



Dies ist eine Leseprobe des Schattauer Verlags. Dieses Buch und unser
gesamtes Programm finden Sie unter
www.klett-cotta.de/schattauer

Wolfgang Wöller

Psychodynamische Psychotherapie

Lehrbuch der ressourcenorientierten Praxis

Unter Mitarbeit von
Johannes Kruse
Helga Mattheß
Wiebke Pape
Andrea Schleu

Priv.-Doz. Dr. med. Wolfgang Wöller
Homepage: www.wolfgang-woeller.de
E-Mail: wolfgang.woeller@gmx.de

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. Hinsichtlich der angegebenen Empfehlungen zur Therapie und der Auswahl sowie Dosierung von Medikamenten wurde die größtmögliche Sorgfalt beachtet. Gleichwohl werden die Benutzer aufgefordert, die Beipackzettel und Fachinformationen der Hersteller zur Kontrolle heranzuziehen und im Zweifelsfall einen Spezialisten zu konsultieren. Fragliche Unstimmigkeiten sollten bitte im allgemeinen Interesse dem Verlag mitgeteilt werden. Der Benutzer selbst bleibt verantwortlich für jede diagnostische oder therapeutische Applikation, Medikation und Dosierung. 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.

Schattauer

www.schattauer.de

© 2022 by J.G. Cotta'sche Buchhandlung Nachfolger GmbH, gegr. 1659, Stuttgart

Alle Rechte vorbehalten

Cover: Jutta Herden, Stuttgart

unter Verwendung einer Abbildung von © SACHIN MEENA (Unsplash)

Gesetzt von Eberl & Koesel Studio, Altusried-Krugzell

Gedruckt und gebunden von CPI – Clausen & Bosse, Leck

ISBN 978-3-608-40074-8

E-Book ISBN 978-3-608-11894-0

PDF-E-Book ISBN 978-3-608-20578-7

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.

Geleitwort

In den letzten Jahren hat sich Psychodynamische Psychotherapie in mancherlei Hinsicht positiv entwickelt, so liegen z. B. inzwischen zahlreiche stabile Wirksamkeitsnachweise vor, die Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik hat die Verlässlichkeit und Transparenz der Diagnostik und der Therapieplanung verbessert, Spezialisierungen wie die mentalisierungsbasierte, übertragungsfokussierte oder strukturbegleitete Psychotherapie haben weite Verbreitung gefunden. Gleichzeitig sieht sich Psychodynamische Psychotherapie aber auch vielen Herausforderungen gegenüber, angefangen bei der bis heute umstrittenen Frage, ob es vorteilhaft ist oder nicht, mit dieser Bezeichnung primär die Gemeinsamkeiten von Psychoanalyse und tiefenpsychologischer Psychotherapie zu betonen und nicht die historischen Unterschiede. Weitreichender noch ist der »common ground« der vielen konkurrierenden psychodynamischen Theorien und Modelle heute kaum feststellbar, und die Rezeption moderner Befunde aus der Neurobiologie und der Entwicklungspsychologie, aber auch aus der Psychotherapieforschung geschieht in Ausbildung und Praxis nur punktuell und oft widerwillig. Damit fehlt es bislang weitgehend an umfassenderen, kohärenten und zeitgemäßen Identifikationsangeboten für angehende psychodynamische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten.

Das vorliegende Werk von Wolfgang Wöllner bietet jetzt in ausgezeichnete Weise die Grundlage für einen solchen Identifikationsprozess. Es vereint eine ganze Reihe von ansonsten bestenfalls disparaten Qualitäten in einem Buch: eine von hoher klinischer und

wissenschaftlicher Erfahrung geprägte persönliche Perspektive mit dem Mut zu kritischer Würdigung der heterogenen Elemente psychodynamischer Tradition; eine überzeugende Integration eines ressourcenorientierten Zugangs, der als zentrales Element moderner, interpersonell orientierter Psychodynamik die positive Emotionalität besonders in den Blick nimmt; eine ebenso überzeugende Begründung für die dissoziative Erinnerungsverarbeitung (und nicht einfach »Trauma«) als dritter klinisch-psychodynamischer Perspektive neben der Konflikt- und Strukturperspektive und, last not least, eine durchgängige Spiegelung aktueller psychodynamischer Konzepte an den Befunden und Konzepten anderer Wissenschaften, insbesondere der Neurobiologie. Die gut 600 Seiten sind zudem durchweg sehr gut lesbar und verständlich, dank der sachlich immer gut begründeten, zugleich aber persönlich geprägten Diktion ist die Lektüre oftmals regelrecht erfrischend.

Das Ganze ist damit ein sehr gut für die Aus- und Weiterbildung geeignetes Lehr-, aber ebenso ein erhellendes Aufklärungsbuch, von dem auch Erfahrene sehr viel profitieren können. Den Geleitworten klassisch abschließenden Wunsch nach einer breiten Leserschaft möchte ich für dieses schöne und wichtige Buch daher nicht nur bekräftigen – ich verbinde ihn mit der Bitte, aktiv unter Kolleginnen und Kollegen, in Kliniken und in Instituten für die entsprechende Verbreitung des Buchs zu werben.

*Peter Henningsen
München, im Februar 2022*

Vorwort

Das Lehrbuch will ein zeitgemäßes Verständnis psychodynamischer Psychotherapie vermitteln, das den Reichtum des psychoanalytischen Erfahrungswissens bewahrt und gleichzeitig den Befunden moderner Neuro- und Entwicklungswissenschaften und den Ergebnissen der empirischen Psychotherapieforschung Rechnung trägt. Dabei liegt der besondere Akzent auf dem Aspekt der Ressourcenorientierung.

Zentral ist und bleibt unser psychodynamisches Beziehungsverständnis und die Überzeugung von der Wirkmächtigkeit unbewusster Prozesse. Gleichzeitig nehmen wir die Befundlage der modernen Neurowissenschaften zur Kenntnis, die uns unmissverständlich auf die Bedeutung positiver Emotionen für das neuronale Wachstum und die Regulation von Beziehungen hingewiesen hat. In der konkreten Behandlungssituation kann uns das empirisch vielfach bestätigte Prinzip der Ressourcenaktivierung – es zählt heute zu den wichtigsten Wirkprinzipien jeder Form von Psychotherapie – helfen, die für die therapeutische Arbeit notwendigen positiven Emotionen zu generieren. Dabei ist die Förderung positiver Emotionalität niemals Selbstzweck und von einer oberflächlich harmonisierenden Beziehungsgestaltung weit entfernt. Doch kann sie die Voraussetzungen dafür schaffen, dass Schmerz, Leid und Scham in der therapeutischen Beziehung Raum haben und pathogene motivationale Konflikte bewusst werden dürfen. Und sie kann die Grundlage für eine sichere und kooperative therapeutische Beziehung bereitstellen, die wir brauchen, um Ich-Funktionen der Selbst- und Beziehungsregulation zu restituieren und abgespaltene traumatische Erin-

nerungsfragmente in die Repräsentanzwelt des Alltags zu integrieren.

Unsere auf subjektive Bedeutungen und zentrale Beziehungsbedürfnisse hin orientierte therapeutische Haltung gebietet uns Zurückhaltung bei der Beurteilung, was für unsere Patienten¹ gut ist. Die Überzeugung, dass nicht nur unsere Patienten, sondern auch wir in unserem Verhalten unbewussten Einflüssen unterworfen sind, lehrt uns Bescheidenheit. Wir benötigen die Rückmeldungen unserer Patienten, um einschätzen zu können, ob das, was wir ihnen anbieten, tatsächlich hilfreich ist, und um Brüche in der therapeutischen Allianz identifizieren und »reparieren« zu können. Ressourcenorientierung fragt auch danach, was wir als Therapeuten brauchen, um in schwierigen therapeutischen Situationen unsere Mentalisierungsfunktion zu erhalten und um Schaden von der Therapie, unseren Patienten und uns selbst abzuwenden.

Das Buch will vertrautes psychoanalytisches Wissen in einem neuen Zusammenhang betrachten und neue Reflexionsräume eröffnen². Dazu wollen wir die reichen Wissensbestände in den Gesamtkontext der uns umgebenden Nachbarwissenschaften stellen. Um in der pluralistisch unübersichtlichen Theorienlandschaft der Psychoanalyse

1 Wenn wir im Plural von »Patienten« oder »Therapeuten« sprechen, sind immer alle Geschlechter gemeint. Das gleich gilt, wenn wir im Singular die männliche und weibliche Form in unsystematischer Variation verwenden.

2 Insofern versteht sich dieses Buch auch nicht als Basisbuch. Als solches sei unsere Einführung (Wöller & Kruse 2018) weiterhin empfohlen.

Orientierung zu stiften, will eine kritische Übersicht über die psychoanalytische Theorieentwicklung Hinweise geben, welche der traditionellen Theorieelemente mit den Befunden der wichtigsten Nachbarwissenschaften kompatibel sind und welche einer Revision bedürfen. Vor diesem Hintergrund werden die Grundlinien unseres ressourcenbasierten Verständnisses psychodynamischer Therapie dargestellt.

Wie jede andere Perspektive stellt auch die Ressourcenperspektive eine spezifische Konstruktion der Realität dar, die sich bewähren muss. Ob sie sich bewähren wird, ist eine empirische Frage. Derzeit hat jedoch die Tatsache, dass Kolleginnen und Kollegen an diesem Buch mitgewirkt haben, die meine Sicht auf eine zeitgemäße psychodynamische Therapie teilen, mein Zutrauen in die gewählte Realitätskonstruktion bestärkt.

Gleichwohl bleibt festzuhalten, dass alle in diesem Buch mitgeteilten Überlegungen und ausgesprochenen Empfehlungen auf einem sehr persönlichen Theorieverständnis und therapeutischen Erfahrungshintergrund beruhen. Sie bleiben offen für jede Form des kritischen Austauschs und sind jederzeit revidierbar, wenn neue empirische Befundlagen dies erfordern.

