

Psychodynamische Interventionen

Prof. Dr. Rainer Krause

Universität des Saarlandes, Klinische Psychologie und Psychotherapie

Waldcampus, Gebäude A 1.3, 66123 Saarbrücken

Email: r.krause@mx.uni-saarland.de

Inhaltsverzeichnis:

1. Begriffsdefinition	3
2. Das Theorie - Praxis Verhältnis im Umfeld der psychodynamischen Behandlungsverfahren	8
2.1 Die Metatheorie.....	9
2.2.1 Die differentielle Krankheitslehre	17
2.2.1 Übertragung - Gegenübertragung und Kernkonflikte	19
3. Das Enactment der Kernkonflikte durch Affekte - Sozialpsychologische Befunde zur Übertragung und Gegenübertragung	24
4. Struktur.....	32
4.1 Das Strukturniveau und seine Messung	34
4.2 Affekt und Strukturniveau.....	37
4.3 Strukturelle Affekte.....	39
5. Der therapeutische Prozess.....	40
5.1 Die Änderung der Kernkonflikte als Ziel des Behandlungsprozesses.	43
6. Erfolgsforschung: Begriffe und rechtliche Rahmenbedingungen	62
6.1 Entscheide des wissenschaftlichen Beirates.....	64
6.2 Die Langzeitbehandlungen.....	66

1. Begriffsdefinition

Im deutschsprachigen Raum ist „psychodynamisch“ zumindest für die Krankenversorgung kein rechtlich definierter Begriff. Gemäß den Psychotherapierichtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen in der Fassung vom 17. Juni 2005 sind zwei Behandlungsformen, denen ein umfassendes Theoriesystem der Krankheitsentstehung zugrunde liegt und deren spezifische Behandlungsmethoden in ihrer therapeutischen Wirksamkeit belegt sind abrechnungsfähig. Die erste auch historisch älteste Gruppe umfasst die psychoanalytisch begründeten Verfahren mit zwei Untergruppen und 4 Sonderformen (Faber, Dahm & Kallinke, 1999, S.109). Die zweite ist die Verhaltenstherapie mit fünf Schwerpunkten der therapeutischen Interventionen. Die Definition der psychoanalytisch begründeten Verfahren ist:

„Diese Verfahren stellen Formen einer ätiologisch orientierten Psychotherapie dar, welche die unbewusste Psychodynamik neurotischer Störungen mit psychischer oder somatischer Symptomatik zum Gegenstand der Behandlung machen“ (Richtlinien des Bundesausschusses, 2005, S.5).

Die beiden Untergruppen sind die analytische Psychotherapie einerseits und die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie andererseits mit den folgenden Sonderformen: Kurztherapie, Fokaltherapie, dynamische Psychotherapie, niederfrequente Therapie in einer längerfristigen, haltgewährenden therapeutischen Beziehung.

Abbildung 1 einfügen

Die insgesamt fünf Formen haben ganz unterschiedliche Indikationen in Bezug auf die Struktur der Persönlichkeiten einerseits und die Art der unbewussten Konflikte andererseits.

Dies schlägt sich unter anderem in unterschiedlichen Vorgaben in Bezug auf die Behandlungszeit und -dichte sowie die Behandlungsziele nieder. Sie gehen von Verhinderung einer Hospitalisierung ohne Anspruch auf Heilung bis zur vollständigen Auflösung konfliktspezifischer fokaler Konflikte. Die gemeinsame Rahmendefinition der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapien ist:

„Die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie umfasst ätiologisch orientierte Therapieformen, mit welchen die unbewusste Psychodynamik aktuell wirksamer neurotischer Konflikte unter Beachtung von Übertragung, Gegenübertragung und Widerstand behandelt werden“ (Richtlinien des Bundesausschusses, 2005, S.6).

In Abhebung davon ist die analytische Psychotherapie nicht auf den aktuell wirksamen unbewussten Konflikt eingeschränkt. In ihr soll zusammen mit der neurotischen Symptomatik die zugrunde liegende neurotische Struktur des Patienten behandelt werden. Auch in diesem Verfahren soll mit Übertragung, Gegenübertragung und Widerstand gearbeitet werden. Sie sollen allerdings durch regressive Prozesse in Gang gesetzt und behandelt werden. Das schlägt sich in höherer Dosis (bis 3 Stunden pro Woche) und anderem Setting (liegend) nieder. Außerhalb der Krankenversorgung sind für die Psychoanalyse 4 bzw. 5 Stunden pro Woche die Regeldosis der Internationalen Psychoanalytischen Vereinigung.

Die Sonderformen der tiefenpsychologisch fundierten Verfahren sind einmal die Kurzzeittherapie

Für ihre Anwendung sollte ein abgrenzbarer aktueller neurotischer Konflikt mit einer definierbaren neurotischen Psychodynamik vorliegen. Es müssen verbindliche Vereinbarungen mit den Patienten über Ziel und Umfang der Therapie gemacht werden können und die Eigenverantwortung des Patienten für die Einhaltung des Rahmens gewährleistet sein. 40 Stunden sollten maximal ausreichen.

Fokaltherapie

Voraussetzung ist ein von Patient und Therapeut gemeinsam gefundener und definierter bewusstseinsfähiger Fokus eines neurotischen Kernkonfliktes. Eine hohe Wahrscheinlichkeit, dass sich der Kernkonflikt im Therapiegeschehen d.h. der Übertragung unmittelbar manifestiert, und dass die Anzahl möglicher Kernkonflikte beschränkt ist. Kontraindikationen sind das Vorliegen mehrerer Kernkonflikte mit dem Risiko, dass sie während des Behandlungsgeschehens alle aktiviert werden, sowie eine geringe Wahrscheinlichkeit, dass sich der Kernkonflikt unmittelbar manifestiert und eine hohe Wahrscheinlichkeit, dass er sich so im Übertragungsgeschehen manifestiert hat, dass er nicht beendet werden kann. Letzteres gilt für anaklitische Depressionen, ersteres für introjektive. Die Fokaltherapie kann zwischen 12 und 30 manchmal auch 40 Stunden variieren (Klüwer & Lachauer, 2004).

Die dynamische Psychotherapie

umfasst eine interaktiv dialogische Herangehensweise an pathogenes Erlebnismaterial zusätzlich zu den eher mentalen freien Einfällen und Assoziationen. Die Indikation ist bei niedrigem Grad an Symbolisierungsfähigkeit und hoher Gefährlichkeit einer dichten therapeutischen Beziehung gegeben (Dührssen, 1995).

Diese Kurztherapien erfordern im Allgemeinen größere therapeutische Erfahrungen als die längeren Behandlungsformen, weil wie später zu zeigen sein wird, die negativen Folgen von behandlungstechnischen Fehlern größer sind als bei den Langzeittherapien, die eine höhere Fehlertoleranz haben. Gleichzeitig sind sie für die Didaktik der Ausbildung günstiger, weil die Zieldefinition, Planung und Ausführung der Behandlung sehr viel genauer zu überprüfen ist. Empirische Studien, die die Manualtreue sowie die Treue zum Behandlungsverfahren überprüfen sind in diesen Behandlungskontexten sehr viel einfacher zu gewinnen.

Fraktionierte Therapie

ist eine niederfrequente – einmal im Monat oder weniger – kontinuierliche, systematische, tiefenpsychologisch fundierte Therapie von chronischen, neurotischen Zustandsbildern. Indikation ist vor allem die Bearbeitung von psychodynamischen Hinderungsgründen für eine Wiedereingliederung von Behinderten, sowie die Herstellung bzw. Aufrechterhaltung der Arbeitsfähigkeit und Verhinderung von Hospitalisierungen, sowie bei Vorliegen einer schlechten Behandlungsprognose für Persönlichkeitsstörungen durch Langzeitbehandlungen.

In der Zwischenzeit wurde eine ganze Reihe symptomspezifischer Behandlungsverfahren mit Manualen entwickelt. So für Psychosen (Mentzos, 2000), Persönlichkeitsstörungen (Clarkin, Yeomans & Kernberg, 2001), Angst und Panikstörungen (Milrod, 1997), Depressionen (Luborsky, 1995), Sprachstörungen (Kollbrunner, 2004) etc.. Gleichwohl sind alle diese Behandlungsformen mit ihren Manualen an einen vorgeschalteten diagnostischen Schritt gebunden, in dem geklärt werden muss, in welche (zentralen) Beziehungskonflikte und welches Strukturniveau der Persönlichkeit die Symptomatik eingebettet ist. Das Ergebnis dieses Vorgangs entscheidet, welche Form der Behandlung innerhalb der Manuale gewählt werden muss. So kennt das Manual für die Behandlung von Angsterkrankungen drei unterschiedliche Foki, um die die Angstsymptomatik zentriert sein kann, nämlich Trennung und Unabhängigkeit und Angst vor unkontrollierten Triebabläufen, sei es im sexuellen oder aggressiven Bereich (Milrod, 1997) (siehe Seite 60-61).

Eine weitere Gemeinsamkeit aller Verfahren ist der Rückgriff auf die behandlungstechnischen Parameter Übertragung, Gegenübertragung, Widerstand einerseits und unterschiedlich tiefe Formen der Regression andererseits. Das Vorliegen eines unbewussten Konfliktes ist Voraussetzung für die Indikation der meisten psychoanalytischen Verfahren. Sie ist für einen Teil der Traumastörungen, nämlich diejenigen ohne Amnesie für das Trauma, nicht gültig (Barwinski-Fäh, 2005; Sachsse, 2004). In den Fällen, in denen die Erinnerung an das

traumatische Geschehen nicht im psychodynamischen Sinne unzugänglich ist, sondern unter Aufbietung großer seelischer Kraft aktiv ferngehalten wird, ist die Reaktivierung des Geschehens in der Übertragung für die Bewusstwerdung nicht nur unnötig, sondern oft sogar schädlich, weil die Konfliktreaktivierung die Verarbeitungsmöglichkeiten der therapeutischen Dyade übersteigen kann. Ein Antrag zur Erweiterung des Krankheitsmodells in den Bereich der traumatischen Störungen im Rahmen der Psychotherapierichtlinien liegt vor. Im Moment wird die Behandlung dieser Störungen ähnlich wie die der Psychosen und Persönlichkeitsstörungen als Zusatzausbildung gelehrt (Fischer & Riedesser, 1999).

Der englischsprachige Begriff „psychodynamic psychotherapy“, der für dieses Kapitel verwendet wurde, schließt zumindest, was die empirisch vorliegenden Arbeiten betrifft, die regressiven Verfahren schon von der Behandlungsdauer und Dichte aus. Das trifft auch für den im deutschen Schrifttum üblichen Begriff der „Psychodynamischen Therapie“, als Synonym für tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie zu. Nur der Begriff „psychodynamische Verfahren“ des Beirates enthält die analytische Therapie und damit ein regressives Verfahren.

In den USA gibt es eine Ordnungsdimension, die supportive und expressive Therapien unterscheidet. In dieser Logik ist die große psychoanalytische Therapie die am meisten expressive und die supportiven Behandlungen stehen am anderen Ende. Die supportiven Therapien arbeiten mit nicht einsichtsorientierten Techniken wie Suggestion, Ratschlägen, psychoedukativen Maßnahmen. Eine Zwischengruppe wird supportiv-expressive psychoanalytische Therapie genannt. Sie arbeiten mit Einsicht produzierenden Techniken und wenn nötig supportiven Elementen wie Klarifikationen und Konfrontationen. Die Einteilung deckt sich am ehesten mit der Klassifikation des deutschsprachigen Raumes in aufdeckende und zudeckende Formen der Psychotherapie. Die Indikation für die supportiven Techniken ist

bei verschiedenen, auch traumabedingten Ichschwächen zu verorten. Dem deutschen Behandlungsverständnis folgend müsste man alle tiefenpsychologisch fundierten Behandlungsformen als supportiv expressiv bezeichnen. Rein supportive psychoanalytische Behandlungen gibt es hier nicht.

Der amerikanische Ausdruck „expressiv“ darf nicht mit den gestalttherapeutischen expressiven Behandlungsformen verwechselt werden. Er ist vom deutschen Theorie- und Praxisverständnis her eine „Fehlbenennung“. In Bezug auf die empirischen Studien zur Erforschung von Effektivität und Effizienz aber auch der Prozessforschung muss man im Einzelnen herausfinden, welches Behandlungsverfahren verwendet wurde. Dies kann über Manuale aber auch über Ratingverfahren geschehen (Jones, 2000). Solche Vorgehensweisen müssen allerdings in Rechnung stellen, dass sich die Behandlungstechniken unter dem Einfluss von Forschung und klinischer Erfahrung verändern, sodass die optimale Behandlungstechnik von vor 10 Jahren möglicherweise heute als suboptimal betrachtet wird. Es gibt natürlich auch Verschlechterungen der Versorgung

Der Rekurs auf die Definitionsmerkmale Übertragung, Gegenübertragung und Widerstand eröffnet die Frage nach der Validität dieser Konstrukte. Wenn sie empirisch validierte Konzepte sind, müssten sie auch in anderen Therapieformen auftauchen. Ehe dieses Problem gelöst werden kann, muss das Theorie - Praxisproblem im Bereich der psychodynamischen Behandlungsansätze diskutiert werden.

2. Das Theorie - Praxis Verhältnis im Umfeld der psychodynamischen Behandlungsverfahren

Die psychodynamischen Interventionstechniken sind in verschiedene Theorie-, und Wissenskontexte eingebettet, die man in die Theorie der Technik, die differentielle Krankheitslehre und die so genannte Metatheorien einteilen kann.

Die Theorie der Technik sind empirisch gestützte Regeln für die Erzielung guter Behandlungserfolge. Die differentielle Krankheitslehre sind ebenfalls empirisch gestützte Modelle über die Krankheitsursachen und deren Verläufe. Die Metatheorien verstehen sich als Satz allgemeinspsychologischen Grundlagenaussagen.

2.1. Die Metatheorie

Die Metatheorie befasst sich mit der Erarbeitung einer Gesamtheit mehr oder weniger von der Erfahrung entfernter begrifflicher Modelle, wie der Fiktion eines in Instanzen geteilten psychischen Apparates, der Triebtheorie etc. (Laplanche & Pontalis, 2002). Die Anlehnung an den Begriff Metaphysik wurde von Freud ganz bewusst gewählt, weil es sich um Konstrukte handelt.

Freud verstand sich selbst als Naturwissenschaftler und erklärte die vorgeblich somatischen Begleitvorgänge (des Psychischen) für das eigentlich Psychische und sah von der Qualität des Bewusstseins (bewusst oder unbewusst) ab (Freud, 1938, S.80). Die Konstrukte, die er zur Erklärung der Unvollständigkeit der bewussten Vorgänge heranzog, wie Trieb, nervöse Energie etc. betrachtete er als vorläufig, bis die neuropsychologischen Wissenschaften weit genug fortgeschritten seien um sie abzulösen. Bereits um die Jahrhundertwende hatte er das ursprüngliche Projekt einer Allgemeinen Psychologie auf neuropsychologischer Grundlage aufgegeben (Freud, 1895). Das genaue Studium der ersten sehr komprimierten 50-seitigen Arbeit von 1895 zeigt, dass sie neben der damaligen Neurologie sehr stark auf die empirische Arbeit über Lern- und Gedächtnisforschung fokussieren, speziell Fechners Psychophysik von

1860. Dies ist nicht unerheblich für die heutige Rezeption, weil gerade diese Arbeiten die engste Verbindung zur heutigen Neuropsychologie aufzuweisen haben (Panksepp, 1999; Spitzer, 2000; Solms & Nersessian, 1999). Nachdem diese frühen Arbeiten bis vor ungefähr 15 Jahren als szientistisches Selbstmissverständnis Freuds betrachtet wurden (Habermas, 1968), sind sie im Moment an vorderster Front der theoretischen Entwicklung zu verorten. Das heißt allerdings nicht, dass nunmehr die Auffassung der Psychoanalyse als Sozialwissenschaft diskreditiert wäre. Jede sinnvolle Psychotherapietechnik muss die Integration von Sozial- und Grundlagenforschung zumindest von der Intention her verwirklichen. Die der damaligen Neuropsychologie verhafteten Modelle haben auch die psychoanalytische Entwicklung - vor allem in der Metatheorie - teilweise unbemerkt bzw. ungewollt sehr stark beeinflusst. Dazu gehören vor allem die Gesetze der Bahnung und Hemmung von neuronalen Aktivitäten, die mit einer Psychologie der Wahrnehmung, des Gedächtnisses, der Affekte und vor allem des Verlustes von Informationen verbunden ist (Freud, 1900). Im Vorgriff auf sehr moderne Auffassungen über das Nervensystem postuliert Freud verschiedene Neuronen, die sich durch ihre Durchlässigkeit unterscheiden. Dies sei Folge der unterschiedlichen chemischen Prozesse an den so genannten Kontaktschranken, das sind die Vorläufer der Synapsen. Solche Neuronen, die die Erregung nicht oder nur schwer durchließen, würden zu Trägern des Gedächtnisses, so genannte Psy-Neuronen und damit aller psychischen Vorgänge. Das Hereinbrechen oder die Überflutung mit Reizen endogenen oder exogenen Ursprungs oberhalb einer biologisch durch die Sinnesorgane vorgegebenen Reizschwelle setze neuronale Prozesse in Gang, die nach Entladung drängten, vor allem in die motorischen Neuronen. Auf dem Innervationsweg zu den motorischen Neuronen geschehe eine innere Veränderung (Ausdruck der Gemütsbewegungen Schreien, Gefäßinnervationen, Freud, 1895, S.410) die dann als Affekt auch für andere wahrnehmbar würde. Die gesamte Logik der Besetzung von Repräsentanzen, der Verschiebung von Affektbeträgen kurzum das dynamische und ökonomische Modell ist ohne diesen Rückgriff auf die Neuropsychologie des

Lernens und Fechners Psychophysik nicht denkbar. Kandels auf mittlerweile recht überzeugende Forschungen zurückgehende Behauptung, dass „neurotische Störungen mit Veränderungen der neuronalen Struktur und Funktion einhergehen (Kandel, 1996, S.11) und eine erfolgreiche psychotherapeutische Behandlung von Neurosen und Persönlichkeitsstörungen zu strukturellen Veränderungen der involvierten Neuronen führen müsse eröffnet die Möglichkeit, die von Freud ursprünglich angestrebte naturwissenschaftliche Überprüfung und Fortentwicklung der psychologischen Konstrukte in ein nichtpsychologisches Feld zu übertragen und damit die Problematik zirkulärer Erklärungen von psychologieimmanenten Konstrukten abzumildern (Grawe, 2004). Die Arbeiten von Deneke (2001) sind ein erster Schritt in diese Richtung. Desgleichen diejenigen von Panksepp (1998) sowie Solms und Nersessian (1999).

Andere heute ebenfalls wieder hochaktuelle Autoren, die ihn maßgeblich beeinflusst haben, zitierte Freud, aus welchen Gründen auch immer, nicht. Dazu gehören Franz von Brentano (1955), der mit seiner Lehre von der Intentionalität, nach der alle seelischen Erscheinungen auf außerhalb des Bewusstseins liegende Gegenstände gerichtet sind, Begründer einer Theorie unbewussten Handelns wurde, die Narziß Ach (1905) versuchte empirisch umzusetzen. Die gesamten Arbeiten über die Möglichkeit oder Unmöglichkeit der Zuordnung einer intentionalen Welt zu den Bindungspartnern stützen sich auf diese frühen Arbeiten. Auch sie haben ein sehr lebhaftes Korrelat in der neuropsychologischen und philosophischen Forschung, wo die Frage des Verständnisses von Fremdseelischem über die Erforschung der Spiegelneuronen einen gewaltigen Schritt nach vorne gekommen ist (Gallese et al., 2004) und die Theory of Mind sehr stark mit der Möglichkeit der Attribuierung von eigenständiger Intentionalität an fremdseelische Entitäten zusammenhängt (Dornes, 2004). An der Existenz verhaltenssteuernder unbewusster Prozesse wird ebenso wenig gezweifelt wie an der von kognitiv-emotionalen Prozessen, die man im weitesten Sinne als Abwehrmechanismen

bezeichnen muss. In metatheoretischen Kontexten außerhalb der Psychoanalyse gibt es wenig Neigung, sich mit Triebkonzepten auseinander zu setzen. Am ehesten sind die Vorstellungen von Streben nach Selbstkohärenz als Bezugsgröße psychischen Handelns, die aus dem Umfeld von Kohuts Selbstpsychologie (1979) stammen, akzeptiert (Grawe, 1998). In Bezug auf die allgemeine Entwicklungspsychologie hat sich durch die empirische Bindungsforschung ein Forschungsfeld etabliert, das aus der Psychoanalyse stammt (Bowlby, 1982) und das es erlaubt, die in der Analyse berichteten Schöpfungsmythen über die vermutete eigene Entwicklung systematisch mit empirisch validierten Konzepten in Verbindung zu setzen (Bischof 1996; Fonagy, 2001 & 2003). Die Befunde über die Langzeitwirkung der verschiedenen Bindungsstile und deren Repräsentanz erfordern keine grundlegende Revision psychoanalytischer metapsychologischer Konzepte, allenfalls eine stärkere Fokussierung auf den Beziehungsanteil triebhaften und affektiven Geschehens. Im Allgemeinen stammen die Theoreme und Konstrukte für die psychoanalytische Metatheorie nicht aus der psychoanalytisch psychotherapeutischen Praxis selbst, sondern aus den Nachbarwissenschaften Biologie, Soziologie, Allgemeine Psychologie und heute Neuropsychologie sowie der Ethologie. D.h. die Validierung für eine Triebtheorie, Entwicklungspsychologie, Affekttheorie kann nur unter Bezugnahme auf den aktuellen Stand dieser Wissenschaften geschehen. Da dies alles Gegenstandsgebiete sind, in denen es kein festes finites Wissen gibt, muss sich die Theorie der Psychotherapie auch dann ändern, wenn die Praktiker es nicht für nötig halten. Leider ist der Rapport zwischen den Ausbildungs- und Forschungsinstitutionen über Gebühr unterbrochen worden (Krause, 2006). Auf der anderen Seite machen die außerklinischen wissenschaftlichen Theorien häufig über für die Psychotherapie sehr wichtigen Gegenstandsgebiete gar keine Aussagen, und wenn dann so, dass ihre Anwendung unmöglich ist (siehe dazu Grawe, Caspar & Ambühl, 1991). Ebenso sind die Methoden zur Gewinnung der Theorien teilweise inadäquat. Deshalb sind die Metatheorien der Psychotherapien gegenwärtig sicher als parawissenschaftlich zu bezeichnen.

Dies schlägt sich in einer zweistufigen Bewilligungspraxis für psychotherapeutische Leistungen durch den Gesetzgeber nieder. Ein so genannter wissenschaftlicher Beirat stellt die Wissenschaftlichkeit der Behandlungsmethode fest, was nicht deren Anwendbarkeit bedeutet und ein Bewertungsausschuss darauf fußend die Praxistauglichkeit (Bundesanzeiger Verfahrensordnung des gemeinsamen Bundesausschusses 2005, Wissenschaftlicher Beirat 2003).

Allgemeine metapsychologisch fundierte Psychotherapietheorien, wie die von Grawe (1998, 2004), Krause (1997, 1998) haben ihre Praxistauglichkeit noch nicht bewiesen.

