Themenbereiche des diagnostischen Gesprächs

in der tiefenpsychologisch-analytischen Psychotherapie

Gerald Mackenthun (Berlin)

Geschrieben Januar 2011; zuletzt ergänzt August 2012; ins Netz gestellt Januar 2011

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!

Inhalt

1. Das Problem 1

2. Unterschiedliche diagnostische Vorgehensweisen 2

3. Die Symptome 4

3.1 Spontanangaben 4

3.2 Leidensdruck 5

3.3 Veränderungsbereitschaft 5

3.4 Krankheitskonzept 5

3.5 Symptomauslösende Situationen 5

3.6 Multifaktoriellen Ontogenese 5

4. Das Perspektivenmodell 7

4.1 Das Konfliktmodell 8

4.2 Perspektive der Abwehrmechanismen 12

4.3 Traumaperspektive 15

4.4 Beziehungsperspektive 15

4.5 Struktur- bzw. Ich-Entwicklungsperspektive 16

4.5.1 Die Charakterstruktur 17

4.5.2 Die Ich-Struktur 18

4.6 Ressourcenperspektive 20

4.7 Psychosomatische Perspektive 21

4.8 Neurowissenschaftliche Perspektive 22

4.9 Psychodynamische Perspektive 23

4.10 Weitere Perspektiven 24

5. Tests 24

6. Antragstellung 25

1. Schilderung der Klagen des Patienten und der Symptome zu Beginn der Behandlung 25

2. Kurze Darstellung der lebensgeschichtlichen Entwicklung 25

3. Krankheitsanamnese 25

4. Psychopathologischer Befund zum Zeitpunkt der Antragstellung 25

5. Somatischer Befund 26

6. Psychodynamik der neurotischen Erkrankung 26

7. Neurosenpsychologische Diagnose zum Zeitpunkt der Antragstellung 27

8. Behandlungsplan und Zielsetzung der Therapie 28

8. Prognose der Psychotherapie 29

7. Theoretischer Eklektizismus und behandlungstechnischer Pluralismus 31

Basisliteratur 33

Tabellenübersicht

Tabelle 1: Konflikttypen nach OPD 8

Tabelle 2: Übersicht über die wichtigsten Abwehrmechanismen 13

Tabelle 3: Persönlichkeitsstörung / Persönlichkeitsstil (-Struktur) 17

Tabelle 4: Zwischenmenschliche Strategien bei Persönlichkeitsstörungen 18

Tabelle 5: Prognostische Merkmale 29

Soweit nicht anders angegeben basiert der Text auf:
Wöller, Wolfgang & Kruse , Johannes (2010): Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie. Basisbuch und Praxisleitfaden. 3., überarbeitete und erweiterte Auflage, Stuttgart (Schattauer).

1. Das Problem

Am Anfang der Therapie steht eine umfassende Diagnostik. Sie hat zwei unterschiedliche Aspekte:

a) den Patienten gründlich kennen zu lernen und
b) eine ICD-Diagnose zu stellen.

Beide Teile haben unterschiedliche Gewichte. Einen Patienten zu verstehen ist ein umfangreicher Prozess, während das Benennen einer Diagnose anhand der International Classification of Diseases (ICD) eine Sache von Minuten sein kann.

Man kann unterscheiden die *Diagnostik*, das ist der Prozess der Diagnosefindung, und die *Diagnose*, das Ergebnis der Diagnostik. In Zeiten knappen Geldes auch bei den Krankenkassen wird die Diagnostik zielorientierter vorgenommen als früher. Die Informationen, die der Therapeut vom Patienten erhält, können und sollen schon im Hinblick auf eine spätere Diagnose selektiert werden. Phasen mit offener Gesprächsführung, in denen der Patient seine Sorgen und sein Begehren entfalten kann, wechseln in ersten Gesprächen mit Phasen, in denen der Therapeut durch strukturierte Fragen das Gespräch gestaltet und gezielt nach relevanten Informationen sucht.

Die *Diagnose im engeren Sinn* ist nur das Ausfüllen des Unterpunktes im Bericht namens "Diagnose". Das Ausfüllen dieses Berichtspunktes ist relativ einfach, da man nur schauen muss, welche ICD-Beschreibung am besten auf dem Patienten passt. Diese Diagnosestellung ist vorläufig und kann während der Therapie verändert werden. Zunächst aber sollen der Gutachter und die Krankenkassen befriedigt werden.

Die eigentliche Arbeit mit den Patienten ist ein wesentlich umfangreicheres und schwierigeres Unterfangen als die Diagnose im engeren Sinne. Jedenfalls hat jeder Einschätzung des Patienten den Status einer Hypothese, die erst im Verlaufe der Therapie bestätigt oder falsifiziert werden kann. Trotzdem muss der Therapeut bereits in den probatorischen Sitzungen zu einer Aussage über die Diagnose kommen. Die Erstdiagnose kann beispielsweise bei Fortsetzungsanträgen verändert werden.

Wöller/Kruse unterscheiden zwischen der initialen Diagnostik, die schnell gefunden werden muss, um Gutachter und Krankenkasse zufrieden zu stellen, und der adaptiven Diagnostik, die sich mit zunehmendem Wissen über den Patienten ändern kann (Wöller/Kruse 2010, S. 55).

Die Diagnostik ist eingebettet in die biografische Anamnese, geht aber über diese hinaus; die Psychodynamik spielt erst einmal keine Rolle bzw. ist – systematisch betrachtet – ein anderes Teilstück der Therapie. Von der Diagnose hängt es entscheidend mit ab,

a) wie die Therapie gestaltet wird und
b) wie die Prognose eingeschätzt wird.

Neben der Biographie sind für die Diagnose mit zu berücksichtigen

1.1) die (unbewussten) Konflikte,
1.2) die Abwehrorganisation,
1.3) die Traumata,
1.4) die aktuelle Beziehungsgestaltung und die Übertragungsbeziehung
1.5) die Ich-Struktur,

1.6) die vorhandenen Bewältigungsressourcen und
1.7) die Psychosomatik.

Ein Patient kann unter verschiedenen Blickwinkeln betrachtet werden, die jeweils einzelne Aspekte hervorheben und hervortreten lassen. Mir will scheinen, dass diese sieben Blickwinkel auf den Patienten dessen Person im Wesentlichen abbilden. Es gibt kein Standardverfahren des diagnostischen Gesprächs, da jeder Patient sich anders darstellt und präsentiert. Aber es gibt ausgefeilte Systematisierungen von Experten, die besonders für den Anfänger hilfreich sind, weil sie sich gesprächsweise an ihnen entlangbewegen können. In dieser Handreichung wird im Wesentlichen dem Perspektivismus gefolgt.

2. Unterschiedliche diagnostische Vorgehensweisen

Historisch gesehen haben sich unterschiedliche diagnostische Vorgehensweisen in der Tiefenpsychologie entwickelt (Wöller/Kruse 2010, S. 56f.):

2.1) Ziel des Erstinterviews bei *Hermann Argelander*[1] ist es, den Sinnzusammenhang der Symptome und der damit einhergehenden Konflikte zu identifizieren und die Persönlichkeitsstruktur sowie die zu vermutenden Widerstände bei der Behandlung aufzuspüren. Ich glaube, dass ein solcher Anspruch undurchführbar ist. Die Beantwortung der damit verbundenen Fragen ist allenfalls im Laufe einer längeren Therapie möglich, nicht in der Probatorik. Laut Argelander wartet der Diagnostiker in der Haltung der gleichschwebenden Aufmerksamkeit in Ruhe ab und zeigt sich nachdenklich schweigend. Dieses Vorgehen scheint mir gänzlich ungeeignet, um in einer angemessenen Zeit zu einer handhabbaren Diagnose zu kommen.

2.2) Die biografische Anamnese wurde vor allem von *Annemarie Dührssen*[2] entwickelt. Bei ihr werden die biographischen Daten des Patienten, die psychodynamisch wichtigen Konflikte und die charakteristischen Widerstands- und Übertragungsreaktionen ermittelt. Auch hier glaube ich nicht, dass dies in den ersten drei oder vier Sitzungen möglich ist. Pragmatisch ist es, mithilfe von Sachfragen (und nicht mit nachdenklicher Schweigsamkeit) biografische Daten zu sammeln. Dazu ist das Wissen um Entwicklungsphasen, phasenspezifische Schwierigkeiten, Schwellensituationen und existenziellen Schwierigkeiten (letzteres beachtet Dührssen nicht) unerlässlich. Die Klärung von Gefühlen in problematischen Situationen wird in den ersten Therapiestunden nur angetippt werden können. Jedenfalls verschafft man sich mit konkreten Nachfragen einen Überblick über

- die aktuelle Lebenssituation,
- die wichtigsten biographischen Stationen,
- die aktuellen Konflikte,
- die aktuellen Störungen und Belastungen,
- die auslösenden Situationen für die gegenwärtige Störung,
- die Beziehungen zu wichtigen frühen Bezugspersonen,

---

[1] Argelander, Hermann (1999): Das Erstinterview in der Psychoanalyse, Darmstadt, 6. unveränd. Auflage (Primus Verlag), Erstauflage 1970.

[2] Dührssen, Annemarie (1991): Die biographische Anamnese unter tiefenpsychologischem Aspekt, Göttingen (Schattauer).

- und wenn noch Zeit und Gelegenheit ist, können Werthaltungen, Normen und Reaktionsschemata des Patienten ermittelt werden.

2.3) Das strukturelle Interview nach *Otto F. Kernberg* hat zum Ziel, die formale Struktur des Patienten und sein Strukturniveau zu erfassen. Konflikte, die Verankerung in der Realität, die internalisierten Objektbeziehungen werden erfragt, wobei Kernberg das aktuelle Verhalten des Patienten in der Interviewsituation diagnostisch einordnet.

Alle drei genannten Autoren haben ihre Konzepte weit vor Einführung des Psychotherapeutengesetzes 1999 entwickelt. Sie gehen von langwierigen, psychoanalytisch fundierten Therapien (oft in Kliniken) aus und passen meines Erachtens nicht für die konkrete Arbeit des niedergelassenen KV-Psychotherapeuten.

2.4) Die *Operationalisierte Psychodynamische Diagnose* (OPD) basiert auf einer modernen psychoanalytischen Diagnostik. Das OPD-Interview integriert auf Basis eines strukturellen Interviews die biografische Anamnese und eine psychiatrische Exploration. Wöller/Kruse meinen, dass OPD für die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie besonders geeignet sei (S. 57).

Die OPD erfasst

- die Symptomatik,
- die aktuelle Lebenssituation,
- die Beziehungserfahrungen des Patienten,
- das aktuellen Übertragungs- und Gegenübertragungsgefühle,
- die Exploration der Erwartungen, Befürchtungen und Wünsche des Patienten,
- die biografische Anamnese (Herkunftsfamilie, eigene Familie, Arbeits- und Berufswelt),
- eine erste Einordnung und Bewertung der Symptomatik und
- die Prognose (von OPD „Probedeutungen“ genannt).

Zum OPD-Erstgespräch gehört auch die Information über die Behandlungsvoraussetzungen, was meines Erachtens nicht mehr direkt zur Diagnostik zu zählen ist.

Alle genannten Vorgehensweisen heben hervor, das Krankheitserleben des Patienten mit zu berücksichtigen, auch eventuell sein

- Krankheitskonzept.

Die Diagnostik nach Kapitel 5 der ICD ist ein Unterpunkt in der OPD. Die OPD arbeitet mit fünf sogenannten Achsen, deren Operationalisierung mir persönlich umständlich und unübersichtlich vorkommt. Diese Achsen berücksichtigen all jene Punkte, die auch von anderen Autoren berücksichtig werden:

1. Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzungen
2. Beziehung
3. Konflikt
4. Ich-Struktur
5. psychische und psychosomatische Störungen.

Die OPD muss in Seminaren (insgesamt 60 Stunden) gelernt werden. Es ist nicht möglich, allein aus dem OPD-2-Buch heraus eine Diagnose zu stellen. Unklar muss deshalb einstweilen bleiben, wie der umfangreiche Fragenkatalog (Umfang 26 Seiten!) in den OPD-2-Erhebungsbogen (Umfang 9 Seiten, siehe S. 468 ff.) übertragen wird.

Psychotherapeuten behelfen sich, indem sie Teile aus der OPD für ihre Berichte verwenden (Arbeitskreis OPD, S. 363). Häufig werden OPD-Konflikte erwähnt (meist der Autonomie/Individuation-Abhängigkeitskonflikt). Das hat etwas Schematisches und Beliebiges an sich, ohne inhaltlich plausibel ausgeführt zu sein. Ähnlich häufig wird das Strukturniveau im Sinne der OPD benannt, meist im Zusammenhang mit der Einschätzung der Störungsschwere. In Fortführungsanträgen findet die Struktur-Diagnose Erwähnung, um Fortschritte in der Stabilisierung zu benennen.

OPD scheint insgesamt ein reichlich umständliches Instrument zu sein, dessen Anwendung viel Zeit verschlingt, aber es ist fraglich, ob es bessere Ergebnisse bringt als andere eingesetzte Routinen der Behandler. Die Gutachter hätten aber zunehmend Interesse an der OPD und würden sich mit ihr vertraut machen (S. 364). *Die Vermittlung der OPD ist somit aus der Psychotherapeutenausbildung nicht mehr wegzudenken.*

2.5) Bis auf die OPD integriert keines dieser Verfahren die Psychosomatik, weshalb Wöller/Kruse die

- psychosomatische Anamnese und Diagnostik

als ein spezielles Erstinterviewthema eigens erwähnen. Die psychosomatische Diagnostik ist nicht primär Aufgabe des Therapeuten, aber er sollte über alle relevanten Erkrankungen des Patienten und über den möglichen Zusammenhang mit der psychischen Störung informiert sein. Die psychosomatische Diagnostik ist wichtig, um ein vorschnelles Psychologisieren zu vermeiden. Bei bestimmten Krankheitsbildern wie beispielsweise der Depression ist eine somatische Abklärung sogar der erste Schritt *vor* einer Psychotherapie.

3. Die Symptome

Die Diagnostik geht immer von den Symptomen aus. Diese können

- psychischer,
- körperlicher und/oder
- sozial-kommunikativer Natur sein.

