

# C. Psychoanalyse und psychoanalytisch orientierte Behandlungsmethoden

CHRISTEL BÖHME-BLOEM

## 1. Vorbemerkung

Im Kapitel über die Grundrichtungen der Psychotherapie (Kap. II.A) werden die Elemente der psychoanalytischen Theorie kurz dargestellt. Als Zentralbegriffe des psychodynamischen Modells werden *dynamische Unbewußtheit*, *Impuls-Abwehrkonflikte* und *Abwehrvorgänge* genannt. Ferner wird die Kausalität der genannten Phänomene für neurotische und psychosomatische Symptome beschrieben sowie die Bedeutung von *Übertragung* und *Widerstand* und die Wichtigkeit von Entwicklungsaspekten hervorgehoben.

Gegenstand der Psychoanalyse in Theorie und Therapie ist das Erfassen der inneren Organisation aller Erfahrungen, die ein Mensch gemacht hat. Die Erfahrungen seit der Geburt und in gewissem Maße auch die vorgeburtlichen Erfahrungen, die in der menschlichen Entwicklungsgeschichte niedergeschlagen sind, spielen besonders deshalb eine so große Rolle für das gesamte menschliche Verhalten, für Gesundheit und Krankheit, weil der Mensch, wie PORTMANN (1969) sagt, eine *«physiologische Frühgeburt»* ist und wegen seiner Kopfgröße (Großhirnentwicklung) und der Steilstellung des mütterlichen Beckens (aufrechter Gang) etwa ein Jahr zu früh geboren wird und somit auf Pflege und Fürsorge im *«sozialen Uterus»* der primären Bezugspersonen (meist Eltern oder nahe Familienmitglieder) für sein Überleben und seine Entwicklung angewiesen ist. Die Unreife und die großen extrauterinen Reifungsanforderungen bedingen eine

lange Abhängigkeit, auch über den Ausgleich der physiologischen Frühgeburtlichkeit hinaus.

Bevor es darum gehen kann, die Arbeit an der Erforschung der inneren Organisation der Erfahrungen zu beschreiben, muß daher die psychische Entwicklung in einigen ihrer Gesetzmäßigkeiten betrachtet werden. Psychoanalyse ist im Kern Entwicklungspsychologie.

Seit der frühen Beschäftigung mit der Triebentwicklung durch FREUD, deren Niederschlag in der *«Phasenlehre»* vorliegt, hat es eine beständige Arbeit an Entwicklungsvorstellungen gegeben, die sich auf die Entwicklung des Ichs (HARTMANN, 1972), auf die Bindungserfahrung und die Objektbeziehungen (MAHLER et al., 1975; SPITZ, 1965) und auf die Entwicklung des Selbstwertgefühls (ERIKSON, 1959) bezogen. Diese Entwicklungsstudien bzw. Entwürfe von Entwicklungstheorien, welche die einhundertjährige Geschichte der Psychoanalyse ausmachen, sind eng verknüpft mit den Krankheitstheorien. Dabei spielen in der Psychoanalyse zwei Modellvorstellungen der Krankheitsentstehung eine Rolle, nämlich die Vorstellung vom reaktualisierten Entwicklungskonflikt und vom erhaltengebliebenen Entwicklungsschaden; die Lerntheorie geht stattdessen vom verfehlten Lernvorgang aus. In den ersten beiden

Modellen ist die Art der Erfahrung und die Art ihres Verbleibes im Unbewußten für die Krankheitsentstehung bedeutsam, beim verfehlten Lernvorgang ist Unbewußtheit nicht essentiell, aber immerhin möglich.

Die Art der Ausbildung und Verinnerlichung von Erfahrung ist Gegenstand der Entwicklungslehre. Dabei geht es auch um frühe physiologische Erfahrungen und ihre Blockierung in der Überleitung in seelische Erfahrungen, besonders bei den psychosomatischen Krankheitstheorien (vgl. das Konzept der De- und Resomatisierung bzw. das Konzept der Alexithymie-Entwicklung in Kap. II.B).

## 2. Einführung in die psychoanalytische Entwicklungspsychologie – Synopsis der Entwicklung der inneren Erfahrungen

Im Verlauf der Geschichte der Psychoanalyse haben nacheinander verschiedene Aspekte der Persönlichkeitsentwicklung im Brennpunkt gestanden. Die erste Entwicklungspsychologie war die Theorie der Entwicklungsgeschichte der Triebe, die FREUD in charakteristischen Phasen ablaufen sah. Wie schon in den Vorbemerkungen skizziert, wurde die Triebentwicklung erweitert und ergänzt, letztlich zu einer Gesamtschau der emotionalen Entwicklung unter beinahe vollständiger Vernachlässigung der kognitiven Entwicklung, die einbezogen werden mußte, will man eine Gesamtschau der menschlichen Erfahrung erreichen. Diese Entwicklungswege wurden in den letzten 15 Jahren von den Ergebnissen der Säuglingsbeobachtung in vielen Bereichen in eine rege Diskussion gebracht und teilweise revidiert. Daher sollen in einer Synopsis die Entwicklungstheorien mit einigen wichtigen Ergebnissen der Säuglingsforschung verknüpft werden.

### 2.1 Erstes Lebensjahr

Das menschliche Neugeborene braucht Sättigung, Wärme, es muß gehalten und getragen werden, um die intrauterinen Bedingungen fortzusetzen und die Mängel im «extrauterinen Frühjahr» (PORTMANN, 1969) zu kompensieren. Im gesamten ersten Lebensjahr geht es

um eine gute Kombination von Spannungsreduktion und optimaler Reizzufuhr. Die spannungserzeugenden Erlebnisse kommen überwiegend aus dem Körperinneren, die enterozeptive oder coenaesthetische Wahrnehmung überwiegt. Nach außen existiert ein Reizschutz. Der junge Säugling schläft relativ viel. Daß eine bestimmte Menge an Reizen entwicklungsfördernd wirkt, läßt sich aus der Tatsache ableiten, daß die REM-Phasen des Schlafes in der ersten Zeit über die NON-REM-Phasen überwiegen und allmählich von Wachzeiten des Säuglings abgelöst werden. Der Säugling ist sozusagen von Anfang an auf der Suche nach passenden Reizen, um die mitgebrachten Fähigkeiten zu entwickeln. Trotz des Reizschutzes nach außen kann man wohl nicht länger von einer objektlosen oder autistischen Phase (MAHLER et al., 1975) im ersten Monat sprechen. Die Säuglingsforscher wie STERN (1985) gehen schon von der Geburt an vom sogenannten «kompetenten Säugling» aus (vgl. DORNES, 1993). Dieser erkennt z. B. schon als neugeborener die Mutter am Geruch, hat eine Vorliebe für die menschliche, besonders die mütterliche Stimme und das menschliche Gesicht in 20 cm Entfernung. Er ist imstande, durch eine bestimmte Saugfrequenz Musik einzuschalten und erkennt sich selbst auf einer einfachen Ebene als Autor einer Handlung (erste Kontingenzerfahrung).

Neben dem Mund, der dieser Lebenszeit den Namen *orale Phase* gab, sind die Haut, das Gleichgewichtsorgan und die gesamte Körperoberfläche zur Wahrnehmung der Welt da.

Nach der Vorstellung von MAHLER et al. (1975) leben Mutter und Kind in der Folgezeit (2. bis 5. Monat) im Zustand der *Symbiose*, dann erst wird der junge Mensch psychisch geboren, die *Separations-/Individuationszeit* beginnt, die erst mit etwa drei Jahren und dem Erwerb der sogenannten *Objekt Konstanz* abgeschlossen ist, die dem Kind gestattet, aufgrund einer verinnerlichten festen Beziehung zur Mutter eine Zeitlang getrennt von ihr zu funktionieren.

Die Säuglingsforscher betonen, daß es sich von Anfang an um eine maximale wechselseitige Bezogenheit zwischen Mutter und Kind handelt, in der beide Partner eine Interaktion beginnen und beenden können. Auf keinen

Fall könne man von symbiotischer Verschmelzung sprechen.

Vom 3. Monat an gewinnt die Wahrnehmung über die Augen an Bedeutung (deutlich im sogenannten *Dreimonatslächeln*). Die dia-kritische, nach außen gerichtete Wahrnehmung überholt die Enterozeption.

Diese Zeit ist für die soziale Entwicklung besonders wichtig: Es geht um die Gesichts-Gesichts-Sozialisation (STERN, 1985), um einen regen Dialog, der instinkt-nahe stattfindet, bei Störungen der Mutter (innerliche oder äußerliche Abwesenheit) leicht entgleisen kann, wobei die Entgleisungen folgenreiche psychosomatische Erfahrungen für das Kind mit sich bringen. Diese Zeit der ersten Objektbeziehung ist von STERN als die Zeit des auftauchenden Selbstempfindens und die des Kern-Selbstempfindens benannt worden, immer bezogen auf das mütterliche Objekt.

Die Ausstattung des Säuglings mit Affekten – in Gestalt von Primäraffekten ist das Neugeborene mit einer Vielzahl von Affekten ausgestattet (KRAUSE, 1988) – und die Art der Dynamik der mütterlichen Affekte (der Vitalitäts-tonus, d. h. die Art, wie die Mutter ihn trägt, bewegt und zu ihm spricht) sind die prägende Matrix des ersten Lebensjahres. Nach drei bis vier Wochen kennt die Mutter ihr Baby und dieses hat seine ersten Erwartungen ausgebildet. Gehen Mutter und Kind zusammen in Intentionen und Verhalten, dann ist das Paar konkordant, zwingt einer dem anderen etwas auf, entsteht Diskordanz. Oftmals beginnt die Mutter, die Zustände des Kindes zu kontrollieren, so können früheste sadomasochistische Mechanismen entstehen.

Die Fähigkeit zum konkordanten Miteinander ist für STERN (1985) die Vorbedingung für die Fähigkeit zu späterem Intimitäts-Erleben. Die Lebenserfahrung in der Zeit des Kern-Selbstempfindens bedingt

- ein Zutrauen in die eigenen Fähigkeiten, sensorische Stimulierung regulieren zu können,
- ein Vertrauen darauf, daß andere dabei behilflich sein können,
- die Erfahrung, daß Erregung zusammen mit einem anderen angenehm sein kann.

Vorläufer von Selbstpathologien sind zu erwarten, wenn ständig sich wiederholende Re-

gulationsdefizite das Kern-Selbstempfinden bedrohen und/oder wenn die Beziehungspartner sehr oft nicht zusammenpassen.

BOWLBY (1988) erforschte das angeborene menschliche *Bindungsverhalten* und fand, daß – mit zahlreichen Parallelen in der Tierverhaltensforschung – im ersten halben Jahr sich ein für einen heranwachsenden Menschen typisches Muster des Bindungsverhaltens herausbildet, das Voraussagen auf zahlreiche spätere Wesensmerkmale erlaubt. Für die Persönlichkeitsentwicklung ist es von entscheidender Wichtigkeit, ob ein Kind sicher, vermeidend oder ambivalent gebunden ist.

In der zweiten Hälfte des ersten Lebensjahres geht es um die Entwicklung des subjektiven Selbstempfindens und der ersten Inter-subjektivität. Das Kind entdeckt, daß es innere Erfahrungen mit dem anderen teilen kann. Die Beziehungspartner sehen nicht nur dasselbe, sondern sie sehen es gemeinsam. Das Teilen von Gefühlen mit seelischen Mitteln beginnt. (Das etwa einjährige Kind blickt in die Richtung eines deutenden Fingers und nicht mehr auf den Finger selbst wie zuvor.)

Ein wichtiges Element in dieser Entwicklung ist die *Affektabstimmung*. Der menschliche Säugling bringt die Fähigkeit zur kreuzmodalen Wahrnehmung mit auf die Welt, d. h., er kann Wahrnehmungen aus verschiedenen Sinnesbereichen vergleichen, z. B. taktile, optische und akustische Wahrnehmungen auf Gemeinsamkeiten hin beurteilen. Über diese Fähigkeit kann eine Mutter dem Kind vermitteln, daß sie einen Affektausdruck verstanden hat, ohne daß sie den Affekt des Kindes vollständig imitiert. Sie nimmt ihn vielmehr spielerisch in einer anderen Sinnesmodalität auf, kommentiert z. B. ein lustvolles Schlagen akustisch und läßt das Kind so wissen, daß sie seine expressiv-expansive Freude teilt. Die Affektabstimmung ist ein Vorläufer der *Symbolbildung*, die Mutter antwortet mit einer nonverbalen, affektiven Metapher, einem in einen anderen Modus übersetzten Affekt und drückt damit Gemeinsamkeit aus. Die Affektabstimmung kann aus purem Wunsch nach Gemeinsamkeit von der Mutter initiiert werden, sie kann aber auch dazu benutzt werden, das Kind zu Veränderungen zu

bewegen, es anzuspornen oder zum Aufhören zu veranlassen. So ist z. B. vorstellbar, daß eine Mutter einen Singsang abbricht oder wegguckt, also die Abstimmung verweigert, wenn ihr Kind an den Genitalien spielt und Vergnügen äußert. Auch ohne Verbote lernt ein Säugling so, welche Gefühle teilbar sind und welche nicht.

Die Lebenserfahrung des ersten Lebensjahres läßt sich mit ERIKSON (1959) zusammenfassen als die Entstehungszeit des *Urvertrauens*. Das Kind könnte sein Selbstgefühl beschreiben mit den Worten «ich bin, was ich bekomme», worin die Tatsache des notwendigen Haltens und Wärmens wegen der Frühgeburtlichkeit, der oralen Versorgung, der Affekt Abstimmung ebenso beschlossen ist wie die Vorstellung von einer maximalen wechselseitigen Bezogenheit. Störungen, global mit dem Begriff «*Urmißtrauen*» umschrieben, finden primär somatischen Ausdruck (Unruhe, Verdauungsstörungen, Hauterscheinungen u. a. m.). Die Verhaltenscharakteristika oral-passiv, oral-rezeptiv und oral-aggressiv erleben in dieser Zeit ihre Ausformung.

## 2.2 Zweites und drittes Lebensjahr

Die folgende Zeit, das Kleinkindalter, nach der führenden Erfahrung der Sphinkterkontrolle auch die *anale Phase* genannt, ist zugleich die Zeit, in der sich das verbale Selbstempfinden (STERN, 1985) mit der für den Menschen wohl folgenreichsten Errungenschaft, der Entwicklung der Sprachsymbole, herausbildet.

Die «anal» Erlebniskategorien hergeben/schenken versus verweigern/behalten, aus sich heraus machen, sich gehen lassen versus sich beherrschen («zusammennehmen»), Erfahrung von Ordnung und Zeit, lassen das Ausmaß der intersubjektiven Bezogenheit vereint mit kultur-relevanten Assoziationen erkennen.

Deutlicher als im ersten Lebensjahr werden Forderungen der Umgebung an das Kind herangetragen, das mit zunehmendem Bewegungsraum Grenzen erfährt und erfahren muß zum eigenen Schutz und zum Schutz der Umgebung vor seiner ungebremsten Expansivität.

Erste Überichkeime entstehen («Sphinkter-Moral»). Die Distanz zum versorgenden Objekt wird zunächst durch das sogenannte *Übergangsobjekt* (Kuschelwindel, Teddy) (WINNICOTT, 1976) ermöglicht, dann in sich ständig wiederholendem Spiel eingeübt. Dinge werden weggeworfen und wiedergefunden («weg»-«da»-Spiele). Die Abwesenheit des Objektes ist die Vorbedingung für die Symbolbildung. BION (1962) beschreibt in «Lernen durch Erfahrung» die Wortbildung als die Auswahl eines besonderen mit einer emotionalen Erfahrung des Herbeiwünschens verbundenen Elementes unter Assistenz der Mutter als den entscheidenden Schritt. Die Ähnlichkeit zur Affekt Abstimmung liegt auf der Hand.

Das präverbale Kind erlebt global und einheitlich. Mit der Entwicklung der Sprachsymbole werden die Erfahrungen in zwei Bereiche geteilt, den präverbalen, sensomotorischen und den verbalen Bereich. Die sogenannte *Wiederannäherungskrise*, die MAHLER et al. (1975) als eine Zeit emotionaler Labilität (18. bis 20. Monat) bzw. krisenhafte Reaktion auf das Zerbrennen kindlicher Omnipotenzphantasien verstehen, wird von STERN (1985) auf das Zerbrennen des globalen Erlebens bezogen, das allerdings einschneidend sein kann wie die Vertreibung aus dem Paradies. Das Kind schwankt zwischen präverbalen und verbalen Modi der Bezogenheit und des Selbstgefühls, es kann sich immer wieder daran stoßen, daß es das, was es fühlt, nicht verbal ausdrücken kann. Diese Zeit ist wegen der wachsenden Distanz zum mütterlichen Objekt anfällig für Abstimmungsmängel. Die Distanz zur Mutter wird allmählich durch die innere Repräsentation der Mutter ausgeglichen.

Als Beispiel für die Entstehung der inneren Abbildungsfähigkeit kann das von LICHTENBERG (1991) dargestellte Verhalten des Kindes in den verschiedenen Stadien der Entwicklung seines Selbstempfindens vor einem Spiegel dienen: Ein Kind auf dem Höhepunkt des Kern-Selbstempfindens – einjährig mit einem guten Schuß subjektiven Selbstempfindens – bewegt sich begeistert vor einem Spiegel, weil jede seiner Bewegungen von dem Wahrnehmungsgegenstand (Spiegelbild) beantwortet wird. Das Kind erlebt sich als Schöpfer des

Wahrgenommenen. Im 15. Monat etwa betrachtet das Kind sein Spiegelbild mit nachdenklichem Ernst. Es sieht ein abgegrenztes «Da-Draußen». Eine ihm auf die Stirn geklebte Marke betastet es forschend im Spiegelbild. Erst mit 18 bis 20 Monaten zeigt das Kind, daß das Bild ihm Informationen über es selbst gibt. Es tastet nach der Marke auf der eigenen Stirn, nimmt sie spielerisch ab und klebt sie wieder an. Hier steht der Mensch an der Schnittstelle von sensomotorischer Erfahrung und innerer Repräsentation. KHAN (1990) schreibt: «Am Anfang stehen Handlung und Geste. Phantasien, Gedanken, Träume, Spiel und Vorstellung folgen nach. Die psychische Realität ist etwas Nachträgliches! Handlungen und Gesten rufen sie hervor und bestimmen ihr Schicksal und ihr Los.»

Die Bedeutung der sensomotorischen Erfahrung für die seelische Entwicklung wird besonders in dieser Zeit deutlich. Am Ende der analen Zeit entscheidet sich, ob die motorisch-expansive Welteroberung der Kleinkindphase primär mit Schöpferkraft lustvoll erlebt wird oder ob dem positiv getönten Adgredi, der Grundform der Aggression, das Erleben von Destruktivität unterlegt wird, weil die Eltern die Autonomieentwicklung des Kindes nicht ertragen können oder weil die äußeren Lebensbedingungen ungünstig sind (Kriege, Bunkeraufenthalte). Das Kleinkind könnte nach gut durchlaufener analer Entwicklungsphase sein Selbstgefühl beschreiben mit den ERIKSON'schen Worten «Ich bin, was ich will» und damit zum Ausdruck bringen, daß *Autonomie-Erleben* überwiegt und nicht Scham und Zweifel die Oberhand gewonnen haben.

### 2.3 Vorschulkind (4. bis 6. Jahr)

Nachdem die orale und die anale Basiserfahrung, die Kontakt- und Selbstbehauptungsfähigkeit als Grundfunktion (das «Nein» und das «Ich») im Erfahrungsschatz verankert sind, verlagert sich, herkommend von der analen und urethralen Triebdynamik, das Lust-erleben auf die Genitalien (infantile genitale Phase, *phallisch-ödipale Phase*).

Eine starke Entwicklung der Phantasie und des Vorstellungsvermögens wird durch die

verbale Symbolisierungsfähigkeit möglich. ERIKSON (1959) beschreibt die Selbstvorstellung des Kindes in dieser Zeit durch die Worte: «Ich bin, was ich mir vorstellen kann.»

Durchgangsphase für beide Geschlechter ist die Auseinandersetzung mit bisexuellen Phantasien, wie es aus zahlreichen Kinderzeichnungen dieses Alters hervorgeht, vor allem bezogen auf das mütterliche Objekt.

Das männliche *Kind macht sich dann* u.a. eine Vorstellung über eine intime Beziehung zur Mutter, gerät in Rivalität zum Vater. Der Konflikt (nach FREUD der *Ödipuskonflikt*) entsteht dadurch, daß der kleine Junge den Vater aber auch liebt. Das Mädchen will die kleine Frau des Vaters sein, phantasiert, von ihm Kinder zu empfangen, rivalisiert so mit der Mutter. Zugleich liebt es natürlich (immer noch) die Mutter. Für beide Geschlechter wird das scharfe Rivalisieren im günstigen Fall dadurch überwunden, daß sich das Kind mit dem gleichgeschlechtlichen Elternteil identifiziert. Die unerfüllbaren Sexualphantasien werden teils verdrängt, teils sublimiert, d. h. auf sozial anerkannte Dinge und Personen verlegt.

Bei jedem Kind in der ödipalen Phase gibt es in unterschiedlicher Ausprägung auch die sogenannte *negative ödipale Einstellung*, die Liebe zum idealisierten gleichgeschlechtlichen Elternteil, die Grundlage einer späteren homosexuellen Einstellung werden könnte.

