

Institut für Psychotherapeutische Aus- und Weiterbildung

# **Einführung in die Tiefenpsychologische Anamneseerhebung und die Erstellung eines Berichtes zum Psychotherapie-Erstantrag**

von Hermann Elgeti

	<b>Inhalt</b>	<b>Seite</b>
Vorbemerkung		2
<b>1</b>	<b>Zum Ablauf der Anamneseerhebung</b>	<b>2</b>
<b>2</b>	<b>Zur Auffassung psychischer Struktur und Entwicklung</b>	<b>6</b>
<b>3</b>	<b>Zur Bestimmung des intrapsychischen Konfliktes</b>	<b>12</b>
<b>4</b>	<b>Zur Formulierung der Psychodynamik</b>	<b>16</b>
Literaturempfehlungen		22
Checkliste:	Erhebung und schriftliche Darstellung einer tiefenpsychologischen Anamnese	24
Beispiel:	Bericht für den Erstantrag einer Patientin mit zwei durchgemachten psychotischen Krisen	26

## Vorbemerkung

Dieser Text soll Teilnehmern an der Psychotherapie-Ausbildung **eine Orientierungshilfe** sein für ihre ersten praktischen Erfahrungen bei der tiefenpsychologischen Anamneseerhebung. Diese Erfahrungen beinhalten zwei aufeinander folgende Schritte. Zunächst sind die notwendigen Informationen einzusammeln und zu dokumentieren. Anschließend erfolgt die Auswahl und Bewertung derjenigen Informationen, die gegebenenfalls brauchbar sind für die Erstellung eines Berichtes zum Erstantrag des Patienten auf Genehmigung einer tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie. Dieser Bericht soll einen von den Krankenkassen beauftragten Gutachter davon überzeugen, dass Art und Umfang der beantragten Psychotherapie angesichts der vorliegenden Problematik notwendig und Erfolg versprechend ist. Die wesentlichen Informationen sind in vorgegebener Gliederung auf zwei bis drei Seiten so zusammenzufassen, dass sich ein plastisches und in sich stimmiges Bild ergibt. Da dies gerade Anfängern verständlicherweise Schwierigkeiten macht, ist während der Psychotherapie-Ausbildung zwischen Anamneseerhebung und Antragstellung eine so genannte Zweitsicht mit einem erfahrenen Supervisor vorgesehen.

Diese Einführung will weder Informationen zur psychiatrischen Diagnostik (Strukturdiagnose, Abwehrmechanismen) bereitstellen noch eine spezielle Neurosenlehre bieten. Sie ist auch **kein Ersatz für Lehrbücher**, die sich ausführlicher mit den hier angerissenen Themen beschäftigen. Einige von ihnen sind in dem Abschnitt Literaturempfehlungen erwähnt. Sie gelten dem Erstinterview in der Psychotherapie, der tiefenpsychologischen Anamneseerhebung, der allgemeinen und speziellen Neurosenlehre, der psychodynamischen Betrachtung psychiatrischer Krankheitsbilder, der Beantragung und Durchführung analytisch orientierter Psychotherapie. Die Auswahl der Bücher erhebt keinen Anspruch auf Repräsentativität oder gar Vollständigkeit. Sie soll lediglich dazu anregen, sich auf diesem ebenso unübersichtlichen wie interessanten Gebiet weiter kundig zu machen. Wenn wir dazu bereit sind, kann die Begegnung mit jedem neuen Patienten, seiner Biographie und Symptomatik neue Perspektiven auf die hier angesprochenen Themen eröffnen.

Die Erhebung der Anamnese und die Suche nach einer passenden Diagnose sind nie Selbstzweck. Beides dient der **Verständigung zwischen Therapeut und Patient** – einander bis dahin in der Regel fremden Menschen – im Hinblick auf die Möglichkeit einer Behandlung. Es gilt, ein gemeinsames Verständnis der zu Grunde liegenden Krankheit zu erarbeiten. Welche Zusammenhänge bestehen zwischen der Entstehungsgeschichte der Beschwerden, der Lebensgeschichte des Patienten und der Geschichte der Versuche, ihm behilflich zu sein? Aus der Klärung dieser Fragen kann sich eine Idee entwickeln, was dem Patienten helfen könnte, wieder „liebes- und arbeitsfähig“ zu werden.

## 1. Zum Ablauf der Anamneseerhebung

Die **Erhebung der Anamnese** liefert nicht nur das Material für die Abfassung des Berichtes zur Antragstellung. Die Art der Beziehung zwischen dem Patienten und seinem Therapeuten, kurz „Szene“ genannt, gibt Hinweise auf das zu Grunde liegende psychische Problem und beeinflusst auch die Atmosphäre einer gegebenenfalls daraufhin zu Stande kommenden Psychotherapie. Hier wird also eine wichtige Basis geschaffen für die Ausrichtung des psychotherapeutischen Prozesses und für die in seinem Verlauf möglichen Fortschritte. Das gilt natürlich besonders dann, wenn derjenige die Therapie durchführt, der bereits die Anamnese erhoben hat.

Es empfiehlt sich, die **Anamnesegespräche** klar zu gliedern auf zwei bis drei Termine à 50 Minuten zu begrenzen. Damit lässt sich ein Maximum an Informationen gewinnen, ohne den Unterschied zwischen Anamneseerhebung und Therapie ungewollt zu verwischen; denn erst nach der Zusage der Krankenkasse darf die Therapie begonnen werden. Auch bleibt der zeitliche Aufwand für den Therapeuten unter diesen Bedingungen in einem vertretbaren Rahmen. Eine sorgfältige Vor- und Nachbereitung optimiert die Informationsgewinnung und wirkt vorbeugend gegenüber vermeidbaren Verunsicherungen sowohl beim Therapeuten als auch beim Patienten. Nicht zu vergessen sind die formalen Erfordernisse zur Registrierung des Patienten sowie zur Dokumentation und Abrechnung der Gespräche (Aufnahmebogen, Basis- und Leistungsdokumentation, Überweisungsschein).

Es hat sich als zweckmäßig erwiesen, das **erste Gespräch** unstrukturierter laufen zu lassen. So kann man besser beobachten, was der Patient berichtet und was er ausläßt, welche Szene im Raum Gestalt annimmt und welche Übertragungs- bzw. Gegenübertragungsprozesse in Gang kommen. Charakteristische Spontanangaben des Patienten zu seinen Beschwerden und zu seinem Wunsch nach Psychotherapie sollten möglichst wörtlich protokolliert werden, zu weiteren Beeinträchtigungen und zum aktuellen Konflikt können dann Nachfragen gestellt werden.

In diesem Zusammenhang sollte man daran denken, den Patienten danach zu fragen, was er sich unter einer Psychotherapie vorstellt. Nicht selten hegt er unrealistische **Erwartungen und Ängste**, er braucht dann eine Aufklärung über den Sinn, den Ablauf und die Grenzen der Wirksamkeit einer Psychotherapie. Falls sein Therapieziel unklar bleibt, bietet sich bereits im Erstinterview eine entsprechende Nachfrage an. Dabei muss man nicht unbedingt zu einer so direkten Frage wie Hohage<sup>1</sup> („Wie wollen wir die Leistungspflicht der Krankenkasse begründen?“) greifen. Wöller und Kruse<sup>2</sup> z.B. schlagen folgende Formulierungen vor: „Was möchten sie in der Therapie erreichen?“ oder: „Welche Ziele haben Sie sich vorgenommen?“. Im optimalen Falle sollten die Ziele einige Kriterien erfüllen (Tabelle 1.1). Störungsbedingte, psychodynamisch nachvollziehbare Blockaden bei dem Versuch einer Antwort auf solche Fragen sollten respektiert, suggestive Angebote zur Zielformulierung seitens des Therapeuten vermieden werden.

**Tabelle 1.1: Anforderungen an Ziele einer Psychotherapie nach Wöller und Kruse**

1	Es sollen die Ziele des Patienten sein, nicht die seiner Angehörigen oder seines Therapeuten.
2	Die Ziele sollen mit den Möglichkeiten der zeitlich begrenzten Therapie erreichbar sein.
3	Die Ziele sollen möglichst klar, konkret und Lösungs-orientiert formuliert werden.
4	Sie sollen so beschaffen sein, dass ihr Erreichen dem Patienten auch wirklich zuträglich ist.
5	Sie sollen affektiv besetzt sein, d.h. ein bedeutsames Leiden thematisieren, Neugier wecken.
6	Anzuzielen sind intrapsychische und interpersonelle (nicht nur äußere) Veränderungen.

Nach dem Erstinterview kann man an Hand der Checkliste im Anhang feststellen, welche Informationen noch fehlen. Vielleicht gelingt es dem Therapeuten, die innere Wirklichkeit bzw. das **Selbstverständnis des Patienten** in einer kurzen Formel sozusagen auf den Punkt zu bringen

<sup>1</sup> Hohage R (2000): Analytisch orientierte Psychotherapie in der Praxis. Stuttgart: Schattauer Verlagsgesellschaft  
<sup>2</sup> Wöller W und Kruse J (2001): Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie – Basisbuch und Praxisleitfaden. Stuttgart: Schattauer Verlag

(“innere Formel” nach A. Dührssen<sup>3</sup>). Einige prägnante Beispiele von typischen Denkschemata bei verschiedenen Formen von Persönlichkeitsstörungen finden sich bei Saß<sup>4</sup> (siehe dazu Tabelle 1.2).

Im **zweiten oder dritten Gespräch** übernimmt dann der Therapeut die Regie und bemüht sich darum, vom Patienten die für ihn noch offenen Fragen beantwortet zu bekommen. Zu weit abführende Erläuterungen können im Hinblick auf die begrenzte Zeit durchaus unterbrochen werden. Zur Begründung eines solchen Wechsels im Interviewstil darf der Therapeut ruhig darauf hinweisen, dass er für eine abgewogene Einschätzung des Problems vom Patienten noch eine Reihe von Informationen benötigt, die er kurz abfragen möchte. Selbstverständlich müssen nicht alle Punkte der Checkliste zwanghaft abgearbeitet werden. Aber man sollte sich schon darüber klar sein, auf welche Fragen man zwecks Indikationsstellung für eine Psychotherapie keinesfalls verzichten will und welche Punkte vorerst ungeklärt bleiben können. Wenn Patient und Therapeut gemeinsam auf eine Richtlinien-Psychotherapie zusteuern, müssen die Antragsformulare übergeben und erläutert werden. Um unnötige Zeitverzögerungen zu vermeiden, sollte auf die Notwendigkeit eines hausärztlichen Attestes hingewiesen und das entsprechende Formular mit ausgehändigt werden.

**Tabelle 1.2: Typische Denkschemata bei verschiedenen Persönlichkeitsstörungen nach Saß**

Cluster	Name	kennzeichnendes Verhalten und typische Denkschemata
A	<u>Allgemein:</u> sonderbares, exzentrisches Verhalten	
	paranoid	„Ich kann niemandem vertrauen. Andere versuchen, mich zu manipulieren und auszunutzen, sie wollen mich erniedrigen und verärgern.“
	schizoid	„Es geht mir besser, wenn ich alleine bin. Beziehungen bringen Verwirrung mit sich. Was andere über mich denken, ist gleichgültig.“
	schizotypisch	„Wenn fremde Menschen mich ansprechen, ist dies sehr unangenehm. Wenn sie miteinander sprechen, wollen sie mich nicht dabei haben.“
B	<u>Allgemein:</u> emotionales, dramatisches und launisches Verhalten	
	dissozial	„Andere sind schwach und verdienen es, dass man sie ausbeutet. Wir leben in einem Dschungel, in dem der Stärkste überlebt.“
	Borderline	„Die Welt ist gefährlich und böse. Ich bin hilflos und machtlos, von Natur aus unakzeptabel und kann meine Gefühle nicht kontrollieren.“
	histrionisch (hysterische)	„Wenn andere mich nicht mögen oder bewundern, bin ich ein Nichts. Gefühle sind viel wichtiger als rationales Denken und Planen.“
	narzisstisch	„Keiner hat das Recht, mich zu kritisieren. Da ich anderen überlegen bin, habe ich das Recht auf besondere Behandlung und Privilegien.“
C	<u>Allgemein:</u> ängstlich-furchtsames Verhalten, schnelle Erschöpfung	
	vermeidend-selbstunsicher	„Ich sollte Situationen, in denen ich Aufmerksamkeit erzeuge, aus dem Weg gehen. Die Bloßlegung meiner Unsicherheit wäre unerträglich.“
	dependent (abhängig)	„Ich bin hilflos, wenn ich mir selbst überlassen werde. Ich kann keine Entscheidungen treffen, darf meine Helfer auf keinen Fall kränken.“
unklare Zuordnung	zwanghaft	„Wenn ich mich nicht 100%ig an meine Prinzipien halte, versinke ich im Chaos. Ich muss meine Gefühle immer unter Kontrolle halten.“

<sup>3</sup> Dührssen A (1981): Die biographische Anamnese unter tiefenpsychologischem Aspekt. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht

<sup>4</sup> Saß H (1999): Persönlichkeitsstörungen. In: Helmchen, Henn, Lauter, Sartorius (Hrsg.): Psychiatrie der Gegenwart (6 Bände), Band 1 275-330. Berlin: Springer-Verlag

Die tiefenpsychologische Anamnese sollte nicht nur in geeigneter Weise erhoben, sondern auch **in schriftlicher Form** dargestellt werden. In der Zweitsicht kann dann das gesamte Material gemeinsam mit dem Supervisor gesichtet und in seiner Bedeutung bewertet werden. Es geht darum, eine vorschnelle Einengung des Blicks auf die Vorgaben des Berichtes zum Psychotherapie-Erstantrag zu vermeiden. Erst wenn sich alle Informationen über den Patienten zu einem psychodynamischen Verständnis der Erkrankung zusammengefügt haben, sollte man das auswählen, was für den anschließend zu erstellenden Bericht die größte Aussagekraft hat. Man kann sein Verständnis für die Psychodynamik überprüfen, indem man einen Versuch zur Bestimmung des Behandlungsfokus unternimmt (siehe dazu Abschnitt 4).

