

Joachim F. Danckwardt
Ekkehard Gattig

Die Indikation zur
hochfrequenten analytischen Psychotherapie
in der vertragsärztlichen Versorgung

Ein Manual

frommann-holzboog

Die Deutsche Bibliothek – CIP-Einheitsaufnahme

Danckwardt, Joachim F.:

Die Indikation zur hochfrequenten analytischen Psychotherapie
in der vertragsärztlichen Versorgung : ein Manual / Joachim F.
Danckwardt ; Ekkehard Gattig. Unter Mitarb. von Georg Bruns . . .
– Stuttgart- Bad Cannstatt : frommann-holzboog, 1996
ISBN 3-7728-1725-4
NE: Gattig, Ekkehard:

© Friedrich Frommann Verlag · Günther Holzboog
Stuttgart-Bad Cannstatt 1996
Satz und Druck: Laupp & Göbel, Nehren
Gedruckt auf alterungsbeständigem Papier mit neutralem pH-Wert

Inhalt

Teil I: Die Indikation zur hochfrequenten analytischen Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung

unter Mitarbeit von Georg Bruns, Claudia Frank,
Ursula von Goldacker, Gabriele Junkers, Erwin Kaiser,
Carl Nedelmann, Peter Schraivogel 7

I. Einleitung 7

II. Die Indikation zur hochfrequenten analytischen Psycho- therapie 9

A. Allgemeine Überlegungen 9

B. Medizinische Aspekte der Indikation 11

C. Prozeßbezogene Aspekte der Indikation 12

D. Psychodynamische Aspekte der Indikation 16

1. Die Symptomatik einer neurotischen Erkrankung (Sym- ptomneurose) wird durch besondere Störungen in der narzißtischen Selbstwertregulation akzentuiert 17

2. Pathogene Phantasien/unbewußte Konflikte haben sich charakterlich starr fixiert und sind in relativ symptom- armen Charakterneurosen gebunden 18

3. Störungen der seelischen Grundlagen machen das Ange- bot einer Sicherheit und Halt gewährenden Funktion er- forderlich 21

4. In der Abwehrstruktur überwiegen Spaltung und Pro- jektion 24

III. Ergänzung zur Einleitung der Behandlung – Das Erörte- rungsgespräch 29

Teil II: Erläuterungen zum Manual	31
I. Hochfrequente analytische Behandlungsverfahren in der Richtlinien-Psychotherapie	31
II. Neue wissenschaftliche Erkenntnisse über die klinische Ef- fizienz der hochfrequenten analytischen Psychotherapie	32
III. Neue Überlegungen zu einem Kontingenzierungsmodell	39
IV. Das Manual	44
A. Grundlagen und Voraussetzungen	44
B. Das Manual und das Regelungssystem der Psychothera- pie-Richtlinien	46
C. Anmerkungen zur Handhabung des Manuals	49
D. Stichworte – Positionen – Streitfragen	51
Literaturverzeichnis	77
Stichwortverzeichnis	81

TEIL I:

Die Indikation zur hochfrequenten analytischen Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung

unter Mitarbeit von Georg Bruns, Claudia Frank,
Ursula von Goldacker, Gabriele Junkers, Erwin Kaiser,
Carl Nedelmann, Peter Schraivogel

I. Einleitung

Hochfrequent durchgeführte analytische Psychotherapie ist eine 1
Form der Anwendung der Psychoanalyse als Behandlungsmethode im
Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung. Sie unterliegt den Bedin-
gungen der Psychotherapie-Richtlinien, nach denen die Durch-
führung analytischer Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versor-
gung organisiert ist.

Die hochfrequent durchgeführte analytische Psychotherapie ist 2
eine Form der analytischen Psychotherapie, charakterisiert durch eine
hohe Sitzungsfrequenz und damit verbundene Besonderheiten des
analytischen Prozesses. Sie ermöglicht eine besondere Dichte der
Deutungen und Intensität des Übertragungs-Gegenübertragungs-Ge-
schehens, mit deren Hilfe der analytische Prozeß die emotionale Un-
mittelbarkeit erreicht, die zur Erlangung eines bestimmten Behand-
lungserfolges erforderlich ist.

Die medizinische Notwendigkeit dieser Form der analytischen 3
Psychotherapie ist im Einzelfall gesondert zu begründen.

Der „Analytischen Psychotherapie“ im Sinne der Psychotherapie- 4
Richtlinien liegt ein psychoanalytisches Behandlungskonzept zugrun-
de, das die allgemeine Funktionsweise des Psychischen ebenso wie
psychoanalytische Vorstellungen zu den Begriffen „seelische Ent-
wicklung“, „seelische Gesundheit“, „seelische Erkrankung“ und „see-
lische Störung und/oder Behinderung“ umfaßt.

- 5 Die Psychotherapie-Richtlinien gehen implizit davon aus, daß „psychische Gesundheit“ Ausdruck und Ergebnis psychischer Reife und Differenziertheit ist und es dem Menschen ermöglicht, Konflikte zwischen unbewußten Phantasien und bewußter bzw. bewußtseinsfähiger Realität in bestimmten Maßen zu tolerieren und in das Erleben zu integrieren. Flexibilität im Umgang mit dem eigenen Unbewußten und in der Auseinandersetzung mit der äußeren Realität gilt deshalb als Maßstab für „psychische Gesundheit“. Mangelnde Flexibilität hingegen ist ein Ergebnis pathologisch wirkender Abwehrmechanismen und gilt als Maßstab für „seelische Krankheit“.
- 6 Wenn die Fähigkeit eines Menschen, zwischen seiner inneren (Phantasie-)Welt und den Bedingungen seiner äußeren Lebenssituation eine realitätsgerechte Verbindung herzustellen, gestört ist und das Ich in aktuellen Konflikt- (Versuchungs- und Versagungs-)Situations nicht mehr in der Lage ist, die aktualisierten, konflikthaften unbewußten Phantasien flexibel und realitätsgerecht zu regulieren, können sich krankheitswertige Symptome bilden.
- 7 Seelische Erkrankungen, zumindest solche, bei denen analytische Psychotherapie indiziert ist, sind oftmals nicht allein durch einen aktuellen intrapsychischen Konflikt begründet, sondern durch eine krankheitswertige Störung in der Organisation seelischer Grundfunktionen, die diesem Konflikt zugrunde liegt. Die Richtlinien sprechen in diesem Zusammenhang von „pathologischen Veränderungen seelischer Strukturen“.
- 8 Unter besonderen, im Einzelfall darzustellenden Bedingungen können sich solche „strukturellen Störungen“ isoliert erhalten und dadurch derart verfestigen und chronifizieren, daß sie eine bereits krankhaft gestörte Funktion im Sinne einer „seelischen Behinderung“ noch weiter einschränken. Auch die „seelische Behinderung“ hat dann Krankheitswert und ist Symptom einer chronifizierten und dabei dauerhaft wirksamen krankhaften Störung einer oder mehrerer seelischer Grundfunktionen. Die Richtlinien sehen vor, daß eine solche seelische Behinderung eine Indikation zur analytischen Psychotherapie begründen kann, wenn die Beseitigung oder Milderung der Behinderung

eine günstigere Prognose für die Herstellung der zur Besserung der Symptomatik erforderlichen strukturellen Veränderungen ermöglicht.

Ausdrücklich fordern die Richtlinien für die Indikationsstellung, daß „der Krankheitszustand in seiner Komplexität erfaßt wird, auch dann, wenn nur die Therapie eines Teilzieles angestrebt werden kann“ (Psychotherapie-Richtlinien, A.6).

II. Die Indikation zur hochfrequenten analytischen Psychotherapie

A. Allgemeine Überlegungen

Die Indikation zur hochfrequenten analytischen Psychotherapie (mehr als 3 Sitzungen pro Woche) bedarf einer besonderen Begründung.

Anders als in der somatischen Medizin läßt sich eine solche Indikation nicht allein auf diagnostisch-nosologische Vorstellungen zurückführen; sie muß vielmehr in spezifischer Weise die Besonderheiten der intrapsychischen Bedingungen des Patienten, seinen bewußten und unbewußten Umgang mit seiner Erkrankung, seinen Behandlungswunsch und die damit verbundenen Behandlungsziele berücksichtigen. In diesen subjektiven Gegebenheiten manifestieren sich die der Erkrankung zugrunde liegenden unbewußten Phantasien, die auf das subjektive Erleben der Erkrankung und die bewußten und unbewußten therapeutischen Erwartungen determinierenden Einfluß nehmen.

Diese Subjektivität des Patienten wird in der Struktur der Arzt-Patient-Beziehung, prototypisch in der Erstinterview-Situation, beobachtbar und erfahrbare und insofern objektivierbar. Das dynamische Erstinterview, die Interviewverlaufsbeobachtung, die Erhebung notwendiger objektiver Daten sowie die gemeinsame Erörterung der Therapievorstellungen sind die hierfür notwendigen Untersuchungsmodalitäten.

Bei der Interpretation der Psychotherapie-Richtlinien ist diesem Aspekt einer aktiven Beteiligung des Patienten am Prozeß der Indika-

tionsfindung, seinen Bedenken und seiner Motivation besondere Beachtung zu schenken. Für die Indikation zur hochfrequenten Behandlungstechnik gewinnt dies eine besondere Bedeutung, da es sowohl die für den therapeutischen Erfolg konstitutive Fähigkeit des Patienten zur Autonomie berührt als auch seine Bereitschaft – und seine Angst –, sich auf ein weitreichendes Hilfsangebot einzulassen.

- 14 Mit anderen Worten: Gegenstand der psychoanalytischen Untersuchung sind die konstruktiven, auf Veränderung und Gesundung drängelnden Kräfte ebenso wie jene Kräfte, in denen sich pathologische Aspekte der Persönlichkeit zu erkennen geben; in ihnen hat sich eine jeweils besondere Abwehrstruktur organisiert, die Veränderungen verhindern und die bisherige pathologische Konfliktlösung erhalten soll. Diese Abwehrkräfte richten sich auch gegen den Untersuchungsprozeß, sind damit diagnostizierbar und haben einen besonderen Wert für die Indikationsstellung.
- 15 Dabei sind die Kenntnisse und Erfahrungen des Untersuchers in besonderer Weise gefordert.
- 16 Die Wahl einer Behandlungstechnik mit niedriger Frequenz kann in manchen Fällen auf eine vom Unbewußten des Patienten induzierte, unreflektierte Gegenübertragungseinstellung verweisen; umgekehrt ist eine generelle Anwendung der hohen Frequenz unter Umständen Ausdruck einer unreflektiert gebliebenen methodischen Präferenz.
- 17 Psychische Erkrankungen, die eine Anwendung der hochfrequenten Behandlung erforderlich machen, sind in der Regel mit Störungen der Grundlagen des seelischen Geschehens verbunden. Die Indikationsstellung muß erkennbar werden lassen, in welcher Weise und in welchem Maße solche strukturellen Störungen an der Verursachung und Aufrechterhaltung des Krankheitsgeschehens beteiligt sind. Sie muß zudem Konzeptualisierungen für den erwarteten Einfluß dieser Störungen auf den Behandlungsverlauf finden; schließlich muß sie daraus Vorstellungen ableiten, die sich auf klinische Erfahrungen stützen und die Annahme begründen können, daß sich die Wahl einer hohen, mehr als dreistündigen Sitzungsfrequenz als konstruktiv für den

Behandlungsverlauf und als erforderlich für das angestrebte Behandlungsziel erweisen wird.

