



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

Wolfgang Wöller ■ Johannes Kruse

Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie

Basisbuch und Praxisleitfaden

Mit Beiträgen von

Christian Albus
Marianne Bauer
Jürgen Bernard
Sayuri Ito
Johannes Kruse
Falk Leichsenring
Dankwart Mattke

Luise Reddemann
Christiane Steinert
Sabine Trautmann-Voigt
Bernd Voigt
Rosa Maria Wolf-Poschkamp
Wolfgang Wöller

Wolfgang Wöllner ■ Johannes Kruse

Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie

Basisbuch und Praxisleitfaden

5., aktualisierte Auflage
Mit einem Geleitwort von Gerd Rudolf

Herausgegeben von
Wolfgang Wöllner, Johannes Kruse

 **Schattauer**

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Besonderer Hinweis

Die Medizin unterliegt einem fortwährenden Entwicklungsprozess, sodass alle Angaben, insbesondere zu diagnostischen und therapeutischen Verfahren, immer nur dem Wissensstand zum Zeitpunkt der Drucklegung des Buches entsprechen können. Hinsichtlich der angegebenen Empfehlungen zur Therapie und der Auswahl sowie Dosierung von Medikamenten wurde die größtmögliche Sorgfalt beachtet. Gleichwohl werden die Benutzer aufgefordert, die Beipackzettel und Fachinformationen der Hersteller zur Kontrolle heranzuziehen und im Zweifelsfall einen Spezialisten zu konsultieren. Fragliche Unstimmigkeiten sollten bitte im allgemeinen Interesse dem Verlag mitgeteilt werden. Der Benutzer selbst bleibt verantwortlich für jede diagnostische oder therapeutische Applikation, Medikation und Dosierung.

In diesem Buch sind eingetragene Warenzeichen (geschützte Warennamen) nicht besonders kenntlich gemacht. Es kann also aus dem Fehlen eines entsprechenden Hinweises nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

Schattauer

www.klett-cotta.de

© 2018 by J. G. Cotta'sche Buchhandlung Nachfolger GmbH, gegr. 1659, Stuttgart

Alle Rechte vorbehalten

Printed in Germany

Cover: unter Verwendung einer Abbildung von

© Franca Settembrini: ohne Titel

Gesetzt von Kösel Media GmbH, Krugzell

Gedruckt und gebunden von Friedrich Pustet GmbH & Co. KG, Regensburg

ISBN 978-3-608-43275-6

Lektorat: Claudia Ganter, Sonja Steinert

Projektmanagement: Dr. Nadja Urbani

Auch als E-Book erhältlich

Geleitwort

Psychoanalytische Psychotherapie wurde in älteren Beschreibungen zuweilen durch die Metapher einer »Reise ins unbekannte Land« gekennzeichnet, eine »Reise ins Unbewusste, Reise an den Ort der aufrührerischen aufständischen Triebwünsche, die man nicht vergessen kann«. Dieses Geschehen soll, wenn es in einer gelungenen therapeutischen Beziehung erst einmal begonnen hat, naturwüchsig prozesshaft ablaufen, wobei die Kunst des Therapeuten darin liegt, es im Kontakt mit dem Unbewussten des Patienten behutsam zu fördern und wenig zu stören. In diesem Bild ist es schwer vorherzusagen, wie lange die Reise dauern wird – sicher viele Jahre – und wo sie einmal zu Ende geht – das Ziel ist vorher nicht bekannt. Von möglichen Ergebnissen des Vorhabens oder gar von seiner Effektivität zu sprechen, verbietet sich angesichts der Reise-Metapher ohnehin.

Die therapeutische Kunst, wie sie in diesem Bild angedeutet wird, basiert aber letztlich auf handwerklichen Fähigkeiten der Künstler und diese wiederum auf einer wissenschaftlichen Konzeption des Vorgehens. Die tiefenpsychologische Psychotherapie ist eine bedeutsame Weiterentwicklung der Psychoanalyse und neben der Verhaltenstherapie die wichtigste Behandlungsform in der psychotherapeutischen Versorgung der Bevölkerung. Sie beschränkt sich nicht nur darauf, therapeutische Kunst zu pflegen, sondern auch das Handwerkliche weiterzuentwickeln, das heißt die therapeutischen Ziele zu differenzieren, die zum Ziel führenden Methoden und Techniken zu verfeinern, die therapeutische Beziehung, je nach Art der Beziehungsstörung des Patienten, zu modifizieren, die Störungen sorgfältig in ihrem klinischen Erscheinungsbild und in ihren ätiologisch-pathogenetischen Wurzeln zu diagnostizieren.

Die Grundlage dafür liefern vielfältige theoretische Entwicklungen innerhalb der Psychodynamik bzw. Verknüpfungen mit Theorien aus benachbarten Disziplinen (z. B. Entwicklungspsychologie, Neurobiologie). Beteiligt an den Weiterentwicklungen waren in den letzten Jahren zum einen die zahlreichen tiefenpsychologisch fundierten Ausbildungsinstitute, zum anderen die psychodynamisch orientierten Kliniken. In beiden Institutionen gibt es wenig Berührungspunkte gegenüber »fremden« Verfahren und ein großes Interesse an störungsbezogenen Behandlungen.

Das Ergebnis der Entwicklung im Bereich der Psychodynamik beschreibt P. Fürstenu (2005) so: »Im Kontext der psychodynamischen kurz- und mittelfristigen Therapien haben wir gelernt, Übertragungsmuster schneller zu identifizieren und für die Patienten nutzbar zu machen. Wir haben die Geschicklichkeit erworben, durch Zielfokussierung mit den Klienten, ohne langwierige Regressionsprozesse Distanz zu pathologischen Einstellungen und Erprobung neuer, besserer Umgangsweisen zu erreichen. Das hat den Patienten gesündere Lebenszeit und den Kostenträgern Kostenersparnisse gebracht.«

An die Stelle des Uniformitätsmodells – ein einziger Behandlungsansatz (vom Typ »Reise ins Unbewusste«) geeignet für alle Störungen (vom Typ »unerledigte Triebwünsche«) – tritt die Logik des »What works for whom?«: Welches therapeutische Vorgehen ist für welche Störung eines Patienten nachweislich besonders geeignet? Auch die Idee vom uniformen Therapeuten gilt es aufzulösen: Wünschenswert und zurzeit noch nicht evidenzbasiert möglich ist eine Antwort auf die Frage »Welche Therapeutenpersönlichkeit vermag welche therapeutische Methode bei welchem Patiententypus wirksam einzusetzen«.

zen?« – eine zentrale Aufgabe für die Selbsterfahrung im Rahmen der Aus- und Weiterbildung.

Bei allen genannten Differenzierungsbestrebungen spielen zunehmende Effektivität (Wirksamkeit) und Effizienz (Kosten-Nutzen-Abwägungen) zwar eine bedeutsame Rolle, aber zeitlich begrenzte fokussierte Therapien sind nicht nur wünschenswert, weil sie kostengünstig sind, sondern weil sie die Lebenszeit des Patienten berücksichtigen. Das Anliegen ist, den Patienten nicht jahrelang in eine letztlich artifizielle Beziehung einzubinden, sondern ihm mithilfe einer möglichst begrenzten effektiven Behandlung mehr Zeit und Raum für ein lebenswertes Leben zur Verfügung zu stellen.

Das vorliegende Standardwerk von hoch kompetenten Psychotherapeuten dokumentiert den aktuellen Stand der oben skizzierten therapeutischen Entwicklung im Bereich der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie. Das geschieht einmal bezogen auf die Perspektivenvielfalt des Verfahrens und zum anderen im Blick auf die methodenspezifisch vorrangige Aufgabe des therapeutischen Fokussierens.

Vor diesem Hintergrund geleiten die Autoren die Leser Schritt für Schritt durch die unterschiedlichen Phasen einer typischen Therapie und verdeutlichen darüber hinaus die handlungstechnischen und settingbezogenen Variationen bei speziellen Störungen.

Wie in keinem anderen aktuellen Buch werden die Leser anhand von therapeutischen Gesprächssequenzen mit den ganz konkreten Interventionsstrategien des Verfahrens vertraut gemacht. Auf diese Weise werden die tiefenpsychologische Therapiekonzeption und ihre störungsbezogenen Modifikationen anhand von zahlreichen klinisch plausiblen Beispielen operationalisiert und dadurch transparent gemacht.

Das Ergebnis ist ein außerordentlich praxisbezogenes Buch mit ausführlichen theoretischen Fundierungen, die den aktuellen Stand der Theorieentwicklung und des praktischen Wissens widerspiegeln. Es ist bestens geeignet für praktizierende Therapeuten, die ihre klinischen Erfahrungen anhand der vorgegebenen Konzeptualisierung reflektieren, ordnen und in Begriffe fassen können, und insbesondere für Berufsanfänger, denen ein klarer Zugang zu den Theorien und Prozessabläufen psychodynamischer Psychotherapie eröffnet wird. Mit dieser Art von Transparenz des therapeutischen Geschehens wird ein bedeutsamer Schritt getan, hin zu der wünschenswerten Entmythisierung und zu der dringend erforderlichen Verwissenschaftlichung – mit dem Ziel wissenschaftlicher Überprüfung – der psychodynamischen Psychotherapie.

Gerd Rudolf, Heidelberg

Danksagung

Wir möchten all denen unseren Dank aussprechen, die uns bei der Arbeit an diesem Buch unterstützt haben. Wir bedanken uns bei den vielen Kolleginnen und Kollegen, von denen wir lernen durften, und bei unseren Patientinnen und Patienten, deren Reaktionen auf unser therapeutisches Handeln uns stetig bereichert haben.

Für ihre Hilfe bei der Fertigstellung und Korrektur des Manuskripts danken wir Frau Margitta Puschner, Herrn Horst Pult sowie Herrn Dr. Albrecht Wöller.

Unser ganz besonderer Dank gilt Frau Ursula Henneberg-Mönch, die wir für eine kri-

tische Lektüre des Manuskripts gewinnen konnten und der wir wertvolle Anregungen verdanken.

Schließlich danken wir auch unseren Ehefrauen Hildegard und Christiane sowie unseren Kindern Andreas, Burkhard, Mareike und Tobias für ihre Geduld und Unterstützung.

Bonn und Gießen,
im März 2018

Wolfgang Wöller
Johannes Kruse

Anschriften

Prof. Dr. med. Christian Albus

Facharzt für Innere Medizin
 Facharzt für Psychotherapeutische Medizin
 Leiter der Klinik und Poliklinik für Psycho-
 somatik und Psychotherapie
 Universitätsklinik Köln
 Kerpener Straße 62, 50937 Köln
 christian.albus@uk-koeln.de

Marianne Bauer

Musiktherapeutin DMtG
 Klinik für Psychosomatische Medizin und
 Psychotherapie
 LVR-Klinikum Düsseldorf
 Kliniken der Heinrich-Heine-Universität
 Düsseldorf
 Bergische Landstraße 2, 40629 Düsseldorf
 marianne.bauer@lvr.de

Jürgen Bernard

Psychologischer Psychotherapeut
 Leithmannswiese 29, 44797 Bochum
 hjbernard@t-online.de

Prof. Dr. med. Johannes Kruse

Facharzt für Psychosomatische Medizin und
 Psychotherapie
 Psychoanalytiker (DGPT)
 Ärztlicher Direktor der Klinik für Psycho-
 somatische Medizin und Psychotherapie
 Universitätsklinikum Gießen und Marburg
 GmbH
 Friedrichstraße 33, 35392 Gießen
 johannes.kruse@psycho.med.uni-giessen.de

Sayuri Ito

Musiktherapeutin DMtG
 Klinik für Psychosomatische Medizin und
 Psychotherapie
 LVR-Klinikum Düsseldorf
 Kliniken der Heinrich-Heine-Universität
 Düsseldorf
 Bergische Landstraße 2, 40629 Düsseldorf
 kn47504@lvr.de

Prof. Dr. rer. nat. Falk Leichsenring

Professor für Psychotherapie und Medizini-
 sche Psychologie
 Diplom-Psychologe, Psychoanalytiker, Lehr-
 analytiker (DGPT)
 Klinik für Psychosomatik und Psychothera-
 pie
 Universitätsklinikum Gießen und Marburg
 GmbH
 Ludwigstraße 76, 35392 Gießen
 falk.leichsenring@psycho.med.uni-giessen.de

Dr. med. Dankwart Mattke

Facharzt für Psychiatrie und Neurologie
 Facharzt für Psychosomatische Medizin und
 Psychotherapie
 Psychoanalytiker (DGPT)
 Karriereberatung in München
 Josephinenstraße 17, 81479 München
 djmattke@live.de

Prof. Dr. med. Luise Reddemann

Fachärztin für Nervenheilkunde
 Fachärztin für Psychotherapeutische Medizin
 Psychoanalytikerin (DPG, DGPT)
 Honorarprofessorin für Psychotraumatologie
 Universität Klagenfurt
 Im Mediapark 15, 50670 Köln
 l.reddemann@t-online.de

Prof. Dr. Christiane Steinert

Professur für Klinische Psychologie & Psychotherapie – Tiefenpsychologie
Calandrellistraße 1-9, 12247 Berlin
christiane.steinert@medicalschooll-berlin.de

Dr. phil. Sabine Trautmann-Voigt

Psychologische Psychotherapeutin sowie
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin
in eigener Praxis in Bonn
Deutsches Institut für tiefenpsychologische
Tanztherapie und Ausdruckstherapie (DITAT)
und Köln-Bonner Akademie für Psychotherapie
(KBAP; staatliche Ausbildungsstätte für
Psychotherapie)
Wenzelgasse 35, 53111 Bonn
s.trautmann-voigt@kbap.de

Dr. med. Bernd Voigt

Facharzt für Psychosomatische Medizin und
Psychotherapie
Köln-Bonner Akademie für Psychotherapie
(KBAP; staatliche Ausbildungsstätte für Psychotherapie)
und Medizinisches Versorgungszentrum für
Psychosomatik, Psychotherapie und Psychiatrie
(MVZPPP)
Bertha-von-Suttner-Platz 6, 53111 Bonn
b.voigt@kbap.de

Rosa Maria Wolf-Poschkamp

Gestaltungstherapeutin/Klinische Kunsttherapeutin
DAGTP
Graduiert im DFKGT
Klinik für Psychosomatische Medizin und
Psychotherapie
LVR-Klinikum Düsseldorf
Kliniken der Heinrich-Heine-Universität
Düsseldorf
Bergische Landstraße 2, 40629 Düsseldorf
rosa.wolf-poschkamp@lvr.de

Priv.-Doz. Dr. med. Wolfgang Wöller

Facharzt für Psychosomatische Medizin und
Psychotherapie
Facharzt für Neurologie und Psychiatrie
Psychoanalytiker (DGPT, DPG)
Muffendorfer Hauptstraße 7 F, 53177 Bonn
wolfgang.woeller@gmx.de

Inhalt

I. Einleitung

- 1 Was möchte dieses Basisbuch?** 3
Zielsetzung des Buches
Wolfgang Wöller und Johannes Kruse
- 2 Was ist tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie?** 9
Einführung in das Verfahren
Wolfgang Wöller und Johannes Kruse
- 3 Wo steht die »Mutterwissenschaft« Psychoanalyse?** 18
Einige Bemerkungen zum Standort der Psychoanalyse
Wolfgang Wöller und Johannes Kruse
- 4 Wie wirksam ist das Verfahren?** 32
Empirische Forschung zur Wirksamkeit der psychodynamischen Therapie
Falk Leichsenring und Christiane Steinert
- 5 Perspektivenvielfalt und Adaptivität** 45
Einige Grundorientierungen tiefenpsychologisch fundierter Arbeit
Wolfgang Wöller und Johannes Kruse

II. Bevor die Therapie beginnt

Johannes Kruse und Wolfgang Wöller

- 6 Hypothesen und ihre Überprüfung** 59
Initiale und adaptive Diagnostik
- 7 Der Antrag** 76
Hinweise zur Formulierung des Psychotherapie-Antrags

- 8 Der Therapiebeginn** 86
Vorbereitung der Therapie
- 9 Therapieziele und Therapiefokus** 90
Hinweise zur Formulierung der Therapieziele und zur Erarbeitung eines Fokus

III. Die Anfangsphase: Beziehungsaufbau und Problemexposition

Wolfgang Wöller und Johannes Kruse

- 10 Ein tragfähiges Arbeitsbündnis als Basis der therapeutischen Arbeit** 107
Entwicklung und Aufrechterhaltung der therapeutischen Arbeitsbeziehung
- 11 Die relevante Problematik zur Entfaltung bringen** 128
Fokusgeleitete Problemaktivierung
- 12 Affekte annehmen und klarifizieren** 136
Der Umgang mit Affekten
- 13 Konflikthafte Objektbeziehungen** 149
Die Arbeit an Konflikten
- 14 Maladaptive Verhaltensmuster waren einmal adaptiv** 154
Identifikation und Analyse maladaptiver Interaktionssequenzen
- 15 Negative Überzeugungen und verinnerlichte Objektbeziehungen** 161
Die Arbeit an negativen Introjekten

- 16 Ressourcen nutzen und stärken** 168
Ressourcenorientierung

IV. Die mittlere Phase: Einsicht und Beziehung, Widerstand und Übertragung

- 17 Von der Klärung zur Deutung** ... 181
Einsichtsorientiertes Arbeiten
Wolfgang Wöller, Johannes Kruse und Christian Albus
- 18 Wie vermittele ich eine positive Beziehungserfahrung?** 196
Beziehungsorientiertes Arbeiten
Wolfgang Wöller und Johannes Kruse
- 19 Die Abwehr wird gelockert** ... 206
Abwehranalyse bei Konfliktpathologien
Wolfgang Wöller und Johannes Kruse
- 20 Widerstände sind beziehungsregulierend** 215
Technik der Widerstandsanalyse
Wolfgang Wöller und Johannes Kruse
- 21 Übertragungsphänomene erkennen** 230
Die Diagnose von Übertragungsmanifestationen
Wolfgang Wöller und Johannes Kruse
- 22 Übertragungen analysieren oder begrenzen?** 237
Möglichkeiten und Grenzen der Arbeit mit der Übertragung
Wolfgang Wöller und Johannes Kruse
- 23 »Ich fühle mich wie gelähmt in der Sitzung«** 255
Wahrnehmung und Nutzung der Gegenübertragung
Wolfgang Wöller und Johannes Kruse

- 24 Entwicklung – Abstimmung – Regulation** 273
Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie im rhythmisch-dynamischen Handlungsdialog
Sabine Trautmann-Voigt und Bernd Voigt
- 25 Mühsames Umlernen** 287
Durcharbeiten
Wolfgang Wöller und Johannes Kruse
- 26 Was sonst noch vorkommt** ... 296
Besondere Situationen in der Therapie
Wolfgang Wöller und Johannes Kruse

V. Spezielle psychotherapeutische Techniken bei Patienten mit Strukturpathologien

- Wolfgang Wöller, Jürgen Bernard, Johannes Kruse und Christian Albus*
- 27 Strukturelle Störungen: schwere Persönlichkeitsstörungen und andere Strukturpathologien** 305
Therapieplanung bei geringem strukturellem Integrationsniveau
- 28 Stabilisieren** 316
Techniken der Stabilisierung und der Abwehrstärkung bei schweren Persönlichkeitsstörungen
- 29 Ich-Funktionen aufbauen** 328
Strukturbildende psychotherapeutische Techniken
- 30 Supportives Arbeiten** 344
Grundzüge supportiver Psychotherapie

VI. Besondere Patientengruppen

Wolfgang Wöller und Johannes Kruse

- 31 **»Sie sind der Fachmann«** 355
Hilflos-abhängige Patienten
- 32 **»Wie konnten Sie mir das nur antun!«** 359
Vorwurfsvoll-aggressive Patienten
- 33 **»Ich hätte da etwas mehr erwartet«** 362
Entwertende und idealisierende Patienten
- 34 **»Die anderen haben da ein Problem«** 368
Verleugnende und projizierende Patienten

VII. Störungsspezifische Aspekte

- 35 **»Es hat alles keinen Sinn mehr«** 377
Depressive und suizidale Patienten
Johannes Kruse und Wolfgang Wöller
- 36 **Angst und Panik** 389
Patienten mit Angsterkrankungen
Wolfgang Wöller, Jürgen Bernard und Johannes Kruse
- 37 **»Hätte ich die Beschwerden nicht, wäre alles gut«** 397
Patienten mit somatoformen Störungen
Christian Albus, Johannes Kruse und Wolfgang Wöller
- 38 **Die körperliche Seite nicht vernachlässigen** 409
Patienten mit somatischen und »psychosomatischen« Erkrankungen
Christian Albus, Wolfgang Wöller und Johannes Kruse

- 39 **Opfer traumatischer Gewalt** . . . 421
Patientinnen mit posttraumatischen Störungsbildern
Luise Reddemann, Wolfgang Wöller und Johannes Kruse

VIII. Besondere Therapieformen

- 40 **Gruppenpsychotherapie** 443
Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie als Gruppenverfahren
Dankwart Mattke und Wolfgang Wöller
- 41 **Integration des Körpers in das tiefenpsychologische Setting** . . . 455
Was bewegt die Bewegung im therapeutischen Kontakt?
Sabine Trautmann-Voigt und Bernd Voigt
- 42 **Kunst- und Gestaltungstherapie im tiefenpsychologischen Setting** 467
Vom Tun über das Sichtbar-werden zum Be-greifen
Rosa Maria Wolf-Poschkamp
- 43 **Musiktherapie im tiefenpsychologischen Setting** 480
Strukturbezogene Musiktherapie im Rahmen klinischer Komplexbehandlung
Marianne Bauer und Sayuri Ito

IX. Die Endphase

Wolfgang Wöller und Johannes Kruse

- 44 **Die Therapie geht zu Ende** 499
Die Beendigung der Behandlung
- 45 **Ausblick** 505
Weitere empfohlene Therapieverfahren
- Literatur** 515
- Sachverzeichnis** 545

I. Einleitung

1 Was möchte dieses Basisbuch?

Zielsetzung des Buches

Wolfgang Wöller und Johannes Kruse

1.1 Was Ihnen dieses Basisbuch anbietet

Das nun in der fünften Auflage vorliegende Basisbuch möchte Ihnen ein Grundverständnis tiefenpsychologisch fundierten Arbeitens vermitteln, Ihnen die Grundbegriffe dieses Therapieverfahrens in einer möglichst anschaulichen Form darstellen und einige behandlungstechnische Empfehlungen geben. Dabei greifen wir auf verschiedene uns zur Verfügung stehende, wohlgedachte und vielfältig erprobte Behandlungskonzepte zurück, auf denen unser heutiges therapeutisches Repertoire basiert.