Mit der Überwindung des Ödipuskonfliktes entsteht aus Vorläufern das Gewissen. Die Ausbildung von *Über-Ich* und *Ich-Ideal* bringen die frühe Trieb- und Objektbeziehungs-entwicklung zu einem gewissen Abschluß.

Das Ich des Kindes ist nun frei zum Lernen, das Kind tritt in die *Latenzphase* ein, wird ein Schulkind, das mit ERIKSON bei gutem Entwicklungsverlauf als aktives, fröhliches, zärtliches und neugieriges «Latenzkind» sein Selbstgefühl charakterisieren könnte mit den Worten «Ich bin, was ich lerne» (Leistung versus Minderwertigkeit).

Die folgenden Entwicklungsphasen sind für die psychoanalytische Therapie zweifellos interessant, jedoch nicht so sehr für grundsätzliche Behandlungsfragen wie für spezielle. Der Leser wird daher auf spezielle entwicklungspsychologische Werke verwiesen. Die ödipalen und – für psychosomatische Fragestellungen ganz besonders – die präödipalen

Lebenserfahrungen eines Menschen stehen in der Behandlung im Zentrum.

Die frühesten mentalen Repräsentationen bestehen nicht aus Bildern oder Symbolen, sondern sind präsymbolische, psychobiologische Aufzeichnungen, die mit *Primäraffekten* (KRAUSE, 1988) besetzt sind. Diese Primäraffekte (occurring emotions) drängen sensomotorisch auf Wiederholung im Gegensatz zu den symbolisch umgeformten *Affektsignalen* (experienced emotions), die ein Mensch im Zuge seiner Symbolisierungsfähigkeit erwirbt. Dieser Gedanke verleiht dem Konzept des Wiederholungszwanges ein neues Gewicht (KINSTON u. COHEN, 1986). Für diese Autoren ist der unbewältigte und daher unsymbolisierte sensorische Affekt und nicht der Todestrieb, wie FREUD annahm, die biologische Wurzel des Wiederholungszwanges.

«Den biologischen Wurzeln, den körpernahen sensorischen Affektempfindungen, wird eine elementare Kraft zugeschrieben, die symbolische Repräsentationen und symbolisch encodierte Affekte nicht in gleichem Maße haben. Der mutmaßliche Grund dafür ist, daß Symbolisierungen eher der selbstreflexiven und kommunikativen Korrektur zugänglich sind, während präsymbolische Erfahrungen dazu erst symbolisiert werden müssen. Dieser schwierige und möglicherweise immer unvollständige Prozeß macht die psychoanalytische Arbeit mit schwergestörten und psychosomatischen Patienten so langwierig» (DORNES, 1993, S. 192).

Diese Gedanken werden am Ende der Überlegungen über die therapeutischen Techniken nochmals eine Rolle spielen, nämlich beim Nachdenken über Therapiemaßnahmen, die der nachträglichen Symbolisierung möglicherweise hilfreich sind.

### 3. Allgemeine psychoanalytische Behandlungstheorie – Die Psychoanalyse im klassischen Setting

Die Gesamtheit der Erfahrungen eines Menschen, die Art, wie diese in ihrer Entstehungsgeschichte seine Gefühle, Phantasien und

Motivationen bedingten, wie sie zu unbewußten Konflikten führten und als solche den ständigen Prozeß der inneren und äußeren Anpassung beeinflussen, sind Gegenstand der psychoanalytischen Behandlung. Als auf Heilung abzielender Prozeß hat die Therapie das Ziel, die krankmachenden unbewußten Erfahrungsabkömmlinge dem Bewußtsein zugänglich und damit, soweit möglich, verstehbar und handhabbar zu machen. Dann hat der Patient die Möglichkeit, die Erfahrungen neu zu organisieren oder durch Umorganisation Spannungen und Unverträglichkeiten zu verringern.

Die Art und Weise, wie ein Mensch seine Erfahrungen reguliert, wie er Triebbedürfnisse erfüllt, narzißtische Strebungen nach Sicherheit und Wohlbefinden sucht, und wie er die Beziehungen zu den wichtigen Objekten seiner Geschichte gestaltet, hat zu einem differenzierten Theoriegebäude innerhalb der Psychoanalyse geführt, über die psychischen Strukturen, die Ich-Funktionen, die Objektbeziehungen und die Theorie von der Regulation des Selbstgefühls. Die Theoriesysteme wurden kurz unter dem Entwicklungsaspekt erwähnt. Eine ausführliche Erörterung würde den Rahmen einer «praktischen Psychosomatik» sprengen. Erwähnt sei lediglich, wie auch MEYER (in Kap. II.A) betont, daß die theoretischen Schwerpunkte auch die Behandlungsschwerpunkte bestimmen. «Die» Psychoanalyse und «die» psychoanalytische Therapie gibt es somit nicht mehr, sondern verschiedene Schulrichtungen.

Eine allgemeine Behandlungstheorie wird von diesen Theorieschwerpunkten absehend drei Aspekte klären:

3.1 Behandlungsziel

3.2 Behandlungsweg

3.3 Behandlungsindikation

Gegenstand wird die Psychoanalyse im klassischen Setting sein, also die Analyse im Liegen auf der Couch, die in der Regel hochfrequent über einen langen Zeitraum durchgeführt wird.

#### 3.1 Behandlungsziel

Allgemeinste und verblüffend einfache Zielsetzung der psychoanalytischen Kur war für FREUD die Fähigkeit, arbeiten und lieben zu können (FREUD, 1916/17). In der Tat gehen praktisch alle neurotischen Störungen mit

Einbußen auf dem Feld der Arbeits- und/oder Liebesfähigkeit einher.

Für die meisten Patienten geht es um die Beseitigung konkreter Symptome, welche sich meist auf grundsätzlichere Störungen zurückführen lassen, die mit bestimmten aufzudeckenden Erfahrungen des Patienten zusammenhängen. Eine reine Symptomheilung ist niemals Ziel einer psychoanalytischen Therapie. Tritt sie schnell ein, kann sie die Flucht in die Gesundheit bedeuten, wie der Zahnschmerz bekanntlich häufig von der Türklinke des Zahnarztes geheilt wird. Rasante Symptomverbesserungen sind immer verdächtig auf Grandiositätsansprüche auf seiten des Patienten oder des Therapeuten. Viele sogenannte symptomorientierte Therapieangebote auf dem Psychomarkt gehen auf solche Größenphantasien zurück. Die Suche nach Befreiung von Konflikten durch ein Wochenendmarathon ist meist eine wenig tragfähige Identifizierung mit Allmachtsphantasien des Therapeuten.

Die lebensgeschichtliche Aufarbeitung führt von kurzgegriffenen therapeutischen zu analytischen Zielen, die darauf ausgerichtet sind, Entwicklungshemmungen aufzuheben, welche sich auf sehr unterschiedliche Entwicklungslinien beziehen können. Das von FREUD (1933) angegebene Ziel: «Wo Es war, soll Ich werden», wurde von GREENSON (1967) präzisiert als «die Vergrößerung der relativen Ich-Stärke in bezug auf das Über-Ich, das Es und die Außenwelt».

In einer zusammenfassenden Übersicht über die neuere psychoanalytische Literatur kommen MC GLASHAN und MILLER (1982) zu einem breitgefächerten Katalog von möglichen Zielvorstellungen der psychoanalytischen Therapie.

Die Entwicklungsziele, die von den Autoren angesprochen werden, lassen sich am einfachsten in die ERIKSON'schen Entwicklungsaufgaben fassen: Im weitesten Sinne geht es um die Etablierung von Urvertrauen, Autonomie, Initiative, Leistung, Identität, Intimität, Generativität und Ich-Integrität.

Dies sind freilich idealtypische Ziele, denen sich die seelischen Strukturen eines Menschen nur annähern können. Dabei sollte es parallel – so die psychoanalytische Vorstel-

*Tabelle 1:* Überblick über Zielvorstellungen der Psychoanalyse (nach MC GLASHAN und MILLER 1982, zit. n. MERTENS Bd. 1, 1990, S. 130).

Entwicklungshemmungen aufheben	Urvertrauen und Sicherheit Trennung und Individuation Gewissen konstruktive Aggression Sexualität
Aspekte des Selbst	Selbst-Verantwortlichkeit Selbst-Identität Selbstwertgefühl
Bezogenheit auf Mitmenschen	Außen- vs. Innenorientierung Beziehung zu den Eltern Beziehung zu Gleichaltrigen und Gruppen Empathie Intimität Generativität
Akzeptierung der Realität	verringerte Omnipotenz Fähigkeit zum Trauern Triebkontrolle und Frustrationstoleranz Loslassen können Realitätsprüfung
Erlebnisfülle und Lebendigkeit	Gefühle Energie Entspannung Fähigkeit zur Freude
Coping-Mechanismus	Abwehrmechanismen Soziokulturelle Anpassung und Veränderung
Integrative Kapazität	Ambivalenztoleranz kognitive Ökonomie Übergangs-Kapazität
Selbstanalytische Fähigkeiten	Selbstbeobachtung und Selbstanalyse Auflösung der Übertragung

lung und Erfahrung – zu einem schrittweisen Rückgang der Symptome kommen.

Erreichbar sind diese Ziele durch den Aufbau, die Durcharbeitung und die Auflösung der sogenannten *Übertragungsneurose*.

Die Arbeit an der *Übertragung* ist seit FREUD das Zentrum der psychoanalytischen Therapie. Die Übertragung ist das Kernstück der

Beziehung zwischen Therapeut und Patient, die sich in der besonderen zwischenmenschlichen Begegnung, die eine Behandlung bedeutet, regelmäßig einstellt bzw. aufbauen sollte. Mit Übertragung ist ein ubiquitäres Phänomen gemeint, die Tatsache, daß jeder Mensch Erfahrungen mit wichtigen Personen aus früheren Lebenssituationen auf Personen und Situationen seiner Gegenwart überträgt. Wir finden die Übertragung als eine Spielart der allgemeinen menschlichen Fähigkeit, Übereinstimmungen von Merkmalen zu erkennen und herauszugreifen und somit frühere Erfahrungen zu verallgemeinern (KÖNIG u. LINDNER, 1991). Diese menschliche Grundeigenschaft ist die Vorbedingung für Lernprozesse ganz allgemein. Schon der Säugling ist einerseits bestrebt, Vertrautes wiederzufinden, aber auch Neues kennenzulernen und mit dem Vertrauten zu vergleichen. Die Lernerfahrung ist umso intensiver, je günstiger das Verhältnis zwischen Vertrautem und Neuem ist, bezogen auf das jeweilige Entwicklungsalter. Je wichtiger und prägender Beziehungserfahrungen für einen Menschen sind, desto eher dienen sie als derartige Vergleichsmaßstäbe. Je prägender eine Beziehungserfahrung, um so mehr wird sie wieder gesucht und in einem Menschen, der sich nur wenig mit seinen persönlichen Eigenschaften zu erkennen gibt, wiederbelebt. Letzteres sollte bei einem Psychoanalytiker erfüllt sein (s. u. Abstinenzforderung). Er bietet sich seinem Patienten so als Objekt der Übertragung an. Der Patient wiederholt an der Person des Therapeuten Aspekte seiner wichtigen früheren Beziehungen – eigentlich irrt er sich dabei sowohl in der Person als auch in der Zeit, aber dieser Übertragungsirrtum ist therapeutisch ungeheuer fruchtbar. Die Übertragungsbereitschaft, durch die besonderen Behandlungsbedingungen gefördert, ermöglicht das, was FREUD in «Erinnern, Wiederholen, Durcharbeiten» im Kern schon 1914 erkannt hat:

«Wenn der Patient nur so viel Entgegenkommen zeigt, daß er die Existenzbedingungen der Behandlung respektiert, gelingt es uns regelmäßig, allen Symptomen der Krankheit eine neue Übertragungsbedeutung zu geben, seine gemeine Neurose durch eine Übertragungsneurose zu ersetzen, von der er durch die therapeutische Arbeit geheilt werden kann. Die

Übertragung schafft so ein Zwischenreich zwischen der Krankheit und dem Leben, durch welches sich der Übergang von der ersten zum letzteren vollzieht. Der neue Zustand hat alle Charaktere der Krankheit übernommen, aber er stellt eine artefizielle Krankheit dar, die überall unseren Eingriffen zugänglich ist. Er ist gleichzeitig ein Stück des realen Erlebens, aber durch besonders günstige Bedingungen ermöglicht und von der Natur eines Provisoriums» (S. 134).

Das «Entgegenkommen» des Patienten hat einmal zum Inhalt, daß er Rat und Hilfe für seine Beschwerden sucht, darüber hinaus schreibt er einem anderen Menschen die Fähigkeit zu, ihm zu helfen. Diese Einstellung hängt eng mit dem Phänomen der *Regression* zusammen. Regression meint eine ebenfalls ubiquitäre menschliche Eigenschaft, nämlich die Neigung, auf infantile Wunschformationen oder Verhaltensweisen zurückzugreifen, im Falle der Suche nach Behandlung, kindliche Wünsche nach Hilfe und Unterstützung an einen anderen Menschen zu richten.

Regression und Übertragung sind eng miteinander verbunden, beide Konzepte machen noch einmal in nuce klar, daß Psychoanalyse Entwicklungspsychologie ist.

Die Durcharbeitung der Übertragungsneurose hat das Ziel, die Übertragung aufzulösen, d. h. so viel neue Erfahrungen mit dem Analytiker zu sammeln, daß der Irrtum in der Person und in der Zeit korrigiert werden kann und der Patient damit ein autonomer Partner des Therapeuten wird. Dabei geht es um Erfahrung auf verschiedenen Ebenen, was bei der Betrachtung des Behandlungsweges, der Therapiemethode verdeutlicht werden soll. Die «Auflösung der Übertragung» ist ebenso ein Ideal wie die anderen Behandlungsziele, dem sich Patient und Therapeut nur annähern können; vollständig wird es niemals erreicht.

### 3.2 Behandlungsweg

Die psychoanalytische Behandlung geschieht im Dialog zwischen Analytiker und Patient. Die beiden Partner verabreden den Behandlungsrahmen, zu dem Setting und Frequenz als Bestandteile gehören (vgl. Kap. II.B).

Die solide Verabredung der *Rahmenbedingungen* (Zeit, Regelung von Therapieausfall,

Urlaub, Bezahlung usw.) sind deshalb so wichtig, weil sie die verlässlichen Realitätsbedingungen für den virtuellen Raum der Übertragungsbeziehung abgeben, das Zwischenreich zwischen der Krankheit und dem Leben. Damit alles, was ein Patient innerhalb der Therapie sagt, tut oder unterläßt, als Material betrachtet werden kann, das in einem Bedeutungszusammenhang zu seinen Beziehungserfahrungen (alte und neue) gehört, muß der Rahmen der Therapie fest und so zuverlässig wie möglich sein.

Die Verabredung der *Grundregel* hält den Patienten an, alles auszusprechen, was ihm in den Sinn kommt, und alle Einfälle zu äußern, auch wenn peinliche, scheinbar nicht hergehörige oder unzusammenhängende Inhalte auftauchen. Auf diese Weise entsteht *freie Assoziation*, ein bunter Flickenteppich, aus dem heraus sich die Abkömmlinge des Unbewußten, die Konfliktbestandteile (Wünsche, Ängste, Abwehrmechanismen) herauslesen lassen. Das Befolgen größtmöglicher Offenheit ist eine Idealforderung, welche auf der Couch, also bei einer Analyse im Liegen, leichter erfüllbar ist als im Vis-a-vis-Sitzen, weil beispielsweise die mimische Reaktion des Therapeuten keinen Einfluß haben kann. Der regressionsfördernde Effekt des entspannten Liegens wurde schon erwähnt.

Die verbalen Interventionen des Analytikers gehen in drei Schritten vor sich. Sie bestehen in der sogenannten *Konfrontation*, der *Klärung* und der *Deutung*, wobei die beiden erstgenannten die Deutung, also das Bedeutung-Verleihen der erkannten und bisher unbewußten Zusammenhänge, vorbereiten sollen: Der Analytiker konfrontiert den Patienten mit einem bestimmten Inhalt und stellt ihn so sich selbst gegenüber. Wenn Ergänzungen unerlässlich sind, «klärt» er durch Fragen oder eigene Assoziationen. Schließlich stellt er den Bedeutungszusammenhang durch die Interpretation des vorbewußten Verhaltens oder des unbewußten Materials her. Je nach dem, was sich zur Deutung anbietet, handelt es sich um eine inhaltliche oder um eine auf die Übertragung bezogene Deutung.

Entgegen der verbreiteten Laienerwartung (Medien, Filme) spielt das Aufspüren ver-

schütteter Erinnerungsinhalte eine geringere Rolle.

Eine Chance, unbewußte Prozesse sichtbar zu machen, ist die Arbeit mit dem *Traum*. Als «Königsweg zum Unbewußten» (FREUD, 1900) hat der Traum ursprünglich eine herausragende Stellung in der Psychoanalyse, was zahlreiche Therapeuten veranlaßt hat, die Arbeit mit dem isolierten Traum überzubewerten und den Traum nicht in das Übertragungsgeschehen einzubeziehen, ja nicht einmal die Einfälle des Träumers abzuwarten, sondern den isolierten Traum zu «deuten», wobei sie sich am vermeintlichen Symbolgehalt des manifesten Traumes orientieren. Derartiges gehört eher in die Trickkiste des populärpsychologischen «Deutungskünstlers». Mit Einbindung in das analytische Geschehen ist die Arbeit am Traum aber eine wertvolle Quelle für Aufschlüsse über insbesondere lebensgeschichtlich frühe, unter Umständen traumatische Erfahrungen oder Konflikte.

Diejenige Übertragung, die den Patienten im Sinne eines Arbeitsbündnisses aufnahmebereit sein läßt für die analytische Arbeit, ist die sogenannte milde positive Übertragung.

Im günstigen Fall ist der Patient offen für die Interpretationen des Analytikers. Dennoch gibt es in jedem Patienten unbewußte Kräfte, die dem analytischen Prozeß entgegengerichtet sind. Es sind dieselben, die seinerzeit im Sinne einer Kompromißbildung zur Entstehung der Symptome führten, um ein Anwachsen von Angst beim Bewußtwerden innerer Konfliktanteile zu verhindern. In der Zeit der Symptomentstehung setzte das Ich des (späteren) Patienten Abwehrmechanismen ein, um Angst oder Unbehagen zu verringern. In der analytischen Kur tritt deswegen ein *Widerstand* auf, d. h., der Patient sperrt sich unbewußt gegen die Therapie. Das könnte so aussehen, daß ihm «nichts einfällt» oder er pausenlos redet, weil er unbewußt vom eigentlichen Konflikt ablenken möchte. Der Analytiker zeigt ihm, daß ein Widerstand da ist (Widerstandsdeutung), dann zeigt er ihm, in welchen Gestalten dieser Widerstand auftritt, und zuletzt sagt er ihm, was abgewehrt wird.

Der Widerstand wird häufig handelnd zum Ausdruck gebracht. Solches Handeln (zu spät

kommen, mit einem Geschenk kommen o. ä.) nennt man *Agieren*. Das Agieren ist deutbares analytisches Material, ebenso wie das gesprochene Wort. Nimmt das Agieren überhand – FREUD sprach vom *Wiederholen*, das der Bearbeitung im Wege steht –, so kann die analytische Arbeit in Frage gestellt sein. Störungen, bei denen das Agieren stark und anhaltend im Vordergrund steht, d. h. der Patient sehr auf das Aushandeln des Konflikts angewiesen ist (z. B. ein Süchtiger auf das Zuführen seines Suchtmittels), sind nicht durch analytische Arbeit allein zu beheben.

Damit der Patient nicht nur im Zwischenreich zwischen der Krankheit und dem Leben lebt, sondern auch den Übergang ins Alltagsleben nach den Behandlungsstunden vollziehen kann, braucht er die *therapeutische Ich-Spaltung*. Diese ermöglicht ihm, mit dem Analytiker einerseits alle infantilen Wünsche, verzerrten Wahrnehmungen und unbewußten Abkömmlinge zu erleben, andererseits aber auch das Unterstützende und Akzeptierende des Analytikers in der Behandlung zu sehen.

Als «Grundregel für den Analytiker» (RACKER, 1959) gilt, den Einfällen des Patienten mit *gleichschwebender Aufmerksamkeit* zu folgen. In dieser Haltung, die nicht so viel Beliebigkeit birgt, wie es scheinen mag, hält der Analytiker sein eigenes Unbewußtes zur Verfügung und bildet in einer beständigen dialektischen Spannung zu seinem theoretischen Wissen seine Hypothesen über die unbewußten Zusammenhänge. Nach GREENSON (1967) ist «das einzigartige und wichtigste Arbeitsgerät des Psychoanalytikers das Funktionieren seines eigenen Vorbewußten und Unbewußten». Damit ist die emotionale Reaktion des Analytikers auf die Übertragung und auf das Gesamtverhalten des Patienten gemeint, die sogenannten *Gegenübertragung*, als wichtiges diagnostisches Instrument. Um innerhalb der Gegenübertragung die vom Patienten induzierten Gefühlsreaktionen von der eigenen zu unterscheiden, die dem persönlichen Leben des Analytikers entstammen, also eigentlich privat sind, ist eine gute Kenntnis der eigenen Konflikte auf seiten des Analytikers notwendig. Diese kann nur im Rahmen einer sorgfältigen eigenen Psychoanalyse entstehen. Die Selbsterfahrung in der *Lehrana-*

*lyse* ist eine unabdingbare Voraussetzung für psychoanalytisches Therapieren, ja für Psychotherapie überhaupt. Die Selbsterfahrung bringt den Analytiker erst in die Lage, die *Abstinenzforderung* erfüllen zu können. Das heißt, daß der Dialog die einzige oder fast die einzige Kommunikation zwischen den beiden Analysepartnern ist, was bedeutet, daß es zwischen beiden keine andersartige Form von Befriedigung geben kann. Wünsche sollen in der Analyse nicht befriedigt, sondern verstanden und integriert, d. h. in den Entwicklungszusammenhang eingereiht werden.