Für das Studium der schriftlich ausgearbeiteten Anamneseerhebung, in der die Vermutungen zur Psychodynamik noch cursorisch und widersprüchlich bleiben dürfen, benötigt der Supervisor vor dem Zweitsicht-Termin mindestens eine Woche Zeit. Er soll seinerseits an Hand des Materials eigene **Hypothesen zum psychodynamischen Verständnis der Problematik** entwickeln und dabei eventuelle Unstimmigkeiten oder Lücken in der Anamnese orten. Im Zweitsicht-Gespräch selbst, das bei Bedarf auch unter zeitweiliger Hinzuziehung des Patienten geführt werden kann, werden die Ansichten dann ausgetauscht und zu einer gemeinsamen Position weiterentwickelt.

Falls die tiefenpsychologische Anamneseerhebung in einen **Antrag für tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie** mündet, erstellt der Weiterbildungskandidat einen Entwurf für den Bericht zum Erstantrag, der vom Supervisor gegengelesen, evt. korrigiert und dann abgezeichnet wird. Anschließend wird er vom zuständigen Leiter des Ausbildungs-Curriculums an die Krankenkasse gesandt. Insgesamt ist auch bei stringent durchgeführter Zeitplanung von der Anamneseerhebung bis zur angezielten Psychotherapie ein Zeitraum von 2 bis 4 Monaten einzukalkulieren (Tabelle 1.3).

**Tabelle 1.3: Zehn Schritte von der Anamneseerhebung bis zum Beginn der Psychotherapie**

Phasen bis zum Therapiebeginn		Dauer der Phase	Bemerkungen zu wesentlichen Kennzeichen der Phase
1	Vorlauf und Vorbereitung der Anamneseerhebung	unterschiedlich	Vorinformationen und Umstände der Kontaktausnahme werden registriert.
2	<b>erstes (und ggf. zweites) Anamnesegespräch</b>	50 Minuten	Der Patient erhält den Spielraum, die Szene der Begegnung zu gestalten.
3	Zwischenauswertung	1-2 Wochen	Noch fehlende Informationen werden mit Hilfe der Checkliste identifiziert.
4	<b>zweites (ggf. drittes) Anamnesegespräch</b>	50 Minuten	Der Therapeut hat die Führung, um ausstehende Informationen abzufragen.
5	schriftliche Abfassung der Anamneseerhebung	1-2 Wochen	Die Vielfalt an Informationen erweitert den Blick bei Therapeut und Supervisor.
6	Vorbereitung des Supervisors auf den Zweitsicht-Termin	1-2 Wochen	Der Supervisor entwickelt an Hand des schriftlichen Materials seine Hypothesen.
7	<b>Zweitsicht</b> (mit oder ohne Patient)	50-90 Minuten	Therapeut und Supervisor verständigen sich über die Kernpunkte des Falles.
8	Erstellung des Berichtes für den Psychotherapie-Antrag	1-2 Wochen	Der Berichtsentwurf wird vom Supervisor - evt. nach Korrektur - abgezeichnet.
9	Begutachtungsverfahren der Krankenkasse	1-2 Monate	In Ausnahmefällen ist während der Wartezeit stützende Therapie notwendig.
10	<b>Therapiebeginn</b> bei Genehmigung des Antrags		Eine Supervision sollte sofort nach der 1., dann nach jeder 4. Sitzung erfolgen.

## 2. Zur Auffassung psychischer Struktur und Entwicklung

Eine tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie kommt nur in Frage, wenn als Grundlage der zu behandelnden Symptomatik ein intrapsychischer, dem Patienten zumindest in Teilen unbewusster Konflikt auszumachen ist. Zur Beschreibung und Interpretation dieses Konfliktes sollte man flexibel diejenige Position im **Konzert psychoanalytischer Theoriebildung** auswählen, die für den Einzelfall am besten zu passen scheint. Bei der Theorieentwicklung innerhalb der Psychoanalyse wurde immer wieder neu versucht, typische Konfliktkonstellationen zu beschreiben und sie aus der Struktur und Dynamik der Psyche herzuleiten. Die verschiedenen Konzepte entstanden auf dem Boden ihrer Vorgänger, in der Abgrenzung ihnen gegenüber haben sie ihre Kontur geschärft (nach dem Motto von Klaus Winkler: „Die Lösung von heute ist der Widerstand von morgen“).

In allen Neuentwicklungen liegt das Risiko, sich mit dem intendierten **Fortschritt** auch einen mehr oder minder großen **Rückschritt** einzuhandeln, der aus der Nichtbeachtung bewahrenswerter Aspekte des überwundenen Konzeptes herrührt. Ich halte es daher für nützlich, sich die aufeinander folgenden theoretischen Auffassungen zum psychoanalytischen Verständnis intrapsychischer Konfliktlagen zu vergegenwärtigen, bevor man sich ohne Respekt vor den gerade herrschenden Meinungen etwas zum Einzelfall Passendes auswählt.

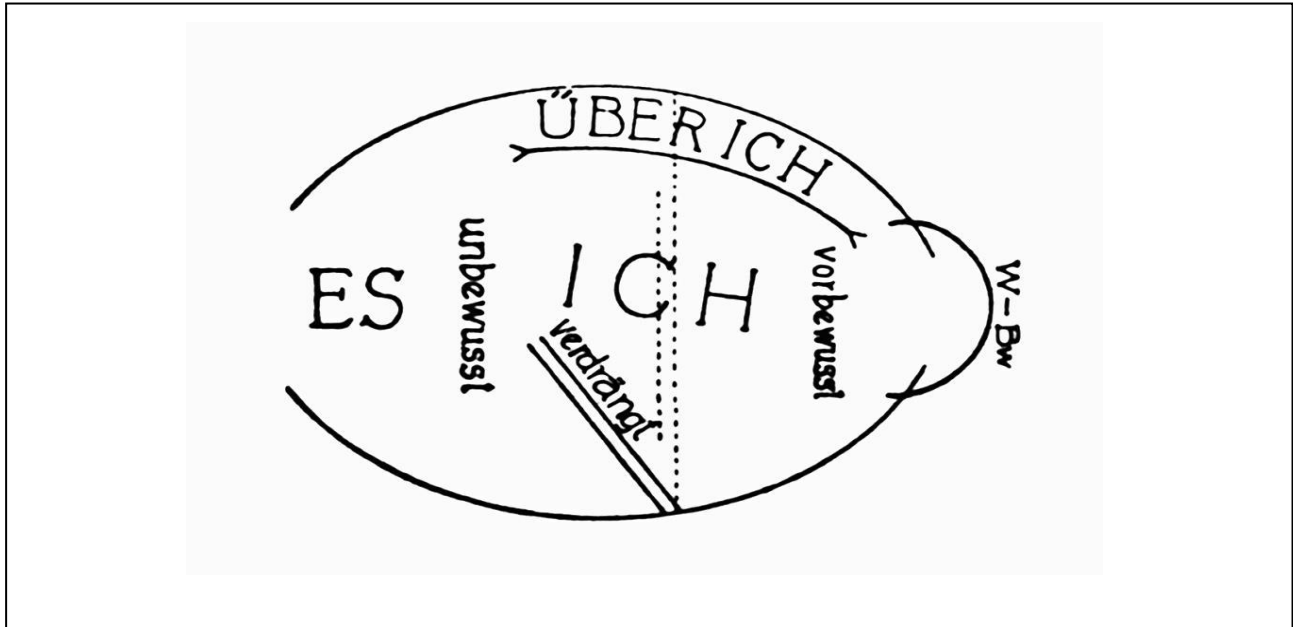
Sigmund Freud<sup>5</sup> entwickelte seine **Triebtheorie** in mehreren Phasen, lehnte sie mythologischen Traditionen an und konstruierte dabei immer ein dualistisches Modell. Der anfänglichen Gegenüberstellung von Hunger und Liebe (Selbsterhaltung versus Arterhaltung) folgte später diejenige von Liebe und Hass (libidinöse versus aggressive Triebe), ihrerseits abgelöst von dem Gegensatzes zwischen Lebenstrieb und Todestrieb. Die Triebtheorie sieht die Triebquelle in einem körperlichen Reiz in Form eines Spannungszustandes, der Unlust bereitet. Das Triebziel ist dann die Aufhebung dieses Spannungszustandes am Objekt oder mit Hilfe eines Objektes, verbunden mit einem Lustgefühl. Diesem so genannten Lustprinzip wird das Realitätsprinzip gegenübergestellt, das angesichts bestimmter äußerer Bedingungen für Umwege bei der Verfolgung des Triebzieles plädiert, d.h. für einen Aufschub der unmittelbaren Befriedigung. Als Fundament des Realitätsprinzips gelten in der ersten Triebtheorie Freuds (etwa während der Jahre 1910 bis 1915) die Ich-Triebe, die den Selbsterhaltungstrieben gleichgesetzt und den Sexualtrieben gegenübergestellt werden. In dieser Perspektive dominieren Lustprinzip und Realitätsprinzip das gesamte psychische Geschehen.

Im **Strukturmodell der Psyche** beschreibt Freud Herkunft und Funktion der Instanzen Es, Ich und Über-Ich (mit dem Ich-Ideal). Das Ich und das Über-Ich entstammen dem Es, das in der Körpersphäre wurzelt und Sitz der Sexualtriebe ist. Das Ich entsteht im Rahmen der Anpassungserfordernisse im Kontakt mit der äußeren Realität, es setzt zu seiner Aufgabenerfüllung eine Reihe von Abwehrmechanismen in Gang, meist in Reaktion auf Angstsignale. Das Ich hat Management-Aufgaben, es tritt als Mittler der Interessen der ganzen Person auf, ihm sind die Selbsterhaltungstriebe zugeordnet. Das Ich bleibt dabei abhängig von den Ansprüchen des Es, von den Forderungen der äußeren Realität und von den Befehlen des Über-Ichs. Das Über-Ich spielt die Rolle eines Richters oder Zensors des Ich und umfasst Funktionen des Gewissens, der Selbstbeobachtung und der Idealbildung. Diese drei Instanzen sind verortet auf einem Feld der Psyche, das Freud in seinem topischen Modell in Unbewusstes, Vorbewusstes und Wach-Bewusstsein gegliedert hat (Abbildung 2.1).

---

<sup>5</sup> Freud S (1932): Neue Folge der Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse. In: Freud S (1999): Gesammelte Werke (16 Bände) Band 15, Frankfurt/Main: S. Fischer Verlag

**Abbildung 2.1: Die Provinzen der seelischen Persönlichkeit nach Sigmund Freud**



Besondere Aufmerksamkeit widmete die Psychoanalyse schon bald dem Ich und seinen Abwehrmechanismen. Diese Instanz bekam in der von Anna Freud begründeten **Ich-Psychologie** (z.B. Blanck und Blanck<sup>6</sup>) eine zentrale Funktion für das Management der unterschiedlichen intrapsychischen Strebungen und für die Anpassung des Individuums an die soziale Umwelt. Die Stärkung der Autonomie des Patienten erhielt bei den Therapiezielen ein größeres Gewicht, es wuchs das Interesse für Patienten mit struktureller Beeinträchtigung der Ich-Funktionen. Die Bearbeitung des Trieblebens und der unbewussten Konflikte wurde demgegenüber eher vernachlässigt.

Die **Objektbeziehungstheorie** (u.a. Winnicott, Kernberg, Mahler) überwand die „*One-body-Psychology*“ und öffnete den Blick auf die Beziehungsaspekte in der psychischen Entwicklung. In der Deutung des individuellen Verhaltens berücksichtigte man nun nicht mehr nur die libidinöse oder aggressive Besetzung der Objekte, sondern auch den Situationskontext und die Vorstellungen, was die Bezugspersonen wohl vom Subjekt erwarten. Objektbeziehungstheoretiker interessiert besonders das Wechselspiel zwischen sozialer Interaktion und Internalisierungsprozessen (Inkorporation, Introjektion, Imitation, primäre und selektive Identifizierung). Aus der Verknüpfung von primären Bedürfnissen und tatsächlichen Interaktionen mit der Umwelt entwickelt sich das Selbstbild und Selbstverständnis (die „Selbstrepräsentanz“) des Kindes ebenso wie seine Vorstellungen von der Beziehung zu den Interaktionspartnern (die „Objektrepräsentanz“). Hierbei spielen die triebtheoretischen Grundannahmen von der universellen Geltung des Ödipuskomplexes und die Mechanismen des psychischen Apparates mit seinen Instanzen Es, Ich und Über-Ich keine wesentliche Rolle mehr.

**Die Internalisierung der Objektbeziehungen und die Triebentwicklung** sind jedoch in den ersten drei Lebensjahren eng miteinander verwoben und legen die Grundlage für die spätere psychische Entwicklung. Psychische Gesundheit umfasst, allgemein gesprochen, eine emotional befriedigende und zuverlässige Zweierbeziehung (vertraute Dyade) in Verbindung mit einem

<sup>6</sup> Black G, Blanck R (1980): Ich-Psychologie (2 Bände). Stuttgart: Klett-Cotta

Vielfalt und Orientierung ermöglichenden Weltbezug (Triangulierung). Das erste Lebensjahr dient der Entwicklung einer befriedigend erlebten Abhängigkeitsbeziehung, auf die der Säugling als „physiologische Frühgeburt“ (Adolf Portmann) angewiesen ist. Das ist die Voraussetzung für den Erwerb emotionaler Autonomie in den folgenden Entwicklungsphasen.

