

PSYCHOANALYSE

Entwicklungen in der Analytischen Psychotherapie

Vielfalt in ihren Anwendungen und
Vielfalt in der Forschung

von Aribert Muhs, Karlsruhe

2017

Entwicklungen in der Analytischen Psychotherapie

Vielfalt in ihren Anwendungen und
Vielfalt in der Forschung

von
Aribert Muhs
aus Karlsruhe

2017

Leseprobe

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	11
Einleitung	14
1 Einzeltherapie	16
1.1 Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	16
1.2 Kurzzeittherapie	17
1.3 Psychoanalyse	18
1.4 Modifikationen einer analytischen Psychotherapie	21
2 Analytische Kinder-Jugendlichen Therapie	23
2.1 Kinderpsychotherapie	24
2.2 Jugendlichenpsychotherapie	25
2.3 Psychodiagnostik	25
2.4 Elterngespräche	26
3 Gruppentherapie	27
3.1 Psychoanalytisch-interaktionelle Gruppenpsychotherapie	27
3.2 Tiefenpsychologisch fundierte Gruppenpsychotherapie	28
3.3 Gruppenanalyse	28
3.4 Kinder-, Jugendlichengruppenpsychotherapie	29
4 Weitere Therapieformen	30
4.1 Psychoanalytische Paartherapie	30
4.2 Psychoanalytische Familientherapie	32
4.3 Psychoanalytische Babyambulanz	34
4.4 Psychoanalytische Säuglings-Kleinkind-Eltern- Psychotherapie	34
4.5 Psychoanalytische Schmerztherapie	35
4.6 Psychoonkologie	35
4.7 Psychosomatische Medizin	36
4.7.1 Psychosomatische Grundversorgung	38
4.8 Konsiliardienst, Liaisondienst	39
4.9 Alternspsychotherapie	39
4.10 Psychiatrische Behandlung	41
4.10.1 Niederfrequente Therapie	41
4.10.2 Mentalisierungsbasierte Therapie	42

4.10.3	Borderline-Therapie	43
4.10.4	Psychoanalytische Suchttherapie	43
4.11	Traumatherapie	44
4.12	Stationäre Psychotherapie	45
4.13	Rehabilitation	46
5	Supervision, Selbsterfahrung, Beratung, Genehmigung, Versorgung	48
5.1	Einzel-supervision	48
5.2	Gruppensupervision	50
5.2.1	Analytische Supervisionsgruppen	51
5.2.2	Balintgruppe	52
5.2.3	Fokalgruppen	53
5.2.4	Intervisionsgruppen	53
5.2.5	Themenzentrierte Interaktion	54
5.3	Selbsterfahrung	54
5.3.1	Lehranalyse	54
5.3.2	Großgruppe	57
5.3.3	Psychoanalytische Weiterbildung	57
5.4	Beratung	59
5.4.1	Psychoanalytische Organisationsberatung	59
5.4.2	Counseling Psychology	61
5.5	Genehmigungsverfahren	62
5.5.1	Gesetzlichversicherte Patienten	62
5.5.2	Privatversicherte Patienten	63
5.6	Versorgungssituation	64
5.7	Telemedizin	66
6	Psychoanalytische Theorie, Fallbeispiele	69
6.1	Psychoanalytische Theorie	69
6.1	Psychoanalytische Methode anhand der Deutungen	71
6.1.1	Konzepte hinter den Deutungen	71
6.1.2	Übertragungsdeutung	72
6.1.3	Zutreffende Übertragungsdeutung	74
6.1.4	Strukturell bedingte Einschränkungen	74
6.1.5	Konzept der ungesättigten und gesättigten Deutungen	75
6.1.6	Diskussion um die Frequenz	76
6.2	Erwachsenenpsychotherapie	78
6.2.1	Focus	78
6.2.1.1	Konfliktfocus	78
6.2.1.2	Strukturfocus	80
6.2.1.3	Beziehungsfocus	80
6.2.2	Indikationen analytischer, modifizierter analytischer und tiefenpsychologisch-fundierter Therapie	82
6.2.3	Exkurs: Therapieerfolg	83
6.2.4	Beispiel	84
6.2.4.1	Strukturniveau, Beispiel 1 bis 5: ängstlicher	

	Student, Ingenieur mit Berufsproblemen, ritzende Praktikantin, undurchsichtiger Geschäftsmann, Rambo	84
6.2.4.2	Beziehungskonflikte, Beispiel 6 bis 13: Disfunktionalität, Depression, Selbstwert- erleben, Entwertung, Ansprüchlichkeit, Stärke, Verlassen werden, Ausgenutzt-werden, Eifersucht	88
6.2.4.3	Neurotische Konflikte, Beispiel 14 bis 18: Verbitterung, Ablösung, Krebserkrankung, schlimme Kindheit, depressiver Sohn und Mutter	88
6.2.4.4	Strukturstörung, Vulnerabilität, Beispiel 19 bis 24: Borderline, psychosomatische Störung, Vulnerabilität, Intrigant, wahnhafte Störung, Perversion	99
6.2.4.5	Besonderheiten: Beispiel 25 bis 29: Verweigerer, Diskretionsprobleme, negativ-therapeutische Reaktion, Psychopharmaka, komplizierte Übertragungs-Gegenübertragungs- Konstellation	107
6.2.4.6	Fallverläufe: Beispiel 30 bis 40: Child survivor, Besatzungskind, Scheidungskind, Eifersucht, Pflegefamilie, behindertes Geschwister, psychisch kranker Elternteil, innerfamiliäres Tötungsdelikt Idealisierung, Migrantin	116
	Exkurs: Beeinträchtigungsschwere, BSS	118
	Exkurs: Biographie-Rating nach Achse V	119
6.2.4.7	Suchttherapie	171
6.3	Kinder-Jugendlichen-Psychotherapie	179
6.3.1	Diagnostik	179
6.3.1.1	Struktur des Kindes	180
6.3.1.2	Konflikte des Kleinkindes, Kindes, Jugendlichen	184
	Exkurs: Spiel	189
6.3.2	Synopsis einer Säuglings-Kleinkind-Eltern- Psychotherapie	191
6.4	Gruppentherapie	193
6.5	Exkurs: Traum in der Psychoanalyse	195
6.6	Exkurs: Besonderheiten der anderen Psychoanalytischen Schulen	197
7	Forschung	200
7.1	Textanalyse	201
7.1.1	Computerunterstützte Inhaltsanalyse	201
7.1.2	Textanalyse mit Skalierungen	204
7.1.3	Narrativ, Fallberichte	207
7.1.3.1	Fallgeschichte	207

	7.1.3.2 Therapieanträge	210
	7.1.3.3 Narrativ-Forschung	212
7.2	Affektforschung	213
	7.2.1 Affekte im Entwicklungsprozess	213
	7.2.2 Affekte im Therapieprozess	214
	7.2.3 Konfliktverarbeitung	215
	7.2.4 Erfolgsmessung	217
	7.2.5 Therapeutische Fehler	218
7.3	Traumforschung	219
	7.3.1 Neurophysiologie	219
	7.3.2 Träume als Gedächtniskonsolidierung und Problemlösung	220
	7.3.3 Empirische Arbeiten	221
	7.3.3.1 Tagesgeschehen und Träume	221
	7.3.3.2 Traumforschung zur Funktion von UBW, VBW und Bewusstsein	222
7.4	Säuglingsforschung	223
7.5	Bindungsforschung	225
7.6	Besondere Konstellationen in der Kindheit	227
	7.6.1 Kinder alleinerziehender Mütter	227
	7.6.1.1 Väterverlust in der Kriegsgeneration	227
	7.6.1.2 Kriegsgeneration	228
	7.6.1.3 Rolle des Vaters in der Entwicklung	230
	7.6.1.4 Alleinerziehende Mutter	231
	7.6.2 Tötungsdelikt in der Familie	232
	7.6.3 Migration	235
	7.6.3.1 Migranten der ersten Generation	235
	7.6.3.2 Migranten der zweiten Generation	238
	7.6.4 Kinder aus binationalen Ehen	239
	7.6.5 Kinder aus lesbischen Ehen	242
7.7	Mentalisieren	242
7.8	Neuropsychanalyse	244
	7.8.1 Patienten mit hirnorganischen Funktionsstörungen	244
	7.8.2 Neuroanatomie des psychischen Apparates	246
	7.8.3 Spiegelneurone	247
	7.8.3.1 Spiegelneurone bei eigenen Handlungen	248
	7.8.3.2 Spiegelneurone in der Beziehung	248
	7.8.3.3 Steuerung der Spiegelneurone	249
	7.8.3.4 Spiegelneurone bei Säuglingen und Kleinkindern	249
	7.8.3.5 Spiegelneurone bei Autismus	250
	7.8.3.6 Spiegelneurone bei Ausgrenzung	250
	7.8.3.7 Embodiment	250
	7.8.3.8 Spiegelneurone und Psychotherapie	251
7.9	Genetik	252
7.10	Zwillingsforschung	253
	7.10.1 Methodik	253
	7.10.2 Diskordanzanalyse	253
	7.10.3 Zwei-Komponenten-Modell	254