Die Eingrenzung dessen, was ein Symptom ist, ist schwer. Einige Therapeuten neigen dazu, *alles* am Patienten als Symptom zu betrachten, also auch, wie er spricht, sich kleidet und sich bewegt, seine Eigenarten und Ticks. Es ist fraglich, ob eine solche Ausweitung des Symptombegriffs zielführend für die Diagnostik ist. Angemessener wäre es wohl, als Symptome all das anzusehen, was nicht zu einem normalen Lebensvollzug gehört und was dem Patienten subjektiv oder objektiv Probleme bereitet.

Die Symptomerhebung ist noch keine Diagnose, sondern Vorbereitung auf eine Diagnose.

3.1 Spontanangaben

Zunächst soll der Patient seine Symptome schildern (Spontanangaben), aber der Therapeut soll nachfragen, um nicht etwas zu übersehen. Alle belastenden und lebenseinschränkenden Symptome sind wichtig und sollen vom Therapeuten erfasst werden. Patienten können im Erstinterview körperliche Symptome präsentieren, während der Therapeut bereits psychische Störungen erahnt. Umgekehrt können Patienten psychische Beschwerden vorbringen und übersehen,

dass körperliche Beschwerden eine starke mitverursachende Rolle spielen. Zu den Symptomen gehören auch innerpsychische Konflikte und Konflikte mit anderen Menschen oder Institutionen.

3.2 Leidensdruck

Der damit verbundene Leidensdruck sollte extra erfragt werden. Patienten können verschiedene Symptome haben und in unterschiedlichem Maße darunter leiden.

3.3 Veränderungsbereitschaft

Bei starken Symptomen kann die Veränderungsmotivation am größten sein, muss aber nicht. Jedenfalls ist die Veränderungsbereitschaft als weiterer Einzelpunkt zu erfragen. Bei mangelnder Veränderungsbereitschaft wird eine Psychotherapie schwierig, und es stellt sich dem Therapeuten die Frage, ob er den Patienten annehmen sollte.

3.4 Krankheitskonzept

Einige Patienten, bei weitem nicht alle, entwickeln eine Theorie über ihre Symptomentstehung (Krankheitskonzept). Diese kann richtig oder falsch sein. An dieser Stelle kommt wieder die Psychosomatik ins Spiel. Krebserkrankungen haben keine psychische Ursachen, haben aber sehr wohl massive psychische Folgeerscheinungen. Eine depressive Symptomatik kann auf einer Hormonstörung beruhen. Somatoforme Störungen können tatsächlich reale chronische Erkrankungen körperlicher Art sein.

3.5 Symptomauslösende Situationen

Ich glaube nicht, dass vom Patienten bereits im Erstgespräch symptomauslösende Situationen benannt werden können. Die zeitliche Koinzidenz von Ereignissen und Symptomen ist oftmals nicht gegeben, und wenn beide Ereignisse zeitlich eng beisammen liegen, so handelt es sich nur um eine Koinzidenz und nicht um eine Kausalität. Nur in seltenen Fällen folgt das eine aus dem anderen kausal. Trotzdem sollte immer probeweise nach zeitlichen Zusammenhängen geforscht werden. Die symptomauslösenden Situationen können, von außen betrachtet, geringfügige Anlässe sein. Sie können auch nicht real sein, beispielsweise wenn der Patient *glaubt*, dass andere schlecht über ihn reden.

3.6 Multifaktoriellen Ontogenese

Der Begriff der Kausalität ist in jüngerer Zeit in Medizin und Psychotherapie aufgeweicht worden. Das Aufstellen eindeutiger Kausalreihen wird aufgegeben zugunsten einer multifaktoriellen Ontogenese; ihre Determinanten sind im Prinzip unübersehbar. Aus diesem Grund kann es selbst in der Medizin keine exakten Voraussagen über einen Krankheitsverlauf geben. Selten ist ein einzelnes Trauma ausschlaggebend, obwohl es so etwas gibt, oftmals liegt eine chronische Traumatisierung oder Überforderung vor, die dem Patienten nicht unbedingt bewusst sein muss. Oftmals werden objektive Belastungen vom Patienten nicht als solche wahrgenommen, weil sie diese Belastung für normal oder für aushaltbar erachten. Nicht selten kommt alles zusammen:

- Eine genetische Disposition sowohl körperlicher als auch seelischer Art (das Temperament), eine mitgegebene „Verwundbarkeit“ oder „Verletzbarkeit“ (Vulnerabilität),
- eine chronische Belastung objektiver oder subjektiver Art, und sei es das fortschreitende Alter mit seinen Einschränkungen an Kraft und Elastizität,
- ein auslösendes Ereignis und
- eine neurotische Reaktion und Verarbeitung.

„Psychodynamik“ bezeichnet das gesamte Wechselspiel intrapsychischer und zwischenmenschlicher Kräfte. Die kindlichen Beziehungserfahrungen und die Qualität der Befriedigung kindlicher Bedürfnisse werden als Lernerfahrung verinnerlicht und konturieren die weitere Beziehungsgeschichte, ebenso wie die Persönlichkeit (Ich-Struktur, Charakter) mit ihren bewussten und unbewussten Anteilen. Je nach Qualität der Ausbildung der Ich-Struktur reagiert das Individuum bei potenziell pathogenen Ereignissen und Auslösern unterschiedlich: gesund, neurotisch oder persönlichkeitsgestört. Falk Leichsenring fasste den Unterschied von Neurose und Persönlichkeitsstörung in folgende Abbildung:

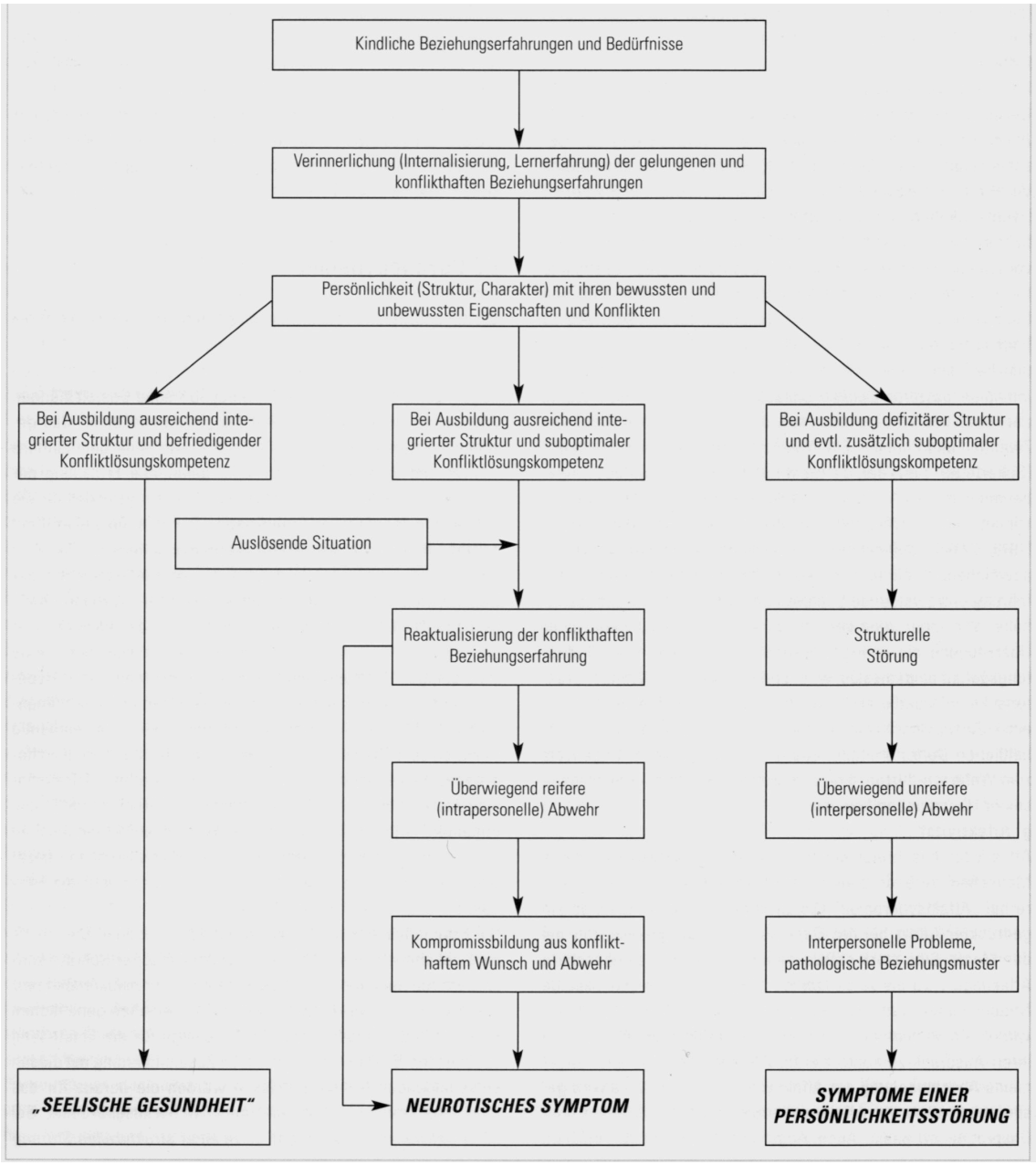

Abbildung 1: Genese psychischer Störungen nach Leichsenring 2006, S. 20

4. Das Perspektivenmodell

Die unterschiedlichen Vorgehensweisen in der initialen Diagnostik beruhen auf unterschiedlichen Arbeitsmodellen und den daraus resultierenden unterschiedlichen Perspektiven. Alle Probleme oder Symptome eines Patienten können unter verschiedenen Aspekten betrachtet werden. Die wichtigsten Perspektiven sind laut Wöller/Kruse:

4.1) das Konfliktmodell,
4.2) das Modell der frühen Störung und
4.3) das Trauma-Modell.

Diese drei Modelle werden von Wöller/Kruse (2010) auf S. 61 genannt. Die rein intrapsychische Perspektive der orthodoxen Psychoanalyse ist nicht durchzuhalten und wurde rasch aufgegeben. Neben der innerpsychischen Verarbeitung steht deshalb heutzutage immer auch

4.4) die Beziehungsperspektive, darunter die Perspektive der Übertragungsbeziehung.

Eine weitere Perspektive wäre die der

4.5) Ich-Struktur und die des Ich-Niveaus (Wöller/Kruse S. 45), was von einigen Autoren unter der Überschrift der „frühen Störung“ abgehandelt wird, weil die Formung bzw. Deformierung der Ich-Struktur in den ersten Lebensjahren erfolgt.

Man könnte darüber hinaus an den Patienten herangehen, indem man die Belastungen gegen seine Ressourcen und Problembewältigungsfähigkeiten abwägt:

4.6) Die Ressourcenperspektive

wird als eine eigenständige Herangehensweise angesehen (S. 47). Eine weitere Perspektive ist

4.7) die psychosomatische Perspektive (S. 48).

Hier ist wichtig

- die körperliche Krankengeschichte des Patienten mit evtl. nicht zu korrigierenden Belastungen des Patienten,
- die angemessene oder auch falsche Medikation und
- die Zusammenarbeit mit dem Hausarzt oder dem Überweisungsarzt.

Darüber hinaus erwähnen Wöller/Kruse weitere Perspektiven bzw. Arbeitsmodelle, die von ihnen teilweise nicht systematisch ausgeführt werden. Zu diesen speziellen Blickwinkeln gehören

4.8) die psychodynamische Perspektive und die
4.9) neurowissenschaftliche Perspektive.

Im Folgenden sollen – ausgehend von Wöller/Kruse, aber darüber hinausgehend – alle neun genannten Gesichtspunkte behandelt werden.

4.1 Das Konfliktmodell

In der klassischen psychoanalytischen Neurosenlehre spielt der Konflikt eine zentrale Rolle, wobei dort nicht zwischenmenschliche Auseinandersetzungen und auch keine einfachen Interessenkonflikte gemeint sind, sondern zeitlich überdauernde, meist unbewusste innerpsychische Konflikte, die eine krankheitsauslösende oder -aufrechterhaltende Potenz besitzen. Die im deutschen Sprachraum maßgebliche aktuelle Konzeptualisierung relevanter Konfliktbereiche wurde vom „Arbeitskreis Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik" (Arbeitskreis OPD, 2001) vorgelegt. Dort werden sieben Konfliktbereiche sowie als achter Bereich die „eingeschränkte Konflikt- und Gefühlswahrnehmung" definiert.

Tabelle 1: Konflikttypen nach OPD

1.1. Abhängigkeit versus Autonomie (Individuations-Abhängigkeits-	OPD-2: Existenzielle Bedeutung von Selbstständigkeit / Zugewandtheit in Beziehungen. Bipolare Spannung zwischen der Suche nach enger Beziehung und intensiver Nähe (Abhängigkeit) und dem Streben nach be-

