

Rüger, Ulrich

Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 51 (2002) 1, S. 12-30

urn:nbn:de:bsz-psydok-43444

Erstveröffentlichung bei:

Vandenhoeck & Ruprecht WISSENSWERTE SEIT 1735

<http://www.v-r.de/de/>

Nutzungsbedingungen

PsyDok gewährt ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit dem Gebrauch von PsyDok und der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Kontakt:

PsyDok

Saarländische Universitäts- und Landesbibliothek
Universität des Saarlandes,
Campus, Gebäude B 1 1, D-66123 Saarbrücken

E-Mail: psydok@sulb.uni-saarland.de
Internet: psydok.sulb.uni-saarland.de/

Inhalt

Aus Klinik und Praxis / From Clinic and Practice

Berns, I.: Tiefenpsychologisch fundierte und psychoanalytische Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen aus der Sicht einer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin (Psychotherapy and/or psychoanalysis with children and adolescents: Aspects contributed by a German therapist treating children and adolescents)	39
Bonney, H.: Unsichtbare Väter: Kindliche Entwicklung und Familiendynamik nach heterologer Insemination (DI) (Invisible fathers: Child development and family dynamics after heterologues insemination (DI))	118
Borowski, D.: Tiefenpsychologisch-fundierte Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter aus der Sicht des Gutachters (Depth psychologically founded psychotherapy with children and adolescents from the point of the reviewer)	49
Branik, E.: Störungen des Sozialverhaltens – Therapeutische Möglichkeiten und Grenzen in der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie (Conduct disorders – Therapeutical possibilities and limits of inpatient treatment in child and adolescent psychiatry)	533
Bräutigam, B.; Schnitker, A.: „Es paßt nichts mehr rein“ – Kasuistik einer eßgestörten kurdischen Jugendlichen vor dem familiären Hintergrund politischer Verfolgung (‘‘There isn’t room for anything more’’ – The casuistry of a Kurdish adolescent before the family background of political persecution)	559
Fagg, M.: Beverly Lewis House – Bericht über den Aufbau einer Zufluchtseinrichtung für von Mißbrauchserfahrungen betroffene Frauen mit Lernschwierigkeiten (Beverly Lewis House – Setting up a safe house for women with learning disabilities who have experienced abuse)	653
Frölich, J.; Döpfner, M.; Biegert, H.; Lehmkuhl, G.: Praxis des pädagogischen Umgangs von Lehrern mit hyperkinetisch-aufmerksamkeitsgestörten Kindern im Schulunterricht (Teacher training in the management of children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder)	494
Gensecke, J.; Bauer, A.; Scheder-Bieschin, F.; Lehmkuhl, U.: Drogenkonsum und psychische Störungen bei Jugendlichen mit Straßenkarrieren (Drug usage and psychiatric disorders in street youths)	385
Meng, H.; Bilke, O.; Braun-Scharm, H.; Zarotti, G.; Bürgin, D.: Zur Indikation einer stationären jugendpsychiatrischen Behandlung (About the indication for in-patient adolescent psychiatric treatment)	546
Meng, H.; Bürgin, D.: Soll eine Jugendpsychiatrische Klinik offen geführt werden? – Erste Auswertung von sieben Jahren Erfahrung (Should a psychiatric inpatient treatment of adolescents take place in an open ward? Data from seven years of experience)	373
Pfleiderer, B.: Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen (Depth psychologically founded psychotherapy for children and adolescents) . . .	31

Originalarbeiten / Original Articles

Boeger, A.; Mülders, S.; Mohn, A.: Aspekte des Körperbildes bei körperbehinderten Jugendlichen (Body image of physically handicapped adolescents)	165
Bohlen, G.: Die Erhebung der Selbstwirksamkeit in einer dyadischen Konfliktgesprächssituation zwischen Mutter und Kind an einer Erziehungsberatungsstelle (Measurement	

of self-efficacy in a controversial debating of a mother-child-dyad at a child guidance centre)	341
Brettel, H.; Poustka, F.: Häufungen abnormer psychosozialer Umstände bei jugendlichen Straftätern mit Beeinträchtigungen der Schuldfähigkeit (Accumulation of associated abnormal psychosocial situations in young delinquents with attenuation of penal responsibility)	523
Buddeberg-Fischer, B.; Klaghofer, R.: Entwicklung des Körpererlebens in der Adoleszenz (Development of body image in adolescence)	697
Di Gallo, A.; Amsler, F.; Bürgin, D.: Behandlungsabbrüche in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Ambulanz in Basel: eine Evaluation im Rahmen der Qualitätssicherung (Dropping-out at a child psychiatry outpatient clinic in Basel: An evaluation for quality control)	92
Distler, S.: Behandlungsmotivation, Behandlungszufriedenheit und Lebensqualität aus der Sicht der Eltern an einer kinderpsychiatrischen Einrichtung – ein Beitrag zur Qualitätssicherung (Treatment motivation, treatment satisfaction, and the assessment of life quality in the view of parents in child psychiatry – A contribution to quality assurance) . . .	711
Flechtner, H.; Möller, K.; Kranendonk, S.; Luther, S.; Lehmkuhl, G.: Zur subjektiven Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Störungen: Entwicklung und Validierung eines neuen Erhebungsinstruments (The subjective quality of life of children and adolescents with psychic disturbances: Development and validation of a new assessment tool)	77
Frölich, J.; Döpfner, M.; Berner, W.; Lehmkuhl, G.: Behandlungseffekte kombinierter kognitiver Verhaltenstherapie mit Elternt raining bei hyperkinetischen Kindern (Combined cognitive behavioral treatment with parent management training in ADHD)	476
Haffner, J.; Esther, C.; Münch, H.; Parzer, P.; Raue, B.; Steen, R.; Klett, M.; Resch, F.: Verhaltensauffälligkeiten im Einschulungsalter aus elterlicher Perspektive – Ergebnisse zu Prävalenz und Risikofaktoren in einer epidemiologischen Studie (Parent-reported problems of six year old pre-school children – Prevalence and risk factors in an epidemiological study)	675
Huss, M.; Völger, M.; Pfeiffer, E.; Lehmkuhl, U.: Diagnosis Related Groups (DRG) in der Kinder- und Jugendpsychiatrie: Ergebnisse einer prospektiven Studie (Diagnosis related groups (DRG) in child and adolescent psychiatry: A prospective pilot study)	239
Kaltenborn, E.-K.: „Ich versuchte, so ungezogen wie möglich zu sein“ – Fallgeschichten mit autobiographischen Niederschriften: die Beziehung zum umgangsberechtigten Elternteil während der Kindheit in der Rückerinnerung von jungen Erwachsenen (“I tried to be as naughty as possible.” Case histories based on autobiographical narratives: the relationship with the non-residential parent during childhood remembered by young adults)	254
Ochs, M.; Seemann, H.; Franck, G.; Verres, R.; Schweitzer, J.: Familiäre Körperkonzepte und Krankheitsattributionen bei primären Kopfschmerzen im Kindes- und Jugendalter (Family body concepts and family illness attributions in primary headache in childhood and adolescence)	209
Roth, M.: Geschlechtsunterschiede im Körperbild Jugendlicher und deren Bedeutung für das Selbstwertgefühl (Gender differences in the adolescent's body image and their relevance for general selfesteem)	150
Rudolph, H.; Petermann, F.; Laß-Lentzsch, A.; Warnken, A.; Hampel, P.: Streßverarbeitung bei Kindern und Jugendlichen mit Krebs (Coping in children and adolescents with cancer)	329
Salbach, H.; Huss, M.; Lehmkuhl, U.: Impulsivität bei Kindern mit Hyperkinetischem Syndrom (Impulsivity in ADHD children)	466

Schepker, R.: Jugendpsychiatrische Suchtstationen – notwendig und sinnvoll? Behandlungsverläufe von jugendpsychiatrischer Behandlung und Rehabilitationsbehandlung für jugendliche Drogenabhängige (Is there a need for a separate juvenile drug treatment system? Course of treatment in an adolescent psychiatry and a rehabilitation unit with adolescent drug addicts)	721
Schleiffer, R.; Müller, S.: Die Bindungsrepräsentation von Jugendlichen in Heimerziehung (Attachment representation of adolescents in residential care)	747
Siniatchik, M.; Gerber, W.-D.: Die Rolle der Familie in der Entstehung neurophysiologischer Auffälligkeiten bei Kindern mit Migräne (The role of the family in the development of neurophysiological abnormalities in children suffering from migraine)	194
Waligora, K.: Der Einfluß sozialer Unterstützung durch Eltern und Peers auf körperliche Beschwerden bei Schülerinnen und Schülern (The influence of parental and peer-support on physical complaints in a student population)	178
Zerahn-Hartung, C.; Strehlow, U.; Haffner, J.; Pfüller, U.; Parzer, P.; Resch, F.: Normverschiebung bei Rechtschreibleistung und sprachfreier Intelligenz (Change of test norms for spelling achievement and for nonverbal intelligence)	281

Übersichtsarbeiten / Review Articles

Degener, T.: Juristische Entwicklungsschritte – Vom Tabu zur sexuellen Selbstbestimmung für behinderte Menschen? (Steps of legal development – From taboo to sexual determination for people with developmental disabilities?)	598
Döpfner, M.; Lehmkuhl, G.: Evidenzbasierte Therapie von Kindern und Jugendlichen mit Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) (Evidence based therapy of children and adolescents with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD)) . . .	419
Fegert, J. M.: Veränderung durch Forschung – Die multiplen Aufträge und Ziele eines Praxisforschungsmodellprojekts zur Thematik der sexuellen Selbstbestimmung und sexuellen Gewalt in Institutionen für Menschen mit geistiger Behinderung (Action research in benefit of children and adolescents and adult persons with learning difficulties. Different aims of a practical research project on sexual abuse and sexual self determination in care giving institutions)	626
Günter, M.: Reifung, Ablösung und soziale Integration. Einige entwicklungspsychologische Aspekte des Kindersports (Maturation, separation, and social integration. Children's sport from a developmental psychology perspective)	298
Häußler, G.: Das Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätssyndrom (ADHS) aus psychoanalytischer Sicht (The Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) from a psychoanalytic point of view)	454
Huck, W.; Thorn, P.: Kinder und Familien im Zeitalter der Fortpflanzungstechnologie – neue Fragestellungen im Rahmen der kinderpsychiatrischen Arbeit (Children and families in the age of assisted human reproduction – New challenges within the field of child psychiatry)	103
Miller, Y.; Kuschel, A.; Hahlweg, K.: Frühprävention von externalisierenden Störungen – Grundprinzipien und elternzentrierte Ansätze zur Prävention von expansiven kindlichen Verhaltensstörungen (Early prevention of conduct disorders – Basic principles and parent-based prevention trials of externalizing behavior disorders)	441
Retzlaff, R.: Behandlungstechniken in der systemischen Familientherapie mit Kindern (Working with children in systemic family therapy)	792