7.10.4	Konkordanzen anderer samples	257
7.10.5	Drei-Komponenten-Modell im Verlauf	259
7.10.6	Exkurs:Adoptivstudien	260
7.11	Komorbidität	253
7.12	Kinderjugendpsychiatrie und Verlaufsforschung	263
7.12.1	Risiko-, Belastungs- und protektive Faktoren	264
7.12.2	Verlaufsformen	264
7.12.3	Prognose	265
7.13	Psychopharmakaforschung	266
7.14	Altersforschung	268
7.15	Klinische Psychologie, Medizinische Psychologie	270
7.15.1	Subjektive Krankheitsmodelle	270
7.15.2	Arzt-Patient-Interaktion	272
7.15.3	Psychotherapieakzeptanz	277
7.15.3.1	Behandlungsbedarf	277
7.15.3.2	Therapiemotivation, Therapieabbrüche	277
7.15.3.3	Forschungsergebnisse	278
7.15.4	Schnittstellenproblematik beim Wechsel des Therapeuten	282
7.15.4.1	Reportingsysteme	282
7.15.4.2	Fehlerprojekte	282
7.15.4.3	Schnittstelle Psychotherapie	282
7.16	Diagnostik	285
7.17	Epidemiologie	289
7.17.1	Häufigkeiten psychogener Erkrankungen	289
7.17.2	Spezielle Fragestellungen	289
7.18	Ergebnisstudien zu Langzeittherapien (LZT)	294
7.19	Ausblick auf laufende Studien	304
7.20	Exkurs: Methodenkritik, Wissenschaftstheorie	315
7.21	Fazit	318
7.21.1	Fazit zu den Therapieeffektstudien	318
7.21.2	Fazit zu den verschiedenen Forschungsansätzen	319
7.21.2.1	Vielfalt in der Forschung	319
7.21.2.2	Vielfalt der Psychotherapie-Anwendung	329
8	Weitere Therapien (Anhang 1)	332
8.1	Averbale Therapien	332
8.1.1	Autogenes Training	332
8.1.2	Progressive Muskelentspannung	333
8.1.3	Hypnose	333
8.2	Kreative Therapien	334
8.2.1	Musiktherapie	334
8.2.2	Konzentrierte Bewegungstherapie (KBT)	335
8.2.3	Gestaltungstherapie	336
8.2.4	Katathymes Bilderleben	337
8.2.5	Tanztherapie	338
8.2.6	Psychodrama	340

9 Unternehmensberatung (Anhang 2)	342
9.1 Assessment Center	342
9.2 Organisationsberatung, Nachfolge in Familienunternehmen	344
10 Literaturliste	346
11 Stichwortliste	370
12 Beispielliste	375

Vorwort 1

Dieses Buch versteht den Begriff „psychoanalytisch“ unideologisch und praxisnah. Es beschreibt, immer ausgehend von den heutigen Anwendungen, das bunte Spektrum der Weiterentwicklungen der Psychoanalyse, die einstmals ja ein in sich geschlossenes, relativ abgegrenztes Theoriesystem und Anwendungsgebiet gewesen ist. Aus der anfänglichen Abschottung der „reinen“ Psychoanalyse erschloss diese sich – zunächst zögernd, dann beinahe inflationär – ab den 1940er Jahren immer neue Bereiche in der Theorie und Praxis, bis hin zu einem Polypragmatismus, der die Psychoanalytiker in den 1970er Jahren besorgt von Krise der Psychoanalyse sprechen und um ihren Bestand fürchten ließ.

Aribert Muhs unternimmt nun mit diesem Band den Versuch einer Übersicht über die Ergebnisse dieser Entwicklungen aus der Sicht des Jahres 2017. Sie ist zugleich eine Einführung und eine Bestandaufnahme. Der Untertitel dieses Bandes verrät, worum es ihm dabei geht: Um die *Vielfalt* von aktuellen Konzepten, Theorien und Anwendungsbereichen bis hin zu hochaktuellen Themen wie Babyambulanz, Schmerztherapie oder mentalisierungsbasierte Therapie. Diese werden mit klaren Definitionen und Beschreibungen charakterisiert, was besonders für Einsteiger als erste Orientierung hilfreich ist, aber auch die Praktiker anregt, ihren eigenen Standort zu bestimmen.

Der zweite Schwerpunkt, ebenfalls im Untertitel benannt, ist die Vielfalt der Ergebnisse der Forschung. Dass diese dem Autor ein besonderes Anliegen sind, erkennt man schon daran, dass sie fast die Hälfte des Buches einnehmen. Hier erkenne ich die Spuren der Mannheimer Jahre, die Muhs als Mitarbeiter in der psychosomatischen Forschungsgruppe um Heinz Schepank nachhaltig geprägt zu haben scheinen. Auch in der analytischen Psychotherapie gilt der Grundsatz, dass man seine Behauptungen auch unter Beweis zu stellen hat. So zeigt er überzeugend, dass die analytische Psychotherapie inzwischen durchaus über ein ansehnliches Repertoire an Forschungsergebnissen verfügt und den Anschluss an empirische Wissenschaften gefunden hat, der ihren Bestand sichern dürfte.

Diese Verbindung der Vielfalt von klinischer Theorie und Praxis auf der einen Seite mit dem Nachweis ihrer Plausibilität auf der anderen gibt diesem Buch ein besonderes Gepräge. Ich wünsche ihm eine wissensdurstige und studierfreudige Leserschaft, welche seine Botschaft aufnimmt und sich davon inspirieren lässt.

Michael Ermann

Vorwort 2

In Vorlesungen und Seminaren für Weiterbildungskandidaten am Psychoanalytischen Institut und bei Studenten der Psychologie und Medizin an der Universität wurde ich oft nach einem anschaulichen Überblick über die Anwendungen des psychoanalytischen Verfahrens gefragt. Die Vielfalt wird in der Weiterbildung oftmals nicht deutlich, da es unterschiedliche Ausbildungsgänge für verschiedene Anwendungen gibt und damit unterschiedliche Schwerpunkte, so in der Weiterbildung beim analytischen Verfahren für Erwachsene oder bei der analytischen Kinder-Jugendlichen-Therapie, in der gruppenanalytischen Weiterbildung oder bei der Tätigkeit in der stationären Psychotherapie. Dadurch verliert manchmal der Aspekt der Vielfalt der Anwendungen an Bedeutung. Diese Vielfalt darzustellen ist Anliegen dieses Buches. Theorie und Forschung aus verschiedenen Fachbereichen werden beleuchtet und durch Fallbeispiele veranschaulicht. Eine Stichwortliste am Buchende weist auf Literatur hin, die im Literaturverzeichnis aufgeführt ist. Insofern ist das Buch nicht nur für Weiterbildungskandidaten sondern auch für Interessenten an der analytischen Ausbildung informativ. Die Thematik des Buches wird in Workshops im Vorfeld der analytischen Ausbildung für Mediziner verschiedener anderer Fachdisziplinen, für Psychologen in Kliniken und Pädagogen sowie Sozialpädagogen diskutiert.

