

1 Psychotherapie – Ein Überblick

1.1 Einleitung: Was ist Psychotherapie?

Psychotherapie ist eine interpersonelle Interaktion, anhand derer unerwünschtes Verhalten oder durch interpersonelle Probleme verursachtes Leiden mithilfe einer professionellen und definierten Behandlungsmethode verändert werden soll. Dabei können ein*e oder mehrere Patient*innen und Therapeut*innen beteiligt sein. Die *therapeutische Grundhaltung* umfasst dabei Einfühlung, Empathie und ein authentisches Interesse an und wertfreie Akzeptanz von Patient*innen und deren Leid.

1.1.1 Was sind allgemeine Wirkprinzipien von Psychotherapie?

Die Wirksamkeit von Psychotherapie ist empirisch gut belegt. Im Vergleich zur medikamentösen Therapie ist die Adhärenz besser und weniger Patient*innen brechen die Therapie ab. Nichtsdestotrotz bleibt die Symptomatik in 20–30% der Fälle unverändert, in 5–10% der Fälle wird sie sogar schlechter, weshalb vor Therapiebeginn eine entsprechende Aufklärung wichtig ist.

Neben *spezifischen Wirkfaktoren*, die die Wirkung von konkreten Therapiemethoden beschreiben, gibt es *allgemeine Wirkfaktoren*, die für alle Therapieformen gelten. Edward Bordin beschrieb 1979 die sogenannte *Therapeutische Allianz* als Ergebnis aus Übereinstimmung zwischen therapeutischen Aufgaben und Therapiezielen einerseits und der Qualität der emotionalen Bindung zwischen Patient*in und Therapeut*in andererseits.

Merke

Die therapeutische Beziehung gilt als wichtigster allgemeiner Wirkfaktor in einer Psychotherapie.

Klaus Grawe postulierte im Jahr 2000 fünf allgemeine Wirkfaktoren der Psychotherapie:

1. *Therapeutische Beziehung*: Die Qualität der therapeutischen Beziehung wird durch Empathie, Akzeptanz und Wertschätzung geprägt. Zudem sollte die Beziehung möglichst verlässlich sein.



2. *Problemaktualisierung*: Die Thematik ist unmittelbar erlebbar (z.B. durch Übertragung/Gegenübertragung, Exposition oder systemische Musterwiederholung).
3. *Ressourcenaktivierung*: Im therapeutischen Setting werden Bewältigungsmöglichkeiten spürbar.
4. *Problembewältigung*: Die Thematik kann unmittelbar verändert werden (z.B. durch korrigierende Beziehungserfahrungen, Expositionserfolg).
5. *Motivationale Klärung*: Durch die Interventionen erfahren Patient*innen mehr über ihre Bedürfnisse und Ziele.

1.1.2 Indikationen: Wer benötigt eine Psychotherapie?

Etwa ein Viertel der Bevölkerung in Deutschland leidet an psychischen Erkrankungen, die behandelt werden können. Psychische Erkrankungen werden anhand von Kriterien definiert, die in der »International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems« (ICD, deutsch: »Internationale Klassifikation der Krankheiten«) festgehalten sind. Aktuell wird in Deutschland von Version ICD-10 auf ICD-11 umgestellt, wobei sich einige Definitionen ändern. Damit die Kosten einer Psychotherapie von einer Krankenkasse übernommen werden, ist eine Diagnose nach ICD notwendig und es muss ein erstattungsfähiges Therapieverfahren gewählt werden (► Kap. 1.2).

Zusätzlich gilt es, Gebote der »Notwendigkeit« und »Wirtschaftlichkeit« zu befolgen, wie im Sozialgesetzbuch V als »Wirtschaftlichkeitsgebot« ausgeführt: Eine Therapie sollte nur durchgeführt werden, wenn gute Aussichten bestehen, dass nach der Behandlung eine nachhaltige Besserung auftritt. Bei der Auswahl der Therapie ist es wichtig, eine kostengünstige Option zu bevorzugen, solange sie ähnlich wirksam ist wie teurere Alternativen. Zum Beispiel kann eine Einzelpsychotherapie zwar fachlich vertretbar, aber nicht zwingend erforderlich sein, wenn Selbsthilfegruppen vergleichbare Ergebnisse erzielen können.

