

Einführung

Was macht gute psychodynamische Therapeuten aus? Aus unserer Sicht kennzeichnet einen guten psychodynamischen Therapeuten Neugierde und Kreativität, mehr als das Befolgen bloßer Regeln und pragmatischer Techniken, eine forschende Haltung, d. h. ein Sich-Einfühlen in den Patienten, ein Wissen und tiefes Verständnis über diesen, welches das Selbst und die sich entfaltende gemeinsam geschaffene Erfahrungswelt zutage fördert (Lichtenberg, 2007). Dazu gehören auch die Fähigkeit, über Gefühle zu abstrahieren und Perspektiven zu übernehmen, gute interpersonelle Fähigkeiten wie Wärme, Empathie, Geduld, Toleranz sowie Offenheit (Anderson et al., 2016, a, b). Diese Fähigkeiten stellen zum einen eine große Herausforderung an die therapeutische Ausbildung mit den zentralen Elementen Selbsterfahrung, Theorieerwerb und praktische Tätigkeit dar, und sie erfordern einen stetig regen Austausch mit Kollegen und Supervisoren. Zugleich tragen sie jedoch zum besonderen Reiz des Verfahrens bei.

Wirksamkeit psychodynamischer Therapie

Uns sind in den zurückliegenden Jahren viele Studierende und Ausbildungskandidaten begegnet, die sich von diesem Verfahren stark angezogen gefühlt haben und die gleichzeitig verunsichert waren, weil sie entweder im Laufe ihres Psychologiestudiums kaum etwas davon gehört oder gar den Eindruck hatten, dass das Verfahren von ihren Lehrenden in Misskredit gebracht wurde ob seiner vermeintlich fehlenden Wissenschaftlichkeit und Modernität. Möglicherweise hängt diese Fehlinformation damit zusammen, dass zu wenige Professuren im deutschsprachigen Raum mit psychodynamischen Klinikern besetzt sind. Wir hoffen, dass die reiche Tradition der psychodynamischen Konzepte und Vorgehensweisen auch künftig in der Lehre und Forschung von vielen gepflegt und weitergetragen wird. De facto liegt für die Wirksamkeit psychodynamischer Psychotherapien eine Vielzahl empirischer Nachweise vor. In einer Reihe von Metaanalysen wurde sowohl für psychodynamische Psychotherapie von kürzerer Dauer (unter 40 Stunden, z.B. Abbas et al., 2014; Leichsenring et al., 2015; Steinert et al., 2017) als auch für psychodynamische Psychotherapie von längerer Dauer (über 40 Stunden, z.B. Leichsenring et al., 2013; Woll & Schönbrodt, 2018) sowie für psychoanalytische Behandlungen (De Maat et al., 2013) gezeigt, dass psychodynamische Behandlungen für komplexe Störungsbilder wirksam sind. Die Anwendungsformen psychodynamischer Therapie wurden weiterentwickelt, es existieren modifizierte oder störungsspezifische, teils manualisierte Verfahren, die ebenfalls empirisch überprüft wurden. Beispiele hierfür sind die Übertragungsfokussierte Psychotherapie (TFP) oder die Mentalisierungsbasierte Psychotherapie (MBT) für die Behandlung von Persönlichkeitsstörungen (Clarkin et al., 2007; Doering et al., 2010; Bateman et al., 2009) oder die Panik-fokussierte

Psychodynamische Psychotherapie (PFPP) für die Behandlung von Panikstörungen (Beutel et al., 2013; Milrod et al., 2015).

Die Frage, ob Psychotherapie wirkt (Outcome-Forschung), ist nunmehr weitreichend geklärt. Unabhängig vom therapeutischen Verfahren sind Psychotherapien wirksam. Die zeitgenössische Psychotherapieforschung widmet sich daher zunehmend der interessanten Frage, wie Psychotherapie wirkt, also durch welche Faktoren und welche Mechanismen (Prozessforschung). Ein Hauptaugenmerk wird dabei auf spezifische und allgemeine Wirkfaktoren, wie die therapeutische Beziehung, gelegt. Auch werden in der Therapieforschung immer mehr Fragen zur differenziellen Wirksamkeit untersucht, um Antwort auf die Frage »Welches Verfahren mit welchem Therapeuten mit welchen Techniken bei welchem Patienten?« geben zu können, was komplexe Studiendesigns nötig macht.

Gliederung des Buches

Dieses Lehrbuch bietet einen breiten Überblick über historisch gewachsene und moderne Konzepte und Vorgehensweisen der psychodynamischen Psychotherapie. Es stellt Wirkfaktoren, Grundkonzepte und Basistechniken vor, erläutert diagnostische Zugänge, Krankheitsbilder und therapeutisches Vorgehen und wirft einen Blick auf den Therapieprozess und die im Therapieverlauf entstehenden Alltäglichkeiten und Herausforderungen. Wir haben das Lehrbuch in sieben Teile gegliedert:

Teil I: Therapeutische Beziehung, Grundkonzepte und Techniken

Teil II: Therapiebeginn, Erstgespräche und Diagnostik

Teil III: Psychische Störungen

Teil IV: Psychodynamische störungsspezifische Therapie

Teil V: Psychodynamische Therapie bei speziellen Patientengruppen

Teil VI: Therapieprozess und Besonderheiten im Prozess

Teil VII: Vielfalt der psychodynamischen Verfahren

Jedem dieser Teile ist ein einführendes Editorial vorangestellt, in dem für einen schnellen Überblick die umfassenden Inhalte zusammengefasst werden.

Hinweise zur Benutzung

Wir möchten noch einige Hinweise zur Benutzung des Buches geben:

- ▶ Wir haben im vorliegenden Lehrbuch zugunsten einer besseren Lesbarkeit und Verständlichkeit auf die geschlechtsspezifische Differenzierung verzichtet, sofern die Geschlechtszugehörigkeit keine spezielle Rolle spielt. Das heißt, Begriffe, wie »Patient« oder Therapeut« werden grundsätzlich geschlechtsneutral verwendet und betreffen stets beide Geschlechter.
- ▶ Als Einführung ist jedem Teil ein Editorial vorangestellt. Die Editorials geben einen knappen Überblick über die in den Lehrbuchteilen vermittelten Inhalte.
- ▶ Alle Kapitel enthalten Implikationen oder Empfehlungen für die Praxis und mindestens ein Fallbeispiel.
- ▶ Am Ende eines jeden Kapitels finden sich eine FAQ-Rubrik mit praxisnahen Fragen und Antworten.

- ▶ In jedem Kapitel werden Empfehlungen für weiterführende Literatur zur Vertiefung gegeben. Die in den Kapiteln zitierte Literatur ist im Gesamtliteraturverzeichnis am Ende des Buches zusammengefasst.
- ▶ Leser, die im Buch gezielt zu einem bestimmten Thema lesen möchten, können sich sowohl im Inhaltsverzeichnis orientieren, als auch im Sachwortverzeichnis nach einem bestimmten Thema suchen oder über Kapitelquerverweise zu den eigenen Interessenschwerpunkten navigieren.

I **Therapeutische Beziehung, Grundkonzepte und Techniken**

- 1 Die Bedeutung der therapeutischen Beziehung
- 2 Übertragung und Gegenübertragung
- 3 Szenisches Verstehen
- 4 Das Unbewusste
- 5 Die Bedeutung der Lebensgeschichte
- 6 Konflikt und Struktur
- 7 Mentalisieren
- 8 Abwehr und Widerstand
- 9 Therapeutische Haltungen
- 10 Die Person des Psychotherapeuten
- 11 Psychodynamische Interventionstechniken
- 12 Freie Assoziation und gleichschwebende Aufmerksamkeit
- 13 Der Umgang mit Emotionen
- 14 Arbeiten mit Träumen

Editorial

Therapeutische Beziehung, Grundkonzepte und Techniken

Antje Gumz • Susanne Hörz-Sagstetter

Der erste Teil des Lehrbuchs widmet sich ausgewählten, zentralen Konzepten, Haltungen und Techniken, die psychodynamisches Arbeiten ausmachen. Viele dieser Konzepte psychodynamischen Arbeitens haben eine lange und reiche Tradition. Sie wurden über die Jahre von zahlreichen Autoren theoretisch und praktisch weiterentwickelt und sind entsprechend komplex. Zwischen einigen Konzepten gibt es einen hohen Überschneidungsbereich. So befassen sich verschiedene Kapitel aus jeweils etwas unterschiedlichen Perspektiven mit der therapeutischen Beziehung, welche heute in allen Therapiemethoden als notwendige Basis für eine effektive therapeutische Arbeit gilt und deren Bedeutung für das Therapieergebnis zu den eindeutigsten Befunden der Psychotherapieforschung zählt. In den psychodynamischen Verfahren kommt zudem den therapeutischen Prinzipien und Haltungen eine große Bedeutung zu. Dementsprechend wird therapeutische Kompetenz vor allem auch in der Fähigkeit gesehen, solche Haltungen einzunehmen, beispielsweise in der Fähigkeit, mit der Gegenübertragung zu arbeiten und der Fähigkeit zur Abstinenz, zur Neutralität und zur gleichschwebenden Aufmerksamkeit. Fallbeispiele und Empfehlungen für die Praxis veranschaulichen die vermittelten Inhalte.