B. Medizinische Aspekte der Indikation

Für die Behandlungstechnik der analytischen Psychotherapie haben die Konzepte der Fixierung und der Regression zentrale Bedeutung. Darunter subsumieren sich einerseits Phänomene, die das Erleben eines Patienten entstellen, weil Erfahrungsstrukturen aus vergangenen Entwicklungsstadien im Unbewußten unverändert weiterwirken, zum anderen therapeutisch-konstruktive Vorgänge, mit denen im Behandlungsverlauf ein emotionaler Zugang zu solchen abgewehrten Strukturen (d. h. den unbewußten Phantasien) wiederhergestellt wird (strukturelle Regression).

Bisher ist der zeitliche Aspekt der Regression in der Interpretation der Psychotherapie-Richtlinien zu sehr und damit einseitig hervorgehoben worden. Für den Anwendungsbereich der hochfrequenten analytischen Psychotherapie muß jedenfalls betont werden, daß Informationen über die Tiefe und Struktur der Regression nicht nur Hinweise auf den zeitlichen Ort der entwicklungshemmenden, pathogenen Triebfixierungen (zeitliche Regression) enthalten, sondern vor allem prognostische Einschätzungen ermöglichen über die Struktur der im Krankheitsgeschehen vorherrschenden Abwehrmechanismen sowie über deren Rigidität bzw. therapeutische Beeinflußbarkeit.

Aus den bisherigen Überlegungen ergeben sich für die Indikation zur hochfrequenten analytischen Psychotherapie unter allgemeinen medizinischen Gesichtspunkten folgende Feststellungen:

- Hochfrequente analytische Psychotherapie kann indiziert sein, wenn:
 - sich in der Symptomatik einer „klassischen“ Symptom- und Charakterneurose eine besondere Intensität der Regression zeigt, die im Behandlungsgeschehen erfaßt werden muß, weil sie auf jedem Organisations- und Strukturniveau vorhanden sein kann. Das gleiche

- gilt, wenn die seelische Störung des Patienten von weitgehend ich-syntonen Abwehrmechanismen wie Intellektualisierung, Affektisolierung und Verleugnung bestimmt ist, die durch narzißtische Erfolge eine Selbstverstärkung erfahren, sowie bei vorherrschender Tendenz zu Spaltungsvorgängen und Projektionen und bei bestimmten, sozial legitimierte Formen des moralischen Masochismus.
- 23 – sich in der Symptomatik eine besondere Tiefe der Regression zeigt und diese deshalb im Behandlungsgeschehen erfaßt werden muß. Dies gilt vor allem dann, wenn die für die Psychopathologie eines Patienten entscheidenden innerseelischen Konflikte besonders früh in seiner Biographie, z. B. etwa während der ersten eineinhalb Lebensjahre, angelegt worden sind und die weitere Entwicklung erschwert haben.
- 24 – in der Behandlung eine verstärkte Haltefunktion des Analytikers notwendig wird, vorübergehend z. B. bei Patienten mit aktuellen, gravierenden Verlusterlebnissen, dauerhaft z. B. bei Patienten, in deren Pathogenese Verlusterlebnisse eine entscheidende strukturbildende Rolle bekommen haben.
- 25 – der Analytiker für einen Patienten überwiegend in seiner Funktion als reales Objekt bedeutungsvoll ist. Das ist häufig bei solchen Störungen der Fall, die mit Verlust oder erheblicher Einschränkung der Symbolisierungsfähigkeit und der Selbst-Objekt-Differenzierung einhergehen, z. B. bei manchen psychosomatischen Erkrankungen, psychosenahen Störungen und psychotherapiefähigen psychotischen Störungen, ferner bei solchen Erkrankungen, die durch manifeste autodesruktive Impulse gekennzeichnet sind.

C. Prozeßbezogene Aspekte der Indikation

- 26 Untersuchungen intensiver Einzelfallstudien zeigen als prozeßbezogene Kriterien zur Indikation von kontinuierlich hochfrequenten analytischen Psychotherapien eine besondere Dynamik im Verhältnis von Widerstand und Übertragung auf.

Aus solchen Untersuchungen ergibt sich, daß in Fällen, die eine **kontinuierlich hochfrequent durchgeführte analytische Psychotherapie** notwendig machen, der Widerstand gegen die Aufgabe bestimmter Übertragungsmodi zum führenden Zug der Behandlung wird. 27

In der niederfrequenten analytischen Psychotherapie kann die Kenntnis von der Wirkung der negativen Übertragung in den Dienst der Therapie gestellt werden. Dann kann die positive Übertragung genutzt werden, um negative Übertragungen anhand außeranalytischer Übertragungen zu behandeln. Wenn sich aber in Folge der Pathodynamik des Patienten der Widerstand gegen die Wahrnehmung derartiger Übertragungen in der Arzt-Patient-Beziehung richtet, so daß die Nutzung der Übertragungsbeziehung zum führenden Zug der Therapie wird, dann ist eine besondere therapeutische Technik erforderlich. 28

In dieser Situation können neurotische Konflikte effizient nur noch innerhalb der Therapeut-Patient-Beziehung selbst, aber nicht mehr anhand außeranalytischer Beziehungen behandelt werden. Zwischen Patient und Therapeut ist neben der Arbeitsbeziehung eine Übertragungsbeziehung entstanden, die als tagtraumähnlich charakterisiert werden kann und durch folgende Kriterien gekennzeichnet ist: Sie wird vom Patienten als realistisch, ich-synton (acting in), sozial-synton (acting out) und angemessen erlebt. Tatsächlich aber handelt es sich um die Manifestation eines Wiederholungszwangs, die mit dem Risiko verbunden ist, daß eine neue, hilfreiche Objektbeziehung, die Therapie, scheitert. Klinische Charakteristika dieser Situation sind z. B. eine negative therapeutische Reaktion oder ein Syndrom-Shift. 29

Wenn der Widerstand gegen die Aufgabe bestimmter Übertragungsmodi nicht ausreichend durchzuarbeiten ist, wird die therapeutische Beziehung vom Wiederholungszwang eingeholt. Der Therapeut wird wie die primären inneren Objekte im Leben des Patienten unbrauchbar, und die Behandlung ist vergeblich. Nur an zahlreichen fortgesetzten analytischen Ereignissen, die dieser Konstellation entsprechen, kann man dem Patienten zeigen, daß er auf diese Weise, aktuell im Hier und Jetzt, versucht, die Therapie unbrauchbar und das hilfreiche Objekt zu einem nutzlosen Objekt zu machen. 30

- 31 Die therapeutische Absicht ist in solchen Fällen oft nur auf langwierigen und mühsamen Wegen erreichbar. Ihr kommt aber die größte Bedeutung zu, da analoge Konstellationen, wie sie sich in der Behandlung eingestellt haben, den Patienten zuvor krank gemacht hatten. Zu den Erfordernissen der Behandlung gehört, daß die Stundenfrequenz hoch genug ist, damit zwischen den Sitzungen kein zu großes Maß an außeranalytischer Realität zur Verleugnung und Gegenbesetzung dieses Phänomens eingeführt werden kann. Die Mitteilungen des Patienten am nächsten Tag haben für die Bearbeitung des neurotischen Prozesses eine ebenso wertvolle Bedeutung wie die Tagesreste für die Entschlüsselung des Traumes. Sie sind Tagesreste der letzten Sitzung und geben dem Therapeuten die Möglichkeit, dem Patienten zu zeigen und ihn erleben zu lassen, was er zwischenzeitlich ohne Realpräsenz des Therapeuten mit der Veränderungserfahrung der vorangegangenen Stunde gemacht hat.
- 32 In dem zwischen den Sitzungen einsetzenden Wiederholungszwang äußern sich die Anteile der neurotischen Störung in der Verarbeitung der vorangegangenen Sitzung. Es sind wunscherfüllende, in Hinsicht auf den Behandlungsfortschritt aber destruktive Anteile; destruktiv sind sie, insofern sie den Erwerb an unlustvoller, mit Angst, Schmerz-, Scham- oder Schuldgefühlen verbundener Einsicht aus der vorausgegangenen Stunde wieder verlorengehen lassen, zunichte machen und zu lust- oder leidvollem, jedoch wunscherfüllendem Erleben zurückkehren. Sie vermeiden die Erfahrung der jeweils aktuellen, spezifischen Unlust der therapeutischen Beziehung, indem z. B. das Scham- und Schuldgefühl, das aus der Einsicht in die neidische Rivalität mit dem Therapeuten resultiert, sogleich ersetzt wird durch das enttäuschte, vielleicht altbekannte Gefühl von Niedergedrücktheit und Trostlosigkeit, weil sich der Patient wieder einmal, nämlich vom Therapeuten, nicht verstanden fühlt – womit unter Umständen zugleich ein unbewußtes Straßbedürfnis befriedigt wird.
- 33 Das Durcharbeiten dieses Prozesses kann dem Patienten einsichtig machen, daß es sich nicht um Fehlverhalten oder Versagen der Umwelt oder des Therapeuten handelt, sondern um genuine Reaktionen

im Rahmen seiner eigenen Pathologie. Dadurch wird verhindert, daß er sich weiterhin als Opfer äußerer Umstände begreifen muß. Bei niedriger Stundenfrequenz wären diese Verhältnisse und Zusammenhänge aufgrund der Aktivität bestimmter Mechanismen wie Verleugnung und projektiver Gegenbesetzung oft viel schwerer faßbar, jedenfalls weniger erlebbar, weniger deutbar und infolgedessen auch weniger veränderbar.

Bei einer niederen Stundenfrequenz dominiert unter den beschriebenen Bedingungen der Wiederholungszwang. Das bedeutet, daß der Patient keine neue, gegenüber der Vergangenheit andersartige Objekterfahrung machen kann. Dem Gefühl, daß es keine Veränderung auf der Welt gibt, den daraus resultierenden Gefühlen von Vergeblichkeit, Hoffnungslosigkeit und Verzweiflung wäre sehr viel schwerer und möglicherweise überhaupt nicht zu begegnen.

