

Pierre E. Frevert

# Psychotherapie Einführung und Grundlagen

## SCRIPT

für die Ausbildungseinheit im Rahmen der Weiterbildung für  
TeilnehmerInnen des Kurses Psychiatrische Fachpflege an der  
Universitätsklinik Frankfurt am Main, Kurs 2008/2010

Anschrift: [pierre.frevert@dgn.de](mailto:pierre.frevert@dgn.de)

[www.pierre-frevert.de](http://www.pierre-frevert.de)

© Pierre E. Frevert 2009

Für Rückfragen: Pierre E. Frevert, Arzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Arzt für  
Psychosomatische Medizin und Psychotherapie/ Psychoanalyse. Liebigstr. 8a, 60323 Frankfurt.  
Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit ausdrücklicher Genehmigung des Autors

# Psychotherapie

## Einführung und Grundlagen

### **0. Allgemein**

- 0.1. Versuch einer Definition:
- 0.2. Historischer Abriss:
- 0.3. Unterschied Psychoanalyse/Verhaltenstherapie
- 0.4. Psychodrama, Gestalt, die Humanistischen Psychotherapien:
- 0.5. Wirkung von Psychotherapie

### **1. Begriffsbestimmung: Psychotherapie – Psychoanalyse – Psychosomatik – Psychiatrie – Psychologie**

- 1.1. Psychotherapie
- 1.2. Psychoanalyse
- 1.3. Psychosomatik (Psychotherapeutische Medizin)
- 1.4. Psychiatrie
- 1.5. Psychologie

### **2. Anwendungsarten und –bestimmung von Psychotherapie**

- 2.1. Psychotherapie stationär
  - 2.1.1. Therapiemöglichkeiten im stationären Setting
- 2.2. Psychotherapie ambulant
  - 2.2.1. Therapiemöglichkeiten im ambulanten Setting
- 2.3. Beratung (nicht therapeutisch)
- 2.4. psychoanalytisch orientierte Therapieverfahren (nicht Kassen zugelassen)
  - 2.4.1. Gestaltungstherapie
  - 2.4.2. Körpertherapeutische Verfahren
  - 2.4.3. Musiktherapie
  - 2.4.4. Tanztherapie
- 2.5. Weitere Therapieformen entlehnt der PSA oder VT
  - 2.5.1. Familientherapie
  - 2.5.2. Paartherapie
  - 2.5.3. Kinder- und Jugendtherapie
- 2.6. Psychotherapie im engeren Sinne
  - 2.6.1. Gruppentherapie
  - 2.6.2. PSA Gruppentherapie
  - 2.6.3. TPT Gruppentherapie
  - 2.6.4. VT Gruppentherapie
- 2.7. Einzeltherapie
  - 2.7.1. Psychoanalytische Einzeltherapie
  - 2.7.2. Tiefenpsychoanalytische Einzeltherapie
  - 2.7.3. Kurz-Therapie

- 2.7.4. Fokal-Therapie
- 2.7.5. VT-Einzel

### **3. Psychotherapeutische Verfahren im Einzelnen**

#### **3.1. Konfliktzentrierte/ Tiefenpsychologische Verfahren**

- 3.1.1. Psychoanalyse
- 3.1.2. Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
- 3.1.3. Tiefenpsychologie/Analytische Psychologie nach Jung (1875-1961)
- 3.1.4. Individualpsychologie nach Adler (1875-1937)
- 3.1.5. Neopsychoanalyse Schultz-Hencke (1892-1953)
- 3.1.6. EXKURS Freud – Jung – Adler
  - 3.1.6.1. Freud
  - 3.1.6.2. Jung
  - 3.1.6.3. Adler

#### **3.2. Verhaltenstherapeutische Verfahren**

- 3.2.1. Verhaltenstherapie („Umlernen, Trainieren“)
- 3.2.2. Kognitive Verfahren („Umdenken“)

#### **3.3. Systemische Verfahren**

- 3.3.1. Systemische Paar und Familientherapie
- 3.3.2. Anwendungsbeispiele (Psa,VT,SyT)

#### **3.4. Humanistische Therapien**

- 3.4.1. Gesprächspsychotherapie nach Rogers
- 3.4.2. Gestalttherapie nach Perls
- 3.4.3. Transaktionsanalyse nach Berne
- 3.4.4. Psychodrama Moreno
- 3.4.5. Positive Psychotherapie nach Peseschkian

#### **3.5. Suggestive Verfahren**

- 3.5.1. Hypnose
- 3.5.2. Katathymes Bilderleben
- 3.5.3. Neurolinguistisches Programieren (NLP)
- 3.5.4. Autosuggestive Verfahren
  - 3.5.4.1. Autogenes Training
  - 3.5.4.2. Progressive Muskelrelaxation nach Jacobson
  - 3.5.4.3. Biofeedback

#### **3.6. Ausdruckstherapien**

- 3.6.1. Körpertherapie
- 3.6.2. Funktionelle Entspannung (FE)
- 3.6.3. Gestaltungstherapie
- 3.6.4. Musiktherapie
- 3.6.5. Tanz- Bewegungstherapie

### **4. Krankheitsbilder**

- 4.1. F40-48: Neurotische Belastungs- und somatoforme Störungen
  - 4.1.1. Phobien F40.0:

- 4.1.1.1. Agorophobie, F40.1
- 4.1.1.2. soziale Phobien, F40.2
- 4.1.1.3. Isolierte spezifische Phobien
- 4.1.2. F41 sonstige Angststörungen
- 4.1.2.1. F41.0 Panikstörung,
- 4.1.2.2. F41.1 Generalisierte Angststörung
- 4.1.2.3. F41.2 Angst und depressive Störung gemischt
- 4.1.3. F42 Zwangsstörung
- 4.1.4 . F43.0 Akute Belastungsstörung
- 4.1.4.1. F43. Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen
- 4.1.4.2. F43.1 Posttraumatische Belastungsstörung
- 4.1.4.3. F43.2 Anpassungsstörungen
- 4.1.5. F44 Dissoziative Störungen (Konversionsstörungen)
- 4.1.6. F45 Somatoforme Störungen,
- 4.1.6.1. F45.0 Somatisierungsstörung,
- 4.1.6.2. F45.2 Hypochondrische Störung,
- 4.1.6.3. F45.3 somatoforme autonome Funktionsstörung,
- 4.1.6.4. F45.30 kardiovaskuläre System (Herzneurose)
- 4.1.6.5. F45.4 Anhaltende somatoforme Schmerzstörung
- 4.1.7. F50-F59 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren
- 4.1.7.1. F50.0 Anorexia nervosa,
- 4.1.7.2. F50.2 Bulimia nervosa
- 4.1.7.3. F50.4 Essattacken bei sonstigen psychischen Störungen
- 4.1.8. F51 Nichtorganische Schlafstörungen
- 4.1.9 F52 Nichtorganische sexuelle Funktionsstörungen
- 4.1.9.1. F52.0 Mangel oder Verlust an sexuellem Verlangen,
- 4.1.9.2. F52.1 sexuelle Aversion und mangelnde sexuelle Befriedigung,
- 4.1.9.3. F52. 2 Versagen genitaler Reaktionen, F52.3 Orgasmusstörungen
- 4.1.10. F53 psychische und Verhaltensstörungen im Wochenbett
- 4.1.11. F54 psychologische Faktoren und Verhaltensfaktoren bei andernorts klassifizierten Krankheiten (Magenulkus F54 und K 25, Urticaria F54 und L50)
- 4.1.12. F55 Missbrauch von nicht abhängigkeiterzeugenden Substanzen
- 4.1.12.1. Abhängigkeit und Substanzmissbrauch

## **5. Psychotherapie- Psychoanalyse: Konzepte und Grundbegriffe**

- 5.1 Das topographische Modell BW/ VBW /UBW
- 5.2. Das Struktur- oder 3-Instanzenmodell: ICH/ ES/ ÜBER-ICH
- 5.3 Die Abwehrmechanismen
- 5.4. Das genetische Modell: oral-anal-phallisch/oedipal-Latenz-Pubertät-Adoleszenz

- 5.4.1. Orale Phase
- 5.4.2. Anale Phase
- 5.4.3. Ödipale Phase
- 5.4.4. Latenz Phase
- 5.4.5. Genitale Phase
- 5.5. Die Entwicklungsphasen nach Erikson
- 5.6. Stadien der kognitiven Entwicklung nach Piaget
- 5.7. Die Bindungsforschung von Bowlby
- 5.8. Exkurs: Charakterkunde nach König
- 5.8.1. Objekt/ Charakterstrukturen
- 5.8.2. Beziehungsstrukturen
- 5.9. Übertragung – Gegenübertragung – Widerstand
- 5.10. Setting
  
- 6. Konsequenzen für die Pflege- psychotherapeutische Haltung in der Pflege**
  
- 7. Literaturangaben:**

# Psychotherapie

## Einführung und Grundlagen

### 0. Allgemein

Der Begriff Psychotherapie setzt sich aus zwei Worten zusammen: psychisch (von griechisch *ψυχή* [psyche], dt. *Seele*) = seelisch und Therapie = Behandlung. Psychotherapie ist also die Behandlung seelischen Leidens (Pathos = Leiden) durch den Arzt/ Psychotherapeuten.

Der griechische Buchstabe  $\Psi$  (*Psi*) ist Symbol für die Psychoanalyse. Im weitesten Sinne steht er für alle „Psy-Fächer“ (Psy-chiatrie, Psy-chosomatik, Psy-chotherapie usw.).



#### 0.1. Versuch einer Definition:

- „Es ist keine moderne Rede, sondern ein Anspruch alter Ärzte, dass diese [psychisch bedingten] Krankheiten nicht das Medikament heilt, sondern der Arzt, das heißt wohl die Persönlichkeit des Arztes, insofern er psychischen Einfluss durch sie ausübt.“ (Freud 1905, S. 15)
- „Psychotherapie ist Krankenbehandlung mit psychologischen Mitteln.“ (Rudolf, 2005, S.367)
- „Psychotherapie ist Krankenbehandlung bei seelisch bedingten Krankheiten, Beschwerden, Störungen im Rahmen und nach den Regeln des öffentlichen Gesundheitswesens.“ (Senf & Broda, 1997, S.3)



#### 0.2. Historischer Abriss:

In der Antike schenkte man den Träumen in geheiligten Stätten (Tempeln) besondere Aufmerksamkeit, weil man sie für heilsam hielt. Im Alten Ägypten gab es Verfahren, die der heutigen Hypnose sehr ähnlich sind. Zunächst war das „Seelenheil“ Gegenstand von Religion und Philosophie. Im Katholizismus haben Beichte, Gelübde und Wallfahrt Elemente einer seelischen Läuterung, die

sich im psychotherapeutischen Prozess ähnlich sind. Im Protestantismus gibt es die Seelsorge. Bis heute sind weite Bereiche der psychotherapeutischen Beratung fest in der Hand der großen Kirchen, wie beispielsweise die Telefonseelsorge, Notfallseelsorge, die Ehe- und Familienberatung usw.

Auf Dr. Franz Anton Messmer (1734-1815) geht der Tierische Magnetismus zurück. Vom Bestreichen von Magneten versprach er Heilung von seelischen Leiden. Die Königliche Kommission vermisste 1784 den wissenschaftlichen „Beweis“ und erkannte die psychologische Wirkung nicht an.

1843 entwickelte Dr. James Braid den Hypnotismus (Halbschlaf), der breite Anwendung fand. Freud erlernte in Paris von Dr. Jean Martin Charcot (1825-1893) die Anwendung der Hypnose bei der „Grande Hystérie“ und wandte sie in der Behandlung von hysterischen Neurosen an, bevor er sie im Zuge der Entwicklung der Psychoanalyse ganz aufgab.

1893 wurde in Frankreich und 1895 in Amsterdam erstmals der Begriff „Psychotherapie“ genannt. In der Psychotherapeutische Klinik Burghölzli (Zürich) wurde eine Hypnoseambulanz eingerichtet. Ihr damaliger Direktor, Forel, der auch als Sexualforscher bekannt wurde, hypnotisierte das Pflegepersonal, damit es ruhig schlief und im Bedarfsfalle zuverlässig aufwachte (Wirsching, 1999, S. 11)

Die Etablierung der Psychotherapie als medizinische Wissenschaft und Disziplin geht auf Prof. Dr. Sigmund Freud (1856-1939) zurück. Er brachte große Fortschritte in der Behandlung der Neurosen durch die Begründung der Psychoanalyse. Er schrieb bahnbrechende Arbeiten über die *Hysterie* (1895), die *Traumdeutung* (1900) und über seine *Sexualtheorie* (1905). Seine Lehre besagt, dass belastende Lebenserfahrungen zur Bildung von Abwehrmechanismen führen (Verdrängung u.a.). Die Konflikte aus der Kindheit wirkten unerkannt im dynamischen Unbewussten (*Ubw*) weiter, was zu neurotischen Symptomen (z.B. neurotische Angst) führe. Demnach sei die Neurose mit ihrem Patient entspannt auf der Couch, der Analytiker sitzt dahinter. Der Patient produziert *freie Assoziationen*, die, ähnlich wie in der *Traumdeutung*, zu bisher verborgenem, unbewussten Material führen. In der Psychoanalyse, wie auch in der von der Psychoanalyse abgeleiteten Tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie und anderen konfliktzentrierten, psychodynamischen Verfahren spielen drei Begriffe eine zentrale Rolle: *Widerstand*, *Übertragung* und *Gegenübertragung* (s.u.).

H. J. Eysenck (1916-1997) klinischer Psychologe und Direktor des Maudsley Hospital in London behauptete (1952), die Psychoanalyse sei wirkungslos und begründete als Gegenkonzept die Verhaltenstherapie. Diese lasse sich empirisch begründen. Sie geht auf die Lernpsychologie zurück. Ängste sind demnach

„erlernt“ und können durch *systematische Desensibilisierung, Konfrontation, Exposition* zu einem „Umlernen“ beim Patienten, der jetzt Klient heißt, führen.



### 0.3. Unterschied Psychoanalyse und Verhaltenstherapie

Die Psychoanalyse geht wissenschaftstheoretisch auf die aufklärerische Philosophie zurück, die Verhaltenstheorie auf den pragmatischen Behaviourismus. Die Psychoanalyse ist hermeneutisch, die Verhaltenstherapie positivistisch orientiert. Während die Psychoanalyse von prädisponierenden Faktoren ausgeht, möchte die Verhaltenstherapie die Symptom erhaltenden, sekundär automatisierten Prozessen stoppen und mit anderer Richtung wieder in Gang setzen.

In Universitäten ist heute die Verhaltenstherapie tonangebend, außerhalb der Universitäten findet die Psychoanalyse und die von ihr abgeleiteten Verfahren mehr Akzeptanz. In der Psychiatrie findet die Verhaltenstherapie mit ihren Belohnungs- und Bestrafungsprinzip (Token Economy, Konditionierung) großen Anklang. Genau da setzt aber auch die gesellschaftliche Kritik an der Verhaltenstherapie und den Behandlungskonzepten in der Psychiatrie (Verhaltensdisziplinierung durch Zigaretten, Sonderausgänge usw.) an, die dieser vorwirft, den Kranken nicht mehr verstehen zu wollen, sondern zu gesellschaftlicher Anpassung umzuerziehen. Die Methode hat sich inzwischen vom simplen Modell des „pawlowschen Hund“, dessen Speichelfluss der russische Forscher Pawlow durch eine Glocke konditionierte, weiterentwickelt und verfeinert. Die Kognitive Wende der Verhaltenstherapie bedeutet die Wende vom Umlernen zum Umdenken (*kognitiv-behavioral*). A.T. Beck (1976) hat diese neue Therapieform für die Depression durch Aufdecken und willentlichen Veränderungen von negativen Denkmustern international etabliert.



### 0.4. Psychodrama, Gestalt, die Humanistischen Psychotherapien.

Zur Psychoanalyse und Verhaltenstherapie gibt es alternative Therapien, die jedoch **alle nicht** von den Krankenkassen anerkannt werden. Zu den bekanntesten gehören die Humanistischen Therapien. Dazu zählen:

- Psychodrama (Moreno, 1930)
- Gestalttherapie (Fritz Perls, 1969)
- Hypnotherapie (Milton Erickson, 1976)
- Klientenzentrierte Psychotherapie (Carl Rogers, 1978)

Weitere Therapieformen sind die Familien und Paartherapie (H.E. Richter, 1970) in Form von Einzel- und Gruppensettings, die Systemische Therapie (Mara Selvini, Mailand, Helm Stierlin, Heidelberg, 1977)

Für die Entwicklung der Psychotherapie bleiben in Deutschland drei Therapieformen entscheidend: die Psychoanalyse, die Verhaltenstherapie und die systemischen Therapien (Nähere Ausführungen s. unten).



## **0.5. Wirkung von Psychotherapie**

Was wird in der Psychotherapie behandelt?

- Angststörungen
- Zwangsstörungen
- Affektive Störungen
- Abhängigkeit und Substanzmissbrauch
- Essstörungen
- Sexuelle Störungen

Welche Psychotherapie für wen?

Diese Entscheidung ist nicht einfach zu treffen, hängt sie von vielen Faktoren ab und hierbei wiederum in erster Linie von dem „Miteinander-Können“ von Patienten und Psychotherapeuten. Allgemein wird man Patienten, die bereit sind, aktiv etwas für sich tun zu wollen eine Psychoanalyse bzw. eine Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie empfehlen, während eher passiv und von Impulsen von außen abhängige Patienten mehr von einer Verhaltenstherapie profitieren.

Wie wirkt was?

1. *Beziehungsgestaltung:*

Die tragfähige Arzt/Patienten-Beziehung ist die Grundlage für vertrauensvolle Mitteilungen. Entscheidend sind die ersten 3-5 Sitzungen.

2. *Einsichtsvermittlung:*

In der Psychotherapie werden tiefe Einsichten in Hintergründe und Zusammenhänge vermittelt, was zu einem Verstehen und sich-verstanden-fühlen führt.

3. *Emotionale Erfahrung:*

In der Psychotherapie erleben Patienten eine emotional bedeutsame korrigierenden Neuerfahrung. Beispielsweise kann eine misstrauische, weil missbrauchte Patientin die Erfahrung in der vertrauensvollen therapeutischen Beziehung machen, dass sie trotz Provokation nicht erneut „missbraucht“ oder zurückgewiesen wird. Der Angstpatient hat keine Panikattacke auf dem Turm oder im Tunnel, wenn er diese mit dem Therapeuten betritt.

#### 4. *Realisierung*:

In der Psychotherapie erleben die Patienten die Aktualisierung und Realisierung von Einsichten. Was *damals* und *draußen* war, erleben sie neu im *hier* und *jetzt*.

#### 5. *Systementwicklung*:

Die Psychotherapie hat eine Auswirkung auf das Umfeld des Patienten. Beispiel: Ein Ehemann kommt mit seiner Ehefrau nicht mehr zurecht, wenn sie plötzlich durch die Psychotherapie weniger depressive Symptome zeigt. *Er* muss sich auf diese Veränderung seiner Frau „umstellen“, was ihn genauso herausfordert, wie seine Frau, die sich aus ihrer depressiven Welt zu lösen. Oder: Die Eltern einer therapierten Anorektikerin müssen erkennen, dass sie durch eine altersentsprechende Ablösung erschreckt waren und nicht adäquat auf die adoleszente Entwicklung ihrer Tochter hatten eingehen können.



## 1. Begriffsbestimmung: Psychotherapie – Psychoanalyse – Psychosomatik – Psychiatrie – Psychologie

Vielen Laien – und nicht nur diesen – fällt es schwer die Berufsbezeichnungen, die mit „Psy“ anfangen, zuzuordnen. Daher folgt hier eine kurze Erläuterung zu den aktuell für die Psychotherapie zugelassenen Berufe.

### 1.1. Psychotherapie

*Was ist Psychotherapie?* (Definition siehe oben.)

Von den Krankenkassen anerkannte Psychotherapeuten (Richtlinienpsychotherapie) sind entweder Psychoanalytiker oder tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapeuten auf der einen oder Verhaltenstherapeuten auf der anderen Seite.

*Wer darf sich Psychotherapeut/in nennen?*

Ein/e Psychotherapeut/in für Erwachsene ist ein Arzt/ Ärztin oder Diplompsychologe/in mit einer psychotherapeutischen Qualifikation an einem

anerkannten Ausbildungsinstitut. „Psychotherapie“ ist eine geschützte Teilgebietsszusatzbezeichnung für Ärzte und Berufsbezeichnung für Psychologen.

Ein/e Psychotherapeut/in für Kinder und Jugendliche ist ein Arzt/ Ärztin oder Diplompsychologe/in oder Pädagoge/in oder Sozialpädagoge/in mit einer psychotherapeutischen Qualifikation an einem anerkannten Ausbildungsinstitut. „Psychotherapie“ ist eine geschützte Teilgebietsszusatzbezeichnung für Ärzte und Berufsbezeichnung für Psychologen und Pädagogen.

*Welche Voraussetzungen braucht ein/e Psychotherapeut/in?*

Medizin- oder Psychologiestudium bzw. Pädagogik- oder Sozialpädagogikstudium und eine dreijährige Berufserfahrung vor Beginn der Psychotherapieausbildung.

## **1.2. Psychoanalyse**

*Was ist Psychoanalyse?*

***„Man darf daher sagen, die psychoanalytische Theorie ist ein Versuch, zwei Erfahrungen verständlich zu machen, die sich in auffälliger und unerwarteter Weise bei dem Versuche ergeben, die Leidenssymptome eines Neurotikers auf seine Quellen in seiner Lebensgeschichte zurückzuführen: die Tatsache der Übertragung und die des Widerstandes. Jede Forschungseinrichtung, welche diese beiden Tatsachen anerkennt und sie zum Ausgangspunkt ihrer Arbeit nimmt, darf sich Psychoanalyse heißen, auch wenn sie zu anderen Ergebnissen als den meinigen gelangt“*** (Freud, 1914, S. 54)

*Wer darf sich Psychoanalytiker/in nennen?*

Ein/e Psychoanalytiker/in ist ein Arzt oder Diplompsychologe mit einer psychotherapeutischen Qualifikation und psychoanalytischen Ausbildung an einem anerkannten Ausbildungsinstitut. Auch andere akademische Zugangsberufe qualifizieren für eine psychoanalytische Ausbildung – etwa für die Kinderpsychoanalyse: Pädagoge/in oder Sozialpädagoge/in. In Österreich können auch Geistliche oder Lehrer sich zum Psychotherapeuten oder Psychoanalytiker ausbilden lassen. „Psychoanalyse“ ist eine geschützte Teilgebietsszusatzbezeichnung für Ärzte und Berufsbezeichnung für Psychologen bzw. (Sozial)pädagogen.

