



Barth

THERAPIE-TOOLS



Psychodynamische Interventionen



Online-Material auf
psychotherapie.tools

BELTZ

Dr. Lena Barth
Praxis für Psychotherapie & Supervision
Elbchaussee 20
22765 Hamburg
www.tiefenpsychologie-barth.de

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronische Systeme.



Dieses Buch ist erhältlich als:
ISBN 978-3-621-29033-3 Print
ISBN 978-3-621-29034-0 E-Book (PDF)

1. Auflage 2024

© 2024 Programm PVU Psychologie Verlags Union
in der Verlagsgruppe Beltz · Weinheim Basel
Werderstraße 10, 69469 Weinheim
Alle Rechte vorbehalten

Lektorat: Andrea Glomb
Einbandgestaltung: Lina Marie Oberdorfer
Herstellung: Victoria Larson
Satz: WMTP Wendt-Media Text-Processing GmbH, Birkenau
Gesamtherstellung: Beltz Grafische Betriebe, Bad Langensalza
Beltz Grafische Betriebe ist ein klimaneutrales Unternehmen (ID 15985-2104-100).
Printed in Germany

Weitere Informationen zu unseren Autor:innen und Titeln finden Sie unter: www.beltz.de

Inhalt

Verzeichnis der Arbeits- und Informationsblätter	6
Vorwort	9

I Grundlagen des psychodynamischen Arbeitens

1 Einführung	12
2 Die psychodynamische Theorie	30
3 Interventionen psychodynamischen Arbeitens	39

II Neurotische Behandlungsgruppen

4 Konfliktorientiertes Arbeiten	66
5 Die Psychodynamik der Depression	80
6 Die Psychodynamik der Angst- und Zwangsstörungen	94
7 Die Psychodynamik von Körpersymptomen	106
8 Die Psychodynamik der Sexuellen Funktionsstörung	118

III Strukturelle Behandlungsgruppen

9 Strukturorientiertes Arbeiten	128
10 Die Psychodynamik der Abhängigkeitserkrankungen	148
11 Die Psychodynamik der Essstörungen	159
12 Die Psychodynamik der Schizophrenie	169
13 Die Psychodynamik der Persönlichkeitsstörungen	178
Literatur	192

Verzeichnis der Arbeits- und Informationsblätter

1 Einführung	12
INFO 1 Übersicht: Vordenker:innen der Psychoanalyse	17
INFO 2 Leitfaden für ein psychodynamisches Behandlungsangebot	19
INFO 3 Therapieschulen im Vergleich	20
AB 1 Supervisionsprotokoll	22
AB 2 Stundendokumentation	23
AB 3 Therapiedokumentation	24
AB 4 Psychopathologischer Befund	26
AB 5 Notizen für den Bericht an den Gutachter	28
2 Die psychodynamische Theorie	30
INFO 4 Strukturelle und neurotische Eigenschaften	37
INFO 5 Kritik an der psychodynamischen Theorie und Therapie	38
3 Interventionen psychodynamischen Arbeits	39
AB 6 Selbstreflexion: Gegenübertragung in der ersten Therapiesitzung	46
AB 7 Die Gegenübertragung in vier Teilespekten	49
INFO 6 Unterschiedliche Informationsquellen im diagnostischen Prozess	51
AB 8 Erstgespräch: Struktur	52
AB 9 Fragenkatalog für tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	53
INFO 7 Innerpsychische Konflikte der OPD	56
INFO 8 Frühe Konflikte, strukturelle Folgen und spätere OPD-Konflikte	58
INFO 9 OPD: Items der Achse 4	60
AB 10 Beziehungsdynamik	61
INFO 10 Qualitative Forschung	62
4 Konfliktorientiertes Arbeiten	66
INFO 11 Besonderheiten der neurotischen Behandlungsgruppen	71
INFO 12 Beispielantrag neurotischer Patient	72
INFO 13 Psychosexuelle Phasen im Überblick	74
AB 11 Strukturierung einer Hypothese	75
AB 12 Deutungsidee formulieren	76
AB 13 Techniken der Traumdeutung	77
AB 14 Träume erinnern	79

5 Die Psychodynamik der Depression	80
INFO 14 Übersicht: Der depressive Grundkonflikt	85
INFO 15 Psychogenese der Depression	86
INFO 16 Behandlungsverlauf von Depressionen	87
INFO 17 Besonderheiten in der Therapie depressiver Patient:innen	88
AB 15 Ich und mein Umfeld	90
AB 16 Beziehungen erkunden und verbessern	91
6 Die Psychodynamik der Angst- und Zwangsstörungen	94
INFO 18 Besonderheiten in der Therapie von symbolischen Angststörungen	100
INFO 19 Panikattacke: Reaktionsmöglichkeiten	101
INFO 20 Besonderheiten in der Therapie mit asymbolischen Angststörungen	102
AB 17 Übung zur Verbesserung der Selbstberuhigung	103
AB 18 Übung: Exposition bei Zwangssymptomen	104
AB 19 Ziele zur Bewältigung von Angst	105
7 Die Psychodynamik von Körpersymptomen	106
INFO 21 Besonderheiten in der Therapie symbolischer Körpersymptome	111
INFO 22 Besonderheiten in der Therapie asymbolischer Körpersymptome	112
INFO 23 Perspektiven zur Psychosomatik und psychodynamischen Therapie	113
AB 20 Schmerzen als Ausdruck	114
AB 21 Träume und Schmerzen	115
INFO 24 Routinen und Schmerzen	116
AB 22 Tagesplan zur Etablierung von Routinen	117
8 Die Psychodynamik der Sexuellen Funktionsstörung	118
INFO 25 Besonderheiten in der Therapie Sexueller Funktionsstörungen	121
INFO 26 Psychodynamik der Sexuellen Funktionsstörungen	122
AB 23 Reflexion: Sexualität, sexuelle Orientierung, Geschlechtervielfalt und Familienformen	123
AB 24 Sexualanamnese: Ablauf	125
9 Strukturorientiertes Arbeiten	128
INFO 27 Besonderheiten in der Therapie von strukturellen Störungen	136
INFO 28 Beispielantrag strukturschwache Patientin	138
AB 25 Vorlage Behandlungsvertrag	140
AB 26 Wichtige Menschen früher und heute	142
AB 27 Hilfreiche Haltungen für Hier-und-Jetzt-Interventionen	143
INFO 29 Was ist Mentalisieren?	144
AB 28 Übung zum Mentalisieren	145
INFO 30 Gegenüberstellung TFP und MBT	146
INFO 31 Regeln einer TFP-Behandlung	147