Therapeutische Verfahren, die klinisch angewandt werden und sich der wissenschaftlichen Diskussion stellen, sind keine starren Gebilde. Sie unterliegen einer kontinuierlichen Weiterentwicklung. Die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie ist ein aktuelles Verfahren, das sich in den letzten Jahren in einem dynamischen Prozess weiterentwickelt hat. Systemische und lösungsorientierte Perspektiven haben ebenso zu dieser Weiterentwicklung beigetragen wie die Perspektive der Ressourcenorientierung, die in besonderem Maße unser Verständnis psychodynamischen Arbeitens leitet (Wöller 2015a).

Wir wollen Ihnen die Grundzüge des von uns bevorzugten Intervenierens in einer didaktisch sorgfältig aufbereiteten Form präsentieren. Wir haben den Eindruck, dass dem Lernenden zwar theoretisch anspruchsvolle Lehrwerke, vorzugsweise zur psychoanalytischen Behandlungstechnik, in genügender Zahl zur Verfügung stehen, dass aber ein aus-

geprägter Mangel an praxisnahen Darstellungen besteht, wie im konkreten Fall mit einem Patienten umzugehen ist, sodass der Erwerb dieser Kenntnis letztlich der »unterschwelligten Vermittlung von Könnerschaft« (Tress & Henry 1993) im Rahmen von Supervisionen überlassen bleiben musste. Wir stellen mit Befriedigung fest, dass die von Glover (1955) und später von Greenson (1981/2007) beklagte Scheu psychodynamisch arbeitender Lehrer vor konkreten Interventionsempfehlungen deutlich zurückgegangen ist. Audio- und Video-Aufzeichnungen gehören heute zum Instrumentarium jeder Psychotherapie-Ausbildung. Manualgeleitete Therapieformen wurden entwickelt, oft mit störungsspezifischer Ausrichtung (Beutel et al. 2010a). Wir greifen wertvolle Gedanken der manualgeleiteten Psychotherapie auf und hoffen dennoch, einer allzu pragmatisch vereinfachenden »kochbuchartigen« Wissensvermittlung entgegenwirken zu können.

Wie Sie feststellen werden, haben wir uns in einer für die psychoanalytisch-tiefenpsychologische Publikationstradition eher ungewöhnlichen Weise auf konkrete Behandlungsempfehlungen festgelegt. Wie wir aus zahlreichen Rückmeldungen wissen, stieß dieses Vorgehen vor allem bei »Neueinsteigern« auf großen Anklang; es half ihnen, Orientierung zu finden. Wir wollen jedoch nicht den Eindruck erwecken, als sei dies die einzige mögliche Form des therapeutischen Vorgehens. Jeder, der eine psychotherapeutische Ausbildung durchlaufen hat, weiß, wie unterschiedliche Auffassungen zum behandlungstechnischen Vorgehen vertreten werden,

wie verschiedenartige Wege zum gleichen Ziel führen können und wie vehemente Diskussionen darüber geführt werden können, welcher Weg einzuschlagen sei. Was dem einen Behandler dringend geboten erscheint, kann für den anderen gerade die schlechteste Option sein; was der eine für eine adäquate Konfrontation hält, verfehlt nach Auffassung des anderen die notwendige Einstimmung in die Welt des Patienten; was für den einen eine kreative Modifizierung des Behandlungssettings ist, ist für den anderen Ausdruck unreflektierten Agierens der Gegenübertragung.

Das verwundert nicht so sehr, da wir uns nur in den wenigsten Fällen auf empirisch-wissenschaftlich abgesicherte Erkenntnisse stützen können. Wir haben uns zwar bemüht, Erkenntnisse der neueren Psychotherapieforschung einfließen zu lassen, wo immer uns dies möglich war. Aber – und dies muss trotz jahrzehntelanger intensiver Psychotherapieforschung eingeräumt werden – noch immer lässt sich nur ein Bruchteil unseres notwendigen Handlungs- und Veränderungswissens auf gesicherte Forschungsbefunde zurückführen. Der überwiegende Teil muss nach wie vor auf theoretisch begründetes und aus der klinischen Erfahrung gewonnenes Expertenwissen zurückgreifen. »Learning from many masters« (Orlinsky 1994) dürfte noch auf längere Sicht das aussichtsreichste Prinzip des Wissenserwerbs bleiben. Von diesem Grundsatz geleitet, stützen sich unsere Vorschläge auf die durch therapeutische und Supervisionserfahrung gefilterte und ergänzte Rezeption der wichtigsten Werke zur tiefenpsychologischen und auch psychoanalytischen Behandlungstechnik und zur Kurzpsychotherapie, die in den letzten Jahren erschienen sind.

Wenn wir uns trotz aller Bedenken entschlossen haben, einen eher *präskriptiven* Stil der Darstellung zu wählen und teilweise sehr konkrete Interventionsvorschläge zu unterbreiten, so soll dies in allererster Linie der

didaktischen Klarheit dienen. Unter keinen Umständen möchten wir suggerieren, es könne nur so oder gar in dieser Formulierung interveniert werden! Jeder Therapeut hat das Bedürfnis, seine Arbeit so zu tun, wie es seiner Persönlichkeit entspricht, und das Recht, eine ganz individuelle, unverwechselbare Atmosphäre zu schaffen (Balint & Balint 1939) – was sich in einer individuellen Art des Intervenierens niederschlagen muss. Wir können dies nicht genug betonen. Denn es wäre vermessen zu behaupten, wir wüssten, wie Psychotherapie genau zu funktionieren hat. Die Psychotherapieforschung kann uns bei konkreten Interventionsfragen nur wenig weiterhelfen. Aber sie hat vor allem zwei Dinge unmissverständlich deutlich gemacht: Erstens, dass Psychotherapie wirkt, wenn sie *bona fide* von hinreichend kompetenten Therapeuten angewandt wird, und zweitens, dass eine tragfähige therapeutische Beziehung für den Behandlungserfolg bei weitem wichtiger ist als die Wahl des Verfahrens (Wampold 2010; Wöller 2016a). Dabei unterscheiden sich Psychotherapeuten sehr hinsichtlich der Effektivität der von ihnen durchgeführten Behandlungen (Baldwin & Imel 2013). Die Unterschiede sind dramatisch: Okiishi et al. (2006) verglichen die Extremgruppe der erfolgreichsten und diejenige der am wenigsten erfolgreichen Psychotherapeuten und fanden, dass die Erfolgreichsten unter ihnen bis zu zehnmal effektiver waren als ihre am wenigsten erfolgreichen Kollegen. Drei Faktoren scheinen aufseiten der Therapeuten vor allem zum Erfolg beizutragen: ihre Fähigkeit, ein Arbeitsbündnis herzustellen, ihr Wunsch, den Patienten wirksam zu helfen und ihre eigene psychosoziale Anpassung (Beutler et al. 1994; Luborsky et al. 1985).

Wir wissen inzwischen besser als bislang, welche Eigenschaften ausreichend gute Therapeuten in ihren Therapien aktivieren müssen, um erfolgreiche Therapie durchzuführen

(Beutler et al. 2004; Miller et al. 2008; Wampold & Brown 2005; Wöller 2016a). Am ehesten scheint die Fähigkeit, ein Arbeitsbündnis herzustellen, in einer besonders hohen Beziehungskompetenz zu liegen. Diese Beziehungskompetenz zu fördern muss vorrangige Aufgabe einer Psychotherapieausbildung sein, deren Wert für den Behandlungserfolg inzwischen belegt ist (Stein & Lambert 1995). Diesen Ausbildungsprozess zu unterstützen ist das Ziel unseres Buches.

Betrachten Sie daher die Vorschläge als mögliche Orientierungen für Ihre persönliche Form der Intervention. Wir hätten unser Ziel erreicht, wenn Sie sich durch unsere Ausführungen nicht eingeengt, sondern zu eigenen therapietechnischen Reflexionen angeregt fühlen und die Akzentsetzung auf der konkreten Interventionspraxis nicht als Hinwendung zu einem unreflektierten Pragmatismus erlebten. Den bewussten Verzicht auf eine ausführlichere Diskussion des theoriegeschichtlichen Hintergrundes und auf eine umfassende Darstellung der allgemeinen sowie der störungsorientierten psychodynamischen Krankheitslehre mögen Sie entschuldigen; wir glauben ihn verantworten zu können, weil uns umfangreiche und gute Gesamtdarstellungen zur Verfügung stehen (z. B. Benecke 2014; Boll-Klatt & Kohrs 2013; Elhardt 2015; Ermann 2016; Gumz & Hörz-Sagstetter 2018; Herzog et al. 2016; Hoffmann & Hochapfel 2009; Köhle et al. 2016; Leichsenring 2004a; Mentzos 2013, 2017; Mertens 2000, 2003, 2015; Reimer & Rüger 2012; Rudolf 2014; Rudolf & Henningsen 2017; Senf & Broda 2013; Thomä & Kächele 2006).

1.2 Ressourcenorientierung und integratives Arbeiten

Das besondere Anliegen dieses Buches ist ein zweifaches. Zum einen möchten wir Ihnen

die Möglichkeiten einer ressourcenorientierten Grundhaltung für das tiefenpsychologisch fundierte Arbeiten expliziter vermitteln – eine Grundhaltung, die ein besonderes Gewicht auf die Stärken, Fähigkeiten und guten Erfahrungen unserer Patienten legt und diese gezielt therapeutisch nutzt. Zum anderen wollen wir aber auch ein Verständnis für den Nutzen einer methodenintegrativen Haltung schaffen.

Die Aktivierung der persönlichen Ressourcen gilt inzwischen als ein zentraler Wirkfaktor allen psychotherapeutischen Handelns (Grawe 1998). Dies anzuerkennen heißt nicht nur Abschied nehmen von einem traditionellen Modell des Heilens, das unseren Anteil am Behandlungserfolg übermäßig gewichtet und den der Patienten unterschätzt. Es eröffnet auch neue Möglichkeiten gezielter Interventionen, die eine Bereicherung für unser behandlingstechnisches Repertoire darstellen. Es ist der Verdienst systemischer, lösungsorientierter und hypnotherapeutischer Ansätze, die Möglichkeiten der gezielten therapeutischen Nutzung der Ressourcenaktivierung entdeckt zu haben. Diese Techniken ergänzen die in der psychodynamischen Tradition stehenden Methoden, Einsicht zu vermitteln, negative Beziehungserfahrungen durchzuarbeiten und positive Beziehungserfahrungen zu ermöglichen.

Auf der anderen Seite ist eine ressourcenorientierte Arbeit an aktuellen Problemen und Konflikten nicht aussichtsreich, wenn gravierende Einschränkungen basaler Ich-Funktionen und Fähigkeiten nicht erkannt und therapeutisch nicht fokussiert werden. Die präzise Erfassung struktureller Defizite ist nicht Ausdruck einer defizitorientierten Grundhaltung, sondern geradezu die Voraussetzung für eine gelingende Ressourcenaktivierung. Insofern fühlen wir uns dem systematisierenden Ansatz Rudolfs (2013) besonders verbunden, der die unterschiedliche therapeutische Vorge-

hensweise bei konfliktbezogenem und strukturbezogenem Arbeiten beschreibt. Er lieferte uns wesentliche Anregungen bei der Neugestaltung der Kapitel zu strukturellen Störungen.

Neben unserem Votum für eine ressourcenorientierte Auffassung von tiefenpsychologisch fundierter Therapie plädieren wir sehr bewusst für eine Offenheit gegenüber der Integration therapeutischer Methoden, die ihren Ursprung in anderen Therapieverfahren haben (Wöller 2015a). Eine herausragende Rolle spielen dabei systemische Interventionen, die in zahlreichen Kontexten eine kaum noch verzichtbare Ergänzung der tiefenpsychologischen Behandlungstechnik geworden sind. Aber auch auf Methoden kognitiv-behavioralen Ursprungs greifen wir gewinnbringend zurück, wenn die Situation es erfordert.

Wir nehmen dabei in Kauf, dass uns die »Reinheit der Lehre« weniger wichtig ist als die Wirksamkeit unserer Behandlungen. Über lange Zeit bestand besonders bei psychoanalytisch sozialisierten Therapeuten eine Scheu vor der Integration wertvoller Methoden anderen Ursprungs, die bei Vertretern anderer Therapieverfahren nicht annähernd so ausgeprägt war. Eine Ausnahme hatte lediglich die stationäre Psychotherapie gebildet, die ohne ein integratives Vorgehen nicht denkbar ist (Janssen 1987, 2012; Hölzer et al. 2018). Es gibt erfreuliche Hinweise, dass sich dies ändert. Konvergenzen zwischen psychodynamischer Therapie und Verhaltenstherapie (Trautmann-Voigt & Voigt 2017) sind ebenso erkennbar wie zwischen psychodynamischer und systemischer Therapie (Rieforth & Graf 2014).

Dabei reden wir nicht einem blinden Pragmatismus das Wort. Vielmehr integrieren wir die ressourcenorientierten ebenso wie die anderen Therapieverfahren entstammenden Interventionen, ohne dabei auf die Essentials psychoanalytisch orientierten Arbeitens zu

verzichten: die Reflexion allen therapeutischen Geschehens vor dem Hintergrund von Übertragung und Gegenübertragung sowie von Abwehr und Widerstand und die behandlingstechnische Orientierung an grundlegenden Therapie-Modellen: dem Konfliktmodell, dem Strukturmodell und dem Traumamodell (► Kap. 6). Wir sehen uns damit in der Tradition integrativer Psychotherapieansätze, die wertvolle therapeutische Techniken anderer Therapieschulen adaptieren, ohne den festen Boden des ursprünglichen Grundverständnisses zu verlassen (Norcross & Goldfried 2005). Mit diesem wichtigen Hinweis glauben wir einen ressourcenorientierten Ansatz und den Einbezug entsprechender therapeutischer Techniken zum Vorteil unserer Patienten mit dem tiefenpsychologischen Grundverständnis verbinden zu können.

Die fünfte Auflage des Basisbuches behält die Grundkonzeption bei, wobei Aktualisierungen vorgenommen wurden, wo immer es erforderlich war. Noch stärker als bisher weisen wir auf Erkenntnisse und plausible Modellvorstellungen der modernen Neurowissenschaften sowie auf neuere Befunde der Psychotherapieforschung hin, wenn uns dies für ein umfassenderes Verständnis der klinischen Phänomene nützlich erscheint.

1.3 Einige Hinweise zur Benutzung dieses Basisbuches

Mehrere Möglichkeiten bieten sich Ihnen an, dieses Buch zu verwenden. Da das Buch dem didaktischen Grundsatz folgt, von den elementaren Grundlagen psychotherapeutischen Handelns zu komplexeren Problemstellungen voranzuschreiten, können Sie es von Beginn an *lesen*. Dies sollten Sie vor allem dann tun, wenn Sie als »*Neueinsteiger*« im Bereich der tiefenpsychologisch fundierten Psychothera-

pie eine erste Berührung mit therapietechnischen Grundbegriffen anstreben. Voraussetzung für die Lektüre sind allerdings Kenntnisse der psychodynamischen Krankheitslehre¹.

Trotz aller Bemühungen ließ es sich nicht vermeiden, auf Begriffe Bezug zu nehmen, die erst in späteren Kapiteln erläutert werden. Hier mögen Ihnen entsprechende *Kapitel- und Unterkapitelverweise* behilflich sein. Wenn Sie bereits über die wichtigsten Grundlagen verfügen, sollen es Ihnen eben diese Querverweise auch ermöglichen, das Buch *sachgebiet- oder problemorientiert* zu verwenden. Beginnen Sie dann an einer beliebigen Stelle und arbeiten Sie sich, geleitet durch die Querverweise, *zirkulär* durch das Buch.

Sie werden bemerken, dass wir auf längere »Drehbücher« des therapeutischen Dialogs ebenso wie auf ausführlichere Fallvignetten verzichtet und kürzeren Interventionsbeispielen den Vorzug gegeben haben. Dieses Vorgehen entspricht der Erfahrung, dass in Psychotherapien immer wieder *typische Situationen* entstehen, die – quer über alle konkreten therapeutischen Bedingungen hinweg – *ein typisches Reagieren* erfordern, das *erlernbar* ist und *eingeeübt* werden sollte. Aus diesem Grunde halten wir die situationsübergreifende und abstrahierende Darstellung bestimmter Interventionsmodi für sinnvoll, um Ihnen unter Beschränkung auf das Wesentliche der Bedingungen einer therapeutischen Situation in möglichst konkreter sprachlicher Ausformulierung zu zeigen, wie Sie mit einer bestimmten Zielsetzung intervenieren können. Dabei kann es sich um nicht mehr als eine *Anregung*, niemals aber um eine Anleitung handeln. Die auf die besondere Situation abgestimmte Um-

setzung muss selbstverständlich, darauf sei noch einmal hingewiesen, Ihrer persönlichen Ausgestaltung überlassen bleiben.

Auf eine Schwäche der ausgewählten exemplarischen Gesprächssequenzen möchten wir noch eingehen. Durch die Zentrierung auf Therapeuteninterventionen könnte der fälschliche Eindruck entstehen, als stünde für Patientenäußerungen eine unverhältnismäßig geringe Redezeit zur Verfügung. Dies soll jedoch unter keinen Umständen so sein. Auch wenn Therapeuten in der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie in der Regel aktiver intervenieren als in der analytischen Psychotherapie, setzt ein angemessenes Verständnis des Patienten auch hier voraus, dass dieser seine Problematik umfassend und breit genug darstellen kann, während die Redeaktivität des Therapeuten sich auf kürzere Interventionen beschränkt.

In den Interventionsbeispielen werden einige Abkürzungen verwendet, die der Erläuterung bedürfen. So werden mögliche Äußerungen eines Patienten mit »P:« und empfohlene Interventionen eines Therapeuten mit »T:« eingeleitet, typische unausgesprochene Kognitionen eines Patienten mit »[P:]« und typische unausgesprochene Kognitionen eines Therapeuten mit »[T:]«.

Im Konflikt zwischen geschlechtsspezifischer Ausgewogenheit und Lesbarkeit des Textes haben wir uns für die bessere Lesbarkeit entschieden im Vertrauen darauf, dass Sie keine Benachteiligung des weiblichen Geschlechtes darin erblicken, wenn wir, der Gewohnheit folgend, z.B. von *dem* Patienten sprechen und damit Angehörige beider Geschlechter meinen. Lediglich im Kapitel über traumatisierte Patienten haben wir uns wegen des Überwiegens betroffener Patientinnen für die weibliche Form entschieden.

In einem Basisbuch können wir Ihnen nur die Grundlagen tiefenpsychologisch fundierten Handelns vermitteln. Wir möchten Sie

1 Einige Hinweise zu grundlegenden Werken der psychoanalytischen Krankheitslehre finden sich am Ende von Kapitel 3.

aber ermutigen, sich mit Detailspekten der Behandlungstechnik und besonders mit verschiedenen spezielleren Behandlungskonzepten näher zu beschäftigen. Aus diesem Grunde werden wir Sie ausgiebig auf uns wichtig erscheinende *Behandlungskonzepte* sowie auf *weiterführende Literatur*² hinweisen.