In der klinischen, psychoanalytischen Praxis sind verschiedene Gruppierungen, die unterschiedliche Metatheorien bevorzugen, zu finden. Einer umfassenden Untersuchung der niedergelassenen Praktiker der Großräume Los Angeles und London folgend (Hamilton, 1996) kann man Selbstpsychologen, klassische Freudianer, Objektbeziehungstheoretiker, Kleinianer und in London die Middle of the Road Gruppierungen, die Eigenentwicklungen zwischen den Arbeiten von Melanie Klein und Anna Freud aufgebaut haben, unterscheiden. In neuerer Zeit sind die Bindungstheoretiker dazugekommen. In Deutschland haben wir noch Eigenentwicklungen, wie die interaktionellen Psychoanalytiker, die man in Teilen mit den Objektbeziehungstheoretikern amerikanischer Prägung und den relationalen Psychoanalytikern und Interpersonalisten wie z. B. Stolorow (1991) und Benjamin (2002) vergleichen könnte. Ich verweise auf die eingangs erwähnte dynamische Psychotherapie von Dührssen (1995), sowie die Entwicklungen durch das Ehepaar Heigl (Heigl-Evers, 1994), die relativ direkt mit in eine empirische Operationalisierung zentraler psychoanalytischer Konzepte, die nun erfolgt ist, einmündeten (Arbeitskreis OPD, 2001, 2006). Daneben gibt es die französisch geprägten hermeneutisch, an der Sprachanalyse orientierte Gruppierung, vor allem um den 1981 verstorbenen Lacan (1987), die in Deutschland, wenn auch in geringem Ausmaß, ähnliche Entwicklungen stimuliert haben (Lang, 1997). Die gegenseitige Wahrnehmung und Zitierbereitschaft der Gruppen hat in den letzten Jahren massiv

abgenommen. Die Binnendifferenzierung der unterschiedlichen Gruppen ist so groß, dass man auf der Ebene der Metatheorie eher von disparaten Gruppen ausgehen sollte, deren Gemeinsamkeit zumindest nicht in der präferierten wissenschaftlichen Theorie liegt. Die unterschiedlichen Gruppen haben ihre bevorzugten akademischen Partner, mit denen sie in engem Kontakt stehen. Die Hermeneutiker, die Literatur- und Geschichtswissenschaften, die Objektbeziehungstheoretiker, die Affekt- und Sozialpsychologie, die Bindungsforscher die Entwicklungspsychologen, die Interpersonalisten und interaktionellen Psychoanalytiker die interaktionistische Soziologie und kognitive Anthropologie. Andere akademische Wissensgebiete haben in alle Bereiche hineingewirkt. In neuerer Zeit sind dies die Gedächtnisforschung und die Neuropsychologie. Ein wesentlicher Grund für die unterschiedlichen Präferenzen ist kultureller Natur. Die stark expandierenden psychoanalytischen Wissenschaften und Praxen Süd- und Mittelamerikas sind ganz überwiegend aus dem frankophonen Sprach- und Kulturraum heraus gegründet und betreut worden, wohingegen der US-Amerikanische Raum im wesentlichen auf deutschsprachige Gründungspersonen zurückgeht. Die internationale Psychoanalytische Vereinigung hatte 1999 10.000 Mitglieder, im Jahr 2004 11.000 (Widlöcher, 2005). Das Wachstum geht ganz auf das Konto der südamerikanischen und osteuropäischen Länder. In den ehemals führenden Ländern - vor allem den USA - ist eine schwere Überalterung und ein massiver Rückgang der Mitgliederzahlen zu verzeichnen. In den Jahren 2001 bis 2003 sind 2,6% der Mitglieder der Amerikanischen Psychoanalytischen Gesellschaft verstorben, ohne nennenswerten Neuzugang (IPV 2004). In den Gründungsländern Österreich, Deutschland und der Schweiz haben psychoanalytische Verfahren - was die Praxis angeht - ein großes Gewicht, die Implantierung an den Universitäten ist unzureichend. Ein weiterer Grund für die theoretische Diversifikation sind die bei aller Einheitlichkeit sehr unterschiedlichen Ausbildungsbedingungen, wobei die Frage der Finanzierung von psychoanalytischen Therapien durch öffentliche Mittel wie in Schweden oder Deutschland den zentralen

Unterschied in Bezug auf die Art der Patienten ausmacht. Ein privatzahlender Londoner Patient, der 5 Stunden die Woche kommt, ist durch eine massive Selektion nicht nur in Bezug auf die Finanzierbarkeit gegangen und ist nur sehr beschränkt mit dem Durchschnittspatienten einer deutschen psychoanalytischen Praxis vergleichbar. Die deutschen Psychoanalytiker haben, verglichen mit den verhaltenstherapeutischen Praxen, die kränkeren Patienten. International sind Patienten, die psychoanalytische Behandlungen aufsuchen, im Allgemeinen aus höheren sozialen Schichten als die Patienten konkurrierender Verfahren. Nicht nur die Erfolge, sondern auch die bevorzugten Theorien werden dadurch bestimmt, welche Patienten man nicht sieht und behandelt. Dieses als attrition Problem gekennzeichnete Phänomen wird oft übersehen. Insgesamt ist wie in anderen Psychotherapiekontexten das Verhältnis zwischen übergeordneter Theorie und der Handlungspraxis nicht so eng wie die Theoriebauer und die klinischen Praktiker meinen. So hat die durchaus vertretbare Umschreibung psychotherapeutischen Kontextwissens in eine neuropsychologische Sprache zunächst keine Auswirkungen auf die Praxis (Grawe, 2004; Krause, 1999).

Die aus den übergeordneten Theorien abgeleiteten Behandlungstechniken haben sich in allen untersuchten Fällen (Wampold, 2001) als unspezifisch erwiesen, d.h. man konnte ihre Erfolge mit verschiedenen theoretischen Annahmen erklären. Das gilt nicht nur für die psychoanalytischen, sondern auch für alle verhaltenstherapeutischen Techniken, wie systematische Desensibilisierung oder EMDR als eine Methode der Traumabehandlung. Im allgemeinen kann man feststellen, dass bei gleichzeitiger Beachtung aller Einflussvariablen auf das Behandlungsgeschehen die Beziehungsvariablen (Effektstärke um 45) sowie die Kompetenz des Therapeuten (50 bis 60) die theoretisch technischen Parameter (max. 10) bei weitem übersteigen. Einzig die Hingabe an das eigene Verfahren hat Effektstärken von bis 65. Nach dem heutigen Kenntnisstand kann man das für alle Behandlungsverfahren und theoretischen Orientierungen so interpretieren, dass Patienten von hochkompetenten

Therapeuten denselben erlauben, ihre Theorien und die damit verbundenen Techniken an ihnen anzuwenden. Das wäre dann eine der Folgeerscheinungen der mit der Kompetenz verbundenen Hoffnung auf Besserung.

Ein weiteres metatheoretisches Standbein der psychoanalytischen Theorie und Praxis ist kultur- und geisteswissenschaftlich. In einem Abschnitt der Arbeit „Die Frage der Laienanalyse“ von 1926 erklärt Freud, die Geschichts-, Religions- und Literaturwissenschaften seien für das Studium der Psychoanalyse an einer zukünftigen Universität ebenso relevant wie Biologie und die Sexualwissenschaft, wohingegen er die im engeren Sinne medizinischen Curricula mit Ausnahme der Symptomatologie der Psychiatrie für überflüssig hielt. Neben der Benutzung der großen Kulturgüter als Interpretations- und Anwendungsfeld für die Theorie ist es vor allem der als kurativ erachtete Vorgang der „richtigen“ Deutung, der eine wissenschaftliche Fundierung in den Interpretations- und Deutungswissenschaften braucht (Habermas, 1968; Ricoeur, 1971). Da im Kontext dieser Enzyklopädie der Schwerpunkt auf richtig – und zwar richtig im Sinne einer nachweisbaren benevolenten Auswirkung auf den Patienten liegt – soll dieser Teil der Grundlagenwissenschaft im Zusammenhang mit der Theorie der Technik besprochen werden. Ich habe versucht aufzuzeigen, dass wenigstens drei Handlungs- und Wissenschaftsbereiche nämlich die teilnehmende Beobachtung, die objektivierende Beobachtung und die Bedeutungsaufhellung im Sinne der Hermeneutik für jedwede Therapie unumgänglich sind (Krause, 1997).

Die differentielle Krankheitslehre im engeren Sinne ist durch die klinische Empirie besser bestätigt als die Metapsychologien, kann aber von den Nachbarwissenschaften auf den ersten Blick weniger profitieren und/oder falsifiziert werden.

Die Theorie der Technik ist im Allgemeinen schlicht unbekannt, obwohl sie ja die Grundlage jeder Datengewinnung darstellt, da jede Beobachtung bereits durch die Intervention beeinflusst ist. Dieses Problem ist kein Spezifikum der Psychoanalyse, sondern aller Anwendungswissenschaften und wurde von ganz unterschiedlichen Blickwinkeln beleuchtet (Grünbaum, 1991; Dereveux, 1976). Im positiven Sinne kann man die Metaanalyse der Metaanalysen von Whampold so interpretieren, dass jedwede Technik in einem Rahmen eingebettet sein muss, der ausreichend Hoffnung erzeugen kann. Dies ist ein dyadischer Parameter, der gleichwohl spezifische Indikationen erlaubt. Trotz all der aufgeführten Unterschiede gilt der oben erwähnte Konsens für die Konzepte Übertragung, Gegenübertragung und Widerstand weiterhin.

2.2.1 Die differentielle Krankheitslehre

In Bezug auf die psychodynamischen Behandlungsformen sind die Indikationen nur indirekt mit der Symptomatologie verbunden. Zwei als ätiologisch kausal zu verstehende Ordnungsdimensionen sind für die Vorhersage der Angemessenheit der unterschiedlichen Behandlungsverfahren und den damit verbundenen Ergebnissen zentral. Die eine bezieht sich auf die Existenz bzw. Nichtexistenz eines oder mehrerer unbewussten Kernkonflikte und die andere auf das jeweils mögliche Niveau der kognitiven - mentalen Operationen des Patienten. Letzteres wird manchmal Strukturniveau, an anderen Orten Mentalisierungs- oder Symbolisierungsfähigkeit genannt. Wenngleich sie nicht genau am gleichen Phänomenbereich abdecken sollen sie hier als synonym behandelt werden. Die möglichen und notwendigen Regressionsformen sind mit dem Strukturniveau verbunden. Die beiden Parameter sind hinsichtlich der Häufigkeit der Kovariation statistisch miteinander verknüpft, aber im Prinzip unabhängig. Beide implizieren nicht notwendigerweise krankheitswertige Symptome, sondern sind am ehesten als Vulnerabilitätsfaktoren zu verstehen. Sowohl der Kernkonflikt als auch

das Strukturniveau sind als überdauernd und damit als Persönlichkeitsvariablen zu verstehen. Zu krankheitswertigen Symptomentwicklungen kommt es im Allgemeinen dann, wenn in der aktuellen Lebenssituation eine Konfliktkonstellation entsteht, die dem Kernkonflikt hinreichend ähnlich ist und damit die verfügbaren Copingmechanismen der Personen nachhaltig überfordert. Diesen Vorgang nennt man Konfliktreaktivierung.

Abbildung 2 Grundlegendes Schema der neurotischen Konfliktreaktivierung

Das grundlegende Schema einer (neurotischen) Konfliktregulierung ist, dass eine bewusste Intention – es kann sich dabei um die Folge eines Affekts, eines Triebprozesses oder eines anders entstandenen Wunsches handeln – die im Verlaufe einer Lerngeschichte mit einem traumatischen Zustand verbunden war, mobilisiert wird. Parallel zu dieser Mobilisierung wird ein Affektsignal entwickelt, das Rückmeldung gibt, ob eine weitere Verfolgung des Wunsches bzw. der Intention als indikativ für einen erneuten Zusammenbruch gewertet werden muss. Aus dieser Rückmeldung heraus werden sog. Abwehrmechanismen mobilisiert, die nun wiederum die Ursprungsintention so verändern, dass eine weitere Form einer bewussten Verfolgung des Zieles möglich ist. Die Symptomatik des Zustandsbildes wird einerseits durch die Art des Wunsches, der dem konfliktiven Geschehen unterliegt, und andererseits durch die Art der Abwehrmechanismen bestimmt, wobei die Abwehrmechanismen im Allgemeinen dasjenige sind, was nach außen hin als Persönlichkeitseigenschaften leichter sicht- und erfassbar ist als die Wunschstruktur selbst. Die Kranken wählen diejenigen kognitiv-affektiven Funktionen, die sie gut beherrschen, in Form einer pathologischen Übersteigerung als bevorzugte Abwehrform (Haan, 1977). Es gibt keine feste Verkoppelung zwischen Wünschen und Abwehrmechanismen. Statistisch betrachtet kann man aber davon ausgehen, dass sog. 'archaische' frühe Wünsche auch mit Abwehrmechanismen, die eine primitive Form kognitiv-affektiver Regulierung beinhalten, verkoppelt sind. Gewisse für den Patienten

unbewusste Teile seines Verhaltens führen eben solche Aktualisierungen immer wieder herbei. Diese Verhaltensweisen sind beobachtbar und können zur Diagnostik verwendet werden. Sie sind wahrscheinlich spezifisch für die jeweiligen Kernkonflikte. Der gesamte Prozess wird als ungewollte gewissermaßen zwanghafte Wiederholung des Kernkonfliktes verstanden und deshalb Wiederholungszwang genannt. In anderen Theoriekontexten wird von maladaptiven Mustern gesprochen (Strupp, 1991).

2.2.1 Übertragung - Gegenübertragung und Kernkonflikte

Das gemeinsame aller psychoanalytischen Verfahren ist zumindest nach den Psychotherapierichtlinien, der Rückgriff auf die theoretischen und behandlungstechnischen Parameter Übertragung, Gegenübertragung und Widerstand einerseits und unterschiedlich tiefe Formen der Regression andererseits. Allerdings werden in der Praxis und Theorie unterschiedliche Konzepte von Übertragung und Gegenübertragung gepflegt. Die gegenwärtig favorisierte Konzeption ist eine sozial-konstruktivistische (Weiss & Herold, 2000; Hoffmann, 1991). Diesem Konzept folgend ist „der Beitrag des Patienten zur Übertragung durch den neurotischen Wiederholungszwang gegeben, durch den der Patient veranlasst wird, seine Konflikte auf der Bühne interpersoneller Beziehungen zur Aufführung zu bringen. Der Beitrag des Analytikers zur Übertragung besteht in der durch seine implizite private Theorie gesteuerten Technik, seiner Individualität, seiner persönlichen Auslegung und Handhabung der analytischen Regeln sowie seinem latenten Menschenbild“ (Weiss & Herold, 2000, S.758). Diese Definition ist bemüht, den Patienten zu entpathologisieren und die Ursachen möglicher Verzerrungen der Selbst- und Fremdwahrnehmung auf die Schultern von Patient und Analytiker gleich zu verteilen, was theoretisch richtig ist. Diese sich als humanistisch verstehende Sichtweise wird allerdings durch die empirische Forschung nicht abgedeckt. Die Untersuchung der Erzählformen – Narrative – durch Luborsky et al. (1985), Teller und Dahl

(1986) sowie Boothe (1999) haben ergeben, dass es das Definitionsmerkmal seelischer Störungen ist, dass sie, wenn nicht immer, so doch oft die gleichen Erzählungen generieren. Die Möglichkeit, dass beide Protagonisten Therapeut und Patient in gleichem Ausmaß an den Verzerrungen beteiligt sind, ist sicher gegeben. Das wäre allerdings der schlechtest mögliche Fall, der durch die Ausbildung und Erfahrung des Therapeuten als eine Form des Misserfolges zu verstehen wäre (Krause, 1997). Die an Sprechakten und dann noch meistens an transkribierten Sprechakten entwickelten Untersuchungsmethoden haben allerdings bis heute das Problem nicht gelöst, ob und wie die Kernkonflikte in das soziale Geschehen mit den bedeutsamen Personen implantiert werden. Die wenigen Untersuchungen, die zusätzlich zu den Sprechakten noch andere Maße des Verhaltens beispielsweise affektive Mikroverhaltensweisen eingeschlossen haben, (Anstadt, Merten, Ullrich & Krause, 1997; Benecke & Krause, 2001; Merten, 2005) haben deutlich werden lassen, dass die Inszenierung des Konfliktes nur sehr beschränkt über die Sprechvorgänge erfolgt, dass vielmehr die nonverbalen und paraverbalen Verhaltensweisen bei weitem mächtigere und vor allem weniger bewusste konfliktspezifische Inszenierungen zu Folge haben. Über das Verhältnis von Sprechen und paraverbalem Enactment liegen etliche Studien vor, die deutlich werden lassen, dass in gut laufenden Therapien das Enactment durch das „Sprechen“ über den Konflikt abgelöst wird (Benecke, 2002).

Luborsky (1985) versuchte einen empirischen Beweis für zentrale Postulate der psychoanalytischen Krankheits- und Behandlungslehre zu liefern. Gestützt auf die Methode der Analyse von Erzählungen (CCRT Core Conflictual Relationship Theme) meint er 9 von Freuds zentralen Postulaten bezüglich der Übertragung bestätigen zu können, dass nämlich jeder Patient ein zentrales Übertragungsthema hätte, dasselbe spezifisch für jeden Patienten sei und für jedwede Liebesbeziehung gelte, Teile davon unbewusst seien, eine hohe Stabilität über das Leben zu beobachten, es gleichwohl in Teilen veränderbar sei, in den Therapien

aufetre und auf frühkindliche Beziehungsmuster zurückzuführen sei. Diesen Enthusiasmus würde man heute in der Form nicht mehr teilen, unter anderem weil es unter dem Einfluss der Forschung den oben erwähnten theoretischen Durchbruch weg von der Einpersonen Psychologie zu einer Sozialpsychologie der Psychoanalyse gegeben hat (Mertens, 1993). Das bedeutet, dass der Anteil der Wiederholung der durch den jeweiligen Interaktionspartner – hier den Therapeuten – zustande kommt, sowohl in der Forschung als auch der klinischen Empirie des Einzelfalles geklärt werden muss. In Termini von Übertragung und Gegenübertragung muss ein sozialpsychologisches Modell wechselseitiger Beeinflussung die einseitige Beeinflussung durch den Patienten - wie sie im zentralen Beziehungskonflikt angedacht ist - ersetzen. Solche Modelle sind in der Forschung und Praxis sehr weit gediehen und werden unter Enactment der Kernkonflikte dargestellt. In Bezug auf die Herleitung aus den frühkindlichen Erfahrungen ist die Forschung durch die Ergebnisse der Bindungsforschung besser aufgestellt, allerdings sind Bindungsmuster per se keine Symptome, sondern stellen im besten Fall einen Vulnerabilitäts- oder Resilienzfaktor dar. Schließlich sind die zentralen Beziehungskonflikte und die mit ihnen verbundenen Übertragungen keineswegs nur patientenspezifisch. Die Anzahl möglicher unbewusster Konflikte, die in den Psychotherapien aufscheinen, sind begrenzt. Dies liegt daran, dass die Motivationssysteme des Menschen begrenzt sind und tendenziell antagonistisch sein können. Gut untersucht ist das Zusammenwirken von Bindungs- und Autonomiebestrebungen und dessen Auswirkungen auf die sinnlich sexuellen Motive (Bischof, 1985).

Ausgehend von den kurztherapeutischen Behandlungsansätzen von Malan (1965) und Strupp und Binder (1991), die eine Systematik der Kernkonflikte für die Fokaltherapien zu entwickeln versuchten, wurde eine methodisch befriedigende Klassifikation hinsichtlich Reliabilität und Validität der Kernkonflikte versucht. Hogland und Mitarbeiter entwickelten 1992 die Psychodynamic Conflict Rating Scales, die Schwedische Forschergruppe am

Karolinska Institut das Karolinska Psychodynamic Profile (KAPP) (Weinryb et al., 1991). Das in der klinischen Praxis nun am besten etablierte Verfahren geht auf die Arbeitsgruppe Achse III: Konflikt zurück (Arbeitskreis OPD, 2001; Leiter der Arbeitsgruppe G. Schüßler, Innsbruck). Ausgangspunkt der Messungen sind die berichteten oder sichtbaren konflikthaften Interaktionserfahrungen von interviewten Patienten, die von der Phänomenologie (der Oberfläche) erschlossen und bis hin zu ihrer unbewussten Bedeutung abgeleitet werden (Arbeitskreis OPD, 2001, S.66). Es handelt sich um zunächst nicht erlebbare (unbewusste) Gegensätzlichkeiten und Problembereiche des Erlebens und Handelns, die von hoher Durchdringungskraft für das ganze Leben waren (zeitlich überdauernd). Sie sind abzugrenzen von Konflikten auf Grund von Belastungsereignissen und -traumata, die weder überdauernd noch unbewusst sind.

Die Gruppe hat sich auf Grund der damaligen Forschungen vor allem der Luborsky Gruppe und klinischer Evidenzen auf die folgenden Konflikte geeinigt:

- Individuation versus Abhängigkeit
- Unterwerfung versus Kontrolle
- Versorgung versus Autarkie
- Selbstwertkonflikte
- Schuldkonflikt
- Ödipaler Konflikt
- Identitäts- (Selbst-) Konflikt (Identitätsdissonanz)

Auf jeder Konfliktebene werden ein passiver und ein aktiver (kontraphobischer) Modus ausformuliert. Die einseitige Betonung eines passiv-selbstbezogenen oder aktiv-objektbezogenen Modus wird als Indikator einer konflikthaften Verarbeitung gesehen, da eine integrative «Sowohl-als-auch-Lösung» nicht gefunden werden konnte. Diese grundsätzliche Bipolarität des menschlichen Lebens schlägt sich in den verschiedenen Konflikten

entsprechend nieder: Abhängigkeit versus Autonomie, Selbstwert versus Objektwert etc. Der aktive Modus soll nur diagnostiziert werden, wenn eine z. B. deutlich kontraphobische Abwehr vorliegt und eine Reaktionsbildung überwiegt, der passive beim Überwiegen regressiver Abwehrhaltungen.

Eine detaillierte Beschreibung aller Kernkonflikte findet man in der letzten Version der OPD Diagnostik (Arbeitskreis OPD, 2006, S. 206 ff). Sie schließt der sozial-konstruktivistischen Fortentwicklung der Theorie folgend, typische Gegenübertragungsreaktionen in den Urteilsakt mit ein. Eine reliable Einschätzung in Bezug auf die Ausprägung erfordert klinisch-psychoanalytisches Expertenwissen.

Es existiert eine anwenderfreundliche Checkliste für die Konfliktdiagnostik (Grande und Oberbracht, 2000). Die Reliabilitätswerte sind mit einem Kappa von .47 mit einem Range zwischen .21 und .56 für alle Konflikte verbesserungsbedürftig. Hinsichtlich des ersten zentralen Konfliktes liegen die Übereinstimmungen allerdings über 83% (Freyberger, et al., 1998). Validierungen beispielsweise mit dem Bindungsstil sind sehr zufrieden stellend (Schauenburg, 2000). Die Anbindung der Konfliktbeschreibung an die Entwicklungsphasen (oral, anal, phallisch) sowie an das Strukturmodell (Ich, Es, Über-Ich) wurde aufgegeben.

In der neuen Auflage wurde ein Manual für die Befragung mitgegeben, weil sich gezeigt hatte, dass die Validität des Interviews dadurch sinkt, dass bestimmte Bereiche (meist die Sexualität) von allen Interviewer ungenau erhoben wurde.

Ein nach Luborsky weiteres scheinbar bestätigtes Postulat musste ebenfalls revidiert werden. Es ist keineswegs so, dass alle Patienten nur einen vorwiegenden unbewussten Konflikt aufzuweisen hätten. Ist dies der Fall, liegt eine Indikation für eine Kurz- bzw. Fokaltherapie vor, die selten ist. Die meisten Patienten leiden an mehreren unbewussten Konflikten, und es

muss für die Indikation geklärt werden, ob es möglich ist, Konflikte sukzessiv zu bearbeiten, ohne dass mehrere gleichzeitig aktiviert werden, was nur in regressiven Behandlungsansätzen möglich ist (Thomä & Kachele 2006 a, b). Das zentrale empirische und damit auch klinische Problem der Methode der Findung zentraler Beziehungskonflikte wie Luborsky es beschrieben hat ist wie oben erwähnt, ihre Fundierung auf dem Sprachproduktionsprozess über Erzählungen. Dieses Vorgehen lässt die Verbindung dieser repetitiven Übertragungsmuster zu dem Verhalten und Erleben der Sozialpartner sowie die theoretische Verknüpfung zwischen dem historisch entstandenen Kernkonflikt und dem aktuellen Verhalten weitgehend offen, weil die oben erwähnte Sozialpsychologie der Übertragung und Gegenübertragung im wesentlichen über paraverbale vorwiegend affektive vor- oder unbewusste Prozesse geschieht und nicht über den Sprechvorgang.

3. Das Enactment der Kernkonflikte durch Affekte - Sozialpsychologische Befunde zur Übertragung und Gegenübertragung

In einer Reihe von Untersuchungen haben wir untersucht, ob die hohe Vorhersagbarkeit und Stabilität der Lebensthemata und Krisen (Bibring, 1943), der psychisch gestörten Personen nicht auch durch ihr eigenes unbewusstes subliminales affektives Beziehungsverhalten zustande kommt (Krause, 1981 & 1997; Merten, 2005). Das hieße, dass die fehlenden so genannten Spontanremissionen auch damit zusammenhängen, dass die Patienten ihre Beziehungspartner in eben diese repetitiven Konflikte hineinführen würden. Damit hinge auch die sehr starke Tendenz zur Tradierung seelischer Störungen von einer zur nächsten Generation zusammen. Wohlgermerkt keine genetische Tradierung, sondern eine soziale Transmission von beispielsweise Bindungsstilen und/oder traumatischen Erfahrungen über mehrere Generationen hinweg. Dass diese regelhaft auftritt, ist heute gut bestätigt (Benoit & Parker, 1994). Als zentrales Medium des Enactments konnte in der Folge eine Gruppe von

Forschern nachweisen, dass die expressiven Anteile der Affekte einen zentralen Anteil an diesem Geschehen haben. (Bänninger-Huber & Widmer, 1999).