Nach einer Einleitung mit einem Überblick über Indikation, Wirksamkeit und Qualitätsstandards in der Psychotherapie werden im ersten Kapitel verschiedene Formen der analytischen und tiefenpsychologischen Einzeltherapie für Erwachsene (KZT, tiefenpsychologisch fundierte Therapie, Psychoanalyse, modifizierte analytische Psychotherapie, Strukturpsychotherapie, Mentalisierung) und im zweiten Kapitel die Kinder-Jugendlichen-Psychotherapie erläutert. Im dritten Kapitel werden Formen der analytischen und tiefenpsychologischen Gruppentherapie für Erwachsene und Kinder dargestellt (interaktionelle, tiefenpsychologisch fundierte Gruppenpsychotherapie, Gruppenpsychoanalyse). Im vierten Kapitel folgt die Beschreibung weiterer Therapieformen wie Paartherapie, Familientherapie, Säuglings-Kleinkind-Eltern-Psychotherapie, Schmerztherapie, Psychoonkologie, Alterspsychotherapie, Psychiatrische Therapie, Suchttherapie, psychosomatische Therapie und Traumatherapie. Im fünften Kapitel stehen die psychoanalytische Aus-, Weiter- und Fortbildung im Mittelpunkt wie Supervision, Balintgruppe, Intervision, Großgruppe und Lehranalyse. Es folgen Ausführungen zur Beratung, Organisationsberatung und den Beratungsstellen, dann Erläuterungen zur Versorgungssituation und Hinweise für gesetzlich und Privat-Versicherte. Im sechsten Kapitel stelle ich die Theorie der analytischen Therapie und der tiefenpsychologisch fundierten Therapie eingehend dar veranschaulicht an 44 Beispielen, davon 13 Fallverläufen. Es folgt ein Überblick über Forschungsergebnisse im siebten Kapitel. Hier findet der ausschließlich an der analytischen Psychotherapie interessierte Leser Abschnitte über Auswertungen von Fallberichten und Therapie-

anträgen, zur Affektforschung, zu Therapiefehlern, zur Psychotherapieakzeptanz, zur Erfolgsmessung, zur Diagnostik und zu Therapieergebnisstudien (analytischen Therapie, Kindertherapie, Gruppentherapie, stationären Therapie). Es gibt darüberhinaus Abschnitte über Wissenschaftstheorie, Methodik der Textanalyse, Traum- und Schlafforschung, neurologische und neurophysiologische Studien zum psychischen Apparat, Säuglingsforschung, Bindungsforschung, zu besonderen Fragestellungen wie Binationalität, Alleinerziehung und innerfamiliäre Gewaltdelikte. Mentalisierungsforschung, Kinder-jugendpsychiatrische Befunde, Genetik, Zwillingsforschung, subjektive Krankheitsmodelle, Patient-Therapeut-Interaktionsforschung, epidemiologische Studien mit besonderen Fragestellungen z.B. zur Kriegsgeneration, werden beschrieben. Der Ausblick widmet sich vor allem Studien zur Depression. Im Anhang werden Entspannungsverfahren und aus der Psychoanalyse abgeleitete kreative Therapien aufgeführt wie Musiktherapie, Konzentrierte Bewegungstherapie, Gestaltungstherapie, Katathymes Bilderleben, Tanztherapie und Psychodrama. Für den Psychoanalytiker sind die Abschnitte zur Wirksamkeit von Übertragungsdeutungen, Traumdeutungsaspekten und schwierigen Konstellationen in der psychoanalytischen Therapie von besonderem Belang.

Dieses Buch richtet sich außer an Weiterbildungskandidaten auch an alle an Psychoanalyse und psychoanalytischer Therapie interessierte Leser. Die Dynamik menschlicher Beziehungen mit immer wieder entstehender Problematik lässt den Wunsch nach Konfliktlösungen entstehen. Der Umgang mit inneren Konflikten und ihre Bewältigung durch Einsicht und Erkenntnis sind zielgerichtet auf eine deutliche Reduktion des Leidensdrucks. Die Details der Ausführungen in diesem Buch führen in der Gesamtheit zu vielfältigen Zusammenhängen, die wichtige Schlussfolgerungen zulassen. Auch für die nicht analytisch tätigen Leser könnten die Fallbeispiele und wissenschaftlichen Untersuchungen interessant sein, die Themen um Konflikte im Beruf, in der Familie und Partnerschaft, die Problematik von Alleinerziehenden, von Familien mit Pflegekindern, mit psychisch kranken oder behinderten Familienmitgliedern. Zwillingsbesonderheiten, Scheidungen, innerfamiliäre Gewalt- und Tötungsdelikte, fehlende Bezugspersonen, der abwesende Vater, die tote Mutter, Betrug, Alkoholismus, Kriegsgeneration / Nachkriegsgeneration, Verfolgung, Holocaustopfer und andere Traumata, Migration der ersten und zweiten Generation werden ebenso behandelt. Das Buch bietet somit etliche Ansätze zum Selbststudium.

Einleitung

Einen ersten Überblick über die Thematik möchte ich anhand der Themen aus den Patienten-Erstgesprächen geben, die außer dem Konsultationsgrund des Patienten die Indikation und die Besonderheiten der Psychotherapie zum Inhalt haben.

Häufigkeit von psychischen Erkrankungen: Die Hälfte der Bevölkerung leidet unter deutlichen psychischen Symptomen, die Hälfte davon wird als so stark beeinträchtigt eingeschätzt, dass sie behandelt werden müssten, also 25 % der Bevölkerung. Bei 4% sind die Symptome so stark ausgeprägt, dass eine ambulante Psychotherapie nicht mehr ausreicht und nur noch eine stationäre Psychotherapie erfolgreich sein kann.¹ Psychische Erkrankungen gehören weltweit zu den häufigsten – in der Regel – nicht tödlich endenden Erkrankungen. (Ausnahme sind die tödlichen Verläufe mit Suizidalität bei depressiven Störungen oder mit Kachexie bei Anorexia nervosa.)

Indikation von psychoanalytischer Psychotherapie: Krankheiten und Störungen, denen unbewusste seelische Konflikte, psychische Entwicklungsdefizite, traumatische Erlebnisse und frühe pathogene Beziehungsmuster zugrunde liegen: Ängste, Depressionen und Zwänge, Störungen der Beziehungs- und Arbeitsfähigkeit, sexuelle Störungen, Störungen im Selbsterleben und im Realitätsbezug sowie körperliche Beschwerden, die seelisch bedingt oder mitbedingt sind.

Wirksamkeit der Psychotherapie: Psychotherapie wirkt im Fachgebiet der psychischen Störungen mindestens ebenso stark wie organmedizinische Behandlungsmethoden im Gebiet der organischen Erkrankungen (Effektivitätsstudien). Die von der Krankenversicherung in Psychotherapie investierten Kosten zahlen sich mehrfach aus und mindestens mit gleichem Effekt wie organmedizinische Behandlungen bei organischen Erkrankungen (return-of-investment-Studien).

Nachhaltigkeit: Die Symptomatik nimmt bei den beiden Methoden (Psychoanalyse und Verhaltenstherapie) im vergleichbaren Zeitabschnitt ab. Bei der Psychoanalyse ist die Veränderung nachhaltiger, schon im 3-Jahresvergleich: Veränderungen, treten hier auch noch nach Therapieende auf, der Therapieerfolg ist konstanter, die Rückfallquote ist geringer und die Ergebnisse bessern sich auch nach Therapieende noch weiter. Diese Nachhaltigkeit wird erreicht, weil über die Reduzierung der Symptomatik hinaus Veränderungen der Persönlichkeit Ziel der Therapie sind. Dadurch stehen eine größere Erlebnisfähigkeit, Reflexions- und Einsichtsfähigkeit und besserer Realitätsbezug zur Verfügung, mehr Selbstsicherheit, Expressivität, Emotionalität, Supportivität, Zugewandtheit und Offenheit. Die Nachhaltigkeit ist noch ausgeprägter bei längerer Therapiedauer und höherer Stundenfrequenz.