Weiterführende Literatur

- Benecke C (2014). Klinische Psychologie und Psychotherapie. Ein integratives Lehrbuch. Stuttgart: Kohlhammer.
- Beutel ME, Doering S, Leichsenring F, Reich G (2010). Psychodynamische Psychotherapie. Störungsorientierung und Manualisierung in der therapeutischen Praxis. Göttingen: Hogrefe.
- Boll-Klatt A, Kohrs M (2013). Praxis der psychodynamischen Psychotherapie. Grundlagen – Modelle – Konzepte. Stuttgart: Schattauer.
- Cabaniss DL, Cherry S, Douglas CJ, Schwartz AR (2016). Psychodynamic Psychotherapy. A Clinical Manual. 2nd ed. New York: Wiley.
- Elhardt S (2015). Tiefenpsychologie. Eine Einführung. 18. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer.
- Ermann M (2016). Psychotherapie und Psychosomatik. Ein Lehrbuch auf psychoanalytischer Grundlage. 6. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer.
- Gumz A, Hörz-Sagstetter S (2017) (Hrsg). Psychodynamische Therapie in der Praxis. Weinheim: Beltz.
- Herzog W, Kruse J, Wöller W (2016). Psychosomatik – Erkennen, Verstehen, Behandeln. Stuttgart: Thieme.
- Hölzer M, Wöller W, Berberich G (2018). Stationäre Psychotherapie. Von der Anmeldung bis zur Entlassung. Stuttgart: Schattauer.
- Hoffmann SO, Hochapfel G (2009). Neurotische Störungen und Psychosomatische Medizin. Mit einer Einführung in Psychodiagnostik und Psychotherapie. Eckhard-Henn A, Heuft G, Hochapfel G, Hoffmann SO (Hrsg). 8. Aufl. Stuttgart: Schattauer.
- Köhle K, Herzog W, Joraschky P, Joraschky P, Kruse J, Langewitz W, Söllner W (Hrsg) (2016). Uexküll. Psychosomatische Medizin. Theoretische Modelle und klinische Praxis. 8. Aufl. München: Elsevier.
- Mentzos S (2017). Lehrbuch der Psychodynamik. Die Funktion der Dysfunktionalität psychischer Störungen. 8. Aufl. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Mertens W (2000, 2003, 2015). Einführung in die psychoanalytische Therapie. Bd. 1–3. 3. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer.
- Reimer C, Rüter U (Hrsg) (2012). Psychodynamische Psychotherapien. Lehrbuch der tiefenpsychologisch orientierten Psychotherapien. 4. Aufl. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Rieforth J, Graf G (2014). Tiefenpsychologie trifft Systemtherapie. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Rudolf G (2013). Strukturbezogene Psychotherapie. 3. Aufl. Stuttgart: Schattauer.
- Rudolf G (2014). Psychodynamische Psychotherapie. 2. Aufl. Stuttgart: Schattauer.
- Rudolf G, Henningsen P (2017). Psychotherapeutische Medizin und Psychosomatik. Klinische Psychologie und Psychiatrie. Ein einführendes Lehrbuch auf psychodynamischer Grundlage. 8. Aufl. Stuttgart: Thieme.
- Sandler J, Dare C, Holder A (2015). Die Grundbegriffe der psychoanalytischen Therapie. Überarbeitet und erweitert von Joseph Sandler und Anna Ursula Dreher. 11. Aufl. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Senf W, Broda M (2013). Praxis der Psychotherapie. Ein integratives Lehrbuch. 5. Aufl. Stuttgart: Thieme.
- Thomä H, Kächele H (2006). Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie. Gesamtband. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Trautmann-Voigt S, Voigt B (2017). Psychodynamische Psychotherapie und Verhaltenstherapie. Ein integratives Praxishandbuch. Stuttgart: Schattauer.
- Wöller W (2015). Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie als ressourcenbasiertes integratives Verfahren. PDP – Psychodyn Psychother; 14: 3–12.
- Wöller W (2016). Der ausreichend gute Therapeut; Psychotherapeut; 61: 105–9.

2 Weiterführende Literatur jeweils am Ende eines Kapitels; die in den Texten zitierte Literatur ab S. 515.

2 Was ist tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie?

Einführung in das Verfahren

Wolfgang Wöller und Johannes Kruse

2.1 Begriffliches

Was ist tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie? Sie ist – ebenso wie die analytische Psychotherapie – ein von der Psychoanalyse abgeleitetes Verfahren oder, wie es im Text der Psychotherapie-Richtlinien (2009/2017, § 14a) heißt, ein psychoanalytisch begründetes Verfahren.

Der Begriff »tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie« ist erst 1967 mit der Einführung der Richtlinien-Psychotherapie als Oberbegriff für die neben der »analytischen Psychotherapie« in die kassenärztliche Versorgung aufgenommenen psychodynamischen Behandlungsverfahren geschaffen worden (Reimer & Rüger 2012). Es wurde häufig beklagt, dass er ausschließlich im deutschen Sprachraum verwendet wird und den andersartigen internationalen Sprachgebrauch ignoriert. International wurde meist von »psychodynamischer Psychotherapie« gesprochen, um die Therapieform zu bezeichnen, die unsere Richtlinien-Psychotherapie »tiefenpsychologisch fundiert« nennt.

Psychoanalytisch begründete Verfahren sollen nach dem Vorschlag des wissenschaftlichen Beirates Psychotherapie (2005) in ihrer Gesamtheit unter dem Oberbegriff der »Psychodynamischen Psychotherapie« zusammengefasst werden. Die gemeinsame theoretische Basis ist die Psychoanalyse mit ihrer Persönlichkeits-, Krankheits- und Behandlungstheorie. Der Beirat sieht keine wissenschaftliche Grundlage für die Unterscheidung zwischen

tiefenpsychologisch fundierter und analytischer Psychotherapie und will daher nur von *einem* Verfahren, der Psychodynamischen Psychotherapie, sprechen. In diesem Sinne versteht Rudolf (2014) psychodynamische Psychotherapie als ein Verfahren, dessen methodische Varianten durch gemeinsame theoriegebundene Annahmen verknüpft sind.

Gleichwohl ist die Unterscheidung zwischen »tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie« und »analytischer Psychotherapie« so fest in den für die Krankenkassenfinanzierung unserer Behandlungen entscheidenden Psychotherapie-Richtlinien verankert, dass wir aus diesem Grunde in unserem Basisbuch an der begrifflichen Unterscheidung festgehalten haben. »Analytisch orientierte Psychotherapie« ist im deutschen Sprachraum ein häufig benutzter synonymer Begriff für »tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie«.

Weitere Anwendungen der Psychoanalyse in der Psychotherapie sind neben der analytischen und der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie nach Janssen (2002):

- störungsspezifische Modifikation der analytischen und der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie
- stationäre psychodynamische Psychotherapie (Janssen 1987, 2012; Hölzer et al. 2018)
- psychoanalytisch orientierte Spezialtherapien in Form von Körpertherapien (► Kap. 41), Kunst- und Gestaltungs-therapien (► Kap. 42) sowie Musiktherapien (► Kap. 43)

- psychodynamisch orientierte psychosomatische Grundversorgung (Tress et al. 2004)
- psychoanalytisch orientierte Kinder- und Jugendpsychotherapie (Seiffge-Krenke 2007)

Die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie ist unter den psychodynamischen Therapien die am häufigsten praktizierte und am besten untersuchte Therapieform (Rudolf & Rüger 2001). Sie kann als Einzeltherapie und als Gruppentherapie zur Anwendung kommen. Eine beträchtliche Anzahl kontrollierter Studien belegt ihre Wirksamkeit bei einer Vielzahl von Störungsbildern (► Kap. 4).

2.2 Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie in den Psychotherapie-Richtlinien

Es soll uns nun die Frage beschäftigen, welche besonderen Merkmale die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie kennzeichnen. Die Definition der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie in den Psychotherapie-Richtlinien lautet:

»Die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie umfasst ätiologisch orientierte Therapieformen, mit welchen die unbewusste Psychodynamik aktuell wirksamer neurotischer Konflikte und struktureller Störungen unter Beachtung von Übertragung, Gegenübertragung und Widerstand behandelt werden« (Psychotherapie-Richtlinien 2009/2017, § 14a, 1).

Mit dem Hinzufügen der Wörter »und struktureller Störungen« ist eine äußerst bedeutsame Änderung vorgenommen worden. So forderte die Definition früherer Fassungen der Psychotherapie-Richtlinien bei sonst gleichem Wortlaut sehr eindeutig das Vorliegen *aktuell wirksamer neurotischer Konflikte* –

eine Einschränkung, die im Widerspruch zur psychotherapeutischen Alltagsrealität stand. Um dieser Realität Rechnung zu tragen, hatten wir uns in den früheren Auflagen für eine breitere Konzeption tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie ausgesprochen, um neben neurotischen Störungsbildern auch Patienten mit schweren Persönlichkeitsstörungen, Patienten mit psychosomatischen Störungsbildern, körperlich kranke Patienten, Patienten mit Suchterkrankungen sowie mit anderen Störungsbildern auf geringem Strukturturniveau (► Kap. 6) mit tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie behandeln zu können. Dies ist nun nicht mehr notwendig, weil die Lücke zwischen Richtliniendefinition und Versorgungsrealität jetzt geschlossen wurde.

In den Psychotherapie-Richtlinien heißt es weiter:

»Eine Konzentration des therapeutischen Prozesses wird durch Begrenzung des Behandlungszieles, durch ein vorwiegend konfliktzentriertes Vorgehen und durch Einschränkung regressiver Prozesse angestrebt« (§ 14a, 2).

Damit wird die Abgrenzung zur analytischen Psychotherapie, dem anderen psychoanalytisch begründeten Verfahren angesprochen. Analytische Psychotherapie verfolgt umfassendere Behandlungsziele, sie behandelt nicht nur den neurotischen Konfliktstoff, sondern auch die zugrunde liegende Struktur des Patienten, und sie nutzt ausdrücklich regressiver Prozesse.

Schließlich sieht der Richtlinien text noch eine weitere therapeutische Option vor: »Die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie gelangt auch in jenen Fällen zur Anwendung, in denen eine längerfristige therapeutische Beziehung erforderlich ist.« (§ 14a, 3) Das hier angesprochene Vorgehen, das in der Sonderform der »Niederfrequenten Therapie in einer längerfristigen, Halt gewährenden therapeutischen Beziehung« realisiert wird, ist nicht

konfliktzentriert. Es nutzt vielmehr die Wirkung einer längeren positiven therapeutischen Beziehungserfahrung.

Wir möchten noch ein weiteres Merkmal hinzufügen, das unser ressourcenorientiertes und integratives Verständnis tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie zum Ausdruck bringt. Nach einem neueren Verständnis zeichnet sich tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie – mehr als die analytische Psychotherapie – auch durch den *Einbezug kognitiver, edukativer, suggestiver und störungsspezifischer therapeutischer Techniken* aus – selbstverständlich unter stetiger Reflexion von Übertragung und Gegenübertragung, Abwehr und Widerstand.

Speziell in der Behandlung von Patienten mit Traumafolgestörungen hat sich der Einbezug kognitiver, edukativer, suggestiver und insbesondere imaginativer therapeutischer Techniken schon seit Längerem bewährt. Dem trägt nun der Kommentar zu den Psychotherapie-Richtlinien von Faber und Haarstrick (Dieckmann et al. 2017) Rechnung, der traumatherapeutische Interventionen bei gesicherter Diagnose einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTSD) für möglich hält, sofern sie in eine tiefenpsychologisch fundierte Gesamtkonzeption integriert sind.

Diese Entwicklung erfuhr eine konsequente Fortsetzung durch einen Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses im Jahr 2014 (G-BA 2014), demzufolge nun auch die traumatherapeutische Methode des EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) (Hofmann 2014; Shapiro 2012) zumindest für die Indikation der Posttraumatischen Belastungsstörung innerhalb der tiefenpsychologisch fundierten und analytischen Psychotherapie durchgeführt werden kann (► Kap. 39.8).

Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie deckt sich in vieler Hinsicht mit Therapieformen, die im angloamerikanischen

Schrifttum (vielleicht mit Ausnahme supportiver Verfahren) als »psychoanalytic psychotherapy« von der »psychoanalysis« abgegrenzt werden (Kernberg 1999).

Darunter fallen mindestens die folgenden, von der Psychoanalyse abgeleiteten Therapieformen:

1. Zunächst zählt dazu die von Heigl-Evers & Heigl (1982) in enger Anlehnung an die Richtliniendefinition konzipierte »*tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie*«. Bei diesem Verfahren wird eine Konzentration des therapeutischen Prozesses durch eine *Begrenzung des Behandlungszieles*, durch ein *vorwiegend konfliktzentriertes Vorgehen* und durch *Einschränkung regressiver Prozesse* angestrebt. Indikationsbereich für dieses Vorgehen sind umschriebene Konfliktpathologien ohne schwere Einschränkung der Ich-Funktionen.
2. Ebenfalls im Einklang mit der Richtliniendefinition können wir unter diesem Begriff verschiedene *kurz- und fokaltherapeutische* Verfahren wiederfinden, die sich durch eine strikte Orientierung an einem *Therapiefokus* und durch ein *aktives konfrontativ-deutendes Vorgehen* kennzeichnen lassen. In diese Gruppe gehören – um nur einige Vertreter zu nennen – mit unterschiedlicher Akzentsetzung die *fokale Psychotherapie* (Balint et al. 1973), die »*Intensive Kurztherapie*« (Malan 1972) und die »*Intensive Psychodynamische Kurztherapie*« (Davanloo 2001; Gottwik 2009; Tröndle 2005), die »*Supportiv-expressive Psychotherapie*« von Luborsky et al. (1999) und die von Strupp & Binder (1993) entwickelte Form der Kurzpsychotherapie (»*Time-limited Dynamic Psychotherapy*«). Charakteristisch für diese Ansätze ist ein aktives konfrontativ-deutendes Vorgehen. Voraussetzung ist eine umschriebene Konfliktproblematik ohne

Defizite der Ich-Funktionen, eine ausgeprägte Ich-Stärke, eine gute Therapiemotivation und ein tragfähiges Arbeitsbündnis. »Kurztherapie« und »Fokalthherapie« können als Sonderformen tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie nach den Psychotherapie-Richtlinien beantragt werden.

3. Unter einen weiteren Begriff tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie fallen auch die »Psychoanalytisch-interaktionelle Psychotherapie« (Heigl-Evers & Ott 2002; Streeck & Leichsenring 2015) und die strukturbezogene Psychotherapie (Rudolf 2013), zwei Formen modifizierter psychodynamischer Psychotherapie, die sich speziell an Patienten mit Ich-strukturellen Störungen wenden. Ebenso fallen darunter die störungsorientierten Ansätze zur Behandlung von Angsterkrankungen (Benecke & Staats 2012; Ermann 2012; Hoffmann 2016; Leichsenring et al. 2008; Subic-Wrana et al. 2012), zu Traumafolgestörungen (Reddemann 2017; Reddemann & Wöller 2017; Sachsse 2009; Wöller 2013) und zur Behandlung von Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung (Bateman & Fonagy 2014; Yeomans et al. 2017; Wöller 2014) (► Kap. 3).
4. Weiterhin sind *supportive* Behandlungsansätze (Freyberger et al. 1996; Rockland 1989; Winston et al. 2004) zu berücksichtigen, die für Patienten mit ausgeprägter Ich-Schwäche, für Patienten mit Motivationsproblemen sowie für Patienten ohne Psychogenese-Einsicht geeignet sind und eine Beschränkung der Therapieziele implizieren. Die Richtlinien sehen als eine Sonderform tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie die »Niederfrequente Therapie in einer längerfristigen, Halt gewährenden therapeutischen Beziehung« vor (► Kap. 30).
5. Schließlich sind auch *imaginative* Psychotherapieformen mit tiefenpsychologischem Ansatz zu nennen, darunter das ausdrücklich im Rahmen der Richtlinien genannte Verfahren des »Katathymen Bilderlebens« (Leuner 1985) und die von Reddemann (2017) und Sachsse (2009) beschriebenen *imaginativen Verfahren zur Behandlung traumatisierter Patientinnen und Patienten* (► Kap. 39).

Einige der genannten Therapieformen sind in den Psychotherapie-Richtlinien (2009/2017, § 14a, 3) explizit als *Sonderformen* tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie aufgeführt:

- Kurztherapie
- Fokalthherapie
- Dynamische Psychotherapie
- Niederfrequente Therapie in einer längerfristigen, Halt gewährenden therapeutischen Beziehung

Praktisch wichtig sind die konzeptuell kaum voneinander unterschiedenen Sonderformen »Kurztherapie« und »Fokalthherapie« einerseits und die »Niederfrequente Therapie in einer längerfristigen, Halt gewährenden therapeutischen Beziehung« andererseits, während die »Dynamische Psychotherapie« (Dührssen 1988) kaum noch beantragt wird.

- Der Gegenstand der *Kurztherapie*³ ist ein abgrenzbarer *aktueller neurotischer Konflikt* mit einer definierbaren neurotischen Psychodynamik. Mit dem Patienten werden ein *begrenzt*es Therapieziel und ein

3 *Kurztherapie*, darauf weisen die Richtlinien besonders hin, ist nicht zu verwechseln mit *Kurzzeittherapie*; ersterer Begriff bezieht sich auf ein Behandlungskonzept mit einer bestimmten Indikation und Behandlungstechnik, letzterer auf die Behandlungsdauer.

begrenzter Therapieumfang vereinbart.

Das Therapievolumen beträgt in der Regel 40 Sitzungen (s. a. den Kommentar von Faber und Haarstrick zu den Psychotherapie-Richtlinien; Dieckmann et al. 2017).

- Voraussetzung der Anwendung einer *Fokaltherapie* ist die vom Patienten und Therapeuten zu erarbeitende Definition eines bewusstseinsfähigen »Fokus«, eines neurotischen Konfliktkerns, der erkannt und gedeutet werden muss. Im Übrigen ergeben sich keine wesentlichen Unterschiede zur Kurztherapie, die in aller Regel ebenfalls fokusgeleitet durchgeführt wird.
- Mit der »*Niederfrequenten Therapie in einer längerfristigen, Halt gewährenden therapeutischen Beziehung*« wurde schließlich eine spezielle Variante tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie eingeführt, die sich eignet, auch Ich-strukturell gestörte Patienten mit einem supportiven Schwerpunkt zu behandeln.

Das *Katathyme Bilderleben* ist zwar nicht als eigenständige Psychotherapieform im Sinne der Richtlinien zugelassen, kann aber ggf. im Rahmen eines übergeordneten tiefenpsychologisch fundierten Therapiekonzepts Anwendung finden (Psychotherapie-Richtlinien 2009/2017, Anlage 1).

Wir glauben, dass die Vielfalt der Problem-bereiche und Störungsbilder, mit der Sie im Laufe Ihrer therapeutischen Arbeit konfrontiert sind, eine hohe *Flexibilität* Ihres therapeutischen Vorgehens und umfangreiche Kenntnisse verschiedener Therapiekonzepte erfordert. Empirische Forschungsergebnisse zeigen, dass flexible Therapieansätze die Voraussetzung für positive Behandlungserfolge sind (Budman & Gurman 1988). Wir empfehlen Ihnen daher, umfangreiche Kenntnisse in verschiedenen Therapiekonzepten zu erwerben, um *verschiedenartige psychotherapeutische Techniken zur Hand* zu haben, mit denen

Sie Ihren Patienten bei entsprechender Indikation in unterschiedlichen Phasen des Therapieverlaufs gerecht werden können.

Statt aber die einzelnen Behandlungskonzepte, die sich unter einen weiteren Begriff tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie subsumieren lassen, nacheinander abzuhandeln, scheint es uns günstiger zu sein, im Rahmen dieses Basisbuches zunächst das allen genannten Therapiekonzepten zugrunde liegende *gemeinsame psychodynamische Grundverständnis* zu vermitteln.

Für diese grundsätzliche Entscheidung waren verschiedene Gründe maßgebend:

- Therapietechnische Grundbegriffe wie Widerstand, Übertragung und Gegenübertragung sind für alle an der Psychoanalyse orientierten Therapiekonzepte von großer Bedeutung und bedürfen der Erläuterung.
- Die klinische Erfahrung zeigt, dass wir zwar immer wieder Patienten antreffen, deren Problematik »ideal« zu einem bestimmten Behandlungskonzept passt. Das ist aber nicht die Regel. So lassen sich bei weitem nicht alle Patienten eindeutig konflikt-, struktur- oder traumaorientiert behandeln. Bei vielen Patienten finden sich *sowohl Hinweise, die ein konfliktorientiertes Vorgehen rechtfertigen, wie auch solche, die ein strukturorientiertes oder auch ein traumaorientiertes Vorgehen nahelegen*. Es steht außer Frage, dass Entwicklungs-pathologien ebenso konflikt- und/oder traumapathologische Anteile enthalten können (Wurmser 1989). In vielen Fällen ist es eine Frage der Abwägung, ob eher eine konfliktorientierte, eine strukturorientierte oder eine traumaorientierte Perspektive hilfreich ist (► Kap. 5). Selten bedürfen Patienten ausschließlich eines deutend-konfrontativen, eines ausschließlich auf die Stärkung von Ich-Funktionen oder eines ausschließlich auf die Verarbei-

tung traumatischer Erinnerungen abgestimmten therapeutischen Vorgehens.

- Statt Patienten passend zu unseren Konzeptionen auszuwählen und in Behandlung zu nehmen, sollten wir eher unsere *therapeutischen Strategien* und unser *therapietechnisches Vorgehen* im adaptiven Sinne *auf unsere Patienten abstimmen*.
- Häufig lassen sich im Rahmen der initialen Diagnostik die für die Wahl einer bestimmten Behandlungskonzeption relevanten Informationen wie Strukturniveau oder Regressionstendenz eines Patienten *nicht mit letzter Sicherheit ermitteln*; insofern werden Sie auch *nicht immer voraussagen können*, welche therapietechnischen Erfordernisse sich im weiteren Verlauf ergeben werden.