Konflikt)	tonter Selbstständigkeit und ausgeprägter Distanz (Individuation). Ausprägung des Konflikts bei akzentuierter Polarisierung mit existenzieller Bedeutung im lebensgeschichtlichen Verlauf im Sinne des Allein-Sein-*Müssens* bzw. des Zusammen-Sein-*Müssens*. Passiver Modus: Enge und dauerhafte Beziehungen (fast) um jeden Preis, Vermeiden von Verantwortung und Eigenständigkeit, Unterordnung unter die Wünsche und Interessen der Beziehungspersonen, Verleugnung, Bagatellisierung oder Rationalisierung von Konflikten in Beziehungen, Selbstwahrnehmung von Hilflosigkeit, Schwäche und Angewiesensein-auf-Andere. Leitaffekt: Existenzielle Angst bei Verlust, Trennung und Einsamkeit Gegenübertragung: Sorge und Verantwortung, Befürchtung vor überstarken Nähewünschen und Vereinnahmung. Aktiver Modus: Übersteigerte emotionale und existenzielle Unabhängigkeit, Kampf in allen Lebensbereichen um Eigenständigkeit und Unabhängigkeit, Unterdrückung eigener Bedürfnisse nach Anlehnung und Nähe, Selbstwahrnehmung von großer Stärke und Nicht-Angewiesensein-auf-Andere Leitaffekt: Existenzielle Angst vor Nähe, Vereinnahmung und Verschmelzung Gegenübertragung: Kaum Verantwortungsgefühl, wenig Bedürfnis von Fürsorge und Schutz, Besorgnis vor abgewehrten Abhängigkeitswünschen. Wikipedia: In einem Extrem würde ein Mensch mit diesem Grundkonflikt eine Abhängigkeit erzeugende Beziehung suchen als „willkommene Abhängigkeit“. Im anderen Extrem eine emotionale Unabhängigkeit aufbauen und die Bindungswünsche unterdrücken. Leichsenring: Suche nach Beziehung (jedoch nicht Versorgung) mit ausgeprägter Abhängigkeit (passiver Modus) oder Aufbau einer emotionalen Unabhängigkeit (aktiver Modus) mit Unterdrückung von Bindungswünschen (Familie/Partnerschaft/Beruf). Erkrankungen schaffen „willkommene" Abhängigkeit oder sind existenzielle Bedrohung. Wöller: Die Balance von Nähe (Abhängigkeit) und Distanz (Individuation, Autonomie) gegenüber einer Bezugsperson ist konflikthaft gestört. Nähe ist unvereinbar mit Individuation und Autonomie. Passiver Modus: Neigung zu hilflos-abhängigem Anklammern in Beziehungen. Aktiver Modus: Neigung zu übermäßiger Unabhängigkeit (Pseudounabhängigkeit).
1.2. Unterwerfung versus Kontrolle	OPD-2: zentrales Motiv ist, den anderen zu dominieren oder sich dem anderen unterzuordnen. Passiver Modus: Passiv-aggressive Unterwerfung mit den Affekten ohnmächtige Wut, untergründig spürbare Verärgerung bei gefügigem Verhalten. Aktiver Modus: aggressives Dominanzstreben, trotzige Aggressivität, Machtlust, Wut, Ärger. Angst, bestimmt zu werden. Wikipedia: In einem Extrem nimmt der Mensch die Gegebenheiten hin als Schicksal, dem er sich fügt, dabei sind Erleben und Verhalten geprägt von Gehorsam und Unterwerfung. Im anderen Extrem bestimmen Kontrolle und Auflehnung („Bekämpfen“) das Erleben und Verhalten. Leichsenring: Gehorsam/ Unterwerfung (passiver Modus) versus Kontrolle/ Sich auflehnen (aktiver Modus) bestimmen die interpersonellen Beziehungen und das innere Erleben. Erkrankungen werden „bekämpft" oder sind ein zu erleidendes Schicksal, dem man sich (wie auch dem Arzt) „fügen" muss. Wöller: Die Balance von aggressiv-machtvoller Durchsetzung (Kontrolle) und funktionaler Anpassung Unterwerfung) ist konflikthaft gestört. Passiver Modus: Übermäßige Tendenz zur Unterwerfung Aktiver Modus: Übermäßige Tendenz zur Dominanz und Machtausübung.

1.3. Versorgung versus Autarkie	OPD-2: Beziehungen sind von Wünschen nach Versorgung und Geborgenheit bzw. deren Abwehr geprägt. Passiver Modus: anklammerndes Verhalten, Ausbeutung anderer, „etwas bekommen“. Angst, den anderen zu verlieren, oft depressiv. Aktiver Modus: selbstversorgende, anspruchslose Grundhaltung mit erheblichem altruistischem Einsatz für andere. Anspruchsloser Verzicht, um es dem anderen recht zu machen. Nicht zur Last fallen bei untergründiger Sehnsucht. Wikipedia: In einem Extrem führen Versorgungs- und Geborgenheitswünsche zu starker Abhängigkeit und der Mensch wirkt passiv und anklammernd. Im anderen Extrem nimmt der Mensch keine Hilfe an und wehrt die Wünsche nach Hilfe ab, indem er sich als anspruchslos darstellt. In einer altruistischen Konfliktverarbeitung bekommen Andere die Versorgung, nach der er sich selbst unbewusst sehnt. Leichsenring: Die Wünsche nach Versorgung und Geborgenheit führen zu starker Abhängigkeit („dependent and demanding", passiver Modus) oder werden als Selbstgenügsamkeit und Anspruchslosigkeit abgewehrt (altruistische Grundhaltung, aktiver Modus). Bei Krankheit erscheinen diese Menschen passiv-anklammernd oder wehren Hilfe ab. Abhängigkeit und Unabhängigkeit stehen jedoch nicht als primäre Bedürfnisse im Vordergrund. Wöller: Die Balance zwischen dem Bedürfnis nach Versorgung und Liebe durch ein Objekt und dem Bedürfnis, ohne eine solche äußere Versorgung auszukommen, ist konflikthaft gestört. Passiver Modus: Passive Neigung, sich versorgen zu lassen. Aktiver Modus: Selbstgenügsamkeit, Anspruchslosigkeit, altruistische Grundhaltung.
1.4 Selbstwertkonflikte (Selbst- versus Objektwert)	OPD-2: Natürliche Bedürfnisse nach Anerkennung des Selbstwerts werden übermäßig stark, weil erfolglos oder unzureichend oder gescheitert. Passiver Modus: geringwertiges Selbstbild, wahrnehmbare Scham, idealisierende Bewunderung anderer; Gefühle des Bestätigt-werden-Müssens. Aktiver Modus: Forcierte Selbstsicherheit, narzisstische Wut, abwertende Kränkung anderer. Entwertungstendenz. Wikipedia: Es bestehen Selbstwertkonflikte, die im einen Extrem als Minderwertigkeit erlebt werden, während Andere aufgewertet oder idealisiert werden. Im anderen Extrem werden kompensatorische Anstrengungen erbracht, die das Selbstbild bis hin zum Größenwahn stützen, während Andere abgewertet werden. Leichsenring: Das Selbstwertgefühl erscheint brüchig bzw. resigniert, aufgegeben (passiver Modus) oder die kompensatorischen Anstrengungen zur Aufrechterhaltung des ständig bedrohten Selbstwertgefühls dominieren (pseudo-selbstsicher, aktiver Modus). Erkrankungen führen zu Selbstwertkrisen, können aber auch einen restitutiven Charakter für das Selbstbild haben. Wöller: Die Selbstwertregulation ist konflikthaft gestört. Passiver Modus: brüchiges, resigniertes, ständig bedrohtes Selbstwertgefühl. Aktiver Modus: kompensatorische Selbstsicherheit.
1.5 Schuldkonflikte (egoistische versus prosoziale Tendenzen / Selbst- versus Fremdbeschuldigung)	OPD-2: Schuld über ein angemessenes Maß der Verantwortung hinaus entweder sich selbst oder anderen aufbürden. Passiver Modus: Neigung zu Selbstvorwürfen. Schnelle Übernahme von Verantwortung. Zerknirschung, Selbstbestrafung. Aktiver Modus: Anklagend, Schuld wird externalisiert, Schuldgefühle auf andere abgewälzt. Geringe Bereitschaft, eigene Verantwortung anzuerkennen. Wikipedia: Im einen Extrem führt die Schuldübernahme bis zur masochistischen Unterwerfung. Im anderen Extrem sieht der Mensch die Schuld nur beim anderen, wobei ihm jegliche Form eines eigenen Schuldgefühls fehlt.

	Leichsenring: Schuld wird bereitwillig bis hin zu masochistischer Unterwerfung auf sich genommen, und Selbstvorwürfe herrschen vor (passiver Modus), oder es fehlt jegliche Form von Schuldgefühlen, diese werden anderen zugewiesen, und auch für Krankheit sind andere verantwortlich (aktiver Modus). Wöller: Angemessenes Schulderleben ist konflikthaft gestört. Passiver Modus: Ungerechtfertigte und übertriebene Neigung, Schuld auf sich zu nehmen. Aktiver Modus: Abwehr (z.B. Projektion) von Schuldgefühlen trotz realer Schuld.
1.6 Ödipal-sexuelle Konflikte	OPD-2: Es geht um die sozialen Rollen von Mann und Frau mit den Motiven, Aufmerksamkeit und Anerkennung zu erhalten, den Kontakt erotisch-zärtlich zu genießen und sich des eigenen Mann- oder Frauseins zu versichern. Dies ergibt sich aus der Identifikation mit bzw. der Übernahme der geschlechtsspezifischen elterliche Rollen. Passiver Modus: Schüchternheit, graue Maus, sich unattraktiv halten, sich geschlechtlos geben, Verdrängung von Erotik/Sexualität. Aktiver Modus: phallisch-hysterisch im Mittelpunkt stehen. Erotiisierung und Sexualisierung der Beziehungen, rivalisieren, Schamlosigkeit. Wikipedia: Im einen Extrem nimmt der Mensch seine Erotik und Sexualität nicht wahr, im anderen Extrem bestimmt sie alle Lebensbereiche, ohne dass eine Befriedigung gelingt. Dies meint nicht sexuelle Funktionsstörungen anderer Herkunft. Leichsenring: Erotik und Sexualität fehlen in Wahrnehmung, Kognition und Affekt (passiver Modus) oder bestimmen alle Lebensbereiche, ohne dass Befriedigung gelingt (aktiver Modus). Nicht gemeint sind hier allgemeine sexuelle Funktionsstörungen anderer Herkunft. Wöller: Die Sicherheit in der männlichen oder weiblichen Geschlechtsrolle sowie die Fähigkeit zu angemessenem Konkurrieren um das andere Geschlecht sind konflikthaft gestört. Passiver Modus: Übermäßige Zurückhaltung gegenüber dem anderen Geschlecht und in der Konkurrenz. Aktiver Modus: Übermäßige Beschäftigung mit dem anderen Geschlecht und übermäßiges Konkurrieren ohne Befriedigung.
1.7 Identitätskonflikte (Identität versus Dissonanz)	OPD-2: Passiver Modus: Gefühl des chronischen oder immer wiederkehrenden Identitätsmangels; Verleugnen dieser Disonanz. Vermeden von Lebenssituationen, die diesen Mangel aufdecken könnte; Rückzug, Hemmung. Aktiver Modus: aktives Überspielen der Unsicherheit; Kompensation; Vermeidung des Gewahrwerdens; evtl. Konstruktion eines Familienromans. Wikipedia: Bei sonst hinreichenden Ich-Funktionen übernimmt der Mensch die Geschlechts-, Rollen oder Gruppenidentität anderer oder überspielt die Identitätsambivalenz kompensatorisch. Leichsenring: Es bestehen hinreichende Ich-Funktionen bei gleichzeitig konflikthaften Selbstbereichen (Identitätsdissonanz): Geschlechtsidentität, Rollenidentität, Eltern-Kind-Identität, religiöse und kulturelle Identität u.a. Der Annahme des Identitätsmangels (passiver Modus) steht das kompensatorische Bemühen, Unsicherheiten und Brüche zu überspielen, entgegen (aktiver Modus). Wöller: Die Ausbildung einer kohärenten Identität ist konflikthaft gestört. Passiver Modus: Identitätsunsicherheit. Aktiver Modus: starres Festhalten an einer bestimmten Identität (Pseudoidentität) zur Abwehr der Identitätsunsicherheit.
2. Eingeschränkte Konflikt und Gefühlswahr-	Gefühle und Bedürfnisse bei sich und anderen werden nicht wahrgenommen und Konflikte übersehen (passiver Modus) oder durch sachlich-

nehmung	technische Beschreibung ersetzt (aktiver Modus).
Primärquelle: Arbeitskreis OPD (Hg.) (2006) Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik OPD-2. Das Manual für Diagnostik und Therapieplanung. 2., überarbeitete Auflage 2009, Bern (Verlag Hans Huber), S. 417-431. ferner: Wikipedia, Eintrag "Grundkonflikt", Version vom 5. Mai 2011 (http://de.wikipedia.org/wiki/Grundkonflikt); Leichsenring, Lehrbuch der Psychotherapie, Bd. 2, Psychoanalytische und tiefenpsychologisch fundierte Therapie, München 2006, S. 16; Wolfgang Wöller: Einführung in die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Powerpoint), Bad Honnef o.J., Version vom Mai 2011, http://www.wolfgang-woeller.de/mediapool/88/887915/data/Woeller_2010_LPTW_Einfuehrung_in_die_TP.pdf	

Wöller/Kruse betonen, eine genaue Kenntnis dieser Konfliktbereiche sei für die tiefenpsychologisch fundierte Diagnostik sehr hilfreich.

Selbstverständlich existieren diese Konflikte. Ich selbst habe damit aber Mühe. Aus meiner Praxis ergibt sich, dass manchmal kein derartiger unbewusster Konflikt zu entdecken ist, dass ein ganz anderer Konflikt existiert – abgesehen davon, dass sie immer in Mischform auftreten. Die zwanghafte Eingrenzung auf nur sieben oder acht Konflikte ist nicht hilfreich. Das rein intrapsychische Konfliktmodell lässt sich nicht halten. Patienten leiden zusätzlich bzw. vorrangig unter benenn- und sichtbaren zwischenmenschlichen Konflikten und/oder bewusstseinsnahmen inneren Wertkonflikten.

Beim Konfliktmodell kommt es nicht darauf an, dass es einen Konflikt gibt, sondern wie dieser gelöst wird. Der Konflikt „Abhängigkeit versus Autonomie“ betrifft jeden einzelnen Menschen in seiner Entwicklung, aber er wird erst zur Pathologie, wenn er nicht befriedigend gelöst und auffällig wird.

Leichsenring (2006, S. 21) spricht ganz in meinem Sinne, wenn er betont: »Neben dieser klassischen Entstehungsweise einer neurotischen Störung, die definitionsgemäß als Folge der Wiederbelebung eines früheren Konflikts angesehen wird, können seelische Störungen jedoch auch bei bislang unbelasteten Menschen durch extreme von außen kommende Traumatisierungen auftreten, die das ansonsten ausreichende Bewältigungspotenzial überfordern. In diesen Fällen kommt es nicht zu einer Reaktorrealisierung eines früheren Konfliktes. Bei Patienten mit ausgeprägter Störung der Persönlichkeitsstruktur entsteht die Symptomatik ebenfalls weniger durch aktualisierte Konflikte als vielmehr durch eine Überforderung der Bewältigungsressourcen, die allerdings aufgrund der entwicklungsgeschichtlich erworbenen strukturellen Defizite sehr viel geringer sind als bei anderen Menschen. Entsprechend muss sich die Psychodynamik bei Patienten mit Belastungsstörung mehr auf das aktuelle Trauma und bei solchen mit Persönlichkeitsstörungen mehr auf das strukturelle Defizite konzentrieren. Konflikte spielen zwar auch bei diesen Patienten eine Rolle, stellen jedoch meist nicht das Zentrum der Psychodynamik dar.« Sollte also ein Gutachter auf die Konfliktdynamik bestehen, so darf der Therapeut das zurückweisen. Die Konfliktperspektive ist keinesfalls die einzige.