10 Die Psychodynamik der Abhängigkeitserkrankungen	148
INFO 32 Besonderheiten in der Therapie von Abhängigkeitserkrankungen	151
INFO 33 Psychodynamik der Abhängigkeitserkrankungen	153
AB 29 Konsumprotokoll	154
AB 30 Ruckfalldokumentation	155
AB 31 Konsummittel Assoziationen	157
AB 32 Risikoeinschätzung	158
11 Die Psychodynamik der Essstörungen	159
INFO 34 Besonderheiten in der Therapie von Essstörungen	164
INFO 35 Psychodynamik der Essstörungen	165
AB 33 Die Geschichte meiner Symptome	166
AB 34 Reflexionen über meine Essstörung	167
12 Die Psychodynamik der Schizophrenie	169
INFO 36 Besonderheiten in der Therapie psychotischer Störungen	172
INFO 37 Was ist Schizophrenie?	174
AB 35 Dynamik der Psychose	175
AB 36 Therapieziele bei Schizophrenie	176
AB 37 Mein innerer guter Ort	177
13 Die Psychodynamik der Persönlichkeitsstörungen	178
INFO 38 Besonderheiten in der Therapie der Narzisstischen Persönlichkeitsstörung	185
INFO 39 Besonderheiten in der Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung	187
INFO 40 Biopsychosoziales Modell der Persönlichkeitsstörung	188
AB 38 Bewaltung von Dissoziationen und Flashbacks	189
AB 39 Meine Beziehungen	190
AB 40 Wiederholungen in Beziehungen	191

Vorwort

»Sie sind so jung, so vor allem Anfang, und ich möchte Sie, so gut ich es kann, bitten, lieber Herr, Geduld zu haben gegen alles Ungelöste in Ihrem Herzen und zu versuchen, die Fragen selbst liebzuhaben wie verschlossene Stuben und wie Bücher, die in einer sehr fremden Sprache geschrieben sind. Forschen Sie jetzt nicht nach den Antworten, die Ihnen nicht gegeben werden können, weil Sie sie nicht leben könnten. Und es handelt sich darum, alles zu leben. Leben Sie jetzt die Fragen. Vielleicht leben Sie dann allmählich, ohne es zu merken, eines fernen Tages in die Antwort hinein.

Rainer Maria Rilke, Brief an Franz Xaver Kappus, 1903, 23

Das folgende Buch ist ein Experiment. Es stellt einen Versuch dar, die umfangreiche psychodynamische Perspektive sowie daraus folgende therapeutische Methoden (und technische Anwendungen) zusammenzufassen. Dabei möchte ich betonen, dass dieses Buch weder einen Anspruch auf Vollständigkeit in Bezug auf das theoretische Gebilde oder die therapeutischen Implikationen noch auf die Komplexität und den durchaus auch philosophischen Tiefgang vorhandener psychodynamischer Überlegungen erhebt. Die Herausforderung innerhalb des vorliegenden Buches lag viel mehr darin, einen Überblick zu schaffen, sowie, entsprechend der Reihe, störungsspezifische Interventionen daraus abzuleiten. Aufgrund der psychodynamisch hergeleiteten Ätiopathogenese, welche sich von anderen Therapieschulen unterscheidet, stellte diese Herangehensweise eine besondere Anforderung dar. Eigene Grenzen versuchte ich mit der Hoffnung zu überwinden, Freude am psychodynamischen Denken zu wecken und einen bunten Einstieg in die komplexe Welt der psychodynamischen Psychotherapie zu gewährleisten. Das Buch soll Mut machen, schulenübergreifend über die eigene Arbeit mit Patient:innen nachzudenken, um damit fachlich nachvollziehbar und in Teilen auch integrativ zu arbeiten.

Alle im und am therapeutischen Prozess beteiligten Menschen bringen eine eigene Geschichte und eine damit einhergehende Symbolik mit. Durch diese Herangehensweise kann Psychotherapie die Ambiguität als das Aushalten von Vielheit und Vagheit fördern und langfristig die Freude an der Arbeit mit der eigenen Geschichte und der unseres Gegenübers erhalten. Die Förderung und Erhaltung von Ambiguität verstehe ich nicht nur als einen therapeutischen Prozess, sondern auch gesellschaftlich als wichtige Errungenschaft, die das gegenseitige Interesse und Verständnis für einander bestärkt. Es erfordert jedoch großen Mut, Vielheit und Vagheit zuzulassen. Der Prozess des Schreibens fühlte sich an mancher Stelle ähnlich herausfordernd an und ich selbst versuchte mich an Rainer Maria Rilkes (1903, S. 23) Perspektive zu halten, die »Fragen selbst liebzuhaben«. Möge das vorliegende Buch Ihnen Lust machen, Fragen zu stellen, offene Räume etablieren und aushalten zu können, auch ohne eigene Antworten zu kennen, um diese gemeinsam mit unseren Patient:innen zu erforschen.

