

Psychodynamische Therapie- verfahren: Welche nichtpsycho- dynamischen Ansätze lassen sich integrieren?

G. Rudolf, U. Rürger

- 2.1 Das psychodynamische Verfahren – Versuch einer Abgrenzung – 26**
 - 2.1.1 Expressiv und supportiv – 26
 - 2.1.2 Entwicklungstendenzen in analytischer und tiefenpsychologischer Psychotherapie – 27
 - 2.1.3 Was ist psychodynamisch? – 27
 - 2.1.4 Psychodynamisch bedeutsame pathogene Muster – 28
- 2.2 Die Frage der Integration anderer Ansätze in die psychodynamische Psychotherapie – 28**
 - 2.2.1 Humanistische Ansätze – 28
 - 2.2.2 Imaginative Ansätze – 29
 - 2.2.3 Emotionsmobilisierende Ansätze – 30
 - 2.2.4 Lerntheoretische Ansätze – 31
- 2.3 Schlussfolgerung – 31**
- 2.4 Ein Beispiel der Integration: Die Behandlung persönlichkeitsstruktureller Störungen – 32**
 - Literatur – 33**

Angesichts der notwendigen und unvermeidlichen Weiterentwicklung von Psychotherapien soll in diesem Kapitel diskutiert werden, was im Kern als psychodynamische Psychotherapie und speziell als tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie verstanden wird und inwieweit es möglich ist, andere Therapieansätze in sie zu integrieren. Während die Tiefenpsychologen alter Schule von Psychoanalytikern ausgebildet wurden und bemüht waren, strikt psychoanalytisch zu denken, wächst heute eine neue Generation von Tiefenpsychologen heran. Sie haben ihre Ausbildung in Kliniken erfahren (psychiatrische oder psychosomatische Kliniken oder Reha-Einrichtungen) oder in den nach dem Inkrafttreten des Psychotherapeuten-Gesetzes (1998) entstandenen tiefenpsychologischen Ausbildungsinstituten. Viele dieser Einrichtungen bieten verhaltenstherapeutische und tiefenpsychologische Ausbildungen nebeneinander an oder sie verstehen sich als integrativ in dem Sinne, dass sie Aspekte anderer Therapieformen einbeziehen. Die Fallberichte dieser Kollegen lassen erkennen, dass sie unter der Bezeichnung tiefenpsychologisch auch Behandlungsansätze und Zielsetzungen – z. B. übende, imaginative, rollenspielbasierte, ressourcenaktivierende, emotionszentrierte usw. – mit psychodynamisch-konfliktdeckenden Methoden verknüpfen. Auch im internationalen Schrifttum ist viel von integrativer Psychotherapie die Rede (Holmes u. Bateman 2002).

Zurzeit hat der Begriff »Integration« eine sehr gute Presse, während »Abgrenzung« eher rasch Ablehnung erfährt oder als Ausdruck einer konservativen Haltung eingeordnet wird. Die Autoren verstehen beide Begriffe neutral: Abgrenzung im Sinne von Definition und wissenschaftlicher Klarheit. Ohne eine solche begriffliche Klarheit droht »Integration« zum therapeutischen Potpourri zu werden oder zu einer Melange am Ende nicht mehr erkennbarer Einzelelemente. Demgegenüber setzt Integration Klarheit darüber voraus, was wohin integriert werden soll, welchen Sinn das neue Ganze haben soll und wie dies in einem theoretischen Gesamtkonzept verstanden werden kann. Bei Psychotherapieverfahren mit nachgewiesener Wirksamkeit muss darüber hinaus der zusätzliche Nutzen erkennbar sein, der durch eine Integration anderer Ansätze erreicht werden soll.

Es erscheint daher notwendig, grundsätzlich zu erörtern, wie therapeutische Vorgehensweisen kombiniert werden können, welche Bausteine miteinander kompatibel sind, was wohin integriert werden kann, ohne dass das ursprüngliche Verfahren verfremdet oder beschädigt wird.

2.1 Das psychodynamische Verfahren – Versuch einer Abgrenzung

In der Geschichte der Psychoanalyse wurde der Freud-Ansatz, der sich auf das unbewusste Geschehen unter der

Oberfläche des Verhaltens bezog, lange Zeit als »tiefenpsychologisch« gekennzeichnet. Noch in Kindlers Lexikon der Psychologie (1976) wurden die psychoanalytischen Autoren und Therapieverfahren in vier Bänden mit dem Titel »Tiefenpsychologie« abgehandelt. Die Psychotherapierichtlinie (1967) formulierte bekanntermaßen den Unterschied von analytischer Psychotherapie und tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie (Rüger et al. 2012). Beide zusammen gelten als »psychoanalytisch begründet«, wobei kontrovers diskutiert wird, ob es sich um zwei Therapieformen eines Verfahrens oder um zwei Verfahren handelt. Nach der Empfehlung des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie (2004) sind die beiden in Deutschland gebräuchlichen Therapieformen (und viele im internationalen Schrifttum beschriebene psychoanalytische Ansätze) als ein Verfahren »psychodynamische Psychotherapie« zusammenzufassen (Rudolf 2010).