4.2 Perspektive der Abwehrmechanismen

Abwehrmechanismen können als eigenständiges Thema der Diagnostik aufgefasst werden, sind aber innerlich verbunden mit der gesamten tiefenpsychologischen Strukturdiagnostik eines Patienten – also einschließlich der Qualität der Objektbeziehungen (siehe 4.4) und der Ich-

Struktur (siehe 4.5.). Je stabiler das Ich, desto eher werden reife (fast schon gesund zu nennende) Abwehrmechanismen gefunden, je instabiler das Ich bzw. das Selbst, desto eher wird der Mensch zu so genannten *unreifen* Abwehrmechanismen oder Abwehrformen greifen. Diese Patienten können über viele Jahre oder Jahrzehnte stabil ihr Leben meistern, doch bei bestimmten Traumatisierungen oder Versuchungs- und Versagungssituationen reichen die kompensatorischen Ressourcen nicht mehr aus. Eine Sucht zum Beispiel kann ein Gefühl der Leere kompensieren.

Wöller/Kruse definieren Abwehrmechanismen als unbewusstes Schutzsystem, mit dessen Hilfe innerpsychisch aufsteigende bedrohliche Wünsche und Affekte vom Bewusstsein ferngehalten und an ihrer Realisierung gehindert werden (S.200). Abwehrmechanismen sind zweitens beziehungsregulierend, sie färben die Gestaltung von Außenbeziehungen und die Wahl von Partnern und Freunden. Abwehrmechanismen, die einst adaptiv waren, werden bei zu starrem Charakter über kurz oder lang „maladaptiv"; sie leisten nicht mehr, was sie einst leisteten. Es folgt eine Liste von Abwehrstrategien; wenn man einen Patienten näher kennengelernt hat, kann man hier nachschauen, welche Mechanismen er bevorzugt.

Tabelle 2: Übersicht über die wichtigsten Abwehrmechanismen

Affektisolierung **	Abtrennung von Gefühlen und Emotionen von dazugehörenden Gedanken und Erinnerungen; beides wird wahrgenommen, aber nicht als zusammengehörig empfunden
altruistische Wunschabtretung*	Angst vor Liebesverlust wird gebannt durch altruistische Zuwendung zu anderen bei gleichzeitiger Missachtung eigener Bedürftigkeit
Idealisierung *	unrealistische Überbewertung von Personen zum Zweck der Angstabwehr. Gegenteil: Abwertung
Identifikation	Erhöhung des eigenen Selbstwertgefühls durch Identifikation mit einer Person oder Institution, die einen höheren Rang besitzt
Identifikation, projektive **	Dem Anderen werden bestimmte Eigenschaften oktroyiert oder ihm induziert, um ihn unter Kontrolle zu halten
Intellektualisierung **	Emotional bedeutsame Impulse oder Konflikte werden durch theoretisch-distanziertes Analysieren ihres gefühlsmäßigen Anteils beraubt
Introjektion	Einverleibung äußerer Wertorientierungen in die Ich-Struktur; daher muss man sie als Individuum nicht mehr als Drohungen von außen erleben
Kompensation	Schwäche wird durch Überbetonung eines erwünschten Charakterzuges verhüllt. Frustration auf einem Gebiet wird durch übermäßige Befriedigung des Bedürfnisses auf einem anderen Gebiet kompensiert
Konversion *	Konflikte werden nicht in ihrer eigentlichen Gestalt wahrgenommen und führen auf Dauer zu körperlichen Reaktionen und Symptomen mit erkennbarem Symbolgehalt.
Phantasie	Befriedigung frustrierter Wünsche durch Vorstellung ihrer imaginären

	Erfüllung (Tagträume u. ä.)
Projektion	Übertragung der Missbilligung eigener Unzulänglichkeiten und Wünschen, die gemeinhin als unmoralisch gelten, auf andere
Rationalisierung	Man versucht sich dabei einzureden, dass das eigene Verhalten rational, d.h. verstandesmäßig begründet ist, um damit dieses Verhalten vor sich und anderen zu rechtfertigen.
Reaktionsbildung	Angstbesetzte Wünsche werden dadurch vermieden, dass sie quasi in ihr Gegenteil verkehrt werden. Dabei werden diese gegenteiligen Absichten und Verhaltensweisen so sehr überbetont, dass sie einen »Schutzwall« gegen den Versuch dienen, die angstbesetzten Wünsche zu befriedigen.
Regression	Rückzug auf eine frühere Entwicklungsstufe in der Persönlichkeitsentwicklung mit einfacheren, primitiveren Reaktionen und in der Regel auch tieferem Anspruchsniveau
Somatisierung **	Konflikte werden nicht in ihrer eigentlichen Gestalt wahrgenommen und führen auf Dauer zu körperlichen Reaktionen und Symptomen ohne direkten Symbolgehalt.
Spaltung **	Andere oder das Selbst werden in Gut und Böse aufgeteilt. Man schwankt zwischen beiden; der oder das Gute wird idealisiert, der Böse abgewertet. Weitgehend identisch mit "Idealisierung/Abwertung"**, wobei immer nur eine Seite wahrgenommen wird..
Sublimierung	Nicht erfüllte (sexuelle) Bedürfnisse werden durch derartige Ersatzhandlungen befriedigt, die von der Gesellschaft akzeptiert sind (z.B. Sport)
Ungeschehen machen	Entwicklung eines Sühneverlangens für unmoralische Wünsche und Handlungen, um diese damit aufzuheben.
Wendung v. Aggression gg. das Selbst **	Aggressive Impulse werden nicht gegen andere, sondern gegen sich selbst gerichtet (Selbstverletzung)
Verdrängung	Das Eindringen unerwünschter und/oder gefährlicher Impulse in das Bewusstsein wird verhindert, indem diese Impulse vom Bewusstsein in das Unbewusste abgedrängt werden. Dort können sie allerdings ohne Wissen des einzelnen zum Motor von so genannten Ersatzhandlungen oder Vorstellungen werden (Träume, Fehlleistungen)
Verleugnung	Schutz vor Unangenehmem durch die Weigerung, es überhaupt zur Kenntnis zu nehmen
Verschiebung	Aufgestaute, meist feindselige Gefühle werden auf Objekte entladen, die weniger gefährlich erscheinen als diejenigen, von denen die Erregung dieser (feindseligen) Gefühle ursprünglich ausgeht.

Primärquelle: Ruch/Zimbardo (1974): Lehrbuch der Psychologie, Berlin-Heidelberg-New York, S. 368
* Einfügung G.M., 10/2007
** aus: Leichsenring, Falk et al. (2006), Lehrbuch der Psychotherapie, Bd. 2, Psychoanalytische und tiefenpsychologisch fundierte Therapie, 3. Auflage München, S. 17

4.3 Traumaperspektive

Die dritte Perspektive ist zugleich die älteste in der Entwicklung der Tiefenpsychologie: die auf ein mögliches Trauma in der Kindheit. Darauf konzentrierte sich Freud. Für ihn war der Ödipuskonflikt mit dem Trauma der Enttäuschung der Kern jeder Neurose. Dieses enge Traumamodell ist seit langem ergänzt um aktuelle, einmalige oder chronische Traumata in der Familie ebenso wie durch schwere Unfälle, Naturkatastrophen oder äußere Gewalt. Liegt ein Trauma vor, treten andere Perspektive wie die ich-strukturelle (siehe 4.5) oder die Konfliktperspektive (siehe 4.1) zurück. Ein Trauma ist ein Ereignis, das in seiner Intensität die Verarbeitungskapazitäten übersteigt. Es liegt jenseits aller bisherigen Vorstellungen und geht mit einer emotionalen Überflutung und kognitiver Verwirrung einher. Es kann nicht verarbeitet werden, es bleibt unintegriert wie ein Fremdkörper. Schon sehr geringe Reize können das Trauma und die beteiligten Affekte reaktivieren und ins Bewusstsein holen (Panik, Verzweiflung, vegetative Erregung und Wiedererleben der Situation). Die Pathologie kann als eine im Prinzip sinnvolle Reaktion auf eine überwältigende Einwirkung verstanden werden. Das kann von Scham- und Schuldgefühlen entlasten. Selbstverständlich schließt das Traumamodell andere Perspektiven nicht aus; ein Trauma kann Beschädigungen der Ich-Struktur oder der Beziehung zu wichtigen Bezugspersonen zur Folge haben.

Dieses Konzept hat sich sehr weit vom freudschen Modell des frühkindlichen Ödipus-Traumas entfernt. Es gibt vermutlich nicht das absolut Unbewusste, wie Freud annahm. Die Flashbacks sprechen dagegen. Ob ein Trauma konfrontierend aufgedeckt oder schützend eingekapselt werden soll, kann der Therapeut nur in intimer Kenntnis des Patienten entscheiden. Die Traumaperspektive bedeutet auch nicht, alle Lebensbereiche des Patienten auf dieses eine abrupte oder chronische Ereignis zu reduzieren oder ihnen die Verantwortung für ihre weitere Lebensgestaltung zu nehmen (Wöller/Kruse S.45/46). Die Verläufe sind so unterschiedlich, weil jedem Menschen unterschiedlich ausgeprägte innere Bewältigungsressourcen und äußere Hilfsangebote zur Verfügung stehen (siehe 4.6).

4.4 Beziehungsperspektive

Die traditionelle orthodoxe Psychoanalyse hatte sich weitgehend auf die innerpsychische Dynamik konzentriert, Freud interessierte vornehmlich der innere Prozess des Patienten, seine Wünsche, Frustrationen, Träume, Motive und Reaktionsformen. Doch schon Adler war klar, dass die seelische Innenwelt maßgeblich von den Menschen der Umgebung (in erster Linie Vater und Mutter) mitgestaltet wird. Die Ausweitung der intrapsychischen auf die interpersonelle Perspektive war die erste Weiterentwicklung der Psychoanalyse.

Es erscheint seltsam überflüssig, darauf hinweisen zu müssen, wie sehr Symptome in der Bezogenheit zu anderen Menschen entstehen. Freuds metaphorische, theoretisch überfrachtete Metapsychologie ist für die Psychotherapie nur eingeschränkt brauchbar; die Weiterentwicklungen der Psychoanalyse, die Individualpsychologie und die Beziehungspsychologie sind wesentlich anschaulicher und näher an den tatsächlichen Problemen der Patienten.

Im Rahmen der Psychoanalyse haben Objektbeziehungstheoretiker wie Otto Kernberg die Brücke zwischen intrapsychischer und interpersoneller Sicht geschlagen, während für die Individu-

alpsychologie diese Sicht von Anfang an die „natürliche“ und naheliegende war. Unter dem Begriff Objektbeziehungstheorie werden unterschiedliche Ansätze zusammengefasst, denen gemeinsam ist, dass sie die zentrale Bedeutung der frühen Mutter-Kind-Beziehung und der Vorstellungen des Kindes über sich und seine Bezugspersonen für die spätere Beziehungsgestaltung und für die Persönlichkeitsentwicklung herausstellen. Der Begriff „Objektbeziehung“ zeigt noch die psychoanalytische Distanz zur Mutter, die in der Literatur kaum als reale Person erkennbar wird.

In der Diagnostik geht es um alle relevanten Beziehungen des Patienten (manchmal einschließlich eines geliebten Haustieres), ihre Geschichte und ihren gegenwärtigen Stand. Eventuelle Konflikte mit diesen Personen spielen eine wichtige Rolle in der Pathogenese. Für die Diagnose sind in etwa folgende Fragen relevant (die im Weiteren zusätzlichen Aufschluss geben können über die Psychodynamik):

- Waren Mutter und Vater oder suffiziente Ersatzpersonen ausreichend verfügbar?
- Hatten diese die Voraussetzung für eine konstante, liebevoll-empathische und die primären Bedürfnisse befriedigende Haltung?
- Oder erlitt der Patient frühe Verluste, Mangelerfahrungen und Traumatisierungen, welche die Konstituierung eines stabilen Selbst und der Objektkonstanz behinderten?
- Fand Überversorgung, Überbesorgtheit und Verwöhnung mit der Behinderung der Autonomieentwicklung statt? Fand eine angemessene Triangulierung statt?
- Führte die Position in der Geschwisterfolge zu einer erheblichen Benachteiligung?
- Wie war die Geschwisterrivalität?
- Wie war die Beziehung der Eltern?
- Gab es irritierende Bündnisse über Hierarchiegrenzen hinweg, zum Beispiel: die Mutter mit ihrem Sohn aus erster Ehe gegen den Stiefvater und dieser mit der gemeinsamen Tochter gegen die Mutter und den Stiefsohn?
- Taugten die Eltern als Vorbild für die Identifizierung?

(aus Boessmann, Udo (2008*): Psychoanalytisch und tiefenpsychologisch fundierte Berichte an den Gutachter schnell und sicher schreiben*. 10. Auflage, Deutscher Psychologen Verlag, Bonn.)

Spätere wichtige Bezugspersonen können Schwiegereltern, Vorgesetzte und eigene Kinder sein. Es ist hilfreich zu sehen, wie der Patient mit ihnen interagiert.

Wenn vom Beziehungsmodell die Rede ist, dann ist auch die Beziehung Therapeut–Patient in den Blick zu nehmen. Sie ist eine „interpersonelle Beziehung“, die wichtig oder weniger wichtig, beglückend oder gestört sein kann. *Übertragung* und *Gegenübertragung* sind Kernstücke schon des frühen Therapiegeschehens und damit der Diagnostik. Die ständige Beobachtung der Beziehung Patient-Therapeut gehört mit zum therapeutischen Prozess; die Klärung der Beziehung hat Vorrang vor Klärung der seelischen Probleme des Patienten.

4.5 Struktur- bzw. Ich-Entwicklungsperspektive

Die *Strukturperspektive* betrachtet die psychische Struktur eines Patienten oder Menschen

1.) als Charakterstruktur oder als
2.) Ich-Struktur.

Die Strukturperspektive ist eigentlich ein Entwicklungsdefizitmodell. Dieses Modell geht von einer Störung in der frühkindlichen Entwicklung aus, weshalb von „frühen Störungen“ gesprochen wird. Die Repräsentanzen und die Ich-Funktionen konnten nicht differenziert und stabil ausgebildet werden, da der Patient nicht in einer vertrauensgebenden Beziehung aufwuchs (das überschneidet sich wiederum stark mit der Beziehungsperspektive). Die Folgen sind äußerst vielfältig und reichen von einer ungenügenden Nähe-Distanz-Regulation, über mangelnde Selbstständigkeit, Minderwertigkeitsgefühle, Vertrauensverluste bis hin zu Hemmungen.

