

Gerd Rudolf

2. Auflage



Psychodynamische Psychotherapie

Die Arbeit an Konflikt, Struktur und Trauma

 Schattauer

Gerd Rudolf

Psychodynamische Psychotherapie

This page intentionally left blank

Gerd Rudolf

Psychodynamische Psychotherapie

Die Arbeit an Konflikt, Struktur und Trauma

2., aktualisierte Auflage

Mit 6 Abbildungen und 15 Tabellen

 **Schattauer**

Prof. em. Dr. med. Gerd Rudolf
gerd.rudolf@med.uni-heidelberg.de

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Besonderer Hinweis:

Die Medizin unterliegt einem fortwährenden Entwicklungsprozess, sodass alle Angaben, insbesondere zu diagnostischen und therapeutischen Verfahren, immer nur dem Wissensstand zum Zeitpunkt der Drucklegung des Buches entsprechen können.

In diesem Buch sind eingetragene Warenzeichen (geschützte Warennamen) nicht besonders kenntlich gemacht. Es kann also aus dem Fehlen eines entsprechenden Hinweises nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

Das Werk mit allen seinen Teilen ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der Bestimmungen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne schriftliche Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Kein Teil des Werkes darf in irgendeiner Form ohne schriftliche Genehmigung des Verlages reproduziert werden.

© 2010, 2014 by Schattauer GmbH, Hölderlinstraße 3, 70174 Stuttgart, Germany

E-Mail: info@schattauer.de

Internet: www.schattauer.de

Printed in Germany

Lektorat: Ruth Becker M.A.

Umschlagabbildung: Anonymer Künstler, „Zwei Frauen am Gitterfenster“, nach Bartolomé Esteban Murillo, ca. 1665, Öl auf Leinwand, Eremitage St. Petersburg

Satz: Fotosatz H. Buck, Kumhausen

Druck und Einband: Himmer AG, Augsburg

Auch als E-Book erhältlich:

ISBN 978-3-7945-6810-9

ISBN 978-3-7945-2988-9

**J., T. und N. gewidmet,
die nun in der Enkelgeneration
das Staffelholz weitertragen.**

„... dass eine der überraschendsten Erfahrungen in der Erkenntnis liegt, dass Verstehen nicht willentlich ist (obwohl es guten Willen dazu braucht), Einsicht nicht erobert werden kann, sondern von allein kommt. Und zwar nicht, wann wir wollen, sondern wann sie will. Gelassenheit und Wartenkönnen zählen daher zu den hermeneutischen Kardinaltugenden. Und auch das Wartenkönnen auf Erfahrung.“

S. Kleinschmidt: Gegenüberglück

Vorwort zur zweiten Auflage

Das Buch wurde in der 1. Auflage von vielen Therapeutinnen und Therapeuten und Ausbildungsinstituten als ein *basic book* der Psychodynamik freundlich aufgenommen. Auch von Lesern, die in anderen sozialen Berufen tätig sind, wurde im Blick auf das psychodynamische Menschenbild Interesse geäußert.

Inzwischen bestand die Gelegenheit, in vielen Seminaren mit erfahrenen Therapeutinnen und Therapeuten Konzeption und Behandlungspraxis zu diskutieren. Insbesondere die in diesen Veranstaltungen entwickelten Überblicke und Präsentationen haben Eingang in die Neuauflage gefunden. Diese hält an der ursprünglichen Zielsetzung fest, den Kern des Psychodynamischen im Sinne der analytischen und tiefenpsychologischen Richtlinienpsychotherapie in Abgrenzung gegen allzu traditionelle psychoanalytische Positionen hier und zu polarisierenden tiefenpsychologischen Ausrichtungen dort zu verdeutlichen und zu bewahren.

Mein herzlicher Dank gilt all jenen, die sich mit kritischen Kommentaren und Vorschlägen an mich gewandt haben, und nicht zuletzt Frau Becker und Herrn Dr. Bertram vom Schattauer Verlag für ihr freundliches und kompetentes Engagement.

Heidelberg, im Februar 2014

Gerd Rudolf

This page intentionally left blank

Vorwort zur ersten Auflage

Psychodynamische Psychotherapie ist Gegenstand zahlreicher Bücher. In manchen Themen stimmen die Autoren überein, in anderen vertreten sie unterschiedliche Meinung, was für die Leser möglicherweise verwirrend ist. Damit die Leser sich zurechtfinden, sollten sie nachvollziehen können, aus welcher Perspektive ein Autor das Thema betrachtet. Ich will daher meine Ausgangsposition verdeutlichen.

Wie alle Autoren sehe ich meine Ausführungen als sachlich begründet an, aber ebenso unübersehbar sind sie durch persönliche Erfahrungen mitbestimmt. Ich blicke nicht als Außenstehender auf das psychotherapeutische System, sondern bin seit vierzig Jahren ein Teil davon.

Zwei Einflüsse möchte ich hervorheben. Zum ersten war meine Tätigkeit durch die universitäre Einbindung stets einer wissenschaftlichen Grundorientierung verpflichtet. Sie betont, vereinfacht zusammengefasst, dass alle berichteten Fakten, die nicht wissenschaftlich geprüft sind (und wissenschaftlich gut geprüft sind die wenigsten) den Status von vorläufigen Annahmen haben und dass alles getan werden muss, zuerst einmal transparent zu machen, welche Daten vorliegen, welche Schlussfolgerungen daraus gezogen werden und welche systematischen Untersuchungen möglich sind. Unter dieser grundsätzlich skeptischen Voraussetzung erscheint es nicht empfehlenswert, sich weitgehend auf tradierte Wahrheiten zu stützen, selbst wenn sie den Gründervätern zugeschrieben sind. Auch subjektive Sinnzuschreibungen erscheinen lediglich zur Hypothesengenerierung geeignet. Viele Wissenschaften fahren gut mit einer solchen skeptisch fragenden Einstellung. Es erscheint nicht zwingend, dass Psychotherapie nur im Zustand gläubiger Gewissheit existieren und effektiv wirken kann.

Die zweite Einflussgröße kollidiert in gewissem Sinne mit dem wissenschaftlichen Anspruch, sie resultiert aus dem Kontakt zu den im Versorgungssystem tätigen Therapeuten. Meine Tätigkeit erstreckte sich seit jeher auch auf Aus- und Weiterbildung von Psychotherapeuten, Psychoanalytikern, Kindertherapeuten, Psychosomatikern in Instituten und Kliniken und insbesondere auf eine umfangreiche Supervisionstätigkeit. In den letzten fünfzehn Jahren hatte ich Gelegenheit, als Gutachter und Obergutachter mit zahlreichen Therapeutinnen und Therapeuten in Kontakt zu stehen und in den letzten fünf Jahren kamen intensive Fortbildungsaktivitäten hinzu. Mehr