Alles was dieser Art von Einsicht unmittelbar dient, gilt nach GREENSON (1967) als «analytisch». LUBORSKY (1988) faßt diese therapeutischen Elemente als aufdeckende Behandlungselemente zusammen. Verhalten oder technische Maßnahmen, die der Einsicht nicht direkt dienen, aber spätere Einsicht ermöglichen, nennt Greenson «nicht analytisch». LUBORSKY spricht hier von «supportiven» Therapieelementen und weist darauf hin, daß diese Elemente in der Therapie nie fehlen und Voraussetzung für eine «hilfreiche Beziehung» sind, die in jedem Fall das nützliche und tragfähige Arbeitsbündnis kennzeichnen. Dies deckt sich mit der Überzeugung, auf die später eingegangen wird, daß bestimmte nicht-analytische Therapieelemente bei bestimmten Patienten notwendig sind, um analytisches Arbeiten überhaupt zu ermöglichen. Nicht-analytisch, aber der Analyse nützlich, wäre z. B. die Abreaktion eines Affektes, wonach die Ich-Funktionen zur Einsicht frei werden könnten.

Als «antianalytisch» bezeichnet GREENSON Maßnahmen, die einer Einsicht entgegenlaufen, wie z. B. die Gabe von beruhigenden Medikamenten oder eine verbale Beruhigung durch den Therapeuten.

Bei der Abstinenzregel geht es nicht allein darum, die Wünsche des Patienten nicht zu erfüllen, damit sie dem Verständnis zugeführt werden können, sondern auch die des Therapeuten. Er darf nicht auf Anerkennung oder gar Lob durch den Patienten angewiesen sein. Wenn er durch die Wut des Patienten geängstigt ist, sich durch die Verweigerung enttäuscht oder entwertet fühlt, so muß er dies als Gegenübertragungsreaktion verstehen, die ihn auf keinen Fall handeln läßt. Während der Patient bis zu einem gewissen Grad agieren darf, ist dem Analytiker dies nicht erlaubt, wenn er nicht die Auflösung der Übertragungsneurose unmöglich machen will, weil er hilft, sie real zu etablieren, aus dem «Zwischenreich» in die reale Beziehung zu brin-

gen. Dies und nicht das vielgescholtene, kühl distanzierte «Pokerface» ist der Sinn der Abstinenzregel, die vielleicht am stärksten zu jenem mystifizierten Image der Psychoanalyse beigetragen hat. Die Abstinenzregel besagt auch, daß alles, was der Patient sagt, besprochen wird, daß aber nicht in wertender oder hinterfragender Art und Weise darauf eingegangen wird, es sei denn, das Hinterfragen dient der Konfrontation und Klärung.

Die analytische Therapie im klassischen Setting mit dem Ziel der Etablierung, Durcharbeitung und Auflösung der Übertragungsneurose geht in der Regel über mehrere Jahre in einer Frequenz von drei bis fünf Wochenstunden. Als Krankenbehandlung wird sie in einer Frequenz von drei Stunden pro Woche aufgrund eines Kassenantragsverfahrens nach Genehmigung durch einen Gutachter finanziert. Die Grenze der von einer Krankenversicherung übernommenen Leistungen liegt bei 300 Stunden.

Bei der Beendigung einer Analyse spielt das Behandlungsziel der Entwicklung selbstanalytischer Fähigkeiten eine herausragende Rolle. Wenn sich der Analysand fragt, ob er ohne die Hilfe des Analytikers zurechtkommen wird, stößt er meist selbst darauf, daß er die gemeinsam geübte Art der Klärung und der Konfliktlösung schon seit geraumer Zeit auch allein einsetzen kann. Die *Selbstanalyse* schon im Verlauf der Therapie zu üben, ist dazu wichtige Vorbedingung. Nicht der Analytiker, sondern der Patient bestimmt das Tempo. Die Deutung wird nicht als glänzende Überraschung gegeben (narzißtischer Gewinn des Therapeuten), sondern erst dann, wenn der Patient sie sich fast schon selbst geben könnte. So wächst im Patienten das Gefühl, in der Erforschung seiner unbewußten Konfliktursachen selbst aktiv und erfolgreich zu sein.

### 3.3 Behandlungsindikation

Über den Begriff der *Analysierbarkeit* ist viel diskutiert worden. Einseitig verwendet, als Urteil des Therapeuten über den Patienten, führt er eher in die Orientierungslosigkeit bzw. zum Eindruck des Willkürlichen und trägt zum Vorwurf des Geheimbündlerischen

oder Mystischen bei, welcher der Psychoanalyse immer wieder gemacht wird.

Seit Begründung der Psychoanalyse wurde um die möglichst konkrete Beschreibung des geeigneten Analysepatienten gerungen. Ursprünglich sollten nur Personen in eine Analyse genommen werden, die zur Ausbildung einer Übertragungsneurose fähig waren. Da dies jedoch bei dem einen Analytiker anders sein kann als bei einem anderen, ist es vor allem für einen Nichtpsychotherapeuten, etwa den Hausarzt, an den sich der Patient primär gewandt hat, schwer einzuschätzen, und der Ruf, nur der «Yavis-Patient» sei gefragt (young, attractive, verbal, intelligent, successful), fand weite Verbreitung und stärkte die vorgefaßte Ablehnung der Psychoanalyse.

Nosologische Kriterien, die Symptombdiagnose, die Persönlichkeitsstruktur, die Ich-Reifung, das Niveau der erreichten Objektbeziehung – ob der Beziehungspartner als selbständiger Mensch erlebt werden kann oder ob er bloßes bedürfnisbefriedigendes Objekt geblieben ist – ermöglichen zusammengekommen eine gewisse Vorentscheidung. Demnach ist der «ideale» Patient für eine Psychoanalyse im klassischen Setting ein neurotischer Patient (hysterische Störung, Angst- oder Konversionshysterie, Zwangneurose, neurotische Depression), der bezogen auf seine Ich-Funktionen (d. h. sein Funktionieren in der Außenwelt), seine Objektbeziehungen, seine Fähigkeit zu regredieren, seine Abwehrmechanismen nicht extrem beeinträchtigt ist. Bei zu starker Beeinträchtigung ist zu erwarten, daß die Entbehrungen der Psychoanalyse, das Ausbleiben von Wunscherfüllungen zugunsten von Deutungen, das Liegen und damit der Verzicht auf die optische und die motorische Kontrolle über die Situation den Patienten eher behindern oder zum Agieren zwingen.

Die Notwendigkeit, entsprechend den aufgezählten Indikationskriterien in wenigen Untersuchungsgesprächen die wesentlichen Prädiktoren zu erkennen, stellt den Analytiker vor eine schwierige Aufgabe, vor allem, wenn er eingedenk der Tatsache, daß jede diagnostische Einordnung auch der eigenen Angstabwehr dient, eine allzu frühe Festlegung vermeidet. Er selbst ist dann gefragt mit seiner

Bereitschaft und Fähigkeit, den Analysanden analytisch zu involvieren. «Analysierbarkeit wird immer mehr zu einem interaktionalen Prozeßbegriff, der die Persönlichkeit und das Handeln des Psychoanalytikers genauso umfaßt wie strukturelle und motivationale Voraussetzungen auf Seiten des Patienten» (MERTENS, 1990, S. 186).

Das Untersuchungsgespräch oder *Erstinterview* (s. Kap. III.A) ist immer schon ein Stück Behandlung bzw. sollte dem Patienten eine Vorstellung ermöglichen, was in der Therapie geschieht. Als wichtigster Prädiktor für die Behandlung hat sich nach einer Reihe von Untersuchungen die persönliche Wertschätzung herauskristallisiert, die ein Analytiker einem Patienten gegenüber fühlt, wobei Übertragungs-/Gegenübertragungsparameter ebenso eingehen wie das ganz allgemeine Zusammenpassen von Alter, Geschlecht und Persönlichkeit der beiden Beziehungspartner.

Der «ideale Analytiker» bringt neben einer Beherrschung der Technik, der Fähigkeit, die Abstinenzregel zu respektieren, ohne unpersönlich zu sein, als allgemein wichtige Therapeutenmerkmale ein gutes Einfühlungsvermögen bei einer reifen allgemeinen menschlichen Kompetenz in die Behandlungsbeziehung ein.

Die Psychoanalyse mit ihren Zielvorstellungen, Methoden und Indikationsfragen wurde deshalb so ausführlich dargestellt, weil sie die «Elterndisziplin» (LUBORSKY, 1988) all derjenigen Behandlungsformen ist, die nun besprochen werden sollen. Diese Behandlungsverfahren haben sich alle von der Psychoanalyse aus entwickelt und tragen in ihren Veränderungen bestimmten Patientenmerkmalen Rechnung, sind also mit bestimmten Differentialindikationen entwickelt worden.

#### 4. Von der Psychoanalyse abgeleitete Therapieverfahren

Seit 1967 ist in der Bundesrepublik Deutschland Psychotherapie im Rahmen der kassen-

ärztlichen Versorgung möglich. In den «Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Durchführung der Psychotherapie in der kassenärztlichen Versorgung» in der Neufassung vom 3. Juli 1987 ist von psychoanalytisch begründeten Verfahren die Rede. Diese werden im Verordnungstext unterteilt in «*analytische Psychotherapie*» und in «*tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie*». Eine gewisse nomenklatorische Unklarheit entsteht dadurch, daß vielerorts auch von psychoanalytisch oder kurz analytisch orientierter Psychotherapie die Rede ist, besonders wenn Abwandlungen im Setting (Gruppen- oder Familientherapie) beschrieben werden. Hier werden die Begriffe der «Richtlinienpsychotherapie» verwendet (vgl. Tab. 2).

Analytische Psychotherapie und Psychoanalyse im klassischen Setting (s. Abschn. 3.) sind für viele Autoren identisch mit der Einschränkung, daß die analytische Psychotherapie von den Krankenkassen aus Gründen der Wirtschaftlichkeit bezüglich der Dauer und auch bezüglich der Stundenfrequenz pro Woche von vornherein limitiert wird. Wenn der Patient in der Lage ist, nach Auslaufen der «Kassenfinanzierung» seine Analyse selbst weiterzubezahlen, ist die Gleichsetzung vollständig. Ist diese Möglichkeit nicht gegeben, dann kann die Lösung nur die sein, daß bei der analytischen Psychotherapie am «Gegenwärtigenbewußten» (SANDLER u. SANDLER, 1988) orientiert gearbeitet wird, daß das Ausmaß der therapeutischen Regression begrenzt und die Übertragung nicht so sehr auf die frühen Bezugspersonen zurückgeführt wird. Allerdings ist eine nicht kleine Zahl erfahrener Analytiker der Auffassung, daß hier «Zweiklassenpsychoanalyse» entstanden ist.

Die Richtlinien der Krankenkassen sehen vor, daß analytische und tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie nach Indikationsstellung bei den Krankenkassen beantragt werden. Die über eine Chiffre vom Patientennamen befreiten Anträge werden durch von den Krankenkassen ernannte Gutachter überprüft und in festgelegten Abschnitten genehmigt (FABER u. HAARSTRICK, 1988), ein Verfahren, das der Qualitätssicherung dient.

#### 4.1 Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie

In der Nomenklatur der Krankenkassen ist die «*tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie*» eine Sammelbezeichnung für alle kürzeren Therapieformen der verschiedenen, nach ihren Begründern, wie z. B. FREUD, ADLER, JUNG und SCHULTZ-HENCKE, genannten Schulen (s. Kap. II.A). Gemeinsam ist ihnen die psychodynamische Sichtweise, die Anerkennung der unbewußten Motivationen und der Umgang mit Übertragung und Gegenübertragung, wenn auch teilweise unter anderer Benennung.

Im nachfolgenden wird die Form der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie dargestellt, die unter Psychoanalytikern Freudianischer Ausrichtung und der Gruppe der psychoanalytisch orientierten Psychotherapeuten (Träger der Zusatzbezeichnung «Psychotherapie» nach Weiterbildung an einem Weiterbildungsinstitut) praktiziert wird.

Bei der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie findet der therapeutische Dialog im Gegenübersitzen in einer Frequenz von ein bis zwei Wochenstunden oder auch mit größeren Zeitintervallen statt.

In Tabelle 2 findet sich eine Gegenüberstellung von analytischer Psychotherapie (Psychoanalyse im klassischen Setting im Sinne der Psychotherapierichtlinien) und tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie, die als Einzeltherapie oder in der Gruppe (s. Abschn. 4.3), auch in verkürzter, fokussierter Form (s. Abschn. 4.2) möglich ist. In den beiden Kommentar-Kästen wird deutlich, daß bei der analytischen Psychotherapie neben dem neurotischen Konflikt auch die zugrundeliegende neurotische Struktur behandelt wird,

als Einzeltherapie

auch in Form von:  
Kurztherapie  
Fokaltherapie  
Dynamische Psychotherapie  
Niederfrequente Therapie

Kassenleistung 50–80/  
in Ausnahmefällen 100 Std.

als Gruppentherapie

Kassenleistung 40–60 Dst./  
in Ausnahmefällen 80 Std.

Bei dieser Therapieform soll die unbewußte Dynamik aktuell wirksamer neurotischer Konflikte unter Beachtung von Übertragung, Gegenübertragung und Widerstand behandelt werden.

Angestrebt wird eine Konzentration des therapeutischen Prozesses durch Begrenzung des Behandlungszieles, durch ein vorwiegend konfliktzentriertes Vorgehen und durch Einschränkung regressiver Prozesse.

Tabelle 2: Psychoanalytisch begründete Verfahren nach den Psychotherapierichtlinien, gültig ab 01. Oktober 1987, und den Psychotherapie-Vereinbarungen (RVO- und Ersatzkassen), gültig ab 01. Juli 1988 (modif. n. MERTENS, 1990, S. 209).

Analytische Psychotherapie	tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
als Einzeltherapie	als Einzeltherapie
	auch in Form von: Kurztherapie Fokaltherapie Dynamische Psychotherapie Niederfrequente Therapie
Kassenleistung 160–240/ in Ausnahmefällen 300 Std.	Kassenleistung 50–80/ in Ausnahmefällen 100 Std.
als Gruppentherapie	als Gruppentherapie
Kassenleistung 80–120 Dst./ in Ausnahmefällen 150 Std.	Kassenleistung 40–60 Dst./ in Ausnahmefällen 80 Std.
Bei dieser Therapieform sollen zusammen mit der neurotischen Symptomatik der neurotische Konfliktstoff und die zugrundeliegende neurotische Struktur des Patienten behandelt werden und dabei das therapeutische Geschehen mit Hilfe der Übertragungs-, Gegenübertragungs- und Widerstandsanalyse unter Nutzung regressiver Prozesse in Gang gesetzt und gefördert werden.	Bei dieser Therapieform soll die unbewußte Dynamik aktuell wirksamer neurotischer Konflikte unter Beachtung von Übertragung, Gegenübertragung und Widerstand behandelt werden.
	Angestrebt wird eine Konzentration des therapeutischen Prozesses durch Begrenzung des Behandlungszieles, durch ein vorwiegend konfliktzentriertes Vorgehen und durch Einschränkung regressiver Prozesse.

während sich die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie auf den aktuellen Konflikt konzentriert.

Man kann versuchen herauszuarbeiten, was in der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie alles «nicht geht», weil es sich um eine «rarefizierte Psychoanalyse» handelt. Damit wäre aber der Eigenart der Methode und besonders ihrer großen Notwendigkeit wenig Genüge getan. Nützlicher ist es sicherlich zu beschreiben, was in diesem andersartigen Setting zustande kommt und was denjenigen Patienten, die von einer Psychoanalyse nicht profitieren würden oder die ein so weitreichendes Verfahren nicht brauchen, an Nutzen zuwächst.

LUBORSKY (1988) nennt als Gründe für die Entwicklung der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie Abkürzungsbestrebungen und das Ziel, psychoanalytische Behandlungen finanziell erschwinglich zu machen. Als weiteres Motiv nennt er die Notwendigkeit, die Psychoanalyse solchen Patientengruppen zugänglich zu machen, welche die Belastungen der klassischen Behandlungssituation nicht ertragen könnten.

Die Patienten, die in den letzten Jahren in großer Zahl Behandlung suchen, leiden an Störungen in der Ich- bzw. Selbstentwicklung, an Beziehungsschwierigkeiten vom narzißtischen oder Borderline Typ. Dabei handelt es sich um Krankheitsbilder, die auf Entwicklungsschäden in der frühen Lebenszeit zurückgehen, sogenannten «frühe Störungen», bei denen schwere Krankheitssymptome auf seelischem Sektor oder schwere körperliche Symptome auftreten (vgl. Abschn. 2). Besonders die frühgestörten Patienten mit somatischen Symptomen sind nicht ohne weiteres fähig, ihre seelischen Konflikte in Worten auszudrücken und sind dementsprechend durch die Grundregel überfordert, konnten sie doch schon bei der Entwicklung ihrer Symptome Konflikt- oder Entbehrungssituationen nicht auf der seelischen Ebene halten oder je dahin bringen, sondern reagierten mit Somatisierung und sind befremdet oder gekränkt, wenn sie jetzt einfach zum «Psychisieren» aufgefordert werden.

Bei den frühen Störungsbildern bereitet die durch das psychoanalytische Setting auferleg-

te Entbehrung zu große Angst vor einer Regression in psychotisches Erleben hinein oder vor anderen Formen maligner Regression.

Die Therapie im Gegenübersitzen, also in dem auch sonst üblichen Gesprächsrahmen, läßt den Blickkontakt bestehen und damit den fortlaufenden Rückkoppelungskontakt zum Gegenüber, welches mit Mimik und Gestik die Rede durch permanente Rückmeldung moduliert. Damit entsteht eine unmittelbare Bezogenheit auf den Therapeuten, und der Patient entwickelt eine Übertragung, die stark vom «realen» Therapeuten geprägt wird und nicht von dem auf der Couch phantasierten. Das direkte Aufeinanderbezogenheit knüpft an die Entwicklungsphase der Gesichts-Gesichts-Sozialisation des Patienten an (s. Abschn. 2), ein wichtiges und gerade bei frühgestörten Menschen oft unbefriedigend verlaufenes Entwicklungsstadium. Das Sehen und Gesehen-Werden ist für solche Patienten zur Entwicklung einer tragfähigen Arbeitsbeziehung ein erforderliches supportives Element.

Besonders für diejenigen Patienten, die im Laufe der eigenen Entwicklung selten das Gefühl haben konnten, als wirklich individuelle Person gesehen worden zu sein, ist das Gesehen-Werden und das Sich-Spiegeln im Gesicht des Therapeuten wichtig zum Ausgleich ihres Defektes in der Ich-Entwicklung. Nicht nur die Spiegelung als nützliches Adjuvans, auch die optische Kontrolle des Therapeuten ist wichtig. Der Patient, der mit seinen Ich-Grenzen Schwierigkeiten hat, bei dem es z. B. zu permanenten Diskordanz-Erlebnissen mit der primären Bezugsperson in der frühen Säuglingszeit gekommen ist oder zu einem ständigen Mangel bei der Affektabstimmung (s. o.), kann sich im Gespräch im Gegenübersitzen besser abgrenzen; paranoide Verunsicherungen werden vermieden.

Die Aufforderung zum möglichst spontanen Mitteilen, zum freien Assoziieren, wird in der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie nur zeitweise angewandt. Oft läuft das Gespräch eher im alltäglichen Stil. Die Übertragungsneurose wird berücksichtigt und, sofern faßbar, auch gedeutet; stärker als in der Analyse behalten jedoch auch Nebenübertragungsfiguren ihre Bedeutung, wer-

den nicht unbedingt in das Hier und Jetzt der therapeutischen Situation hereingeholt, so daß im angstmindernden «Dort-Draußen» eine Erfahrung möglich wird, ohne daß jedoch draußen agiert werden sollte.

Neben der Konfrontation und der Klärung behält die Deutung ihren Platz, wobei sie gegenüber der Psychoanalyse ihren Charakter verändert. Da die Übertragung auf den Therapeuten nicht so im Mittelpunkt steht, bekommt die Deutung eher klärenden Charakter.

Neben diesen «analytischen Elementen» (GREENSON, 1967) sind in der psychoanalytisch orientierten Psychotherapie stärker auch nicht analytische, also supportive Elemente vertreten. Schon allein durch die Möglichkeit, aus der Mimik und Gestik des Therapeuten unmittelbare Rückmeldung zu beziehen, entsteht ein starker suggestiver Einfluß, ohne daß aktiv manipuliert oder Ratschläge erteilt werden müssen.