Bedanken möchte ich mich von ganzem Herzen bei Frau Glomb für ein hochkompetentes und immer freundliches Lektorat, bei Lina und Theresa für großartige fachliche Einwände und das genaue Hinschauen, bei Barbara für die fachliche Inspiration und unsere Freundschaft, die daraus entstand. Vor allem aber möchte ich meiner Familie für die unglaubliche Unterstützung im Hintergrund danken – nur dadurch konnte dieses Buches entstehen.

Das Buch selbst möchte ich Felix widmen.

Hamburg, im Frühling 2024

Lena Barth

Grundlagen des psychodynamischen Arbeitens

1 Einführung

2 Die psychodynamische Theorie

3 Interventionen psychodynamischen Arbeitens

1 Einführung

»Menschen sind doch das Wertvollste,
das man gewinnen kann.«

Sigmund Freud, Brief an C.G. Jung, 1910, S. 154

Die Psychoanalyse (altgriechisch »Untersuchung der Seele«), begründet durch Sigmund Freud um 1899, gilt als eine anthropologische Disziplin, die das menschliche Erleben und Verhalten als das Ergebnis komplexer Interaktionen zwischen bewussten und unbewussten psychischen Prozessen erforscht und therapeutisch behandelt. Sie zeichnet sich über einen theoretischen, methodischen und therapeutischen Pluralismus aus. Daher wird die Psychoanalyse nicht nur als psychologische Theorie betrachtet, sondern auch als Kulturtheorie, psychotherapeutische Behandlungsform und Methode zur Selbsterfahrung. Aus der Psychoanalyse haben sich die verschiedenen Schulen der Tiefenpsychologie entwickelt. Die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, welche im deutschsprachigen Raum einzigartig zumeist ihre Anwendung findet, setzt den psychoanalytischen Hintergrund in der psychotherapeutischen Praxis in einer modifizierten Weise um. Dies zeigt sich in einer aktiveren Gesprächsführung und der Integration anderer Technikelemente. Die theoretische Grundlage stützt sich auf die Control-Master-Theory und die relationale Analyse (Jaeggi, 2005).

Psychoanalyse. In der klassischen Psychoanalyse wiederholen Patient:innen in der Beziehung zu dem / der Psychoanalytiker:in pathologische primäre Beziehungsmuster, die sich durch eine sehr lange Phase der Abstinenz von der Übertragung zur Übertragungsneurose steigern. Durch ein korrigierendes Erleben und die Einsicht (via Deutung) soll sich diese Dynamik langfristig auflösen.

Tiefenpsychologie. In der tiefenpsychologisch fundierten Therapie hingegen wird die Entwicklung einer Übertragungsneurose anders betrachtet. Die Fokussierung liegt auf Übertragungsanteilen im Verhältnis zu Realbeziehungen, wobei potenzielle negative Übertragungen (s. Abschn. 3.1) zeitnah bearbeitet werden sollen. Zudem zeichnet sich die Zielorientierung in der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie durch eine klare Fokussierung, kontinuierliche Kommunikation über Ziele und Abstimmung von expliziten Zielen mit unbewussten Grundlagen aus.

Demnach zeigt sich im Rahmen der Psychoanalyse ein Anspruch, sich mit der Lösung der Grundkonflikte und entsprechenden Persönlichkeitsstrukturen zu beschäftigen, während sich die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie mehr mit den aktuellen unbewussten Konflikten beschäftigt, die als Abkömmlinge der Grundkonflikte im aktuellen Erleben der Patient:innen zur Symptombildung und aktuellen Krise beitragen. Der Oberbegriff *Psychodynamische Therapien* wird für die Verfahren der Psychoanalyse sowie der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie genutzt, welcher in Anlehnung an die internationale Literatur auch in diesem Buch überwiegend verwendet wird. Die psychodynamischen Therapien zählen heute zu den häufigsten angewandten psychotherapeutischen Behandlungsmethoden.

■ Definition

Der Terminus **Psychodynamik** verweist auf eine spezifische Dynamik im Unbewussten, die darauf abzielt, ein homöostatisches Gleichgewicht zu erhalten, indem sie konflikthafte Wünsche und Bedürfnisse kompromissartig löst und in diesem Prozess Symptome hervorruft. Diese intrapsychischen Konflikte resultieren infolge von Verdrängungsprozessen, wobei sie dennoch in der Psyche aktiv und wirksam bleiben. Spezifische Abwehrmechanismen, die den psychischen Organismus vor unangenehmen Affekten schützen sollen, unterstützen diesen Versuch der psychischen Verdrängung.

Der psychodynamischen Methode stehen verschiedene Techniken zur Verfügung, um diese innerpsychischen Konflikte aufzudecken und zu bearbeiten:

- ▶ **Klären:** Der gemeinsame Versuch, Gedanken, Gefühle oder Konflikte zu veranschaulichen, zu präzisieren und verständlicher zu machen. Ziel ist es, die bewusste Wahrnehmung und das Verständnis für psychische Prozesse zu fördern, die zuvor unklar oder verworren waren.
- ▶ **Konfrontieren:** Aufzeigen von widersprüchlichem oder verdrängtem Verhalten oder Denken, um unbewusste Konflikte und Abwehrmechanismen zu verdeutlichen. Diese Technik ermutigt den/die Betroffene:n, sich bewusster mit den eigenen inneren Konflikten auseinanderzusetzen und diese anzuerkennen.
- ▶ **Deuten:** Ausführen von Hypothesen unbewusster Konflikte, Motive oder Symbole auf Basis von Äußerungen, Träumen oder Verhaltensweisen des/der Betroffenen. Durch die Deutung können tiefere Einblicke in die psychische Dynamik gewonnen werden, um Patient:innen ein besseres Verständnis der inneren Prozesse zu vermitteln und somit Veränderungen zu ermöglichen.