Psychotherapeutische Unterstützung kann aber auch bei belastenden Lebensereignissen (z.B. Scheidung) oder körperlichen Erkrankungen (z.B. Tumorleiden) notwendig und hilfreich sein (► Kap. 10 »Konsil- und Liaisonpsychosomatik«). Darüber hinaus gibt es körperliche Symptome, welche sich primär durch psychische Prozesse erklären lassen oder durch diese aufrechterhalten werden (► Kap. 6 »Funktionelle Störungen«).

Exkurs: Bio-psycho-soziales Modell

Bis in die Mitte des 20. Jahrhunderts führten biomechanische (»Medizin der seelenlosen Körper«) oder biosemiotische Paradigmen (»Medizin der körperlosen Seele«) dazu, dass viele Krankheiten als entweder ausschließlich körperlich oder ausschließlich psychisch bedingt gesehen und dementsprechend behandelt wurden. 1977 entwickelte der Internist und Psychiater Georg L. Engel das bio-psycho-soziale Modell als allgemeines Erklärungsmodell der Krankheitsentstehung. Darin werden biologische, psychische und soziale Faktoren nicht getrennt von-

einander betrachtet, sondern als sich wechselseitig beeinflussend in Bezug auf Erkrankungs- und Genesungsprozesse (► Abb. 1.1).

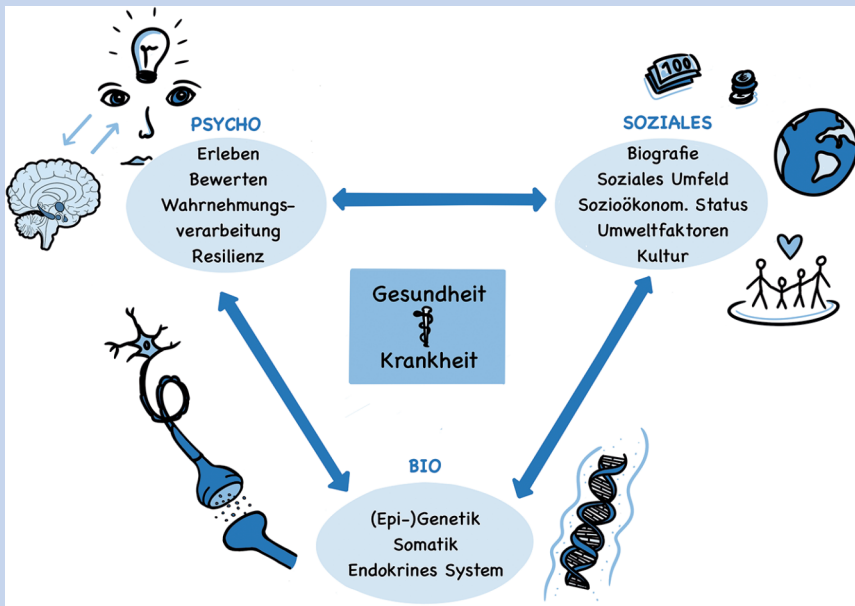


Abb. 1.1: Bio-psycho-soziales Modell nach Georg Engel

Neue integrative Ansätze gehen über die beschreibende Ebene des bio-psycho-sozialen Modells hinaus, indem sie dynamische und wechselseitige Beziehungen zwischen Körper, Kognition, Emotion und der (sozialen) Umwelt postulieren. Ein Beispiel ist das *4E-Kognitions-Paradigma*. Es besagt, dass kognitive Prozesse (z. B. Denken, Fühlen, Wahrnehmen und Entscheiden) der *Interaktion* des denkenden Körpers mit seiner Umwelt bedürfen.

Kognition bedarf folgender 4 »E's«:

- *Embodiment* (= Verkörperung; Verbindung von Geist und Körper)
- *Einbettung* (= Umweltfaktoren beeinflussen Kognition)
- *Erweiterung* (= einige Umweltfaktoren sind grundlegend für Kognition)
- *Enaktion* (= Kognition ist handlungsleitend und handlungsgeleitet)

Der enge Zusammenhang körperlicher und psychischer Faktoren bei der Entstehung, Aufrechterhaltung und Heilung von Erkrankungen ist das grundlegende Paradigma der Psychosomatischen Medizin. Wichtige Mitbegründer der Psychosomatischen Medizin sind Viktor v. Weizsäcker und Thure v. Uexküll, welche dem holistischen Ansatz eines bio-psycho-sozialen Krankheitsverständnisses folgten.