Die Abstinenzregel wird bei strukturell frühgestörten Patienten soweit wie möglich beibehalten; nicht durchgehend kann sie bei Patienten mit Psychosomatosen gewahrt werden. Körpersymptome mit allen begleitenden Beschwerden müssen bei ihnen zunächst im Mittelpunkt stehen können; die Zusammenarbeit mit Ärzten in der traditionellen Arztrolle ist oft notwendig.

Zu Beginn wird ein psychosomatischer Patient eine sein Entwicklungsdefizit ausgleichende Beziehungsform einnehmen müssen, die primär unterstützend, haltend, sein Selbstgefühl sichernd sein muß. Wird die Beziehung belastbarer (reagiert er weniger auf seelische Belastungen mit Verschlimmerung der Körpersymptomatik), so kann vorsichtig konfrontiert werden, in der Art, daß er Gefühle wahrnehmen könnte, die er körperlich auszudrücken pflegt oder die er abgespalten hat.

Ein Fallbeispiel soll einige Behandlungsaspekte zu dieser Frage einer psychoanalytisch orientierten Therapie eines psychosomatischen Patienten zeigen:

Ein 24jähriger Student, der seit vier Jahren an einer Colitis ulcerosa litt, kam auf den Rat seines Internisten in Psychotherapie. Zur Zeit der Erstuntersuchung litt er ständig unter sechs bis acht blutig-schleimigen, teilweise schmerzhaften Durchfällen am Tag,

hatte eine ausgeprägte Akne und sah insgesamt leidend aus, war bleich, leicht untergewichtig. Dennoch war er nach seinen Laborwerten, die ausnahmslos im Normbereich waren, zum Zeitpunkt der Vorstellung körperlich nicht schwerkrank. In seiner Arbeit kam er gut zurecht, hatte gerade sein Vorexamen abgelegt, litt «mäßig» unter dem Gefühl, nur wenig Kontakt zu anderen Menschen zu haben, hielt sich für zurückhaltend und verschlossen, «eigentlich nicht kontaktbedürftig».

Die Colitis war aufgetreten, nachdem er in der letzten Schulklasse eine Mitschülerin aus der Ferne ange schwärmt und nach dem Abitur endlich Mut gefaßt und ihr seine Zuneigung gestanden hatte. Sie reagierte überrascht und freundlich ablehnend. Er schilderte seine Reaktion mit den Worten: «Nach dem Abschied knallte ich den Rückwärtsgang rein und fuhr wie ein Wahnsinniger durch die Stadt.» Wenige Wochen später traten die ersten Durchfälle auf.

Narzißtisch-destruktive Wut, die schnell verschwand, und der «Rückwärtsgang» der Resomatisierung (s. Kap. II.B) waren die beiden verfügbaren Reaktionsweisen des Patienten auf das Kränkungserlebnis.

In der Therapie, anfangs über ein halbes Jahr einmal wöchentlich, später ein halbes Jahr lang zweimal wöchentlich, dann wieder einmal wöchentlich über zwei Jahre, ließen sich drei Abschnitte unterscheiden, die auch durch die beschriebenen unterschiedlichen Behandlungsfrequenzen markiert werden:

Zunächst ging es um eine langsame Annäherung in der Behandlungsbeziehung, in welcher der Patient sehr zurückgezogen blieb, überwiegend über seine Körpersymptome sprach und an Gefühlsäußerungen lediglich verstärkte Aggressionen in Form herablassender Kritik an «flachen» Beiträgen von Lehrern erkennen ließ. Als er auf eine Therapieunterbrechung mit einer Zunahme seiner Durchfälle reagierte und die Therapeutin ihm sagte, daß die Trennung dabei wohl eine Rolle gespielt habe, reagierte er zunächst mit stärkerem Rückzug, dann erinnerte er sich an einen Film, in welchem ein kleiner Junge wegen der Geburt eines jüngeren Geschwisters in ein Kinderheim gekommen und darüber tief traurig und resigniert geworden war. Er habe sich dem Jungen in dem Film sehr nahe gefühlt. Über seine Frage, ob er bei einer solchen Reaktion nicht lieber ohne Therapie weiterleben solle, da er ja möglicherweise von der Therapie abhängig werde, kam er auf sein ihn schon über viele Jahre begleitendes, kaum bewußtes Resignationsgefühl zu sprechen.

Damit begann der zweite Abschnitt, der mit «emotionalem Zugang» betitelt werden könnte. Im Rahmen von intensiveren, zweimal wöchentlich angesetzten Gesprächen konnte er sich an eine Reihe von Erlebnissen aus seiner Kindheit erinnern, in denen es um große Einsamkeit ging, bei einer ständig überlasteten, kränklichen Mutter, die sich trotz der dichten Folge ihrer eigenen Kinder (der Patient ist mittleres von drei in vier Jahren geborenen Kindern) und ihres schwa-

chen Gesundheitszustandes noch laufend soziale Verpflichtungen für Menschen außerhalb der Familie auflud. Nicht nur die Überlastung der Mutter, auch die Position in der Geschwisterreihe verstärkte das Einsamkeitsgefühl: Die ältere Schwester war «Vaters Tochter», der jüngere Bruder der charmante Liebling der Mutter, und er selbst stand als der «Doofe» dazwischen und fühlte sich «übrig und allein». In den teilweise sehr dichten Therapiestunden kam es zu Phantasien großer Nähe, in denen er sehr versunken von seiner Traumfrau, einer idealisierten «Mädchenfrau» sprach, die Züge jener Mitschülerin hatte, aber auch der Mutter nicht unähnlich war, wiewohl er, solange er sich zurückerinnern konnte, die Mutter mit einem Ekelgefühl weggeschoben hatte, wenn sie ihn lieblos wollte. Er entdeckte hinter diesem Panzer der Reaktionsbildung seine Sehnsucht, wurde weich und zugänglich. Mit der Sehnsucht kam die Trauer. Er weinte über die verlorene Kindheit, den einsamen Jungen in jenem Film und darüber, daß der Vater, an den er sich immer wieder bei Konflikten mit der Mutter gewandt hatte, sich stets scheu zurückgezogen hatte. Daneben gab es Zeiten, in denen er nichts von den therapeutischen Deutungen annehmen konnte, die Therapie intellektualisierend entwertete, den Internisten dagegen mit besonderen Fähigkeiten ausstattete, weil er ihm zum deutlich sichtbaren Symptomrückgang verhalf, mit den gut dosierten Medikamenten.

In diesen Zeiten war die Entwertung der Therapie auszuhalten, weil einerseits klar war, daß der Patient die Nebenübertragungsfigur des Internisten und das Agieren über die Krankheit brauchte, um sich vor allzugroßer Abhängigkeit zu schützen, zum anderen wurde der Widerstand, der in der Krankheit ausgedrückt wurde, überdeutlich und manchmal schwer erträglich.

Hier zu stark deutend einzugreifen oder in Zeiten von Symptomverschlimmerung zu stark stützend zu arbeiten, sind bei strukturell gestörten Patienten ständig drohende Gefahren; der Therapeut tut sicherlich gut daran, sich immer wieder zu vergegenwärtigen, wie sehr solche Therapien den Beziehungsmustern der frühen Kindheit entsprechen, hier am ehesten der Wiederannäherungszeit (s. Abschn. 2.2) mit ihrem Oszillieren um Nähewünsche und Autonomieforderungen, an der Grenze zwischen ganzheitlichem Erleben und verbaler Welt.

Die Behandlungsphase der großen emotionalen Dichte und symbiotischen Nähe wurde abgelöst von der letzten Phase, die als «Zeit der größeren Nähe-Di-

stanz-Balance» bezeichnet werden könnte, in welcher der Patient «aus Studiengründen» nur noch einmal pro Woche kam, dies aber über zwei Jahre sehr regelmäßig tat und in dieser Zeit eine erfreuliche Öffnung im Kontakt zu gleichaltrigen Männern und Frauen erlebte.

Er beendete seine Therapie, bevor er aus beruflichen Gründen den Ort wechselte. Dabei wurde deutlich, daß eine unaufgelöste Bindung fortbestand, die er selbst in den Hinweis faßte, daß manche amerikanischen Schauspieler einen «Daueranalytiker» hätten. Er beschrieb sein Lebensgefühl damit, daß er eine «ganze Menge Fenster in die Mauer eingesetzt» habe, hinter der er sich zurückziehen pflegte.

Deutlich wird an diesem Beispiel, wie gut sich das Regressionsniveau und damit die psychotherapeutische Belastung des Patienten über die Frequenz der Therapiestunden steuern ließen. In diesem Fall konnte der Patient selbst mit sicherem Gefühl für das erträgliche Maß an Einsicht sorgen.

Je mehr stützende Maßnahmen erfolgen, desto größer bleibt die Abhängigkeit des Patienten am Ende der Therapie, wobei jedoch zu bedenken ist, daß ein Stück Abhängigkeit von einem Psychotherapeuten akzeptabler ist als eine sich lebensbedrohlich immer mehr verschlimmernde chronische körperliche Krankheit.

#### 4.2 Kurzpsychotherapie – Fokalthherapie

Seit den sechziger Jahren entstanden besonders an Klinik- und Institutsambulanzen mit einer großen Zahl Hilfesuchender Überlegungen, befristete kurze Therapien anzubieten, die aber dennoch die wesentlichen psychoanalytischen Elemente, nämlich die Arbeit an Übertragung und Widerstand, die zur Einsicht in unbewußte Prozesse verhilft, enthalten sollten. Erste Anstöße hierzu stammen von ALEXANDER und FRENCH (s. MEYER et al., 1989).

Von BALINT (s. Kap. III.B) stammt der treffliche Vergleich der seelischen Entwicklung mit dem Bild von stromabwärts (Strom des Lebens) treibenden Holzstämmen. Wenn sich einer der Stämme querlegt (aktueller Konflikt), wird das gesamte Treiben gehemmt. Ein gezieltes Eingreifen an diesem Stamm sollte dann das Gesamte wieder flott machen; damit könne die seelische Entwicklung des betreffenden Patienten störungsfrei fortgesetzt werden, ohne daß das gesamte Material (alle

Strukturanteile der Persönlichkeit) einer langwierigen und aufwendigen Analyse unterzogen werden müsse (KLÜWER, 1970).

MALAN legte 1963 eine in BALINTS «Werkstatt» entwickelte Bestandsaufnahme dieses Behandlungsansatzes vor.

Nach MEYER et al. (1989) sind wichtige Kriterien, die das Herstellen der Kürze des sonst auf lange Bearbeitung angelegten psychoanalytischen Prozesses ermöglichen, die Auswahl der Patienten, die Eingrenzung bzw. Verminderung der Regression und die inhaltliche Begrenzung.

Neben der Limitierung zeichnet sich die psychoanalytische Kurztherapie dadurch aus, daß sie im Gegenübersitzen ein- bis zweimal pro Woche stattfindet und daß die Technik insgesamt direkter ist. In der Richtlinienpsychotherapie wird Kurzzeitpsychotherapie auf maximal 25 Sitzungen begrenzt und kann mit einem knappen Antrag ohne Gutachterverfahren zur Krisenintervention oder als «voraussichtlich ausreichendes Verfahren» oder zur «Klärung der Indikation für eine Langzeitpsychotherapie» beantragt werden. Wesentlich für die inhaltliche Begrenzung ist das Herausarbeiten des Fokus, des Arbeits-«Brennpunktes», der als Therapie-«Objektiv» oder als Therapieleitlinie dient und zwar als einzig gültige. Dies bedeutet, daß Probleme, die außerhalb des Fokus liegen, unbearbeitet bleiben. Der fo-kale Konflikt läßt sich nach MEYER et al. (1989) auf das «Konzept des Wiederholungszwangsgierens in Beziehungen» zurückführen. Im Fokus wird etwas vom zentralen Konflikt des Patienten erfaßt; er durchzieht, wie es LUBORSKY (1988) auch mit dem «zentralen Beziehungskonfliktthema» beschreibt, alle Beziehungsfacetten des Patienten.

Anders als im analytischen Prozeß, bei dem sich das Verstehen langsam im Dialog zwischen Analytiker und Patient entwickelt, wird der im Fokus gebündelte Beziehungskonflikt dem Patienten bei der Fokaltherapie über die laufenden Deutungen, die auf den Fokus zugeschnitten sind, zur Verfügung gestellt. KLÜWER (1971) plädiert allerdings dafür, dem Patienten den ausformulierten Fokus nicht mitzuteilen, «weil die Formel zu leicht durch Rationalisierung oder Mobilisierung anderer

Abwehren als Widerstand benutzt werden kann».

Das Erarbeiten eines Fokus ist ein kreativer Prozeß, der mit dem szenischen Verstehen in der Erstinterviewsituation (s. Kap. III.A) viel gemeinsam hat. Von den vorgebrachten Problemen wird durch die Art der Schilderung, in der sich die Übertragungsbeziehung ausdrückt, und durch die im Analytiker wachgerufenen Gegenübertragungsgefühle ein Brückenschlag zu den Grundproblemen des Patienten möglich. Bei der Fokusformulierung (die, wie gesagt, nicht ausgesprochen wird, sondern dem Therapeuten als Leithypothese dient), handelt es sich im günstigen Fall um eine sehr verdichtete Aussage. «Die wichtigsten symptomatischen Beschwerden, die Übertragungssituation, der aktuelle Lebenskonflikt, die Infantsituation, die abgewehrten Inhalte und die Art der Abwehrmechanik sind gewissermaßen in die Formulierung eingegangen und darin aufgehoben.» Die Fokusformulierung ist ein «mitunter lapidarer Satz, dem nicht anzusehen ist, welche Verdichtung von Sinnzusammenhängen er ausdrückt» (KLÜWER, 1971).

Damit in und mit dieser Verdichtung gearbeitet werden kann, brauchen Therapeuten, die diese Technik anwenden wollen, die Möglichkeit, verdichtetes Material zum besseren Verständnis aufzulösen, gleichsam die zeitweise Verwendung eines Vergrößerungsglases. Dies ist in der Fokalkonferenz gegeben, einer regelmäßigen Zusammenkunft gleichartig arbeitender Kollegen, in denen die Foci fortlaufend diskutiert und die Veränderungen im Therapieverlauf beobachtet werden können.

Die Beendigung der Fokaltherapie beinhaltet das größte Problem der Methode. Damit stellt sie sich immer wieder insgesamt in Frage, wiewohl sie kaum entbehrlich ist. Nach MEYER et al. (1989) ist die Gesamtstundenlimitierung, die in allen bekannten psychoanalytischen Kurztherapien eingesetzt wird, etwas, was dem Prinzip der Psychoanalyse entgegenläuft. «Vor angekündigte Gesamtstundenlimitierung und Psychoanalyse sind ein hölzernes Eisen. Präziser (aber weicher) formuliert: Sie stören sich gegenseitig» (MEYER et al., 1989, S. 59).

So enthalten die Behandlungsberichte von MALAN (1965) eine Menge Hinweise auf Wiederaufnahmen von Behandlungen, diese allerdings wiederum kurz und fokal zentriert. KLÜWER (1971) weist daraufhin, daß die meisten der von seiner Arbeitsgruppe beobachteten Patienten zwar den Wunsch nach Fortsetzung der Behandlung hatten, daß sich dieser jedoch «nicht sichtbar nachteilig» auswirkt, wenn es gelingt, «die durch die Trennung entbundene Aggression» zu bearbeiten, die sonst das Erreichte wieder zerstören könnte. Damit ist zugleich ein Problem eines jeglichen Therapieendes thematisiert.

### 4.3 Gruppentherapie

Allgemein bedeutet Gruppentherapie die Behandlung mehrerer Patienten unter Berücksichtigung der Interaktionen dieser Personen. Daraus geht hervor, daß gemeinsame Unterweisungen, z. B. eine Gruppenübung im autogenen Training oder eine Diätberatung einer Gruppe, nicht als Gruppentherapie angesehen werden können (vgl. KÖNIG u. LINDNER, 1991).

Wie aus Tabelle 2 (Abschn. 4.1) hervorgeht, kann nach den Psychotherapierichtlinien sowohl die analytische Psychotherapie als auch die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie als Einzel- und als Gruppentherapie durchgeführt werden.

Zunächst könnte man meinen, einzig wirtschaftliche Gesichtspunkte hätten zur Entwicklung von Gruppentherapiemethoden geführt; ein Therapeut könne mehrere Personen gleichzeitig behandeln, und so werde Zeit, Geld und Kapazität gespart. Sicherlich ist dies ein Beweggrund, der auch hier zum Tragen kommt, wie bei der Entwicklung der Kurzpsychotherapieverfahren. Dennoch ist bei der Entwicklung von Gruppentherapiemethoden die Erkenntnis hinzugekommen, daß in einer Gruppe andere Prozesse ablaufen als in der Dyade der Einzeltherapie und daß diese andersartigen Phänomene therapeutisch nutzbringend eingesetzt werden können.

«Gruppe» bezieht sich also nicht nur auf das Setting, sondern auch auf die Methode.

Wer je in einer unstrukturierten, d. h. ohne spezielle ordnende Regeln veranstalteten «Großgruppe» (eine Übungsform in Gruppenworkshops mit mehr als 50 Mitgliedern) teilgenommen hat, der hat – vielleicht voller Erstaunen – erlebt, wie rasch so eine Gruppe

regrediert und wie schnell die Regression auch wieder rückläufig ist, wie rasch z. B. «unreife Abwehrmechanismen» wie Projektionen, das Auffinden eines Sündenbocks – auftauchen, um sich greifen und wieder korrigiert werden können, sobald die Teilnehmer wieder vereinzelt da sind.

Wie FREUD (1921) in «Massenpsychologie und Ich-Analyse» beschreibt, finden sich in der «unorganisierten Masse» Phänomene, die dem Seelenleben der Primitiven und der Kinder entsprechen; das unbewußte Fundament trete an die Oberfläche.

Obwohl FREUD sich nicht mit den therapeutischen Implikationen der Gruppe befaßt hat, ist ihm die Tatsache der Begünstigung von Regression also bekannt gewesen. In Kleingruppen ist diese Tendenz sehr viel geringer ausgeprägt, aber die Geschwindigkeit und die Beweglichkeit der Regression ist auch hier ein nutzbares Phänomen. Hinzu kommen eine Reihe sozialanthropologischer Phänomene, etwa die Tatsache, daß Menschen in kleinen Gruppen gleichsam automatisch ein soziales System konstituieren, in welchem sie sich miteinander zu vergleichen, sich zu identifizieren und zu rivalisieren pflegen, so daß sich ein Handlungsspielraum ergibt, der per se als Möglichkeit zum Erkennen unbewußter Prozesse benutzt werden kann, der dem freien Assoziieren in der Einzeltherapie analog ist und im Hier und Jetzt Einsicht über die krankmachende Wirkung dieser unbewußten Prozesse ermöglicht.

Im folgenden soll die *tiefenpsychologisch fundierte Gruppentherapie* dargestellt werden, also die Form der psychoanalytisch begründeten Richtlinienpsychotherapie, die sich dieser gruppenspezifischen Parameter bedient.

Der Vollständigkeit halber seien ein paar Worte zur psychoanalytischen Gruppentherapie oder auch «Gruppenanalyse» gesagt, deren ausführliche Darstellung den Rahmen dieses Beitrages sprengen würde: Bei dieser Behandlungsform, die mit Namen wie BION (1971), ARGELANDER (1972) und FOULKES (1986) verbunden ist, gehen die Begründer und zahlreiche Weiterentwickler von der Vorstellung aus, daß die gesamte Gruppe, geprägt von den ihr innewohnenden Konfliktarten, einer bestimmten Entwicklung unterliegt und die Gruppe insgesamt der Patient ist, dessen Einstellungen, Widerstände, Abwehrmaßnahmen und Konflikte analysiert werden. Die Analyse geht so weit wie möglich in die Tiefe, die gemeinsame

Gruppenregression wird als dynamische Kollektivkonstellation beobachtet. Gemeinsame unbewußte Phantasien sind die Grundlage des Gruppenverhaltens und der Gruppenentwicklung (vgl. FINGER--TRESCHER, 1991).

Die psychoanalytische Gruppentherapie arbeitet wie die psychoanalytische Einzeltherapie mit den Phänomenen Übertragung, Gegenübertragung und Widerstand mit dem Ziel, die den Krankheitssymptomen zugrundeliegenden unbewußten Konflikte bewußt zu machen und die blockierten Entwicklungsbedingungen freizulegen. Bei frühgestörten Patienten kommt als vordringliches Behandlungsziel das Ermöglichen von Ich-Reifungsschritten als Vorbedingung für eine eigentliche psychoanalytische Arbeit hinzu. Hierauf werden wir bei der psychoanalytischen Therapie in der Klinik (Abschn. 4.5) und in dem Abschnitt über die nonverbalen Therapieverfahren (Abschn. 4.6) zurückkommen.

Ein Psychotherapeut, der tiefenpsychologisch fundierte Gruppentherapie als Behandlungsform anbietet, lädt 7 bis 12 (Erfahrungsoptimum 8) Patienten zu einer Gruppe ein. Er führt diese Gruppe entweder bis zu einem gemeinsamen, am Anfang vorherbestimmten Gruppentherapie-Ende (z. B. ein oder zwei Jahre – «geschlossene Therapiegruppe») oder er überläßt dem Patienten bzw. der Entwicklung eines jeden einzelnen im Therapieprozeß die Länge der Verweildauer. In diesem Fall wird ein freiwerdender Platz durch einen neuen Patienten besetzt («halboffene Gruppe»). Die ambulante Gruppe trifft sich ein- bis zweimal wöchentlich (überwiegend einmal) für 90 bis 120 Minuten in der Praxis des Therapeuten oder in einem immer gleichen Gruppentherapieaum einer Institution.