4.5.1 Die Charakterstruktur

Charakter wird hier definiert als zeitlich überdauernde psychische Struktur. So sprechen wir von narzisstischen, schizoiden, depressiven, zwanghaften und hysterischen Charakterstrukturen. „Charakter“ ist nur undeutlich vom „Persönlichkeitsstil“ und von der „Persönlichkeitsstörung“ abzugrenzen. Art und Definition von Persönlichkeitsstörungen variieren je nach Autor. Beck/Freeman[3] beispielsweise unterscheiden folgende Persönlichkeitsstörungen:

- Die Selbstunsichere Persönlichkeitsstörung,
- die Dependente Persönlichkeitsstörung,
- die Passiv-aggressive Persönlichkeitsstörung,
- die Zwanghafte Persönlichkeitsstörung,
- die Antisoziale Persönlichkeitsstörung,
- die Narzißtische Persönlichkeitsstörung,
- die Histrionische Persönlichkeitsstörung,
- die Schizoide und Schizotypische Persönlichkeitsstörung,
- die Paranoide Persönlichkeitsstörung.

Charakterstrukturen stellen diagnostische Kategorien bereit, aus denen sich Konflikt- und Trauma-Verarbeitungen sowie die Übertragungs- und Gegenübertragungs-Dynamik besser verstehen lassen. Sie geben Hinweise darauf, durch welche Brille hindurch der Patient auch die Interaktionen und Interventionen des Therapeuten betrachtet und erlebt. Gegenüber den Patienten ist es manchmal sinnvoll, von „Persönlichkeitsprofil“ statt von „Persönlichkeitsstörung“ zu sprechen. Praktisch relevant ist es, zwischen Persönlichkeitsstil und Persönlichkeitsstörung zu unterscheiden; ein „Stil“ ist eine bestimmte, nichtpathologische Ausformung des Charakters, während eine „Störung“ den freien Lebensvollzug einschränkt.

Tabelle 3: Persönlichkeitsstörung / Persönlichkeitsstil (-Struktur)

Persönlichkeitsstörung	Persönlichkeitsstil
Zwanghaft	sorgfältig-gewissenhafter Stil
Schizoid	zurückhaltend-einzelgängerischer Stil
Paranoid	misstrauisch-scharfsinniger Stil

[3] Beck/Freeman (1993) Kognitive Therapie der Persönlichkeitsstörung. Weinheim (Beltz - PsychologieVerlagsUnion), S.319-323.

Histrionisch	expressiver und selbstdarstellender Stil
Dissozial	abenteuerlich-risikofreudiger Stil
Passiv-aggressiv	kritisch-lässiger Stil
Abhängig (dependent)	anhänglich-loyaler Stil
Ängstlich (selbstunsicher)	selbstkritisch-vorsichtiger Stil
Borderline	spontan-sprunghafter Stil
Narzisstisch	ehrgeiziger und selbstbewusster Stil
Masochistisch (Selbstschädigend)	aufopfernder Stil
Sadistisch	aggressiver Stil

Tabelle aus: Persönlichkeitsstörungen und Persönlichkeitsstile nach Oldham & Morris 1992; Fiedler 2000

Der Persönlichkeitsstil ist sozusagen die leichte oder harmlose Variante einer Persönlichkeitsstörung. Das ist vielfältig beschrieben worden. Dazu ein Beispiel erneut aus Beck/Freeman:

Tabelle 4: Zwischenmenschliche Strategien von Patienten mit Persönlichkeitsstörungen

Störung	**Überentwickelte Strategie**	**Unterentwickelte Strategie**
Paranoid	Wachsamkeit, Misstrauen, Argwohn	Gelassenheit, Vertrauen, Anerkennung
Schizoid	Autonomie, Isolation	Intimität, Gegenseitigkeit
Antisozial	Kampflust, ausbeuterisches Verhalten, Raubverhalten	Empathie, Gegenseitigkeit, soziales Verhalten
Histrionisch	Expressivität, impressionistisches Denken	Reflexion, Kontrolle, Systematisierung
Narzisstisch	Selbstverherrlichung, Konkurrenzverhalten	Teilen, Gruppenidentifizierung
Zwanghaft	Kontrolle, Verantwortung, Systematisierung	Spontaneität, Ausgelassenheit
Selbstunsicher	Soziale Verletzbarkeit, Vermeidung, Hemmung	Selbstbehauptung, Geselligkeit
Dependent	Hilfesuchendes Verhalten, Anhänglichkeit	Selbständigkeit, Mobilität
Passiv-aggressiv	Autonomie, Widerstand, Passivität, Sabotage	Intimität, Selbstsicherheit, Aktivität, Kooperation

Tabelle aus: Beck/Freeman (1993): Kognitive Therapie der Persönlichkeitsstörung. Weinheim (Beltz - PsychologieVerlagsUnion), S. 37, Tabelle 3.1

4.5.2 Die Ich-Struktur

Der zweite Aspekt des Strukturbegriffs bezieht sich auf die funktionale Betrachtung: wie arbeitet das Ich des Patienten in der Regulation des Selbst und in der Regulation seine Beziehungen. Die Einteilung des Strukturniveaus erfolgt entweder anhand von Polaritäten, die an Ich-Funktionen angelegt werden. Die Polaritäten sind

- unreif – reif,
- präödipal – ödipal,
- gute Integration – Desintegration oder
- undifferenziert – differenziert.

Die Einschätzung des Strukturniveaus ist von Bedeutung für die Wahl des therapeutischen Vorgehens. Sie gibt Hinweise darauf, wie man am besten mit den Patienten spricht und was man ihm zumuten kann. Sie gibt auch ein Hinweis darauf, was der Patient noch kann und welche reifen Rest-Strukturen als Unterstützer für den Besserungsprozess herangezogen werden können. Hinweise auf das Strukturniveau ergeben sich von praktisch überall her:

- aus der Art der biografischen Erzählung,
- aus der Gestaltung der Beziehung zum Therapeuten,
- aus der Schilderung von frühen und aktuellen Beziehungen,
- aus der Art der Bewältigung von Schwellensituationen,
- aus der Art der Bewältigung von Konflikten,
- aus der Einschätzung der eigenen Person

und vielem mehr. Dieses ist eine der Gelegenheiten, wo der Therapeut seine Erfahrung und seine Empfindung voll einsetzen kann.

Es gibt je nach Autor oder Schule unterschiedliche Listen von Strukturbestandteilen, die der Therapeut beachten kann. Die OPD schlägt unter anderem Folgendes vor (Wöller/Kruse 2010, S. 57):

- Differenziertheit der eigenen Affektivität,
- Breite des Spektrums der Gefühle,
- reife oder unreife Abwehrmaßnahmen,
- Konstanz des Selbstbildes,
- Qualität der Beziehungen zu wichtigen Personen,
- realistischer Einschätzung von Personen und Situationen,
- Wahrnehmung der Rechte der Anderen,
- Grad der Befriedigung von Bedürfnissen,
- Spannungsregulierung,
- Einfühlungsvermögen,
- Selbststeuerung von Affekten und Impulsen,
- Stabilität des Selbstwertgefühls,
- Realisation von Wünschen und Werten,
- Anerkennung der Selbstverantwortung,
- Frustrationstoleranz,
- Ausmaß von Schuld- und Schamgefühlen,
- Nähe-Distanz-Regulation ohne destruktive Impulse,
- Reichhaltigkeit des inneren Dialogs,
- Empathie und Einfühlungsvermögen,
- Sachlichkeit in der Kommunikation,

- Wahrnehmung körperlicher Signale,
- Grad des Mutes im Handeln und der Beziehungsaufnahme,
- Aushalten von Dissonanzen,
- Grad von Wärme und Zärtlichkeit in intimen Beziehungen,
- Stabilität des inneren Bildes vom Anderen auch bei Abwesenheit,
- Regelungsfähigkeit von Beziehungen,
- relative Angstfreiheit,
- Fähigkeit zum Alleinsein,
- Fähigkeit zur Selbstberuhigung,
- relative Konstanz der Gefühle zum Anderem,
- Fähigkeit, Hilfe zu organisieren und ohne Schuld anzunehmen,
- die eingesetzten reifen Abwehrmechanismen schädigen nicht die wesentlichen Beziehungen zu anderen Menschen.

Der Therapeut wird unzureichende Ich-Strukturen relativ schnell erkennen. Die Grundhaltung des Therapeuten wird ein freundliches, aufmerksames und ehrliches Interesse sein. Fühlt sich der Therapeut aber schnell instrumentalisiert, manipuliert, attackiert oder umschmeichelt, bietet der Patient vermutlich nur Teil-Beziehungsmuster und nur teilweise reife Ich-Strukturen an (siehe auch Tabelle 5 im Punkt 6.2 „Prognose“).

4.6 Ressourcenperspektive

Der Patient hat nicht nur Probleme und Störungen, sondern in fast allen Fällen auch noch Reste von oder sogar gut ausgebaute Problemlösungsfähigkeiten, die reaktiviert oder verstärkt werden können. Es sind nicht nur die Defizite zu betrachten, sondern auch die Stärken. Diese Themenbereiche gehen über die Problemfelder Trauma, Konflikt und Stress hinaus, spielen aber eine große Rolle. Dabei kommt es nicht auf die objektive Schwere der Probleme an, sondern auf die Gewichte, die die Probleme einerseits und die Bewältigungsressourcen andererseits auf die Waagschale bringen. Einige brechen schon unter kleinen Belastungen zusammen, andere bewältigen auch große Herausforderungen, ohne psychisch zu dekompensieren. Viele Phänomene der Therapie lassen sich also auch unter der Problem- und Ressourcenperspektive be-trachten. Im Therapieprozess würde es darauf ankommen, die inneren und äußeren Problembewältigungsfaktoren des Patienten zu eruieren und gegebenenfalls diese zu aktivieren. Das kann eine innere Wappnung gegen problematische Anforderungen sein, ebenso wie die Ermutigung, außerhalb Hilfe zu holen. Die Fähigkeit, Hilfe zu organisieren und ohne Scham zeitweilig in Anspruch zu nehmen, fehlt vielen Psychotherapiepatienten. Hilfe zu organisieren ist Teil einer gesunden psychosozialen Kompetenz. Die Ressourcenaktivierung kann schon früh im Therapieprozess versucht werden und wirken, am ehesten durch eine konkrete Ermutigung.

Persönliche (interne) Bewältigungsressourcen können sein:

- Partnerschaftszufriedenheit;
- gutes psychisches Befinden, z.B. Selbstvertrauen und Optimismus;
- eine hohe Selbstwirksamkeitserwartung und ein hohes Selbstwertgefühl;
- Wissen über Problemlösungsstrategien:
- Aktivität statt Rückzug;

- Muße statt Alkohol, Bewegung statt Fernsehen etc.;
- das kritische Auseinandersetzen mit Alternativen, das Abwägen und Erkunden verschiedener Möglichkeiten;
- das Aushalten von Widersprüchen.

Äußere (externe) Bewältigungsressourcen können sein:

- Unterstützung durch den Partner;
- eine als gerecht eingeschätzte Arbeitsteilung;
- materielle Ressourcen in Form eines ausreichenden Haushaltseinkommens, einer ausreichend großen Wohnung etc.;
- finanzielle Unterstützung von außen;
- ausreichende Unterstützung durch Familienmitglieder, Freunde, Berater, Kolle-gen, Chefs oder Hilfsorganisationen und andere soziale Beziehungen in Form von Mithilfe im Alltag, finanzielle Zuwendungen und Orientierungshilfen;
- ausreichende Handlungsspielräume.

Erste kleine Erfolge beim Problemlösen können das Selbstwertgefühl stärken und Hoffnung auf weitere Fortschritte machen. Der Fokus liegt auf Problembenennung und ihre Lösungen. Das ist schon nahe dran an einer Verhaltenstherapie. Die Lösungsperspektive wurde erst vor 30 Jahren auch für die Psychoanalyse erschlossen (beispiels-weise durch Peter Fürstenau, Entwicklungsförderung durch Therapie, München 1992). Der Schwerpunkt liegt in dieser Perspektive auf die Aktivierung der Selbstheilungskräfte und weniger auf der Analyse der Genese. Die Idee ist, dass an den Problemursachen – besonders wenn sie lange zurückliegen – nur noch wenig bis nichts geändert werden kann, und es hilfreicher ist, hier und jetzt alltagstaugliche und befriedigende Lösungen zu finden. Wichtig ist, Patienten nicht zu schnell mit einem Ratschlag abzuspeisen. Im Großen und Ganzen ist die Problemaufdeckung und die Lösungsperspektive mit das hilfreichste und erfolgversprechendste therapeutische Vorgehen für den Patienten, ohne dass die übrigen Perspektiven vernachlässigt werden dürfen.

4.7 Psychosomatische Perspektive

Alle mentalen Phänomene haben immer auch eine biologische Dimension, viele psychische Störungen gehen einher mit körperlichen Symptomen. Schocks, permanenter Ärger, chronische Überforderung und Selbstzweifel äußern sich in einer Fülle von mehr oder minder schweren körperlichen Beschwerden. Die Fülle der Kombinationen kann hier nicht dargestellt werden. Jedenfalls ergeben sich daraus neue und weitere Aufgaben für die Therapeuten, denn sie sollten die körperliche Seite des psychischen Geschehens immer mitbedenken und über die möglichen Zusammenhänge in-formiert sein. Konkret geht es um psychosomatisches Wissen. Die symptomübergreifende Perspektive, die an anderer Stelle „integrierte Tiefenpsychologie“ genannt wurde, erfordert die Zusammenarbeit mit den Ärzten, das Berücksichtigen somatischer Befunde zum Beispiel aus früheren Klinikaufenthalten und Überlegungen zur Medikation. Grundsätzlich gilt, dass etwa bei chronischen Kopfschmerzen, hartnäckiger Schlaf-störung, Herzstechen und -rasen oder Schwindel eine körperliche Abklärung erfolgen muss. Einige Symptome im Zuge einer psychischen Störung dürfen und müssen in der Hand eines behandelnden Körpermediziners bleiben. Umgekehrt kann es vorkommen, dass Körpermediziner bei aller vertretbaren Diagnostik keine somatische Veränderung feststellen und dem Patienten raten, zum Psychologen zu gehen.