2.1.1 Expressiv und supportiv

In einer gewissen Parallele zu den hierzulande gebräuchlichen analytischen und tiefenpsychologischen Ansätzen wurde in den 1980er-Jahren von amerikanischen Psychoanalytikern über »expressive« und »supportive« Ansätze gesprochen. Während der Begriff »expressiv« das traditionell konfliktdeckende analytische Vorgehen beschrieb, meinte der Begriff »supportiv« eine eher haltgebende therapeutische Begleitung. Luborsky (1984) betonte, dass psychoanalytische Psychotherapie beide Aspekte, expressive und supportive, therapeutisch nutzen sollte. Kernberg (1981) hingegen betonte den Unterschied beider Ansätze in ihren Zielsetzungen und möglichen Ergebnissen. Die expressive psychoanalytische Psychotherapie könne durch ihre konfliktdeckende Arbeit Strukturveränderungen bewirken (wenn auch begrenzte im Vergleich zur eigentlichen Psychoanalyse), wohingegen die supportive Psychotherapie den Patienten suggestiv-manipulativ stütze, hinsichtlich der Konfliktodynamik aber als »zudeckend« oder »unterdrückend« zu bezeichnen sei. Von anderer Seite (Rockland 1992) wurde supportive Psychotherapie ++ als eigenständiger therapeutischer Ansatz dargestellt.

Heute ist der Begriff supportive Psychotherapie auch im deutschen Sprachraum gebräuchlich. Dort, wo ein einsichtsorientiertes, konfliktdeckendes, Abwehr mobilisierendes Vorgehen nicht möglich ist, weil der Patient aufgrund seines aktuellen Krankheitszustandes, seiner krisenhaften Belastung, seiner eingeschränkten Ich-Funktionen oder seiner fragilen Therapiemotivation veränderungsorientierte Therapieansätze nicht aushalten oder nicht nutzen kann, wird eine vorsichtig begleitende, wohlwollend unterstützende, möglichst nicht belastende Therapieform angeboten. Sie soll den Patienten in der Bewältigung seiner möglicherweise nicht veränderbaren

Problematik unterstützen und durch Krisenzustände hindurch geleiten.

Die im deutschen Raum erfolgte Differenzierung von analytischer Psychotherapie und tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie in der Richtlinienpsychotherapie folgt einer etwas anderen Logik als der Alternative von expressiv und supportiv. Zwar zeigt das analytische Verfahren Übereinstimmungen mit der expressiven Psychotherapie, aber das tiefenpsychologische Verfahren bietet eine weitaus größere Bandbreite von fokal aufdeckender über strukturfördernde Zielsetzung bis hin zu supportivhaltgebenden Zielen (letzteres z. B. in der speziellen Form der niederfrequent haltgebenden tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie).

2.1.2 Entwicklungstendenzen in analytischer und tiefenpsychologischer Psychotherapie

Die analytische Psychotherapie bezieht sich auf die psychoanalytische Tradition, die aber durchaus keine einheitliche ist. Vielmehr berufen sich unterschiedliche Gruppierungen auf verschiedene Gründerpersönlichkeiten und verstehen sich dementsprechend als Freudianer, Kleinianer, Jungianer, Adlerianer, Lacanianer, Selbstpsychologen und mittlerweile auch als Neo-Kleinianer, Neo-Jungianer etc. Im Prinzip sind alle gleichermaßen therapeutisch bemüht, mit dem Unbewussten des Patienten in Berührung zu kommen und dadurch Entwicklungsprozesse der Persönlichkeit in Gang zu setzen. Freilich betonen sie dabei unterschiedliche theoretische Aspekte und verwenden verschiedenartige Techniken und Settinggestaltungen. Es wäre wünschenswert, dass diese Gruppen sich wechselseitig über ihre Essentials verständigen würden, aber es herrschen derzeit eher Tendenzen der Abgrenzung vor.

Die analytische Psychotherapie ist bei allen Unterschieden ihrer theoretischen und praktischen Details noch relativ homogen im Vergleich zur tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie. Diese war als methodische Variante der analytischen Psychotherapie entwickelt worden. Sie ist charakterisiert durch fokal umschriebene und begrenzte therapeutisch Zielsetzungen, Begrenzung regressiver Prozesse durch ein Setting mit seltenen Sitzungen, Gespräch im Gegenübersitzen statt in Couchlage des Patienten, begrenzte Stundenzahl, Bearbeitung der aktuellen Problematik des Patienten »unter Beachtung« von Übertragungsprozessen, die aber behandlungstechnisch nicht im Vordergrund stehen.

Vor Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes (1998) wurden analytische und tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie in psychoanalytischen Weiterbildungseinrichtungen zusammen gelehrt, danach wurden

viele ausschließlich tiefenpsychologische Ausbildungsstätten gegründet. Sie sind nun deutlich weniger psychoanalytisch orientiert als die früheren Einrichtungen. Viele von ihnen verstehen sich als »integrativ«, in dem sie Aspekte anderer Therapieformen einbeziehen, z. B. solche aus der Gesprächstherapie, Gestalttherapie, positiven Psychotherapie, systemischen Psychotherapie oder im weitesten Sinne aus den »humanistischen Verfahren«. Angesichts dieser zunehmenden Ausweitung stellt sich die Frage, was im Kern als psychodynamisch definiert werden kann, bevor diskutiert werden soll, wie integrative Entwicklungen zu bewerten sind.

2.1.3 Was ist psychodynamisch?

Psychodynamik und Tiefenpsychologie beziehen sich auf einen Ansatz zur Erklärung und Behandlung psychischer Störungen, der mehr als eine Ebene benötigt und in der Regel die Wechselwirkung von drei Ebenen einbezieht. Auf der ersten Ebene finden sich die vom Patienten erlebten Phänomene und die von ihm angenommenen Erklärungen sowie die vom Therapeuten vorgenommene Einordnung der Beschwerden.

Beispiel

Der Patient erlebt lang anhaltende Verzweiflung nach dem Verlust eines wichtigen Menschen. Darauf bezogen könnte der Therapeut von reaktiver depressiver Symptomatik sprechen.