Auf die Zusammensetzung der Gruppe verwendet der Therapeut große Sorgfalt. Am günstigsten ist eine ausgewogene Mischung unterschiedlicher Persönlichkeitsstrukturen, Störungsbilder und Abwehrformationen. Auch sollten Ausdrucksfähigkeit und Verbalisationsvermögen gut gemischt sein, damit nicht eine Gruppe intellektueller Patienten in einer akademischen Diskussion erstarrt oder eine Gruppe verbal wenig gewandter in Sprachlosigkeit versinkt. Insbesondere bei der Aufnahme von psychosomatischen Patienten, die sich häufig aufgrund der Dynamik ihrer Störung für vergleichsweise konfliktfrei halten («eben nur am Magen krank»), ist es wichtig, darauf zu achten, daß genügend andere Patienten mit

psychoneurotischen Störungen oder auch mit Frühstörungen mit seelischer Symptomatik in der Gruppe sind.

Damit taucht die Frage nach der Effektivität homogener Psychotherapiegruppen auf, die im Selbsthilfereich und auch in entsprechend spezialisierten Kliniken eine größere Rolle spielen. Aus der Erfahrung der Autorin ist eine heterogene Psychotherapiegruppe immer vorzuziehen, allerdings erweisen sich auch Gruppen mit Patienten gleicher Symptomatik (z. B. Gruppen von Eßgestörten) hinsichtlich ihrer strukturellen und psychodynamischen Gegebenheiten regelmäßig als sehr gemischt.

Die Verweilzeit in einer halboffenen Gruppe, in der nicht alle Mitglieder gleichzeitig beginnen und beenden, differenziert die Gruppenmitglieder zusätzlich in Gruppenerfahrene und Gruppenunerfahrene und ermöglicht Interaktionen, die den therapeutischen Prozeß fördern. Ein allgemeines Element der Gruppentherapie, das auch für nichtanalytische Gruppen gilt, ist mit dem Problem der Gruppenzusammensetzung angesprochen. Die Gruppenmitglieder lernen aus der gegebenen Rangstruktur. Allgemeine gruppendynamische Prozesse fördern oder hindern das Gruppenziel.

Der Therapeut legt neben der Gruppenzusammensetzung und dem räumlich-zeitlichen Ablauf auch die Interaktionsregeln fest, beispielsweise die Vereinbarung der Verschwiegenheit nach außen, eine in ihrer Strenge ideale Forderung, die es den Gruppenmitgliedern erleichtern soll, sich zu öffnen, die Aufforderung und zugleich die Erlaubnis, sich so frei wie möglich zu äußern, angelehnt an die Grundregel in der Einzelanalyse.

Wie in der Einzeltherapie bleibt der Therapeut selbst abstinent, er gibt nichts Persönliches preis und enthält sich auch persönlicher Stellungnahmen, ohne sich dabei jedoch hinter einer unpersönlichen Maske zu verbergen. Er beobachtet den Umgang der Patienten miteinander und stellt seine Beobachtungen und deren Erklärung der Gruppe zu einer Zeit zur Verfügung, in der er die Gruppenmitglieder für aufnahmebereit hält. Er strukturiert das Geschehen möglichst wenig und schafft gerade dadurch die Gelegenheit, daß die Patienten frei miteinander in Beziehung treten können und so gemäß ihrer mitgebrachten Konflikte Altes reinszenieren sowie miteinander und mit dem Therapeuten sichtbar werden lassen, was die Krankheitssymptome hervorgebracht hat.

In der Gruppe lassen sich jeweils deutlicher als in der Einzeltherapie Übertragungsbeziehungen und reale Beziehungen im Hier und Jetzt unterscheiden. Die Patienten übertragen einmal alte Erfahrungen auf andere Gruppenmitglieder oder auf den oder die Therapeuten (häufig werden Gruppen von zwei Therapeuten geleitet, bevorzugt unterschiedlichen Geschlechts, womit die Elternübertragung schon vorprogrammiert ist). So finden auf verschiedenen Ebenen und zu verschiedenen Personen Übertragungen statt, die den wichtigen Beziehungserfahrungen der ersten Lebensjahre entsprechen. Dem Therapeuten steht zur Übertragungsdeutung, d. h. also zur Korrektur jener Verkennung bzw. jenem Irrtum in Zeit und Person, in der Gruppe der Vergleich mit dem realen Verhalten einer Person in der Gruppe zur Verfügung, wodurch die Bedeutung des Irrtums plastischer und plausibler werden kann. Nicht nur einheitliche Personen des frühen Erlebens werden übertragen und somit aus dem verinnerlichten Zustand externalisiert und dadurch sichtbar gemacht, sondern auch Teile der Persönlichkeitsstruktur werden in andere Gruppenmitglieder hineinverlegt und so verdeutlicht erlebbar. So kann z. B. ein Mitpatient die Funktion des eigenen überstrengen Gewissens zugeschrieben bekommen oder ein anderer zum Repräsentanten abgewehrter Triebwünsche werden, wie dies bei eßgestörten Patienten oft geschieht. Aber auch die ganze Gruppe kann zu einer Übertragung herangezogen werden, oft im Sinne einer Mutterübertragung, z. B. wenn ein Patient von der Gruppe überwiegend mütterlich getragen und versorgt werden will oder wenn jeder einzelne Patienten auf eine tragende und nährenden idealisierte Gruppe hofft.

Die Klärung der verschiedenen Beziehungsparameter ist das eigentliche heilende Agens, wie dies auch in der Einzeltherapie der Fall ist. Einsicht in die erlebbar gewordenen Konflikteile und daneben in der Gruppe besonders auch das Ausprobieren neuer Beziehungsmöglichkeiten, die dann aus der Gruppe heraus ins alltägliche Leben hineingenommen und erprobt werden können, haben einen günstigen Einfluß auf Krankheitssymptome oder erübrigen neurotische Verhaltensweisen. Je nach Deutungsschwerpunkt kann

es zeitweise zu einer Einzeltherapie in der Gruppe kommen, wobei die allgemeinen gruppodynamischen Faktoren (s. o.) bewirken, daß die übrigen Gruppenmitglieder in den Behandlungsprozeß einbezogen bleiben. Technisch ist es wichtig, über Sub- und Gesamtgruppenebenen die Gruppenebene immer wieder zu betonen, um eine Einzeltherapie in der Gruppe nicht als Hauptbehandlungsform zu etablieren und wertvolle Beziehungsmodalitäten in der Gruppe nicht zu nutzen.

Bei psychosomatischen Patienten kann aufgrund ihrer Struktur die Neigung zu symbiosenaher Objektbeziehung groß sein; in solchen Fällen besteht eine große Empfindlichkeit gegenüber Trennungs- bzw. Objektverlustelebnissen, wobei die auftretenden Ängste nicht so sehr affektiv, sondern eher somatisch erlebbar sind bei insgesamt erschwelter Fähigkeit, Gefühle auf seelischem Niveau zu erleben. Das macht den Abschied von Gruppenmitgliedern oder auch den Urlaub des Therapeuten zum Prüfstein. Besonders schwierig gestaltet sich das Therapieende bei psychosomatischen Patienten, die zu Rückfall in Körpersymptome neigen. Dies muß unter Umständen eine Weile in Kauf genommen werden oder in einer anschließenden, dann sicher kürzeren Einzeltherapie, bearbeitet werden, weil der Zusammenhang zwischen Trennungs- bzw. Verlustelebnissen und psychosomatischen Symptomen erst einmal deutlich sichtbar werden muß.

An dieser Stelle sei auf die differenzierten Gruppenmodelle hingewiesen, die von HEIGL-EVERS und HEIGL (1973, 1977) entwickelt wurden und unter dem Oberbegriff «Göttinger Modell» in die Literatur eingegangen sind. Das Göttinger Modell stellt für verschiedene Krankheitsbilder verschiedene Gruppenverfahren zur Verfügung. Per Konzept werden, zugeschnitten auf bestimmte Patienten, die Verhaltensweisen des Gruppentherapeuten variiert. Das Modell unterscheidet zusätzlich zur *analytischen* und der *tiefenpsychologisch fundierten Gruppentherapie*, wie sie gerade beschrieben wurde, die *psychoanalytisch interaktionelle Gruppentherapie*. Wie auch bei anderen Autoren zeigt der Therapeut im Göttinger Modell in der analyti-

schen Gruppentherapie das am stärksten regressionsfördernde Verhalten, so daß sich Grundkonflikte interpersonell darstellen können. Es entwickelt sich eine Dynamik, die der Einzelanalyse vergleichbar ist. Die tiefenpsychologisch fundierte Gruppentherapie fördert die Gruppenregression weniger stark und hat als Zielgruppe Patienten, die, wie oben geschildert, durch eine tiefe Regression zu stark belastet würden. In der psychoanalytisch-interaktionellen Gruppentherapieform wird auf das Ansprechen unbewußter Konflikte primär verzichtet unter der Annahme, daß der Patient, der schon durch die bewußten Konflikte sehr belastet ist, durch die unbewußte Konfliktebene überfordert würde. Dafür bringt sich der Therapeut als Beziehungspartner direkt ein, durch das «Prinzip Antwort», und ermöglicht dem Patienten eine korrigierende Beziehungserfahrung. Diagnostisch spielt der unbewußte Konflikt bei allen drei Therapieformen eine wesentliche Rolle (die beiden erstgeschilderten Therapieformen sind identisch mit den im hier vorangegangenen Text geschilderten Gruppentherapiemethoden), und das Ziel der Gruppentherapie nach dem Göttinger Modell ist unter Umständen eine Kombination der drei Gruppenverfahren dergestalt, daß einer psychoanalytisch-interaktionellen Gruppe eine tiefenpsychologisch fundierte oder psychoanalytische folgt und dann, zeitlich verzögert, unbewußte Konfliktanteile bearbeitet werden (KÖNIG u. LINDNER, 1991).

Das *Therapieende in einer Gruppentherapie* ist, wie das Therapieende ganz allgemein, ein wichtiger Behandlungsabschnitt.

Das Ende einer Therapie konfrontiert den betreffenden Patienten nicht nur mit dem aktuellen Abschied, sondern Trennungs- und Verlusterlebnisse aus früheren Lebensphasen werden wiederbelebt. Wie in anderen Therapieformen muß in der Abschlußphase mit erneuter verstärkter Regression, mit Wiederaufleben von Symptomen gerechnet werden. Auch spezifische mit Verlustängsten und Trauer befaßte Übertragungsformen tauchen wieder auf. Dazu sollte jeder Patient und die Gesamtgruppe genügend Zeit haben. Das Therapieende muß also lange genug bekannt und unabgewehrt präsent sein. Es ist Aufgabe

des Therapeuten, es präsent zu halten. Daß jeder Abschied zugleich Aufbruch zu neuen Ufern ist, tröstet auch die zurückbleibende Gruppe und ist nicht nur eine Leitlinie für den scheidenden Patienten.

Der Gedanke an das Therapieende oder auch ein plötzliches Beenden mitten in einer laufenden Therapie sind Ausdruck eines Widerstandes, den es sorgfältig zu analysieren gilt. Ebenso können aber sowohl Gruppe als auch Therapeut einem Beendigungswunsch per Widerstand begegnen, weil sie nicht auf das gewohnte Gruppenmitglied verzichten zu können glauben. Hier sind besondere Selbstreflexionsfähigkeiten des Gruppentherapeuten gefragt, der von sich wissen sollte, ob er eher dazu neigt, seine «Kinder» zu früh in die weite Welt zu schicken oder sie zu lange im Nest zu halten.

Abschließend soll die *Differentialindikation Einzel- und Gruppentherapie* betrachtet werden, die Frage, wann nach diagnostischen Kontakten eine Einzel- und wann eine Gruppentherapie zu empfehlen ist.

Wie geschildert, bietet die Gruppe eine in mehrfacher Hinsicht günstige Multiplikationsmöglichkeit, das reichhaltigere Übertragungsangebot und die Möglichkeiten, Erkenntnisse im differenzierten sozialen Umfeld der Gruppe zu üben, sowie die Möglichkeit, sich an regressive Bewegungen anderer Gruppenmitglieder anzuschließen und eine therapeutische Regression so zu beschleunigen. Dieser regressive Prozeß ist allerdings vom Therapeuten weniger zu dosieren und zu kontrollieren als in der Einzeltherapie. Daraus leitet sich ab, daß Patienten, denen eine tiefe Regression nicht förderlich ist (z. B. Borderline-Patienten mit ausgeprägten paranoiden Tendenzen oder Patienten mit starker Körperreaktion), eher in Einzeltherapie behandelt werden sollten. Oftmals ist eine anfängliche Einzeltherapie in eine spätere Gruppenteilnahme zu überführen. Besonders kränkbar Patienten, gleich welcher Genese die Kränkbarkeit ist, wird man eher eine Einzeltherapie empfehlen, weil hier der Therapeut allein die Dosierung der Konfrontation mit den Konflikten steuert und die multiplikatorischen Funktionen der Gruppe eher bedrohlich als förderlich wirken würden.

Zusammenfassend lassen sich nach FINGER-TRESCHER (1991) als wirksame Faktoren einer Gruppentherapie (analytisch oder tiefenpsychologisch fundiert) und damit auch als Indikationsleitlinien folgende Gesichtspunkte festhalten: Während die biographische Rekonstruktion als Einsichtsquelle für das einzelne Gruppenmitglied eine geringere Rolle spielt als in der Einzeltherapie, sind die vielfältigen Übertragungsmöglichkeiten (des einzelnen auf den Therapeuten, der Gruppe als Ganzes auf den Therapeuten, der Gruppenmitglieder untereinander und des einzelnen auf die Gruppe als Ganzes) eine große Chance, unmittelbar über die oft szenisch erfassbare Wiederholung im Hier und Jetzt Einsicht zu gewinnen und wichtige emotional korrigierende Erfahrungen zu machen.

#### 4.4 Familientherapie

Eine Gruppe, die sowohl in der Einzel- als auch in der Gruppentherapie «vorkommt» und die als therapeutisches Material reichlich Beachtung findet, hat erst in den siebziger Jahren als Einheit, als eigenständiges Objekt der Therapie, Eingang in die Psychotherapie gefunden, nämlich die Familie.

FREUD (1912) sprach in «Ratschläge für den Arzt bei der psychoanalytischen Behandlung» von der «unvermeidlichen Gegnerschaft der Angehörigen gegen die psychoanalytische Behandlung» und schloß sie aus der Mitbehandlung aus. Lediglich als die bedeutenden Objekte der Individualentwicklung, als Material der Psychoanalyse und Motoren der meisten Übertragungsphänomene hatten die Familienmitglieder Bedeutung.

Das populäre Buch «Patient Familie» von RICHTER erschien 1970.

Die ihr zukommende eigene Beachtung fand die *Familiendynamik* zuerst unter amerikanischen Schizophrenieforschern (BOSZORMENYI-NAGY u. FRAMO, 1975).

Zwei Richtungen differenzierten sich im Bereich Familiendynamik mit nach neueren Erkenntnissen einander eher ergänzenden als widersprechenden Sichtweisen. Die «Systemiker» (s. auch Kap. III.D), die wie WATZLAWICK et al. (1967) und SELVINI PALAZZOLI (1974) großes Gewicht auf die Interaktion im Hier und Jetzt legten – die Person und ihre Geschichte geriet dabei eine Zeitlang in den Hintergrund (MASSING, 1990) –, und die mehr *psychoanalytisch orientierten Familienforscher*, wie RICHTER (1970), der frühe STIERLIN (1975) sowie WILLI (1975) (vgl. WIRSCHING, 1987). Zusätzlich hat sich vor allem in

den USA die sogenannte «strukturelle Familientherapie» (MINUCHIN et al., 1983) von den beiden anderen unterschieden, die besonders bei der Arbeit mit anorektischen und asthmatischen Patienten erfolgreich ist.

Grundsätzliches verbindet die verschiedenen familientherapeutischen Richtungen. Sie versuchen alle, die ganze Familie eines Symptomträgers zu erfassen. Nicht mehr der manifest Kranke, sondern die ganze Familie ist der Patient. Im Geflecht der Beziehungen wird die Krankheit auf ihren Sinn hin untersucht. Dabei zeigt sich oft, daß der Symptomträger das relativ gesündeste Mitglied des Systems ist, weil er durch die Krankheit sensibilisiert und an Veränderungen am stärksten interessiert ist; auch stellt sich die Frage, ob schon die Symptombildung einen Schritt hin zur Veränderung ist. Jede Veränderung eines Familienmitgliedes hat eine Veränderung aller zur Folge; das ganze Gefüge gerät in Bewegung. Dies hat sowohl Systemtheoretiker als auch psychoanalytisch orientierte Therapeuten immer wieder zu integrativen Annäherungen veranlaßt, zur Bemühung, unbewußte Konflikte vor dem Hintergrund der Familie als System zu sehen.

STIERLIN (1975) arbeitete wesentliche Aspekte heraus: Unter dem Stichwort «bezogene Individuation» betont er, daß die Beobachtung der Selbstdifferenzierung nur unter Berücksichtigung von Elementen der Integration sinnvoll ist. Die Pole Fusion (Verschmelzung mit der Familie) und Isolation (beziehungsloses Nebeneinander-Her) bilden die Extreme der Skala. Die Interaktionsmodi von Bindung und Ausstoßung beinhalten einen ähnlichen Gesichtspunkt, jedoch mit dem Unterschied, daß die Kräfte beschrieben werden, die von den Eltern ausgehen. Im Modus der Delegation finden bindende und ausstoßende Beziehungsaspekte oft ihren Ausdruck. Eltern sind unbewußt die Auftraggeber, die die Kinder unter Umständen zu lebenslanger Loyalität verpflichten. Dies kann allgemein, im kulturtragenden Sinn als generationsübergreifendes Phänomen angesehen werden, hat jedoch krankmachende Auswirkung, wenn es sich um überfordernde oder ausbeuterische Aufträge handelt, die z. B. die persönliche Fähigkeit des Kindes übersteigen oder der altersentsprechenden Entwicklung keinen Spielraum lassen. Unter dem Stichwort *Mehrgenerationenperspektive* von Schuld und Verdienst behandelt STIERLIN die von BOSZORMENYI-NAGY und FRAMO (1975) eingeführten Vorschläge: ausstehende Konten und unbeglichene Rechnungen innerhalb der Familie offenzulegen, woraus sich wiederum ein Zugang zu verdeckten De-

legationen, krankmachenden Bindungs- und Ausstoßungsmodi oder Besonderheiten auf der Fusions-Isolationsskala ergeben. Im STIERLIN'schen Sinne wäre die Beschreibung einer Familienkonstellation mit einem psychosomatisch erkrankten Familienmitglied etwa folgende: Die Mitglieder dieser Familie sind stark fusioniert, überstark gebunden und massiv delegierend.

Der Familientherapeut stellt sich auf alle Familienmitglieder ein («Allparteilichkeit» nach BOSZORMENYI-NAGY u. FRAMO, 1975). Dies ist besonders in Therapien von Mehrgenerationenfamilien (vgl. BUCHHOLZ, 1990) wichtig, in denen die noch vorhandenen Großeltern einbezogen werden. Auch ausgestoßene Mitglieder bekommen vom teilnehmenden Beobachter eine paritätische Chance – dies hat oft eine erstaunliche Auswirkung auf eine erstarrte Familiendynamik. Die therapeutischen Verabredungen in der Familientherapie müssen pragmatisch nach den jeweiligen Gegebenheiten ausgerichtet werden. Meist bemühen sich der Therapeut oder die Therapeuten (häufig arbeitet ein Familientherapeut mit einem Co-Therapeuten zusammen) um ein möglichst vollzähliges Erscheinen aller – zumindest der zusammenlebenden – Familienmitglieder, um sich ein Bild von der Art der Interaktion und damit von Widerstand und Übertragungsmöglichkeiten zu machen. Anschließend wird entweder die Arbeit mit der ganzen Familie geplant oder mit wechselnder Zusammensetzung fortgesetzt. Die Bereitschaft der einzelnen Mitglieder zur Zusammenarbeit läßt bereits viel über die Dynamik erkennen.

Wichtig ist, daß die Familientherapie, soll sie zustandekommen, von den Hausärzten oder von den direkten Kontaktpersonen in der Klinik mitgetragen wird.

Familien rechnen oft in einer Familientherapie mit Schuldzuweisungen und setzen infolgedessen dieser «Abrechnung» massive Widerstände entgegen. Daher ist es wichtig, um eine vertrauensvolle Atmosphäre herzustellen, zunächst die stabilisierenden Anteile der Familiendynamik in den Vordergrund zu rücken und die verschiedenen Positionen in ihrem Sinnzusammenhang verstehend zu beschreiben. Dies darf nicht zu einer beschwichtigenden Kumpanei geraten – der Therapeut muß sich gemäß seiner Gegenübertragung

ständig fragen, ob er die häufig vorhandenen harmonisierenden Familienabwehrmechanismen mitmacht oder ob er wirklich zunächst einmal bewirken möchte, daß sich die Mitglieder in ihrer Haltung verstanden fühlen und verstehen können.