Die Konzepte der Objektbeziehungspsychologie und der Triebtheorie zur psychischen Entwicklung des Kindes im ersten Lebensjahr sind nach den Forschungsergebnissen bei der Säuglingsbeobachtung so nicht mehr zu halten. Sie spielen jedoch immer noch eine große Rolle insbesondere bei der Interpretation der so genannten „frühen Störungen“ (z.B. schizoide, narzisstische und Borderline-Persönlichkeitsstörungen), so dass die entsprechenden Begriffe bekannt sein sollten (Tabelle 2.2).

**Tabelle 2.2: Erste Entwicklungsphasen nach Objektbeziehungspsychologie und Triebtheorie**

Phase	Objektbeziehungen	Triebentwicklung		
1.-5. Monat („Symbiose“)	Relativ undifferenziertes Primärstadium (Stimmt so nicht!) mit enger Verbindung zwischen Kind und Mutter			
6.-10. Monat (Differenzierung)	Erforschung erster Unterschiede des Kindes zur Mutter (stimmt so nicht!)		Allmähliche Differenzierung der Triebenergie	
10.-18. Monat (Übung)			libidinöse Impulse	aggressive Impulse
				Gegenseitige Modifikation und Hemmung
18.-24. Monat (Wieder- annäherung)	Suche nach einer optimalen Distanz des Kindes zur Mutter in sich wiederholenden Pendelbewegungen von ihr weg und zu ihr zurück		Prägung von eher verlockend oder eher ängstigend erlebten Strebungen nach Bindung (Angst vor Autonomieverlust) und Unabhängigkeit (Angst vor Vereinsamung)	
24.-36. Monat mit den wichtigsten Entwicklungs- zielen	Differenzierung und Integration Gutes und böses Selbst   Gutes und böses Objekt		Neutralisierung, Sublimierung, Verdrängungsfähigkeit, Triebeaufschub und Impulssteuerung, Zielgerichtetes Durchsetzungsstreben, Realitätsbezug der Triebimpulse	

Körperliche Grundbedürfnisse spielen in der **psychischen Entwicklung** zunächst eine zentrale Rolle, Selbst- und Körperbild erfahren ihre frühe Prägung. Forciert durch die Neugier, erarbeitet sich das Kind über die Entwicklung aggressiver Bedürfnisse und mit wachsender Körperbeherrschung seinen eigenen Willen und eine stärkere Abgrenzungsfähigkeit von der Umwelt. Der Spracherwerb hilft bei der Strukturierung der eigenen Welt, der Unterschied der Geschlechter wird erkannt und bereitet den Übergang von dyadischen in triadische Beziehungsformen vor. Mit der Bewältigung des je nach Geschlechtszugehörigkeit anders gelagerten ödipalen Konfliktes werden die von den Eltern gesetzten Normen und Tabus als Gewissen internalisiert und der Weg in die Latenz freigemacht.

Vertreter der Objektbeziehungstheorie haben die **Phasen der psychischen Entwicklung** neu formuliert und mit körperlichen Reifeprozessen, typischen Aufgaben und Grundkonflikten in



Verbindung gebracht. Erik H. Erikson<sup>7</sup> erkundete verschiedene kulturelle Milieus und beschrieb in einem anthropologischen Modell acht Stufen der Identitätsentwicklung (Tabelle 2.3). Mario Erdheim<sup>8</sup> schärfte im Anschluss an ethnopschoanalytische Studien das Bewusstsein für den Stellenwert der Adoleszenz in modernen („heißen“) Gesellschaften, die ihre innere Dynamik durch einen gewissen Antagonismus von Familie und Kultur gewinnen. Die Adoleszenz ist hier eine Phase der Umbrüche und Krisen, der Gefahren und kreativen Lösungen, in der die bis dahin gebildete Persönlichkeit auch nach den prägenden ersten Lebensjahren noch einmal „ihre zweite Chance“ bekommt. Konflikte aus der frühen Kindheit werden wieder belebt, die in der Latenzphase gesicherten Bestände der bisherigen Lebensgeschichte verflüssigen sich noch einmal.

**Tabelle 2.3: Phasen der psychosozialen Entwicklung des Menschen nach Erik H. Erikson**

Phasen der menschlichen Entwicklung	Ich-Eigenschaften bei guter Bewältigung der Phase	Bleibende Stärken und Grundtugenden
oral-sensorisch (1. Lebensjahr)	Vertrauen gegen Ur-Misstrauen	Antrieb und Hoffnung
muskulär-anal (2.-3. Lebensjahr)	Autonomie gegen Scham und Zweifel	Selbstbeherrschung und Willenskraft
lokomotorisch-genital (4.-5. Lebensjahr)	Initiative gegen Schuldgefühl	Richtung und Zweckhaftigkeit
Latenz (6.-11. Lebensjahr)	Leistung gegen Minderwertigkeitsgefühl	Methode und Können
Pubertät und Adoleszenz (12.-18. Lebensjahr)	Identität gegen Rollendiffusion	Hingebung und Treue
Frühes Erwachsenenalter	Intimität gegen Isolierung	Bindung und Liebe
Erwachsenenalter	Zeugende Fähigkeit gegen Stagnation	Produktivität und Fürsorge
Reife	Ich-Integrität gegen Verzweiflung	Entsagung und Weisheit

Aus der feinsinnigen Beobachtung verschiedener Aspekte des Selbsterlebens und des Selbstwertgefühls narzisstisch gestörter Patienten entwickelte Kohut<sup>9</sup> sein Konzept der **Selbstpsychologie**. Diese Richtung ist auch unter dem Namen Narzissmustheorie bekannt. In der Kindheit unerfüllt gebliebene, archaische Bedürfnisse nach empathischer Spiegelung und Idealisierung machen sich in der Therapie in so genannten Selbstobjekt-Übertragungen bemerkbar und müssen vom Therapeuten zunächst angenommen werden. Dieser Ansatz verdeutlicht, wie groß die Bedeutung einer halt gebenden, zuverlässigen und emotional zugewandten Beziehung gerade am Anfang des Lebens ist.

Bei **Selbstobjekt-Beziehungen** sind das Selbst und der Gegenstand, „Ich“ und „Du“ miteinander verschmolzen (daher die Schreibweise des Begriffes „Selbstobjekt“ ohne Bindestrich). Im Vergleich zu den Objektbeziehungstheoretikern betont Kohut die grandios-exhibitionistischen Erwartungen des Kleinkindes, das den „Glanz im Auge der Mutter“ sucht. Von der Erwidern und Anerkennung dieser Erwartungen sei die Entwicklung eines stabilen Selbstgefühls abhängig. Hier führen also Objektbeziehungsstörungen zu Störungen des Selbstgefühls. Eine Überbetonung dieses Aspektes führt freilich dazu, die zwischenmenschlichen Beziehungen und den Lebenszyklus zu einer Geschichte unbewusster Prozesse des Suchens und Findens von Selbstobjekten hochzustilisieren. Der in unserer Kultur forcierte Prozess der Individualisierung in Beziehungen

<sup>7</sup> Erikson EH (1971): Kindheit und Gesellschaft. Stuttgart: Ernst Klett Verlag

<sup>8</sup> Erdheim M (1984): Die gesellschaftliche Produktion von Unbewußtheit. Frankfurt/Main: Suhrkamp Verlag

<sup>9</sup> Kohut H (1977): Introspektion, Empathie und Psychoanalyse. Frankfurt/Main: Suhrkamp Verlag

beinhaltet jedoch wesentlich gerade die Fähigkeit, die Mitmenschen als Objekte zu erleben, die vom eigenen Selbst abgegrenzt sind, sie als Personen mit ihrer eigenen Subjektivität zu respektieren und auf dieser Grundlage soziale Beziehungen zu gestalten.

**Tabelle 2.4: Muster der Bindungsqualität und Gruppen elterlicher Bindungsrepräsentanz**

<b>Muster der Bindungsqualität des Kindes</b> (mit der Häufigkeit ihres Vorkommens)	<b>Zugehörige Gruppen</b> <b>elterlicher Bindungsrepräsentanz</b>
<u>66% Sicher-gebunden (B-Muster):</u> Ausgewogene Balance zwischen Bindungsverhalten und Exploration. Kinder mit zuverlässiger Bindungserfahrung. Sie zeigen in Trennungssituationen offen ihren Kummer, lassen sich in der Regel aber schnell von ihrer Bindungsfigur trösten und wenden sich bald wieder ihrem Spiel zu.	<u>Autonom-sicher:</u> Die Erwachsenen erzählen auf offene, kohärente und konsequente Weise von ihren Kindheitserinnerungen und zeigen Reflexionsfähigkeit. Positive wie negative Beispiele werden in ein insgesamt wertschätzendes Gesamtbild integriert
<u>20% Unsicher-vermeidend (A-Muster):</u> Vermeidungsstrategie mit hohem Stress. Die Kinder erfahren bei negativen Gefühlsäußerungen zwar vorhersagbare, aber zurückweisende Reaktionen von den Bindungsfiguren. Kein Kummer oder Nähebedürfnisse bei Verlassen u. Wiederkehr, sondern scheinbar unberührtes Spiel.	<u>Bindungsdistanziert:</u> Die Erwachsenen geben unvollständige u. inkohärente Angaben über ihre Erfahrungen, mit häufigen Lücken, wenn es um konkrete Ereignisse geht. Bindungs-Personen werden idealisiert oder entwertet, um schmerzliche Erinnerungen abzuwehren.
<u>12% Unsicher ambivalent (C-Muster):</u> Die Kinder richten ihre Aufmerksamkeit meist auf das Bindungsverhalten. Sie hatten unvorhersagbare Erfahrungen mit ihren Bindungsfiguren, mit mal sehr feinfühlig, mal sehr uneinfühler Reaktion auf kindliche Bedürfnisse. Sie weinen heftig bei Trennungen und lassen sich schlecht beruhigen, zeigen ihre Ambivalenz in Ärger / Wut oder passiver Verzweiflung.	<u>Bindungsverstrickt:</u> Die Erwachsenen erzählen ausufernd und in oft ärgerlicher Art über erlebte Konflikte mit ihren Bezugs-Personen, als wenn es erst gerade passiert wäre. Sie wirken verstrickt und schwanken zwischen positiven und negativen Bewertungen hin und her, ohne das zu merken.
<u>2% Desorganisiert/desorientiert (D-Muster):</u> Muster u.a. bei misshandelten und vernachlässigten Kindern sowie bei solchen, deren Eltern eigene Trauerprozesse nicht verarbeiten haben. Die Kinder können weder Nähe zur Bindungsfigur herstellen noch sich ablenken. Bei Trennungen keine Bewältigungsstrategie, bei Wiedervereinigung unvereinbare Verhaltensweisen, z.B. stereotype Bewegungen, Phasen der Starrheit ("freezing"), Angst vor einem Elternteil.	<u>Ungelöste Trauer:</u> In separaten Auswertungen dieser Gruppe berichten die Erwachsenen teilweise irrational über traumatische Ereignisse (Verlust- oder Missbrauchs-Erfahrungen), die bisher emotional nicht verarbeitet wurden. Sie wirken dabei inkohärent und desorganisiert (Verwechslung von Zeit und Raum, extrem lange Schweigepausen, ungewöhnliche Details).

Im Zusammenhang mit den Konzeptualisierungen der **Bindungstheorie** (z.B. Bowlby) gelang ein neuer Blick auf die kindlichen Entwicklungsprozesse und ihr Schicksal bei psychischen Erkrankungen von Erwachsenen. Eine gute Zusammenfassung neuerer Erkenntnisse geben Kächele und Mitarbeiter<sup>10</sup>. In der Tabelle 2.4 sind die vier zurzeit klassifizierten Muster der Bindungsqualität des Kindes erläutert. Die Zugehörigkeit eines Kindes zu einem dieser Muster lässt

<sup>10</sup> Kächele H, Buchheim A, Schmücker G, Brisch KH (1999): Entwicklung, Bindung und Beziehung – Neuere Konzepte zur Psychoanalyse. In: Helmchen, Henn, Lauter, Sartorius: Psychiatrie der Gegenwart (6 Bände) Band 1, 605-630. Berlin: Springer Verlag

sich aus der entsprechenden Bindungsrepräsentanz der Eltern (ermittelt durch das *Adult-Attachment-Interview*) bereits vor der Geburt des Kindes zu 69% richtig vorhersagen.

In den neonatologischen Forschungen (z.B. Lichtenberg, Stern) wurde die große **interaktive Kompetenz des Säuglings** deutlich. Im Dialog zwischen dem Kind und seinen primären Bezugspersonen verwirklicht sich das Ineinander von angeborenen Verhaltensbereitschaften und sozialen Erfahrungen. Ein gelingender Dialog auf Grund guter Synchronizität zwischen Mutter und Kind schafft ein basales Gefühl von Sicherheit und Wohlbehagen und eröffnet erst den notwendigen Spielraum für eine individuelle psychische Entwicklung. Statt von Angst vor Bestrafung durch Liebesverlust erfüllt zu sein, ist das normale Kleinkind immer auf der Suche, Neues zu lernen, neue Situationen zu bewältigen und wirksam zu sein. Eine passive, „depressive“ Position ist ihm fremd, Autismus und Spaltung haben in der Entwicklungspsychologie keinen „primären“ Ausgangspunkt (wie es die Objektbeziehungstheorie annahm), sondern sind Mechanismen zur Abwehr und Bewältigung schädigender Beziehungserfahrungen.