und mehr wuchs mein Interesse, die persönlichen und beruflichen Erfahrungen der Therapeuten verstehen zu lernen, ihre Überzeugungen, ihre Behandlungskonzepte, die in unterschiedlichen Gruppen bevorzugten Theorieelemente und Erklärungsansätze. Diese Vorgehensweisen erscheinen sehr individuell, dennoch überwiegt das Evidenzgefühl der Therapeuten über auch bestehende Zweifel und die Nachfrage der Patienten ist groß. In einer Diskussion zur Frage der Begründung von psychotherapeutischem Vorgehen hörte ich in einem deutschsprachigen Nachbarland die Äußerung, „das ist eben ein Teil unserer Kultur“. Möglicherweise tun die Therapeuten etwas, das Patienten als heilsam erleben: Sie übernehmen durch Erklärung, Beratung, Tröstung, Hoffnungsgeben eine elterliche Funktion für kindliche Persönlichkeitsanteile bei erkrankten Menschen und aktivieren damit wahrscheinlich die allgemeinen therapeutischen Wirkfaktoren, die jenseits der wissenschaftlich geprüften Methoden und Techniken existieren. Ich bin der Überzeugung, dass es wichtig ist, die in den unterschiedlichen psychodynamischen Gruppierungen gelebten Kulturen dem psychodynamischen Ganzen zugutekommen zu lassen. Freilich scheint es mir auch in diesen Bereichen langfristig notwendig, Möglichkeiten der wissenschaftlichen Überprüfung zu erarbeiten, weil es andernfalls zu leicht geschehen kann, dass Bereiche ohne wissenschaftliche Absicherung bei monetären Engpässen des Systems herausfallen.

Die wissenschaftliche Fundierung kann nicht gleichsam von außen durch wissenschaftliche Inspektoren geschehen, sie muss auf lange Sicht durch die Therapeuten selbst erfolgen. Diese benötigen ein kritisches Bewusstsein ihres Tuns und müssen die Verantwortung für die Glaubwürdigkeit ihrer Profession selbst übernehmen.

Im Blick auf die beiden Positionen, Wissenschaftlichkeit und Praxisrelevanz, habe ich versucht, die aktuelle Situation Psychodynamischer Psychotherapie vor dem Hintergrund ihrer psychoanalytischen Herkunft und im Blick auf ihre Zukunft zu umreißen, wobei stellenweise so etwas wie ein „kritischer Kommentar“ entstanden ist. Das Hauptziel ist die Förderung der therapeutischen Haltung und Handlungskompetenz in den methodischen Varianten Psychodynamischer Psychotherapie. Dabei werden vor allem jene Themen vertieft, die in zahlreichen Veranstaltungen mit Psychotherapeutinnen und -therapeuten als „häufig gestellte Fragen“ andiskutiert wurden.

Den genannten Kolleginnen und Kollegen sowie ihren Patienten bin ich dankbar, dass ich in zahllosen Diskussionen von ihren Erfahrungen profitieren durfte. Mein besonderer Dank gilt einzelnen Kollegen, wie z. B. Ulrich Rüger, Ludwig Barth und Peter Kutter, auf deren Meinung und Erfahrung ich mich immer wieder stützen konnte. Ich danke Hildegard Horn, mit der ich alle relevanten Themen auch dieses Buches, gemeinsam erarbeitet habe. Rainer Finke, Stefan Bergmann und Ruth Becker habe ich für ihre sorgfältige Korrektorentätigkeit und Carsten Gaggia für die redaktionelle Gestaltung sehr zu danken, ebenso Gabi Rehwinkel, die mit großer Geduld und Genauigkeit alles wieder und wieder geschrieben hat. Nicht zuletzt gilt mein Dank Wulf Bertram und dem Schattauer-Verlag, die ihren Autor wie stets freundlich unterstützt und begleitet haben.

Inhalt

1	Psychodynamische Psychotherapie – eine Begriffsbestimmung	1
1.1	Entwicklungen auf psychoanalytischer Grundlage	1
1.2	Gemeinsame Grundkonzepte	5
1.2.1	Das Wirken innerer psychischer Kräfte	6
1.2.2	Die Strukturierung des Psychischen	7
1.2.3	Der Begriff „unbewusst“	8
1.2.4	Der Neurose-Begriff	9
1.2.5	Verinnerlichte Beziehungserfahrungen	11
1.3	Psychodynamische Ziele und Vorgehensweisen	11
1.3.1	Psychodynamisches Verstehen	12
1.3.2	Psychotherapeutische Veränderung	14
1.3.3	Psychodynamisches Handeln	14
1.4	Psychodynamische Psychotherapie als Verfahren	16
1.4.1	Psychodynamisch begründete Verfahren: eines oder mehrere?	16
1.4.2	Psychodynamische Psychotherapie als Oberbegriff	18
2	Von der Ätiologie zur Pathogenese: Differenzierung der Störungskonzepte	21
2.1	Ätiologische Voraussetzungen für gestörte psychische Entwicklungen ..	21
2.1.1	Umweltbelastungen und genetische Vulnerabilität	22
2.1.2	Die Zeitfenster der frühen Entwicklung	23

2.2	Konfliktbedingte Störungen	26
2.2.1	Das psychodynamische Konfliktmodell	26
2.2.2	Konflikte: bewusst versus unbewusst; aktualisiert versus Grund- konflikt	28
2.2.3	„Reife“ versus „frühe“ Konflikte	30
2.2.4	Die Grundkonflikte im Überblick	32
2.2.5	Die aktualisierten unbewussten Konflikte	35
2.2.6	Konfliktaktualisierung und Symptombildung	35
2.3	Strukturbedingte Störungen	38
2.3.1	Die Position von Anna Freud	38
2.3.2	Die gestörte Entwicklung struktureller Funktionen	39
2.3.3	Die Entstehung struktureller Störungen	43
2.3.4	Kontroverse Theoriebildungen	45
2.3.5	Bewältigungsmuster struktureller Störungen	46
2.4	Traumabezogene Störungen	47
2.4.1	Die Akuttraumatisierung	48
2.4.2	Die Komplextraumatisierung	50
2.4.3	Sexueller Missbrauch	54
2.5	Pathogene Faktoren bei konfliktbedingten, strukturbedingten und traumabedingten Störungen	56
3	Von der Pathogenese zur Therapie	59
3.1	Psychotherapie: allgemein oder spezifisch	59
3.1.1	Allgemeine therapeutische Wirkfaktoren	59
3.1.2	Spezifische Behandlungsmethoden bei unterschiedlichen ätiopathogenetischen Voraussetzungen	61
3.2	Konfliktbedingte Störungen behandeln	63
3.2.1	Psychodynamisches Verständnis und Behandlungsplanung	63
3.2.2	Therapeutisches Handeln	65
3.2.3	Phasen der therapeutischen Arbeit (Prozess)	67
3.2.4	Chancen und Risiken	67
3.2.5	Manualisierte, fokal aufdeckende Konfliktbearbeitung	69
3.3	Strukturbedingte Störungen behandeln	70
3.3.1	Psychodynamisches Verständnis und Therapieplanung	71
3.3.2	Therapeutische Methoden und Techniken	73
3.3.3	Chancen und Risiken	75