- ▶ **Kapitel 1: Die Bedeutung der therapeutischen Beziehung.** Die Autoren legen dar, welche unterschiedlichen Aspekte der therapeutischen Beziehung abgegrenzt werden können (therapeutische Allianz, Übertragungsbeziehung, Realbeziehung) und diskutieren die Überschneidung dieser Konzepte.
- ▶ **Kapitel 2: Übertragung und Gegenübertragung.** Die für die psychodynamische Theorie und Praxis zentralen Konzepte Übertragung und Gegenübertragung werden ausführlicher aufgegriffen. Übertragung bedeutet, dass vergangene Beziehungserfahrungen in gegenwärtigen Beziehungen aktualisiert werden, d. h., dass sie aktuelle Beziehungen prägen. Dieses Phänomen zeigt sich in allen zwischenmenschlichen Beziehungen und so auch in der therapeutischen. Psychodynamische Therapeuten nutzen es, um über die Therapiebeziehung Einsichten in unbewusste intrapsychische und interpersonelle Konflikte und Motive zu erlangen, neue Beziehungserfahrungen zu ermöglichen und hierüber therapeutische Veränderung zu bewirken. Die Gegenübertragung des Therapeuten, d. h., dessen emotionale Reaktionen, seine Äußerungen und Handlungen auf die Übertragung des Patienten, ist Ausdruck des miteinander emotional Involviert- und Verwickeltseins und ein diagnostischer Zugang, um die spezifische Übertragung zu verstehen und aufzulösen. Eine ausreichende Selbsterfahrung und stetige Supervision im pro-

fessionellen Kontext ist wichtig, um die Fähigkeit zu entwickeln, gleichzeitig zum einen emotional involviert und verwickelt zu sein und zum anderen aus einer abstrakten Beobachterperspektive heraus Hypothesen für die Bedeutung der gemeinsam hergestellten Beziehungsmuster oder Szenen zu entwickeln.

- ▶ **Kapitel 3: Szenisches Verstehen.** Das Konzept des szenischen Verstehens ist dem Konzept der Übertragung und Gegenübertragung verwandt. Szenisches Verstehen bezieht sich darauf, dass psychodynamische Therapeuten die Aktualisierung lebensgeschichtlich bedeutsamer Szenen erkennen und damit arbeiten. Gemeinsam hergestellte Szenen sind somit Grundlage von Verstehen und Veränderung.
- ▶ **Kapitel 4: Das Unbewusste.** Hier wird ein weiteres wesentliches psychodynamisches Konzept aufgegriffen: das Unbewusste. Die traditionellen Modelle des Unbewussten, Freuds topografisches und das Drei-Instanzen-Modell, werden vorgestellt. Moderne Konzepte weisen auf die Bedeutung implizit-prozeduraler Gedächtnisinhalte hin. Das implizit-prozedurale Gedächtnis beinhaltet Beziehungswissen, welches in der präverbalen Entwicklung erworben wurde und nicht sprachlich-symbolisch repräsentiert ist. Es kann somit nicht bewusst gemacht werden.
- ▶ **Kapitel 5: Die Bedeutung der Lebensgeschichte.** Zu Beginn jeder psychodynamischen Therapie werden Hypothesen zur Psychodynamik formuliert. Diese stützen sich zum einen auf die jeweilige Konstellation von Übertragung und Gegenübertragung in den Vorgesprächen und das szenische Verstehen sowie zum anderen auf die vom Patienten geschilderte Lebensgeschichte. Das Erzählen der Lebensgeschichte hat nicht nur diagnostischen Nutzen. Es dient darüber hinaus dem Teilen von Erfahrungen und Emotionen und trägt somit zur kognitiv-affektiven Verarbeitung des Erlebten bei. Die eigene Lebensgeschichte sinnhaft und zusammenhängend erzählen zu können, ist ein wichtiger Bestandteil des Identitätsgefühls.
- ▶ **Kapitel 6: Konflikt und Struktur** sind weitere für psychodynamisches Denken und Handeln zentrale Begriffe. Das Konflikthafte als Grundbedingung menschlicher Entwicklung steht seit jeher im Zentrum psychodynamischer Theoriebildung. Konflikte, d.h. intrapsychisch und interpersonell gegensätzliche Tendenzen können als »Lebensthemen« entwicklungsfördernd sein. Sie werden neurotisch-dysfunktional, wenn Versuchungs- und Versagenssituationen die individuelle Bewältigungskapazität überfordern. Konflikthafte Beziehungsangebote entstehen aus inneren Wünschen und deren Abwehr. Konfliktbezogene Psychotherapie hat zum Ziel, den intrapsychischen oder interpersonellen Konflikt bewusst zu machen und hierüber eine emotionale Neuerfahrung zu ermöglichen. Für den Therapieverlauf ist es wichtig, Konflikt- und Strukturmerkmale diagnostisch unterscheiden zu können. Strukturelle Defizite der Persönlichkeit machen erforderlich, dass der Therapeut die starken Einschränkungen der basalen Fähigkeiten zur Beziehungsregulation ausgleicht, z.B. in Hinblick auf Nähe und Distanz oder Macht und Ohnmacht. Ein strukturbezogenes Vorgehen zielt vor allem darauf ab, dass Patienten ein realistisches, differenziertes und ganzheitliches Bild von sich und anderen entwickeln, dass sie lernen, Beziehungen besser zu regulieren und innere Impulse angemessener zu steuern.

- ▶ **Kapitel 7: Mentalisieren.** Dieses vergleichsweise moderne psychodynamische Konzept (Fonagy, 2003) meint die Fähigkeit, sich selbst (Achtsamkeit, Introspektion) und andere (Empathie) zu verstehen, dadurch, dass das eigene und das Verhalten anderer im Hinblick auf zugrunde liegende Emotionen, Wünsche, Überzeugungen und Gedanken sinnhaft erklärt werden kann. Diese Fähigkeit hängt von frühen Bindungserfahrungen ab und kann aufgrund misslingender früher Interaktionen oder traumatischer Erfahrungen eingeschränkt sein.
- ▶ **Kapitel 8: Abwehr und Widerstand.** Im Therapieprozess ist es bedeutsam, sich diesen beiden Phänomenen interessiert zuzuwenden und sie als Schutzbedürfnis zu verstehen und nicht zu unterwandern. Die Analyse der Abwehrformen ist der Analyse des abgewehrten Inhalts stets voranzustellen. Es ist möglich, zwischen interpersonellen und intrapsychischen Abwehrmechanismen zu unterscheiden, wobei letztlich auch jede intrapsychische Abwehr interpersonelle Konsequenzen hat und jede interpersonelle Abwehr auch der Selbstregulation dient. Der Begriff Widerstand bezieht sich auf unbewusste Kräfte, die den Fortschritt der Behandlung, wie eine tiefere Einsicht oder das Bewusstwerden eines Affekts verhindern. Es kann leicht passieren, dass auch der Therapeut in eine Abwehrhaltung gerät, um sich vor heftigen Gefühlen zu schützen, und es einer Supervision bedarf, um sich aus der unbewussten Gegenübertragungsabwehr lösen zu können.
- ▶ **Kapitel 9: Therapeutische Haltungen** sind für das Zustandekommen und Gelingen einer Psychotherapie essenziell. Hierzu gehört zum einen die Empathie, d.h. die Fähigkeit, ein tieferes Verständnis davon zu entwickeln, was der Patient subjektiv erlebt, und sich auf dieses Erleben zu beziehen. Weiterhin gehört dazu die Bereitschaft, sich auf die Inszenierungen im Hier und Jetzt einzulassen (Rollenübernahme) und – wie im zweiten und dritten Kapitel beschrieben – diese Inszenierungen im Hier und Jetzt zu verstehen. Weitere wichtige Aufgaben des Therapeuten sind, für den Patienten unerträgliche Emotionen aufzunehmen und zu »verdauen«, anstatt sie zu agieren (Containing) sowie selbst- oder therapiegefährdende Verhaltensweisen einzuschränken (Grenzsetzung). Zu den grundlegenden Haltungen eines psychodynamischen Therapeuten gehören zudem Abstinenz (Verzicht auf die Befriedigung eigener Bedürfnisse) und Neutralität gegenüber den intrapsychischen und interpersonellen Konflikten, sowie das Zutrauen in das Entwicklungspotenzial eines Patienten (Kreditierung).
- ▶ **Kapitel 10: Die Person des Psychotherapeuten.** Der Therapeut soll eine »sichere Basis« für seinen Patienten bieten, von der aus dieser unangenehme und schwierige Aspekte seines Lebens erkunden kann, und er soll als Modell zur Verfügung stehen. Hierzu sind Eigenschaften nötig wie Feinfühligkeit, Flexibilität in der Aufmerksamkeit und eine gut ausgeprägte Kompetenz, sich selbst und andere auf differenzierte Weise zu verstehen (Mentalisierung). Die Person des Therapeuten stellt einen der empirisch bedeutsamsten Einflussfaktoren auf das Therapieergebnis dar. Therapeuten unterscheiden sich in ihrer prinzipiellen Fähigkeit, eine gute therapeutische Beziehung zu ihren Patienten aufzubauen, wobei jene Therapeuten, denen dies besser gelingt, zugleich die erfolgreicheren sind.