Die neuen Erkenntnisse der Psychoanalyse und ein zunehmender interdisziplinärer Erfahrungsaustausch haben ein **integratives Verständnis** der psychischen Entwicklung gefördert. Dabei wurden gleichermaßen biologische, psychosoziale und intrapsychische Aspekte berücksichtigt (z.B. Ciompi<sup>11</sup>, Mentzos<sup>12</sup>). Wichtige Anregungen gaben die Erkenntnisse zur Psychodynamik der Psychosen, zu genetischen Prädispositionen bei einigen Neurosen (besonders Zwangs-, aber auch Angststörungen) und zur Bedeutung traumatischer Erlebnisse bei der Entstehung von Persönlichkeitsstörungen. Die neurobiologischen Forschungen zur Plastizität des neuronalen Netzwerks haben eine tiefenpsychologische und konflikt-dynamische Auffassung psychischer Störungen eher untermauert als in Frage gestellt (siehe z.B. Roth<sup>13</sup>). Allerdings entstand mit den integrativen Konzepten und dem Bedürfnis nach einer empirisch abgesicherten Diagnostik auch eine gewisse Unübersichtlichkeit und theoretische Beliebigkeit bei der Auswahl von als wesentlich erachteten Einflussfaktoren.

In Bezug auf alle theoretischen Folien zum Verständnis des Seelenlebens und seiner konfliktreichen Verfassung gilt es, nach Anschlussmöglichkeiten in Richtung auf die jeweils anderen Folien zu suchen und damit auch eine **Bereitschaft zum Eklektizismus** zu entwickeln. Nähe-Distanz-Regulation, Triebregulation und Selbstwert-Regulation konkurrieren nicht länger um die Aufmerksamkeit beim Verständnis psychischer Störungen, sondern ergänzen sich und bedingen einander mit unterschiedlicher Schwerpunktsetzung im Einzelfall. Die psychische Entwicklung verläuft im Rahmen biologischer Einwirkungen (vermittelt über Phasen der Triebentwicklung) und eingebettet in soziale Verhältnisse (vermittelt über Interaktionen mit dem umgebenden Milieu). Sie lässt sich in verschiedene Phasen einteilen und sie ist diskontinuierlich, d.h. sie beinhaltet Schwellensituationen und Umbrüche, die auch traumatischen Charakter haben können. Das, was wir mit Temperament oder Persönlichkeitsstruktur meinen, ist gleichzeitig Produkt und Produzent der psychischen Entwicklung, darin eingeschlossen die unterschiedlichsten Wirkfaktoren biologischer, sozialer und intrapsychischer Herkunft. Lucien Sève<sup>14</sup> definierte Persönlichkeit in diesem Sinne kurz und bündig als das, „was der Mensch aus seinem Leben macht und das Leben aus ihm.“

---

<sup>11</sup> Ciompi L (1997): Die emotionalen Grundlagen des Denkens. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht.

<sup>12</sup> Mentzos S (1991): Psychodynamische Modelle in der Psychiatrie. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht.

<sup>13</sup> Roth G (2001): Fühlen, Denken, Handeln. Wie das Gehirn unser Verhalten steuert. Frankfurt/Main: Suhrkamp Verlag.

<sup>14</sup> Sève L (1972): Marxismus und Theorie der Persönlichkeit. Frankfurt/Main: Verlag marxistische Blätter.

### 3. Zur Bestimmung des intrapsychischen Konfliktes

Im Zentrum der psychoanalytischen Neurosentheorie steht der Begriff des Konfliktes, wir haben es also mit einer **Konfliktpsychologie** zu tun. Statt gestörter Lernvorgänge sieht die Psychoanalyse in den Neurosen Kompromissbildungen, Lösungsversuche, Folgezustände von reaktivierten, unbewussten, im Kern infantilen Konflikten oder Traumen. Der Konflikt wird durch mindestens zwei einander widerstrebende Tendenzen hervorgerufen, durch unverträgliche bzw. unvereinbare Strebungen, Wünsche, Motive. Die damit entstehende Spannung führt normaler Weise zu Angstsignalen, die die Abwehr des Ich auf den Plan rufen. Je größer die intrapsychische Spannung und je unzureichender die Abwehrmechanismen des Ich sind, desto eher entsteht eine psychische Störung mit symptomatischer Kompromissbildung und desto schwerwiegender ist diese.

Die klassische Definition für die Neurose besagt, sie sei eine psychische Affektion, deren Symptome der symbolische Ausdruck eines psychischen Konfliktes sind, der seine Wurzeln in der Kindheit des Subjektes hat. Die Symptome werden als Kompromiss zwischen **Wunsch und Abwehr** des Wunsches verstanden. Der Wunsch kann sich auf die Befriedigung eines Triebes, auf die Realisierung einer Bindung oder auf die eigene Autonomie richten. Gegen die Erfüllung des Wunsches richten sich Ängste und mobilisieren weitere Formen der Abwehr und des Widerstandes.

Nach der klassischen Theorie intrapsychischer Konflikte gibt es verschiedene **typische Varianten** des Gegeneinanders zwischen dem Wunsch und seiner Abwehr. Sie leiten sich her aus den im vorigen Abschnitt skizzierten Thesen der Triebtheorie und des Strukturmodells der Psyche:

- Konflikte zwischen einzelnen Trieben, je nach deren Definition zwischen narzisstischen (Selbsterhaltung) und Objekt-Bezogenen Trieben (Arterhaltung) oder zwischen libidinösen (Liebe) und aggressiven (Hass) Trieben wie beim ödipalen Konflikt.
- Konflikte zwischen psychischen Instanzen (Es, Ich und Über-Ich) z.B.: Es (Lustprinzip) versus Ich (Realitätsprinzip), Über-Ich (Gewissen) versus Es (Triebimpulse);

Gegen den etwas verwirrenden Gebrauch der Begriffe **Abwehr und Widerstand** hat Gill<sup>15</sup> vorgeschlagen, die Abwehr als intrapsychisches Konzept zu verstehen (im Sinne von Abwehrmechanismen des Ich), den Widerstand dagegen als interpersonelles Konzept (im Sinne von Übertragungs-Widerständen). Einige Beispiele dazu:

- Ängste vor Triebdurchbruch können zum Ich-Abwehrmechanismus der Verdrängung führen.
- Ängste vor einem Verlust alter Beziehungsmuster werden aus der Trägheit (der „Klebrigkeit“) der Libido heraus als Es-Widerstand gedeutet.
- Unbewusste Schuldgefühle und das Strafbedürfnis stellen Über-Ich-Widerstände dar, als dessen Quelle Freud den Todestrieb ansah.

Die offensichtliche Verwandtschaft zwischen Es- und Über-Ich-Widerständen sah man später eher in Wunsch-Prägenden Erfahrungen der frühen Kindheit, aus denen der Wiederholungszwang entsteht. Diese Interpretation hilft vielen Therapeuten beim Verständnis und bei der Bearbeitung so schwer beeinflussbarer Phänomene des Wiederholungszwanges wie dem Masochismus und der negativen therapeutischen Reaktion.

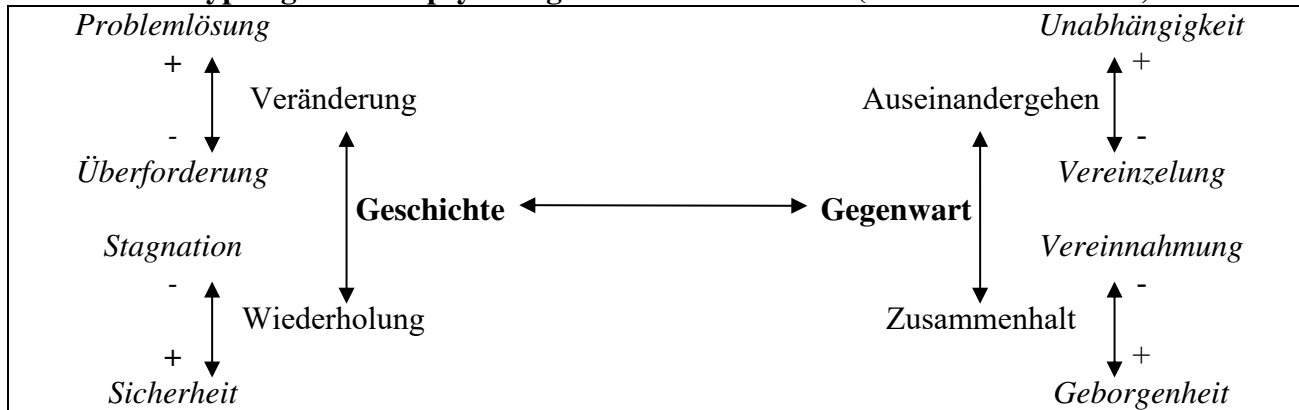
Ein wichtiges Therapieziel ist die bewusste **Vergegenwärtigung des Konfliktes**, die nur gelingt, wenn man die damit einhergehende Ambivalenzspannung aushalten kann. Eine Typologie normalpsychologischer Ambivalenzen enthält Tabelle 3.1. Freud war der Tradition der Aufklärung

---

<sup>15</sup> Gill MM (1982), zitiert in: Mertens W (1990): Einführung in die psychoanalytische Therapie (3 Bände), Band 1 (S. 58). Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer

verpflichtet, nach dem Motto: Wo Es war, soll Ich werden! Er teilte aber nicht den Fortschrittsoptimismus vieler Aufklärer aus dem 18. und 19. Jahrhundert; seine Hoffnung an die Psychoanalyse beschränkte sich darauf, dass mit ihrer Hilfe “neurotisches Elend in gemeinsames Unglück” verwandelt werden könne. Heutzutage ist klar, dass die Vergegenwärtigung des Konfliktes ohne korrigierende emotionale Erfahrungen in der therapeutischen Beziehung oft nicht ausreicht, um die pathologischen Zuspitzungen von Abwehr und Widerstand zu überwinden.

**Tabelle 3.1: Typologie normalpsychologischer Ambivalenzen (nach Klaus Winkler)**



Zurzeit sind verschiedene Modelle zu einer Typologie intrapsychischer Konflikte im Umlauf. In der Tradition der Objektbeziehungspsychologie hat Mentzos fünf **phasentypische Konflikte** der psychischen Entwicklung des Kindes definiert. Den Autonomie-Abhängigkeits-Konflikt des zwei- bis dreijährigen Kindes hat er dabei als intrapsychischen Grundkonflikt des Menschen besonders hervorgehoben (Tabelle 3.2).

**Tabelle 3.2: typische intrapsychische Konflikte der Entwicklungsphasen nach Mentzos**

1. Lebensjahr	Symbiotische Verschmelzung gegen Subjekt-Objekt-Differenzierung
2. – 3. Lebensjahr	Abhängigkeit gegen Autonomie
4. – 6. Lebensjahr	Dyadische gegen triadische Beziehung (ödpaler Konflikt)
Latenz	Sicherheit in der Familie gegen Chancen und Risiken der <i>peer group</i>
Pubertät / Adoleszenz	Infantile Bindungen gegen Genitalität und Identität in der Ablösung

Aus seinen Forschungsergebnissen bei der Säuglingsbeobachtung heraus unterscheidet Lichtenberg fünf verschiedene **Motivationsysteme**, die miteinander in Konflikt geraten können:

- die biologische Notwendigkeit, physiologische Bedürfnisse zu befriedigen,
- ein elementares Bedürfnis nach Bindung bzw. Verbundenheit,
- das Bedürfnis nach Selbstbehauptung,
- das Bedürfnis, aversiv zu reagieren durch Widerspruch oder Rückzug,
- das Bedürfnis nach sinnlichem Vergnügen und sexueller Erregung.

Nun ist der eigentliche neurotische Konflikt ein **verinnerlichter Konflikt**. Aus dem allgegenwärtigen äußeren Konflikt zwischen dem Individuum und seiner Umwelt sowie dem interpersonellen Konflikt zwischen dem Kind und seinen Bezugspersonen ist ein Konflikt im einzelnen Menschen geworden. Allerdings reinszeniert der Betroffene seinen neurotischen Konflikt im Rahmen eines unbewussten Wiederholungszwanges in seinen aktuellen Alltagsbeziehungen und auch in der therapeutischen Übertragungsbeziehung. Insofern ist deren Analyse ein Hilfsmittel zur Erkundung der Störungsursache in den Beziehungen des Patienten zu seinen frühen Bezugspersonen. Luborsky (1988) sowie Strupp und Binder (1991) haben auf unterschiedliche

Weise versucht, Gegenwart und Vergangenheit der neurotischen Beziehungsgestaltung miteinander zu verknüpfen. Diese Ansätze werden hier kurz nach der Darstellung im Lehrbuch von Wöller und Kruse erläutert. In beiden Methoden stellen die vom Patienten erzählten Beziehungsepisoden das Rohmaterial dar, bei Strupp und Binder zusätzlich auch die Szene der aktuellen Therapeut-Patient-Beziehung, also der Übertragungsbeziehung. Indem sie ihr Augenmerk auf die interpersonellen Beziehungen richten, müssen sie aber aufpassen, dass ihnen das Eigengewicht intrapsychischer Widersprüche nicht aus dem Blick gerät.