Die psychodynamische Perspektive geht ferner von dem sogenannten Wiederholungszwang aus, welcher die fortwährende Wiederholung des ungelösten Konfliktthemas über das Symptom selbst, aber auch über die Interaktionen mit der Außenwelt steuert. Diese interaktionelle Dynamik soll auch in der therapeutischen Situation entstehen, um ein Innehalten und Betrachten zu ermöglichen, und im weiteren Verlauf Handlungsoptionen und Veränderungsmöglichkeiten entstehen zu lassen. Die Therapie soll dabei eine Unterbrechung dieser Wiederholung erzielen.

Therapeutische Haltung und Beziehung

Jeder Mensch und jede Biografie werden als überaus individuell verstanden und damit besteht die Annahme, dass auch das Symptom selbst einen persönlichen Ausdruck darstellt. Vor allem über die therapeutische Beziehung und die damit verbundene therapeutische Haltung von Neutralität, Anonymität und Abstinenz sollen Phänomene der Übertragung und Gegenübertragung eine mögliche Plattform für diese Wiederholung und das damit assoziierte Symptom bieten.

- ▶ **Abstinenz:** Die Abstinenzregel beschreibt den behandlungstechnischen Grundsatz der weitestgehenden Nichtbefriedigung der Gefühle und Wünsche, die bei Patient:innen in Bezug auf das therapeutische Gegenüber durch die Übertragung hervorgerufen werden. Außerdem meint sie die Enthaltungsverpflichtung im Rahmen der Gegenübertragung. Triebwünsche des/der Patient:in sollen nicht befriedigt, sondern bewusst gemacht werden. Eigene Bedürfnisse sollen zudem nicht durch die therapeutische Situation beantwortet werden.
- ▶ **Neutralität:** Die Neutralität bezeichnet die Haltung von Therapeut:innen bei der Behandlung, diese nicht aufgrund religiöser, moralischer oder sozialer Werte oder Ideale zu lenken und sich jedes Rates zu enthalten.
- ▶ **Anonymität:** Der/Die Therapeut:in soll als leere Projektionsfläche keine Hinweise auf die eigene Persönlichkeit, das Privatleben sowie eigene Einstellungen geben und mit der nötigen »Kühle des Chirurgen« (Freud, 1912) ans Werk gehen. Die Anonymität wird heute als fiktiv beschrieben.

Der psychodynamische Behandlungsraum soll möglichst offen (und damit wenig direktiv) gestaltet sein, wie eine »Theaterbühne« (Thomä & Kächele, 2006), auf der vergangene Beziehungserfahrungen in Szene gesetzt werden. Nach Zwiebel (2019) bestehe die therapeutische Beziehung (neben den benannten drei Grundpfeilern) vor allem aus gleichzeitigen Bipolaritäten:

- Teilnahme – Beobachtung
- Erleben – Denken
- Ungewissheit – Überzeugung
- Assoziieren – Fokussieren.

Therapeutische Intention

Die Idee der Dichotomie bzw. gleichzeitig auftretenden gegensätzlichen Bestrebungen wiederholt sich in nahezu allen psychodynamischen Konzepten. Laut dieser besteht der Mensch aus einer bipolaren Struktur, die von anfänglich gegensätzlichen Tendenzen beeinflusst und gelenkt wird. Die individuelle Entwicklung stellt einen dialektischen Prozess dar, in dem scheinbar unvereinbare Gegensätze allmählich in eine harmonische Einheit integriert werden (Mentzos, 2017). Ursprünglich bezieht sich diese Grundlage auf die Triebtheorie Freuds, welche das fortwährende Koexistieren von Lebens- und Todestrieb beschreibt. Eine psychophysische Homöostase kann demzufolge nur in der Akzeptanz von Ambivalenz und Ambiguität bestehen, welche gleichermaßen progressive (Eros = Lebenstrieb) und regressive (Thanatos = Todestrieb) Strebungen beinhalten kann.

- **Ambivalenz:** Die Ambivalenz bezeichnet das gleichzeitige Vorhandensein von gegensätzlichen Gefühlen, Einstellungen oder Wünschen gegenüber einer Person, einer Situation oder einem Objekt. Dabei empfindet eine Person sowohl positive als auch negative Emotionen oder Haltungen in Bezug auf dasselbe Ereignis oder dieselbe Person. Diese gleichzeitige Existenz widersprüchlicher Gefühle kann zu inneren Konflikten führen und die Entscheidungsfindung erschweren. Ambivalenz ist ein wichtiger Begriff in der Auseinandersetzung mit komplexen emotionalen Erfahrungen und Beziehungen.
- **Ambiguität:** Die Ambiguität bezieht sich auf die Mehrdeutigkeit oder Vagheit in Bezug auf die Bedeutung einer sprachlichen Äußerung, eines Ausdrucks oder einer Information. Eine Aussage oder Situation ist ambig, wenn sie verschiedene Interpretationen oder Verständnismöglichkeiten zulässt. Die Ambiguitätstoleranz weist Parallelen zum Konzept der *Negative Capability* nach Bion (1970) auf. Mit dieser beschreibt er die Haltung, in einer therapeutischen Situation im Zweifel verharren zu können, ohne voreilig eine Entscheidung zu treffen.

Das Hauptziel im therapeutischen Kontext ist es, über die Deutung unbewusste Konflikte bewusst zu machen, um somit in ein psychophysisches Gleichgewicht zu finden. Dafür werden aufdeckende therapeutische Interventionen genutzt, um Erkenntnisse über sich selbst, die eigene Biografie und folglich auch über das als kommunikativ verstandene Symptom zu gewinnen. Die von Freud entwickelte *Method der freien Assoziation* soll den Betroffenen erlauben, ihre Gedanken und Gefühle möglichst ungehemmt auszudrücken. Ein roter Faden des Unbewussten soll so identifiziert werden. Die therapeutische Antwort auf die *freie Assoziation* des/der Betroffenen ist die *gleichschwebende Aufmerksamkeit*. Diese erfordert, dass das therapeutische Gegenüber das eigene Unbewusste als empfangendes Organ für das des/der Betroffenen nutzt. Es bedeutet für Therapeut:innen, allen Inhalten gleiche Aufmerksamkeit zu schenken, ohne Vorurteile oder Nachfragen. Es erfordert das Lösen vom Inhalt, das Erkennen von unausgesprochenen Botschaften und das Zulassen intuitiver Einfälle, um in Kontakt mit nicht symbolisierbarem Material zu treten. Die Symbolbildung wird durch Freud als reife Fähigkeit, als Vorstufe zur Begriffsbildung und als unbewusster Ersatz für den Begriff im Bewussten beschrieben. Dementsprechend wird aus frühkindlich bildhaftem somatischem Erleben Sprache und Erleben symbolisiert. Die Offenlegung des körperlichen und seelischen Leidens eröffnet die Möglichkeit, etwas über sich zu verstehen und dadurch das Symptom heilen oder mindern zu können. Aus diesem er-