Die Hauptbehandlungsmethodik der Psychosomatischen Medizin ist die Psychotherapie, welche – je nach Krankheitsbild – um somatische und pharmakotherapeutische Methoden erweitert wird.

1.1.3 Diagnostik: Wie werden psychische Erkrankungen diagnostiziert?

Grundpfeiler der Diagnostik psychischer Erkrankungen sind *Anamnese*, Erhebung eines *psychopathologischen Befunds*, *psychometrische Tests* (Fragebögen etc.), ggf. *körperliche Untersuchungen* und ggf. *laborchemische und apparative Diagnostik*. Ziel ist es, zu prüfen, ob die Diagnosekriterien einer Erkrankung nach ICD erfüllt sind.

Um die psychischen Befunde standardisiert zusammenzufassen, wird der *psychopathologische Befund* nach AMDP-System (*Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie*) genutzt. Folgende Punkte sind dafür relevant:

1. *Subjektiver Eindruck der/des Patient*in*

- Erscheinungsbild
- Kontaktaufnahme
- Sprachliche Aspekte

2. *Psychopathologische Symptome*

- Bewusstsein und Orientierung
- Aufmerksamkeit und Gedächtnis
- Formales Denken (z. B. Gedankenabreißen, Grübeln)
- Befürchtungen und Zwänge (z. B. Hypochondrie, Phobie, Zwänge)
- Wahn (z. B. Verarmungs-, Verfolgungs-, Vergiftungswahn etc.)
- Sinnestäuschungen (z. B. akustische oder visuelle Halluzinationen)
- Ich-Störungen (z. B. Derealisation, Depersonalisation)
- Affektivität (z. B. deprimiert, euphorisch, ängstlich, affektarm)
- Antrieb und Psychomotorik (z. B. Antriebsminderung, Unruhe)
- Zirkadiane Besonderheiten (z. B. Morgentief)
- Andere Störungen (z. B. sozialer Rückzug, Suizidalität)
- Zusatzmerkmale (z. B. Körperbildstörung, Panikattacken)

3. *Somatische Symptome*

- Schlaf und Vigilanz (z. B. Ein- und Durchschlafstörungen)
- Appetenz (z. B. Appetitminderung, Libidoverlust)
- Gastrointestinale Störungen (z. B. Übelkeit, Mundtrockenheit)
- Kardio-respiratorische Störungen (z. B. Schwindel, Herzrasen)
- Andere vegetative Störungen (z. B. Miktionsstörungen, Schwitzen)
- Weitere Störungen (z. B. Kopfdruck, Konversionssymptome)
- Neurologische Störungen (z. B. Rigor, Tremor, Nystagmus)
- Zusatzmerkmale (z. B. sexuelle Funktionsstörungen)

Mit Hilfe *psychometrischer Tests* können klinische Befunde quantifiziert und vergleichbar gemacht werden. Sie kommen daher häufig im Forschungskontext zum

Einsatz und können *aus Interviews und/oder aus Fragebögen zur Selbst- sowie Fremdbeurteilung* bestehen.

Merke



Gütekriterien psychometrischer Tests:

- **Objektivität:** Unabhängig davon, wer den Test durchführt, erbringt der Test die gleichen Ergebnisse.
- **Reliabilität (Zuverlässigkeit):** Wenn ein Test mit derselben Person zu einem ähnlichen Zeitpunkt wiederholt wird, erbringt er die gleichen Ergebnisse.
- **Validität (Gültigkeit):** Ein Test misst das, was er messen soll, zum Beispiel die Ausprägung einer depressiven Episode.