Ich danke allen, die mit ihrer klinischen Expertise und ihrer Offenheit für Neues am Entstehen dieses Buches mitgewirkt haben, und den vielen betroffenen Patienten, die mich stets an die Notwendigkeit erinnern haben, theoretisches Wissen im Lichte der klinischen Erfahrung immer wieder zu überdenken.

Wolfgang Wöller, im Februar 2022

Inhalt

1	Einleitung	19
1.1	Psychodynamische Psychotherapie heute	19
1.1.1	Zum aktuellen Stand der psychodynamischen Therapie	19
1.1.2	Wirkfaktoren und die Theorien- und Methodenvielfalt psychodynamischer Therapie	20
1.1.3	Varianten psychodynamischer Therapie	22
1.2	Theorienkrise	27
1.2.1	Diagnose einer Theorienkrise und ihre Gründe	27
1.2.2	Historische Entstehungsbedingungen der Theorienkrise	30
1.2.3	Psychoanalyse als Natur- oder als hermeneutische Kulturwissenschaft? – Überlegungen zum wissenschaftstheoretischen Status der Psychoanalyse	32
1.2.4	Eigene Positionierung	34
1.2.5	Wie können wir Orientierung gewinnen?	39
1.3	Ressourcenorientierung in der psychodynamischen Therapie	43
1.3.1	Ressourcenorientiertes Denken	43
1.3.2	Psychodynamisches Beziehungsverständnis und die Spezifika einer Ressourcenperspektive	45
1.3.3	Zur Psychodynamik und Ressourcenfunktion von Theorien	47
2	Eine kurze (kritische) Geschichte der psychoanalytischen Theorieentwicklung	54
2.1	Sigmund Freud – was bleibt und was bedarf der Revision?	54
2.1.1	Die Leistung Freuds aus heutiger Sicht	54
2.1.2	Das Paradigma der Triebtheorie ist revisionsbedürftig, aber das Konfliktparadigma bleibt erhalten	57
2.1.3	Weitere revisionsbedürftige Annahmen Freuds	58
2.1.4	Freuds behandlungspraktisches Beziehungsverständnis	59
2.2	Pierre Janet und die frühen Grundlagen psychodynamischer Traumatheorien	61
2.2.1	Frühe psychodynamische Beiträge zum Verständnis psychischer Traumatisierungen	61
2.2.2	Bewusstseinspaltung und Traumagenese: Pierre Janet	63
2.2.3	Hypnoide Zustände: der frühe Sigmund Freud und Josef Breuer	64
2.2.4	Sándor Ferenczi	65
2.2.5	Bewertung der frühen traumaorientierten Beiträge	66
2.3	Die Beiträge der Ich-Psychologie	67
2.3.1	Grundlinien der Ich-Psychologie	67
2.3.2	Die Systematisierung der Abwehrmechanismen	68
2.3.3	Von der autonomen Sphäre im Ich zur Systematik der Ich-Funktionen	69
2.3.4	Die Beziehungen des Ich zum Überich	71

2.3.5	Weiterentwicklungen der Ich-Psychologie	72
2.3.6	Zukunftsweisende Differenzierung der Behandlungstechniken und ein therapeutischer Irrweg	73
2.3.7	Abschließende Bewertung	74
2.4	Die Entwicklung der Objektbeziehungstheorien	76
2.4.1	Der Blickwinkel der Objektbeziehungstheorie	76
2.4.2	Michael Balint und die primäre Liebe	77
2.4.3	William R. D. Fairbairn: Gespaltene Objektwelt	78
2.4.4	Donald W. Winnicott	80
2.4.5	Die Rolle der positiven Beziehungserfahrung	83
2.4.6	Otto F. Kernberg	84
2.4.7	Kritische Würdigung der Beiträge der Objektbeziehungs- theorie	84
2.5	Die selbstpsychologische Perspektive	88
2.5.1	Heinz Kohut und die selbstpsychologische Tradition	88
2.5.2	Behandlungstheoretische Implikationen	89
2.5.3	Die Bedeutung des Beziehungshintergrundes und das empathische Annehmen des eigenen Empathiedefizits	90
2.5.4	Kritik und Bedeutung	91
2.6	Das postkleinianische Paradigma	94
2.6.1	Was bleibt von der Theoriebildung Melanie Kleins?	94
2.6.2	Wilfried Bion	95
2.6.3	Heinrich Racker	97
2.6.4	Weitere postkleinianische Beiträge	98
2.6.5	Bedeutung und Kritik der postkleinianischen Psychoanalyse	99
2.7	Die Errungenschaften der intersubjektiven und relationalen Psychoanalyse	106
2.7.1	Intersubjektive und relationale Ansätze	106
2.7.2	Therapeutische Implikationen	108
2.7.3	Die Person des Therapeuten	110
2.7.4	Kritische Bewertung der intersubjektiven und relationalen Modelle	112
2.8	Von der Bindungstheorie zum Mentalisierungsparadigma	116
2.8.1	Die Bindungstheorie	116
2.8.2	Die therapeutische Beziehung als Bindungsbeziehung	117
2.8.3	Mentalisierungskonzept	118
2.8.4	Kritische Würdigung des Mentalisierungskonzepts	120
2.8.5	Epistemisches Vertrauen	122
3	Grundlagen ressourcenbasierter psychodynamischer Therapie	124
3.1	Positive Emotionalität und das Prinzip der Ressourcenorientierung	124
3.1.1	Die zentrale Stellung der Emotionen	124
3.1.2	Annäherung zwischen modernen Emotionstheorien und psychodynamischen Vorstellungen	125
3.1.3	Positive Affekte in der psychodynamischen Theoriebildung	128
3.1.4	Zur Bedeutung und Funktion positiver Emotionen	129
3.1.5	Das Prinzip der Ressourcenaktivierung	130

3.1.6	Neurobiologische Aspekte von positiver Emotionalität und Ressourcenaktivierung	132
3.1.7	Psychodynamisches Verständnis einer ressourcenorientierten Haltung	133
3.2	Die Welt der – auch positiven und fantasierten – Beziehungsrepräsentanzen	136
3.2.1	Die Welt der Repräsentanzen umfasst auch die gewünschten Beziehungsrepräsentanzen	136
3.2.2	Die Ausbildung einer inneren Normenwelt und das Konzept der verinnerlichten Objektbeziehungen	139
3.3	Gemeinsam geteilte positive Affektzustände – Zur Regulation von Beziehungen	143
3.3.1	Von der Säuglingsforschung zur allgemeinen Regulation von Beziehungen	143
3.3.2	Drei Ebenen der Regulation	146
3.3.3	Momente der Begegnung	147
3.3.4	Implikationen für das moderne Verständnis psychotherapeutischer Prozesse und kritische Würdigung	149
3.4	Nonverbale Kommunikation, Embodiment und die Bedeutung von Synchronien	153
3.4.1	Stiefkind nonverbale Kommunikation – und neues Interesse	153
3.4.2	Embodiment	154
3.4.3	Nonverbale Kommunikation in der Psychotherapie	156
3.4.4	Synchronie	157
3.5	Übertragung als Chance	162
3.5.1	Historische Entwicklung des Übertragungsbegriffs	162
3.5.2	Zeitgenössische Auffassungen zur Übertragung	164
3.5.3	Übertragung in klinisch-psychotherapeutischer Hinsicht	164
3.6	Neuronales Wachstum braucht den regulierenden Anderen – Neurobiologische Grundlagen von Psychotherapie	167
3.6.1	Zur Wirkung von Psychotherapie auf neuronaler Ebene	167
3.6.2	Voraussetzungen für eine wirksame Beeinflussung kortikaler Prozesse	168
3.6.3	Die Dimension der Zeit	169
3.6.4	Selbstorganisation und Rhythmik – systemtheoretische Perspektiven	170
3.6.5	Psychotherapie und Psychopharmaka	171
3.6.6	Abschließende Bemerkungen	171
3.7	Unbewusste motivationale Konflikte blockieren die Mobilisierung von Ressourcen	175
3.7.1	Die Bedeutung motivationaler Konflikte	175
3.7.2	Der langsame Abschied von der Triebtheorie Freuds	177
3.7.3	Moderne psychoanalytische Motivationstheorien	178
3.7.4	Systematik psychodynamisch relevanter Konflikte	180
3.7.5	Die Unterscheidung zwischen »frühen« und »späten« Konflikttypen und die beziehungs-traumatische Genese früher Konflikte	182
3.7.6	Symptome und Kompromissbildungen als Elemente der klassischen Konflikttheorie	184
3.7.7	Die therapeutische Bewusstmachung der Komponenten des unbewussten Konflikts	187
3.8	Eingeschränkte Ich-Funktionen – defekt oder ungenügend aktiviert?	191
3.8.1	Was sind ich-funktionelle Einschränkungen?	191