- ▶ **Kapitel 11: Psychodynamische Interventionstechniken.** Hier wird besonders auf die beiden zentralen psychodynamischen Techniken, die Deutung und die Übertragungsdeutung, eingegangen. Ursprünglich wurde die Deutung definiert als Technik, die auf die Aufdeckung der latenten Bedeutung unbewusster Zusammenhänge abzielt. Der zwingende Bezug auf das Unbewusste wird heute eher kritisch gesehen. Ein möglichst tiefes Verständnis des Patienten ist wichtig, jedoch sollte sich eine Deutung dabei nicht zu weit von dem entfernen, was der Patient nachfühlen und nachvollziehen kann. Das therapeutische Gespräch sollte von der Vorstellung geprägt sein, mit dem Patienten gemeinsam nach Erkenntnissen zu suchen und dabei so spezifisch und konkret wie möglich zu sein.
- ▶ **Kapitel 12: Freie Assoziation und gleichschwebende Aufmerksamkeit.** Es werden zwei weitere Behandlungsprinzipien dargestellt – die freie Assoziation des Patienten und die gleichschwebende Aufmerksamkeit des Therapeuten. Die freie Assoziation ist vor allem für das psychoanalytische Setting von grundlegender Bedeutung, spielt aber auch in tiefenpsychologischen Behandlungen eine Rolle, z. B. bei der Arbeit mit Träumen oder in der Tendenz, den Patienten das Thema der Stunde bestimmen zu lassen. Der gleichschwebenden Aufmerksamkeit des Therapeuten kommt eine zentrale Stellung innerhalb der gesamten psychodynamischen Behandlungstechnik zu. Die Fähigkeit, die gegenwärtige Wirklichkeit achtsam und nicht-wertend wahrzunehmen, kann mithilfe von Achtsamkeitsübungen trainiert werden.
- ▶ **Kapitel 13: Der Umgang mit Emotionen.** Bei der Entstehung und Aufrechterhaltung von psychischen Störungen spielen Emotionen eine zentrale Rolle. Aus psychodynamischer Perspektive läuft ein Großteil der Emotionsregulierung unbewusst ab: Werden Selbst- und Objektrepräsentanzen und damit verknüpfte unbewusste Affekte aktiviert, kommen automatisch Abwehrprozesse in Gang. Im Verlauf einer gelingenden Psychotherapie werden bisher abgewehrte Affekte wiederholt aktiviert und gleichzeitig reflexiv verarbeitet. Das heißt, aus psychodynamischer Sicht sind klinisch nachhaltige Veränderungen nur mit einer Umstrukturierung der Persönlichkeit und substanziellen Veränderungen im individuellen Emotionssystem zu erwarten. In die Hypothesen zur Psychodynamik sollten Aussagen über abgewehrte Affekte immer mit aufgenommen werden. Voraussetzung für die Arbeit mit schwierigen Affekten ist, selbst mit solchen umgehen zu können.
- ▶ **Kapitel 14: Arbeiten mit Träumen.** Das traditionelle Modell von Freud und moderne Konzepte zum Traum und dessen Funktionen werden vorgestellt. In gegenwärtigen Traumtheorien werden die organisierenden, integrierenden, problemlösenden und adaptiven Aspekte des Träumens betont. Aus heutiger Sicht geht man davon aus, dass sich in Träumen von Patienten (mit ausreichender Ich-Struktur) das aktuelle Konfliktthema bildhaft zeigt, vor allem auch in der Übertragungsbeziehung zum Therapeuten. Wichtig ist also zu überlegen, welche gegenwärtigen Probleme und Konflikte des Patienten in welchen Bildern, Verdichtungen und Verschiebungen im Traum zum Ausdruck kommen könnten und die Interpretation von Teilen eines Traums dabei immer auf das jeweilige Selbstverständnis und die ich-strukturellen Kompetenzen eines Patienten abzustimmen.

6 Konflikt und Struktur

Johannes C. Ehrental • Susanne Hörz-Sagstetter

Eine Besonderheit der psychodynamischen Verfahren liegt in dem Anspruch der zugrunde liegenden Theorien, auch Beiträge zu einer allgemeinen Psychologie zu leisten, also darüber, wie Menschen sind und was sie so antreibt. Auch wenn diese Ideen einer Metapsychologie in der nicht-psychoanalytischen Psychologie wie auch innerhalb der psychoanalytischen Communities in den letzten Jahrzehnten zunehmend in den Hintergrund gerückt sind, prägen sie dennoch das klinische Denken. Im Gegensatz zu vielen anderen Therapieschulen ist es dadurch sogar möglich, die impliziten Annahmen in der Theoriegeschichte nachzuverfolgen und zu explizieren. Im Zentrum psychodynamischer Verfahren stehen die Begriffe von Konflikt und Struktur. Sie sollen daher in diesem Kapitel im Vorgriff auf Kapitel 19 und 20 näher erläutert und miteinander in Beziehung gesetzt werden.

6.1 Was ist Konflikt und was ist Struktur?

Konflikt-Konzept

Das Konflikthafte als Grundbedingung, Organisationsprinzip und zugleich Hindernis menschlicher Entwicklung steht seit jeher im Zentrum psychodynamischer Theoriebildung.

Sehr frühe Ideen von Freud sahen widerstreitende Vorstellungen im Ich als ursächlich, spätere Modelle dann miteinander ringende Triebe (Ich-Erhaltung vs. Sexualität, Aggression vs. Sexualität, Lebenstrieb vs. Todestrieb) im Vordergrund (Benecke, 2014a; dort Kap. 6). Mit der Formulierung des Strukturmodells der Psyche rückten Konflikte zwischen verschiedenen Instanzen in den Mittelpunkt (s. Kap. 4). Hierbei wurden oft, aber nicht ausschließlich, nach Befriedigung strebende Triebimpulse beschrieben, die mit Verboten des Über-Ichs unvereinbar sind und eines vermittelnden Eingreifens des Ich bedürfen, was im besten Fall zu einer gelungenen Kompromissbildung führt. Dabei sind Konflikte also zunächst etwas Dynamisches, Entwicklungsförderndes, sofern ein gewisses Maß an Bedürfnisbefriedigung erreicht wird, und die Konfliktspannung bewältigbar bleibt (Schüsler, 2000). Neurotisch wird das Geschehen, wenn aus der biografischen Entwicklung entstandene Vulnerabilitäten in Bezug auf Lebensthemen solchermaßen »schwierig« sind, dass bei einer Stimulation zugehöriger Inhalte – oft als Möglichkeit (»Versuchung«) oder Unmöglichkeit (»Versagung«) ihrer Befriedigung – das innere Angstniveau dermaßen ansteigt, dass die Abwehr der mit dem Lebensthema verbundenen Wünsche unflexibel oder unzureichend wird und Symptomatik entstehen kann.



Konfliktthemen sind als »Lebensthemen« entwicklungsfördernd, sofern sie flexibel gestaltet, ausreichend bewusst oder passend zur inneren und äußeren Lebenssituation (»integriert«) sind. Sie werden neurotisch-dysfunktional, wenn Versuchs- und Versagenssituationen die individuellen Bewältigungsfähigkeiten übersteigen.

Während triebtheoretische Konzepte Zonen- oder Modusfixierungen auf bestimmte psychosexuelle Entwicklungsphasen als konstitutiv für spätere neurotische Vulnerabilitäten sahen, die Ich-Psychologie v. a. die Adaptivität und Schwierigkeiten von Abwehrkonstellationen in den Fokus nahm, ermöglichten spätere Entwicklungen wie etwa die objektbeziehungstheoretischen Schulen und die Selbst-Psychologie eine differenziertere Betrachtung. Konflikte können sich je nach Theorietradition auf ganz unterschiedliche Themenbereiche beziehen. Ein Überblick aktueller Konzeptualisierungen findet sich in Kapitel 20. Für Diagnostik und Behandlung ist dabei v. a. zu nennen, dass Beziehungserfahrungen und deren Internalisierung eine stärkere Bedeutung bekommen haben, ebenso, dass der Konfliktbegriff auf Repräsentationen von sich und anderen ausgeweitet werden kann (McWilliams, 2011, S. 31-41). Zudem wird vermehrt der Einfluss früher Traumatisierung und Vernachlässigung und deren Verarbeitung für die Ausbildung von Entwicklungsdefiziten oder -schäden der psychischen Struktur betrachtet (s. Kap. 28 und 29). Letztere wird im nächsten Abschnitt kurz beschrieben.

Struktur-Konzept

Frühe psychodynamische Theoriebildungen beinhalteten eine Reihe von Strukturkonzepten, z. B. das topografische und das Drei-Instanzen-Modell (s. Kap. 4). Spätestens seit der Ausdifferenzierung der Ich-Psychologie beschrieb Hartmann (1939, zit. nach Doering & Hörz, 2012b; dort Kap. 1) eine Form der Ich-Schwäche, die unabhängig von der Konfliktneurose und als »primär« zu verstehen sei. Eine weitere Betrachtungsweise versteht Struktur als relativ stabile Anordnung von Persönlichkeitseigenschaften und deren Abwehrkonstellationen im Sinne einer Charaktertypologie, Charakterorganisation oder auch Neurosenstruktur. Neben weiteren Modellen, die sich z. B. bei Doering und Hörz (2012b) nachlesen lassen, sind heute im deutschsprachigen Raum v. a. das Strukturkonzept Kernbergs und das der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD-2) gebräuchlich.

Kernbergs Modell der Strukturpathologie. Kernberg (1992) legt einen besonderen Schwerpunkt auf differenzialdiagnostisch relevante Dimensionen, die verschiedene Niveaus der Persönlichkeitsorganisation (synonym mit Strukturniveau) unterscheiden können. Diese Merkmale setzen sich aus

- ▶ der Identitätsintegration (auf einem Kontinuum von integrierter bis pathologischer Identität),
- ▶ dem überwiegenden Einsatz von reifen vs. unreifen Abwehrmechanismen,

- ▶ der Fähigkeit zur Realitätsprüfung,
- ▶ und darüber hinaus noch dem Umgang mit Aggressionen, mit verinnerlichten Werten und mit Objektbeziehungen zusammen.