*Welche Voraussetzungen braucht ein/e Psychoanalytiker/in?*

s. Psychotherapeut/in. Hinzu kommt eine langjährige eigene Psychoanalyse (Lehranalyse)

## **1.3. Psychosomatik**

*Was ist Psychosomatik?*

Psychosomatische Medizin ist die Lehre von den körperlich-seelisch-sozialen Wechselwirkungen in der Entstehung, im Verlauf und in der Behandlung von menschlichen Krankheiten. Sie muss ihrem Wesen nach als eine personenzentrierte Medizin verstanden werden? (Hoffmann/Hochapfel, 1995, S.157)

*Wer darf sich Arzt/ Ärztin für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (früher: Arzt/Ärztin f. Psychotherapeutische Medizin) nennen?*

Wer Arzt ist und die gleichnamige Facharztprüfung abgelegt hat.

*Welche Voraussetzungen braucht ein/e Arzt/Ärztin für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie?*

Nach abgeschlossenem Medizinstudium die Facharztausbildung einschließlich Nachweis von Praxiserfahrung in somatischen Fächern wie Innere Medizin u.a.

#### **1.4. Psychiatrie**

*Was ist Psychiatrie?*

Die Psychiatrie befasst sich als Teilgebiet der Medizin mit Störungen des Erlebens und den Veränderungen des menschlichen Verhaltens. (Hinterhuber& Fleischhacker, 1997) Die klinische Psychiatrie befasst sich mit der systematischen Beschreibung und Klassifikation (Nosologie), den Ursachen (Ätiologie), der Symptomatik (Psychopathologie) sowie der Diagnostik, der Prävention und der Therapie seelischer Störungen. Disziplinen der Psychiatrie sind die Kinder- und Jugendpsychiatrie, die Gerontopsychiatrie und die Forensische Psychiatrie. Enge Verbindungen bestehen zur Klinischen Psychologie, zur Psychosomatik und zur Neurologie. (Bender, 1998)

*Wer darf sich Psychiater/in nennen?*

Ein Psychiater ist ein Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie.

*Welche Voraussetzungen braucht ein/e Arzt/Ärztin für. Psychiatrie und Psychotherapie?*

Nach abgeschlossenem Medizinstudium die Facharztausbildung einschließlich Nachweis der Psychotherapeutischen Weiterbildung.

#### **1.5. Psychologie**

*Was ist Psychologie?*

Ein Psychologe ist ein Akademiker, der den Abschluss Diplompsychologe führt.

*Wer darf sich Psychologe/in nennen?*

Psychologe darf sich nennen, wer ein abgeschlossenes Diplompsychologiestudium absolviert hat.

*Welche Voraussetzungen braucht ein/e psychologischer Psychotherapeut?*

Nach dem abgeschlossenem Diplomstudiengang Psychologie eine weitere Spezialisierung in klinischer Psychologie und für die Führung des

Psychotherapietitels ist nach dem Studium eine zusätzliche anerkannte Psychotherapieausbildung mit entsprechender Berufserfahrung erforderlich.



## 2. Anwendungsarten und –bestimmung von Psychotherapie

### 2.1. Psychotherapie stationär

Indikation für die **stationäre Behandlung**: Patienten, die in ihrem alltäglichen Umfeld immer wieder in schwerwiegende und unter Umständen lebensgefährliche Krisen geraten, akut oder chronisch suizidal sind, sich schwere Verletzungen zufügen, psychotisch oder psychosomatisch zu dekompensieren drohen, gefährlich abzumagern, die Kontrolle über ihre Impulse zu verlieren drohen oder hochgradig chronifizierte Störungen haben, können in vielen Fällen nur unter den Bedingungen und mit den Mitteln eines spezialisierten Krankenhauses psychotherapeutisch behandelt werden. (Streek, 1997, S. 107)

#### 2.1.1. Therapiemöglichkeiten im stationären Setting

- Der Klinische Raum bietet ein Feld für (Re)Inszenierungen.
- Die intrapersonelle *und* interpersonelle Dimension wird erschließbar.
- Neue Verhaltens- und Erlebnismöglichkeiten werden erfahrbar.
- Die Klinikstation wird als symbolischer Raum (Winnicott) erlebt.
- Pluralität psychotherapeutischer Verfahren (Gestalt-, Körper-, Musik-Soziotherapie, VT-Techniken, Gruppenerfahrung usw.) erlauben differenzierte Therapieansätze
- Es können gleichzeitig Medikamente gegeben und überwacht werden und eine somatische Beteiligung mitbehandelt werden.
- Spezial-, Rehabilitationskliniken, Abteilungen in Akutkrankenhäusern bieten eine integrierte Behandlungsmöglichkeit.
- Kinder- und Jugendpsychiatrische Kliniken bieten ein spezielles Konzept mit realen sozialen Raum für Kinder u. Jugendliche.

### 2.2. Indikation für die ambulante Behandlung:

Behandlungsbedürftige psychische Störungen bei denen keine unmittelbare Gefahr für das Leben oder die Gesundheit ausgeht und ein noch tragfähiges soziales Umfeld besteht.

#### 2.2.1. Therapiemöglichkeiten im ambulanten Setting

- Es entsteht eine tragfähige langfristige Arztpatientenbeziehung.
- Es findet keine Herausnahme aus Beruf und psychosozialem Umfeld.
- Kooperation mit behandelnden Ärzten oder Institutionen (z.B. Jugendamt)

- Die ambulante Therapie ist deutlich kostengünstiger gegenüber stationärer Behandlung

### **2.3. Beratung ( nicht psychotherapeutisch)**

Psychoanalytisch, verhaltenstherapeutisch oder systemisch orientiert sind einige Beratungsansätze (kirchliche Ehe- und Konfliktberatung usw.)

### **2.4. Nicht-verbale psychoanalytisch orientierte Therapieverfahren (nicht kassenzugelassen)**

- 2.4.1. Gestaltungstherapie
- 2.4.2. Körpertherapeutische Verfahren
- 2.4.3. Musiktherapie
- 2.4.4. Tanztherapie

### **2.5. Weitere Therapieformen entlehnt der PSA oder VT**

- 2.5.1. Familientherapie
- 2.5.2. Paartherapie
- 2.5.3. Kinder- und Jugendtherapie, Familien-, Ehe-Jugend-, Sucht- und Drogenberatungsstellen.

### **2.6. Psychotherapie im engeren Sinne**

- 2.6.1. Gruppentherapie
- 2.6.2. PSA Gruppentherapie
- 2.6.3. TPT Gruppentherapie
- 2.6.4. VT Gruppentherapie

### **2.7. Einzeltherapie**

- 2.7.1. Psychoanalytische Einzeltherapie
- 2.7.2. Tiefenpsychoanalytische Einzeltherapie
- 2.7.3. Kurz-Therapie
- 2.7.4. Fokal-Therapie
- 2.7.5. VT-Einzel

### ***Umfang der von den gesetzlichen Krankenkassen übernommenen Leistungen für psychoanalytische Therapieverfahren***

<b><i>Kurztherapie</i></b>	25 Stunden (bei halbstündiger Dauer entsprechend 50`Stunden)
<b><i>Analytische Psychotherapie</i></b>	160 Stunden, in besonderen Fällen bis 240 Stunden, Höchstgrenze 300 Stunden
<b><i>Analytische Gruppentherapie</i></b>	80 Doppelstunden, in besonderen Einzelfällen 120, Höchstgrenze 150 Stunden
<b><i>Analytische Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen</i></b>	50 Stunden (Jugendliche 60 Stunden), in besonderen Fällen bis 90 Stunden (Jugendliche bis 120 Stunden); <b>als Gruppenbehandlung:</b> 40 Doppelstunden (Jugendliche 40 Doppelstunden), in besonderen Fällen bis 60 Doppelstunden (Jugendliche bis 60 Stunden), Höchstgrenze 90 Doppelstunden (Jugendliche 90 Doppelstunden).
<b><i>Tiefenpsychologisch</i></b>	50 Stunden, in besonderen Fällen bis 80 Stunden, Höchstgrenze 100

**fundierte Einzeltherapie**  
Nach Streek, 1997

Stunden; **als Gruppenbehandlung:** 40 Doppelstunden, in besonderen Fällen bis 60 Doppelstunden, Höchstgrenze 80 Doppelstunden

**Psychoanalytische Therapieverfahren**

	<b>Psychoanalytische Standardverfahren</b>	<b>Analytische Psychotherapieverfahren</b>	<b>Tiefenpsychologisch fundierte Einzelbehandlung</b>
<b>Frequenz</b>	3-4(5) pro Woche	2-3 pro Woche	1-2 pro Woche
<b>Umfang der Behandlung</b>	nicht begrenzt	etwa 200-300 Stunden	etwa 50-100 Stunden
<b>Setting</b>	Couch-Sessel-Arrangement	Couch-Sessel-Arrangement (nur Ausnahmeweise Face-to-face)	Face-toface
<b>Behandlungsdauer</b>	Etwa 2-4, gelegentlich 5 Jahre und länger	2-3 Jahre	1-3 Jahre
<b>Regression</b>	Weitgehende Regression wird gefördert	Regression tendenziell eher begrenzt, jedoch nur gradueller Unterschied zum Standardverfahren	Eingegrenzt
<b>Konflikte</b>	Tendenziell eher tief unbewusste infantile Konflikte	Tendenziell eher reife Abkömmlinge und Verarbeitungen infantiler Konflikte	Verarbeitung von Konflikten, Manifestationen von Entwicklungsstörungen
<b>Übertragung</b>	Bearbeitung von unbewussten, auch infantilen Objekt- und Teilobjektübertragungen (Übertragungsneurosen)	Bearbeitung von unbewussten Objekt- und Teilobjektübertragungen (Übertragungsneurose)	Übertragung wird berücksichtigt, steht aber nicht i Zentrum der therapeutischen Arbeit
<b>Ziele</b>	Umstrukturierung der Persönlichkeit	Strukturelle Veränderungen	Reifere Verarbeitungen und Manifestationen unbewusster Konflikte in aktuellen Lebensumständen, insbesondere in gegenwärtigen interpersonellen Beziehungen u.ä.

Nach Streek, 1997



## 3. Psychotherapeutische Verfahren

### 3.1 Konfliktzentrierte/ Tiefenpsychologische Verfahren

#### 3.1.1 Psychoanalyse (PsA)

„Die Psychoanalyse ist die erste Psychotherapieform, die unsere Ansprüche erfüllt: Sie verfügt über ein Modell der Krankheitsentstehung und über wirksame, empirisch überprüfbare, lehr- und lernbare Techniken“ (Wirsching, 1999, S. 14)

**Indikation:** schwere und tiefgreifende psychische und psychosomatische Störungen

**Voraussetzung:** Introspektions-, Beziehungs- und Arbeitsfähigkeit

**Kontraindikation:** schwere psychotische, psychosomatische oder perverse oder Persönlichkeitsstörungen

**Wirkprinzip:** Psychodynamisch, die Regression fördernd

**Ursache:** unbewusster Konflikt.

**Auslöser:** Ein aktuelles lebensgeschichtliches Ereignis → führt zur Reaktualisierung (sog. Aktualkonflikt **(AK)**) aus einem subjektiven Anlass heraus. → Dies (re)aktiviert unmittelbar Abwehrmechanismen (**AM**). → Der Patient verwechselt den bewussten Anlass mit der für ihn verborgenen, weil unbewussten Ursache (**uU**).

- z.B.: Trennungserfahrung (**uU**) → Beziehungsvermeidung (**AM**) → Folge „Keiner liebt mich!“ (**AK**): → erneut Beziehungsvermeidung: Wiederholungszwang (**Wz**)
- z.B.: Versagenerfahrung (**uU**) → Rückzug und Vermeidung (**AM**) → Entwicklung sozialer Beziehungen ↓ (**Wz**)
- z.B.: Traumatische Erfahrung (**uU**) → vorzeitig aggressives Sozialverhalten „Komm mir nicht nahe!“ (**AK + AM**): → erneute Gewalterfahrung (**Wz**)

Für Stern (1992) schützt eine gute frühkindliche Bindungserfahrung vor späteren Störungen. Umgekehrt sind Bindungsstörungen prädestinierend für vielfältige spätere psychische Erkrankungen. In der Psychoanalyse kommt es zu einer psychischen Nachreifung, die auch messbare neuronale Umbauprozesse nach sich zieht. Das Kernstück der Psychoanalyse ist die ***Erinnerungs- und Beziehungsarbeit***.

**Technik:** Setting (unstrukturierter Raum zwischen Patient und Analytiker), Freie Assoziationen, Wiederholungszwang, Deutung → des Widerstandes (**W**), Arbeit mit Übertragung (**ÜT**) und Gegenübertragung (**GÜT**),

- z.B.: Trennungserfahrung → der Patient überträgt (**ÜT**) sein Misstrauen → und erfährt stattdessen Vertrauen

- z.B.: Versagenserfahrung. → der Patient überträgt (ÜT) Angst und Vermeidung→ und erlebt ein angstfreies Klima
- z.B.: Traumatische Erfahrung. → der Patient überträgt (ÜT) verletzende Angriffe gegen den Analytiker→ und erlebt, dass die Beziehung hält!

**Ziel:** Aufbau stabiler innerer Repräsentanzen versus äußere Abhängigkeit und innere Leere.



### 3.1.2. Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (TfP)

**Definition:** „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. Eine Konzentration des therapeutischen Prozesses wird durch ein vorwiegend konfliktzentriertes Vorgehen und durch Einschränkung regressiver Prozesse angestrebt“ (Psychotherapierichtlinien) zit. Nach Rudolf 2005, S. 407

Die Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (TfP) orientiert sich an der Lehre der Psychoanalyse. Neurotische Krisen und psychosomatische Fehlentwicklungen beruhen auf eine seit früher Kindheit sich entwickelten Fehlorganisation der Persönlichkeit. Es wird in erster Linie der aktuelle Konflikt als Muster zugrunde liegender unbewusster Konflikte behandelt.

**Indikation:** Mittelschwere psychische und psychosomatische Störungen ohne eingreifende Alltagsbeeinträchtigung , Fokuszentriert.

**Voraussetzung:** Wie Psychoanalyse, aber geringeres psychologische Krankheitsverständnis nötig. Der Patient kann sich rasch auf eine erste (Probe)Deutung einlassen. Sein Agieren zeigt, dass der Konflikt schon vorbewusst ist.

**Kontraindikation:** schwere psychotische, psychosomatische oder perverse oder sonstige Persönlichkeitsstörungen, Unfähigkeit zur Introspektion

**Wirkprinzip:** Psychodynamisch, strukturierter, weniger regressionsfördernd als PSA

**Technik:** Lockerung der unbewussten Konflikt-Dynamik ohne ganze Persönlichkeitsveränderung; Arbeit mit Freien Assoziationen, Förderung des emotionalen Austausches, Bedeutung der Interaktion

**Ziel:** Durch das aktuelle Symptom entsteht ein erheblicher Leidensdruck (Houben, 1998), der im **Gegenübersitzen** mit **selteneren Terminen** und **kürzerer Zeit** bearbeitet wird



### 3.1.3. Tiefenpsychologie/ Analytische Psychologie nach Jung (1875-1961)

„Allem menschlichen individuellen Erleben ist eine archetypische, kollektive, angeborenen und somit vorgegebene psychodynamische und psychoenergetische Struktur zugeordnet, die den Menschen in seiner leib-seelisch-geistigen Ganzheit spiegelt und ihn gleichzeitig zur existentiellen, konkreten Gestaltung des archetypisch Gegebenen in individueller Einzigartigkeit herausfordert.“ (Evers, 1998)

- Krise des Menschen ist die Gefährdung des Humanum im Ganzen
- Die Menschen stehen über eine Art phylogenetisches, kollektives Unbewusstes untereinander in Verbindung
- Erfahrung der eigenen Wirklichkeit in seiner paradoxen Widersprüchlichkeit
- Die "Libido" ist weit über die Bedeutung als Sexualität hinaus eine Art "positive Lebenskraft" und im weitesten Sinne als "Liebe" zu verstehen.
- Zur Individuation (und damit auch zur Charakterentwicklung) ist die ständige Auseinandersetzung mit der Außenwelt und den anderen Menschen erforderlich.
- Die persönliche Selbstverwirklichung liegt in einem Spannungsverhältnis zwischen "Introversion" und "Extraversion" begründet.
- Vereinseitigungen in Richtung einer der beiden Pole führen zu Störungen (z.B. Neurosen oder Schizophrenien)

**Methode:**

1. Typologische Erfassung (Archetyp der Persona, des Schattens)
2. Erarbeitung des Schattens und Veränderung der sozialen Rolle
3. Veränderung des Verhaltens durch Konfrontation: Erkennen der eigenen mörderischen und schöpferischen Qualitäten
4. Gegensatzvereinigung: intrapsychischer Prozess /religiöse Bilder
5. Arbeit mit Träumen und Aktiver Imaginierung

**Ziel:** Bindungsmöglichkeit in freier Wahl



### **3.1.4. Individualpsychologie nach Adler (1875-1937)**

Diese Behandlungsform ist in Deutschland von den Kassen als KZT, TFT, oder analytische LZT zugelassen.

- Im Gegensatz zu Freud lenkt für Adler eine einheitliche Kraft das Seelenleben: der individuelle Gestaltungsfaktor (Witte, 1998)
- Die sexuellen Störungen des Menschen stellen ein sekundäres Phänomen dar, welches primär aus zwischenmenschlichen Konflikten resultiert
- Die persönliche Entwicklung des Menschen sowie die Entstehung von Neurosen in Form von personentypischen Lebensstilen wird wesentlich durch Minderwertigkeitsgefühle angesichts einer konstitutionellen Organminderwertigkeit mitbestimmt bzw. begründet.
- Für Adler ist das Machtstreben bzw. das Streben nach Überlegenheit das wesentliche Merkmal sowohl der neurotischen als auch der normalen Entwicklung der Persönlichkeit.
- Sowohl neurotische wie auch nicht-neurotische Menschen versuchen ihre Organminderwertigkeiten zu kompensieren, Gesunde indem sie Kenntnisse und Kompetenzen erwerben und soziale Verantwortung übernehmen, Neurotiker, indem sie die Kompensationsbemühungen in den sinnlosen Bereich von bloßer sozialer Konkurrenz verschieben.

**Ziel:** Der Psychoanalytiker versucht den individuellen Kern zu verstehen und fördert die Entwicklung eines stabilen Selbstwertgefühls.

Als Psychoanalyse (**PsA**) soll ein intensiver emotionaler Prozess gefördert werden. Als Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (**TFT**) geht es um die Umstellung der Lebensmuster und Ermutigung.



### **3.1.5. Neopsychoanalyse Schultz-Hencke (1892-1953)**

Schultz-Hencke ist Begründer der Neopsychoanalyse und der Gründer der Deutschen Psychoanalytischen Gesellschaft (DPG), die Konkurrenzorganisation zur Deutschen Psychoanalytischen Vereinigung (DPV). Er versuchte die Lehren Freuds mit Jung und Adler in Verbindung zu bringen. Seit den 20er Jahren ging er auf Distanz zur klassischen Analyse. Kernpunkte seines Ansatzes sind

- die Betonung zwischenmenschlicher Beziehungen und ein interaktioneller Ansatz,
- die Hervorhebung von Selbstbewusstsein, Sicherheit und Selbstgefühl,
- dass Hemmungen die Ursache menschlicher Störungen sind.

Heute sind die Konzepte teilweise in der modernen Psychoanalyse aufgegangen. Für die Neopsychoanalyse bilden nicht der Triebkonflikt und der Ödipuskomplex den Kern der Persönlichkeitsentwicklung und der

Neurosenentstehung, sondern eine durch Erziehungseinflüsse (Härte und/oder Verwöhnung) eintretende Hemmung des natürlichen, angeborenen Antriebserlebens des Kindes. Die Sexualität ist nur eine Triebkraft der kindlichen Intentionalität. Das Kind ist daneben neugierig, emotional und explorativ auf die Welt hin ausgerichtet. Sein Antriebserleben durchläuft Entwicklungsphasen (ähnlich denen der Freudschen Sexualentwicklung). Hemmungen haben umso schwerere Folgen, je früher sie einsetzen. Schultz Hencke unterscheidet (nach Zeitpunkt der Schädigung) in aufsteigender Reihe folgende fünf strukturellen Fehlentwicklungen

- die schizoide Struktur, entstanden durch frühkindliche Intentionshemmung bezüglich engerer zwischenmenschlicher Beziehungserfahrungen
- die depressive Struktur, entstanden durch Unterbindung oraler oder oral/aggressiver Impulse durch erzieherische Härte oder Verwöhnung
- die zwangsneurotische Struktur, entstanden durch die Beschneidung des Bedürfnisses Besitz zu ergreifen oder die Umwelt zu explorieren
- die hysterische Struktur, entstanden durch die Unterdrückung sexueller Intentionen im vierten oder fünften Lebensjahr
- die neurasthenische Struktur, entstanden aus kombinierten Hemmungserfahrungen der ersten fünf Lebensjahre



### 3.1.6. EXKURS: Freud – Jung – Adler

#### 3.1.6.1. Freud

Freud wurde am 6. Mai 1856 als erster von 6 Geschwistern in Mähren geboren. Seine Mutter war erheblich jünger als der Vater, der bereits verheiratet gewesen war. Als er drei Jahre alt war siedelte seine jüdische Familie nach Wien, wo er mit vier Schwestern und einem Bruder bis zu seiner Flucht vor den Nazis 1937 nach London, lebte. Er starb am 23.09.1939 als Folge eines unzählige Mal operierten Gaumenkrebs, in London. Freud wuchs in bescheidenen Verhältnissen auf, interessierte sich früh für die Naturwissenschaften und studierte Medizin. Er wurde durch hervorragende Arbeiten auf dem Gebiet der Neurologie, einem noch jungen Zweig der Medizin, Dozent für Neurologie und ließ sich als Arzt in Wien nieder, weil seine jüdische Abstammung einerseits und seine unkonventionellen Erkenntnisse andererseits, ihm wenig Chancen auf einen Lehrstuhl boten. Er heiratete die Hamburgerin Martha Barnays, mit der er sechs Kinder hatte. Einzig die Tochter Anna Freud wurde Psychoanalytikerin. Ihr verdanken wir eine u.a. eine wichtige Arbeit über das Ich und die Abwehrmechanismen. Berühmt wurde Sigmund Freud mit seinen *Studien über die Hysterie* 1895 zusammen mit seinem damaligen älteren Freund und Förderer

Joseph Breuer, von dem er sich trennte, um mit dem Berliner HNO-Arzt Werner Fliess eine langjährige intensive Brieffreundschaft zu pflegen, die den Charakter einer Selbstanalyse hatte, die in seinem Hauptwerk, die *Traumdeutung* (1899) ihren Ausdruck fand. Seine Bahn brechenden Erkenntnisse waren seine Theorie über das Unbewusste als eigentliche Quelle menschlichen Handelns, was ein Jahrhundert lang heftig umstritten blieb, bis es im 21. Jahrhundert durch die Neurowissenschaften bestätigt wurde; ferner zählt die nicht minder Aufsehen erregende Erkenntnis, dass bereits Kleinkinder eine eigenen Sexualität haben. Schließlich hat er mit seiner Postulierung, dass das Psychische immer die Repräsentanz des Körperlichen sei, das Leib-Seele-Problem von der Philosophie in die Medizin übertragen und damit die Psychosomatik begründet. 1912 führte er den Begriff des Narzissmus ein und 1923, unter den Erfahrungen des Ersten Weltkrieges den des Thanatos, als Todestrieb, bzw. als Konzeptualisierung der Aggression, ein. Freud versammelte Schüler um sich, die teilweise nachdem sie sich von Freud getrennt hatten, eigene Schulen gründeten, wie Alfred Adler (1911), Wilhelm Stekel (1912), Carl Jung (1913) und Otto Rank (1924). (nach Federn 2002)