3.8.2	Zur Kontextabhängigkeit und Genese von Ich-Funktionsstörungen	194
3.8.3	Neurobiologische Aspekte der Modifikation unbewusster Prozeduren	196
3.8.4	Die Organisation der Abwehr	197
3.9	Integration des Abgespaltenen und die Bildung von Repräsentanzen	200
3.9.1	Die Perspektive der dissoziativen Erinnerungsverarbeitung und der gestörten Repräsentanzenbildung	200
3.9.2	Die klinische Bedeutung der Dissoziation und die theoriegeschichtliche Renaissance des Dissoziationsbegriffs	202
3.9.3	Zur Unterscheidung von konflikthafter und dissoziativer Verarbeitung	204
3.9.4	Unterschiedliche Verarbeitungsmodi nach traumatischen Erfahrungen	205
3.9.5	Assoziation abgespaltener Erinnerungsfragmente an die Repräsentanzenwelt des Alltags	206
3.9.6	Die Perspektive unzureichend integrierter Persönlichkeitszustände	208
3.9.7	Neurobiologische und bindungstheoretische Grundlagen der Perspektive auf dissoziative Phänomene und multiple Selbstzustände	210
3.10	Was ist ein ausreichend guter Therapeut?	213
3.10.1	Der Einfluss der Person des Therapeuten auf das Behandlungsergebnis	213
3.10.2	Alter, Geschlecht, Ausbildung und professionelle Erfahrung des Therapeuten	214
3.10.3	Persönlichkeitsmerkmale, emotionale Verfassung und Interaktions- dynamik von Therapeuten	215
3.10.4	Patientensicht: Was macht einen guten Therapeuten aus?	217
3.10.5	Master-Therapeuten	218
3.10.6	Konsequenzen	220
4	Diagnostik und Behandlungsplanung	224
4.1	Diagnostik als Beziehung	224
4.1.1	Allgemeines zur Diagnostik in der psychodynamischen Psychotherapie	224
4.1.2	Unstrukturierte Untersuchungssituation und das Sicherheitsgefühl des Patienten	227
4.1.3	Erkennen von Übertragungsphänomenen	228
4.1.4	Diagnostik der Symptomklage und Beschreibung des Problems des Patienten, Beziehungskontext und auslösende Situation	231
4.1.5	Diagnostischer Umgang mit körperlichen Aspekten	232
4.1.6	Soziale und soziokulturelle Aspekte	232
4.1.7	Welche Rolle spielen Deutungen in der diagnostischen Phase?	233
4.2	Zur Diagnostik von Konflikten, Traumatisierungen und Ressourcen	235
4.2.1	Diagnostische Annäherung an aktuelle unbewusste Konflikte	235
4.2.2	Diagnostik psychischer Traumatisierungen und traumaassoziierter Belastungen	238
4.2.3	Diagnostik von Ressourcen	241
4.3	Struktur- und Beziehungsdiagnostik	243
4.3.1	Möglichkeiten der Diagnostik ich-funktioneller Einschränkungen	243
4.3.2	Ich-Funktionen, Bewältigungsmechanismen und Abwehrformen	244
4.3.3	Die Beurteilung der Mentalisierungsfunktion	245

4.3.4	Beziehungsdiagnostik: Die Qualität der Objektbeziehungen	247
4.3.5	Diagnostik der verinnerlichten Objektbeziehungen	249
4.4	Therapieziele und Fokusformulierung	251
4.4.1	Therapieziele	251
4.4.2	Fokusformulierungen	253
4.5	Die Planung der Behandlung	256
4.5.1	Fragen der Indikation	256
4.5.2	Die Wahl des behandlungstechnischen Zugangs	257
4.5.3	Die Wahl des Settings und der Variante psychodynamischer Therapie	260
4.5.4	Aufklärung zur Wirkung und zu Risiken einer psychodynamischen Therapie	263
5	Ressourcenbasierte psychodynamische Beziehungsgestaltung	268
5.1	Haltung	268
5.1.1	Merkmale einer ressourcenorientierten psychodynamischen Haltung	268
5.1.2	Natürlichkeit in der therapeutischen Beziehung und Respekt für unterschiedliche therapeutische Stile	271
5.1.3	Unbewusste Einflüsse auf das eigene therapeutische Handeln	272
5.2	Rahmen	277
5.2.1	Wozu brauchen wir einen Rahmen für die Therapie?	277
5.2.2	Transparenz, Vertraulichkeit, Zuverlässigkeit und der Umgang mit Regeln	278
5.2.3	Konkrete Ausgestaltung des Rahmens	279
5.2.4	Regelverletzungen und Grenzsetzungen	281
5.2.5	Absagen von Therapiesitzungen und die Problematik des Ausfallhonorars	283
5.2.6	Die Beendigung der Therapiesitzung	286
5.3	Regulieren	288
5.3.1	Worin besteht unsere Regulation und worauf können wir achten?	288
5.3.2	Spiegeln der Affekte und die Erzeugung positiver Emotionalität	292
5.3.3	Bestätigen und ermutigen	295
5.3.4	Die eigene Therapie überzeugend präsentieren und das Vertrauen in die Therapie stärken	296
5.3.5	Optimales Spannungsniveau herstellen	296
5.3.6	Grobe Abweichungen von der Alltagskommunikation?	299
5.4	Orientierung an Grundbedürfnissen	302
5.4.1	Grundbedürfnisse erkennen	302
5.4.2	Bedürfnis nach Sicherheit, Orientierung und Kontrolle	304
5.4.3	Grundbedürfnis nach Bindung	306
5.4.4	Bedürfnis nach Selbstwertschutz und Selbstwerterhöhung	308
5.4.5	Das Bedürfnis nach Lustgewinn und Unlustvermeidung	311
5.5	Das Prinzip der Kooperation und die therapeutische Allianz	314
5.5.1	Das Konzept der therapeutischen Allianz	314
5.5.2	Kooperation und die Bedeutung der Grundbedürfnisse	315
5.5.3	Indikatoren für einen in Gang gekommenen Therapieprozess	318
5.5.4	Therapiemotivation	320
5.5.5	Förderung der Zusammenarbeit außerhalb der Therapiesitzungen	321
5.5.6	Grenzen des Konzepts der therapeutischen Allianz	323

5.6	Praxis der Empathie	324
5.6.1	Affektive und kognitive Aspekte der Empathie	324
5.6.2	Neurowissenschaftliche Aspekte der Empathie	325
5.6.3	Empathie als Versuchs-Identifikation und als Spiegelung	326
5.6.4	Empathie als Verbundenheit und Getrenntheit	328
5.6.5	Ein umfassenderes Verständnis von Empathie unter Einschluss der Ressourcenperspektive	329
5.6.6	Grenzen der Empathie	331
5.6.7	Ingredienzien praktischer Empathie	332
5.7	»Sich schwingen von einem Zustand in den anderen« (Freud)	337
5.7.1	Perspektivenvielfalt und das »Oszillieren« der therapeutischen Einstellungen	337
5.7.2	Perspektivengeleitete Diversifizierung der therapeutischen Strategien	339
5.7.3	Orientierung am Therapiekonzept oder an den Bedürfnissen und Vorstellungen der Patienten – und die Offenheit für Neues	340
5.7.4	Oszillieren zwischen Lassen und Fokussieren – zwischen Führen und Folgen	342
5.7.5	Vom Patienten lernen	344
5.8	Rupturen der therapeutischen Allianz und die Möglichkeit ihrer Reparatur	346
5.8.1	Allianzrupturen und die Chancen ihrer Reparatur	346
5.8.2	Empirische Befunde	348
5.8.3	Schwierigkeiten bei der Identifikation von Allianzrupturen	349
5.8.4	Rückzugsrupturen und Konfrontationsrupturen	350
5.8.5	Rückmeldungen von Patienten	352
5.8.6	Schlussfolgerungen	354
6	Unbewusstes bewusst machen	357
6.1	Die Förderung von Einsicht und das Instrument der Deutung	357
6.1.1	Einsicht in unbewusste Zusammenhänge	357
6.1.2	Was kann Gegenstand von Deutungen sein?	358
6.1.3	Die Realisierung einer einsichtsfördernden Haltung	360
6.1.4	Welche Bedeutung haben noch rekonstruktive genetische Deutungen?	362
6.2	Abwehranalyse und die Praxis der Konfliktdeutung	365
6.2.1	Wie identifiziere ich Hinweise auf unbewusste Konflikte?	365
6.2.2	Die Beobachtung des Patienten: Auffälligkeiten, Widersprüche, Emotionen	366
6.2.3	Weitere Informationsquellen für unbewusste Prozesse	367
6.2.4	Die Schritte der Abwehranalyse	369
6.2.5	Die Indikation zur Aufdeckung unbewusster Zusammenhänge	371
6.3	Der Beziehungskontext von Deutungen	375
6.3.1	Deuten zwischen Bedeutungsklämung und Bedeutungstiftung	375
6.3.2	Emotionale Konnotation und Beziehungsbotschaft von Deutungen	377
6.3.3	Gibt es Kriterien für die »Richtigkeit« einer Deutung?	379
6.3.4	Das »Wie« einer Deutung	381
6.3.5	Deutungen unter der Perspektive multipler Persönlichkeitsanteile	383
6.3.6	Kritische Beziehungskonstellationen im Zusammenhang mit Deutungen	384

6.4	Was leisten freie Aufmerksamkeit und gleichschwebende Aufmerksamkeit?	387
6.4.1	Die Methode der freien Assoziation und die gleichschwebende Aufmerksamkeit ..	387
6.4.2	Was leistet die freie Assoziation und wo liegen ihre Begrenzungen?	388
6.4.3	Die gleichschwebende Aufmerksamkeit und ihre Grenzen	393
6.4.4	Behandlung im Sitzen und das »Couch-Setting«	395
6.5	Übertragungsdeutung und der Umgang mit Handlungsdialogen	399
6.5.1	Historischer Hintergrund	399
6.5.2	Die Wirkungsweise und Vorzüge der Deutung der Übertragung im Hier und Jetzt	400
6.5.3	Ein Blick auf die empirische Forschungslage zu Übertragungsdeutungen	402
6.5.4	Einige praktische Hinweise zur Anwendung von Übertragungsdeutungen	404
6.5.5	Verhaltensinszenierungen und Handlungsdialoge	408
6.5.6	Sich »verwenden lassen«	410
7	Modifikation von Prozeduren und der Aufbau von Ich-Funktionen	416
7.1	Was umfasst strukturbezogenes Arbeiten?	416
7.1.1	Eingeschränkte Ich-Funktionen und strukturbezogene Interventionen	416
7.1.2	Therapeutische Haltung und Beziehungsgestaltung bei Patienten mit ich-strukturellen Störungen	417
7.1.3	Therapeutische Aufgaben im Rahmen strukturbezogener Arbeit	419
7.2	Emotionsregulierung	421
7.2.1	Der strukturorientierte Umgang mit Emotionen bei Patienten mit komplexen Traumafolgestörungen	421
7.2.2	Wie sprechen wir das emotionale Erleben der Patienten an?	423
7.2.3	Distanzierung von intensiven negativen Emotionen und traumatischen Erinnerungsfragmenten	424
7.2.4	Techniken zur Generierung positiver emotionaler Selbst-Zustände: Positive Erinnerungen und Imaginationen	425
7.3	Stärkung der Mentalisierungsfunktion	429
7.3.1	Wie können wir die Mentalisierungsfunktion fördern?	429
7.3.2	Einbrüche der Mentalisierungsfunktion	433
7.4	Ressourcenaktivierende Interventionen zur Stärkung von Ich-Funktionen	434
7.4.1	Stärkung von Ich-Funktionen durch Ressourcenaktivierung	434
7.4.2	Hinweise zur Verwendung ressourcenaktivierender Interventionen	435
7.4.3	Schritte in Richtung Zielerreichung strukturieren	439
8	Integration des Abgespaltenen und die Bildung von Repräsentanzen	441
8.1	Die therapeutische Assoziation dissoziierter Erinnerungsfragmente	441
8.1.1	Vorbemerkung	441
8.1.2	Abgespaltene Erinnerungsfragmente und das Prinzip ihrer Assoziation an die Repräsentanzenwelt des Alltags	443
8.1.3	Therapiepraktische Umsetzung der Assoziation abgespaltener Erinnerungsfragmente an die Repräsentanzenwelt des Alltags	446
8.1.4	Allgemeines zur Anwendung traumakonfrontativer Methoden	448
8.1.5	Traumakonfrontative Techniken und die Integration von EMDR	449