Ribi, K.; Landolt, M.; Vollrath, M.: Väter chronisch kranker Kinder (Fathers of chronically ill children)	357
Rüger, R.: Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Depth psychologically founded psychotherapy)	12
Schick, A.; Ott, I.: Gewaltprävention an Schulen – Ansätze und Ergebnisse (Violence prevention at schools: Programs and results)	766
Thomas, H.; Wawrock, S.; Klein, S.; Jeschke, K.; Martinsohn-Schittkowski, W.; Sühlfleisch, U.; Wölkerling, U.; Ziegenhain, U.; Völger, M.; Fegert, J. M.; Lehmkuhl, U.: Umgang mit sexueller Selbstbestimmung und sexueller Gewalt in Wohneinrichtungen für junge Menschen mit geistiger Behinderung – Bericht aus einem laufenden Bundesmodellprojekt (Dealing with sexual self-determination and sexual violence in residential-institutions for young people with mental retardation – Report from an on-going study process)	636
Walter, J.: Vom Tabu zur Selbstverwirklichung – Akzeptanzprobleme und Lernprozesse in der Arbeit mit behinderten Menschen (From taboo to self realization – Problems of acceptance and learning processes in working with people with disabilities)	587
Zemp, A.: Sexualisierte Gewalt gegen Menschen mit Behinderung in Institutionen (Sexualised violence against people with development disabilities in institutions)	610

Buchbesprechungen

Andresen, B.; Mass, R.: Schizotypie – Psychometrische Entwicklungen und biopsychologische Forschungsansätze (O. Bilke)	317
Barthelmes, J.; Sander, E.: Erst die Freunde, dann die Medien. Medien als Begleiter in Pubertät und Adoleszenz (C. von Bülow-Faerber)	408
Bornhäuser, A.: Alkoholabhängigkeit bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Versorgungskonzepte der modernen Suchtkrankenhilfe (R. Ebner)	741
Buddeberg-Fischer, B.: Früherkennung und Prävention von Eßstörungen. Eßverhalten und Körpererleben bei Jugendlichen (I. Seiffge-Krenke)	406
Cierpka, M.; Krebeck, S.; Retzlaff, R.: Arzt, Patient und Familie (L. Goldbeck)	318
Dutschmann, A.: Das Aggressions-Bewältigungs-Programm, Bd. 1-3 (D. Gröschke)	67
Eickhoff, E. W. (Hg.): Jahrbuch der Psychoanalyse, Bd. 43 (M. Hirsch)	315
Frank, R.; Mangold, B. (Hg.): Psychosomatische Grundversorgung bei Kindern und Jugendlichen. Kooperationsmodelle zwischen Pädiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie (J. Wilken)	411
Gabriel, T.: Forschung zur Heimerziehung. Eine vergleichende Bilanzierung in Großbritannien und Deutschland (L. Unzner)	740
Gauda, G.: Theorie und Praxis des therapeutischen Puppenspiels. Lebendige Psychologie C. G. Jungs (B. Gussone)	410
Gloger-Tippelt, G. (Hg.): Bindung im Erwachsenenalter. Ein Handbuch für Forschung und Praxis (K. Brüggemann)	132
Greenspan, S. I.; Wieder, S.: Mein Kind lernt anders. Ein Handbuch zur Begleitung förderbedürftiger Kinder (L. Unzner)	514
Günder, R.: Praxis und Methoden der Heimerziehung. Entwicklungen, Veränderungen und Perspektiven der stationären Erziehungshilfe (L. Unzner)	138
Heineman Pieper, M. H.; Pieper, W. J.: Smart Love. Erziehen mit Herz und Verstand (D. Irlich)	516
Henn, F.; Sartorius, N.; Helmchen, H.; Lauter, H. (Hg.): Contemporary Psychiatry (J. Koch)	230
Heubrock, D.; Petermann, F.: Aufmerksamkeitsdiagnostik (D. Irlich)	669

Heubrock, D.; Petermann, F.: Lehrbuch der Klinischen Kinderneuropsychologie. Grundlagen, Syndrome, Diagnostik und Intervention (<i>K. Sarimski</i>)	66
Hoops, S.; Permien, H.; Rieker, P.: Zwischen null Toleranz und null Autorität. Strategien von Familien und Jugendhilfe im Umgang mit Kinderdelinquenz (<i>C. von Bülow-Faerber</i>)	226
Keenan, M.; Kerr, K. P.; Dillenburger, K. (Hg.): Parent's Education as Autism Therapists. Applied Behavior Analysis in Context (<i>H. E. Kehrner</i>)	225
Kilb, R.: Jugendhilfeplanung – ein kreatives Missverständnis? (<i>L. Unzner</i>)	130
Krucker, W.: Diagnose und Therapie in der klinischen Kinderpsychologie: Ein Handbuch für die Praxis (<i>L. Unzner</i>)	131
Lamprecht, F.: Praxis der Traumatherapie – Was kann EMDR leisten? (<i>P. Diederichs</i>)	135
Lauth, G.; Brack, U.; Linderkamp, F. (Hg.): Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen. Praxishandbuch (<i>D. Gröschke</i>)	228
Lenz, A.: Partizipation von Kindern in Beratung (<i>M. Seckinger</i>)	811
Lutz, R.; Stickelmann, B. (Hg.): Weglaufen und ohne Obdach. Kinder und Jugendliche in besonderen Lebenslagen (<i>I. Seiffge-Krenke</i>)	407
Menzen, K.-H.: Grundlagen der Kunsttherapie (<i>D. Gröschke</i>)	671
Milch, W. E.; Wirth, H.-J. (Hg.): Psychosomatik und Kleinkindforschung (<i>L. Unzner</i>)	668
Muntean, W. (Hg.): Gesundheitserziehung bei Kindern und Jugendlichen. Medizinische Grundlagen (<i>E. Sticker</i>)	136
Nissen, G. (Hg.): Persönlichkeitsstörungen. Ursachen – Erkennung – Behandlung (<i>W. Schweizer</i>)	229
Noterdaeme, M.; Freisleder, F. J.; Schnöbel, E. (Hg.): Tiefgreifende und spezifische Entwicklungsstörungen (<i>M. Mickley</i>)	667
Petermann, F.; Döpfner, M.; Schmidt, M. H.: Aggressiv-dissoziale Störungen (<i>G. Roloff</i>)	814
Petersen, D.; Thiel, E.: Tonarten, Spielarten, Eigenarten. Kreative Elemente in der Musiktherapie mit Kindern und Jugendlichen (<i>C. Brückner</i>)	667
Petzold, H. (Hg.): Wille und Wollen. Psychologische Modelle und Konzepte (<i>D. Gröschke</i>)	319
Poustka, F.; van Goor-Lambo, G. (Hg.): Fallbuch Kinder- und Jugendpsychiatrie. Erfassung und Bewertung belastender Lebensumstände nach Kapitel V (F) der ICD 10 (<i>D. Gröschke</i>)	69
Pretis, M.: Frühförderung planen, durchführen, evaluieren (<i>H. Bichler</i>)	512
Rich, D.: Lernspiele für den EQ. So fördern Sie die emotionale Intelligenz Ihres Kindes (<i>A. Held</i>)	575
Sarimski, K.: Frühgeburt als Herausforderung. Psychologische Beratung als Bewältigungshilfe (<i>M. Naggl</i>)	127
Sarimski, K.: Kinder und Jugendliche mit geistiger Behinderung (<i>D. Irblich</i>)	572
Schacht, I.: Baustelle des Selbst. Psychisches Wachstum und Kreativität in der analytischen Kinderpsychotherapie (<i>B. Gussone</i>)	576
Steinhausen, H.-C.: Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen. Lehrbuch der Kinder- und Jugendpsychiatrie, 4. neu bearb. Aufl. (<i>E. Sticker</i>)	128
Sturzbecher, D. (Hg.): Spielbasierte Befragungstechniken. Interaktionsdiagnostische Verfahren für Begutachtung, Beratung und Forschung (<i>D. Irblich</i>)	739
Szagon, G.: Wie Sprache entsteht. Spracherwerb bei Kindern mit beeinträchtigtem und normalem Hören (<i>L. Unzner</i>)	738
Timmermann, F.: Psychoanalytische Indikationsgespräche mit Adoleszenten. Eine sozialwissenschaftliche Untersuchung (<i>W. Bauers</i>)	578
von Gontard, A.: Einnässen im Kindesalter. Erscheinungsformen – Diagnostik – Therapie (<i>H. Hollmann</i>)	509

von Tetzchner, S.; Martinsen, H.: Einführung in die Unterstützende Kommunikation (<i>D. Gröschke</i>)	68
Walter, M.: Jugendkriminalität. Eine systematische Darstellung, 2. Aufl. (<i>G. Roloff</i>)	815
Weinberger, S.: Kindern spielend helfen. Eine personenzentrierte Lern- und Praxisanleitung (<i>D. Gröschke</i>)	572
Weiß, H. (Hg.): Frühförderung mit Kindern und Familien in Armutslagen (<i>E. Seus-Seberich</i>)	510
Wittmann, A. J.; Holling, H.: Hochbegabtenberatung in der Praxis. Ein Leitfaden für Psychologen, Lehrer und ehrenamtliche Berater (<i>H. Mackenberg</i>)	574

Neuere Testverfahren

Cierpka, M.: FAUSTLOS – Ein Curriculum zur Prävention von aggressivem und gewaltbereitem Verhalten bei Kindern der Klassen 1 bis 3 (<i>K. Waligora</i>)	580
Grimm, H.; Doil, H.: Elternfragebogen für die Früherkennung von Risikokindern (ELFRA) (<i>K. Waligora</i>)	321
Melfsen, S.; Florin, I.; Warnke, A.: Sozialphobie und –angstinventar für Kinder (SPAIK) (<i>K. Waligora</i>)	817
Petermann, F.; Stein, J. A.: Entwicklungsdiagnostik mit dem ET 6-6 (<i>K. Waligora</i>)	71

Editorial / Editorial	1, 147, 417, 585
Autoren und Autorinnen / Authors	59, 126, 224, 331, 399, 507, 571, 665, 736, 811
Zeitschriftenübersicht / Current Articles	59, 400
Tagungskalender / Congress Dates	74, 141, 232, 324, 413, 518, 582, 673, 744, 819
Mitteilungen / Announcements	144, 328, 521, 745, 821

Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie

Ulrich Rüger

Summary

Depth psychologically founded psychotherapy

Depth psychologically founded psychotherapy is a treatment based on psychoanalysis. This article describes the treatment method. The following aspects are especially emphasized: Terminology definitions, historical development, specific differences between depth psychologically founded and analytic psychotherapy, and the treatment practice with the focus on current psychosocial conflicts and the implications connected with these. Then indication, counter-indications and differential indication are discussed, and the status of empirical evaluation is described. Finally the therapist's qualification requirements necessary for this treatment method are explained.