Ein Therapeut, der sich darauf beschränken würde, diesen Patienten über den Verlust zu trösten, ihn zu beruhigen und ihn zu ermutigen und der dauerhaft auf dieser Ebene bliebe, wäre nicht in einem tiefenpsychologischen Sinne tätig. Um das zu tun, müsste er eine zweite Ebene hinzunehmen, die Ebene der nicht voll bewussten Gefühle und Motivationen. In dem genannten Beispiel der anhaltenden Trauerreaktion könnten das zwiespältige Einstellungen von idealisierender Anhänglichkeit einerseits und bitterer Enttäuschung andererseits, bezogen auf den verlorenen Menschen sein, d. h. ein unbewusstes Konfliktthema, für dessen Wirken sich aus den Mitteilungen des Patienten deutliche Hinweise ergeben müssten. Auf einer dritten Ebene würde der Therapeut die biografischen Vorerfahrungen des Patienten als Grundmuster für die auf der zweiten Ebene beschriebene konflikthafte Zwiespältigkeit suchen und würde dabei womöglich in den kindlichen Beziehungserfahrungen Personenverluste oder Beziehungsabbrüche entdecken.

Die therapeutische Arbeit im psychodynamischen Verfahren beinhaltet somit ein ständiges Oszillieren zwischen den drei genannten Ebenen: Das dysfunktionale

Verhalten der oberflächlichen ersten Ebene wird erklärt aus den verborgenen Motivationen der unbewusste/vorbewussten zweiten Ebene und abgeleitet aus den prägenden Vorerfahrungen der Lebensgeschichte in der dritten Ebene. Therapeutisch gilt es, für den Patienten den bis dahin nicht deutlich wahrgenommenen Zusammenhang der drei Ebenen sichtbar zu machen (»aufdecken«), dadurch, dass in regressiven Entwicklungen Aspekte der dritten Ebene spürbar werden oder dass in der Übertragungsbeziehung abgewehrte Bedürfnisse und Gefühle der zweiten Ebene erlebt werden.

Für den psychodynamischen Ansatz wesentlich ist also, dass das auf der ersten Ebene beschriebene dysfunktionale und symptomwertige Verhalten und Erleben des Patienten durch die auf der zweiten Ebene erkennbaren pathogenen Muster erklärbar und auf prägende Erfahrungen der dritten (biografischen) Ebene zurückführbar ist.

2.1.4 Psychodynamisch bedeutsame pathogene Muster

Die Autoren unterscheiden im Wesentlichen drei unterschiedliche pathogene Muster (Rudolf 2010):

1. den unbewussten Konflikt,
2. die beeinträchtigten strukturellen Fähigkeiten und
3. die Traumafolgen.

Jedes dieser pathogenen Muster kann in spezifischen Lebenssituationen des Patienten aktualisiert werden und in dieser Aktualisierung symptomwertige Zustände generieren. Aktualisierung heißt, dass eine bisher bestehende innere Balance zwischen Konfliktspannung einerseits und Abwehrhaltung andererseits, zwischen strukturellen Defiziten einerseits und Bewältigungsstrategien andererseits oder zwischen traumabedingten inneren Spannungen und ihren Verarbeitungsstrategien in einer aktuell zugespitzten Lebenskonstellation labilisiert wird. Für Konflikt und Trauma bedeutet das, dass die dahinter liegenden Bedürfnisse- und Affektspannungen heraus- und in die Beziehung einbrechen. Im Falle struktureller Störung handelt es sich eher um eine Überforderung bzw. um den Zusammenbruch der Fähigkeit zur Selbst- und Beziehungsregulierung.

Auf allen drei psychodynamischen Ebenen lassen sich über die akute Störung hinaus sekundäre chronische Entwicklungen beobachten, welche im Laufe der Zeit die gesamte Lebens- und Persönlichkeitsgestaltung prägen (neurotische Persönlichkeitsentwicklung, neurotischer Charakter, Persönlichkeitsstörungen).

Die Zuordnung zu diesen psychodynamischen Mustern ist die Aufgabe der psychodynamischen Diagnostik,

wie sie z. B. mit Unterstützung des diagnostischen Systems OPD (operationalisierte psychodynamische Diagnostik) geleistet werden kann (Arbeitskreis OPD 2006; ► Kap. 3).

Das Verständnis der dritten, biografischen Ebene kann diagnostisch durch die biografische Anamnese gefördert werden (Dührssen 1981; Rudolf u. Rüger 2011), welche die prägenden Erfahrungen des Patienten, die entwicklungs-fördernden und -schädigenden Bedingungen seines Lebens verdeutlichen kann.

Psychodynamisch/tiefenpsychologisch ist somit alles, was für den Patienten diagnostisch und therapeutisch zum Verständnis der einander bedingenden drei Ebenen beiträgt:

- Welches sind die Muster seines Erlebens und Verhaltens? (Ebene 1);
- Welche inneren Gründe gibt es für sein Tun? (Ebene 2);
- Aufgrund welcher lebensgeschichtlichen Umständen und Erfahrungen ist er/sie so geworden? (Ebene 3).

2.2 Die Frage der Integration anderer Ansätze in die psychodynamische Psychotherapie

Es soll der Frage nachgegangen werden, welche Chancen sich eröffnen oder welche Risiken sich auftun, wenn konzeptuelle oder behandlingstechnische Elemente aus anderen Verfahren in das psychodynamisch-tiefenpsychologische Verfahren hineingenommen werden. Das geschieht häufig, wenn die Therapeuten ihre Grundausbildung in einem anderen Verfahren gehabt haben oder in ihrer Ausbildung durch Dozenten unterrichtet worden sind, die in anderen Verfahren sozialisiert sind. Die Autoren diskutieren zunächst das, was (z. B. in Falldiskussionen oder Therapieberichten) häufig mit integrativer Zielsetzung benannt wird.