Die spezifische Dynamik, die man nach der Diagnostik als Symptomauslöser oder symptomunterhaltendes Agens zu erkennen glaubt, sollte nicht zu früh, auf keinen Fall im Untersuchungsgespräch gedeutet werden. Wie bei allen Deutungen, so ist es auch hier wichtig, der Familie die Möglichkeit zu überlassen, das Tempo zur Veränderung selbst zu bestimmen. Dazu sind unter Umständen längere Sitzungsintervalle hilfreich, da man so die Möglichkeit hat, vielleicht sogar über die der systemischen Therapie entlehnte, oft paradox wirkende Empfehlung, vorerst nichts zu verändern, die Aktivität der Familie zu überlassen. Damit so ein Schritt nicht zum manipulativen Trick gerät, ist ebenfalls hier die genaue Beobachtung der Gegenübertragung notwendig.

Obwohl die analytisch orientierte Familientherapie ein hohes Maß an Integrationsfähigkeit, vor allem auch zwischen Familientherapeut und Hausarzt bzw. betreuenden Personen der «ersten Reihe» (Klinikärzten, Pflegepersonen, Sozialarbeiter o. ä.) verlangt und eine besonders gründliche Selbsterfahrung des Therapeuten voraussetzt, ist sie aus dem therapeutischen Repertoire besonders bei psychosomatischen Patienten nicht mehr wegzudenken.

#### 4.5 Psychoanalytisch orientierte Therapie in der Klinik

Auf eine ganze Reihe von Behandlungsformen könnte die Bezeichnung «stationäre Psychotherapie» zutreffen. Hier geht es um die psychoanalytisch orientierte stationäre Psychotherapie in ihrer sogenannten integrativen Form, wie sie sich in den letzten drei Jahrzehnten speziell in der Bundesrepublik Deutschland als eine eigenständige Therapieform entwickelt hat. Diejenigen stationären Psychotherapieformen, die sich anderer psychotherapeutischer Methoden bedienen, wie

der Verhaltenstherapie, der Gesprächspsychotherapie oder einer Kombination aus verschiedenen Psychotherapieformen, haben eine andere Struktur. Die Krankenhausstation ist dort eher der Ort, wo diese Therapie stattfindet, als das Feld, das zur Therapie notwendig ist. Nur bei der analytisch orientierten stationären Psychotherapie ist die Station, das stationäre Setting, selbst ein therapeutisches Agens mit eigener therapeutischer Bedeutung.

Als habe er die Entwicklung dieses Behandlungsinstrumentes vorausgesehen, schreibt FREUD 1919 in seiner Arbeit: «Wege der psychoanalytischen Therapie»: «Irgendeinmal wird das Gewissen der Gesellschaft erwachen und sie mahnen, daß der Arme ein ebensolches Anrecht auf seelische Hilfeleistung hat wie bereits jetzt auf lebensrettende chirurgische. Und daß die Neurosen die Volksgesundheit nicht minder bedrohen als die Tuberkulose und ebensowenig wie diese der ohnmächtigen Fürsorge des einzelnen aus dem Volke überlassen werden können. Dann werden also Anstalten oder Ordinationsinstitute errichtet werden, an denen psychoanalytisch ausgebildete Ärzte angestellt sind. ... Diese Behandlungen werden unentgeltlich sein. Es mag lange dauern, bis der Staat diese Pflichten als dringend empfindet. ... Dann wird sich für uns die Aufgabe ergeben, unsere Technik den neuen Bedingungen anzupassen. ... Wir werden wahrscheinlich die Erfahrung machen, daß der Arme noch weniger zum Verzicht auf seine Neurose bereit ist als der Reiche, weil das schwere Leben, das auf ihn wartet, ihn nicht lockt und das Kranksein ihm einen Anspruch auf mehr soziale Hilfe bedeutet. ... Wir werden auch sehr wahrscheinlich genötigt sein, in der Massenwendung unserer Therapie das reine Gold der Analyse reichlich mit dem Kupfer der direkten Suggestion zu legieren, und auch die hypnotische Beeinflussung könnte dort wie bei der Behandlung der Kriegsneurotiker wieder eine Stelle finden. Aber wie immer sich auch diese Psychotherapie fürs Volk gestalten, aus welchen Elementen sie sich zusammensetzen mag, ihre wirksamsten und wichtigsten Bestandteile werden gewiß die bleiben, die von der strengen, der tendenzlosen Psychoanalyse entlehnt worden sind» (S. 181).

1927 eröffnete der Berliner Psychoanalytiker SIMMEL im Schloß Tegel in Berlin eine erste psychoanalytische Klinik (BECKER u. SENF, 1988). SIMMELS Ideen zur Struktur, Behandlungstechnik, Indikation und zu den Grenzen stationärer psychoanalytischer Psychotherapie sind bis heute aktuell. In einem Rundschreiben an die Kollegen kündigte er seine Kliniköffnung an, um «die psychoanalytische Methode FREUDS, die bisher nur dem ausgehenden, die ärztliche Sprechstunde aufsuchenden (ambulanten) Neurotiker erreichbar war, weitgehend in den Dienst klinisch kranker Menschen zu stellen». Die Klinik

wurde 1931 Opfer der Weltwirtschaftskrise. SIMMEL selbst mußte im Dritten Reich nach Amerika emigrieren (vgl. SCHULTZ-VENRATH, 1992).

Nach dem Krieg entstand eine Reihe von stationären psychotherapeutischen Einrichtungen in Berlin, Hamburg, Tiefenbrunn bei Göttingen, Umkirch bei Freiburg, Lübeck und Heidelberg, um nur einige zu nennen, die sich mit Namen wie SCHWIDDER, JORES, CURTIUS und MITSCHERLICH verbinden.

Nach SCHEPANK und TRESS (1988) ruht die stationäre Psychotherapie in unserem Land auf zwei Säulen:

1. Auf der Anerkennung der Neurose als Krankheit im Sinne der RVO (1967), was nicht zuletzt den Arbeiten von DÜHRSSSEN (1967) zu verdanken ist. (Es hatte also fast fünfzig Jahre gedauert, bis die eingangs zitierte Überlegung von FREUD gesellschaftlich Resonanz fand, dann aber nachhaltig.)
2. Auf der Bereitschaft, den Wohlstand des Landes einer Behandlungsform zugute kommen zu lassen, bei der es zwar indirekt auch um Heilung von Symptomen geht, direkt aber mehr um bessere Kontakt- und Beziehungsfähigkeit und größere Autonomie.

Stationäre Psychotherapie konnte nur in einem wohlhabenden, sozialen, freiheitlichen und demokratischen Land gedeihen.

In der Bundesrepublik Deutschland gab es 1990 neuntausend Psychotherapiebetten, mehr als in der gesamten übrigen Welt zusammen (NEUN, 1990).

In den Neugründungen nach dem Kriege war das ambulante psychoanalytische Setting anfangs Richtschnur; die Patienten wurden in der Klinik versorgt und hatten ihre Therapie-Sitzung unabhängig vom sonstigen klinischen Alltag. JANSSEN (1987) nennt diese Therapieform «Hotel-Psychotherapie».

Die Weiterentwicklung der Gruppenpsychotherapie und Impulse aus der sogenannten therapeutischen Gemeinschaft, einer besonderen Struktur der Krankenhausstation, die in England entstanden war, sowie die allmähliche Entwicklung der psychoanalytischen Objektbeziehungstheorie ergaben Veränderungen. Mit Rückgriff auf das Klinikkonzept von Simmel setzte sich die Überzeugung durch, daß die übrigen 23 Stunden des Kliniktages ebenso therapeutisch nutzbar seien wie die Therapiestunde und die anderen zwischenmenschlichen Beziehungen ebenso wichtig wie die Beziehung des Patienten zum Therapeuten.

Intensiv wurde nach Behandlungsmöglichkeiten gesucht für Patienten, die aufgrund ihrer Störung schlecht in der Lage waren, ein ambulantes Arbeitsbündnis einzuhalten, die ihre seelischen Konflikte kaum auf seelischem Ni-

veau ausdrücken konnten, sondern mit Körpersymptomen reagierten oder zusätzlich zu den seelischen Konflikten in eine Vielzahl von problematischen Interaktionsweisen verstrickt waren. Dies sind einmal psychosomatische Patienten mit unzureichender Introspektions-, Kommunikations- und Verbalisierungsfähigkeit, meist auch wenig fähig, mit inneren Bedürfnissen und Gefühlen in Kontakt zu kommen. Solche Patienten können ihre Konflikte somatisieren, ohne sie als solche überhaupt zu bemerken. Zum anderen sind es die schweren Charakterpathologien, narzißtische Störungen und Borderline-Persönlichkeitsstörungen, die neben den neurotischen Symptomen ihre Konflikte durch Handeln in die Außenwelt abführen. Die Ich-Struktur und die Struktur des Über-Ichs dieser Patienten sind so schwach, daß die neurotischen Symptome nicht ausreichen, um die Konfliktdynamik zu binden. Nach KERNBERG (1976) ist die Ursache der pathologischen Beziehungsstrukturen dieser Patienten das Fortbestehen von unintegrierten Selbst- und Objektbildern, die durch krankhafte Verhaltensweisen immer wieder in der Außenwelt bestätigt werden müssen. Dies geschieht durch die Abwehrmechanismen, die im wesentlichen in Spaltung, Projektion, Idealisierung und Entwertung bestehen. Für diese strukturell ich-gestörten (auch «ich-schwachen») Patienten entstand in der stationären psychoanalytisch orientierten Psychotherapie eine spezielle Behandlungsmöglichkeit.

Grundgedanke dieses Behandlungsansatzes ist, daß der Patient seine Störung in einem nach außen geschützten Raum in Gegenwart der Mitpatienten und Therapeuten ausbreiten und in neuen sozialen Erfahrungen teilweise oder vollständig korrigieren kann. Die Dynamik, die den Krankheitssymptomen zugrunde liegt, geht unmittelbar in die zwischenmenschlichen Beziehungen ein und kann direkt erlebt werden, indem die Objektbeziehungen analysiert werden.

Aus dieser Grundidee heraus entwickelte sich zunächst das sogenannten *bipolare Behandlungskonzept*. Dabei gingen die Begründer (ENKE, 1965) von der Vorstellung aus, daß der eine Behandlungspol vom erkenntnisfördernden analytischen Psychotherapeuten gebildet wird, in der Regel über eine analytisch

orientierte Gruppentherapie, und der andere im sozialen Lernen besteht, das besonders durch das Team der Pflegekräfte vertreten wird und im sogenannten Realitätsraum des täglichen Umgangs auf der Station stattfindet. Daß es sich hierbei nicht um divergierende Pole, sondern um ständig zu integrierende Inhalte handelt, auch darstellbar als die beiden Brennpunkte einer Ellipse, wird von ENKE (1994) nach der Beobachtung der dreißigjährigen Entwicklung der stationären Psychotherapie neuerlich verdeutlicht.

Während bei der «Hotel-Psychotherapie» der Anfangszeit nach Gründung der Kliniken die beiden Felder der Therapie und der Versorgung noch gänzlich getrennt waren, kaum daß sie voneinander wußten, traten im bipolaren Konzept beide Bereiche zueinander in Beziehung, ohne sich aber zu durchdringen. Bei strikter Einhaltung der Bipolarität konnte zwar der psychoanalytische Therapeut auf Material aus dem Realitätsraum zurückgreifen, soweit es ihm von dem Patienten zur Verfügung gestellt wurde; die Schwestern und Pfleger sowie der Stationsarzt mußten die Patienten jedoch stets auf die «eigentliche» therapeutische Arbeit verweisen und hatten somit lediglich pädagogische und supportive Aufgaben. Die Diskussion darüber, welchem Patiententyp ein solches bipolares Behandlungskonzept eher gerecht wird, ob damit zu starken, sogenannten malignen Regressionsbewegungen frühgestörter Patienten vorgebeugt werden kann, wurde von zahlreichen Autoren geführt. Sie findet sich zusammengefaßt bei JANSSEN (1987) und bei BECKER und SENF (1988). Dabei spielt die Größe der Klinik eine nicht unwesentliche Rolle, aber auch die überwiegende seelische Struktur der aufgenommenen Patienten. In großen Kliniken und bei starker Häufung frühgestörter Patienten ist eine Trennung von Therapie- und Realraum wahrscheinlich günstig. In kleineren oder kleinen psychotherapeutischen stationären Behandlungseinheiten hat sich in den letzten fünfzehn Jahren das sogenannte *integrative Behandlungskonzept* etabliert, in welchem als Behandlungsideal das möglichst weitgehende Zusammenfügen der verschiedenen therapeutischen Räume angestrebt wird. Damit soll die bei vielen Patienten beobachtete

Spaltungsübertragung allmählich durch die integrativen Maßnahmen, insbesondere Deutungen aufgehoben werden.

Als Beispiel einer psychoanalytisch orientierten Behandlungseinrichtung mit integrativem Therapiekonzept soll die stationäre Psychotherapie der Kieler Klinik für Psychotherapie und Psychosomatik (vgl. BÖHME-BLOEM, 1989; STRAUSS u. BURGMEIER-LOHSE, 1994) beschrieben werden. Sie ist die kleinste in der BRD, hat acht Behandlungsplätze für Männer und Frauen, die, im Alter von 18 bis 50 Jahren, als Patientengruppe zusammenleben und eine gemeinsame Therapie durchlaufen. Die Therapiezeit beträgt drei bis sechs Monate, wobei immer ein neuer Patient einen ausscheidenden ablöst; die Patienten bilden also eine sogenannten halboffene Gruppe. Die Gruppe wird oft mit einer Geschwisterreihe mit unterschiedlichem Therapiealter verglichen; der Eintritt in die Therapiefamilie und der Abschied sind immer wieder markante Therapieereignisse.

Die Therapie besteht aus verbalen und präverbalen Elementen (vgl. Abschn. 4.6). Gleichberechtigt nebeneinander werden Sport, Musik und Bewegungstherapie, Maltherapie, Beschäftigungs- bzw. Gestaltungstherapie angeboten.

Kernstück der Therapie ist die an allen Werktagen stattfindende analytisch orientierte Gruppentherapie, bei der sich der Gruppentherapeut und, soweit vorhanden, ein beobachtender Cotherapeut über 1 1/2 Stunden mit den Patienten im tiefenpsychologisch fundierten Gruppensetting zusammenfinden.

Analog der analytischen Grundregel werden die Patienten zum Sprechen ermutigt mit dem Hinweis, daß alles ausgesprochen werden kann, ohne Scheu und Zensur. Dabei ergibt sich für den beobachtend und deutlich teilnehmenden Therapeuten ein Geflecht aus persönlichen Erfahrungen der Patienten und sozialen Problemen im Hier und Jetzt und damit die Chance, den krankmachenden Wiederholungszwang zu sehen und sichtbar zu machen.

Der Gruppentherapeut (psychotherapeutisch ausgebildeter Arzt oder Psychologe) hat aus den Vorgesprächen vor der Klinikaufnahme genügend Kenntnis von der Lebens- und Krankengeschichte jedes Patienten. Das übrige Team wird in Vorgesprächen über den neuen Patienten informiert. Einzelheiten der stationären Psychotherapie sollen anhand eines konkreten Fallbeispiels erörtert werden.

Eine 29jährige Studentin hatte unsere Ambulanz auf Empfehlung ihrer Hausärztin aufgesucht, weil sie wegen einer Eßstörung ihren seit dem 12. Lebensjahr bestehenden juvenilen Diabetes mellitus immer wieder zum Entgleisen brachte. Sie hatte mitunter mehrmals wöchentlich Anfälle von dranghaftem Überessen («Ich falle über den Kühlschrank her»). Teilweise ließ sie die überflüssige Nahrung einfach über die Niere «durchrauschen» (das renale Erbrechen

nach FEIEREIS, 1989), teilweise spritzte sie die erforderliche Insulinmenge und war dementsprechend stark übergewichtig. Sie litt unter erheblichen Folgeerscheinungen ihres Diabetes, hatte gehäufte Harnwegsinfekte, ekzematöse Hautveränderungen und bereits eine Visusminderung um 50 Prozent. Seit acht Jahren bestand eine Amenorrhoe. Die Patientin war traurig verstimmt, hielt sich für «unzumutbar für Ärzte, Familie und Freunde», lebte sehr zurückgezogen, hatte durch ihr häufiges Kranksein den Anschluß an ihr Studium verloren, das sie drei Jahre zuvor mit großer Hoffnung aufgenommen hatte, nachdem sie einige Jahre nach dem Abitur als Büroangestellte gearbeitet hatte. Ihre größte Angst war, bald zu erblinden. In den Vorgesprächen war zur Dynamik ihrer Eßstörung deutlich geworden, daß zwei Seelen in ihrer Brust wohnten: die mütterliche und die väterliche. Die Mutter der Patientin war eine übergewissenhafte Frau, welche die Zuckerdiät der Tochter mit der Briefwaage regelte und sehr viel Disziplin von ihr forderte. Der Vater hatte auf die Diagnose des Diabetes mellitus persönlich gekränkt reagiert. («Er weinte, als er es erfuhr. Nach ein paar Tagen zeigte er mir einen Urinestreifen von sich und sagte: Von mir hast du das nicht. Er ist eben mit den Erbgesundheitsgesetzen groß geworden. Später schien er es zu vergessen oder er sagte: Das ist alles nicht so schlimm, wenn man nur gesund lebt, und bot mir Schokolade an».) Die Eltern hatten sich vor einigen Jahren getrennt. Die Patientin empfand es als ihre Pflicht, zu beiden Kontakt zu halten, sie tat dies am gewissenhaftesten von allen Geschwistern und begann in ihrem Verhalten zu schwanken zwischen einer Art mütterlichem Verhalten, bei welchem sie streng Diät lebte, sich sogar nachts den Wecker für Blutzuckerkontrollen stellte, und väterlichem Verleugnen der Krankheit, besonders während ihrer Eßdurchbrüche. Sie spaltete ihren Umgang mit sich selbst auf – entsprechend den unintegrierten inneren Bildern von den Eltern, einer besonders strengen Mutter und eines teils idealisierten, da verleugnend rettenden, teils entwertenden Vaters.

Wir nahmen eine schüchtern-gehemmt-freundliche, korpulente, mausegrau-gedrückt wirkende, um Wohlverhalten bemühte junge Frau auf.

Die Gruppe der Mitpatienten lernte sie mit ihrer Problematik in ihrer sogenannten Anfangsfigurbesprechung kennen. Wie alle Patienten bekam sie in der ersten Beschäftigungstherapie Sitzung von den Schwestern die Aufgabe, eine etwa 30 cm große menschliche Gestalt aus Ton zu formen, was sie prompt erledigte. Die Mitpatienten sind währenddessen mit eigenen gestalterischen Arbeiten befaßt. Sobald die Figur gebrannt ist, kommt sie im Tagesraum der Patienten mitten auf den Tisch, und der neue Patient erzählt, von seiner Figur ausgehend, von sich. Bei unserer Patientin kamen viele Fragen zum Diabetes, und die Patientin hörte, daß sie so unzumutbar nicht sei, wie sie annehme, vor allem von den anderen Eßgestörten in der Gruppe.

Die Anfangsfigurbesprechung ist ein Beispiel für eine ganze Reihe von regelhaften – kritische Patienten meinen rituellen – Therapiebestandteilen, die fest zum Therapieablauf gehören wie Jahrestage zu einem Entwicklungsgang. Das Pendant zur Anfangsfigur, die Abschlußfigur, wird ebenfalls in der Gruppe besprochen.

Die Aufgabe, eine menschliche Gestalt herzustellen, kann für ich-strukturell gestörte Patienten sehr schwierig sein. Unsere Patientin, obwohl mit einer erheblichen narzißtischen Problematik belastet, hatte noch genügend integrierte Ich-Anteile, um sie zu bewältigen. Die Art der Bewältigung kann mit einiger Erfahrung als Gradmesser für das Ausmaß der Pathologie mit herangezogen werden (vgl. Abschn. 4.6).

Sechs Monate sind am Anfang unendlich lange; auch drei Monate werden schon so erlebt. Seit 1994 beträgt die «Kernzeit» der Therapie drei Monate. Um das Gefühl der Zeitlosigkeit nicht zu sehr zu fördern – analytische Psychotherapie ist die Bearbeitung der Trennung von Anfang an –, spielt im Therapieverlauf eine wiederholte Bestandsaufnahme eine große Rolle, bei welcher der Patient das Erreichte zu beschreiben versucht und Pläne für die verbleibende Therapiezeit macht.

Bei unserer Patientin war nach drei Monaten eine deutliche Gewichtsreduktion eingetreten, die Blutzuckerwerte stabilisierten sich und sie erlebte eine Verbesserung ihres Visus von 50 auf 80 Prozent.

Dadurch, daß sie mit der Gruppe eine weniger strenge Mutter erlebte, konnte sie selbst ihr strenges Über-Ich mildern und weniger rigide mit sich selbst umgehen, brauchte nicht in komplementärer Verleugnung ungehemmt zu essen. Nach dem Aufkeimen einer erotischen Beziehung zu einem Mitpatienten berichtete sie beglückt über ihre erste Menstruation seit acht Jahren, so daß zum Zeitpunkt der Therapiemitte ein deutlicher Symptomrückgang zu verzeichnen war.