Daher werden wir in den folgenden Kapiteln Grundlagen des tiefenpsychologisch fundierten Vorgehens vermitteln und jeweils deutlich machen, welches Vorgehen uns bei welchen Patienten und unter welchen Umständen mit Blick auf eine optimale Ressourcenaktivierung am geeignetsten erscheint. Wir glauben, dass es für Sie zweckmäßiger ist, *von einem umfassenderen und integrativen tiefenpsychologisch fundierten Behandlungsverständnis* auszugehen und dann Ihre Behandlungstechnik den Bedürfnissen des jeweiligen Patienten anzupassen. Dabei werden Sie Schwerpunkte der therapeutischen Strategien setzen, die den Akzent entweder eher auf ein konfrontativ-deutendes, ein stärker strukturbezogenes oder ein vorrangig traumaorientiertes Vorgehen legen.

Bevor wir auf einige Grundlinien tiefenpsychologisch fundierten Arbeitens eingehen, sollen zunächst die tiefenpsychologisch fundierte gegen die analytische Psychotherapie abgegrenzt und der Indikationsbereich der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie aufgezeigt werden.

2.3 Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und analytische Psychotherapie: Gemeinsamkeiten und Unterschiede

Für die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie gelten wie für alle von der Psychoanalyse abgeleiteten Psychotherapieformen die folgenden Grundannahmen im Menschenbild und in der Theorie (Hoffmann & Schüssler 1999):

- die Psychologie des Unbewussten
- die Konflikt- und Objektpsychologie
- die Theorie und therapeutische Nutzung von Übertragung und Gegenübertragung
- die Theorie und therapeutische Nutzung sowie Bearbeitung der Abwehr (Widerstand)
- die Begrenzung der therapeutischen Zielsetzung und Einschränkung regressiver Prozesse
- eine hilfreiche Beziehung als Grundlage des therapeutischen Prozesses, wobei die Verbindung zur psychoanalytischen Gesamtheorie begrenzt ist, da viele metatheoretische Positionen nicht übernommen werden

Als psychoanalytisch begründetes, das heißt von der Psychoanalyse abgeleitetes Verfahren hat die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie verschiedene *Gemeinsamkeiten* mit der analytischen Psychotherapie (im Sinne der Richtlinien):

- Gemeinsam ist zunächst die *Theorie* zur Entstehung und Aufrechterhaltung psychischer und psychosomatischer Erkrankungen.
- Wie die anderen psychodynamischen Verfahren hat tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie das Ziel, Heilung oder Besserung über *Einsicht* und eine *positive Beziehungserfahrung* zu erreichen.

- Wie in der analytischen Psychotherapie kommt den Aspekten *Übertragung* (► Kap. 21, 22), *Gegenübertragung* (► Kap. 23) und *Widerstand* (► Kap. 20) eine zentrale Rolle zu.
- Ebenso wie bei anderen psychodynamischen Verfahren sind *technische Neutralität* (► Kap. 17.5) und *Abstinenz* (► Kap. 10.13) des Therapeuten wesentliche Merkmale.

Es ergeben sich jedoch wichtige *Unterschiede* zur analytischen Psychotherapie, zumindest soweit diese im »klassischen« Setting, d. h. mit hoher Wochenstundenfrequenz und im Liegen, durchgeführt wird. Die Unterschiede können geringer ausfallen, wenn die analytische Psychotherapie im modifizierten Setting durchgeführt wird.

- Anders als in der analytischen Psychotherapie ist nicht die Veränderung der gesamten Persönlichkeit das Ziel, sondern die Auflösung oder Verringerung von Symptomen oder eine begrenzte Verhaltensänderung (Ticho 1970).
- Im Gegensatz zur analytischen Psychotherapie, bei der zumindest vom Prinzip her keine Eingrenzung des zeitlichen Rahmens und des inhaltlichen Gegenstandsbereiches vorgesehen ist, ist für die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie eine *zeitliche Begrenzung* und meist auch eine *Zielorientierung* sowie eine *inhaltliche Fokussierung* (► Kap. 9) charakteristisch.
- Anders als in der analytischen Psychotherapie im »klassischen« Setting werden *regressive Prozesse* nicht gefördert, sondern ausdrücklich *begrenzt*.
- Der Umgang mit der *Übertragung* ist grundsätzlich anders als in der analytischen Psychotherapie im »klassischen« Setting, bei der die Entwicklung einer *regressiven Übertragungsneurose* und deren Auflösung mittels deutender Techniken gefördert werden. Anders als bei dieser soll der Entstehung einer Übertragungsneurose ausdrücklich *entgegen gewirkt* werden (Gill 1954; ► Kap. 22).
- Vom tiefenpsychologisch fundiert arbeitenden Therapeuten wird in der Regel eine größere *Aktivität* und *Direktivität* erwartet.
- Im Gegensatz zur analytischen Psychotherapie im »klassischen« Setting können *kognitive, systemische, edukative, suggestive* und *störungsspezifische* Interventionsformen und bei entsprechender Indikation auch EMDR in die Therapieplanung einbezogen werden.

Gemeinsamkeiten und Unterschiede der tiefenpsychologisch fundierten zur analytischen Psychotherapie (im »klassischen« Setting)

Gemeinsamkeiten

- Theorie zur Entstehung und Aufrechterhaltung psychischer und psychosomatischer Erkrankungen
- Bedeutung von Einsicht und positiver Beziehungserfahrung für den Heilungsprozess
- Bedeutung von Widerstand, Übertragung und Gegenübertragung
- Bedeutung von Neutralität und Abstinenz

Unterschiede

- nicht Persönlichkeitsveränderung wird angestrebt, sondern Symptomreduktion und begrenzte Verhaltensänderung
- inhaltliche Fokussierung
- zeitliche Begrenzung
- keine Förderung einer regressiven Übertragungsneurose
- keine Rekonstruktionen der frühen Psychogenese, sondern Erarbeitung der Zusammenhänge zwischen Symptomatik, aktueller auflösender Situation und aktuellen Beziehungen
- stärkere Aktivität und Direktivität des Therapeuten

- Einbezug kognitiver, edukativer, suggestiver und störungsspezifischer Elemente sowie ggf. von EMDR

2.4 Indikation zur tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie

Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie in der hier dargestellten breiteren Konzeption ist immer dann indiziert, wenn unter den Bedingungen der *zeitlichen Begrenzung*, mit den Mitteln der *Einsichtsförderung*, der *positiven Beziehungserfahrung* und der *Ressourcenaktivierung* und ggf. unter Einbezug kognitiver, edukativer, suggestiver und störungsspezifischer Techniken mit einer nennenswerten Besserung der Symptomatik oder der interpersonellen Probleme gerechnet werden kann. Sie kann in unterschiedlichen Modifikationen z. B. indiziert sein bei

- Patienten mit einer Symptomatik, die in einer aktuellen intrapsychischen oder interpersonellen Konfliktsituation aufgetreten ist, ohne dass sich nennenswerte Züge einer Persönlichkeitsstörung erkennen lassen;
- Patienten mit somatoformen Störungen, deren subjektive Krankheitstheorie sehr somatisch oder interpersonell orientiert ist, bei denen aber eine Affektdifferenzierung von großem Nutzen ist;
- Patienten, deren Selbstreflexion für eine analytische Psychotherapie nicht ausreicht;
- Patienten mit Anpassungsstörungen;
- Patienten mit Persönlichkeitsstörungen, bei denen eine Beschränkung des Therapieziels sinnvoll ist oder die zu einer längeren Behandlung *nicht* motiviert sind.

Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie ist dann *nicht* indiziert,

- wenn eine *Kontraindikation gegen Psychotherapie überhaupt* vorliegt, etwa bei ausgeprägtem sekundären Krankheitsgewinn;
- wenn die genannten *Ziele* besser mit einem anderen Psychotherapie-Verfahren erreichbar wären.

So kann bei starker Fixierung auf eine körperliche Symptomatik und einem intensiven Widerstand gegen ein einsichtsförderndes Vorgehen eine Verhaltenstherapie aussichtsreicher sein. Weiterhin kann eine tiefenpsychologische Psychotherapie dann nicht indiziert sein, wenn die erwünschte Veränderung durchaus mit den Mitteln der Einsichtsförderung und der positiven Beziehungserfahrung, aber *nicht unter der zeitlichen Beschränkung und/oder nicht ohne regressive Übertragungsneurose* erreichbar ist; im letzteren Falle wäre eine analytische Psychotherapie vorzuziehen.

Oft ergibt sich die Notwendigkeit, die Indikation zur tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie *negativ* von der Indikation zur analytischen Psychotherapie abzugrenzen. So gesehen, ist tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie immer dann indiziert, wenn eine analytische Psychotherapie *nicht möglich* oder *nicht nötig* ist.

- *Nicht möglich* ist eine analytische Psychotherapie nur dann, wenn *zeitliche, räumliche oder soziale Bedingungen* (geografische Lage des Wohnorts, Situation am Arbeitsplatz usw.) einer längeren Behandlungsdauer oder einem hochfrequenten Behandlungsarrangement entgegenstehen. Durch die Option des modifizierten Settings mit veränderter Interventionstechnik, variabler Stundenfrequenz und der Möglichkeit der Behandlung im Sitzen können auch Patienten mit dem Stundenkontingent der analytischen Psychotherapie behandelt werden, bei denen bei Anwendung des »klassischen« hochfre-

quenten Settings im Liegen die Gefahr einer malignen Regression bestünde.

- *Nicht nötig* ist eine analytische Psychotherapie, wenn eine nennenswerte Besserung der Symptomatik oder der interpersonellen Probleme *auch ohne umfassende Umstrukturierung der Persönlichkeit* erreicht werden kann. Dies ist vor allem dann der Fall, wenn die *Problematik umschrieben* ist und die *allgemeine Lebensbewältigung nicht nennenswert beeinträchtigt* ist.

In nicht wenigen Fällen wird prinzipiell eine analytische Psychotherapie ebenso wie eine tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie in Betracht kommen, sodass es eine Frage der Abwägung ist, welches Verfahren – entsprechende Verfügbarkeit vorausgesetzt – zur Anwendung kommen soll. Oftmals wird eine tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie nur deshalb durchgeführt, weil die psychotherapeutische *Versorgungsrealität* die Möglichkeit einer analytischen Psychotherapie ausschließt.

Auch wenn die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie das unter Zeit- und Kostengesichtspunkten sparsamere Verfahren ist, möchten wir unter keinen Umständen den Eindruck erwecken, als sei analytische Psychotherapie oder Psychoanalyse durch tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie ersetzbar. Gerade in neuerer Zeit konnte eindrucksvoll gezeigt werden, dass lang dauernde Psychoanalysen oder analytische Psychotherapien bei vielen Patienten von großem Nutzen sind (Henseler & Wegner 1993; Leichsenring & Rabung 2011; Leichsenring et al. 2013 a; Leuzinger-Bohleber & Stuhr 1997; Mertens 1997; Sandell et al. 1999).

Weiterführende Literatur

- Beutel M (2000). Psychodynamische Kurztherapien. Neuere Entwicklungen, Behandlungsverfahren, Wirksamkeit, Indikationsstellung. *Psychotherapeut*; 45: 203–13.
- Diekmann M, Dahm A, Neher M (2017). Faber/Haarstrick Kommentar Psychotherapie-Richtlinien. 11. Aufl. München: Urban & Fischer.
- Hohage R (2011). Analytisch orientierte Psychotherapie in der Praxis. Behandlungsplanung – Kassenanträge – Supervision. 5. Aufl. Stuttgart: Schattauer.
- Kernberg OF (1999). Psychoanalyse, psychoanalytische Psychotherapie und supportive Psychotherapie: Aktuelle Kontroversen. *Psychother Psychosom Med Psychol*; 49: 90–9.
- Küchenhoff J (2004). Psychodynamische Kurz- und Fokalthherapie. Theorie und Praxis. Stuttgart: Schattauer.
- Psychotherapie-Richtlinien (2009/2017). Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinie) in der Fassung vom 19. Februar 2009 BAnz. Nr. 58 (S. 1399) vom 17.04.2009. Letzte Änderung: 24. 11. 2016 BAnz AT 15.02.2017 B2. https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1266/PT-RL_2016-11-24_iK-2017-02-16.pdf (Zugriffsdatum 09.07.2017).
- Rieforth J, Graf G (2014). Tiefenpsychologie trifft Systemtherapie. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Rudolf G (2013). Strukturbezogene Psychotherapie. 3. Aufl. Stuttgart: Schattauer.
- Rudolf G (2014). Psychodynamische Psychotherapie. Die Arbeit an Konflikt, Struktur und Trauma. 2. Aufl. Stuttgart: Schattauer.
- Strauß B, Hohagen F, Caspar F (Hrsg) (2006). Lehrbuch Psychotherapie. 2 Bd. Göttingen: Hogrefe.

3 Wo steht die »Mutterwissenschaft« Psychoanalyse?

Einige Bemerkungen zum Standort der Psychoanalyse

Wolfgang Wöller und Johannes Kruse

3.1 Die Entwicklung der »Mutterwissenschaft« Psychoanalyse

Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie ist ein von der Psychoanalyse abgeleitetes psychotherapeutisches Verfahren. Die von Sigmund Freud gemeinsam mit Josef Breuer (Breuer & Freud 1893–1995) vor etwas mehr als einhundert Jahren begründete *Psychoanalyse* entwickelte sich aus einer innovativen therapeutischen Technik zur Behandlung der Symptome hysterischer und psychoneurotischer Patienten zu einer umfassenden Theorie des Menschen – mit einer eigenen triebtheoretisch fundierten Entwicklungspsychologie und detaillierten Vorstellungen zur Funktionsweise der menschlichen Psyche, in deren Zentrum die Bedeutung unbewusster seelischer Konflikte und der kindlichen Sexualität stand. Neben den klinischen Manifestationen im engeren Sinne untersuchte sie zahlreiche Ausdrucksformen des Alltagslebens ebenso wie kulturelle und gesellschaftliche Phänomene und setzte sie mit den klinischen Phänomenen in Verbindung. Sie gewann so einen kaum zu überschätzenden Einfluss auf das geistige Leben des 20. Jahrhunderts. Psychoanalyse ist somit mindestens dreierlei: eine *Persönlichkeitstheorie*, eine *Krankheitstheorie* und eine *Behandlungstheorie*.

Freud selbst hat seine Theoriebildungen mehrfach entscheidenden Revisionen unterzogen. Es war ein weiter Weg von den ersten Vorstellungen zur Entstehung der Neurosen im »Entwurf einer Psychologie« (1885) über

die Entdeckung der Phasenhaftigkeit der kindlichen Sexualität (1905 a) und seine Theorien zur *Topik des Unbewussten* bis hin zu der uns noch heute leitenden Modellvorstellung von der dreigeteilten Struktur der Psyche in der Strukturtheorie des Jahres 1923. Sein Hauptinteresse galt stets der Entwicklung der *Libidotheorie* sowie dem *Ödipuskomplex*, den er als den Kernkomplex der Neurosen ansah. Gemeinsam mit Karl Abraham, Otto Rank, Sandor Ferenczi und anderen Pionieren der Psychoanalyse entwickelte er die Grundzüge der *psychoanalytischen Neurosenlehre*, die noch heute die Basis unserer Behandlung darstellen. Die Entdeckung der Phänomene von *Abwehr* und *Widerstand*, von *Übertragung* und *Gegenübertragung*, ohne die unser psychodynamisches Denken und Handeln nicht vorstellbar ist, ist das Verdienst Sigmund Freuds und seiner ersten Mitarbeiter. Spätere Theoretiker, etwa Melanie Klein (1942), haben mehr als Freud die Bedeutung der aggressiven Triebe – vor allem für die präödiopale Entwicklung – gesehen.

Anna Freud (1936/2012) untersuchte das Ich und seine Abwehrmechanismen und legte ebenso wie Heinz Hartmann (1960), der die Anpassungs- und Bewältigungsfunktionen der konfliktfreien Anteile des Ich beschrieb, den Grundstein für die psychoanalytische *Ich-Psychologie*, die an die Seite der Triebtheorie trat. Das Studium der Ich-Funktionen erwies sich als äußerst nützlich für das Verständnis der Entwicklungspathologie schwer gestörter Patienten.

Die aus der psychoanalytischen Behandlungssituation gewonnenen Erkenntnisse wurden nun auch durch eine psychoanalytisch geleitete Säuglings- und Kinderbeobachtung ergänzt. Margaret Mahler (Mahler et al. 1978/2008) sehen wir heute als eine Pionierin der Säuglings- und Kleinkindbeobachtung an. Ihr Entwicklungsmodell der frühen Kindheit unterscheidet eine objektlose Phase des »normalen Autismus«, eine Phase der Symbiose, in der Objekt und Selbst eine Einheit bilden, und eine mehrfach in sich gegliederte Phase der Differenzierung, in der das Kind sich aus der Mutter-Kind-Dyade löst, um schließlich zum Stadium der »Objekt Konstanz« zu gelangen. Auch wenn Mahlers Modell durch die neuere Säuglings- und Kleinkindforschung in wichtigen Teilen einer Revision unterzogen werden musste, so bildete es doch über lange Zeit die entwicklungspsychologische Grundlage für die Ich-psychologische Diagnostik von »Subphasendefiziten« als Basis einer Entwicklungsförderung bei strukturellen Störungen der Persönlichkeit (Blanck & Blanck 1980).

Heinz Kohut (1979/2012) hat mit seinen Überlegungen zur narzisstischen Persönlichkeitsentwicklung und zu den Empathie- und Spiegelungsprozessen in der frühen Mutter-Kind-Dyade die *selbstpsychologische Tradition* der Theorienentwicklung in der Psychoanalyse begründet. Nach seiner Auffassung besteht ein lebenslanges Bedürfnis nach spiegelnder Responsivität durch sogenannte empathische Selbstobjekte. Das Scheitern dieses empathischen Spiegelungsprozesses liegt zahlreichen pathologischen Phänomenen zugrunde. Indem wir auf das Selbsterleben unserer Patienten empathisch und mit »*optimaler Responsivität*« eingehen, fördern wir die Kohäsion und das Wachstum ihres Selbst. Wenn neuere Vertreter der Selbstpsychologie von gegenseitiger Bezogenheit innerhalb eines interaktiven reziproken Systems spre-

chen, wird die Nähe zu Konzepten der neueren Säuglings- und Kleinkindforschung deutlich, vor allem zu dem Konzept des »*Attunement*« in der Mutter-Kind-Dyade. Die *selbstpsychologische* Denktradition in der Psychoanalyse hat wesentliche Erkenntnisse der neuen Säuglings- und Kleinkindforschung vorweggenommen. In therapeutisch-praktischer Hinsicht hat sich das selbstpsychologische Denken für die Vermittlung einer positiven Beziehungserfahrung als außerordentlich fruchtbar erwiesen.

Melanie Klein hatte bereits, auf dem Boden der Triebtheorie stehend, darauf hingewiesen, dass bei jeder Triebäußerung und jedem anderen psychischen Prozess »Objekte« beteiligt sind. Während für sie aber das tatsächliche Fürsorgeverhalten der Bezugspersonen weniger wichtig war als die angeborene Entfaltung der instinktgeleiteten Fantasien des Kindes, lösten Vertreter der britischen Schule der *Objektbeziehungstheorie* – Fairbairn, Guntrip und andere – den Begriff des Objekts zunehmend aus dem engeren Bezugsrahmen der Triebtheorie und hoben die Eigenständigkeit der Objektbeziehungen hervor. Fairbairn (1952) hatte von allen Objektbeziehungstheoretikern die Bedeutung der Triebe am stärksten relativiert und den Objektbeziehungen die entscheidende Rolle zugeschrieben.

Die *neueren Objektbeziehungstheoretiker* stellten nun dar, wie sich reale Beziehungserfahrungen in innerseelischen Strukturen niederschlagen: aus äußeren Objektbeziehungen werden verinnerlichte Objektbeziehungen. Diese verinnerlichten Objektbeziehungen bilden eine »*Welt der Repräsentanzen*« (Jacobson 1978). Der Begriff der Repräsentanz bedeutet in diesem Zusammenhang, dass aus realen Interaktionen mit bedeutsamen anderen Personen (»Objekten«) – seien sie nun reale oder fantasierte Interaktionen –, innere Bilder, Repräsentanzen entstehen, die einen Objektaspekt (»Objektrepräsentanz«) und ei-

nen Selbstaspekt («Selbstrepräsentanz») haben. Repräsentanzen enthalten Erinnerungen, Wünsche, Affekte und Fantasien und bilden so eine anhaltende Art, andere wichtige Menschen und sich selbst wahrzunehmen und mit ihnen und sich selbst in Beziehung zu treten. Alle Erwartungen, Befürchtungen, Handlungen und Fantasien gegenüber wichtigen Bezugspersonen gestalten sich ebenso wie die Entwicklung des Selbstbildes auf der Basis der Repräsentanzen.