Auch hier sind die möglichen Kombinationen und Schwierigkeiten nicht gerade unendlich, aber doch ziemlich vielfältig. Ein echtes Problem ist die Angst vieler Patienten vor Medikamenten geworden, was die notwendige therapieunterstützende Medikamenten-einnahme deutlich erschwert. Vergleichende Studien über die Effektivität von Psycho-therapie oder Medikation als jeweils alleinige Maßnahme oder von beiden Ansätzen zusammen zeigen übereinstimmend, dass „Neurochem“ (Medikamente) und „Neuro-chat“ (Psychotherapie) einander zur optimalen Behandlungsform ergänzen. Beide An-sätze zugleich angewendet verstärken den positiven Effekt.

Wie der Geist ist der Körper in ständiger Bewegung. In einem Status der Gesundheit reguliert sich der Körper selbst im Sinne einer Homöostase. Die Selbstregulation kann unter Stress (was immer es konkret sein mag) wie auch im Normalzustand schleichend oder plötzlich entgleisen. Genauer gesagt stehen Botenstoffe nicht mehr im gewöhnlichen Umfange zur Verfügung, was organische Fehlfunktionen zur Folge hat. Die Wirkungen der verschiedenen im Körper aktiven Substanzen (wie Serotonin, Noradrenalin, Acetylcholin, CRH, DHEA, Oxytocin, Östrogen, Gestagen, Progesteron, Prolactin, Testosteron, Tryptophan, Dopamin, Kortisol, Cortison, Adrenalin, jodhaltigen Hormone, Insulin, Vitamine und Mineralien) sind erstaunlich vielschichtig und kompliziert. Ist im Körper das Hormongleichgewicht gestört, kann dies zu Krankheiten wie der Depression führen. Eine mögliche Ursache der Depression ist eine Störung des Hormonhaushaltes im Gehirn. Alle sinnvollen therapeutischen Maßnahmen haben die Normalisierung und Wiederherstellung des natürlichen hormonellen Gleichgewichts zum Ziel. Es leuchtet ein, dass dies auch über Medikamente versucht werden muss; bei schweren Depressionen ist eine alleinige gesprächsweise Psychotherapie sinnlos.

Eine der wichtigsten Botenstoffe sind Hormone der Schilddrüse. Schilddrüsenhormone haben Eigenschaften, welche die Psyche beeinflussen können. Eine Schilddrüsenunterfunktion kann wie eine Depression mit Reizbarkeit, Überforderungsgefühlen, Konzentrationsstörungen, erhöhte Ängstlichkeit und Schlafstörungen aussehen. Eine Schilddrüsenüberfunktion (Hyperthyreose) zeigt sich in Unruhe (Rastlosigkeit), Ungeduld (Reizbarkeit), Wutausbrüchen schon bei kleinen Anlässen und Schlaflosigkeit. Bei Erkrankungen der Schilddrüse sind diese psychischen Symptome hormonell bedingt und kein Ausdruck einer psychischen Störung. Die Untersuchung der Schilddrüse vor Aufnahme einer Psychotherapie ist unbedingt angezeigt. Die Hormonsubstitution durch ein entsprechendes Medikament kann die genannten Symptome rasch lindern. Ob dann noch eine Psychotherapie indiziert ist, muss eine weitere Befragung ergeben. Es ist also zu warnen vor einer voreiligen psychischen oder psychosomatischen Diagnose. Jedenfalls ist die Möglichkeit einer gar nicht so seltenen hormonellen Fehlfunktion ein weiteres Argument dafür, als Therapeut eng mit Körpermedizinern zusammen zu arbei-ten.

Literatur: Köhler, Thomas (2009) *Medizin für Psychologen und Psychotherapeuten*. 2. Auflage Stuttgart (Schattauer). Blick ins Buch bei Amazon: http://tinyurl.com/d6rkro4.

4.8 Neurowissenschaftliche Perspektive

Das Wissen um die Funktionsweise des Gehirns hat sich in den vergangenen Jahr-zehnten dank bildgebender Verfahren enorm erweitert. Mediziner und Forscher sind in der Lage, aktive von „ruhigen“ Arealen unter definiertem Einfluss zu unterscheiden. Was könnte das für die Psychotherapie bedeuten? Ergibt sich daraus eine zusätzliche Perspektive?

Mit Nachdruck hat sich der vor wenigen Jahren verstorbene Berner Therapieforscher Klaus Grawe in seinem Buch *Neuropsychotherapie* (2004) für die Aufnahme hirnphysiologischer Kenntnisse in die Psychotherapie ausgesprochen. Es ist unbestritten, dass alle psychischen Funktionen ein biologisches Korrelat, eine somatische Grundlage haben. Ohne Körper gibt es nichts Mentales, und umgekehrt schlägt sich alles Mentale in Körperlichkeit nieder. Es liegt nahe anzunehmen, dass eine Änderung auf einer Ebene irgendeine Änderung auf der anderen nach sich zieht, noch genauer: eine Ver-besserung (wie immer man sie definieren mag) bedeutet eine Verbesserung des Gesamtsystems. Auf der anderen Seite steht der Mensch immer noch vor der unbegreiflichen Tatsache, dass sich Bilder von Erlebnissen mitsamt Gefühlen im Kopf erhalten, die in gefühllosen Nervenbündeln abgelegt sind. Der somatische Prozess der Gedächtnisbildung und die Umsetzung von chemisch-elektrischen Signalen in bewusste Bilder bleiben bis auf weiteres rätselhaft. Weder wird sich Psychisches auf Biologie reduzieren lassen, noch wird sich die Biologie des Gehirns gezielt im Sinne einer psychischen Verbesserung manipulieren lassen (von der medikamentösen Beeinflussung abgesehen).

Der Therapeut sollte offen bleiben für neurobiologische Modelle, doch die psychodynamischen Modellvorstellungen bleiben vorläufig gültig und praktikabel. Es ist unbestritten, dass sich die Aktivitätsinseln im Gehirn eines Depressiven oder einer Traumatisierten unter Psychotherapie verändern, aber es ist bis auf weiteres nicht möglich, gezielt in die Amygdala oder das limbische System einzugreifen, auf dass eine Verbesserung des psychischen Befindens erfolgt. Noch weniger kann man sich das beim Vorhandensein von Konflikten vorstellen. Hier ist nur denkbar, über mentale Fähigkeiten eine Lösung zu versuchen. Und welchen Vorteil hätte es für einen Patienten, wenn man ihm sagt, sein Schwierigkeiten liegen in der bindungstraumatisch verminderte präfrontale Modulation basaler limbischer Strukturen? Beziehungstheoretische Vorstellungen sind doch viel plausibler.

4.9 Psychodynamische Perspektive

Die psychodynamische Perspektive ist grob gesprochen die Sicht der gesamten Tiefenpsychologie auf den Menschen einschließlich der Grundannahme, dass es Unbewusstes gibt und dass dieses Unbewusste das Individuum prägt. Im engeren Rahmen der Diagnostik wird darunter die (vorläufige) Beantwortung der Frage verstanden, wie jemand wurde, was er ist. Das Grundschema ist einfach: Ein (junger) Mensch erlebt etwas und reagiert darauf. Die Reaktionsmöglichkeiten sind vielfältig, aber letztlich sucht das Individuum aus einem überschaubaren „Korb“ von Möglichkeiten seine heraus. Nicht nur hier ist das Einfühlungsvermögen des Therapeuten gefragt. Ein Mensch erlebt ein Trauma, eine Kränkung, eine Freude und reagiert darauf gemäß seinem Charakter mit Rückzug, Aufmerksamkeitssuche, Rollenübernahmen oder erhöhter Beitragsleistung. Im Rückblick ergibt sich derart oft ein schlüssiger Entwicklungsstrang, der dem Patienten zu seiner Selbsterkenntnis erläutert werden sollte. Die Psychodynamik ist natürlich real komplizierter, weil oft mehrere Personen, die Erwartungen des Milieus und objektive Zwänge mit hineinspielen. Der Therapeut muss sich dabei vor dem so genannten Rückschaufehler hüten. Die tatsächliche Entwicklung kommt uns nachträglich viel wahrscheinlicher vor, als sie es zum Zeitpunkt der aktuellen Situation war. So erscheinen im Rückblick alle Ereignisse folgerichtig. Tatsächlich hätte zu jedem Zeitpunkt die Entwicklung vermutlich auch einen anderen Weg nehmen können. Die tatsächliche Entwicklung ist immer die Resultante eines komplexen Geflechts von Möglichkeiten, die sich durch Einwirkung unterschiedlicher Kräfte sowie durch puren Zufall einen oftmals unvorhergesehenen Fortgang sucht.

Die Psychodynamik gehört aber fast schon nicht mehr zur Diagnose, sondern vornehmlich in den entsprechenden Berichtspunkt. Andererseits ergibt sich aus der vorläufigen Kenntnis des Patienten eine Idee zum dynamischen Gewordensein (Genese) seiner psychischen Störung.

4.10 Weitere Perspektiven

Je weiter man nachdenkt, umso vielfältiger werden die möglichen Blicke auf den Menschen. Man könnte zum Beispiel mit Alfred Adler den Patienten befragen, wie er die großen Lebensaufgaben gelöst hat. Dazu gehören seine Stellung im Beruf, seine Freundschaften, die Qualität seiner Ehe oder Partnerschaft, seine Einbindung in den größeren Rahmen der Kultur, der Grad seiner Individuation und die körperliche Selbstfürsorge. Man könnte genauso mit Carl Gustav Jung den Grund aller Neurosen im Abfall von Gott sehen und die Rückkehr in den Glauben zum Hauptheilungsinstrument machen. Sie tauchen nicht in Lehrbüchern auf, weil sie zu unspezifisch sind und zu ausgedacht erscheinen.

5. Tests

Mehr als andere Richtungen verwenden Verhaltenstherapeuten Tests, um zu einer gesicherten Diagnose zu kommen. Die Zahl diesbezüglicher Tests ist unübersehbar, und es gibt keine Instanz, die einem bei der Auswahl hilft. Einige Tests sind gebräuchlich, zum Beispiel in Kliniken, andere eher unbekannt. Wie unter den Schulenrichtungen gibt es bei den Tests einen Wettstreit um Vorherrschaft, Bekanntheit und Popularität. Ich persönlich frage mich, ob Tests schneller und präziser das herausfinden, was ich durch ein Vieraugengespräch erfasse. Eigene Erfahrungen zeigen, dass Tests den Gesprächsfluss stören; ein ernsthafter Dialog hat einen anderen Rhythmus als ein Test und eine Testauswertung. Andererseits sollte man vor Tests keine Scheu haben und sie dosiert einsetzen. Beispielsweise kann die Wiederholung von Tests recht anschaulich den Verlauf einer Therapie abbilden. Angemessen eingesetzt geben Testergebnisse einen zusätzlichen Anhaltspunkt.

Der Umfang des Einsatzes strukturierter Tests ist wie gesagt Geschmacksfrage. Ich selbst benutze einen selbst gebastelten Selbstbeurteilungsfragebogen unmittelbar zu Beginn einer Therapie und nach jeweils sechs Monaten. Der Therapiefortschritt lässt sich anhand einer Zahl plastisch verdeutlichen. Sehr nützlich ist der Beck-Depressionstest (Beck Depressions-Inventar, BDI), der innerhalb von zehn Minuten einen aussagekräftigen Punktwert liefert. Ein „Fragebogen Persönlichkeitsstörungen“ (zum Beispiel aus Beck/Freeman (1993): *Kognitive Therapie der Persönlichkeitsstörung*. Weinheim, S.319-323) liefert Hinweise über die Charakterstruktur bzw. eine Charakterstörung (siehe 4.5.1). Leicht auszuwerten ist der ISR-Fragebogen (ICD-10-Symptom-Rating), ein Selbstbeurteilungsinstrument (kostenloser Download unter http://www.iqp-online.de/index.php?page=download). Die Deutsche Psychotherapeutenvereinigung hatte im Heft 3/2010 ihrer Zeitschrift *Psychotherapie aktuell* unter der Überschrift „Immer öfter eine gute Wahl: Lizenzfreie Testverfahren“ eine Reihe von Tests empfohlen, darunter auch den ISR und einen für Kinder- und Jugendlichentherapeuten. Auch Nichtmitglieder können die Zeitschrift erwerben (bgst@dptv.de, siehe http://www.deutschepsychotherapeutenvereinigung.de/index.php?id=718).

6. Antragstellung

Das Folgende ist aus: Reimer, Christian; Rüger, Ulrich (2006) Psychodynamische Psychotherapien. Lehrbuch der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapieverfahren. Dritte, vollständig neu bearbeitete und aktualisierte Auflage, Heidelberg (Springer), S.368-370, und betrifft einen Langzeittherapieantrag für einen Erwachsenen im tiefenpsychologisch fundierten Verfahren:

1. Schilderung der Klagen des Patienten und der Symptome zu Beginn der Behandlung

»Hierzu gehören nicht nur die Spontanangaben des Patienten, sondern auch eine chronologische Einordnung der Beschwerdeentwicklung mit konkreten zeitlichen Angaben, krankheitsfreien Intervallen, Widerauftreten von Symptomen etc.

Es muss klar werden, warum der Patient eben zu diesem Zeitpunkt (z. B. wenn die Symptome schon länger bestehen) und durch wen oder was veranlasst, den Therapeuten konsultiert.

2. Kurze Darstellung der lebensgeschichtlichen Entwicklung

Diese sollte hinreichende Angaben zur Familienanamnese sowie zur körperlichen und psychischen, insbesondere zur sozialpsychologischen Entwicklung des Patienten mit besonderer Berücksichtigung der familiären und beruflichen Situation, des Bildungsganges und der Krisen in phasentypischen Schwellensituationen, enthalten. Auch hierbei sind die Angaben des jeweiligen Lebensalters bzw. von Jahreszahlen sehr hilfreich, um sich ein hinreichendes Bild von der Biographie des Patienten machen zu können. Die strukturierte biographische Darstellung soll dem Gutachter ermöglichen, sich ein Bild von der prämorbiden Persönlichkeit des Patienten und von seinen persönlichkeitstypischen Umgehensweisen mit aktuellen Konflikten machen können.

Häufig fehlen in den Anträgen hinreichende Angaben zur aktuellen Lebenssituation, z. B. zur aktuellen beruflichen Situation, zu Partnerschaft, zu Familie etc. Stattdessen finden sich ausführliche Angaben zu der oft schwer objektivierbaren Frühgenese.

Wenn sich Krankheit im gegenwärtigen Erwachsenenleben manifestiert, so ist es unerlässlich, die aktuellen Lebensbedingungen, innerhalb derer sich die Krankheit abspielt, hinreichend darzustellen. Dies ist v. a. im Hinblick auf das Verständnis der unbewussten Konfliktdynamik notwendig, die sich über die auslösende Versuchungs- und Versagenssituation erschließt.