kenntnisgeleiteten Arbeiten können neue Perspektiven entstehen, um nicht nur einen anderen Umgang, sondern auch ein anderes Gefühl im Zusammenhang mit dem Symptom in den Lebensalltag zu integrieren:

»[...] die Erforschung des Unbewussten in seinem Einfluss auf psychische Symptombildung, mit dem Ziel, dauerhaft dem Patienten zu ermöglichen, unbewusste Konflikte und Phantasien zu erkennen und ihre determinierende Wirkung auf sein Fühlen, Denken und Handeln zu verändern, [kann] auch weiterhin als das Alleinstellungsmerkmal der Psychoanalyse gelten« (Leuzinger-Bohleber & Weiß, 2014, S. 17).

Wenn dies gelingt und dadurch die Abwehrformation entkräftet wird, so kann das Symptom in den Hintergrund rücken und die Fähigkeit zur Selbstanalyse gestärkt werden. Blagys und Hilsenroth (2000) fassen das psychodynamische Arbeiten mithilfe von sieben Kernaspekten zusammen:

- (1) Auf Gefühle fokussieren
- (2) Abwehrformation erkennen
- (3) Wiederkehrende Muster suchen
- (4) Erfahrungen verarbeiten
- (5) Beziehungen der Patient:innen analysieren
- (6) Therapeutische Beziehung
- (7) Fantasie erforschen

Zusammenfassend liegen die besonderen Merkmale des psychodynamischen Ansatzes in der Anerkennung unbewusster Phänomene, einer starken Fokussierung auf zwischenmenschliche Beziehungen und der entsprechenden therapeutischen Haltung.

Arbeits- und Informationsmaterial

INFO 1 Übersicht: Vordenker:innen der Psychoanalyse

Das Informationsblatt soll einige wichtige Vordenker:innen der Psychoanalyse mit einer kurzen Biografie und den jeweiligen Forschungsschwerpunkten vorstellen.

INFO 2 Leitfaden für ein psychodynamisches Behandlungsangebot

Das Informationsblatt soll dem / der Behandelnden Kriterien für ein psychodynamisches Behandlungsangebot, unabhängig vom Störungsbild, aufzeigen. Es soll zusätzlich bei der Auswahl von Patient:innen unterstützen, die sich gut für ein psychodynamisches Behandlungsangebot eignen.

INFO 3 Therapieschulen im Vergleich

Dieses Informationsblatt differenziert die unterschiedlichen Therapieschulen voneinander. Anhand der Kategorien Ätiologiekonzept, Therapieziele, Zeitperspektive und Interventionen lassen sich Unterschiede, aber auch Ähnlichkeiten aufweisen. Es kann zudem bei der Zuweisung von Patient:innen helfen.

AB 1 Supervisionsprotokoll

Das Arbeitsblatt kann von dem / der Behandelnden ausgefüllt und mit in die Supervision genommen werden. Es soll dabei helfen, die Übersicht über die Inhalte der Therapie, vor allem aber auch die impliziten Erlebnisse regelmäßig zusammenzufassen.

AB 2 Stundendokumentation

Das Arbeitsblatt liefert eine Vorlage für eine Stundendokumentation und soll dabei unterstützen, den wöchentlichen Überblick über die bewussten und unbewussten therapeutischen Prozesse zu behalten. Im Verlauf der Behandlung ist es immer wieder sinnvoll, in vergangene Stundendokumentationen zu schauen, auch um unbewusste Veränderungen im Übertragungsraum zu identifizieren.

AB 3 Therapiedokumentation

Das Arbeitsblatt liefert eine Vorlage für eine Therapiedokumentation und soll dabei unterstützen, einen guten Überblick zu behalten. Neben vielen offenen Räumen innerhalb der Therapie ist es umso wichtiger, die Struktur im Außen gut zu wahren. Das Arbeitsblatt kann zur Übersichtlichkeit in die Akte kopiert werden.

AB 4 Psychopathologischer Befund

Das Arbeitsblatt fasst die Kategorien des psychopathologischen Befunds zusammen. Diese werden für den Bericht an den / die Gutachter:in benötigt.

AB 5 Notizen für den Bericht an den Gutachter

Das vorliegende Informationsblatt fasst die Kategorien des Berichts an den / die Gutachter:in zusammen und soll dabei helfen, bereits innerhalb der Erstgespräche einige Gedanken und Assoziationen zu den verschiedenen Kategorien zu notieren.

Übersicht: Vordenker:innen der Psychoanalyse

Sigmund Freud (1856–1939)

Sigmund Freud war ein österreichischer Neurologe und der Begründer der Psychoanalyse. Geboren am 6. Mai 1856 in Freiberg, Mähren (heute Příbor, Tschechien), studierte er Medizin in Wien. Freud entwickelte Theorien über das Unbewusste, die Traumdeutung, Abwehrmechanismen und die Struktur der Persönlichkeit. Zu seinen bekanntesten Werken gehören »Die Traumdeutung« und »Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie«. Freud hatte einen tiefgreifenden Einfluss auf die Psychologie und seine Ideen haben auch in anderen Disziplinen wie Literatur, Kunst und Kulturwissenschaften Spuren hinterlassen.