Alle Studien fanden spezifische mikro-affektive Ausdrucksmuster, auf die die Partner auch ebenso hochspezifisch reagierten. Daraus kann man schließen, dass es so etwas wie eine unbewusste Semiotik des affektiven Körpers in Gruppen bzw. zwischen Menschen gibt. Autoren, die sich mit diesem Phänomen beschäftigt hatten, sprachen von »Kinesics« (Birdwhistell, 1971). Ekman und Davidson (1994), (Ekman, 1994) nahmen Darwin (1872) folgend an, es gäbe spezifische phylogenetisch vermittelte affektive Zeichen zumindest in der Mimik und in der Stimme, die nur im geringen Maße kulturabhängig seien und die wir wenigstens partiell mit den Primaten teilen. Diese Annahme kann in der folgenden Version als bestätigt gelten: Die Zeichen haben eine kulturinvariante Semantik derart, dass sie von anderen Beobachtern mit überdurchschnittlicher Übereinstimmung gleichsinnig interpretiert werden. Die Bedeutung bezieht sich nicht auf eine feste Zuordnungsmöglichkeit zu anderen Modulen des Emotionssystems wie dem inneren Erleben, der Physiologie.

Die führenden Emotionsforscher betrachten das emotionale System als parallel organisiert, was heißt, dass unter normalen Bedingungen kein sehr großer Zusammenhang zwischen den unterschiedlichen Subsystemen besteht und die Zusammenhänge sehr stark situations- und partnerspezifisch sind (Lewis & Granic, 2000; Scherer 2000). Nur unter bestimmten, als „ernst“ zu definierenden Randbedingungen werden die Module einer Person in Phase geraten. Dann geraten innere Welt, Wahrnehmung des anderen, intentionale und Zeichenmotorik sowie die zentrale und periphere Physiologie unter eine einheitliche Regie. Theoretisch konzeptualisiert man solche Prozesse in Form von nichtlinearen, dynamischen Systemen der Selbstorganisation (Scherer, 2000). Die im Ernstfall mobilisierte Form der Emotion wird als Attraktor beschrieben. Personen mit neurotischen Kernkonflikten haben eine Neigung schnell

im gleichen Attraktor zu landen. Wir haben bei einzelnen Krankheitsgruppen Leitemotionen im expressiven Modul gefunden. Diese Aktivierungen im expressiven System sind den Sendern nicht bewusst. Sie kann man als Teile solcher Attraktoren betrachten, die die bevorzugte Gegenübertragung steuern. So wird Borderlinepatienten im DSM IV chronische Wut attestiert. Im Ausdrucksverhalten findet man aber insgesamt eine Reduktion – verglichen mit Gesunden mit einer Steigerung von Verachtung. Ärger ist extrem selten. Die Affekte in den Narrativen weisen auf schwere chronische Angst hin (Leichsenring, 1991). Das diagnostische Merkmal „chronische Wut“ sollte man vernünftigerweise eher so interpretieren: Die Patienten machen die Sozialpartner leicht chronisch wütend, dies geschieht unter anderem über Verachtung. Sie selbst sind aber sehr geängstigt (Krause, Benecke & Dammann, 2006). Der Leitaffekt und der mit ihm verbundene Kernkonflikt bestimmen das Interaktionsgeschehen und damit die Gegenübertragung. Personen mit einem Kernkonflikt müssen auf die normale Flexibilität des Emotionssystems interpersonell und interaktionell verzichten. Das macht den Wiederholungszwang aus. Die Zusammenhänge zwischen Ausdruck, Erleben, Physiologie und Körperverhalten sind vor allem während sozialer Austauschprozesse sehr wechselnd. Wenn man überhaupt eine Gesetzesaussage machen will, muss man sie so formulieren, dass bei Gesunden die affektiven Austauschprozesse zwischen zwei Personen in etwa so aufgeschlüsselt werden können: Ein Drittel der Varianz der emotionalen Reaktionen stammt vom Partner, ein Drittel aus dem Innenbereich des Affektproduzenten und ein Drittel aus der sozialen Situationsdefinition – ob es sich beispielsweise um eine Liebes- oder Streitsituation handelt (Krause, 1981).

Im Zusammenhang mit psychopathologischen Regulierungsprozessen ist von Bedeutung, dass diese Varianzanteile sich unter dem Einfluss des Krankheitsgeschehens radikal verändern, und zwar dahingehend, dass der Varianzanteil des Partners für das emotionale Geschehen minimiert wird, das heißt das Geschehen wird mehrheitlich durch den Kranken determiniert

(im Allgemeinen bis zu 80%) (Krause, 1981, 1997, 1998). Umgekehrt sind manche affektiven Reaktionsmodule von Patienten ganz vom Partner abhängig, so kann man bei schizophrenen Psychosen 80% des Gefühlserlebens der Patienten aufgrund der Mimik ihrer Partner vorhersagen (Hufnagel et al., 1993). Das ist das zentrale behaviorale Korrelat der Implantierung des Kernbeziehungsthemas in der Gegenwart. Dies geschieht für beide Interaktionspartner un- bzw. vorbewusst. Wir sprechen in Anlehnung an Sandler und Sandler (1985) vom Gegenwartsunbewussten (Krause 2005b).

Das in die Emotionen eingebaute phylogenetische Wissen das dazu führt, dass die Zeichen kulturinvariant gleich interpretiert werden, enthält spezifische kognitive Elemente über die relevanten Szenen und Interaktionen, in der eine solche Emotion entsteht. Der affektive Prozess wird als Episode mit dem Erlebenden als Subjekt, einem mit ihm verbundenen Objekt und einer spezifischen Interaktion zwischen beiden abgebildet. Diese Interaktionsformen machen das episodische Gedächtnis aus, das von Beginn des Lebens als Interaktionsgedächtnis funktioniert und wenn auch in einem deskriptiven Sinne unbewusst, zeitlebens wirksam bleibt. In psychoanalytischen Termini handelt es sich um spezifische Objektbeziehungsphantasien (Kernberg, 2002; Lorenzer, 1973). Die verschiedenen Affekte, wie beispielsweise Wut, Trauer, Angst, Scham, evozieren, wenn sie denn aktiviert sind, eine spezifische situative kognitive Bedeutung der Beziehung zwischen Subjekt und Objekt (Scherer, 1997). Umgekehrt führt die Herstellung einer solchen kognitiven Attribuierung zur Mobilisierung des entsprechenden Affektes in den anderen Subsystemen (Frijda, 1996).

Parallel zu diesen Bewertungsprozessen haben sich die motorisch expressiven Zeichen entwickelt (Eibl-Eibesfeld, 1984), die für die Leitaffekte und die Kernkonflikte typisch sind. Sie symbolisieren Angst, Wut, Ekel, Trauer, Verachtung auf der anhedonischen Seite und Freude, Neugier/Interesse auf der hedonischen Seite. Für die Stimme findet man zusätzlich weitere

Muster, die die zeitliche Organisation von affektiven Prozessen besser abbilden wie Langeweile, Desinteresse (Scherer & Wallbott, 1990). In neuerer Zeit haben wir sehr überzeugende Befunde über affektspezifische Gerüche, denen eine sehr hohe interaktive Bedeutung zukommt (Chen & Haviland-Jones, 2000). Die Auswirkungen auf die repräsentationale Welt sind noch größer. Die emotionale Färbung autobiographischer Erinnerungen wird durch gar nicht bewusst registrierte Erinnerungen in sehr hohem Masse beeinflusst (Chen & Haviland-Jones, 1999).

Diese Zeichen erlauben unmittelbare unbewusste Rückschlüsse auf die Intentionalität des Zeichengebers bzw. seine Bewertungsreaktion die Objektwelt betreffend (Ekman, 1994). Die Verarbeitung geschieht über die Spiegelneuronen (Gallese, Keysers & Rizzolatti, 2004). Die bloße Wahrnehmung der fremdseelischen Zeichen schafft in Mikrosekundenschnelle – ungefähr 30/100 Sekunden also weit unter der normalen Reaktionszeit – ein Resonanzphänomen. Das Zeichen hat eine phylogenetische linguistische Indexfunktion. Der Angstschrei bzw. das Angstgesicht informiert die anderen über eine Gefahr, so wie sie der Zeichengeber einschätzt und erlebt. Beides mobilisiert gleichzeitig ein von zwei Reaktionsmustern beispielsweise Fliehen oder Erstarren. Gleichzeitig hat es eine Indikatorfunktion, als Hinweis auf den inneren Zustand des Zeichengebers wenn es denn eine Trennung zwischen Subjekt und Objekt in der repräsentationalen Welt gibt. Der Zusammenhang zwischen Zeichen und der aktivierten Intentionalität ist in der Phylogenese entstanden. So scheint das Hochziehen der Mundwinkel, das Zeigen der Zähne und die Atmung des Lachens das Relikt einer spielerischen Intentionsbewegung des Zubeißens. Innerlich ist die Auflösung einer aggressiven oft unbewussten Spannung der häufigste Lachauslöser (Freud, 1906).

Die spezifischen affektiven Episoden sind in Bezug auf ihre kognitive Repräsentation kulturinvariant (Riedl, 1981). Frijda (1996) nennt sie protokognitiv, weil sie keine bewussten

rationalen Leistungen darstellen. „Das Verspüren von Angst ist eine vorrationale Weise zu sagen: Dieses Objekt kann mir gefährlich werden. Die Gefühle sind weder prä- noch postkognitiv, sie sind selbst kognitiv (Bischof, 1989, S.195). In dieser episodenhaften Grundstruktur ist das Subjekt mit einem Objekt in einer Szene verknüpft, in der eine emotionsspezifische Interaktion stattfindet.

Beispielsweise ist die invariante protokognitive Struktur der Wut die, dass ein intentional handelndes Subjekt von einem Objekt in der Realisierung einer als wichtig eingeschätzten Intention als behindernd erlebt wird und das Subjekt sich dem Objekt bei der Wahrnehmung dieser Behinderung gleichwertig oder überlegen fühlt. Fühlt sich das Subjekt unterlegen, kommt es zur Aufgabe der Intention und Angst, die aber bei einem Wechsel der Unterlegenheitseinschätzung sehr leicht in offene Wut umschlagen kann. Bei Angst entsteht ein Episodenraum, in dem das Subjekt das Objekt als bedrohlich und überlegen erlebt, und die Interaktionstendenz entweder Flucht, Verstecken oder Erstarren ist. Die Trauer hat in mancher Hinsicht eine Sonderfunktion, als in der mentalen Episodenstruktur das Objekt nicht gegenwärtig ist, sondern erinnert wird. Der Trauerruf bildet die phylogenetische Intention des Herbeirufens eines benevolenten wichtigen, im Moment verlorenen Objektes ab. Genauere Darstellungen findet man bei Merten (2003).

In der motivational-kognitiven Emotionstheorie von Lazarus (1991, 1993) entsprechen diesen protokognitiven Strukturen die primären Bewertungen (primary appraisals). Sie werden von ihm als phylogenetisch vorgegebene Kernbeziehungsthemen verstanden. Jede Emotion entwickelt sich aus einem spezifischen Drehbuch über eine Beziehung zwischen einer Person und ihrer Umgebung. Er hat 16 solcher emotionaler Kernbeziehungsthemata ausformuliert, nämlich für Wut, Angst, Furcht, Schuld, Scham, Trauer, Neid, Eifersucht, Ekel, Freude, Stolz, Erleichterung, Hoffnung, Liebe und Mitleid.

Lazarus Themata sind intuitiv gewonnen worden und lassen eine Systematik, beispielsweise die Unterscheidung von Emotionen die selbstreflexiv wirken von denen die ohne höhere Funktionen auskommen vermissen. Eben so wenig ist definiert, was eine Person ist und wie man sich die Bewertung vorstellen soll. Die meisten Entwicklungspsychopathologen würden Kindern bis zum Alter von 1,7 Jahren keine vollständige Repräsentation des eigenen Selbst als Kernmerkmal einer Person zugestehen (Stern, 1992). Für diesen Zeitraum muss deshalb die emotionale Beziehung zwischen Person und Umwelt anderen Gesetzmäßigkeiten als einer einfachen Person Umwelt Interaktion unterliegen. Im Zusammenhang mit der Klinik regressiver Zustände, in denen von einer einheitlichen Person nicht ausgegangen werden kann, sind deshalb feinere Definitionen notwendig. Identitätsstörungen, dissoziative Störungen haben denn auch andere Formen der emotionalen Person Umwelt Bewertung als Gesunde. Für die klinische Praxis haben wir deshalb neben den Differenzierungen die neben der Relevanz, der Valenz- und den Coping - Möglichkeiten die unterschiedlichen Raum-Zeitrelationen zwischen Subjekt und Objekt berücksichtigt. Bei Ekel ist das toxische Objekt im Subjekt, bei Trauer ist es nur in einem mentalen Raum, also physisch abwesend, was Repräsentationsmöglichkeiten erfordert. Die Verbindung der Leitemotionen und den Kernkonflikten der OPD wird im Moment empirisch intensiv studiert. Wir haben gezeigt, dass Personen mit passiven Lösungsversuchen des Autonomie – Abhängigkeitskonfliktes, die sich symptomatisch in Angst- und Panikattacken niederschlagen, expressiv ein signifikant höheres Ausmaß an Bindungsaffekten – speziell Freude – mobilisieren als andere Krankheitsgruppen und Gesunde (Benecke & Krause, 2005 a und b). Die dazu passende durchschnittliche Gegenübertragungsreaktion ist die einer freundlichen konfliktvermeidenden Schonung. Dieses Verhalten ist unbewusst und führt dazu, dass die Bindungspartner ein wenig autonomieförderliches Verhalten an den Tag legen. Stattdessen rekurren sie ebenfalls unbewusst auf den reziproken Freudestil, der jedwede Konflikte vermeidet. Eine andere etwa gleich große Patientengruppe mit der gleichen Symptomatik hat ein völlig

anderes Muster von Leitaffekten, die eine Mischung mit dem Borderlinestil darstellt. Sie zeigen als Leitaffekt keineswegs Ärger oder Angst, sondern Verachtung, produzieren dadurch allerdings intensiven Ärger in ihren Handlungspartnern (Krause, Benecke & Dammann, 2006).

Personen, die in ihrem expressiven emotionalen Verhalten eine bestimmte Emotion in fast allen Situationen mobilisieren, was ihnen im allgemeinen nicht bewusst ist, leben in und um ein bestimmtes Kernbeziehungsthema herum. Wer beispielsweise immer Ekel zeigt, lebt in einer repräsentationalen Welt, in der toxische Objekte drohen in den Subjektbereich des Ausdrucksproduzenten einzudringen. Man kann Personen nach ihren Leitaffekten im Körper klassifizieren. Das hat große Bedeutung, weil die Emittierung des Zeichens in ihren Handlungspartnern ebenso spezifische affektive Bewertungen induziert (Krause, 1997, 1998). Beispielsweise ist Ekel, sieht man von bestimmten Perversionen ab, hemmend für sexuelle Erregung und den mit ihr verbundenen Emotionen. Die zum Ekel komplementäre affektive Reaktion wäre Leidenschaft, Erregung, Freude, ein Zustand der nicht einfach zu mobilisieren ist und die Problematik der Gegenübertragungsreaktionen kennzeichnet (Krause, 2002). Der Ausdruck von Ekel beispielsweise wirkt sich beim Gegenüber hemmend für sexuelle Erregung aus: wahrscheinlich geht das beim Gegenüber ebenfalls mit bestimmten mimischen Expressionen einher, die wiederum auf den Produzenten der Ekelmimik zurückwirken. Die paranoid-halluzinatorischen Schizophrenien hatten als Leitaffekt Verachtung (Steimer, E. et al., 1990), die oben erwähnte Subgruppe der Panikpatientinnen Freude (Benecke & Krause, 2005 a und b), eine Subgruppe der Psychosomatikpatienten Ekel (Frisch, Schwab & Krause, 1995).

Die expressive Handhabung der Emotionen des Therapeuten als Reaktion auf diesen Leitaffekt im Hier und Jetzt der Behandlung ist ein bedeutsamer Faktor für das Gelingen bzw.

Misslingen von psychotherapeutischen Begegnungen (Merten, 2005; Beutel, Ademmer & Rasting, 2004). Er wird unter Prozess besprochen.

4. Struktur

Nach Maßgabe der Psychotherapie-Richtlinien haben für die psychodynamischen Interventionsformen Struktur und Konflikt einen jeweils unterschiedlichen aber in Wechselwirkung stehenden ätiologischen Rang in der Krankheitsentstehung. Die Struktur ist im Sinne einer Materialschädigung zu verstehen, die durch ihre Eigengesetzlichkeit den Charakter der Neurose als depressive zwangsneurotische oder narzisstische Neurosenstruktur (S.14) gut bestimmt, wohingegen der oben beschriebene Konflikt das Krankheitsgeschehen im Sinne eines aktiv kausalen Faktors aktualisiert und provoziert, z.B. als akut wirksame angstneurotische Störung und als Beziehungskonflikt. Sie stützen sich auf Freuds Vorstellungen von 1905 in der das Diathese-Stress-Modell bereits ausformuliert worden war.

„Das konstitutionelle Moment muss auf Erlebnisse warten, die es zur Geltung bringen, das akzidentelle bedarf einer Anlehnung an die Konstitution, um zur Wirkung zu kommen. Man kann sich für die Mehrzahl der Fälle eine so genannte „Ergänzungsreihe“ unten und oben vorstellen, in welcher die fallenden Intensitäten des einen Faktors durch die steigenden des anderen ausgeglichen werden“ (Freud, 1905, S. 141).

Die Autoren der Psychotherapie-Richtlinien haben die Konstitution durch das Strukturelement ersetzt, wobei sie der Meinung sind, dass Struktur der Niederschlag von langwierigen überdauernden Erfahrungen ist, die natürlich auch selbst wieder konstitutionell moderiert sind (Küchenhoff, 2002). Die vorwiegend strukturell geprägten Persönlichkeitsstörungen ohne konflikthafte Aktualproblematik gehören nicht zum Indikationsbereich der Psychotherapie, und gelten nicht als seelische Krankheit. Die können sehr wohl in der Psychosomatik wie

auch der Psychiatrie aufscheinen (Faber-Haarstrick, 2005, S. 14). Wie bereits erwähnt, ist eine definierte Struktur per se keine Erkrankung, und in Untersuchungen unserer Forschergruppe (Schulz, 2001) haben wir eine ausreichende Anzahl von Personen gefunden, die ein suboptimales Strukturniveau aufzuweisen hatten, gleichwohl zum Erfassungszeitraum keine relevante Symptomatik aufzuweisen hatten. Statistisch sind allerdings die einzelnen Niveaus mit unterschiedlichen Kernkonflikten verbunden zumindest in den Anträgen auf psychotherapeutische Behandlungen. Zwischen einem Autonomie - Abhängigkeitskonflikt als Kern und der Höhe des Strukturniveaus ergab sich ein negativer Zusammenhang -0.61 , zu ödipal sexuellen Konflikten ein positiver von $r=+0.45$ (Grande, Oberbracht & Rudolf, 1998). Man muss in Rechnung stellen, dass bestimmte Strukturniveaus in historischen und gesellschaftlichen Kontexten angemessen sind und in anderen nicht. Die Überlebenswahrscheinlichkeit für einen Krieger im Kampf aber auch für einen Sklaven wird durch ein hohes selbstreflexives Niveau gesenkt. In Teilen gilt dies auch für das Leben in Kontexten lebensbedrohlicher Gewalt (Krause, 2001). Personen mit niedrigen Strukturmerkmalen haben in vielen Bereichen keinen akuten Leidensdruck oder für sie selbst wahrnehmbare und erlebbare Störung aufzuweisen.

Die Anbindung an die psychoanalytischen Entwicklungsphasen wurde von der Arbeitsgruppe Struktur aufgegeben. Die Gründe dafür sind, dass die Diagnosen, wie die der anderen Persönlichkeitsstörungen, wenig reliabel waren und es mit Ausnahme des Zwangscharakters nicht gelingen konnte (Meyer, 1985) so etwas wie einen oralen oder phallischen Charakter aufzuzeigen. Auch hat sich die Anbindung an die entwicklungspsychologischen Phasen, die eine Gleichsetzung der Schwere einer Störungen mit dem Zeitpunkt ihres Entstehens (die so genannten frühen Störungen) verband, nicht als fruchtbar erwiesen (Krause, 1994). Die Bindungsforschung (Braun et al., 2002) legt nahe, eher in den Kategorien von Salienz zu denken, was heißen soll, dass ganz viele Lebensbereiche von der Struktur erfasst sind, was aber nicht notwendigerweise mit dem Zeitpunkt der Erkrankung zu tun hat. In diesem Sinne

erfasst ein Autonomie-Abhängigkeitskonflikt bei weitem mehr Bereiche als ein ödipal sexueller Kernkonflikt, so dass beim Vorliegen des ersteren die Sexualität auch massiv verändert wird, beim Vorliegen des letzteren die Autonomieregulierung nur teilweise affiziert ist. Ohne zufrieden stellende Autonomieregulierung gerät die Sexualität unter die Herrschaft dieses Problems. Eine Arbeitsgruppe der OPD hat ein Verfahren entwickelt, wie man Strukturmerkmale objektiv und reliabel erfassen kann. Diesem Verfahren folgend kann man sechs unterschiedliche Strukturdimensionen finden, die im nächsten Abschnitt besprochen werden.

4.1 Das Strukturniveau und seine Messung

Niveau: Gute Integration

„Das gut integrierte Niveau der Struktur ist dadurch gekennzeichnet, dass die intrapsychisch und interpersonell regulierenden Funktionen für den Patienten prinzipiell verfügbar sind, d.h. dass sie über längere Lebensperioden hinweg und unabhängig von inneren und äußeren Belastungssituationen erhalten oder rasch wieder gewonnen werden können.

Die vorhandene, gut integrierte psychische Struktur stellt einen psychischen Innenraum zur Verfügung, in dem intrapsychische Konflikte ausgetragen werden können“ (Arbeitskreis OPD, 2001, S. 161).

Niveau: Mäßige Integration

Zur Charakteristik des mäßig integrierten Niveaus gehört es, dass die Verfügbarkeit über die unten beschriebenen Fähigkeiten und Funktionen prinzipiell erhalten, zugleich aber situativ herabgesetzt ist. Auch hier herrschen intrapsychische Konflikte vor, die nun aber andere Inhalte und einen anderen Umgang damit als die beim integrierten Niveau aufweisen (Arbeitskreis OPD, 2001, S. 161f).

Niveau: Gering integriert

Im Gegensatz zu den vorher beschriebenen Strukturniveaus ist hier die Verfügbarkeit über die intrapsychisch und interpersonell regulierenden Funktionen deutlich reduziert und zwar entweder dauerhaft (im Sinne eines Entwicklungsdefizits) oder immer wieder im Zusammenhang mit Belastungssituationen (im Sinne einer strukturellen Vulnerabilität).

Der Tendenz zur Realisierung intrapsychischer Konflikte in den jeweiligen Interaktionen entspricht auch die Gegenübertragung: Sie ist durch Heftigkeit gekennzeichnet, durch abrupte Veränderungen des Erlebens; gelegentlich wirken aufgewühlte Gefühlsregungen über die Realpräsenz des Patienten nach. Diese Patienten wiederholen nicht an ihrem Gegenüber biographisch relevante Konflikte, sondern mobilisieren im Anderen Teil Ich-Funktionen, über die sie selbst nicht verfügen“ (Arbeitskreis OPD, 2001, S. 162).

Niveau: Desintegration

„Da keine kohärente Selbststruktur ausgebildet ist, besteht bei Belastungen die Gefahr der Desintegration oder Fragmentierung. Dem psychotischen Zusammenbruch kann eine psychotische Restituierung folgen. Eine Stabilität der fragilen Struktur wird dadurch zu erreichen versucht, dass wesentliche Triebimpulse und narzisstische Bedürfnisse abgespalten oder verleugnet werden. Diese sind dann langfristig einer bewussten Wahrnehmung nicht mehr zugänglich. Wenn das bisherige labile Gleichgewicht nicht mehr aufrechterhalten werden kann, kommt es im Rahmen der psychotischen Dekompensation zu einer projektiven Verarbeitung. Die bislang unbewussten Bedürfnisregungen werden nun als von außen kommend und nicht der eigenen Person entstammend erlebt (die Gedanken werden gemacht oder eingegeben, spontane sexuelle Erregung wird durch Manipulation von Außen erzeugt, nur die anderen sind aggressiv und bedrohlich). Falls ein umschriebener Konflikt auszumachen ist, betrifft er die Gefahr einer Fusion mit dem Objekt versus einer isolierenden

Abgrenzung oder die narzisstische Selbstüberhöhung als Kompensation schwerster Selbstwertzweifel“ (Arbeitskreis OPD, 2001, S. 162f).