2.2.1 Humanistische Ansätze

Ein Teil der deutschen Tiefenpsychologen und ihre Ausbildungsstätten beziehen sich in ihrem Anspruch der Integration auf »humanistische Verfahren«. Damit sind hierzulande wohl am ehesten Gesprächspsychotherapie und Gestalttherapie oder Psychodrama gemeint, in angelsächsischen Schriften darüber hinaus »existential therapy« und »focusing-oriented experiential psychotherapy«.

Als essenziell für das humanistische Vorgehen definieren die Autoren eines State-of-the-art-Bandes eine Reihe von Persönlichkeitskonzepten und Therapieprinzipien (Cain u. Seeman 2001).

Humanistische Persönlichkeitskonzepte

- Bedürfnis, sich selbst und der Welt Sinn und Bedeutung zu geben
- Patient verfügt über ein Selbst (»self-awareness«, »self-regard«, »self-concept«) und das Bedürfnis, dieses aufrecht zu erhalten und zu entwickeln
- Die Fähigkeit zu Freiheit und Wahl
- Die Fähigkeit, sich in Richtung von persönlicher/interpersoneller Wachstumsdifferenzierung, Individuation, konstruktivem Wandel zu entwickeln

Humanistische Behandlungsprinzipien

- Therapeutische Beziehung als zentraler Faktor
- Patient bestimmt die wünschenswerte Richtung der therapeutischen Entwicklung
- Empathie des Therapeuten als zentraler Behandlungsfaktor
- Emotion als zentraler Faktor
- Therapeut unterstützt Modifikationen in der Bedeutungsgebung des Patienten und in seinem Selbst- und Weltverständnis

Ein Blick auf diese Liste lässt erkennen, dass fast alle heutigen Psychotherapien einen Teil dieser Charakteristika aufweisen, ohne sie als humanistisch zu definieren (z. B. die Selbstkonzepte in verschiedenen psychoanalytischen Ansätzen, der Aspekt der Persönlichkeitsentwicklung und Individuation in der jungianischen Psychoanalyse, die therapeutische Beziehung und therapeutische Empathie als zentraler Aspekt in fast allen Therapieverfahren, ebenso die Bedeutung emotionaler Prozesse usw.).

Die Betonung des Aspekts »humanistisch« enthält eine Wertsetzung, die das humanspezifische betonen soll (Schneider et al. 2001). Wenn hierzulande Therapeuten ihre humanistische Orientierung betonen, so unterstreichen sie damit neben dem »positiven« ressourcenorientierten Menschenbild auch den Aspekt der menschlichen Sinngebung, der nicht selten in einem religiösen oder spirituellen Kontext steht (Sonnenmoser 2007).

Diese genannten Aspekte lassen sich durchaus mit psychodynamischem Verständnis verknüpfen, sofern sie nicht absolut gesetzt werden – was im ungünstigen Falle bedeutet, dass Patient und Therapeut auf die mühevolle Arbeit des Einsichtgewinnens und der Neuorientierung verzichten, weil sie hoffen, dass das Positive sich in einer guten therapeutischen Beziehung quasi von allein verwirklicht. Fast alle humanistischen Behandlungsprinzipien sind mit psychodynamischen Ansätzen kompatibel, wengleich aus psychodynamischer Sicht alleine nicht ausreichend. Die gute therapeutische Beziehung und Ein-

föhlung in das Erleben des Patienten reicht nach psychodynamischer Konzeptualisierung nicht aus, um tiefsitzende Bedürfniskonflikte des Patienten, abgewehrte Impulse, persönlichkeitsstrukturelle Defizite oder charakterlich verfestigte Abwehrhaltungen therapeutisch zu verändern.

Therapeuten, die sich als humanistisch verstehen, geben sich u. U. besondere Mühe, den Patienten als Menschen gerecht zu werden. Sie tragen damit möglicherweise das Risiko, dass sie sich in dem Anspruch, selbst »gut« zu sein und das Gute im Patienten zu fördern, zu überschätzen und zu überfordern, was zu Enttäuschungsreaktionen und Burn-out-Erleben führen kann.

Manche Therapeuten antworten auf die Frage, wie sie ihren Patienten zu helfen hoffen, dass sie ihm eine verlässliche Beziehung anbieten und ihm helfen wollen, seine Ressourcen kennen zu lernen und zu nutzen. Eine Behandlung, die sich darauf beschränkt, blendet u. U. das Leidvolle und Schwierige im Leben des Patienten aus und hebt das überall bereitliegende Gute – die Beziehung und die Ressourcen hervor. Das ist möglicherweise eine Therapiestrategie, die geeignet ist, unlösbare Probleme und katastrophale Belastungen, wie z. B. zum Tode führende körperliche Krankheiten, therapeutisch zu begleiten. Wenn es jedoch gilt, im Leben des Patienten etwas zu verändern, eine Neuorientierung zu finden, kann die Ressourcenorientierung nur als eine ergänzende, unterstützende Haltung, nicht aber als vorrangige Technik genutzt werden. Es besteht andernfalls das Risiko, dass die Therapie zu sehr begleitend gerät, was dem Patienten gut tut, solange die therapeutische Beziehung besteht, aber keine nachhaltige Veränderung in seiner zentralen Problematik befördert.