Melanie Klein (1882–1960)

Melanie Klein war eine österreichisch-britische Psychoanalytikerin und eine der wichtigsten Figuren in der psychoanalytischen Bewegung. Geboren am 30. März 1882 in Wien, Österreich, widmete sie sich intensiv der Arbeit mit Kindern und entwickelte die Objektbeziehungstheorie. Diese Theorie betont die Bedeutung der frühen Beziehungen des Kindes zu seiner Umgebung und insbesondere zu seinen Eltern. Melanie Klein leistete wichtige Beiträge zur Kinderanalyse und zum Verständnis von unbewussten Konflikten im Kindesalter.

Heinz Kohut (1913–1981)

Heinz Kohut war ein österreichisch-amerikanischer Psychoanalytiker, der als einer der Begründer der Selbtpsychologie gilt. Geboren am 3. Mai 1913 in Wien, Österreich, emigrierte er später in die USA. Kohuts Arbeit konzentrierte sich darauf, die Bedeutung des Selbstgefühls und der Selbstobjekte in der psychischen Entwicklung zu verstehen. Er betonte die Bedeutung von Empathie in der therapeutischen Beziehung und argumentierte, dass die Entwicklung des Selbstgefühls eine entscheidende Rolle in der Persönlichkeitsbildung spielt.

Anna Freud (1895–1982)

Anna Freud war eine österreichisch-britische Psychoanalytikerin und die jüngste Tochter von Sigmund Freud. Geboren am 3. Dezember 1895 in Wien, Österreich, leistete sie bedeutende Arbeit auf dem Gebiet der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Sie gilt als Begründerin der Ich-Psychologie. Anna Freud entwickelte spezifische psychoanalytische Techniken für die Arbeit mit Kindern, darunter das Spiel als Ausdrucksmittel für verborgene Konflikte. Sie gründete die Hampstead Child Therapy Course and Clinic in London und trug maßgeblich zur Entwicklung der Kinderpsychoanalyse bei.

Übersicht: Vordenker:innen der Psychoanalyse

Donald Woods Winnicott (1896–1971)

Donald Woods Winnicott war ein britischer Kinderarzt und Psychoanalytiker, der für seine Arbeit im Bereich der Objektbeziehungstheorie und der Entwicklungspsychologie bekannt ist. Er wurde am 7. April 1896 in Plymouth, England, geboren. Winnicott war ein Pionier in der Betrachtung der frühen Beziehung zwischen Mutter und Kind und betonte die Bedeutung einer ausreichend guten Mutter-Kind-Bindung für die gesunde psychische Entwicklung. Er prägte Konzepte wie die »Übergangsobjekte« und die »Übergangsphänomene«, die die psychische Realität des Kindes in der frühen Entwicklung widerspiegeln. Winnicotts Arbeit legte den Grundstein für die moderne Entwicklungspsychologie und beeinflusste zahlreiche Bereiche der Psychotherapie und Pädagogik.

Otto Kernberg (*1928)

Otto Kernberg ist ein amerikanischer Psychoanalytiker, der für seine Arbeit im Bereich der Objektbeziehungstheorie und der Persönlichkeitsstörungen bekannt ist. Er wurde am 10. September 1928 in Wien, Österreich, geboren. Kernberg ist besonders bekannt für seine Arbeiten über Borderline-Persönlichkeitsstörungen und seine Entwicklung der »strukturellen Psychotherapie«. Er betonte die Bedeutung von Objektbeziehungen und die Integration von Affekt, Kognition und Verhalten in der psychotherapeutischen Behandlung. Seine Arbeit hat die moderne Psychotherapie und Psychoanalyse maßgeblich geprägt und ist weiterhin von großer Bedeutung für die klinische Praxis und Forschung.

Leitfaden für ein psychodynamisches Behandlungsangebot

(1) Typische intrapsychische Konflikte

Berücksichtigung von inneren Konflikten, insbesondere solchen, die mit erlebten oder fantasier-ten Trennungserfahrungen in Verbindung stehen.

(2) Symptomspezifische Beziehungsmuster und Handlungsmodelle

Analyse der Beziehungsmuster und Verhaltensweisen, die spezifisch mit dem jeweiligen Symptom verbunden sind.

(3) Charakteristische Erlebens- und Denkweisen

Identifikation von typischen Denk- und Erlebensweisen im Kontext der Depression.

(4) Vorhandenes Strukturniveau

Einschätzung des psychischen Strukturniveaus, um die angemessene therapeutische Herange- hensweise zu bestimmen.

(5) Inszenierung in der Übertragung in den Vorgesprächen

Bewertung, wie sich die beschriebenen Muster in der Beziehung zwischen Therapeut:in und Patient:in während der Vorgespräche zeigen.

(6) Verbindung mit der Biografie

Untersuchung der Verbindung zwischen aktuellen und biografischen Belastungserlebnissen, ins- besondere solche, die akut und chronisch fehlverarbeitet wurden und werden.

(7) Positiver Nachweis aktueller und biografischer Belastungserlebnisse

Herausstellen von Belastungserlebnissen, um die Notwendigkeit der Therapie durch den positiven Nachweis von Zusammenhängen mit der Biografie zu unterstreichen.

2 Die psychodynamische Theorie

In diesem Kapitel werden die klassischen psychoanalytischen Konzepte vorgestellt. Die ursprüngliche Perspektive dieser Konzepte entfaltet sich im Rahmen der Weiterentwicklungen. Trotz intensiver Diskussionen um diese besteht auch heute eine hohe Relevanz in der therapeutischen Praxis.