Das Niveau der Persönlichkeitsorganisation kann anhand der Ausprägung der Beeinträchtigung auf diesen Dimensionen auf verschiedenen Stufen von normaler über neurotische, Borderline bis hin zu psychotischer Persönlichkeitsorganisation eingeschätzt werden (Kernberg, 2000; s. Kap. 21). Besondere Stärken des Modells von Kernberg liegen in einer zeitgemäßen dimensional Diagnostik, einer konsequenten Ableitung aus klassischer psychoanalytischer Theorie und einer engen Verbindung zu dem Behandlungsverfahren der Übertragungsfokussierten Psychotherapie (TFP; Yeomans et al., 2017).

OPD. Die Strukturachse der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD-2; Arbeitskreis OPD, 2006) beschreibt auf der Annahme eines Entwicklungsdefizites Struktur als »Verfügbarkeit über psychische Funktionen in der Regulierung des Selbst und seiner Beziehung zu den inneren und äußeren Objekten« (Arbeitskreis OPD, 2006, S. 225; s. auch Ehrental, 2014). Dabei geht es um eine ganze Bandbreite an Strukturmerkmalen bzw. -defiziten entweder in Bezug auf das Selbst oder in Bezug auf die Objekte. Sie erfasst vier unterschiedliche Bereiche:

- ▶ Wahrnehmung
- ▶ Steuerung
- ▶ emotionale Kommunikationsfähigkeit
- ▶ Bindungsfähigkeit

In der Kombination mit dem Bezug auf das Selbst und die Objekte ergeben sich acht untergeordnete Dimensionen, von denen jede wiederum drei strukturelle Fertigkeiten beinhaltet. Stärken der OPD-Strukturdiagnostik liegen in ihrer Integration unterschiedlicher Ansätze zum Thema Struktur und ihrer Ähnlichkeit mit aktuellen dimensional Konzepten zur Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen (Zimmermann et al., 2012).

6.2 Konflikt und Struktur in Beziehungen



In der klinischen Arbeit sind neben dem Inhalt dessen, was Patienten berichten, v. a. ihre Beziehungsangebote und die damit verbundene eigene Gegenübertragung (Kap. 2) wichtig für psychodynamische Diagnostik und Therapie. Die Beziehungsgestaltung folgt je nach konflikt- oder strukturbedingter Genese unterschiedlichen Dynamiken.

Das konfliktbedingt schwierige Beziehungsangebot ist dadurch gekennzeichnet, dass es aus inneren Wünschen und deren Abwehr gespeist wird. Aufgrund der – oft unbewussten – Angst, mit diesen Wünschen ebenso von anderen wie von sich selber

abgelehnt zu werden, wird dem Gegenüber in der Interaktion nahegelegt, sich entsprechend dieser Befürchtung ablehnend zu verhalten. Damit wird letztlich die Abwehr unterstützt, aber gleichzeitig die Wunschseite enttäuscht, was zur Stabilität des neurotischen Arrangements beiträgt (Grande, 2007).

Strukturelle Schwierigkeiten der Persönlichkeit führen in der Interaktionsgestaltung zu einer deutlichen Anforderung an das Gegenüber, die Beziehung mit zu regulieren. Entweder besteht eine »Vergrößerung« der Wunsch-Abwehr-Dynamik (bspw. ungefilterte Nähewünsche mit abrupten Distanzierungsbemühungen), da das nötige Handwerkszeug an Wahrnehmung, Regulierung, emotionaler Kontaktaufnahme und Bindungsfähigkeit fehlt. Das Gegenüber fühlt sich an dieser Stelle oftmals verpflichtet, viel Verantwortung übernehmen, um zu verstehen, was vor sich geht, die Affekte des Patienten einzufangen und die eigenen Gegenübertragungsimpulse zu kontrollieren. Eine weitere Möglichkeit besteht im Rahmen eines Versuches, das Selbst zu schützen, oft bei starker innerer Fragilität des Patienten. Hier ist häufig gerade die Regulation von Nähe und Distanz eine besondere Herausforderung (Ehrenthal & Grande, 2014). Neben der unterschiedlichen Beziehungsgestaltung sind aber auch weitere Aspekte zum Verhältnis von Konflikt und Struktur bedeutsam.

6.3 Unterscheidung zwischen Konflikt und Struktur



Die Relevanz der Unterscheidung zwischen Konflikt und Struktur ergibt sich aus zwei zentralen, miteinander verbundenen Annahmen:

- (1) der Unterschiedlichkeit von Phänomenologie, Ätiologie und Dynamik konfliktbedingter vs. struktureller Störungen
- (2) der Notwendigkeit einer Anpassung therapeutischer Haltungen, Strategien und Techniken an diese Unterschiedlichkeit

Dies entspricht sowohl der langjährigen Erfahrung psychodynamischer Psychotherapeuten wie auch einer seit etwa 100 Jahren bestehenden, zum Teil forschungsgestützten Theoriebildung zum Thema Struktur. Kern der Überlegungen ist, Patienten ein optimales Anforderungsniveau in Behandlungen zu bieten. In anderen Worten: Menschen mit strukturellen Schwierigkeiten sollen in der Behandlung nicht überfordert, Menschen ohne strukturelle Einschränkungen nicht unterfordert werden (Ehrenthal, 2017). Insbesondere die Behandlung von Menschen mit strukturellen Störungen der Persönlichkeitsentwicklung erfordert eine Anpassung therapeutischer Haltungen und Strategien (s. Kap. 41). So sind nach Dammann (2014a) z. B. ein höheres Aktivitätslevel von Therapeuten, eine höhere Behandlungsdosis, ein klarer Fokus und Rahmen, das Arbeiten mit dem, was in der Gegenwart passiert, und eine größere Erfahrung der Behandelnden Faktoren, die eine Psychotherapie von Menschen mit strukturellen Störungen verbessert. In einer Studie von Høglend et al.

(2008) zeigte sich, dass die Art der Intervention, in diesem Fall die Übertragungsdeutungen (s. Kap. 11), unterschiedlichen Effekt bei unterschiedlichem Strukturniveau zeigten: Vor allem bei Personen mit niedrigerem Strukturniveau und eher abhängig-vermeidenden Persönlichkeitszügen waren Behandlungen mit Übertragungsdeutungen hilfreicher als ohne, was zeigt, dass eine Anpassung der Behandlungstechnik der Therapeuten an das Strukturniveau des Patienten hilfreich ist (Høglend et al., 2008). Gleichzeitig ist es nicht immer hilfreich, Menschen mit konfliktbedingten Störungen so zu behandeln wie jene mit Strukturpathologie: In einer Re-Analyse der genannten Studie von Dahl et al. (2014) zeigte sich, dass Personen mit eher konfliktbedingten Einschränkungen etwas weniger gut profitierten, wenn ihre Therapeuten sehr »beelternd«, und damit wohlmöglich etwas zu dominant ihre Beziehungsdeutungen einbrachten.

Im deutschsprachigen Raum hat wahrscheinlich Rudolf (2010) den Unterschied zwischen Konflikt und Struktur in Bezug auf Behandlungsstrategien am deutlichsten herausgearbeitet. Auch anhand der Heidelberger Umstrukturierungsskala (HSCS; Rudolf et al., 2000) kann mit der Auswahl von Struktur- vs. Konfliktfoki eine Schwerpunktsetzung hinsichtlich strukturorientierter vs. konfliktorientierter Arbeit erfolgen. Mit der Skala lassen sich auch Veränderungen reliabel abbilden und empirisch überprüfen (s. Kap. 16).

Konfliktbezogene Psychotherapie hat hier zum Ziel, den aktuellen intrapsychischen Konflikt bewusst zu machen, versteht ihn vor dem Hintergrund biografischer Konfliktspannung, fokussiert auf das Erlebbar- und Benennbar-Machen der konfliktspezifischen Bedürfnisse, Abwehr- und Regulationsmuster, und arbeitet an einer Lockerung und Modifizierung von Ansprüchen, Verboten und Strenge sich selbst gegenüber. Dies kann insbesondere bei Langzeittherapien auch innerhalb der Übertragungs-Gegenübertragungskonstellation der therapeutischen Beziehung passieren, unter Berücksichtigung oder Vertiefung regressiver Prozesse. Ziel ist, mehr innere Freiheit vor dem Hintergrund einer durch neurotische Verstrickungen geprägten Innenwelt zu erlangen.

Strukturbezogene Psychotherapie. Im Gegensatz dazu hat strukturbezogenes Vorgehen zum Ziel, dass Patienten ein realistisches und differenziertes Bild von sich und anderen entwickeln und dadurch mit sich selbst und den anderen besser zurechtkommen, Steuerungs- und Distanzierungsfähigkeit zu inneren Impulsen und der Regulation von Beziehungen erhalten. Zudem soll das Selbst, auch in seiner Leiblichkeit, lebendiger und ganzheitlicher erlebt, Beziehungen freundlicher und empathischer gestaltet werden. Der Bezug zu wohlwollenden inneren Objekten soll ermöglicht und verbessert (Rudolf, 2013) sowie die Beziehungsfähigkeit gestärkt werden. Therapeutisch steht eine aktive, die Regression begrenzende Vorgehensweise im Vordergrund, mit einer Stärkung der Ich-Funktionen, in dem Therapeuten oftmals eine beelternde Haltung einnehmen (s. auch Ehrenthal & Grande, 2014). Gerade bei kürzeren, z. B. stationären fokalen Behandlungen wird von einer Arbeit in der Übertragung eher abgeraten (Ehrenthal, in press).