Durch die Dialektik der dichten Aufeinanderfolge der Stunden und Unterbrechungen kann dem Patienten sein Negieren des Neuen bzw. der Veränderung zugänglich gemacht werden. Eine Streckung der Stundenabstände leistet der defensiven Vermeidung dieser notwendigen Erfahrung Vorschub.

Die Begründung der hohen Frequenz hat also nicht allein die Haltefunktion und die Konstanz zum Inhalt, sondern darüber hinaus auch die therapeutischen Schritte des Erfassens und Erlebens der ursächlichen neurotischen Zusammenhänge. Diese Schritte vollziehen sich im Durcharbeiten der Aktualgenese neurotischer Facetten der Übertragungsbeziehung, also im Hier und Jetzt der therapeutischen Beziehungserfahrung.

Im Wiederholungszwang innerhalb der Therapeut-Patient-Beziehung manifestiert sich insbesondere die destruktive Einstellungsbereitschaft gegenüber neuen Erfahrungen, die u. a. in Form der negativen therapeutischen Reaktion sowie in Form des Syndrom-Shifts Ausdruck findet. In einer dichten Stundenfolge kann bezüglich der negativen therapeutischen Reaktion die dynamisch relevante Symptom-Kontext-Beziehung mit dem Patienten hergestellt werden: Eine zutreffende, erlebbare Einsicht, die für einen Moment einen Schritt in

Richtung Veränderung der Pathologie möglich machte, wurde danach wieder ins Gegenteil verkehrt. Ähnliches gilt für den Syndrom-Shift: Auch hier kann mit Hilfe der dichten Stundenfolge für den Patienten affektiv nachvollziehbar dargestellt werden, daß die erlebte Einsicht, die für kurze Zeit eine Aufgabe des Symptoms ermöglicht hatte, wieder verworfen wurde und der Patient sich quasi in einem neuen Symptom verschanzt.

38 Wie für diese zwei Manifestationen der negativen Übertragung gilt für die Bearbeitung der negativen Übertragung grundsätzlich, daß eine dichte Stundenfolge das Durcharbeiten von destruktiven Impulsen nicht nur erleichtert, sondern u. U. überhaupt erst ermöglicht. Dieses Durcharbeiten konkreter einzelner therapeutischer Situationen versetzt den Patienten zunehmend in die Lage, solche Impulse als seine eigene psychische Realität wahrzunehmen und zu integrieren, statt sie nach außen zu projizieren. Diese Integration erlaubt es ihm, seine Objektbeziehungen wieder flexibler zu gestalten und sich nicht länger als deren Opfer zu erleben. Eine Konfrontationstechnik allein reicht nicht aus, einem solchen Patienten Einsicht in Situationszusammenhänge zu vermitteln, und stellt infolgedessen keine ausreichende Hilfe für ihn dar.

39 Die Begründung der hochfrequenten analytischen Psychotherapie stützt sich also in solchen Fällen auf den genügend erlebbaren Prozeß des Durcharbeitens, in dessen Verlauf in minuziösen Schritten erarbeitet wird, wie erlebte Einsicht durch Agieren wieder zum Verschwinden gebracht werden kann.

D. Psychodynamische Aspekte der Indikation

40 Die folgenden Überlegungen zur Indikation haben exemplarischen Charakter: Sie sind keineswegs vollständig, auch dort nicht, wo sie einen Einzelfall beschreiben. Es ist auch nicht daran gedacht, das grundsätzlich komplexe Wirken pathologischer Abwehrmechanismen auf einzelne, isolierbare Abwehrformen zu reduzieren. Die Indi-

kation im konkreten Einzelfall beruht auf der Darstellung der jeweils besonderen Abwehrstruktur, die durch ein spezifisches Zusammenspiel verschiedener Abwehrmechanismen entsteht.

Hochfrequente analytische Psychotherapie mit einer Frequenz von mehr als 3 Sitzungen pro Woche kann indiziert sein, wenn:

1. die Symptomatik einer neurotischen Erkrankung durch besondere Störungen in der narzißtischen Selbstwertregulation akzentuiert wird; 41
2. pathogene Phantasien (d. h. unbewußte Konflikte) sich charakterlich fixiert haben und in – oft relativ symptomarmen – Charakterneurosen gebunden sind; 43
3. durch die Art der Störungen der seelischen Grundlagen das Angebot einer Sicherheit und Halt gewährenden Funktion des Analytikers in besonderer Weise erforderlich ist; 44
4. in der Abwehrstruktur Spaltung und projektive Mechanismen überwiegen. 45

1. Die Symptomatik einer neurotischen Erkrankung (Symptomneurose) wird durch besondere Störungen in der narzißtischen Selbstwertregulation akzentuiert 46

Störungen im System der Selbstwertregulation (narzißtische Konflikte) treten bei allen Formen neurotischer Erkrankungen in ihrer jeweiligen Charakteristik auf. Sie gehören zur Symptomatik und können den therapeutischen Prozeß gravierend beeinträchtigen, weil sie die Emotionalität hemmen, die Bindungsfähigkeit einschränken und die Toleranz für unlustvolle Affekte und Konflikte insgesamt herabsetzen. Daraus entsteht oft ein drängend-manipulatives Bedürfnis nach bestätigendem Kontakt, der aber nicht als befriedigend erlebt werden kann. 47

Wenn z. B. die neurotische Symptomatik eines Patienten überwiegend auf der ödipal-inzestuösen Stufe der Phantasiebildung organisiert ist und zudem durch Fixierungen auf der oralen Ebene der Trieb- 48

entwicklung eine nicht integrierbare ambivalente Identifizierung mit dem Primär Objekt besteht, dann kann sich die hysterische Angst vor einer als überwältigend erlebten sexuellen Erregung mit den narzißtischen Ängsten vor einer Zerstörung des Selbst vermischen.

- 49 Dabei aktivieren die Inhalte von pathogenen Phantasien über das sexuell erregende Objekt die tieferliegende Angst, den destruktiven Aspekten des primären Objektes hilflos ausgeliefert und in seinem Grundbedürfnis nach Selbstsicherheit beschädigt zu sein.
- 50 In solchen Fällen läßt sich die hysterische Symptomatik nur dann ausreichend behandeln, wenn diese tieferen Schichten der Persönlichkeit in der Übertragung lebendig werden können. Eine enge Verknüpfung dieser beiden Ebenen des psychischen Erlebens kann nämlich sehr rasch dazu führen, daß die Intensivierung emotionaler Prozesse in der Therapie Ängste vor aggressiv-destruktiven Impulsen auslöst, die zum Schutz des Selbst und zur Distanzierung des Objekts defensiv eingesetzt oder auf das Objekt projiziert werden können. Die Erfahrung von Trennung und Diskontinuität in der Übertragung hat dann zur Folge, daß sich die Phantasien über das destruktive Potential der Objektbindung intensivieren. Die Wahl der hohen Frequenz kann hilfreich sein, den Patienten in seinem Grundbedürfnis nach der Gewißheit, das Objekt nicht zerstört und folglich nicht verloren zu haben, zu unterstützen.
- 51 2. Pathogene Phantasien/unbewußte Konflikte haben sich charakterlich starr fixiert und sind in relativ symptomarmen Charakterneurosen gebunden
- 52 In solchen Fällen kann die Abwehr besonders rigide sein, weil sie die psychische Funktion der Phantasiebildung direkt angreift und hemmt und so das Ich verändert. Die unbewußten Konflikte werden in Aspekten des Charakters umgewandelt und als ich-synton erlebt. Sie sind nun nicht mehr in erster Linie im neurotischen Symptom gebunden, sondern in oft kaum wahrnehmbare „Eigentümlichkeiten“ der

Lebensführung, des Charakters und des aktuellen Verhaltens fragmentiert und auf diese Weise über das gesamte Leben eines Patienten „verstreut“. So bekommen auch die realistischen Aspekte in der Beziehung zum Analytiker eine besondere Bedeutung im therapeutischen Geschehen.

Oft drückt sich das neurotische Leiden dieser Patienten in relativ diffusen Gefühlen depressiver Verstimmtheit und allgemeiner Unzufriedenheit über das immer wieder neue Scheitern von Lebens- und Beziehungsgestaltungen aus. Oft erleben aber auch die Lebenspartner und die Personen der weiteren sozialen Umgebung deutlicher als diese Patienten selbst, welches Konfliktpotential und welche bedrängenden Kräfte von ihnen ausgehen. Dann hat zwar der Patient einen krankmachenden unbewußten Konflikt, die Krankheitssymptome aber haben andere.

Die Abwehr erfaßt zumeist mehrere Stufen der Triebentwicklung und wird als stabilisierendes Element in der Realitätsbewältigung erlebt. Daraus resultiert in besonderer Weise ein sekundärer Krankheitsgewinn.

Ein vielschichtiger Prozeß von Reaktionsbildungen, Verschiebungen und Isolierungen muß in der Behandlung rückgängig gemacht werden.

Um die Ich-Funktion der Phantasiebildung wieder freizusetzen, muß ein Patient im Verlauf der Behandlung erfahren, daß das Analytiker-Objekt ein Wesen mit eigenem Recht ist und eine von ihm selbst unabhängige Existenz führt; er muß diese Tatsache als schmerzlich erleben und diesen Affekt als Teil seiner inneren Welt akzeptieren können. Erst mit diesem Entwicklungsschritt kann er realisieren, daß das Objekt, das er in seiner inneren Welt (der Welt der unbewußten Phantasietätigkeit) zerstören kann, in der äußeren Realität überlebt. Mit dieser Erfahrung gelangen seine Abwehrbewegungen aus der Ich-Syntonzität heraus und werden nun als Ausdruck seiner unbewußten Phantasien erlebbar.

In solchen Fällen muß die angewandte Behandlungstechnik darauf ausgerichtet sein, daß die analytische Beziehung eine für den Patien-

ten neue emotionale Qualität und Dichte annehmen kann, damit die affektiven Prozesse erneut drängende Kraft bekommen und die Ich-Funktionen im notwendigen Maß ein therapeutisch förderliches Regressionsniveau erreichen. Die bislang charakterlich gebundenen unbewußten Phantasien werden nun in der Übertragung erneut aktualisiert, d. h. sie können in ihrer Aktualgenese beobachtet und somit dem Prozeß der analytischen Arbeit zugänglich gemacht werden.