Bei der Bestimmung des „**Zentralen Beziehungskonfliktthemas**“ (ZBKT) nach Luborsky werden aus den vom Patienten geschilderten Beziehungsepisoden drei Komponenten herausgefiltert:

- die Wünsche, Bedürfnisse und Absichten des Patienten gegenüber einer anderen Person; Beispiel: „Ich möchte mich im Vergleich mit anderen Menschen, besonders Männern, gleichwertig fühlen.“
- die Reaktion der anderen Person („Reaktion des Objekts“); Beispiel: „Andere Menschen setzen mich herab und lassen mich spüren, wie unterlegen ich bin.“
- die Reaktion des Patienten darauf („Reaktion des Selbst“); Beispiel: „Das macht mich depressiv.“

Strupp und Binder empfehlen zur Formulierung eines „dynamischen Fokus“, fünf strukturelle Elemente zu identifizieren, die sich zu einem „**zyklisch maladaptiven Muster**“ (CMP) zusammenfügen:

- Blockierte Wünsche, d.h. die gewünschten, aber blockierten positiven Reaktionen anderer; Beispiel: Der Patient wünscht sich, von bedeutsamen anderen Menschen geliebt und unterstützt zu werden.
- Negative Erwartungen und Befürchtungen, d.h. die erwarteten negativen Reaktionen anderer; Beispiel: Der Patient erwartet, von bedeutsamen anderen Menschen übersehen und zurückgewiesen zu werden (so wie er sich von seinen frühen Bezugspersonen zurückgewiesen fühlte).
- Verhalten des Patienten gegenüber anderen; Beispiel: Der Patient zieht sich zurück und meidet soziale Kontakte (um sich vor deren Zurückweisung zu schützen).
- Verhalten anderer gegenüber dem Patienten; Beispiel: Die Bezugspersonen übersehen den Patienten und unterstützen ihn nicht (weil sie seine Not nicht erkennen).
- Verhalten des Patienten gegenüber sich selbst („Introjekt“); Beispiel: Der Patient entwickelt das Selbstbild eines Menschen, der nicht wert ist, wahrgenommen und unterstützt zu werden.

Tress (1996) hat für eine **Weiterentwicklung des CMP** vorgeschlagen, vier Elemente zu differenzieren und sie mit den Beziehungserfahrungen in der Kindheit in Verbindung zu bringen:

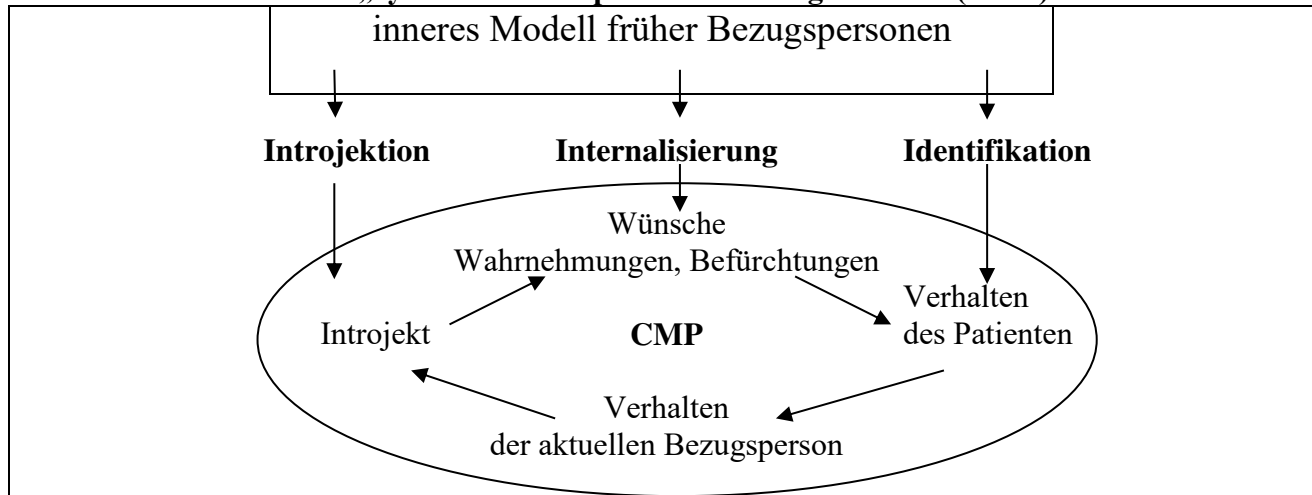
- a) das Selbstbild bzw. der Umgang mit sich selbst (Introjekt genannt),
- b) die eigenen Wünsche, Wahrnehmungen und Befürchtungen,
- c) das eigene Verhalten,
- d) das Verhalten der Bezugsperson.

Er ordnet den Elementen des CMP drei verschiedene Modi der Verinnerlichung früher Beziehungserfahrungen zu, welche die Vermittlung übernehmen (siehe Tabelle 3.3):

- Introjektion: Der Patient sieht und behandelt sich so, wie er früher von seinen wichtigsten Bezugspersonen gesehen und behandelt wurde.

- **Internalisierung:** Der Patient erwartet von seinen aktuellen Interaktionspartnern die gleichen negativen Verhaltensweisen, wie er sie bei seinen frühen Bezugspersonen erleben musste.
- **Identifikation:** Der Patient verhält sich gegenüber anderen Menschen so, wie eine wichtige frühere Bezugsperson sich ihm gegenüber verhalten hatte.

**Tabelle 3.3: Erweitertes „zyklisch maladaptives Beziehungsmuster“ (CMP) nach Tress**



Seit einigen Jahren gibt es ein Manual zur **Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik**<sup>16</sup> (OPD), das von Vertretern der Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland entwickelt wurde (Tabelle 3.3). Mit diesem Ansatz soll die psychopathologisch-deskriptive und die psychodynamisch orientierte Diagnostik zusammengeführt werden. Dort werden jeweils ein aktiver und ein passiver Modus der Konfliktbewältigung beschrieben. Die durch ein spezielles Interview erhobenen Befunde beziehen sich auf ein Referenzsystem mit fünf Achsen: 1. Krankheitserleben und Psychotherapiemotivation, 2. Beziehung, 3. Konflikt, 4. Struktur, 5. syndromale Diagnose nach der ICD-10.

Man sollte jedoch nicht der Illusion aufsitzen, mit diesem Verfahren die grundsätzlichen Probleme jeder Diagnostik, nämlich ihrer **Ignoranz gegenüber dem Kontext und der Interaktion** zwischen Diagnostiker und Diagnostiziertem, aus dem Wege räumen zu können. Buchholz<sup>17</sup> hat auf den geringen praktischen Nutzen und die empirisch unbefriedigenden Reliabilitätswerte von klassifikatorischen Diagnosesystemen hingewiesen, zu denen auch die OPD gehört. Nach seiner Ansicht legen die diesbezüglichen Forschungsergebnisse eine Umstellung von einem medizinanalogen zu einem interaktionstheoretischen Paradigma sowohl der Diagnostik als auch der Behandlung nahe. In jedem Fall tut man gut daran, allen Konstruktionen der Wirklichkeit eine „gesunde“ Portion Skepsis entgegen zu bringen und den Blick offen zu halten für unvorhergesehene Wahrnehmungen.

**Tabelle 3.3: Konfliktarten nach der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik**

	<b>Konfliktart</b>	<b>Beschreibungen des jeweiligen passiven und aktiven Modus</b>
1	Abhängigkeit versus Autonomie	Suche nach einer abhängig machenden Beziehung <u>oder</u> Aufbau emotionaler Unabhängigkeit mit Unterdrückung von Bindungswünschen.

<sup>16</sup> Arbeitskreis OPD (Hrsg.) (2001): Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik – Grundlagen und Manual. Bern: Verlag Hans Huber

<sup>17</sup> Buchholz MB (2000): Diagnose oder: Verständigung in Beziehungen. Die Überwindung der Ignoranz zwischen Kontext und Interaktion. Psychother. Soz. 2 (3) 172-202. Vandenhoeck und Ruprecht.

		Erkrankung „willkommene“ Abhängigkeit <u>oder</u> existentielle Bedrohung.
2	Unterwerfung versus Kontrolle	Erleben und Verhalten sind geprägt von Gehorsam und Unterwerfung <u>oder</u> von Kontrolle und Auflehnung. Erkrankung wird „bekämpft“ <u>oder</u> ist Schicksal, in das man sich fügt.
3	Versorgung versus Autarkie	Versorgungs- und Geborgenheitswünsche führen zu starker Abhängigkeit <u>oder</u> werden als Anspruchslosigkeit abgewehrt. Kranke erscheinen passiv und anklammernd <u>oder</u> wehren Hilfe ab.
4	Selbstwert versus Objektwert (Selbstwertkonflikte)	Brüchiges Selbstwertgefühl mit Neigung zur Resignation <u>oder</u> kompensatorische Anstrengungen bei ständig bedrohtem Selbstwertgefühl. Erkrankungen führen zu Selbstwertkrisen <u>oder</u> stützen das Selbstbild.
5	Über-Ich- und Schuldkonflikte	Schuldübernahme bis zur masochistischen Unterwerfung <u>oder</u> Fremd-Zuweisung der Schuld bei Fehlen jeglicher Form eigenen Schuldgefühls. Schuld an der Erkrankung hat man nur selbst <u>oder</u> nur andere.
6	Ödipal-sexuelle Konflikte	Nicht wahrnehmbare bzw. spürbare Erotik und Sexualität <u>oder</u> deren Beherrschung aller Lebensbereiche, ohne dass Befriedigung gelingt. (Nicht gemeint: allgem. sexuelle Funktionsstörungen anderer Herkunft)
7	Identitätskonflikte	Bei sonst hinreichenden Ich-Funktionen Annahme <u>oder</u> kompensatorische Überspielung einer Identitätsdissonanz (in Eltern-Kind-Identität, soziale Rollen-, Geschlechts-, religiöse bzw. kulturelle Identität)
8	Fehlende Konflikt- und Gefühls-Wahrnehmung	Fehlende Wahrnehmung von Gefühlen und Bedürfnissen bzw. Übersehen von Konflikten <u>oder</u> ihre Ersetzung durch sachlich-technische Beschreibungen.

#### 4. Zur Formulierung der Psychodynamik

Bei der schriftlichen **Zusammenfassung der tiefenpsychologischen Anamneseerhebung** zur Vorbereitung auf die Zweitsicht mit dem Supervisor darf man sich nicht unter den Druck setzen, eine perfekte psychodynamische Hypothese abliefern zu wollen oder zu müssen. Im Gegenteil: Hier sind spontane Ideen und versuchsweise Assoziationen gefragt, welche die Symptome und ihren möglichen Sinn mit ausgewählten theoretischen Ansichten zur Konfliktdynamik verknüpfen könnten. Damit sollte man aber erst beginnen, wenn man die anderen Teile der Anamneseerhebung aufgeschrieben hat. So vermeidet man am ehesten ungewollte Unterschlagungen des Ausgangsmaterials zugunsten irgendeiner psychodynamischen Hypothese. Bei allen Überlegungen konzentrierte man sich auf den Aktualkonflikt, also auf die Frage, warum dieser Patient ausgerechnet zu diesem Zeitpunkt diese Symptome entwickelt hat und jetzt eine Psychotherapie sucht.

In diesem Zusammenhang lohnt sich auch ein Versuch, den **Behandlungsfokus** zu bestimmen. Wöller und Kruse machen sich den Vorschlag von Lachauer zu Eigen, nach einer prägnanten Formulierung der Hauptproblematik des Patienten zu suchen und diese mit einer zentralen Hypothese über ihre unbewussten Hintergründe zu verbinden. Dabei wird die symptomatische Kompromissbildung in einem Satz aus der Position des Patienten heraus gedeutet, indem man über die bewusste Selbstwahrnehmung und die aktuelle Einsicht des Patienten hinausgeht. Der unbewusste Konflikt wird in der Ich-Form so formuliert, als wenn dem Patienten all das bewusst wäre, was er nicht weiß oder nicht wahrhaben will, z.B. in dieser Art: “Ich habe ... entwickelt



[aktuelle Symptomatik] , weil ich mir einerseits ... wünsche [(un-)bewusster Wunsch], andererseits ... unbedingt vermeiden möchte [(un-)bewusste Angst].”

Eine so formulierte konflikt-dynamische Hypothese wurde primär für die ambulante Kurzzeittherapie bei Neurosekranken empfohlen. Die Bestimmung des Fokus ist unsere **Antwort auf den Auftrag des Patienten**, dem scheinbar Sinnlosen und Fremden seiner Beschwerden einen bedeutungsvollen Ausdruck zu verleihen. Der Fokus ordnet und strukturiert, die Symbolisierung eröffnet einen „narrativen Raum“. Vorsicht ist geboten bei der Vermittlung einer konflikt-dynamischen Hypothese gegenüber dem Patienten. Wir müssen dabei sorgfältig analysieren, auf welcher symbolischen und dialogischen Ebene wir ihn erreichen können. Da der gewählte Fokus nur im therapeutischen Dialog auf seine Wirksamkeit hin überprüft werden kann (Validierung), können die von ihm nahe gelegten Zusammenhänge während der Anamneseerhebung in der Regel lediglich im Rahmen einer vorsichtigen Probedeutung „angespielt“ werden.