2.2.2 Imaginative Ansätze

Imaginative Techniken, welche den Patienten ganz allgemein anregen sollen, bildhafte Phantasien zuzulassen, können geeignet sein, kommunikative Barrieren zu überwinden, einem »sprachlosen« Patienten sein inneres Erleben zu verdeutlichen (z. B. durch Techniken des kathymenten Bilderlebens, des Malens von Träumen, des Rollenspiels etc.). Freilich können dadurch auch ungewollt Schleusen geöffnet werden, so dass der Patient von bisher beiseite gehaltenen, regressiv bedrohlichen Bildern geflutet wird. Hier entscheiden das Strukturniveau des Patienten und die Reife seiner Abwehr über Nützlichkeit oder Schädlichkeit des Vorgehens.

Im Kontext der Traumabehandlung werden besonders häufig **geleitete Imaginationen** eingesetzt (z. B. der sichere Ort), welche den Patienten darin unterstützen sollen, seine innere Sicherheit zu finden. Solche Maßnahmen können strukturell stabilisierend wirken, indem sie den Aufbau positiver Introjekte fördern und damit die

Fähigkeit zur Selbstberuhigung als eine regulative Kompetenz stärken, die der Patient selbstständig zu handhaben lernt. So gesehen können imaginative Techniken mit stabilisierender Zielsetzung, ähnlich wie Vorgehensweisen strukturbezogener Psychotherapie als psychodynamisch zweckmäßig angesehen werden, vorausgesetzt sie sind wirklich erforderlich.

Anders ist die Situation bei der **Traumaexposition**, die sich ebenfalls auf Imagination stützt, nun jedoch mit der ganz anderen Zielsetzung, sich diesen Belastungserfahrungen emotional und kognitiv zu stellen. In der Bandbreite psychodynamischer Ansätze erscheint das als ein Fremdkörper, der sich eher verhaltenstherapeutisch als psychodynamisch konzeptualisieren lässt. Nach psychodynamischer Erfahrung ist es für schwer belastete Patienten wichtig, zu wissen, dass es jemanden gibt (z. B. die Therapeutin), die weiß und versteht, was der Patientin widerfahren ist. In der Traumakonfrontationsübung jedoch wird die erfahrene Hilflosigkeit der Patientin und die ebenso erlebte Hilflosigkeit oder Unsolidarität der Beziehungspersonen wiederbelebt. Im Falle der Akuttraumatisierung hat sich dieses Vorgehen als hilfreich erwiesen, obgleich immer noch wenig klar ist, auf welche Weise das Vorgehen wirksam ist. Die Übertragung dieser Technik auf »Komplextraumatisierungen« mit ihren sehr weit zurückliegenden und schwer zu fassenden bzw. nur vermuteten Traumata scheint problematisch aus verschiedenen Gründen: Die Therapeuten müssen sich auf bestimmte Traumaereignisse festlegen, was zur Folge hat, dass sie mit der grundsätzlichen Annahme eines Traumas oder mehrerer Traumata dem Patienten zugleich die Rolle des Opfers zuschreiben. Die Bearbeitung der Opferhaltung mobilisiert nicht selten im Behandlungsverlauf zusätzliche Erinnerungen/Vermutungen bzgl. weiterer traumatischer Erfahrungen in anderen Lebensabschnitten, sodass im Extremfall das Leben des Patienten als eine Kette von Übergriffen, Beschädigungen und Traumatisierungen erscheint, zu deren Bewältigung immer neue Therapien gesucht werden.

So stellt sich die traumatheoretische Fallformulierung im Blick auf angenommene Komplextraumatisierung in der frühen Kindheit oft wenig psychodynamisch dar: Das heutige dysfunktionale Erleben des Patienten wird als direkte Reaktion auf die biografischen Belastungen verstanden (»Das aufgrund früher Traumatisierung hilflos ausgelieferte innere Kind im erwachsenen Patienten reagiert geflutet erregt auf bestimmte Reize«).

Hier fehlt auf der mittleren Ebene ein psychodynamisches Konzept, das den inneren Niederschlag früher Erfahrungen in der heutigen erwachsenen Persönlichkeit des Patienten beschreibt. Nach psychodynamischer Erfahrung erfolgt die therapeutische Arbeit an eben diesem psychodynamischen Niederschlag, der bewusst gemacht,

erlebt, verstanden, verantwortet, verarbeitet werden soll. Im traumatherapeutischen Konzept beschränkt sich der Niederschlag u. U. auf das beschädigte innere Kind des Patienten und dessen Hilflosigkeit. Folglich richtet sich der therapeutische Akzent darauf, dieses Kind zu unterstützen, mit ihm zusammen die schwer greifbaren Erfahrungen zu sortieren, zu benennen, zu bewerten, sich ihnen zu stellen, sich von ihnen zu lösen. Zwischen dem verletzten inneren Kind des Patienten und der z. B. Therapeutin als »guter Mutter« wird möglicherweise eine unverbrüchliche Beziehung als therapeutisch hilfreich angesehen, was in gewissem Widerspruch steht zu der psychodynamisch empfohlenen Beachtung und Bearbeitung der Übertragungsbeziehung des Patienten. Nicht selten entwickelt sich ein enges identifikatorisches Band zwischen Patient und Therapeut (»Ich habe mit der Patientin zusammen den Bericht durchgesehen und sie korrigierte jedes Detail«). Hier wirkt die Solidarisierung des Therapeuten im Kampf um Anerkennung des Opferstatus und Wiedergutmachung (z. B. Opferentschädigungsgesetz), psychodynamisch evtl. wenig überzeugend.

2.2.3 Emotionsmobilisierende Ansätze

In der emotionsfokussierten Therapie, der Gestalttherapie, im Psychodrama und neuerdings auch in der Schematherapie sind Techniken gebräuchlich, welche im Sinne von spielerisch-dialogischen Übungen ein intrapsychisches Problem des Patienten oder ein interpersonelles sprachlich in Szene setzen, wobei der Therapeut gewissermaßen als Spielleiter fungiert. Diese Vorgehensweisen sind geeignet, innere Einstellungen, Überzeugungen, Beziehungserfahrungen des Patienten anschaulich deutlich werden zu lassen und um neue Einstellungen und Reaktionen zu erproben und zum Ausdruck zu bringen. Für Patienten sind das sehr bewegende Erfahrungen, die häufig mit starkem Affekterleben einhergehen.