58 In der analytischen Psychotherapie von Patienten mit rigiden und chronifizierten Charakterwiderständen kann die Wahl einer hohen (mehr als dreistündigen) Sitzungsfrequenz aus therapeutischen Gründen indiziert sein, wenn damit zum einen die erforderliche emotionale Dichte des Beziehungserlebens erreicht werden kann und wenn zum anderen therapeutisch günstige Bedingungen für die analytische Bearbeitung der Aktualgenese unbewußter Widerstandsäußerungen geschaffen werden können. Zuweilen kann es erst mit Hilfe der hohen Frequenz gelingen, in der analytischen Situation diejenigen „Orte“ im täglichen Leben und Verhalten eines Patienten aufzuspüren, an denen sich die unbewußten Konflikte oft kaum wahrnehmbar aktualisieren. Diese sind ja fragmentiert über seine gesamte Lebensgestaltung verstreut. Es erfordert die besondere Empathie des Analytikers, in den Realitäten des Patienten, in seinen Lebens- und Verhaltensgewohnheiten die Ausdrucksformen seiner verborgenen Phantasietätigkeit zu entdecken.

59 Die hohe Frequenz erleichtert dem Analytiker die schwere Aufgabe, seine Empathie auf die inneren Bedingungen des Patienten einzustellen.

60 Nur mit Hilfe einer taktvoll und unaufdringlich verwendeten Empathie kann es dem Analytiker gelingen, die für die therapeutische Arbeit notwendige und optimale Tiefe der Regression aufzugreifen, ohne daß es zu einer malignen Form regressiver Prozesse kommt. Da sich hinter den Charakterwiderständen oft traumatische Erfahrungen der infantilen Vorgeschichte verbergen, muß die Lockerung der Strukturen in kleinen Schritten erfolgen, damit die Angsttoleranz des Patienten nicht überfordert wird. Um die Reaktionen auf Deutungsschritte

genau beobachten und behandeln zu können, ist die dichte Folge der Behandlungsstunden unverzichtbar.

Wenn bei einem Patienten mit Charakterfixierungen die Bereitschaft und Fähigkeit zur Regression als grundsätzlich hinreichend stabil und konstruktiv eingeschätzt wird, dann kann die Wahl der hohen Frequenz die Wahrscheinlichkeit erhöhen, daß er die therapeutisch notwendige Regressionstiefe zuzulassen und durchzuhalten vermag, ohne daß es zu impulshaften Durchbrüchen der isolierten, traumatischen Erfahrungen in Form eines destruktiven Agierens kommen muß.

3. Störungen der seelischen Grundlagen machen das Angebot einer Sicherheit und Halt gewährenden Funktion erforderlich

Wenn der seelische Apparat als das Gesamt der psychischen Funktionen Störungen von Krankheitswert aufweist, kann dies zu Einschränkungen seiner Flexibilität und Differenziertheit und zu einer Behinderung seiner Fähigkeit zur Anpassung an die äußere und innere Realität führen.

62 Solche Störungen betreffen in der Regel die frühe Entwicklung des seelischen Apparates und beeinträchtigen insbesondere diejenigen Entwicklungsvorgänge, in denen durch identifikatorische Austauschprozesse die Grundlagen der seelischen Strukturen überhaupt erst geschaffen werden. Hier kommt es zur Bildung von Objektrepräsentanzen, die zur Differenzierung zwischen Selbst und Objekt und zu ersten personalen Verselbständigungsprozessen während der frühen Triangulierung führen. Dementsprechend können Behinderungen oder gar traumatische Einschränkungen in den für die Ich-Bildung konstitutiven Prozessen eine pathogene Wirkung auf die weitere Entwicklung eines Menschen ausüben und sich später in Symptomen von Krankheitswert manifestieren: Eine mögliche Folge ist eine Störung der Fähigkeit, Erinnerungen bei sich zu behalten, in denen die Erfahrung einer sicheren zwischenmenschlichen Beziehung aufbewahrt

wird. Diese Erfahrung aber schafft die Grundbedingung der Entwicklung zur Objektkonstanz, die wiederum Voraussetzung für ein gesundes Streben nach Sicherheit und für eine stabile Identitätsbildung ist.

65 Klinisch ist eine eingeschränkte oder fehlende Fähigkeit zur Objektkonstanz oft verbunden mit depressiven Symptomen, einer Unfähigkeit zu dauerhaften Beziehungen, schnellem Wechsel der Partnerschaften, sich wiederholenden, häufigen Beziehungsabbrüchen und Störungen der Impulskontrolle. Solche Symptome können entstehen, weil die Erfahrung physischer Abwesenheit oder qualitativer „Abwesenheit“ der frühen Objekte in einer auch ansonsten konflikt-haften Beziehung eine pathogene, unter besonderen biographischen Bedingungen auch traumatische Qualität annimmt.

66 Die durch solche Erfahrungen beeinträchtigten Personen konnten in einem Stadium hochgradiger Abhängigkeit das Erleben von Verlässlichkeit und Berechenbarkeit der frühen Objekte, das erst durch eine Regelmäßigkeit des Wechsels von Gewährung und Versagung konstituiert wird, nicht verinnerlichen.

67 In den damit einhergehenden Phantasien werden die frühen Objekte als zerstört oder doch zerstörbar oder als unerträglich frustrierend und damit gefährlich erlebt. Da die traumatischen Erfahrungen sich in einem vor-ambivalenten Entwicklungsstadium abgespielt haben, konnte keine hinreichende Toleranz gegenüber eigenen destruktiven Impulsen entwickelt werden, so daß eine Abreaktion entsprechender Spannungen in autoaggressiver Form oder gegenüber anderen Menschen häufig ist.

68 Bei diesen Patienten besteht oft eine starke Neigung zur Wiederholung der traumatischen Erfahrungen durch Reinszenierungen in aktuellen Beziehungen (Agieren). Diese Gefahr ist um so größer, wenn in der Beziehung Wünsche nach Erfahren eines besseren Objekts auftauchen, d. h. wenn Hoffnung und Aussicht auf eine Beziehung entsteht, die befriedigend sein könnte. Dann kann das Bedürfnis, das Objekt zu prüfen, drängend werden, weil die Erwartung neuer, weiterer Enttäuschung dominiert und weil das alte, obschon quälerische, so

doch geliebte Objekt vor der Überwältigung durch das neue, bessere Objekt geschützt werden muß. Es kann zu unbewußten Anstrengungen kommen, das neue Objekt aus Neid zu zerstören oder zu vertreiben. Um so wichtiger wird es dann, die Konstanz des Analytiker-Objekts und seine Resistenz gegenüber diesen destruktiven Attacken zu erleben.

Die analytische Behandlungssituation wird unter diesen Umständen zum „Testfall“. Wenn der Analytiker die ihm auferlegte Prüfung besteht, gibt es eine Chance für einen produktiven Verlauf und ein gutes Ergebnis der Behandlung. Dann erhält der Patient das notwendige Maß an Sicherheitsvoraussetzungen, um sich mit seinen Traumata, den unbewußten Konflikten und pathogenen Phantasien auseinanderzusetzen zu können, d. h. die Verdrängungen aufzuheben und sich den abgewehrten Phantasieinhalten anzunähern.

Um dies zu erreichen, muß sich der Analytiker für den Patienten als das gesuchte gute, d. h. verlässliche Objekt erweisen, also zuallererst seine eigene Bereitschaft zu kontinuierlicher, dichter Realpräsenz zu erkennen geben. Damit kann er die Hoffnung des Patienten auf gute, sichere Voraussetzungen in der Behandlung stärken; er wird gleichzeitig aber auch dessen Ängste vor erneutem Verlassenwerden aktivieren, denn der Patient kann ja das gute Objekt nur als fragil und zerstörbar und in schnellem Wechsel als gefährlich-destruktiv denken. In diese emotional hoch angespannte und anspannende Atmosphäre muß sich nun die besondere Struktur des Übertragungs-Gegenübertragungs-Geschehen eingravieren.

Schon dies schafft in der Beziehung unausweichlich aggressives Potential. Der Analytiker kann aber nur seine große Bereitschaft zur Realpräsenz anbieten, er kann nie uneingeschränkt verfügbar sein. Der Patient seinerseits muß den guten Analytiker attackieren, weil dieser ihn mit unerträglichen Schmerzaffekten konfrontieren wird. Die Integration gelingt in der Erfahrung einer unzerstörbaren Präsenz des Analytikers. Sie korrigiert die Phantasie einer omnipotenten Destruktivität, und der Patient lernt den defensiven, selbstschützenden Charakter seiner feindselig-aggressiven Regungen zu verstehen. Zumeist

verlangt es häufige und über lange Zeiträume andauernde Wiederholungen, bis die Fähigkeit zum Ertragen von Ambivalenz hinreichend stabil etabliert ist.

72 Denn nach dem Ende jeder Sitzung muß der Patient auf diese Realerfahrung des hilfreichen Objektes verzichten. In der Zeit zwischen den Sitzungen sind er und seine inneren Objekte seinem pathologischen Denken, genauer: seiner destruktiven Phantasietätigkeit, ausgeliefert, ohne inneren Anhalt für eine nachweisbare Unzerstörtheit des Objekts.

73 Ohne die innere Objektkonstanz kommt es in dieser Zwischenzeit immer wieder zu einem erneuten Anwachsen der pathogenen Phantasien. Allein die Erwartung der nächsten Sitzung mit den guten Erfahrungen im analytischen Raum stützt das fragile Objekt. Die hohe Frequenz, die hohe Zahl der aufeinanderfolgenden Sitzungen, wird im analytischen Bemühen um Erleben, Verstehen und Verarbeiten für den Patienten zu einer machtvollen Gegenkraft seiner Destruktivität.

74 4. In der Abwehrstruktur überwiegen Spaltung und Projektion

75 Es handelt sich um Abwehrprozesse, die nicht allein auf eine besondere Tiefe der Regression im Krankheitsgeschehen hinweisen, sondern vielmehr eine grundsätzliche Bedeutung für die analytische Behandlungstechnik haben: die Projektion ist ein Grundbestandteil der Übertragung, Spaltungsprozesse leiten die Projektion ein.

76 Spaltung und Projektion sind nicht grundsätzlich pathologische Formen psychischer Aktivität. In der Anfangsphase der psychischen Entwicklung sind sie für den Aufbau der seelischen Grundlagen und für die Ich-Bildung unverzichtbar. Sie nämlich schaffen eine Omnipotenzenerfahrung, die in der frühen Kindheit notwendig ist. Erst mit Hilfe einer solchen Erfahrung wird es möglich, katastrophale Ängste vor Destruktion, Verlust und Leere abzuwehren. Später wird diese Erfahrung als unbewußte Phantasie konstitutives Element eines grundlegenden Sicherheitsgefühls sein.