### **3.1.6.2. Jung**

Carl Gustav Jung wurde am 26. Juli 1875 in Kesswil am Bodensee im Schweizer Kanton Thurgau geboren. Im Gegensatz zu Freud war er Protestant, der als Dorfpfarrer und später als Anstaltspfarrer der Irrenanstalt Friedmatt in Basel sowie durch bekannte Persönlichkeiten der Medizin in seiner väterlichen und ebensolche der Theologie in seiner mütterlichen Familie tief in der christlichen Mythologie verwurzelt war. Jung selbst wuchs zunächst in ärmlichen Verhältnissen auf. Zusammen mit seiner 7 Jahre jüngeren Frau, Emma Rauschenbach, die er 1903 heiratete und mit der er fünf Kinder hatte, arbeitete er an seinem Konzept von „Anima“ und „Animus“. Zunächst Arzt in der berühmten Züricher Psychiatrischen Klinik Burghölzli bei Manfred Bleuler, wo er empirisch und mit Assoziationsexperimenten arbeitete, kam er mit Freud in Kontakt, der mit dem Konzept der Verdrängung den beobachteten Phänomen eine plausible Erklärung gab. Während zunächst Freud in Jung einen „Kronprinzen“ und im Burghölzli ein Zentrum für seine Ideen gefunden zu haben, erhoffte sich Jung von Freud Orientierung im „geheimnisvollen Bereich des Seelischen“. 1909 kam es zum Höhe- und Wendepunkt zwischen beiden. Auf einer Tagung in den Vereinigten Staaten, in der Clark University in Massachusetts, bei der beide die Ehrendoktorwürde erhielten, wurde der Unterschied zwischen Freuds Suche nach dem verpönten und daher ins Unbewusste verdrängten Inhalt und Jungs Vorstellung von einem kollektiven Bewusstsein deutlich. Dennoch wurde er ein Jahr vor seiner Trennung von Freud der Präsident der Internationalen Psychoanalytischen Vereinigung. Jung sah in seinem Werk *Wandlungen und Symbole der Libido* (1911) die Libido im Dienste der Selbstverwirklichung des eigenen Mythos und relativierte die Bedeutung der Sexualität, insbesondere der kindlichen Sexualität. Freud erklärte

die Anschauungen Jungs der Psychoanalyse für „nicht legitim“, was zum Bruch mit diesem führte und seinen eigenständigen Weg seiner „Tiefenpsychologie“ – im Gegensatz zur Psychoanalyse Freuds beförderte. Mit dem Rücktritt als Präsident der Internationalen Psychoanalytischen Vereinigung trat Jung auch als Privatdozent an der Universitätsklinik Zürich zurück und widmete sich nur noch seiner Privatpraxis. Die Vertiefung seiner Anschauungen, dass alles Wissen auf menschliche Erfahrung beruhe und mit dem menschlichen Wesen untrennbar verbunden sei ließen ihn die „aktive Imagination“ in der Psychotherapie einführen. 1921 erschien „Psychologische Typen“, in welchen er die Extraversion und Intraversion mit insgesamt 8 Untertypen unterschied. Aus der Befassung mit alchemistischen Bildern und Symbolen des 13. bis 17. Jahrhunderts entwickelte er seine „Archetypen“ mit der Doppelfigur von „Animus“ und „Anima“. 1935 wurde er Titularprofessor für Allgemeine Psychologie an der Eidgenössischen Technischen Hochschule in Zürich und 1944 ordentlicher Professor für Medizinische Psychologie in Basel. Er starb 1961 in seinem Haus in Küstnacht. (Nach Graf-Nold 2002)

### **3.1.6.3. Adler**

Alfred Adler gilt als Begründer der „Individualpsychologie“, der dritten der klassischen psychoanalytischen Schulen neben der Psychoanalyse von S. Freud und der Tiefenpsychologie von C.G. Jung. Das Individuum sei ein zielgerichtetes, ganzheitliches und soziales Wesen. Die Kernpunkte seiner Theorie sind das „Minderwertigkeitsgefühl“. Die „Kompensation“ und das „Gemeinschaftsgefühl“. Adler wurde am 07.02.1870 in einem Vorort von Wien als zweites von sechs Kindern geboren. Sein Vater war jüdischer Getreidehändler. Nach dem Medizinstudium ließ er sich als zunächst als Allgemeinarzt und ab 1911 – dem Trennungsjahr von Freud – als Nervenarzt nieder. Er war einer der ersten und aktivsten Mitglieder der „Mittwochsgesellschaft“ von Sigmund Freud und gab neben Stekel das *Zentralblatt für Psychoanalyse* heraus. Adler war der Auffassung, dass Neurosen durch die Kompensation eines minderwertigen Organs entstehen und dass diese Kompensation zu hoher Leistung führen könne. In seinem Hauptwerk Über den nervösen Charakter sieht er das Minderwertigkeitsgefühl als Ergebnis einer kalten oder verwöhnenden Erziehung, das durch Macht- oder Geltungsbestreben kompensiert werde. Er forderte, dass Kinder nicht zum Gehorsam zu erziehen seien und die Gleichstellung der Geschlechter angestrebt werden sollte. Nach dem ersten Weltkrieg und den revolutionären Umwälzungen sah er im „Gemeinschaftsgefühl“ die Überwindung des Machtstrebens. Psychische Störungen sind für ihn nun Beziehungsstörungen. Im „Roten Wien“ engagiert er sich als Schul- und Erziehungsreformer und schafft Erziehungsberatungsstellen. Und berät Erzieher und Lehrer. Er wird 1932 Gastprofessor am Long Island Medical College in New York. Er emigriert 1935 in die USA und stirbt 1937 in Schottland. (nach Bruder-Bezzel und Schiferer 2002)



## 3.2. Verhaltenstherapeutische Verfahren

### 3.2.1. Verhaltenstherapie („Umlernen, Trainieren“)

Die Verhaltenstherapie (Behavioristische Therapie) geht auf die Lernpsychologie zurück. Neben Hans Jürgen Eysenck (1952), Psychologe und ein scharfer Kritiker der Psychoanalyse, der er vorwarf, ihre Ergebnisse nicht empirisch zu begründen, zählen zu den Begründern Joseph Wolpe (1915-1997), der die Systematische Desensibilisierung etablierte und Burrhus Frederic Skinner (1904-1990), der die Operante Konditionierung einführte. Das Kernprinzip der Verhaltenstherapie (VT) ist die Verhaltensanalyse des Kranken, die in ein durch den Therapeuten geleitetes „Umlernen“ des pathogenen Verhaltens führt sowie das „Trainieren“ des erwünschten Verhaltens. Das Prinzip geht auf den „Pawlovschen Hund“ zurück, dessen Speichelfluss in Erwartung des Futters von Iwan Petrowitsch Pawlow (1849-1936) durch einen Klingelton konditioniert worden war.

Die Grundprinzipien der Verhaltenstherapie (VT) lassen sich wie folgt zusammen-fassen:

- Das Symptom: es weist auf die entstehungsfördernden und aufrechterhaltenden Bedingungen hin.
- Die VT konzipiert störungsspezifische Programme (Anorexia, Schmerz, Angst).
- Die VT beruht auf Empirie und Qualitätsmanagement.

Qualitätsmanagement ist inzwischen auch von anderen Psychotherapierichtungen übernommen worden, u. a. von der Psychoanalyse.

**Lernpsychologische Methoden** lassen sich exemplarisch wie folgt darstellen:

Beispielsweise Angst: Die Fehlerwartung von Katastrophen führt zur → vegetativen Dysregulation. Diese verstärkt die → Angst↑, die das Verhalten von → Flucht aktiviert. Angst führt zu Vermeidung (z.B. von Menschenmassen in der Agoraphobie). Das Vermeidungsverhalten verstärkt wiederum die Angst, so dass ein → Teufelskreis entsteht und damit eine zunehmende → Einengung des Erlebnisraumes.

Für die Verhaltenstherapie sind zwei therapeutische Herangehensweisen kennzeichnend:

Therapie 1: systematische **Desensibilisierung**:

- *Hierarchisierung* (d.h. es wird eine Rangfolge erstellt): Was macht am meisten Angst, was am wenigsten?

- *Erlernen eines angstmindernden Verfahrens* (z.B. progressive Muskelrelaxation)
- *Exposition*: Der Klient setzt sich gedanklich und/ oder real mit dem Stimulus (Reiz) auseinander (so genannte *Konfrontation* mit *overflooding* durch den bislang vermiedenen Stimulus).

Ziel des Verfahrens: Der Klient/ die Klientin wird schrittweise an die ängstigende Situation gewöhnt. Hierdurch wird der → Angst auslösende Reiz gelöscht (*Extinktion*).

### Therapie 2: Operante Konditionierung:

- *Positive Verstärkung*: Mittels Ermutigung durch Belohnung (z.B.: Lob, Ausgang, Zigaretten) wird das erwünschte Verhalten gefördert.
- *Negative Verstärkung*: Durch Sanktionen (Tadel, Ausgangssperre, Bettruhe) wird das Festhalten am Stimulus zu vereiteln versucht.
- *Lernen am Modell*: Das erwünschte Verhalten wird vom Therapeuten vorgelebt.
- Das *Selbstsicherheitstraining* wird zur Überwindung von Angst auslösenden Situationen angeboten.

Diese Konzepte, die sich stark an Erziehungsidealen und normativen Prinzipien orientieren haben in der Psychiatrie und Heimerziehung starke Resonanz erfahren.

### 3.2.2. Kognitive Verfahren („Umdenken“)

Die „Kognitive Wende“ in der Verhaltenstherapie bedeutet die Betonung des Denkens gegenüber der alleinigen Verhaltensmodulation. Es geht jetzt weniger darum, dass der Klient ein vom Therapeuten als adäquat eingestuftes Verhalten trainiert, als vielmehr darum, seine krankmachenden Gedanken mit dem Therapeuten zu besprechen und mit diesem „auf neue Gedanken zu kommen“. Bekannt ist die Kognitionspsychologie nach Aron T. Beck, die in der Behandlung der Depression anerkannt und validiert ist. (A.T. Beck, 1976)

Nach der Analyse der *Denkschemata* (negativistisches Denken bei der Depression: „*immer* trifft es mich“, „*niemals* habe ich Glück“, „*ständig* wiederholen sich die immergleichen Situationen“) besteht die Therapie in der Überwindung von „Denkfehlern“. Hierbei verläuft der Behandlungsverlauf etwa nach folgendem Schema:

- schrittweise Realisierung von (kleinen) Erfolgserlebnissen
- *Gedankenstop* (Schluss mit den Absolutismen „Immer“, „niemals“, „ständig“)
- *Umdenken* („Es ist jetzt schwierig, aber es ist es nicht *immer* dasselbe“)
- Erwartungsplanung (Was erwarte ich von mir/ von Anderen)
- Entwicklung alternativer Herangehensweisen

- Einüben alternativer Handlungsweisen im Rollenspiel zwischen Patient und Therapeut.
- Innerer Monolog (*Selbstinstruktion*) als selbstständige eigene Anweisung ohne den Therapeuten

## Methoden der Verhaltenstherapie

A)

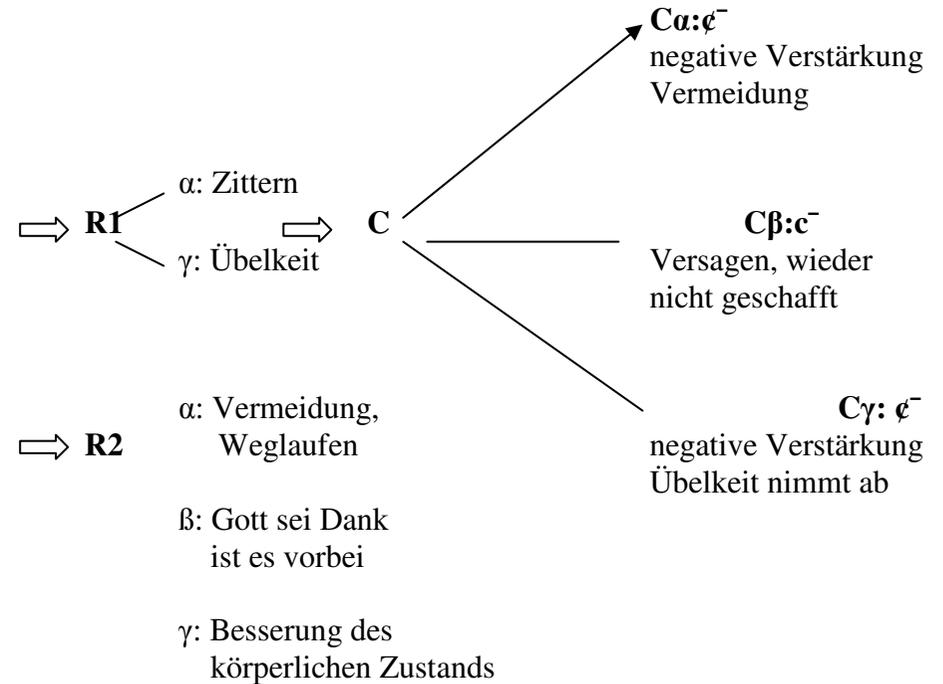
S( $\gamma$ ) [biologische Bedingungen]:  
niedriger Blutdruck

Selbstregulationssystem

Situation ( $\alpha$ ) [externe Bedingungen]:  
Busfahren, Einkaufen,  
Menschenansammlungen usw.

→  $\beta$ : Ich werde es nie schaffen!  
Was wird alles passieren?  
 $\gamma$ : Gefühl der Schwäche,  
beginnende Ohnmacht

Situation( $\beta$ ) [kognitiver Auslöser]:  
Eigene Standards als selbständige,  
erwachsene Frau, Selbstbild usw.



### Legende:

$\alpha$ : Ebene des motorisch-beobachtbaren Verhaltens  
 $\beta$ : Ebene subjektiv-kognitiver Prozesse  
 $\gamma$ : Ebene des somatisch-physiologischen Geschehens

S: situative Bedingung

S $\alpha$ : externe Bedingungen

S $\beta$ : kognitiver Auslöser

S $\gamma$ : biologische Bedingungen

R: Reaktion (Response)

R $\alpha$ : beobachtbare Verhaltensebene

R $\beta$ : verdeckte Reaktionen

R $\gamma$ : somatisch-physiologische Reaktion

C: Konsequenz

C $\alpha$ : externe Konsequenz

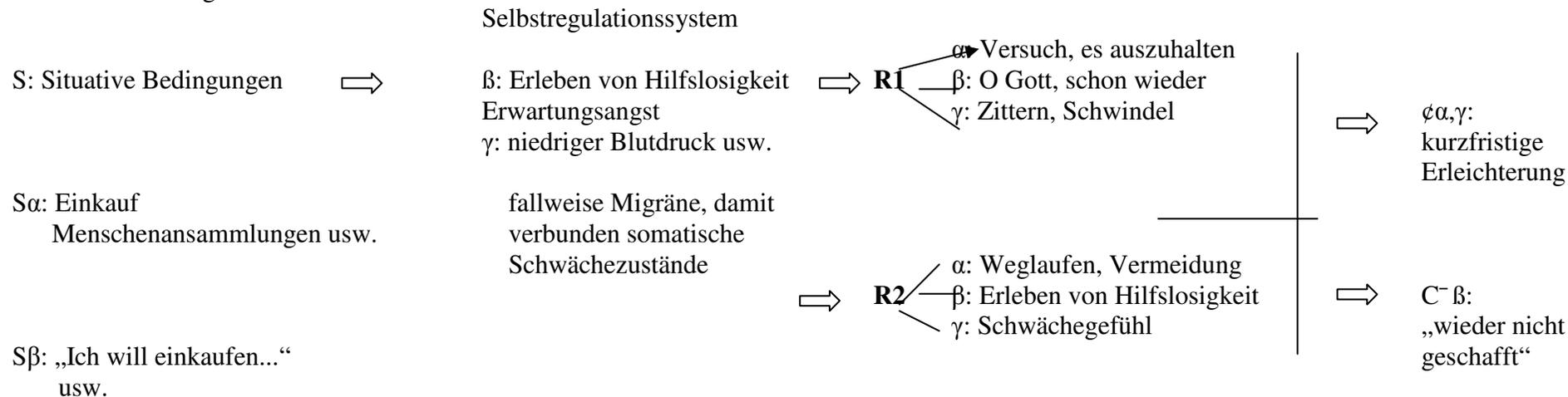
C $\beta$ : kognitive Konsequenz

C $\gamma$ : somatische Konsequenz

Beispiel für die Anwendung eines Systemmodells nach Reinecker 1997

B)

S<sub>γ</sub> Somatische  
Wahrnehmungen



Legende:

α: Ebene des motorisch-beobachtbaren Verhaltens  
β: Ebene subjektiv-kognitiver Prozesse  
γ: Ebene des somatisch-physiologischen Geschehens

S: situative Bedingung

S<sub>α</sub>: externe Bedingungen

S<sub>β</sub>: kognitiver Auslöser

S<sub>γ</sub>: biologische Bedingungen

R: Reaktion (Response)

R<sub>α</sub>: beobachtbare Verhaltensebene

R<sub>β</sub>: verdeckte Reaktionen

R<sub>γ</sub>: somatisch-physiologische Reaktion

C: Konsequenz

C<sub>α</sub>: externe Konsequenz

C<sub>β</sub>: kognitive Konsequenz

C<sub>γ</sub>: somatische Konsequenz

Beispiel für ein hypothetisches Bedingungsmodell bei einer Patientin mit Panikstörung und Agoraphobie; nach Reinecker 1997

### 3.3. Systemische Verfahren

#### 3.3.1 Systemische Paar und Familientherapie

Die systemische Familientherapie geht auf Stierlin (1975) und Palazzoli (1977) zurück. Sie ist eine Ergänzung zum psychoanalytischen und verhaltenstherapeutischen Ansatz.

Es wird nicht mehr der einzelne Patient, sondern das Zusammenwirken seiner Bezugspersonen als ein *System*, als organisches lebendiges Ganzes gesehen. Die Mitglieder des Systems (Familie, Firma) stehen durch Austausch von *Informationen* in Wechselbeziehung zueinander. Dem System wird die Fähigkeit zur *Selbstorganisation* (Autopoese) zugestanden. Es schafft Gesetze und Grenzen aus sich heraus. Sowohl der Einzelne, als auch die Familie oder die Organisation können sich beobachten und sich reflektieren. Der Therapeut ist ein *Beobachtender*, der durch sein Hinzutreten das System verändert. In der Therapie werden Gefühle und Verhaltensweisen als frühere Interaktionsmuster reaktiviert. Dem Prozesscharakter von Therapie sowie der Interaktion Patient/Therapeut kommt eine herausragende Rolle zu.

Im Mittelpunkt steht die Ressourcenorientiertheit. Damit nähert sich dieses Konzept dem der → Salutogenese<sup>1</sup>. Die Interaktionsmuster werden vom Betroffenen in Selbstreflexion aber auch in der Interaktion mit anderen wahrgenommen, weiterentwickelt oder verworfen. Probleme entstehen aus Missverständnissen und Vorurteilen. Oft werden die Wünsche der anderen fälschlicherweise als Vorwürfe wahrgenommen.

Die Methoden der Systemischen Psychotherapien sind:

- *Allseits gerichtete Parteinahme*. Der Therapeut ergreift nicht für ein Mitglied Partei, sondern hält sich für die Anliegen aller an der Therapie Beteiligten offen.
- Nach der *zirkulären Befragung* durch die Teilnehmer folgt die Bewertung des Betroffenen.

Kybernetische Konzepte haben in der *systemischen Familientherapie* Eingang gefunden. Realitäten werden als gedankliche Konstrukte behandelt. Nach diesem Konzept hat Watzlawick (1969) die *konstruktivistische Familientherapie* begründet.

Stierlin (1975) unterscheidet „harte Realitäten“ (tatsächlicher Tod eines Angehörigen) von „weichen Realitäten“ (Angst vor dem Tod eines Angehörigen).

---

<sup>1</sup> Salutogenese („Lehre von der Gesundheit“ im Gegensatz zur Pathogenese „Lehre von der Krankheit“ ist ein vom israelischen Soziologen Antonovsky (1923–1994) entwickeltes Konzept, das danach fragt, was Menschen gesund hält. Es betrachtet die Ressourcen eines Menschen, die ihn befähigen angesichts von krankmachenden Stressoren nicht krank zu werden.

Für Üexküll (2003) hat die Systemische Therapie ihren festen Platz in der modernen Psychosomatik. Sowohl die Psychotherapie als auch die medizinische Behandlung seien Teil der Selbstorganisation des Menschen. Die *Systemische Therapie* hat sich aus der Familientherapie entwickelt und ist weitgehend mit dieser synonym.

Kritisch ist anzumerken, dass die theoretischen Konzepte der Systemischen Therapie außerhalb der Lehrbücher nicht zur Anwendung kommen. In der Praxis finden nur ergänzende gemeinsame Gespräche statt. Allenfalls in der Paartherapie werden systemische Ansätze umgesetzt.

### 3.3.2. Ein Anwendungsbeispiel für die psychoanalytische, verhaltenstherapeutische und systemische Sicht auf eine psychische Krise

Wirsching (1999 S. 53ff) beschreibt in einer Fallvignette den Fall einer Patientin, die in ihrem 50. Lebensjahr bei Zusammenkommen von drei sie belastenden Ereignissen (Tod des Vaters, Ehebruch des Ehemannes zu dieser Zeit und Schulversagen der halbwüchsigen Tochter) sich zuerst wütend auflehnt, dann auf Suchtmittel (Alkohol und Zigaretten) zurückgreift, bevor sie erst eine Panikattacke entwickelt bevor schließlich die dahinter verborgene Depression aufgedeckt werden kann. An der Fallvignette zum Thema „Angst und Depression“ zeigt Wirsching wie zuerst mit der Psychoanalytischen Methode die *Psychodynamik* herausgearbeitet wird (Was geht in der depressiven Patientin vor, welche Konflikte, Zwiespälte, Entwicklungsprobleme hat sie?), um dann im Verständnis der Verhaltenspsychotherapie nach der *Kognition* zu fragen (Welche Schemata bestimmen das Erleben, Denken und Verhalten?) und zuletzt das *Umfeld* mittels Systemischer Therapie einzubeziehen (Was bewirken Angst und Depression im System?)

Die Entwicklung von Angst und Depression bei seiner Patientin beschreibt er folgendermaßen: Vorbedingungen für die spätere Symptomentwicklung sind eine frühzeitig eingeschränkte Selbstentwicklung und ein schwaches Selbstbewusstsein. Dies führt zu einer psychophysischen Vulnerabilität. Hieraus entwickelt sich die **Depression**. Durch die subjektiv erlebte belastende Auslösesituation kommt es zum Ausdruck von **Angst**.