1.1.4 Wie erfolgt die Aufklärung über Psychotherapie?

Psychotherapeut*innen unterliegen ihren Patient*innen gegenüber der Aufklärungspflicht gem. § 630 BGB. Die Aufklärung sollte zu Beginn der Therapie mündlich und/oder schriftlich erfolgen und folgende Punkte beinhalten:

- Was ist Psychotherapie, wann wird sie durchgeführt und wie wirkt sie?
- Wie läuft eine Psychotherapie ab und was ist ihr Ziel?
- Gibt es Alternativen zum vorgeschlagenen Therapieverfahren?
- Welche Risiken bestehen bei Durchführung der Therapie?
- Welche Risiken bestehen bei Nichtbehandlung oder Therapieabbruch?
- Welche Rechte haben Patient*innen?
- Rahmenbedingungen wie Häufigkeit, Absage, Honorarfragen, Datenschutz etc.
- Nach ausführlicher Aufklärung sollten Patient*innen eine Einwilligungserklärung unterschreiben

1.1.5 Wann sollte eine Psychotherapie beendet werden?

Die Endlichkeit eines therapeutischen Bündnisses sollte schon während der Therapie mitgedacht werden, das Therapieende also schon früh im Therapieverlauf benannt und rechtzeitig gezielt vorbereitet werden. Eine gelungene Auseinandersetzung mit den Themen Abschied, Integration von Enttäuschung bezüglich unerfüllter Erwartungen und autonome Lebensgestaltung ist ein wichtiger Teil der Therapie und dient u. a. der Rückfallprophylaxe.

Folgende Aspekte sollten zu einer *Beendigung der Therapie* führen:

- Die erwünschte Besserung ist eingetreten.
- Patient*innen ...
 - können dysfunktionale Beziehungsmuster erkennen und verändern.

- haben das Gefühl, Herausforderungen selbst meistern zu können.
- genießen das Leben, sind sozial eingebunden und arbeitsfähig.
- Patientenseitiger Wunsch nach einem Behandlungsende (natürlich schön, wenn die Einschätzung auch von therapeutischer Seite geteilt wird)
- Negative therapeutische Effekte, z. B. anhaltende Symptomverschlechterung



Gut zu wissen

Eine vorübergehende Verschlechterung der Symptomatik sollte nicht automatisch zu einem Therapieabbruch führen, sondern kann vielmehr Teil des therapeutischen Prozesses sein. So ist z. B. bei somatoformen Störungen oder Traumafolgestörungen eine initiale Verschlechterung aufgrund der bis dato nicht wahrnehmbaren oder abgespaltenen Affekte nicht selten.

1.2 Therapie: Welche Therapieschulen gibt es?



Aus dem klinischen Alltag

Sybill (23) stellt sich in der psychosomatischen Ambulanz vor, da sie gerne eine Psychotherapie machen möchte. Sie leidet schon sehr lange unter einer instabilen Stimmung, immer wieder fühlt sie sich depressiv. Nachdem sie mit 18 von zu Hause ausgezogen war, hatte sie viel Gewicht verloren, heute glaubt sie, dass sie damals eine Anorexie hatte. Gewicht und Essverhalten haben sich aber mittlerweile normalisiert. Sie studiert Biologie und wohnt im Studierendenwohnheim, wo sie sich auch wohl fühlt. Seit ca. sechs Monaten hat sie eine feste Partnerschaft, nach welcher sie sich einerseits lange gesehnt hatte, andererseits sind die Auseinandersetzungen über Kleinigkeiten im Alltag anstrengend. Nun hat ihr Freund sie gefragt, ob sie nicht zusammenziehen möchten, was in ihr eine depressive Krise ausgelöst hat. Sie kommt mit der Frage, welche Art der Psychotherapie für sie in dieser Situation am besten geeignet wäre.

Die Psychotherapie an sich hat seit ihrer Entstehung viele unterschiedliche Vorstellungen dazu hervorgebracht, wie psychische Erkrankungen entstehen können, diagnostiziert und behandelt werden sollten. In unserem Buch beschränken wir uns auf die sogenannten psychotherapeutischen Richtlinienverfahren, d. h. die Therapieformen, die von den gesetzlichen Krankenkassen finanziert werden (► Tab. 1.1):

- Psychodynamische Psychotherapie (analytische Psychotherapie, AP, und tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, TP)
- Kognitive Verhaltenstherapie (KVT)
- Systemische Therapie (ST)