3.4 Posttraumatische Störungen behandeln	77
3.4.1 Die Behandlung der Akuttraumatisierung	77
3.4.2 Traumatherapie im weiteren Sinne	79
4 Psychodynamische Diagnostik	81
4.1 Charakteristik der psychodynamischen Diagnostik	81
4.1.1 Operationalisierte psychodynamische Diagnostik (OPD)	83
4.1.2 Der diagnostische Prozess im Überblick	84
4.1.3 Die diagnostische Haltung	85
4.2 Erster Teilschritt: Die Abklärung des klinischen Bildes und der aktuellen Situation	87
4.3 Zweiter Teilschritt: Die biographische Situation des Patienten	89
4.3.1 Das Interesse an der Biographie	89
4.3.2 Aspekte der biographischen Anamnese	91
4.3.3 Wirklichkeit und Pathogenität biographischer Erfahrung	94
4.3.4 Exkurs: Was ist biographisch pathogen?	95
4.4 Dritter Teilschritt: Hypothesen zur Ätiopathogenese	96
4.5 Vierter Teilschritt: Das Verständnis der symptomauslösenden Situation	97
4.6 Fünfter Teilschritt: Die Erarbeitung des psychodynamischen Verständnisses	99
4.6.1 Die diagnostische Wahrnehmung	101
4.6.2 Die OPD-Diagnostik im Überblick	103
4.6.3 Die Rückmeldung an den Patienten	105
4.7 Therapieplanung: Die Fokusformulierung	106
4.7.1 Abwägung von Konflikt- und Strukturaspekten	108
4.7.2 Prozessentwicklung und Evaluation des Behandlungsverlaufs	108
5 Psychodynamische Psychotherapie im Rahmen der Richtlinienpsychotherapie	111
5.1 Psychodynamische Psychotherapie im gesundheitlichen Versorgungssystem	111
5.1.1 Richtlinienpsychotherapie	111
5.1.2 Analytische und Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	115
5.1.3 Indikation zur Tiefenpsychologisch fundierten und Analytischen Psychotherapie	116
5.1.4 Das Gutachterverfahren	119

5.2	Entwicklungsaufgaben und -risiken der Psychodynamischen Psychotherapie	121
5.2.1	Das Risiko der Überbetonung psychoanalytischer Techniken in der Psychodynamischen Psychotherapie	121
5.2.2	Integration als Wert – Eklektik als Risiko	125
5.3	Die Einschätzung von Therapieprozessen und Behandlungsergebnissen	126
5.3.1	Der therapeutische Prozess: Woran ist er erkennbar und wie kann er gefördert werden?	126
5.3.2	Die Einschätzung von Verlauf und Therapieergebnissen	129
6	Materialien zur Strukturbezogenen Psychotherapie ..	133
6.1	Strukturbezogene Psychotherapie: Verbindungslinien und Abgrenzungen	133
6.1.1	Die Verbindung zu anderen therapeutischen Ansätzen	133
6.1.2	Struktur und Konflikt	136
6.2	Therapeutische Haltung und therapeutisches Handeln in der Strukturbezogenen Psychotherapie	138
6.2.1	Grundlagen der therapeutischen Haltung	138
6.2.2	Die therapeutische Haltung in der Strukturbezogenen Psychotherapie	140
6.2.3	Beispiele aus Behandlungen	141
6.2.4	Von der therapeutischen Haltung zur therapeutischen Intervention ...	144
6.2.5	Strukturbezogene Modifikation von Analytischer und Tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie	147
6.3	Strukturelle Funktionen und der therapeutische Umgang mit ihnen ...	148
6.3.1	Psychologische Begriffsbildung	148
6.3.2	Das Selbst	149
6.3.3	Der therapeutische Umgang mit dem Selbst	150
6.3.4	Verständnis und Regulation des Affektsystems	152
6.3.5	Die Fähigkeit zur Selbst-Objekt-Differenzierung	153
6.3.6	Die Fähigkeit zur Empathie	155
6.3.7	Die Fähigkeit zur Internalisierung	157
6.4	Strukturell beeinträchtigt Denken	158
6.4.1	Ausfall des Denkens bei strukturellen Störungen	158
6.4.2	Therapeutisches Vorgehen	160
6.4.3	Gestörtes Denken und fehlendes Beziehungswissen: Ein therapeutisches Beispiel	161

6.5	Spezielle therapeutische Aufgaben: Die Behandlung von Persönlichkeitsstörungen	164
6.5.1	Der Umgang mit der Diagnose Persönlichkeitsstörung	164
6.5.2	Psychodynamisches Verständnis und Behandlung von Persönlichkeitsstörungen	166
6.6	Spezielle therapeutische Aufgaben: Die Behandlung somatoformer Störungen	168
6.6.1	Konfliktdynamische Aspekte	169
6.6.2	Strukturelle Aspekte	171
6.7	Spezielle therapeutische Aufgaben: Mobbing-Erleben	174
6.7.1	Psychodynamik des Mobbing-Erlebens	174
6.7.2	Strukturbezogene therapeutische Ansätze	177
6.8	Gesellschaftliche Aspekte struktureller Störungen	178
6.9	Die Struktur der Moral	181
6.9.1	Das psychoanalytische Konzept des Über-Ich	181
6.9.2	Das Es und das Ich	183
6.9.3	Grenzen des traditionellen Modells	183
6.9.4	Das Strukturkonzept: Klinische Beispiele	184
6.9.5	Grundlagen der Moral	188
6.10	Menschenbildannahmen: ihre Bedeutung für die therapeutische Haltung	190
6.10.1	Auf welches Menschenbild bezieht sich Psychotherapie?	190
6.10.2	Menschliche Eigenschaften	192
6.10.3	Ein der Psychotherapie angemessenes Menschenbild	195
7	Prinzipien und Zielvorstellungen Psychodynamischer Psychotherapie	199
7.1	Entwicklungsziele der Psychodynamischen Psychotherapie	199
7.1.1	Das psychoanalytische Erbe wahren, ohne sich auf psychoanalytische Prinzipien zu fixieren	200
7.1.2	Möglichst effektive Behandlungen in begrenzter Therapiezeit	202
7.1.3	Offenheit für klinische Aufgaben und für therapeutische Weiterentwicklungen	203
7.2	Patientenrechte und Patientensicherheit	204
7.2.1	Rechte des Patienten, Pflichten des Therapeuten	204
7.2.2	Therapieschäden vermeiden	206

7.3	Therapeutische Kompetenz	208
7.3.1	Diagnostische Kompetenz	209
7.3.2	Kompetente therapeutische Haltung	211
7.3.3	Kompetentes therapeutisches Handeln	211
7.3.4	Die persönliche Kompetenz und ihre Förderung durch Selbsterfahrung	215
7.3.5	Überlegungen zur Aus- und Weiterbildung	217
8	Rückblick: Ödipus, eine psychoanalytische Tragödie ..	221
8.1	Die psychoanalytische Sicht einer mythischen Thematik	221
8.1.1	Die Götter und das Unbewusste	221
8.1.2	Die Formulierung des Ödipus-Komplexes	222
8.1.3	Der psychologische Inhalt der „ödipalen“ Thematik	223
8.2	Die Figur des Ödipus	225
8.2.1	Der familiäre und gesellschaftliche Hintergrund	225
8.2.2	Die psychologische Situation des Ödipus	226
8.3	Die psychoanalytische Tragödie	228
	Literatur	233
	Sachverzeichnis	245

1 Psychodynamische Psychotherapie – eine Begriffsbestimmung

1.1 Entwicklungen auf psychoanalytischer Grundlage

In einer rund 100-jährigen Geschichte haben sich aus den psychoanalytischen Anfängen heraus zahlreiche therapeutische Ansätze entwickelt. Wenn das psychoanalytische Erbe in einer nach-freudianischen Ära genutzt werden soll, gilt es, das Gemeinsame und Essenzielle des psychodynamischen Vorgehens herauszuarbeiten und weiterzuentwickeln.