Zusammenfassung

Die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie zählt zu den psychoanalytisch begründeten Behandlungsverfahren. Der Beitrag stellt das Verfahren dar. Dabei werden insbesondere folgende Aspekte berücksichtigt: Begriffsbestimmung, historische Entwicklung, spezifische Unterschiede zwischen tiefenpsychologisch fundierter und analytischer Psychotherapie sowie die Behandlungspraxis mit ihrer Fokussierung auf aktuelle psychosoziale Konflikte und die damit verbundenen Implikationen. Schließlich werden Indikation, Kontraindikation und Differentialindikation diskutiert und der Stand der empirischen Evaluation referiert. Abschließend werden die für dieses Behandlungsverfahren notwendigen Qualifikationsvoraussetzungen auf Seiten des Therapeuten erörtert.

1 Einleitung

Mit der Einführung der Psychotherapie-Richtlinien 1967 wurden auf Vorschlag von Theodor Winkler unter dem Begriff „*Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie*“

die psychoanalytisch begründeten Behandlungsverfahren zusammengefaßt, die sich von der analytischen Psychotherapie durch eine niedrigere Behandlungsfrequenz und ein anderes Behandlungssetting unterscheiden. Die Behandlungen sind in der Regel auf ein wichtiges Teilziel (Fokus) beschränkt – mit der Vorstellung, darüber eine günstige Gesamtentwicklung des Patienten zu erreichen.

Allerdings stehen wir im Hinblick auf die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie vor einem merkwürdigen Widerspruch: Auf der einen Seite handelt es sich hier um das am häufigsten im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung angewandte Behandlungsverfahren. Auf der anderen Seite hat bisher die Gruppe der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapieverfahren im Rahmen der Weiterbildung eine nur sehr nachrangige Rolle gespielt. Die für die Weiterbildung von psychoanalytisch begründeten Behandlungsverfahren bis zur Verabschiedung des Pt-Gesetzes zuständigen „anerkannten“ Weiterbildungsstätten haben sich vornehmlich als „psychoanalytische Institute“ verstanden und nicht so sehr als Einrichtung, die entsprechend den Psychotherapievereinbarungen auch für eine hinreichende Weiterbildung im Bereich aller psychoanalytisch begründeten Behandlungsverfahren zuständig sind.

Dieselbe Situation finden wir in der Literatur vor: Bis vor kurzem gab es auf der einen Seite eine große Zahl von Lehrbüchern, die sich mit Theorie und Praxis der Psychoanalyse bzw. der analytischen Psychotherapie befaßt haben, aber kaum vergleichbare Monographien für die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie – sieht man einmal von den entsprechenden Publikationen von Annemarie Dührssen ab (1972, 1988/1995).

Inzwischen können wir hier von einer neuen Entwicklung sprechen. Die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie erlebt ein zunehmend starkes Interesse. Deutlich wird dies an entsprechenden monographischen Darstellungen oder Zeitschriftenbeiträgen, aber auch an den Themen von Weiterbildungskongressen.

Woran aber liegt es, daß diese Verfahren bis vor kurzem so stiefmütterlich behandelt worden sind? Diese Frage läßt sich sicherlich nicht ohne einen historischen Rückblick beantworten, der darum der nachfolgenden Übersicht vorangestellt werden soll. Zuvor aber noch einige Anmerkungen zum Begriff „tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie“.

2 Anmerkungen zu den Begriffen „Tiefenpsychologie“ und „Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie“

Sigmund Freud hat die Begriffe „Psychoanalyse“ und „Tiefenpsychologie“ zunächst über lange Zeit hin synonym behandelt. Allerdings scheint er dann später den Begriff „Tiefenpsychologie“ doch nach seiner Enttäuschung über den von ihm ursprünglich sehr geschätzten und mit großen Hoffnungen besetzten Eugen Bleuler zunehmend ambivalent erlebt zu haben. Eugen Bleuler hatte der „Psychoanalyse“ als aus seiner Sicht ein zu invasives Verfahren die „Tiefenpsychologie“ gegenübergestellt (vgl. S. Freud 1914).

Möglicherweise hat dieser Dissens mit Eugen Bleuler mit dazu beitragen, daß der Begriff „Tiefenpsychologie“ sich in der weiteren Entwicklung der Psychoanalyse nicht durchgesetzt hat. Vielleicht liegt hier auch eine Wurzel für die relative Mißachtung, manchmal Abwertung, die die tiefenpsychologisch fundierten Behandlungsverfahren von vielen Psychoanalytikern erfahren:

Da wird von „kleiner Psychotherapie“ gesprochen, von „zudeckenden“ oder „stützenden“ Verfahren, die natürlich nicht dasselbe erreichen können wie die analytische Psychotherapie und allenfalls für Patienten in Frage kommen, die die Voraussetzungen für eine Psychoanalyse nicht mitbringen! Typisch ist hier auch Entwicklung und Selbstverständnis der DGPT, der Dachgesellschaft der psychoanalytisch orientierten Fachgesellschaften in Deutschland: 1949 als „Deutsche Gesellschaft für Psychotherapie und Tiefenpsychologie“ (DGPT) gegründet, hat sie zwischenzeitlich mehrfach den Namen gewechselt, um nun dem Begriff „Tiefenpsychologie“ nicht einmal mehr eine drittrangige Position zuzubilligen.

Im Hinblick auf die begriffliche Abgrenzung ist darüber hinaus noch folgendes zu berücksichtigen: Im englischsprachigen und im deutschsprachigen Bereich werden ähnliche oder identische Begriffe häufig nicht synonym verstanden. Dies gilt insbesondere für den Begriff der „analytischen Psychotherapie“. In Deutschland werden darunter psychoanalytische Behandlungen mit einer Frequenz von zwei bis drei Sitzungen/Woche verstanden. Analytische Psychotherapie ist dabei „eine Anwendungsform der Psychoanalyse mit eigenen Zielkriterien ... im Rahmen der Krankenbehandlung“ (Faber u. Haarstrick 1996, S. 44). Dagegen versteht man im amerikanischen Bereich unter dem Begriff „Psychoanalytic Psychotherapy“ eher ein psychodynamisches Behandlungsverfahren, das im Gegenübersitzen mit einer Frequenz von ein bis zwei Wochenstunden durchgeführt wird (Luborsky 1984). Dieses Verfahren hat damit mehr Ähnlichkeit mit der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie als mit der analytischen Psychotherapie, wie sie sich im deutschsprachigen Bereich entwickelt hat.

3 Historische Anmerkungen

An Anfang stand die „Tendenzlose Psychoanalyse“ – ein Verfahren, das S. Freud in genialer Weise aus der Hypnose entwickelt hatte. Sie wurde mit hoher Frequenz in täglichen Sitzungen durchgeführt. Die Gesamtdauer betrug in der Regel einige Monate, selten mehr als ein Jahr (vgl. Cremerius 1981; Lynn et al. 1998). Diese Behandlungen werden in einem strengen Reglement durchgeführt, das durch das Liegen auf der Couch, den freien Einfall und die Traumarbeit auf Seiten des Patienten sowie Neutralität, Anonymität und Abstinenz auf Seiten des Therapeuten gekennzeichnet ist.

Um „zu kodifizieren, was er in seiner klinischen Praxis gelernt hatte“ (Gay 1989, S. 333), veröffentlichte Freud zwischen 1911 und 1915 eine Reihe von Abhandlungen, in denen er Vorschriften zur Behandlungstechnik festlegte. In diesen gemeinhin als „Technische Schriften“ bezeichneten Aufsätzen versuchte Freud sich gegen-

über einer falschen und mißbräuchlichen Nutzung der Psychoanalyse, jeder Art „wilder Analyse“, abzugrenzen.

Aber bereits 1918 sah sich Freud veranlaßt, den Stand der „Therapie zu revidieren ... und Ausschau zu halten, nach welchen neuen Richtungen sie sich entwickeln könnte“ (Freud 1919, S. 183). Anlaß war der 5. Internationale Psychoanalytische Kongreß in Budapest. Dieser stellte insofern eine Besonderheit dar, als hier erstmals offizielle Regierungsvertreter der damaligen österreichischen, deutschen und ungarischen Regierungen an einem psychoanalytischen Kongreß teilnahmen. Hintergrund war die zunehmende Bedeutung der „Kriegsneurosen“ gegen Ende des Ersten Weltkriegs und ihre mögliche Beeinflussung durch psychotherapeutische (psychoanalytische) Behandlungsmaßnahmen. Freud sprach in diesem Rahmen über das Thema „Wege der psychoanalytischen Therapie“. Und wie wichtig er diesen Kongreß nahm, ist schon daran zu ermesen, daß Freud – einmalig für ihn – seinen Vortrag vorher schriftlich fixierte. Er erwähnte das Thema der „Kriegsneurosen“ nur am Schluß; dagegen nutzte er die Anwesenheit von Regierungsvertretern dazu, die Verpflichtung der Gesellschaft für die Behandlung der Neurosen überhaupt hervorzuheben und sie gleichrangig neben die Fürsorgeverpflichtung, z.B. für Tuberkulose-Kranke, zu stellen.

In diesem Zusammenhang hob er hervor: „Wir sind ... immer bereit, die Unvollkommenheiten unserer Erkenntnis zuzugeben, Neues dazuzulernen und in unserem Vorgehen abzuändern, was sich durch Besseres ersetzen läßt“ (S. 183). In diesem Zusammenhang relativierte er die Bedeutung der bisherigen an der Hysterie entwickelten Behandlungstechnik (im heutigen Jargon müßte sie als „hochfrequente Kurzzeitanalyse“ bezeichnet werden) und vertrat die Ansicht, „daß die verschiedenen Krankheitsformen, die wir behandeln, nicht durch die nämliche Technik erledigt werden können“ (S. 191). Ausdrücklich milderte er die bis dahin strenge Abstinenz-Regel ab zugunsten einer – falls notwendig – größeren Aktivität des Psychoanalytikers, um so Patienten mit unterschiedlichen Krankheitsbildern behandeln zu können.