Auch im alltäglichen Leben des Erwachsenen spielen Spaltung und Projektion eine wichtige Rolle und tragen bei einer hinreichenden Flexibilität der Psyche auf dem Wege der Realitätsprüfung wesentlich zur Realitätswahrnehmung bei. 77

Spaltung und Projektion bilden die Grundlage weiterer Abwehrmechanismen, die auf reiferem Niveau organisiert sind und konstitutive Mechanismen für das gesunde und krankhafte Erleben darstellen. Die Forderung nach einer bestimmten Fähigkeit zur therapeutischen Ich-Spaltung als einer Bedingung des analytischen Prozesses trägt dem Rechnung. 78

Die Herkunft aus den Phasen der frühen Ich-Bildung erklärt den kommunikativen Aspekt von Spaltung und Projektion. Beide Mechanismen sind letztlich nicht auf individuelle, intrapsychische Vorgänge zu reduzieren. Sie lassen sich besser verstehen, wenn man sich ihren Einfluß auf die Struktur und Qualität der Beziehungen eines Patienten vergegenwärtigt. Spaltung und Projektion verändern nämlich nicht allein die psychische Realität des Subjekts in pathologischer Weise. Es sind die Beziehungen eines Menschen zur Welt und zu ihren bedeutungsvollen Objekten, die unter der Wirkung dieser Mechanismen erkranken oder gesunden. 79

Ihre zentrale Funktion ist die Vermeidung von Trennungs- und Verlusterfahrungen, die aufgrund biographischer Besonderheiten mit unerträglichen Schmerzaffekten verbunden sind. Solche Schmerzerlebnisse können die integrativen Funktionen des Ichs überfordern und in schweren Fällen dauerhaft zerstören, so daß schwere Charakterdeformationen oder psychotische Erkrankungen folgen. In weniger dramatischen Fällen kann unter besonderen psychischen Belastungen, welche die Angsttoleranz eines Patienten herabgesetzt haben, eine Regression auf die Ebene dieser frühen Abwehrvorgänge erfolgen; möglich ist auch, daß einzelne Bereiche der Persönlichkeit ein durchaus reifes Niveau erreicht haben, während in anderen Teilbereichen eine solche pathologische Funktionsweise des Ichs isoliert erhalten geblieben ist. Diese isolierten, vom Rest der Persönlichkeit abgespaltenen Bereiche der psychischen Realität wirken dann als „Refugium“ für pa- 80

thogene Phantasien von Ungeschiedenheit und Onnipotenz. In psychischen Belastungssituationen zieht sich das Ich unter Verleugnung der Wirklichkeit und um den Preis psychischer und/oder psychosomatischer Symptombildung dorthin zurück.

81 Klinisch manifestiert sich das Wirken dieser frühen Abwehr in der Projektion solcher unerträglichen und deshalb abgespaltenen Teile der inneren Realität in

82 a) Teile der unbelebten Außenwelt;

83 b) Organe und Funktionen des eigenen Körpers und

84 c) einzelne Personen und/oder Gruppen und die Beziehung zu ihnen.

a) in Teile der unbelebten Außenwelt

85 Unerträgliche Selbstanteile werden in die Außenwelt projiziert und bedrohen das Ich nun als gefährliche, von außen kommende Kräfte. Die Ich-Funktionen der Wahrnehmung und Realitätsprüfung sind in unterschiedlicher Ausprägung passager oder dauerhaft gestört; die Symptomatik kann z. B. Sinnestäuschungen als passagere und reversible Realitätsverzerrungen ebenso umfassen wie psychosenahe oder psychotische Symptome, etwa Halluzinationen, Depersonalisationsphänomene und Wahnbildungen.

86 In solchen Fällen ist die Indikation zur analytischen hochfrequenten Psychotherapie nur selten gegeben, wenn auch nicht generell ausgeschlossen.

b) in Organe und Funktionen des eigenen Körpers

87 Abgespaltene Persönlichkeitsanteile werden in den eigenen Körper, seine Organe und deren Funktionsweise projiziert und können so bestimmte Formen psychosomatischer Erkrankungen, schwere Formen von Hypochondrie und bestimmte Formen phobischer Erkrankungen begründen. So kann z. B. eine Angst vor Krebs von unerträglich-schmerzlichen Gefühlen der eigenen Ohnmacht und Schutzlosigkeit begleitet sein, die wiederum Reaktionen auf haßerfüllte Regungen gegenüber einem enttäuschenden und versagenden, mütterlichen Introjekt darstellen. Zur Abwehr der Ohnmachtsgefühle muß dieses „böse

gemachte“ Objekt reintrojiert werden und konstellierte dadurch die pathogene Phantasie des Kranken, vom Krebs (dem Mutter-Introjekt) zerstört zu werden.

c) in Personen und/oder Gruppen und die Beziehungen zu ihnen

88 Gefühle von Hilflosigkeit, Ohnmacht, Haß, Neid oder Minderwertigkeit erlangen zuweilen eine so dranghaft-fordernde Qualität und werden als derart quälend und destruktiv erlebt, daß sie schließlich die integrativen Fähigkeiten des Ichs überfordern und zum Schutz dieser Fähigkeiten projektiv abgewehrt werden. Ein solcher Abwehrvorgang verläuft besonders intensiv und rigide, wenn es auf seiten der bedeutungsvollen Personen der Umwelt eine dementsprechende Resonanz gibt, also eine innere unbewußte Bereitschaft vorliegt, abgespaltene und projizierte Phantasieinhalte aufzunehmen und sich zu eigen zu machen. In dieser Koppelung projektiver und identifikatorischer Prozesse ist der kommunikative Aspekt des Abwehrmechanismus der projektiven Identifizierung beschrieben, der bei entsprechend drangvoller Affektbesetzung nur um den hohen Preis einer verleugneten und damit pathologischen Abhängigkeit zu erreichen ist. Kommt allerdings eine derartige Verbindung zustande, ist zumindest zeitweilig ein vermeintliches, natürlich immer fragiles, intrapsychisches – eigentlich interpsychisches Gleichgewicht – hergestellt.

89 Erst wenn es zum Verlust des kommunizierenden Objekts kommt – in der Behandlung z. B. dann, wenn in der Gegenübertragung die unbewußte Bereitschaft zum Handeln aufgelöst werden konnte –, kann die rigide Abwehr durchbrochen und ein Zugang zu den authentischen Affekten gefunden werden.

90 In der analytischen Psychotherapie muß sich der Analytiker zunächst diesem oftmals sehr drängenden Verlangen des Kranken nach einer solchen Kommunikation, die ihm Sicherheit vermittelt, überlassen können. Dies erfordert eine große Angst- und Spannungstoleranz in der Gegenübertragung, denn der Analytiker muß sich dem Verlangen seines Patienten empathisch anpassen: Er „soll“ ja

dessen innere Realität „am eigenen Leibe“ spüren und muß dies auch geschehen lassen können.

- 91 Unabhängig davon, welchen Stellenwert das Konzept der „projektiven Identifizierung“ im Behandlungskonzept des Analytikers einnimmt, ist die „Verstrickung“ in ein ihm vom Patienten aufgezwungenes interaktionelles Geschehen ein unter der Wirkung von Spaltung und Projektion stets zu beobachtendes klinisches Phänomen. Die Auflösung dieses „Verstrickt-Seins“ ist das vorrangige Ziel der analytischen Deutungsarbeit. Eine besondere Aufgabe besteht dabei zunächst darin, in der Struktur der realen Interaktion die projizierten positiven und negativen Selbstanteile des Patienten von Aspekten der Gegenübertragung zu unterscheiden und zu trennen. Darin liegt die besondere analytische Behandlungskompetenz. Die Abwehr des Patienten richtet sich direkt gegen die Fähigkeit zur Ausübung dieser Kompetenz, weil der Patient sie ja selbst noch nicht besitzt und sie erst mit Hilfe des Analytikers erwerben wird. Sie kann das unabhängige Denken des Analytikers stören, hemmen und zeitweilig sogar lähmen.

- 92 Die Übertragung wird so zum Widerstand und die Deutung der Übertragung als Widerstand zur vorrangigen behandlungstechnischen Aufgabe. Da in der pathologischen inneren Realität des Patienten Spaltungsprozesse den kommunikativen Bezug zur Welt unterstützen und absichern sollen, wird jede Deutung der manipulierenden Aktivität des Patienten von diesem als Angriff auf seine grundlegenden Sicherheitsbedürfnisse erlebt und mit einem Gefühl der Bedrohung durch traumatische Schmerz- und Verlusterfahrungen verbunden.

- 93 Um wirklich tiefgreifende Veränderungen in seiner pathologischen Abwehrstruktur zulassen zu können, muß der Patient in der Behandlung ein sicheres Gefühl dafür entwickeln, das abwesende, verlorene Objekt wiederfinden zu können. Unbewußt fürchten diese Patienten mit jeder Deutung, den erzwungenen Kontakt zum Analytiker zu verlieren; mit jedem Stundenende steigt die Angst an, der omnipotenten Kontrolle über die eigenen destruktiven Kräfte und die des Objekts beraubt zu werden, so daß die fragilen guten Selbst- und Objektanteile in Gefahr geraten und vielleicht sogar vernichtet werden könnten.

Die Fähigkeit des Patienten zur Angsttoleranz und die Fähigkeit 94 des Analytikers, auch die sich in ihm selbst aufbauenden Spannungen, Angst- und Schuldgefühle auszuhalten und zu beobachten, bestimmt die Wahl der Stundenfrequenz. Was dann im Einzelfall das therapeutisch Notwendige im gegenseitigen Umgang mit den destruktiven Anteilen des Unbewußten ist, muß zwischen den beiden Partnern der Interaktion „verhandelbar“ bleiben, anders ist das für den analytischen Verlauf erforderliche Sicherheitsgefühl für beide Beteiligte nicht herstellbar.

Es geht darum, die für beide Seiten der Interaktion erträglichen, 95 folglich nutzbaren und insofern optimalen therapeutischen Schritte in den Mitteilungen über das in der Beziehung enthaltene destruktive Potential zu finden. Dafür mögen in vielen Fällen 2 Sitzungen pro Woche genügen. In anderen Fällen ist der Druck, den die Triebe auf die destruktiven Inhalte ausüben, so groß, daß 3 Sitzungen pro Woche nicht ausreichen, sondern eine höhere Frequenz das Mittel der Wahl ist.

III. Ergänzung zur Einleitung der Behandlung: Das Erörterungsgespräch

Nach dem dynamischen Erstinterview, nach den Erstinterviewver- 96 laufsbeobachtungen und nach Erhebung der notwendigen objektiven Daten werden die Therapievorstellungen gemeinsam erörtert. Die Vereinbarung über die Therapie wird zu einem Bestandteil des Antragsverfahrens.