Daß es ihr allerdings bis zu diesem Zeitpunkt nur teilweise und unzureichend gelungen war, die Spaltung zwischen ihren Objektbildern aufzuheben, zeigte die Verarbeitung eines Unfalls, der sie wieder vorübergehend auf das exzessive Essen zurückgreifen ließ. Sie trat bei einer, für einen Mitpatienten hilfreichen, für sie bezeichnenden, Geste beim Spiel in ein Loch im Rasen und brach sich ein Zehengrundglied. Sie überspielte die Verletzung, und erst als Schwellung und Schmerzen nicht mehr zu verleugnen waren, reagierte sie mit gekränktem Rückzug.

Dadurch konnte die Symptombesserung auch für das Team als Übertragungsheilung, also als partielles Geschenk an die Therapeuten, verstanden und mit ihr intensiver auf den Umgang mit narzißtischen Kränkungen hingearbeitet werden.

Die anfänglich schon bei SIMMEL zu findende Hypothese, daß auf einer Psychotherapiestation ein vielgestaltiges Übertragungsangebot für jeden Patienten vorfindbar sei und die Pa-

tienten eine multiple Übertragung eingehen könnten, an denen die verschiedenen Konfliktbestandteile sichtbar gemacht werden können, läßt sich an dem Beispiel deutlich machen:

Es bietet sich die Elternübertragung auf das gesamte Team an, die Gesamtheit der Mitpatienten in der Rolle von Geschwistern. Daneben bieten sich der Gruppentherapeut oder einzelne Team- oder Gruppenmitglieder zur Vater- oder Mutterübertragung an oder auch die Gruppe oder die Station als Ganzes als tragende und schützende Mutter der frühen Kindheit.

Das Team hat die Aufgabe, diese verschiedenen Übertragungsfacetten zusammenzutragen. Es geht darum, alle Beobachtungen aus der Gruppentherapie und den anderen Therapieeinheiten, ebenso wie die Freizeitaktivitäten, als deutbares Material zusammenzubringen, soweit die Patienten Einblick gewähren. Besonders ergiebig sind die gemeinsamen Gruppenunternehmungen wie Mannschaftsspiele, Kino- und Theater- oder Museumsbesuche, Wanderungen und Schiffsfahrten. Alles wird zusammengetragen und in seinen Bedeutungsrahmen gestellt, also gedeutet. Dieses Zusammentragen ist eine wesentliche Integrationsleistung des gesamten Teams; sie hat jedoch nicht allein zum Namen «integratives Therapiekonzept» geführt.

Die Ursache der pathologischen Beziehungen der Patienten liegt darin, daß, wie oben beschrieben, unintegrierte Selbst- und Objektbilder fortbestehen, die durch Spaltung, Projektion und ähnliche Abwehrmechanismen in der Außenwelt bestätigt werden müssen. Die Integration dieser Bilder durch Deutung ist der eigentliche Behandlungsschritt.

Ein solcher Integrationsschritt war z. B. der immer wiederholte Hinweis darauf, daß die geschilderte Patientin in der Gruppe und in der Gruppentherapeutin nur freundliche Anteile, eine Art Gegenbild zur Mutter, sehen konnte. Sie konnte so erkennen, daß sie einerseits viel zu brav und zu hilfreich in der Gruppe lebte, sich andererseits selbst mit unerbittlicher Strenge verfolgte. Ihr Verhalten bekam so für sie Bedeutung.

Hier liegt nun eine Gefahr und ein möglicher Kritikpunkt des integrativen Therapiemodells: Bei einem sehr eifrigen Team, einem Team, das einem idealen Integrationskonzept

nacheifert, können sich die Gruppe und der einzelne Patient förmlich überwacht und eingekreist vorkommen. Ein Patient klagte, daß «jeder Pups interpretiert» wird. HEIGL (1978) spricht in diesem Zusammenhang vom Midas-Effekt und meint, daß unter den übereifrigen Therapeutenhänden vermeintlich alles zu psychotherapeutischem Gold werde ... Bekanntlich ist es dem König Midas gar nicht gut bekommen, daß alles, was er anfaßte, zu Gold wurde; er verhungerte nämlich.

Solche Tendenzen hängen mit Allmachtsphantasien der Therapeuten zusammen und sollten in der Supervision sorgfältig analysiert werden. Zufälle und ungedeutete Handlungen muß es geben dürfen.

Das Zusammenleben auf der Station wird durch eine Reihe von Regeln geordnet, die den Patienten vor der Aufnahme in Form der Stationsordnung gegeben werden. Jeder Patient muß die Stationsordnung unterschreiben. Dabei sei betont, daß die Regeln für die Menschen da sind, und nicht umgekehrt. Eine Regelübertretung ist unter Umständen ein deutlicherer Therapieerfolg als lauter eingehaltene Regeln.

So werden die Patienten z. B. verpflichtet, die ersten vier Wochen nur im Bereich der Therapiegruppe zu verbringen und auch nur mit den Gruppenmitgliedern auszugehen. Sie sollten mit dem häuslichen Umfeld nur telefonischen oder brieflichen Kontakt haben. Danach finden am Mittwochnachmittag und an den Wochenenden Probeurlaube statt.

Diese Abmachung ist für die schwerer gestörten Patienten besonders wichtig, weil es meist eine Menge psychosozialer Verstrickungen draußen in der Alltagswelt gibt und das Agieren sozusagen erst in den Binnenraum der Station hereingeholt werden muß, damit es auf der Station stattfindet und nicht nach draußen verpufft. Wir versuchen, aus dem «acting out» ein «acting in» zu machen.

Die Patienten empfinden diese Vier-Wochen-Regelung oft als schmerzhaft einschränkend und versuchen sie zu umgehen. Eine Patientin beschrieb ihre Erfahrung einem Neuankömmling gegenüber so: «Du denkst, du erstickst hier, bis du merkst, du kannst das angucken, was dich krank gemacht hat, und brauchst nicht davor wegzurennen.»

Unsere Patientin aus dem Fallbeispiel konnte sich mit dieser Regelung arrangieren, nicht jedoch ihr Vater, der immer wieder bei den Therapeuten und bei seiner Tochter anrief, um sie zum Abbrechen der ihn kränkenden Therapie zu bewegen.

Die Patientin beendete ihre Therapie nach sechs Monaten zwar wesentlich gedämpfter als zur Zeit der Therapiemitte. Trotzdem blieben eine Reihe von Symptombesserungen erhalten, wie eine katamnestiche Untersuchung nach vier Jahren ergab. Das Wich-

tigste drückte die Patientin in der Besprechung ihrer Abschlußfigur aus, indem sie sagte, sie habe jetzt in sich jemanden kennengelernt, der Wünsche habe, z. B. auch bisher streng vermiedene Kontaktwünsche zu Männern. Jetzt könne sie die Wünsche verfolgen oder darauf verzichten.

Zu dem geschilderten integrativen Konzept stationärer Psychotherapie sollen noch einige Gedanken zur Indikation ergänzt werden:

SIMMEL nannte in seinem oben zitierten Rundschreiben zur Eröffnung seiner Klinik 1926 die psychotherapeutischen Problempatienten eine Herausforderung. Er nannte Kranke mit schweren Neurosen, mit psychosomatischen Erkrankungen, mit Süchten oder mit schweren Charakterpathologien, die unbehandelt «schließlich durch Selbstmord, im Gefängnis oder im Irrenhaus» enden, «bestenfalls wandern sie für den Rest ihres Lebens von Arzt zu Arzt oder durch die üblichen Sanatorien» (Zit. n. BECKER u. SENF, 1988, S. 5).

Den Begriff der strukturellen Ich-Störung kannte SIMMEL noch nicht; sicherlich entsprechen viele der von ihm genannten Patienten dieser Kategorie, die wir heute zu den narzißtischen Störungen oder zu den Borderlinestörungen rechnen.

Aber nicht nur unter diesen frühgestörten Patienten findet sich die stationäre Klientel. Auch eine Reihe neurotischer Störungen ist auf stationäre Psychotherapie angewiesen, nämlich diejenigen, die durch ihre Symptome (z. B. schwere Phobien, schwere Zwangssymptome) nicht im gewohnten Umfeld bleiben können. Wegen der Organisation der Station als Wohngruppe ohne Krankenhauscharakter ist es in Kliniken wie der hier geschilderten nicht möglich, schwerer Kranke, bettlägerige oder intensiv-medizinisch zu betreuende Patienten aufzunehmen. Diese Patienten, – unter den Psychosomaten gar nicht selten – müssen an psychosomatische Kliniken mit internistischem Schwerpunkt verwiesen werden, während bei Patienten mit Psychosomaten ohne dringenden internistischen Handlungsbedarf eine Aufnahmeindikation gegeben ist. (Die Diabetikerin aus dem Fallbeispiel läßt eine typische Indikation erkennen.) Bei Patienten mit funktionellen Störungen bestimmt die Schwere der seelischen Störung und der funktionellen Be-

einträchtigung die Anzeige zur Aufnahme bzw. alternativ die Entscheidung für eine ambulante Behandlung. Bei den Eßstörungen, Anorexia nervosa und Bulimie, die nach eigenen Untersuchungen (BÖHME-BLOEM u. SCHULTE, 1989) teilweise zu den neurotischen, teilweise zu den frühgestörten Patienten zu rechnen sind, besteht oft wegen der erheblichen pathogenen Verstrickung im häuslichen Umfeld Grund zur Aufnahme.

Süchtige, die noch nicht entzogen sind, können in dieser offenen Stationsstruktur nicht behandelt werden. Bei ihnen sind psychotherapeutische Maßnahmen mit längerem Übungs- und Gewöhnungseffekt ohnehin wirksamer als Konfrontation und Deutung. Suizidale Patienten können wegen fehlender Überwachungsmöglichkeit nicht aufgenommen werden.

Eine typische schleswig-holsteinische Indikation, nämlich die regionale, gilt auch für andere Regionen des Landes, wenn auch dort etwas seltener: Patienten von Inseln oder entlegenen Orten können wegen der langen und umständlichen Anfahrtswege nicht zu einem ambulanten Psychotherapeuten gelangen. Die stationäre Aufnahme ist dann das Mittel der Wahl auch bei stabileren neurotischen Störungen.

Die Gruppenzusammensetzung spielt bei der Indikationsstellung eine wichtige Rolle. Es ist notwendig, einen breiten Entwicklungsquerschnitt in der Gruppe zu haben, immer reifere und früh gestörte Patienten zu mischen, damit eine förderliche Dynamik zustande kommt.

In der stationären Psychotherapie spielen die averbalen oder präverbalen Behandlungselemente eine große Rolle. Ihnen sei ein eigenes Kapitel gewidmet.

#### 4.6 Gestaltungstherapie und körperorientierte Therapien

GREENSON (1967) nennt diejenigen therapeutischen Maßnahmen, die den analytischen Prozeß fördern, ohne ihm direkt zu entsprechen, «nicht analytisch» im Gegensatz zu Medikamentengaben oder verbaler Beruhigung, sogenannten «antianalytischen» Maßnahmen, die einer Einsicht in innere Zusammenhänge eher entgegenstehen.

Hier sollte nun nicht der Eindruck entstehen, daß solche Schritte, wie sie ja in der Psychiatrie und auch im Umgang mit Schwerkranken notwendig sind und als Teil der supportiven Psychotherapie mit zu den psychotherapeutischen Methoden gehören, grundsätzlich zu vermeiden wären. Sie sind aber unter Umständen psychoanalytischen Bemühungen entgegen gerichtet.

Die Psychoanalyse beschäftigt sich mit den verinnerlichten Objekten, den in jedem Menschen im Laufe der Entwicklung entstandenen Repräsentanten der wichtigen Bezugspersonen, die in der Übertragung belebt und in ihrer Auswirkung in der Therapie sichtbar gemacht werden können.

Die Bildung dieser Innenbilder hängt eng mit der Fähigkeit eines Menschen zusammen, Symbole zu bilden. Die Säuglings- und Kleinkindforschung stellt sich seit einigen Jahren intensiv die Frage, in welchem Lebensalter und über welche Entwicklungsschritte die Symbolbildung erfolgt. Dabei ist es wahrscheinlich, daß die Entwicklung der sogenannten präsentativen Symbole, jener Vorstellungen, die unserem Bewußtsein unmittelbar etwas vermitteln, den diskursiven Symbolen (LANGER, 1965 zit. n. JANSSEN, 1987), die der verbalen und zeitlichen Abfolge bedürfen, entwicklungszeitlich vorausgeht.

Musik und bildnerisches Gestalten bedienen sich präsentativer Symbole, die Verschiedenes, auch Konträres, gleichzeitig darstellen können (JANSSEN, 1987). Die Sprachsymbole können dies nur nacheinander in zeitlicher Abfolge.

Mit dem Erwerb der Sprache verändert sich für das Kind vieles im Erleben. Die sogenannte Wiederannäherungskrise nach MAHLER (1975), jene Zeit um den 20. Lebensmonat, in der das Kleinkind aus einer stürmischen Welteroberung mitunter weinerlich anklammernd zur Mutter zurückstrebt, hat wahrscheinlich mehr mit dem Verlust der Ganzheitlichkeit zu tun (STERN, 1985; LICHTENBERG, 1983) als mit dem Verschwinden von Omnipotenzphantasien. Das Kind gewinnt das wesentliche Medium zum intersubjektiven Austausch um den Preis des unmittelbaren ganzheitlichen Erlebens. Es muß globale Gesten in das mühsamere, aber differenziertere Nacheinander von Worten fassen, verliert zugleich ganzheitliche Ausdrucksmöglichkeiten.

Die Fähigkeit zum ganzheitlichen Erleben ist gekennzeichnet durch die schon beim sehr jungen Säugling nachweisbare menschliche Eigenschaft, transmodal, also die Sinnesqualität übergreifend, wahrzunehmen, z. B. Laut-

stärken und Lichtintensitäten miteinander zu verknüpfen oder gefühlte und gerochene Eindrücke miteinander zu identifizieren. (Die getastete und die gerochene Brust und das Gesicht der Mutter sind wahrscheinlich schon gleich nach der Geburt eine Einheit.) Das kinästhetische Körpererleben und die Gefühle, die wir dem Körperschema zurechnen, gehören ebenso wie alle emotionalen Körperwahrnehmungen zum ganzheitlichen Erleben hinzu (vgl. Abschn. 2).

Die Säuglings- und Kleinkindforscher vergleichen den Erwerb der Sprachsymbole und das damit einhergehende teilweise Verlieren des Ganzheitserlebens gern bildhaft mit der Vertreibung aus dem Paradies. In dieser Metapher sind die Sehnsüchte nach präverbaler Ganzheitlichkeit (Paradies) enthalten, die in sublimierter Form, als positive Erinnerungsspuren, Eingang in Ritus und Kunst gefunden haben, und zugleich die Mängel und Defizite (Vertreibung) der frühen Störungen mit ihren Körperbildstörungen und ihrer emotionalen Sprachlosigkeit.

Das Befassen mit präverbalem Erleben hat mit der frühen Entwicklungszeit des Individuums zu tun, mit der Zeit, in der wir die Defizite bei Persönlichkeitsstörungen und psychosomatischen Krankheiten annehmen, deren Analysierbarkeit die emotionale Sprachlosigkeit oft entgegenzustehen scheint. Daher integrieren Kliniken, in denen solche Krankheitsbilder behandelt werden, in der Regel präverbale und analytische Elemente.

#### 4.6.1 Gestaltungstherapie

FRANZKE (1977) faßte mit der Bezeichnung Gestaltungstherapie alle nonverbalen Verfahren mit hör- und sichtbaren Produktionen zusammen und schuf für die kreativen nichtsprachlichen Äußerungsformen in der Psychotherapie eine übergreifende Bezeichnung (vgl. JANSSEN, 1982).

##### a) Musiktherapie

In allen Kulturen wurde Musik mit der Vorstellung von Heilung verbunden. Schon in alttestamentarischer Zeit konnte Davids Harfenspiel dem König Saul den bösen Geist vertreiben. Das Musik-Erleben dient primär der Spannungsreduktion oder der emotionalen Aktivierung, es setzt also transmodal am affektiven Aktivierungsniveau an.

Das Musik-Erleben ist bei Rechtshändern in der rechten Hirnhemisphäre lokalisiert (ECCLES, 1988), während das Sprechen und die logischen Operationen

links-hemisphärisch in den entsprechenden Regionen angesiedelt sind. Verbindungen von der rechten Hemisphäre zum limbischen System zeugen von einer besonderen Verbindung zwischen Musik- und Affekterleben. Das menschliche Gehör ist schon intrauterin funktionsfähig und erlischt, wie aus Berichten erwachter tief Komatöser bekannt, deutlich nach den anderen Wahrnehmungsfunktionen. Durch Töne werden unmittelbarer als in allen anderen präverbalen Äußerungsformen Gefühle kommuniziert (belegbar durch das Wiegenlied und die beruhigende Wirkung des mütterlichen Herzschlages für Neugeborene, dem im Korb liegenden Wecker bei der Aufzucht von Hundewelpen). Das menschliche Neugeborene kennt die mütterliche Stimme genau, tonale Kommunikation reicht bis in die früheste Lebenszeit zurück. In bestimmten Behandlungssituationen ist dies zur Herstellung von frühkindlichen Beziehungserlebnissen nutzbar. Mit den beiden Elementen der musikalischen Produktion und der musikalischen Kommunikation (JANSSEN, 1987) bietet die Musiktherapie primäre Begegnung mit dem Selbst (Selbstdarstellung durch tonales Gestalten) und ist zugleich auch ein Medium der Kommunikation mit dem anderen, dem Mitpatienten oder dem Musiktherapeuten. Durch Variation von Rhythmus und Lautstärke kann der Musiktherapeut neben den frühesten auch mannigfache Objektbeziehungsmuster aus späteren Lebenssituationen anstoßen oder mit dem Patienten zusammen entdecken, wenn dieser die Kommunikationsform spontan gewählt hat. Oft gelingt es in tonalen Äußerungen, etwas emotional unmittelbarer zum Ausdruck zu bringen, als es verbal möglich wäre. Die Verbindung von musikalischer Gestaltung und sprachlicher Interpretation steht dann am Übergang zwischen primärem Erleben und Erkennen.

Damit das Musizieren als elementare Äußerungsform ohne Anspruch an Kunstfertigkeit erreichbar ist, werden Instrumente bereitgehalten, die keine technischen Fertigkeiten voraussetzen (Klangstäbe, Trommeln, ORFF'sches Instrumentarium, der große Gong und natürlich die menschliche Stimme).

Wichtig ist, daß die Instrumente zum Spielen einladen, also Regression in Gang setzen. Musiktherapie kann als Einzeltherapie und als Gruppentherapie stattfinden. Die Aufgabe des Therapeuten ist, zu aktivieren und zu halten, da zu sein, wenn der Patient oder die Gruppe sich auf das Wagnis der spontanen emotionalen Äußerung einlassen konnten.

JANSSEN (1987) stellt das Herstellen von homophonen Verschmelzungserlebnissen bei Patienten mit ausgeprägten symbiotischen Sehnsüchten heraus, ferner Musik als Kampfelement bzw. zur Manipulation oder Zerstörung bei Borderline-Patienten oder zur Durch-

führung von Kontrolle bei zwanghaften Patienten. Die musikalische Art der Beziehungsgestaltung ist in ihrer Wandlung ein Spiegel des gesamten therapeutischen Prozesses. So ist unter Umständen nach genügend langen, vom Musiktherapeuten tolerierten musikalischen Verschmelzungserlebnissen langsam ein Anerkennen des anderen als selbständiges musikalisches Objekt möglich. Damit ist eine Ebene der Selbstdifferenzierung im Zuge der Individuation erkennbar, die aufgrund einer frühen Störung bisher bei einem Patienten nicht sichtbar werden konnte. Dies wird bei JANSSEN durch ein besonders eindrucksvolles Beispiel belegt, das hier referiert werden soll:

«Eine 25jährige Patientin war wegen Angstanfällen, Erstickungsangst und Schluckbeschwerden in stationärer Behandlung. Sie schwankte anfänglich in der Musiktherapie zwischen zwanghaftem Perfektionismus, in welchem sie mit provozierender Selbständigkeit nur ihren eigenen Willen sah, und anklammernder Abhängigkeit. Nachdem dies per paradoxer Verschreibung beides ausdrücklich erlaubt worden war, konnte sie auf eine oral-aggressive Ebene regredieren: Die Patientin wurde fähig, ihre inkorporativen, oral-gierigen Tendenzen ohne Schuldgefühle in die musikalische Interaktion einzubringen. Sie holte sich bei der Musiktherapeutin ständig neue Befriedigung im Spiel. Sie nahm sich, was sie kriegen konnte, kannte kein Maß und kein Zeitgefühl, ließ nicht locker und wollte die Musiktherapeutin nur noch für sich haben, was sich u. a. darin ausdrückte, daß sie ständig zusätzlich Termine haben wollte. Die Musiktherapeutin konnte diesen Vorgang ertragen, auch wenn sie sich erschöpft und ihrer Selbständigkeit in der musikalischen Interaktion beraubt fühlte. Es kamen musikalische Interaktionen am Klavier von bis zu einer Stunde zustande. Das Ertragen dieser inkorporativen Tendenzen führte dazu, daß die Patientin nach und nach das musikalisch andere Objekt als eigenständiges bestehen lassen konnte. Sie konnte neu beginnen, ihre Interaktionen musikalisch und verbal zu gestalten. In musikalischen Improvisationen spielte sie frei und phantasievoll, nicht mehr gebunden an die Interaktionen der anderen und deutlich selbständiger, jedoch ohne analen Trotz» (S. 170).

