diskutieren.

**Konzeptueller  
und methodischer  
Grundlagenband**

Im ersten Kapitel werden auf dem Hintergrund ihrer jeweiligen theoretischen Konzepte und Anwendungsbereiche die Entwicklung der psychoanalytischen Behandlungstechnik und die Differenzierung der hauptsächlich psychodynamischen Verfahren dargestellt. Daran anschließend werden spezifische Fragestellungen diskutiert, u. a. störungsorientierte psychoanalytische Therapie, die Fragen nach Technik vs. Beziehung, nach analytischer vs. tiefenpsychologischer Therapien sowie nach Kurz- vs. Langzeittherapie.

Die Grundlagen evidenzbasierter Psychotherapie werden in Kapitel 2 auch unter wissenschaftstheoretischen Überlegungen dargestellt. Die Wirksamkeit von Psychoanalyse wird anhand der vorliegenden Psychotherapiestudien in Kapitel 3.1 diskutiert, dabei wird auch auf Kosten-/Nutzenüberlegungen eingegangen. Kapitel 3.2 präsentiert eine Übersicht zu störungsbezogenen psychodynamischen Psychotherapien. Im vierten Kapitel wird der Einfluss der Therapieforschung auf die klinische Praxis reflektiert. Dabei werden zunächst die Wirkfaktoren von Psychotherapie vorgestellt, bevor anschließend die Bedeutung manualisierter Therapieansätze für die Praxis und die

Psychotherapieausbildung sowie der Prozess der Leitlinienerstellung diskutiert werden. Die Vorzüge und Probleme bei der Manualisierung psychoanalytischer Therapieverfahren werden abgewogen und die Möglichkeiten von Psychotherapeuten zur Teilnahme an Therapiestudien auf der Grundlage der bisherigen Erfahrungen besprochen. Die Zielsetzungen der neuen Reihe präzisiert schließlich Kapitel 5. Darüber hinaus werden Aufbau und Format der Reihe und die Kriterien für den Einschluss bestimmter Therapieverfahren dargestellt.

Mainz, Münster, Gießen und Göttingen, im Juni 2009

*Manfred E. Beutel,  
Stephan Doering,  
Falk Leichsenring und  
Günter Reich*

# 1 Entwicklung von Psychoanalyse und psychoanalytisch begründeten Therapieverfahren

## 1.1 Differenzierungen und Veränderungen der psychoanalytischen Behandlungstechnik

Seit ihren ersten Anwendungen wurde das behandlungstechnische Vorgehen in der Psychoanalyse und später in den analytischen Psychotherapien immer wieder den jeweiligen Störungsbildern, dem Behandlungsprozess und nicht zuletzt den äußeren Lebensumständen von Patienten angepasst. Freud selbst machte hier den Anfang. So formulierte er, „dass die verschiedenen Krankheitsformen, die wir behandeln, nicht durch dieselbe Technik erledigt werden können“ (Freud, 1919, S. 191). Dabei bezog er sich auch auf Patienten, „die so haltlos und existenzunfähig sind, dass man bei ihnen die analytische Beeinflussung mit der erzieherischen vereinigen muss“ (Freud, 1919, S. 190). Freud selbst variierte seine Position zwischen Modifizierung und Kodifizierung, unter anderem aufgrund der in der Frühzeit der Psychoanalyse vorkommenden gravierenden Abstinenzverletzungen sowie der Probleme, die die „wilde Analyse“ für Patienten und den Ruf dieser vielfach angefeindeten neuen Therapie erbrachte.

Gleichzeitig war es ihm ein Anliegen, die Psychoanalyse für bisher nicht erreichte Leidende verfügbar zu machen. „Andererseits lässt sich vorhersehen: Irgend einmal wird das Gewissen der Gesellschaft erwachen und sie mahnen, dass der Arme ein ebensolches Anrecht auf seelische Hilfestellung hat wie bereits jetzt auf lebensrettende chirurgische. Und dass die Neurosen die Volksgesundheit nicht minder bedrohen als die Tuberkulose und ebenso wenig wie diese der ohnmächtigen Fürsorge der Einzelnen aus dem Volke überlassen werden können. Dann werden also Anstalten oder Ordinationsinstitute errichtet werden, an denen psychoanalytisch ausgebildete Ärzte angestellt sind, um die Männer, die sich sonst dem Trunk ergeben würden, die Frauen, die unter der Last der Entsagungen zusammenzubrechen drohen, die Kinder, denen nur die Wahl zwischen Verwilderung und Neurose bevorsteht, durch Analyse widerstands- und leistungsfähig zu erhalten. (...) Es mag lange dauern, bis der Staat diese Pflichten als dringende empfindet (...) aber irgend einmal wird es dazu kommen (...). Wir werden wahrscheinlich auch sehr genötigt sein, in der Massenapplication unserer Therapie das reine Gold der Analyse reichlich mit dem Kupfer der