Aus der Ein-Personen-Psychologie der trieb- und Ich-psychologischen Phase der Theorieentwicklung wurde zunehmend eine *Zwei- oder Mehr-Personen-Psychologie* (Balint 1970/2012). Donald W. Winnicott (1974/2006), ursprünglich Kinderarzt, hat ebenfalls wesentliche Ergebnisse der neueren Säuglings- und Kleinkindforschung vorweggenommen. Vor allem hob er die Bedeutung der »*halten- den Umwelt*« (»holding environment«) für die Entwicklung der Emotionalität des Kindes hervor. Winnicott verdanken wir wichtige Konzepte, die zum Verständnis schwerer Störungen der Persönlichkeitsentwicklung unverzichtbar geworden sind. Hier ist beispielsweise das Konzept des Übergangsobjekts zu nennen. Die Fähigkeit, ein gegenständliches Objekt als Substitut für eine abwesende Bezugsperson – als ein »*Übergangsobjekt*« – verwenden zu können, erkannte Winnicott (1953) als wesentliches Merkmal einer gesunden Entwicklung. Winnicott verdanken wir ebenso das Konzept des wahren und des falschen Selbst (Winnicott 1974/2006), wobei das falsche Selbst sich den Bedürfnissen einer unzureichenden Umwelt anpasst und das wahre Selbst abgespalten und verborgen bleibt.

Aufbauend auf den Arbeiten von Edith Jacobson und anderen Objektbeziehungstheoretikern sowie Ich-psychologischen Autoren hat Otto F. Kernberg (1992) seine Theorie der Objektbeziehungen entwickelt. Nach diesem

Modell entstehen gute verinnerlichte Objektbeziehungen (innere Objekte) als Niederschlag positiver Objektbeziehungen, schlechte verinnerlichte Objektbeziehungen (innere Objekte) als Niederschlag negativer Objekterfahrungen, wobei Abwehrvorgänge verschiedenster Art die Wahrnehmung der Objekte färben. Die Repräsentanzen organisieren sich nach Kernberg in »gute«, das heißt bedürfnisbefriedigende, und »schlechte«, das heißt den Bedürfnissen zuwiderlaufende Repräsentanzen. Wegen der für ein frühes Entwicklungsstadium typischen Unfähigkeit, Selbst und Objekt zu differenzieren, handelt es sich um undifferenzierte gute oder undifferenzierte schlechte Selbst-Objekt-Einheiten, die sich erst allmählich voneinander differenzieren.

Psychoanalytiker der *kleinianischen Tradition* haben unser Verständnis der therapeutischen Situation ebenfalls erweitert. Sie messen den Realaspekten der Beziehung zu den primären Bezugspersonen eine weitaus größere Bedeutung zu als es Melanie Klein getan hatte (Bion 1990). Auch für sie sind die Prozesse von Projektion, Introjektion und projektiver Identifizierung von zentraler Bedeutung – entscheidend ist nach neuerer kleinianischer Auffassung jedoch der Umgang der primären Bezugsperson mit den kindlichen Projektionen: Gelingt es der primären Bezugsperson, ein »Container« für die intensiven Gefühle des Säuglings und Kleinkindes zu sein? Analog wie die Beziehung des Säuglings zu seiner Bezugsperson wird die therapeutische Beziehung konzeptualisiert: Wie wir die Projektion unserer Patientinnen und Patienten verarbeiten (»verdauen«), ist von größter Bedeutung für einen gelingenden Therapieprozess (► Kap. 18). Vergleichbar der Mutter, die die Wut des Säuglings nicht mit eigener unkontrollierter Wut, sondern mit Verständnis und Grenzsetzung beantwortet, kann uns die Reflexion unserer Gegenübertragungsgefühle helfen, zu einer angemessenen

nen und therapeutischen Reaktion gegenüber unseren Patienten zu gelangen.

Unter dem Einfluss der Objektbeziehungs-theoretiker und der interpersonalen Theorie Sullivans (1980) wurde immer deutlicher, welchen Einfluss der Analytiker auf den analytischen Prozess ausübt; im Grunde ist er ein teilnehmender Beobachter. Das ursprüngliche »Ein-Personen-Modell« wurde zunehmend durch ein »Zwei-Personen-Modell« abgelöst. In der monadischen Konzeption des Zwei-Personen-Modells der klassisch-trieb-theoretischen, aber auch der Ich-psychologischen Betrachtungsweise hatten sich die wichtigen Ereignisse im Inneren des Patienten und in seinen Assoziationen abgespielt und konnten dort beobachtet werden. Im Zwei-Personen-Modell entstehen die Phänomene von Bewusstsein, Identität und Subjektivität in der Bezogenheit der dyadischen Beziehung zwischen zwei Menschen; sie werden im dyadischen Feld der Beziehung zwischen Patient und Therapeut erst hergestellt (Modell 1984).

Eine weitere Bereicherung unseres klinischen Verständnisses der therapeutischen Situation und unserer Möglichkeiten des Intervenierens wurde durch die Paradigmen der »intersubjektiven Psychoanalyse« (Altmeyer 2000; Stolorow et al. 1994) und der »relationalen Psychoanalyse« (Greenberg & Mitchell 1983) geschaffen. An die Stelle der intrapsychischen Trieb- und Konfliktdynamik trat ein umfassendes Beziehungsverständnis, das nicht mehr nur die seelische Dynamik aus der Perspektive innerer Strukturen betrachtete, sondern die Verwobenheit intrapsychischer und interpersoneller Prozesse in umfassender Weise in den Blick nahm.

Zwar konnte sich der Versuch, die mit metaphorischen, quasi naturwissenschaftlichen Begriffen überfrachtete Metapsychologie aufzugeben und sich auf die anschauungsnähere klinische Theorie zu beschränken (Gill 1982/

1996; Klein 1973; Schafer 1985), ebenso wenig durchsetzen wie die Radikalisierung einer nur noch »konstruktivistisch« konzipierten Psychoanalyse, die keine Realitäten, sondern nur noch Konstruktionen von Realität gelten ließ. Eine Kritik an diesen radikalen Positionen ist berechtigt, denn trotz aller Schwierigkeiten der traditionellen Theorie erweist es sich als unerlässlich, unabhängig von deutenden Konstruktionen die Existenz der psychischen Realität unserer Patienten und in vielen Fällen – man denke nur an die Opfer traumatischer Gewalt – auch unabwendbare Aspekte der äußeren Realität anzuerkennen (Eagle 2003). Wem es jedoch gelingt, von dieser – aus unserer Sicht völlig unnötigen und zu Recht kritisierten – Art der Radikalisierung abzuweichen, dem wird sich vor allem durch die neueren Ausformungen relationaler Psychoanalyse eine befreiende Wirkung vermitteln, die mit einer Erweiterung der Spielräume des Betrachtens und Behandelns verbunden ist.

Moderne Konzeptionen relationaler Psychoanalyse gehen davon aus, dass sich innerhalb eines psychologischen Feldes zwei Subjekte begegnen, deren Interaktionen in wechselseitigem Austausch verinnerlicht und transformiert werden (Potthoff 2015). In kreativer Fortführung der Gedanken Bions zum Container-Contained-Modell und seiner Transformationstheorie haben Baranger & Baranger (2008), Ogden (2006) und Ferro (2003) Feldmodelle der therapeutischen Beziehung entwickelt, die ein gegenüber traditionellen Zugängen erweitertes Beziehungsverständnis möglich machen. Die neuere relationale Perspektive gestattet es, auch Befunde der Bindungstheorie (Bowlby 1969) und Ergebnisse der Säuglings- und Kleinkindbeobachtung (Stern 1992/2016) zu integrieren und die Bedeutung realer äußerer Einflüsse, insbesondere schwerer Traumatisierungen, anzuerkennen. Sie vermittelt eine therapeutische Haltung, die der in diesem

Buch vermittelten Haltung in vielerlei Hinsicht nahesteht.

Wie wir noch sehen werden (► Kap. 5) macht das Wechseln zwischen Perspektiven und Betrachtungspositionen den Gewinn psychodynamischen Arbeitens aus. Tatsächlich gibt es in der klinischen Realität immer wieder Situationen, in denen eine Zwei-Personen-Perspektive überlegen ist, aber auch solche, in denen sich die Ein-Person-Perspektive als nützlich erweist. Gerade die jüngsten Entwicklungen in der Behandlung traumatisierter Patienten (► Kap. 39), speziell die Erfahrungen mit der Integration traumatherapeutischer Techniken wie EMDR in die psychodynamische Therapie, haben gezeigt, dass die Ein-Person-Perspektive durchaus noch immer ihr Recht beanspruchen kann, wenn sie in ein umfassendes Beziehungsverständnis eingebettet ist (Wöller 2016b).

Die jüngste Entwicklung hat eine bemerkenswerte Annäherung des psychoanalytischen Denkens an die empirischen Nachbarwissenschaften, aber auch an wichtige Strömungen im Bereich der Geisteswissenschaften gebracht. So kommt Fonagy (2009) das Verdienst zu, mit seinem Ich-psychologisch und objektbeziehungspsychologisch fundierten Ansatz zur Theorie der Mentalisierung der psychoanalytischen Theoriebildung zum Anschluss an den aktuellen Stand der Bindungstheorie und der empirischen Entwicklungspsychologie verholfen zu haben. Weiterhin konnten psychodynamisch orientierte Traumatherapeuten unter Rückgriff auf die bahnbrechenden und erst jetzt angemessen gewürdigten Erkenntnisse Pierre Janet (1889), des großen Zeitgenossen Sigmund Freuds, psychoanalytisches Gedankengut mit neurowissenschaftlichen Befunden zur Pathophysiologie der Traumafolgerkrankungen integrieren (Reddemann 2017; Reddemann & Wöller 2017; Sachsse 2009; Wöller 2013, 2015b). Anknüpfungen an neuere Strö-

mungen in Philosophie, Medien-, Kultur- und Geisteswissenschaften finden sich in Beiträgen, die zum Beispiel den »Sprachspiel«- und »Performanz«-Charakter therapeutischen Handelns (Pflichthofer 2008) oder die Bedeutung des Nichtverstehens für den Therapieprozess (Storck 2017) ins Blickfeld rücken.

3.2 Die vier Paradigmen der Psychoanalyse

In Anlehnung an Pine (1990) unterscheiden wir die folgenden vier Paradigmen der Psychoanalyse, welche die Basis unserer heutigen psychodynamischen Betrachtungen bilden: das triebpsychologische, das Ich-psychologische, das selbstpsychologische und das objektbeziehungspsychologische Paradigma. Unter Praktikern scheint sich ein Konsens auszubilden, dass je nach klinischer Problemstellung mal das eine und mal das andere Paradigma gewinnbringender für das Verständnis der jeweiligen Problematik des Patienten ist.

- Das *triebpsychologische Paradigma* betrachtet auf der Grundlage des von Sigmund Freud formulierten Triebdualismus den Sexualtrieb und den Aggressionstrieb als motivierende Kräfte des Seelenlebens. Trotz seiner Relativierung durch die neuere Entwicklungsforschung wird das triebpsychologische Paradigma vor allem für das klinische Verständnis von Konfliktpathologien nützlich bleiben, nicht zuletzt deshalb, weil es die Grundlage des dreigeteilten Strukturmodell Freuds (1923) bildet, mit dessen Hilfe sich die intrapsychischen Konflikte besonders gut konzeptualisieren lassen (► Kap. 13).
- Auch das ebenfalls auf dem Boden der Triebpsychologie entwickelte *Ich-psychologische Paradigma* (Blanck & Blanck 1980; Freud A 1936/2012; Hartmann 1960), das

nicht so sehr die Triebkonflikte selbst, sondern die Abwehrmechanismen und die nicht direkt an Trieb-Abwehr-Konflikten beteiligten Ich-Funktionen erforschte, hat sich vor allem für die Behandlung schwerer Persönlichkeitsstörungen und anderer Störungen mit geringem Integrationsniveau (► Kap. 6) als außerordentlich produktiv erwiesen. Ich-psychologisches Denken erlaubt eine systematische Erfassung von Ich-Funktionsdefiziten und begründet eine therapeutische Arbeit mit dem Ziel der Nachentwicklung defizitärer Ich-Funktionen. Es ist besonders nützlich, wenn wir die Perspektive der Ich-Funktionen und Fertigkeiten einnehmen (► Kap. 5).

- Das *selbstpsychologische Paradigma*, das vor allem mit dem Namen Heinz Kohuts (1979/2012) verbunden ist, hat ebenfalls die therapeutischen Möglichkeiten sehr bereichert. So hat die Selbstpsychologie den Akzent stets auf einen empathisch-introspektiven Zugang gelegt und die Auffassung vertreten, dass Veränderung in der Therapie nicht in erster Linie die Folge von Deutungen oder Einsicht ist, sondern durch Empathie entsteht. Theoretisch betrachtet kann das selbstpsychologische Paradigma aus heutiger Sicht als eine spezielle Ausprägung des objektbeziehungstheoretischen Paradigmas angesehen werden. In praktisch-therapeutischer Hinsicht war es hingegen derart folgenreich für die Entwicklung der Behandlungstechnik, dass ihm ein eigener Status zusteht.
- Das *objektbeziehungstheoretische Paradigma* geht davon aus, dass die frühesten Erfahrungen mit Bezugspersonen die Grundlage für alle späteren Beziehungsgestaltungen bilden und dass alle seelischen Strukturen ein Niederschlag früherer Objekterfahrungen sind (Bion 1990; Fairbairn 1952; Jacobson 1978; Klein 1962;

Mahler et al. 1978/2008; Winnicott 1974/2006). Das objektbeziehungstheoretische Paradigma wurde in den letzten Jahrzehnten immer mehr zum wichtigsten Paradigma moderner Psychoanalyse. Eine Behandlung von Patienten mit schweren Persönlichkeitsstörungen ist heute ohne das objektbeziehungstheoretische Paradigma nicht mehr vorstellbar.

Die neueren Theoriebildungen verbinden das objektbeziehungstheoretische mit dem Ich-psychologischen Paradigma (Fonagy 2009; Kernberg 1992; Modell 1984; Sandler 1982). Durch die Weiterentwicklung des objektbeziehungstheoretischen Paradigmas und die Einbeziehung intersubjektiver und relationaler Zugänge steht uns ein breiter Perspektivenraum zur Verfügung, der den sich unterschiedlich präsentierenden therapeutischen Situationen das bestmögliche Verständnis ermöglicht.

Eine Orientierung in der Theorienwelt der Psychoanalyse ist nicht einfach. So unterscheiden sich die genannten Paradigmen beträchtlich in ihren Grundannahmen, und jedes Paradigma enthält wiederum eine nicht geringe Zahl von Modellen mit entsprechenden hypothetischen Annahmen. Es lohnt sich jedoch, die Modelle einzeln zu betrachten, da sich in Abhängigkeit von dem jeweiligen Störungsbild mal das eine, mal das andere Paradigma oder auch Modell als zweckmäßiger erweist. Ohne Frage besteht unsere Kreativität darin, die Konzepte im Bedeutungsraum des konkreten Falles elastisch und flexibel anzuwenden (Sandler 1983). Derartige Nützlichkeitsabwägungen bei der Bevorzugung bestimmter Paradigmen und Modelle, in die immer auch persönliche Vorlieben der behandelnden Therapeuten einfließen, sind nach unserer Auffassung legitim, so lange sie der Optimierung des Therapieangebotes und der Verbesserung der therapeutischen Beziehung dienen.

3.3 Psychoanalyse im Kontext ihrer Nachbarwissenschaften

Über lange Zeit hat die Psychoanalyse sich von der Entwicklung ihrer Nachbarwissenschaften wenig berühren lassen, wohl nicht zuletzt wegen Freuds Skepsis gegenüber den Möglichkeiten der akademischen Psychologie. Dies hat sich in den letzten Jahren geändert, und der Austausch wird zunehmend als wechselseitige Bereicherung erlebt. Mindestens die drei folgenden Forschungsparadigmen haben unser heutiges psychoanalytisches Denken entscheidend beeinflusst:

- Die *Säuglings- und Kleinkindbeobachtung* hat die beginnenden Interaktionen des Säuglings mit seiner wichtigsten Bezugsperson untersucht und vor allem die Bedeutung des »Affect Attunement«, der gegenseitigen affektiven Einstimmung von Mutter und Kind für die emotionale Entwicklung des Kindes, entdeckt. Mit der Formulierung fünf basaler Motivationsysteme hat Lichtenberg (1991) den Triebdualismus Freuds einer tiefgreifenden Revision unterzogen. Wir haben zunehmend bessere Vorstellungen davon, wie eine Bindungsbeziehung affektiver Kommunikation zwischen primärer Bezugsperson und heranwachsendem Kind entsteht und wie die emotionale Kommunikation mit der frühen Umwelt durch den Austausch von Affekten erfolgt. Mutter und Kind erwarten jeweils ein bestimmtes Verhalten voneinander und reagieren negativ, wenn diese »Konversation« entgleist (Lichtenberg 1991; Stern 1992/2016). In Kapitel 24.2 soll ausführlich darauf eingegangen werden, wie die Erkenntnisse der modernen Säuglings- und Kleinkindforschung die Konzeptualisierung des therapeutischen Prozesses beeinflusst.
- Die moderne *Bindungsforschung* hat uns gezeigt, wie das Kind in der präverbalen

Entwicklung innere Arbeitsmodelle von Bindungsbeziehungen mit seinen Bezugspersonen ausbildet (Bowlby 1969). Innere Arbeitsmodelle von Bindung speichern Informationen über Interaktionserfahrungen mit bedeutenden Personen der Kindheit und steuern auch im weiteren Leben alle Interaktionen mit wichtigen Bezugspersonen. Stabile Bindungsbeziehungen können in starkem Maße positive Affekte vermitteln. Sie sind für die weitere neurobiologische Entwicklung von großer Bedeutung.

- Aus der *neurobiologischen Forschung* wissen wir, wie die psychobiologischen Erfahrungen von Attunement, Misattunement und Re-Attunement sich in die biologischen Schaltkreise des sich entwickelnden Gehirns einprägen. Die frühen Interaktionen zwischen Mutter und Kind haben erhebliche Auswirkungen auf die regulatorischen Prozesse des Gehirns, vor allem auf die Affektregulation. Wir wissen inzwischen vieles darüber, wie die Prozesse der Informationsverarbeitung und der Gedächtnisspeicherung im Gehirn bei traumatisierten Patientinnen und Patienten in spezifischer Weise gestört sind. Wir haben neurobiologische Modelle für das, was wir als nicht symbolisiertes traumatisches Material bezeichnen und wissen, welche Hirnstrukturen dafür verantwortlich sind, dass psychisches Material symbolisiert wird (Schoore 1994).

Eine Integration neuerer Erkenntnisse der psychoanalytischen Entwicklungspsychologie, der klinischen Psychoanalyse, der empirischen Säuglings- und Kleinkindforschung und neuerer Befunde der Affektforschung und der Neurobiologie ist in greifbare Nähe gerückt. Auch wenn neurobiologische Methoden nicht in der Lage sind, psychoanalytische Kernkonzepte direkt zu überprüfen, so

können sie doch Strukturen identifizieren, die für ein Verständnis zentraler psychoanalytischer Konstrukte bedeutsam sind: für die Phänomene von Lust und Unlust, für den Einfluss vorbestehender Lebenserfahrungen auf das aktuelle Erleben und die Phänomene von Abwehr und Übertragung (Peterson 2005). Bei näherem Hinsehen zeigt sich die bemerkenswerte Konvergenz der zunächst sehr heterogenen Konzepte. Dies gilt vor allem für die Beziehung der Psychoanalyse zur Bindungstheorie, die sich zunehmend von der Beschreibung von Verhaltenssystemen zur Ebene der mentalen Repräsentation von Bindung weiterentwickelt hat. In vieler Hinsicht können wir eine beträchtliche Nähe zwischen Konzepten der psychoanalytischen Objektbeziehungstheorie, bindungstheoretischen Konzepten, der Säuglings- und Kleinkindforschung und neurobiologischen Befunden feststellen (Köhler 1998; Schore 1994). Wenn wir in der Sprache der modernen Neurobiologie von »Repräsentanzen eines dysregulierten Selbst in Interaktion mit einem schlecht eingestimmten (>misattuned<) Anderen« oder in der Sprache der Bindungstheorie von »inneren Arbeitsmodellen« unsicherer Bindung (Bowlby 1969) sprechen, so entsprechen die damit beschriebenen Sachverhalte weitgehend dem, was Objektbeziehungstheoretiker etwa als unzureichend gute und ungenügend schützende »innere Objekte« beschreiben würden, die sie als Niederschlag defizitärer realer Objekterfahrungen verstehen (Kernberg 1992).

Die neuere multidisziplinäre Forschung bestätigt die Auffassung Freuds, dass sich die wesentliche Entwicklung der Persönlichkeit in den ersten Lebensjahren vollzieht. Ebenso bestätigen die neueren Erkenntnisse der Hirnforschung die Auffassung Freuds von der *Bedeutung des Unbewussten* in vollem Umfang. Nun ist das Unbewusste bei weitem nicht so undifferenziert wie Freud annahm.