Fazit. Menschen mit konfliktbedingten Störungen kann zugemutet werden, die Verantwortung für ihre abgewehrten Wünsche zu übernehmen, weil sie über das nötige strukturelle Handwerkszeug verfügen, also eigentlich dazu in der Lage sind: sich etwas zu trauen, etwas zu unterlassen, etwas zu betrauern, sich etwas bewusst zu werden. Menschen mit strukturellen Störungen kann zugemutet werden, den Umgang mit ihren Schwierigkeiten zu verantworten: Nicht gleich zu handeln, etwas von mehreren Seiten wahrzunehmen, einen Umgang mit Gefühlen und Impulsen zu finden, mit sich und anderen freundlicher umzugehen.

Verbindung von Konflikt und Struktur

Auch wenn es für die Behandlungsplanung zentral ist, nach genauer diagnostischer Einschätzung unterscheiden zu können, wie stark das Ausmaß der strukturellen Einschränkung des Patienten ist, ist die oben beschriebene dichotome Unterscheidung nicht die einzige Perspektive auf Konflikt und Struktur. So ist das Ausmaß an struktureller Desintegration besser als eine kontinuierliche Dimension zu betrachten, auch wenn sich ausgeprägte strukturelle Defizite aus Sicht eines Therapeuten qualitativ anders anfühlen als Menschen mit konfliktbedingten Störungen, und eine dichotome Einteilung eine gute Heuristik darstellt. Gleichzeitig haben selbstverständlich auch Menschen mit Persönlichkeitsstörungen Motive, die in ihrem Leben immer wieder auftauchen und die sie in ihrer Persönlichkeit und ihren Lebenszielen einzigartig machen. Und letztlich arbeiten manche wirksamen Verfahren in der Behandlung von Persönlichkeitsstörungen, wie etwa die TFP, explizit mit der Annahme, dass eine Bedeutungsgebung (also mit der Deutung als zentraler Technik) in Bezug auf konflikthafte Material zu einer zunehmenden Persönlichkeitsintegration führt.

Wahrscheinlich ist es sinnvoll, sich motivationale Themen auf einer Strukturdimension vorzustellen, von einem integrierten Erleben, über konflikthafte Spannungen, bis hin zu Spaltung und Desintegration einzelner Wünsche und deren Abwehr. In Abbildung 6.1 wird prototypisch verdeutlicht, wie sich Motive von gutem über mäßiges, geringes Strukturniveau bis hin zur Desintegration des Strukturniveaus zeigen können. Die dunkelgrauen Formen stehen für das Selbst, die hellen für das Motiv. Letzteres bekommt mit zunehmender struktureller Beeinträchtigung zunächst eine Polung, in der eine Seite des Motivs im Sinne eines Verarbeitungsmodus (Arbeitskreis OPD, 2006) in Wahrnehmung und Erscheinung betont, die andere abgewehrt wird, beides im Dienste einer Abwehr der Beschäftigung mit dem Thema. Dies kann zunächst »neurotische« Spannung erzeugen, führt mit Zunahme von Spaltungs- und Projektionsprozessen zu einer Auslagerung und subjektiver Unverbundenheit mit den Themen aus dem Selbsterleben. Im Folgenden werden diese Abstufungen anhand eines Selbstwertmotivs beschrieben.

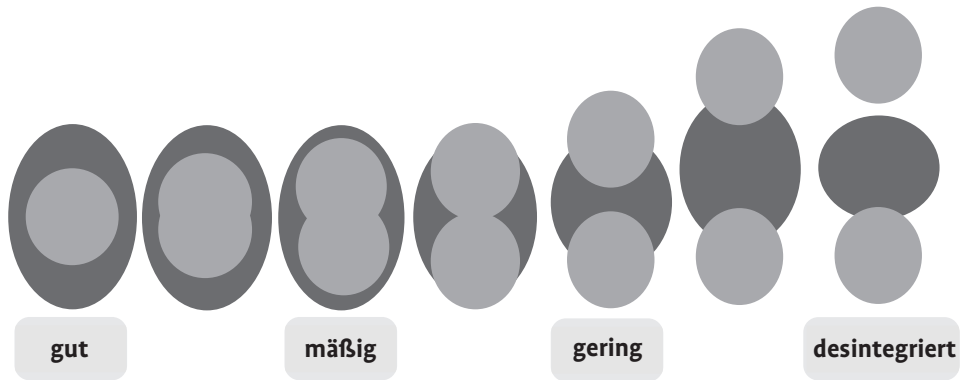


Abbildung 6.1 Motive und Strukturniveau

Anmerkung: Die dunkelgrauen Formen symbolisieren das Selbst, die hellen das Konfliktthema mit unterschiedlichen Polungen bzw. Verarbeitungsmodi. Abgebildet sind die vier Niveaus der strukturellen Integration im Sinne der OPD-2, mit den jeweiligen Zwischenstufen

Beispiel

Gutes Integrationsniveau

Allgemeine Beschreibung. Motive werden als Teil des Selbst erlebt, Ambivalenzen sind in der Regel gut integriert.

Beispiel anhand des Selbstwertmotivs. Eine Studentin weiß darum, dass ihr gute Noten wichtig sind, um später eine Wunschstelle zu bekommen. Sie ist leistungsfähig, kann aber auch mal »Fünfe gerade sein« lassen, und lächelt mitunter über sich, wenn sie sich dabei ertappt, dass sie zu lange und mit etwas zu viel Verbissenheit am Schreibtisch sitzt.

Mäßiges Integrationsniveau

Allgemeine Beschreibung. Motivthemen werden entweder als belastend erlebt oder sind dem bewussten Erleben schwer zugänglich. Es besteht eine themenspezifische Grundspannung, die in inneren oder äußeren Auslösesituationen zu dysfunktionalem Erleben und Verhalten führt. Widersprüchlichkeit wird schwer ausgehalten.

Beispiel anhand des Selbstwertmotivs. Eine Studentin vermeidet, sich in Bewertungssituationen zu begeben. Hausarbeiten werden oft, wenn überhaupt, »auf den letzten Drücker« eingereicht, für Prüfungen nur kurz gelernt. Es bestehen sehr hohe Ansprüche, die jedoch selten in guten Leistungen münden, was von der Studentin mit allgemeiner Kritik am Hochschulwesen beantwortet wird. Die Abschlussprüfungen führen zu einer starken psychischen Belastung.

Geringes Integrationsniveau

Allgemeine Beschreibung. Motivthemen sind schemenhaft erkennbar, blitzen aber mit zum Teil heftigen begleitenden Affekten oder Impulsen auf, wobei oft unklar ist, an wen sich entsprechende Wünsche und Anforderungen gerade richten – an das Selbst oder an das Gegenüber. Widersprüchliche Impulse werden nicht als verbunden, sondern als »schwarz oder weiß« erlebt, teilweise als nicht zum Selbst zugehörig.

Beispiel anhand des Selbstwertmotivs. Ein Student ist seit 15 Jahren nicht in der Lage, sein Grundstudium zu beenden, da er kaum Hausarbeiten abgibt, Prüfungen vermeidet und oft nur die ersten Veranstaltungstermine wahrnimmt. Einerseits sei das »Schmalspursystem, zu dem die Universität verkommen sei, eine Schande für das Land der Dichter und Denker«. Gleichzeitig ist er der Überzeugung, innerhalb eines Semesters alle Scheine erledigen zu können, wenn er sich nicht immer seinem politischen Engagement, dem Schreiben von Kommentaren zu Online-Artikeln, zuwenden würde. Die Universität wird mitunter als mächtiges, beschämendes Objekt erlebt, unter das er sich bei einer weiteren Fristverlängerung unterwerfen muss, aber öfter wie eine vernachlässigende, schwache Mutter, der man »auf der Nase herumtanzen« kann.

Desintegriertes Integrationsniveau

Allgemeine Beschreibung. Motivthemen sind lange kaum sicht- oder spürbar, bis sie abrupt, oft widersprüchlich und in befremdlicher Form erscheinen. Dann erfüllen sie scheinbar die gesamte Innenwelt und lösen heftiges, zum Teil gefährliches Verhalten aus. Der gerade erlebte Teilaspekt ist das Ganze, die Person wirkt insgesamt völlig überzeichnet oder fragmentiert.

Beispiel anhand des Selbstwertmotivs. Eine junge, Anzug tragende Frau erscheint zu mehreren Seminaren eines Studienganges, fällt mit skurrilen Thesen auf, die sie jedoch sehr ernsthaft vorbringt. Widerspruch akzeptiert sie nicht, sodass sie letztlich des Hörsaales verwiesen wird. Einer Dozentin berichtet sie per E-Mail, dass sie eine Stipendiatin des Studium Generale in Oxford sei, und an einem geheimen Projekt arbeite, über das sie jedoch nicht sprechen könne. Drei Wochen später erscheint die junge Frau nicht mehr in den Veranstaltungen. Allerdings sitzt sie öfters – mit völlig anderem Kleidungsstil – vor dem Mensagebäude und spielt auf einer afrikanischen Trommel.

Die Abstufungen zwischen den vier beschriebenen Niveaus zeichnen sich entweder durch eine stärkere Fragilität aus, in der mehr Ressourcen aufgewendet werden müssen, um die Motivspannung zu regulieren. So wird der Umgang mit dem Thema im Bereich zwischen gut und mäßig bei äußerer oder innerer Belastung spürbarer, bis hin zu (oft umschriebener) Symptomatik. Im Bereich zwischen mäßig und gering besteht eine ausgeprägte Vulnerabilität, die nur mit Unterstützung oder unter sehr

beschützten Bedingungen in einen funktionalen Umgang mit inneren und äußeren Herausforderungen münden kann. Ähnliches gilt für die Abstufung zwischen geringem und desintegriertem Integrationsniveau.