TEIL II:

Erläuterungen zum Manual

I. Hochfrequente analytische Behandlungsverfahren in der Richtlinien-Psychotherapie

Als zum 1.10.1967 die ersten Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Durchführung der Psychotherapie in der kassenärztlichen Versorgung (Psychotherapie-Richtlinien) in Kraft gesetzt wurden, war dem eine Bindung des damaligen psychotherapeutischen Methodenverständnisses an die Rechtsnorm des geltenden Krankheitsbegriffes und die gesetzlichen Erfordernisse der Notwendigkeit, Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit vorausgegangen.

Der Krankheitsbegriff der Reichsversicherungsordnung (RVO) definierte damals seelische Krankheit als „aktuelle seelische Störungen, bei denen ein zeitlich und ursächlich abgrenzbarer Zusammenhang der Psychodynamik der Neurose mit einer gegenwärtig wirksamen Konfliktsituation angenommen werden muß“.

Diesem Verständnis entsprechend, war und ist Psychotherapie eine Methode zur Behandlung der Symptomatik eines aktuellen neurotischen Krankheitsgeschehens. Nach den Psychotherapie-Richtlinien war es möglich, Störungen der seelischen Grundlagen der Persönlichkeit eines Kranken in die Behandlung miteinzubeziehen, sofern deren ätiologische Bedeutung für die Entwicklung und Aufrechterhaltung der aktuellen neurotischen Symptomatik nachgewiesen werden konnte.

Zwar hatte der Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen in der damaligen Fassung der Psychotherapie-Richtlinien die Behandlung einer Strukturveränderung der Persönlichkeit eines Kranken allein ausdrücklich nicht als Aufgabe der kassenärztlichen Versorgung anerkannt. Damit hatte er aber keineswegs die Notwendigkeit einer therapeutischen Einflußnahme auf die strukturellen Aspekte eines

neurotischen Krankheitsgeschehens verneint, sondern diese therapeutische Aufgabe lediglich anderen Kostenträgern zugewiesen.

Mit Hilfe dieser Konstruktion der Kostenverteilung war es von Anfang an möglich, im Geltungsbereich der Psychotherapie-Richtlinien hochfrequente analytische Psychotherapie durchzuführen.

Die zunächst prinzipielle Unterscheidung zwischen aktuellen neurotischen Erkrankungen und chronifizierten Neurosen (z. B. den Charakterneurosen) wurde 1976 aufgegeben, als durch die ständige Rechtsprechung der Sozialgerichte auch die Behandlung dieser chronifizierten Neurosen zum Aufgabenbereich der gesetzlichen Krankenkassen erklärt wurde (vgl. Faber/Haarstrick, 1994, 3. Auflage, S. 18). Damit war der Krankheitsbegriff der RVO wesentlich erweitert worden.

Seither können Veränderungen der strukturellen Aspekte der neurotischen Persönlichkeit Ziel und Aufgabe des therapeutischen Vorgehens sein, wenn die begründete Aussicht besteht, durch eine Behandlung die neurotische Symptomatik beseitigen, lindern oder ihre drohende Verschlimmerung verhindern zu können.

Die Forderung nach einer Sicherstellung hochfrequenter Behandlungsmöglichkeiten im Rahmen des Systems der Richtlinien-Psychotherapie stützt sich auf

- a) neue wissenschaftliche Erkenntnisse über die klinische Effizienz der hochfrequenten analytischen Psychotherapie;
- b) neue Überlegungen zu einem Kontingenzierungsmodell und
- c) das „Manual“: „Die Indikation zur hochfrequenten analytischen Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung“.

II. Neue wissenschaftliche Erkenntnisse über die klinische Effizienz der hochfrequenten analytischen Psychotherapie

Gegenüber dem wissenschaftlichen Erkenntnisstand von 1976, zumal dem von 1967, hat sich das klinisch-psychotherapeutische Erfahrungswissen über die Zusammenhänge von neurotischer Symptom-

bildung und ihrer Aufrechterhaltung sowie therapeutischen Beeinflussbarkeit verändert (vgl. Thomä 1991). An dieser Weiterentwicklung hin zu größerer Effizienz des behandlingstechnischen Vorgehens haben die klinischen Erfahrungen im hochfrequenten Behandlungssetting besonderen Anteil.

Es entspricht aber der Natur gesellschaftlicher Umsetzungsprozesse, daß neue Gesichtspunkte klinischer Erfahrung und gesicherte neue empirisch-wissenschaftliche Entwicklungen sich erst allmählich in öffentlich-rechtlichen Regelungssystemen niederschlagen, so daß zuweilen ältere, nicht mehr haltbare Ansätze wie alte Zöpfe mitgeschleppt werden. So wurde und wird immer wieder erneut die Wirksamkeit analytischer Psychotherapie generell in Frage gestellt.

Nachdem eine erste, von Eysenck geführte Attacke von Dührssen und Jorswieck (1962) wissenschaftlich abgewehrt wurde, erfolgte jetzt eine weitere (Grawe u. a. 1994). Sie hält kritischen Einwänden jedoch nicht stand (vgl. Kächele 1995; Kaiser 1995; Meyer 1994; Mertens 1994; Rüger 1994; Tschuschke et al. 1994). Der zugrundeliegende Ansatz entspricht wissenschaftshistorisch der ersten, inzwischen längst überwundenen Phase der Psychotherapieforschung (vgl. Kächele 1992) und ist damit ebenfalls nicht haltbar. Den gegenwärtigen Stand, d. h. der dritten Phase der Psychotherapieforschung resümierend, kann deshalb Kächele (1995) die klinische Effizienz der hochfrequenten psychoanalytischen Behandlung konstatieren und fordern, „die klinisch so überzeugende Verankerung der Langzeittherapien als Kasernenleistung für wenige unserer Patienten als notwendige Leistung auch in der Zukunft sicherzustellen“ (S. 490). Siehe dazu auch die Arbeiten von Hoffmann (1992), Leuzinger-Bohleber (1995) und Mertens (1994, 1995).

Der Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen hatte seinen Beschluß vom 17. Dezember 1992 (in der Fassung vom 31. 8. 1993; vgl. Faber/Haarstrick 1994, S. 151), die analytische Psychotherapie mit 4 und mehr Wochenstunden aus dem Maßnahmenkatalog der vertragsärztlichen Versorgung auszuschließen, folgendermaßen begründet: „Eine analytische Psychotherapie als Langzeittherapie mit einer

Frequenz von 4 und mehr Wochenstunden kann im Rahmen der Psychotherapie-Richtlinien keine Anwendung mehr finden, weil der wissenschaftlich begründete Nachweis einer spezifischen Indikation und einer größeren therapeutischen Wirksamkeit dieser Anwendungsform nicht erbracht worden ist.“

Diese Aussage ist nicht haltbar, denn die spezifische Indikation und die größere therapeutische Wirksamkeit (gegenüber einer analytischen Psychotherapie mit zwei bis drei Wochenstunden) sind mit empirisch-wissenschaftlichen Methoden bisher nie untersucht worden. Bachrachs Feststellung gilt daher sowohl für Behandlungen mit drei als auch für Behandlungen mit vier und mehr Wochenstunden: „... a survey of the literature on the outcomes of psychoanalysis shows that positive results are in the range of 60 to 90%, which is typical of outcomes of most mainstream medical treatments“ (Bachrach 1991). Auf klinisch-wissenschaftlicher Ebene liegen jedenfalls vielfältige Erfahrungen mit einer spezifischen Indikation und einer größeren therapeutischen Wirksamkeit vor; wir verweisen exemplarisch auf eine Fallskizze (Seite 68f., Stichwort 25: „Phasenweise Indikation für hochfrequente analytische Psychotherapie“).

Die neuen Untersuchungen haben jedoch auch Forschungsdefizite aufgezeigt (z. B. Tschuschke et al. 1994; Kächele 1995), die aufzuarbeiten man gegenwärtig bemüht ist. Sie unterscheiden z. B. nicht zwischen einer psychoanalytischen Psychotherapie mit zwei, drei, vier oder fünf Wochenstunden. Dies hängt keineswegs mit der Ignoranz der Psychoanalytiker, Psychotherapieforscher und forschenden Psychoanalytiker zusammen. Nur in Deutschland gibt es für den Bereich der Versorgung der Bevölkerung mit Psychotherapie ein derart subtil ausgestaltetes Krankenversicherungssystem, daß sich Fragen nach der Wirtschaftlichkeit, Zweckmäßigkeit und medizinischen Notwendigkeit in dieser differenzierten Form überhaupt stellen können.

Auch außerhalb Deutschlands herrscht Einigkeit in der Einschätzung, daß es sich bei der Fragestellung des vergleichbaren Behandlungserfolges zwischen zwei, drei, vier oder fünf Wochenstunden um ein äußerst diffiziles, empirisch-wissenschaftliches Problem handelt,

dessen Lösungsversuche durch das Handeln auf der klinisch-erfahrungswissenschaftlichen Ebene niemals ersetzt werden können. Denn selbst wenn sich das Problem aufgrund wissenschaftlicher Erkenntnisse als lösbar oder gar gelöst erweisen sollte, bliebe grundsätzlich weiterhin und natürlich gerade im Krankenversicherungssystem die Notwendigkeit einer zureichend spezifischen Indikationsstellung mit Differentialindikation und Differentialtherapie des unverwechselbaren Einzelfalls bestehen. Quantitative und qualitative wissenschaftliche Forschungsansätze liefern im wesentlichen inter-individuelle Daten, weil die Fragestellung – vergleichbarer Behandlungserfolg unter der veränderbaren Bedingung von zwei, drei, vier oder fünf Wochenstunden – eine inter-individuelle Fragestellung ist.

Zu untersuchen ist, ob ein spezieller, im konkreten Einzelfall erreichbarer Behandlungserfolg einer bestimmten Indikation zugeordnet werden kann. Dies muß nach intra-individuellen Gesichtspunkten entschieden werden, und zwar letztendlich deshalb, weil es bei der Indikationsstellung im Einzelfall auf die Einschätzung des Zusammenspiels von intrapsychischen und intersubjektiven Konfliktmodi zwischen Patient und Therapeut ankommt. Daher sind bei einer solchen Fragestellung Forschungsansätze notwendig, die den Fall längsschnittlich bei grundsätzlich unvermeidlichen Frequenzwechseln (z. B. ausfallende Stunden) oder bei den durch das ausgehandelte Setting festgelegten unterschiedlichen Intervallen zwischen den Sitzungen mit sich selbst vergleichen.

Seit 1967 hat aber auch die hochfrequent durchgeführte analytische Psychotherapie im Rahmen ihrer Einbindung in das System der kassen- und vertragsärztlichen Psychotherapie – und zum Teil gerade auch wegen dieser Einbindung – eine eigene wissenschaftliche Weiterentwicklung erfahren, die zu einer Spezialisierung im Sinne der Betonung einzelner methodischer Aspekte der analytischen Psychotherapie geführt hat.