In seiner Fallvignette führten die erlebten Belastungen zu einem verstärkten Grübeln mit ausgeprägten düsteren Gedanken. Hierdurch wurde die Patientin zunehmend schwermütig und ängstlich und suchte mit psychosomatischen Beschwerden ihren Hausarzt auf. Der erkannte die psychische Belastung seiner Patientin und riet ihr zu einer Kur. Die Kur kam dem oralen Wunsch der Patientin entgegen. Sie entwickelte eine Fluchtphantasie. Fluchtphantasie machte ihr jedoch aufgrund eines durch die Erziehung (strenger Pastor als

Vater) Angst (Soll ich alles hinschmeißen? Über-Ich), so dass sie in einen Loyalitätskonflikt geriet. Sollte sie ihrem Wunsch, nach Flucht in die Kur, weit weg von Ehemann und Familie nachkommen, fürchtete sie ausgeschlossen zu werden von Vater und Familie- Dies führte zu einer Reaktualisierung vergangener Konflikte. Nun entwickelte sie Angst. Die Angst erzeugt körperliche Begleiterscheinungen wie Hyperventilation, Schweißausbruch u.a. vegetative Symptome. Diese Symptome führen zu einer Angstverstärkung. Die Symptome und die Angst schaukeln sich gegenseitig hoch: es kommt zu einer Pulssteigerung Schwindel führt zu einer Steigerung der Atmungsfrequenz, diese wiederum führt zur Hyperventilation. Das Gefühl „zu Ersticken“ oder dass „das Herz stehen bleibt“ bleibt als Schrecken im Gedächtnis verankert und löst beim leisen Anflug von einen oder mehreren der genannten Symptome die „Angst vor der Angst“ aus – womit ein Teufelskreis (Circulus vitiosus) beschrieben wäre.

Zurück zum Fallbeispiel: Auslöser war der Ehebruch des Ehemannes. Die Patientin begann Gespräche, die sich im Kreis drehten, weil sie letztendlich nur dazu dienten, Vorwürfe loszuwerden. Die Angst verlassen zu werden und allein zu bleiben lösten Angst und Depression aus. Hierdurch fiel die Patientin zunehmend zuhause aus, was den Ehemann zwang, mehr häusliche Aufgaben zu übernehmen. Damit wurde er aber immer mehr zu der starken Vaterfigur, von der sie sich zeitlebens nicht gelöst hatte und sie dagegen zu einem „klammernden Mädchen“. Ihr Selbstbewusstsein wurde als Rebellion bestraft. Längst erwachsen, stand sie wieder vor der Herausforderung des Erwachsenwerdens, wie als junges Mädchen, weil sie diese Entwicklungsschritte nicht vollzogen hatte und durch die aktuelle Lebenssituation als reife Frau mit dieser Thematik konfrontiert wurde.

Wenn die Patientin sich einer Verhaltenstherapie unterzöge, würde sie angehalten werden, zu üben, sich die Angst, abzugewöhnen. Eine Psychoanalyse oder Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie würde versuchen die Konflikte zu klären. Schliesslich würde eine Systemische Familientherapie die Verbesserungen der Beziehungen zum Ziel haben.

### **Zusammenfassung:**

**Psychoanalyse/ Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie:** Indikation bei Neurosen zwecks Aufdeckung und Bearbeitung frühkindlicher Konflikte sowie bei Persönlichkeitsstörungen um eine fehlende Bindungserfahrung nachzuholen.

**Verhaltenstherapie:** Indikation bei pathogenen Denk- und Verhaltensschemata (z.B. Phobien)

**Systemische Familientherapie:** besonders bei Kindern und Jugendlichen.



## 3.4. Humanistische Therapien

### 3.4.1 Gesprächspsychotherapie nach Rogers (1902-1987)

- auch Klientenzentrierte Psychotherapie nach Carl Rogers (1978) genannt. Merkmale: „*Klient*“ statt Patient, non-direktive Gesprächsführung, *Interaktion* Klient/Therapeut statt Deutungen, Konzept der Offenheit (*Akzeptanz*) und des nichturteilendes Verstehens (*Empathie*). Vom Therapeuten wird Echtheit (*Kongruenz*) erwartet, vom Klienten die Entwicklung eines *Selbstkonzeptes*.

Das als Heilverfahren **nicht** anerkannte Verfahren findet in der Personal-, Erziehungsberatung und gelegentlich in der Krisenintervention Anwendung. (Federspiel & Lackinger Karger, 1996, S.305-309)

### 3.4.2. Gestalttherapie nach Perls (1893-1970)

Die Gestalttherapie untersucht aktuelle Verhaltensmuster und seine Blockaden. Wesentliches Ziel ist es, die *Kontaktfähigkeit* wiederherzustellen durch Förderung der inneren und äußeren *Wahrnehmung*. Die *Selbstunterstützung* des Individuums beinhaltet, dass es losgelöst von äußeren Umständen für sich selbst entscheiden muss. In konfrontativer Weise zwingt der Therapeut den Klienten sich negative und positive Regungen zuzugestehen und durchzuleben, wobei *Frustration* nach Fritz Perls der Weg zur Heilung ist. Im Gegensatz zur Auffassung Verhaltenstherapie lerne der Mensch besonders aus negativen Erfahrungen. Die wichtigsten Regeln der Gestalttherapie sind: Handeln im *Hier und Jetzt*, Förderung der *Interaktion*, *Ich-Sätze statt Fragen*, stets *Wie statt Warum* fragen, *Bewusstheit* erfassen, *Nichts erzwingen*. Die Abwehrmechanismen in der Gestalttherapie heißen: *Introjektion*, *Projektion*, *Konfluenz*, *Retroflektion*, *Deflektion*, und *Desensitivierung*. (Revenstorf in: Kraiker& Peter, 1998, S. 200-210)

### 3.4.3. Transaktionsanalyse nach Berne (1910-1970)

Die Transaktionsanalyse (TA) ist gewissermaßen der Versuch, eine „Light-Version“ der Psychoanalyse für die amerikanische Gesellschaft der 50er Jahr zu entwickeln. Zentraler Gedanke ist, dass sich die Persönlichkeit in drei „Ich-Zuständen“ unterteilen lässt: 1. „*Kind-Ich-Zustand*“, 2. *Erwachsenen-Ich-Zustand*“, 3. *Eltern-Ich-Zustand*. Das erste entspricht dem „inneren Kind“ in uns, wie wir waren, das zweite, integrative dem Ich und das Eltern-Ich dem Über-Ich aus der Psychoanalyse. Die *Transaktion* –also Kommunikation– zwischen Menschen läuft zwischen verschiedenen Menschen auf verschiedenen Ich-Zuständen (*gekreuzte Transaktion*) – z.B. Kind-Ich-Zustand zu Eltern-Ich-Zustand- und zwar stereotyp. Ziel der TA ist, dass Menschen in *komplementärer Transaktion* miteinander kommunizieren (Eltern-Ich-Zustand mit Eltern-Ich-Zustand). Die TA betont insbesondere die Grundbedürfnisse nach Zuwendung, Zärtlichkeit, Beachtung und Anerkennung. Nach Berne gibt es im Leben ein „Gewinner-Skript“ und ein „Verlierer-Skript“. Ziel ist es, die

„*Spiele*“, die Klienten mit sich und anderen spielen aufzudecken. (Federspiel & Lackinger Karger, 1996, S.318-323)

#### 3.4.4. Psychodrama Moreno (1890-1974)

Beim Psychodrama werden Konflikte und Problemsituationen, Wünsche und Hoffnungen mit Hilfe des Therapeuten und der Gruppenmitglieder in *Handlungsszenen* umgesetzt, durchgespielt und nachgesprochen. Das Psychodrama ist eine *interpersonal orientierte Psychotherapie* zum Analysieren und Darstellen zwischenmenschlicher Störungen und Einüben neuer Rollenkonzepte. Die Technik besteht aus einer *Erwärmungsphase* (diagnostisch-anamnestisch), der *Spielphase* (psycho-kathartisch) und der abschließenden *Integrationsphase* (analytisch—kommunikativ). Durch *Doppeln* des Protagonisten durch den Leiter gewinnt der Protagonist eine größere Einsicht in seine Probleme. Weitere Techniken sind *Spiegeln, Rollentausch und Beziehungsklärung in der Gruppe*. Eine Sitzung dauert anderthalb bis zweieinhalb Stunden, die Behandlung erstreckt sich über 25-100 Sitzungen. Zielgruppen: Beratungsstellen, Pädagogen, Studenten, Erwachsenenbildung, Organisationsberatung. (Bender & Gneist in: Kraiker & Peter, 1998, S. 211-225)

#### 3.4.5. Positive Psychotherapie nach Peseschkian (\*1933)

Der Blick wird hier zum Positiven gerichtet. Für den aus Persien stammenden und in Deutschland und den USA ausgebildeten Nervenarzt spielen soziale Normen als Krankheitsauslöser und das religiöse Engagement einer Gesellschaft eine große Rolle. Seine Therapie verknüpft psychoanalytische Elemente und andere Bestandteile neuerer Psychotherapien mit persischen Märchenerzählungen. Der Mensch habe zwei angeborene *Grundfähigkeiten*, die *Liebesfähigkeit* (Emotionalität) und die *Erkenntnisfähigkeit* (Kognition). In der Religion zeigen sich die primären Fähigkeiten als *Sinngebung*, aus den sekundären die *Sinnfindung*. Aus unverarbeiteten *Grundkonflikten* bilden sich die *Aktualkonflikte*. Jeder Mensch sei nach seinem Wesen nach gut. Alle „Schlüsselkonflikte“ seien eine Spannung zwischen „Höflichkeit“ und „Ehrlichkeit“. Weil die Spannungen in Paar- und Familienbeziehungen gesehen werden, ist der Ansatz der Positiven Psychotherapie systemisch. Über *fünf Stufen* wird der Klient vom Therapeuten zur eigenen Fähigkeit zur „*Selbsthilfe*“ geführt. (Federspiel & Lackinger Karger, 1996, S.330-333)



### 3.5. Suggestive Verfahren

#### 3.5.1. Hypnose

Hypnose ist kein Schlaf, sondern die *Einengung des Bewusstseins* auf das Seelische. Atem, Puls und Kreislauf verlangsamen sich. Hypnotisierte sind

passiv und aufnahmebereit. In *Trance* werden so bildhafte Symbole besser verstanden. Niemand kann gegen seinen Willen etwas suggeriert werden. Durch Techniken vermag es der Hypnotiseur die *Trance* intensiver zu gestalten. Der Therapeut arbeitet mit Formelwiederholungen (*Suggestionen*) oder mit beiläufig eingestreuten Anweisungen. Am Ende der Sitzung wird der Zustand mit gezielten Anleitungen wieder aufgelöst. Anwendungsgebiete der ärztlichen Hypnose sind Vorbereitungen zu Operationen, Schmerztherapie, Geburtshilfe und Zahnheilkunde, aber auch bei der Behandlung von Angst und Unruhe. (Milton Erickson, 1976) (Federspiel & Lackinger Karger, 1996, S.410-413)

### 3.5.2. Katathymes Bilderleben

Das imaginative Verfahren arbeitet mit Tagträumen *kathathym*, d.h. „der Seele gemäß“. In Entspannung berichtet der Patient etwa 20 Minuten lang über seine vom Therapeuten „induzierten“ Bilder. Danach werden die Gedanken und Einfälle besprochen. Die Grundannahme, dass die Symptome von psychisch und psychosomatisch erkrankten Patienten unbewusster Natur seien, geht auf die Psychoanalyse zurück. Ähnlich dem Nachttraum werden bei dem KB Inhalte symbolhaft und als Bilder vermittelt, die im zweiten Schritt in einer gemeinsamen „Übersetzung“ der *Symbole* und bildhaften Szenen gedeutet werden. In der Methode unterscheidet der Begründer *Leuner* eine *Grund-Mittelstufe*, bei der der Therapeut gewährend und unterstützend ist und eine *Oberstufe*, bei der eine Symbolkonfrontation und ein assoziatives Vorgehen gewählt werden. Das KB wird meist innerhalb der Tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie eingesetzt, gelegentlich auch in der Paar und Familientherapie.

(Schon in: Kraiker & Peter, 1998, S. 92-100)

### 3.5.3. Neurolinguistisches Programmieren (NLP)

Das NLP wurde von zwei Sprachforschern, Richard Bandler und John Grinder, erfunden, die aus der Beobachtung von Sprache, Gestik und Körperhaltung der „Magier der Psychotherapie“ Milton Erickson, Fritz Perls und Virginia Satir, deren Kontaktaufnahme zu den Klienten zu ergründen versuchten und daraus ein System lehr- und lernbarer Techniken von erfolgreichen Kommunikationsmodellen kopieren wollten. Das NLP, das keine neue Theorie aufstellen möchte, möchte Blockaden aufheben, indem es alle Seelenzustände auf Nervenreize reduziert („*Neuro*“), die mit Sprache („*linguistisch*“) beeinflusst werden sollen. Dabei sollen negative Einstellungen ähnlich der Konditionierung des „Pablowschen Hundes“ auf positive „*umprogrammiert*“ werden. Das NLP findet vor allem in der Lebensberatung und im Coaching Anwendung. (Federspiel & Lackinger Karger, 1996, S.418-420)

### 3.5.4. Autosuggestive Verfahren

#### 3.5.4.1. Autogenes Training

Dieses verfahren wurde von Johannes Heinrich *Schultz* (1884-1970) entwickelt. Zielorgan ist das *Vegetatives Nervensystem*. Der Patient soll lernen, *sich selbst zu entspannen*. Das Training besteht aus der *Unterstufe (Formeln)* und der *Oberstufe (innere Bilder)*. Entspannung wird erzielt durch *regelmäßige kurze Übungen* (Schwere, Atem...) sowie dem *Zurücknehmen* nach der Übung. Klassische Indikationen sind die muskuläre Verspannungen und Schlafstörungen.(Federspiel & Lackinger Karger, 1996, S.397-400)

#### 3.5.4.2. Progressive Muskelrelaxation nach Jacobson

Dieses Entspannungsverfahren geht auf Edmund *Jacosen* (1885-1976) zurück. Im Kern besteht es aus *Lockerungsübungen durch kräftiges Strecken*. Der Tiefmuskelentspannung geht eine *gezielte Anspannung bestimmter Muskelgruppen* voran. Empfohlen wird, die *Übungen mehrfach täglich über eine Woche* durchzuführen. Die Progressive Muskelrelaxation nach Jacobson ist in psychosomatischen Kliniken in USA verbreitet, ist aber auch in Deutschland inzwischen in Klinik und Praxis etabliert.

Indikation: Stress, Verspannung, Schmerz (Federspiel & Lackinger Karger, 1996, S.400-401)

#### 3.5.4.3. Biofeedback

Biofeedback bedeutet „*Rückmeldung biologischer Signale*“. Es beruht auf die Erkenntnis, dass der vegetative Zustand des Menschen sich durch sein seelisches Empfinden beeinflussen lässt. Auf der Basis der Verhaltenstherapie und von Entspannungsverfahren wurde ein Technik mit medizinischen Geräten, wie das EMG, entwickelt, die mit optischen oder akustischen Signalen den Patienten eine Rückmeldung (*feedback*) geben, ob er seine Muskeln entspannt hat. Das Verfahren soll in wenigen Sitzungen den Patienten befähigen, gestörte vegetative Abläufe positiv zu beeinflussen. Anwendungsgebiete sind beispielsweise Muskelverspannungen, Kopfschmerzen, Bluthochdruck, Angstzustände, Inkontinenz u.a. (Federspiel & Lackinger Karger, 1996, S.403-404)



### 3.6. Ausdruckstherapien

#### 3.6.1. Körpertherapie

Das Konzept geht auf den Psychoanalytiker *Wilhem Reich* zurück. Hierbei geht es in erster Linie darum, *Blockierungen des „Energieflusses“* (Muskelverspannungen) u lösen. Bei der Exploration werden *Biographie* und *somatische Anamnese* in Verbindung gebracht. Bei der *Körperuntersuchung* werden durch *Ertasten* Fehlhaltungen und muskuläre Verspannungen erfasst. Die Behandlung besteht aus Gesprächstherapie mit *Übungen für Muskulatur und*

*Atmung*, teilweise *massageähnlich* (asexuell). Der Körper ist im Gespräch *stets* einbezogen. (Staemmler in: Kraiker& Peter, 1998, S. 230-239)

### 3.6.2. Funktionelle Entspannung (FE)

Dieses Verfahren geht auf *Marianne Fuchs*, Exponentin der Gymnastikbewegung der 20er Jahre. Fuchs entwickelte eine *tiefenpsychologisch fundierte körperbezogene Psychotherapiemethode*, die den *anthropologisch-psychosomatischen Ansatz* v. v. *Weizsäckers* und die damaligen Erkenntnisse der *Physiotherapie* verband. Die FE geht von der Vorstellung vom *Leib* als der *tiefsten Schicht des Unbewussten* aus. Die *Propriozeption* zum »Finden des Eigenrhythmus« und die *Entspannung im Atemrhythmus* sind zentrale Begriffe. Die FE wird in einigen Psychosomatischen Kliniken angewandt, insbesondere für die Indikationen Migräne, Hypertonie, Asthma bronchiale (besonders bei Kindern und Jugendlichen).(Quelle: Arbeitsgemeinschaft Funktionelle Entspannung, AFE)

### 3.6.3. Gestaltungstherapie (Kunsttherapie)

Psychiater wie *Prinzhorn* („Prinzhornsammlung“), aber auch Künstler wie *Walter Morgenthaler* – der Vater des kreativen wie künstlerischen Züricher Psychoanalytikers *Fritz Morgenthaler* (Anmerk. P.F.) – entdeckten die Ausdruckskraft der Bilder von psychisch Kranken. Vorreiterinnen der Psychotherapie sind *Susan Bach*, *Jolanda Jacobi* und *Elisabeth Tomalin*, die von der Tiefenpsychologie von *C.G. Jungs* beeinflusst waren. Die Grundannahme der Gestaltungstherapie ist, dass Gestalten ein Grundbedürfnis des Menschen ist. Das Gestalten bittet die Möglichkeit einer „Probehandlung“. Kunsttherapie versucht den Zugang zur *blockierten Kreativität* zu öffnen, mal mit, mal ohne *Themenstellung*. Im Mittelpunkt steht der *Prozess* der Rekonstruktion der eigenen Lebensmuster in *Beziehung* zum Therapeuten unter Benutzung vielfältigen Werkmaterials. Kunsttherapie hat heute in den meisten psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken Eingang gefunden.(Schottenloher in: Kraiker& Peter, 1998, S. 240-249)

### 3.6.4. Musiktherapie

Schon im Mittelalter galt Musik als Heilmittel. Inzwischen gibt es diplomierte *Musiktherapeuten* mit psychosozialer oder pädagogischer Qualifikation. In der *Rezeptiven Musiktherapie* werden mit ausgewählten Musikstücke damit verbundenen Erlebnisse wachgerufen und anschließend besprochen. In der *aktiven Musiktherapie* werden die Klienten zum aktiven improvisierenden Musizieren eingeladen. Die Musik wird als Spiegel der Gefühle verstanden. In der *Integrativen Musiktherapie* wird überwiegend in Einzelstunden und mit gestalttherapeutischen Methoden gearbeitet. Anwendungsgebiete sind neurotische, psychosomatische und psychiatrische Erkrankungen. (Federspiel & Lackinger Karger, 1996, S.472-474)

### 3.6.5. Tanz- Bewegungstherapie

Diese Therapieform geht auf die Tänzerin Isadora *Duncan* (1878-1927), die als erste das Starre des klassischen Balletts auflöste und die eigene seelische Befindlichkeit ausdrückte und dem österreichischen Bewegungspädagogen Rudolf von *Laban* (1879-1958) zurück. Es waren insbesondere Frauen, die Tanzbewegungen für unterschiedliche psychische Störungen ab dem Beginn des 20. Jahrhunderts therapeutisch zu nutzen begannen. Ab den 70er Jahren entstanden Tanztherapieverbände die klinische Standards erarbeiteten. Die Tanztherapie geht wie die Körpertherapie davon aus, dass Emotionen im *Körpergedächtnis* gespeichert werden. Tanztherapeuten möchten über die Bewegung mit ihren Klienten ins Gespräch kommen. Das Verfahren gründet auf die Humanistisch-psychologischen Therapien. Tanztherapie kommt in psychiatrischen und psychosomatischen sowie in Suchtkliniken zur Anwendung. Ihre Wirkung als eigenständige Therapie ist jedoch zweifelhaft. (Federspiel & Lackinger Karger, 1996, S.475-479)



## 4. Krankheitsbilder

Die hier vorgestellten Krankheitsbilder folgen der Klassifikation im ICD10. Die ausführliche Darstellung der Krankheitsbilder würden den Rahmen dieses Scriptes sprengen. Es werden daher u den Begriffen nur Stichworte gegeben und im Übrigen auf Lehrbücher verwiesen (z. B. Hoffmann und Hochapfel 1995, 2004.)

1. **Angststörungen**
2. **Zwangsstörungen**
3. **Belastungs- und Anspannungsstörungen**
4. **Störungen, die mit körperlichen Symptomen einhergehen**
5. **Verhaltensstörungen**
6. **Persönlichkeitsstörungen**

### 4.1. F40-48: Neurotische Belastungs- und somatoforme Störungen

20-40% der Patienten, die eine Hausarzt-Praxis aufsuchen, haben eine Erkrankung aus diesem Formenkreis. Zu diesen Erkrankungen gehören die meisten neurotischen Erkrankungen wie **Angstneurosen** (F40- F41), **Zwangsneurosen** (F42), **Traumatische Neurosen** (F43.1), **Hysterische Neurosen** (F44).

Die **Psychosomatischen Ausdruckskrankheiten** (F45.0) werden im ICD10 als Somatoforme Störungen zusammengefasst. Zu diesem Formenkreis gehört u. a. die Hypochondrie (F45.2) oder die Herzneurose (F45.3), die Psychoanalytiker zu den Angststörungen zählen.

#### 4.1.1. *F40 phobische Störungen Phobien*

Gemeint sind Ängste vor bestimmten Objekten und Situationen, Zu diesen Störungen zählen die vielen Tierphobien, die Agarophobie und die Sozialphobien.

##### 4.1.1.1. *F40.0 Agarophobie, F40.1 sonstige Angststörungen*

Heute wird die Angst, über einen bevölkerten Platz zu gehen, die so genannte Agarophobie mit der Angst in einem engen Raum zu sein (die Klaustrophobie, beispielsweise die Aufzugsangst) gleichgesetzt. Im Gegensatz zur Verhaltenstherapie, die für jede einzelne Störung ein spezifisches Programm entwickelt, gehen die von der Psychoanalyse abgeleiteten Verfahren davon aus, dass hinter jeder spezifischen Phobie eine allgemeinere zugrunde liegende Angst verborgen ist, die es aufzudecken und aufzuheben gilt. Dafür spricht auch die klinische Erfahrung, dass sich die Ängste eines Patienten im Laufe seines Lebens und sogar während der Psychotherapie verschieben können. So kann sich aus einer Flugangst eine Platzangst oder aus einer Agarophobie eine diffuse unspezifische Angst entwickeln.