6.4 Empfehlungen für die Praxis

Unabhängig davon, in welchem Bereich der psychodynamischen Psychotherapie man sich bewegt, ist die Fähigkeit zur diagnostischen Unterscheidung und klinischen Integration von Konflikt- und Strukturmerkmalen hochgradig bedeutsam. Für die Praxis können folgende Punkte hilfreich sein:

- (1) Seien Sie präzise in Ihrer Diagnostik.

Eine Fehleinschätzung von Struktur und Konflikt kann Therapieempfehlung und Behandlungsplanung empfindlich stören. Lernen und üben Sie Modelle der Einschätzung insbesondere struktureller Defizite der Persönlichkeitsentwicklung (Kap. 21). Nehmen Sie sich Zeit, besprechen Sie schwerer einzuschätzende Patienten in Intervention und Supervision. Besprechen Sie auch diejenigen Menschen, die überraschend leicht zu diagnostizieren sind, um nicht das Wesentliche zu übersehen.

- (2) Überprüfen Sie Ihre Einschätzung im Verlauf.

Je nach Strukturniveau oder Konfliktdynamik werden im Rahmen einer Behandlung Themen deutlich, die mit Ihrer ursprünglichen Einschätzung entweder übereinstimmen oder aber ihr zuwiderlaufen. Diese neuen Informationen sollten Sie unbedingt mit Ihrer initialen Diagnostik abgleichen, auf mögliche Widersprüche achten, diese als wichtige Informationsquellen betrachten und die Diagnostik bei Bedarf anpassen. Spätestens, wenn Sie merken, dass die Behandlung nicht erwartungsgemäß verläuft, sollten Sie zur Konflikt- und Strukturdiagnostik zurückkehren und möglicherweise Ihre Behandlungsplanung korrigieren. Nebenbei: Mögliche initiale Über- oder Unterschätzungen des Strukturniveaus sind häufig wertvolle Hinweise auf das Funktionsniveau des Patienten, die ebenfalls für die Behandlung zu Nutzen gemacht werden können.

- (3) Formulieren Sie mögliche Konsequenzen Ihrer Einschätzung.

Beschreiben Sie im Kontext der Diagnostik und Therapieplanung, welche strukturellen Einschränkungen und welche motivationalen Konfliktthemen vorliegen. Antizipieren Sie, was das für die Selbstregulation bedeutet, für die Fähigkeit zur Wahrnehmung und Beziehungsgestaltung, und in welche Rolle Sie in Ihrer Gegenübertragung kommen können. Überlegen Sie, was für strukturelle Fähigkeiten Ihr Patient für die nächsten Entwicklungs- und Lebensaufgaben benötigt oder welche Konfliktthemen für diese Aufgaben spezifisch hinderlich sein können.

- (4) Stellen Sie ein optimales Anforderungsniveau her.

Eine der wichtigsten Konsequenzen aus der Struktur- und Konfliktdiagnostik liegt in der Planung und Gestaltung der therapeutischen Situation. Menschen mit strukturellen Störungen benötigen eine andere therapeutische Herangehensweise

als Menschen mit Konfliktfokus. Zentral ist hierbei die Dosierung der Regression: Rahmenbedingungen müssen bei strukturellen Störungen besonders klar, das therapeutische Aktivitätsniveau und möglicherweise auch die Dosis höher, die Zielsetzung besonders konkret und die Kompetenz der Behandler spezifisch sein (s. Kap. 41). Ebenso, wie Sie Menschen mit struktureller Einschränkung in Bezug auf Anforderungen in der Therapie nicht überfordern, sollten Sie Menschen mit konfliktbedingten Themen therapeutisch nicht unterfordern.

- (5) Überprüfen Sie therapeutische Veränderungen immer mit Blick auf den initialen Schwerpunkt.

Abhängig von der ursprünglichen Schwerpunktsetzung auf struktur- vs. konfliktorientiertes Arbeiten werden Therapien sehr unterschiedlich verlaufen und Veränderungen oder »Erfolge« auch unterschiedlich ausfallen. Dies mit zu berücksichtigen und ggf. auch mit dem Patienten zu besprechen, schafft Entlastung für alle Beteiligten.

FAQ

Warum ist die Unterscheidung zwischen Konflikt und Struktur für die therapeutische Arbeit relevant?

Da bei konfliktbedingten vs. strukturellen Problematiken Unterschiede in Phänomenologie, Ätiologie und Dynamik der Störungen vorliegen, zeigen sich notwendige Unterschiede darin, welche therapeutische Haltung, Strategien und Interventionen eingesetzt werden. Auch die zu erwartenden Veränderungen und »Erfolge« hängen stark von der initialen Diagnostik und Schwerpunktsetzung ab.

Was ist charakteristisch in Beziehungen bei Personen mit primärer Konflikt- vs. Strukturpathologie?

Ein schwieriges Beziehungsangebot, das durch eine Konfliktpathologie erklärt werden kann, ist insbesondere durch die Spannung zwischen inneren Wünschen und deren Abwehr charakterisiert. Ein Beispiel ist eine Person mit einem eigentlich bestehenden Wunsch nach Fürsorge und Zuwendung, welcher mit einer massiven Versorgung anderer Personen abgewehrt wird vordergründig aber die mangelnde Zuwendung anderer beklagt wird. Therapeuten werden entweder sehr subtil in daraus resultierende Beziehungsangebote verstrickt oder erleben ein recht konstantes Gegenübertragungsmuster.

Hingegen verursachen strukturelle Schwierigkeiten der Persönlichkeit in der Interaktion mit anderen eine deutliche Anforderung an das Gegenüber, die Beziehung mit zu regulieren. Beispielsweise kann eine sehr hilflos und überfordert wirkende, dennoch beinahe herrisch fordernde Person beim Gegenüber starke und wechselnde Impulse auslösen, z. B. die Dinge für sie in die Hand zu nehmen, aber sie gleichzeitig heftig in die Schranken weisen zu wollen.

Weiterführende Literatur

- Arbeitskreis OPD. (2006). OPD-2 Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik: Das Manual für Diagnostik und Therapieplanung (2. Aufl.). Bern: Huber.
- Doering, S. & Hörz, S. (Hrsg.). (2012). Handbuch der Strukturdiagnostik: Konzepte, Instrumente, Praxis. Stuttgart: Schattauer.
- McWilliams, N. (2011). Psychoanalytic diagnosis: Understanding personality structure in the clinical process (2nd ed.). New York, London: Guilford.
- Rudolf, G. (2010). Psychodynamische Psychotherapie: Die Arbeit an Konflikt, Struktur und Trauma. Stuttgart: Schattauer.

39 Therapie der Generalisierten Angststörung

Simone Salzer • Falk Leichsenring

Obleich die Behandlung von Angsterkrankungen seit den Anfängen der Psychoanalyse ein zentraler Anwendungsbereich psychoanalytisch begründeter Verfahren war – es sei nur an die behandlungstechnischen Empfehlungen Freuds (1919) zur Agoraphobie erinnert –, wurde erst in den letzten Jahren damit begonnen, störungsspezifische psychodynamische Therapien für Angststörungen zu konzeptualisieren (vgl. Hoffmann, 2016). Diese Entwicklung ist neben Versorgungsaspekten auch deshalb von großer Bedeutung, weil Belege der störungsspezifischen Wirksamkeit im Kontext der wissenschaftlichen und sozialrechtlichen Anerkennung psychotherapeutischer Verfahren eine zentrale Rolle spielen.

Nachdem in Kapitel 23 Symptomatik und diagnostische Kriterien der Generalisierten Angststörung sowie zentrale Aspekte psychodynamischer Störungsmodelle zu Angststörungen bereits dargestellt wurden, gehen wir hier ausführlich auf die Therapie der Generalisierten Angststörung ein.

Bislang wurden nur wenige störungsspezifische psychodynamische Therapien der Generalisierten Angststörung entwickelt und in empirischen Studien überprüft. Durham et al. (1994) verglichen psychodynamische Kurzzeittherapie mit Kognitiv-behavioraler Therapie, allerdings diente die psychodynamische Therapie hier lediglich als »Strohmann«. So wurde in der psychodynamischen Therapiebedingung im Unterschied zur Kognitiv-behavioralen Therapie kein Manual verwendet und die Therapeuten wurden auch nicht speziell trainiert. Zur Supportiv-expressiven Therapie; Luborsky, 1984, 1995) der Generalisierten Angststörung existieren Befunde aus zwei Arbeitsgruppen. Crits-Christoph et al. (1995) adaptierten die SET zur Behandlung der Generalisierten Angststörung und belegten signifikante Verbesserungen nach Therapieende (Crits-Christoph et al., 1996, 2005). In unserer eigenen Arbeitsgruppe konnte die Wirksamkeit der Supportiv-expressiven Therapie für diese Angststörung ebenfalls belegt werden (Leichsenring et al., 2009; Salzer et al., 2011). Levy-Berg et al. (2009) untersuchten die Wirksamkeit von »affect-focused body psychotherapy« und fanden signifikante Verbesserungen bei der Generalisierten Angststörung für diesen integrativen Ansatz. Andersson et al. (2012) schließlich konnten in einer randomisierten kontrollierten Studie die Wirksamkeit einer internetbasierten »guided self-help« der Generalisierten Angststörung belegen.