Aus psychodynamisch behandlungstheoretischer Sicht handelt es sich, im Unterschied zu dem gebräuchlichen reflektierenden, erinnernden, nach Erklärungen und Selbstverständnis suchenden Vorgehen, um eine Art von Exposition, in welcher der Patient u. U. überraschend und abrupt mit seinen abgewehrten inneren Erfahrungen konfrontiert wird. Dabei kann die Abwehr gewissermaßen unterlaufen oder überrannt werden, da die Vorgänge nur bedingt vom Patienten selbst gesteuert werden können. Für die Konstellation der Übertragung kann das bedeuten, dass der Therapeut vorübergehend in eine sehr mächtige Position und der Patient in eine sehr regressive Entwicklung geraten. Für Patienten mit gutem Strukturniveau, d. h. mit flexibler Abwehr und sicherer Abgegrenztheit, kann das einen brauchbaren therapeutischen Input bedeu-

ten, während es für strukturell eingeschränkte Patienten eine massive Überforderung und Labilisierung bewirken kann und für histrionische Patienten eine Bühne für ihre Agiertendenzen bereitstellt. Nicht zuletzt bewirken solche handlungsnahen therapeutischen Expositionen wie alle eingestreuten therapeutischen Übungen eine Diskontinuität der therapeutischen Beziehung, die im psychodynamischen Rahmen eher durch ein ruhiges Miteinander des Mitteilens, Zuhörens und Nachdenkens charakterisiert ist.

➤ **Von einer Exposition mit expressiven Techniken im Rahmen psychodynamischer Behandlungen ist eher abzuraten.**

Vielmehr wäre es wünschenswert, diese therapeutischen Anwendungen in manualisierter Form und im Rahmen von Therapiestudien zu prüfen und zunächst die Frage ihrer Indikation und Wirksamkeit zu klären.

Das hier Gesagte gilt im Prinzip auch für **körperbezogene Übungen** im Rahmen von psychodynamischer Psychotherapie. Die große Bandbreite von Entspannungstechniken bis hin zur konzentrativen Bewegungstherapie (KBT) kann als eigenständiges Verfahren von speziell ausgebildeten Therapeuten nutzbringend angewendet werden, lässt sich jedoch nur schwer in das ambulante psychodynamische Setting integrieren.

2.2.4 Lerntheoretische Ansätze

Die Kombination von psychoanalytisch begründeten Verfahren und Verhaltenstherapie ist zwar im Rahmen der Richtlinien-Psychotherapie nicht zulässig (Psychotherapie-Richtlinie § 16). Die Berücksichtigung lerntheoretischer Erklärungsmodelle für bestimmte Krankheitsentwicklungen und die Nutzung einzelner, im Rahmen einer Verhaltenstherapie bewährter Techniken ist damit aber nicht ausgeschlossen. Voraussetzung ist allerdings der Erhalt einer psychodynamisch orientierten Gesamtbehandlungskonzeption.

So ist z. B. bei sozialen Phobien mit einem ausgeprägten Vermeideverhalten eine Exposition mit der angstauslösenden Situation unerlässlich. Darauf hatte bereits Freud 1919 hingewiesen. Die Ätiologie dieser Erkrankung lässt sich zwar psychodynamisch gut erklären, doch das Verständnis für die Chronifizierung (generalisiertes Vermeideverhalten) wird mit lerntheoretischen Konzepten noch einmal verbessert. Eine entsprechende Exposition nutzt dann zwar verhaltenstherapeutische Erfahrungen; die vom Patienten »selbstgesteuerte Symptom-Exposition« (► Kap. 12) geht dann aber darüber hinaus, indem der Patient nicht nur die angstauslösende Situation zu »überleben« lernt (im Sinne einer positiven Erfahrung

beim Flooding), sondern sich diese Situation mit seinem Therapeuten gemeinsam »anschaut«.

» In dem Moment, in dem für den Betroffenen eine Umschaltung zur Beobachtung dessen, was er in der kritischen Situation eigentlich tut und wie die anderen sich real (und nicht projektiv) verhalten, ist er auf dem Weg der Besserung (Hoffmann 2012, ► Abschn. 12.4.1). «

Das Beispiel zeigt, dass hier eine psychodynamische Grundkonzeption erhalten bleibt, auch wenn lerntheoretische Ansätze Berücksichtigung finden und adaptierte Techniken aus der Verhaltenstherapie zur Anwendung kommen.

2.3 Schlussfolgerung

Die Einschätzung, ob die Hereinnahme eines therapeutischen Elements in die psychodynamische Psychotherapie eher nutzt oder eher schadet, hängt von der Beantwortung der Frage ab, wie sich das zu integrierende Element in das psychodynamische Störungsmodell und Behandlungskonzept einfügt. Hier gibt es letztlich nur persönliche Erfahrungen und subjektive Vorlieben des einzelnen Therapeuten. Brauchbare Studien, die über eine entsprechende persönliche Evidenz hinausgehen und die Wirksamkeit eines entsprechenden Vorgehens belegen könnten, liegen kaum vor. Damit kann sich ein entsprechendes Vorgehen nicht auf ein gesichertes Wissen über Nutzen und Schaden solcher behandlungstechnischer »Integrationen« stützen. Besonders misslich dürfte hier eine unreflektierte Polypragmasie sein oder eine missionarische Fixierung auf eine bestimmte Vorgehensweise, die allen Patienten in gleicher Weise helfen soll. Auf der sicheren Seite dürfen Therapeuten sein, die den Stellenwert von Therapieelementen anderer Provenienz im Rahmen einer psychodynamischen Gesamtkonzeption zu reflektieren gelernt haben. Demnach kann bei entsprechendem Vorgehen nur an die Reflektionsfähigkeit und Verantwortlichkeit des einzelnen Therapeuten appelliert werden.