8.2	Repräsentanzen schaffen	454
8.2.1	Zur Phänomenologie und Pathogenese nicht symbolisierter Zustände	454
8.2.2	Möglichkeiten des therapeutischen Umgangs bei nicht oder unzureichend repräsentierten psychischen Zuständen	456
8.3	Die Arbeit mit unzureichend integrierten Persönlichkeitsanteilen	462
8.3.1	Multiple Selbstzustände und unzureichend integrierte Persönlichkeitsanteile	462
8.3.2	Therapeutische Arbeit mit Persönlichkeitsanteilen	467
8.3.3	Selbstfürsorge auf der inneren Bühne: die Arbeit mit inneren Kindanteilen	468
9	Blockaden des therapeutischen Prozesses und mentale Zustände des Therapeuten	471
9.1	Blockaden im Therapieprozess und der sogenannte Widerstand	471
9.1.1	»Blockaden« statt »Widerstand«?	471
9.1.2	Geht die Blockade von den Patienten oder von uns aus?	472
9.1.3	Verborgene Blockaden	473
9.1.4	Blockade oder Therapiefortschritt?	474
9.1.5	Therapeutischer Umgang mit Blockaden des therapeutischen Prozesses	475
9.2	Überwiegend patientenseitige Blockaden des therapeutischen Prozesses	477
9.2.1	Mögliche Gründe für überwiegend patientenseitige Blockaden	477
9.2.2	Die Übertragung als Grund für Blockaden	479
9.2.3	Therapeutischer Umgang mit überwiegend patientenseitig motivierten Blockaden des Therapieprozesses	480
9.2.4	Therapeutenseitige Gründe für Blockaden im therapeutischen Prozess: Ein erster Überblick	483
9.3	Die Bedeutung der Gegenübertragung	486
9.3.1	Psychoanalytische Theoriebildung zur Gegenübertragung: Vom Hindernis zum wertvollen Hilfsmittel	486
9.3.2	Dimensionen der Gegenübertragung	489
9.3.3	Die Bedeutung der Gegenübertragung für den therapeutischen Prozess	491
9.3.4	Schädlicher Umgang mit Phänomenen der Gegenübertragung	494
9.3.5	Schutz vor der Gefahr des Ausagierens negativer Aspekte der Gegenübertragung	497
9.4	Mentalisierungsfunktion, Stress und Regulationsbedürfnisse des Therapeuten	504
9.4.1	Die Mentalisierungsfunktion des Therapeuten	504
9.4.2	Der Stress der Therapeuten	505
9.4.3	Nachdenken über Patienten zwischen den Sitzungen	507
9.4.4	Das Konzept der projektiven Identifizierung	508
9.4.5	Missverständnisse und Grenzen des Containing-Modells	512
9.4.6	Grundbedürfnisse von Therapeuten und ihre Verpflichtung, sich vor einem Übermaß negativer Emotionen zu schützen	514
9.5	Scheiternde Behandlungen und verwundete Therapeuten	519
9.5.1	Scheiternde Behandlungen	519
9.5.2	Therapeutische Stillstände und destruktive Entwicklungen in der Therapeut-Patient-Beziehung	522
9.5.3	Trauma und Grenzverletzungen bei Psychotherapeuten	524

9.5.4	Das Problem der malignen Regression	525
9.5.5	Konsequenzen	527
9.6	Von der Idealisierung der Methode zur erwünschten Fehlerkultur	535
9.6.1	Historischer Umgang mit Behandlungsfehlern und die Gefahren der Idealisierung einer Behandlungstechnik	535
9.6.2	Theoriegeleitete institutionelle Fehlentwicklungen	539
9.6.3	Wie kann eine neue Fehlerkultur aussehen?	542
9.7	Regulation und Transformation therapeutenseitig negativer Emotionalität	548
9.7.1	Therapeutenseitige Emotionsregulierung als Voraussetzung für den Erhalt der Mentalisierungsfunktion	548
9.7.2	Selbstwahrnehmung und erste Regulationsschritte	550
9.7.3	Vertiefte Selbstwahrnehmung	551
9.7.4	Achtsamkeitsbasierte Haltung	552
9.7.5	Kognitive Schritte bei der Transformation unserer negativen Emotionalität	556
9.7.6	Möglichkeiten der »Entgiftung« der therapeutischen Beziehung	558
9.7.7	Selbstfürsorge der Therapeuten	560
10	Schluss – Rückschau und Ausblick	564
10.1	Rückschau und Zusammenfassung	564
10.2	Ausblick und Herausforderungen für eine künftige psychodynamische Therapie	570
	Literaturverzeichnis	576

1 Einleitung

1.1 Psychodynamische Psychotherapie heute

1.1.1 Zum aktuellen Stand der psychodynamischen Therapie

Psychodynamische Therapie ist als ein von der Psychoanalyse abgeleitetes psychotherapeutisches Verfahren¹ fest in unserer psychotherapeutischen Versorgungslandschaft verankert. Ihre unterschiedlichen Varianten haben in der von Sigmund Freud begründeten Psychoanalyse mit ihrer Persönlichkeits-, Krankheits- und Behandlungstheorie die gemeinsame theoretische Basis.

Durch ihre Verankerung in der Psychoanalyse ist sie das Kind einer der größten Geistesbewegungen des 20. Jahrhunderts. Ein von der Psychoanalyse inspiriertes Denken ist zu einem nicht mehr wegzudenkenden Bestandteil unserer Kultur geworden. Kaum noch findet sich ein gesellschaftlicher oder kultureller Diskurs, der sich nicht auch psychoanalytischer Begrifflichkeit und Denkmuster bediente. Vielen Zeitgenossen ist die aus der Psychoanalyse hervorgegangene Gedankenwelt so zur Selbstverständlichkeit geworden, dass sie ihre Herkunft kaum noch bemerken.

Es kann nicht verwundern, dass die aus der Psychoanalyse hervorgegangene Therapieform unter ihrer über 100 Jahre währenden theoretischen und praktischen Weiterentwicklung nicht nur eine beträchtliche Tiefe in der theoretischen Durchdringung psychotherapeutischer Prozesse erreicht hat, sondern sich in ihrer praktischen therapeutischen Anwendung in einem solchen Maße verändert hat, dass ein Zeitgenosse

Freuds auf den ersten Blick ihre Herleitung aus der Psychoanalyse kaum wiedererkennen würde. Auf den zweiten Blick würde er jedoch feststellen, dass die für die Psychoanalyse grundlegenden Konzepte zu unbewussten Prozessen und konflikthafter Motivationen ebenso ihre Gültigkeit behalten haben wie das psychogenetische Prinzip, demzufolge frühe Erfahrungen späteres Erleben beeinflussen, oder die Rolle von Fantasien und inneren Bildern oder die Bedeutung von Übertragung und Gegenübertragung – wenngleich in vieler Hinsicht neue Perspektiven hinzugefügt und neue Schwerpunkte gesetzt wurden. Diese betreffen etwa die Motivierung menschlichen Verhaltens, die Rolle von Emotionen und Fantasien oder den Stellenwert unbewusster Prozesse (Shedler 2010).

Psychodynamische Therapie war und ist ein Verfahren, das zentral darauf abzielt, Unbewusstes bewusst zu machen. Doch beschränkt sich diese Zielsetzung nach neuerer Auffassung nicht darauf, bereits repräsentierte Inhalte, die durch Abwehrmechanismen ins Unbewusste »verdrängt« wurden, dem Bewusstsein zugänglich zu machen. Ebenso gilt es, prozedural gespeicherte Inhalte des impliziten Beziehungswissens bewusst zu machen, um sie verändern zu können, und maladaptive Muster der Selbst- und Beziehungsregulation zu identifizieren, um sie nachzuentwickeln.

Aus einer Wissenschaft vom Unbewussten, in deren Zentrum sexuelle und aggressive Triebkonflikte standen, ist eine zeitgemäße Beziehungswissenschaft geworden, die ihre Aufgabe darin sieht, die Komplexität psychotherapeutischen Beziehungsgeschehens im Detail zu betrachten und das daraus gewonnene Verständnis therapeutisch nutzbar zu machen.