Die strukturellen Beurteilungsdimensionen im Einzelnen fokussieren auf Selbstwahrnehmung und -steuerung, Abwehr, Objektwahrnehmung, Kommunikation und Bindung. Im Folgenden soll die Selbstwahrnehmung exemplarisch dargestellt werden. Die Dimension Selbstwahrnehmung beschreibt die Fähigkeit, ein Bild der eigenen Person gewinnen zu können (Selbstreflexion). Ferner gehört dazu die Fähigkeit, dieses Selbstbild hinsichtlich seiner psychosexuellen und sozialen Aspekte kohärent und über die Zeit konstant erhalten zu können (Identität). Ferner bezieht sich diese Dimension auf die Fähigkeit, innerseelische Vorgänge, vor allem Affekte bei sich selbst differenziert wahrnehmen zu können (Introspektion).

In Teilen spiegelt diese Klassifikation die Ältere in Gesund, Neurotisch und Psychotisch. Bereits die Einführung der Borderline Persönlichkeit als diagnostische Entität hatte allerdings deutlich werden lassen, dass die Dreiteilung nicht ausreicht, um Strukturen zu beschreiben.

Die Übereinstimmung in Bezug auf die Beurteilung liegt in der OPD bei 57,8% für die Gesamteinschätzung bei geschulten Personen (Freyberger et al., 1998), wobei die Abwehr höhere Übereinstimmungen als die Selbststeuerung aufweist.

Eine Skala die ähnliches erfasst, aber feiner differenziert und aufwändiger in der Handhabung ist, nennt sich Reflective Self Functioning Scale von Fonagy et al. (1998). Das Zentrale aller dieser Skalen ist zu messen, ob und inwieweit eine innere Phantasiewelt als Puffersystem gegen die Notwendigkeit zu unmittelbarem Handeln bzw. zu Agieren vorhanden ist (Daudert, 2002). Ist dies nicht der Fall, gibt es eine Tendenz zu unmittelbarem Somatisieren in den Körper hinein im Sinne von somato-psychischen Erscheinungen oder zum Agieren ins soziale

Feld, im Sinne von aggressivem und oder sexuellem Agieren. In der älteren Literatur wurden diese Konstellationen als „Agiersyndrom“ bezeichnet. Vor allem die projektiven Testverfahren – allen voran die Rorschachpsychodiagnostik – haben sehr geeignete Messverfahren für das Fehlen bzw. das Vorhandensein dieses inneren Puffersystems entwickelt. Vor allem die Häufigkeit von adäquaten menschlichen Bewegungsantworten – sind ein valider Indikator für eine ausgebaute Phantasiewelt, was darauf hinweist, dass die modernen Forschungsergebnisse über die Bedeutung der Spiegelneuronen in Bezug auf Körperbewegungen anderer Menschen für die Empathie und das Fremdverständnis von zentraler Bedeutung sind (Frank, 1993; Gallese, Keysers & Rizzolatti, 2004). In einer Reihe von Untersuchungen hat Schulz (2001) bestätigen können, dass zumindest die Strukturniveaus gut und mäßig integriert mit den expressiven Teilen des Affektsystems unmittelbar korreliert sind. Personen mit einem guten Strukturniveau zeigen während des OPD Interviews doppelt so viele mimische Innervationen und Affekte wie die mäßig Strukturierten. Dazuhin sind ihre gezeigten Affekte bei weitem komplexer und mit den kognitiven sprachlich vermittelten Diskursinhalten verbunden, während sie bei mäßigem Strukturniveau indikativ für den Zustand des Senders sind.

4.2 Affekt und Strukturniveau

Generell kann man beobachten, dass ein geringes Strukturiertheitsniveau mit einer massiven Reduktion der affektiv expressiven Zeichenbenutzung verbunden ist. Die expressive Abwärtsregulierung ist m. E. ein Copingversuch auf die gering ausgebaute Fähigkeit zur Mentalisierung zu reagieren. Die Personen neigen zum Verzicht auf den Ausdruck der Affekte, weil sie direkt ins Agieren bzw. in die Interaktion führen und damit sehr gefährlich werden können. Aus unserer Sicht ist der Verzicht auf den Ausdruck eine unbewusste Abwehrformation, die die Gefährlichkeit der interaktiven Affekte zu verringern sucht (Krause

& Fabregat-Ocampo, 2002). Beim Zusammenbruch derselben, beispielsweise in psychotischen Schüben ohne Medikation sowie bei agierenden Borderline-Patienten, finden wir wieder sehr viele interaktive Affekte, aber von hoher Gleichförmigkeit und Negativität (Benecke, Krause & Dammann, 2003, 2006). Bei Personen mit gutem Strukturniveau sind die affektiven Zeichen an die kognitiven Akte des Zeichensenders nicht an seinen inneren Zustand gebunden.

Abbildung 3

Aus dem affektiven Zeichen selbst kann keine Schlussfolgerungen daraus gezogen werden, auf welche Gegenstandsbereiche sich das Zeichen bezieht. Böhlers Organon-Modell (Böhler, 1934) folgend, kann man drei unterschiedliche Möglichkeiten unterscheiden: 1. Das Zeichen wird als Symptom betrachtet. Es ist Ausdruck für den inneren Zustand des Senders. 2. Das Zeichen hat Appellfunktion und soll den Empfänger zu einer bestimmten Handlung bringen. 3. Das Zeichen bezieht sich weder auf den Sender noch auf den Empfänger, sondern stellt einen seelischen und oft auch sprachlich geäußerten Kommentar über ein mentales Objekt, über das der Sender spricht oder nachdenkt, dar. Unseren Untersuchungen folgend (Merten, 1996; Schwab, 2001) ist letzteres bei seelisch reifen Erwachsenen und in Termini des Strukturniveaus „gut strukturierten“, der Normalfall, das bedeutet aber auch, dass man bei dieser Gruppe eine relativ niedrige Korrelation zwischen dem Zeichen und dem inneren Zustand des Senders vorfindet, d.h. zivilisierte, geistig rege Zeitgenossen haben ihre affektive Ausdruckswelt mit ihrer mentalen Objektwelt und nicht direkt mit der Selbststruktur verbunden. Sie benutzen gezeigte Affekte nicht primär als Appell und auch nicht primär als Ausdrucksphänomen. Bei Personen mit einem niedrigen Grad an seelischer Strukturierung ist dies nicht so. Die Zusammenhänge zwischen den verschiedenen Modulen des affektiven Systems in einer Person und in einer Mehrpersonen-Interaktion von Gesunden sind struktur-

und konfliktspezifisch. Nur ein geringer Teil dieser expressiven Prozesse ist bewusstseinsfähig. Die Schätzungen belaufen sich auf 20% (Bucci, 1997).

4.3 Strukturelle Affekte

Im Gegensatz zu den oben diskutierten Primäraffekten mit einer phylogenetisch entstandenen Bedeutung beruhen manche Affekte auf Vergleichsakten, die eine überdauernde Teilung von Repräsentationen in Selbst und Nichtselbst, Früher, Jetzt und Später, Ideal- und Istzustand voraussetzen. Solche überdauernde Repräsentationen kann man als Strukturen bezeichnen und die damit verbundenen Affekte als strukturelle Affekte. Wenn man das Selbst als die erlebende Struktur versteht, kann man sie als selbstreflexive Affekte bezeichnen. Diese in der klinischen Praxis viel benutzte Unterteilung ist theoretisch nur begrenzt hilfreich, weil auch die protokognitive Struktur der Primäraffekte Vergleichsakte beinhaltet. In der Angst erfolgt so ein automatischer Einschätzungsprozess hinsichtlich der Position des Subjektes in Relation zum Objekt. Diese Vergleichsakte stützen sich aber auf das phylogenetische erworbene Menschheitswissen. Die strukturellen Affekte erfordern zusätzlich ontogenetisch erworbenes Wissen. Das bedeutet aber keineswegs, dass die Ausbildung dieser Affekte nicht genetisch angelegt ist. Das Argument, dass Scham und Stolz nicht bei Geburt auftauchen, ist für die Frage der Vererbung gänzlich unbedeutend. Alle Menschen - welcher Erfahrung auch immer - müssen wenigstens Äquivalente zu Überichstrukturen aufbauen, auch wenn sie sehr defizient erscheinen mögen (Kohlberg, 1976). Die Ausdrucksäquivalente von strukturellen Affekten stammen gänzlich aus dem Umfeld der Intentionbewegungen. Von daher sind sie auch interkulturell verstehbar, wenn man die Intentionshandlung versteht. So ist die körperliche Haltung des „Erhabenen“ als Antischamreaktion zu verstehen. Kopf und Kinn oben, aufrechte Position, keine Blickvermeidung, frontale Körperpositionierung gegenüber der Anderen, die Stimme benutzt das gesamte Frequenzspektrum vor allem die tiefen Fundamentalfrequenzen. Es gibt keine sehr

wechselnde Prosodie. Die Position der Scham kann man als das Gegenteil beschreiben mit der Intention das Körper selbst dem Blick des anderen zu entziehen.

Wird ein Ereignis mit der eigenen Person in eine intentionale Verbindung gebracht und dasselbe in Bezug auf seinen Erfolg/Misserfolg beziehungsweise seine moralische Güte beurteilt, ergeben sich je nach dem ob der Bewertungsgegenstand eine einzelne Handlung oder die ganze Person ist folgende Emotionen: Stolz (Erfolg, einzelne Handlung), Schuld (Schlecht, einzelne Handlung) Erhabenheit (Erfolg, ganze Person) und Scham (Misserfolg, ganze Person). Diese Bewertungen sind kognitive Prozesse und müssen mit der Bewertung durch andere Personen bzw. deren Realität nicht notwendigerweise übereinstimmen. Von daher werden generalisierte Fehlattribuierungen mit Störungen der Affektivität im Sinne der Stimmungen in Verbindung gebracht.

5. Der therapeutische Prozess

Vor dem Hintergrund des bisher dargestellten kann man die Ziele der therapeutischen Bemühungen im psychodynamischen Umfeld wie folgt definieren. Handelt es sich um einen unbewussten Kernkonflikt der alle möglichen anderen Konflikte übersteuert, sollten die Patienten in die Lage versetzt werden, auf dessen Reaktivierung situationsangemessen und flexibel zu reagieren. In Bezug auf das Strukturniveau sollte erreicht werden, dass die Patienten ein selbstreflexives Niveau erreichen, das es ihnen erlaubt, nicht direkt auf jeden Reiz und/oder Affekt handeln zu müssen. Die beiden Ziele sind freilich miteinander verbunden, gleichwohl sollen sie hier getrennt besprochen werden. Da dies alles auf dem im Rahmen des sozial-konstruktivistischen Übertragungs- und Gegenübertragungsdefinitionen unter Einschluss von Widerstand und Regression erforscht und konzeptualisiert wird, muss ein valides Prozessmodell zumindest dyadisch sein und die gesamten Aktivitäten, Denken, Fühlen, Handeln, Agieren, bewusst oder unbewusst zweier Interaktionspartner – des

Analytikers und seines Analysanden abbilden. Des Weiteren müsste es der Tatsache Rechnung tragen, dass andere Therapieformen die nachweislich erfolgreich wirken zumindest in Teilen ähnliche dyadische Verhaltensformen möglicherweise ungeahnt realisieren. Umgekehrt müsste ein psychoanalytisches Prozessmodell darauf vorbereitet sein, dass Analytiker Prozessparameter anderer Therapierichtungen ebenfalls unbewusst zur Anwendung zu bringen. Ein solches Modell ist nicht in Sicht. Prozessmodelle die typische zeitlich organisierte Behandlungsphasen beschreiben sind im Allgemeinen nicht dyadisch und vermitteln den Eindruck, solche Segmentierungen seien gewissermaßen naturwüchsig. Dafür gibt es keine empirischen Belege, außer das alles einen Anfang und einen Schluss hat (Fürstenau, 1977). Auch im Ulmer Prozessmodell von Thomä und Kächele das „die Übertragungsneurose als interaktionelle Darstellung der innerseelischen Konflikte des Patienten in der Beziehung, deren konkrete Ausformung eine Funktion des Prozesses ist“ (Thomä und Kächele, 1985, Seite 357) versteht, finden sich keine empirisch interaktionellen Prozessmodellierungen und deren Untersuchungen. Das Modell beansprucht in einem dreibändigen Werk von annähernd 1000 Seiten ganze sieben. Das Dilemma dieser Vorgehensweisen wird in der Antwort auf die rhetorische Frage, „ob ein Fokus eine von der gestaltenden Intervention des Analytikers unabhängige Existenz im Patienten“ führe (Seite 359) deutlich, denn, so die beiden Autoren, diese Frage müssten sie zugleich bejahen, der Patient habe ja seine eigene Symptomatik gebildet – behandlungstechnisch aber verneinen, denn angesichts der hochgradigen Vernetzung unbewusster Motivationsstrukturen könne es kaum eine Fokusdiagnostik geben, die sich nicht auf die interaktionelle Ausprägung des Fokusgeschehens auswirke (Seite 359). Symptome sollten aber empirisch und damit auch interaktionell messbar sein, sonst wäre die wissenschaftliche Öffentlichkeit auf die niedrigste Evidenzstufe – nämlich Expertenurteil – angewiesen, was für ein wissenschaftliches Prozessmodell unabhängig von dessen sonstiger Richtigkeit, nicht genügen kann. Im Übrigen kann man der Meinung sein, rein intrapsychische Symptome, die zu keinem Zeitpunkt sicht-

bzw. hörbar sind, seien keine. In Teilen gilt dies auch für die zweifellos am weitesten entwickelte kognitive Prozessmodelle von Moser & von Zeppelin (1991), die außer einem eher zaghaften Versuch, explizit darauf verzichtet haben, das Prozessmodell in realen nachprüfbaren Interaktionen zum Laufen zu bringen. Dies mag daran liegen, dass die Modelle im Wesentlichen auf die Simulation der Langzeitanalysen im Liegen fokussieren, die ja scheinbar wenig interaktionell gesteuert scheint. Einzig die Forschungsbemühungen um Ulrich Streeck (1999, 2004) haben wenn auch vorwiegend in empirischen Einzelfallstudien eine empirisch interaktionelle Forschung und Modellbildung aufgebaut. Die jetzige Schulungs- und Theoriepraxis versucht das Prozessproblem so zu lösen, dass über Übertragung, Gegenübertragung, Widerstand und deren Handhabung in jeweils separaten Kapiteln unter Hinweis, dass alles, wenn auch auf schlecht formulierbare Weise, zusammenhänge – siehe die hochgradige Vernetzung – berichtet wird (Merten, 1992, 1993a, b). Die wirklich interaktionellen Lernprozesse werden nicht explizit ausformuliert sondern bleiben der eigenen Lehranalyse und mit erheblichen Einschränkungen der Supervisionspraxis (Tuckett, 2005) überlassen. Eine solche Vorgehensweise eröffnet dem oft willkürlichen Ermessensspielraum der Lehrenden Tür und Tor, zumal die sich selbst als Therapeuten in den wenigsten Fällen interaktionell, weder für Ihre Ausbildungskandidaten noch für die Forschung offenbaren. (Kernberg, 1998) Wegen dieser fehlenden Empirie werden die Prozessmodelle in Termini der bevorzugten Metatheorie formuliert. Bei Kohut (1979) sucht sich das Selbstobjekt im Anderen ergo auch im Analytiker, bei Strachey (1969) fungiert der Analytiker als Hilfsüberich (auxiliary superego), und bei den Kleinianern als Container (Brunet & Casoni, 2001). Obgleich das Vorgehen dieser Autoren in Ihrer Technik von ungeheurer interaktioneller und introspektiver Beobachtungsschärfe gekennzeichnet werden kann, sind die abgeleiteten Prozesse und Ihre Modellierung als Metaphern formuliert, die alle mehr oder weniger richtig sein mögen, aber in Bezug auf die Konkretheit des Handelns für Forschung und Ausbildung unterbestimmt sind. Dies mag daran liegen, dass es eine

analytische Tradierung der Befürchtung gibt, man verliere die Vielfalt der Bedeutungsmöglichkeiten durch Objektivierung des interaktionellen Geschehens. Dies ist nicht zwingend, die beschreibende Registrierung von „Daten“ schließt den Vorgang der Bedeutungsverleihung nicht ein. Die heftige – ideologisch begründete Abneigung – gegen jede Form von interaktionellem Handeln und dessen Erfassung hatte ihren ersten Höhepunkt in der Verbannung des Prozessmodells von Alexander & French (1946) die sich unterstanden hatten, psychoanalytische Behandlungen „as a kind of emotion training“ (Seite 23) zu verstehen. (Eissler, 1953) In der Zwischenzeit ist man in der Behandlungstechnik da etwas großzügiger geworden, in der Schulung und Modellbildung allerdings nicht. Das hier dargestellte Prozessmodell ist deshalb keines, das von der Mehrzahl der psychoanalytischen Lehrenden geteilt bzw. gekannt wird. Es ist allerdings das wissenschaftlich am weitesten bestätigte und ausgereifteste. Ehe es gesamthaft dargestellt wird, werde ich die Verfolgung der Ziele, sowie sie im ersten Teil in Anlehnung an die Psychotherapierichtlinien dargestellt wurden aufgreifen.

5.1 Die Änderung der Kernkonflikte als Ziel des Behandlungsprozesses.

In Bezug auf dieses Ziel taucht die Frage auf, ob die Wünsche, die den zentralen Konflikten zugrunde liegen, geändert werden sollen und müssen. Da die Kernkonflikte allgemeine anthropologische Grundkonstanten reflektieren, wer wollte nicht autonom handeln und gleichzeitig geliebt werden – macht eine solche Annahme wenig Sinn. Tatsächlich zeigt sich, dass in erfolgreichen Therapien (Crits-Christoph et al., 1998) die Ziele nicht geändert werden müssen. Was sich offensichtlich ändert, ist die Implantierung dieser Wünsche im sozialen Feld, und damit auch die Objektreaktionen darauf.

Verschiedene Autoren – allen voran unsere Forschungsgruppe (Krause, 1981; Krause et al., 1998) – haben gezeigt, dass die hohe Stabilität psychischer Störungen damit zusammen hängt,

dass es den psychisch Kranken unbewusst gelingt, die durchschnittsempathischen Mitmenschen in eben diesen Zirkel hineinzuziehen und dadurch ihre innere und äußere Welt zu perpetuieren. Dieses Verhalten hat eine unbewusste Testfunktion (Weiss-Sampson, 1986; Bänninger-Huber & Widmer, 1999). Die durch schwerwiegende seelische Erfahrungen geprägten oder traumatisierten Menschen versuchen unbewusst auszuloten, ob die gegenwärtigen Handlungspartner sich ebenso verhalten, wie die schädigenden historischen (Albani et al., 2000; Silberschatz, 2005). Die Schwellen für das Bestehen dieses Tests sind so hoch angelegt, dass sie von einem professionell nicht Geschulten nicht bestanden werden können. Die Professionalität schließt aus eben diesem Grunde auch die Behandlung außerhalb des therapeutischen Rahmens beispielsweise von Angehörigen oder geliebten Personen aus. Der zentrale Widerstand aller psychisch Gestörten ist damit der Sicherheitswiderstand (Sandler, 1960; Horowitz & Znoj, 1999). Auch wenn eine Person sehr unter einer pathogenen Situation gelitten hat, kennt sie sich in ihr doch sehr gut aus und hat zumindest überlebt. Durch die unbewusste Verwandlung aller Situationen in diese »Ursituation« hätte der Betroffene immerhin den Vorteil, sich auf vertrautem Grund zu bewegen. Im Übrigen hat er ja die Erfahrung gemacht, dass sich trotz größter Anstrengung alle Situationen ohnehin wieder in diese Ursituation umwandeln.

Davon ausgehend haben wir untersucht, ob der kleinste gemeinsame Nenner von erfolgreichen Therapieprozessen darin liegt, dass gute Psychotherapeuten in der Lage sind, diesem unbewussten Anpassungsprozess gegenzusteuern und neben vielem anderem auf einer Mikroverhaltensebene eine Art unbewusstes instrumentelles Lernen in Gang zu setzen.

Merten (2001, 2005) hat die von uns gesammelten 119 Sitzungen von Kurzpsychotherapien sehr erfahrener psychodynamisch, kognitiv-verhaltenstherapeutischer bzw. humanistisch orientierter Therapeuten in Bezug auf diese Fragestellung untersucht. Benecke und Krause (2005b) haben zusätzlich zwanzig 40-stündige Behandlungen von Patienten mit Panikattacken

dahingehend ausgewertet. Beutel und Rasting (2005) haben an einer dritten, unabhängigen Stichprobe die Befunde repliziert.

Die psychisch gesunden Versuchspersonen zeigen, wie zu erwarten, viel mehr positive aber auch negative Affekte als die Patienten, aber dieselben haben immer noch sehr viel mehr als die Therapeuten. Dieses Ergebnis zeigt sich unabhängig von der theoretischen Orientierung. Dies ist teilweise eine Folge der geringen Sprechaktivität aller Therapeuten, die ja auch in diesem Bereich abstinent sind. Allerdings erklärt dies nur einen geringen Teil der Ergebnisse. Zudem ist die affektive Abstinenz hochselektiv. Beispielsweise zeigen Gesunde im Alltag viel Verachtung, bei weitem mehr als die meisten Patienten, aber die Therapeuten sind in dieser Hinsicht noch abstinenter. Um die Resultate zu erklären, greife ich ein Störungsbild heraus, das wir in letzter Zeit sehr genau untersucht haben. Die Hälfte, der von uns untersuchten Patientinnen mit Panikattacken haben, verglichen mit anderen Patienten, durchgehend ein sehr intensives Freudemuster im nonverbalen, mimischen Verhalten (Medianwerte 61,24 vs. 22,82) (Benecke & Krause, 2004; Krause, Benecke & Dammann, 2006).

Wir haben immer vermutet und nun für eine Untergruppe der Patientinnen bestätigt bekommen, dass sowohl die Angst als auch dieses Ausdrucksmuster Folge einer Bindungsstörung sind. Dies entspricht auch unserem heutigen Wissen, nach dem die Panikattacken von antizipierten Trennungen ausgelöst werden (Panksepp, 2003). Das intensive Freudemuster ist einer der unbewussten zentralen Versuche der Patientinnen, den Bindungspartner einzuwerben, sie nicht zu verlassen, wenn sie auch nur geringste Anzeichen von Autonomiewünschen in sich spüren. Freilich ist dieses unbewusste Verhalten wenig geeignet, die so dringlich notwendige und gewünschte Selbstständigkeit und Achtung zu garantieren, zumal sie den Bindungspartnern gar nicht vertrauen können, weil sie Ihnen sehr selbstsüchtige Motive unterstellen, so dass sich das Geschehen innerlich als Unterwerfung

abbildet, was die Nähe zu depressiven Reaktionen und das wechseln zwischen Angst und Depression verstehbar macht (Benecke & Krause, 2005b). Dementsprechend scheitern auch diejenigen Behandlungen, in denen die Therapeuten sich in dieses interaktionelle affektive Bindungssystem hineinziehen lassen. Wie dies konkret aussieht, kann man Abbildung 3 entnehmen.

Abbildung 3 einfügen

In der Abbildung kann man die aufsummierte Häufigkeit aller Freudeinnervationen (zygomaticus major plus Augenringmuskel) pro Minute im Verlauf über 15 Behandlungsstunden sehen. Es ist unschwer zu erkennen, dass der Therapeut zusehends unter die Regie dieses Musters gerät. Was im Alltag indikativ für eine herzliche, nette Beziehung sein mag, erweist sich hier als eine Abwärtsspirale. Die Behandlung läuft schlecht, der Therapeut bemerkt die fehlende Aggression, kann aber nichts dagegen machen (Krause, 1997). Der Zustand der Patientin verschlechtert sich.

Dieses Ergebnis kann man verallgemeinern: Reziproke Freudemuster zwischen Patient und Therapeut bei unausgelesenen aber schwer kranken Patienten schon in der ersten Stunde sind ein schlechter Prädiktor für den Prozessverlauf. Diese Ausdruckskonfigurationen erlauben wohlgerne keine Rückschlüsse weder auf das innere Erleben des Patienten noch des Therapeuten. Sie sind unbewusst appellativ nicht indikativ. Über die Freude hinaus sind Reziprozitäten des Mikroaffektausdrucksverhaltens eher ungünstig. Hier findet man das Ergebnis einer methodisch außerordentlich einfallsreichen und präzisen Kausalanalyse solcher Mikromuster durch Merten (2001, 2005). Sie erlaubt es, im dyadischen Verhaltensstrom, vor allem der Mimik, all diejenigen Ereignisse herauszugreifen, die zeitlich in Verbindung stehen. Die negative Korrelation mit dem Behandlungserfolg ist beeindruckend. Reziproke dyadische Leitaffekte, ob sie nun positiv oder negativ sind von

Therapeut und Patient korrelieren zu -0.69 hochsignifikant negativ mit dem Therapieergebnis; während die negativen Affekte der Therapeuten sogar positiv mit dem Erfolg korrelieren (Merten, 2005, S. 329).