Hilfreich kann es in jedem Fall sein, zu bedenken, wie sich das zu integrierende Element auf die therapeutische Beziehung und therapeutische Arbeit auswirkt:

- Wie wirkt es auf die therapeutische Beziehung? Aus der Sicht des Patienten handelt es sich in der Regel um Angebote, die sein Interesse wecken und seine Zufriedenheit fördern, weil er den Therapeuten als engagiert und aktiv erlebt.
- Wie wirkt es sich auf die Ausgestaltung der Übertragungsbeziehung aus? Dies ist für psychodynamische Psychotherapien ein bedeutsamer Punkt, weil der Therapeut in der zu

integrierenden methodischen Variante u. U. in eine andere Rolle schlüpft und eine größere Aktivität entfaltet, wodurch möglicherweise regressiv-erwartungsvolle Haltungen des Patienten gefördert werden. Der Therapeut erscheint handlungsmächtiger, der Patient abhängiger.

- Wie wirkt es sich auf die therapeutische Arbeit aus, die in der psychodynamischen Psychotherapie eine Einstellungsänderung des Patienten in psychodynamisch bedeutsamen dysfunktionalen Mustern zum Ziel hat und in der Annäherung an tiefsitzende pathogene Überzeugungen zuvor einiges an Abwehr überwinden muss?
Hier besteht das Risiko, dass die Fokussierung auf die anstrengende therapeutische Veränderungsarbeit zu kurz kommt zugunsten einer wohlwollenden Begleitung und einer Hoffnung auf das Wirken von Selbstheilungskräften und Ressourcen. Schlimmstenfalls kann die therapeutische Entwicklung auch durch therapeutische Technik erschwert werden, die den Patienten in einer bestimmten Selbstvorstellung (z. B. als Opfer) bestärken, statt ihn davon zu lösen und einer Neuorientierung zuzuführen.
- Wie wirkt sich das zu integrierende Element auf Patienten mit unterschiedlichem Strukturniveau aus? Das ist wahrscheinlich eine der wichtigsten Fragen, denn je ausgeprägter die strukturelle Störbarkeit des Patienten ist, desto weniger profitiert er therapeutisch von psychologischem Vorgehen und desto eher wird er z. B. durch affektmobilisierende Techniken überfordert und labilisiert.

Die Zweckmäßigkeit der Integration von Therapieelementen kann also nicht einfach bejaht oder verneint werden. Sie hängt davon ab, wie sie sich bei Patienten mit bestimmten Störungen, bestimmtem Strukturniveau und bestimmten therapeutischen Zielsetzungen auf den therapeutischen Prozess auswirkt. Hier gibt es letztlich nur persönliche Erfahrungen und subjektive Vorlieben des einzelnen Therapeuten, aber kaum brauchbare Studien, die die Frage empirisch beantworten könnten. Solange ein gesichertes Wissen über Nutzen und Schaden technischer Integration nicht vorliegt, kann nur an die Reflexionsfähigkeit und Verantwortlichkeit des einzelnen Therapeuten appelliert werden.

2.4 Ein Beispiel der Integration: Die Behandlung persönlichkeitsstruktureller Störungen

Die Therapie persönlichkeitsstruktureller Störungen, z. B. von Borderline-Patienten stellt besondere Anforderungen

an Psychotherapeuten, die die Beziehungsprobleme, Näheängste, aggressiv-entwertenden Impulse ihrer Patienten und deren Selbstschädigungstendenzen und Suchtbereitschaft auffangen müssen. Darauf bezogen wurden im Laufe der Jahre verschiedene Therapieformen auf der Grundlage unterschiedlicher Theorien und Modelle entwickelt. Im Bereich der Verhaltenstherapie war es die dialektisch-behaviorale Psychotherapie (Linehan 1987), die eine große Verbreitung fand als ein manualisiertes Vorgehen, das sich insbesondere durch praktische Elemente wie den »Notfallkoffer« zur Bewältigung affektiver Krisenzustände bewährte. Die von der Arbeitsgruppe Kernberg entwickelte übertragungsfokussierte Psychotherapie (Clarkin et al. 2001) bot, von psychoanalytischen Konzepten ausgehend ein Behandlungskonzept zur raschen und intensiven Bearbeitung von interpersonellen Problemen in der Therapie, die als Ausdruck von Spaltungsvorgängen in den Selbst- und Objektrepräsentanzen des Patienten verstanden wurden. Zuvor hatte bereits die von Heigl-Evers und Heigl entwickelte psychoanalytisch-interaktionelle Behandlungsmethode die Zentrierung auf die interpersonellen Schwierigkeiten statt auf die intrapsychischen Probleme des Patienten und den Verzicht auf die Deutung zugunsten eines »Prinzips Antwort« propagiert (Heigl-Evers u. Heigl 1983). Auch die strukturbezogene Psychotherapie (Rudolf 2004) betont, dass es gelte, die wenig entwickelten selbstregulativen und beziehungsgestaltenden Kompetenzen des Patienten zu fördern, anstatt unbewusste Konflikte anzunehmen. Die mentalisierungsbasierte Therapie (Bateman u. Fonagy 2004) verfolgt ähnliche Ziele mit einer Fokussierung auf die Fähigkeit zur Selbstreflexion. In der gleichen therapeutischen Zielsetzung betont die Traumatherapie die Notwendigkeit, vor allem die traumabedingt gestörten regulativen Fähigkeiten des Patienten zu stabilisieren (Wöller 2006). Auch die mentalisierungsbasierte Therapie fokussiert auf den Bereich der strukturellen Einschränkungen und betont dabei insbesondere die reflexive mentalisierende Funktion. Die Schematherapie schließlich unterstreicht die pathogene Bedeutung der in der Störung aktualisierten und nicht integrierten Teilpersönlichkeiten und deren interaktionelle Bearbeitung (Roediger 2009).