Vermutlich würde Sigmund Freud, könnte er sich mit dem heutigen Stand der von ihm begründeten Wissenschaft vertraut machen, mit nicht geringer Befriedigung zur Kenntnis nehmen, in welchem Umfang grundlegende Postulate durch die neurobiologische Forschung bestätigt werden konnten. Leicht lässt sich spekulieren, dass er, der alles darangesetzt hätte, »seiner« Psychoanalyse den Anschluss an den heutigen interdisziplinären Wissensstand zu verschaffen, erfreut gewesen wäre über das – ungeachtet der Kritik an Details psychoanalytischer Theorieelemente – ungebrochene Interesse renommierter Neurowissenschaftler an den Grundlagen der psychoanalytischen Theoriebildung. Allerdings wäre er, dem die Einheit der psychoanalytischen Theorie immer ein großes Anliegen war, höchstwahrscheinlich verwundert gewesen über den gegenwärtigen Zustand der psychoanalytischen

Theorielandschaft. Auch wenn der gegenwärtige Theorienpluralismus einen kaum zu überbietenden Reichtum an Ideen und Kreativität beinhaltet, würde er betroffen zur Kenntnis nehmen, welchen Schaden der undisziplinierte Umgang mit den Prinzipien der Theoriebildung der Reputation der Psychoanalyse im Kontext ihrer Nachbarwissenschaften zugefügt hat.

Dies ist insofern bedauerlich, als die Wirksamkeit psychodynamischer Psychotherapie durch eine Vielzahl randomisiert-kontrollierter Studien bei so gut wie allen Störungsbildern – depressiven Störungen, Angststörungen, Essstörungen, somatoformen Störungen, Substanzmissbrauch, Persönlichkeitsstörungen – zweifelsfrei belegt werden konnte (Leichsenring et al. 2004). Sie weist eine gleich starke Wirksamkeit wie die kognitiv-behaviorale Therapie auf (Steinert et al. 2017). Sogar scheint sich abzuzeichnen, dass die Wirksamkeit psychodynamischer Therapien nicht nur über einen längeren Zeitraum aufrechterhalten bleibt, sondern mit der Zeit noch ansteigt (de Maat et al. 2009)². Die Befunde lassen den Schluss zu, dass psychodynamische Therapie einen therapeutischen Prozess in Gang setzt, der sich nach Abschluss der Behandlung noch fortsetzt.

1.1.2 Wirkfaktoren und die Theorien- und Methodenvielfalt psychodynamischer Therapie

Die für die beschriebenen Effekte psychodynamischer Therapien angenommenen Wirkfaktoren sind unbestreitbar komplex. Die Bedeutung unbewusster Motivationen, die Rolle der Emotionalität und die Bedeutung intrapsychischer und intersubjektiver Prozesse der Beziehungsgestaltung einschließlich der Prozesse von Übertragung und Ge-

genübertragung stellen als zentrale verbindende klinisch-theoretische Konzepte nach wie vor einen Bezugsrahmen für eine individualisierte Behandlungsplanung dar.

Forschungsbefunde der neueren Zeit deuten darauf hin, dass die für die Wirksamkeit psychodynamischer Therapien theoretisch angenommenen Wirkfaktoren tatsächlich

für ihren Erfolg verantwortlich oder mindestens mitverantwortlich sind. So waren vor allem eine Zunahme von Einsicht in bisher nicht bewusste Zusammenhänge, Veränderungen der Abwehrfunktion und die Verbesserung im Bereich der reflektierenden Funktion mit dem Therapieerfolg assoziiert (Connolly Gibbons et al. 2009; Johansson et al. 2010; Kallestad et al. 2010)³. Über die genannten Befunde hinaus haben wir Grund zu der Annahme, dass psychodynamische Mechanismen die Grundlage für die Wirksamkeit auch anderer Formen von Psychotherapie sein können (Ablon & Jones 1998)⁴.

Wenn wir für eine Ordnung der Theorienlandschaft plädieren, darf das nicht heißen, auf eine Vielfalt theoretischer Perspektiven zu verzichten. Eher gilt das Gegenteil: Auch wenn die psychoanalytische Veränderungstheorie in den Jahren seit ihrem Bestehen einen gravierenden Paradigmenwechsel vollzogen hat – vom Paradigma des einsichtsgeleiteten Deutens zum Paradigma der Transformation durch Beziehung – wird eine multiperspektivische Auffassung unser dynamisches Arbeiten weiterhin kennzeichnen und seine Vorzüge ausmachen. Doch sollte auch sie überschaubar und geordnet sein. Unter diesem Blickwinkel möchten wir vorschlagen, die folgende Einteilung zur Grundlage einer multiperspektivischen Betrachtung zu machen⁵:

- die *beziehungsorientierte Perspektive*, die objektbeziehungstheoretische, selbstpsychologische, postkleinianische, intersubjektive und relationale Positionen verbindet und zu den Ergebnissen der entwicklungspsychologischen Forschung und der Psychotherapieforschung in Beziehung setzt;
- die *Perspektive motivationaler Konflikte*, die sich nicht mehr auf die Triebtheorie, sondern auf Konflikte zwischen unterschiedlichen Motivationssystemen bezieht;

- die *Perspektive der Prozeduren der Selbst- und Beziehungsregulation*, die vor dem Hintergrund der ich-psychologischen Tradition und unter Nutzung der neurobiologischen Erkenntnisse zur Speicherung impliziter Wissensbestände in prozeduralen Gedächtnissystemen die Verfügbarkeit von Ich-Funktionen – der Affektregulation, Impulskontrolle, Realitätsprüfung und Objektkonstanz, aber auch der wichtigen Mentalisierungsfunktion – zu verbessern sucht;
- die *Perspektive gestörter Repräsentanzbildung und »abgespaltener« psychischer Inhalte und Persönlichkeitsaspekte* traumatischen Ursprungs, die die in Vergessenheit geratenen Erkenntnisse Pierre Janet's und das darauf aufbauende moderne psychotraumatologische Wissen aufgreift.

Was wir jedoch bedauernd feststellen müssen, ist die Tatsache, dass der für die beziehungsorientierte Perspektive so wichtige Bezug zu Ergebnissen der entwicklungspsychologischen Forschung und der Psychotherapieforschung – zumindest in der Breite der psychodynamischen Praxis – noch in den Anfängen steht. Ähnliches gilt für die Perspektive der »Prozeduren der Selbst- und Beziehungsregulation«. Auch bei ihr werden die Bezüge zu den aktuellen neurobiologischen Befunden und zur Psychotherapieforschung nur erst sporadisch sichtbar. Zwei Aspekte sind uns dabei wichtig:

1. Wir sehen eine bedeutende Rolle psychodynamischer Theoriebildung im Bereich der sogenannten »Common factors«, der Faktoren, die als »unspezifisch« gelten, weil sie über alle Therapieverfahren hinweg einen hohen Einfluss auf die Wirksamkeit von Psychotherapien haben.

Dazu zählen die Qualität der therapeutischen Beziehung, die Erwartung von Patienten an die Therapie und die Art und Weise, wie das Therapieangebot Patienten vermittelt wird. Nach Norcross und Lambert (2011) lassen sich 30 % der Psychotherapie-Ergebnisse auf »Common factors« zurückführen, während nur 15 % durch spezifische Techniken erklärbar sind⁶. Da es sich bei den Common factors im Wesentlichen um Aspekte der Beziehungsgestaltung handelt, ist ein psychodynamisches Beziehungsverständnis in besonderem Maße gefragt.

2. Die Feststellung, dass Ergebnisse der Psychotherapieforschung noch immer unzureichend rezipiert wurden, gilt ganz besonders für das aus unserer Sicht äußerst wichtige und empirisch gut belegte Wirkprinzip der *Ressourcenaktivierung* (Grawe 1998, 2004), das bisher lediglich in der ressourcenorientierten psychodynamischen Therapie von Patienten mit komplexen Traumafolgestörungen eine systematische Anwendung gefunden hat.

In der Behandlung komplex traumatisierter Patienten wurden ressourcenaktivierende imaginative Techniken hypnotherapeutischen Ursprungs bereits erfolgreich in psychodynamische Behandlungen integriert (Reddemann 2016, 2021; Sachsse 2004; Reddemann & Wöller 2017; Wöller 2013; Wöller et al. 2020). Ebenso hat sich die Integration der traumakonfrontativen Methode EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing; Shapiro 2013) in tiefenpsychologische und analytische Psychotherapien als äußerst hilfreich erwiesen⁷.

Wir sind der Auffassung, dass die therapeutischen Potenziale, die dem Prinzip der Ressourcenaktivierung innewohnen, in psychodynamischen Therapien noch bei weitem nicht ausgeschöpft sind (Wöller 2015), und haben es uns zur Aufgabe gemacht, diese Perspektive dem psychodynamischen Denken und Behandeln zu erschließen.

1.1.3 Varianten psychodynamischer Therapie

Psychodynamische Therapie steht uns in unterschiedlichen Varianten zur Verfügung. Am ehesten entspricht dem, was international unter psychodynamischer Psychotherapie verstanden wird, die in den deutschen Psychotherapierichtlinien (2009/2018) verankerte tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie. In Deutschland ist sie neben der analytischen Psychotherapie das zweite unter den von der Psychoanalyse abgeleiteten Therapieverfahren.

- Dem Wortlaut der Psychotherapie-Richtlinien (2009/2018) zufolge versteht sich die *tiefenpsychologisch fundierte Psycho-*

therapie als eine Therapieform, die sich hinsichtlich des Indikationsspektrums und verschiedener Behandlungstechnischer Modalitäten von der analytischen Psychotherapie abgrenzt. Anders als diese verfolgt sie eine begrenzte Zielsetzung, indem ein umschriebener neurotischer Konflikt (Konfliktfokus) oder eine umschriebene ich-funktionelle Beeinträchtigung (Strukturfokus) ohne den Anspruch auf eine Umstrukturierung der Persönlichkeit zu bearbeiten sind.

Behandlungstechnisch werden, anders als in der analytischen Therapie, regressive Tendenzen aktiv begrenzt. Die Behandlung wird in der Regel mit einer Wochenstunde im Gegenübersitzen realisiert und umfasst eine Dauer von 50 bis 100 Sitzungen, während bei der hochfrequent durchzuführenden analytischen Therapie 240 bis 300 Sitzungen zur Verfügung stehen (Gödde 2021; Wöller & Kruse 2018).