Die Triebtheorie

Die Triebtheorie Freuds beschreibt die Vorstellung, dass menschliches Verhalten und psychische Prozesse wesentlich von endogenen Trieben und Grundbedürfnissen gesteuert werden. Die Triebe können anhand

- ihrer Quelle,
- ihres Objekts (»dasjenige, an welchem oder durch welches der Trieb sein Ziel erreichen kann«, Freud, 1915b),
- ihres Ziels und
- ihres Drangs

unterschieden werden. Nach Freud entspringt der Trieb einem körperlichen Spannungszustand, welcher sowohl die Art- als auch die Selbsterhaltung sicherstellen soll. Triebe werden nach ihrer Entstehung in Primär- und Sekundärtriebe unterschieden. Die Primärtriebe sind von Geburt an vorhanden, der Art- und Selbsterhaltung dienend, während die Sekundärtriebe sich im Verlauf der kindlichen Entwicklung entfalten und soziale Bedürfnisse wie Anerkennung und Sicherheit umfassen. Der Triebdrang, der sich von körperlichen Spannungen ausgehend auf seelische Wirkungen erstreckt (die so genannten Triebrepräsentanzen), erfolgt unabhängig vom Willen des Bewusstseins. Das Bewusstsein kann jedoch die Umsetzung der Triebwünsche steuern und sogar unterdrücken, um angemessenes Verhalten in der Umwelt sicherzustellen. Die Energie der Triebe, von Freud als »Libido« bezeichnet, strebt nach sofortiger Befriedigung, was er als Lustprinzip bezeichnete.

Der anfänglich beschriebene Anspruch der Psychoanalyse als Kulturtheorie zeigt sich unter anderem darin, dass Freuds Triebtheorie mehrfach überarbeitet wurde, vor allem beeinflusst durch das kriegerische Weltgeschehen. Freud unterschied zunächst zwischen zwei Hauptgruppen von Trieben: den Ich- / Selbsterhaltungstrieben und den Sexualtrieben. In Freuds späteren Arbeiten (ab 1923) differenzierte er zwischen Lebenstrieb (griech. Eros) und Todestrieb (griech. Thanatos). Der Lebenstrieb (Sexual-, Selbsterhaltungs- und Ich-Triebe) umfasst alle Triebe, die das Leben und Bindungen fördern, während der Todestrieb den Drang zur Rückkehr zum Anorganischen und dadurch eine vollständige Spannungsauflösung anstrebt. Diese beiden Triebe wirken in Polarität, können jedoch auch vielfach miteinander vermischt auftreten.

Das topographische Modell

Das topographische Modell des psychischen Apparats versucht, psychische Inhalte basierend auf ihrem Bewusstseinsgrad zu kategorisieren und in Systemen zu ordnen, die von einem Zensor in ihren Beziehungen zueinander reguliert werden:

- Das **Bewusstseinssystem** dient dazu, Konfigurationen von Reizen aus der inneren Welt und der äußeren Realität wahrzunehmen. Es fungiert als Sinnesorgan zur Erfassung psychischer Qualitäten.
- Das **System des Vorbewussten** enthält psychische Inhalte, die zwar derzeit nicht im Bewusstsein präsent sind, aber durch willentliche oder manchmal auch unwillkürliche Aufmerksamkeitslenkung abgerufen werden können.

- Das **System des Unbewussten** setzt sich aus psychischen Inhalten zusammen, die selbst durch gezielte Konzentration nicht ins Bewusstsein gehoben werden können. Es gibt verschiedene Arten unbewusster Prozesse, wobei Freud dem Verdrängten den größten theoretischen Raum gewidmet hat. Dabei handelt es sich um Impulse und Vorstellungen, die vom Individuum und / oder der Kultur als unerwünscht angesehen werden und daher ins Unbewusste verdrängt werden. Therapeutische Erfahrungen haben gezeigt, dass diese verdrängten Inhalte auf entstellte Weise wieder in das Bewusstsein gelangen können, bekannt als Wiederkehr des Verdrängten. Nicht nur das Symptom selbst, sondern auch die Interpretation von Träumen, die sogenannten Freud'schen Versprecher sowie Aspekte von Humor und Übertragungs- und Gegenübertragungsphänomenen bieten eine Möglichkeit, das Unbewusste zu entdecken.
- Der **Zensor** wird beim Gegenspiel von unlustvoller Realität und Triebhaftigkeit an der Grenze zwischen Ich und Unbewusstem angenommen. Dieser funktioniert automatisch und unbewusst und lässt nur so viel ins Bewusstsein zu, wie dem Ich zuträglich ist. Dieser Regulator wirkt wie eine Art Zensur.

Zusammenfassend soll die therapeutische Erfahrung ermöglichen, dass die verdrängten Inhalte sich in entstellter Art wieder Zugang zum Bewusstsein verschaffen können. Dazu wird das responsive therapeutische Gegenüber, das sich für die Botschaften des Unbewussten aufnahmefähig zur Verfügung stellt, benötigt. Die Systeme untereinander werden durch den Zensor reguliert. Das Ziel des Zensors ist die Psyche vor Überflutung von unerträglichen, ängstigenden oder für Beziehungen bedrohlichen Inhalten zu schützen. Dies gelingt über Mechanismen zur Verfremdung von inakzeptablen, im Unbewusstsein latenten Wünschen, die konstant nach Ausdruck streben. Dies führt dazu, dass diese Wünsche schließlich in Form von Symptomen, Träumen und vergleichbaren Erscheinungen manifest werden, während das Individuum fortwährend die bewusste Anerkennung dieser Wünsche verweigern kann.

Das Strukturmodell

Das Strukturmodell ist ein grundlegendes Konzept in der Psychoanalyse, dass die verschiedenen Teile der Psyche beschreibt und dadurch das topographische Modell erweitert. Das Modell repräsentiert eine dreiteilige Aufteilung der Psyche in das Es, das Ich und das Über-Ich, die die inneren Kräfte und Konflikte, die unser Verhalten und unsere Emotionen beeinflussen, veranschaulicht.