Kosten-Nutzen der Psychotherapie: Psychotherapie verursacht Kosten, vor allem aber reduziert sie Kosten: Kosten für ambulante und stationäre Behandlung, Kosten für

¹ Siehe Epidemiologie im Forschungskapitel (7.17).

Arbeitsunfähigkeit über viele Jahre und meist schon ab Beginn der Psychotherapie sowie Kosten für Rehabilitation und Frühberentung.

Psychotherapie unterliegt *Qualitätsstandards*. Deshalb wird Psychotherapie sorgfältig geplant und ist antragspflichtig. Die aus Datenschutzgründen anonymisierten Anträge werden dann von Gutachtern unter Qualitätsgesichtspunkten geprüft.

Folgen von *unbehandelten* psychischen Störungen: Einschränkung der Lebensqualität und Leistungsfähigkeit, Fortschreiten der Erkrankung, Chronifizierung, Verlust der Alltagskompetenz, Verlust der Sozialkompetenz, berufliche und partnerschaftliche Probleme, höhere Fehlzeiten, höhere Krankheitskosten.

Risiken, *Nebenwirkungen*, Unverträglichkeiten: Psychotherapie hat kaum Risiken. Durch die Bearbeitung von Problemen können allerdings im Verlauf der Therapie emotionale Belastungen entstehen. – Auch können sich durch eigene Veränderungen Beziehungen verändern im Beruf und in der Partnerschaft. – Kurzdauernde Therapien stoßen bei komplizierten oder stärker ausgeprägten Störungen an Grenzen, hier sind Langzeittherapien angezeigt. Aber manche Patienten können sich nicht auf eine intensive emotionale therapeutische Beziehung einlassen.

1 Einzeltherapie

Die analytische und die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie stehen in der Tradition der klassischen Psychoanalyse. Diese geht davon aus, dass persönliche Lebenserfahrungen und vor allem deren konflikthafte unbewusste Verarbeitung psychische Erkrankungen mitverursachen oder aufrechterhalten können. Unsere Lebenserfahrungen werden insbesondere durch die Beziehungen zu anderen Menschen geprägt, wobei vor allem die ersten Lebensjahre bedeutsam sind. Verinnerlicht und unbewusst geworden, beeinflussen sie das Bild eines Menschen von sich selbst und anderen Menschen sowie die Grundeinstellung zu sich selbst und anderen. Weiterhin können sich die mit heftigen und psychisch schwer zu verarbeitenden Erlebnissen verbundenen Gefühle, wie Angst, Scham und Aggression, unbewusst auf die Lebens- und Beziehungsgestaltung auswirken. Im weiteren Leben entstehen hieraus bevorzugte Erlebnis- und Verhaltensmuster, die unbewusst unser Fühlen, Denken und Handeln beeinflussen. Führen die Lebenserfahrungen zu unbewussten Konflikten, können daraus psychische und körperliche Beschwerden entstehen. In der analytischen und tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie stehen diese Lebenserfahrungen und deren Folgen und Bewältigung in der Gegenwart im Zentrum der Behandlung. Analytische Psychotherapeuten unterstützen den Patienten dabei, sich dieser unbewussten Prozesse bewusst zu werden und dem bewussten Erleben zugänglich zu machen, ohne das Gesagte zu bewerten oder zu beurteilen. Während der Therapie entsteht ein vertieftes Verständnis für sich selbst und dem Umgang mit anderen Menschen, um aus diesen Erfahrungen lernen zu können und Auswege aus den sich wiederholenden

seelischen Sackgassen zu finden. In der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie werden aktuell wirksame unbewusste Konflikte im Kontext der persönlichen Lebensgeschichte bearbeitet. Dabei wird die Lebensgeschichte mit berücksichtigt, bei der Psychoanalyse steht diese im Zentrum der Behandlung.

Die Psychoanalyse wird im Anschluss an die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie erläutert, weil so die Unterschiede zwischen beiden Verfahren und die größere Tiefe und Vollständigkeit der analytischen Therapie anschaulich wird.

1.1 Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie

Die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (TfP) ist eine psychoanalytisch fundierte Behandlung kurzfristig bestehender, umgrenzter Störungen auf seelischer Grundlage mit seelischer, körperlicher oder Verhaltenssymptomatik. Dazu gehören Ängste und Depressionen, körperliche Störungen (z.B. Herzbeschwerden) und Verhaltensstörungen (z.B. Essstörungen), sofern sie seelisch bedingt oder zumindest mit bedingt sind. Wie ich oben schon ausführte, geht die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie wie die analytische Psychotherapie davon aus, dass alles, was wir fühlen, denken und entscheiden, auch von unbewussten psychischen Einflüssen abhängt. Zu diesen Faktoren, die wir nicht wahrnehmen und beeinflussen können, gehören insbesondere innere Konflikte, die das spätere Leben besonders dann bestimmen, wenn sie schon in den ersten Lebensjahren auftraten. Schon ein Kind erlebt den Konflikt zwischen dem Wunsch, einerseits unabhängig und selbständig und andererseits geborgen und aufgehoben zu sein. Manchmal kann ein Kind einen solchen Konflikt nicht lösen, weil es befürchtet, zum Beispiel Mutter oder Vater zu verlieren. Dann wird der unerträgliche Konflikt verdrängt und ins Unbewusste verschoben, um sich vor ihm zu schützen. Von dort beeinflusst er aber weiterhin unser Fühlen und Denken und vor allem unsere Beziehungen zu anderen Menschen. In einer späteren Lebensphase, wenn wir zum Beispiel eine schmerzliche Trennung erleben, können diese früheren unbewussten Konflikte unser Fühlen und Verhalten erneut stark belasten und uns sogar psychisch krankmachen. Eine weitere Ursache für psychische Erkrankungen besteht zum Beispiel in schwerer Vernachlässigung, Gewalterfahrung oder emotionaler Kälte während der ersten Lebensjahre. Unter solch ungünstigen Lebensbedingungen entwickeln Menschen nicht oder nur eingeschränkt die Fähigkeit, sich ein Bild von sich selbst und von anderen Menschen mit allen positiven und negativen Eigenschaften zu machen, stabile Beziehungen zu leben und das eigene Verhalten zu steuern und sich in andere Menschen hineinzusetzen.

Die Behandlung zielt darauf ab, die aktuell wirksamen unbewussten Konflikte, die den Hintergrund der Beschwerden bilden, im Kontext der persönlichen Lebensgeschichte bewusst zu machen und zu bearbeiten. Dabei wird die Lebensgeschichte mitberücksichtigt, sie steht aber nicht im Zentrum der Behandlung. Dieses liegt bei den aktuellen Konflikten im Bereich des Selbstwelterlebens, der Beziehungen (z.B. in

Partnerschaft und Familie) und im sozialen Feld (z.B. am Arbeitsplatz)². Heute findet die TFP auch Anwendung, um psychische Entwicklungs- und Strukturdefizite auszugleichen. Diese äußern sich in Problemen bei der Lebensbewältigung, in einem labilen Selbstwert- und Beziehungserleben und in Symptomen im seelischen und körperlichen Befinden und Verhalten. Die Gespräche verlangen vom Patienten ein hohes Maß an Offenheit und Vertrauen. Die TFP beschränkt die Zielsetzung auf eine Stabilisierung, die Veränderung der Persönlichkeit steht nicht im Vordergrund (Krause 2008). Dem entsprechend wird mit einer vergleichsweise geringen Häufigkeit der Sitzungen (in der Regel eine Sitzung pro Woche) und einer kürzeren Gesamtdauer der Behandlung (50 - 80 Sitzungen) gearbeitet (1 - 2 Jahre).³