Seine klinisch sehr plausiblen Äußerungen über die Notwendigkeit, zum Beispiel bei bestimmten Phobien eine Vorgehensweise zu wählen, die wir heute partiell als verhaltenstherapeutisch bezeichnen würden (S. 191), ist nur eines von mehreren Beispielen. An anderer Stelle geht er auf Patienten ein, die wir in der heutigen Nomenklatur als „strukturell gestört“ bezeichnen würden, „die so haltlos und existenzunfähig sind, daß man bei ihnen die analytische Beeinflussung mit erzieherischen vereinigen muß ...“ (S. 190). Damit redet Freud bereits 1918 einer Einstellung das Wort, die wir heute als „adaptive Indikation“ bezeichnen würden. Allerdings greift Freud in seinen späteren Schriften die Thematik nicht wieder auf. Nach Fürstenau (1993) war sich Freud seinerzeit nämlich bewußt, mit zwei brisanten Problemen gleichzeitig konfrontiert zu sein: Der Frage nach Eigenart und Umfang der Aktivität des analytischen Therapeuten bezüglich unterschiedlicher Gruppen seelischer Störungen und der Frage der Modifikation der psychoanalytischen Behandlungstechnik im Zusammenhang mit der psychotherapeutischen Versorgung der Bevölkerung.

Beide Themen haben sich dann nach Fürstenau in der weiteren Zukunft als durchaus sprengend erwiesen: „Die innerpsychoanalytische Diskussion der ‚aktiven

Technik' hat psychotherapeutische Entwicklungen angestoßen, die über den Rahmen der psychoanalytischen Orthodoxie weit hinausgeführt haben, und die Entwicklung einer ‚tiefenpsychologisch fundierten‘ Psychotherapie für die breite Anwendung von Psychoanalyse hat zu einer Polarisierung von (analytischer) Psychotherapie und ‚eigentlicher Psychoanalyse‘ in einer endlosen, ergebnislosen Diskussion geführt“ (Fürstenau 1993, S. 228).

Nach 1918 führte Freud die Diskussion um eine notwendige Änderung seiner Behandlungstechnik nicht mehr weiter fort. Wie auch immer diese Tatsache begründet sein mag – Freuds Alter, die Diagnose seiner Krebserkrankung nach 1923, die Auseinandersetzungen mit Ferenczi und Rank nach 1924 –, in jedem Fall spiegelt sie seine Ambivalenz gegenüber seiner eigenen Methode wider und einen Konflikt, der nach Cremerius (1993) in seiner eigenen Person selbst begründet war: Den Konflikt zwischen dem Forscher und dem Arzt. Als Forscher favorisierte er die tendenzlose Psychoanalyse, da er nur mit der reinen Methode glaubte forschen zu können. Dazu „brauchte er einen gebildeten, reflexionsfähigen Patienten mit einer guten Ich-Struktur“ (Cremerius 1993). Als Therapeut dagegen konnte er nicht tendenzlos sein. Er war es auch nicht, wie die vielfältigen Berichte seiner Analysanden erkennen lassen, und die Frage „War Freud überhaupt ein Freudianer?“ ist in diesem Sinne durchaus berechtigt. Zum Beispiel wurde nach Marmor (1979) der Dirigent Bruno Walter von Freud im Jahre 1906 erfolgreich in sechs Sitzungen behandelt und der Komponist Gustav Mahler 1908 von ihm in 4 Stunden von seinen Potenzproblemen geheilt!

Allerdings hat sich Freud nach 1919 im Hinblick auf seine theoretischen Positionen wieder „orthodox“ verhalten, was sicherlich die tragische Entwicklung der Psychoanalyse in den Jahrzehnten danach mitbegründet hat: Die Krise begann 1924 mit dem Buch von Ferenczi und Rank „Entwicklungsziele der Psychoanalyse“. Die beiden Autoren kritisierten die starke Intellektualisierung bei der Rekonstruktion von Erinnerungslücken als therapeutisch weitgehend wirkungslosen „Deutungsfanatismus“ („Hat der Patient noch so viel von seinem Analytiker gelernt und verstanden, so hat er damit doch nichts erlebt, was ihm dieses ‚Wissen‘ auch innerlich nahegebracht hätte“, S. 24) und stellten diesem das Erlebnismoment gegenüber (vgl. hierzu auch Thomä 1983; Dührssen 1993).

Die Positionen von Ferenczi und Rank wurden von der Mehrheit der Psychoanalytiker einhellig verurteilt, zumal sie auch als persönlicher Angriff auf Freud erlebt wurden. Dabei war seinerzeit einer der scharfen Kritiker Ferenczis sein Landsmann Franz Alexander (1925), der sich dann 20 Jahre später selbst ähnlichen Anfeindungen ausgesetzt sah. 1946 hatte er gemeinsam mit French das Buch „Psychoanalytic Psychotherapy“ veröffentlicht. Dabei hatte er die These vertreten, daß in jeder Behandlung – sei sie klassisch oder abgewandelt – die gleichen psychodynamischen Prinzipien zur Anwendung kämen. Diese These erfuhr scharfen Widerspruch und wurde schließlich mit der Festlegung der „normativen Idealtechnik“ (K. Eissler 1953) seitens der Internationalen Psychoanalytischen Vereinigung beantwortet. In der normativen Idealtechnik waren Setting und Behandlungsfrequenz für die Rite-Analyse strikt festgelegt.

So kam es nach 1953 zu einer mehr oder weniger strikten konzeptuellen Unterscheidung zwischen analytischem Standardverfahren und sogenannten „abgewan-

delten“ Verfahren; letztere erhielten im englischsprachigen Bereich zunehmend die Kennzeichnung „Dynamic Psychiatry“ (Bibring 1954) oder „Psychodynamic Psychiatry“ (Frosch 1990), „Psychodynamic Psychotherapy“ (Strupp 1996) oder wurden in jüngster Zeit unter dem Begriff „Psychodynamic Approaches“ (Henry et al. 1994) zusammengefaßt. In Deutschland wurden diese Verfahren insbesondere unter dem Begriff der Dynamischen Psychotherapie von Dührssen (1972, 1988) entwickelt und dargestellt. Ein Teil dieser Verfahren ist in Deutschland unter der zusammenfassenden Bezeichnung „Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie“ seit 1967 in die allgemeine Versorgung eingeführt (vgl. Faber u. Haarstrick 1989).

Auch wenn seitens der Mainstream-Psychoanalyse mit der von Eissler (1953) definierten „normativen Idealtechnik“ eine sehr rigide Festlegung auf die „Rite-Psychoanalyse“ erfolgte, so war doch mit Alexander eine neue Entwicklung in Gang gesetzt worden. Dabei waren es gerade die „nicht so gehorsamen Söhne und Töchter Freuds“ (Melitta Mitscherlich 1972), die hier für wesentliche Weiterentwicklungen sorgten. Hier war im englischen Bereich insbesondere die Arbeitsgruppe um den Ferenczi-Schüler Balint sehr fruchtbar: Wesentliche Impulse zur Konzeptualisierung der Kurztherapie und Fokalthherapie hatten hier in den 60er Jahren ihren Ausgangspunkt (Malan 1963; Balint 1972). Diese Konzepte wurden auch im amerikanischen Bereich (Wolberg 1965, 1980; Bellak u. Small 1965; Sifneos 1972; Mann 1973; Davanloo 1978) aufgegriffen und weiterentwickelt.

All diesen Verfahren war die kürzere Behandlungsdauer und größere Versorgungsrelevanz zu eigen. Im Grunde wurden hier die von Freud auf dem Budapester Kongreß 1918 angestoßenen, von ihm aber nicht weiterverfolgten Überlegungen wieder aufgegriffen – allerdings nur unter starken Widerständen und Kämpfen innerhalb der Mainstream-Psychoanalyse. In diesen oft mit starker Polemik geführten Kämpfen wurde viel Energie gebunden, die über lange Jahre der Entwicklung praxisrelevanter Behandlungsverfahren fehlte. Damit dürfte sicherlich der deutliche Niedergang der Psychoanalyse in den Vereinigten Staaten in den letzten Jahrzehnten zusammenhängen. Gleichzeitig zeigen im Gegensatz zu dieser Entwicklung psychodynamische Psychotherapien eine bemerkenswerte Lebensfähigkeit (Viability), wenn nicht gar eine Renaissance (Henry et al. 1994, S. 468). Psychodynamische Psychotherapien zählen auch in den Vereinigten Staaten zu den am häufigsten angewandten Verfahren. Ihre wissenschaftliche Evaluation ist im Gegensatz zur klassischen Psychoanalyse durchaus sehr zufriedenstellend.

Diese im Hinblick auf die psychodynamischen Psychotherapien sehr erfreuliche Situation ist aber zugleich auch mit einer gewissen Tragik hinsichtlich der Entwicklung der Psychoanalyse verbunden: Allzulange haben sich in der Debatte diejenigen durchgesetzt, die einer scharfen Trennung zwischen Psychoanalyse und psychodynamischen Behandlungsverfahren das Wort geredet haben, gegenüber denjenigen, die die gemeinsamen Wurzeln betont haben.

Die Entwicklung in Deutschland nahm einen anderen Verlauf. Hier gab es zwar durchaus auch polemische Auseinandersetzungen zwischen orthodoxen und liberalen Psychoanalytikern bis hin zu einer Spaltung in zwei Fachgesellschaften 1950. Die Aufnahme der Psychotherapie in die allgemeine ärztliche Versorgung machte aber zwangsläufig eine pragmatische Zusammenarbeit nötig, in der die verschiedenen

Gruppen sich auf die in der Versorgung relevanten Psychotherapieverfahren einigen mußten. Eine solche (erste) Einigung wurde 1967 mit der Verabschiedung der sogenannten „Psychotherapie-Richtlinien“ erzielt. Vor dem Hintergrund der breiten klinischen und wissenschaftlichen Erfahrungen des 1946 gegründeten Zentralinstitutes für Psychogene Erkrankungen in Berlin und entsprechender Wirksamkeitsnachweise (Dührssen 1962; Dührssen u. Jorswieck 1965) wurden die analytische Psychotherapie (d.h. eine psychoanalytische Behandlung mit der Frequenz von zwei bis drei Stunden/Woche) sowie eine Reihe psychoanalytisch orientierter Behandlungsverfahren in die allgemeine Versorgung aufgenommen und damit kostenpflichtige Leistungen.

Unter dem von Theodor Winkler vorgeschlagenen Begriff „*Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie*“ wurden unterschiedliche psychodynamische Therapieverfahren zusammengefaßt, u.a. die dynamische Psychotherapie, Fokal- und Kurztherapien, die niederfrequente Therapie in einer längerfristigen, haltgewährenden therapeutischen Beziehung, um nur die wesentlichen zu nennen. Bei diesen Verfahren handelt es sich um Entwicklungen und Konzeptualisierungen, die sich insbesondere mit den Namen Dührssen, Faber und Haarstrick, Heigl-Evers und Heigl, Hoffmann verbinden.