Kaum ein Thema wird bei psychoanalytischen Tagungen so häufig diskutiert wie die Frage: „Wo steht die Psychoanalyse heute?“ Manche unterstreichen die Weiterentwicklung psychoanalytischer Konzepte, die durch zahlreiche Analytikergenerationen seit etwa 1900 bis heute geleistet wurde. Andere betonen den Schatz der psychoanalytischen Erfahrung: Man habe das, was Freud uns gegeben hat, und müsse sich bemühen, nichts davon verlorengehen zu lassen. Wie unterschiedlich sind die Gruppierungen psychoanalytischer Herkunft heute? Überwiegen die Diversifizierungen und Polarisierungen oder gibt es größere Gemeinsamkeiten? Vor allem aber stellt sich die Frage nach der Zukunft: Hat der psychoanalytische Ansatz wissenschaftlich und therapeutisch ein Potenzial, das auch unter veränderten gesellschaftlichen Bedingungen wirksam sein kann?

Der 150-jährige Geburtstag Freuds im Jahre 2006 bot Anlass zu zahlreichen bilanzierenden Reflexionen. Ein zu diesem Zeitpunkt veröffentlichtes Buch des New Yorker Soziologen Eli Zaretsky beschreibt unter dem Titel „Freuds Jahrhundert“ die Einflüsse psychoanalytischen Denkens auf den Geist seiner Epoche. Dabei wird auch deutlich, dass diese Epoche vorüber ist und wir bereits in einer post-freudianischen, post-analytischen Zeit leben. Dies nicht zuletzt deshalb, weil der Zeitgeist sich verändert hat, so dass die heute konstatierte „Krise der Psychoanalyse“ eine ähnliche ist wie die „Krise der Geisteswissenschaft“. Stichworte wie Geist und Sinn, Sprache und Geschichte, Identität und Selbstverständnis finden weniger Resonanz in einer Gesellschaft, die vorwiegend durch ökonomische Zwänge, informatorische Vernetzung, Anspruch auf hohe Flexibilität und die Möglichkeit virtueller Parallel-

welten gekennzeichnet ist. Junge und alte Menschen, Frauen und Männer, Familien, Parteien, Universitäten und weitere Institutionen stehen in dieser Gesellschaft vor anderen Aufgaben als die Psychoanalyse sie um 1900 diskutiert hat. Die wachsende Zahl der hier lebenden Migranten, die zum Teil aus ganz anderen Kulturen stammen und häufig soziale Katastrophen hinter sich haben, verstärkt die Heterogenität der Gesellschaft. Ist es wirklich vorstellbar, dass die psychische Situation einer Patientin, die aus Anatolien oder aus Afghanistan stammt, mit den gleichen psychoanalytischen Konzepten erklärt und behandelt werden kann wie die Konflikte einer Patientin aus dem Wiener Bürgertum der Jahrhundertwende, aus dem Nachkriegsdeutschland oder aus den achtziger Jahren? Ist die von der Psychoanalyse vorgeschlagene Selbstreflexion der inneren Welt weiterhin ein brauchbarer Lösungsweg für individuelle und soziale Schwierigkeiten?

Zaretsky (2006) plädiert dafür, dass wir nach Möglichkeit die psychoanalytischen Erfahrungen, die aus vielen Einsichten bestehen, als Ganzes bewahren.

„Dazu gehört, dass jeder einzelne eine innere Welt hat, die zu einem guten Teil nicht nur unbewusst, sondern auch unterdrückt ist; dass die Beziehungen zu anderen, besonders zu denen, die man liebt, von Bildern und Wünschen durchdrungen sind, die aus jener unbewussten Welt stammen; dass, psychologisch gesehen, ein Mann oder eine Frau zu sein, das Ergebnis eines einmaligen und heiklen Prozesses ist; dass niemand einfach das eine oder das andere Geschlecht ist oder hat; dass letztlich eine unüberbrückbare Kluft besteht zwischen dem innerpsychischen Leben des Individuums und den kulturellen Mythen und Archetypen, von denen es umgeben ist; dass, wenn vom einzigartigen Wert des Individuums gesprochen wird, eben das konkrete, besondere und kontingente Individuum gemeint ist und keine Abstraktion; dass Gesellschaft und Politik nicht nur von bewussten Interessen und erkannten Notwendigkeiten bewegt werden, sondern auch von unbewussten Motiven, Ängsten und unausgesprochenen Erinnerungen; und dass sogar große Nationen Traumata erleiden und abrupte Kurswechsel und Regressionen durchmachen können.“

So formuliert Zaretsky das psychoanalytische Erbe, das wir bewahren sollten. Darüber hinaus hält er es jedoch für unwahrscheinlich,

„... dass die Psychoanalyse im 21. Jahrhundert dieselbe Rolle spielen wird, wie sie sie im 20. gespielt hat, wahrscheinlich müssen wir, wenn wir ihre Errungenschaften bewahren wollen, neue Institutionen erfinden, die ihre Einsichten bewahren und auf ihnen aufbauen.“

Das ist die Frage, mit der wir uns beschäftigen wollen: Wie können diese neuen Institutionen oder neuen Formen aussehen, in denen wir das Bewahrenswerte der Psychoanalyse aufheben und zugleich, verantwortlich damit umgehend, es für die Menschen von heute nutzbar machen können? Wir diskutieren in diesem Zusammenhang vorwiegend den therapeutischen Aspekt und insbesondere die Bedeutung der Psychodynamischen Psychotherapie als einer aus analytischen Ursprüngen entstandenen, vielfältig weiterentwickelten Behandlungsform.

Uns wird hier nicht beschäftigen, wie sich die psychoanalytische Welt unter dem Einfluss welcher Persönlichkeiten theoretisch und praktisch entwickelt hat, sondern was inzwischen daraus hervorgegangen ist. Ein erster Befund ist, dass sich das vermeintlich einheitliche Konzept „Psychoanalyse“ bei genauerem Hinsehen in zahlreiche konzeptuelle Varianten aufteilt. Diese sind, was für die heutige Zeit recht merkwürdig anmutet, häufig auf die Personen der Gründerväter und -mütter bezogen (freudianisch, jungianisch, adlerianisch, kleinianisch, lacanianisch etc.), andere durch bestimmte Theoriekonzepte bestimmt (z. B. Selbst-psychologisch, Ich-psychologisch, neoanalytisch, objektbeziehungstheoretisch). Daneben gibt es Gruppierungen, die sich davon abgrenzend als unabhängige, nicht schulengebundene Psychoanalytiker definieren.