Da die Supportiv-expressive Therapie (Luborsky, 1984, 1995) für die psychodynamische Behandlung der Generalisierten Angststörung somit bislang am besten untersucht ist und hierzu auch ein deutschsprachiges Behandlungsmanual vorliegt (Leichsenring & Salzer, 2014a), gehen wir im Folgenden insbesondere auf dieses Behandlungskonzept näher ein. Das zugehörige Manual wurde für eine Kurzzeittherapie im Umfang von 25 (+ 5 probatorische) Sitzungen entwickelt, kann grundsätzlich aber auch für die Durchführung einer tiefenpsychologisch fundierten Langzeitbehandlung adaptiert werden.

39.1 Die Supportiv-expressive Therapie

Störungsmodell

In seinem Standardwerk *Principles of Psychoanalytic Psychotherapy* entwickelte Luborsky (1984, 1995) ein supportiv-expressives Behandlungsmodell psychodynamischer Therapie (SET). Das Störungsmodell der SET geht davon aus, dass psychischen Symptomen intrapsychische und interpersonelle Konflikte zugrunde liegen. Diese werden in Form des zentralen Beziehungskonflikt-Themas (ZBKT) beschrieben und erfasst. Das Behandlungsmodell berücksichtigt nach heutigem Verständnis sowohl konfliktbezogene als auch strukturbezogene Aspekte; vereinfacht dargestellt zielen auf konfliktbezogene Aspekte expressive (d. h. deutende, Einsicht fördernde) Interventionen ab, strukturbezogene Aspekte werden anhand supportiver Interventionen bearbeitet.

Der Behandlungsfokus: das zentrale Beziehungskonfliktthema (ZBKT)

Ein ZBKT besteht aus drei Komponenten: einem *Wunsch* (W: »Ich wünsche, dass Person X ...«), einer *Reaktion des Objekts* (RO: »Aber Person X wird ...«) und einer *Reaktion des Selbst* (RS: »Deshalb werde ich ...«). In diesem Schema repräsentiert die Reaktion des Selbst (RS) die Symptome des Patienten. Für einen Patienten mit einer Generalisierten Angststörung könnte das ZBKT bspw. so formuliert werden:

W: Ich wünsche mir jemanden, der mir Sicherheit gibt.

RO: Die anderen sind aber unzuverlässig.

RS: Ich habe immer Angst, dass meinen Angehörigen etwas Schreckliches passiert.

Die (generalisierte) Angst wird als Selbst-Komponente des ZBKTs (RS) verstanden. In dieser Reaktion des Selbst auf die erlebte oder befürchtete Reaktion der Objekte (RO) manifestiert sich also die Symptomatik des Patienten.

Beziehungsepisoden-Interview. Das ZBKT kann anhand eines sog. Beziehungsepisoden-Interviews bestimmt werden. Hierbei wird der Patient gebeten, mit anderen Menschen erlebte Situationen zu berichten, die für ihn emotional bedeutsam waren. Als ZBKT wird jenes Thema gewählt, das sich zentral durch die meisten Beziehungsepisoden zieht. Es dient als Fokus, der bewusstseinsnah formuliert und mit dem Patienten gemeinsam in seiner Sprache festgelegt wird.

Zum ZBKT liegen einige empirische Studien vor, die belegen konnten, dass Veränderungen der Symptombelastung durch Veränderungen in den einzelnen Komponenten des ZBKT vorhergesagt werden konnten (Crits-Christoph et al., 1990; Luborsky et al., 1988, 1990). Eine vertiefende Übersicht der Forschung zur SET stellen Leichsenring und Leibing (2007) dar.

Zentrale Behandlungselemente und Behandlungsphasen

Behandlungselemente. Zentrale Behandlungselemente der SET sind das Etablieren einer als hilfreich erlebten therapeutischen Beziehung, die Vereinbarung von Therapiezielen sowie das Bestimmen und Durcharbeiten eines ZBKT als Behandlungsfokus.

Eine ausführliche Darstellung der supportiven und expressiven Interventionsprinzipien findet sich bei Leichsenring und Salzer (2014a).

Behandlungsphasen. Zunächst werden *fünf probatorischen Sitzungen* durchgeführt. Sie dienen zur Diagnostik, der Patientenaufklärung, dem Erarbeiten des ZBKTs und enden mit dem Paktgespräch. Im *Paktgespräch* werden die üblichen Vereinbarungen zum äußeren Rahmen, die modifizierte Grundregel (»Sie können hier über alles sprechen«), die Therapieziele sowie die Ankündigung einer Zwischenbilanz besprochen.

Die Behandlung gliedert sich in drei Phasen: in die Anfangsphase (1. bis 8. Sitzung), die mittlere Phase (9. bis 17. Sitzung) und die Abschlussphase (18. bis 25. Sitzung).

In der *Anfangsphase* untersucht der Therapeut das ZBKT in den aktuellen Beziehungen, in der Beziehung zum Therapeuten und in der Lebensgeschichte des Patienten.

In der *mittleren Therapiephase* wird das ZBKT verfeinert und durchgearbeitet und eine Zwischenbilanz gezogen. Der Therapeut bezieht das ZBKT weiterhin auf verschiedene Beziehungen im Leben des Patienten ebenso wie auf dessen Auftreten in der Beziehung zum Therapeuten. Anhand der Zwischenbilanz können Therapiefortschritte identifiziert und benannt werden, es kann aber auch deutlich werden, was (bislang noch) nicht erreicht wurde.

In der *Abschlussphase* ist das Durcharbeiten des Therapieendes zentral. Symptome nehmen häufig wieder zu, da das ZBKT aktiviert wird durch den antizipierten Verlust des Therapeuten und durch die antizipierte Nichterfüllung des ZBKT-Wunsches (z. B. Sicherheit, Nähe, Versorgung, Unterstützung, Liebe usw.). Häufig »vergisst« der Patient, dass Fortschritte durch seine eigene Mitarbeit zustande gekommen sind. Dies kann in einer entsprechenden Intervention vermittelt werden (»Sie haben momentan also wieder Angst. Das könnte mit dem Therapieende zusammenhängen, das ja immer näher rückt. Vielleicht ist Ihre Sorge ja auch, dass Ihnen die erreichten Fortschritte durch die Trennung von mir wieder verloren gehen. Dabei sind Sie doch diejenige, die sich diese Fortschritte im Laufe der Therapie selbst erarbeitet hat«).

Das Erreichen eines Therapieziels (Verringerung von Symptomen und Beziehungsproblemen) sollte vom Therapeuten aktiv benannt und anerkannt werden. Grundsätzlich bedeutet das Ende der Therapie nicht, dass alle Symptome und Beziehungsprobleme gelöst sind oder sein müssten. Das ZBKT bleibt erkennbar, der Patient hat aber im Idealfall mehr Spielraum im Umgang damit. Die letzten beiden Sitzungen werden als Booster-Sitzungen durchgeführt: die 24. Sitzung vier Wochen nach der 23. Sitzung und die 25. Sitzung vier Wochen nach der 24. Sitzung. In diesen Sitzungen können die Veränderungen des Patienten nochmals supervidiert und die Internalisierung des Therapeuten weiter gefördert werden. Rückfälle können erneut mit dem ZBKT in Zusammenhang gebracht und mit dem Verlust des Therapeuten verknüpft werden.

Fallbeispiel

Der 52-jährige Herr M. erfüllt bezüglich der klassifikatorischen Diagnostik nach ICD-10 die diagnostischen Kriterien einer Generalisierten Angststörung (F41.1) sowie einer leichten depressiven Episode (F32.0).

Im Erstgespräch berichtet der Patient davon, 15-Stunden-Arbeitstage »durchgezogen« zu haben, er habe extrem viel gearbeitet über viele Jahre. Seit zwei Jahren sei die Angst sein »ständiger Begleiter«, er sei übervorsichtig, mache sich viele Sorgen, könne auch nicht allein sein. Seine Ängste würden ihn sehr beschämen. Schlimme Nachrichten (z. B. zum Anschlag in New York am 11. September) könne er seither kaum aushalten. Seit einiger Zeit könne er nicht mehr selbst Auto fahren: »Ich sehe immer Unfälle auf mich zukommen.« Die Beschwerden des Patienten haben vor zwei Jahren plötzlich abends beim Fernsehen mit Herzrasen, Schwitzen, Übelkeit und Todesängsten begonnen. Seitdem leide er unter permanenten Ängsten, besonders wenn er allein sei. Neben der Angst, bald sterben zu müssen, leide der Patient an weiteren Sorgen und Ängsten, z. B. sein Arbeitspensum nicht mehr zu schaffen. Auch in Alltagssituationen (bei Spielen seiner Enkel, Abwesenheit seiner Frau) befürchte er gleich das Schlimmste. Außerdem bestehen massive Schlafstörungen; er fühle sich niedergeschlagen und antriebsarm, sei seit über zwei Jahren arbeitsunfähig geschrieben.

Biografisch berichtet er bereits im Erstgespräch vom frühen Tod beider Eltern, auch sei er aufgrund der Scheidung der Eltern bereits im vierten Lebensjahr von der Mutter getrennt worden und in einem Geschäftshaushalt groß geworden, wo die Arbeitsleistung zentral gewesen sei.

Herr M. wirkt im Kontakt zugewandt, höflich und unsicher. Er scheint überdurchschnittlich intelligent und emotional differenziert zu sein. Er kann seine Lebenssituation wortgewandt und anschaulich schildern. Im Gespräch stellt sich rasch ein guter emotionaler Kontakt ein, sodass er sich trotz seiner Schamgefühle öffnen kann. In der Abwehrstruktur dominieren reifere Mechanismen wie Rationalisierung, Intellektualisierung, Identifikation mit dem Aggressor und Wendung gegen das Selbst, bei einer zwanghaft-depressiven Persönlichkeitsstruktur. Es dominiert ein strenges Über-Ich, abgewehrt werden regressive Bedürfnisse und Abhängigkeitswünsche.