Der Begriff „Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie“, seinerzeit als pragmatischer Kompromiß vorgeschlagen, hat sich international nicht eingebürgert. Mittelfristig wird man hier sicherlich auch in Deutschland den allgemein gebräuchlichen Begriff „Psychodynamische Psychotherapien“ benutzen – nicht nur, um den wissenschaftlichen Austausch zu erleichtern, sondern auch als Möglichkeit, Behandlungsverfahren zu integrieren, die durchaus auch auf psychodynamischen Konzepten fußen. Nur so kann auf die Dauer eine unübersichtliche Zersplitterung in eine große Gruppe „eigenständiger“ Psychotherapie-Richtungen vermieden werden (vgl. Hoffmann u. Schüller 1999; Hoffmann 2000).

4 Analytische Psychotherapie und tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie – Eine kurze Gegenüberstellung

Eine Gegenüberstellung der beiden Verfahren in den Psychotherapierichtlinien macht auf der einen Seite eine Hervorhebung der spezifischen Unterschiede notwendig; auf der anderen Seite bewegen sich alle aus der Psychoanalyse abgeleiteten Behandlungsverfahren „auf einem Kontinuum, das keine scharfen Abgrenzungen zuläßt“ (Thomä 2000). Allerdings würde man ohne konzeptuelle und begriffliche Fixpunkte auf diesem Kontinuum Gefahr laufen, den begrifflichen Konsens über therapeutische Vorgehensweisen zu verlieren. Auch die Tatsache, daß für beide Verfahren im Rahmen der Richtlinienpsychotherapie zwei verschiedene Gebührensätze vorgesehen sind, macht schon aus rein pragmatischen Gründen eine definitive Abgrenzung notwendig.

Aus diesen Gründen ist trotz der in der Sache richtigen Anmerkung von Thomä eine konzeptuelle Differenzierung notwendig (vgl. hierzu auch Streeck 1996). Dabei lassen sich die spezifischen Besonderheiten der beiden psychoanalytisch begründe-

ten Behandlungsverfahren insbesondere am Umgang mit der Regression und dem Unbewußten sowie dem Stellenwert von Übertragung/Gegenübertragung und Widerstand verdeutlichen. In diesem Sinne werden in den Psychotherapierichtlinien (B I) die Unterschiede zwischen den beiden psychoanalytisch begründeten Verfahren wie in Tabelle 1 dargestellt hervorgehoben (vgl. hierzu auch Rudolf 2001):

Tab. 1: Unterschiede zwischen Analytischer Psychotherapie und Tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie

Analytische Psychotherapie	Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
Behandelt – die neurotische Symptomatik – den neurotischen Konfliktstoff – die zugrundeliegende neurotische Struktur	Behandelt die für das gegenwärtige Krankheitsbild verantwortliche aktuell wirksame unbewußte Psychodynamik
Mit Hilfe der – Übertragungsanalyse – Gegenübertragungsanalyse – Widerstandsanalyse	Unter Beachtung von – Übertragung – Gegenübertragung – Widerstand
Unter Nutzung – regressiver Prozesse	Unter Konzentration des therapeutischen Prozesses durch – Begrenzung des Behandlungszieles – vorwiegend konfliktzentriertes Vorgehen – Einschränkung regressiver Prozesse

Die *analytische Psychotherapie* wird unter *Nutzung* regressiver Prozesse durchgeführt. Damit soll die Ebene des Grundkonfliktes erreicht werden. Dabei beschränkt sich die analytische Psychotherapie auf die Bearbeitung der *gegenwärtigen* Krankheitsdispositionen. Die Förderung einer allgemeinen Regression auf die Stufe des infantilen Organisationsniveaus ist nicht Ziel der analytischen Psychotherapie, sondern allenfalls das einer (hochfrequenten) *Psychoanalyse i.e.S.* Letztere entspricht aber nicht einer Krankenbehandlung im Sinne der Richtlinien.

Bei der *tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie* ist die therapeutische Regression eingeschränkt. Denn diese Behandlungsverfahren gehen eher von den relevanten aktuellen psychosozialen Konflikten und ihren dazugehörigen habituellen Lösungsmustern aus und machen diese pathologischen Kompromißbildungen zum Gegenstand ihrer Arbeit.

Auch der Umgang mit dem *Unbewußten* ist in beiden Verfahren unterschiedlich. Während sich die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie vornehmlich auf das „Gegenwartsunbewußte“ zentriert, berücksichtigt die analytische Psychotherapie darüber hinaus auch das „Vergangenheitsunbewußte“ (im Sinne von Sandler u. Sandler 1985), auch wenn die Arbeit bei beiden Verfahren immer in der Gegenwart beginnt und sich im Hier-und-Jetzt bewegt.

Die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie fokussiert weitgehend auf die gegenwärtigen (pathologischen) Kompromißbildungen des Patienten, die direkt an seinen aktuellen Beziehungskonflikten ablesbar sind. Diese haben zwar auch ihre biographische Vorgeschichte. Die therapeutische Arbeit konzentriert sich aber auf die Gegenwart und ist damit für den Patienten sehr viel rascher auch im Hinblick auf positive Änderungsbemühungen umzusetzen.

Die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie zeichnet sich durch eine Konzentration (im Sinne von Fokussierung) des therapeutischen Prozesses auf eine zentrale, aktuell wirksame Konfliktdynamik aus. Diese werden als aktualisierte innerpsychische neurotische Konflikte verstanden oder im Falle struktureller Störungen als konfliktthafte interpersonelle Zuspitzungen.

Die Fokussierung bezieht sich dabei auf *bewußtseinsnahe* Auswirkungen der zentralen (unbewußten) Konfliktdynamik. Die therapeutische Arbeit bewegt sich im Falle neurotischer Störungen auf der Ebene psychosozialer Konflikte (verstanden als Abbild intrapsychischer Konflikte) oder im Falle struktureller Störungen auf der Ebene interpersoneller Konflikte (in Familie, Beruf etc.).

Die Grundphilosophie dieses Vorgehens heißt: Eine erfolgreiche Arbeit an einem begrenzten Fokus setzt eine drüber hinausgehende günstige Gesamtentwicklung in Gang (vgl. Fürstenau 1993; Rüger u. Reimer 2000).

5 Anmerkungen zur Behandlungspraxis

5.1 Der äußere Rahmen

Die Behandlung vollzieht sich im persönlichen Gegenüber; die Behandlungsfrequenz ist variabel; meist wird mit einer Stunde proWoche begonnen, um dann zu einem späteren Zeitpunkt ggf. die Behandlungsfrequenz absenken zu können. Die Dauer der Behandlung ist flexibel (ein bis drei oder vier Jahre).

Im Rahmen der Richtlinienpsychotherapie können 50 Leistungen, in besonderen Fällen 80 Leistungen und in Ausnahmefällen 100 Leistungen befürwortet werden. Damit ist aufgrund der niedrigeren Behandlungsfrequenz eine Behandlungsdauer gewährleistet, die der einer analytischen Psychotherapie entspricht. Sieht man von Fokal- und Kurzzeittherapien ab, ist dabei die Grundphilosophie: Patienten benötigen nicht immer eine hohe Behandlungsfrequenz, aber eine hinreichende *Zeit* für den notwendigen Entwicklungsprozeß.

Das *Setting* ermöglicht einen fließenden Übergang von der Erstkonsultation zur Behandlung. Dies entspricht der auch sonst im medizinischen Versorgungssystem üblichen Vorgehensweise und kommt damit den Erwartungen des Patienten entgegen.

Dagegen ist die analytische Psychotherapie wegen der höheren Behandlungsfrequenz und der damit verbundenen Notwendigkeit fixer Behandlungstermine auf das „Freiwerden“ eines Behandlungsplatzes angewiesen. Auch wenn es bei jeder psychotherapeutischen Behandlung immer von Vorteil ist, daß ein Patient „seinen“ oder eine Patientin „ihren“ festen Behandlungstermin hat, so läßt doch die

tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie insgesamt hier eine flexiblere Gestaltung zu und kommt damit Patienten mit eingeschränkten zeitlichen Rahmenbedingungen entgegen (Schichtarbeiter; Pendler etc.).

5.2 Interventionsformen im therapeutischen Dialog

Die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie findet im Dialog statt. Im Gegenübersitzen würden lange Gesprächspausen, insbesondere ein langes Schweigen des Therapeuten sich eher quälend und kontraproduktiv auswirken. Die übliche Sprechfrequenz ist damit im Vergleich zur analytischen Psychotherapie deutlich höher (vgl. Rudolf 1974).

Wir unterscheiden unspezifische Interventionen, die z.B. dazu dienen, den Dialog zu fördern und das affektive Klima zu bestimmen, von mehr psychoanalytisch orientierten Interventionen wie Klarifizieren und Deuten; schließlich läßt das Verfahren auch Raum für verhaltensorientierte Interventionen – natürlich vor dem Hintergrund eines psychodynamischen Verständnisses der Thematik.

Die nachfolgende Übersicht faßt noch einmal die Interventionsformen im therapeutischen Dialog zusammen.

Tab.2: Behandlungspraxis und Interventionsformen im therapeutischen Dialog
(modifiziert nach Dührssen 1988)

Neutrale Kommentare Verstehende Zustimmung Klärende Fragen	Anteilnehmende Bestätigung Weiterführende Stichworte: Zielgerichteter Themenwechsel	<i>Den Dialog fördernd</i>
Trost/Aufmunterung, Anerkennung, Verständnis, verstehende Zustimmung, Reserve und Skepsis („Nanu!“), ggf. auch Kritik und Mißbilligung		<i>Das affektive Klima bestimmend</i>
„Verwörtern“, d.h. dem Patienten die passenden Worte für dumpf Erlebtes anbieten Aufzeigen von Vorgängen, Zusammenhängen, Wahrnehmungstäuschungen, Haltungen etc.		<i>Klarifizierend</i>
Deutungen Aufzeigen von Zusammenhängen zwischen Vergangenem und Gegenwärtigem <i>Erinnern an schon bekannte, gleichsinnige frühere Thematik</i>		<i>Psychoanalytisch i. e. S.</i>
Anregen von Lernprozessen im weitesten Sinn (etwa durch Information, Vorschlägen eines Verhaltens, Empfehlen, Ratschläge)		<i>Pädagogisch-/verhaltensorientiert</i>

5.3 *Typischer Stundenverlauf/Verlauf einer Stundensequenz*

Nach G. Rudolf (2000, S. 408f.) zeigen die Stundenverläufe bzw. die Verläufe von Stundensequenzen bestimmte Gesetzmäßigkeiten. Diese sollen nachfolgend an einer kurzen Fallvignette dargestellt werden.