- Das **Es** handelt auf der Grundlage von Trieben und Instinkten und sucht nach sofortiger Befriedigung seiner Bedürfnisse. Das Es ist primärprozesshaft, zeitlos und nicht von moralischen Prinzipien geleitet. Es repräsentiert unsere tiefsten, meist unbewussten Wünsche und Bedürfnisse und ist mit dem Lustprinzip verbunden.
- Das **Ich** ist der Teil der Psyche, der zwischen dem Es und der äußeren Realität vermittelt. Es fungiert als Vermittler und versucht, die Bedürfnisse des Es auf eine sozial akzeptable und realistische Weise zu erfüllen. Das Ich operiert auf der bewussten Ebene und ist mit rationalen Entscheidungen und dem Realitätsprinzip verbunden.
- Das **Über-Ich** repräsentiert die moralischen und ethischen Aspekte der Psyche. Es enthält unsere internalisierten Normen, Werte und Ideale, die wir von unseren Bezugspersonen und der Gesellschaft übernommen haben. Das Über-Ich beurteilt und kontrolliert das Verhalten des Ichs und nutzt Schuld- und Schamgefühle als Regulationsmechanismus, wenn es gegen die internalisierten moralischen Standards verstößt.

Das Strukturmodell von Freud beschreibt die ständigen Wechselwirkungen und Konflikte zwischen diesen drei beschriebenen Instanzen. Konflikte zwischen dem Es, dem Ich und dem Über-Ich können sogenannte neurotische Symptome verursachen, wenn der Druck der aus dem Es und / oder Über-Ich drängenden Wünsche und Verbote zu hoch ist. Die psychodynamischen Therapien zielen darauf ab, diese Konflikte und deren, zur Symptombildung führenden, kompromisshaften Lösungen zu erkennen. Für eine ausgeglichene psychische Entwicklung ist das Anerkennen und Erleben von Widersprüchen

und Unvereinbarkeiten von entscheidender Wichtigkeit, denn so können auch schwer aushaltbare Lebens-, Gefühls- und Wunschrealitäten integriert bzw. parallel erlebbar werden.

■ **Zusammenfassung • Grundannahmen der psychodynamischen Therapien**

- Kindheitserinnerungen und Traumata beeinflussen die Entwicklung.
- Unbewusste Triebkräfte steuern das Verhalten und Erleben.
- Das Bewusstmachen von unbewusstem Material kann auf Widerstand treffen.
- Konflikte zwischen bewusstem und unbewusstem Material verursachen psychische Störungen.
- Unbewusstes Material zeigt sich in Träumen, Versprechern, misslungenen Handlungen und Witzen.
- Heilung kann erreicht werden durch das Bewusstmachen und Durcharbeiten des Unbewussten.

2.1 Weiterentwicklungen der Psychoanalyse

Kritiker:innen der Entwicklungstheorie von Freud argumentieren, dass diese in modernen Kontexten anders verstanden werden sollte. Die Betonung sollte dabei nicht mehr so stark auf den physischen Aspekten der infantilen Lust, sondern vielmehr auf dem psychosozialen Entwicklungsprozess und der Interaktion zwischen biologischen, kulturellen und sozialen Faktoren gelegt werden. Der gesellschaftliche Kontext zu Freuds Lebzeiten sollte in diese kritischen Anmerkungen jedoch mit einbezogen werden. Die Psychoanalyse hat nach Freuds klassischer Triebtheorie verschiedene Weiterentwicklungen durchlebt, die unterschiedliche Schwerpunkte und Betonungen innerhalb der psychodynamischen Theorie und Praxis setzen. Diese beinhalten die kritische Analyse des Freud'schen Triebkonzepts sowie der Vorstellung von Libido und Aggression als zentrale Motivationen menschlichen Erlebens und Handelns. Eine Gruppe von Kritiker:innen, darunter Sandor Ferenczi, Michael Balint und John Bowlby, wandte sich frühzeitig gegen die Vorstellung, dass das psychosexuelle Triebleben das primäre und grundlegende Element in der psychischen Entwicklung darstellt. Stattdessen postulierten sie, dass die primäre Erfahrung des Säuglings die emotionale Bindung und der Bindungstrieb sind, anstelle der von Freud angenommenen hauptsächlich sinnlichen Lustsuche im Kleinkindalter. Diese Perspektive verwandelt das Verhalten des Kindes in ein komplexes Erleben, bei dem Zärtlichkeit, primäre Liebe, Bindung und zwischenmenschliche Beziehungen im Mittelpunkt stehen.

Im Folgenden werden zwei dieser wichtigen psychodynamischen Erweiterungen (Stufenmodell und Bindungstheorie) sowie drei bedeutende Schulen der Psychoanalyse näher erläutert: die Ich-Psychologie, die Objektpsychologie und die Selbtpsychologie:

Stufenmodell der psychosozialen Entwicklung

Das Modell der psychosozialen Entwicklung, das von Erik H. Erikson (1950) entwickelt wurde, beschreibt die Art und Weise, wie sich die psychosoziale Entwicklung des Menschen entfaltet. Diese Entwicklung findet in einem dynamischen Spannungsfeld zwischen individuellen Bedürfnissen und sich kontinuierlich wandelnden sozialen Anforderungen statt. Eriksons Theorie hebt die herausragende Rolle von Beziehungen und Interaktionen des Kindes mit seiner sozialen Umwelt für die Entfaltung der psychischen Entwicklung hervor. Im Vergleich zu Freuds Modell, das einen betonten Fokus auf die psychosexuelle Dimension legt, gewährt Erikson dieser weniger Raum und erweitert die Psychoanalyse um die psychologische Dimension, die die Entwicklung des Selbst und der Identität über den gesamten Lebensverlauf hinweg umfasst. Anhand von acht Stadien werden die Bedürfnisstrebungen von der Geburt bis zum Tod beschrieben.