**Bei stärkeren Beeinträchtigungen der Ich-Struktur** kann die Eröffnung einer konflikt-dynamischen Hypothese die Abwehrkapazitäten des Patienten überfordern. Dann sollte man dessen Ressourcen in der Fokusformulierung in den Mittelpunkt stellen und eine flexiblere, mehr kommunikative Abwehr anzielen, z.B. so: „Meine Angst [bzw. eine andere, bewusst wahrgenommene Symptomatik] macht es mir möglich, Hilfe zu holen, wenn ich mit ... belastet bin [bewusst wahrgenommene Problematik] – so lange, bis ich wage, trotz Wut und Enttäuschung offen und einfach für mich und meine Wünsche einzutreten.“

**Bei psychosomatischen Patienten mit Körperbeschwerden** ist es zweckmäßig, das Körpersymptom in das Zentrum des Fokalsatzes zu stellen und es mit den konflikthaftern Affekten sowie der vor allem szenisch dargestellten Beziehungsproblematik zu verbinden. Hierzu ein Beispiel von Kämmerer<sup>18</sup> mit einem eher Abwehr-stabilisierenden Fokus für eine Patientin mit einem extrem labilen Diabetes mellitus Typ I: „Mein Diabetes hilft mir Hilfe zu holen, auf mich zu achten und in Konkurrenz mit anderen Beachtung zu bekommen. Ich darf dabei lernen, meine Wut und Trauer in guten Grenzen zu halten, Kompromisse zu schließen, ohne den Körper dafür zu benutzen.“ Ist der Fokus zutreffend und für den Patienten „bekömmlich“, antwortet der Körper in positiver Weise, d.h. der Patient fühlt sich mindestens körperlich weniger belastet und ein bisschen freier, wenn wir gemeinsam am Fokus arbeiten. Der Körper wird bedeutsam für den sozialen Kontext und damit wieder als „eigen“ erlebt. Die Fähigkeit zur „Intimität mit sich selbst“ wächst, also die Fähigkeit zum Alleinsein und damit die in der Regel auch durch die Symptomatik gestörte Beziehungsfähigkeit. Wer mit sich selbst einen Dialog führen kann, ohne von Affekten und Körperlichkeit überflutet zu werden, erweitert sein Repertoire an symbolischer Repräsentation und bedeutungsvoller Sprache in sozialen Beziehungen.

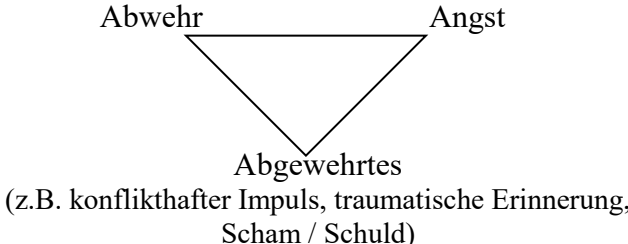
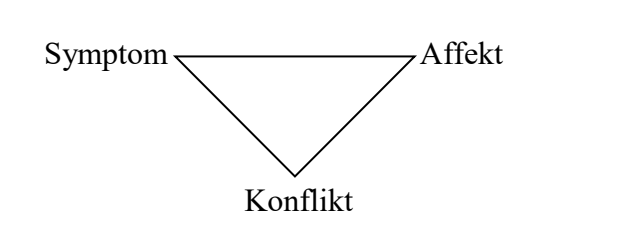
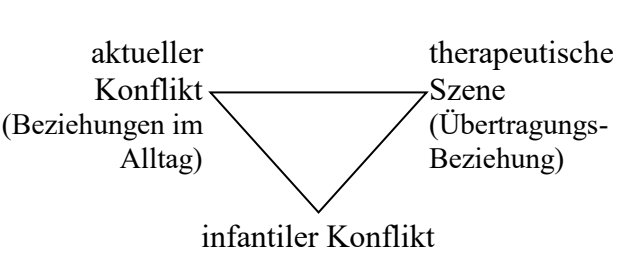
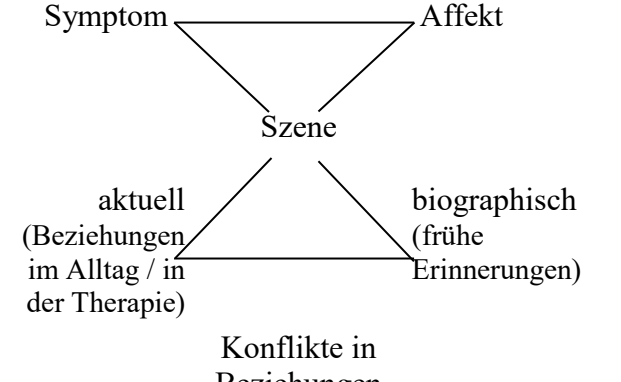
Die **fokale Verknüpfung von Symptom, Affekt und Beziehungskonflikt** eignet sich im Übrigen auch für Neurosekranken; denn es leuchtet jedem Patienten ein, das Symptom in das Zentrum der Aufmerksamkeit zu stellen. Kämmerer schlägt in diesem Sinne eine Weiterentwicklung des „Dreiecks der Einsicht“ und des „Dreiecks der Abwehr“ nach Menninger und Kurtzmann (1958) für Patienten mit einem körperlichen Leitsymptom vor. Er stellt diesen, für die ambulante Kurzzeittherapie mit Neurosekranken entstandenen Konzepten seine Weiterentwicklungen an die Seite (Tabelle 4.1). Der „psychosomatische Fokus“ verknüpft dabei die Abwehr (Symptom) mit

---

<sup>18</sup> Kämmerer W (2004): Der Fokus im psychosomatischen Dialog. Besonderheiten der fokuszentrierten stationären Kurzzeittherapie mit psychosomatischen Patienten. Psychoanalytische Blätter (im Druck)

dem Abgewehrten (Konflikt und Affekt) und der Beziehungsgestalt (Konflikt). Der „psychosomatische Dialog“ bewegt sich „wie von allein“ entlang der Verbindungslinien zwischen den Eckpunkten des Konzeptes. Er beginnt beim Symptom, geht über den Affekt zur Szene und den Beziehungskonflikten, um sich erneut dem Symptom zuzuwenden.

**Tabelle 4.1: Konzepte zur Fokalthherapie für neurotische und psychosomatische Patienten**

für neurotische Patienten nach Menninger und Kurtzmann (1958)	für psychosomatische Patienten nach Kämmerer (2004)
<p style="text-align: center;"><b>Dreieck der Abwehr</b></p> 	<p style="text-align: center;"><b>Der psychosomatische Fokus</b></p> 
<p style="text-align: center;"><b>Dreieck der Einsicht</b></p> 	<p style="text-align: center;"><b>Der psychosomatische Dialog</b></p> 

Bei der **Erstellung des Berichtes für den Gutachter** zum Erstantrag des Patienten auf Psychotherapie sollte dann als erstes die Psychodynamik formuliert werden. Hier werden zunächst die äußeren Ereignisse dargestellt, an die die jetzige Symptomatik gebunden ist. Diese Ereignisse werden dann einem intrapsychischen Konflikt zugeordnet, der seine Wurzeln in der Kindheit des Patienten hat und durch die genannten äußeren Ereignisse aktualisiert wurde. Schließlich wird die Symptomatik als ein neurotischer Versuch der Konfliktlösung gedeutet. Die Tabelle 4.1 ist ein Versuch, die Zusammenhänge zwischen den einzelnen Komponenten des psychodynamischen Verständnisses zu illustrieren.

Die **vier Komponenten der Psychodynamik** ergeben sich aus der Unterscheidung von ursächlichen Entwicklungsbedingungen und auslösenden Lebensveränderungen einerseits, von Konfliktkonstellationen und Mustern der Konfliktverarbeitung andererseits:

- Der infantile Konflikt entsteht im Rahmen bestimmter biologischer und sozialer Prozesse, häufig besteht ein Widerstreit zwischen narzisstischen und libidinösen Bedürfnissen, also zwischen Wünschen nach Unabhängigkeit und nach Bindung (zwischen Subjekt- und Objektrolle, intrapsychischer Grundkonflikt nach Menzies).
- Der aktuelle Konflikt entsteht aus bestimmten Versuchungs- bzw. Versagungs-Situationen, die sowohl Triebimpulse (Wünsche) als auch dagegen gerichtete Abwehrmechanismen (Ängste) mobilisieren.

- Die Persönlichkeitsstruktur resultiert aus der Bewältigung infantiler Konflikte; hier geht es sowohl um die Kohäsion und Flexibilität der psychischen Struktur (Belastungsfähigkeit oder “Reife” der Ich-Struktur) als auch um die gewohnheitsmäßig angewandten Abwehrmechanismen (habituelle Formen der Konfliktbewältigung).
- Die symptomatische Kompromissbildung lässt sich als eine neurotische Form der Konfliktlösung verstehen, sie enthält bewusste und unbewusste Anteile; zur Anwendung können introjektive und projektive Abwehrmechanismen kommen.

**Tabelle 4.1: Aspekte einer Psychodynamik der psychischen Störungen**

	<b>Konfliktkonstellationen</b>		<b>Konfliktverarbeitungen</b>		
<b>Ursächliche Entwicklungsbedingungen</b>	<u>Infantiler Konflikt</u> Narzisstische und libidinöse Bedürfnisse  Biologische und soziale Entwicklungsbedingungen		Phasen- und Konflikt-Spezifik ←----->	<u>Persönlichkeitsstruktur</u> Kohäsion und Flexibilität der psychischen Struktur  Habituelle Formen der Konfliktbewältigung	
	Wiederholungszwang und Wiedergutmachungswunsch ↑-----↓			Verwandtschaft zwischen Charakter- und Symptomneurose ↑-----↓	
<b>Auslösende Lebensveränderung</b>	<u>Aktueller Konflikt</u> Wünsche und Ängste  Versagungs- und Versuchungs-Situationen		Symbolik des Wunsch-Abwehr-Kompromisses ←----->	<u>Symptomatische Kompromissbildung</u> Bewusste und unbewusste Anteile  Introjektive und projektive Verarbeitungsformen	

Unter dem Begriff symptomatische Kompromissbildung ist neben einer psychischen Symptomatik im engeren Sinne unter Umständen auch eine soziale und somatische Symptomatik gemeint. **Dissoziale Verhaltensweisen** (z.B. Gewaltanwendung oder Diebstahl) lassen sich am ehesten als dissoziative Symptomatik verstehen, deren Symbolgehalt durch Symptombildung unbewusst gemacht werden muss. Selbst wenn die betroffenen Patienten ihre dissozialen Verhaltensweisen als Ich-fremd erleben, ist eine psychotherapeutische Behandlung vergleichsweise schwierig, sollte im stationären Setting begonnen und gegebenenfalls mit eher sozialpsychiatrischen Ansätzen kombiniert werden.

Eine **somatische Symptomatik** enthält je nach der „Reife“ der Ich-Struktur mehr oder weniger symbolisch ausdifferenzierte Anteile. Man soll jedoch immer von einer kommunikativen Bedeutung des Körpersymptoms ausgehen. So spricht der Patient zum Beispiel bei der Herzneurose von seinem „gebrochenen Herzen“, womit die Themen Herzeleid, Liebe, Hass oder Angst vor dem Tod gemeint sein können. Bei strukturell schwer beeinträchtigten Personen wird die Symbolik freilich von der Beziehungsproblematik mehr oder weniger vollständig überlagert.

Hilfreich bei der Formulierung der Psychodynamik ist die Beachtung eventueller **Ähnlichkeitsbeziehungen** zwischen den Konfliktkonstellationen und den Formen der Konfliktverarbeitung:

- Phasen- und Konflikt-Spezifität: Die Art des infantilen Konfliktes und die in der Persönlichkeitsstruktur verankerten Muster der Konfliktbewältigung verweisen in Bezug auf ihren Entstehungszusammenhang oft auf die gleiche Phase kindlicher Entwicklung (z.B. ödipaler Konflikt und hysterisch getönte Muster der gewohnheitsmäßigen Konfliktbewältigung).
- Verwandtschaft zwischen Charakter- und Symptomneurose: Die aktuelle symptomatische Kompromissbildung zeigt oft einen inneren Zusammenhang mit der in der Persönlichkeitsstruktur verankerten Charakterneurose (z.B. schwere depressive Episode durch das Versagen zwanghafter Abwehrmechanismen beim so genannten Typus melancholicus).
- Wiederholungszwang und Wiedergutmachtungswunsch: Der ursprüngliche infantile Konflikt wird im aktuellen Konflikt unbewusst reinszeniert; dies beinhaltet immer auch die verzweifelte Suche nach einer “gesunden” Lösung, nach einem Ausweg jenseits des Wiederholungszwangs.
- Symbolik des Wunsch-Abwehr-Kompromisses: In der Symptomatik finden beide Seiten des aktuellen intrapsychischen Konfliktes ihren Ausdruck, sowohl der Wunsch-Impuls als auch die Angst vor dem Ausleben dieses Impulses.

Die Entwicklung der Psychodynamik gleicht einem **Puzzlespiel**, deren Teile in der tiefenpsychologischen Anamneseerhebung gesucht werden müssen. Ergibt sich dann ein einigermaßen stimmiges Bild, kann man an die Formulierung des Berichtes zum Erstantrag gehen, falls eine tiefenpsychologische (oder analytische) Psychotherapie angestrebt wird. Die Tabelle 4.2 fasst die einzelnen Teile dieses Berichtes nach der Gliederung, die im entsprechenden Formular PT3a vorgegeben ist, zusammen und markiert die notwendigen Bezüge. Vergessen wir bei diesen – möglichst plausiblen - Konstruktionen nie, dass unsere Beschreibungen die wirklichen Verhältnisse nie genau abbilden können. Die Wirklichkeit ist auf jeden Fall komplizierter, als wir uns vorstellen können, und wir bemühen uns lediglich um eine behutsame Annäherung. Je verbohrt wir der wahrhaften Abbildung der Wirklichkeit nachjagen, desto weiter entfernen wir uns von ihr.