3. Krankheitsanamnese

Hierzu zählen eine übliche medizinische Anamnese und bisher durchgeführte ärztliche Behandlungen, insbesondere aber auch früher durchgeführte psychotherapeutische Behandlungen.

4. Psychopathologischer Befund zum Zeitpunkt der Antragstellung

Neben einem konsistenten psychopathologischen Befund sollte der psychische Befund auch eine differenzierte Darstellung der Persönlichkeit des Patienten mit Berücksichtigung von Motivation und Voraussetzungen für eine Psychotherapie enthalten. Schließlich ist es zweckmäßig -

wenn auch bisher in den Psychotherapierichtlinien nicht gefordert - hier Angaben zum Strukturniveau eines Patienten zu machen (z. B. im Rahmen einer operationalisierten psychodynamischen Diagnostik; vgl. Arbeitskreis OPD).

Der psychopathologische Befund umfasst die psychiatrisch relevanten Anteile der Persönlichkeit:

- Bewusstsein
- Aufmerksamkeit und Konzentration
- Gedächtnis
- Orientierung
- Wahrnehmung
- denken
- Effektivität
- Antrieb

Beispiel aus Leichsenring 2006, S. 19: »Die Patientin ist wach, bewusstseinsklar und zu allen Qualitäten orientiert. Aufmerksamkeit und Konzentrationsfähigkeit sind leicht eingeschränkt, so kann die Patientin nur schwer einem langen Spielfilm folgen; das Gedächtnis ist ungestört. Es findet sich kein Anhalt für halluzinatorisches oder paranoides Erleben, das Denken ist etwas verlangsamt und auf pessimistische Zukunftsvorstellungen eingeengt. Der Effekt ist deutlich depressiv, der Antrieb mäßig vermindert. Es besteht ein weit gehender Verlust von Lebensfreude und Zukunftsperspektive. Suizidalität ist nicht vorhanden.«

5. Somatischer Befund

Hier sind die Ergebnisse von körperlichen Untersuchungen mitzuteilen, die sich auf die vorliegende Erkrankung beziehen. Die entsprechenden Befunde dürfen nicht älter als drei Monate sein. Im Rahmen der nach dem Gesetz über die Berufe des psychologischen Psychotherapeuten und des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten revidierten Psychotherapierichtlinien ist hier von psychologischen Psychotherapeuten ein ärztlicher Konsiliarbericht vorzulegen.

6. Psychodynamik der neurotischen Erkrankung

Hierbei handelt es sich um *den zentralen Punkt der Antragstellung*. An dieser Stelle soll das ätiologische Verständnis der vorliegenden Erkrankung deutlich werden. Unklarheiten führen hier oft zur Nichtbefürwortung eines Antrags. Nach Faber und Haarstrick soll dieser Punkt »die epikritische Erfassung der anamnestischen Daten erkennen lassen und den ätiologischen Rang pathogener Faktoren einsichtig machen« (Faber-Haarstrick-Kommentar Psychotherapie-Richtlinien, 7. Aufl.; vgl. Rüger et al. 2005, S. 16). Dabei muss aus der Darstellung der Biographie die prämorbide neurotische Persönlichkeitsstruktur erkennbar werden, vor deren Hintergrund es in einer aktuellen Konfliktsituation (Auslösesituation) zur neurotischen oder psychoso-

matischen Symptombildung kommt. Damit geht die psychodynamische Sicht über eine rein konditionalistische Betrachtungsweise hinaus, in der jedes Lebensereignis ein gleiches Gewicht und eine gleichrangige Bedeutung für das Auftreten einer Erkrankung hat. Die aktuell wirksame Psychodynamik stellt damit das ätiopathogenetische Bindeglied zwischen der prämorbiden neurotischen Persönlichkeit und der aktuellen Symptomatologie dar.

Mängel bei der Antragstellung finden sich hier in folgenden Punkten: Oft wird die für die Strukturbildung verantwortliche biographische Entwicklung lediglich auf die frühe Kindheit beschränkt dargestellt, ohne dass die aktuelle Situation und die zugehörige aktuelle Konfliktdynamik hinreichend deutlich werden. Bisweilen wird hier auch nur die Lebensgeschichte des Patienten mit ihren vielfältigen Belastungen noch einmal zusammengefasst dargestellt, ohne dass die für die vorliegende Symptomatik verantwortliche aktuelle Psychodynamik (auslösende Konflikte, Wegfall von kompensierenden Arrangements etc.) hinreichend gewürdigt wird. Auch die Aufzählung von Realkonflikten ohne Würdigung ihrer unbewussten Bedeutung erfüllt die Anforderungen an die darzustellende Psychodynamik nicht.

Gerade für die differenzielle Indikationsentscheidung bezüglich einer analytischen Psychotherapie oder einer tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie ist die Klärung der Psychodynamik von großer Bedeutung: Immer wenn bei einem Patienten dessen gesamte biographische Entwicklung durch sehr ungünstige und starre repetitive Beziehungsmuster gekennzeichnet ist, die im Sinne eines Wiederholungszwangs immer ähnliche Konflikte bewirken, sollte die Indikation einer analytischen Psychotherapie erwogen werden. Da, wo ein aktueller neurotischer Konflikt mit einer entsprechenden Symptomatik im Vordergrund steht, ist in der Regel eine tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie indiziert. Selbstverständlich haben aktuelle neurotische Konflikte auch ihre biographische Vorentwicklung; nur handelt es sich hier häufig nicht um unbewusst arrangierte Konflikte, sondern eher um akzidentielle Ereignisse (Verluste, Veränderungen im sozialen Umfeld etc.). Diese wirken dann nur beim Vorliegen einer bestimmten prämorbiden Persönlichkeitsstruktur als spezifische und krankheitsmitbedingende Auslöser.

Allerdings bestimmt letztlich nicht die Diagnose und auch nicht unbedingt die Art der Psychodynamik, sondern die Zielsetzung der Behandlung die Wahl des Behandlungsverfahrens.

7. Neurosenpsychologische Diagnose zum Zeitpunkt der Antragstellung

Wünschenswert sind eine Einordnung entsprechend der »International Classification of Diseases- (ICD-)10« (deskriptiv) und eine neurosenpsychologische Erfassung (psychodynamisch) sowie die Berücksichtigung des Strukturniveaus (z. B. OPD).

In jedem Fall muss sich die diagnostische Erörterung und Einordnung auf die unter Punkt 1. (Symptomatik) und Punkt 4./5. (Befund) erhobenen Daten beziehen.

Der Berichtspunkt Diagnose bietet Raum für differentialdiagnostische Überlegungen. Da die Symptomatik meist nicht eindeutig ist, wäre hier Gelegenheit, in ein paar Sätzen weitere Diagnosemöglichkeiten zu erörtern, eventuell mit einer kurzen Begründung, warum man sich für diese und nicht eine andere Diagnose entschieden hat.

8. Behandlungsplan und Zielsetzung der Therapie

Hier ist nicht nur die Behandlungsbedürftigkeit als solche darzulegen, sondern insbesondere die Wahl des Behandlungsverfahrens zu begründen. Dabei muss auch das Gebot der Wirtschaftlichkeit beachtet werden; d. h., das aufwändigere Verfahren muss gegenüber dem weniger aufwändigen Verfahren hinreichend begründet sein. Nicht ausreichend ist z. B. die Feststellung, dass der Patient für ein bestimmtes Verfahren geeignet ist, vielmehr muss dieses unter den infrage kommenden Verfahren das sinnvollste und zweckmäßigste sein.

Ebenso ist die Zielsetzung der Behandlung hinreichend herauszuarbeiten. Dabei »muss ein Zusammenhang nachvollziehbar dargestellt werden zwischen der Art der neurotischen Erkrankung, der Sitzungsfrequenz, dem Therapievolumen und dem Therapieziel, das unter Berücksichtigung der nach den Psychotherapie-Richtlinien begrenzten Leistungspflicht der Krankenkasse als erreichbar angesehen wird« (Faber-Haarstrick-Kommentar Psychotherapie-Richtlinien, 7. Aufl.; vgl. Rüger et al. 2005, S. 59).

Die Behandlungsplanung hat sich dabei hinsichtlich ihrer Zielsetzung auf die Heilung oder Linderung von seelischer Krankheit auszurichten und zu begrenzen. »Zielvorstellungen, die eine Entfaltung und Konstituierung der Persönlichkeit anstreben, liegen außerhalb der kassenärztlichen Krankenbehandlung; sie können nur dann eine Therapie im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung rechtfertigen, wenn der Nachweis des ätiologischen Zusammenhangs einer Persönlichkeitsstörung mit seelischer Krankheit erbracht werden kann« (Faber-Haarstrick-Kommentar Psychotherapie-Richtlinien, 7. Aufl.; vgl. Rüger et al. 2005, S. 20). Ausdrücklich wird von den Kommentatoren hervorgehoben, dass Gegenstand einer von der Solidargemeinschaft finanzierten Psychotherapie nicht »eine neurotische Entwicklung« als solche sein kann, sondern eine aktuell vorliegende psychische Erkrankung - selbstverständlich unter Berücksichtigung der ihr vorangegangenen Lebensentwicklung und damit verbundenen Psychodynamik.

Insgesamt soll der Behandlungsplan aus den bisher erhobenen Befunden, der Psychodynamik und der Diagnose der neurotischen Erkrankung entwickelt werden. Es genügt also nicht, lediglich das geplante Therapieverfahren zu erwähnen. Zumindest ist differenzialindikatorisch die Wahl des Verfahrens mit Bezug auf den Patienten und seine Erkrankung zu erläutern. Die Wahl eines Behandlungsverfahrens wird grundsätzlich nicht durch die Diagnose der seelischen Erkrankung, sondern durch die Zielsetzung der Behandlung bestimmt.

Dabei ist maßgeblich, für welches therapeutische Vorgehen eine nachhaltige Änderung der für aktuelle krankheitswertige Beschwerden verantwortlichen innerpsychischen Krankheitsdispositionen erreicht werden kann. Hier wird vielfach bereits das Erreichen von wichtigen Teilzielen als sinnvoll zu werten sein, wenn dadurch eine positive Gesamtentwicklung zu erwarten ist und bis dahin bestehende ungünstige Circuli vitiosi unterbrochen werden können (Faber-Haarstrick-Kommentar Psychotherapie-Richtlinien, 7. Aufl.; vgl. Rüger et al. 2005, S. 28-29). Damit stellen sich im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung unter Berücksichtigung von § 70 SGB V im konkreten Einzelfall nach Rudolf u. Rüger (2001) jeweils die Fragen:

- Welches Therapieziel kann mit
- welcher therapeutischen Methode,
- in welchem Zeitaufwand
- unter Berücksichtigung der Ausgangslage des Patienten erreicht werden?

8. Prognose der Psychotherapie

Hier ist insbesondere zu den Entwicklungsmöglichkeiten des Patienten im Rahmen des gewählten Verfahrens und bezogen auf die Zielsetzung der Behandlung Stellung zu nehmen.

Die prognostische Einschätzung soll durchaus kritisch, auch unter Berücksichtigung von zu erwartenden Schwierigkeiten und Einschränkungen, erfolgen, damit bei einem Fortführungsantrag die zwischenzeitliche Entwicklung unter Bezug auf die ursprüngliche Einschätzung dargestellt werden kann.

Das Gutachterverfahren gilt als Maßnahme interner, einzelfallbezogener Qualitätssicherung. Durch die Gesetzgebung der letzten Jahre entstanden immer mehr Anforderungen, Qualität im Gesundheitswesen durch Qualitätssicherungsmaßnahmen zu überprüfen und zu verbessern; hierbei sollen auch externe, d. h. objektiv überprüfbare Kriterien Anwendung finden. Neben Befürchtungen, dass dadurch die Individualität und Komplexität psychischer und sozialer Patientenprobleme sowie die vielfältigen Wirkmechanismen der psychotherapeutischen Situation verfälscht und «standardisiert« werden, gibt es auch Bemühungen, diese Herausforderung anzunehmen.« (Ende des Zitats aus Reimer, Christian; Rüger, Ulrich (2006) Psychodynamische Psychotherapien.)

Ich möchte noch ergänzen: Aus dem, was der Therapeut über den Patienten erfahren hat, ergibt sich auch die Prognose. Die Reife oder Unreife der Charakterstruktur (siehe 4.5) lässt ein Abschätzen zu, ob der Patient über ausreichende Ressourcen verfügt, um seinen Alltag *und* die Entwicklungsanforderungen einer Therapie zu meistern. Obwohl in Punkt 4.5 bereits thematisiert, sollen hier noch einmal Hinweise zu prognostischen Merkmalen gegeben werden, wie sie in der diagnostischen Phase erhoben werden.