Der Krankheitsgipfel der Agarophobie liegt zwischen dem 20. und 30. Lebensjahr. Es sind mehr Frauen als Männer betroffen.

##### 4.1.1.2. *F40.1 soziale Phobien*

Die Behandlung von sozialen Phobien hat sich zu einem Spezialgebiet der Kognitionspsychologie entwickelt, die immer verfeinerte und empirisch validierte Verfahren entwickelt hat. Für die psychoanalytischen Verfahren kann die hier gemeinte Angst vor Beschämung in sozialen Kontexten entweder als Teil des neurotischen Konfliktes oder seiner Abwehr verstanden werden. Die Symptomatik beginnt etwa mit einem ersten Krankheitsgipfel um das 20. Lebensjahr herum. Frauen sind gleichviel betroffen wie Männer. Die Erythrophobie, die Angst, zu Erröten, ist eine weit verbreitete Soziale Phobie.

##### 4.1.1.3. *F40.2 Isolierte spezifische Phobien*

Die Aufzählung der unter diesem Kapitel zusammengefassten Angststörungen ließe sich bis ins Unermessliche fortsetzen. Es

seien an dieser Stelle an bekannte Ängste, wie die Höhenangst, die Flugangst oder die Angst, auf Öffentlichen Toiletten zu urinieren. Während die VT Trainingsprogramme entwickelt, um öffentliche Toiletten wieder aufzusuchen – was die akute Not der betroffenen durchaus lindern helfen kann – sieht die Psychoanalyse je nach Kontext dahinter das Symptom einer zwangsneurotischen Entwicklung.

#### 4.1.2. F41 sonstige Angststörungen

##### 4.1.2.1. *F41.0 Panikstörung,*

Panikstörungen: Gemeint sind massive Angstanfälle, ohne dass es einen dem Betroffenen bewussten Auslöser gibt. Die Panikstörungen imponieren besonders durch ihre vegetativen Begleiterscheinungen. Dazu zählen plötzlicher Beginn mit Herzklopfen, Brustschmerz, Erstickungsgefühlen, Schwindel und Entfremdungsgefühlen. Oft werden diese Patienten mit Blaulicht in eine Klinik gefahren ohne dass sich ein somatisches Korrelat finden lässt. Aus psychoanalytischer Sicht ist die Panikstörung der Ausdruck eines Angst auslösenden Konfliktes, der soweit verdrängt ist, dass sein Ausbruch entlang einer „Triggersituation“ dem Patienten unverständlich bleibt. Er verwechselt daher die vegetativen Begleiterscheinungen (Pulsfrequenzerhöhung, Hyperventilation usw.) mit der Ursache, weswegen er sich lebensbedrohlich gefährdet sieht.

##### 4.1.2.2. *F41.1 Generalisierte Angststörung (Angstneurose)*

Die Patienten haben Angst vor allem und alles und sind ständig in Sorge vor drohenden Katastrophen. Diese Befürchtungen führen zu einer motorischen Spannung und einer vegetativen Übererregbarkeit. Dieses Krankheitsbild deckt sich am ehesten mit der Angstneurose, wie sie in der Psychoanalyse und im alten ICD 9 beschrieben war.

##### 4.1.2.3. *F41.2 Angst und depressive Störung gemischt*

Bei diesem Symptomenkomplex halten sich Depression und Angst die Waage. Wenn die Depression bedeutsamer wird, wird die Störung im Kapitel „Affektive Störungen“ klassifiziert.

#### 4.1.3. F42 Zwangsstörung (Zwangneurose)

In der ICD-Klassifikation wird dieses Störungsbild zu den Angststörungen gezählt, denn die Ängste sind Teil der Symptomatik (die Zwänge entstehen, um Ängste zu beherrschen). Es werden A) Zwangshandlungen (F42.1), B) Zwangsgedanken (F42.0) unterschieden. Zu bekannten Zwängen gehören der Wasch-

und Kontrollzwang; das Grübeln, Zwangsbefürchtungen, sowie Rituale, die von den Betroffenen als sinnlos und ineffektiv erlebt werden. Es gibt ferner eine enge Verbindung mit der Depression, zu der auch Zwangsgedanken (F42.0) oder Zwangshandlungen (F42.1) gehören können.

#### 4.1.4. *F43 Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen*

##### 4.1.4.1. *F43.0 Akute Belastungsstörung*

Hier geht es um eine Belastung, die aus voller Gesundheit bei psychisch nicht manifest gestörten Menschen auftritt. Manche Autoren verwenden hierfür auch die ursprünglich von Freud eingeführte Bezeichnung *Aktualkonflikt* (Heuft et al. 2006)

##### 4.1.4.2. *F43.1 Posttraumatische Belastungsstörung*

Das Konzept einer Traumatischen Neurose wurde von Freud als Folge seiner Erfahrungen mit Frauen, die in ihrer Kindheit und Jugend missbraucht worden waren und als Konsequenz mit den „Kriegszitterern“ des Ersten Weltkrieges entwickelt. Es geriet durch die Entwicklung seiner neuen Konzepte, die auch die Phantasie als traumatogen ansahen, in den Hintergrund. Die Begutachtungsfrage bei Überlebenden des Holocaustes und Versicherungsfragen zur Klärung von Folgen von Unglücken (Man-made-disaster) führten zu der parallelen Entwicklung der Posttraumatischen Belastungsstörung sowohl im Europäischen ICD10 als auch im amerikanischen DSM IV. Heute weiß man aus zahlreichen Forschungen bei Opfern von Massenunfällen, Verbrechen usw. sich bei Einzelnen Schäden entwickeln können, die an eine schwere Neurose denken lassen, obwohl keine zugrunde lag. Nach einem traumatisierendem Ereignis entwickeln die Betroffenen Flashbacks, d.h. Erinnerungen, die fast fotografisch genau das Erlebte im Gedächtnis reproduzieren mit der Unmöglichkeit diese Erlebnisse zu verarbeiten. Auch neigen diese Menschen dazu Situationen zu vermeiden, die sie an das traumatische Ereignis erinnern könnten. Das hat zur Folge, dass sie ihren Lebensradius zunehmend einengen und gegenüber ihren Mitmenschen scheu und misstrauisch sind. Es gibt heutzutage mehrere Verfahren, die sich auf dieses Krankheitsbild einstellen. Eines davon ist die EMDR-Methode, bei der die motorische Augenbewegung (Eye Movement) zur Verarbeitung der Erlebnisse im Gedächtnis eine Rolle spielt

##### 4.1.4.3. *F43.2 Anpassungsstörungen*

Hierzu zählen das emotionale Leiden eines Subjektes, dass nach belastenden Lebensereignissen, schwerer körperlicher Krankheit etc soziale Funktionen und Leistungen behindert. Die Untergruppe F43.21 bezieht sich auf eine längere depressive Reaktion (abnorme Trauerreaktion). Hier sind die pathologischen Trauerreaktionen gemeint, die von ihrer Tragweite die charakteristischen Merkmale einer wahren neurotischen Störung annehmen können, ohne jedoch die Genese und Struktur derselben aufzuweisen. Allerdings ist der Begriff „Neurose“ im gesamten ICD10 verbannt, weil zu „theorielastig“.

#### 4.1.5. *F44 Dissoziative Störungen (Konversionsstörungen)*

Gemeint ist hier der Verlust der normalen Integration von Erinnerungen an die Vergangenheit, des Identitätsbewusstseins, der unmittelbaren Empfindungen, sowie der Kontrolle von Körperbewegungen. An Symptomen fallen auf die Depersonalisation und die Derealisation. Dieses Störungsbild umschreibt die Symptomatik des psychoanalytischen Konzeptes der → Hysterie. Die WHO-Klassifikation unterscheidet darüber hinaus: F44.0 Dissotiative Amnesie, F44.1 Dissotiative Fugue, F44.2 Dissotiativer Stupor, F44.3 Trance und Besessenheitszustände, F44.4 – F44.7 dissoziative Störungen der Bewegung und der Sinnesempfindung („belle indifférence“).

#### 4.1.6. *F45 Somatoforme Störungen*

Diese Störungsbilder betreffen das Kerngebiet der psychosomatischen Krankheitsbilder. Kennzeichnend ist eine körperliche Symptomdarbietung mit gleichzeitiger Forderung nach medizinischer Untersuchung und Abhilfe trotz negativer (somatischer) Befunde. Die Betroffenen werden meist viele Jahre untersucht, bisweilen auch medikamentös behandelt oder gar operiert ohne dass sich ein somatisch harter Befund erheben ließe.

##### 4.1.6.1 *F45.0 Somatisierungsstörung*

Hierbei handelt es sich um multiple, wechselnde körperliche Symptome, die Jahre bestehen, bevor deren psychische Genese erkannt wird. Die Symptome sind chronisch fluktuierend. Es sind mehr Frauen als Männer betroffen. F45.1 Undifferenzierte Somatisierungsstörung: Kennzeichnend ist eine geringere Anzahl von Beschwerden.

##### 4.1.6.2. *F45.2 Hypochondrische Störung*

Hypochondrisch veranlagte Menschen neigen dazu, sich intensiv mit der Möglichkeit zu beschäftigen, an einer oder mehreren Krankheiten zu leiden. Dieses Krankheitsbild ist oft mit Angst und Depression vergesellschaftet und chronisch wechselhaft. Typisch ist die beharrliche Weigerung der Kranken, nichtpathologische Diagnosen zu akzeptieren.

#### 4.1.6.3. *F45.3 somatoforme autonome Funktionsstörung*

Hier werden die Beschwerden oder die Erkrankung auf ein System oder Organ projiziert, das weitgehend vegetativ innerviert oder kontrolliert wird. Beispiele sind die Herzneurose (F45.30), die Dyspepsie (F45.31), das Colon Irritabile (F45.32), das Hyperventilationssyndrom (F45.33) oder die Pollakisurie psychica (F45.34).

#### 4.1.6.4. *F45.30 kardiovaskuläres System (Herzneurose, Herzphobie)*

Die Herzneurose ist sehr verbreitet und spielt differentialdiagnostisch zu den somatisch begründbaren Herzbeschwerden eine nicht unwichtige Rolle. Auch die psychotherapeutische Behandlung derselben hat eine lange Tradition. (z.B. Richter 1969)

#### 4.1.6.5. *F45.4 Anhaltende somatoforme Schmerzstörung*

Die Patienten klagen über quälende Schmerzen, die physiologisch nicht vollständig erklärt werden können (psychogener Rückenschmerz). Gesundheitsökonomisch spielt dieses Krankheitsbild eine große Rolle. Viele Patienten wenden sich inzwischen an Schmerztherapeuten oder Akupunkteure, wenige finden den Weg in die Psychotherapie.

#### 4.1.7. F50-F59 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren

##### 4.1.7.1. *F50.0 Anorexia nervosa*

Dieses Krankheitsbild gehört zu den bekanntesten psychosomatischen Erkrankungen und ist gleichzeitig eines der gefährlichsten mit einer Sterblichkeit von fast 10%. Man spricht von A. bei einem BMI < 17,5. Charakteristische Merkmale sind neben dem extremen Untergewicht der meist jungen Frauen, eine trockene Haut, rissige Haare, erhaltener Langhaarflaum, Ausbleiben oder sekundäres Verschwinden der Monatsregel,

Bradykardie und Herzrhythmusstörungen, Hypokaliämie, Hypothermie.

Charakteristikum dieser Erkrankung ist das suchtmäßige Verschlingen großer Mengen hochkalorischer Nahrung mit anschließendem Erbrechen. Auch hier überwiegt das weibliche Geschlecht. Differenzierte Psychotherapieforschungen weisen das Auftreten der Störung in Zusammenhang mit affektiven Störungen (Depression) oder Persönlichkeitsstörungen (Borderline-Störungen) nach.

#### 4.1.7.2. *F50.2 Bulimia nervosa*

Charakteristisch für die Bulimie sind wiederholte anfallsartige Heißhungerattacken mit nachfolgendem Erbrechen sowie die übertriebene Beschäftigung mit und die Kontrolle des Körper(gewichtes). Wie bei der Anorexia nervosa überwiegt das weibliche Geschlecht, wobei der Erkrankungsgipfel im jüngeren Erwachsenenalter liegt. Eine Bulimie kann einer Anorexia nervosa vorausgehen oder umgekehrt. Das anhaltende Erbrechen kann zu Elektrolytstörungen, Zahnschmelzstörungen u. a. körperlichen Komplikationen führen.

#### 4.1.7.3. *F50.4 Essattacken bei sonstigen psychischen Störungen*

Hierzu zählt das übermäßige Übergewicht aus psychischer Ursache (psychogene Essattacken). Hierzu zählt beispielsweise das *Binge Eating*, bei der es zu periodischen Heißhungeranfällen (Fressanfällen) mit Verlust der bewussten Kontrolle über das Essverhalten kommt, wobei im Gegensatz zur *Bulimie* das Gegessene anschließend nicht erbrochen wird, mit der Folge des *Übergewichts*.

#### 4.1.8 *F51 Nichtorganische Schlafstörungen*

Hier werden jene Störungsbilder subsummiert, bei der eine Schlafstörung keine somatische Ursache hat. Allerdings kommen Schlafstörungen bei vielen psychischen Störungen vor, wie beispielsweise bei der Depression, bei der es das Leitsymptom schlechthin darstellt oder bei der Zwangsstörung, bedingt durch Grübelzwang.

#### 4.1.9 *F52 Nichtorganische sexuelle Funktionsstörungen*

Erektionsstörungen, Ejaculatio praecox, fehlender Orgasmus werden hier klassifiziert. Eine reine sexuelle Funktionsstörung ohne affektive Mitbeteiligung oder außerhalb einer Persönlichkeitsstörung ist selten.

- 4.1.9.1. *F52.0 Mangel oder Verlust an sexuellem Verlangen*  
Sexualforscher beobachten die Zunahme dieser Krankheitsentität gegenüber den „klassischen“ Störungsbildern wie Impotenz oder Anorgasmie.
- 4.1.9.2. *F52.1 sexuelle Aversion und mangelnde sexuelle Befriedigung*  
Bei diesem Störungsbild handelt es sich um eine Störung gegenüber des Sexualzieles.
- 4.1.9.3. *F52. 2 Versagen genitaler Reaktionen, F52.3 Orgasmusstörungen*  
Hierbei handelt es sich um Störungen der Sexualfunktionen (Impotenz, Anorgasmie, Vaginismus)
- 4.1.10. *F53 psychische und Verhaltensstörungen im Wochenbett, nicht andersorts klassifizierbar*  
Hierunter fällt die Wochenbettdepression, die für die empfindliche Störung beim Aufbau der sehr frühen Mutter-Kind-Beziehung eine zentrale Rolle spielt.
- 4.1.11. *F54 psychologische Faktoren und Verhaltensfaktoren bei andersorts klassifizierten Krankheiten (Magenulkus F54 und K 25, Urticaria F54 und L50)*  
Somatische Krankheiten haben auch immer einen psychosomatischen Aspekt. Dem wird zwar hier versucht, zu entsprechen. Aber die psychodynamische Bedeutung der Krankheitsentstehung und –aufrechterhaltung und der Einfluss auf die Ausprägung des Krankheitsgeschehen wird mit dieser Unterkategorie kaum angemessen erfasst.
- 4.1.12. F55 Missbrauch von nicht abhängigkeiterzeugenden Substanzen

#### *4.1.12..1. Abhängigkeit und Substanzmißbrauch*

Das bedeutsame Thema der Suchtentwicklung wird hier – aufgeschlüsselt – nach Suchtmitteln – dargestellt. Süchtige Fehlhaltung: Sie äußert sich in dem Bestreben, aus der unerträglich erscheinenden Realität in eine Betäubung zu fliehen.

Charakteristisch ist für die Sucht das unbezwingbare Verlangen nach Suchtmitteln (craving) und die zunehmende Abhängigkeit (psychisch und/oder physisch)

Neben einer stoffgebundenen (Alkohol, Haschisch usw.) gibt es auch eine Nicht stoffgebundene Abhängigkeit (Spielsucht usw.) und Suchtmittelabhängigkeit.



## 5. Psychotherapie- Psychoanalyse: Konzepte und Grundbegriffe

Die Kernbegriffe der Psychoanalyse gelten auch für die von ihr abgeleiteten Tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie. Die Begriffe sind als Konzepte mittlerweile zum terminologischen Allgemeingut geworden. Wenn die der Psychoanalyse kritisch stehenden „empirischen“ Wissenschaften meinen, ohne diese von ihnen Jahrzehnte lang bekämpften Erkenntnisse der Psychoanalyse nicht auskommen zu können, weil die Neurowissenschaften deren Annahmen bestätigt haben, so werden die von Sigmund Freud eingeführten Begriffe einfach „umgenannt“. So wird aus dem „Bewusstsein“ das „explizite“ und aus dem Unbewussten“ das „implizite“ Gedächtnis.

### 5.1. Das topographische Modell BW/VBW/UBW

Das System Bw (**Bewusstsein**) kann mit einem psychischen Raum verglichen werden, dem es obliegt, Reizkonfigurationen der inneren Welt und der äußeren Realität zu erfassen

- **Das Unbewusste (Ubw): VERDRÄNGT** *"Freud hat die Frage des Inhalts des Systems Ubw nie unmissverständlich geklärt."* (Dreux, S. & Brecht, K., 1982, 51). Für Freud ist das Unbewusste das Verdrängte. Die moderne Psychoanalyse, deren Grundannahme, dass Individuen sich größtenteils von ihrem Unbewussten leiten lassen, durch die Erkenntnisse der Neurowissenschaften bestätigt wurde, kann nicht umhin, anzuerkennen, dass ein großer Teil menschlicher Gedanken, Vorstellungen und Prozesse gibt, die unser Tun, Handeln und Erleben beeinflussen, ohne dass wir ihrer bewusst (Schüßler 2005). Das bedeutet jedoch, dass diese Gedanken und Vorstellungen zuvor nicht verdrängt werden mussten. Einerseits rechnet Freud phylogenetisch (Stammesentwicklung der Lebewesen (biologische Evolution) im Verlauf der Erdgeschichte) erworbene Inhalte dazu, andererseits nur das, was zuvor verdrängt wurde, und dann wieder Triebrepräsenzen. Es bestehen hier also Widersprüche und Unklarheiten. "Die Darstellung der Widersprüche der inhaltlichen Aspekte des Ubw scheint uns an dieser Stelle angebracht, da das Problem der inhaltlichen Bestimmung des Ubw

mit der Einführung des Strukturmodell auf das Es übertragen wird. Das Es jedoch wird die Matrix sein, aus der sich das Ich herausdifferenziert, und unter diesem Aspekt wäre es problematisch, als unbewusst nur zu bezeichnen, was verdrängt ist: das Ich hätte keine Entstehungsgrundlage, denn das Verdrängte entsteht ja erst auf seine Veranlassung hin." (Drews, S. & Brecht, K., 1982, 52).

- **Das System Bewusstsein (Bw) PRÄSENT:** Das Bewusstsein empfängt Informationen aus der Außenwelt, das Bewusstsein hat keine Inhalte auf der Basis von Gedächtnisspuren, sondern ist quasi ein Sinnesorgan zur Wahrnehmung von psychischen Qualitäten (Drews, S. & Brecht, K., 1982, 52). Das System Bw (**Bewusstsein**) kann mit einem psychischen Raum verglichen werden, dem es obliegt, Reizkonfigurationen der inneren Welt und der äußeren Realität zu erfassen. Das System Ubw (**Unbewusstes**) besteht aus psychischen Inhalten, welche selbst durch gezielte Konzentration nicht ins Bewusstsein gehoben werden können. Es gibt verschiedene Arten unbewusster Prozesse, von denen Freud dem Verdrängten am meisten theoretischen Platz eingeräumt hat. Hierbei handelt es sich um von Individuum und/oder Kultur verfemte Impulse und Vorstellungen, die abgewehrt bzw. ins Ubw verdrängt werden. Die therapeutische Erfahrung hat Freud gelehrt, dass die verdrängten Inhalte sich in entstellter Art wieder Zugang zum Bw verschaffen (**Wiederkehr des Verdrängten**).
  
- **Das System des Vorbewussten (Vbw) VERGESSEN:** Das Vorbewusste beinhaltet unbewusste, jedoch im Gegensatz zum Unbewussten bewussteinfähige Inhalte. Hier findet auch die Umwandlung von primärprozesshaftem in sekundärprozesshaftes statt, das heißt, hier findet die Zensur statt, aber auch die Anpassung der Triebwünsche an die Realität und deren Befriedigungsmöglichkeiten. Das System Vbw (**Vorbewusstes**) enthält jene psychischen Inhalte, welche zwar momentan im Bewusstsein nicht präsent sind, aber mittels willentlicher oder zum Teil auch unwillentlicher Aufmerksamkeitsausrichtung abgerufen werden können.

Ψ Ψ Ψ

## 5.2. Das 3-Instanzen-Modell ICH/ ES/ ÜBER-ICH (Strukturmodell)



☞ Schematische Darstellung des Instanzenmodells

Theoretische Schwierigkeiten mit dem Topographischen Modell haben Freud zur Entwicklung des **Drei-Instanzen-Modells** veranlasst, dem bekanntesten Persönlichkeitsmodell der Psychoanalyse. Es versteht die menschliche Psyche als in drei Instanzen untergliedert, welche miteinander interagieren und teilweise in Konflikt geraten.

- Das **Ich** sitzt räumlich gesprochen an der *Oberfläche* der Persönlichkeit und gehorcht dem *Realitätsprinzip*. Es steuert das Selbst und ist für die Anpassung an die Umwelt zuständig. Die synthetische Funktion des Ich beschreibt seine Aufgabe zwischen den Anforderungen der verschiedenen Instanzen (Es und Über-Ich) und der Außenwelt zu vermitteln. Damit entspricht das **Ich** dem **Willen**. Ihm kommt die Vermittlungsfunktion zwischen dem Über-Ich und dem Es, sowie der Realitätsanpassung. Die **Interaktion zwischen Instanzen ist die Basisannahme der Psychoanalyse** (Hoffmann& Hochhapfel 1995)
- Das **Es**, ein von Georg Groddeck (1923) geprägter Begriff, den Freud später von diesem übernahm. Gemeint ist jener völlig unorganisierte Teil der Persönlichkeit, in dem die verdrängten Wünsche und archaischen Triebwünsche und -regungen beheimatet sind. Es ist im Gegensatz zum Ich und zum Über-Ich gänzlich unbewusst. Das **Es** entspricht dem **Lustprinzip**. Es zielt auf die Grundbedürfnisbefriedigung der primären (Trieb)Impulse.
- Das **Über-Ich**, die moralische Instanz (**Gewissen**), besteht aus den durch die erzieherischen Einflüsse verinnerlichteten Verboten und Geboten. Das **Über-Ich** ist normativ und äußert sich in soziokulturell vermittelte Normen und Ideale. Das **Ich-Ideal** ist eine Unterinstanz des Über-Ichs. Es entspricht dem Idealbild, das das Individuum von sich entwerfen möchte („Wie ich gerne wäre“).