Es ist nicht der Ort »primitiver«, unvernünftiger Triebe, gegen die das vernünftige Ich ankämpfen muss, sondern es ist in sich in höchst differenzierter Weise durchstrukturiert und auf seine Weise »vernünftig«. Die »limbische Vernunft« stellt alle verfügbaren Informationen über bewährtes Denken, Fühlen und Handeln bereit, die die gesamte bisherige Lebenserfahrung umfassen. Dass diese »limbische Vernunft« – um in Metaphern zu sprechen – die kortikale Vernunft dominiert, scheint biologisch sinnvoll zu sein (Roth 2001). Natürlich wissen wir noch wenig darüber, wie es möglich ist, durch Einsicht auf die limbischen Strukturen des »Unbewussten« Einfluss zu nehmen. Aber auch andere psychoanalytische Kategorien erscheinen durch die neurobiologische Forschung in neuem Licht.

So ist keine geringere als die für die Psychoanalyse so zentrale Kategorie des »Selbst« ins Blickfeld neurowissenschaftlicher Forscher gerückt. Mit Begriffen wie »proto-self«, »Kern-Selbst« (Damasio 1999) oder »primärem Selbst« (Panksepp 1998) konnten evolutionär frühere Formen dessen, was wir als Selbst bezeichnen, identifiziert und bezeichnet werden. Traditionell wurde es als die Aufgabe des therapeutischen Prozesses angesehen, die ungünstige Entwicklung durch neue Erfahrungen zu korrigieren und eine stecken gebliebene Entwicklung wieder anzustoßen (Loewald 1960). Der Internalisierungsprozess stellt eine Transformation der äußeren Regulierung in eine interne dar (Hartmann & Loewenstein 1962). Neurobiologisch betrachtet, lässt sich Entwicklung als ein Fortschreiten in Stadien konzeptualisieren, bei denen neue adaptive selbstregulatorische Strukturen und Funktionen neue Interaktionen mit der Umwelt ermöglichen (Settlage et al. 1988). Psychobiologische Forschung konnte zeigen, dass in dyadischen, »symbiotischen« Zuständen die offenen, unreifen und sich entwi-

ckelnden inneren Homöostase-Systeme des Kindes interaktiv durch die reiferen und differenzierteren Systeme einer Mutterfigur reguliert werden (Hofer 1990; Schore 1994). Kohuts (1979/2012) Postulat, dass kontinuierliche dyadische Interaktionen mit Selbstobjekten die Homöostase des Kindes sichern, hat auf diese Weise eine empirische Bestätigung gefunden: Selbstobjekte sind psychobiologische Regulatoren, die eine Affektregulation ermöglichen. Auch für das »Spiegeln« finden wir ein neurobiologisches Korrelat. Es zeigt sich, dass bei wechselseitigem Blick das Gesicht der Mutter hohe Spiegel endogener Opiate in dem wachsenden Gehirn des Kindes freisetzt (Hoffman 1987; Panksepp et al. 1985).

Wir wissen, dass die psychotherapeutische Situation Möglichkeiten für eine heilende Korrektur der verzerrten Entwicklung liefert. Die Wirksamkeit von Psychotherapie konnte in einer überwältigenden Zahl von empirischen Studien dokumentiert werden. Die Zahl der Studien ist so groß, dass Howard et al. (1994) von der Psychotherapie als der am besten dokumentierten Intervention in der Geschichte der therapeutischen Wissenschaften sprechen. Dabei zeigt sich, dass die Fähigkeit des Therapeuten, ein tragfähiges Arbeitsbündnis herzustellen, die entscheidende Größe für den Erfolg von Psychotherapie zu sein scheint, weit wichtiger als das gewählte Psychotherapieverfahren oder die angewandte Methode (Wampold 2010; Wöller 2016a).

Auch auf der neurobiologischen Ebene zeigen sich eindrucksvolle Effekte von Psychotherapie. Neue *bildgebende Verfahren* können die Hirnfunktion vor und nach einer Psychotherapie abbilden und eindrucksvoll Unterschiede dokumentieren (Brunner 2017; Juckel & Edel 2013; Leuzinger-Bohleber et al. 2007; Schiepek 2010).

Vieles spricht dafür, dass psychotherapeutische Veränderungen ein unmittelbares Kor-

relat in Veränderungen im präfrontalen limbischen Kortex haben (Watt 1986).

Auch wenn die Frage, wie Psychotherapie tatsächlich wirkt, derzeit nicht schlüssig beantwortet werden kann, sind intelligente Spekulationen legitim. Mit hoher Wahrscheinlichkeit finden wir ein somatisches Korrelat. Es kommt auf neurobiologischer Ebene zur Verstärkung des Einflusses des orbitofrontalen Kortex und des Gyrus cinguli auf die Amygdala. Ebenso wahrscheinlich ist es, dass durch andersartige emotionale Erfahrungen zusätzlich zu den fehlgeleiteten Schaltungen in der Amygdala kompensatorische Netzwerke im Sinne von »Ersatzschaltungen« induziert und neu gebildet werden (Kandel 2006; Roth 2006).

3.4 Theorien und Modelle in der Psychoanalyse

Die Psychoanalyse hat sich unabhängig von anderen Disziplinen aus der Patient-Therapeut-Dyade entwickelt und *Modelle der menschlichen Psyche* aufgestellt, die unter therapeutischem Blickwinkel außerordentlich folgenreich waren.

Wir können hier nicht ausführlich auf die philosophischen Grundlagen und die Frage des wissenschaftstheoretischen Status der Psychoanalyse eingehen. Freud hatte seine Forschungstätigkeit als Naturwissenschaftler begonnen und während seines gesamten Lebens daran festgehalten, dass die Psychoanalyse eines Tages durch die exakten Wissenschaften bestätigt oder ergänzt werden kann und muss. Dies wurde später von Habermas (1975) als »szientistisches Selbstmissverständnis« der Psychoanalyse kritisiert. Nach heutiger Auffassung ist die Psychoanalyse am ehesten zwischen den exakten und den hermeneutischen Wissenschaften einzuordnen, sie nimmt gewissermaßen den Status einer

»Zwischenwissenschaft« ein (Leuzinger-Bohleber 1995; Strenger 1991). Entsprechend sind auch ihre Theorien von anderer Art als die der exakten Wissenschaften (Warsitz & Küchenhoff 2015; Schüle 1999).

Fest steht jedenfalls, dass die Theorien der Psychoanalyse außerordentlich vielfältig sind und teilweise einander widersprechen. Viele ihrer Theorieannahmen konnten inzwischen empirisch überprüft werden, viele entziehen sich allerdings auch einer Überprüfung. Das triebpsychologische Paradigma ist sicherlich durch die Erkenntnisse der neueren Entwicklungspsychologie, vor allem der Affekt- und Motivationsforschung, am stärksten infrage gestellt worden. Für Kandel (1999, S.505), einen Nobelpreisträger auf dem Gebiet der Neurowissenschaften, stellt die Psychoanalyse »noch immer die kohärenteste und intellektuell am meisten befriedigende Sicht der Psyche« dar. Eine derartige Äußerung überrascht, wenn man bedenkt, wie weit uns etwa die Erkenntnisse der Säuglings- und Kleinkindforschung Anlass geben, wichtige Vorstellungen der Psychoanalyse von der Funktionsweise der menschlichen Psyche zu überprüfen. Und dennoch: Führende Vertreter der neurobiologisch gestützten Entwicklungsforschung glauben, dass die psychoanalytischen Theorien durch die neueren neurobiologischen Befunde eher verfeinert als zurückgewiesen werden. Freud hat sicherlich die Bedeutung der Sexualität überschätzt und diejenige anderer motivationaler Systeme – der mütterlichen Fürsorge, der sozialen Bindung, des Spiels – zu wenig gesehen. Auch muss das psychoanalytische Konstrukt des dualistischen Triebsystems neu diskutiert werden. Doch die konvergenten Auffassungen zum Einfluss der frühkindlichen Beziehungserfahrungen auf die Entwicklung seelischer Strukturen, zur Rolle des Unbewussten und zur Rolle der Affekte für Symptomentstehung und Psychopathologie sind von so herausra-

gender Bedeutung, dass ein interdisziplinärer Dialog dringend geboten erscheint. Es gibt keine Veranlassung mehr, weder für Neurowissenschaftler noch für Psychoanalytiker, die Welt mit dem jeweils andersartigen Erfahrungshintergrund verächtlich zu ignorieren.

Vermutlich werden auch andere Bausteine der psychoanalytischen Theorien noch stärker daraufhin überprüft werden müssen, wie weit sie mit den gesicherten empirischen Befunden der Neurowissenschaften kompatibel sind oder mit ihnen im Widerspruch stehen. Während sich die psychoanalytische Abwehrtheorie und die Theorien zur Über-Ich-Organisation problemlos mit dem Stand der neurobiologischen Forschung vereinbaren lassen, haben wir Hinweise, dass beispielsweise Teile der psychoanalytischen Theorie des dynamisch Unbewussten oder Teile der Objektbeziehungstheorie im Lichte der neueren Gedächtnis- und Emotionsforschung neu konzipiert werden sollten (Deneke 2013).

Theorien und Modelle sollen uns vor allem helfen, klinische Probleme zu strukturieren und Handlungsanweisungen zu generieren. Sie sollen plausibel und klinisch nützlich sein. Da sich ihr Wert nach unserer Auffassung in erster Linie durch ihre klinische Brauchbarkeit bestimmt, müssen sie nicht zwingend durch neurobiologische Befunde untermauert sein. Wir denken aber, dass sie nicht mit ihnen im Widerspruch stehen sollten, vor allem dann nicht, wenn neurobiologische Modelle die Phänomene plausibler erklären können.

3.5 Die Entwicklung der psychoanalytischen und psychoanalytisch orientierten Behandlungstechnik

Alle Theorieansätze der Psychoanalyse haben großen Einfluss auf die psychoanalytische *Behandlungstechnik* genommen. Auch wenn

die von Freud (1911, 1912a, 1912b, 1913, 1914a, 1914b) in seinen berühmten Aufsätzen zur psychoanalytischen Technik formulierten handlungstechnischen Grundsätze – die Technik der frei schwebenden Aufmerksamkeit, die Grundregel der freien Assoziation, die Bedeutung von Widerstand und Übertragung – im Wesentlichen bis heute gültig geblieben sind, hat sich dennoch die Behandlungstechnik der Psychoanalyse und der von ihr abgeleiteten Verfahren in den letzten hundert Jahren teilweise bis zur Unkenntlichkeit verändert. Wir können die Entwicklung der äußerst kontroversen Diskussionen hier nicht nachzeichnen, die von den experimentellen Modifikationen der Behandlungstechnik durch Ferenczi (1919/1964) ihren Ausgang nahmen und sich lange um Fragen der technischen Neutralität und der »idealen« Behandlungstechnik drehten.

Beeinflusst durch das Denken Winnicotts und unter dem Einfluss der Selbstpsychologie vollzog sich ein bedeutsamer Wandel der Behandlungstechnik, der die haltenden und entwicklungsfördernden Möglichkeiten der therapeutischen Beziehung stärker in den Mittelpunkt rückte und das Prinzip »Beziehung« gleichrangig dem Prinzip »Deutung« an die Seite stellte (Hoffmann 1983).

Damit ergaben sich wichtige Übereinstimmungen mit der neueren empirischen Psychotherapieforschung. Als zentrales und robustes Ergebnis kann die Erkenntnis gelten, dass ein tragfähiges Arbeitsbündnis ein entscheidender Prädiktor einer erfolgreichen Behandlung ist (Luborsky 1999). Das patientenseitige Erleben einer hilfreichen therapeutischen Beziehung muss somit als eine unabdingbare Voraussetzung einer erfolgreichen Psychotherapie angesehen werden. Der Zusammenhang ist so oft repliziert worden, dass die zentrale Bedeutung der therapeutischen Beziehung für jede Form der Psychotherapie, welcher Schulrichtung sie auch angehören

mag, nicht mehr bestritten werden kann. Darüber hinaus lieferte die Psychotherapieforschung eine weitere fundamentale Erkenntnis, die nicht weniger bedeutsam ist: Trotz unablässiger Bemühungen ließen sich keine Unterschiede der Wirksamkeit zwischen psychodynamischen und behavioralen Therapieformen identifizieren – »All have won and all must have prizes«. Das »Dodo-Bird-Verdikt«, so benannt nach dem berühmten Ausspruch des Dodos aus Alice im Wunderland, wurde zum Leitmotiv einer ganzen Epoche der Psychotherapieforschung (Luborsky et al. 2002). Dieser Befund lenkte die Aufmerksamkeit auf die sogenannten »common factors« oder »unspezifischen Faktoren«, die offenbar allen wirksamen Psychotherapien zugrunde liegen und mit den Erwartungen und Überzeugungen eines Patienten, der wahrgenommenen Kompetenz eines Therapeuten und der Passung zwischen Patient und Therapeut zu tun haben (Rosenzweig 1936). Sie liefern einen weitaus größeren Beitrag zur Aufklärung der Varianz des Psychotherapieerfolgs als die handlungstechnischen Faktoren (Wampold 2010; Wöller 2016a). Letztlich sind es Faktoren, die auf die Bedeutung subjektiver Dimensionen der Wahrnehmung von Beziehungen und der Beziehungsgestaltung verweisen, die den Erfolg einer Psychotherapie bestimmen. Pointiert können wir sagen: Das Gelingen der therapeutischen Beziehung ist bei weitem wichtiger als die Wahl der Methode.

Auch wenn der Einfluss der Behandlungstechnik auf den Behandlungserfolg im Lichte der Erkenntnisse der neueren Psychotherapieforschung heute differenzierter gesehen werden muss als in den Jahren der Theorieentwicklung, bedeutet das nicht, dass Behandlungstechnik unwichtig geworden wäre. Es scheint, als drücke sich die Kompetenz eines Therapeuten in seiner Fähigkeit aus, das Beziehungsangebot eines Patienten empathisch aufzugreifen und die geeignete Be-

handlungstechnik aus einem Repertoire verfügbarer Techniken flexibel nach Maßgabe der aktuellen Beziehungsbedürfnisse des Patienten auszuwählen. Theoretische Orthodoxie und methodischer Purismus sind bei einer solchen Aufgabe naturgemäß nicht hilfreich. Vielleicht gestatten sich psychodynamisch arbeitende Therapeuten auch deshalb immer mehr den Blick in die Regionen anderer Therapieschulen. Sie betrachten die Integration des Veränderungswissens und der psychotherapeutischen Techniken anderer Therapieschulen zunehmend als notwendig und unverzichtbar.

Es lässt sich noch nicht absehen, inwieweit auch neurobiologische Modellvorstellungen die Behandlungstechnik prägen werden. Sicher wird aus der Neurobiologie kein eigenständiges psychotherapeutisches Verfahren hervorgehen. Auch denken wir nicht, dass wir in absehbarer Zeit von einer »Neuropsychotherapie« sprechen können, wie es der Titel eines Buches von Grawe (2004) suggeriert. Und doch hat es den Anschein, dass neurobiologische Modellvorstellungen in einzelnen Bereichen das Verständnis klinischer Phänomene erleichtern und damit auch die Art des Intervenierens beeinflussen können. So hat die moderne Säuglings- und Kleinkindforschung uns geholfen, dyadisch-rhythmische Abstimmungsprozesse in Psychotherapien besser zu verstehen und therapeutisch zu nutzen (► Kap.24). Wenn wir beispielsweise im Bereich der schweren Persönlichkeitsstörungen viele dysfunktionale Verhaltensweisen auf ein verstärktes Bedrohungserleben zurückführen und als deren Grundlage beziehungs-traumatisch geschädigte kortiko-limbische Schaltkreise der Emotionsregulierung sehen können, kann diese Sichtweise unseren Interventionsstrategien neue Impulse geben (► Kap.27). Zum anderen unterstreichen die Erkenntnisse zur erfahrungsabhängigen Hirnentwicklung (Schore 1994) und zur neu-

ronalen Plastizität die Notwendigkeit, in der Arbeit mit Ich-strukturellen Störungen die Bedeutung von Durcharbeiten, Lernen und Üben nicht zu übersehen.

Empfohlene Literatur zum Erwerb der Kenntnisse der psychoanalytischen Krankheitslehre

Das Basisbuch setzt die Kenntnis der Grundzüge der psychoanalytischen Krankheitslehre voraus. Hierzu – aber auch zu einigen wichtigen Entwicklungen der Nachbarwissenschaften – möchten wir Ihnen einige Literaturhinweise geben. Auch empfehlen wir Ihnen, zumindest einige Werke S. Freuds im Original zu lesen.

Einführungen in die Krankheitslehre der Psychoanalyse

- Boll-Klatt A, Kohrs M (2013). Praxis der psychodynamischen Psychotherapie. Grundlagen – Modelle – Konzepte. Stuttgart: Schattauer.
- Elhardt S (2010). Tiefenpsychologie. Eine Einführung. 17. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer.
- Ermann M (2016). Psychotherapie und Psychosomatik. Ein Lehrbuch auf psychoanalytischer Grundlage. 6. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer.
- Gumz A, Hörz-Sagstetter S (2017) (Hrsg). Psychodynamische Therapie in der Praxis. Weinheim: Beltz.
- Herzog W, Kruse J, Wöller W (2016). Psychosomatik – Erkennen, Verstehen, Behandeln. Stuttgart: Thieme.
- Hoffmann SO, Hochapfel G (2009). Neurotische Störungen und Psychosomatische Medizin. Mit einer Einführung in Psychodiagnostik und Psychotherapie. Eckhard-Henn A, Heuft G, Hochapfel G, Hoffmann SO (Hrsg). 8. Aufl. Stuttgart: Schattauer.
- Jaeggi E, Riegels V (2009). Techniken und Theorien der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie. 2. Aufl. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Jaeggi E, Gödde G, Hegener W, Möller H (2003). Tiefenpsychologie lehren – Tiefenpsychologie lernen. Stuttgart: Klett-Cotta.

- Krause R (2012). Allgemeine psychodynamische Behandlungs- und Krankheitslehre. Modelle und Grundlagen. 2. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer.
- Kuiper PC (2004). Die seelischen Krankheiten des Menschen. Psychoanalytische Neurosenlehre. 9. Auflage. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Leichsenring F (Hrsg) (2004). Psychoanalytische und tiefenpsychologisch fundierte Therapie. München: CIP-Medien.
- Loch W (1999). Die Krankheitslehre der Psychoanalyse. Allgemeine und spezielle psychoanalytische Theorie der Neurosen, Psychosen und psychosomatischen Erkrankungen bei Erwachsenen, Kindern und Jugendlichen. 6. Aufl. Stuttgart, Leipzig: Hirzel.
- Mentzos S (2013). Neurotische Konfliktverarbeitung. Einführung in die psychoanalytische Neurosenlehre unter Berücksichtigung neuer Perspektiven. 23. Aufl. Frankfurt a. M.: S. Fischer.
- Mentzos S (2017). Lehrbuch der Psychodynamik. Die Funktion der Dysfunktionalität psychischer Störungen. 8. Aufl. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Mertens W (2005). Psychoanalyse. Grundlagen, Behandlungstechnik und Angewandte Psychoanalyse. Urban-Taschenbuch. Stuttgart: Kohlhammer.
- Mertens W (Hrsg) (2008). Psychoanalytische Erkenntnishaltungen und Interventionen. Schlüsselbegriffe für Studium, Weiterbildung und Praxis. Stuttgart: Kohlhammer.
- Neumann E, Naumann-Lenzen M (Hrsg) (2017). Psychodynamisches Denken und Handeln in der Psychotherapie. Gießen: Psychosozial.
- Rudolf G, Henningsen P (2013). Psychotherapeutische Medizin und Psychosomatik. Klinische Psychologie und Psychiatrie. Ein einführendes Lehrbuch auf psychodynamischer Grundlage. 7. Aufl. Stuttgart: Thieme.
- Senf W, Broda M (2011). Praxis der Psychotherapie. Ein integratives Lehrbuch. 5. Aufl. Stuttgart: Thieme.
- Storck T (2016). Psychoanalyse und Psychosomatik. Die leiblichen Grundlagen der Psychodynamik. Stuttgart: Kohlhammer.

Nachschlagewerke

- Benecke C (2014). Klinische Psychologie und Psychotherapie. Ein integratives Lehrbuch. Stuttgart: Kohlhammer.
- Hölzer M, Wöller W, Berberich G (2018). Stationäre Psychotherapie. Stuttgart: Schattauer.
- Köhle K, Herzog W, Joraschky P, Joraschky P, Kruse J, Langewitz W, Söllner W (Hrsg) (2016). Uexküll. Psychosomatische Medizin. Theoretische Modelle und klinische Praxis. 8. Aufl. München: Elsevier.
- Mertens W, Waldvogel B (Hrsg) (2014). Handbuch psychoanalytischer Grundbegriffe. 4. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer.