1.2 Kurzzeittherapie

Bei der Kurzzeittherapie (KZT) wird die tiefenpsychologisch fundierte Methode im Setting von 25 Stunden meist mit einer Sitzung pro Woche durchgeführt und dauert ein halbes Jahr. Da dieses Konzept so erfolgreich ist, entfallen etwa die Hälfte der Therapieanträge in Deutschland auf dieses Behandlungskonzept. – Stichwortartig geht es bei diesen Konflikten um (nach OPD): (1) "Individuation versus Abhängigkeit", um die Suche nach Beziehung mit ausgeprägter Abhängigkeit oder Aufbau einer emotionalen Unabhängigkeit. Krisen schaffen gewünschte Abhängigkeiten oder sind existentielle Bedrohungen. (2) "Versorgung vs. Autarkie", um die Wünsche nach Versorgung und Geborgenheit mit starker Abhängigkeit oder deren Abwehr als Selbstgenügsamkeit und Anspruchslosigkeit. Passives Anklammern oder Abwehren von Hilfe. (3) "Gehorsam und Unterwerfung vs. Kontrolle und Sich-Auflehnen", ein Konflikt, der die interpersonellen Beziehungen und das innere Erleben bestimmt, Schwäche und Krise wird ein zu erleidendes Schicksal oder ist etwas, gegen das man sich auflehnen muss. (4) "Schuldkonflikt", bei dem Schuld bereitwillig bis hin zu masochistischer Unterwerfung und mit Selbstvorwürfen auf sich genommen wird oder es fehlt jede Form von Schuldgefühlen, diese werden anderen zugewiesen, die für Störungen verantwortlich gemacht werden. (5) "Identitätskonflikt" mit konflikthaften Selbstbereichen bzgl. Geschlechtsidentität, Rollenidentität, Eltern / Kindidentität, religiöse und kulturelle Identität, wobei der Annahme des Identitätsmangels das kompensatorische Bemühen entgegensteht, Unsicherheiten und Brüche zu überspielen. (6) "Ödipaler Konflikt", bei dem Erotik und Sexualität in Wahrnehmung, Kognition und Affekt fehlen oder aber alle Lebensbereiche bestimmen, ohne dass Befriedigung gelingt. (7) "Selbstwertkonflikt" mit brüchig und resigniert erscheinendem Selbstwertgefühl oder die kompensatorischen Anstrengungen zur Aufrechterhaltung des ständig bedrohten Selbstwertgefühles dominieren. Es gibt dabei Selbstwertkrisen oder Selbst-

² Im Theorieteil gehe ich ausführlicher auf das Verfahren ein, Beispiele zu Konfliktfokus, Strukturfokus und Beziehungsfokus Theoriekapitel (6.2.1). – Diese Methode wird auch verwendet in der Gruppentherapie, der Kinder-Jugendlichen-Therapie, der Paartherapie und in der stationären Psychotherapie.

³ Weiterführende Literatur: Tiefenpsychologisch fundierte Therapie: Krause, R. (2008).

wertrestitutions⁴. – Bezogen auf einen wichtigen Focus wird die tiefenpsychologisch fundierte Methode als Fokalthherapie angewendet. Es gibt einen Konflikt-Focus, auch einen Focus bezogen auf die Struktur oder auch einen Focus bezogen auf die Beziehung. – Es besteht auch die Möglichkeit, die Kurzzeittherapie in die längere Behandlungsform zu überführen, wenn sich die Notwendigkeit dazu ergibt.⁵

1.3 Psychoanalyse

Im Mittelpunkt der Psychoanalyse nach Freud stehen nicht so sehr die aktuellen Konflikte, sondern mehr die Beziehung zwischen dem Analysanden und dem Analytiker. Die analytische Situation gibt dem Patienten Raum für seine freien Einfälle, seine Phantasien und für seine spezifische Beziehungsgestaltung zum Therapeuten. In der analytischen Situation kann diese Beziehung, die von früheren Erfahrungsmustern mitgeprägt ist, in ihren bewussten und unbewussten, emotionalen und kognitiven Anteilen untersucht und in einem Prozess bearbeitet werden, der Entwicklung, Erkenntnis und damit Heilung fördert. Der Analytiker achtet nicht nur darauf, was der Analysand mitteilt, sondern auch darauf, wie er mit sich und dem Analytiker umgeht. Im Behandlungsverlauf ergibt sich ein Muster, welches erkennen lässt, wie der Analysand unbewusst mit sich und anderen Menschen umgeht. Außerdem wird geklärt, ob dieser Umgang, der in früheren Situationen sinnvoll war, im gegenwärtigen Leben angemessen ist oder fort dauert und zu unangemessenem Erleben und Verhalten oder zu Krankheitssymptomen führt. Im kommunikativen Zusammenwirken beider Beziehungspartner werden die emotionale szenische Wiederbelebung dynamisch unbewusster Persönlichkeitsanteile des Patienten und deren Verstehen durch den Analytiker ermöglicht. Deutungsaktivität und therapeutische Beziehung werden auf diese Weise zur Basis zunehmender Verstehens- und Verständigungsprozesse zwischen dem Patienten und dem Analytiker. Dadurch werden dynamische Prozesse in Gang gesetzt, die Einsichten, inneren Erfahrungszuwachs und Entwicklung bewirken und Selbsterkenntnis fördern. Sie führen zur Reintegration von Persönlichkeitsanteilen, die durch die Krankheit fixiert oder abgespalten worden waren, zur Wiedergewinnung historischer Kontinuität und persönlicher Identität und damit zur Heilung oder Besserung. In die analytische Behandlung wird auch die Arbeit an Träumen einbezogen.

Wichtig ist ein fester Rahmen für das analytische Begegnungs- und Beziehungsgeschehen, ein äußerer und innerer Raum und die Zeit für die Auseinandersetzung mit sich selbst. In diesem Raum ist der Analytiker nicht nur Aufnahmegefäß für die Projektionen des Patienten, sondern auch aktiver Mitspieler, anfänglich unbewusst. Die Gegenübertragung und das Agieren des Patienten werden auf die unbewusste Kommunikation hin untersucht, das Agieren als momentan zur Verfügung stehende Möglichkeit zur Kommunikation unsymbolisierter Affektzustände des Patienten, die nur so in der Interaktion ausgedrückt werden können, bevor sie dann in späteren Schritten

⁴ In späteren Kapiteln gehe ich noch eingehender auf die Bearbeitung von Träumen (6.5. und 7.3), auf Besonderheiten der anderen Therapieschulen (6.6), Supervision (5), Theorie (7.2), Diagnostik (7.16), Epidemiologie (7.17) und Affekttheorie (7.2), Studien (7.18) ein, zu Fokalgruppen (5.2.3) und zum Therapieerfolg (6.2.3). Siehe auch Sichtwortliste 11.

⁵ Weiterführende Literatur: Kurzzeittherapie KZT: Küchenhoff, J. (2005).

sprachlich-symbolisch verstanden und gedeutet werden können. Dieser Raum ist nicht von vornherein gegeben, er muss zwischen Analytiker und Patient vereinbart, ausgehandelt werden, es gibt eine Settings-Vereinbarung (Stundenfrequenz), regelmäßige, verbindliche Termine in mehrfacher wöchentlicher Frequenz, in der Regel drei Therapiestunden pro Woche. Auch Analysen mit vier Stunden pro Woche sind möglich, zumindest in bestimmten Behandlungsabschnitten. Zu den Rahmenbedingungen gehören des Weiteren die Abstinenz und die Neutralität des Therapeuten.