**Tabelle 4.2: Gliederung des Berichtes zum Erstantrag auf Richtlinien-Psychotherapie**

<p><b>1. Spontanangaben des Patienten</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Wörtliche Wiedergabe der Klagen</u>, die Appellcharakter, Leidensdruck und Behandlungsbedürftigkeit ausdrücken</li> <li>• <u>knappe Zusammenfassung der Symptome</u> mit Dauer, Begleitumständen und ihrem psychodynamischen Gehalt</li> </ul>	<p>← Bezug</p>	<p><b>6. Psychodynamik der neurotischen Erkrankung</b></p> <p><i>Zuerst diesen Abschnitt formulieren und dann Angaben zu Punkt 1 .u. 2. nach ihrem Bezug zur Psychodynamik auswählen!</i></p> <p>a) Darstellung der äußeren Ereignisse, an die die jetzige Symptomatik gebunden ist</p> <p style="text-align: center;">↕ Zuordnung</p> <p>b) Aktualisierung des intrapsychischen Konfliktes unter Berücksichtigung der Genese c) Darstellung der Symptomatik als neurotischen Versuch der Konfliktlösung</p>
<p><b>2. Kurze Darstellung der lebensgeschichtlichen Entwicklung</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Möglichst distanzierte Beschreibung von Daten zum Milieu der Kindheit, zur psychosozialen und psychosexuellen Entwicklung</li> <li>• Körperliche Entwicklung kurz fassen</li> </ul>	<p>← Bezug</p>	<p><b>7. Neurosenpsychologische Diagnose zum Zeitpunkt der Antragsstellung</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mit der <u>klinischen Diagnose</u> wird die Symptomatik beschrieben, unter Verwendung der ICD-10-Klassifikation</li> <li>• Mit der <u>Konfliktanalyse</u> wird die Art des zu Grunde liegenden Konfliktes und der Persönlichkeitsstruktur unter Verwendung psychodynamischer Konzepte erfasst</li> <li>• Gegebenenfalls werden differentialdiagnostische Überlegungen zur Beeinträchtigung der <u>Ich-Struktur</u> (Neurose, Borderline-Störung, Psychose) angestellt</li> </ul>
<p><b>3. Krankheitsanamnese</b></p> <p>alle wesentlichen Erkrankungen, ggf. auch ihre ärztliche Behandlung erwähnen, auf jeden Fall alle vorangegangenen Psychotherapien</p>		<p><b>8. Behandlungsplan und Zielsetzung der Therapie</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bei einer Entscheidung für tiefenpsychologische Psychotherapie soll sich das Therapieziel beschränken auf die <u>Bearbeitung eines abgegrenzten neurotischen Konfliktes</u> mit dem Ziel der Symptombesserung oder -heilung. Dabei muss die spezielle Form der Therapie (Einzel- oder Gruppentherapie) mit Anzahl und Frequenz der Sitzungen angegeben und begründet werden, ggf. wird der Behandlungsfokus auf der Basis der psychodynamischen Hypothese formuliert.</li> <li>• Ziele einer tiefenpsychologischen <u>Psychotherapie bei psychotischen Erkrankungen</u>: Bearbeitung psychosozialer Auslösefaktoren nach psychotischen Krisen zur Rezidivprophylaxe, psychotherapeutische Unterstützung zur Erreichung der gesteckten Rehabilitationsziele, Verarbeitung der psychoreaktiven Folgen nach Erstmanifestation einer Psychose.</li> </ul> <p><b>9. Prognose der Psychotherapie</b></p> <p>Die <u>Beurteilung der Prognose</u> beruht auf der Abwägung günstiger und ungünstiger prognostischer Kriterien unter Bezugnahme auf die oben genannten Persönlichkeitseigenschaften. Dabei sollte bedacht werden: das Problembewusstsein des Patienten, seine Verlässlichkeit, eine partielle Lebensbewältigung, die Fähigkeit bzw. Tendenz zur Regression, psychische Flexibilität und Entwicklungsmöglichkeiten.</p>
<p><b>4. psychischer Befund zum Zeitpunkt der Antragsstellung</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>psychoanalytischer Befund</u>: objektivierende Beschreibung der Beobachtungen zu der Interaktion, der Persönlichkeitsstruktur und ihren Abwehrmechanismen</li> <li>• <u>psychiatrischer Befund</u>: Psychopathologischer Befund mit Beurteilung der Ich-Funktionen</li> </ul>		
<p><b>5. somatischer Befund</b></p> <p>keine eigene Untersuchung, auf Attest verweisen, das höchstens 3 Monate alt sein darf</p>		

## Literaturempfehlungen

### **Argelander H (1970): Das Erstinterview in der Psychotherapie**

(6. unveränderte Auflage 1999)

Primus Verlag, 112 Seiten, 10,- Euro

Ein kleines, feines, leicht lesbares und immer noch aktuelles Buch, das dem Anfänger Verhaltenssicherheit vermittelt und dabei hilft, die Wahrnehmungseinstellung auf atmosphärische Aspekte des Erstinterviews auszudehnen. Die Bedeutung szenischer und situativer Informationen wird überzeugend herausgestellt.

### **Boessmann U (2000): Psychoanalytisch und tiefenpsychologisch fundierte Berichte an den Gutachter schnell und sicher schreiben**

Deutscher Psychologen Verlag,

Diese Anleitung erfrischt durch ihren respektlosen Umgang mit den Erwartungen der Gutachter an einen Bericht zum Erstantrag auf Psychotherapie, durch pragmatische Hilfen bis zu „wasserdichten“ Formulierungsvorschlägen. Es gibt viele gute Tipps, der Stil allerdings kann dazu verführen, die anstrengende, Irrtumsbehaftete Bemühung um eine passende theoretische Fundierung psychotherapeutischer Arbeit als überflüssig anzusehen und die Begriffe als unverstandene Hülsen zu verwenden.

### **Dührssen A (1981): Die biographische Anamnese unter tiefenpsychologischem Aspekt**

(4. Auflage 1997)

Vandenhoeck und Ruprecht, 159 Seiten, 19,90 Euro

Ein konkurrenzloser Klassiker der tiefenpsychologischen Anamneserhebung, lesenswert trotz einem Hang zur neoanalytischen Schule von Harald Schultz-Hencke, die nicht mehr *en vogue* ist. Modern dagegen waren und sind auch heute noch die Einbeziehung des sozialen Umfeldes und das Plädoyer für das Drei-Generationen-Konzept bei der Erkundung des Milieus der Herkunftsfamilie.

### **Hoffmann S O, Hochapfel G, Eckardt-Henn A, Heuft G (1999): Neurosenlehre, Psychotherapeutische und Psychosomatische Medizin**

6. überarbeitete und erweiterte Auflage

Schattauer Verlagsgesellschaft, 466 Seiten.

Dieses kompakte Lehrbuch ermöglicht auf knapp 80 Seiten einen guten und flüssig lesbaren Einstieg in die allgemeine Neurosenlehre mit der Erläuterung einiger Grundbegriffe, einem Abriss der psychischen Entwicklungsphasen und der Skizzierung verschiedener Modelle zur Erklärung neurotischer Symptome.

### **Mentzos S (1991): Psychodynamische Modelle in der Psychiatrie**

Vandenhoeck und Ruprecht. 141 Seiten.

Mentzos beschreibt auf übersichtliche, eingängige Weise die Anwendung des psychoanalytischen Konfliktmodells auf psychotische Erkrankungen und beschreibt die Psychodynamik bei affektiven Psychosen Schizophrenien und Persönlichkeitsstörungen. Eine Grundinformation für Therapeuten, die sich für psychotherapeutische Möglichkeiten bei Psychosekranken interessieren.

### **Hohage R (2000): Analytisch orientierte Psychotherapie in der Praxis**

3. neu bearbeitete Auflage

Schattauer Verlagsgesellschaft. 193 Seiten, 39,95 Euro

Dieses Buch diskutiert ausführlich und an Beispielen illustriert alle Aspekte der Diagnostik, Behandlungsplanung für psychoanalytische und tiefenpsychologische Psychotherapie-Verfahren.

Dabei werden insbesondere alle Einzelheiten erläutert, die bei der Erstellung eines Berichtes zum Antrag auf Psychotherapie nach den Richtlinien der gesetzlichen Krankenversicherung zu beachten sind.

**Rüger U, Dahm A, Kallinke D (2003) Faber / Haarstrick R - Kommentar Psychotherapie-Richtlinien**

6. aktualisierte Auflage

Jungjohann Verlag. 231 Seiten, 39,95 Euro

Neben einem kurzen historischen Abriss zur Einführung psychotherapeutischer Verfahren in die Kassenärztliche Versorgung kommentiert dieses Buch alle anerkannten Therapieverfahren und die dafür vorgesehenen Regelungen. Auch die einschlägigen Gesetzestexte und Formularvordrucke sind hier abgedruckt.

**Wöller W und Kruse J (2001): Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie – Basisbuch und Praxisleitfaden**

2. durchgesehene und korrigierte Auflage 2002

Schattauer Verlag.

Dieses Buch ist bei vielen Ausbildungskandidaten beliebt wegen seiner ausführlichen, anschaulichen, Praxisbezogenen Darstellung wesentlicher Aspekte der Planung und Durchführung tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie. Für Freunde eines Kurzgefassten, systematischen Überblicks ist das Buch nicht so geeignet.

Checkliste:  
**Erhebung und schriftlichen Darstellung  
einer tiefenpsychologischen Anamnese**

(in Anlehnung an einen entsprechenden Leitfaden von Ilse Wrage aus dem Jahre 1986)

### **1. Personalia**

Name, Geburtsdatum, Anschrift und Telefonnummer  
Beruf und bei Erwerbstätigkeit derzeitiger Arbeitsplatz  
Zivilstand und bei Elternschaft Alter und Geschlecht der Kinder  
Name und Adresse der Krankenkasse, gegebenenfalls auch des überweisenden Arztes

### **2. Der erste Kontakt**

formales Zustandekommen mit Darstellung dabei eventuell aufgetretener Besonderheiten  
erste Begegnung und Begrüßung mit Beschreibung des äußeren Erscheinungsbildes  
spezifische Beziehungsabläufe zwischen Patient und Therapeut mit den ersten Übertragungs- und Gegenübertragungsreaktionen und -gefühlen im Sinne der "szenischen Gestalt" des Erstkontaktes

### **3. Spontanangaben und gegenwärtige Beschwerden**

Klagen des Patienten, möglichst mit wörtlichen Zitaten, und Darstellung seiner Symptomatik  
Schilderung psychosozialer Konflikte im privaten oder beruflichen Umfeld mit ihren Auslösern

### **4. Lebensgeschichtliche Entwicklung**

Familienanamnese mit Auflistung und kurzen Charakterisierung der Familienmitglieder und ihrer Beziehungen an Hand eines Genogramms, dabei Altersangaben in Relation zum Patienten, Geschwisterreihe, soziale Herkunft und Beruf der Eltern und Großeltern, Kindheitsmilieu und Ehe der Eltern, wichtige Krankheiten und gegebenenfalls die Todesursachen

körperliche Entwicklung mit Erwähnung aller wesentlichen Erkrankungen und der darauf bezogenen ärztlichen Behandlungen und Klinikaufenthalte

seelische Entwicklung seit Schwangerschaft der Mutter (Wunschkind? Als Junge oder als Mädchen gewünscht?), Geburtsverlauf und frühkindliche Entwicklung (soweit dem Patienten bekannt), Verhältnis zu den frühen Beziehungspersonen (Mamas oder Papas Liebling?), traumatisierende Milieubelastungen, früheste Kindheitserinnerung, psychische Primordialsymptomatik (z.B. Bettnässen oder Nägelkauen), psychische Beeinträchtigungen im weiteren Verlauf mit darauf bezogenen bisherigen oder auch noch laufenden Therapien

soziale Entwicklung von Erfahrungen in Kindergarten und Schule bis zur Berufswahl (Motiv?) und beruflichem Werdegang, Leistungsverhalten, typische Konflikte in Schwellensituationen und am Arbeitsplatz mit den zugehörigen Bewältigungsmustern

sexuelle Entwicklung und Partnerschaftsverhalten mit Erinnerungen an frühkindliche Sexualität und die weitere Entwicklung bis zu Pubertät und Adoleszenz, erste Partnerbeziehung und erste Intimgemeinschaft, hetero- bzw. homosexuelle Orientierung, Verarbeitung von Trennungen oder Scheidung, jetzige Partnerschaft mit gegenwärtigem sexuellen Erleben und Verhalten.

### **4. Befund**



psychischer Befund: emotionaler Kontakt, Abschätzung der Intelligenz, psychopathologische Symptomatik (Bewußtsein, Antrieb, Stimmung und Affekt, formale und inhaltliche Denkstörungen, mnestiche Funktionen, Suizidalität), Differenziertheit der Persönlichkeit mit Einsichtsfähigkeit (Introspektionsfähigkeit), Aufgeschlossenheit gegenüber einer Psychogenese der Erkrankung und innere Motivation für aufdeckende Psychotherapie, hauptsächliche Formen der Konfliktbewältigung (z.B. Riemann'sche Typen der Persönlichkeit) und dabei bevorzugte Abwehrmechanismen (z.B. Abwehrformen nach Anna Freud), aktueller oder typischer Traum, Antworten auf projektive Fragen (Lieblingsmärchen? Drei Wünsche?)

*Achtung! Der erhobene psychische Befund ist von der Interaktion während des Interviews und von der subjektiven Einschätzung des Interviewers abhängig. Deshalb sollten die Gegenübertragungsreaktionen und -gefühle differenziert beschrieben werden.*

somatischer Befund: Eine eigene somatische Untersuchung erfolgt nicht, an deren Stelle wird ein Befundbericht vom Hausarzt angefordert. Es werden während der Anamnese lediglich Angaben zu Anlaß, Art und Ort gegenwärtiger somatischer Behandlungen aufgenommen, daneben eventuell auffällige körperliche Merkmale des Patienten beschrieben.