- *Subjektives Befinden: Die Klage entgegennehmen*
45jährige Patientin eröffnet die Stunde damit, daß es ihr wieder schlecht gehe, sie habe wieder einen massiven Migräneanfall bekommen.
- *Das Narrativ: Geschichten aus der aktuellen Lebensrealität*
Sie habe sich wahnsinnig geärgert. Auf der Suche nach einer neuen Wohnung habe sie mit der zuständigen Maklerin gesprochen. Die Wohnung sei sehr schön, und sie würde sie sehr gerne bekommen. Die Maklerin hätte ihr am Schluß aber gesagt: Sie sehen aber nicht sehr erfreut aus! Jetzt habe sie die Befürchtung, daß sie die Wohnung nie bekommen werde! Sie ärgere sich wahnsinnig über die Maklerin! (Offensichtlich aber nicht über sich selbst!)
- *Die Interaktion: Wahrnehmung von Beziehungsrealität*
Therapeut arbeitet die bewußtseinsnahen Aspekte des vorliegenden Konfliktes heraus: Die Patientin möchte unbedingt etwas haben, kann aber gar nicht zeigen, daß die betreffende Sache (Wohnung) ihr sehr gefällt.
Die Maklerin hat das Interesse, ihrer Auftraggeberin eine „sichere“ Vertragspartnerin zuzuführen und prüft dieses! Bei dem Hinweis auf letzteres reagiert die Patientin kindlich-wütend, ohne Verständnis für die Interessenslage der „Gegenpartei“.
- *Die intrapsychische Situation: Introspektion und Konfrontation*
Es wird deutlich, daß in diesem Fall die Maklerin für viele andere wenig verständnisvolle und versagende Mutterfiguren in der Lebensgeschichte der Patientin steht.
Konfrontation des Therapeuten: Die Maklerin kann nicht ihre ganze traurige Lebensgeschichte wieder gutmachen!
- *Die biographische Erfahrung: Reflexion und Reaktivierung*
Auf die Konfrontation des Therapeuten mit der Realität wird die Patientin noch wütender, erlebt den Therapeuten als verständnislos, kalt etc. Nach einer gewissen Pause weint sie heftig: Sie haben Recht! Ich habe nie jemanden gehabt, der mich beschützt hat! ... (nach einer Pause) ... wütend: Ich brauche Ihr Mitgefühl nicht! Ich brauche niemanden ... !
(Im Gegensatz dazu bei der Verabschiedung: Wann habe ich meinen nächsten Termin? Die Beziehung bleibt trotz der Wut auf den Therapeuten erhalten!)
- An diesem Beispiel wird noch einmal deutlich: Die subjektiven Beschwerden werden vor dem Hintergrund eines aktuellen Konfliktes deutlich; dieser läßt sich in der Lebensgeschichte zurückverfolgen und wird in der therapeutischen Beziehung manifest.
- *Neuroorientierung: Durcharbeiten und Abschiednehmen*
Dieser Punkt entspricht eher dem Ende einer Stundensequenz oder spielt beim Abschluß einer Behandlung eine größere Rolle.

An dieser Stelle wird auch noch einmal die Bedeutung einer hinreichenden Dichte des therapeutischen Prozesses erkennbar: Bei jeder psychotherapeutischen Behand-

lung ist eine Mindestfrequenz notwendig, um den „roten Faden“ des Behandlungsprozesses zu erhalten – meist daran erkennbar, daß der Patient thematisch an vorangegangene Stunden anknüpfen kann und dies auch tut. In dem oben skizzierten Fallbeispiel war hierzu eine Frequenz von etwa 1-2 Stunden/Woche notwendig.

6 Die Bedeutung der sozialen Lebensrealität des Patienten im Rahmen der Behandlung

Die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie ist auf die Bearbeitung aktueller neurotischer Konflikte zentriert. Damit fokussiert sich die Wahrnehmung des Therapeuten auf die Ebene psycho-sozialer Konfliktkonstellationen im Gegensatz zur analytischen Psychotherapie, wo in der Regel die Bearbeitung intrapsychischer Konflikte im Vordergrund steht. Demzufolge spielen die „Geschichten“ (Narrative) aus der aktuellen Lebensrealität eine ganz bedeutsame Rolle. Hier gilt es allerdings, Realität und Übertragungsverzerrungen der agierenden Personen zu unterscheiden (vgl. obiges Fallbeispiel). Dies setzt auf Seiten des Therapeuten einmal eine hinreichende Kenntnis der sozialen Lebensrealität seiner Patienten voraus. Darüber ist ein übergreifendes psychodynamisches Konzept nötig, das in der Lage ist, die für das Zustandekommen der jeweiligen Lebensrealität des Patienten verantwortlichen interdependenten (d. h. insbesondere intrapsychischen, psychosozialen und sozialen) Prozesse zu erfassen. Da es hier noch kein umfassendes Modell gibt, sei auf drei wichtige Teilmodelle hingewiesen:

1. Das Ich-psychologisch orientierte Modell adaptiver Prozesse (Hartmann 1939; Rappaport 1960; Heigl 1968). Durch die Erfassung der jeweiligen Ich-Funktion des Patienten läßt sich nicht nur sein aktuelles Strukturniveau einschätzen; vielmehr ermöglicht dies auch die „Funktionalität“ seines derzeitigen Lebensgleichgewichts einzuschätzen und die vorangegangene Entwicklung nachzuzeichnen und darüber hinaus auch eine Prognose abzugeben zu können. Das entsprechende Strukturniveau läßt sich diagnostisch sehr gut durch die Strukturachse der OPD (1996) abbilden.
2. Das objekt-beziehungstheoretisch orientierte Modell der aktiven „Gestaltung“ der äußeren nach dem Muster der inneren Realität (Balint 1950; Fairbairn 1952; Gantrip 1968; Kernberg 1976). Dieses an sich allgemeingültige Konzept erlaubt insbesondere bei strukturellen Störungen eine Erklärung für das Zustandekommen auf den ersten Blick oft schwer verständlicher Lebenskonstellationen. Die oben aufgeführte Patientin wünschte sich auf der bewußten Ebene bei fortgeschrittener Behandlung und freundlicher werdenden inneren Objekten ein schöneres Zuhause. Sie bemerkte erstmals, in welcher heruntergekommenen und sozial fragwürdiger Gegend sie bis dahin gelebt hatte, ohne daß dies ihr bei ihrem Einzug seinerzeit aufgefallen wäre. Äußere und innere Realität hatten zusammengepaßt.
3. Das vornehmlich neo-psychoanalytisch orientierte Modell von den „objektiven“ Sekundärfolgen psychosozialer Störungen und nachfolgender Circuli vitiosi

(Schultz-Hencke 1927, 1951). Mit diesem Konzept erfassen wir die objektiven Sekundärfolgen psychischer Störungen. Meist handelt es sich hier um ungünstige Ergebnisse von Fehlentscheidungen aufgrund von mangelhafter Antizipationsfähigkeiten, neurotisch bedingten Vermeidungsstrategien, Verschuldungen, Bürgerschaftsverpflichtungen u.a. Die Folgen zeigen dann häufig eine Eigengesetzlichkeit – weitgehend losgelöst von der ursprünglichen Dynamik. In der Weiterentwicklung sind dann oft ausgesprochene „Teufelskreise“ zu beobachten: Die im Gefolge neurotischer Entwicklungen sich auftürmenden objektiven Hemmnisse und Belastungen führen dann zu weiteren Entmutigungen und Rückzug.

Da die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie vornehmlich auf der Ebene psycho-sozialer Konflikte arbeitet, ist sie damit auch besonders geeignet, die Überschneidungen von neurotischen und Realkonflikten zu bearbeiten (ausführlichere Darstellung, auch mit Fallbeispielen s. Rüger u. Reimer 2000, S. 13 ff.).

7 Indikation, Kontraindikation, Differentialindikation

Grundsätzlich kann eine tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie immer dann als Krankenbehandlung indiziert sein, wenn die zugrunde liegende aktuelle Psychodynamik sich auf einen wesentlichen pathogenen Konflikt fokussieren läßt. Selbstverständlich stellt eine Fokussierung immer auch eine Vereinfachung dar, und der weitere Behandlungsverlauf muß dann zeigen, ob trotz eines ggf. komplexeren psychodynamischen Hintergrunds die Arbeit am Fokus eine insgesamt günstige Entwicklung in Gang setzen kann.

Nach allgemeiner Erfahrung kann das Verfahren insbesondere bei folgenden Störungsbildern indiziert sein (vgl. Rudolf u. Rüger 2001):

- *Akute Symptombildungen* nach psychodynamisch relevanten Auslösesituationen; Lebensveränderungen/psychosoziale Ereignisse, durch die kompensatorische Strukturen labilisiert und verlorengegangen sind (z.B. Veränderungen am Arbeitsplatz, körperliche Erkrankungen).
- *Strukturelle Störungen* mit Manifestation aktueller interpersoneller Konflikte; ggf. auch dekompenzierte Bewältigungsformen von strukturellen Störungen (narzißtische Krisen).

Therapeutisches Vorgehen: modifiziert z.B. interaktionelle oder strukturierende Interventionen.

Behandlungsziel: Erreichung neuer Gleichgewichte in der Selbstregulierung und Beziehungsgestaltung (z.B. bessere Differenzierung der Selbstwahrnehmung, neue Formen der Impuls- und Affektregulierung).

Wie bereits Thomä erwähnt hat, gibt es zwischen tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie und analytischer Psychotherapie keine scharfe Grenze, sondern eher fließende Übergänge. Sieht man einmal von den Vorgaben der Richtlinienpsychotherapie ab, so trifft dies sicherlich zu. Eine in diesem Sinne stark *modifizierte analytische Psychotherapie* kann bei bestimmten Persönlichkeitsstörungen indiziert sein. Hier wird auf der einen Seite die regressionsbegrenzende Vorge-

hensweise der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie (Gegenübersitzen, strukturadaptive Interventionen) mit der höheren Behandlungsfrequenz der analytischen Psychotherapie (± 2 Sitzungen/Woche) kombiniert. Hierdurch läßt sich eine Verdichtung des Behandlungsprozesses erreichen mit der Möglichkeit, negative und insbesondere projektive Übertragung zu bearbeiten – ohne allerdings eine entsprechende regressive Übertragungskonstellation zu forcieren.

Eine *Kontraindikation i. e. S.* ist für die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie an sich nicht bekannt. Allerdings kann das Verfahren unzweckmäßig sein, wenn eine hinreichende Bearbeitung des für das Krankheitsbild verantwortlichen innerpsychischen Konflikts nur im Rahmen einer analytischen Psychotherapie zu erwarten wäre. Soweit entsprechende Vergleichsuntersuchungen vorliegen (s. u.), scheint aber das Spektrum der Krankheitsbilder, bei denen ausschließlich eine analytische Psychotherapie indiziert ist, relativ schmal zu sein. Nachteile und Risiken der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie können sich nach Dührssen (1972, 1988) unter bestimmten Bedingungen einstellen: Einmal kann die Behandlung zu flach bleiben und wichtige innere Konflikte des Patienten werden nicht erfaßt. Zum anderen kann die Therapie zu dirigistisch werden. Der Patient bleibt dann auf Rat, Trost und Stütze durch den Therapeuten angewiesen. Bei einer solchen Entwicklung sollte der Therapeut seine Behandlungstechnik und seine Gegenübertragung (traut er dem Patienten z. B. zu wenig zu?) prüfen. Zum anderen wäre ggf. die Wahl des Behandlungsverfahrens noch einmal zu überdenken: Ist hier womöglich eine analytische Therapie indiziert? Kann der Patient durch Intervention auf der Verhaltensebene besser gefördert werden und wäre darum eher eine Verhaltenstherapie indiziert?