Tab. 1.1: Psychodynamische Psychotherapie, kognitive Verhaltenstherapie und systemische Psychotherapie im Vergleich

Kategorien	Psychodynamische Therapie	Kognitive Verhaltens-therapie	Systemische Therapie
Fokus	Ursachen	Symptome	Umfeld
Symptom-entstehung	Konflikt Struktur Trauma	Gelernte Denk- und Verhaltensmuster	Symptom = »Gemeinschaftsleistung« des Systems
Ziele	Aufdecken unbewusster Konflikte, strukturelle Nachreifung	Veränderung von Verhaltensweisen und Denkschemata; klare Zielvereinbarung	Änderung zwischenmenschlicher Interaktionsmuster, Ressourcenstärkung, Selbstorganisation
Setting	Einzeltherapie, Gruppentherapie, Angehörigengespräche	Einzeltherapie, Gruppentherapie, Angehörigengespräche	Einzeltherapie, Mehrpersonensetting, Gruppentherapie (Einzel- und Mehrpersonensetting), Angehörigengespräche
Diagnostik	OPD (s. u.)	Problem- und Verhaltensanalyse	Diagnostik = Intervention Hypothesenbildung Systemische Fragen Genogramm
Vorgehen	Individuell, konflikt-, struktur- bzw. traumorientiert	Störungsorientiert und zum Teil nach Manual	Individuell, systemorientiert
Stunden-Umfang (Langzeittherapie)	60–100 Std. (TP) 160–300 Std. (AP)	60–80 Std.	36–48 Std.

AP = analytische Psychotherapie; TP = tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie;
OPD = Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik

Alle Therapieschulen haben sich kontinuierlich weiterentwickelt und zunehmend Elemente anderer Schulen integriert. Dies führt einerseits zu großen methodischen Überschneidungen in den verschiedenen Therapieansätzen, andererseits sind dadurch zum Teil neue, integrative Therapiemethoden entstanden. Sie werden normalerweise ihrer Ursprungsschule zugeordnet, z. B. die Mentalisierungsbasierte Therapie (Mentalisation-Based Therapy, MBT) nach Peter Fonagy und Anthony W. Bateman und die Übertragungsfokussierte Therapie (Transference-Focused Psychotherapy, TFP) nach Otto Kernberg den psychodynamischen Therapieverfahren und die Schematherapie nach Jeffrey E. Young, die Acceptance-Commitment-Therapie (ACT) nach Steven C. Hayes oder die Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT) nach Marsha M. Linehan der kognitiven Verhaltenstherapie.

Folgende Therapieschulen wurden vom wissenschaftlichen Beirat für Psychotherapie als wirksam anerkannt, werden aber nicht von den Krankenkassen finanziert:

- *Klientenzentrierte Gesprächstherapie* nach Carl Rogers
- *Interpersonelle Therapie* nach Harry S. Sullivan

1.2.1 Wie lautet die Definition von Gruppenpsychotherapie und worin bestehen die Vor- und Nachteile?

Während im einzeltherapeutischen Setting normalerweise ein*e Patient*in oder ein betroffenes System mit einer/m Therapeut*in (im Mehrpersonensetting ggf. auch mehrere Therapeut*innen) arbeitet, setzt sich eine Therapiegruppe aus mehreren Betroffenen zusammen. Im Fall von systemischer Therapie können das auch mehrere betroffene Systeme sein.

Gruppentherapeutische Ansätze sind für viele Patient*innen initial herausfordernd, haben sich aufgrund diverser Vorteile aber als sehr wirksam herausgestellt. Irvin D. Yalom hat u.a. folgende *Wirkfaktoren* herausgearbeitet, welche für alle Arten von *Gruppentherapie* gelten:

- *Prinzip Hoffnung*: Innerhalb der Gruppe wird Hoffnung vermittelt, dass die aktuellen Probleme bewältigt werden können.
- *Universalität des Leidens*: Patient*innen fühlen sich von anderen Patient*innen oft besser verstanden als von Therapeut*innen.
- Wie in einer Einzeltherapie können Patient*innen auch in einer Gruppentherapie Hilfestellungen und Anleitungen zur *Lösung von Problemen* erhalten, z.B. indem bestimmte Themen gemeinsam diskutiert, erarbeitet oder in Rollenspielen erfahrbar gemacht werden.
- Eine Therapiegruppe bietet einen *geschützten Raum*, um neue Verhaltensweisen erproben zu können und teilweise entstehen diese durch *Lernen* von anderen Gruppenmitgliedern.
- *Gegenseitige Akzeptanz und Unterstützung*: Teilnehmende können in einer Gruppe erleben, anderen z.B. durch aufmerksames Zuhören oder Feedback helfen zu können (Altruismus), aber auch selbst von anderen akzeptiert, verstanden und unterstützt zu werden; beides wirkt meist selbstwertstärkend.
- *Gegenseitige Inspiration*: Betroffene können durch die teils gegensätzlichen Perspektiven anderer Mitglieder ein neues Verständnis ihrer Situation oder der eigenen Wahrnehmung entwickeln.
- *Soziale Kompetenzen*: Innerhalb der Gruppe lernen Betroffene, die eigenen Gefühle, aber auch die der anderen besser wahrzunehmen. Dies erleichtert es, eigene Wünsche und Bedürfnisse zu äußern und zu verteidigen, Kritik zu üben und ggf. auftretende Konflikte konstruktiv zu bewältigen.
- *Gruppenkohäsion*: Die Teilnehmenden entwickeln ein Zugehörigkeitsgefühl zu der Gruppe, wodurch das Gefühl unterstützt wird, mit psychischen Problemen nicht allein zu sein.

- *Katharsis*: Oft fällt es Patient*innen initial schwer, über sich und eigene Schwierigkeiten zu berichten. Wenn sie dies dennoch tun, erfahren sie häufig positive und stärkende Rückmeldungen, wodurch schwierige Emotionen leichter erlebt und verarbeitet werden können.
- Je nach Gruppenfokus können immer wieder auftretende *Beziehungsmuster im Hier und Jetzt* erlebt, verstanden und bearbeitet werden.
- Häufig sind diese Beziehungsmuster schon in der *Herkunftsfamilie* entstanden und der Austausch in der Gruppe hilft, sie zu reflektieren und alternative Verhaltensstrategien zu erproben.

Gruppentherapien sind ähnlich wirksam wie Einzeltherapien, dabei aber kostengünstiger. Folgendes Vorgehen ist hilfreich, um das Gefühl von Sicherheit und positiver Erwartungshaltung zu verstärken:

- *Aufklärung* über positive Wirkung von Gruppentherapien und Abbau von Ängsten vor der ersten Teilnahme
- *Verlässlicher Gruppenrahmen*
- *Klare Gruppenregeln* (Gruppenleitung achtet auf Einhaltung der Regeln)

Nichtsdestotrotz profitieren natürlich nicht alle Patient*innen gleichermaßen von einem Gruppensetting. Der Nachteil von Gruppentherapien besteht darin, dass weniger Zeit fokussiert für die persönlichen Themen aufgewendet werden kann. Auch für Patient*innen, die in Gruppentherapien in nicht regulierbare Anspannung geraten, kann eine Gruppe potenziell schädlich sein. Daher sollte das Vorgehen individuell angepasst werden.

Ausgestaltung und Fokus können je nach therapeutischer Schule – analog zum einzeltherapeutischen Setting – unterschiedlich sein: In *psychodynamischen* Gruppen werden die Themen meist nicht vorgegeben, sondern von den Teilnehmenden geprägt. Hier liegt der Fokus oft auf interaktionellen Herausforderungen im Hier und Jetzt und ihren biografischen Hintergründen. In *verhaltenstherapeutischen* Gruppen soll dysfunktionales Denken und Verhalten erkannt und verändert werden. Dafür wird häufig mit psychoedukativen Elementen und Rollenspielen, ggf. auch mit vertiefenden Hausaufgaben gearbeitet. In *systemischen* Gruppen liegt der Fokus auf dem Erkennen und dem gegenseitigen Aktivieren vorhandener Ressourcen.