- Behandlungstechnisch finden wir auf Seiten der *analytischen Psychotherapie* eine ausgiebigere Anwendung der Methode der freien Assoziation, eine häufigere Inanspruchnahme des Couch-Settings und andersartige Nutzung von Fantasien und Träumen. Vor allem aber imponiert die höhere Sitzungsfrequenz und die längere Therapiedauer auf Seiten der analytischen Therapie.

Dieser idealtypischen Unterscheidung entspricht in der internationalen Literatur die Unterscheidung zwischen psychodynamischer und psychoanalytischer Therapie oder verkürzt zwischen »psychotherapy« und »psychoanalysis« (Busch 2010; Kächele 2010; Widlöcher 2010).

Seit aber, den Anforderungen der Versorgungsrealität entsprechend, die große Mehrzahl der Patienten mit dem Stundenkontingent tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie behandelt wird, haben sich die Unterschiede zwischen beiden Varianten weitgehend eingeebnet. Dazu haben die folgenden Entwicklungen beigetragen (Kruse et al. 2012; Kruse et al. 2013; Wöller & Kruse 2020):

1. Die begrenzte Zahl psychoanalytisch ausgebildeter Psychotherapeuten brachte es mit sich, dass auch Behandlungen, die wegen der umfassenden Störungen im Bereich der

Persönlichkeit zum Indikationsbereich der analytischen Psychotherapie gehört hätten, durch Psychotherapeuten mit tiefenpsychologischem Ausbildungshintergrund durchgeführt werden mussten.

2. Für nicht wenige Patienten war das hochfrequente Setting mit den Anforderungen ihres persönlichen und beruflichen Umfeldes nicht vereinbar. Auch wurden kürzere und konzentriertere Therapieformen oft als ausreichend angesehen.

3. Psychodynamische Psychotherapeuten, die über das Stundenkontingent einer analytischen Therapie verfügen, nutzen dieses zunehmend auch für Patienten, die wegen der Schwere ihrer ich-strukturellen Störungen das Angebot einer Langzeittherapie brauchen. Sie nutzen es jedoch nicht regressionsfördernd und hochfrequent, sondern regressionsbegrenzend und tendenziell eher niederfrequent. Eine solchermaßen »modifizierte« analytische Therapie entspricht jedoch in der Art der Behandlungsführung und der Wahl des therapeutischen Vorgehens eher den Vorgaben der Psychotherapie-Richtlinien für die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie.

Mit Blick auf diese Aspekte der Versorgungsrealität müssen wir feststellen, dass die Zuweisung zur analytischen oder tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie weitgehend aufgrund der lokalen Verfügbarkeit, möglicherweise auch aufgrund persönlicher Erfahrungen und Vorlieben (Janssen 2016), kaum jedoch auf der Basis einer soliden klinischen Differenzialindikation erfolgt. Heute werden Patienten aus dem gesamten Diagnosespektrum und mit Merkmalen unterschiedlicher Strukturniveaus in tiefenpsychologischer und analytischer Therapie gleichermaßen behandelt.

4. Infolge dieser Entwicklungen ist die tiefenpsychologisch fundierte Therapie, die lange Zeit als die »kleine Schwester« oder das »Adoptivkind« (Wöller 2013b) der analytischen Psychotherapie galt, zu dem mit Abstand am häufigsten angewendeten psychodynamischen Therapieverfahren avanciert, während die analytische Therapie in ihrer ursprünglichen Ausprägung deutlich an Zuspruch verloren hat.

So verwundert es nicht, dass zunehmend Stimmen laut werden, die in der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie das neue »Standardverfahren« und in der analytischen Therapie klassischer Prägung eine Variante sehen, die einer entsprechenden Indikationsstellung bedarf. Umgekehrt werden für Patienten mit ich-strukturellen Störungen dringend größere Behandlungskontingente gebraucht, um Therapien durchzuführen, die dem Paradigma der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie folgen.

5. Nicht nur wegen der geschilderten Überschneidungen in der Patientenversorgung, sondern auch aus inhaltlichen Gründen gibt es nach dem Votum des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie (2005) und nach unserer Auffassung keine rationale Rechtfertigung für die in den Psychotherapierichtlinien (2009/2018) und den entsprechenden Kommentaren (Dieckmann et al. 2020) aufrechterhaltene Annahme zweier unterschiedlicher von der Psychoanalyse abgeleiteter Verfahren.

Beide Varianten der psychodynamischen Psychotherapie gehen auf die gleiche Krankheitslehre zurück und bedienen sich des gleichen behandlingstechnischen Instrumentariums, wenngleich mit unterschiedlichen Nuancen. Eine empirisch gestützte Differenzialindikation zwischen

tiefenpsychologisch fundierter und analytischer Psychotherapie ist jedenfalls durch die Forschungslage nicht begründbar. Bei Würdigung dieser Situation müssen wir zu dem Schluss kommen, dass Unterschiede zwischen den beiden Varianten vor allem auf die zur Verfügung stehende Therapiezeit zurückzuführen und kaum in grundlegenden Differenzen begründet sind⁸.

Wir plädieren daher dafür, von *einem* Verfahren zu sprechen, das in unterschiedlichen, in ihrer Methodik beschreibbaren Varianten vorliegt. Auch wenn sich schwerpunktmäßig – oder idealtypisch – Unterschiede zwischen den beiden Varianten psychodynamischer Therapie benennen lassen, denken wir, dass die Aufteilung auf zwei Verfahren zu Unrecht die Differenzen betont und die Gemeinsamkeiten aus dem Blick verliert.

Auch glauben wir, dass sich die Merkmale, anhand derer die beiden »Verfahren« nach dem Wortlaut der Psychotherapie-Richtlinien differenziert werden, bei entsprechender Anforderung mit Gewinn unabhängig von einer Verfahrenszuordnung variieren lassen. Dies betrifft die Nutzung der Technik der freien Assoziation ebenso wie die flexible Nutzung des Settings im Liegen, das nach unserer Erfahrung auch in niederfrequenten Therapien seinen Nutzen erweisen kann (→ Kap. 6.4.4).

Unabhängig von der Frage, ob wir es mit einem oder mit zwei Verfahren zu tun haben, steht uns psychodynamische Therapie in unterschiedlichen *methodischen Varianten* hinsichtlich der Therapiedauer und -intensität sowie der Settings, der Therapieintensität und der Therapiedauer zur Verfügung (→ Kap. 4.5.3):

- Die *Dauer* der Behandlung kann im ambulanten Bereich erheblich variieren

- und sowohl Kurztherapie, Therapien von mittlerer Dauer und Langzeittherapien umfassen⁹.
- Als *Settings* kommen Einzel-, Paar-, Familien- und Gruppen-Setting, eine Kombination aus einzelnen der genannten Settings oder eine stationäre oder teilstationäre Behandlung in Betracht.
 - Die Variation kann ebenso die *Sitzungsfrequenz* betreffen. Im Regelfall hat es sich bewährt, die Behandlung mit 1 Sitzung pro Woche durchzuführen und nur in Ausnahmefällen entweder eine weitere Sitzung anzubieten oder das Intervall zwischen den Sitzungen zu verlängern. Hochfrequente analytische Therapien werden in der Regel mit 3, gelegentlich auch mit 2 oder mit mehr als 3 Wochenstunden durchgeführt. Vereinzelt werden auch analytische Therapien im niederfrequenten Setting mit einer Wochenstunde praktiziert (Dreyer & Schmidt 2013; Lauer & Tangen-Petraitis 2014).
 - Die Behandlung kann sich ausschließlich auf verbale Interventionen beschränken oder – bisher krankenkassenfinanziert jedoch nur im stationären oder teilstationären Bereich – auch *körpertherapeutische, musiktherapeutische, kunsttherapeutische* oder andere Therapieformen einbeziehen¹⁰.
 - Weitere Varianten ergeben sich aus den Spezifika einzelner Störungsbilder. So konnten sich während der letzten Jahrzehnte im breiten Umfang *störungsorientierte Ansätze* entwickeln, die auf zahlreiche symptomatisch definierte Störungsbilder abgestimmte Modifikationen enthalten. Charakteristisch für diese störungsorientierten Anwendungen psychodynamischer Therapie ist die zunehmende Bereitschaft, das störungsbezogene Wissen und auch Interventionen anderer Verfahrensrichtungen in die psychodynamische Therapie einzubeziehen.

Weiterführende Literatur

- Dieckmann M, Becker M, Neher M (2020). Faber Haarstrick. Kommentar Psychotherapie Richtlinien. 12. Aufl. München: Urban & Fischer in Elsevier.
- Fürstenau P (2005). Psychodynamische Psychotherapie als eigenständiges Verfahren gegenüber der »eigentlichen Psychoanalyse«. *Psychotherapeut* 50, 290–293.
- Gemeinsamer Bundesausschuss (2014). <https://www.g-ba.de/informationen/beschluesse/2085/>
- Gödde G (2021). Entwicklungslinien und Perspektiven der tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie. *Forum Psychoanal* 37, 343–360.
- Hauten L (2021). Tiefenpsychologische Psychotherapie (TP). Stuttgart: Schattauer.
- Psychotherapie-Richtlinien (2009/2018). Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinie) in der Fassung vom 19. Februar 2009 BAnz. Nr. 58 (S. 1399) vom 17. 04. 2009, zuletzt geändert am 18. Oktober 2018, veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 20. 12. 2018 B2) in Kraft getreten am 21. Dezember 2018. https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1733/PT-RL_2018-10-18_iK-2018-12-21.pdf
- Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie (2005). Stellungnahme zur Psychodynamischen Psychotherapie bei Erwachsenen vom 11. Nov. 2004. *Dtsch Ärztebl* 102: A73–75.
- Wöller W (2015). Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie als ressourcenbasiertes integratives Verfahren. *Psychodyn Psychothera*; 14, 3–12.
- Wöller W, Kruse J (2018). Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie. 5. Aufl., Stuttgart: Schattauer.
- Wöller W, Kruse J (2020). Stand und Zukunft der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie. *PDP – Psychodyn Psychothera* 19, 23–35.