Eine zweite Entwicklungslinie betrifft therapeutische Ansätze, die sich aus psychoanalytischen Wurzeln heraus in eigene Richtungen entwickelt haben (Analytische Psychotherapie, Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, Dynamische Psychotherapie, Fokalthherapie, Kurztherapie).

Obwohl die hochfrequente Langzeit-Einzelbehandlung für Psychoanalytiker als das eigentliche Verfahren gilt, welches ihre berufliche Identität begründet, kommen zahlreiche Varianten des Settings und des behandlingstechnischen Vorgehens zur Anwendung, z. B.:

- Kurzzeit-Einzeltherapie
- Langzeit-Einzeltherapie
- Gruppentherapie
- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, Säuglingstherapie
- Paar- und Familientherapie
- stationäre Psychotherapie
- Körpertherapie
- Musiktherapie
- Kunst- und Gestaltungstherapie

Schließlich werden in neuerer Zeit auch zunehmend störungsspezifische Modifikationen von psychoanalytischen oder psychodynamischen Therapien vorgeschlagen, die meist in Manualen formuliert sind (z. B. psychodynamische Therapie für soziale Phobien, für Essstörung; Übertragungsfokussierte Psychotherapie; Psychoanalytisch-interaktionelle Therapie; Mentalization-based Psychotherapy; Strukturbezogene Psychotherapie).

Im Unterschied zu Kernberg (1999) wollen wir die psychoanalytisch begründeten Verfahren nicht wertend hierarchisieren (ausgehend von der eigentlichen Psychoanalyse an der Spitze und dann absteigend über die analytische Psychotherapie zur psychodynamisch tiefenpsychologischen und schließlich supportiven Behandlung). Wenn wir das, was in der Versorgung praktisch geschieht, auflisten, lassen sich folgende Gruppen bilden (vgl. dazu auch Janssen 2002):

- Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapien (nicht störungsspezifisch) in variablem Setting (Kurzzeit-, Langzeit-, Einzel-, Gruppen-, Kinder und Jugendlichenpsychotherapie)

- störungsspezifisch modifizierte Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapien (bei Essstörungen, somatoformen Störungen, persönlichkeitsstrukturellen Störungen, Angststörungen, Traumafolgestörungen)
- Analytische Psychotherapien, nicht störungsspezifisch in variablem Setting (Einzeltherapie, Gruppentherapie, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie)
- störungsbezogen modifizierte Analytische Psychotherapien
- stationär integrierte psychodynamische Therapien
- psychoanalytisch/psychodynamisch orientierte Spezialtherapien (Musik-, Bewegungs-, Kunst-, Gestalttherapie usw.)
- psychodynamisch orientierte psychosomatische Grundversorgung

In der Übersicht wurde vieles zusammengefasst, was sich weiter differenzieren ließe. So ist z. B. die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie etwas grundsätzlich anderes als die Erwachsenenbehandlung (vgl. Horn 2008, Seiffge-Krenke 2007), insbesondere dann, wenn das Setting eine komplette Familiengruppe einbezieht oder die Interventionen sich an Säuglinge und deren Eltern richten (Cierpka u. Windaus 2008). Auch die Tatsache, dass hier Einzel- und Gruppenbehandlungen zusammen genannt werden, widerspricht dem Selbstverständnis der Gruppentherapeuten, die in früherer Zeit forderten, ihre Behandlungsform als Psychotherapie sui generis anzuerkennen (Heigl-Evers u. Gfäller 1993) und die heute bemüht sind, ein eigenständiges, forschungsbasiertes Vorgehen zu begründen (Mattke et al. 2009). Eine Welt für sich ist die stationäre Psychotherapie, die seit den 1950er Jahren einen starken Aufschwung genommen hat und sich mehr und mehr zum Forschungslabor der Psychotherapie entwickelte. Hier konnten die Integrationsansätze und störungsbezogenen therapeutischen Modifikationen erarbeitet werden, die heute in der Psychodynamik weitgehend die Diskussion bestimmen (z. B. Herzog et al. 2004).

Die Bandbreite des therapeutisch Möglichen würde noch erweitert, wenn neben der Vielfalt der methodischen Therapievarianten die Unterschiedlichkeit der Therapeutenpersönlichkeiten einbezogen würde (vgl. auch Sachse u. Rudolf 2008). Sie unterscheiden sich nicht nur in ihren Persönlichkeiten und darin, welche Methoden und Settings sie bevorzugen und wie puristisch oder vermischt sie sie anwenden, sie sind auch unterschiedlich effektiv (Okiishi et al. 2006), was die Quote ihrer Erfolge und Misserfolge angeht. Das wirft die Frage nach einer „therapeutischen Führerscheinkprüfung“ auf (Kächele u. Strauß 2008). Die Überlegungen bezüglich eines „empirisch validierten Therapeuten“ (Strauß 2003) berühren ein heikles Thema, für das eine Lösung in der praktischen Versorgung noch nicht in Sicht ist, obwohl es einiges an Forschungsdaten über den Einfluss der Therapeutenpersönlichkeit gibt. Wir werden daher die durch die Therapeutenpersönlichkeit bewirkte Varianz vorerst beiseite lassen und den Aspekt der Psychotherapie betrachten, der durch das Verfahren bzw. durch die Methode bestimmt wird.

1.2 Gemeinsame Grundkonzepte

Die psychodynamisch gemeinsamen Konzepte der Persönlichkeit und Störung beschreiben das Zusammenspiel innerer Kräfte, die Strukturierung des psychischen Systems, die Internalisierung früher Beziehungserfahrungen, die zentrale Bedeutung unbewusster Vorgänge und die Entwicklung „neurotischer“ Persönlichkeitszüge.

Die in Deutschland praktizierenden und am Versorgungssystem beteiligten Therapeuten sind, sofern sie nicht Verhaltenstherapie durchführen, für die psychoanalytisch begründeten Richtlinienverfahren „Analytische Psychotherapie“ und/oder „Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie“ zugelassen (die ausführliche Beschreibung des Systems erfolgt in Kap. 5). Damit sind sie in der Formulierung ihrer an den Gutachter gerichteten Therapieanträge auf zentrale psychodynamische Gesichtspunkte festgelegt (unabhängig davon, wie die einzelnen Therapeuten möglicherweise wirklich denken und praktisch handeln).