Da Konflikte nicht nur zwischen den Instanzen auftreten können (z.B. zwischen Es und Ich), sondern auch zwischen widersprüchlichen Tendenzen innerhalb einer Instanz (z.B. zwei entgegen gesetzte moralische Forderungen des Über-Ich), wurde von der späteren Psychoanalyse zwischen **intersystemischen Konflikten** und **intrasystemischen Konflikten** differenziert. Ein weiteres Problem ergab sich dadurch, dass Freud den Begriff Ich auf zweierlei Art und Weise verwendete: Einmal um ein Sammelsurium psychischer Funktionen zu beschreiben und einmal um damit die ganze Person zu bezeichnen. Dies machte eine Trennung von Ich und **Selbst** erforderlich, wobei der Begriff **Ich** für die erlebnisfernen psychischen Funktionen reserviert blieb und der Terminus **Selbst** fortan die Summe der erlebnisnahen Vorstellungen von der eigenen Person beschrieb (**Selbst ist** das Subjekt. Eng verwandt mit dem Konzept des Selbst ist das der **Identität**. Der Psychoanalytiker Heinz Kohut (1913-1981) und Begründer der **Selbst-Psychologie** erforschte die Schwankungen des Selbst und die narzisstischen Störungen..

### **ICH-Funktionen**

Realitätsprüfung	Die Fähig, innere und äußere Reize adäquat zu beurteilen
Sinn für Realität (Welt und Selbst)	Das adäquate innere Erleben der inneren/äußeren Welt mit Aufrechterhaltung von Ich-Grenzen
Kontrolle von Impulsen	Die Fähigkeit, Gefühle und Antriebe zu steuern
Fähigkeit zu Objektbeziehungen	Die Fähigkeit, Kontakte aufzubauen, Beziehungen aufrechtzuerhalten und wechselseitig zu gestalten
Defensive Funktion	Adäquater Einsatz von Abwehrmechanismen
Auswählte wichtige Ich-Funktionen (nach Schüßler 2005)	



## 5.3. Die Abwehrmechanismen

Die Abwehrmechanismen sind unbewusste Mechanismen des ICH zur Abwehr von Impulsen des ES , die der Gewissensforderungen und der Anforderungen der Umwelt wegen nicht befriedigt werden können.

Um dem Zweck der Abwehrmechanismen zu verstehen, sind folgende Fragen nützlich:

- Was wünscht sich die Person?
- Wovor hat sie Angst?

- Was unternimmt sie gegen ihre Angst?

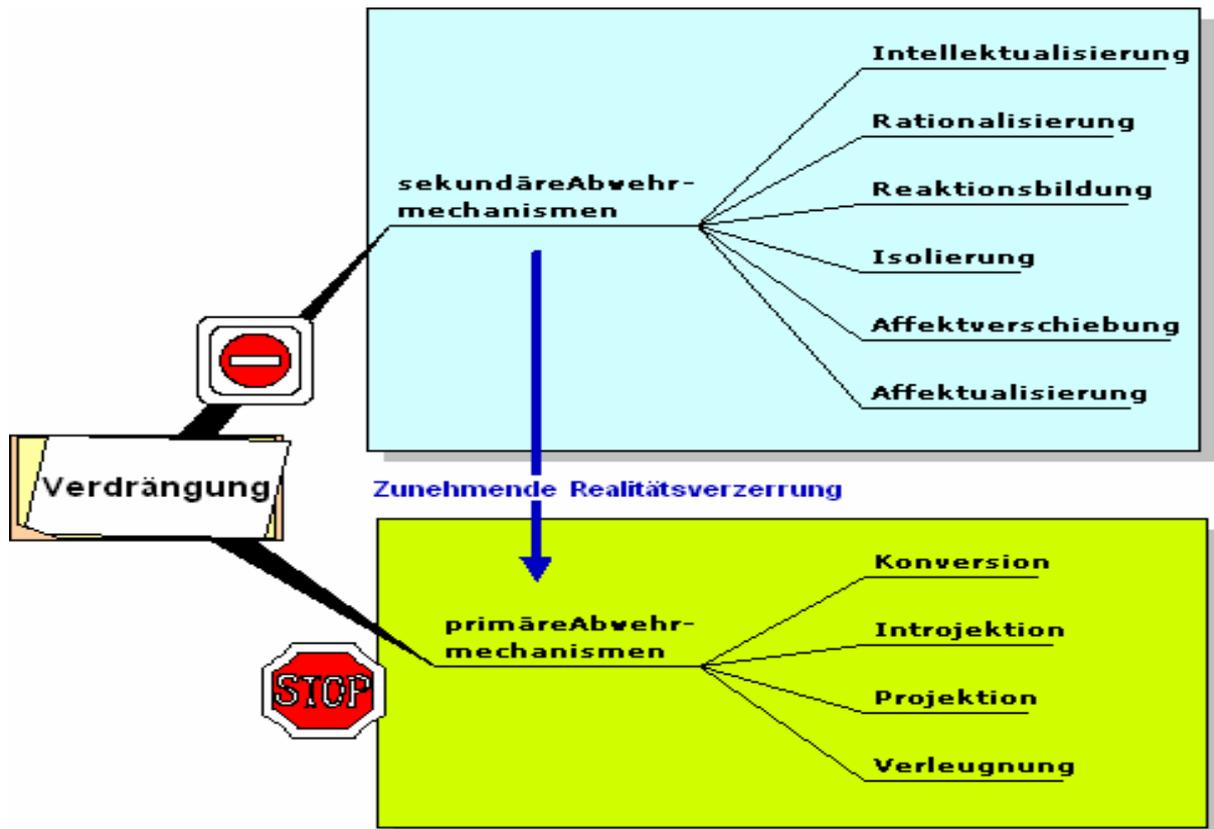
Welche Befriedigungsmöglichkeiten bleiben ihr? (vgl. Haubl u. a. 1986, S.190)

Die **Angstabwehr** gehört zu den **automatischen** Tätigkeiten des Ichs, mit denen es sich vor der unkontrollierten Dynamik schützt, die das Fortbestehen eines Angstzustandes für das Erleben und Handeln einer Person bedeuten könnte. Meist mit einer akzeptablen Ersatzbefriedigung versehen, verhindert die Abwehr damit eine traumatische Angstentwicklung.

Die **Verdrängung** ist die Hauptfunktion der Abwehr. Verdrängungsmechanismen beeinflussen das Objekt, auf das sich triebhafte Es-Ansprüche richten (Sachvorstellungen bzw. Objektbeziehungsvorstellungen). Man unterscheidet zwischen **sekundären** und **primären** Abwehrmechanismen (vgl. Haubl u. a. 1986, S.198) **Sekundäre Abwehrmechanismen** setzen ein starkes Ich voraus, das zur Abwehr "in das psychische Repräsentationssystem (Affekt - Primäre Objektbeziehungsvorstellung - Objektbeziehungssprache)" eingreift. Sekundäre Abwehrmechanismen "nehmen dadurch in erster Linie 'innere' Veränderungen vor. **Primäre Abwehrmechanismen** werden wirksam, wenn ein geschwächtes Ich die Abwehr "von 'innen' nach 'außen' verlagert" und greifen damit in die Objektbeziehung ein (Haubl u. a. 1986, S.196). Abwehrvorgänge sind nicht als solche dysfunktional, sondern müssen immer im Gesamtzusammenhang der psychischen Struktur der jeweiligen Person gesehen werden. Meistens sind sie Bestandteil der bestmöglichen inneren Konfliktlösungen, die ein Individuum im Laufe seiner psychischen Entwicklung erreichen konnte. Dysfunktional sind insbesondere so genannten *primären* oder *unreifen Abwehrmechanismen* wie Spaltung und Verleugnung, außerdem *interpersonale Abwehrmechanismen*, die andere Menschen in die Stabilisierung des eigenen psychischen Gleichgewichts einbeziehen und die betreffenden Beziehungen daher in der Regel belasten, wie z.B. bei der projektiven Identifizierung

### Die Abwehrmechanismen (Auswahl)

- Verdrängung
- Regression
- Reaktionsbildung
- Isolierung
- Ungeschehenmachen
- Projektion
- Introjektion
- Wendung gegen die eigene Person
- Verkehrung ins Gegenteil
- Sublimierung



### Die Abwehrmechanismen im Einzelnen:

- **VERDRÄNGUNG** (z.B. Hysterie): Unbewusste Unterdrückung eines Triebanspruches, einer Wahrnehmung oder Phantasie und Verlagerung aus dem *Bewussten* ins *Unbewusste*
- **VERLEUGNUNG** (z.B. Manische Leugnung einer Depression): Der eigene Impuls wird registriert, aber in einer doppelten Buchführung als nicht existent erklärt. Archaischer Abwehrmechanismus
- **VERMEIDUNG** (z.B.: Angstneurose): Triebregungen werden umgangen.
- **AFFEKTUALISIERUNG** (z.B. Hysterie): Ein Ereignis oder Verhalten wird dramatisiert
- **INTELLEKTUALISIERUNG** (z.B. Zwangsneurose, Hysterie): Entfernung vom unmittelbaren konfliktuösen Erleben durch Abstraktionsbildung (z.B. abstrakte Gespräche über das Wesen der Liebe)

- REAKTIONSBILDUNG (z.B. Zwangsneurose, Hysterie): Herausbildung eines Verhaltens, das entgegengesetzt des ursprünglichen Triebimpulses des ES ist ( z.B. Hassgefühle werden in fürsorgliche Liebe umgewandelt)
- VERSCHIEBUNG (z.B. Phobie): Verschiebung einer (aggressiven) Regung von der Person, der sie gilt, auf eine andere, weniger bedrohliche.
- ISOLIERUNG (z.B. Zwangsstörung): Bewusstes Erinnern unerwünschter Inhalte, jedoch bereinigt ihres affektiven Gehaltes
- REGRESSION (z.B. Zwangsneurose): Libido kehrt bei realen Schwierigkeiten in frühere Entwicklungsstadien zurück, wobei entsprechende frühkindliche Verhaltensweisen wieder auftreten
- UNGESCHEHEN-MACHEN (z.B. Zwangsstörungen): So zu tun, als seien bestimmte Wünsche, Gedanken, Gefühle nicht geschehen, was häufig mit der ritualisierten Ausführung entgegen gesetzter Verhaltensweisen (Zwangshandlungen, z.B. Waschwang) einhergeht
- PROJEKTION (z.B. Psychose, Borderline-Persönlichkeitsstörung): Wahrnehmung eigener Gefühle, Wünsche etc. beim Anderen (Feindselige Impulse werden projektiv einem anderen zugeschrieben)
- INTROJEKTION (z.B. Psychose, Borderline-Persönlichkeitsstörung): Unbewusster Mechanismus, sich fremde Gedanken, Gefühle, Wünsche einzuverleiben.
- PROJEKTIVE IDENTIFIKATION (z.B. Borderline-Persönlichkeitsstörung, Narzisstische Persönlichkeitsstörung): Subjekt projiziert unerträgliche intrapsychische Erlebnisse auf ein Objekt. Dabei bleibt das Subjekt am Projizierten haften und bringt das Objekt dazu, unbewusst das Projizierte tatsächlich zu erleben
- SPALTUNG (z.B. Borderline-Persönlichkeitsstörung, Psychose): Zusammenhänge werden auseinander gerissen und auf mehrere Personen verteilt, die „nur gut“ oder „nur böse“ sind.
- WENDUNG GEGEN DIE EIGENE PERSON (z.B. Depression): Ersetzung eines fremden Objektes durch sich selbst (z.B. Autoaggressionen)
- VERKEHRUNG INS GEGENTEIL (z.B. Zwang, Perversion): Umwandlung eines Triebzieles ins Gegenteil bei gleichzeitiger Verkehrung von Aktivität und Passivität (z.B. Sadismus in Masochismus)

- **SUBLIMIERUNG** (z.B. Zwang, Narzissmus): Neutralisierung der psycho-sexuellen Energie aus nicht gestatteten Triebwünschen und deren Nutzung für differenzierte soziale und kulturelle Leistungen. (sadistischer Schneideimpuls wird zu chirurgischen Sezieren)
- **KONVERSION** (z.B. Hysterie): Umsetzung eines libidinösen Impulses in ein Körpersymptom, das den Wunsch symbolisch ausdrückt (hysterische Blindheit: Abwehr eines libidinösen, aggressiven Schauwunsches)
- **IDEALISIERUNG** (z.B. Zwangsneurose, Narzisstische. Neurose): Objekte werden unbewusst entwertet oder überhöht.
- **IDENTIFIKATION MIT DEM AGGRESSOR** (z.B. Traumatische Neurose): Bei einem gewaltsamen Übergriff bzw. einer psychischen Grenzüberschreitung wird die Verantwortung für das Geschehen sich selbst zugeschrieben und/oder die Einstellung oder das Verhalten eines Angreifers übernommen. Beides dient der Abwehr unerträglicher Angst- und Hilflosigkeitsgefühle und einer symbolischen Rückerlangung von Kontrolle.
- **AUTOAGGRESSION** (z.B. Depression): Aggressive Impulse werden gegen die eigene Person gerichtet und treffen so nicht die Person, der sie ursprünglich galten, um die Beziehung zu dieser nicht zu gefährden



#### 5.4. Das genetische Modell: oral-anal-phallisch/oedipal-Latenz-Pubertät-Adoleszenz

Sigmund Freud: *"Unter einem **Trieb** können wir zunächst nichts anderes verstehen als die psychische Repräsentanz einer kontinuierlich fließenden, innersomatischen Reizquelle, zum Unterschiede vom **Reiz**, der durch vereinzelte und von außen kommende Erregungen hergestellt wird. Trieb ist so einer der Begriffe der Abgrenzung des Seelischen vom Körperlichen. (...)." (Freud, S. [1905] 1982, Bd. 5, 76).*

Der Trieb organisiert nach Freud die Entwicklung des Säuglings bis zum Kleinkind und darüber hinaus bis zum Erwachsenen. Die Körperstellen, für die sich das Kind in seiner Entwicklung interessiert, werden **Erogene Zonen**

genannt. Die Quellen der Libido und damit der Sexualerregung im weitesten Sinn entstammen bestimmten und werden in einer ganz bestimmten Reihenfolge mit Lustgewinn (Libido) **besetzt**, d.h. verbunden. Zunächst ist es der der Mund, daher der Name ORALE PHASE. Es folgt das Interesse für die Ausscheidungsfunktion, insbesondere die Defäkation und das Spiel mit ihr (ANALE PHASE). Anschließend entdeckt, das Kind den Lustgewinn durch manipulation seiner Genitalien (PHALLISCHE PHASE), was für beide Geschlechter gilt, auch wenn Freud sich fast ausschließlich der Erforschung der Sexualentwicklung des Knaben widmete und auf die des Mädchens lediglich über einen Analogschluss Aussagen traf. Mit dem Eintritt in die Ödipale Phase (GENTALE PHASE) konkurriert der Knabe mit seinem Vater um die Mutter – und das Mädchen mit der Mutter um die Aufmerksamkeit des Vaters – was ihn befürchten lässt, vom Vater durch Kastration hierfür bestraft zu werden.

■ PSYCHOANALYTISCHES PHASENMODELL:

- Oral
- Anal
- Phallisch
- Oedipal
- Latenz
- Pubertät
- Adoleszenz

Zu ergänzen wäre noch eine zusätzliche Phase vor der Oralen Phase, die von der Geburt des Säuglings bis zum ersten Lebensjahr reicht und „narzisstische“ oder „**Intentionale Phase**“ (Klußmann 1993, 2002) genannt wird. Hier steht Urvertrauen und Geborgenheit gegen Urmisstrauen und Kontaktstörung.

#### 5.4.1. ORALE PHASE (1. Lebensjahr)

*Thema: Optimismus versus Depression/Misstrauen*

Frühe Orale Phase (Saugen). 1 bis 9 Monate: **Oral-Inkorporative Phase** der Mund ist die erogene Zone und die Nahrungsaufnahme (insbesondere das Saugen an der Brust) verschafft Befriedigung. Hierbei wird die erste Objektbeziehung ausgebildet, wobei im weiten Teil dieser Phase die oralen Triebäußerungen eher autonom und autoerotisch (Daumenlutschen) befriedigt werden.

Späte Orale Phase (Beißen). 10 bis 12 Monate: **Oral- Sadistische Phase**. Das Kind beißt in die Brust, was als Zeichen eigener Aktivität und früher Autonomie verstanden wird. Diese Phase geht über in die Anale Phase.

Im Ersten Lebensjahr (auch **symbiotische Phase**) werden die Grundlagen des Kommunikationssystems gelegt und das Bindungssystem (s.u.) aufgebaut. Unter diesem Gesichtspunkt lässt sich die Phasenentwicklung heute differenzierter beschreiben: Das Neugeborene ist vollständig abhängig von seiner Betreuungsperson, in der Regel der Mutter. Die Versorgung bezieht sich auf körperliche und auf seelische Bedürfnisse, wie Nahrung, Wärme, Hautpflege, Reizzufuhr und Reizschutz. Körperliches und Psychisches lassen sich kaum unterscheiden. Die Affekte sind körpernah und wenig differenziert. Der eine Pol könnte mit Wohlbehagen und neugieriger Aufmerksamkeit, der andere Pol mit Unbehagen bis zu motorischer Erregtheit umschrieben werden. Gerichtete motorische Aktivität gibt es ebenso wenig wie ein erlebendes Ich und die Unterscheidung zwischen Selbst und Objekt. Die Beziehungsform besteht in einer asymmetrischen Zweiheit, einer dyadischen bzw. einer **symbiotischen Beziehung**. In dieser Phase, von einigen Autoren (Klußmann 1993) auch als **Intentionale Phase** vor der eigentlich oralen angesiedelt, entwickelt sich „**basaler Zuversicht**“. Fehlt diese basale Zuversicht, können panische Angst und Gefühle des Selbstverlustes ausgelöst werden und müssen abgewehrt werden. Der Ausbruch psychotischer und psychosomatischer Symptome wird mit einem Zusammenbruch dieser Abwehr in Zusammenhang gebracht. Die weitere körperliche Entwicklung im ersten Lebensjahr steht unter dem psychischen und physiologischen Ausprägung der **Oralität**. Es macht wichtige Erfahrungen gehalten zu werden und selbst Objekte zu suchen. Die fundamentalen Bindungserfahrungen werden jetzt gemacht (s. u.). Die Subphase der „oralen Aggressivität“ meint, dass das gierig-hungrige Kind sein Objekt „auffrisst“ oder projektiv von diesem gefressen wird. Bei einem Zusammenbruch der Abwehr entstehen insbesondere depressive Symptome, auf der körperlichen Ebene beispielsweise Symptome im Zusammenhang mit dem oberen Gastrointestinaltrakt und andere depressive Somatisierungen (z.B. somatoforme Schmerzstörung). (Schoeppner 2005)

#### 5.4.2. ANALE PHASE (2. bis 3. Lebensjahr)

*Thema: Autonomie versus Scham/Zwang, Spontaneität versus Zwanghaftigkeit*

Frühe anale Phase (Ausscheidung). 9 bis 15 Monate: **Anal- Sadistisch Phase**.

Jetzt geht es um Ausscheidung und Befriedigung der Aggressionen. Der Kampf um die Ausscheidung bzw. die Reinlichkeitserziehung fällt in diese Phase, wobei der damit verbundenen Macht der Eltern das Erleben der eigenen Macht (geben vs. verweigern) gegenübersteht.

Späte anale Phase (Zurückhalten). 12 bis 18 Monate: **Anal-Retentive Phase**.

Durch die bessere Kontrolle über die Ausscheidungsfunktion beginnt das Kind sich seiner „Produktion“ bewusst zu werden, die es nicht hergeben möchte. Eine Akzentuierung in dieser Phase geht mit Geiz, Sparsamkeit und Missgunst einher.

Im zweiten Lebensjahr entwickelt sich das Autonomiesystem. Darüber hinaus kommt es zu einer Differenzierung von Selbst und Objekt. In dieser Hinsicht lässt sich auch diese Phase heute differenzierter darstellen, als das von Freud seinerzeit entworfene Szenario jener Phase:

Auf der körperlichen Ebene kommt es zu einer fortschreitenden Reifung der Handlungsmotorik, Koordination und willentlichen Steuerung des **Bewegungssystems** und der **Sphinkterfunktion** und der Entwicklung der **Sprachmotorik**.

Intrapsychisch entspricht dem eine zunehmend konsolidierte Erfahrung von Ich und Du (**Selbst-Objekt-Differenzierung**). Das Kind entwickelt eine ausgesprochene Explorationslust. Handlungen und Handlungsimpulse sind stark affektiv besetzt. Nähe und Distanz können auf dem Boden einer zuverlässigen Beziehung mit dem Ziel einer größeren Autonomie des Selbst neu definiert werden. Die psychosexuelle Identität ist noch nicht sicher. Das Kind schafft sich ein Selbstbild und beginnt mit dessen Bewertung (**Selbstwert**). Dabei wird es mit dem Normen- und Wertesystem der Eltern konfrontiert („Du sollst, Du darfst, Du darfst nicht“). Es bilden sich Strukturen des **Über-Ich** (was ich tun, fühlen, denken darf) und des **Ich-Ideals** (wie ich sein möchte) aus. Das in seiner Autonomie noch nicht erprobte Selbst macht nun Erfahrungen mit den Objekten und erforscht sie. In den Beziehungsmodi sehen wir nun eine andere Dimension des Aggressiven als in der oralen Phase. Das Kind kann sich kämpferisch der Objekte bemächtigen und sie kontrollieren oder sich unterwerfen (**anal-aggressiver** Modus). In der Abgrenzung gegenüber den Objekten kann es bemüht sein, den Objekten alles zu geben oder alles zu behalten (**anal-retentiver** Modus). Werden die kindlichen Wünsche nach Expansion und Exploration durch eine Atmosphäre der Ängstlichkeit in der Familie unterdrückt, entsteht eine ängstliche Grundhaltung mit starken Selbstzweifeln, die Abhängigkeit von den Bezugspersonen wird fixiert. Werden die kindlichen Autonomiewünsche mit Ambivalenz oder Ablehnung durch moralische Verurteilung oder körperliche Gewalt beantwortet, resultiert eine Anpassung des Selbst mit Selbstentwertung und unterschwellig angestauten Aggressionen gegen das Selbst (Selbsthass, Selbstverachtung). Es können insgesamt ängstliche, abhängige oder zwanghafte Persönlichkeitszüge entstehen. Bei einem Zusammenbruch der Abwehr treten bevorzugt Angst- oder Zwangsstörungen und als körperbezogene Symptome z.B. somatoforme autonome Funktionsstörungen oder Erkrankungen mit Symptomen im Bereich des interen Gastrointestinaltraktes auf. (Schoeppner 2005)

#### 5.4.3. PHALLISCHE/ ÖDIPALE/ GENITALE/ PHASE: 3. bis 6. Lebensjahr)

*Thema: Initiative versus Kastrations-Angst/ Schuld/ Psychosexuelle Unsicherheit.*

Entwicklung des Ödipuskomplexes, bei der der kleine Junge fürchtet, für sein Begehren der Mutter zur Strafe vom Vater kastriert zu werden.