Anmerkungen

- 1 Im Einklang mit dem Vorschlag des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie (2005) plädieren wir dafür, von *einem* von der Psychoanalyse abgeleiteten psychodynamischen Verfahren zu sprechen, das die Varianten der analytischen wie auch der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie umfasst (→ Kap. 1.1.3)
- 2 Dieser Befund fand sich in 4 weiteren Metaanalysen (Abbass et al. 2006; Anderson & Lambert 1995; Leichsenring & Rabung 2008; Leichsenring et al. 2004). In der Metaanalyse von Abbass et al. (2006) über 23 randomisiert kontrollierte Studien von insgesamt 1431 Patienten, die mit psychodynamischer Therapie behandelt wurden, stieg die Effektstärke für die allgemeine Symptombesserung von 0,97 bei Therapieende auf 1,51 bei einer Einschätzung 9 Monate nach der Behandlung. Die Effektstärke für die körperliche Symptomatik stieg von 0,81 bei Therapieende auf 2,21 bei der Katamnese. In der Metaanalyse von Leichsenring et al. (2004) stieg die Effektstärke von 1,39 unmittelbar nach Therapieende auf 1,57 beim Langzeit-Follow-up 13 Monate nach der Behandlung an.
- 3 Zusammenhänge dieser Art fanden sich sowohl bei Patienten mit depressiven Störungen (Bressi et al. 2017) wie auch bei Patienten mit Borderline-Störungen (Clarkin et al. 2007; Levy et al. 2006; de Meulemeester et al. 2018; Fischer-Kern et al. 2015).
- 4 So deuten neuere Untersuchungen darauf hin, dass Therapien anderer Verfahrensrichtungen psychodynamische Elemente enthalten, die maßgeblich zu ihrem Erfolg beitragen. Dabei waren es in einer Studie, die durch ein unabhängiges Forscherteam mit sorgfältig durchdachten Methoden durchgeführt wurde, vor allem die als typisch psychodynamisch identifizierten Interventionen, die den Erfolg nicht nur psychodynamischer, sondern auch kognitiv-behavioraler Therapien voraussagen konnten (Ablon & Jones 1998).
- 5 Pine (1990) hatte vorgeschlagen »vier Psychologien der Psychoanalyse« zu unterscheiden: die Trieb-Psychologie, die Ich-Psychologie, die Psychologie der Objektbeziehungen und die Selbstpsychologie.
- 6 Die sog. Common-Factor-Hypothese wurde zuerst von Rosenzweig (1936) formuliert, der auch den Begriff des »Dodo Bird Verdict« prägte: Alle haben gewonnen und alle sollen einen Preis erhalten. Gemeint ist die Hypothese, dass alle Formen der Psychotherapie gleich gut wirken. Diese Hypothese wurde später durch Frank (1961) systematisiert und in eine umfassende Perspektive zur Psychotherapie überführt. Nach Wampold (2001) macht der Einfluss der psychotherapeutischen Behandlungstechnik nur 1 % der erklärten Varianz des Behandlungserfolgs aus.
- 7 Ihre Anwendung ist – wenngleich nur beim Vorliegen der Symptomatik einer Posttraumatischen Belastungsstörung – durch einen Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (2014) in den Psychotherapie-Richtlinien verankert.
- 8 Mertens (2020a) hat zu Recht darauf hingewiesen, dass die in den Psychotherapie-Richtlinien (2009/2018) verwendeten Definitionen von Psychoanalyse, analytischer Psychotherapie und tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie viel zu global sind, veraltete Auffassungen enthalten und daher zu missverständlichen Abgrenzungen zwischen diesen Therapieverfahren führen. Die irreführenden Vorstellungen betreffen vor allem die analytische Psychotherapie und hier speziell den Umgang mit der Regression, der als Unterscheidungskriterium gegenüber der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie angeführt wird. Zum einen haben sich traditionelle Vorstellungen von einer Regression in der Therapie grundlegend gewandelt (Spurling 2008; Rizzolo 2016). Auch wenn in der analytischen Therapie der Entfaltung von Fantasien weiterer Raum gewährt wird, bedeutet das nicht, dass reife kognitive Funktionen ausgeschaltet wären und primärprozesshaftem Denken das Feld überlassen würde. Auch wenn mit einer stärkeren Entfaltung von Übertragungen auch kindliche emotionale Erlebensmuster stärker in den Vordergrund treten dürfen, kann damit nicht eine Regression im Bereich der Ich-Funktionen oder der Affekte gemeint sein. Auch in analytischen Therapien brauchen Patienten zu jedem Zeitpunkt die Fähigkeit, komplexe

Bedeutungszusammenhänge herstellen zu können, ohne in unreife Denkmuster zu verfallen. Zum anderen gibt die Vorstellung, man könne durch geduldiges Abwarten an Fixierungsstellen der kindlichen Entwicklung zurückkehren und zu frühesten Kindheitskonflikten vorstoßen, einen Theoriestand wieder, der heute nicht mehr als gültig betrachtet werden kann. Eine solche Auffassung übersieht, dass die psychische Entwicklung seit der Kindheit kontinuierlich voranschreitet und es nicht möglich ist, Konflikte der Kindheit in unveränderter Form in der Gegenwart anzutreffen.

- 9 Die deutschen Psychotherapierichtlinien (2009/2018) sehen Kurzzeittherapien, die bis zu 25 Sitzungen umfassen, und Langzeittherapien vor, die von 50 bis 100 Sitzungen bei tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie und bis zu 240 oder 300 Sitzungen bei analytischer Psychotherapie umfassen. Im stationären und teilstationären Bereich werden heute so gut wie nur noch Behandlungsdauern von 8 bis 12 Wochen angeboten.
- 10 Detaillierte Beschreibungen der spezialtherapeutischen Zugänge finden sich bei Wöller & Kruse (2018) und bei Hölzer et al. (2018).

1.2 Theorienkrise

1.2.1 Diagnose einer Theorienkrise und ihre Gründe

Obwohl die psychodynamische Therapie nicht nur ein nachweislich evidenzbasiertes psychotherapeutisches Verfahren mit einer hohen Wirksamkeit ist, das den Vergleich mit anderen evidenzbasierten Verfahren nicht zu scheuen braucht (→ Kap. 1.1.1), begegnet sie, sobald sie sich im akademischen Diskurs auf ihre theoretischen Wurzeln in der Psychoanalyse berufen will, einer höchst widersprüchlichen Rezeption.

Auf der einen Seite wird der Psychoanalyse von den modernen Neurowissenschaften *höchster Respekt* entgegengebracht. So hat der bekannte Neurobiologe und Nobelpreisträger für Medizin und Physiologie Eric Kandel (1998) die Auffassung vertreten, dass die Psychoanalyse trotz aller Probleme die kohärenteste und intellektuell am meisten befriedigende Sichtweise der menschlichen Psyche darstellt. Aus neurobiologischer Perspektive ist es wenig überraschend, dass psychodynamisch orientierte Therapieansätze wirksam sind, da sie auf Annahmen beruhen, die auch von den modernen Neurowissenschaften als grundlegend akzeptiert

sind. Ihre Kernaussagen sind insofern als wissenschaftlich zu bezeichnen, als sie empirisch überprüfbar und falsifizierbar sind und durch konvergierende Beweise aus benachbarten Wissenschaftsbereichen gestützt werden. Anders verhält es sich bei spezifischen Aspekten der Theoriebildung. Welche von ihnen aufrechterhalten werden können oder nicht, muss sich empirisch erweisen; das Ergebnis einer solchen Prüfung hat jedoch keinen Einfluss auf die Gültigkeit der Kernaussagen (Solms 2018).

Auf der anderen Seite sieht sich die Psychoanalyse in der wissenschaftlichen Welt dem Vorwurf *ausgesetzt, unwissenschaftlich, verstaubt und verkrustet zu sein*. Nicht wenigen Wissenschaftstheoretikern gilt sie als ein Randphänomen im Reigen der Wissenschaften – oder gar als ein degenerierendes Programm, wie Imre Lakatos (2001) behauptete, ein Programm, das selbstprotektive Strategien erzeuge, die den Erwerb neuen Wissens störten, sodass ernsthafte Zweifel angebracht seien, ob sie als akzeptierte Wissenschaft überleben könne.

Wie kommen diese Diskrepanzen zustande? Wie jede Handlungswissenschaft ist die Psychoanalyse und mit ihr die psychodynamische Therapie auf ein solides Fundament theoretischer Annahmen angewiesen¹. Tatsächlich beruhen psychodynamische Konzepte aber auf einem kaum noch überschaubaren Geflecht theoretischer Annahmen, die teilweise miteinander konkurrieren und oft miteinander im Widerspruch stehen.

Obwohl die Theorieannahmen von höchst unterschiedlicher wissenschaftlicher Qualität sind, hat eine systematische Revision dieser Theoriebestände bisher nicht stattgefunden. Die heute geläufigen theoretischen Orientierungen reichen von einer an die Triebtheorie Freuds angelehnten Konflikttheorie über die Ansätze der Ich-Psychologie, der Selbstpsychologie und Objektbeziehungstheorie bis hin zu den neueren Varianten der postkleinianischen und der intersubjektiv-relationalen Psychoanalyse. Auch wenn es immer wieder Versuche gegeben hat, auf der theoretischen Ebene Synthesen herzustellen², bleibt ein beklagenswert chaotisch anmutendes Erscheinungsbild (Thomä 2000). Fonagy et al. (1999) spricht sogar von einer Fragmentierung des psychoanalytischen Wissens; die Suche nach einem »common ground« offenbare eine Situation, die eher einem »Schlachtfeld« gleiche als einem Ort, der die Basis für eine Verständigung bereitstellen könnte. Schließlich hat auch Kandel (1998), ungeachtet seiner großen Wertschätzung der Psychoanalyse, deren Stagnation während der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts scharf kritisiert.