Im vorliegenden Zusammenhang wollen wir erst einmal von der konzeptuellen und erst recht von der persönlichen Varianz absehen und das Gemeinsame des psycho-

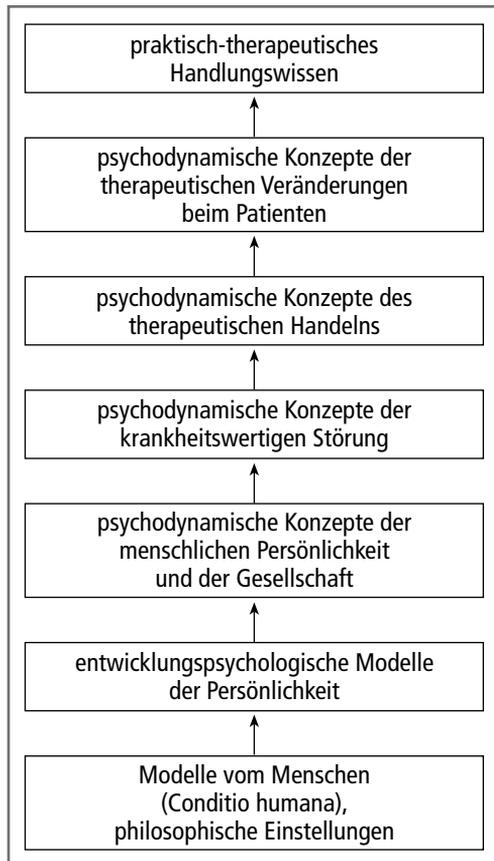


Abb. 1-1 Fundierung des praktisch-therapeutischen Handelns

dynamischen Behandlungsansatzes in Theorie und Praxis herausarbeiten (bzgl. der psychodynamischen Gemeinsamkeiten der Verfahren vgl. Rüger u. Reimer 2006). Das psychodynamisch-therapeutische Handlungswissen gründet auf Erfahrung, ist aber zugleich auf vielen Ebenen theoretisch fundiert (Abb. 1-1). Insbesondere bilden die psychodynamischen Störungskonzepte die Grundlage der Theorie des praktisch-therapeutischen Handelns, der therapeutischen Prozessgestaltung und der therapeutisch erreichbaren Veränderungen beim Patienten. Den psychodynamischen Störungskonzepten liegen weitere entwicklungspsychologische Konzepte für den Einzelnen und sozialpsychologische Konzepte der Gesellschaft zugrunde. Im Hintergrund finden sich, mehr oder weniger reflektiert, weitere anthropologisch-philosophische Modellannahmen.

Fürs Erste befassen wir uns mit Theorieannahmen im mittleren Bereich der Abbildung 1-1, d. h. mit **psychodynamischen Konzepten der Persönlichkeit und Störung**. Diese Annahmen prägen die therapeutischen Aktivitäten, in denen z. B. die therapeutischen Interventionen auf Phänomene wie Übertragung, Widerstand und Regression ausgerichtet werden. Vorläufig bleiben wir vereinfachend bei der Sichtung der psychoanalytischen Essentials, wie sie in einer außerordentlich umfangreichen Literatur der hundertjährigen Psychoanalysegeschichte diskutiert werden: Was macht die Psychodynamik der menschlichen Persönlichkeit und der psychischen Störung aus? Später werden wir auf die entwicklungs-dynamischen und allgemein anthropologischen Konzepte zurückkommen.

Die traditionell bedeutsamen Konzepte betreffen:

- das Zusammenspiel psychodynamischer Kräfte (Triebimpulse, Bedürfnisse, Affekte und Abwehrvorgänge)
- die Strukturierung des Psychischen (Selbst, Ich, Es, Über-Ich)
- das dynamische Unbewusste (abgewehrte psychische Inhalte)
- die „neurotische“ Entwicklung der Persönlichkeit (dysfunktionale Verhaltensweisen)
- die verinnerlichten Beziehungserfahrungen (Internalisierung, Identifizierung, Introjektbildung) und die unbewusste Bereitschaft, diese zu inszenieren, z. B. in der Übertragung

1.2.1 Das Wirken innerer psychischer Kräfte

Der Begriff **Dynamik** ist, wie manche andere zu Freuds Zeit gebildete Begriffe aus der Physik entlehnt und beschreibt eine psychische Kräftelehre, etwa analog zur Thermodynamik. Bekanntlich beschäftigte sich die frühe Psychoanalyse intensiv mit der Frage, welche „Kräfte“ das Lebendige und speziell das Psychische bewegen und zentrierte dabei auf die Triebkräfte der sexuellen Libido und der Aggression. Zwar hinkt der Vergleich mit der physikalischen Energie wie alle derartigen Metaphern, er hat aber auch den Vorteil, dass sich viele Abläufe, Wechselwirkungen, Gleichgewichtsbildungen im System des Psychischen in dieser Sprache anschaulich beschreiben lassen, z. B. das innere Gleichgewicht zwischen situativ ausgelösten aggressiven Impulsen, die aus einer (biographisch gelernten), unbewusst gewordenen Angst vor

Zuwendungsverlust nicht umgesetzt werden dürfen und einer gegensteuernden Instanz (der Abwehr), die bewirkt, dass diese Impulse und Affekte noch nicht einmal wahrgenommen werden können. Es ist ein anschauliches Bild, sich vorzustellen, dass hier verschiedene „Kräfte“ einander entgegenwirken und eine „Dynamik“ entfalten, die sich gleichwohl im Verborgenen, d. h. im Unbewussten ereignet. Unsere alltägliche Lebenswelt liefert viele Beispiele dafür, wie es an der Oberfläche scheinbar ruhig zugeht, während sich dahinter oder darunter aus widerstreitenden Kräften bedrohliche Spannungen aufbauen. Dass hier im Verborgenen etwas zusammenfließt und zusammenstößt, kommt in dem Begriff **Konflikt** (von lateinisch *confligare*: zusammenprallen) zum Ausdruck.

Das psychodynamische Konzept besagt also, dass im nicht wahrnehmbaren Untergrund einer Person unterschiedliche Kräfte am Werk sind, die Spannungen erzeugen. Diese Spannungen sind für die Person dysfunktional; sie kosten Kraft bis zur Erschöpfung (weil etwas mühsam unter Kontrolle gehalten werden muss); sie sind bedrohlich (weil die berechtigte Sorge besteht, dass etwas zerbrechen, explodieren oder implodieren könnte); sie führen zu Gegenregulationen und Notlösungen, die so dysfunktional sind, dass sie als psychische oder körperliche Symptome imponieren. Die therapeutische Konsequenz der theoretischen Annahme ist naheliegend: Der Patient wird ermutigt, zusammen mit dem Therapeuten hinzuschauen, welche „Kräfte“ in seinem Untergrund wirksam sind und sich mit ihnen auseinanderzusetzen.

Über die Art der **Kräfte** haben die psychoanalytisch fundierten Konzepte im Laufe ihrer Geschichte unterschiedliche Annahmen gemacht:

- Aus den anfänglich diskutierten sexuellen und aggressiven Triebimpulsen entwickelte sich eine allgemeine Vorstellung von Bedürfnissen und Wünschen, die auf wichtige Objekte gerichtet sind.
- Es traten die Abwehrkräfte in den Vordergrund des Interesses, welche im Dienst des inneren Gleichgewichts Handlungen und Wahrnehmungen zu steuern haben.
- Die Aufmerksamkeit richtete sich auf die affektiven Kräfte, die sich z. B. als Hoffnungen und Befürchtungen, Trauer, Schuld, Scham, Wut auch als objektgerichtete Intentionen verstehen lassen.
- Die heutige Sicht integriert häufig alle diese Motivationen als unbewusste, objektgerichtete Schemata mit gleichermaßen kognitiven, emotionalen und handlungsbereiten Aspekten, gebildet aus prägenden und intrapsychisch unbewusst aufbewahrten Beziehungserfahrungen.