Die Anzahl solcher Muster – übrigens unabhängig davon, wer sie initiiert, korreliert negativ mit dem Erfolgsmaß, d.h. je stärker diese mikroanalytische unbewusste affektive Abstinenz durchbrochen wird, desto geringer ist der Erfolg. Solche affektiven Muster können in reziproke und komplementäre unterteilt werden, dergestalt, dass Therapeut und Patient reziprok behavioral im gleichen emotionalen Ausdruckssystem agieren. In komplementären Mustern agiert der Therapeut bereits in der ersten Stunde unbewusst in einem antagonistischen Affektbereich. Diese vor- bzw. unbewussten interaktionellen Muster die sich in der Abstinenz einerseits und der Komplementarität andererseits abbilden sind die eigentlichen korrektiven emotionalen Erfahrungen, die aber unterhalb der Bewusstseinschwelle ablaufen. Die Innervationszeiten von Ausdrücken sind mit 30/100 Sekunden im Durchschnitt viel zu kurz um als Einzelereignis fokussiert und außerhalb des Kurzzeitspeichers registriert zu werden. Gleichwohl sind die Beeinflussungen vor allem des Partners teilweise extrem hoch. In einer 15-stündigen Kurzzeittherapie bestand ein Zusammenhang von -0.62 zwischen den mimischen Verachtungsexpressionen des Therapeuten und dem Freudeerleben des Patienten, allerdings nur dann wenn der Kontext des Affektzeichens dasselbe als beziehungssteuernd kennzeichnete. War es an die sprachlich vermittelten kognitiven Inhalte gebunden, korrelierte es positiv mit dem Freudeerleben (Benecke & Krause, 2001). Diese dyadischen Matrizen des Zusammenhanges sind konflikt- und struktur- und darüber hinaus dyadenspezifisch. Die Therapeuten brauchen recht lange bis sie die Zusammenhänge herausgefunden haben. Im interaktiven Feld sind diese Reaktionen bzw. Nichtreaktionen im Sinne der extinktiven Abstinenz der behavioralen Korrelate, der von Bion beschriebenen Containingfunktion, die die destruktiven, unbewussten, mikroaffektiven

Prozesse löschen. Diese Art von Lernprozessen muss man sich als eine Form des operanten Konditionierens vorstellen bei denen das nicht symbolisierte Verhalten des Patienten durch die Nichtreaktion des Therapeuten (dies ist eine Form der Abstinenz) extinguiert, also gelöscht wird. An dieser Stelle muss die psychoanalytische Prozesstheorie vernünftigerweise Anleihen bei der verhaltenstherapeutischen Grundlagenforschung machen. Zeitgleich zu der Extinktion im Übertragungs- und Gegenübertragungsfeld wird durch die interpretative Arbeit auf die ich noch zu sprechen komme die Impulse an präexistente kognitive mentale Strukturen angebunden und damit auch symbolisierungsfähig.

Am ehesten kann man unsere empirischen Befunde durch die ebenfalls grundlagenorientierten Theorien Bions über das Lernen durch Erfahrung (1990) abdecken. Er hat ein ausgebautes Notations- und Formelsystem über die kurative Bedeutung von wiederholten Paarungen von Präkonzeptionen oder Erwartungen mit geeigneten Realisierungen durch den Therapeuten entwickelt. Diese Paarungen sind vom Ersetzen einer Emotion durch eine andere begleitet. Der Therapeut als „Behälter“ hat die Fähigkeit in situ Emotionen des Patienten zu verwandeln (Krejci, 1990; Bion, 1990). Im Rahmen des sozialkonstruktivistischen Verständnis von Übertragungs- und Gegenübertragungsprozessen verstehen wir den psychoanalytischen Prozess in wesentlichen Teilen als einen unbewussten Lernvorgang, der zu einer verbesserten Fähigkeit mit den Emotionen, die die Kernbeziehungsthemata begleiten, umzugehen führt (Alexander & French, 1946, S.18). Dieser Teil des analytischen Prozesses ist im weitesten Sinne erzieherisch, weil die Paarungen von Präkonzeptionen des Patienten und „entgiftenden“ Haltungen und Emotionen des Therapeuten wie bei allen Extinktionsvorgängen sehr häufig getätigt werden müssen. Deshalb haben alle Behandlungen auch gut laufende Behandlungen eine optimale Zeit – Dosis die im Allgemeinen nicht unter 12 Stunden gehen kann (Davanloo, 2000). Sie müssen zusätzlich um wirken zu können in einem definierten Zeithof der subjektiven Gegenwart (Stern, 2005) statthaben. Affektive Resonanz- bzw.

Extinktionsphänomene sind an das Gefühl der intersubjektiven Begegnung in diesem Zeithof von unter 5 Sekunden gebunden. Andere Verstehens- und Einsichtsprozesse sind zweifellos ebenfalls von Bedeutung aber sie haben keine verändernde Wirkung in den Bereich der affektiv bestimmten Kernbeziehungsthemen hinein. (Moser, 1962) Hier ist ebenfalls ein Konsens, dass jedwede verändernde Wirkung an das Geschehen im Hier und Jetzt gebunden ist. In unseren Untersuchungen erweisen sich, wie schon erwähnt, solche zeitliche dyadische Prozessmassen als prädikativ für den Ausgang der Behandlungen (Merten, 2005). Diese interaktionellen Phänomene sind für beide Protagonisten im deskriptiven Sinne unbewusst. In und mit Ihnen realisiert sich das Enactment der Kernbeziehungsthemata und der damit verbundenen Gegenübertragung. Sie sollten im Verlauf der Behandlung prinzipiell bewusstseinsfähig werden, aber nicht im Sinne eines körperlichen Feedbacks der motorischen Muster sondern über die (Wieder-) Entdeckung des mit Ihnen verbundenen Narrativs. Dies muss nicht notwendigerweise ein Replik des historischen Geschehens während der Lernphase sein, sondern reflektiert die psychische Realität des Lernenden zum Zeitpunkt der Entstehung und jetzt. Außer dem Versuch der selektiven Abstinenz ist eine direkte motorische Steuerung dieser Phänomene nicht empfehlenswert, ja auch nur begrenzt möglich. Die für die verändernden Lernvorgänge nötige Authentizität geht bei bewusster Steuerung verloren. Die Abstinenz ist für einen Patienten schon eine Zumutung und erklärungsbedürftig.

Wir verwenden die Begriffe Komplementarität und Reziprozität in einer sozialpsychologischen Tradition. Damit soll innerhalb eines Verhaltenssystems – in unserem Falle – die unbewussten affektiven mimischen Ausdrucksprozesse dargestellt werden, ob sich die beiden Interaktionspartner im gleichen oder ähnlichen Verhaltensraum bewegen oder nicht. Beispielsweise könnten beide, wie bei den Panikpatientinnen mit ihren Leitaffekten im positiv hedonischen Bereich sein, d.h. beide lächeln viel und gemeinsam in dem oben erwähnten Zeithof. Andere Formen von Verhaltensreziprozität finden wir im anhedonischen Bereich: Der Patient, ein Mann mit der Diagnose Borderline Persönlichkeitsstörung (DSM

IV) mit einer Paraphilie und einem Suizidversuch, emittiert in den ersten 50 Minuten der beginnenden Behandlung 52 Ekelinnervationen im Gesicht. Weil dieses Ausdrucksmuster 82% seiner Affektausdrucksmuster ausmacht nennen wir es Leitaffekt. Sein Therapeut, der wie immer insgesamt viel weniger zeigt, emittiert 43-mal ein Verachtungsmuster, das ist mit 36% aller Ausdrücke sein Leitaffekt. Es fehlen Interesse und Neugier bei beiden. Freudemuster tauchen beim Patienten einmal, beim Therapeuten zweimal auf. In unserer Logik sind die beiden in einem reziprok negativen Ekel-Verachtungssystem verknüpft. Der zentrale Beziehungswunsch des Patienten in dieser Stunde wie er aus den Narrativen abgeleitet werden konnte ist der nach Liebe und Akzeptanz, die allerdings auf diese Art sicher schwer zu implantieren sind. Die von Bion angemahnte Entgiftung kann in einem solchen System nicht stattfinden. Im Gegenteil unbewusst wird die Erwartungshaltung bestätigt. Beutel, Adammer und Rasting (2005) haben in Ihrer Untersuchung den negativen affektiven Bereich in submissiv und aggressive Reziprozitätsformen weiter aufgeteilt mit Angst, Trauerzeichen im ersten und Wut, Ekel, Verachtung im zweiten Bereich. Die Vorhersagegenauigkeit in Bezug auf den Erfolg von Psychotherapien mit unausgelesenen Patienten steigt auf .72. Diese interaktionellen Prozesse sind unbewusst und durch die inneren introspektiv zugänglichen Erlebensformen nur beschränkt oder gar nicht abgebildet. In Bions System des Lernens werden sie als Betaelemente bezeichnet. Diese mimischen Muskelinnervationen beider Protagonisten dienen nicht als Mitteilung eines Gefühls sondern als nichtsymbolisierbare Abfuhr angesichts einer als „real“ erlebten Begegnung. Sie werden über die Containingfunktion des Therapeuten aufgenommen, gespürt und dem Patienten nun als symbolisierbare Reaktion über die man Sprechen kann zurückgegeben. Bion hat ganz bewusst die Sprache metabolischer Vorgänge benutzt. Die klinische Literatur zu den Übertragungs- und Gegenübertragungsreaktionen beschreibt selten das Verhalten des Patienten und noch seltener das des Analytikers. Sie versucht sich meist an einer Einteilung der introspektiv zugänglichen Gegenübertragungsreaktionen. Etwas anderes ist mit dem

Rekurs auf das Erleben nicht machbar. Für die Erfassung des unbewussten Anteils des Enactments muss man auf sein eigenes Verhalten achten. Das ist durchaus möglich aber das Augenmerk wird in Schulung und Theorie sehr auf die inneren Prozesse gelenkt. In diesem Kontext wird das innere Gefühlsleben des Analytikers dann komplementär zu dem des Patienten, bezeichnet wenn der erstere die Gefühle erlebt, die der Patient nicht erleben kann oder will, die aber gleichwohl zu dessen Selbstbereich gehören. „Zu komplementären Identifizierungen kommt es dadurch, dass der Analysand den Analytiker wie ein Inneres Objekt behandelt, was heißt er identifiziert sich mit diesem Objekt“ (Racker, 1978, S.158). Soweit dies theoretisch und empirisch fassbar ist, wird damit ein Dreischritt gemeint, den Ogden (1988) als projektive Identifikation am präzisesten beschrieben hat, nämlich 1. Abspaltung eines Erlebens, bzw. Selbstanteils (meist eben den des Opfers) als nicht zum Selbst gehörig durch den Patienten, 2. Projektion dieses Anteils auf den Partner – 3. Reintrojektion des Verhaltens des Partners in den Selbstbereich des Patienten. Es ist uns gelungen Teile dieses Prozess, der in der Forschung abzubilden und aufzuklären ist (Merten, 1996). So ist bei paranoid- halluzinatorischen Patienten der projektive Anteil – also der zweite Schritt – empirisch erfassbar. Die Implantierung der Projektion im Partners geschieht durch folgende Muster: 1. keine Freudezeichen, 2. Verachtung als Leitaffekt, dyadisches Blickverhalten massiv verändert (Extrem hohes Interaktionsgewicht oder gar keines im Sinne vollständiger Blickvermeidung). Dem geht voraus, ist aber nur indirekt über Fragebögen messbar aber dort ist es gesichert, massive Unwertgefühle auf Seiten der Patienten, die er unbewusst im Partner zu entsorgen sucht. Diese fühlen sich nun sehr schlecht und haben folgende Alternativen, die man auch empirisch nachweisen kann (Krause, 1998). Entweder sie verbleiben im reziproken Verhaltenssystem und zeigen ebenfalls Verachtung, Ekel oder Wut, damit würde im dritten Schritt die Reintrojektion eines verfolgenden Objektes implantiert und die Notwendigkeit zur weiteren Spaltung erhöht. Die Dyade wird binnen kurzem zu manifester Aggression überwechseln. Der Partner zeigt Angst, Trauer, damit ist er

behavioral im komplementären Bereich und agiert unbewusst als Opfer. In diesem Fall wäre die Deponierung gelungen, was allerdings zur Folge hat, dass unter normalen Randbedingungen das Objekt die Situation verlässt und der Patient mit seinem Unwertgefühlen allein zurück bleibt, sodass auch diese Strategie fruchtlos bleibt.

Als konkordant werden Identifizierungen bezeichnet die das Erleben des Analysanden „einfach“ spiegeln, „auf der Resonanz des Äußeren im Inneren, auf der Anerkennung des zu anderen gehörigen Fremden, als zu uns gehörendes eigenes“ (Racker, 1978, Seite 159).

Mit dieser klinisch nützlichen Terminologie hat man sich allerdings die gesamte Problematik der Identifizierungsdefinition eingehandelt, die noch weniger gelöst ist als die der empathischen Prozesse. Unseren Untersuchungen gemäß ist die reziproke Affektansteckung im expressiven Bereich eine Form von Spiegelung der Körper, sie macht aber die Unterscheidung zwischen Selbst und Objekt eben gerade nicht, sondern ist konstitutiv für symbiotische Zustände. (Bischoff-Köhler, 1988) Diese Prozesse würden am häufigsten als „primären Identifikation“ umschrieben, wobei sich in dieser frühen regressiven Dualunion autonome, eigenständige Leistungen kaum von Imitationen der Mutter unterscheiden lassen (Loch, 1968). Empathische Reaktionen jenseits der Resonanz erfordern zusätzlich eine kognitive Subjekt - Objekt Trennung und damit verbunden einen Dezentrierung genannten Vorgang, der es erlaubt sich selbst und die Objektwelt aus der Sicht des anderen zu sehen. Diesen Vorgang muss man sich nun ganz anders, ja sogar gegenläufig zu dem der primären Identifizierung vorstellen. Die heutige Säuglingsforschung hat sehr deutlich werden lassen, dass empathische Mütter keineswegs die Affekte Ihrer Kinder im Sinne der von uns gemeinten Reziprozität spiegeln, sondern dass sie Verhalten an den Tag legen das zwar hinreichend ähnlich erscheint, gleichzeitig aber über formale Merkmale wie markierende Verhaltensweisen ganz eindeutig signalisiert, dass es um keine Replikation des kindlichen Verhaltens handelt. Aus der heutigen Sicht auf die Grundlagen des Selbst- und Fremdverstehens über die Spiegelneuronen wird man diese Prozesse anders definieren

müssen. Das zentrale Problem ist nicht mehr die Neuropsychologie des Fremdverstehens, die die philosophische Diskussion jahrhundertlang beschäftigt hat, sondern die der Kriterien der Unterscheidung von Fremd und Eigen (Rizzolatti, 2001). Das ist eine Kulturleistung, die bei weitem schwieriger erscheint als ersteres. Sie stellt auch den Kern des psychotherapeutischen Prozesses dar.

Die Behandlung besteht darin, dass dieser nicht symbolisch abbildbare, affektive, behaviorale Raum a) trockengelegt wird, das geschieht über Extinktion und b) zu einem sinnvollen Zeitpunkt durch Deutungen und Interpretationen an kognitive Prozesse ergo „das Denken“ gebunden wird. Dazu gehört als elementare kognitive Operation die Unterscheidung zwischen Objekten und Selbst und Objekten. Die Deutungen und Versprachlichungen geschehen nicht über abstrahierende kognitive Interpretationen sondern vorzugsweise über eine Zwischenstufe, nämlich ein metaphernreiches Aufgreifen von bildhaft ikonischen, kognitiven Elementen, die für das Enactment in der Dyade am treffendsten sind. Fabregat (2004) hat zeigen können, dass unabhängig von der Schulrichtung der Therapeuten die Häufigkeit metaphorischer Sprache durch Patient und Therapeut mit der Behandlungszufriedenheit zu .72 korrelierte. Der Behandlungserfolg korreliert nur mäßig und nicht signifikant damit. Setzt man allerdings die mimischen Mikroaffektexpressionen und die Metaphernproduktion in Beziehung, wurde das Bild vollständig. In den Therapien mit gutem Ausgang findet man die Metaphernproduktion in einem optimalen Zeitfenster nach dem interaktiven Enactment der Affekte. Nicht zeitgleich, das wäre ein Agieren ohne kognitive Leistung aber auch nicht zu spät, oberhalb eines Bereiches von 11 Sekunde. Wird dieses Zeitfenster verpasst wird es zu einer nur intellektuellen Produktion, d.h. das affektive Resonanzfenster der Begegnung muss im Hier und Jetzt noch offen sein und nur solange es offen ist, macht die Deutung einen Sinn. Das bestätigt die klinische Erfahrung, dass Deutungen dann wirksam sind, wenn sie relativ „schnell“ aber auch nicht zu schnell nach dem Agieren oder dem Enactment kommen. Sie muss die kognitiven und affektiven Anteile aufgreifen und integrieren und eben dies ist ein

Merkmal des metaphorischen Sprechens, das schon von seinen sprachlichen Wurzeln her Primär- und Sekundärprozesse verbindet. Vom Behandlungsverlauf her lässt sich zeigen, dass bei den erfolgreichen Behandlungen die Affektivität (expressiver Natur) nicht zurückgeht, sondern aus dem interaktiven Feld in die Welt des Denkens und Sprechens zurück- oder eingeführt wird. Benecke (2002) hat durch die Klassifikation von Blickverhalten, Sprachreferenz und Affektausdruck ein Maß für das Interaktionsgewicht von affektiven Zeichen geschaffen und zeigen können, dass dasselbe in schlecht verlaufenden Behandlungen nicht abnimmt, sondern sogar ansteigt. D.h. diese Dyaden verbleiben in der Übertragung und Gegenübertragungsenactment bzw. dem Wiederholungszwang. In Bezug auf die erfolgreichen, nicht die erfolglosen Kurztherapien, kann man einen recht klaren Phasenverlauf konstatieren, den man wie folgt beschreiben kann.

1. Eine Phase in der die Patienten versuchen ihr Modell zu implantieren. Sie zeichnet sich durch hohe Stabilität und Vorhersagbarkeit aus. Die entsprechenden Verhaltensmuster sind messbar. In psychoanalytischen Termini hat man es mit einem Überwiegen von Abwehr und Widerstand zu tun. Diese Phase ist deshalb schwer zu handhaben, weil man mit starken unbewussten manipulativen Tendenzen der Patienten konfrontiert ist, denen man aus einer empathischen Laienperspektive heraus eigentlich nachgeben möchte. Eine positive, den Schwierigkeiten dieser Phase angemessene innere Haltung kann man am ehesten mit dem Modell der projektiven Identifikation abbilden (Ogden, 1988), was heißt, dass der Therapeut die interaktiv manipulativen Tendenzen meistens als Gefühle und Phantasien in sich wahrnimmt, nachdem er sie in sich aufgenommen hat, aber gleichwohl sich nicht diesen Handlungstendenzen entsprechend verhält. Vielmehr besteht angemessenes Handeln darin, diese Wahrnehmungen als diagnostische, auch von der Empathie gesteuerte Leitlinien für wohlüberlegte Interventionen zu verwenden. Es scheint möglich, wie unsere Forschungen gezeigt haben, die Gesetzmäßigkeiten dieser Handlungstendenzen als diagnostische und

behandlungstechnische Leitlinien zu verwenden. In dieser Phase schaukelt sich das Kernproblem des Patienten auf, und das "nichtempathische" Reagieren des Therapeuten wird als grausam sadistisch, unhöflich oder unnatürlich perzipiert und beklagt. In dieser Phase sollten die Interventionen weniger dem Typus von Übertragungsdeutungen folgen, als vielmehr eine Erhöhung des selbstreflexiven Erlebens in verloren gegangene Bereiche hinein ermöglichen. Dies kann natürlich nur bei gleichzeitiger Versicherung der Güte der Beziehung geschehen. Bloße Abstinenz und Übertragungsdeutungen würden in dieser Phase den Abbruch oder eine Verstärkung des ohnehin vorhandenen Widerstandes zur Folge haben. Auf der anderen Seite würde das empathische Befolgen der interaktiven Verhaltensangebote, wie es die Laien tun; zu einer Bestätigung des Modells des Patienten führen. Diese Phase kann man als Wiederholung im Freudschen Sinne bezeichnen, wobei dieser Begriff allerdings die Schwäche hat, dass die Herstellung eines Attraktors als bloße Wiederholung nicht möglich ist. Im Sinne der Selbstähnlichkeit haben die Szenen zwar einen identischen Kern, erfordern aber zusätzliche, teilweise außerordentlich komplizierte, Arrangements, aufgrund deren Vorhandenseins der Patient und auch die anderen eben nicht unmittelbar erkennen, dass es sich um eine Wiederholung handelt.

2. Sobald die Sicherheitsgefühle vorbewusst oder bewusst sind, kommt der Patient in den Bereich der Instabilität hinein, der nun mit Interventionen anderer Art behandelt werden muss. Sobald der Therapeut davon ausgehen kann, dass sich der Patient sicher fühlt, kann er mit Deutungen von hoher integrativer Kraft, also zum Beispiel solche vom Übertragungstypus Eltern/Therapeut (Malan, 1979) operieren. Die mit dieser Instabilität auftauchenden Emotionen sind einerseits Angst und andererseits solche selbstreflexiver Art wie Weinen, Lachen, Scham und Schuld. Die Angstgefühle haben mit dem Verlust der, wenn auch neurotischen, Sicherheit des bisherigen Weltbildes zu tun. Die selbstempathischen Emotionen, wie das nachträgliche Beweinen aber auch Belachen des eigenen Schicksals, setzen ausreichende Sicherheit in der Gegenwart und zumindest hoffnungsvolle Gefühle für

die Zukunft voraus. Das gleiche gilt auch für das Schamempfinden und das Entwickeln von Schuldgefühlen über vergangene Taten. Das Auftauchen vormals unbewussten entwicklungspsychologischen Materials ist nicht die direkte Folge von Deutungen, sondern wird dadurch möglich, dass im Instabilitätszustand andere Gedächtnisspuren abgerufen werden können, weil die gegenwärtigen handlungsleitenden Affekte anders sind als die in der Abwehrphase. In der Instabilitätsphase beginnt sich das bewusste innere Modell des Patienten über seinen Therapeuten und sich selbst zu ändern.

3. Nach dieser Phase von Instabilität muss sich der Patient neu verorten. Dies geschieht zeitgleich durch das oben beschriebene "Erinnern" und das Erproben und Einführen neuer Modelle der therapeutischen- aber auch der Beziehung zu anderen Objekten. Benevolente Interventionen dieser Phase sind schwerpunktmäßig wieder anders, nämlich neugierfördernd, unterstützend, empathisch begleitend, angstreduzierend etc.. In dieser Periode können relativ geringfügig erscheinende Interventionen maximale Wirkungen erzielen, allerdings nur unter der Voraussetzung der voraus laufenden "gescheiterten" Implantierung des Modells des Patienten. Dieser Punkt der Instabilität könnte dem von Prigogine (1981) Bifurkation genannten Prozesszeitpunkt entsprechen. Seiner Vorstellung von selbstorganisierenden Systemen folgend wäre dies ein zeitlich begrenzter Systemzustand, aus dem heraus sehr viele verschiedene Optionen möglichen sind, so dass der Instabilitätspunkt gleichzeitig als Moment einer Weichenstellung betrachtet werden kann.

Das Erreichen dieses Punktes im Prozess ist nicht leicht erneut herstellbar, so dass auch zu diesem Zeitpunkt Gewinn und Verlust von psychotherapeutischen Interventionen besonders groß sind. Über den Gesamterfolg kann auch bei günstigem Verlauf bis zu diesem Zeitpunkt erst dann entschieden werden, wenn man weiß, dass das neu aufgebaute Modell dem Patienten gerecht wird. Es wären also Verläufe denkbar, in denen erfolgreich zu einem Instabilitätspunkt hingeführt wird, aber dann wiederum ein neues falsches Modell implantiert wird. Dieses Modell stützt sich auf die Forschungen aus den multikanalen

Psychotherapiestudien unserer Forschungsgruppe (Krause, 1997; Merten, 2005) und integriert Überlegungen von Schneider (1983) und Grawe (1998).