Es gibt gute Gründe, von einer *Theoriekrise der Psychoanalyse* und damit auch der psychodynamischen Therapie zu sprechen. Als problematische Folge dieser Theoriekrise betrachten wir den Sachverhalt, dass Praktiker mit einer überbordenden Pluralität psychoanalytisch begründeter Theorien konfrontiert sind, die gleichermaßen

den Anspruch erheben, den Phänomenbereich psychischer und psychosomatischer Störungsbilder erschöpfend abzubilden. Gütekriterien, anhand derer sie die Qualität der Theorien beurteilen könnten, wurden ihnen selten zur Verfügung gestellt. Von daher dürfte es vor allem der großen Zahl praktizierender Kolleginnen und Kollegen schwerfallen zu erkennen, welche der Theorien oder Theorieteile noch haltbar sind und welche nicht³.

Wegen des über lange Zeit bestehenden Mangels an systematischer empirischer Forschung blieb Praktikern meist nur die Orientierung an Autoritäten und ihren meist mit großer Überzeugung vorgetragenen und gleichwohl einander oft widersprechenden Auffassungen⁴. Während die Theoretiker der Gründerzeit der Psychoanalyse kaum die Möglichkeit hatten, ihre Auffassungen empirisch zu überprüfen, hätten spätere Autoren diese Gelegenheit sehr wohl gehabt. Doch haben sie es, von wenigen Ausnahmen abgesehen, versäumt, die von ihnen vertretenen Theorien einer rigorosen Prüfung zu unterziehen, um zu sehen, ob sie den Gütekriterien, die heute an wissenschaftliche Theorien gestellt werden, standhalten⁵.

Eine derartige Theoriekrise ist nicht nur aus wissenschaftlicher, sondern auch aus therapiepraktischer Sicht höchst unbefriedigend. Als eine *psychotherapeutische Handlungswissenschaft* muss die psychodynamische Therapie den Anspruch haben, möglichst unvoreingenommen zu verstehen, welche ihrer Wirkmechanismen zum Erfolg oder zum Scheitern der in ihrem Namen durchgeführten Behandlungen beitragen. Dafür ist ein kritischer Blick auf die eigenen theoretischen Grundlagen unverzichtbar.

Interessanterweise wurde immer wieder beobachtet, dass die Differenzen auf der

Ebene der konkreten Behandlungspraxis weitaus geringer waren als die divergenten Theorieauffassungen es hätten vermuten lassen. So stellten sich auf der praktischen Ebene deutlich mehr Gemeinsamkeiten heraus, als es beispielsweise die unterschiedlichen Positionen der klassischen Freudianer auf der einen und der kleinianisch orientierten Psychoanalytiker auf der anderen Seite aufgrund ihrer theoretischen Ausrichtung nahegelegt hätten (Wallerstein 1990). Schon vor vielen Jahren wurde berichtet, dass erfahrene Kliniker mit unterschiedlicher theoretischer Auffassung in ihren therapeutischen Vorgehensweisen ähnlicher waren als unerfahrene Kliniker der gleichen theoretischen Überzeugung (Fiedler 1950). Auch wurde beobachtet, dass sich Therapeuten in ihrer täglichen Praxis nicht strikt an die Vorschriften der spezifischen Schule hielten, obwohl sie behaupteten, dies zu tun; in der Abgeschlossenheit ihres Behandlungsraums nutzten sie auch Konzepte rivalisierender Schulen, obwohl sie dies öffentlich negierten (Sandler 1983). Sie traten für handlungstechnische Vorgehensweisen ein, die zu ihrer Persönlichkeit passten und sich als wirksam bei den jeweiligen Patienten erwiesen, unabhängig davon, aus welcher Therapieschule sie stammten (Pulver 1993).

Wie auch in anderen Kontexten pflegen Praktiker sich selbst zu helfen, wenn sie sich von ihren Theorien im Stich gelassen fühlen. Alles spricht dafür, dass erfolgreich arbeitende psychodynamische Psychotherapeuten mit den ihnen zur Verfügung stehenden Theorien flexibel umgehen, sie kreativ an die Erfordernisse ihrer Patienten anpassen und aus dem Theorienangebot intuitiv die Elemente auswählen, die ihnen nützlich erscheinen⁶. Wie selbstverständlich greifen Therapeuten zum Nutzen ihrer Patienten auch auf Interventionen mit Herkunft aus anderen Verfahren zurück und

fügen diese ohne nennenswerte Schwierigkeiten in ihre psychodynamischen Therapien ein. Ohne die kreative Leistung der Praktiker, aus dem Überangebot an Theorien mithilfe ihrer Intuition, ihres eigenen impliziten Therapiewissens und ihrer professionellen Erfahrung diejenigen Elemente herauszufiltern, die ihnen plausibel und hilfreich erscheinen, wären die empirisch nachweisbaren Erfolge psychodynamischer Therapie nicht denkbar. Ohne ihre Bereitschaft, sich eklektisch und bruchstückhaft bei anderen Therapieverfahren zu bedienen, um eigene handlungstechnische Lücken zu schließen und das Gefundene mit ihren eigenen privaten Theorien zu amalgamieren, hätte die psychodynamische Therapie vermutlich nicht den Status eines evidenzbasierten Verfahrens erlangt, auf den sie aufgrund der uns vorliegenden Studienlage verweisen kann.

Sollten wir nun aufhören, uns um die Theorien der Psychoanalyse Sorgen zu machen und uns damit begnügen, dass die Praktiker schon das Notwendige tun, um die Wirksamkeit der von ihnen vertretenen Therapien sicherzustellen? Das wäre aus der Sicht einer psychotherapeutischen Handelswissenschaft keine gute Option. Nicht nur, weil es bedeuten würde, die psychodynamische Psychotherapie als eine Behandlungskunst zu betrachten, die nur noch der Fertigkeit und Erfahrung und keiner wissenschaftlichen Fundierung mehr bedürfte⁷. Auch nicht nur wegen der sich abzeichnenden Bedrängnis, in die die psychodynamische Psychotherapie in der Konkurrenz mit alternativen Psychotherapieverfahren geriete, wenn ihrer Grundlagenwissenschaft, der Psychoanalyse, der Bedeutungsverlust in der akademischen Welt drohte und sie Gefahr lief, als Randphänomen in die Nische gesellschaftlicher Bedeutungslosigkeit abgedrängt zu werden.

All dies dürften hinreichende Gründe sein, nicht auf eine solide Theoriebasis des therapeutischen Handelns verzichten zu wollen. Was uns aber am wichtigsten erscheint: Wir würden die Möglichkeit einer Reflexion unserer klinischen Erfahrungen auf dem Boden eines breit geteilten Theorienkonsenses verlieren und damit die Möglichkeit, unsere reflektierten Erfahrungen lehrend an künftige Generationen von Psychotherapeuten weiterzugeben. Und noch

eins: Wir würden einen für die Krankenbehandlung unschätzbar reichen Erfahrungsschatz nur deshalb verlieren, weil wir das heute alt und staubig aussehende Paket, in das er einmal verpackt wurde, nicht mehr öffnen mögen. Dies sollte uns Grund genug sein und jede Anstrengung rechtfertigen, um die verborgenen Schätze aufzufinden und ihnen die Chance zu geben, ihren alten Glanz in einer neuen Welt zeitgemäßer Theorienlandschaften wieder auszustrahlen.

1.2.2 Historische Entstehungsbedingungen der Theorienkrise

Die Umstände in der Frühzeit der Psychoanalyse brachten es mit sich, dass das psychoanalytische Wissen im Umkreis Sigmund Freuds durch die klinischen Beobachtungen herausragender gleichgesinnter Persönlichkeiten in genialer Weise gewonnen und zu Theorien menschlichen Funktionierens ausgearbeitet wurde. Dabei kam es zur Produktion immer weitere Theorieelemente, die jedoch unsystematisch vonstattenging und auf Gebote wissenschaftlicher Theorieentwicklung wenig Rücksicht nahm, mit der Folge, dass neben empirisch gut nachvollziehbaren immer auch spekulative Theorieelemente tradiert wurden (Deneke 2013).

Das Urteil, welche Theorievorschläge sich psychoanalytisch nennen durften, oblag allein der Autorität Freuds. Obwohl Freud seine Theorieannahmen im Laufe seines Lebens immer wieder revidierte, tolerierte er abweichende Auffassungen bei seinen Anhängern nicht. Stattdessen definierte er »Shibboleths«⁸, Merkmale, deren An- oder Abwesenheit über die Zugehörigkeit zum Kreis seiner Anhänger entscheiden sollten. Daher vollzog sich die über Freud hinausgehende psychoanalytische Theorieentwicklung durch eine Folge von Ausgrenzungen und Abspaltungen. Otto Rank, Alfred Adler

und Carl Gustav Jung waren als Erste von ihnen betroffen. Die letzte und folgenreichste Abspaltung betraf die Marginalisierung von Sándor Ferenczi, dessen bahnbrechende Beiträge zur Entstehung und Behandlung von Patienten mit Traumatisierungen in Kindheit und Jugend mit den Vorstellungen Freuds nicht in Einklang zu bringen waren und über Jahrzehnte dem Vergessen anheimfallen sollten.

Nach Freuds Tod fehlte eine Autorität, die Abspaltungen im Sinne realer Ausschlüsse hätte vollziehen können. Stattdessen bildeten sich innerhalb der psychoanalytischen Gemeinschaft unterschiedliche Gruppen, die ihre Auffassungen durch entschiedene Abgrenzung von konkurrierenden Richtungen zum Ausdruck brachten. Einseitigkeiten, Übertreibungen und Polemiken, teilweise mit sehr persönlicher Note⁹, waren die Mittel, um die Gruppenidentität zu festigen. Man wahrte den gemeinsamen Bezug auf Freud, entwertete jedoch die Vertreter anderer Richtungen, indem man sie auf Tagungen nicht erwähnte und in wissenschaftlichen Diskursen keine Notiz von ihnen nahm (Wirth 2007).