Bei grundsätzlich bestehender Behandlungsbedürftigkeit und Indikation einer psychoanalytisch begründeten Vorgehensweise stellt sich immer auch die Frage einer *Differentialindikation* zwischen tiefenpsychologisch fundierter und analytischer Psychotherapie. Hierzu wurden in den vorangegangenen Abschnitten bereits wesentliche Aspekte berücksichtigt. Soweit sich diese Frage im Rahmen der Richtlinien-Psychotherapie stellt, ergeben sich darüber hinaus noch einmal besondere Gesichtspunkte: Hier müssen jeweils alle Leistungen in ihrer Notwendigkeit, Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit begründet sein (§ 12 SGB V). Demzufolge muß bei der Indikation eines psychoanalytisch begründeten Verfahrens immer die aufwendigere analytische Psychotherapie gegenüber der weniger aufwendigen tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie in ihrer Notwendigkeit besonders begründet werden (vgl. Faber u. Rüger 2001; Rudolf u. Rüger 2001).

8 Wirksamkeitsnachweise

Die Wirksamkeit der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapien ist zumindest im Hinblick auf das Verfahren der dynamischen Psychotherapie (Dührssen) auch im Vergleich zu anderen Behandlungsverfahren eindeutig belegt (Dührssen 1986). Im Rahmen der Berliner Psychotherapiestudie (Rudolf 1991; Rudolf et al.

1994) konnten in einem sehr aufwendigen und methodisch sehr anspruchsvollen Design nicht nur die Wirksamkeit der dynamischen Psychotherapie, sondern auch wesentliche Ergebnisse über den Prozeß der Indikationsentscheidung und den Behandlungsverlauf gewonnen werden. Ebenso konnte inzwischen in Meta-Analysen die Wirksamkeit dynamischer Psychotherapien bestätigt werden (Crits-Christoph 1992).

9 Qualifikationsvoraussetzung auf Seiten des Therapeuten

Nach Kernberg (2000) hängt die Qualität von therapeutischen Interventionen von ihrer Relevanz, von ihrer Klarheit sowie von ihrer Tiefe und ihre Schnelligkeit (d.h. auch ihre zeitlich richtige Platzierung!) ab. Bei allen psychodynamischen Psychotherapien, also auch bei der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie, sind einige weitere Qualitäten auf Seiten des Therapeuten erforderlich. Dazu gehören insbesondere

– *Interaktionelle Kompetenz*

Der Therapeut muß in seinem Dialog mit dem Patienten relativ rasch antworten können. Er muß fähig sein, dabei in kurzer Zeit seine Gegenübertragungsreaktion zu reflektieren und zugleich mit einer „selektiv-authentischen Antwort“ (Heigl-Evers et al. 1997) die Kränkbarkeit des Patienten berücksichtigen. Darüber hinaus muß er sich klar und anschaulich und in einer für den Patienten bildhaften Sprache ausdrücken können.

– *Fähigkeit, sich in unbekannte Dritte hineinversetzen zu können*

Gerade die Bearbeitung aktueller interpersoneller Konflikte bringt die Gefahr einer einseitigen Parteinahme des Therapeuten für den Patienten mit sich. Hier muß der Therapeut auch fähig sein, die „Seite zu wechseln“ und sich empathisch in den jeweiligen Konfliktpartner des Patienten hineinversetzen können. Die Kunst besteht dann darin, den Patienten in geeigneter Weise mit der Sicht der „anderen Seite“ zu konfrontieren und zugleich aber sein Anwalt zu bleiben. Damit hat der Therapeut nicht nur die Funktion, gefährdete Beziehungen bis zu einer endgültigen Klärung zu schützen. Er fördert auch die Reifungsentwicklung des Patienten, indem er die therapeutische Dyade durch die Perspektive eines Dritten erweitert (im obigen Fallbeispiel durch die Perspektive der Maklerin).

– *Kenntnisse über die Lebenswelt des Patienten*

Eine Arbeit vornehmlich auf der Ebene psychosozialer Konflikte setzt hinreichende Kenntnisse über die soziale Lebenswelt des Patienten voraus. Nur so können seine alltäglichen Belastungen und Kümernisse, aber auch seine Möglichkeiten und Gefährdungen richtig erfaßt werden und Realkonflikte von neurotischen Konflikten unterschieden werden. Allerdings kennen vornehmlich an den intrapsychischen Prozessen ihrer Patienten interessierte Psychoanalytiker oft die aktuelle Lebenswelt ihrer Patienten nur unzureichend, wie entsprechende Untersuchungen zeigen (vgl. Rüger et al. 1996). Der Arbeit an aktuellen psychosozialen Konflikten kann dies nicht förderlich sein.

– *Humor*

Humor ist ein wichtiges Element in der therapeutischen Beziehung. Humor wirkt befreiend und in ihm äußert sich das Über-Ich „liebvoll tröstlich zum eingeschüchterten Ich“ (S. Freud 1928, S. 389). Durch Humor werden Strenge und Unduldsamkeit abgemildert. Allerdings – und das stellt schon Freud bedauernd fest, „sind nicht alle Menschen der humoristischen Einstellung fähig“, es sei eben eine köstliche, aber seltene Begabung. Freuds Feststellung gilt sicherlich auch für Psychotherapeuten.

10 Zusammenfassung und Ausblick

Die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie wurde bisher im Bereich der Weiterbildung deutlich vernachlässigt. Trotz einer größeren Zahl von Publikationen in jüngster Zeit bestehen auch deutliche Defizite im Bereich der Praxeologie dieses Behandlungsverfahrens. Schließlich wurde dessen große Bedeutung für die Versorgungspraxis über lange Zeit hin unterschätzt.

Die große Praxis- und Versorgungsrelevanz der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapieverfahren unterstreicht die zukünftige Bedeutung des Behandlungsverfahrens. Die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie zeichnet sich durch eine hohe Adaptivität an die Bedürfnisse des Einzelfalls aus. Sie läßt sich je nach klinischen Erfordernissen auch mit anderen Vorgehensweisen kombinieren, z. B. körperzentrierten Behandlungsverfahren und Pharmakotherapie. Allerdings setzt dies eine psychodynamisch orientierte Gesamtbehandlungsplanung voraus. In den Vereinigten Staaten zählen die psychodynamischen Psychotherapien zu den am häufigsten angewandten Verfahren und erleben derzeit eine deutliche Renaissance gegenüber der eher rückläufigen Psychoanalyse (nicht identisch mit der analytischen Psychotherapie im deutschsprachigen Raum!).

Zum Schluß sei noch eine Anmerkung erlaubt: Psychotherapie, insbesondere psychoanalytisch orientierte Verfahren, haben etwas mit Zeit zu tun: Sich Zeit für sich selbst lassen! Sich selbst erkennen im Sinne des alten *Gnoti Sauton*. „Ich stelle mich meiner Geschichte und meinem Gewordensein!“

Psychotherapeuten sind immer aber auch Kinder ihrer Zeit. Und die Postmoderne wird ja von vielen als Ende der Geschichte erlebt. Damit droht das Leben eher zu einer beziehungslosen Aneinanderreihung von Events zu werden, die sich jeder Reflexion und einer sinnstiftenden Einordnung innerhalb einer Biographie entziehen.

Warum dann nicht auch zeitgeist-konforme Psychotherapieverfahren entwickeln: Manualisiert! Aus einzelnen Modulen zusammensetzbar! Im Hinblick auf rasche Effekte überprüfbar! Welche Effekte? Hauptsache: Meßbar!

Für eine solche Psychotherapie-Technologie bieten sich auf den ersten Blick kürzere Behandlungsverfahren besonders an und damit auch die psychodynamischen Psychotherapien! Und so gibt es auch bereits in den Vereinigten Staaten entwickelte manualisierte Formen psychodynamischer Kurzzeittherapie (Crits-Christoph et al. 1995). Hier geht eine wichtige Dimension der Psychotherapie verloren, wenn The-

rapeut und Patient sich nicht mehr „Zeit füreinander nehmen“, sondern ein Programm absolvieren müssen.

Annemarie Dührssen, eine der maßgeblichen Vertreterinnen psychodynamischer Psychotherapieverfahren im deutschsprachigen Raum – übrigens auch Begründerin dieser Zeitschrift! – hat kurz vor ihrem Tod 1998 vor einer solchen Entwicklung gewarnt. Aus ihrer Sicht würde damit zwangsläufig eine konzeptuelle Verflachung eintreten und die allen psychoanalytisch orientierten Behandlungsverfahren gemeinsamen anthropologischen Grundlagen aufgegeben werden: Das „Erkenne dich selbst!“ und das: „Stelle dich deinem Gewordensein in einem bestimmten Lebensweg mit seinen tragischen und antinomischen Seiten.“

Die eher pessimistische Weltsicht Freuds ergänzt Dührssen allerdings durch ihre optimistische Überzeugung von der menschlichen Fähigkeit zum Neulernen und der Möglichkeit in einer psychotherapeutischen Behandlung ein bis dahin neurotisch behindertes und ungenutztes kreatives Potential freizulegen. Das braucht allerdings jeweils seine Zeit!