Tabelle 5: Prognostische Merkmale

Leidensdruck	„Der nächste Motor der Therapie ist das Leiden des Patienten und sein daraus entspringender Heilungswunsch“ (Freud 1913). Im gegenteiligen Fall zieht der Patient z.B. mehr Nutzen als Leiden aus seiner Symptomatik.
Krankheitsgefühl	Der Patient anerkennt rational und emotional, daß er krank ist und Hilfe braucht. Im gegenteiligen Fall wird das Kranksein verleugnet (z.B. bei der Magersucht als das Bemühen, eine schlanke Figur zu bekommen).
Veränderungswunsch	Der Veränderungswunsch beschränkt sich nicht auf den Wunsch nach Symptomwegfall, sondern schließt auch die Absicht ein, die inneren Einstellungen und äußeren Gegebenheiten zu verändern.
Bereitschaft, selbst aktiv zu werden	Der Patient ist bereit und in der Lage, eigene Beiträge zur therapeutischen Zusammenarbeit zu liefern. Im gegenteiligen Falle überwiegt die passive Erwartung, von einem mächtigen Helfer geheilt oder getragen zu werden.
Bereitschaft zu emotionaler Belastung	Der Patient ist bereit und in der Lage, sich den schmerzlichen Affekten auszusetzen, die zwangsläufig aufkommen, wenn er sich mit seinen unbewältigten Konflikten konfrontiert. Im gegenteiligen Fall vermeidet der Patient emotionale Belastung, indem er die Konfliktthemen nicht an

	sich heranlässt.
Krankheitsgewinn	Das Kranksein schafft Vorteile (erzwungene Rücksichtnahme), die nur schwer aufgegeben werden können.
Einsichtsfähigkeit	Die Fähigkeit und das Interesse, sich selbst introspektiv wahrzunehmen und z. B. Zusammenhänge zwischen der psychischen Verfassung und der Krankheit herzustellen. Im gegenteiligen Falle werden Erklärungen für die eigene Situation bevorzugt außerhalb der eigenen Person gesucht.
Affektdifferenzierung	Fähigkeit, eigene Affekte differenziert wahrzunehmen; Störung dieser Funktion erschwert psychotherapeutische Ansätze des Selbstverständnisses.
Selbstwert	Fähigkeit den eigenen Selbstwert zu regulieren; hohe narzißtische Kränkbarkeit erschwert die selbstkritische Betrachtung der eigenen Situation und ihrer Konflikte.
Impulssteuerung	Fähigkeit, mit eigenen Impulsen steuernd umzugehen; bei Beeinträchtigung tritt an die Stelle des Denkens, Vorstellens und Phantasierens der Impuls, sofort entsprechend dem aktuellen Bedürfnis zu handeln (Agiertendenz).
Autoaggressive Tendenzen	Die Planungs- und Handlungsmöglichkeiten werden durch selbstschädigende, selbstquälerische und selbstzerstörerische Impulse unterlaufen.
Affekttoleranz	Fähigkeit, auch mit intensiven und unlustvollen Affekten steuernd umzugehen; fehlende Affekttoleranz bzw. fehlende Frustrationstoleranz verlangt nach sofortigem Entlastungshandeln (z. B. Ersatzbefriedigungen).
Abwehr	Fähigkeit, Konflikte intrapsychisch auszutragen; bei unreifer Abwehr werden Konflikte nicht intrapsychisch, sondern interpersonell erlebt und werden somit auch nicht von der eigenen Person verantwortet, sondern den anderen zugeschrieben.
Selbst-Objekt-Differenzierung	Fähigkeit, die Quelle bestimmter Intentionen entweder im Selbst oder in den Objekten zu verorten; bei deren Störung kommt es zu projektiven Zuschreibungen und Beziehungsverwicklungen.
Ganzheitliche Objektwahrnehmung	Fähigkeit, Objekte mit guten und schwierigen Seiten wahrzunehmen; bei deren Störung besteht die Tendenz zur Spaltung zwischen nur guten und nur schlechten Objekten.
Kommunikation	Fähigkeit, fremde Affekte zu verstehen und eigene Affekte mitzuteilen; bei Störung dieser Funktion beherrschen Missverständnisse und Verwirrung die Beziehungssituation.
Internalisierung	Fähigkeit, gute innere Objektbilder zu errichten und zu erhalten; bei Störung dieser Funktion hinterlässt die Therapie lange Zeit keine Spuren, das heißt der Patient kann die positiven Beziehungserfahrungen aus

	der Therapie nicht in sich aufbewahren.
Entwicklungsfähigkeit	Der Therapeut sieht bei seinem Patienten entwicklungsfähige kreative Seiten.
Kooperationsfähigkeit	Der Therapeut sieht bei seinem Patienten kooperative motivierte Seiten.
Gegenübertragung	Der Therapeut ist emotional angesprochen durch die Unausweichlichkeit der lebensgeschichtlichen Entwicklung bei seinem Patienten.
Lebensbewältigung	Der Therapeut spürt Respekt für die bisherige Lebensbewältigung seines Patienten.
Verstehen	Der Therapeut versteht gut, um welche Problematik es sich bei dem Patienten handelt.
Kompetenz	Der Therapeut ist überzeugt, dass er mit seinen therapeutischen Mitteln und mit seiner Persönlichkeit diesen Patienten fördern kann. Der Patient hält den Therapeuten für willens und kompetent, ihn zu behandeln.
Therapeutenmotivation	Der Therapeut ist motiviert, die Behandlung bei diesem Patienten durchzuführen.

Quelle: Rudolf, Gerd; Henningsen, Peter (2008) Psychotherapeutische Medizin und Psychosomatik. 6. Auflage, S. 339f.

Grundsätzlich ist es besser, eine nicht zu günstige Prognose zu stellen. Jeder Gutachter weiß, wie schwierig Veränderungsprozesse sind, deswegen wird eine zu günstige Prognose als ‚Anfängerfehler" gesehen und die Anträge werden aus diesen Gründen eher abgelehnt.

7. Theoretischer Eklektizismus und behandlungstechnischer Pluralismus

Alle diese komplizierten Überlegungen sollen dazu dienen herauszufinden, welches therapeutische Handeln für den jeweiligen Patienten zu dem jeweiligen Zeitpunkt am hilfreichsten ist. Zugleich kann der Therapeut dem Patienten einen ersten Hinweis darauf geben, wie vermutlich die Therapie ablaufen wird und was den Patienten erwartet, ob beispielsweise ein eher deutend-konfrontierendes Vorgehen angebracht ist oder ein stärker unterstützendes und abwehrstärkendes Vorgehen.

Aus den gesammelten Daten ergibt sich die Schwere der Pathologie, und es lässt sich die Frage eventuell schon beantworten, ob es sich wohl um eine frühe bzw. präödipale Störung handelt. Es ist nicht unerheblich, ob man sich als Therapeut vornimmt, unbewusste Konflikte bewusst zu machen oder eher an den defizienten Ich-Funktionen zu arbeiten. Oder soll der Patient primär unterstützt und entlastet werden oder geht es vielmehr darum, mit Traumafolgen fertig zu werden? Oder sollen seine Selbsthilfe-Ressourcen gestärkt werden? Ist der Patient überhaupt fähig zur Einsicht und ist er fähig, eine stabile Beziehung zum Therapeuten aufzubauen, die auch Frustrationen verträgt? Ist der Patient noch ausreichend in der Lage, sein alltägliches Leben zu bewältigen? Muss der Patient emotional gehalten werden oder braucht er

Hilfe bei der Lösung eines bewussten Konflikts? Müssen die Selbstheilungskräfte gefördert werden? Bedarf es des Informationstransfers (Psychoedukation)?

Je nach Befund werden die therapeutische Konsequenz und die Wahl des Therapiefokus anders ausfallen:

- Bewusstmachung des Unbewussten,
- Stärkung von Abwehr, Verdrängung oder Sublimierung,
- Ressourcenaktivierung zur Bewältigung von belastenden Situationen oder des Alltags,
- systematischer Aufbau von Ich-Funktionen oder
- Erarbeiten und Einüben neuer Denk- und Verhaltensweisen.

In den probatorischen Sitzungen kann es sich nur um eine Idee zur Therapie handeln. Oftmals ist ein zweigleisiges Vorgehen angebracht: tiefenpsychologisches Verständnis des Gewordenseins des Patienten und eher verhaltenstherapeutische Ertüchtigung für die Zukunft.

Wenig von dem, was frühe Tiefenpsychologen postulierten, hatte Bestand. Vieles von dem, was die Schulengründer formulierten, wurde verworfen, umgebaut und erweitert. Was ihnen wichtig erschien, trat in den Hintergrund, was sie nur antippten, wurde zum Gegenstand umfassender Erforschung. Ihre Definitionen wurden beanstandet und neue, präzisere gefunden. Ihre anthropologischen Aussagen hielten Überprüfungen nicht stand und mussten revidiert werden. Ihre Therapie wird heute – außer in der Sekte orthodoxer Psychoanalytiker – kürzer und zielgerichteter durchgeführt. Das Arsenal der Erkenntnisinstrumente wurde über dogmatische Vorgaben hinaus ausgeweitert. Ihre schon damals fragwürdigen Verallgemeinerungen wurden durch den gesunden Menschenverstand und eine unvoreingenommene Neugier in eine unüberschaubare Differenziertheit möglicher Denk- und Verhaltensformen aufgelöst. Zentral sind nicht mehr das Charisma überwältigender Therapeuten und Forscher, sondern die Entwick-lungschancen der Patienten. Statt eines einzigen Behandlungsansatzes – „Reise ins Unbewusste“, „Abbau des Minderwertigkeitsgefühls“, „Rückkehr zur Religion“ – werden eine Vielzahl von Verfahren eingesetzt.

Seit dem Zweiten Weltkrieg befindet sich die Tiefenpsychologie in einem theoretischen Eklektizismus und einem behandlungstechnischen Pluralismus. Einige bedauern, dass die Reinheit der Lehre nicht aufrechterhalten werden kann, die meisten sehen darin eher eine in der Sache begründete Notwendigkeit. Für den Therapeuten entsteht die Notwendigkeit, sich in mehreren verschiedenen Theoriegebäuden und Denktraditionen zu bewegen, die sich manchmal widersprechen. Wer jedoch nicht mit Scheuklappen seine Therapiesitzungen durchzieht, wird erkennen, dass viele konkrete Beobachtungen an Patienten nicht gut mit bestimmten theoretischen Paradigma zusammenpassen. Die Schulengründer hielten noch starr an ihren Dogmen fest, auch als schon längst klar war, dass ihre Verallgemeinerungen nicht die Buntheit des Lebens abbilden.

Von den Adepten der Tiefenpsychologie wird heute Perspektivenvielfalt und von den tiefenpsychologisch arbeitenden Therapeuten Anpassungsfähigkeit im therapeutischen Vorgehen gefordert. Unter Perspektivenvielfalt wird die Bereitschaft und die Fähigkeit verstanden, die theoretische Ausdifferenzierung der Tiefenpsychologie zur Kenntnis zu nehmen, die vielfältigen Einflüsse auf die Tiefenpsychologie und ihre gegenseitigen Querverbindungen zumindest in groben Zügen zu kennen und in der Therapie mehrere Möglichkeiten der Störungsentstehung ins Kal-

kül zu ziehen. Innerhalb einer konkreten Therapie zwischen verschiedenen Perspektiven zu springen will gelernt sein. Es ist vielleicht nicht jedermanns Sache, zwischen der intrapsychischen, der interpersonellen, der konflikttheoretischen, der beziehungstheoretischen, der strukturtheoretischen, der Beziehungs- und der Ressourcen-Perspektive zu wechseln. Der Wechsel in der kon-kreten Methode kann irritieren, wenn zum Beispiel ein ruhiges, reflektierendes Gespräch durch Tests zerschnitten wird.

Unter Adaptitivität wird die Bereitschaft verstanden, unter steter Reflexion des Prozesses auf die jeweiligen Bedürfnisse des Patienten einzugehen. Faktisch werden Therapeuten ihrer taktischen und strategischen Orientierung, die sie sich anfangs zurecht gelegt haben, nicht aus den Augen verlieren, zugleich aber auch immer schauen, was dem Patienten in der konkreten Stunde und zum Stand seiner Entwicklung mutmaßlich am meisten hilft. Dazu wird ein möglichst breites therapeutisches Instrumentarium benötigt, welches vom Können und von den Vorlieben des Therapeuten ausgewählt wird.

Basisliteratur

Folgende Bücher sind sowohl für die staatliche Prüfung zum PP relevant, als auch für die Ausbildung im Institut für Tiefenpsychologie, Berlin. Die Liste ist bewusst kurz gehalten. Die Bücher sind geordnet von oben nach unten gemäß ihrer Relevanz (nicht alphabetisch). Das heißt, wer Antwort auf eine Frage sucht, fängt am besten mit den erstgenannten Büchern an.

Hiller, Leibing, Leichsenring, Sulz (Hg.) (2004) (Das große) Lehrbuch der Psychotherapie. Bd. 1: Wissenschaftliche Grundlagen der Psychotherapie. 2. Auflage München, CIP-Medien, 350 S., 74,00 Euro, ISBN-13: 978-3932096310

Leichsenring, Falk (Hg.) (2006) Lehrbuch der Psychotherapie. Bd. 2: Psychoanalytische und tiefenpsychologisch fundierte Therapie. München, CIP-Medien, 74,00 Euro, ISBN 3-932096-32-0

Hopf, Hans; **Windaus**, Eberhard (Hg.) (2007) Lehrbuch der Psychotherapie, Bd. 5: Psychoanalytische und tiefenpsychologisch fundierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. (Autoren: Wolfgang Hiller, Eric Leibing, Falk Leichsenring, Hans Hopf, Eberhard Windaus), München, CIP-Medien, 84,00 Euro, ISBN-13: 978-3932096440

Wöller, Wolfgang; **Kruse**, Johannes (2010) Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie. Basisbuch und Praxisleitfaden. 3., überarbeitete und erweiterte Auflage. Stuttgart, Schattauer, 582 S., 49,95 Euro, ISBN-13: 978-3794526642

Rudolf, Gerd; **Henningsen**, Peter (2008) Psychotherapeutische Medizin und Psychosomatik. 6., neu bearbeitete Auflage, Stuttgart (Georg Thieme), Euro, ISBN 978-3131251763.

Rudolf, Gerd (2010) Psychodynamische Psychotherapie. Die Arbeit an Konflikt, Struktur und Trauma. Schattauer, 288 S., ISBN-13: 978-3794527847

Boessmann, Udo (2005) Psychoanalytisch und tiefenpsychologisch fundierte Berichte an den Gutachter schnell und sicher schreiben. Deutscher Psychologen Verlag; 10., durchges. Aufl., 192 S., 40,00 Euro, ISBN-13: 978-3931589363

Boessmann, Udo (2005) Psychodynamische Therapie bei Kindern und Jugendlichen. Deutscher Psychologen Verlag, 2. Aufl., 232 S., 39,90 Euro, ISBN-13: 978-3931589653

ICD-10 (2011) ICD-10-GM 2011: Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme10. Revision - Bearbeitet von Bernd Graubner. Deutscher Arzte-Verlag, 858 S., kostenlos bei der KV (24, 95 Euro), ISBN-13: 978-3769134599

OPD/Arbeitskreis OPD (Hg.) (2009) Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik OPD-2. Das Manual für Diagnostik und Therapieplanung. 2., überarb. Aufl., Bern, Huber, 492 S., 64,95 Euro, ISBN-13: 978-3456847535

Folgende Bücher sind interessant, kommen aber erst in zweiter Reihe:

Jaeggi, Eva; **Riegels**, Volker (2009) Techniken und Theorien der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie. Klett-Cotta, 245 S., 26,95 Euro, ISBN-13: 978-3608945249

Beck, Aaron T.; **Freeman**, Arthur (1999) Kognitive Therapie der Persönlichkeitsstörungen. 4. Auflage, BeltzPVU, 338 S., ISBN-13: 978-3621271554

Grawe, Klaus (2000) Psychologische Therapie. 774 S., Hogrefe, 49,50 Euro, ISBN-13: 978-3801713690

* * *