Verbreiterung  
der Anwendung  
psychoanalytischer  
Therapien

direkten Suggestion zu legieren, und auch die hypnotische Beeinflussung könnte dort wie bei der Behandlung der Kriegsneurotiker wieder eine Stelle finden“ (S. 193).

**Modifikationen  
des psycho-  
analytischen  
Settings und  
der Technik**

Vorschläge zur Modifikation der psychoanalytischen Technik bezogen sich von Beginn an auf folgende Aspekte:

- Eine Verkürzung der Dauer psychoanalytischer Behandlungen, obwohl diese in den 1920er, 1930er und 1940er Jahren oft nicht über ein Jahr hinausgingen. Freuds Hysterie-Behandlungen könnten durchaus als „hochfrequente Kurzzeitanalysen“ bezeichnet werden (Rüger & Reimer, 2006a, S. 4).
- Eine Intensivierung des psychoanalytischen Prozesses.
- Eine Erweiterung auf bisher nicht oder nur unzureichend behandelbare oder behandelte Patientengruppen, z. B. auf die Behandlung älterer Patienten (Abraham, 1919).

Dabei spielten folgende Aspekte, die im Weiteren detaillierter behandelt werden, eine wesentliche Rolle:

- Die Einführung von Verhaltensaufforderungen, die die spezifische Abwehr, z. B. das Vermeiden bei Angstneurotikern, direkt angehen sollte.
- Die zunehmende Berücksichtigung der Ich-Struktur und deren Störungen sowohl bei den „klassischen Übertragungsneurosen“ wie bei anderen Störungsbildern mit „Ich-Schwächen“.
- Die Erfahrung, dass hauptsächlich durch Aktualkonflikte (d. h. nicht durch langfristige neurotische Entwicklungen) bedingte Störungen in kürzeren Therapien behandelt werden konnten.
- Die zunehmende Berücksichtigung der Interaktionsmuster von Patienten innerhalb wie außerhalb der therapeutischen Beziehung und die Nutzung von deren Bearbeitung für den therapeutischen Prozess.

Modifikationen der psychoanalytischen Technik waren lange Zeit mit dem Verdikt der „Dissidenz“ versehen. Cremerius (1984c) zeigt auf, dass Freud selbst in seiner Behandlungstechnik „dissident“ war, als viele seiner engeren Schüler und Nachfolger. Die Entwicklung der Psychoanalyse zeigt, dass Konzepte und technische Überlegungen, die zunächst als „dissident“ galten, im Verlaufe der Zeit zumindest partiell Eingang in den psychoanalytischen „mainstream“ fanden. Dies gilt für Alexanders und Frenchs „korrigierende emotionale Erfahrung“ ebenso wie für Kohuts Konzept des Selbstobjekts (vgl. auch Mertens, 1990; Thomä & Kächele, 2006). Kaum jemand wird heute ernsthaft bestreiten, dass eine gelungene psychoanalytisch begründete Psychotherapie *auch* eine verändernde emotionale Erfahrung und oft auch eine neue Selbstobjekt-Erfahrung ist. Beispielsweise ist das bei wirksamen Therapien beim Patienten vorhandene oder zunehmende Gefühl von Sicherheit eine solche notwendige Erfahrung mit einem bedeutenden anderen (vgl. auch Thomä & Kächele, 2006, S. 358). Erhellend ist in diesem Zusammenhang auch das Schicksal der Bindungstheorie, der hieraus folgenden Bewertung der äußeren Beziehungsrealität sowie deren