Um die Verbindung des historischen Kernkonfliktes mit dem aktuellen Enactment in der jeweiligen Stunde herzustellen, haben wir in Anlehnung an Sandler und Sandler (1984, 1985) zwei Formen der Zensur und des Unbewussten, nämlich das Vergangenheits- und das Gegenwartsunbewusste unterscheiden. Das Vergangenheitsunbewusste ist von der (frühen) Kindheit und den dort und damals erarbeiteten defekten Konfliktlösungen bestimmt. Diese defekten Lösungen beinhalten alle möglichen Formen der Abwehr. Beispielsweise können Selbstanteile, die bedrohlich und oder beschämend erscheinen, nicht akzeptiert werden. Zu diesen defekten Konfliktlösungen gehören innere Phantasmen bedrängender Natur, die mit dem Patienten als Kind verknüpft sind und in diesem Sinne regressiv bezeichnet werden können. Diese Phantasien sind für den Erwachsenen unannehmbar und erfahren eine Zensur. Sie werden beispielsweise auf Andere projiziert. Das Gegenwartsunbewusste ist eine eigenständige Instanz die zwischen der Aktivierung des zentralen Wunsches, dem Bewusstsein und dem aktuellen Handeln vermittelt. Die Wiederholung in der Gegenwart kann nur dann erfolgreich geschehen, wenn der Patient nicht merkt dass es eine solche ist. Wir haben zu zeigen versucht, dass diese Abwehr vorwiegend dadurch geschieht, dass in parallel organisierten Verhaltensströmen vor allem auf der Ebene der Mikrohandlungen die offiziellen Handlungen die sich auf meist molarer Ebene – in der zeitlichen Auflösung der gesprochenen Sprache befinden und entsprechend abspielen – eine hoch konfliktsive Mikrochoreographie unterlegt bekommen, die den zentralen Konflikt implantieren ohne das es der Patient zu merken braucht. Dazu gehören unter anderem die Mikroeffekte. Damit wird Scham vermieden. In einem nicht wertenden abstinenter Mikro- und Makroklima kann zum rechten Zeitpunkt der Widerstand gegen die Wahrnehmung dieser Abkömmlinge gedeutet werden. Auf diese Emanationen im Hier und Jetzt muss sich die Übertragungsdeutung richten. Deutungen in Bezug auf die Vergangenheit sind immer gemeinsame Rekonstruktionen.

Auf der Grundlage dieser Forschung haben wir eine Taxonomie des Scheiterns in der Handhabung des „Hier und Jetzt Enactments“ von Therapeuten entwickelt, die sich wie folgt liest:

1. Am untersten Ende finden wir Therapeuten, die die affektiven unbewussten Beziehungsangebote überhaupt nicht wahrnehmen können. Nicht aus Gründen der Abwehr, sondern einer mehr oder weniger habituellen affektiven Blindheit. Das trifft man bei weitem häufiger als man denkt. Wir trainieren immer wieder Personen in der Auswertung von Affekten und finden manchmal solche, die keine reliablen und validen Urteile über die Affekte anderer erstellen können, weil sie schon das muskuläre Muster nicht erkennen. Das entspräche der Position eines unempathischen Laien oder der mancher Patienten, z.B. mancher psychosomatischer oder antisozialer Persönlichkeiten. Offensichtlich ist ein hoher Varianzanteil dieser affektiven empathischen Wahrnehmungsreaktion erblich (Zahn-Waxler et al. 1992). Solche Fälle sollten unter den gut Ausgebildeten eher selten anzutreffen sein.

2. Der Therapeut nimmt die affektiven Beziehungsangebote innerlich wahr und reagiert wie ein empathischer Laie auf sie, d.h. er verhält sich den Angeboten des Patienten auf der Verhaltensebene reziprok und findet dieses Verhalten innerlich angemessen. Das ist im Allgemeinen der Typus des Gurus, der ganz offen den unbewussten Beziehungsangeboten ichsynton folgt und die Neuauflage der Traumata des Patienten dann als kurativ erklärt, wenn sie durch ihn geschehen. Paradigmatisch wäre dafür der Therapeut, der den Missbrauch einer Patientin als heilsam empfindet. In einer unserer Behandlungsstichprobe hatten von zehn Frauen, die Vorbehandlungen erfahren hatten, immerhin drei sexuelle Erfahrungen im therapeutischen Kontext berichtet: eine durch einen somatisch behandelnden Arzt, die beiden anderen durch Psychotherapeuten. Vom ersten Typ unterscheidet sich diese Gruppe immerhin dadurch, dass sie die Beziehungsangebote erkennen. Damit endet allerdings auch schon der »therapeutische« Akt. Die Begründungen für das Eingehen auf die Beziehungsangebote können natürlich alle Abwehrformen enthalten und intellektuell sehr aufwendig sein.

3. Der Therapeut nimmt die affektiven Beziehungsangebote innerlich wahr und reagiert wie ein empathischer Laie auf sie, d.h. er verhält sich den Angeboten des Patienten auf der Verhaltensebene entsprechend reziprok, findet das aber im Prinzip unangemessen, kann sich jedoch nicht dagegen wehren weil er es gar nicht realisiert. Das ist die häufigste Form des Scheiterns unter gut ausgebildeten Therapeuten. Hier finden wir im Allgemeinen eine Dissoziation zwischen dem inneren Erleben und der affektiven Inszenierung. Der Therapeut reklamiert die fehlende Aggression und ärgert sich über die lächelnde Maske, ist aber selbst fortlaufend dabei, das Lachen der Patientin operant zu verstärken und findet schließlich eine rechtfertigende Diagnose (Ichschwäche), was ein Absinken auf die Stufe 2 des Scheiterns bedeutet.

Da sich das eigene interaktive Verhalten weitgehend der Kenntnis entzieht, kann es sehr wohl sein, dass ein Therapeut kräftig am Agieren seiner Gegenübertragung als Beta Element ist, ohne das geringste davon zu merken, und ohne es in der Supervision zu berichten.

4. Der Therapeut nimmt die Beziehungsangebote wahr, kann sie innerlich als fremdinduzierte Gefühle wahrnehmen und sie in sich aufbewahren, um dann eine ganz andere Antwort als die erzwungene zu geben; das Andersartige bezieht sich einmal auf den affektiven Dialog auf der Verhaltensebene und andererseits auf die sprachlichen Interventionen, wobei das erstere die Priorität hat. Es sieht so aus, als »zeige« der Therapeut diejenigen Affekte, die dem Patienten in den erzählten Episoden fehlten und wohl auch durch seine Geschichte abhandelt gekommen sind. Das Verstehen wäre solchermaßen an das Wiedererleben der fehlenden Affekte zuerst beim Therapeuten gebunden. Erst auf diesem Niveau beginnt die bewusste Kunst der Behandlungstechnik.

In Bezug auf positive Behandlungsempfehlungen und Techniken habe ich komplementäre innere affektive Reaktionen auf die gezeigten Mikroleitaffekte von Patienten erstellt (Krause, 2002). Dies ist geschehen für Ekel, Verachtung, Wut, Trauer, Angst und Freude. Wie man

ohne unnatürlich zu sein eine innere therapeutische Haltung entwickeln kann, die dieses Verhalten ermöglicht, kann im Rahmen dieser Arbeit nicht diskutiert werden. Es sei nur so viel gesagt: Da die meisten Enactments affektiver Art negativ sind, muss es den Therapeuten gleichwohl möglich sein ein Übergewicht einer quasi „entgiftenden“ positiven Emotion zu entwickeln. Es bleibt oft nicht viel übrig als Neugier und Interesse. Bei Patienten mit überwiegender negativer Affektivität ist es beispielsweise hilfreich wenigstens ein wissenschaftliches Interesse an ihnen aufzuzeigen, wenn andere Formen authentischen Interessenehmens versagen. Die Psychotherapieausbildung ist in Ihrem handwerklichen Teil sehr um die Möglichkeit der Entwicklung und Handhabung solcher Gegenübertragungsreaktionen zentriert. Das ist ein langes und mühevolleres Geschäft und wird von vielen ansonsten klugen und wissenden Menschen nicht erreicht. Unter anderem deshalb wird auch von Verhaltenstherapeuten 150 Stunden Selbsterfahrung gefordert.

Die oben genannten Ergebnisse gelten vom empirischen Bestätigungsgrad nur für Therapien im Sitzen in einer zeitlichen Erstreckung bis 40 Stunden, was die Mehrzahl aller Behandlungen umfasst. Sie müssen nicht für die Langzeitbehandlungen im Liegen gelten. In einer Reihe von Veröffentlichungen habe ich vermutet, dass der eigentliche Gewinn des Liegesettings darin besteht, dass die affektiven Mikroaustauschprozesse in diesem Rahmen auf das geringst mögliche Niveau reduziert werden. Dadurch würde gewissermaßen auf experimentellem Niveau ein Teil des Enactments trocken gelegt was für lang andauernde Behandlungen unumgänglich erscheint.

Die häufigste Aufteilung des therapeutischen Prozesses in eher kognitiv einsichtsvermittelnden und eher emotional restrukturierenden muss man wohl eher so verstehen, dass immer beides zugleich erfolgt, jedoch jeweils einer der Beteiligten im bewussten Aufmerksamkeitsfokus liegt und der andere vorbewusst mit bearbeitet wird. Die freischwebende Aufmerksamkeit als Wahrnehmungs- und Erkenntniseinstellung fußt auf der

parallelen Organisation unserer seelischen Prozesse. Sie sucht nach den bestmöglichen Einstellungen zum Verständnis einer Situation. Die Arten und Notwendigkeiten des Wechsels zwischen den Wahrnehmungsformen teilnehmende und objektivierende Beobachtung habe ich andernorts (Krause, 1997) beschrieben. Beide Formen sind parallel aktiv, wir nehmen psychische Qualitäten durch das Unbewusste und Bewusste wahr (Bion, 1990). Die unterschiedlichen Prozessphasen zeichnen sich durch ein bewusstes Überwiegen jeweils einer der beiden Formen der Wahrnehmung aus. Zu Beginn hat der Analytiker ganz viele aus der teilnehmenden Beobachtung heraus stammende Hypothesen über den Patienten, sich und die Dyade aus der Sicht beider. Diese werden sukzessive durch Beobachtungen und Interpretationen verändert und falsifiziert. Der vermeintliche Nachweis, dass Therapie im Hier und Jetzt stattfindet ist nicht ganz geglückt, weil es ausreichende Befunde gibt, dass zwischen den Stunden massive Veränderungsprozesse und Konsolidierungsprozesse des mentalen Systems stattfinden (Moser, 2005).

	Panik-Fokussierte Psychodynamische Psychotherapie (PFPP)
Phase I	<p>Behandlung der akuten Panik. Um die Paniksymptome zu vermindern, ist es notwendig, die unbewusste Bedeutung dieser Symptome aufzudecken. Hierzu soll nach dieser Strategie vorgegangen werden:</p> <p>A. Bestandsaufnahme zu Behandlungsbeginn und erste Behandlungsschritte:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Erkunden, welche Umstände und Gefühle das Einsetzen der Panik begleiten. 2. Erkunden, welche persönlichen Bedeutungen die Patientin den Paniksymptomen zuschreibt. 3. Erkunden der Gefühle und Inhalte der Panikepisoden. <p>B. Psychodynamische Konflikte der Panikstörung:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Trennung und Unabhängigkeit. 2. Erkennen, Verarbeitung und Ausdruck von Wut. 3. Sexuelle Erregung und die mit ihr wahrgenommenen Gefahren. <p>C. Erwartete Veränderungen der ersten Behandlungsphase:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Linderung der Paniksymptomatik. 2. Reduzierung der agoraphobischen Symptome.
Phase II	<p>Behandlung der Panik-Anfälligkeit. Um die Panik-Anfälligkeit zu vermindern, muss der dynamische Kern verstanden und verändert werden. Um dies zu bewerkstelligen, muss in der Übertragung im Verlaufe der Behandlung die Psychodynamik der Patientin identifiziert werden. Hierzu soll folgende Vorgehensweise dienen:</p> <p>A. Ansprechen der in der Übertragung auftauchenden Konflikte.</p> <p>B. Durcharbeiten.</p> <p>C. Erwartete Veränderungen der zweiten Behandlungsphase:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Besserung der Beziehungen.

	2. Weniger konflikthafte Erfahrungen von Trennung, Wut und Sexualität. 3. Reduzierung der Anfälligkeit für ein Wiederauftreten der Paniksymptome.
Phase III	Beendigung der Behandlung. Um die massiven Schwierigkeiten mit Trennung und Unabhängigkeit angehen zu können, sollte die Patientin diese Konflikte direkt mit dem Therapeuten in der Behandlung erfahren, so daß darunterliegende Phantasien artikuliert, verstanden und weniger beängstigend erlebt werden können. Die Bearbeitung der patientenseitigen Reaktion auf das Ende der Behandlung sollte spätestens im letzten Drittel der Therapie angegangen werden. A. Wiederbelebung von Trennung- und Wutthematata in der Übertragung bei Näherrücken des Endes der Behandlung. B. Erwartete Veränderungen der dritten Behandlungsphase: 1. Evtl. zeitliches Wiederauftreten der Symptome, wenn diese Gefühle in der Therapieerlebt werden. 2. Erlangen von neuen Fertigkeiten, mit Trennung und Unabhängigkeit erfolgreich umgehen zu können.

(Milrod, 1997)

6. Erfolgsforschung: Begriffe und rechtliche Rahmenbedingungen

In Bezug auf die Erforschung des Erfolges unterscheidet man gemeinhin die Zielgrößen der Effektivität (Efficacy - Wirksamkeit, Durchschlagskraft, Leistungsfähigkeit) und die Effizienz (Efficiency - Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit)(Lutz, 2003). Die aus dem Englischen stammende Begrifflichkeit ist nicht sehr eindeutig und wird deshalb oft mit Zusätzen versehen. Effektivität wäre Wirksamkeit unter (bestmöglichen) Laborbedingungen, Effizienz, diejenige unter den ökologischen Bedingungen einer natürlichen repräsentativen Versorgungssituation (Leichsenring & Rüger, 2004). Laborbedingung im Umfeld der Psychotherapie heißt die Übertragung der Paradigma der (pharmakologischen) Wirkungsforschung auf das sich Psychotherapie nennende Heilverfahren. Ein zu überprüfendes Verfahren wird zusammen mit einem anderen das ebenfalls eine Wirkung beansprucht und einer „Placebogruppe“ an randomisiert zugeordneten Patienten mit nachweisbar gleichen Diagnosen über die gleiche Laufzeit angewandt. Zu definierten Zeitpunkten wird der Status des Patienten hinsichtlich krankheits- und symptomrelevanter Messgrößen erfasst. Es sollten wenigsten drei Messzeitpunkte nämlich vorher, unmittelbar nach Ende der Behandlung und zu einem Messzeitpunkt lange nach dem Ende der

Behandlung vorhanden sein. Der Unterschied der Differenzwerte der zu vergleichenden Behandlungen zu den verschiedenen Messzeitpunkten stellt den Effektivitätswert dar. Gibt es eine Reihe solcher Studien werden sie in Form von Metaanalysen zusammengefasst. Eine Formel drückt die Veränderungsrate in vergleichbaren Änderungseinheiten aus, in dem sie an den Standardabweichungseinheiten aller Studien relativiert werden. In den Bewertungsrichtlinien des Bundesausschusses haben diese Formen von Studien die höchste Evidenzstufe. Ein typischer Wert den man in solchen Studien finden kann ist 1,39 für Zielsymptome bei psychoanalytischen Kurztherapien, d.h. dass 92% der behandelten Patienten in Bezug auf die Zielsymptome stärker gebessert waren als eine Wartekontrollgruppe (Leichsenring, Rabung & Leibing, 2004).

Von vielen Seiten (Kriz, 2004; Leichsenring & Rieger, 2004; Revenstorf, 2005) wurde mit überzeugenden Argumenten darauf hingewiesen, dass die solchermaßen definierten Effektivitätsmessung für die Behandlungsform Psychotherapie und speziell beziehungsorientierten Behandlungen nicht oder nur wenig geeignet seien. Einige der Gründe sind, dass die randomisiert kontrollierte Zuweisung nicht nur ökologisch nicht valide sei, sondern ein wesentliches Wirkungsmittel des Verfahrens nämlich die „Güte der Beziehung“ die eben durch die Partnerwahl zustande käme, aus dem Forschungskontext entferne. Des Weiteren wird argumentiert, dass man davon ausgehen muss, dass eine Klientel mit der man solche Auswahlverfahren zur Anwendung bringen kann nicht notwendigerweise repräsentativ für die Klientel des Praktikers vor Ort ist. (Riedel & Schneider-Düker, 1991) Tatsächlich sind die meisten Studien die dem oben erwähnten Goldstandard entsprechen, solche, die in Institutionen mit recht kurzen Behandlungsverfahren und kurzen Nachuntersuchungen durchgeführt wurden. (Tschuschke & Kächele, 1996) Damit zusammen hängt die umgekehrte Tendenz, dass Privat- und Freiberufler sowie nicht öffentlich finanzierte Behandlungsverfahren, die im Gegensatz dazu möglicherweise alle Patienten aufnehmen müssen, dazu tendieren diejenigen auszuwählen, die Ihnen mit dem geringst möglichen

Aufwand den größtmöglichen Erfolg versprechen. So haben beispielsweise suizidgefährdete Borderline-Patienten eine Wartezeit von 8 Monaten in Saarländischen Privatpraxen zu gegenwärtigen, wohingegen die sehr viel erfolgsversprechenderen Angstpatienten keine Wartezeiten zu beklagen haben (Zepf, Mengele & Hartmann, 2003). Die Patienten von Kliniken die nur privat abrechnen (können) sind im Allgemeinen sehr stark vorselegiert ehe es zur Behandlungsaufnahme kommt. Von 1000 potentiellen Patienten mit einem Störungsbild wie Panikstörungen verbleiben nach drei meist impliziten „Motivationsprüfungen“ schließlich ca. 100. Die Erfolgsziffern von 80% Besserungen reduzieren sich auf 18 % wenn man sie auf das Ausgangskollektiv umrechnet (Sandell, 2001). Es ist zweifellos richtig und auch ethisch vertretbar diejenigen Patienten auszuwählen die von einem Verfahren optimal profitieren können. Falsch ist allerdings die Generalisierung der Erfolgsziffern auf alle Patienten mit diesem Störungsbild. Man müsste verlässliche Merkmale haben, welche Zusatz- bzw. Kontextmerkmale des Patienten bzw. seiner Umgebung ihn für diese Behandlung nicht qualifizieren. Aus all diesen Gründen ist die Schnittmenge an ökologisch validen Studien die minimalen Gütestandards entsprechen recht gering. Das muss nicht störend sein, denn nach den Richtlinien für die Krankenbehandlung würde eine Studie mit positivem Ausgang für die öffentliche Finanzierung ausreichen. Die Öffentlichkeit wird auch dann finanzieren müssen, wenn gar keine solche Studie vorliegt. Krankheiten hören nicht auf zu existieren, nur weil keine optimalen Verfahren zur Messung des Erfolges ihrer Behandlung vorliegen. In diesem Fall wird nach Maßgabe der Verordnung in den Evidenzstufen nach unten gerückt und man landet schließlich bei der „Expertenmeinung“, was für den Beginn der Psychotherapie und die meisten körpermedizinischen Verfahren heute noch zutrifft (Bundesanzeiger, 2005).

6.1 Entscheide des wissenschaftlichen Beirates

In der Rechtslandschaft der Bundesrepublik gibt es ein zweistufiges Bewilligungsverfahren. Das erste gibt Empfehlungen an die Länder als Träger der Hochschulausbildung welche Psychotherapieverfahren für die staatlich anerkannte und notwendige Ausbildung zur Erreichung der Zulassung zur Ausübung von Heilkunde geeignet erscheinen. An dieses Gremium können die Interessenverbände, d.h. diejenigen die ein Heilverfahren für geeignet halten, einen Überprüfungsantrag stellen. Nach Maßgabe eines einschlägigen sozialgerichtlichen Urteils dient diese Überprüfung dem Schutz der Auszubildenden gegen Scharlatanerie. Ein positives Votum hat keine Bindungswirkung auf die Entscheidungen des Bundesausschusses für die Bewertung von Heilverfahren zur Zulassung in der gesetzlichen Krankenversicherung. Ein negatives wohl, dahingehend dass der Bundesausschuss nur dann tätig wird, wenn der wissenschaftliche Beirat ein positives Votum erstellt hat. Der Bundesausschuss wird nicht auf Antrag der Interessenverbände tätig sondern auf Antrag einer Kasse. Er muss auf Antrag auch Verfahren überprüfen die bereits im Versorgungssystem finanziert werden.

Die tiefenpsychologisch fundierten Verfahren unterzogen sich, obwohl als erstes Verfahren in der Krankenversicherung seit 1967 tätig, einer Überprüfung die zu folgendem Ergebnis führt (Rüger & Bell, 2004):

„Nach den vom WBP entwickelten Kriterien für den Nachweis der Wirksamkeit von Therapieverfahren für die verschiedenen Anwendungsbereiche von Psychotherapie bei Erwachsenen kann dieser Nachweis für folgende 9 Anwendungsbereiche festgestellt werden:

1. Affektive Störungen (F 3)
2. Angststörungen (F 40-42)
3. Belastungsstörungen (F 43)
4. Dissoziative, Konversions- und somatoforme Störungen (F 44, 45, 48)
5. Essstörungen (F 50)

6. Psychische und soziale Faktoren bei somatischen Krankheiten (F 54)
7. Persönlichkeitsstörungen und Verhaltensstörungen (F 6)
8. Abhängigkeit und Missbrauch (F 1, F 55)
9. Schizophrenie und wahnhafte Störungen (F 2)“

Allerdings hat sich der Wissenschaftliche Beirat hinsichtlich des zu Beginn des Kapitels eingeführten Unterscheidung zwischen tiefenpsychologisch fundierten und psychoanalytischen (Langzeittherapien) dahin festgelegt, dass er „keine wissenschaftliche Grundlage für eine Unterscheidung zwischen tiefenpsychologisch fundierter und analytischer Psychotherapie als zwei getrennte Verfahren (sieht).“ Er hat daher beschlossen (...) in seiner Stellungnahme Psychodynamische Psychotherapie als Oberbegriff für die tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapien und die psychoanalytischen Therapien zu verwenden (...) Bei dieser Stellungnahme werden Langzeitbehandlungen (mehr als 100 Stunden) nicht berücksichtigt, da diese Behandlungsform besondere Forschungsfragen aufwirft, die in einer gesonderten Stellungnahme berücksichtigt werden sollen.“

6.2 Die Langzeitbehandlungen

Die Indikationen für Langzeitbehandlungen sind sozialrechtlich für diejenigen Fälle reserviert die zusätzlich zur aktuellen Konfliktbehandlung Strukturveränderungen benötigen.

Im Moment sind dies in etwa 6 % der Klientel die Psychotherapie in jedweder Form beansprucht. Die Langzeitpsychoanalysen kommen gleichzeitig bei einer Gruppe von Personen zur Anwendung bei denen explizit eine Erkrankung ausgeschlossen werden muss und damit auch eine Kassenfinanzierung, nämlich den Ausbildungskandidaten der Psychoanalytischen Weiterbildungsinstitutionen (Rüger & Bell, 2004). Dieselben führen deshalb keine psychoanalytische Therapie sondern Psychoanalysen durch. Die durchschnittliche Dauer innerhalb der deutschen Gesellschaften liegt im Moment bei 600

Stunden. Es ist bisher auch innerhalb der Gesellschaften nicht gelungen einen Konsens über die Abgrenzung dieser drei Felder tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, Psychoanalytische Langzeitkrankenbehandlung und Langzeitpsychoanalyse als Ausbildungs- und Bildungserfahrung zu entwickeln. Die Argumentationen bewegen sich im Allgemeinen auf dem Niveau des Expertenwissens. Als langjähriger Ausbildungs- und Lehranalytiker zählt sich der Autor ebenfalls zu dieser Gruppe. Die Abtrennung von Langzeitpsychoanalysen und Psychotherapien geschieht vorwiegend über das Setting (Liegend vs. Sitzend) die Dauer (mehr als 100 Stunden) und die Dosis (3-mal wöchentlich). Auch hier sind die Kriterien nicht sehr hart und man findet durchaus auch Behandlungen mit zwei Stunden die Woche. Der Versuch unterschiedliche Behandlungstechniken für beide Verfahren ausfindig zu machen ist in den bisherigen Studien (Wallerstein, 1995) nicht gelungen. Für die Ausbildungsanalysen wird oft geltend gemacht, der explizite Verzicht auf Krankenbehandlung sei für die Lernprozesse nicht förderlich. In Bezug auf die öffentliche Finanzierung des Verfahrens muss natürlich letztendlich der Nachweis für die Notwendigkeit hinsichtlich der Indikation, Angemessenheit und Wirtschaftlichkeit geführt werden. Das ist nicht einfach, weil es per definitionem keine Vergleichsgruppen geben kann, da es nur ein Langzeitverfahren gibt nämlich die analytische Psychotherapie. In einer Reihe von Studien und aus der klinischen Erfahrung hat sich gezeigt, dass es gleichwohl Äquivalente zu nicht psychoanalytischen Langzeitbehandlungen gibt. Das sind nämlich diejenigen die eine Kurzzeittherapie in Anspruch genommen haben, aber damit scheitern. Diese „Nonresponder“ werden wenn es denn gesetzlich erlaubt ist im gleichen oder einem anderen Kurzzeitverfahren weiterbehandelt bis sie möglicherweise die gleiche Dauer und Dosis an Behandlung erfahren haben. Das deutsche Richtlinienverfahren sieht nach Abschluss einer Behandlung eine Refraktärzeit von 2 ½ Jahren vor, es sei denn es bestehe eine akute Notlage die meist gutachterlich vor dem Sozialgericht nachgewiesen werden muss. Eine weitere Form der Entwicklung die man nicht notwendigerweise als Scheitern bezeichnen muss, vielleicht eher als Verschleiß der Wirkung

könnte darin bestehen, dass in Langzeitkatamnesen nach dem Ende der Behandlung sich unterschiedliche Verläufe für die Kurz- und Langzeitbehandlungen ergeben.