Die phallische bzw. ödipale Phase ist gekennzeichnet durch den Aufbau psychosexueller und sozialer Identität. Der Identitätsbegriff stammt nicht von Freud, sondern wurde später durch Erik H. Erikson (1904-1994) in die Psychoanalyse eingeführt und von vielen anderen Psychotherapieschulen aufgegriffen.

Auf der körperlichen Ebene gibt es nun bei ausgereiftem Sensorium und guter Steuerung und Kontrolle der Körpermotorik keine grundsätzlich neuen Entwicklungsschritte, aber deutliche Reifungsentwicklungen. Ein wesentlicher Sprung in der intrapsychischen Entwicklung ist mit der Fähigkeit zum abstrakten Denken, damit der **Fähigkeit zum Symbolisieren** und der Entwicklung eines **Bewusstseins des Selbst** verknüpft. Damit verknüpft sind die Fähigkeit zur Realitätsprüfung und die Erfahrung von Zeit. Das Kind kann Handlungen und Gefühle antizipieren und auch Ängste davor entwickeln. Es ist die Zeit der „warum-Fragen“. Das Kind kann sich nun auch im Spiegel der anderen quasi von außen sehen und eine eigene Identität entwickeln. Im Wunsch nach Zuneigung und Bestätigung nimmt es einen Vergleich zwischen **Selbstbild** („wie sehe ich mich? Wie möchte ich sein?“) und **Fremdbild** („wie sieht meine Mutter/mein Vater mich? Welche Tochter/welchen Sohn wünscht sie/er sich?“) vor. Gefühle von Stolz und Scham treten auf. Das Kind wird sich über seinen Platz im sozialen System bewusst. Auch die Generationengrenzen werden bewusst (ausgeschlossener Dritter gegenüber dem Paar der Eltern). Es rivalisiert mit den Geschwistern um die Zuneigung der Eltern. Wichtig ist das Bewusstwerden der **psychosexuellen Identität** als Mädchen oder Junge. Es entwickelt sich aus der dyadischen Beziehung zur Mutter eine **trianguläre Struktur**, in der der Wunsch nach libidinöser Beziehung und Liebe zum gegengeschlechtlichen Elternteil und der gleichzeitige Wunsch nach Identifikation und Liebe zu dem gleichgeschlechtlichen Elternteil zum entwicklungspezifischen **ödipalen Konflikt** führen. Störungen der phasenspezifischen Entwicklung können z. B. in einer Ablehnung des Selbstbildes oder der Geschlechtsrolle des Kindes mit der Folge des Aufbaus eines falschen Selbst und einer doppelten Buchführung oder in einem verführerischen (sexuellen oder nicht rollengemäßen) Angebot eines Elternteils mit der Folge der persistierenden Bindung an das gegengeschlechtliche Elternteil oder der persistierenden Elternbindung in gleichgeschlechtlicher Identifikation begründet sein. Störungen der Identitätsbildung können die Ausbildung einer histrionischen (=hysterischen) Persönlichkeitsstruktur zur Folge haben. Diese ist von übertriebener Emotionalität, oberflächlichen, labilen Affekten, koketter, verführerischen, dabei auch unsicherem Verhalten und leichter Beeinflussbarkeit gekennzeichnet. Hysterische Symptome bei einem Zusammenbruch der Abwehr sind Konversionssymptome und dissoziative Symptome. (Schoeppner 2005)

#### 5.4.4. LATENZPHASE: (6. bis 12. Lebensjahr (Vorpubertät))

In dieser Phase werden soziale und seelische Antriebe ausgebildet und spielen sexuelle Impulse gegenüber der Wissbegierde, Interesse an intellektuellen Dingen, kaum eine Rolle. Allerdings lässt sich diese feststellung nach dem heutigen Erkenntnisstand so nicht mehr halten, wird aber aus didaktischen Gründen beibehalten.

5.4.5. Die eigentliche GENITALE PHASE ist die Pubertät selbst. Durch die Ausreifung der Geschlechtsorgane stehen die heterosexuellen und gelegentlich auch homosexuellen Beziehungen im Vordergrund des Interesses. Daran schließt sich die Adoleszenz (15.- 16. Lebensjahr ± 2-3 Jahre) an.

Die Phasen wurden von Erickson (1973) erstmals bis ins Alter fortgeschrieben, wobei die zweite Lebenshälfte in Sachen Entwicklung recht dürftig ausfällt. Erst mit der Erforschung der Psychotherapie und Psychosomatik bei Älteren in den 90er Jahren des 20. Jhd. wird die Phasenlehre Freuds von der Geburt bis zum Tod ergänzt und fortgeschrieben. Seinem fundamentalen Beitrag zur Beschreibung der psychischen Entwicklung des Kindes tut dies kein Abbruch.



### 5.5. Entwicklungsphasen nach Erikson

**Erikson** gliederte die menschliche Entwicklung in 8 Phasen, die sich über das gesamte Leben erstrecken:

- 1. Urvertrauen versus Urmisstrauen:** 1. Lebensjahr; entsprechend den Umweltbedingungen lernt das Kind seiner Umgebung zu vertrauen oder zu misstrauen. (Die Phase entspricht der oralen Phase nach Freud).
- 2. Autonomie versus Scham und Zweifel:** 2. - 3. Lebensjahr; durch die Möglichkeit die Umwelt unabhängig zu erforschen, kommt es zur Autonomie. Bei übermäßiger Kritik oder Unterdrückung der kindlichen Neugier zu Scham und Zweifel. (Entspricht der analen Phase nach Freud).
- 3. Initiative versus Schuldgefühl:** 4.-5. Lebensjahr; abhängig von Erziehungs- und Umweltbedingungen entsteht Initiative oder Schuldgefühl. (Entspricht der phallischen Phase nach Freud).
- 4. Leistung versus Minderwertigkeit:** 6.-11. Lebensjahr; von Bedeutung sind nun auch Schule und Gleichaltrige. Bei Unterdrückung der Aktivitäten kommt es zu Minderwertigkeitsgefühlen. (Entspricht der Latenzzeit von Freud).

**5. Identität versus Rollendiffusion:** 12.-18. Lebensjahr; der Jugendliche entwickelt seine eigene Identität, seine eigenen Ziele oder es entwickeln sich negative Weltbilder mit Rollendiffusion, z.B. Drogenabhängigkeit oder Kriminalität bei Jugendlichen. (Nach Freud beginnt hier die genitale Phase).

**6. Intimität versus Isolation:** junges Erwachsenenalter; es entstehen emotionale, sexuelle oder moralische Bindungen an andere Personen oder aber Isolation und Einsamkeit.

**7. Zeugende Fähigkeit versus Stagnation:** mittleres Erwachsenenalter; Familie, Beruf und gesellschaftliche Interessen können im Mittelpunkt stehen oder es kommt zur Stagnation.

**8. Ich-Integrität versus Verzweiflung:** Alter; entweder beschließt der alte Mensch sein Leben mit Zufriedenheit und positiver Rückschau oder er reagiert mit Verzweiflung, da er seine Ziele im Leben nicht erreichen konnte.

(nach Kandel 2004)

	1	2	3	4	5	6	7	8
I. Säuglingsalter	Urvertrauen vs Mißtrauen							
II. Kleinkindalter		Autonomie vs Scham und Zweifel						
III. Spielalter			Initiative vs. Schamgefühl					
IV. Schulalter				Werksinn vs Minderwertigkeitsgefühl				
V. Adoleszenz					Identität vs Identitätsdiffusion			
VI: Frühes Erwachsenenalter						Intimität vs Isolierung		
VII. Erwachsenenalter							Generativität vs Selbstabsorption	
VIII. Reifes Erwachsenenalter								Integrität vs Lebens- Ekel

Die Ansätze von Freud und Erikson haben sich durch langjährige Forschung bewährt und sind daher als „repetitive Konfliktmuster“ in die **Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (OPD 2001)** eingegangen. Die Zentralen Konflikte lauten dort:

- **Abhängigkeit versus Autonomie**
- **Unterwerfung versus Kontrolle**
- **Versorgung versus Autarkie**
- **Selbstwertkonflikte (Selbst- versus Objektwert)**
- **Schuldkonflikte (egoistische versus prosoziale Tendenzen)**
- **Ödipal-Sexuelle Konflikte**
- **Identitätskonflikte (Identität versus Dissonanz)** (Hoffmann und Hochapfel 2004, S. 18)

Neben der psychosexuellen Entwicklung spielt für das Kind auch die kognitive Entwicklung oder auch Intelligenzentwicklung eine zentrale Rolle. Jean Piaget (1896-1980), der schweizer Entwicklungspsychologe hat die kindliche Intelligenzentwicklung in 5 Phasen beschrieben. Er distanzierte sich gegen das Modell des Behaviourismus.



## 5.6. Stadien der kognitiven Entwicklung nach Piaget

1. **Sensomotorisches Stadium** (0-2 Jahre) – Erwerb von sensomotorischer Koordination, praktischer Intelligenz und Objektpermanenz; Objektpermanenz aber noch ohne interne Repräsentation: reflexartige Verhaltensweisen, unbewusste Verknüpfung von Mittel und Zweck, aktives Experimentieren, spontanes Erfinden.
2. **Präoperationales Stadium** (2-7 Jahre) – Erwerb des Vorstellungs- und Sprechvermögens; gekennzeichnet durch Realismus, Animismus und Artifizialismus (zusammenfassend: Egozentrismus). Entscheidend ist das Entstehen von Vorstellungen und innerer Nachahmung. Das Denken ist sehr egozentrisch und stark am Konkreten, Realistischen orientiert. Symbolfunktionen werden erlangt (Voraussetzung für den Spracherwerb).
3. **Konkretoperationales Stadium** (7-11 Jahre) – Erwerb von Dezentrierung, Reversibilität, Erhaltung, Seriation, Klasseninklusion und Transitivität. Das Denken erfolgt in Vorstellungen dem tatsächlichen Ablauf der Dinge. Es ist eingleisig und phänomengebunden.

Vordergründig-aufdringliche Aspekte können noch nicht durch theoretische Beziehungen aufgelöst werden (gleiche Menge von Perlen in einem schmalen und breiten Gefäß wird nicht als gleich erkannt).

4. **Formaloperationales Stadium** (11-16 Jahre) – Erwerb der Fähigkeit zum logischen Denken und der Fähigkeit Operationen auf Operationen anzuwenden. Das Kind berücksichtigt verschiedene Beziehungen bei einem Problem. Denkvorgänge werden reversibel. Logisch arithmetische Operationen (Addition, Subtraktion) werden verstanden, wenn sie konkreten Charakter haben.
5. **Methoden-Kritik** – (ab 12. Lebensjahr): Denken reflektiert sich selbst methoden-kritisch. Denkoperationen werden unabhängig vom Gegenständlichen. Die Richtigkeit eines Gedankenganges muss nicht mehr in der Realität geprüft werden. Kombinationen können gedanklich systematisch durchgespielt werden. Begriffe wie „Wahrscheinlichkeit“ oder „Zufall“ werden verstanden. ( stark modifiziert nach Kandel 2004)

Neben der Psychosexuellen Entwicklung des Kindes (Freud, Erikson) und seiner kognitiven Entwicklung sind für das Verständnis eines Kindes die Bindungstherotischen Annahmen von Bowlby und Ainsworth von zunehmender Bedeutung.



## 5.7. Die Bindungsforschung von Bowlby

Die Bindungstheorie wurde durch den britischen Psychiater **John C. Bowlby** (1907 -1990) theoretisch begründet und in langjähriger Zusammenarbeit mit der Kanadierin **Mary S. Ainsworth** (1913- 1999) empirisch erhärtet. Bowlby misstraute gleichermaßen den quasi physikalischen Erklärungsversuchen des Behaviorismus, für den sich jedes beobachtbare Verhalten in ein Reiz-Reaktionsschema pressen lässt, wie auch den empirisch nicht verifizierbaren Hypothesen der Psychoanalyse. Nach Bowlby (1964) ist jeder Mensch von Geburt bis zum Tod mit **Bindungsverhalten** ausgestattet. Dieses Bindungsverhalten wird nur in Not- und Kummersituationen aktiviert. Die Pflegeperson, die nach heutigen Forschungsstand im Gegensatz zur Annahme Bowlbys nicht nur die Mutter sein muss, dient dem Kind als **sichere Basis** zu dem es in Alarmsituationen zurückkehren kann. Ein nicht aktiviertes Bindungsverhalten (und damit Sicherheit) ermöglicht dem Kind, die Welt zu erkunden und sich zu entwickeln, ein aktiviertes Bindungsverhalten führt zu ängstlichem Rückzug und Anklammerung. Es ist entscheidend wie *feinfühlig* also empathisch die Bezugsperson auf die Bedürfnisse des Kleinkindes eingeht und diese befriedigen kann. Die Erfahrungen mit diesen nahe stehenden

Personen werden in so genannten *internalen Arbeitsmodellen* (d.h. aus den Erfahrungen resultierenden Erwartungen) gespeichert und finden in **vier unterschiedlichen Bindungsqualitäten/ -typen/ -stile**) ihren Ausdruck. Diese sind:

- Die sichere Bindung (B-Bindung)
- Die unsicher-ambivalente Bindung (C-Bindung)
- Die unsicher-vermeidende Bindung (A-Bindung)
- Die desorganisierte Bindung (D- Bindung)

### **Sichere B-Bindung (55%)**

Sicher gebundene Kinder sind zuversichtlich in Bezug auf die Verfügbarkeit der Bindungsperson. Diese Kinder sind zuversichtlich in Bezug auf die Verfügbarkeit der Bindungsperson. In ihrer Anwesenheit fühlen sie sich sicher und explorieren mutig die Umgebung. Diese Kinder sind in der Lage ihre Betroffenheit offen auszudrücken. Ein Kind, welches sich in Trennungssituationen ruhig verhält ist kein sicher gebundenes Kind. Diese Kinder können ein Gefühl der Selbstbestimmung entwickeln, weil sowohl ihre Bindungswünsche verstanden, als auch ihre Neugier unterstützt wird. Sie erfahren sich selbst als liebenswert und entwickeln ein positives Selbstbild. Erwachsene mit sicher-gebundenem Bindungsstil haben Zugang zu ihren Gefühlen und betrachten andere Menschen grundsätzlich als vertrauenswürdig. Beziehungen haben einen hohen Stellenwert. Sie sind in der Lage sich selbst zu helfen, aber auch die Hilfe anderer anzunehmen, da sie sich dessen wert fühlen.

### **Unsicher vermeidende A-Bindung (25%)**

Dieser Bindungstyp ist geprägt vom Vermeidungsverhalten. Es gibt kaum Mutter-Kind-Interaktion oder eine vom Kind ausgehende Kontaktaufnahme. Zeigt das Kind bei der Begrüßung der Bezugsperson die „kalte Schulter“, lässt es Rückschlüsse auf eine unsicher-vermeidende Bindung zu. Die Ausbildung vermeidender Verhaltensstrategien senkt für Kinder das Risiko erneuter Zurückweisung und damit weiterer Verletzung ihrer kindlichen Gefühle. Indem es möglichst nichts Eigenes will und es vermeidet, Gefühle zum Ausdruck zu bringen, geht es Konflikten und Kritik seitens der Eltern aus dem Weg, welche wie schmerzvolle Zurückweisungen erlebt werden. Unsicher-vermeidende Kinder sind also eher brav und angepasst. Es wird Stresssituationen vermeiden, weil es Angst hat, durch sein Verhalten noch mehr Stress zu bekommen. Da keine positive Erwartungshaltung aufgebaut wurde, können negative Gefühle nicht auf ein positives Ziel hin integriert werden und das Kind beginnt sich dauerhaft emotional von der Umwelt zurückzuziehen, seine Bedürfnisse nach Kontakt, Nähe und Zuwendung zu unterdrücken und emotional selbstgenügsam zu werden. Eltern sind beim Versorgen ihres Nachwuchses häufig ungeduldig,

ärgerlich oder grob. Im Erwachsenenalter zeigt sich eine unsicher-vermeidende Bindung in der betonten Unabhängigkeit der eigenen Person, in der kein Platz für Nähe und Beziehungen ist und Gefühle nicht gezeigt werden. Darüber hinaus entwickeln sie zum Teil schwere Persönlichkeitsstörungen, die von zwanghafter Selbstgenügsamkeit bis hin zu andauernder Delinquenz reichen können

### **Die unsicher-ambivalente C-Bindung (10-20%)**

Diese Kinder sind in der **Fremden Situation** unruhig und ihr Bindungssystem ist bereits wegen der fremden Umgebung und der fremden Person aktiviert. Die Kinder hängen mehr an der Mutter, als ihre Umwelt zu explorieren. Kehrt die Mutter zurück suchen sie zwar Nähe und Kontakt, dieser ist jedoch von wütendem oder widerstrebendem Verhalten begleitet. Sie lassen sich nur äußerst schwer beruhigen und zeigen kaum Explorationsverhalten. Es herrscht eine unzufriedene und quengelige Stimmung. Kinder dieses Bindungstyps sind sich unsicher, ob die Bindungsperson bei Bedarf verfügbar sein könnte. Deshalb ist ihre gesamte Aufmerksamkeit sehr stark auf sie gerichtet, was sich in ambivalentem Nähe suchen mit gleichzeitiger Abwendung ausdrückt. Hieraus entsteht eine übermäßige Anhänglichkeit mit Anklammern und Trennungsangst, aber auch Ärger auf die Bindungsperson. Kinder, die ihre Bindungsperson gelegentlich zugewandt, gelegentlich zurückweisend, ignorierend oder feindselig erleben und daher in Belastungssituationen die Erfahrung wechselhafter und wenig nachvollziehbarer elterlicher Verhaltensweisen machen, entwickeln eine unsicher-ambivalente Bindung. Diese Mütter sind mit sich und ihren eigenen Belangen beschäftigt und widmen sich ihrem Kind nur gelegentlich. Oder die Bindungsperson toleriert die Neugier ihres Kindes nicht oder entmutigt es bei Autonomiebestrebungen. Ein häufig festgestelltes Muster ist die Drohung das Kind zu verlassen, wenn es beispielsweise nicht gehorsam ist. Erwachsene mit einem unsicher-ambivalentem Bindungsstil sind oft hin- und her gerissen zwischen dem Bedürfnis nach Nähe zu anderen Personen und der gleichzeitigen Furcht, dass dieses Bedürfnis nicht erwidert wird. Sie sind in einem lebenslangen Kampf um Zuneigung verstrickt. Sie neigen eher zu unangepasstem Verhalten anderen gegenüber, zu Fehleinschätzungen anderer im Hinblick auf deren Pläne und Ziele und zu einer mangelhaften Integration und Kohärenz der Gefühle, vor allem negativer Gefühle in Zusammenhang mit Belastungen.

### **Unsicher-Desorganisierte D-Bindung (10-20%)**

Auffällige Merkmale von Desorientierung wie Nähesuchen zur Bindungsperson, das kurz vor dem Körperkontakt abgebrochen wird, plötzliches Erstarren, zielloses Umherirren oder Verhaltensstereotype sind Zeichen einer desorganisierten Bindung. Bei besonders risikoreichen Eltern-Kind-Beziehungen (durch Misshandlungen, Missbrauch oder traumatische, unverarbeitete Verluste in der Familiengeschichte) kann es zu zeitweisen Zusammenbrüchen der Bindungsstrategien kommen. Kleinkinder sind lange Zeit

nicht in der Lage, eine klare Bindungsstrategie zu entwickeln und ihre Erwartungen an die Bindungsperson in einem **Arbeitsmodell** abzubilden. Im Laufe der Zeit entwickeln sie eine kontrollierende Strategie, die sich schon kleine Kinder für das Wohlergehen der Eltern verantwortlich fühlen lässt, was in überfürsorglichem Verhalten ihren Ausdruck findet. In allen Beziehungen, die solche Personen eingehen, sind sie die Fürsorge Gebenden. Die Bindungsperson ist in ihrer Funktion als feinfühlig Mutter nur eingeschränkt tauglich. Die Desorganisation des Erwachsenen äußert sich in verbalen und gedanklichen Inkohärenzen und Irrationalitäten bei ganz bestimmten Bindungsthemen wie Tod, Trennungen oder der Beschreibung eines erlebten Missbrauchs. Das nicht verarbeitete Trauma hängt eng mit einer desorganisierten Bindung zum eigenen Kind zusammen.



## 5.8. Exkurs: Charakterkunde nach König

Aus den Ausführungen lassen sich unter Berücksichtigung des Instanzenmodells und der Abwehrmuster sowie der phasentypischen Fixierungen Persönlichkeitsmuster erstellen, die König (1999) als *Charakter* bezeichnet und in einer Allgemeinen Neurosenbezeichnung Einklang finden. Hier werden sie kurz und in Stichworten wiedergegeben. Die Bindungstheorie von Bowlby wurde hier nicht berücksichtigt. Sie ermöglicht ein differenzierteres Bild des neurotischen Geschehens wie oben gezeigt wurde. Hier ist es jedoch die Klarheit der Vereinfachung, die besticht.

### 5.8.1. Objekt-, Charakterstrukturen

- *Schizoide Struktur*. Konflikt: Individualität aufgeben ↔ Individualität erhalten
- *Narzisstische Struktur*. Konflikt: anderen Menschen wichtig sein ↔ von anderen Menschen unabhängig sein
- *Depressive Struktur*. Konflikt: Wunsch, versorgt werden ↔ sich und andere versorgen
- *Zwanghafte Struktur*. Konflikt: Wunsch, unregelt eigene Triebwünsche ausleben ↔ eigene Triebwünsche kontrollieren und alles beherrschen, was der Zwanghafte ablehnt
- *Phobische Struktur*. Konflikt: Wunsch, Triebwünsche ausleben ↔ Wunsch, sozial akzeptiert zu sein

- *Hysterische Struktur.* Konflikt: Wunsch, vom gegengeschlechtlichen Elternteil als gleichwertig akzeptiert zu werden ↔ Wunsch, die Liebe des gleichgeschlechtlichen Elternteils zu behalten

Neben der Struktur, die sich auf Grundkonflikte zurückführen lässt, lassen sich die Objektbeziehungen eines Individuums näher bestimmen und bezeichnen.