## **5. Psychodynamik der Störung, Diagnose, Indikation und Prognose**

Ziel ist die Darstellung einer in sich stimmigen Psychodynamik der Störung, d.h. der neurotischen Entwicklung und des intrapsychischen Konfliktes mit der daraus folgenden neurotischen Kompromiß- und Symptombildung. Der Zeitpunkt des Auftretens bzw. der Verschlimmerung der Symptome und die auslösenden Faktoren sollen im Zusammenhang mit der psychodynamischen Entwicklung beschrieben werden. Es geht um den Versuch einer kausalen Verknüpfung der infantilen Entwicklungsbedingungen, die zu einer neurotischen Persönlichkeitsstruktur geführt haben, mit dem jetzigen Krankheitsbild unter Einbeziehung vermuteter, bisher unbewusster Faktoren. Die Hypothesen können sich an verschiedene Denkmodelle anlehnen: Triebtheorie, klassische Strukturtheorie (Ich, Es, Über-Ich bzw. Ich-Ideal), Narzissmustheorie und Selbstpsychologie, Ich-Psychologie und Objektbeziehungstheorie, Bindungstheorie.

Bei der Diagnose sollte man sich möglichst auf eine Krankheitsdiagnose nach ICD-10 und eine Persönlichkeitsstruktur-Diagnose festlegen, eventuell mit differentialdiagnostischen Erwägungen und einer ergänzenden Aufzählung zusätzlicher (psycho-)somatischer Symptome. Zur Indikation ist die Art und Dauer der vorgesehenen Psychotherapie (analytische oder tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, Einzel- oder Gruppentherapie, Fokalthherapie, fraktionierte oder niederfrequente Anordnung der beantragten Stundenzahl) vor dem Hintergrund des psychischen Befundes, der Psychodynamik und der Diagnose zu begründen. Die Einschätzungen zur Prognose der Erkrankung unter der beantragten Psychotherapie geht aus von der Motivationslage, dem Problembewusstsein und der Beziehungsfähigkeit des Patienten, seiner Verlässlichkeit und partiellen Lebensbewältigung. Dabei ist insbesondere Stellung zu nehmen zur Krankheitseinsicht, zu Regressionstendenzen, zum Ausmaß der Fixierung auf die Symptomatik (Krankheitsgewinn?), zur psychischen Flexibilität und Entwicklungsmöglichkeit des Patienten.

*Achtung! Indikation und Prognose sind weitgehend von der subjektiven Einschätzung des Interviewers abhängig.*

## Beispiel:

# **Bericht für den Erstantrag auf Richtlinien-Psychotherapie bei einer Patientin mit zwei durchgemachten psychotischen Krisen**

## **1. Spontanangaben der Patientin**

Es gehe ihr derzeit nicht so gut, sie fühle sich depressiv und habe einen Grübelzwang. Sie mutmaße, dass eine gleichgestellte Kollegin bei der Bank es auf einen in Aussicht stehenden höheren Posten abgesehen habe, für den sie beide in Frage kämen. Von dieser Kollegin fühle sie sich abgelehnt und könne sich ihr gegenüber nicht durchsetzen, sie habe Konzentrationsschwierigkeiten und Ängste, die Arbeit nicht zu schaffen. Sie stehe ständig unter Druck, könne auch zu Hause nicht abschalten, habe dann ein flaes Gefühl im Bauch, weine daheim viel und habe Schlafstörungen. Sie nehme 300 mg Solian täglich, habe dennoch Angst, erneut psychotisch zu dekomensieren, sei aber sehr pflichtbewusst und habe trotz der Beschwerden bisher nur einen Tag bei der Arbeit gefehlt.

Frau M zeigt in Zusammenhang mit der subjektiv empfundenen Aussicht auf beruflichen Aufstieg eine zunehmende ängstliche Verunsicherung mit Zwangsgedanken und Schlafstörungen auf dem Boden einer sensitiven Charakterneurose, in die sich auch gewisse paranoische Beziehungssetzungen einmischen. Ihr Ehrgeiz kollidiert mit einer geringen Selbsteinschätzung, ihr Ordnungssinn mit einer durchaus vorhandenen Bereitschaft, im beruflichen und privaten Leben Neues zu wagen.

## **2. Kurze Darstellung der lebensgeschichtlichen Entwicklung**

Die Patientin ist nach offenbar ungewollter Schwangerschaft als Nachzügler in einer Art Einzelkindsituation aufgewachsen, ihre 4 Geschwister sind 10 – 15 Jahre älter. Eine der Schwestern ist drogensüchtig geworden und hat eine Psychose entwickelt. Aus den Berichten von Frau M ergibt sich das Bild einer einseitigen und ambivalenten Bindung an die Mutter (+42, Hausfrau), die in emotional distanziert erlebter Weise für die Körperpflege und Ernährung der Kinder sorgte. Zum Vater (+46, Maurer), der von frühmorgens bis spätabends bei der Arbeit war und als jähzornig beschrieben wird, konnte Frau M nur eine unzureichende identifikatorische Bindung aufbauen. Als Frau M 7 Jahre alt war, wurde der Vater nach einem Schlaganfall erwerbsunfähig, er starb 1989 im Alter von 70 Jahren an seinem 3. Herzinfarkt. Die Ehe der Eltern sei wenig herzlich gewesen, es habe aber nie offenen Streit gegeben.

Die Patientin selbst konnte schon als Kind schlecht allein sein, war seit der Kindergartenzeit schüchtern und errötete leicht. Ihre Selbstwertbestätigung fand sie im Leistungsbereich, ihr Bildungsweg führte sie über das von den Eltern erreichte Niveau deutlich hinaus. So ging sie nach der Realschule aufs Gymnasium, war 1 Jahre in Kanada zum Schüleraustausch und begann nach dem Abitur zu studieren. Von dem Fach Politologie wechselte sie zur Anglistik und Romanistik, ihren Unterhalt verdiente sie sich selbst als Übersetzerin in einer Bank. Das Examen führte sie nach der ersten psychotischen Episode nicht zu Ende, erwarb aber im Jahre 2001 einen Abschluss als Fremdsprachenkorrespondentin. Seitdem ist sie bei einer Bank als Übersetzerin berufstätig.

Erste sexuelle Erfahrungen bei Frau M gehen in das 15. Lebensjahr zurück, seitdem gab es insgesamt 7 länger dauernde Partnerschaften, mit dem aktuellen Freund ist sie seit 2 Jahren zusammen. Der Freund wird von ihr als ruhig, verständnisvoll, ordentlich und sauber charakterisiert, ist von Beruf Rohrnetzbauer und zur Zeit arbeitslos. Den von ihr geäußerten Heirats- und Kinderwünschen stünde er abwartend gegenüber, da er sich zuerst um seine berufliche Zukunft kümmern wolle. Es gibt einen kleineren Freundeskreis, zum Teil bestehen Freundschaften schon seit der Kindheit.

In der körperlichen Entwicklung von Frau M gibt es keine Auffälligkeiten.

### **3. Krankheitsanamnese**

An körperlichen Erkrankungen ist nur eine regelmäßig behandelte Schilddrüsenunterfunktion zu nennen. Frau M befand sich bereits 1992 wegen einer Erythrophobie in psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung. 1995 erlitt sie vor dem Studienabschluss eine erste paranoisch-psychotische Krise, 1998 ein gleichgeartetes Rezidiv während der Diplomarbeit zur dann doch noch erfolgreich beendeten Ausbildung zur Fremdsprachenkorrespondentin. Aus diesem Grund erfolgte 1999 ein psychiatrischer Klinikaufenthalt mit anschließender Tagesklinikbehandlung.

### **4. Psychischer Befund zum Zeitpunkt der Antragstellung**

Psychoanalytischer Befund: Die Patientin wirkt im Erstinterview zunächst angespannt, etwas unruhig und leicht verunsichert, fasst dann aber schnell Vertrauen zum Untersucher und wird damit deutlich ruhiger. Sie ist aufmerksam und zeigt Offenheit gegenüber Zusammenhängen zwischen ihrer Erkrankung und konfliktreichen Lebensereignissen. Sie ist sehr interessiert an einer auch aufdeckenden Psychotherapie. Vorrangige Abwehrmechanismen sind Intellektualisierung, Rationalisierung und Reaktionsbildung mit einer Tendenz zur paranoischen Projektion und depressiven Introjektion aggressiver Impulse in besonderen Belastungssituationen.

Psychopathologischer Befund: Frau M hat ein gepflegtes Äußeres, ist überdurchschnittlich intelligent und bietet keine Anhaltspunkte für Störungen von Antrieb, Konzentration oder Gedächtnis, für Suizidalität, Wahnwahrnehmungen oder Halluzinationen. Es besteht eine Grübelneigung und in Belastungssituationen eine Tendenz zu paranoischen Beziehungssetzungen, von denen sie sich jedoch zur Zeit gut distanzieren kann. Emotional wirkt sie etwas niedergedrückt bei erhaltener affektiver Schwingungsfähigkeit. Der aktuelle Befund und die psychiatrische Vorgeschichte sprechen gegen das Vorliegen einer Schizophrenie.

### **5. Somatischer Befund**

Auf das beiliegende Attest des Hausarztes wird verwiesen.

### **6. Psychodynamik der psychischen Erkrankung**

Die Patientin hat angesichts einer von ihr vermuteten Rivalität mit einer Kollegin um einen beruflichen Aufstieg am Arbeitsplatz ängstlich-verunsichert reagiert und zu dieser Kollegin einen angedeuteten sensitiven Beziehungswahn entwickelt. Die dabei sichtbaren projektiven Abwehrmechanismen (paranoische Symptome) traten in 2 vorangegangenen Schwellensituationen am Ende von Ausbildungsgängen in ähnlicher Weise auf.

Der in der aktuellen Symptomatik zum Ausdruck kommende intrapsychische Konflikt zwischen verstärkt mobilisierten aggressiven Triebimpulsen (ehrgeiziges berufliches Leistungsstreben) und einem rigide auf Anpassung und Einhaltung der Ordnung ausgerichteten Über-Ich bringt die Regulationsfunktionen des Ich an die Grenze ihrer Belastungsfähigkeit. Die lebensgeschichtliche Entwicklung ergibt starke Anhaltspunkte frühkindlicher Prägungen in Richtung eines unsicher-ambivalenten Bindungsmusters mit Minderwertigkeitsgefühlen, Unterdrückung aggressiver Impulse und Ausbildung eines sensitiven Charakters im Sinne von Ernst Kretschmer.

In der aktuellen Symptomatik aus ängstlichen, anankastischen und paranoischen Elementen zeigt sich eine enge Verwandtschaft zu ihrer zwanghaften Persönlichkeitsstruktur. Die Symptome lassen sich deuten als Versuch, den verführerischen und bedrohlichen unbewußten Karrierewunsch seiner Realisierbarkeit zu berauben und gleichzeitig die darin liegenden aggressiven Impulse durch Projektion in die vermeintliche Konkurrentin ein Stück weit auszuleben.

## **7. Neurosenpsychologische Diagnose zum Zeitpunkt der Antragstellung**

Zuspitzung ängstlicher Verunsicherung, Zwangsgedanken und paranoischer Beziehungssetzung (F43.23) auf dem Boden einer sensitiven Charakterneurose, die in der ICD-10-Klassifikation als ängstlich-vermeidende Persönlichkeitsstörung einzuordnen ist (F60.6).

Die aggressiven Triebimpulse, die im Rahmen eines auf dem beruflichen Feld ausgetragenen ödipalen Konfliktes mobilisiert wurden, überfordern tendenziell die habituellen zwanghaften Abwehrmechanismen, so dass sich das Ich zusätzlich sensitiver und paranoischer Abwehrformen bedienen muss.

Die Gefahr einer aktuellen psychotischen Dekompensation ist durch neuroleptische Rezidivprophylaxe gebannt, der psychische Befund in Längs- und Querschnitt spricht gegen das Vorliegen einer chronisch-rezidivierenden Schizophrenie und für die beschriebene Persönlichkeitsstörung, deren Symptomatik durch aktuelle Konflikte stark bestimmt und einer psychotherapeutischen Aufarbeitung gut zugänglich ist.

## **8. Behandlungsplan und Zielsetzung der Therapie**

Die Behandlung soll als tiefenpsychologisch fundierte Einzelpsychotherapie mit einer Frequenz von einer Stunde pro Woche über voraussichtlich 80 Stunden durchgeführt werden, wobei hier zunächst 50 Stunden beantragt werden. Eine während der Anamnesegespräche bereits zustande gekommene milde positive Vaterübertragung lässt erwarten, dass sich eine tragfähige therapeutische Beziehung entwickeln wird. Das Therapieziel beschränkt sich schwerpunktmäßig auf die Aufklärung der Auslösung psychischer Krisen durch Aktualisierung des inneren Konfliktes zwischen beruflichem Ehrgeiz und leicht zu verunsicherndem Selbstwertgefühl.

## **9. Prognose**

Die Introspektionsfähigkeit und hohe Therapiemotivation bei differenzierter Persönlichkeit und überdurchschnittlicher Intelligenz lassen erwarten, dass durch die beantragte Psychotherapie das Risiko künftiger psychotischer Krisen deutlich reduziert und eine neuroleptische Langzeitmedikation vermieden werden kann. Die zwanghaften Persönlichkeitsanteile und die soziale Anpassungsfähigkeit der Patientin stützen ihre partielle Lebensbewältigung in Beruf und Partnerschaft. Im psychotherapeutischen Prozess ist darauf zu achten, dass nach einer anfänglich positiven Vaterübertragung sich aggressive Impulse bei der Patientin melden werden, die angenommen und vor einer überzogenen, Über-Ich-gesteuerten Gegenreaktion in Schutz genommen werden sollten. Gelingt es hierdurch, der fantasierten Unvereinbarkeit der Forderungen von Über-Ich- und Es-Impulsen Möglichkeiten einer konstruktiven Kompromisslösung entgegenzusetzen, ist die Prognose für die Patientin als günstig einzuschätzen.