**Eingliederung  
von Modifizie-  
rungen in den  
„mainstream“**

Verarbeitung und die mit diesem Ansatz verbundenen therapeutischen Konsequenzen. Obwohl empirisch und konzeptuell überaus fruchtbar, wurde das Konzept Bowlbys (1960) zunächst von prominenten Psychoanalytikern zurückgewiesen (Anna Freud, Max Schur, René Spitz: alle 1960) und über Jahrzehnte kaum zur Kenntnis genommen, so dass sich die Weiterentwicklung der Bindungstheorie und -forschung außerhalb der psychoanalytischen Gemeinschaft vollzog. Heute ist sie jedoch, nicht zuletzt durch die Beiträge Fonagys (2003, 2004), weitgehend ein integraler Bestandteil psychoanalytischer Entwicklungstheorie geworden. Fonagys Konzept der „Mentalisierung“, das bindungstheoretische Grundlagen hat, wird von vielen Psychoanalytikern und psychodynamisch arbeitenden Therapeuten in ihren Fallkonzeptionen und Behandlungen berücksichtigt. Hieraus hat sich inzwischen eine eigene modifizierte psychoanalytische Therapiemethode schwerer Störungen entwickelt (Bateman & Fonagy 2008).

**Bindungs-  
theorie und  
psychoanaly-  
tische Therapie**

## **1.2 Parameter in der psychoanalytischen Behandlung**

Freud selbst setzte in seinen Behandlungen direkte Elemente ein, etwa die Terminsetzung beim Wolfsmann (1918). Theodor Reik riet er z. B., eine Patientin, bei der sich keine Übertragungsgefühle zeigten, eifersüchtig zu machen, indem er eine andere Patientin besonders herzlich begrüßte. Eduardo Weiß empfahl er eine Unterbrechung der Therapie einer Patientin, um einem Abbruch zuvorzukommen (vgl. Cremerius, 1984b). Hiermit schlug er eine fraktionierte psychoanalytische Behandlung vor.

Aus Unzufriedenheit mit der weitgehend auf Rekonstruktion und Einsicht beruhenden psychoanalytischen Technik entwickelten Ferenczi und Rank (1924) eigene Modifikationen. Ferenczi benutzte in seiner „aktiven Technik“ (1920) Aufforderungen und Verbote, um die Abwehr zu labilisieren und Neuerfahrungen zu ermöglichen. Diese Techniken wurden von ihm wieder zugunsten einer partiellen Befriedigung von Zuwendungswünschen in der Analyse aufgegeben. Ein Beweggrund dabei war, schwerer gestörten Patienten zu helfen, denen mit bisherigen Mitteln nicht geholfen werden konnte. Eine differenzierte Bewertung seiner Verdienste und Irrtümer gibt Cremerius (1984c). Auf ebenso heftige Kritik wie die Arbeiten Ferenczis und Ranks, der die Genese von seelischen Erkrankungen sehr stark auf die Verarbeitung des Geburtstraumas einengte, stießen die Vorschläge von Alexander und French (1946), die ebenfalls die Bedeutung der Beziehung zwischen Therapeut und Patient gegenüber der Einsicht betonten und die Unterschiede zwischen Psychoanalyse und modifizierten Formen in Frage stellten. All diese Ansätze standen im Gegensatz zu einer von Eissler (1958) wohl eher defensiv formulierten „normativen Idealtechnik“, in der die Deutung zur einzigen bzw. einzig bedeutsamen Technik erhoben wurde (Thomä & Kächele, 2006). Hierdurch wiederum wurde der Kreis der psychoanaly-

**Ferenczis  
„aktive  
Technik“**

**„Normative  
Idealtechnik“**

tisch behandelbaren Patienten erheblich eingeschränkt. Technische Veränderungen galten nunmehr als „Parameter“, die in einer psychoanalytischen Therapie zurückgenommen und durch Deutung aufgehoben werden sollten. Damit wurde konzeptuell ein tiefer Graben zwischen der Psychoanalyse einerseits und den modifizierten Anwendungen andererseits (analytische Psychotherapie, psychodynamische Psychotherapie) aufgehoben.

**Der aktive  
Beitrag des  
Therapeuten**

Schon vorher erschienen technische Veränderungen durch die Gold-Kupfer-Metapher (Freud, 1919) als qualitativ geringwertiger. Erst die Entwicklungen der letzten 20 Jahre, insbesondere die Ergebnisse psychodynamischer Therapien in der vergleichenden Psychotherapieforschung scheinen an diesem Bild etwas zu verändern. Dabei ist auch der aktive Beitrag des Therapeuten zur Entwicklung der therapeutischen Beziehung, der Übertragung und des Behandlungsverlaufes wieder stärker in den Vordergrund der Betrachtung gerückt. „Jedes Phänomen, das in der psychoanalytischen Situation spürbar oder beobachtbar ist, wird vom Psychoanalytiker beeinflusst“ (Thomä & Kächele, 2006, S. 9).