Den Stand der Forschung kann wie folgt beschreiben:

1. In allen Verfahren und das schließt die tiefenpsychologischen fundierte Psychotherapie ein gibt es eine ausreichende Anzahl an Nonrespondern die die 5% an Langzeitindikationen bei weitem übersteigt.
2. Die mehrfache Anwendung des gleichen Kurzzeitverfahrens bis in die gleiche Dosis wie die Langzeitverfahren erbringt signifikant schlechtere Ergebnisse. (Sandell, 2001, Blomberg et al., 2001)
3. Die Zusammenstellung von Warte-, Kontrollgruppen mit kranken Personen hat sich als nicht durchführbar erwiesen, auch wenn die Versorgungssysteme dies durch nicht ausreichende Versorgung mit Behandlungsangeboten ethisch vertretbar „gemacht“ haben. Die betroffenen Personen sind auf Eigenbehandlungen bzw. lokal angebotene nicht wissenschaftlich fundierte Verfahren ausgewichen (Esoterik, Heilpraktiker Pseudoreligiöse Behandlungen) Die Ergebnisse dieser Behandlungen sind schlecht (Sandell et al., 1997).
4. Die Langzeitkatamnesen ab 2 Jahren nach Ende der Behandlungen aufwärts zeigen einen unterschiedlichen Verlauf für die Langzeitbehandlungen und die Psychotherapien bis 80 bzw. unter 100 Stunden. Während die Langzeitbehandlungen weiterhin eigenständige Gewinne an Symptomverbesserungen zeigen gleichen sich die Ergebnisse aller anderen Behandlungsformen an – und verlieren substanzuell an Symptomverbesserung. Man könnte also geltend machen die Langzeitbehandlung setze einen autokatalytischen Prozess in Gang, der über die Behandlung hinaus zu einer Langzeitoptimierung des Lebens- und der Gesundheitsführung führt. Dies sei Folge der Strukturveränderung. Im Moment laufen etliche Versuche Strukturveränderungen zu operationalisieren, sie mit der Symptomveränderung in

Beziehung zu bringen und auf die unterschiedlichen Dosen und Formen von Behandlungen anzuwenden (Grande, 2003).

5. Die Gruppe der Inanspruchnehmer von Langzeitbehandlungen zeichnet sich unabhängig davon welche Erkrankungstyp bzw. -schwere sie aufweist dadurch aus, dass sie in allen auch internationalen Untersuchungen von der Schichtzugehörigkeit weiter oben zu klassifizieren ist, als die Inanspruchnehmer anderer Verfahren (Sandell, 2001; Beutel et al., 2004). Da diese Behandlungen sehr teuer sind – sie benötigen 43% des gesamten Volumens für Psychotherapie (Koch et al., 2004) – stellt sich ähnlich wie bei den Studiengebühren der Universitäten die Frage ob, es vertretbar ist die Kosten auf die Allgemeinheit umzulegen. Auch hier kann man unterschiedlicher Meinung sein. Aus der Sicht eines politischen, vor allem demokratischen Gemeinwesens, ist es von übergeordnetem Interesse, dass die Elite möglichst wenig unter psychischen Beeinträchtigungen leidet, da dieselben, weit über die somatischen Durchschnittskrankungen hinaus schädliche Wirkungen auf das Führungshandeln haben.

Bibliographie:

- Ach, N. (1905). Über die Willenstätigkeit und das Denken: eine experimentelle Untersuchung; mit einem Anhang: Über das Hipp`sche Chronoskop. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Albani, C., Volkart, R., Humbel J., Blaser, G., Geyer, M. & Kächele, H. (2000). Die Methode der Plan Formulierung – Erste deutschsprachige Reliabilitätsstudie zur „Control Master Theorie“ von Joseph Weiss. Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie, 50, 470-471.
- Alexander, F. & French, P.M. et. al (1946). Psychoanalytic Therapy. Lincoln and London: University of Nebraska Press.
- Anstadt, T., Merten, J., Ullrich, B. & Krause, R. (1997). Affective dyadic behavior, core conflictual relationship themes and success of treatment. Psychotherapy research, 7(4), 397-417.

- Arbeitskreis OPD (Hrsg.) (2001). OPD. Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik - Grundlagen und Manual. Bern: Huber.
- Arbeitskreis OPD (Hrsg.) (2006). Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik OPD-2 – Das Manual für Diagnostik und Therapieplanung. Bern: Huber.
- Bänninger-Huber, E. & Widmer, Ch. (1999). Affective relationship patterns and psychotherapeutic change. Psychotherapy Research, Vol. 9 (1), 74-87.
- Barwinski-Fäh, R. (2005). Traumabearbeitung in psychoanalytischen Langzeitbehandlungen. Kröning: Asanger Verlag.
- Benecke, C. (2002). Mimischer Affektausdruck und Sprachinhalt. Interaktive und objektbezogene Affekte im psychotherapeutischen Prozess. Bern: Peter-Lang-Verlag.
- Benecke C. & Krause, R. (2005a). Facial-affective relationship-offers of patients with panic-disorder. Psychotherapy Research, 15(3), 178-187.
- Benecke, C. & Krause, R. (2005b). Initiales mimisch-affektives Verhalten und Behandlungserfolg in der Psychotherapie von Patientinnen mit Panikstörungen. Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie Vol. 51(4), pp. 346-59.
- Benecke, C. & Krause, R. (2004) Nonverbale Kommunikation in der Psychotherapie von Angststörungen. In: M. Hermer & H.G. Klinzing (Hrsg.) Nonverbale Prozesse in der Psychotherapie. 249- 260. Tübingen: DGVT-Verlag.
- Benecke, C. & Krause, R. (2001). Das affektive Geschehen in der Behandlung von Herrn P. Psychotherapie und Sozialwissenschaft, Zeitschrift für Qualitative Forschung, Vol. 3(1), pp. 52-73.
- Benecke, C., Krause, R. & Dammann, G. (2003) Affektdynamiken bei Panikerkrankungen und Borderline-Persönlichkeitsstörungen. Persönlichkeitsstörungen – Theorie und Therapie, 7, 235-244.
- Benecke, C., Krause, R. & Merten, J. (2001). Über die Bedeutung des intersubjektiven Feldes in der Psychotherapie. Psychotherapie, 6, 1, 73-80.
- Benecke, C. & Krause, R. (2003). Unbewusste Beziehungsregulierung in der Psychotherapie von Patientinnen mit Angststörungen. Erscheint in Psychotherapy Research.
- Benjamin, J. (2002). Der Schatten des Anderen. Frankfurt a. M.: Stroemfeld.
- Benoit, D. & Parker, K.C.H. (1994). Stability and transmission of attachment across three generations. Child development, 65, 1444-1456.
- Beutel, M. E., Ademmer, K. & Rasting, M. (2005). Affektive Interaktionen zwischen Patienten und Therapeuten. Psychotherapeut, 50, 100-106.
- Beutel, M. E., Rasting, M., Stuhr, U., Rüger, B. & Leuzinger-Bohleber, M. (2004). Assessing the impact of psychoanalyses and long-term psychoanalytic therapies on health care utilization and costs. Psychotherapy Research, 14(2), pp. 146-160.

- Beutel, M.E. & Rasting, M. (2005). Dyadic affective interactive patterns in the intake interview as a predictor of outcome. Vol. 15(3), pp. 188-198.
- Bibring, E. (1943). The concept of repetition compulsion. Psycholanal. Quart., 12, 486-519.
- Bion, W. R. (1959). Attacks on linking. International Journal of Psycho-Analysis, 40, 308-315.
- Bion, W. R. (1970). Attention and interpretation. London: Basic Books.
- Bion, W. R. (1992). Elemente der Psychoanalyse. Frankfurt/Main: Suhrkamp.
- Bion, W. R. (1990). Lernen durch Erfahrung (1. Aufl.). Frankfurt/Main: Suhrkamp.
- Birdwhistell, R. L. (1971). Kinesics and context: essays on body-motion communication. London: Penguin Press
- Bischof N. (1996) Das Kraftfeld der Mythen. Signale aus der Zeit, in der wir die Welt erschaffen haben. München: Piper.
- Bischof, N. (1989). Emotionale Verwirrungen (Oder: Von den Schwierigkeiten im Umgang mit der Biologie). Psychologische Rundschau, 40, 188-205.
- Bischof, N. (1987). Zur Stammesgeschichte der menschlichen Kognition. Schweizerische Zeitschrift für Psychologie, 46, 77-90.
- Bischof, N. (1985). Das Rätsel Ödipus - die biologischen Wurzeln des Urkonfliktes von Intimität und Autonomie. München: Piper.
- Bischof, N. & Köhler, D. (1988). Spiegelbild und Empathie. Die Anfänge der sozialen Kognition. Schweizerische Zeitschrift für Psychologie, 47, 188-205.
- Blomberg, J., Lazar, A. & Sandell, R. (2001). Long-term outcome of long-term psychoanalytically oriented therapies: First findings of the Stockholm outcome of psychotherapy and psychoanalysis study. Psychotherapy Research, 11(4), pp. 361-382.
- Boothe B. (1999). Narrative dynamics and psychodynamics. Psychotherapy Research, 9 (3), 258-273.
- Boothe, B. (1994). Der Patient als Erzähler in der Psychotherapie. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Bowlby, J. (1982). Attachment and loss. London: Hogarth.
- Braun, A., Bock, J., Grass, M., Helmeke, C., Ovtscharoff jr., W., Schnabel, R., Ziabreva, I. und Poeggel, G. (2000) Frühe emotionale Erfahrungen und ihre Relevanz für die Entstehung und Therapie psychischer Erkrankungen. In B. Strauß, A. Buchheim und H. Kachele (Hrsg.), Klinische Bindungsforschung Theorien – Methoden – Ergebnisse (S.121-128). Stuttgart: Schattauer.
- Brentano, F. (1955). Psychologie vom empirischen Standpunkt. Hamburg: Meiner.

- Brunet, L. & Casoni, D. (2001). A Necessary Illusion: Projective Identification and the Containing Function. Canadian Journal of Psychoanalysis. Vol.9 (2), 137-164
- Bucci, W.S. (1985). Dual coding a cognitive model for psychoanalytic research. Journal of the American Psychoanalytic Association, 33, 571-607.
- Bucci, W.S. (1997). Psychoanalysis and cognitive science: A multiple code theory. New York: Guilford Press.
- Bühler, K. (1934). Die Sprachtheorie. Jena: Fischer.
- Bundesanzeiger (2005). Verfahrensordnung des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 20. September 2005. Veröffentlicht im Bundesanzeiger S. 16 998, in Kraft getreten am 1. Oktober 2005.
- Chen, D. & Haviland-Jones J. (1999). Rapid Mood Change and Human odors. Physiology & Behavior, 68, 241-250.
- Chen, D. & Haviland-Jones J. (2000). Human olfactory communication of emotion. Perceptual and Motor Skills, 91, 771-781.
- Clarkin, J.F., Yeomans, F.E. & Kernberg, O.F. (2001). Psychotherapie der Borderline-Persönlichkeit. Manual zur Transference-Focused Psychotherapy (TFP). Stuttgart: Schattauer.
- Crits-Christoph, P. & Luborsky, L. (1998). Changes in CCRT pervasiveness during psychotherapy. In: L. Luborsky & P. Crits-Christoph (Eds.), Understanding transference: The Core Conflictual Relationship Theme method (2nd ed., pp 151-163). Washington, DC: APA Books.
- Darwin, C. (1872). The expression of the emotions in man and animals. London: John Murray.
- Daudert, E. (2002) Die Reflective Self Functioning Scale. In B. Strauß, A. Buchheim und H. Kachele (Hrsg.), Klinische Bindungsforschung Theorien – Methoden – Ergebnisse. (S. 54-68) Stuttgart: Schattauer.
- Davanloo, H. (2000). Intensive short-term dynamic psychotherapy. Chichester: Wiley
- Deneke, F. W. (2001). Psychische Struktur und Gehirn – die Gestaltung subjektiver Wirklichkeiten. Stuttgart: Schattauer Verlag.
- Devereux, G. (1976). Angst und Methode in den Sozialwissenschaften. Frankfurt, Suhrkamp.
- Dornes, M. (2004). Über Mentalisierung, Affektregulierung und die Entwicklung des Selbst. Forum der Psychoanalyse: Zeitschrift für klinische Theorie & Praxis, Vol 20(2), pp. 175-199
- Dührssen, A. (1995). Dynamische Psychotherapie. Ein Leitfaden für den tiefenpsychologisch orientierten Umgang mit Patienten. Göttingen, Vandenhoeck und Rupprecht
- Eibl-Eibesfeldt, I. (1984). Die Biologie des menschlichen Verhaltens. München: Piper.

- Eissler, K. R. (1953). The effect of the structure of the ego on psychoanalytic technique. Journal of the American Psychoanalytic Association, 1, pp. 104-143.
- Ekman, P. & Davidson, R. (1994). The Nature of Emotion: Fundamental Questions. New York: Oxford University Press.
- Ekman, P. & Friesen, W.V. (1978). FACS. Facial Action Coding System. Palo Alto: Consulting Psychologists Press.
- Ekman, P. (1994). A strong evidence for universals in facial expression. A reply to Russel's mistaken critique. Psychological bulletin, 115, 268-287.
- Ekman, P., Friesen, W.V. & Ellsworth, P. (1982). What are the similarities and differences in facial behaviour across cultures. In P. Ekman (Ed.), Emotion in the human face. Cambridge: University Press
- Faber, F. R. & Haarstrick, R. (2005). Kommentar Psychotherapie-Richtlinien. München: Urban & Fischer.
- Faber, F.R., Dahm, A. & Kallinke, D. (1999). Kommentar Psychotherapie-Richtlinien. München: Urban & Fischer
- Fabregat, M. (2004). Metaphors in psychotherapy, from affect to mental representations. Saarbrücken: Universität des Saarlandes.
- Fechner, G. T. (1860). Elemente der Psychophysik, 2 Bde., 2. unveränd. Aufl., hrsg. von Wilhelm Wundt, Leipzig: Breitkopf und Härtel.
- Fischer, G. & Riedesser, P. (1999). Lehrbuch der Psychotraumatologie. München: Reinhardt.
- Fonagy P, Target M, Steele M & Steele H. (1998). Reflective-functioning manual: For application to Adult Attachment Interviews. Confidential document (Version 5.0). London: University College.
- Fonagy, P. (2001). Attachment theory and psychoanalysis. New York: Other Press.
- Fonagy, P. (2002). Affect regulation mentalization, and the development of the self. New York: Other Press.
- Fonagy, P. (2003). Bindungstheorie und Psychoanalyse. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Frank, G. (1993). On the meaning of movement responses on the Rorschach. Psychological Reports, Vol. 73(3), p1219, 7p.
- Freud, S. (1895a). Entwurf einer Psychologie. GW, Nachtragsband, 375-486.
- Freud, S. (1900). Die Traumdeutung. GW. Bd. 2/3.
- Freud, S. (1905). Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie. GW, Bd.5, S. 27-145.
- Freud, S. (1906). Der Witz und seine Beziehung zum Unbewussten. GW. Bd.6

- Freud, S. (1938). Abriss der Psychoanalyse. G.W., Schriften aus dem Nachlass, S. 63-138.
- Freyberger, H.J., Schneider, W., Heuft, G., Schauenburg, H. & Seidler, G.H. (1998). Zu Anwendbarkeit, Praktikabilität, Reliabilität und zukünftige Forschungsfragestellungen der OPD. In: H. Schauenburg, H.J. Freyberger, M. Cierpka & P. Buchheim (Hrsg.), OPD in der Praxis (S.105-120). Bern: Huber.
- Frijda, N. H. (1996). Gesetze der Emotionen. Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse, 42, 205-221.
- Frisch, L, Krause, R. & Schwab, F. (1995). Affektives Ausdrucksverhalten gesunder und an Colitis erkrankter männlicher und weiblicher Erwachsener. Zeitschrift für Klinische Psychologie, 24, 230-238.
- Fürstenau, P. (1977). Praxeologische Grundlagen der Psychoanalyse. In L. J. Pongratz (Hrsg.) Handbuch der Psychologie, Bd. 8/1 847- 888. Hogrefe Göttingen.
- Gallese, V., Keysers, C. & Rizzolatti, G. (2004). A unifying view of the basis of social cognition. Trends in cognitive science, 8(9), 396-403
- Grande, T., Rudolf, G. & Oberbracht, C. (2003). Progressive changes in patients` lives after psychotherapy: Which treatment effects support them? Psychotherapy Research, 13(1), pp. 43-58.
- Grande, T. & Oberbracht, C. (2000). Die Konfliktcheckliste: Ein anwenderfreundliches Hilfsmittel für die Konflikt Diagnostik nach OPD. In: W. Schneyder & H.J. Freyberger (Hrsg.), Was leistet die OPD? Bern: Huber.
- Grande, T., Oberbracht, C. & Rudolf, G. (1998). Einige empirische Zusammenhänge zwischen den Achsen «Beziehung», «Konflikt» und «Struktur» In H. Schauenburg, H.J. Freyberger & M. Cierpka (Hrsg.), OPD in der Praxis: Konzepte Anwendungen, Ergebnisse der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (S. 121-139). Bern: Huber.
- Grawe, K. (1992). Psychotherapieforschung zu Beginn der neunziger Jahre. Psychologische Rundschau, 43, 132-162.
- Grawe, K. (1998). Psychologische Therapie. Göttingen: Hogrefe.
- Grawe, K. (2004). Neuropsychotherapie. Göttingen: Hogrefe.
- Grawe, K., Caspar, F. & Ambühl, H. (1991). Was ist differentiell an der Differentiellen Psychotherapieforschung. Zeitschrift für klinische Psychologie. Forschung und Praxis, 20, (3), pp. 286-297.
- Grawe, K., Donati, R. & Bernauer F. (1994). Psychotherapie im Wandel - von der Konfession zur Profession. Göttingen: Hogrefe.
- Grünbaum, A. (1991). Kritische Betrachtungen zur Psychoanalyse. Heidelberg: Springer.

- Haan, N. (1977). Coping and defending process of self-environment-organisation. New York Academic Press.
- Habermas, J. (1968). Erkenntnis und Interesse. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Hamilton, V. (1996). The analyst's preconscious. London: Analytic Press.
- Heigl-Evers, A. (1994). Die psychoanalytisch-interaktionelle Methode - Theorie und Praxis. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Hoffman, L. Z. (1991). Discussion: Toward a social-constructivist view of the psychoanalytic Situation. Psychoanalytic Dialogues, 1, 74-105.
- Hogland, P., Guldberg, C. A. & Perry, J. C. (1992). Scientific approaches to making psychodynamic formulations. Nordisk Psykiatrisk Tidsskrift, Vol. 46(1), pp. 41-48.
- Horowitz, M. & Znoj, H. (1999). Emotional control theory and the concept of defence: A teaching document. Journal of Psychotherapy Practice & Research, Vol. 8(3), 213-224.
- Hufnagel, H., Steimer-Krause, E. & Wagner, G. (1993). Facial expression and introspection within different groups of mental disturbances. In J.W. Pennebaker & H. C. Traue (Eds.), Emotion Inhibition and Health, pp. 164-178. Göttingen: Huber & Hogrefe.
- Jones, E. E. (2000). Therapeutic action: a guide to psychoanalytic therapy. Lanham: Jason Aronson.
- Kandel, E. R., Schwartz, J. H. & Jessel, T. M. (Hrsg.). (1996). Neurowissenschaften. Heidelberg: Spektrum.
- Kernberg, O. (1998). Dreißig Methoden zur Unterdrückung der Kreativität von Kandidaten der Psychoanalyse. Stuttgart: Klett-Cotta Verlag.
- Kernberg, O. (2002). Affekt, Objekt und Übertragung. Gießen: Psychosozial Verlag.
- Klüwer, R. & Lachauer, R. (2004). Der Fokus. Perspektiven für die Zukunft. Göttingen Vandenhoeck & Ruprecht
- Koch, U., Barghaan, D., Harfst, T. & Schulz, H. (2004). Zum aktuellen Stand der Entwicklung der Psychotherapie in Deutschland. Aus Symposium anlässlich der Emeritierung von Prof. Dr. Reiner Bastine, Heidelberg Dezember 2004.
- Kohlberg, L (1976). Moral stages and moralization. In L. Kohlberg (Ed.), Moral development and behavior. New York: Holt.
- Kohut, H. (1979). Die Heilung des Selbst. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Kollbrunner, J. (2004). Die Psychodynamik des Stotterns. Stuttgart: Kohlhammer.
- Krause, R. (2006) Psychoanalyse und Psychologie . In H.-M. Lohmann & J. Pfeiffer (Hrsg.): Freud Handbuch, Leben – Werk – Wirkung. Stuttgart, Meltzer

- Krause, R. (2002). Affekte und Gefühle aus psychoanalytischer Sicht. *Zeitschrift für Psychoanalyse, Systemische Therapie und Verhaltenstherapie.*, 2, 120-126
- Krause, R. (2001). Affektpsychologische Überlegungen zur menschlichen Destruktivität. *Psyche* 9/10, S. 934-960.
- Krause, R. (1999). Trauma und Erinnerung. *Zeitschrift für Persönlichkeitsstörungen, Theorie & Therapie.*1, 34-44
- Krause, R. (1998). *Allgemeine psychoanalytische Krankheitslehre. Bd. 2, Modelle.* Stuttgart: Kohlhammer.
- Krause, R. (1997). *Allgemeine psychoanalytische Krankheitslehre. Bd. 1, Grundlagen.* Stuttgart: Kohlhammer.
- Krause, R. (1994). Schwer, früh, unbehandelbar? In U. Streeck & K. Bell (Hrsg.), *Die Psychoanalyse schwerer psychischer Erkrankungen* S. 61-75. München Pfeiffer Verlag.
- Krause, R. (1981). *Sprache und Affekt.* Stuttgart: Kohlhammer.
- Krause, R., Benecke, C. & Dammann, G. (2006). Affekt und Borderline-Pathologie einige empirische Daten. In Remmel, A., Kernberg, O., Vollmoeller, W. & Strauß, B. (Hrsg.), *Handbuch Körper und Persönlichkeit – Entwicklungspsychologie, Neurobiologie und Therapie von Persönlichkeitsstörungen.* Stuttgart: Schattauer Verlag, 2006, S. 197-206
- Krause, R., Benecke, C. & Dammann, G. (2003). Affektdynamiken bei Panikerkrankungen und Borderline Persönlichkeitsstörungen. *PTT – Persönlichkeitsstörungen*, 7, 235-244.
- Krause, R. & Fabregat-Ocampo, M. (2002). Struktur und Affekt. In G. Rudolf, T. Grande & P. Henningsen (Hrsg.), *Die Struktur der Persönlichkeit* (S. 80-89). Stuttgart: Schattauer.
- Krause, R., Merten, J. & Benecke, C. (2003). Integration und Differenzierung als Zukunft der Psychotherapie. Erscheint in: *Der Psychotherapeut*.
- Krause, R., Steimer-Krause, E., Merten, J. & Ullrich, B. (1998). Dyadic interaction regulation emotion and psychopathology. In W.F. Flack & J.D. Laird (Eds.), *Emotions in psychopathology: theory and research* (S.70-80). Oxford: University Press.
- Krause, R., Steimer-Krause, E., Sängler-Alt, C. & Wagner, G. (1989). Facial expressions of schizophrenic patients and their interaction partners. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, 52, 1-12.
- Krause, R.: (1999). Neuronenmetaphern, die kurative Beziehung und die Behandlungstechnik. In: *Psychotherapeut* 6, S. 384-385.
- Krejci, E. (1990). Vorwort. In: *Lernen durch Erfahrung* (Bion, W. R. Hrsg.), 1. Aufl. Frankfurt/Main: Suhrkamp, 9-35.
- Kriz, J. (2004). Methodologische Aspekte von „Wissenschaftlichkeit“ in der Psychotherapieforschung. *Psychotherapie und Sozialwissenschaft*, 6, S. 6-31.