Das oben beschriebene, aktuelle Konzept der Übertragungs- und Gegenübertragungsprozesse ist eine erweiterte Konzeptualisierung, die über die psychische *Welt des Patienten hinausgeht und den Analytiker und seinen psychischen Raum stärker miteinbezieht*. Dieses Übertragungskonzept sieht Übertragung als subjekthafte Ausgestaltung der Beziehung, als projektiv-identifikatorische Verwendung des Analytikers (Ermann 2012, Bohleber 2001, Leuzinger-Bohleber 2014, Mertens 2014). Übertragung bedeutet nach der Objektbeziehungstheorie eine Aktualisierung von Beziehungsmustern mit frühen Beziehungspersonen, von introjizierten Beziehungsrepräsentanzen (siehe unten bei Entwicklungstheorie, Stern 2000) durch die aktuelle Situation in der analytischen Beziehung, die konflikthaft ist durch die Abstinenz des Analytikers und die Wünsche des Patienten. Dabei werden sowohl Gesamtbeziehungen als auch Teilobjektbeziehungen, Teilstrukturen, Eigenschaften, Impulse, Abwehrformen, Haltungen etc. übertragen. Die damit verbundene Übertragungs-Gegenübertragungs-Widerstands-Prozesse teilen sich über Körpersignale, körperliche Ausdruckskanäle und Affektinduktion mit (siehe unten bei Affekttheorie, Krause 2013, 2017; Embodiment, Leuzinger-Bohleber 2013). Die Erlebnisbereitschaft ist subjektiv, kann einschränkend, versagend, verwöhnend oder auch nicht wahrnehmend sein. In der erlebten Beziehung wird sie phantasiert, illusioniert und zwar mit gegenseitigen Wünschen, Konflikten, Ängsten, Schuld- und Schamgefühlen.

So werden die Erzählungen des Patienten zur frühen Kindheit im Kontext der Übertragung nicht nur als Verlassenheitsangst bei den Eltern verstanden, verbunden mit dem Wunsch nach Eingeständnis von deren Fehlern und nach einer Entschuldigung, sondern auch als Hilflosigkeitserleben des Patienten in der analytischen Situation, abgewandt vom Analytiker auf der Couch liegend. Damit eröffnet sich die Möglichkeit, in diesem Kontext eine Lösung für den Konflikt zu finden und eine innere Veränderung anzustoßen. Eine Veränderung löst aber auch Ängste beim Patienten aus, weil es das Risiko des Scheiterns beinhaltet. Der Patient hat dann aber einen Gewinn durch die Erfahrung, dass er das Risiko eingehen kann, dass er die Hürde überwinden kann. Er erkennt an seiner Angst die kindlichen Aspekte, als Erfahrungen in der frühen Kindheit noch weniger verbal als symbolisch repräsentiert waren und kann durch neue Erfahrungen Fortschritte erreichen. Mit dem Analytiker kann er diese Prozesse schmerzlicher alter Erfahrungen und neuer ängstigender Erlebnisse durchstehen. Die Interventionen zur Übertragung sind dabei „in“ der Übertragung und nicht „an“ der Übertragung. Ich gehe später im Theorieteil dazu noch weiter ein.

Da die seelische Erkrankung immer auch die Person als Ganzes erfasst, ist das Ziel der analytischen Behandlung nicht nur die Symptomheilung, sondern die Auseinandersetzung mit sich selbst für das Verstehen zerrissener lebensgeschichtlicher Zusammenhänge, für die Aufarbeitung unbewusster Sinnzusammenhänge und für die Fortführung

von konflikthaft und traumatisch unterbrochenen Entwicklungsprozessen, um schließlich dauerhafte Veränderungen zu erreichen⁶.

Die größere Nachhaltigkeit beruht auf einer strukturellen Persönlichkeitsveränderung mit einer Verbesserung des Strukturniveaus hinsichtlich reiferen Abwehrmechanismen, einer ausgeprägteren Symbolisierungsfähigkeit und einem besseren Bindungsstil. Auch eine größere Erlebnisfähigkeit, Reflexions- und Einsichtsfähigkeit und mehr Realitätsbezug, Selbstsicherheit, Expressivität, Emotionalität, Supportivität, Zugewandtheit und Offenheit. Die häufig äußerst komplexen Bedingungen psychischer Organisation erfordern mitunter lange therapeutische Prozesse von 2-3 Jahren. – Diese Methode wird auch verwendet in der Gruppenanalyse, in der Kinderanalyse und in der Lehranalyse (siehe unten).⁷

1.4 Modifikationen einer analytischen Psychotherapie

Modifikationen einer analytischen Psychotherapie können bei strukturellen Störungen und Traumafolgen notwendig sein, wenn eine zu starke Regression nicht sinnvoll erscheint und somit eher aktuelle interpersonelle Störungsmustern und Schwierigkeiten der Selbstregulation bearbeitet werden. Die Interventionen sind weniger auf Beziehungskonflikte in der Übertragung ausgerichtet, sondern mehr auf stützende, strukturierende und bewältigungsoptimierte Elemente. Das Setting (im Sitzen und in reduzierter Frequenz von 2 statt 3 Sitzungen in der Woche) wird stärker auf die Möglichkeiten und Grenzen des Patienten ausgerichtet. Andererseits wäre die geringe Stundenanzahl der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie von einer Sitzung in der Woche zu gering, um negative Übertragungskonstellationen in einem hinreichend dichten Prozess zu bearbeiten. – *Strukturbezogene psychoanalytische Psychotherapie* (Rudolf 1995, 2006) hat deshalb folgende Elemente: Basale Akzeptanz, Interaktionszentriertheit und Mustererkennung. Es lassen sich bezogen auf die strukturelle Störung unterschiedliche Zielsetzungen und Interventionen zur Stärkung und Entwicklung struktureller Funktionen unterscheiden. (1) Auf der kognitiven Ebene der Selbstwahrnehmung und Objektwahrnehmung besteht das Ziel in der Berücksichtigung der Realität. Die Interventionen sollen diesen Prozess unterstützen durch Spiegeln, Aufzeigen und Differenzieren. (2) Auf der regulativen Ebene der Steuerung und Abwehr besteht das Ziel in der Berücksichtigung des Abstandes zu Impulsen, Affekten, Bewertungen und Beziehungswünschen. Die Interventionen richten sich auf Abgrenzung von überflutenden, vereinnahmenden Situationen. (3) Auf der Ebene der

⁶ In späteren Kapiteln gehe ich noch detaillierter auf Übertragung, Gegenübertragung, Deutungen, die Bearbeitung von Träumen (6.5 und 7.3), auf Besonderheiten der anderen Therapieschulen (6.6), Supervision (5), Theorie (6.1) und Affekttheorie (7.2), Studien (7.18) ein. Theorie und Methode der Psychoanalyse differieren bei den unterschiedlichen psychoanalytischen Schulen in Nuancen. Beispiele mit Behandlungsverläufen finden Sie auf S.112 bis 169.

⁷ Weiterführende Literatur: Gegenübertragung: König, U. (2004), (2010), Zwiebel, R. et al. (2003). – Psychoanalyse: Entwicklung der: Ermann, M. (2012), Bohleber, W. et al. (2001), Leuzinger-Bohleber, M. et al. (2014), Mertens, W. (2014). – Unbewusstes: Leuzinger-Bohleber, M. (2014), Sievers, B. et al. (2003). – Übertragung: Kernberg, O.F. (2002), König, K. (1998), Müller, M. et al. (2007), Oberhoff, B. (2009), Sandler, J. et al. (1985).

emotionalen Kommunikation besteht das Ziel in der Dynamisierung und Energetisierung der Erlebniswelt des Patienten. Die Interventionen ermutigen zur Emotionalität. (4) Auf der Ebene der inneren und äußeren Bindung besteht das Ziel in der Beziehung zu guten inneren und äußeren Objekten und Nutzung von Beziehungsressourcen. Die Interventionen richten sich auf die Nutzung derselben und Bearbeitung von biografischen Zusammenhängen. So könnten sich thematische Schwerpunkte ergeben etwa: (1) Das Selbst: Reflexive Selbstwahrnehmung und Affektdifferenzierung fördern. (2) Das organisierende Ich: Affekte regulieren. (3) Das steuernde Ich und die steuernden Instanzen. (4) Die Auseinandersetzung mit den negativen Introjekten. (5) Objektbeziehungen: Objekte realistisch sehen und sich mit ihnen verständigen können. (6) Objektbeziehungen: Selbst-Objekt-Differenzierung und Internalisierung. – Zu den modifizierten analytischen Verfahren zählen auch die übertragungsfokussierte Therapie nach Kernberg sowie die mentalisierungsbasierte Therapie nach Bateman und Fonagy zur Behandlung schwerer Persönlichkeitsstörungen, auf die ich beim Kapitel Psychiatrie noch näher eingehe⁸.