**Die Entwicklung der psychoanalytischen und der psychodynamischen Therapien wurde insbesondere durch folgende Faktoren beeinflusst:**

1. Die Entwicklung der Ich-Psychologie, die ein breiteres Krankheitsverständnis und einen spezifischen und differenzierten Zugang zu schwerer und auch leichter gestörten Patientengruppen ermöglichte.
2. Hieraus folgend auch die zunehmende Beachtung kognitiver und regulativer Funktionen bei verschiedenen Störungen.
3. Die Beachtung der Über-Ich-Funktionen.
4. Die zunehmende Berücksichtigung typischer Interaktionsmuster bei speziellen Störungsbildern in der Übertragung sowie in den außertherapeutischen Beziehungen, also die zunehmende Bedeutung der interaktionellen und interpersonellen Perspektive.
5. Die Einflüsse der Objektbeziehungstheorie, der Selbstpsychologie und zuletzt der Säuglings- und Kleinkindforschung sowie der Bindungstheorie.

### **1.3 Der Einfluss der Ich-Psychologie**

#### ***Der Beitrag Otto Fenichels***

Ein wesentlicher Grund zur Entwicklung von Modifikationen in der Technik der psychoanalytischen Behandlungen liegt in der Einschätzung der „Stärke“ bzw. „Beschaffenheit“ des Ichs. In seiner Arbeit „Ich-Störungen und ihre

Behandlung“ (1938) unterscheidet Fenichel zwei Formen der frühen Konfliktbewältigung. Eine, in der das Subjekt „die Angst und das Symptom sofort nach ihrem ersten Erscheinen durch fortgesetzte Verdrängung ausgeschaltet hat – eine Verdrängung, die dann in der Übertragungssituation durchbrochen wird“ – und eine andere, bei der „das Ich das Symptom in sich selbst aufnimmt und so seine eigene Natur verändert“ (a. a. O., S. 129). Auch wenn Fenichel in dieser Arbeit weitgehend triebtheoretisch-ökonomisch argumentiert, weist er im Folgenden darauf hin, dass ein wie skizziert verändertes Ich in der Behandlung nicht so mitarbeitet, wie es psychoanalytische Therapie eigentlich voraussetzt („Die analytische Behandlung vertraut auf die Mitarbeit des vernünftigen Ichs ...“, a. a. O., S. 131). Die Arbeit an der Ich-Störung gewinnt Vorrang. In den Fällen, in denen der „gesunde Rest der Persönlichkeit“ fehlt, „muss er durch eine pädagogische Vorbereitungsphase geschaffen werden“ (a. a. O., S. 132). Daher empfiehlt er auch Abweichungen von der Regel, dass der Patient den Gegenstand der Sitzung bestimme. Durch „dynamische Deutung“ müssten auch die Dinge angesprochen werden, die der Patient spontan nicht erwähnt und die „unfreiwillig zutage treten“ (a. a. O., S. 134).

**Modifikationen  
gemäß der  
Ich-Struktur**

Dass psychoanalytische Therapie die Besonderheiten der Ich-Struktur berücksichtigen muss, skizziert er z. B. an den Zwangsneurosen, bei denen das Ich unter anderem dem magischen Denken verhaftet bleibt, und bei denen zunächst die Affektisolierung bearbeitet sein muss, bevor inhaltliche Deutungen wirksam werden können (Fenichel, 1982). Modifikationen der psychoanalytischen Technik beschreibt er auch für Impulsneurosen und Süchte. Diese erfordern eine erhöhte Aktivität des Therapeuten wegen der Spannungsintoleranz und der Neigung zum Ausagieren bei diesen Patienten.