1.3 Was ist psychodynamische Psychotherapie?

1.3.1 Wie hat sich die psychodynamische Psychotherapie entwickelt?

Gründervater der analytischen Therapie ist Sigmund Freud (1856–1939), der nach initial hypnotherapeutischem und karthatischem Arbeiten in den 1890er Jahren die Psychoanalyse entwickelte. Freuds Konzept des Unbewussten legte den Grundstein aller folgenden psychodynamischen Theorien. Trotz der Heterogenität heutiger Konzepte ist das dynamische Unbewusste als Essenz in allen psychodynamischen Betrachtungen enthalten. Nach dem *topografischen Modell* nach Sigmund Freud gibt es drei verschiedene Orte, an denen psychische Inhalte verarbeitet werden:

- *Bewusstes*: Die wenigsten Inhalte (z.B. Daten, Fakten, Gedanken, Wünsche und Gefühle) sind unmittelbar im Bewusstsein.
- *Vorbewusstes*: Inhalte des Vorbewusstseins bestehen aus Gedanken, Wünschen und Gefühlen sowie Handlungsabläufen oder verdrängten Konflikten, die nicht bewusst sind, je nach Umweltreiz und Abwehr aber die Bewusstseinsstufe erreichen können.
- *Unbewusstes*: Erbanlagen, frühe Erlebnisse und Instinkte sind unbewusst. Auch traumatische Erinnerungen und konflikthafte Wünsche und Triebe können durch Abwehr ins Unbewusste *verdrängt* werden. Verdrängtes Material kann sich in Form von Träumen, Fantasien, Symptomen und Fehlhandlungen offenbaren. Gleichzeitig besteht ein erheblicher *Widerstand* vor der Bewusstwerdung. Mit Hilfe von freier Assoziation, Traumarbeit und Deutung können die präsymbolischen Inhalte (wieder) ins Bewusstsein geholt werden.

1923 entwickelte Freud das *Strukturmodell*, in dem er die drei Instanzen Es, Ich und Über-Ich beschrieb. Das im unbewussten lokalisierte Es strebt nach Lusterfüllung. Ich- und Über-Ich haben sowohl bewusste als auch vorbereusste Anteile. Das Über-Ich strebt nach der Erfüllung von elterlichen oder gesellschaftlichen Normen und Werten. Das Ich hat die Aufgabe, die teils widersprüchlichen Impulse von Es und Über-Ich mit einer realen Durchführbarkeit abzugleichen (► Abb. 1.2).

Als *Triebe* beschreibt Freud Verbindungen zwischen Seelischem und Körperlichem, d.h. Kräfte, die körperlichen Ursprungs sind, aber psychisch als Begierde oder Ängste wahrgenommen werden. Als *Drang* bezeichnet Freud die Begierde, mit der sich die Triebhandlung vollzieht. Ein Subjekt strebt nach *Befriedigung oder Abfuhr* des Dranges. Normalerweise bedarf es dazu eines *Objektes*, d.h. ein anderes Lebewesen (oder Gegenstandes), auf welches das Subjekt bezogen ist. Das so genannte *Triebobjekt* verändert sich im Laufe der Entwicklung des Subjekts. Ein Triebobjekt wird mit einer Energie besetzt (die Triebkraft, z.B. die Libido als Energie des Sexualtriebs).

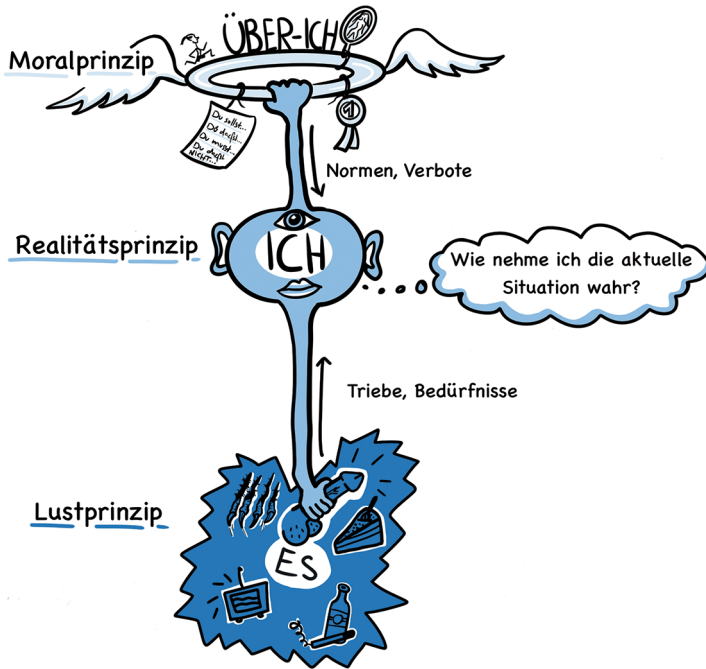


Abb. 1.2: Zusammenspiel von Über-Ich, Ich und Es nach Sigmund Freud

Was beinhaltet das psychosexuelle Entwicklungsmodell?