In diesen Therapieansätzen, die auf den ersten Blick sehr unterschiedlich wirken, wird mit verschiedenartigen Techniken letztlich am gleichen Thema gearbeitet, nämlich an der die strukturell verankerten Schwierigkeit des Patienten, seine Affekte und seine unterschiedlichen Persönlichkeitsanteile zu integrieren und zu regulieren. Diese Aufgabe erfordert, auch darin sind sich die Verfahren einig, eine stark aktive, Halt gebende, Rahmen setzende, auch begrenzende therapeutische Vorgehensweise und eine entwicklungsfördernde, gleichsam bealternde therapeutische Haltung und somit andere Interventionen, als sie zur Aufdeckung unbewusster Konflikte zweckmäßig

sind. Die weitgehende Übereinstimmung in dem Störungskonzept (Entwicklungsstörungen der Person mit strukturellen Auswirkungen im Bereich der Selbstregulierung und Beziehungsgestaltung) erlaubt es, mit unterschiedlichen Techniken auf vergleichbare Therapieziele hinzuarbeiten. Hier ist eine Integration unterschiedlicher methodischer Ansätze möglich, da sie sich in ihrer therapeutischen Zielsetzung gleichen und einander wechselseitig vertreten oder auch unterstützen können, sodass die Integration unterschiedlicher methodischer Ansätze möglich und zweckmäßig erscheint.

- Sonnenmoser M (2007) Positive Psychotherapie. Positive Emotionen, Engagement und Lebenssinn. DÄPP 7: 312–314
- Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie (2004) Stellungnahme zur psychodynamischen Psychotherapie bei Erwachsenen. Veröffentlichungen des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie, Berlin
- Wöller W (2006) Trauma und Persönlichkeitsstörung. Psychodynamisch-integrative Therapie. Schattauer, Stuttgart

Literatur

- Arbeitskreis OPD (Hrsg.) (2006) Operationalisierte psychodynamische Diagnostik – OPD-2. Das Manual für Diagnostik und Therapieplanung. Huber, Bern
- Bateman AW, Fonagy P (2004) Psychotherapy for Borderline Personality Disorder. Mentalization-based treatment. University Press, Oxford
- Cain J, Seeman J (Hrsg) (2001) Humanistic psychotherapies. Handbook of research and practice. American Psychological Association, Washington D.C.
- Clarkin JF, Yeomans FE, Kernberg OF (2001) Psychotherapie der Borderline-Persönlichkeit. Manual zur Tranference-Focused Psychotherapy (TFP). Schattauer, Stuttgart
- Dührssen A (1981) Die biographische Anamnese unter tiefenpsychologischen Aspekten. Neu herausgg von G Rudolf, U Rüter 2011, Schattauer, Stuttgart
- Heigl-Evers A, Heigl F (1983) Das interaktionelle Prinzip in der Einzel- und Gruppenpsychotherapie. Z Psychosom Med Psychoanal 29: 1–14
- Holmes I, Bateman A (Hrsg) (2002) Integration in psychotherapy: Models and methods. Oxford University Press, New York
- Kernberg OF (1981) Zur Theorie der psychoanalytischen Psychotherapie. Psyche 35: 673–704
- Kindler (1976–1981) Kindlers Psychologie des 20. Jahrhunderts. Tiefenpsychologie Band 1–4. Beltz, Weinheim
- Linehan M (1987) Dialectic behaviour therapy for borderline personality disorders: Theory and method. Bull Menninger Clinic 51: 261–276
- Luborsky L (1984) Principal of psychoanalytic psychotherapy. Basic Books, New York. Deutsch: (1988) Springer, Heidelberg
- Rockland LA (1992) Supportive therapy for borderline patients: A psychodynamic approach. Guilford, New York
- Rudolf G (2004) Strukturbezogene Psychotherapie. Leitfaden zur psychodynamischen Therapie struktureller Störungen. Schattauer, Stuttgart
- Rudolf G (2010) Psychodynamische Psychotherapie. Die Arbeit an Konflikt, Struktur und Trauma. Schattauer, Stuttgart
- Rudolf G, Rüter U (2011) Einführung in die biographische Anamnese. In: Dührssen A (Hrsg) Die biographische Anamnese unter tiefenpsychologischen Aspekten. 5. Aufl, Schattauer, Stuttgart, 1–16
- Rüter U, Dahm A, Kallinke D (2012) Faber/Haarstrick. Kommentar Psychotherapie-Richtlinien. 9. Aufl, Elsevier, Urban & Fischer, München
- Schneider KJ, Bugental JFT, Pierson JF (Hrsg) (2001) The handbook of humanistic psychology: Leading edges in theory, research and practice. Sage, 1000 Oaks, CA



<http://www.springer.com/978-3-642-29896-7>

Psychodynamische Psychotherapien
Lehrbuch der tiefenpsychologisch fundierten
Psychotherapieverfahren
Reimer, C.; Rüger, U.
2012, XV, 311 S. 11 Abb. in Farbe., Hardcover
ISBN: 978-3-642-29896-7