- Küchenhoff, J. (2002) In Strukturen denken. Strukturkonzepte in Philosophie, Psychiatrie und Psychoanalyse und ihre praktischen Auswirkungen In G. Rudolf, T. Grande & P. Henningsen (Hrsg.), Die Struktur der Persönlichkeit (S.68-80). Stuttgart: Schattauer.
- Lacan, J. (1987). Die vier Grundbegriffe der Psychoanalyse. Weinheim: Quadriga Verlag.
- Lang, H. (1997). Language and the unconscious. Atlantic Highlands: Humanity Press.
- Laplanche, J. & Pontalis, J. B. (2002). Das Vokabular der Psychoanalyse. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Lazar, A, Sandell, R. & Grant, J. (2006). Do psychoanalytic treatment have positive effects on health and health care utilization? Further findings of the Stockholm Outcome of Psychotherapy and Psychoanalysis Project (STOPP). Psychotherapy Research. 16(1), pp. 51-66.
- Lazarus, R. S. (1991). Emotion and adaption. New York: Oxford University Press.
- Lazarus, R. S. (1993) From psychological stress to the emotions. A history of changing outlooks. Annual Review of Psychology, 44, 1-121.
- Leichsenring, F. & Rüger, U. (2004). Psychotherapeutische Behandlungsverfahren auf dem Prüfstand der Evidence Based Medicine (EBM) - Randomisierte kontrollierte Studien vs. naturalistische Studien - Gibt es nur einen Goldstandard? Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Vol 50(2), pp. 203-217.
- Leichsenring, F. (1991). Auffälligkeiten des Denkens und der Affekte bei Borderline- und neurotischen Patienten. Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie, Vol. 12(2), pp. 107-123.
- Leichsenring, F., Rabung, S. & Leibing, E. (2004). The efficacy of Short-term Psychodynamic Psychotherapy in Specific Psychiatric Disorders. In: Arch. Gen. Psychiatry, 61, 1208-1216.
- Lewis. M. & Granic, I. (2000). A new approach to the study of emotional development. In: M. Louis & I. Granic, (Eds.), Emotion, development and self-organization (pp. 1-12). Cambridge: University Press.
- Loch. W. (1968) Identifikation - Introjektion. Definition und genetische Determinierung. Psyche, 22, 271 - 286
- Lorenzer, A. (1973). Über den Gegenstand der Psychoanalyse oder: Sprache und Interaktion. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Luborsky, L. (1985). Psychotherapy integration is on its way. Counselling Psychologist, 13, (2), pp. 245-249
- Luborsky, L. (1995). Einführung in die analytische Psychotherapie. Göttingen: Vandenhoeck & Rupprecht.
- Luborsky, L., Mellon, J., Cohen, K.D., Crits-Christoph, P., Levine, F.J. & Alexander, K. (1985). Verification of Freud's grandest clinical hypothesis: The Transference. Clinical Psychology Review, 5, 231-246.

- Lutz, W. (2003). Efficacy, Effectiveness and expected treatment response in psychotherapy. Journal of Clinical Psychology, Vol 59(7), pp. 745-750.
- Malan, D. H. (1965). Psychoanalytische Kurztherapie – eine kritische Untersuchung. Bern: Huber.
- Malan, D.H. (1979). Individual psychotherapy and the science of psychodynamics. London: Butterworths.
- Mentzos, S. (2000). Psychose und Konflikt – Zur Theorie und Praxis analytischer Psychotherapie psychotischer Störungen. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Merten, J. (2005). Facial microbehavioral and the emotional quality of the therapeutic relationship. Psychotherapy Research, 15, 325-333
- Merten, J. (2003). Einführung in die Emotionspsychologie. Stuttgart: Kohlhammer
- Merten, J. (2001). Beziehungsregulation in Psychotherapien. Maladaptive Beziehungsmuster, die therapeutische Beziehung und der therapeutische Erfolg. Stuttgart: Kohlhammer
- Merten, J. (1996). Affekte und die Regulation nonverbalen interaktiven Verhaltens. Bern: Lang.
- Mertens, W. (1993). Einführung in die psychoanalytische Therapie. Bd. 2 (zweite verbesserte und aktualisierte Auflage). Stuttgart: Kohlhammer.
- Mertens, W. (1993). Einführung in die psychoanalytische Therapie. Bd. 3 (zweite verbesserte und aktualisierte Auflage). Stuttgart: Kohlhammer.
- Mertens, W. (1992). Einführung in die psychoanalytische Therapie. Bd. 1 (zweite verbesserte und aktualisierte Auflage). Stuttgart: Kohlhammer.
- Meyer, A.E. (1985). Versuche zur Objektivierung der psychoanalytischen Charaktertypologie. In D. Czogalik, W. Ehlers & R. Teufel (Hrsg.), Perspektiven der Psychotherapieforschung: Einzelfall – Gruppe – Institution (S. 176-191). Freiburg: Hochschulverlag.
- Milrod, B. L. (1997). Manual of panic-focused psychodynamic psychotherapy. Washington D.C.: American Psychiatric Press.
- Moser, U. (1962). Der Prozess der Einsicht im psychoanalytischen Heilverfahren. Schweizerische Zeitschrift für Psychologie und ihre Anwendungen, 21, 196-221.
- Moser, U., von Zeppelin, I. & Schneider, W. (1991). Computer simulation of a model of neurotic defense processes. In U. Moser & I. v. Zeppelin (Eds.), Cognitive affective process. New ways of psychoanalytic modelling (S.21-51) Heidelberg: Springer.
- Moser, U. (2005). Psychische Mikrowelten – neuere Aufsätze. Göttingen Vandenhoeck & Ruprecht.
- Muschg W. (1930). Psychoanalyse und Literaturwissenschaft. Berlin: Junker und Dünhaupt.
- Noy, R. (1982). A revision of the psychoanalytic theory of affect. The Annual of Psychoanalysis, 10, 139-186.

- Ogden, T. (1988). Die projektive Identifikation. *Forum der Psychoanalyse*, 1, 1-20.
- Panksepp, J. (1998). Affective Neuroscience - the foundations of human and animal emotions. New York: Oxford University Press.
- Panksepp, J. (1999). Emotions as viewed by Psychoanalysis and Neuroscience: An Exercise in Consilience. Neuro-psychoanalysis - An Interdisciplinary Journal for Psychoanalysis and the Neurosciences 1, Nr.1, pp.15-39.
- Panksepp, J. (2003). Trennungsschmerz als mögliche Ursache für Panikattacken – neuropsychologische Überlegungen und Befunde. PTT – Persönlichkeitsstörungen Theorie und Therapie, Vol. 7(4), pp. 245-251.
- Prigogine, I. (1981). Dialog mit der Natur. Neue Wege wissenschaftlichen Denkens (4. Auflage). München: Piper.
- Racker, H. (1978). Übertragung und Gegenübertragung. München: Reinhardt.
- Revenstorf, D. (2005). Das Kuckucksei. Über das pharmakologische Modell in der Psychotherapieforschung. *Psychotherapie*, 10(1), S. 22-31.
- Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinien). Zuletzt geändert am 19 Juli 2005, veröffentlicht im Bundesanzeiger 2005 Nr. 186 (S. 14 549), in Kraft getreten am 1. Oktober 2005.
- Ricoeur, P. (1971). The model of the text: Meaningful action considered as a text. Social Research, 38, 536-562.
- Riedel, H. & Schneider-Düker, M. (1991). Kontextbedingungen kontrollierter und unkontrollierter Psychotherapieforschung. Psychologische Rundschau, 42(1), pp. 19-28.
- Riedl, R. (1981). Biologie der Erkenntnis. Die stammesgeschichtlichen Grundlagen der Vernunft. Berlin: Parey.
- Rizzolatti, G. (2001). Neurophysiological mechanisms underlying the understanding and imitation of action. Nat Rev Neurosci, Vol. 2(9), pp. 661-70.
- Rüger, U. & Bell, K. (2004). Historische Entwicklung und aktueller Stand der Richtlinien-Psychotherapie in Deutschland. *Zeitschrift für psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, Vol. 50(2), pp. 127-152.
- Sachsse, U. (2004). *Traumazentrierte Psychotherapie Theorie, Klinik und Praxis*, Stuttgart Schattauer
- Sandell, R. (2001). Can Psychoanalysis become empirically supported? Intern. Forum for Psychoanalysis, 10, pp. 184-190.
- Sandell, R., Blomberg, J. & Lazar, A. (1997). When reality doesn't fit the blueprint: doing research on psychoanalysis and long-term psychotherapy in a public health service program. *Psychotherapy research*, 7(4), pp. 333-344.

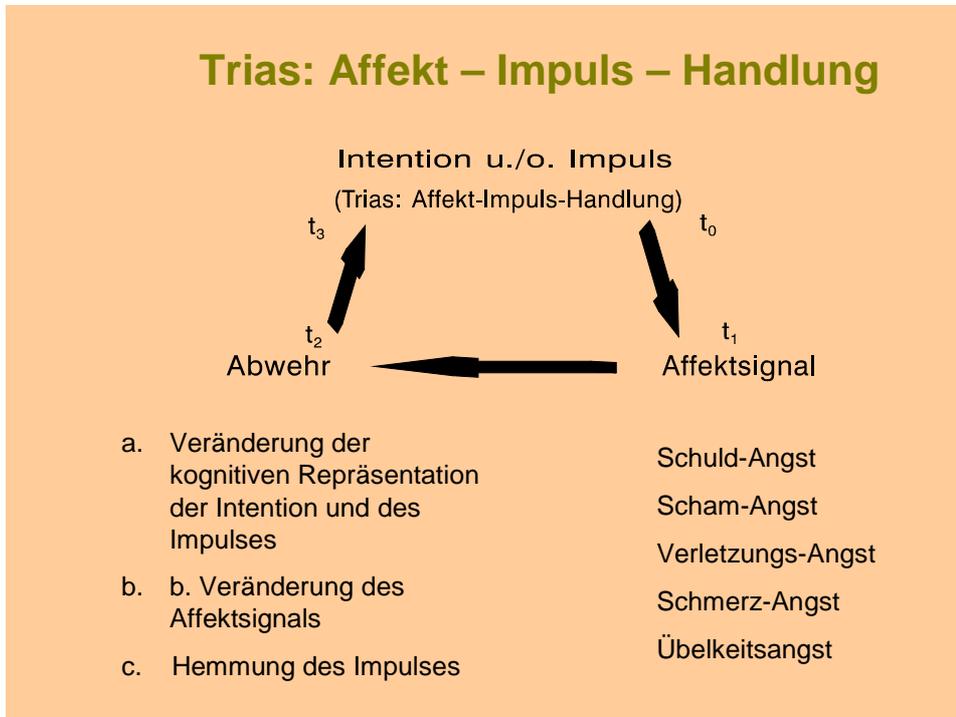
- Sandell, R., Blomberg, J., Lazar, A., Carlsson, J. & Broberg, J. (1999). Wie die Zeit vergeht: Langzeitergebnisse von Psychoanalysen und analytischen Psychotherapien. Forum der Psychoanalyse, 15(4), pp. 327-347.
- Sandler, J. & Sandler, A. M. (1984). The Past unconscious, the present unconscious and interpretation of transference. Psychoanalytic Inquiry, 4:367-399.
- Sandler, J. & Sandler, A. M. (1985). Vergangenheits-Unbewusstes, Gegenwarts-Unbewusstes und die Deutung der Übertragung. Psyche, 9, 800-829.
- Sandler, J. (1960). The background of Safety. International Journal of Psychoanalysis, 41, 352-356.
- Schauenburg, H. (2000). Zum Verhältnis zwischen Bindungsdiagnostik und psychodynamischer Diagnostik. In W. Schneider & H.J. Freyberger (Hrsg.), Was leistet die OPD? Empirische Befunde und klinische Erfahrungen mit der operationalisierten psychodynamischen Diagnostik (S. 196-218). Bern: Huber.
- Scherer K.& Wallbott H. (1990). Ausdruck von Emotionen In K. Scherer (Hrsg.), Psychologie der Emotion (S.345-422). Göttingen: Hogrefe.
- Scherer, K. (1997). The role of culture in emotion-antecedent appraisal. Journal of Personality and Social Psychology, 73, 902-922.
- Scherer, K. (2000). Emotions as episodes of subsystem-synchronization. In: M. Louis & I. Granic (Eds.), Emotion, development and self-organization (S. 3-99). Cambridge: University Press.
- Schneider, H. (1983). Auf dem Weg zum neuen Verständnis des psychotherapeutischer Prozesses. Bern: Huber.
- Schulz, S. (2001). Affektive Indikatoren struktureller Störungen. Dissertation.de - Verlag im Internet GmbH URL: <http://www.dissertation.de>.
- Schwab, F. (2001). Affektchoreographien Eine evolutionspsychologische Analyse von Grundformen mimisch-affektiver Interaktionsmuster. Dissertation.de - Verlag im Internet GmbH. URL <http://www.dissertation.de>.
- Silberschatz, G. (2005). The Control-Mastery Theory. In G. Silberschatz (Ed.), Transformative relationships: The control-mastery of psychotherapy (S. 3-23). New York: Bonner Routledge.
- Solms, M. & Nersessian, E. (1999). Concluding remarks. Neuro-Psychoanalysis - An interdisciplinary Journal for Psychoanalysis and the Neurosciences 1, 1 pp. 91-96.
- Spitzer, M. (2000). Geist im Netz, Modelle für Lernen, Denken und Handeln. Heidelberg/Berlin: Spektrum.
- Steimer-Krause, E., Krause, R., & Wagner, G. (1990). Prozesse der Interaktionsregulierung bei schizophrenen und psychosomatisch erkrankten Patienten: Studien zum mimischen Verhalten in dyadischen Interaktionen. Zeitschrift für Klinische Psychologie. Forschung und Praxis, Vol 19(1), 1990. pp. 32-49.

- Stern, D.N. (1992). Die Lebenserfahrung des Säuglings. Stuttgart: Klett-Cotta. (Originalausgabe erschien 1985 unter dem Titel: The Interpersonal World of the Infant. New York: Basic Books).
- Stern, D.N. (2005). Der Gegenwartsmoment. Veränderungsprozesse in Psychoanalyse, Psychotherapie und Alltag. Frankfurt/Main: Brandes & Apsel.
- Stolorow, R., Brandchaft, B. & Atwood, G. (1991). The intersubjective approach. International Journal of Psycho-Analysis, 72, pp. 363-364.
- Strachey, J. (1969). The Nature of the Therapeutic Action of Psychoanalysis. International Journal of Psycho-Analysis, 50:275-292
- Streeck, U. (1999). Acting Out, Interpretation and Unconscious Communication. International Forum of Psychoanalysis, 8, 2, pp. 135-143.
- Streeck, U. (2004). Auf den ersten Blick psychotherapeutische Beziehungen unter dem Mikroskop. Stuttgart: Klett-Cotta Verlag.
- Strupp, H.H. & Binder, J.L. (1991). Kurzpsychotherapie. Stuttgart Klett Cotta.
- Teller, V. & Dahl, H. (1981). The framework for a model of psychoanalytic inference. Proceedings of the Seventh International Joint Conference on Artificial Intelligence, 1,394-400.
- Teller, V. & Dahl, H. (1986). The microstructure of free association. J Amer Psychoanal Assoc 34, 763-798.
- Thomä, H. & Kächele, H. (2006a). Psychoanalytische Therapie, Grundlagen. Berlin, Springer Verlag.
- Thomä, H. & Kächele, H. (2006b). Psychoanalytische Therapie, Forschung. Berlin, Springer Verlag.
- Thomä, H. & Kächele, H. (1989). Psychoanalytische Therapie, Grundlagen. Berlin, Springer Verlag.
- Thomä, H. & Kächele, H. (1992). Psychoanalytische Therapie, Praxis. Berlin, Springer Verlag.
- Tomkins, S., S. (1995). Ideology and affect. In E. Demos (Ed.), Exploring affect the selected writings of Silvan S. Tomkins (S. 109-168). Cambridge: University Press.
- Tschuschke V. & Kächele H. (1996). What do psychotherapies achieve? A contribution to the debate centered around differential effects of different treatment concepts. In U. Esser, H. Papst & G. W. Speierer (Eds.). The power of person centered approach. New Challenges - Perspectives - Answers. Köln: GWG Verlag, S. 159-81.
- Tuckett, D. (2005). Does anything go? Towards a framework for the more transparent assessment of psychoanalytic competence. Int. Journal of Psychoanalysis, 86, pp. 31-49.
- Wallerstein, R. (1995). The talking cures. The psychoanalysis and the psychotherapies. New Haven: Yale University Press.
- Wampold, B.E. (2001). The great psychotherapy debate. Mahwah: Erlbaum.

- Weinryb, R. M. & Rössel, E. J. (1991). Karolinska Psychodynamic Profile. KAPP. Acta psychiatrica Scandinavica. Supplementum, Vol. 363, pp. 1-23.
- Weiß, H & Herold, P. (2000). Übertragung. In W. Mertens & B. Waldvogel (Hrsg.), Handbuch psychoanalytischer Grundbegriffe (S. 758-771). Stuttgart: Kohlhammer.
- Weiss, J. & Sampson, H. (1986). The psychoanalytic process: Theory, clinical observations and empirical research. NY: Guilford Press.
- Wissenschaftlicher Beirat (2003). Mindestanforderungen für die Begutachtung von Wirksamkeitsstudien im Bereich der Psychotherapie (geänderte Fassung nach dem Beschluss des Beirats vom 15. 9. 2003)
Wundt, Leipzig: Breitkopf und Härtel.
- Zahn-Waxler, C., Robinson, J., & Emde, R. N. (1992). The development of empathy in twins. Developmental Psychology, 28, 1038-1047.
- Zepf, S. Mengele, U. & Hartmann, S. (2003). Zum Stand der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung der Erwachsenen in der Bundesrepublik Deutschland. Psychotherapie, Psychosomatik und Medizinische Psychologie, Vol. 53(3-4), pp.152-162.

Abbildung 2:

Grundlegendes Schema der mentalen Konfliktverarbeitung



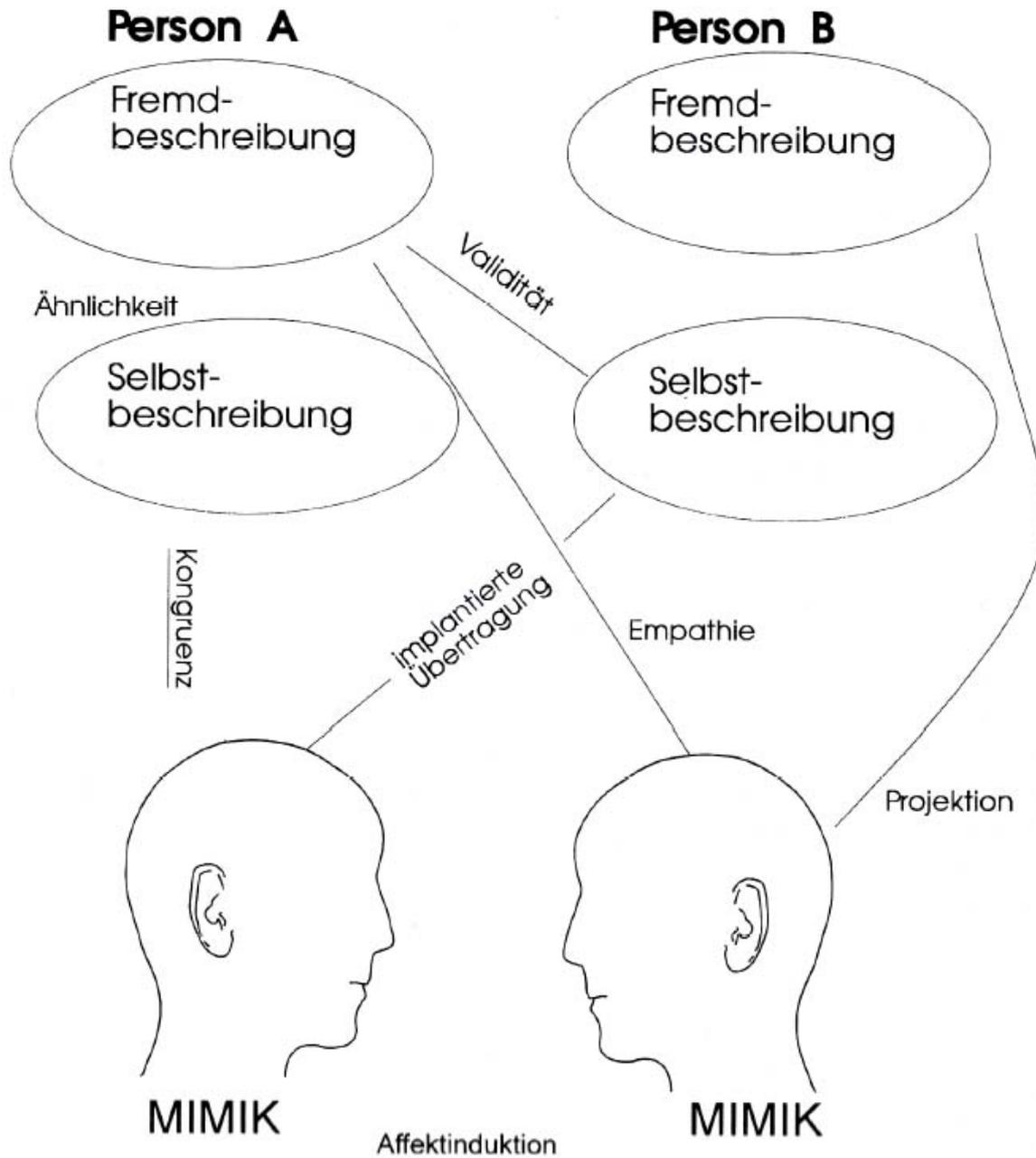


Abbildung 3: Konstitution des intersubjektiven Feldes. Mögliche Zusammenhänge zwischen Mimik und Repräsentationen in der Dyade

Abbildung 1

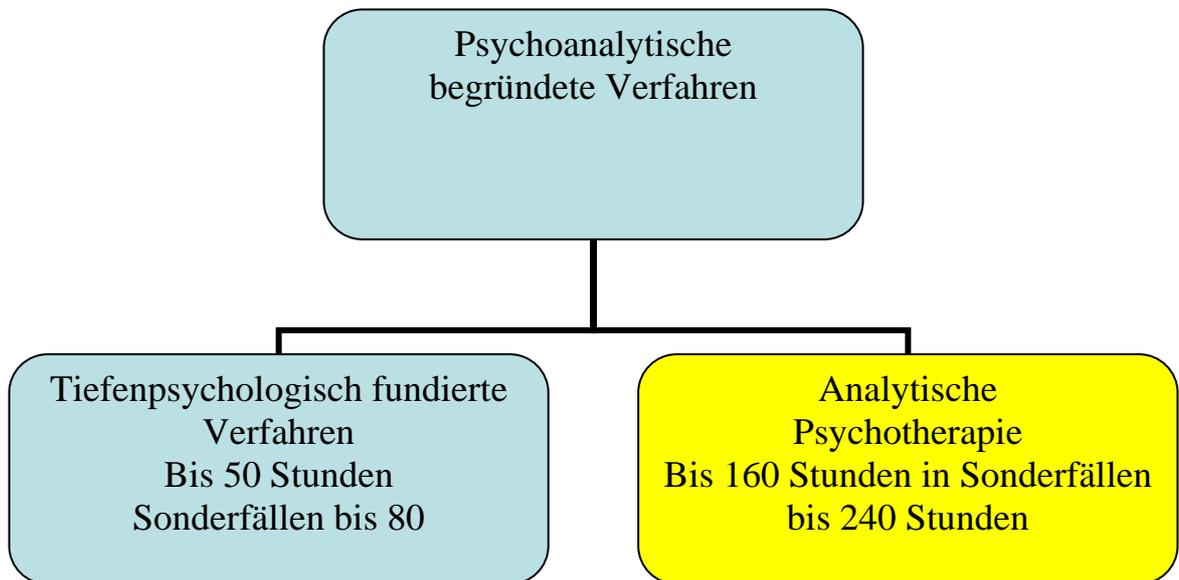


Abb.1: Aufteilung der psychoanalytisch begründeten Verfahren nach den Psychotherapierichtlinien