Durch das Gegenübersitzen in der modifizierten Therapie können aber auch Widerstandsphänomene entstehen. Wie ich oben ausführte, führen nonverbale Signale des Analytikers beim Gegenübersitzen zu situationsspezifischen Anpassungsvorgängen beim Analysand, die dem Bewusstsein beider und so dem Bearbeitungsprozess zum großen Teil entzogen sind. So können stärkere Übertragungen außerhalb der psychoanalytischen Situation sogenannte Nebenübertragungen auftreten. Da sich so die Deutungsarbeit mehr auf Außenbereiche bezieht, sind dann die therapeutische Dichte und der Tiefgang geringer. Dies kann zu eher an der Realität orientierten, weniger nachhaltigen Interventionen führen.⁹

2 Analytische Kinder-Jugendlichen Therapie

Für die analytische Kinder-Jugendlichen-Therapie sind vor allem die

(1) zeitlich überdauernden intrapsychischen *Konflikte* relevant, die widerstreitende Erlebens- und Handlungsperspektiven enthalten, deren balancierende Integration nicht gelingt. Einmal internalisiert, beeinflussen diese Konflikte zukünftige Interaktionen und Beziehungsepisoden und können entwicklungshemmend sein. Sie hemmen die Entwicklung, indem sie Motivationen, Affekte und Verhaltensweisen eines Kindes oder Jugendlichen in den verschiedenen Lebensbereichen auf ein Konflikthema fixieren und einschränken. So können sich überdauernde Konflikte zu Themen entwickeln, die die ganze Lebensgeschichte gestalten und ihr einen subjektiven Sinn geben. Je nach

⁸ In späteren Kapiteln gehe ich noch eingehender auf die disfunktionalen Störungsmuster ein (6.2.1.3). Beispiele mit Behandlungsverläufen finden Sie auf S.169 bis 177.

⁹ Weiterführende Literatur: Strukturbezogene Psychotherapie: Rudolf (1995, 2006).

Einstellung zur Konfliktpathologie spricht man von ich-distonen oder ich-syntonen Konflikten.

(2) Voraussetzung dafür, dass intrapsychische Konflikte erlebt und bearbeitet werden können – u.a. durch Abwehrvorgänge – ist eine psychische *Struktur*, die Selbst- und Objektvorstellungen sicher differenzieren kann und über einen intermediären Raum zwischen dem Selbst und dem Objekt verfügt, d.h. über die Fähigkeit zu phantasieren, zu symbolisieren und zu spielen. Die beschriebenen Strukturen sind im Alter von 18 Monaten ausgebildet. Die Konflikte werden u.a. anhand eines Leitaffektes identifiziert und in der Gegenübertragung des Untersuchers validiert.

In jeder Entwicklungsphase eines Kindes gibt es gut oder weniger gut organisierte psychische Strukturen. Struktur bezeichnet das ganzheitliche Gefüge von psychischen Dispositionen. Dieses umfasst damit alles, was im Erleben und Verhalten des Einzelnen regelhaft abläuft und einen zeitüberdauernden Stil begründet. Aus entwicklungs-pathologischer Sicht kann Struktur als Verfügbarkeit adaptiver Verhaltensstrategien in der Interaktion mit physikalischen und psychosozialen Umwelten, als Organisator des Verhaltens verstanden werden. Da Kinder in jedem Lebensalter auf ihre Entwicklungsstufe funktional optimal angepasst sind, können strukturelle Defizite (wie sie sich in Störungen der Anpassungsleistung, der Selbstregulation und Selbstorganisation zeigen) nicht an einem Maßstab des Erwachsenenalters gemessen werden.

(3) *Beziehungen* schlagen sich in Beziehungsmustern als verinnerlichte Selbst-Objekt-Affekt-Schemata nieder und werden als Bereitschaft für bestimmte Übertragungskonstellationen in den Beziehungen mit der interpersonellen Welt realisiert. Wenn sie nicht entwicklungsgerecht gelöst werden, schränken sie das Beziehungserleben und -verhalten ein. Im Gegensatz zu Erwachsenen berichten Kinder und oft auch Jugendliche weniger über sich selbst und ihre Beziehungsprobleme, sondern neigen vielmehr dazu, diese Beziehungsprobleme handelnd in die Beziehung zum Untersucher einzubringen. Dieses Handeln wird entweder unmittelbar in der Beziehung sichtbar oder es zeigt sich im Spiel. In der Beziehungsdiagnostik finden dabei unterschiedliche Beziehungsebenen Berücksichtigung: Ebene Kind-Untersucher, Kind-Vater, Kind-Mutter usw. bis hin zur Triade, wobei sich die Beziehungsrealität vor allem auf diesen triadischen und polyadischen Ebenen abspielt, die auch äußerst stimulativ sind.¹⁰

¹⁰ Weiterführende Literatur: Adoleszenz: Fegert, J.M. et al. (2009), Streeck-Fischer, A. (1999), (2004). – Bindung: Brazelton, T.B. (1990), Fonagy, P. (2003), Grossmann, K. (2004), Mitchell, S.A. (2003), (2004), Strauß, B. et al. (2002), Streeck-Fischer, A. (2004). – Kindes-Entwicklung: Battegay, R. et al. (1991), Bollas, C. (2012), Cierpka, M. et al. (2012), Brazelton, T.B. et al. (1990), Fonagy, P. et al. (2006), Grossmann, K. et al. (2004), Hopf, H. (1998), Rauchfleisch (1997), Mertens, W. (1997), Schacht, L. (2001), Stern, D. (1991), (1995), (2007), Hopf, H. (1998), v. Kalckreuth, B. et al. (2013), (2014), Winnicott, D.W. (1990), (2006), (2010). – Mutter-Tochter-Beziehung: Kloth, A. (1997), Halberlandt- Freud, H. (1997). – Vater-Sohn-Beziehung: Kast, V. (2005). – Väterverlust: Aigner, J.C. (2002), Franz, M. (2010), Radebold, H. (2000), (2010), Zoja, L. (2002). – Kinderpsychotherapie: Bürgin, D. et al. (2013), Cierpka, M. (2009), Heinemann, E. et al. (2003), Hopf, H. (1998). – begleitende Gespräche mit den Eltern: Zeller-Steinbrich, G. (2005). – Mehrsprachigkeit: Zeller-Steinbrich, G. (2011). – Lehrbücher: KJPsychiatrie: Fegert, J.M. (2009), Herpertz, Dahlmann, D. et al. (2008).