#### *b) Maltherapie*

Das bildnerische Produkt ist ähnlich wie der Traum ein Mittel, Unbewußtes zu erhellen. Ebenso ist es ganz unmittelbar eine Möglichkeit zur symbolischen Kommunikation, die über die Sprache hinausgeht bzw. ja eigentlich vor der Sprache liegt, da es sich ebenso wie

die musikalische Äußerung präsentativer Symbole bedient, wie wir sahen. Bilder bieten mit ihrer oft unmittelbaren Evidenz dem Patienten die Möglichkeit, sich den vorbewußten Prozessen zu nähern und änstigenden Inhalten in der Externalisierung zu begegnen.

In der Entwicklungsgeschichte ist das Verlangen des Kindes nach Kritzeln und Malen später zu beobachten als der Drang nach und die Produktion von Tönen und Musik. Das Malen gehört mit seinen Wurzeln in die Zeit der Trennung von der primären Bezugsperson. Die präsentativen zeichnerischen Symbole stehen den diskursiven Sprachsymbolen näher. Zugleich dienen Zeichnungen bei Kindern auch der Bewältigung von Trennungserlebnissen verschiedenster Art.

An diese kreative Funktion versucht die analytische Maltherapie anzuknüpfen, indem sie den Patienten anregt, spontan Gefühle in Farben und Formen auszudrücken. Dies geschieht in der entspannten Atmosphäre der Maltherapie angstfreier als beim Sprechen. Auch affektiv sehr stark besetzte Vorgänge können so Ausdruck finden. In Malgruppen können überindividuelle Themen behandelt werden, die Farb- und Formgestalt dient dann der nonverbalen Kommunikation.

Bei der Behandlung Erwachsener drängen meist die Patienten selbst schon während oder kurz nach der Maltherapie zum Sprechen. Somit ist auch der Therapeut leicht verführt, Bilder früh zu deuten, womit der Prozeß der Bildproduktion jedoch abgeschlossen würde. Damit dies nicht geschieht, sollte der Maltherapeut sein deutendes Symbolverständnis nicht zu früh zur Verfügung stellen, sondern die Lust am Bildern dadurch erhalten, daß er erklärend und interessiert kommentierend den Entstehungsprozeß begleitet, sofern der Patient dies braucht.

Er verhält sich damit ähnlich einer Mutter, die ihrem Kind das Spiel in einer anderen Modalität untermalt – z. B. eine Mutter, die das Schieben eines schweren Klotzes mit «Huuh!» kommentiert. Sie teilt den Affekt und macht affektiv Übereinstimmung klar. Damit ist die Therapeutenfunktion bei der Selbstentdeckung des Patienten primär die eines narzißtischen Objektes mit dem kleinen, aber bedeutsamen Unterschied, daß sich der Therapeut eben der anderen Modalität bedient, des interessierten Umschreibens mit

Worten, nicht zu verwechseln mit Interpretation (vgl. STERN, 1985).

Damit wird auch deutlich, daß die tatsächliche Präsenz, die Realpräsenz des Therapeuten hier gefragt ist und nicht die interpretationsbedürftige Übertragungsfigur. Das haltende und tragende Medium der frühen Beziehung wird hier als Vorläufer des Beziehungsgegenübers benötigt.

#### 4.6.2 Körperorientierte Therapiemethoden

Die gestalterischen Elemente, wie sie die Musik- und Maltherapie bereitstellen, sind angesichts früher Störungen und vor allem bei der großen Gruppe psychosomatischer Patienten, die in der stationären Psychotherapie behandelt werden, nicht voll auszuschöpfen, ohne daß der Körper unmittelbar einbezogen wird. Insbesondere das Musikerleben verweist auf Körpererleben – «Musik und Bewegung» gehören in vielen stationären Psychotherapieeinrichtungen als Therapieangebot zusammen oder finden in Form der Tanztherapie statt.

Ein wesentlicher Gedanke zur theoretischen Begründung dieses auf der Erfahrungsebene inzwischen gut etablierten Sachverhaltes ist bei MÜLLER-BRAUN-SCHWEIG (1986) zu finden, der meint, daß die in der Psychoanalyse angestrebte und in der Entwicklungsgeschichte des Menschen nachzuzeichnende Desomatisierung bei Frühgestörten und psychosomatischen Patienten am ehesten über eine Resomatisierung zu erreichen sei.

Neben der *konzentrativen Bewegungstherapie*, die als wohlfundiertes supportives Verfahren weiter unten beschrieben werden soll, sind *funktionelle Entspannung*, bioenergetische Therapie und vor allem auch die *Tanztherapie* an vielen psychotherapeutischen Kliniken bewährte Behandlungsmethoden, die die psychoanalytische Therapie unterstützen, bereichern oder überhaupt erst ermöglichen.

Die freie Körper- und Handlungsassoziation ist nach BECKER (1986) neben dem Traum eine *via regia* zum Unbewußten. Kreative Ich-Funktionen zu wecken, anzuregen, verfügbar zu machen zur Bewältigung der Konflikte ist im Sinne der Förderung der analytischen Arbeit sinnvoll und günstig. Dem Therapeuten, seiner Selbsterfahrung und soliden Ausbildung obliegt es, ein Abgleiten in rein agierte Interaktion zu verhindern oder aber auch eine solche nutzbar zu machen.

Nach BECKER (1986) hat die *konzentrative Bewegungstherapie* in der Psychotherapie frühgestörter Patienten ihren Platz, weil sie therapeutisch durch die Konzentration auf das Körpererleben auf der Ebene ansetzt, auf der die Entwicklungsdefizite dieser Patienten angesiedelt sind.

Während die psychoanalytische Arbeit die Fähigkeit zur Symbolbildung durch die Sprache weitgehend voraussetzt, indem sie über die verinnerlichten Objekte und die Phantasie verhandelt, läßt die konzentrative Bewegungstherapie den entwicklungspsychologischen Schritt der Desomatisierung quasi rückwärts machen. Die Desomatisierung, also das Überführen von vegetativen und/oder sensorischen Affekten in kommunizierbares, symbolisch verständliches Affekterleben ist bei diesen Patienten unzureichend entwickelt (vgl. Abschn. 2).

Im Sinne einer therapeutisch unterstützten Resomatisierung und deren sofortiger Verknüpfung mit dem Affekt versucht die konzentrative Bewegungstherapie, den eigenen Körper wieder verfügbar zu machen und damit Anschluß zu finden an den Primärprozeß mit seinen unstrukturierten Denkvorgängen und den freien Zugang zum Triebhaften.

Über die gemeinsame Übung mit dem Therapeuten bekommt der Patient zugleich einen neuartigen Zugang zur sozialen Wirklichkeit. Auch hier ist wie bei der Mal- und Musiktherapie die Realpräsenz des Therapeuten notwendig, als körperliches Gegenüber zum Anfassen und Imitieren. Schrittweise ist ein Symbolisieren über die Sprache möglich, das jedoch nicht forciert werden sollte.

Bei der konzentrativen Bewegungstherapie findet besonders ausgeprägt die Vorstellung von der prä- und averbalen sensomotorischen frühkindlichen Entwicklung Anwendung. Durch die Konzentration auf den Körper (in der Einleitungsphase sich mit geschlossenen Augen auf den Boden zu legen, beim Körper zu bleiben und sich dem umgebenden Raum zuzuwenden) wird das Fremde, Objekthafte am Körper aufgehoben und so subjektivem Erleben zugänglich gemacht. Der Therapeut stellt lediglich Möglichkeiten zur Körpererfahrung zur Verfügung, bietet jedoch kein Übungsprogramm oder vorgegebene Behandlungsziele.

Über die Wahrnehmung von belebter und unbelebter Objektwelt geht die konzentrierte Bewegungstherapie wichtige Schritte der Individualentwicklung nach: «Taktile, visuelle und motorische Erkundung des Raumes, das «Konfrontieren mit den eigenen Körpergrenzen, eins-sein und getrennt sein, abgegrenzt sein von der Umwelt, geben und nehmen, beherrschen und beherrscht werden, eindringen in den Raum, erforschen, Zuwendung zu Gegenständen und Personen» (BECKER, 1986, S. 83).

Ein Schwerpunkt der konzentrierten Bewegungstherapie liegt auf der gruppentherapeutischen Arbeit. Zunächst bietet die Gruppe das notwendig tragende Element, zugleich Anregung zum Imitieren, den Vorläufer der Identifikation, dann die Möglichkeit zur Wahrnehmung und Erforschung von Nähe, Distanz, dem schrittweisen Wahrnehmen der Bedürfnisse anderer, die Fähigkeit zur gemeinsamen Verantwortung. Die letztgenannten Fähigkeiten leiten über zur eigentlichen psychoanalytischen Arbeit.

BECKER stellt eindrucksvoll dar, daß über das nonverbale Element der konzentrierten Bewegungstherapie auch Patienten erreicht werden, die primär als psychotherapeutisch nicht erreichbar angesehen wurden.

Seine grundlegenden «Thesen zur Bedeutung der Integration von Körpererleben im psychoanalytischen Prozeß» seien hier zitiert:

1. Der Primat des Geistes über den Körper kann einem ökonomisch gewünschten Dehumanisierungs- und Entfremdungsprozeß entsprechen, der der Ausübung von Macht, individueller und kollektiver Destruktion dienen kann.
2. Das Wiedergewinnen, die Reintegration und damit die freie Verfügbarkeit über primärprozeßhaftes Denken und Fühlen und die Förderung eines Resomatisierungsprozesses kann unabdingbar für einen Gesundungsprozeß sein.
3. Patienten mit einer ausgeprägten Körperschemastörung unterschiedlicher Genese finden über ein vorwiegend prä- und averbales Psychotherapieangebot oft erstmals Zugang zu ihrer Störung.
4. Die Erlebnisqualität im konkreten Handeln und leib-seelischen Ausdruck fördert die Erinnerung an genetisches Material entgegen der These «agieren statt erinnern».
5. Wo sich im verbalen Bereich vorwiegend die Abwehr und der Triebwunsch mehr ichsynchron zeigt, kommt es im Nonverbalen oft erstmals zu ichdystonem Erleben. Dabei stellt sich im Nonverbalen oft die Trieb- und Affektseite erstmals dar, wo im Verbalen die Abwehrseite noch ganz im Vordergrund steht.
6. Der nonverbale und insbesondere präverbale Bereich scheint in der Anfangsphase eines therapeutischen Prozesses mehr affektiv besetzt, dem unbewußten Primärprozeßhaften näher und unterliegt weniger der Zensur als der mehr verbale Bereich.
7. Unterschiedliche soziale Schichtzugehörigkeit zwischen Mitpatienten oder zwischen Patienten und Therapeuten führt im prä- und averbalen Bereich gerade in der Anfangsphase einer Therapie zu deutlich weniger Kommunikationsschwierigkeiten als im verbalen Bereich, da man hier mehr von basalen kollektiven Ausdrucksformen ausgehen kann.

## Literatur

- ARGELANDER H: Gruppenprozesse: Wege zur Anwendung der Psychoanalyse in Behandlung, Lehre und Forschung. Rowohlt, Reinbek 1972
- BECKER H: Körpererleben und Entfremdung – psychoanalytisch orientierte konzentrierte Bewegungstherapie als Therapieeinstieg für psychosomatische Patienten. In BRÄHLER E (Hrsg.) Körpererleben, S. 77, Springer, Berlin 1986
- BECKER H, SENF W: Praxis der stationären Psychotherapie. Thieme, Stuttgart 1988
- BION WR: Erfahrungen in Gruppen und andere Schriften (1961). Klett, Stuttgart 1971
- BION WR: Lernen durch Erfahrung (1962). Suhrkamp, Frankfurt a. M. 1990
- BÖHME-BLOEM C: Stationäre analytisch orientierte Gruppenpsychotherapie an der Kieler Abteilung für Psychotherapie und Psychosomatik. Schl-Holst Ärztebl 7, 428 – 431, 1986
- BÖHME-BLOEM C, SCHULTE M: Bulimie: unterschiedliche Psychogenese, Symptomwahl und Therapie. In SPEIDEL H, STRAUSS B (Hrsg.) Zukunftsaufgaben der psychosomatischen Medizin, S. 183, Springer, Berlin 1989
- BOSZORMENYI-NAGY I, FRAMO LL (Hrsg): Familientherapie, Theorie und Praxis. Rowohlt, Reinbek 1975
- BOWLBY J: A secure base: Parent-child attachment and healthy human development. Basic Books, New York 1988
- BUCHHOLZ MB: Geschichte in der Geschichte – die unbewußte Weitergabe zwischen den Generationen. In MASSING A (Hrsg.) Psychoanalytische

- Wege der Familientherapie, S. 7, Springer, Berlin 1990
- DORNES M: Der kompetente Säugling. Die präverbale Entwicklung des Menschen. Fischer, Frankfurt a. M. 1993
- DÜHRSSEN A: Historischer Rückblick zu den Psychotherapierichtlinien. Z Psychosom Med Psychol 33, 318–322, 1987
- ECCLES JC: Geleitwort zu LUBAN-PLOZZA B et al. Musik und Psyche. Birkhäuser, Basel 1988
- ENKE H: Bipolare Gruppenpsychotherapie als Möglichkeit psychoanalytischer Arbeit in der stationären Psychotherapie. Z Psychother Med Psychol 15, 116–124, 1965
- ENKE H: Stationäre Psychotherapie – integrativ oder integrierend? Forum Psychoanal 10, 346–351, 1994
- ERIKSON E: Identität und Lebenszyklus. Drei Aufsätze (1959). Suhrkamp, Frankfurt a. M. 1981
- FABER F, HAARSTRICK R: Kommentar Psychotherapierichtlinien. Gutachterverfahren in der Psychotherapie. Jungjohann, Neckarsulm/München 1988
- FEIEREIS H: Diagnostik und Therapie der Magersucht und Bulimie. Marseille, München 1989
- FINGER-TRESCHER U: Wirkfaktoren der Einzel- und Gruppenanalyse. Frommann-Holzboog, Stuttgart 1991
- FOULKES SH: Gruppenanalytische Psychotherapie (1964). Fischer, Frankfurt a. M. 1986
- FRANZKE E: Der Mensch und sein Gestaltungserleben (1977). Huber, Stuttgart/Wien 1983
- FREUD S: Die Traumdeutung (1900). GW II/III, 4. Aufl., S. Fischer, Frankfurt a. M. 1968
- FREUD S: Ratschläge für den Arzt bei der psychoanalytischen Behandlung (1912). GW VIII, S. 376, S. Fischer, Frankfurt a. M.
- FREUD S: Erinnern, Wiederholen, Durcharbeiten (1914). GW X, S. 126; S. 134/135, S. Fischer, Frankfurt a. M.
- FREUD S: Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse (1917). GW XI, 5. Aufl., S. 466, S. Fischer, Frankfurt a. M. 1969
- FREUD S: Wege der psychoanalytischen Therapie (1919). GW XII, S. 181, S. Fischer, Frankfurt a. M.
- FREUD S: Massenpsychologie und Ichanalyse. (1921). GW XIII, S. 73, S. Fischer, Frankfurt a. M.
- FREUD S: Neue Folge der Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse (1933). GW XV, 3. Aufl., S. 86, S. Fischer, Frankfurt a. M. 1961
- GREENSON R: Technik und Praxis der Psychoanalyse Bd. 1.(1967). Klett-Cotta, Stuttgart 1981
- HARTMANN H: Ichpsychologie. Studien zur psychoanalytischen Theorie (1950). Klett, Stuttgart 1972
- HEIGL F: Indikation und Prognose in Psychoanalyse und Psychotherapie. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen 1978
- HEIGL-EVERS A, HEIGL F: Gruppentherapie: interaktionell – tiefenpsychologisch fundiert (analytisch orientiert) – psychoanalytisch. Gruppenpsychother Gruppensyndyn 7, 132–157, 1973
- HEIGL-EVERS A, HEIGL F: Zum Konzept der unbewußten Phantasie in der psychoanalytischen Gruppentherapie des Göttinger Modells. Gruppenpsychother Gruppensyndyn 11, 6–22, 1977
- JANSSEN PL: Psychoanalytisch orientierte Mal- und Musiktherapie. Psyche 36, 541–570, 1982
- JANSSEN PL: Psychoanalytische Therapie in der Klinik. Klett-Cotta, Stuttgart 1987
- KERNBERG O: Objektbeziehung und Praxis der Psychoanalyse (1976). Klett-Cotta, Stuttgart 1981
- KHAN M: Erfahrungen im Möglichkeitsraum. Psychoanalytische Wege zum verborgenen Selbst. Suhrkamp, Frankfurt a. M. 1990
- KINSTON W, COHEN J: Primal repression: Clinical and theoretical aspects. Int J Psycho-Anal 67, 337–355, 1986
- KLÜWER R: Über die Orientierungsfunktion eines Fokus bei der psychoanalytischen Kurztherapie. Psyche 10, 739–755, 1970
- KLÜWER R: Erfahrungen mit der psychoanalytischen Fokalthherapie. Psyche 12, 932–947, 1971
- KÖNIG K, LINDNER WV: Psychoanalytische Gruppentherapie. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen 1991
- KRAUSE R: Eine Taxonomie der Affekte und ihre Anwendung auf das Verständnis der «frühen» Störungen. Psychother Med Psychol 38, 77–86, 1988
- LICHTENBERG JD: Psychoanalyse und Säuglingsforschung (1983). Springer, Berlin 1991
- LUBORSKY L: Einführung in die analytische Psychotherapie (1984). Springer, Berlin 1988
- MAHLER M, PINE F, BERGMAN A: Die psychische Geburt des Menschen. Symbiose und Individuation (1975). Fischer, Frankfurt a. M. 1982
- MALAN DH: Psychoanalytische Kurztherapie (1963). Huber, Bern; Klett, Stuttgart 1965
- MASSING A (Hrsg) Psychoanalytische Wege der Familientherapie. Springer, Berlin 1990
- MC GLASHAN TH, MILLER GH: The goals of psychoanalysis, psychoanalytic psychotherapy. Arch Gen Psychiat 39, 377–388, 1982
- MERTENS W: Einführung in die psychoanalytische Therapie. Bd. 1–3. Kohlhammer, Stuttgart 1990
- MEYER A-E, STUHR U, DENEKE FW: Psychoanalytische Kurztherapie. Möglichkeiten und Grenzen. In JANSSEN PL, PAAR GH (Hrsg) Reichweite der psychoanalytischen Therapie, S. 55, Springer, Berlin 1989
- MINUCHIN S, ROSMAN BL, BAKER L: Psychosomatische Krankheiten in der Familie. 2. Aufl., Klett-Cotta, Stuttgart 1983
- MÜLLER-BRAUNSCHWEIG H: Psychoanalyse und Körper. In BRÄHLER E (Hrsg) Körpererleben, S. 19, Springer, Berlin 1986

- NEUN H: Psychosomatische Einrichtungen. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen 1990
- PORTMANN A: Biologische Fragmente einer Lehre vom Menschen. Schwabe, Basel/Stuttgart 1969
- RACKER H: Übertragung und Gegenübertragung (1968). Ernst Reinhardt, München 1982
- RICHTER HE: Patient Familie. Rowohlt, Reinbek 1970
- SANDLER J, SANDLER AM: Das frühere Unbewußte, das gegenwärtige Unbewußte und die Schicksale der Schuld: Eine technische Perspektive. In KUTTER P (Hrsg) Die psychoanalytische Haltung, S. 143, Verl Internat Psychoanal, München/Wien 1988
- SCHEPANK H, TRESS W: Die stationäre Psychotherapie und ihr Rahmen. Springer, Berlin 1988
- SCHULTE JM, BÖHME-BLOEM C: Bulimie. Thieme, Stuttgart 1990
- SCHULTZ-VENRATH U: Ernst Simmels Psychoanalytische Klinik «Sanatorium Schloß Tegel GmbH» (1927–1931) – Beitrag zur Wissenschaftsgeschichte einer psychoanalytischen Psychosomatik. Unveröffentl. Habilitationsschrift Univ. Witten/Herdecke 1992
- SELVINI-PALAZZOLI M: Magersucht (1974). Klett-Cotta, Stuttgart 1982
- STERN D: Die Lebenserfahrung des Säuglings (1985). Klett-Cotta, Stuttgart 1992
- STIERLIN H: Von der Psychoanalyse zur Familientherapie. Klett-Cotta, Stuttgart 1975
- STRAUSS B, BURGMEIER-LOHSE M: Stationäre Langzeitgruppen-therapie. Asanger, Heidelberg 1994
- THOMÄ H, KÄCHELE H: Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie. Bd. 2. Springer, Berlin 1988
- WATZLAWICK P, BEAVIN JH, JACKSON DD: Menschliche Kommunikation. Huber, Bern 1969
- WILLI J: Die Zweierbeziehung. Rowohlt, Reinbek 1975
- WINNICOTT M: Von der Kinderheilkunde zur Psychoanalyse (1953). Kindler, München 1976
- WIRSCHING M: Zum Verhältnis von analytischer und systemischer Familientherapie. In KOEHEL R, OHLMEIER D (Hrsg) Psychiatrie-Plenum, S. 111, Springer, Berlin 1987