### ***Der Beitrag Paul Federns***

Federn entwickelt ein vom Freudschen Ich-Begriff z. T. abweichendes Konzept, das eher am Ich-Erleben orientiert ist. Das Ich ist für ihn die „Empfindung und das Wissen des Individuums von der dauernden oder wieder hergestellten Kontinuität in Zeit, Raum und Kausalität, seines körperlichen und seelischen Daseins.“ (Weiss, 1978, S. 16). Heute würde hier wohl eher vom Selbst gesprochen werden. Auf der anderen Seite sind mit seinem Ich-Begriff durchaus auch die funktionellen Leistungen angesprochen, auf die Freud sowie die späteren Ich-Psychologen abzielen. Federn widmete sich insbesondere der Behandlung von Psychosen, präpsychotischer und psychoseähnlicher Entwicklungen und formulierte hierbei einige Prinzipien, die auch heute noch in der Behandlung schwerer seelischer Störungen (siehe z. B. den folgenden Abschnitt) Anwendung finden. Psychose stellt einen Zusammenbruch, ein Erliegen des Ichs dar. „Die Psychose selbst ist keine Abwehr, sondern eine Niederlage“ (Federn, 1949, S. 175). Von daher muss der Psychotiker angehalten werden, mit seiner psychischen Energie

**Psychose als  
Zusammen-  
bruch des Ichs**

sparsam umzugehen, das Ich nicht weiter zu überfordern. Die Behandlung soll nicht neues unbewusstes Material zu Tage fördern, wie bei den Neurotikern. Im Gegenteil: gegen das Anfluten von Primärprozesshaftem müssen Widerstände und Abwehr gestärkt werden, damit das Ich wieder „arbeitsfähig“ werden kann. Nur die positive Übertragung ist in der Behandlung dieser Patienten von Nutzen. Sie soll nicht gedeutet werden. Negative Übertragung muss vermieden werden. Dem Psychotiker ist bei der Bewältigung der Probleme der äußeren Lebensrealität, der Unterscheidung zwischen der eigenen Person und der Außenwelt, der Wahrnehmung und der Projektion zu helfen. Die psychotischen und irrationalen Konflikte sind auf die zugrunde liegenden objektiven Konflikte zurückzuführen. Dabei muss das Setting flexibel gehalten werden. Der Therapeut muss auch außerhalb der festgesetzten Stunden zur Verfügung stehen. Er muss vor allem glaubwürdig sein. Probleme des Patienten sollten mit anderen nur in dessen Beisein besprochen werden. Dabei sind Angehörige durchaus in die Behandlung mit einzubeziehen (Federn, 1947; Weiss, 1978).

### ***Ich-psychologisch orientierte Psychotherapie nach Gertrude Blanck und Rubin Blanck***

Aufbauend auf den entwicklungspsychologischen Hypothesen und Erkenntnissen von Spitz, Jacobson und Mahler sowie den Theorien von Hartman, Kris und Loewenstein entwickelten Gertrude und Rubin Blanck (1985) Vorschläge zur Behandlung schwer gestörter und häufig auch unmotivierter Patienten. In ihrer deskriptiven Entwicklungsdiagnose versuchen sie, die jeweils erreichte Entwicklungsstufe in der Selbstobjekt-Differenzierung und der „Ich-Reifung“ zu erfassen, wobei z. B. das Niveau der Angst und die Angsttoleranz eine zentrale Rolle spielen. „Bei schwächer strukturierten Persönlichkeiten liegt das technische Problem daher nicht darin, das Unbewusste bewusst zu machen, sondern das Ich zum Umgang mit den Trieben zu befähigen, indem Libido und Aggression neutralisiert und dadurch für den Aufbau höherer Objektbeziehungen verfügbar werden“ (Blanck & Blanck, 1985, S. 131). „Die Faustregel lautet hier, dass Abstinenz und Deutung des Wunsches in Ordnung sind, wenn zuviel Befriedigung angeboten wurde; wo die Deprivation zu stark war, ist ein gewisses Maß an Befriedigung angezeigt“ (S. 163). „Die Befriedigung darf aber niemals so weit gehen, dass eine Fixierung an die Therapie die Folge ist. Sie muss stets symbolischer Art sein ...“ (S. 164).