2.1 Kinderpsychotherapie

Bei der analytischen Kinderpsychotherapie ist das Spiel ein zentrales Medium, das Kindern einen Raum für Gedanken, Phantasien und Ängsten eröffnet. Das spielerische und gestalterische Handeln entspricht der freien Assoziation des erwachsenen Menschen. Im Spiel kommt es zu einem Wechsel des Realitätsbezugs, d.h. das Kind konstruiert eine andere Realität sowie die Wiederholung und das Ritual. Hinzu kommen die Regelgeleitetheit und die Wendung ins Aktive. Beurteilbar werden bei der Struktur die Selbst- und Objektwahrnehmung, Impulssteuerung, Umgang mit negativen Affekten, Abwehrmechanismen, die Abgrenzung von intrapsychischen und interpersonellen Konflikten, der zeitlich überdauernden unbewussten Konflikte und ein eher aktiver oder passiver Modus. Es kommen so unbewusste Konflikte und Objektbeziehungen zur Darstellung. Ziel ist die entwicklungsfördernde Bearbeitung neurotischer Konflikte, seelischer Entwicklungs- und Entfaltungsdefizite, die Lockerung phasentypischer Fixierungen und die Förderung altersgemäßer Selbstständigkeit. Bei der Spieltherapie kommen Regelspiele, Rollenspiele, kreative Spiele wie Malen, Sandkasten, Ton, Basteln, Baukästen wie Lego etc., Puppenspiel und Sportspiele zur Anwendung. Im Spiel unterscheidet man bei typischen Problemen zwischen Entwicklungs- und Beziehungsthematiken. Bei den Entwicklungsthematiken steht an erster Stelle das Ausspielen von Macht und Kontrolle sowie Allmachtsphantasien. Bei den Beziehungsthematiken stellen sich Probleme in den Sozialbeziehungen mit den Eltern, Geschwistern und Gleichaltrigen dar. Das Regelspiel mit seinem Wettkampfcharakter ermöglicht Erfahrungen der Leistungsmessung, des Leistungsvergleichs, aber auch des Gewinnens und Verlierens und umfasst Struktur- und Beziehungsgesichtspunkte. Spiele in der mittleren und späteren Kindheit mit dem Aushandeln von Konflikten unter Gleichaltrigen im Spiel sind eine wichtige Erfahrung für die kognitive, emotionale und moralische Entwicklung. Gemeinsam getragene Regeln unter Gleichaltrigen werden leichter akzeptiert. Die aktive Teilnahme des Untersuchers am Spiel ist vorgesehen. Die Spielinitiative und Spielauswahl sollte jedoch dem Kind vorbehalten sein, damit die Reaktion des Untersuchers auf das Spielangebot des Kindes erkennbar bleibt und die Art der Beziehungsgestaltung sichtbar wird. Je nach Fragestellung kann das Spiel zu zweit durch ein Spiel zu dritt in altersentsprechend wechselnden Konstellationen ergänzt werden. In der Kinderpsychotherapie spielt die Einhaltung eines Rahmens und auch die abstinente Haltung des Therapeuten eine wichtige Rolle. Kinderpsychotherapie wird als Einzeltherapie und Gruppentherapie angewandt.¹¹

2.2 Jugendlichenpsychotherapie

Bei der analytischen Jugendlichenpsychotherapie gleicht der analytische Prozess dem des jungen Erwachsenen. Ziel ist neben der Behandlung neurotischer Störungen auch

¹¹ In späteren Kapiteln gehe ich noch eingehender auf Kindergruppenpsychotherapie (3.4), Theorie (6.3), das Spiel (6.3.1.3), Psychoanalytische Säuglings-Kleinkind-Eltern-Psychotherapie (SKEPT) (6.3.2) mit Beispiel S 189, Säuglingsforschung (7.4), Bindungsforschung (7.5), Kinder-Jugendpsychiatrie (7.12), Epidemiologie (7.17) Therapie-Ergebnisstudien (7.18) ein.

die Bearbeitung phasentypischer Konflikte in der Adoleszenz. Beziehungsschwierigkeiten, Ablösungskonflikte, Konflikte in der Schule, Selbstunsicherheit, psychosomatische Störungen, Essstörungen und Verhaltensstörungen sind Anlässe für die Konsultation. Selbstbeurteilung, Sexualität, Anerkennung durch Gleichaltrige, die Ablösung aus der Familie, eigene Perspektiven, Ziele und Wertmaßstäbe, neue Beziehungsformen werden thematisiert. Der Umfang der therapeutischen Interventionen sowie die Zulassung von Regression werden begrenzt. Dauer 25 Std. Kurzzeittherapie, 70 plus 50 Std. tiefenpsychologisch oder 90 plus 50 Std. analytisch.¹²

2.3 Psychodiagnostik

Zur Psychodiagnostik in der Initialphase der analytischen Kinderpsychotherapie werden außer Intelligenz-, Leistungs- und Entwicklungstests sogenannte projektive Zeichen- und Spieltests eingesetzt: Sceno-Test (Staabs), Sandspiel (Kalf), Weltspiel (Bühler), thematischer Apperzeptionstest CAT, Picture Frustrationstest, Wartegg-Zeichentest, Baumtest (Koch) und Familie in Tieren (Brem-Gräser). Es zeigen sich bei Kindern im Spiel und im Zeichnen, bei kindtypischen bzw. kindgemäßen Tätigkeiten, die sie gerne und spontan ausführen, unbewusste, vorbewusste, bewusste Wünsche und Strebungen, d.h. ihre psychische Situation und ihre Persönlichkeitsstruktur kommen so leichter zum Ausdruck als mit Hilfe verbaler Techniken. Diese Testsituation in der Initialphase ist in die Kindertherapie eingebettet und hat für die Entwicklung der therapeutischen Beziehung positive Wirkung. Die Testmaterialien haben eine kommunikationsfördernde Funktion in Beziehungsprozessen und bilden einen Handlungsraum, um neue Wahrnehmung-Verarbeitungs-Handlungsmöglichkeiten zu erschließen und zu konstellieren¹³

¹² Siehe auch unten unter Jugendlichen-Gruppentherapie 3.4. sowie Ablösungsproblematik Beispiel 15.

¹³ Weitere Diagnostik 8.3.1.

Der Autor:

Dr.med. Dr.phil. Aribert Muhs:

geb. 1949. Psychoanalytiker (Erwachsene, Kinder-Jugendliche, Gruppenanalyse; DGPT, DPG, D3G). Studium, Facharztausbildung, psychoanalytische Ausbildung in Freiburg. Psychoanalytiker, Arzt für Psychotherapeutische Medizin, Arzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Diplompsychologe.

Psychoanalytische Ausbildung am Institut für Psychoanalyse und Psychotherapie in Freiburg (DPG) – Von 1985 bis 1994 Oberarzt an der Psychosomatischen und Psychiatrischen Klinik des Zentralinstituts für Seelische Gesundheit (WHO), Mannheim. – Von 1987 bis 1995 Redaktionsleitung der Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse. – 1994 Ärztlicher Direktor der Psychosomatischen Klinik Kinzigtal, Gengenbach. – Seit 1995 in eigener psychoanalytischer Praxis in Karlsruhe niedergelassen und mit verschiedenen Aufgaben als Mitglied der psychoanalytischen Institute Freiburg, Heidelberg und Saarbrücken betraut. Langjähriges Mitglied im Weiterbildungsausschuss, 1.Vorstand des Instituts für Psychoanalyse und Psychotherapie Freiburg (DPG) 2003 bis 2008. – Weiterbildungsermächtigung für Psychotherapeutische Medizin. – Fachgutachter der Bezirksärztekammer Nordbaden und Landesärztekammer Bad.-Württbg. und Prüfer für psycholog. Psychotherapeuten nach dem PTG. – Lehranalytiker, Supervisor, Balintgruppenleiter, Gruppenlehranalytiker, Organisationsberater.

Ende der Leseprobe

Das Buch erscheint im Herbst 2017 im Universitätsverlag Winter Heidelberg

Das Buch ist eine Übersicht, zugleich eine Einführung und eine Bestandaufnahme der psychoanalytischen Therapie. Die Verbindung der Vielfalt von aktuellen Konzepten, Theorien und Anwendungsbereichen (Erwachsene, Kinder, Gruppen, Klinik) auf der einen Seite mit dem Nachweis ihrer Plausibilität anhand der vielfältigen Forschungsergebnisse auf der anderen Seite ist Anliegen des Autors.

Klare Definitionen und Beschreibungen sind besonders für Einsteiger hilfreich, aber auch für Praktiker anregend, ihren eigenen Standort zu bestimmen. Außer an Weiterbildungskandidaten richtet sich das Buch auch an alle an Psychoanalyse interessierten Leser mit hochaktuellen Themen wie Migration, Traumata, Kriegs-/Nachkriegsgeneration, besondere Familiendynamiken und Babyambulanz.

Der Autor ist niedergelassener Analytiker und Kliniker, Lehranalytiker, Supervisor, Gruppenlehranalytiker, Balintgruppenleiter, Organisationsberater.