Schriften Sigmund Freuds

- Freud S (1900). Die Traumdeutung. GW II/III. Frankfurt a. M.: S. Fischer.
- Freud S (1905). Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie. GW V. Frankfurt a. M.: S. Fischer.
- Freud S (1905). Bruchstücke einer Hysterie-Analyse. GW V. Frankfurt a. M.: S. Fischer.
- Freud S (1912). Zur Dynamik der Übertragung. GW VIII. Frankfurt a. M.: S. Fischer.
- Freud S (1913). Zur Einleitung der Behandlung. GW VIII. Frankfurt a. M.: S. Fischer.
- Freud S (1914). Erinnern, Wiederholen und Durcharbeiten. GW X. Frankfurt a. M.: S. Fischer.
- Freud S (1914). Bemerkungen über die Übertragungsliebe. GW X. Frankfurt a. M.: S. Fischer.
- Freud S (1923). Das Ich und das Es. GW XIII. Frankfurt a. M.: S. Fischer.
- Freud S (1926). Hemmung, Symptom, Angst. GW XIV. Frankfurt a. M.: S. Fischer.
- Freud S (1933). Neue Folge der Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse. GW XV. Frankfurt a. M.: S. Fischer.

Ich-Psychologie

- Freud A (1936/2012). Das Ich und die Abwehrmechanismen. 20. Aufl. Frankfurt a. M.: S. Fischer.

Objektbeziehungstheorien

- Balint M (1970/2012). *Therapeutische Aspekte der Regression*. 4. Aufl. Stuttgart: Klett.
- Kernberg OF (1992). *Objektbeziehungen und Praxis der Psychoanalyse*. 5. Aufl. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Winnicott DW (1974/2006). *Reifungsprozesse und fördernde Umwelt*. Gießen: Psychosozial.

Selbstpsychologie

- Kohut H (1979/2012). *Die Heilung des Selbst*. 9. Aufl. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Milch W (2001). *Lehrbuch der Selbstpsychologie*. Stuttgart: Kohlhammer.

Intersubjektive und relationale Theorien

- Altmeyer M, Thomä H (Hrsg) (2006). *Die vernetzte Seele*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Ferro A (2003). *Das bipersonale Feld*. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Potthoff P, Wollnik S (Hrsg) (2015). *Die Begegnung der Subjekte. Die intersubjektiv-relationale Perspektive in Psychoanalyse und Psychotherapie*. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Sassenfeld A (2015). *Relationale Psychotherapie*. Gießen: Psychosozial-Verlag.

Entwicklungspsychologie

- Fonagy P, Target M (2011). *Psychoanalyse und die Psychopathologie der Entwicklung*. 3. Aufl. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Lichtenberg JD (1991). *Psychoanalyse und Säuglingsforschung*. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Stern DN (2016). *Die Lebenserfahrung des Säuglings*. 11. Aufl. Stuttgart: Klett-Cotta.

Bindungstheorie

- Brisch KH (2017). *Bindungsstörungen*. 14. Aufl. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Fonagy P (2009). *Bindungstheorie und Psychoanalyse*. 3. Aufl. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Holmes J (2013). *Sichere Bindung und psychodynamische Therapie*. Stuttgart: Klett-Cotta.

Neurobiologie

- Brunner J (2017). *Psychotherapie und Neurobiologie. Neurowissenschaftliche Erkenntnisse für die psychotherapeutische Praxis*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Cozolino L (2007). *Die Neurobiologie menschlicher Beziehungen*. Kirchzarten: VAK Verlags GmbH.
- Deneke FW (2013). *Psychodynamik und Neurobiologie. Dynamische Persönlichkeitstheorie und psychische Krankheit. Eine Revision psychoanalytischer Basiskonzepte*. Stuttgart: Schattauer.
- Grawe K (2004). *Neuropsychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Kandel ER (2012). *Psychiatrie, Psychoanalyse und die neue Biologie des Geistes*. 4. Aufl. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Leuzinger-Bohleber M, Roth G, Buchheim A (2007). *Psychoanalyse – Neurobiologie – Trauma*. Stuttgart: Schattauer.
- Rüegg JC (2010). *Gehirn, Psyche und Körper. Neurobiologie von Psychosomatik und Psychotherapie*. 5. Aufl. Stuttgart: Schattauer.
- Schiepek G (2010). *Neurobiologie der Psychotherapie*. 2. Aufl. Stuttgart: Schattauer.
- Schore AN (2009). *Affektregulation und die Reorganisation des Selbst*. 2. Aufl. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Solms M, Turnbull (2010). *Das Gehirn und die innere Welt*. 4. Aufl. Düsseldorf: Patmos.

Wissenschaftstheorie

- Schüle JA (1999). *Die Logik der Psychoanalyse. Eine erkenntnistheoretische Studie*. Gießen: Psychosozial.
- Strenger C (1991). *Between Hermeneutics and Science No 59. An Essay on the Epistemology of Psychoanalysis*. Madison, Madison, CT: International University Press.
- Warsitz RP, Küchenhoff J (2015). *Psychoanalyse als Erkenntnistheorie – psychoanalytische Erkenntnisverfahren*. Stuttgart: Kohlhammer.

4 Wie wirksam ist das Verfahren?

Empirische Forschung zur Wirksamkeit der psychodynamischen Therapie

Falk Leichsenring und Christiane Steinert

4.1 Einleitung

Nachdem die Ergebnisforschung im Bereich der psychodynamischen Therapie über viele Jahrzehnte vernachlässigt worden ist (z. B. Gunderson & Gabbard 1999), sind in den letzten Jahren zunehmend Studien vorgelegt worden, die die Wirksamkeit psychodynamischer Therapie belegen (Abbass et al. 2014; Fonagy 2015; Leichsenring et al. 2015a, b). Trotzdem besteht nach wie vor ein deutlicher Bedarf an empirischer Ergebnisforschung im Bereich der psychodynamischen und psychoanalytischen Therapie. In diesem Kapitel wird die vorliegende Evidenz für psychodynamische Psychotherapie dargestellt. Darüber hinaus werden die vorliegenden Befunde zur Prozess-Outcome-Forschung berichtet. Zunächst soll jedoch auf die Methodik der Evidence-based Medicine und der empirisch gestützten Behandlungen eingegangen werden.

4.2 Evidenzbasierte Medizin und empirisch gestützte Behandlungen

Es liegen verschiedene Vorschläge vor, um die Evidenz sowohl medizinischer als auch psychotherapeutischer Behandlungen einzuschätzen (Canadian Task Force on the Periodic Health Examination 1979; Chambless & Hollon 1998; Clarke & Oxman 2003; Cook et al. 1995; Guyatt et al. 1995; Nathan & Gorman 2002; National Institute of Clinical Excellence [NICE] 2002). Abgesehen von einigen Unterschieden sehen alle diese Vorschläge

randomisierte, kontrollierte Studien (RCTs) als Goldstandard für den Wirkungsnachweis einer Behandlungsmethode an. Danach können nur RCTs bzw. entsprechende Metaanalysen Level-I-Evidenz liefern, das ist das höchste Niveau der Evidenz. Das definierende Merkmal einer RCT ist die randomisierte Zuweisung von Personen zu den verschiedenen Behandlungsbedingungen (Shadish et al. 2002). Die Randomisierung wird als unerlässlich angesehen, um sicherzustellen, dass a priori existierende Differenzen zwischen den Personen gleich verteilt werden. Das Ziel der Randomisierung ist es, das Ergebnis einer Studie ausschließlich auf die angewendete Therapie zurückführen zu können. Aus diesem Grund dient die Randomisierung der Sicherung der internen Validität (Shadish et al. 2002). RCTs werden unter kontrollierten experimentellen Bedingungen durchgeführt. Sie erlauben es daher, Variablen zu kontrollieren, die – abgesehen von der Therapie – einen systematischen Einfluss auf das Behandlungsergebnis haben. Die ausschließliche Position von RCTs als Wirkungsnachweis in der Psychotherapie, und nicht nur dort, wird in letzter Zeit jedoch zunehmend infrage gestellt (Beutler 1998; Fonagy 1999; Leichsenring 2004b; Parsons & Silberschatz 1998; Roth & Parry 1997; Rothwell 2005; Seligman 1995; Westen et al. 2004). Die implizite Orientierung an der Methodologie der Pharmakaforschung wird als fragwürdig für die Psychotherapieforschung angesehen. Die definierenden Merkmale einer RCT, d. h. die Randomisierung, die Verwendung von Behandlungsmanualen, der Fokus auf spezifische psychische Störungen und der

häufige Ausschluss von Patienten mit schlechter Prognose, lassen es fraglich erscheinen, inwieweit die Ergebnisse von RCTs im Bereich der Psychotherapie repräsentativ für die klinische Praxis sind (Beutler 1998; Fonagy 1999; Leichsenring 2004b; Parsons & Silberschatz 1998; Roth & Parry 1997; Rothwell 2005; Seligman 1995; Westen et al. 2004).

Im Gegensatz zu RCTs (»efficacy studies«) werden naturalistische Studien (»effectiveness studies«) unter den Bedingungen der klinischen Praxis durchgeführt. Aus diesem Grund sind ihre Ergebnisse in hohem Maße repräsentativ für die klinische Praxis in Bezug auf Patienten, Therapeuten und Behandlungen (externe Validität; Shadish et al. 2000). Auf der anderen Seite können naturalistische Studien Faktoren, die das Behandlungsergebnis beeinflussen, nicht im selben Ausmaß kontrollieren wie RCTs (interne Validität). Die interne Validität einer naturalistischen Studie kann jedoch durch quasi-experimentelle Designs verbessert werden, die andere Methoden als die Randomisierung verwenden, um alternative Erklärungen der Ergebnisse auszuschließen (Leichsenring 2004b; Shadish et al. 2002). Empirische Befunde zeigen auch, dass naturalistische Studien die Behandlungseffekte im Vergleich zu RCTs nicht zu überschätzen scheinen (Benson & Hartz 2000; Concato et al. 2000; Shadish et al. 2000). Eine aktuelle kritische Diskussion dieser Frage für das gesamte Feld der Medizin findet sich bei Ioannidis (2017). An anderer Stelle ist gezeigt worden, dass RCTs und naturalistische Studien verschiedene Forschungsfragen untersuchen: RCTs untersuchen die Wirksamkeit einer Behandlung unter kontrollierten experimentellen Bedingungen, wohingegen naturalistische Studien die Wirksamkeit unter den Bedingungen der klinischen Praxis untersuchen (Leichsenring 2004b). Dies hat zur Konsequenz, dass die Ergebnisse einer RCT nicht direkt auf die klinische Praxis

übertragen werden können, und umgekehrt (Leichsenring 2004b). Aus diesem Grund ist es notwendig, zwischen empirisch gestützten Therapien und der Methodologie von RCTs zu unterscheiden (Leichsenring 2004b; Westen et al. 2004): Auch nicht-randomisierte Studien können Evidenz liefern; das Verhältnis zwischen RCTs und naturalistischen Studien ist aus dieser Sicht kein Konkurrenzverhältnis. Beide Studienarten ergänzen sich vielmehr. Darüber hinaus gibt es Hybrid-Studien, die Merkmale beider Studienformen kombinieren (z. B. Leichsenring et al. 2016).

4.3 Evidenz für psychodynamische Therapie bei spezifischen psychischen Störungen

In der vorliegenden Übersicht wird dargestellt, für welche psychischen Störungen RCTs psychodynamischer Therapie vorliegen (► Tab. 4-1). Hier werden die Kriterien der Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures der Amerikanischen Psychologischen Gesellschaft in ihrer Modifikation von Chambless und Hollon zugrunde gelegt (Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures 1995; Chambless & Hollon 1998, Leichsenring et al. 2015a). Die Kritik an einer ausschließlichen Orientierung an RCTs bleibt davon jedoch unberührt.

In einer aktuellen Metaanalyse konnten keine Unterschiede in der Wirksamkeit zwischen psychodynamischer Therapie und Behandlungen, die nachweislich wirksam sind, gefunden werden (Steinert et al. 2017). Diese Metaanalyse erfüllte die Kriterien für einen Nachweis gleicher Wirksamkeit (»equivalence testing«; z. B. Walker & Nowacki 2011). Um eine Beeinflussung durch die Orientierung der Autoren zu kontrollieren, wurden Vertreter psychodynamischer Therapie und kogni-

Tab. 4-1 Randomisierte kontrollierte Studien zur psychodynamischen Psychotherapie (PP) bei spezifischen psychischen Störungen

Studie	Störung	n (PP)	Vergleichsgruppe	Konzept der psychodynamischen Psychotherapie	Behandlungsdauer PP
Depressive Störungen					
Thompson et al. 1987	Depression	24	BT: n = 25; CBT: n = 27; Warteliste: n = 19	Horowitz & Kaltreider	16–20 Sitzungen
Shapiro et al. 1994	Depression	58	CBT: n = 59	Shapiro & Firth	8 vs. 16 Sitzungen
Gallagher-Thompson & Steffen 1994	Depression	30	CBT: n = 36	Mann; Rose & DelMaestro	16–20 Sitzungen
Barkham et al. 1996	Depression	18	CBT: n = 18	Shapiro & Firth	8 vs. 16 Sitzungen
Driessen et al. 2013	Depression	177	CBT: n = 164	de Jonghe et al.	16 Sitzungen
Connolly et al. 2016	Depression	118	CBT: n = 119	Luborsky	16 Sitzungen
Maina et al. 2005	Dysthymie	10	supportive Therapie: n = 10, Warteliste: n = 10	Malan	15–30 Sitzungen (M = 19,6)
Angststörungen und PTBS					
Milrod et al. 2007	Panikstörung	26	angewandte Entspannung: n = 23	Milrod et al.	24 Sitzungen
Milrod et al. 2015	Panikstörung	80	CBT: n = 81; angewandte Entspannung: n = 39	Milrod et al.	19–24 Sitzungen
Beutel et al. 2013	Panikstörung	36	CBT: n = 18	Milrod et al.	24 Sitzungen
Knijnik et al. 2004	soziale Phobie	15	Placebokontrolle: n = 15	Knijnik et al.	12 Sitzungen
Bögels et al. 2014	soziale Phobie	22	CBT: n = 27; Warteliste: n = 27	Malan	36 Sitzungen

Studie	Störung	n (PP)	Vergleichsgruppe	Konzept der psychodynamischen Psychotherapie	Behandlungsdauer PP
Leichsenring et al. 2013b, 2014	soziale Phobie	207	CBT: n = 209; Warteliste: n = 79	Luborsky	30 Sitzungen
Crits-Christoph et al. 2005	GAS	15	supportive Therapie: n = 16	Luborsky; Crits-Christoph et al.	16 Sitzungen
Leichsenring et al. 2009	GAS	25	CBT: 25	Luborsky; Crits-Christoph et al.	30 Sitzungen
Brom et al. 1989	PTBS	29	Desensibilisierung: n = 31; Hypnotherapie: n = 29	Horowitz	18,8 Sitzungen
Steinert et al. 2016, 2017	PTBS	53	Warteliste: n = 33	Wöller	5 Sitzungen
Somatoforme Störungen					
Guthrie et al. 1991	Reizdarm	50	supportive listening: n = 46	Hobson; Shapiro & Firth	8 Sitzungen
Creed et al. 2003	Reizdarm	59	Paroxetin: n = 43; TAU: n = 86	Hobson; Shapiro & Firth	8 Sitzungen
Hamilton et al. 2000	funktionelle Dyspepsie	37	supportive Therapie: n = 36	Shapiro & Firth	7 Sitzungen
Monsen & Monsen 2000	somatoforme Schmerzstörung	20	TAU/keine Therapie: n = 20	Monsen & Monsen	33 Sitzungen
Sattel et al. 2012	multisomatoforme Störung	107	enhanced medical care: n = 104	Hardy, Barkham et al.	12 Sitzungen
Substanzbezogene Störungen					
Woody et al. 1983, 1990	Opiatabhängigkeit	31	Drogenberatung (DB): n = 35; CBT & DB: n = 34	Luborsky & DB	12 Sitzungen
Woody et al. 1995	Opiatabhängigkeit	57	DB: n = 27	Luborsky & DB	26 Sitzungen

Tab. 4-1 Fortsetzung

Studie	Störung	n (PP)	Vergleichsgruppe	Konzept der psychodynamischen Psychotherapie	Behandlungsdauer PP
Sandahl et al. 1998	Alkoholabhängigkeit	25	CBT: n = 24	Foulkes	15 Sitzungen (M = 8,9)
Crits-Christoph et al. 1999, 2001	Cocain-Opiat-Abhängigkeit	124	CBT & DB: n = 97; Einzel-DB: n = 92; Einzel-DB & Gruppen-DB: n = 96	Mark & Luborsky & Gruppen-DB	Bis zu 36 Einzel- und 24 Gruppensitzungen; 4 Monate
Essstörungen					
Dare et al. 2001	Anorexia nervosa	21	cognitive-analytic therapy (Ryle): n = 22; Familientherapie: n = 22; Routinebehandlung: n = 19	Malan; Dare	M = 24,9 Sitzungen
Gowers et al. 1994	Anorexia nervosa	20	TAU: n = 20	Crisp	12 Sitzungen
Zipfel et al. 2013	Anorexia nervosa	80	enhanced CBT: n = 80; optimierte Standardbehandlung (O-TAU): n = 82	Schauenburg et al.	PP: 39,8 ECBT: 44,8 O-TAU: 50,8
Fairburn et al. 1986	Bulimia nervosa	11	CBT: n = 11	Rosen; Stunkard; Bruch	19 Sitzungen
Garner et al. 1993	Bulimia nervosa	25	CBT: n = 25	Luborsky	19 Sitzungen
Bachar et al. 1999	Anorexia nervosa, Bulimia nervosa	17	kognitive Therapie: n = 17; Ernährungsberatung: n = 10	Barth; Goodsitt; Geist	46 Sitzungen
Poulsen et al. 2014	Bulimia nervosa	34	CBT: 36	Lunn & Poulsen	PP: M = 72 Sitzungen CBT: 20 Sitzungen

Studie	Störung	n (PP)	Vergleichsgruppe	Konzept der psychodynamischen Psychotherapie	Behandlungsdauer PP
Persönlichkeitsstörungen					
Svartberg et al. 2004	Cluster-C- PKS	25	CBT: n = 25	Malan, McCullough Vaillant	40 Sitzungen
Muran et al. 2005	Cluster-C- PKS	22	brief relational therapy: n = 33; CBT: n = 29	Pollack et al.	30 Sitzungen
Doering et al. 2010	BPS	43	PP durch erfahrene niedergelassene Therapeuten: n = 29	Kernberg	1 Jahr
Munroe- Blum & Mar- ziali 1995	BPS	31	interpersonelle Gruppentherapie: n = 25	Kernberg	17 Sitzungen
Bateman & Fonagy 1999, 2001	BPS	19	TAU: n = 19	Bateman & Fonagy	18 Monate
Bateman & Fonagy 2009	BPS	71	structured clinical management: n = 63	Bateman & Fonagy	18 Monate
Clarkin et al. 2007	BPS	30	DBT: n = 30; suppor- tive Therapie: n = 30	Kernberg	12 Monate
Giesen-Bloo et al. 2006	BPS	42	CBT: n = 44	Kernberg	3 Jahre Sitzun- gen 2x/Woche
Gregory et al. 2008	BPS	15	TAU: n = 15	Gregory	M = 24,9 Sitzungen
Leichsenring et al. 2016	Cluster-B- PKS	64	psychodynamische Therapie durch Experten: n = 58; Warteliste: n = 46	Heigl, Heigl-Evers, Streeck	3,6 Monate 2,6 Monate
Emmelkamp et al. 2006	vermei- dende PKS	23	CBT: n = 21; Warteliste: n = 18	Malan; Luborsky; Luborsky & Mark; Pinsker et al.	20 Sitzungen

* BPS = Borderline-Persönlichkeitsstörung; BT = »behavior therapy« (Verhaltenstherapie); CBT = kognitive Verhaltenstherapie; DBT = Dialektisch-Behaviorale Therapie; GAS = Generalisierte Angststörung; M = im Mittel; n = Fallzahlen; PKS = Persönlichkeitsstörung(en); PTBS = Posttraumatische Belastungsstörung; TAU = »treatment as usual« (»übliche Behandlung«)

tiver Verhaltenstherapie in die Durchführung der Metaanalyse einbezogen. Es zeigte sich weiterhin, dass das Störungsbild (also Depression, Panikstörung etc.) keinen Einfluss auf das Ergebnis hat, sodass sich psychodynamische Therapie unabhängig vom Störungsbild als ebenso wirksam erwiesen hat wie nachweislich wirksame Therapien (Steinert et al. 2017).

Definition psychodynamischer Therapie

Psychodynamische Psychotherapie operiert auf einem interpretativ-supportiven Kontinuum. Die Verwendung von mehr deutenden oder supportiven Interventionen hängt von den Bedürfnissen des Patienten ab (Gabbard 2004; Gunderson & Gabbard 1999; Wallerstein 1989).

Randomisierte kontrollierte Studien psychodynamischer Psychotherapie bei spezifischen psychischen Störungen

Die Studien psychodynamischer Therapie werden hier für die verschiedenen psychischen Störungen präsentiert. Aus einer psychodynamischen Perspektive werden die Ergebnisse der Psychotherapie einer spezifischen psychischen Störung (z. B. Depression, Agoraphobie) von den zugrunde liegenden psychodynamischen Charakteristika beeinflusst (Konflikte, Abwehrmechanismen, Persönlichkeitsorganisation), die erheblich innerhalb einer Kategorie psychischer Störungen variieren können (Kernberg 1996a). Diese psychodynamischen Faktoren können ein Behandlungsergebnis in einem stärkeren Maße beeinflussen als die phänomenologischen DSM-Kategorien (Piper et al. 2001).