#### **Therapeutische Maßnahmen nach Blanck und Blanck:**

1. Ich-Stützung: Dem Patienten sind konkret die Bereiche, Erlebensweisen und Handlungen aufzuzeigen, in denen seine Ich-Entwicklung die höchste Stufe erreicht hat. Der Patient soll hierdurch seine

- Stärken (heute würden wir sagen: Ressourcen) kennenlernen. „Initiative, Realitätsprüfung, Neugier und Wissensdrang, Mut zum Widerspruch können dort wieder aufgenommen werden, wo die Entwicklung zum Stillstand kam, als die Ausübung dieser Ich-Funktionen in der Kindheit entmutigt wurde und scheiterte“ (S. 418).
2. Stärkung der Abwehrfunktion des Ichs. Insbesondere ist es therapeutisches Ziel, „das Ich zu befähigen, Angst zu tolerieren und damit fertig zu werden, und sie, wenn möglich, auf die Ebene der Signalangst zu heben“ (S. 419). Dem Patienten müsse bei überflutenden Angst erregenden Vorstellungen auch vermittelt werden, dass er „ein Recht auf Besänftigung hat“ (S. 420). Wenn derartige Vorstellungen auftauchen, solle „jede erdenkliche Erleichterung geschaffen“ werden, „etwa durch verstandesmäßige Erklärungen, durch die Lockerung des Drucks allzu strenger Über-Ich-Komponenten, usw. So kann man zum Beispiel dem Erwachen aus einem Angsttraum den Schrecken nehmen, indem man bemerkt: „Zumindest konnten Sie der Angst Herr werden, indem Sie erwachten“ (S. 420).
  3. Verbalisierung macht bis dahin unerwähntes, auch präverbales Material zugänglich, hilft vor allem der Neutralisierung, stärkt somit das Ich.
  4. Ich-Bildung durch Stärkung der synthetischen Funktion des Ichs. Der Patient soll ermutigt werden sein eigenes Verständnis von Erlebens- und Verhaltensweisen zu formulieren, zu „deuten“.
  5. Neutralisierung beider Triebe durch Etablieren eines vorhersehbaren Rhythmus von Befriedigung und Frustration. Dazu muss das therapeutische Klima Vorhersehbarkeit bieten.
  6. Neben neutralisierter Libido muss neutralisierte Aggression eingesetzt werden können, damit Autonomie-Entwicklung stattfinden kann. Ein „zu guter“ Therapeut verhindert Wut, Frustration und deren Bemeisterung.
  7. Konfrontation soll dem beobachtenden Teil des Ichs helfen, „den erlebenden Teil ‚anzuschauen‘ und ihm intrasystemisch entgegenzutreten“ (S. 426).
  8. Verinnerlichungen führen allmählich zu neuen Ich- und Über-Ich-Identifizierungen.
  9. Regulierungen, die vorher nur in der therapeutischen Beziehung möglich waren, werden dabei in die Ich-Struktur aufgenommen.
  10. Die Autonomie ist während der gesamten Behandlung entsprechend den Ich-Fähigkeiten des Patienten und der Entwicklung in der Selbstobjekt-Differenzierung zu schützen und zu fördern.
  11. Kriterien für die Beendigung einer solchen Behandlung sind:
    - a. Erwerb von Identität.
    - b. Linderung der vorgebrachten Beschwerden.
    - c. Erwerb der Fähigkeit zu kompetenter Abwehr (Signalangst statt traumatischer Angst).

- d. Die Objektbeziehungen nähern sich der Objekt Konstanz. „Der Therapeut wird nicht mehr gebraucht, um dem Patienten zu helfen, seine Ich-Funktionen auszuüben“ (S. 437).
- e. Damit sind höhere Ebenen der Verinnerlichung erreicht.
- f. „Das Ich übt seine Funktionen in immer höherem Maße selbst aus und lässt den Therapeuten hinter sich“ (S. 437). Dabei soll die Furcht vor dem Ende der Beziehung bei dieser Patientengruppe als mangelnde Erfahrung mit der Objekt Konstanz verstanden werden.

Auch wenn die zuletzt genannten Kriterien z. T. sehr weit gefasst sind und von daher „schwammig“ wirken, lohnt es sich doch, sich die Überlegungen und Vorschläge des Autoren paares genauer vor Augen zu führen, denn sie finden sich partiell auch in vielen anderen Behandlungsmodifikationen, z. B. was die Internalisierung von Regulierungsfunktionen, die adaptive Funktion der Abwehr und auch die Betonung der Ich-Stärken angeht.