### 5.8.2 Objektbeziehungen

- *Narzisstische Objektbeziehung:* gestörte Mutter-Kind Interaktion. Das Kind wird von der Mutter nicht wichtig genommen (Der Glanz im Auge der Mutter, Freud zitiert nach Kohut). Dies führt zu einem ⇒ narzißtischen Rückzug auf das Größen-Selbst. Hierdurch kommt es zu keiner ⇒ „Speicherung“ der Außenbestätigung im Sinne einer narzisstischen Bestätigung und damit auf ein ⇒ ständiges Angewiesensein auf Anerkennung. Das so narzisstisch zerbrechliche Selbst phantasiert sich als ⇒ omnipotent und funktionalisiert ⇒ die Objekte (d.h. die Anderen) als Bewundere. Die Folge: Es kommt zu einer Überbewertung des Selbst bei gleichzeitiger Unterbewertung der Objekte
- *Schizoide Objektbeziehung:* Hier sind Selbst und Objekte nicht getrennt. Als Folge eines Wechsels von Zuwendungs- und Vernachlässigungserfahrungen werden die Anderen ⇒ als unempathische, bedrohliche, die Grenzen des Subjektes nicht achtende Objekte wahrgenommen. Nun folgt eine ⇒ Projektion des unempathischen Mutterobjektes auf alle anderen Objekte. Das hat zur Folge, dass die Realitätsprüfung brüchiger wirkt als bei der Narzisstischen Objektstruktur.
- *Borderline Objektbeziehung:* Das Besondere bei dieser Struktur ist, dass das Erleben und das Handeln in von einander getrennten Ich-Zuständen zerfällt. Grund ist die ⇒ Aufspaltung des Mutterobjektes in Gut und Böse (Abwehrmechanismus der Spaltung). Diese Menschen tragen in sich ein großes Aggressionspotential. Der Spaltungsmechanismus dient dem ⇒ Schutz des Mutter-Ganz-Objektes, um dessen guten Aspekt vor der eigenen Zerstörungswut zu retten. So lässt sich ein Verteufeln und Idealisieren des geliebten und gehassten Objekte im raschen Wechsel beobachten. Menschen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstruktur weisen ein sehr unreifes Ich auf. Daher kommt es regelhaft zu schwersten Konflikten im ⇒ Privat- und Berufsleben mit entsprechenden Marginalisierungstendenzen.
- *Depressive- Objektbeziehung:* Ursprung ist oft eine empfindliche Störung der frühen Mutter-Kind-Beziehung (z.B. bei Postpartaler Depression oder

sonstiger schwerwiegender psychischer Störung der Mutter). Bezüglich der Nahrungsaufnahme bewegt sich die Fütterung in den Extremen von zuwenig/ zuviel. Die Nahrung wird statt Zuwendung verabreicht. Die Folge ist eine ernste Orale Versagung (Deprivation). Dies mobilisiert die ⇒ Abwehr des Subjektes, das in der Folge zunehmend ⇒ Initiativlos wird. Als Erwachsener imponiert eine übertriebene Bescheidenheit, die im Widerspruch zur abgewehrten ⇔ oralen Gier steht. Diese bescheidenheit Bedürfnissen gegenüber lässt sich als ⇒ Introjektion des bösen Objektes in das Selbst verstehen. ⇒ Hiermit richten sich die Aggressionen gegen die versagende Mutter jetzt gegen das Selbst. Die Folge ist der Ausdruck eines ⇒ depressiven Affektes statt der Wut. Aus der erlittenen und immer wieder durchlebten ⇒ Hilflosigkeit werden ⇒ statt Wünsche Leiden demonstriert. Dieses Leiden symbolisiert den stummen Vorwurf gegen die Mutter. Die Mutter des Depressiven war zwar anwesend, aber wenig empathisch. In der Folge entwickelt das Subjekt Angst, mit eigener Aggression das (mütterliche) Objekt zu zerstören.

- *Zwanghafte Objektbeziehung*: Während der Ablösungs/ Autonomiephase reagieren die Eltern auf Unordnung und Schmutz des Kindes mit übertriebenen Ärger. Das führt beim Kind zur ⇒ Neigung sich gegen diese Unterwerfung aufzulehnen, was als anale Rebellion imponiert. Es bekommt Angst vor Beschmutzung und Beschämung und entwickelt eine Übergenauigkeit, die an Penetranz und „Kleinkarriertheit“ grenzt. Die Affekte werden weitgehend unterdrückt, was zu einem ⇒ Verarmen zwischenmenschlicher Beziehungen führt. Der Geiz wirkt sich sowohl im Materiellen wie in den Objektbeziehungen aus.
- *Phobische Objektbeziehung*: Während der Ablösungs/Autonomiephase: reagieren die Eltern auf Gefährdung des Kindes durch Fortbewegung mit massiver Angst. Hierdurch kann das Kind seine Triebimpulse nicht realitätsgerecht er/ausleben. Die Triebimpulse werden ins Unbewusstsein verdrängt, wo sie als gesteigerte Signal-Angst dazu führen, dass das Individuum ⇒ ängstlich, unzufrieden und selbstunsicher seiner Umwelt gegenüber steht.
- *Hysterische Objektbeziehung*: Während der phallischen/ödipalen Phase ist die Kastrationsangst beim Knaben und der Penisneid beim Mädchen besonders betont. Dies führt zu einer reaktiven Identifikation mit dem emotionaleren, gegengeschlechtlichen Elternteil. So wird aus dem Mädchen, die den Ödipuskomplex zur Mutter nicht auflöst eine ⇒ männlich identifizierte ♀ („Ich bin wie mein Vater“) und betont weiblich identifizierte ♀ (als „Frau“ des Vaters). Der ♂ will von Frauen vor allem akzeptiert werden, bleibt aber hinter den Erwartungen an seine

männliche Rolle zurück. Als Negativen Ödipus bezeichnet man die Suche einer Frau/Mann nach anderen Frauen/Männern, die ♀ bzw. ♂ „erwecken“ könnten. Hysterisch strukturierte Menschen leben eine konflikthafte Rivalität aus.



## 5.9. Übertragung – Gegenübertragung – Widerstand

- **Übertragung:** Personen aus der Gegenwart werden unbewusst mit Personen der Vergangenheit, an die sie erinnern, verwechselt. Der Patient möchte vom Arzt „wie von einer Mutter“ versorgt werden. Den Vorgang des Hineinlegens früher Beziehungspartner und früher Beziehungserfahrungen in den Analytiker nannte Freud die **Übertragung**. Sie ist ein wichtiger Bestandteil der psychoanalytischen, aber auch der auf diese beruhenden tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie. Die Arbeit mit der Übertragung unterscheidet diese Behandlungsformen von den Verhaltenstherapien oder Humanistischen Therapien. Man unterscheidet **positive und negative Übertragung**. Bei der positiven Übertragung werden positive Anteile früherer Beziehungen auf den Analytiker projiziert, bei der negativen Übertragung negative Anteile
  
- **Gegenübertragung:** Die Gefühle und Vorstellungen, die der Analytiker wiederum als Reaktion auf das Verhalten der Patienten bekommt, nennt man die **Gegenübertragung** des Analytikers. Der Arzt achtet auf alle Gefühle, Stimmungen, Phantasien und Handlungsimpulse, die bei ihm im Umgang mit dem Patienten auftreten und versucht zu verstehen wie sie zustande kommen. So fühlt sich der Arzt veranlasst, *wie* ein autoritärer, versagender Vater oder *wie* eine versorgende Mutter zu (re)agieren. Oder er wird, narzisstisch verführt, sich selbst seiner Fähigkeiten rühmen. Bei Übertragung eines verachtenden Objektes wird er den Patienten verachten und wird über seinen unprofessionellen Hass erstaunt sein, bis er ihn verstanden hat. Wenn der Patient im Analytiker aktuell vor allem Züge von sich selbst sieht, spricht man von einer **Spiegelübertragung**. Von **komplementärer Gegenübertragung** spricht man, wenn der Analytiker sich in der Rolle des früheren Beziehungspartners des Analysanden wahrnimmt, zum Beispiel in der Vater- oder Mutterrolle. Von **konkordanter Gegenübertragung** oder Spiegelgegenübertragung spricht man, wenn in einer Therapiesituation sich der Therapeut mit der Rolle

und dem Erleben des Patienten identifiziert, sich in diesen hineinversetzt und das **Widerstand** Erleben des Patienten nachempfindet.

- Dass der Patient auch an seiner Störung festhält und Angst gegen deren Überwindung entwickelt, mündet in das ein, was in der Behandlung dann **Widerstand** heißt. Jegliches Verhalten des Patienten, das sich gegen das Fortschreiten des therapeutischen Prozesses richtet. Der Patient behindert das Fortschreiten der Therapie, obwohl er sich motiviert zeigt. Er erlebt den konfrontierenden Arzt als verachtend und wehrt sich. Wenn der Arzt sich nicht mit dem schwachen Ich des Patienten verbündet und es stärkt, sondern Unbewusstes rasch aufdecken will, wird der Patient die Therapie abbrechen. Abwehrmechanismen, die sich mit dem Widerstand verbünden, sind Leugnen und Bagatellisieren.

## 5.10. Das Setting.

Neben dem Konzept von Übertragung-gegenübertragung und Widerstand ist noch die Frage des Settings wesentlich, des Rahmens für die Behandlung. Dazu zählt der festgelegte Raum (Behandlungszimmer), der Zeitrahmen (Festlegung der Frequenz und der Dauer der Behandlung), der Bezahlung (Krankenkasse, Selbstzahler) und der Abstinenz des Behandlers. Mit letzterem ist gemeint, dass der Behandler professionelle Neutralität garantiert, was nicht heißt, dass er keine menschliche Wärme zeigen darf, sondern sich nicht durch seine Patienten verstricken lassen darf.



## 6. Konsequenzen für die Pflege- psychotherapeutische Haltung in der Pflege

Eine Konsequenz, die die Ausführungen zur Psychotherapie für die Pflege und speziell für die Psychiatrische Pflege haben sollte, wäre die Forderung, **Psychotherapiewissen<sup>\*)</sup> als Bestandteil der Fachpflege Psychiatrie** und für

---

<sup>\*)</sup> Es geht nicht darum, Pflegekräfte in der Psychiatrie (und Psychosomatik) zu Psychotherapeuten oder gar „Hilfs-Psychotherapeuten“ auszubilden, sondern vielmehr darum, die Kompetenz im Umgang mit psychisch Kranken durch Vertiefung des theoretischen Professionswissens einerseits und durch Selbsterfahrung und Selbstreflexion durch Balintgruppen und Supervision andererseits, zu befördern.

die Ausbildung von Pflegekräften in **Psychosomatischen Kliniken** zu institutionalisieren. Es ist schwer verständlich, dass die Psychiatrischen Kliniken sich entsprechend der neuen Bezeichnung des Psychiaters in Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie seit über 10 Jahren in Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie umbenannt haben und das Angebot an stationärer Psychotherapie seither deutlich erweitert haben, während die entsprechende Fachweiterbildung diesen Schritt nicht vollzogen hat. Es entsteht der Pflege hierdurch einen professionellen Qualitätsnachteil, weil sie mit der aktuellen Entwicklung in der Psychiatrie nicht Schritt halten kann. Daraus kann nur die Forderung der Betroffenen an die Weiterbildung abgeleitet werden, dieses Teilgebiet der Psychiatrie und Psychosomatik in die Psychiatrische Pflegeweiterbildung zu integrieren und an die spezifischen Bedürfnisse der Fachpflege anzupassen.

Eine weitere, allgemeinere Konsequenz, betrifft die **Haltung** der Pflegenden/des Pflegenden zum Patienten. Aus den Kenntnissen von Übertragung und Gegenübertragung und mit einer durch Balintgruppenarbeit und Supervision geschulten Reflexion, wird eine Fachkraft ein dynamisches Geschehen besser verstehen und auch für die unbewussten Appelle des Patienten ein „Drittes Ohr“ haben, was zu einer größeren Zufriedenheit mit der Arbeitssituation führen wird. So werden die massiven täglichen Spannungen und Affekte, denen sich eine psychiatrisch Fachkraft täglich ausgesetzt sieht, für sie verstehbarer und nachvollziehbarer, was überlegte und professionelle Interventionen erlaubt.

Es ist insbesondere die **Einfühlung** hervorzuheben, die durch Sensibilisierung der Pflege für die nonverbale und unbewusste Kommunikation der Patienten möglich wird. Sich in einen Menschen, möge er noch so verhaltensauffällig und damit fremd sein, einzufühlen heißt, sich für sein Schicksal und seine Biographie, sein Umfeld und sein So-geworden-sein zu interessieren. Kenntnisse der Psychodynamik erleichtern diese Einfühlung, weil sie beobachtbare, manchmal beängstigende Mechanismen zu erklären vermögen und adäquate Handlungsspielräume eröffnen.

Kenntnisse der Psychotherapie und damit des Psychischen Geschehens erlauben der Pflegekraft gegenüber einem psychisch Kranken jederzeit **Distanz** herzustellen, auch wenn von diesem massive Affekte aggressiver Natur oder libidinöser Art ausgehen. Das Wissen um die Abwehrmechanismen der Projektion und der projektiven Identifikation, aber auch der der Idealisierung beispielsweise, erlauben es ihr, Rückschlüsse über den Patienten zu ziehen, anstatt sich gegen vermeintlichen Zumutungen zur Wehr setzen zu müssen.

Diese Distanz führt letztendlich zu einer größeren **Professionalisierung**. Ein Facharzt für Psychiatrie wird seinem Patienten um so gerechter werden können, je mehr er von diesem „versteh“, diesem zuhören kann und die Versatzstücke seiner Mitteilungen und sein Handeln in ein sinnvolles szenisches und

genetisches Verständnis einordnen kann. Warum sollte diese elementare Erfahrung, die in der Psychotherapie erworben werden kann, nicht gerade der psychiatrischen Fachpflege zugute kommen, zumal sie auf einer Station einer Psychiatrischen Klinik um einen fortgesetzten Kontakt zu dem einzelnen Patienten hat?

Neben der Aneignung von Fachwissen ist von der Fachpflege analog zu den Ärzten eine Fortbildung mit **Selbstreflexion und –Selbsterfahrung** zu fordern. Diese sollte im Rahmen der Fachweiterbildung erworben werden. Erfahrungen mit eigener Psychotherapie kann schon ein erster Schritt sein, die Effekte von Zuwendung und Zuhören auf die eigene Entwicklung u überprüfen.

Das Verständnis von **Psychodynamik und Gruppendynamik** seitens der Fachpflege erlaubt es ihr, sich anbahnende Konflikte an scheinbaren Kleinigkeiten zu erkennen, Kranke in angespannte Situationen zu entlasten und nicht zuletzt die *Übertragung* eines Affektes eines Patienten auf das ganze Team besser zu verstehen und zu begegnen. Es erschließt sich ihr somit auch das dynamische Geschehen in der Stationssupervision und in der Balintgruppe, die – sofern sie überhaupt implantiert sind - ein ausgesprochenes Qualitätsmerkmal darstellen.

Zusammengefasst sind Kenntnisse *und* Erfahrungen in Psychotherapie für die Fachpflege Psychiatrie aus folgenden Gründen wesentlich:

- Sie fördern das diagnostische Verständnis
- Sie erlauben ein dynamisches Verständnis
- Sie verhelfen zu einem therapeutischen Verständnis
- Sie ermöglichen Übertragung, Gegenübertragung und Widerstand in der pflegerischen & Kommunikation mit Patienten zu reflektieren
- Sie bereiten durch Einbeziehung psychodynamischen Wissens in die Pflegeplanung den Weg vor für ein ganzheitlichem Verständnis des Patienten, das die biologischen, psychischen und sozialen sowie kommunikatorischen Voraussetzungen des Patienten zusammen denkt.

## Literaturangaben:

- **Wolfram Bender (1998):** Was ist Psychiatrie? In Christoph Kraiker, Burkhard Peter, Psychotherapieführer. C.H. Beck, München, S.20
- **Aaron T. Beck (1976):** Cognitive therapy and the emotional disorders. New York, International Press
- **John Bowlby (1964):** Maternal care and mental health : a report prepared on behalf of the World Health Organization as a contribution to the United Nations programme for the welfare of homeless children. 2. Auflage, 1964
- **Almuth Bruder-Bezzel und Rüdiger Schifferer (2002):** Alfred Adler. In: Helmut Lück & Rudolf Miller (Hrg.). Illustrierte Geschichte der Psychologie. Beltz, Weinheim und Basel, S. 158-161
- **Drews, Sibylle; Brecht, Karen (1982):** Psychoanalytische Ich - Psychologie. Grundlagen und Entwicklung. Frankfurt a. M.( suhrkamp taschenbuch wissenschaft 381)
- **Erikson, Erik H. (1973):** Identität und Lebenszyklus. Suhrkamp Taschenbuch, Frankfurt am Main
- **Eysenck, H.J. (1952):** The effects of psychotherapy: an evaluation, *Journal of Consulting Psychology*, 16, 319 -324.
- **Dirk Evers (1998):** Individuation als Therapie. Die Analytische Psychologie Carl Gustav Jungs. S. 80-85 In Christoph Kraiker, Burkhard Peter, Psychotherapieführer. C.H. Beck, München,
- **Krista Federspiel, Ingeborg Lackinger Karger (1996):** Kursbuch Seele. Was tun bei psychischen Problemen? Beratung, Selbsthilfe, Medikamente; 120 Psychotherapien auf dem Prüfstand. Kiepenheuer & Witsch, Köln
- **Sigmund Freud (1895):** Über Hysterie. (In: Ges. Werke Bd I, S. 75-312).Frankfurt/M., Fischer 1999
- **Sigmund Freud (1900):** Die Traumdeutung. (In: Ges. Werke BII/ III, S. 1-700).Frankfurt/M., Fischer 1999
- **Sigmund Freud (1905):** Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie (In: Ges. Werke V, S. 27-145).Frankfurt/M., Fischer 1999
- **Sigmund Freud (1905):** Über Psychotherapie. (In: Ges. Werke V, S. 11-26).Frankfurt/M., Fischer 1999
- **Sigmund Freud (1914):** Zur Geschichte der Psychoanalytischen Bewegung (In: Ges. Werke X, S. 43-113).Frankfurt/M., Fischer 1967

- **Rolf Haubl, u.a (1986).**: Struktur und Dynamik der Person. Einführung in die Persönlichkeitspsychologie, Westdeutscher Verlag, Opladen,
- **Gereon Heuft, Andreas Kruse und Hartmut Radebold (2006)**: Lehrbuch der Gerontopsychosomatik und Alterspsychotherapie, Ernst Reinhardt Verlag München Basel
- **Angela Graf-Nold (2002)**. Gustav Jung – Der Individuationsprozess und die Gegensatznatur der Psyche. In: Helmut Lück & Rudolf Miller (Hrg.). Illustrierte Geschichte der Psychologie. Beltz, Weinheim und Basel, S. 151-157
- **Georg Groddeck (1923)** Das Buch vom Es. Neu erschienen bei Stroemfeld Verlag, Januar 2003.
- **S. O. Hoffmann, G. Hochapfel (1995, 2004)**: Neurosenlehre, Psychotherapeutische und Psychosomatische Medizin, Schattauer, Stuttgart, zuletzt 7.Aufl.
- **Hartmann Hinterhuber und Wolfgang Fleischhacker (1997)**: Lehrbuch der Psychiatrie, Thieme, Stuttgart, New York
- **Antoon Houben (1998)**: Tiefenpsychologische Kurztherapie und Beratung S. 69-79 In. Christoph Kraiker und Burkhard Peter. Psychotherapieführer, C.H. Beck, München
- **Rudolf Klußmann (1993)**: Psychotherapie, 2. Auflage. Springer-Verlag Heidelberg-New York
- **PD. Dr. Erich Kandel (2004)**: Entwicklungspsychologie. In: Vorlesungen Med. Psychologie, 2004, PDF-Datei
- **Karl König (1999)**: Kleine psychoanalytische Charakterkunde. Sammlung Vandenhoeck, Vandenhoeck & Rupprecht, Göttingen
- **Cristoph Kraiker& Burkhard Peter(1998)**:. Psychotherapieführer, C.H. Beck, München
- **Ernst Federn (2002)**: Sigmund Freud. In: Helmut Lück & Rudolf Miller (Hrg.). Illustrierte Geschichte der Psychologie. Beltz, Weinheim und Basel, S. 141-144
- **Wolfgang Mertens (1998)**:. In: Cristoph Kraiker& Burkhard Peter Psychotherapieführer, C.H. Beck, München, S. 56-68
- **Selvini Palazzoli, Mara, Luigi Bosocolo, Gianfranco Cecchin, Giuliana Prata (1977)**: Paradoxon und Gegenparadoxon. Ein neues Therapiemodell für die Familie mit schizophrener Störung
- **Guntram Platter (2004)**:. Psychotherapie-kompakt. Minimalwissen für professionelle nichtärztliche Berufe. BdI: Die psychischen Störungen. Holos-Verlag, Bonn

- **Reinecker, Hans (1997):** Verhaltenstherapie. In: Senf W. u. Broda M. (Hg.), Praxis der Psychotherapie, Theoretische Grundlagen von Psychoanalyse und Verhaltenstherapie- Studienausgabe, Thieme Verl., Stuttgart, S. 112- 153
- **Horst Eberhard Richter(1969):** Herzneurose. (mit Dieter Beckmann) Thieme, 1969
- **Gert Rudolf (2005):** Psychotherapeutische Medizin und Psychosomatik. Ein Einführendes Lehrbuch auf psychodynamischer Grundlage. Thieme, Stuttgart, New York
- **Andrea Schoepner (2005):** Seelische Entwicklung I. Script zum Curricullum Psychosomatische Grundversorgung. In: www.Schueffel.de
- **G. Schüßler (2005):** Psychosomatik/Psychotherapie systematisch, 3. Aufl. UNI-MED Bremen
- **Wolfgang Senf und Michael Broda (1997):** Praxis der Psychotherapie. Theoretische Grundlagen von Psychoanalyse und Verhaltenstherapie. Thieme, Stuttgart, New York
- **Daniel Stern (1992):** Die Lebenswelt des Säuglings. Klett-Cotta, Stuttgart.
- **Helm Stierlin(1975):** Von der Psychoanalyse zur Familientherapie. Theorie, Klinik. Stuttgart: Klett
- **U. Streek (1997):** Psychoanalytische Psychotherapieverfahren. In: Wolfgang Senf und Michael Broda, Praxis der Psychotherapie. Theoretische Grundlagen von Psychoanalyse und Verhaltenstherapie. Thieme, Stuttgart, New York. S. 96-110
- **Th. Von Uexküll (2003):** Psychosomatische Medizin ist Humanmedizin – Argumente im Spannungsfeld von Berufspolitik, Menschenbild und ärztlicher Verantwortung. In: Th. Von Uexküll, Psychosomatische Medizin, Urban&Fischer, München Jena, S. 1339-1350
- **Michael Wirsching (1999):** Psychotherapie. Grundlagen und Methoden. C.H. Beck, München
- **Karl Heinz Witte(1998):** Individualpsychologische Therapie nach Alfred Adler. S. 86-92 in: . Christoph Kraiker und Burkhard Peter. Psychotherapieführer, C.H. Beck, München
- **Watzlawick, P.;** Beavin, J. H. u.a., (1969): Menschliche Kommunikation. Formen, Störungen, Paradoxien. Bern
- **Weltgesundheitsorganisation: Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD 10 Kapitel V(F),Forschungskriterien. Dilling, Mombour, Schmidt, Schulte-Markwort (Hg). Verlag Hans Huber, Bern-Göttingen-Toronto-Seattle, 1994**