Major Depression und komplizierte Trauer

In der kognitiven Verhaltenstherapie werden Patienten mit Depressionen zu Aktivitäten motiviert und ihre depressiven Kognitionen bearbeitet. Psychodynamische Therapien fokussieren dagegen auf die Konflikte und Ich-Funktionen, die mit den depressiven Symptomen zusammenhängen. Gegenwärtig belegt eine Reihe von RCTs die Wirksamkeit psychodynamischer Therapie bei depressiven Störungen (Barkham et al. 1996; Gallagher-Thompson & Steffen 1994; Shapiro et al. 1994; Thompson et al. 1987; Maina et al. 2005; Salminen et al. 2008; Driessen et al. 2013, Connolly et al. 2016). In mehreren Metaanalysen konnten zudem keine bedeutsamen Unterschiede zwischen verschiedenen Therapieformen, einschließlich der psychodynamischen Therapie, gefunden werden (Leichsenring 2001; Cuijpers et al. 2008; Keefe et al. 2014; Driessen et al. 2015).

In zwei RCTs konnte die Wirksamkeit psychodynamischer Therapie bei komplizierter Trauer nachgewiesen werden (McCallum & Piper 1990; Piper et al. 2001).

Angststörungen

Inzwischen liegen auch für die Angststörungen mehrere RCTs vor, die die Wirksamkeit psychodynamischer Therapie belegen. Für die Panikstörung ist dies von Milrod et al. (2007), Milrod et al. (2015) und Beutel et al. (2013) nachgewiesen worden. Für die soziale Phobie liegen drei Wirkungsbelege vor (Knijnik et al. 2004; Bögels et al. 2014; Leichsenring et al. 2013b, 2014). In einer randomisierten kontrollierten Machbarkeitsstudie zeigten Crits-Christoph et al. (2005), dass psychodynamische Kurzzeittherapie bei Generalisierter Angststörung ebenso wirksam war wie eine supportive Therapie, wenn kontinuierliche

Angstmaße zugrunde gelegt wurden, aber signifikant wirksamer bei Zugrundelegung von Remissionsraten. Zudem erwies sich psychodynamische Therapie in einer randomisierten kontrollierten Studie bei Generalisierter Angststörung in den Haupt-Outcome-Maßen als ebenso wirksam wie kognitive Verhaltenstherapie (Leichsenring et al. 2009).

Posttraumatische Belastungsstörungen

In einer randomisierten kontrollierten Studie von Brom et al. (1989) erwiesen sich psychodynamische Kurztherapie, Verhaltenstherapie und Hypnotherapie bei Patienten mit Posttraumatischer Belastungsstörung als gleichermaßen wirksam. Die Ergebnisse der psychodynamischen Therapie blieben nach Therapieende nicht nur erhalten, sondern verbesserten sich in der 3-Monats-Katamnese weiter. In einer kürzlich veröffentlichten Studie erwies sich eine ressourcenorientierte psychodynamische Therapie bei Posttraumatischer Belastungsstörung einer Wartelistenbedingung überlegen (Steinert et al. 2016, 2017). Die Studie wurde in Kambodscha durchgeführt. Im Bereich der Posttraumatischen Belastungsstörung besteht aber grundsätzlich weiterhin Forschungsbedarf für die psychodynamische Psychotherapie.

Somatoforme Störungen

Gegenwärtig liegen mehrere RCTs vor, die die Wirksamkeit psychodynamischer Therapie bei somatoformen Störungen belegen (Guthrie et al. 1991; Creed et al. 2003; Hamilton et al. 2000; Monsen & Monsen 2000; Sattel et al. 2012). Damit können die verwendeten Formen psychodynamischer Therapie zur Behandlung somatoformer Störungen empfohlen werden.

Bulimia nervosa und Binge-Eating-Störung

Für die Behandlung der Bulimie liegen gegenwärtig 3 RCTs psychodynamischer Therapie vor, die die Wirksamkeit belegen (Fairburn et al. 1986, 1995; Garner et al. 1993; Bachar et al. 1999). In einer weiteren Studie war psychodynamische Therapie der kognitiven Verhaltenstherapie unterlegen (Poulsen et al. 2014). Die psychodynamische Therapie war allerdings nicht adäquat auf die Behandlung der Bulimie zugeschnitten.

Die Wirksamkeit psychodynamischer Therapie bei einer Binge-Eating-Störung wurde von Tasca et al. (2006) nachgewiesen.

Anorexia nervosa

Bedeutsame Verbesserungen nach psychodynamischer Therapie konnten in den Studien von Dare (1995) und Gowers et al. (1994) nachgewiesen werden. Allerdings konnten die Patientinnen bei Behandlungsende nicht als geheilt angesehen werden. Eine weitere Studie verglich psychodynamische Therapie, kognitive Verhaltenstherapie und eine optimierte TAU-Bedingung (Zipfel et al. 2013). Am Ende der Therapie zeigten alle Bedingungen signifikante Verbesserungen im Hauptergebnismaß (Body Mass Index), ohne signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen. Zur 1-Jahres-Katamnese war psychodynamische Therapie jedoch der TAU-Gruppe im Hinblick auf Remissionsraten signifikant überlegen. Dies galt nicht für kognitive Verhaltenstherapie. Die Raten lagen bei 35 % vs. 19 % vs. 13 % für psychodynamische Therapie, kognitive Verhaltenstherapie und TAU.

Substanzbezogene Störungen

Die Wirksamkeit psychodynamischer Kurztherapie und kognitiver Verhaltenstherapie

bei Opiatabhängigkeit wurde in den Studien von Woody et al. (1983, 1995) nachgewiesen.

Bei Cocainabhängigkeit erwies sich sowohl die psychodynamische Therapie als auch die kognitive Verhaltenstherapie als weniger wirksam als eine individuelle Drogenberatung (Crits-Christoph et al. 1999, 2001). Als wirksam erwies sich dagegen psychodynamische Therapie bei Alkoholabhängigkeit (Sandahl et al. 1998).

Borderline-Persönlichkeitsstörung

Wirkungsnachweise für psychodynamische Psychotherapie bei Borderline-Persönlichkeitsstörungen lieferten die Studien von Munroe-Blum & Marziali (1995), Bateman & Fonagy (1999, 2001, 2003, 2008, 2009), Clarkin et al. (2007) und Gregory et al. (2008).

In einer holländischen Studie erwies sich schemafokussierte Therapie, eine Form der kognitiven Verhaltenstherapie, als wirksamer als übertragungsfokussierte Therapie nach Kernberg (Giesen-Bloo et al. 2006). Diese Studie weist jedoch eine Reihe von methodischen Schwachstellen auf. Offenbar waren die Therapeuten, die die schemafokussierte Therapie durchführten, deutlich kompetenter als die Therapeuten, die die psychodynamische Therapie durchführten. Dies geht aus den von den Autoren selbst veröffentlichten Daten zur Kompetenzeinschätzung der Therapeuten hervor.

Eine Metaanalyse zur Wirksamkeit psychodynamischer Therapie und kognitiver Verhaltenstherapie bei Persönlichkeitsstörungen fand große Effekte psychodynamischer Therapie bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung (Leichsenring & Leibling 2003). Zudem belegt eine Studie von Doering et al. (2010) die Wirksamkeit übertragungsfokussierter Therapie bei Borderline-Persönlichkeitsstörung. Auch eine aktuelle Metaanalyse belegt die Wirksamkeit psychodynamischer Thera-

pie (und Dialektisch-Behavioraler Therapie) bei Borderline-Persönlichkeitsstörung, nicht jedoch die Wirksamkeit kognitiv-behavioraler Therapie (Cristea et al. 2017).

Cluster-B- und Cluster-C-Persönlichkeitsstörungen

In einer randomisierten Studie im stationären Setting erwiesen sich psychoanalytisch-interaktionelle Therapie und psychodynamische Therapie durch Experten als wirksam bei Cluster-B-Persönlichkeitsstörungen (Leichsenring et al. 2016)

Für die Cluster-C-Persönlichkeitsstörungen des DSM-IV liegen ebenfalls Wirkungsbelege aus RCTs vor. Dies gilt für die Studie von Svartberg et al. (2004) sowie für die Studie von Muran et al. (2005).

Die vermeidende Persönlichkeitsstörung gehört zu den Cluster-C-Persönlichkeitsstörungen. In einer randomisierten kontrollierten Studie verglichen Emmelkamp et al. (2006) kognitive Verhaltenstherapie und psychodynamische Kurzzeittherapie bei der Behandlung der vermeidenden Persönlichkeitsstörung. Die Autoren fanden, dass CBT wirksamer war als eine Wartelisten-Kontrollbedingung und als die psychodynamische Kurzzeittherapie. Diese Studie leidet jedoch unter verschiedenen methodischen Schwächen (Leichsenring & Leibling 2006). Design, statistische Analyse und Bericht der Daten ergeben Hinweise auf einen »investigator allegiance effect« (Allegianzeffekt) (Luborsky et al. 1999).

Heterogene Stichproben von Patienten mit Persönlichkeitsstörungen

Mehrere randomisierte kontrollierte Studien haben die Wirksamkeit psychodynamischer Therapie in Stichproben von Patienten, die unterschiedliche Formen von Persönlichkeits-

störungen aufwiesen, untersucht. Die Wirksamkeit psychodynamischer Therapie in diesen Patientengruppen wurde nachgewiesen (Winston et al. 1994; Hellerstein et al. 1998; Abass et al. 2008).

4.4 Kurzzeit- versus Langzeittherapie

In Anlehnung an Gabbard (2004) können Therapien bis 25 Sitzungen als Kurzzeittherapie bezeichnet werden. Die vorliegenden Daten sprechen dafür, dass Kurzzeittherapie ausreichend wirksam ist für Patienten, die unter akuten psychischen Störungen leiden (Kopta et al. 1994). Diese Daten zeigen jedoch auch, dass Kurzzeittherapie nicht ausreichend ist für einen beträchtlichen Anteil von Patienten mit chronischen psychischen Störungen und Persönlichkeitsstörungen. Nach den Daten von Kopta et al. (1994, S. 1014, Abb. 2) können 70 % der Patienten mit akuten psychischen Störungen nach 25 Sitzungen als klinisch signifikant verbessert angesehen werden. Bei Patienten mit chronischen Störungen sind dagegen nach 25 Sitzungen nur etwa 60 % der Patienten klinisch signifikant gebessert (Kopta et al. 1994). Für Patienten mit Persönlichkeitsstörungen sprechen die Daten von Kopta et al. dafür, dass nach 25 Sitzungen nur wenig mehr als 40 % der Patienten klinisch signifikant gebessert sind. Die Daten von Kopta et al. lassen die Schlussfolgerung zu, dass mehr als 50 Sitzungen erforderlich sind, damit 50 % dieser Patienten klinisch signifikant gebessert sind; die Daten erlauben jedoch keine genaue Vorhersage darüber, wie viele Sitzungen erforderlich sind, um die 50 %-Besserungsrate zu überschreiten. Perry et al. (1999) schätzten empirisch die Länge der Behandlung, die für Patienten mit Persönlichkeitsstörungen notwendig ist, damit diese nicht länger die Kriterien für eine Persönlich-

keitsstörung erfüllen. Nach dieser Schätzung wäre dies nach 1,3 Jahren oder 92 Sitzungen bei 50 % der Patienten der Fall. Nach 2,2 Jahren oder etwa 216 Sitzungen würden 75 % der Patienten die Kriterien für eine Persönlichkeitsstörung nicht mehr erfüllen (Perry et al. 1999). Nach diesen Daten profitiert die Mehrzahl der Patienten mit chronischen Störungen von Kurzzeittherapie, während für einen großen Anteil der Patienten mit chronischen Störungen und Persönlichkeitsstörungen die Kurzzeittherapie nicht ausreichend ist. Für die meisten Patienten mit Persönlichkeitsstörung ist eine Langzeittherapie erforderlich. Dies gilt nicht nur für psychodynamische Therapie, sondern auch für Psychotherapieansätze, die gewöhnlich als Kurzzeittherapie durchgeführt werden, wie z.B. die kognitive Verhaltenstherapie (Linehan et al. 2006; Giesen-Bloo et al. 2006). Für Patienten mit komplexen Störungen (chronische Verläufe, multimorbide Symptomatik, Patienten mit Persönlichkeitsstörungen) hat sich psychodynamische Langzeittherapie als wirksamer als kürzere Formen der Psychotherapie erwiesen (Leichsenring & Rabung 2008).

4.5 Prozess-Outcome-Forschung: Wirkfaktoren

Studien aus dem Bereich der psychotherapeutischen Prozessforschung haben Ergebnisse im Hinblick auf die Veränderungsmechanismen psychodynamischer Therapie geliefert. Diese Ergebnisse können folgendermaßen zusammengefasst werden:

- Es gibt Evidenz dafür, dass das Ergebnis psychodynamischer Therapie mit den psychotherapeutischen Techniken und der psychotherapeutischen Kompetenz zusammenhängt (Crits-Christoph et al. 1999; Messer 2001): Die Genauigkeit der Interpretation (Crits-Christoph et al.

1988) und die Kompetenz bei der Gabe von deutenden Interventionen sagten das Therapieergebnis für dynamische Therapie voraus (Barber et al. 1996). Diese Ergebnisse deuten darauf hin, dass spezifische Techniken psychodynamischer Therapie im Unterschied zu non-spezifischen Faktoren der Psychotherapie für einen signifikanten Anteil der Varianz des Ergebnisses der psychodynamischen Therapie verantwortlich sind (Crits-Christoph & Connolly 1999). Es gibt dagegen weniger Evidenz dafür, dass die Häufigkeit psychodynamischer Interventionen (Adhärenz) in Zusammenhang mit dem Therapieergebnis steht (Crits-Christoph & Connolly 1999).

- Es gibt Evidenz für eine Interaktion von Technik, Ergebnis und Patientenvariablen: Die Häufigkeit von Übertragungsdeutungen bei psychodynamischer Kurztherapie scheint mit einem schlechteren Therapieergebnis und einer schlechteren therapeutischen Allianz bei Patienten mit niedriger Qualität von Objektbeziehungen einherzugehen (Høglend & Piper 1995; Ogrodniczuk et al. 1999; Ogrodniczuk & Piper 1999; Piper et al. 2001). Obwohl Patienten mit hoher Qualität von Objektbeziehungen von einem geringeren oder mittleren Maß an Übertragungsdeutung profitieren können, legen die Ergebnisse nahe, dass sie nicht von einem hohen Maß an Übertragungsdeutung profitieren (Piper et al. 1991; Connolly et al. 1999). Im Gegensatz dazu zeigte eine Studie psychodynamischer Langzeittherapie, dass Patienten mit einem niedrigen Niveau der Objektbeziehungen mehr von einer Therapie mit Übertragungsdeutungen profitierten als von einer Therapie ohne Übertragungsdeutungen (Høglend et al. 2006).
- Im Hinblick auf die therapeutische Allianz sprechen die vorliegenden Befunde dafür,

dass die Allianz ein moderater Prädiktor des Therapieerfolgs ist (Barber et al. 2001; Beutler et al. 2004; Crits-Christoph & Connolly 1999; Horvath 2005; Stiles et al. 1998).

- Im Hinblick auf Prozessvariablen aufseiten der Patienten konnte gezeigt werden, dass Veränderungen im Fokus der psychodynamischen Therapie signifikant mit Veränderungen in der Symptomatik korrelierten (Crits-Christoph & Luborsky 1990).
- Im Hinblick auf Patientenmerkmale haben sich die folgenden Variablen als gute Prädiktoren des Therapieerfolgs bei psychodynamischer Kurztherapie erwiesen: Hohe Motivation, realistische Erwartungen, umschriebener Fokus, hohe Qualität von Objektbeziehungen und Fehlen von Persönlichkeitsstörungen (Høglend 1993a; Messer 2001; Piper et al. 2001). Im Unterschied zur psychodynamischen Kurzzeittherapie scheinen das Vorliegen von Persönlichkeitsstörungen, hoher initialer Störungsgrad, Chronizität und weniger optimistische Erwartungen kein negativer Prädiktor des Therapieerfolgs bei psychodynamischer Langzeittherapie zu sein (Lorentzen & Høglend 2005).

4.6 Unspezifische (allgemeine) oder spezifische Wirkfaktoren?

Es gibt eine kontroverse Diskussion um die Frage, ob und inwieweit die Effekte psychotherapeutischer Methoden und Verfahren auf allgemeine (unspezifische) oder spezifische Wirkfaktoren zurückzuführen sind. Vertreter der unspezifischen Faktoren verweisen darauf, dass sich bisher kaum spezifische Faktoren identifizieren lassen (z. B. Ahn & Wampold 2001; Wampold & Imel 2015). Andererseits gibt es ebenfalls die oben zitierten

Studien, die zeigen, dass die Ergebnisse psychodynamischer Therapie mit spezifischen Faktoren psychotherapeutischer Technik zusammenhängen. In der oben zitierten Studie von Crits-Christoph et al. (1988) war ja das Therapieergebnis umso besser, je genauer die Therapeuten den Fokus getroffen hatten. Betrachtet man die vorliegenden Studien genauer, so zeigt sich, dass sowohl die unspezifischen als auch die spezifischen Faktoren jeweils nur einen beschränkten Anteil der Varianz der Therapieergebnisse erklären können. In der Regel liegt dieser Anteil nicht über 20–30%. Diese Ergebnisse sprechen insgesamt dafür, dass es nur schwerlich möglich ist, das komplexe interaktionelle Geschehen, das eine Psychotherapie darstellt, in seinem Ergebnis auf einzelne isolierte Wirkfaktoren zurückzuführen, seien sie nun spezifisch oder unspezifisch. Vermutlich gilt auch hier der berühmte Satz aus der Gestaltpsychologie: Das Ganze ist mehr als die Summe der Teile.

4.7 Diskussion

Nach den Kriterien der American Psychological Association (Chambless & Hollon 1998) liegen eine Reihe von RCTs vor, die die Wirksamkeit psychodynamischer Therapie bei spezifischen psychischen Störungen belegen. In diesen Studien war die psychodynamische Therapie entweder wirksamer als eine Placebothherapie, als eine supportive Therapie oder als ein »treatment as usual« oder ebenso effektiv wie kognitive Verhaltenstherapie. Diese Ergebnisse stimmen überein mit verschiedenen Metaanalysen, in denen die Wirksamkeit psychodynamischer Therapie untersucht wurde (Leichsenring et al. 2004; Steinert et al. 2017).

Auf der anderen Seite ist es wichtig deutlich zu machen, für welche psychischen Störungen noch keine kontrollierten Wirkungs-

nachweise für die psychodynamische Therapie vorliegen. Dies gilt z. B. für Zwangsstörungen, dissoziative Störungen oder für spezifische Formen der Persönlichkeitsstörung (z. B. die narzisstische Persönlichkeitsstörung). Auch für die Posttraumatische Belastungsstörung sind weitere Studien, die die Wirksamkeit psychodynamischer Therapie belegen, notwendig. Im Bereich der Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen existieren nur sehr wenige randomisierte kontrollierte Studien, die die Wirksamkeit spezifischer Formen psychodynamischer Therapie bei spezifischen psychischen Störungen belegen (Fonagy & Target 2005). Hier sind weitere Studien dringend erforderlich. In künftigen Studien sollten auch mehr Maße zur Ergebnismessung verwendet werden, die spezifisch für die psychodynamische Therapie sind. Darüber hinaus sollte untersucht werden, ob es Verbesserungen durch psychodynamische Therapie gibt, die durch andere Formen der Psychotherapie nicht erreicht werden. Weiterhin sind Praxisstudien erforderlich, die die Frage untersuchen, wie wirksam Therapiemethoden, die sich unter den kontrollierten Bedingungen von randomisierten kontrollierten Studien als wirksam erwiesen haben, unter den Bedingungen der klinischen Praxis sind.

Weiterführende Literatur

- Beutel ME, Doering S, Leichsenring F, Reich G (2010). Psychodynamische Psychotherapie: Störungsorientierung und Manualisierung in der therapeutischen Praxis (Praxis der Psychodynamischen Psychotherapie – analytische und tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie). Göttingen: Hogrefe.
- Leichsenring F, Beutel ME, Salzer S, Haselbacher A, Wiltink J (2015). Soziale Phobie (Praxis der Psychodynamischen Psychotherapie – analytische und tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie). Göttingen: Hogrefe.

- Steinert C, Leichsenring F (2017). Psychodynamische Psychotherapie in Zeiten evidenzbasierter Medizin. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Steinert C, Schauenburg H, Dinger U, Leichsenring F (2016). Psychodynamische Kurzzeittherapie der Depression – ein evidenzbasiertes vereinheitlichtes Therapieprotokoll. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*; 66: 9–20.
- Subic-Wrana C, Milrod B, Beutel ME (2012). Panikfokussierte Psychodynamische Psychotherapie (Praxis der Psychodynamischen Psychotherapie – analytische und tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie). Göttingen: Hogrefe.
- Wampold BE, Imel ZE (2015). *The great psychotherapy debate: the evidence for what makes psychotherapy work*. 2nd ed. New York: Routledge.