***Ich-Psychologie und interaktionelle Perspektive:  
Die psychoanalytisch-interaktionelle Therapie nach  
Annelise Heigl-Evers und Franz Heigl***

Diese zum guten Teil ebenfalls durch die Ich-Psychologie beeinflusste Behandlungsform entstand wie die eben beschrieben von Blanck und Blanck aus der Arbeit mit schwer gestörten Patienten, mit z. B. Substanzmissbrauch oder -abhängigkeit, Persönlichkeitsstörungen, antisozialem Verhalten oder Perversionen und defizitären Über-Ich-Funktionen (z. B. Forensik).

Diese entwicklungsgestörten Patienten brauchen nicht zu regredieren, damit sich infantile Affekte, Impulse und Beziehungswünsche an der Oberfläche zeigen. Aufgrund der Schwäche der Abwehr sind sie oft schon bewusst, können aber nur schädigend oder selbstschädigend „gehandhabt“ oder „reguliert“ werden.

Das „Prinzip  
Antwort“

In der therapeutischen Beziehung werden hier intrapsychisches Erleben und Interaktion auf einer bewussten Ebene verbunden. Dies geschieht durch die „Antwort“ des Therapeuten, in der dieser dem Patienten als Subjekt mit einer eigenen Realität gegenübertritt und ihm so zu komplementären oder alternativen Sichtweisen des eigenen Erlebens und Verhaltens verhilft.

**Dieser Modus kann folgende Funktionen erfüllen  
(vgl. Streck, 2006):**

1. Die Differenz von Selbst und Objekt wird betont.
2. Die Wirkungen des Verhaltens des Patienten auf andere (hier: Therapeut) und deren Erleben wird selektiv herausgearbeitet.

3. Der Beitrag des Patienten zur Aufrechterhaltung maladaptiver Beziehungsmuster wird auf diese Weise klar aufgezeigt.
4. Der Therapeut zeigt, dass er seine Grenzen beachten und schützen kann. Das reduziert die Angst schwer gestörter Patienten vor heftigen Impulsen und Affekten.

Ähnlich wie in dem Ansatz von Blanck und Blanck übernimmt der Therapeut Hilfs-Ich-Funktionen in folgenden Bereichen (vgl. König, 1993; Streeck, 2006):

Hilfs-Ich-Funktionen des  
Therapeuten

1. *Normative Regulierungen*: Es wird aufgezeigt, welche Folgen bestimmte normative Regulierungen, z. B. in Gruppen, haben. Zudem wird eine gewisse Modellfunktion im Verhandeln von Normen übernommen.
2. *Regulierung interpersoneller Beziehungen*: Mögliche Wirkungen des eigenen Verhaltens auf andere werden aufgezeigt. Patienten mit schweren Störungen fehlen hier oft realistische Einschätzungsmöglichkeiten.
3. *Hilfe beim Verstehen von Affekten*, die nicht benannt werden können.
4. *Hilfe bei der Differenzierung von Affekten* („Affektklarifizierung“), die nur global, undeutlich oder auf körperlicher Ebene empfunden werden können.
5. *Hinweise auf Defizite in Ich-Funktionen* und Anregung von Patienten, sich mit diesen auseinanderzusetzen.
6. *Unterstützung der Regulierungsfunktion* bei entsprechenden Problemen.

Im Gegensatz zu der Technik Kernbergs (s. u.) werden hier Spaltungen nicht gedeutet. Verkennungen werden auch durch Information aufgezeigt. Widerstandsdeutungen beziehen sich auf Bewusstes, aber Verschwiegene, nicht auf Unbewusstes (König, 1993).

Diese Behandlungsmethode setzt eine klare Beziehungsdiagnose sowie Klarheit über gestörte Ich-Funktionen, die unbedingt verbessert werden müssen, voraus. Die „selektive Authentizität“ lässt sich u. U. nicht immer gut mit der Echtheit des Therapeuten und/oder therapeutischer Zweckmäßigkeit vereinbaren. Interventionen haben dabei manchmal etwas Ritualisiertes mit der eventuellen Gefahr des Stereotypen (König, 1993). Ähnliche Bedenken können auch für die Methode von Blanck und Blanck geltend gemacht werden.

### ***Strukturbezogene Psychotherapie nach Gerd Rudolf***

Ähnlich wie die oben skizzierten Ansätze von Blanck und Blanck und Heigl-Evers und Heigl zielt der Strukturbezogene Ansatz von Rudolf (2004) auf Patienten, die basale Ich-Fähigkeiten nicht erworben haben und deren Pathologie nicht (primär) Konflikt bedingt ist, wobei die strukturelle Störung