Für Freud war der Sexualtrieb von großer Bedeutung – was schon zu seiner Zeit für Irritation sorgte (und sich in moderneren analytischen Theorien entsprechend veränderte). Der Sexualitätsbegriff war allerdings nicht auf eine genitale Sexualität reduziert, sondern bezog auch Freundschafts- und Liebesempfindungen mit ein sowie im körperlichen Sinne alle Arten von Lustgewinn durch körperliche Aktivitäten oder Empfindungen. Die Entwicklung der Sexualität teilte Freud in fünf Entwicklungsphasen ein (► Tab. 1.2). 1966 entwickelte Erik Erikson aus dem psychosexuellen ein psychosoziales Modell mit der Idee, dass Identitätsentwicklung einen lebenslangen Prozess darstellt und je nach Lebensabschnitt unterschiedliche Spannungsfelder zwischen individuellen Bedürfnissen und sozialem Umfeld entstehen.

Tab. 1.2: Phasen der psychosexuellen und psychosozialen Entwicklung nach Sigmund Freud und Erik Erikson

Lebensjahr (LJ)/Phase	Erogene Zone	Themen nach Freud	Spannungsfeld nach Erikson
0–18 Monate: Orale Phase	Mund	Saugen, Schlucken, Befriedigung primärer Bedürfnisse	(Ur)Ver- vs. Misstrauen: »Ich bin, was ich bekomme.«
2.–3. LJ: Anale Phase	Analregion	Bestimmen, Kontrollieren, Grenzen der Bedürfnisbefriedigung	Autonomie vs. Scham/ Zweifel: »Ich bin, was ich will.«
4.–5. LJ: Phallische Phase	Penis, Klitoris	Erforschen des eigenen Körpers, Bewusstsein für Geschlechterunterschiede	Initiative vs. Schuldgefühl: »Ich bin, was ich mir vorstellen zu werden.«
6.–11. LJ: Latenz	–	Leistungsanspruch, Konkurrenz, Bedürfnisaufschub	Wertsinn/Stolz vs. Minderwertigkeitsgefühl: »Ich bin, was ich lerne.«
12.–19. LJ: Pubertät	Flexibel	Entwicklung sexueller Identität, Partnerschaftsdeterminante	Identität vs. Identitätsdiffusion: »Ich bin, was ich bin.«
20.–45. LJ: Reife			Intimität und Gemeinschaft vs. Isolierung: »Ich gehöre zu dem, was ich liebe.«
46.–65. LJ			Generativität vs. Selbstabsorption: »Ich bin, was ich bereit bin, zu geben.«
> 65. LJ			Integrität vs. Verzweiflung: »Ich bin, was ich gelebt habe.«

Wer sind wichtige Vertreter*innen psychoanalytischer Schulen?

So klar die Psychoanalyse auf Sigmund Freud als Gründervater zurückzuführen ist, so vielschichtig waren die weiteren Entwicklungen und Strömungen innerhalb der Psychoanalyse – und sind es bis heute.

Trieb-Psychologie oder *Trieb-Struktur-Modell* (1890–1930/40: Sigmund und Anna Freud u. a.):

- Die Trieb-Psychologie stellt die *Triebbefriedigung* als Basis von Denken und Handeln (s.o.) ins Zentrum. Die intrapsychische Perspektive ist wichtig (*Einpersonenpsychologie*): Trieb-Wunsch-Abwehr-Konflikte zwischen den drei Instanzen Es, Ich und Über-Ich stehen in den theoretischen Betrachtungen im Vordergrund, wobei dem Es ein Großteil des Interesses gilt.