1.2.2 Die Strukturierung des Psychischen

Es liegt in der Logik dieser Bildersprache von inneren „Kräften“, dass ihnen jeweils eigene Träger zugeordnet werden können. Das **klassische psychoanalytische Strukturmodell** (Tab. 1-1) verteilt die unbewussten Kräfte auf Es, Ich und Über-Ich: Die intentionalen Kräfte (Triebe, Impulse, Bedürfnisse etc.) werden dem Es zugeordnet, die unbewussten Abwehrkräfte dem Ich, das versucht, das Verhalten so zu steuern, dass möglichst viele positive Affekte und möglichst wenige negative erlebt werden. Die Sollwerte dafür sind im Über-Ich gespeichert, sie resultieren aus verinnerlichten

Tab. 1-1 Das klassische psychoanalytische Strukturkonzept

1.	Definition	Das Ich vermittelt zwischen den Triebimpulsen des Unbewussten und den Gewissensforderungen des Über-Ich.
2.	Entwicklung	Ich und Über-Ich bilden sich als Niederschlag der Objektbeziehungen in der Kindheit.
3.	Störung	Konflikthafte kindliche Beziehungserfahrungen hinterlassen unbewusst gestaute Impulse und Affekte, ein abwehrendes Ich und ein strenges Über-Ich.
4.	Folge	Abwehrmuster als Folge der unbewussten Konfliktspannung prägen das Erleben und Beziehungsverhalten (z. B. ängstlich-dependent, zwanghaft, histrionisch usw.).
5.	Symptombildung	Labilisierung der Abwehr infolge Triebverstärkung/Ich-Erschöpfung in äußeren Situationen von Versuchung und Versagung (Symptombildung z. B. Depression, Angst, Zwang, somatoforme Beschwerden).

Beziehungserfahrungen („So sollst Du sein, so darfst Du nicht handeln, wenn Du Dir die Zuwendung Deiner wichtigen Objekte erhalten willst!“). Aus heutiger psychodynamischer Sicht werden die traditionellen strukturellen Aspekte Ich, Es und Über-Ich im Begriff des **Selbst** zusammengefasst (vgl. Kap. 6.3.2). Die wesentlichen Begriffe werden in der Übersicht stichwortartig benannt und in späteren Abschnitten ausführlich diskutiert.

1.2.3 Der Begriff „unbewusst“

Die Tatsache, dass etwas nicht bewusst ist, ist nichts Besonderes, sondern eher die Regel als die Ausnahme. Die psychodynamische Annahme von **Unbewusstheit** betont jedoch, dass innerpsychische Prozesse aktiv aus der bewussten Selbstwahrnehmung ferngehalten werden können. So entsteht Unbewusstheit in unterschiedlichen Ausprägungsgraden, variierend von bewusstseinsnahen, leicht zugänglichen Vorgängen über solche, die massiv beiseite gehalten werden, bis hin zu anderen, die nicht bewusst erlebt werden können und für die es keine Worte gibt. Die Begriffsbildung „das dynamische Unbewusste“ verweist darauf, dass die beiseite gehaltenen Inhalte nicht einfach stillgelegt sind, sondern gewissermaßen ein Eigenleben führen, in dem Triebimpulse, Angsterfahrungen, Beziehungsbedürfnisse, Objektvorstellungen, Affektmuster zusammenwirken in dem Versuch, gemachte Erfahrungen zu verarbeiten, innere Gleichgewichte und neue Verhaltensmöglichkeiten zu generieren.

Ein globaler Begriff wie „**das Unbewusste**“ schafft einen gleichsam mythischen Ort, in dem alles Verdrängte, Vergessene, Frühere, Ungelebte, die dunkle Seite der Seele, aber auch ihre ungenutzte kreative Seite vermutet werden kann. Die Verwendung eines solchen Begriffs ist solange zulässig, wie man sich seiner Metaphorik bewusst bleibt. Das Risiko liegt darin, dass solche Formulierungen verdinglicht werden, so als hätten sie eine faktische Realität. Hinter diesen Substantivierungen verbergen sich

komplexe Prozessabläufe und Funktionszustände als Ergebnis lebenslanger Entwicklungsvorgänge und Homöostasebemühungen.

Das Interesse für unbewusste Vorgänge kennzeichnete – lange vor Freud – die Medizin der Romantik. In Carl Gustav Carus Buch „Psyche. Zur Entwicklungsgeschichte der Seele“ (1846) heißt es einleitend:

„Der Schlüssel zur Erkenntnis vom Wesen des bewussten Seelenlebens liegt in der Region des Unbewusstseins. Alle Schwierigkeiten, ja alle scheinbare Unmöglichkeit eines wahren Verständnisses vom Geheimnis der Seele wird von hier aus deutlich. Dass fortwährend der bei weitem größte Teil des Reiches unseres Seelenlebens im Unbewusstsein ruht, kann der erste Blick ins innere Leben uns lehren. Wir besitzen zu jeder Zeit, während wir nur einiger weniger Vorstellungen uns wirklich bewusst sind, Tausende von Vorstellungen, welche doch durchaus dem Bewusstsein entzogen sind, welche in diesem Augenblick nicht gewusst werden und doch da sind, und folglich zeigen, dass der größte Teil des Seelenlebens in die Nacht des Unbewusstseins fällt.“

Was hier romantisch geheimnisvoll klingt und in der frühen Psychoanalyse zu einem komplexen System und psychischen Prozessen im dynamisch Unbewussten ausgearbeitet wurde, ist heute empirisch gut untersucht, mit dem Ergebnis, dass in der Tat die meisten psychischen Aktivitäten als automatisierte und unbewusste Prozesse ablaufen, ohne eine Form des Bewusstseins zu erreichen. Es erscheint durchaus zweckmäßig und ökonomisch, dass die meisten psychischen Arbeitsprozesse unbewusst verlaufen. Demgegenüber erscheinen die Vorgänge des **dynamisch Unbewussten** unzweckmäßig und unökonomisch, insofern als erhebliche psychische Aktivität erforderlich ist, um peinliche Erinnerungen, ängstigende Triebregungen oder beunruhigende Affekte aus der bewussten Wahrnehmung wegzudrängen, so dass letztlich weder das Abgewehrte noch das Abwehrende bewusst erlebt und gedacht werden können, es sei denn, der Betroffene spürt die diffuse, Kräfte raubende Anspannung dieses Vorgangs, der einen Teil seiner psychischen Lebendigkeit bindet und einschränkt. Darüber hinaus ist es wahrscheinlich, dass die unbewussten Beziehungsthemen, pathogenen Überzeugungen, ungestillten Bedürfnisse und latenten Affektspannungen das Erleben und Verhalten eines Patienten im Sinne unbewusster Inszenierungen prägen, was anderen Menschen als charakterliche Eigenart des Patienten auffällt und von einem geschulten Therapeuten als Übertragungsangebot wahrgenommen werden kann.