Kindheit und Jugend des Patienten sind durch schwierige Trennungen, Beziehungsverluste und Mangel an emotionaler Geborgenheit gekennzeichnet (Verlust der Mutter nach Scheidung mit vier Jahren, abgelehnt von Stiefmutter, der Vater ist als Selbstständiger durch hohen Arbeitseinsatz absorbiert). Der Patient beschreibt sich als einsames Kind, das bei Tieren eine heile Welt suchte und – vom strengen Vater aufoktroziert – schon mit 15 Jahren das Haus für eine Ausbildung verlassen musste. Um Vaters Anerkennung zu erringen, identifizierte er sich mit dessen strengen Arbeitsidealen, absolvierte eine Lehre und baute sogleich einen eigenen Betrieb auf. In seiner Frau, die er mit 20 Jahren heiratete und mit der er zwei Kinder hat, findet er die liebevolle Geborgenheit, die er in der Herkunftsfamilie vermissen musste. Weitere Schicksalsschläge (früher Tod der Mutter, drei Jahre später Tod des Vaters, Aufgabe seines Betriebs wegen steuerlicher Probleme, beruflicher Neuanfang) hat der Patient – äußerlich stark und tüchtig bleibend – scheinbar gut verkraftet. In der auslösenden Situation dekompenziert der Patient,

als er an die Grenzen seiner körperlichen Kräfte gerät und damit seine bisherige Lebensbewältigung bedroht sieht, durch übermäßigen Arbeitseinsatz, unabhängig von anderen zu werden. Bisher verdrängte depressive und aggressive Gefühle und Konflikte werden mobilisiert und lösen die o. a. Ängste aus.

ZBKT. Das zentrale Beziehungskonflikt-Thema, wie es mit dem Patienten zu Behandlungsbeginn erarbeitet wurde, lautete:

W: Ich möchte etwas Positives für mich und andere schaffen und Anerkennung dafür bekommen.

RO: Aber die anderen lassen mich im Stich oder verlassen mich.

RS: Deshalb strenge ich mich an, alles selber zu machen, verausgabe mich und wenn ich das körperlich nicht mehr schaffe, bekomme ich Angst.

Im Behandlungsverlauf ließ sich das ZBKT schon sehr früh zwanglos mit wichtigen genetischen Deutungen verbinden, die der Patient fruchtbar aufnehmen konnte. Er entwickelte im Laufe der Therapie ein immer tieferes Verständnis für das ZBKT, das sich im therapeutischen Prozess veränderte. Das gab ihm den Rahmen für ein dynamisches Verständnis seiner selbst, wie er so geworden war, welchen Sinn seine Symptome hatten und wie sie seine aktuellen Beziehungen beeinflussten.

Im Laufe der Behandlung überwand der Patient seine Vermeidungshaltung und machte neue Erfahrungen, die ihn mutiger machten. Im Durcharbeiten des ZBKTs spürte der Patient, dass er die Fähigkeit hat, sich zu verändern und sein Leben zu beeinflussen. Statt regressiver, infantiler Wünsche (»Jemand soll ganz für mich da sein ...«) wuchsen in ihm progressive Wünsche nach verantwortungsvoller Aktivität, um sich und die Welt zum Positiven zu verändern. Letztlich akzeptierte er auch, dass seine Fähigkeiten und Kräfte begrenzt sind und er sein Leben selbstfürsorglich in diesem Rahmen gestalten kann.

Wie das ZBKT im Behandlungsverlauf durchgearbeitet werden kann, wird in Kapitel 43 noch detaillierter beschrieben.

39.2 Empirische Fundierung

Es gibt nur wenige Studien zur Wirksamkeit der psychodynamischen Therapie bei Angststörungen. Ihre Wirksamkeit kann jedoch als belegt angesehen werden. Eine allgemeine Übersicht hierzu findet sich bei Keefe et al. (2014) sowie bei Leichsenring et al. (2014, 2015).

SET. Die Wirksamkeit des dargestellten Behandlungskonzepts wurde in einer randomisierten kontrollierten Studie (Leichsenring et al., 2009) überprüft, welche die manualisierte psychodynamische Kurzzeittherapie (PDT) mit einer manualisierten kognitiv-verhaltenstherapeutischen Kurzzeittherapie (KVT) bei Generalisierter Angststörung bei N = 57 Patienten verglich. Sowohl die KVT als auch die PDT umfassten bis

zu 30 50-minütige Sitzungen. Beide Therapien gingen mit signifikanten Verbesserungen in Maßen der Angst, Depressivität und bei interpersonalen Problemen mit überwiegend großen Prä-Post-Effektgrößen einher. Diese waren vergleichbar oder sogar größer als jene, die in anderen Studien zur Generalisierten Angststörung gefunden worden sind (Crits-Christoph et al., 1996; Chambless & Gillis, 1993; Borkovec et al., 2002; Linden et al., 2005). Zwischen den beiden Verfahren fand sich für manche Instrumente eine leichte Überlegenheit der KVT, allerdings ist hierbei einschränkend auch die geringe Stichprobengröße zu berücksichtigen, die dazu geführt haben kann, dass eventuell existierende weitere Unterschiede in der Wirksamkeit zwischen den beiden Verfahren nicht aufgedeckt werden konnten. Die Ergebnisse der 6-Monats- und 1-Jahres-Katamnese (Salzer et al., 2011) schließlich konnten zeigen, dass die Behandlungsergebnisse für beide Verfahren auch im längeren Verlauf stabil sind.

Die Befunde dieser Studie weisen auch darauf hin, dass die Ergebnisse evtl. durch eine noch stärkere Fokussierung auf den Prozess des Sich-Sorgens weiter verbessert werden könnten, zumindest für jene Patienten, die sich besonders ausgeprägt sorgen. Im Rahmen der psychodynamischen Psychotherapie kann der Prozess des Sich-Sorgens konzeptualisiert werden als ein Abwehrmechanismus, der die Patienten vor Fantasien oder Gefühlen schützt, die sogar noch bedrohlicher sind als der Inhalt ihrer Sorgen (Barber & Crits-Christoph, 1995).

Andere psychodynamische Konzepte fokussieren stärker auf den abgewehrten Affekt (der Wunsch im ZBKT), z. B. das Konzept von McCullough et al. (2003). McCullough et al. (2003) fordern den Patienten explizit auf, den abgewehrten Affekt zu durchleben. Hierin könnte eine weitere Möglichkeit liegen, die Wirksamkeit des hier vorgestellten Therapiekonzepts zu verbessern. Daher wurde dieses Therapieelement in ein transdiagnostisches Konzept zur Behandlung von Angststörungen integriert (Leichsenring & Salzer, 2014b). Die integrierten Therapieelemente dieses transdiagnostischen Behandlungsansatzes stammen aus Studien, in denen sich das jeweils verwendete Therapiekonzept bereits als wirksam erwiesen hat. Eine empirische Überprüfung des transdiagnostischen Behandlungsmanuals steht gegenwärtig aber noch aus.

39.3 Empfehlungen für die Praxis

- ▶ Klären Sie den Patienten ausreichend über Störung und Behandlungskonzept auf.
- ▶ Formulieren Sie gemeinsam mit dem Patienten als Fokus ein bewusstseinsnahes ZBKT, das als »roter Faden« der Behandlung dient.
- ▶ Vereinbaren Sie mit dem Patienten Therapieziele.
- ▶ Ziehen Sie zur Mitte der Behandlung mit dem Patienten eine Zwischenbilanz: Was wurde bisher (noch nicht) erreicht? Woran soll noch gearbeitet werden?
- ▶ Passen Sie zur Zwischenbilanz ggf. das ZBKT gemeinsam an (Integration von Aspekten, die im Verlauf bewusstseinsnäher wurden; Einbezug von erreichten Veränderungen).

- ▶ Beachten Sie insbesondere bei Patienten mit Generalisierter Angststörung ihre Schwierigkeiten der Nähe-Distanz-Regulation und Unsicherheit bezüglich der Verlässlichkeit interpersonaler Beziehungen.
- ▶ Regen Sie rechtzeitig zum Durcharbeiten des Therapieendes an (bei Kurzzeittherapien spätestens ab der 20. Sitzung).

FAQ

Aus welchen drei Komponenten wird das zentrale Beziehungskonfliktthema formuliert?

Das zentrale Beziehungskonfliktthema wird anhand von drei Komponenten formuliert: einem Wunsch des Patienten, einer erwarteten Reaktion des Objekts und einer Reaktion des Selbst. In diesem Schema sind in der Reaktion des Selbst die Symptome des Patienten (hier: der Generalisierten Angststörung) enthalten. Die gemeinsam mit dem Patienten bewussteinsehend formulierten Komponenten des zentralen Beziehungskonfliktthemas dienen als Behandlungsfokus.

Worauf bezieht sich die für Patienten mit Generalisierter Angststörung charakteristische Unsicherheit?

Patienten mit Generalisierter Angststörung leiden oftmals unter einer großen Unsicherheit in der Frage, ob sie sich auf zwischenmenschlichen Beziehungen verlassen können.

Weiterführende Literatur

Leichsenring, F. & Salzer, S. (2014). Generalisierte Angststörung – Psychodynamische Therapie. Göttingen: Hogrefe.