Literatur

- Alexander, F. (1925): Buchbesprechung S. Ferenczi und O. Rank: Entwicklungsziele der Psychoanalyse. *Int. PsA.* 11: 113-122 (1924).
- Alexander, F.; French, P.M. (1946): *Psychoanalytic psychotherapy*. Ronald Press New York.
- Arbeitskreis OPD (1996): *Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik – Grundlagen und Manual* (Autorenkollektiv aus Hoffmann, S.O.; Buchheim, P.; Cierpka, M.; Freyberger, H.J.; Janssen, P.; Muhs, A.; Rudolf, G.; Rüger, U.; Schauenburg, H.; Schneider, W.; Schüßler, G.). Bern: Huber.
- Balint, M. (1950): Changing therapeutical aims and techniques in psycho-analysis. *Int. J. Psychoanal.* 31: 117-124.
- Balint, M.; Ornstein, P.H.; Balint, E. (1972): *Focal Psychotherapy. An Example of Applied Psychoanalysis*. London: Tavistock.
- Bellak, L.; Small, L. (1972): *Kurzpsychotherapie und Notfall-Psychotherapie*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp (engl. 1965).
- Bibring, E. (1954): Psychoanalysis and the Dynamic Psychotherapies. *J. Am. Psychoanal. ASS* 2: 745-770.
- Cremerius, J. (1981): Freud bei der Arbeit über die Schulter geschaut. *Jahrbuch der Psychoanalyse*. Stuttgart: frommann-holzboog, S. 123-158.
- Cremerius, J. (1993): Die „tendenziöse Analyse“ hat es nie gegeben, sie ist einer jener „Fliegenden Holländer“, von denen wir einige konservieren. *Z. Psychosom. Med.* 39: 215-218.
- Crits-Christoph, P. (1992): The efficacy of brief dynamic psychotherapy: A meta-analysis. *American Journal of Psychiatry* 149: 151-158.
- Crits-Christoph, P.; Wolf-Palacio, D.; Ficher, M.; Rodick, D. (1995): Brief supportive-expressive psychodynamic therapy for generalized anxiety disorder. In: Barber, J.P.; Crits-Christoph, P. (Hg.): *Dynamic Therapies for psychiatric disorders (Axis I)*. New York: Basic.
- Davanloo, H. (1978): *Basic Principles and Techniques in Short-Term Dynamic Psychotherapy*. New York: SP Medical & Scientific Books.
- Dührssen, A. (1962): Katamnestiche Ergebnisse bei 1004 Patienten nach analytischer Psychotherapie. *Z. Psychosom. Med.* 8: 94-113.
- Dührssen, A. (1972): *Analytische Psychotherapie in Theorie, Praxis und Ergebnissen*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

- Dührssen, A. (1986): Dynamische Psychotherapie, Psychoanalyse und analytische Gruppenpsychotherapie im Vergleich. *Z. Psychosom. Med.* 32: 161-180.
- Dührssen, A. (1988): *Dynamische Psychotherapie*. Berlin: Springer, 2. Aufl. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 1995.
- Dührssen, A. (1993): Die „strenge tendenzlose Analyse“ und die Psychoanalyse der Kriegsneurosen. *Z. Psychosom. Med.* 39: 200-204.
- Dührssen, A. (1998): Wesentliche anthropologische Konzepte in der psychoanalytisch-orientierten Psychotherapie. *Z. Psychosom. Med.* 44: 304-310.
- Dührssen, A.; Jorswieck, E. (1965): Eine empirisch-statistische Untersuchung zur Leistungsfähigkeit psychoanalytischer Behandlung. *Nervenarzt* 36: 166-169.
- Eissler, K. (1953): The Effects of the structure of the ego on Psychoanalytic technique. *J. Amer. PsA. ASSN.* 1: 104-143.
- Faber, F.R.; Haarstrick, R. (1989): *Kommentar zu den Psychotherapierichtlinien*. Jungjohann, Neckarsulm, Stuttgart, 4. Aufl. 1996, 5. Aufl. 1999
- Faber, F.R.; Rüger, U. (2001): Zur Differentialindikation der psychoanalytisch begründeten Behandlungsverfahren im Rahmen der Richtlinienpsychotherapie. *Psychotherapeut* 46: 214-215.
- Fairbairn, W.D. (1952): *An Object-Relations Theory of the Personality*. New York: Basic Books.
- Freud, S. (1914): Zur Geschichte der psychoanalytischen Bewegung. *GW X*, S. 43-113, Frankfurt a.M., 1946.
- Freud, S. (1919): *Wege der Psychoanalytischen Therapie*. *GW XII*, S. 181-194, Frankfurt a.M., 1947.
- Freud, S. (1928): *Der Humor*. *GW XIV*, S. 383-389, Frankfurt a.M., 1948.
- Frosch, J. (1990): *Psychodynamic Psychiatry*. Madison: Intern. Univers. Press.
- Fürstenau, P. (1979): *Zur Theorie psychoanalytischer Praxis*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Fürstenau, P. (1993): Freuds „Wege der psychoanalytischen Therapie“ – 75 Jahre später. *Z. Psychosom. Med.* 39: 224-229.
- Gay, P. (1989): *Freud – Eine Biographie für unsere Zeit*. Frankfurt a.M.: Fischer.
- Guntrip, H. (1961): *Personality structure and human interaction*. New York: Int. Univers. Press.
- Hartmann, H. (1939): Ich-Psychologie und Anpassungsproblem. *Int. Z. Psychoanal. Imago* 24: 62-135.
- Heigl, F. (1968): Zum strukturellen Denken in Psychoanalyse. In: Schelkopf, S.; Elhardt, S. (Hg.): *Aspekte der Psychotherapie*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen, S. 12-25.
- Heigl-Evers, A.; Ott, J. (Hg.) (1994): *Die psychoanalytische interaktionelle Methode*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Heigl-Evers, A.; Heigl, F.; Ott, J.; Rüger, U. (1997): *Lehrbuch der Psychotherapie*, 3. Aufl. Stuttgart: Fischer.
- Henry, W.P.; Strupp, H.H.; Schacht, T.E.; Gaston, L. (1994): *Psychodynamic Approaches*. In: Bergin, A.E.; Garfield, U.S.L.: *Handbook of Psychotherapy and Behavior change*. New York: John Wiley and Sons, S. 467-508.
- Hoffmann, S.O. (1983): Die niederfrequente psychoanalytische Langzeit-Therapie. In: Hoffmann, S.O. (Hg.): *Deutung und Beziehung*. Frankfurt a.M.: Fischer, S. 183-93.
- Hoffmann, S.O. (2000): Psychodynamische Therapie und psychodynamische Verfahren. *Psychotherapeut* 45: 52-54.
- Hoffmann, S.O.; Schüssler, G. (1999): Wie einheitlich ist die psychodynamisch/psychoanalytisch-orientierte Psychotherapie? *Psychotherapeut* 44: 367-373.
- Horowitz, M. (1979): *States of Mind. Analysis of Change in Psychotherapy*. New York: Plenum Press.
- Howard, K.I.; Kopta, S.M.; Krause, M.S.; Orlinsky, D.E. (1986): The dose-effect relationship in psychotherapy. *Am. Psychol.* 41: 159-164.
- Kernberg, O.F. (1976): *Object-Relations Theory and Clinical Psychoanalysis*. New York: Jason Aronson; deutsch (1981): *Objektbeziehungen und Praxis der Psychoanalyse*. Stuttgart: Klett.
- Kernberg, O.F. (2000): Behandlung der Persönlichkeitsstörung aus psychoanalytischer Sicht. Vortrag auf dem 8. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Psychotherapeutische Medizin (DGPM) am 07.10.2000 in Dortmund.
- Luborsky, L. (1984): *Principles of psychoanalytic psychotherapy. A manual for supportive-expressive treatment*. New York: Basic Book.

- Luborsky, L. (1988): Einführung in die analytische Psychotherapie. Berlin: Springer.
- Lynn, D.J.; Vaillant, G.E. (1998): Anonymity, Neutrality and Confidentiality in the Actual Methods of Sigmund Freud: A Review of 43 Cases, 1907-1939. *Am. J. Psychiatry* 155: 2.
- Malan, D.H. (1963): Psychoanalytische Kurztherapie. Eine kritische Untersuchung. Reinbek: Rowohlt.
- Mann, J. (1973): Psychotherapie in 12 Stunden. Olten: Walter.
- Marmor, J. (1979): Short-term dynamic psychotherapy. *Am. Journal Psychiat.* 136: 149-155.
- Mitscherlich, M. (1972): Die Psychoanalyse im Rahmen der Psychosomatischen Medizin. *Z. Psychosom. Med.* 18: 220-232.
- Rapaport, D.A. (1960): The Structure of Psychoanalytical Theory. A Systematizing Attempt. New York: Int. Univ. Press.
- Reimer, C.; Rüger, U. (2000): Psychodynamische Psychotherapien – Lehrbuch der tiefenpsychologisch orientierten Psychotherapien. Berlin: Springer.
- Rudolf, G. (1974): Vergleich des analytischen Standardverfahrens mit der Dynamischen Psychotherapie. *Z. Psychosom. Med.* 20: 12-18.
- Rudolf, G. (1991): Die therapeutische Arbeitsbeziehung. Berlin: Springer.
- Rudolf, G.; Manz, R.; Öri, C. (1994): Ergebnisse psychoanalytischer Therapien. *Z. Psychosom. Med.* 40: 25-40.
- Rudolf, G. (2000): Psychotherapeutische Medizin und Psychosomatik. Stuttgart: Thieme.
- Rudolf, G.; Rüger, U. (2001): Zur Differentialindikation zwischen tiefenpsychologisch fundierter und analytischer Psychotherapie. *Psychotherapeut* 46: 216-219.
- Rüger, U.; Haase, J.; Fassl, K. (1996): Was Psychotherapeuten vom Leben ihrer Patienten (nicht) wissen. *Z. Psychosom. Med.* 42: 329-342.
- Rüger, U.; Reimer, C. (2000): Psychodynamische Psychotherapieverfahren. In: Reimer, C.; Rüger, U. (Hg.): Psychodynamische Psychotherapien. Ein Lehrbuch der tiefenpsychologisch orientierten Psychotherapien. Berlin: Springer, S. 3-21.
- Sandler, J.; Sandler, A.M. (1985): Vergangenheits-Unbewußtes, Gegenwarts-Unbewußtes und die Deutung der Übertragung. *Psyche* 39: 800-829.
- Schultz-Hencke, H. (1927): Einführung in die Psychoanalyse. Jena: Gustav Fischer; Nachdruck: Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen 1972.
- Schultz-Hencke, H. (1951): Lehrbuch der analytischen Psychotherapie. Stuttgart: Thieme.
- Sifneos, P.E. (1972): Short-Term Psychotherapy and Emotional Crisis. Cambridge: Harvard Univ. Press.
- Streeck, U. (1996): Psychoanalytische Therapieverfahren. In: Senf, W.; Broda, M. (Hg.): Praxis der Psychotherapie. Stuttgart: Thieme, S. 124-138.
- Thomä, H. (1983): Erleben und Einsicht im Stammbaum psychoanalytischer Techniken und der „Neubeginn“ als Synthese im „Hier und Jetzt“. In: Hoffmann, S.O. (Hg.): Deutung und Beziehung. Frankfurt a.M.: Fischer, S. 17-43.
- Thomä, H. (2000): Kommentar zur Differenzialindikation zwischen tiefenpsychologisch fundierter und analytischer Psychotherapie. Schreiben vom 16.11.2000 (zitiert in: Rudolf, G.; Rüger, K., 2001, S. 216).
- Wolberg, L.R. et al. (1965): Short-Term Psychotherapy. New York: Grune & Stratton.

Anschrift des Verfassers: Prof. Dr. med. U. Rüger, Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie der Georg-August-Universität Göttingen, von-Siebold-Straße 5, 37075 Göttingen.