So wurde z. B. im Rahmen einer DPV-Arbeitstagung im November 1978 der Einfluß der Kassenfinanzierung auf den Verlauf psychoanalytischer Behandlungen (A. Kuchenbuch) und auf die Struktur der

Übertragungsprozesse (L. Rosenkötter) untersucht; Thomä und Kächele (1985) widmen in ihrem Lehrbuch dem Thema „Fremdfinanzierung“ und den Auswirkungen der Krankenkassenregelungen auf den psychoanalytischen Prozeß ein eigenes Kapitel. Rotmann (1992) erforschte und beschrieb die Übertragungsbedeutung des Gutachterverfahrens, und verschiedene andere Autoren diskutierten die Auswirkungen der zeitlichen Begrenzung auf den Behandlungsverlauf (vgl. Faber 1993; Henseler und Wegner 1993; Thomä 1994).

Hochfrequent arbeitende Psychotherapeuten sahen sich durch die Ergebnisse dieser Studien veranlaßt, ihre Praxis verstärkt und oft unter neuen Blickwinkeln kritisch zu reflektieren. Letztlich haben diese Untersuchungen zu einer Klärung der methodischen Besonderheiten der hochfrequenten Behandlung im Spektrum der analytisch begründeten Therapieverfahren beigetragen.

Die Psychotherapie-Richtlinien definieren analytische Psychotherapie als „jene Therapieformen, die zusammen mit der neurotischen Symptomatik den neurotischen Konfliktstoff und die zugrundeliegende neurotische Struktur des Patienten behandeln und dabei das therapeutische Geschehen mit Hilfe der Übertragungs-, Gegenübertragungs- und Widerstandsanalyse unter Nutzung regressiver Prozesse in Gang setzen und fördern“ (Psychotherapie-Richtlinien, B 1.1.2).

Die Spezifität der hochfrequenten analytischen Psychotherapie begründet sich gegenüber den anderen Formen analytischer Psychotherapie durch eine besondere, theoretisch legitimierte methodische Handhabung der Übertragungs- und Gegenübertragungsprozesse. Die hochfrequente Behandlung fördert dabei in spezifischer Weise die emotionale Dichte dieses Geschehens. Es ist eine klinisch gesicherte Tatsache, daß therapeutische Interventionen dann besonders wirksam sind, wenn sie als Deutung des aktuellen Übertragungs- und Gegenübertragungs-Geschehens erfolgen. Aus diesem Grund führt die hochfrequente Behandlung die Therapie nicht allein „mit Hilfe der Übertragungs-, Gegenübertragungs- und Widerstandsanalyse“ (B 1.1.2 Psychotherapie-Richtlinien) durch, sondern ist vielmehr darauf spezialisiert, dieses methodische Kriterium analytischer Psychotherapie

ins Zentrum der analytisch-therapeutischen Arbeit zu rücken, wo es die Funktion einer neuen „via regia“ zum Unbewußten des Kranken erfüllt (Person 1993).

Differenziertere Vorstellungen und deren behandlungstheoretische Konzeptualisierungen, z. B. über die kommunikative Funktion der Gegenübertragung und ihren konstituierenden Beitrag zur Struktur der Übertragungsneurose, genauere Kenntnisse über die Wirkungsweise früher Abwehrmechanismen und deren Beteiligung an der Aktualgenese des neurotischen Krankheitsgeschehens (vgl. Thomä 1991) sowie eine gewachsene klinische Erfahrung im behandlingstechnischen Umgang mit destruktiven Phantasiepotentialen und der defensiven, selbstschützenden Funktion von Aggression (vgl. Fonagy und Target 1993, 1995; Glasser 1992) haben zu einem veränderten Verständnis analytisch-therapeutischer Prozesse geführt.

Vor dem Hintergrund dieser wissenschaftlichen Weiterentwicklungen der Psychoanalyse betrachtet, begünstigt die hohe Sitzungsfrequenz eine Zentrierung der Deutungsarbeit auf das aktuelle Geschehen zwischen Patient und Analytiker, während andere Spezialisierungen analytischer Psychotherapie vorrangig die Objektbeziehungen des Kranken außerhalb der analytischen Situation oder Objektbeziehungen aus der Vergangenheit ins Zentrum stellen.

Die Häufigkeit und die damit verbundene größere emotionale Dichte des therapeutischen Kontaktes ermöglichen es dem Analytiker, die Aktualgenese seines eigenen Erlebens als Wahrnehmung eines interaktiven Geschehens minuziös zu beobachten. So kann er eigene Gefühlszustände und deren Veränderungen, eigene Regungen und Phantasien als Resonanz auf averbale und verbale Mitteilungen des Kranken erkennen. Und er kann prüfen, ob er in einer konkordanten Übertragung, also gleichsam mit Zustimmung des Kranken, an dessen innerer, unbewußter Phantasiewelt teilhaben kann; oder ob er in komplementärer Übertragung anstelle des Kranken dessen Selbstaspekte, inneren Objekte oder Objektanteile aufzunehmen und zu bewahren hat, bis er sie in einen für den Patienten annehmbaren und erträglichen Deutungszusammenhang zu bringen vermag. Indem er ihm diesen

Zusammenhang aufzeigt, kann er ihm helfen, innere und äußere Realität auf eine neue, angemessene, d. h. weniger krankmachende Weise zueinander in Beziehung zu setzen.

Der Analytiker kann unter den beschriebenen, spezifischen Bedingungen des hochfrequenten Settings einen direkteren Kontakt zum aktuellen Erleben des Kranken herstellen, um für ihn und sodann mit ihm und jeweils abgestimmt auf seine gegenwärtigen Möglichkeiten schrittweise zu verstehenden, mutativen Deutungen zu gelangen.

Am Kriterium der methodischen Spezialisierung muß sich auch die Frage möglicher Kontraindikationen für hochfrequente analytische Psychotherapie entscheiden. Deshalb kann nur für wenige psychische Erkrankungen eine Kontraindikation generell postuliert werden. Sicher gilt dies zumeist für die psychotischen Erkrankungen, obwohl auch hier immer erst die Beurteilung des Einzelfalls entscheiden kann (vgl. Bruns 1995).

Wenn es in den Behandlungsvorgesprächen nicht gelingt, zur inneren Realität eines Kranken in Beziehung zu treten und deren Bedingungen in einen verstehenden und erklärenden Zusammenhang zur aktuellen Symptomatik zu setzen und dies dann auch einem Dritten – dem Gutachter – gegenüber darzustellen, dann entfallen die konstitutiven Merkmale für die Indikation zum hochfrequenten Behandlungssetting. Einzig die Hoffnung, diese therapeutischen Ziele irgendwann vielleicht dennoch zu erreichen, kann die Indikation nicht begründen. Auch der Hinweis darauf, daß eine zwischen Patient und Analytiker auftauchende und erlebbare Hoffnungslosigkeit als ein vom Unbewußten des Kranken induziertes Phänomen zu verstehen sei, reicht für sich allein noch nicht aus, wenn nicht mit der Erörterung der Aktualgenese dieser Widerstandsform auch Wege zu deren Überwindung aufgezeigt werden können.

So hat die klinische Weiterentwicklung der hochfrequenten analytischen Psychotherapie im Rahmen ihres Versorgungsbeitrags innerhalb der Richtlinien-Psychotherapie zu einer methodischen Spezialisierung geführt, in der sich die ursprüngliche Betonung des Aktualkonzepts erhalten hat, aber um die behandlingstechnische Betonung

der Aktualgenese von Übertragung, Gegenübertragung und Widerstand im Hier und Jetzt der therapeutischen Beziehung erweitert worden ist.

Damit hat sich seit Einführung der Psychotherapie als Maßnahme der kassen- und vertragsärztlichen Versorgung nicht nur der Anwendungsbereich analytischer Behandlungsmethoden ausgeweitet; vielmehr hat die vertiefte klinische Erfahrung auch zu größerer behandlingstechnischer Effizienz im Hinblick auf die sog. klassischen Symptom- und Charakterneurosen geführt.

III. Neue Überlegungen zu einem Kontingenzierungsmodell

Es ist eine statistisch gesicherte Tatsache, daß das Aufkommen an hochfrequenten analytischen Psychotherapie nicht signifikant gestiegen ist – Experten erwarten einen Anstieg auch weiterhin nicht –, obwohl sich die Zahl entsprechend ausgebildeter Psychotherapeuten mehrt. Das hat zahlreiche Gründe. Einer davon besteht darin, daß Therapeuten – früher eher nur Ärzte – in der Ausbildung das gesamte Spektrum der Anwendungsformen psychoanalytisch begründeter Psychotherapie angeboten bekommen und dieses breite Spektrum auch nach Abschluß der Ausbildung anwenden. Ferner ist es eine gesicherte Tatsache, daß die hochfrequente analytische Psychotherapie mit steigender Stundenzahl bessere Ergebnisse zeitigt (Orlinsky & Howard 1986; Orlinsky et al. 1994; Kächele 1990). Diese Tatsache steht den empirischen Befunden durch die Gutachterpraxis zur Seite, daß hochfrequente analytische Psychotherapie häufig nicht die vorgesehene Regelleistung – das (1) Gesamtstundenzahlkontingent von 240 Leistungen – einhält. Hier stellt sich die Frage, auf welches Behandlungskonzept diese Regelleistung eigentlich bezogen ist: Betrifft sie methodische Spezifika niederfrequenter analytischer Psychotherapie oder solche der hochfrequenten Behandlung? Die Antwort bleibt offen.

Sicher ist, daß die Versichertengemeinschaft eine ethisch vertretbare Begrenzung der von ihr aufzubringenden Kosten festlegen kann. Sicher ist auch, daß die bisher vorgesehene Leistungsbegrenzung für hochfrequente analytische Psychotherapie nur in seltenen Fällen einzuhalten war. Unter systemimmanenten Gesichtspunkten der Wirtschaftlichkeit, Zweckmäßigkeit und medizinischen Notwendigkeit wäre es folgerichtig, an andere Kontingentierungsmodelle zu denken. Das vorliegende Manual bietet ein solches alternatives Modell zur Kontingentierung an.

Aus der Verpflichtung zur Wirtschaftlichkeit und Zweckmäßigkeit, die eine Differentialtherapie erforderlich macht, ergibt sich für die hochfrequente analytische Psychotherapie systemlogisch ein (2) Kontingentierungsmodell nach der medizinischen Notwendigkeit.