1.2.4 Der Neurose-Begriff

Das im 19. Jahrhundert gebräuchliche Konzept des Unbewussten hatte etwas Geheimnisvolles, indem es jeweils eine helle und eine dunkle Seite des Menschlichen beschrieb. Jedoch erst in der Erklärung der Hysterie, wie sie von Charcot gegeben und von Freud weiterentwickelt wurde, fand sich das Überraschungsmoment, dass damit entgegen aller Alltagsüberzeugung körperliches Geschehen aus psychischen Vorgängen erklärt und dem Unbewussten eine schöpferische oder auch zerstörerische

sche Kraft zugeschrieben werden konnte. Etwas von dieser Aura des Unglaublichen, Wirkungsmächtigen ist in dem Konzept lange erhalten geblieben. Die Dynamik des Unbewussten wurde zugleich das Kernstück des Konzepts „Neurose“, das bis in die erste Hälfte des 20. Jahrhunderts die psychoanalytische Krankheitstheorie bestimmte (Rudolf 2005b). Mit der Verbreitung und Weiterentwicklung der diagnostischen Klassifikationssysteme DSM und ICD wurde das Konzept offiziell aufgegeben und auch in der psychoanalytischen Konzept- und Theorieforschung nicht systematisch weiterentwickelt, gleichwohl aber beibehalten. In der therapeutischen Praxis wird es weiterhin verwendet, wahrscheinlich weil es für die Abfassung der Berichte in der Richtlinienpsychotherapie (vgl. Kap. 5.1.4) unverzichtbar ist.

Vielleicht ist der Begriff „neurotisch“ trotz oder vielleicht auch wegen seiner Unverbindlichkeit so beliebt, weil sich mit seiner Hilfe viele Zustandsbilder und Entwicklungsprozesse der Persönlichkeit fassen lassen: die neurotische Entwicklung der kindlichen Persönlichkeit unter dem Druck belastender Erfahrungen, die neurotischen Mechanismen der Konfliktinternalisierung, die neurotische Abwehr und das unbewusste Weiterwirken von verdrängten Impulsen und Gefühlen, die neurotische Ausgestaltung des Charakters und des Beziehungsverhaltens, die neurotische Symptombildung unter dem Einfluss labilisierender äußerer und innerer Lebensbedingungen und die aus diesen Bausteinen gefügten klinischen Bilder wie die depressive Neurose, Zwangsneurose, hysterische Neurose, Charakterneurose, narzisstische Neurose. Die Systematisierung dieser Zusammenhänge als „Neurosenlehre“ macht das Kernstück der klinischen Theorie der Psychoanalyse aus. Die erste „allgemeine Neurosenlehre“ findet sich in Freuds Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse. Die allgemeine Neurosenlehre von Nunberg (1931) und die spezielle Neurosenlehre von Fenichel (1931) fassen die weiteren psychoanalytischen Entwicklungen zusammen. In Fenichels Einleitung heißt es:

„Die Neurosenlehre ist für die praktische Psychoanalyse das, was die Pathologie für die klinische Medizin ist (...) Sie will die Gesetzmäßigkeiten von Ätiologie, Gestaltung und Verlauf der Neurosen verstehen und damit einer kausalen Therapie und Prophylaxe dienen. (...) Die Psychoanalyse sieht in der Neurose das Ergebnis eines Konfliktes zwischen dem Triebleben und einem ihm widersprechenden Teil der Persönlichkeit, der den Trieben durch die von ihm ins Werk gesetzte Abwehr eine pathologische Form aufnötigt. Die Analyse interessierte sich zunächst für dieses Triebleben, das aus der Verdrängung zu befreien, ihre wesentliche Aufgabe war. Sie entdeckte dabei die ungeheure Welt des Unbewussten, fand mit ihrer Trieblehre die biologische Grundlage der Psychologie und rechtfertigte ihre dynamisch-ökonomische Auffassung des Seelenlebens. Nach heftigen Kämpfen um diese Fragen sind heute wenigstens die Autoren der engeren psychoanalytischen Schule von der Richtigkeit der Ansichten Freuds überzeugt.“

Das Problem der „Neurosenlehre“ liegt darin, dass die zugehörigen Begriffe von verschiedenen Autoren aus unterschiedlichen Schulen mit verschiedenen Bedeutungen versehen, jedoch kaum je operationalisiert und fast nie wissenschaftlich evaluiert wurden. Das macht eine interkollegiale und wissenschaftliche Verständigung sehr schwierig. Erst in neuerer Zeit gibt es Ansätze zur Operationalisierung der Begriffe

und wissenschaftlichen Untersuchung der zugehörigen klinischen Sachverhalte (z. B. in der Operationalisierten psychodynamischen Diagnostik, s. Kap. 4.6.2).

1.2.5 Verinnerlichte Beziehungserfahrungen

Ein weiterer Gesichtspunkt gehört wesentlich zur Psychodynamik. Es ist die psychische Hereinnahme und das nachhaltige Wirksambleiben von Beziehungserfahrungen aus frühen Lebensabschnitten, ein Vorgang, der unter psychodynamischen Begriffen der Internalisierung, Identifizierung und Introjektbildung gefasst werden kann. Diesem Aspekt wurde im Laufe der Entwicklung des psychodynamischen Konzepts (weg von der Triebdynamik, hin zur Objektbeziehungsdynamik) zunehmend Gewicht verliehen. Durch ihn erhält das Kräftefeld im Unbewussten erst seine konkreten Inhalte als Niederschlag problematischer, d. h. leidvoller, unlösbar schwieriger Beziehungserfahrungen.

- **Internalisierung:** Die unbewussten Erwartungen an die Objekte entsprechen den problematischen Erfahrungen mit dem früheren Objekt. Der Betreffende erwartet unbewusst, dass jede neue Beziehungssituation sein wird wie die frühere, dass jedes neue Objekt ihn behandeln wird, wie sein früheres Objekt ihn behandelt hat und dass er ebenso hilflos, frustriert, erschreckt, beschämt usw. reagieren wird wie damals.
- **Identifizierung:** Das eigene Verhalten nach außen ist nach dem Muster der früheren Objekte gestaltet. Der Betreffende verfährt mit anderen so, wie sein früheres Objekt ihn behandelt hat.
- **Introjektbildung:** Die eigene Einstellung sich selbst gegenüber ist nach dem Muster der früheren Beziehung gestaltet. Der Betreffende behandelt sich so, wie sein früheres Objekt ihn behandelt hat.

Dieser psychodynamische Gesichtspunkt fokussiert weniger auf das Wirken der unbewussten inneren Triebkräfte als auf das unbewusste Nachwirken leidvoller äußerer Beziehungserfahrungen. Wenn das Triebkonzept sich auf eine gewissermaßen endogene Komponente bezieht (z. B. in der Annahme angeboren gesteigerter Aggressivität), dann wird in der Beziehungsdynamik die schwierige äußere Bedingung betont, die das Verarbeitungsvermögen des Betreffenden überfordert hat und in ihm auf unterschiedliche, aber stets dysfunktionale Weise weiterwirkt.

1.3 Psychodynamische Ziele und Vorgehensweisen

Ein Set von therapeutischen Vorgehensweisen kennzeichnet das psychodynamisch-therapeutische Handeln, dessen emanzipatorisches Ziel im vertieften Verstehen und Annehmen der eigenen Persönlichkeit und Geschichte liegt.