Die Kontingentierung wird durch die Feststellung der medizinischen Notwendigkeit, die sich ihrerseits aus einer zureichend spezifizierten Indikationsstellung herleitet, erreicht. Denn ein Indikations-einzelfall, dem eine hochfrequente Behandlung neben dem angestrebten Erfolg noch „ganz gut tun“ würde, kann differentialdiagnostisch und differentialtherapeutisch nicht genehmigt werden, falls eine niederfrequente Behandlung den gleichen therapeutischen Erfolg, wenn auch ohne diesen zusätzlichen Effekt, zeitigen könnte. Umgekehrt gilt das gleiche. Ein Einzelfall, der auf den ersten Blick niederfrequent behandelbar wäre, bei genauerem Verständnis jedoch bestimmte, die Therapie komplizierende Faktoren zu erkennen gibt, bliebe in der Niederfrequenz nur unzureichend behandelt, wenn diesen Faktoren Krankheitswert zukommt. Denn in diesem Fall müßte der Patient bald erneut behandelt werden, so daß die Wahl der niederen Frequenz unwirtschaftlich wäre.

Um die Möglichkeiten dieses Kontingentierungsmodells voll auszuschöpfen, wäre es sinnvoll, eine spezielle Erstinterviewvariante durchzuführen. Der Verlaufsbeobachtung innerhalb einer Interview-sitzung (3) sollte eine Verlaufsbeobachtung über sämtliche Behandlungsvorgespräche (4) hinzugefügt werden, die wöchentlich ein- oder zweimal stattfinden sollten. So könnten neben objektiven Daten (z. B.

über die Manifestationen des Wiederholungszwangs) aus einer abschließenden Befragung (5) zahlreiche dynamische Daten gesammelt werden, die Auskunft über die vermutlich notwendige zeitliche Dichte der Stundenfolge geben.

Zudem ist es sinnvoll, die Übereinkunft zur Aufnahme der Behandlung, die (6) Therapievereinbarung, nach bestimmten Kriterien zu treffen. Um nur eine Möglichkeit zu nennen, sei an die Balintschen Konfliktkriterien erinnert: „Welche Therapievorstellungen hat der Therapeut vorgeschlagen?“, „Welche Therapievorstellung hat er nicht genannt?“, „Mit Rücksicht auf welches phantasierte Risiko hat der Therapeut es vermieden, die alternative Therapie anzusprechen?“ Und umgekehrt: „Welche Therapievorstellung hat der Patient geäußert?“, „Welche hat er nicht genannt?“, „Mit Rücksicht auf welches phantasierte Risiko hat er sie nicht genannt?“

So ergäbe sich – beispielhaft – ein konflikt- und interaktionspsychologisches Raster für das tatsächliche (7) Aushandeln der wöchentlichen Sitzungsfrequenz, das vor Beantragung und vor Beginn der Behandlung als (8) Erörterungsgespräch fokussiert dokumentiert und mitgeteilt wird.

Ein solches Verfahren hat viele Vorteile (9): es betrachtet nicht nur zwei (9.1) gleichwertige Verhandlungspartner, sondern beschreibt frühzeitig eine Einschätzung der (9.2) möglichen Konflikt- und Konfliktentfaltung in der Kontingentierungsfrage. Zugleich wird der ewige Vorwurf einer ‚Knebelungsbehandlung‘ auf das Niveau eines erörterbaren Fachproblems gehoben. Es fördert (9.3) die Transparenz und Plausibilität der ausgehandelten Behandlungsform vor dem Hintergrund der verschiedenen Konflikt- bzw. Neuroseebenen: (9.3.1) Aktualkonflikt, (9.3.2) interaktioneller Konflikt bzw. interaktionelle Neurose, (9.3.3) berichtete Neurose bzw. „Symptomneurose“, (9.3.4) neurotische Struktur mit früheren, spontan erhaltenen und/oder erfragten neurotischen Manifestationen, (9.3.5) spontan erhaltene und/oder erfragte Manifestationen der adoleszenten Neurose und (9.3.6) spontan erhaltene und/oder erfragte Manifestationen der infantilen Neurose.

Es ist zu überlegen, ob unter den hier dargelegten Gesamtgesichtspunkten eine Erörterung des Gesamtstundenkontingents realistisch innoviert werden kann. Die Zahl der gleichzeitig hochfrequent durchgeführten analytischen Psychotherapien wird weiterhin gering bleiben, weil dieser spezifische Indikationsbereich einer besonders kritischen Prüfung unterworfen ist. Wohlgedacht wird hier kein neues Therapieverfahren beschrieben; vielmehr wird die spezifische Indikation von einem unspezifischen Indikationsbereich unterschieden. Die Kontingentierung kommt auf diese Art und Weise nicht willkürlich zustande, denn sie ist versorgungs- und qualifikationsbezogen. Dementsprechend sollte überlegt werden, ob für diesen Versorgungsbereich die Erfahrungswerte der Gutachter über die Dauer analytischer Langzeittherapie nicht stärker als bisher berücksichtigt werden sollten.

Soweit die Überlegungen zur kontinuierlichen hochfrequenten analytischen Psychotherapie. Überlegungen zur diskontinuierlichen hochfrequenten analytischen Psychotherapie müssen den Zusammenhang von Gesamtstundenkontingent, Frequenz, zeitlicher Dauer und prognostischer Einschätzung der Effekte einer begründeten und geplanten hochfrequenten Behandlung unter psychoanalytischen Gesichtspunkten betrachten. Denn man darf nicht vergessen, daß es zu allen möglichen Kombinationsformen, die unter dem Druck begrenzter finanzieller Ressourcen zustande kommen, ebenfalls keine wissenschaftlichen Untersuchungen gibt. Jede Kombinationsform begibt sich auf Neuland. Und jedes Neuland dieser Art ist grundsätzlich auf ein verstecktes „Gegenagieren“ hin zu untersuchen. Das psychoanalytische Verständnis neuer Zusammenhänge ist bei der Einschätzung einer neuen Therapieform hilfreich. Wer kann schon ausschließen, daß es mit ihr zu einer besseren Zeitausnutzung des Behandlungskontingents, also zu einer Kombination von Behandlungsdauer und Dichte, kommen kann? Wie mag eine derartige Einschätzung exemplarisch ausfallen?

Bei der vor dem 17. 12. 1992 bzw. 31. 8. 1993 geltenden Regelung war es Praxis, nach einem, zwei oder spätestens drei Genehmigungsabschnitten hochfrequenter analytischer Psychotherapie die Reduzierung der Frequenz anzumahnen. Natürlich ließ sich dies unter dem

Gesichtspunkt der Kontinuität der psychoanalytischen Situation selten realisieren. Die formale Regelung berücksichtigte nämlich nicht die Existenz prototypischer Behandlungsphasen in einem analytisch-psychotherapeutischen Prozeß und deren konstitutive Bedeutung für den therapeutischen Erfolg. Die klinische Erfahrung kennt z. B. eine Einleitungsphase, eine Durcharbeitungsphase und eine Beendigungsphase. Selbstverständlich sind wir hier weit davon entfernt, naturgesetzlich ablaufende Behandlungsphasen nachzuweisen, zu vermuten oder zu postulieren. Jeder könnte uns entgegenhalten, daß in einer Einleitungsphase immer auch schon durchgearbeitet wird – natürlich: nämlich die Einleitung der Behandlung und die Hinführung auf die Inhalte einer Behandlung (vgl. Luborski 1988).

Die Einleitungsphase ist z. B. dadurch gekennzeichnet, daß ein intrapsychischer Konflikt auf jeweils konflikt-spezifischen Regressions-ebenen im psychischen Raum der Therapeut-Patient-Beziehung „installiert“ wird. In dieser Phase sollte sich der unbewußte Konflikt auf die Person des Therapeuten und auf das Behandlungssetting übertragen, so daß sich seine Manifestationen in hinreichender Konstanz organisieren und der Patient die krankheitsverändernde Bedeutung des Settings erfahren kann. In dieser Phase wird sich wegen zu erwartender oder bereits erkennbarer Schwierigkeiten bei der Eröffnung des psychischen Raumes, der Kommunikation und der emotionalen Bindung u. U. eine Erhöhung der Sitzungsfrequenz als notwendig erweisen.

In ähnlicher Weise kann man eine Durcharbeitungsphase prozessual-inhaltlich beschreiben. Das mag auch mit der Beendigungsphase oder gar mit einer besonders intensiven Widerstandsphase geschehen (vgl. hierzu S. 67f.). Worauf wir an dieser Stelle hinweisen wollen, ist folgendes: Derartige prototypische Phasen können nicht identisch sein mit Genehmigungsabschnitten, das heißt mit der plötzlichen Reduzierungsverordnung durch eine äußere Instanz. Es wäre aber denkbar, daß nach einer hochfrequenten Einleitungsphase, in der die geschilderten Inhalte genügend erfolgreich eingerichtet sind, eine dreistündige Durcharbeitungsphase folgt, die ebenfalls überwiegend erfolgreich verlaufen kann.

Es ist sogar vorstellbar, daß jede Prozeßphase in einer spezifischen Beziehung zur Frequenz steht. Entscheidend an dieser Sichtweise ist nur, daß die unter Versorgungsgesichtspunkten geforderte adaptive Indikation ergänzt wird durch den Gesichtspunkt einer prozessualen Indikation. Nur so kann man verhindern, daß eine genehmigungsphasen-synchrone Forderung nach Reduzierung der Frequenz mitten in eine Phase hinein ausgesprochen und dann durchaus folgerichtigerweise von den Beteiligten intuitiv für unrealisierbar gehalten wird. Die notwendige Kontinuität innerhalb einer jeden Phase würde durch eine rein formale Ineinssetzung von Behandlungsphase und Genehmigungsabschnitt aufs Spiel gesetzt. Wenn hingegen eine Forderung nach Reduzierung der Frequenz behandlungsphasen-synchron erfolgte, wäre ein Kontext geschaffen, in dem eine Erörterung erreichbarer „Teilziele“ und ein Abwägen, vernünftiges Begründen oder Planen von verbleibenden Versorgungs- und Behandlungsvorteilen unter Berücksichtigung der äußeren Ressourcen und durch sie bedingten ökonomischen Gesichtspunkte möglich würde.

IV. Das Manual

A. Grundlagen und Voraussetzungen

Um möglichen Mißverständnissen von vornherein zu begegnen, sei zunächst der Gebrauch des Terminus „Manual“ kurz erläutert.

Er ist hier nicht (1) im Sinne eines psychologischen Manuals zur Erhebung und Verarbeitung von testpsychologischen Daten unter den erforderlichen Gütekriterien von Validität und Reliabilität gemeint. Gedacht ist auch nicht (2) an ein ‚Manual‘ im Sinne einer vollständig ausgearbeiteten Handlungsanleitung, einer erschöpfenden Bestimmung von Behandlungsprinzipien und einer Anwendung von Behandlungstechniken, die vielleicht durch unabhängige Beurteiler (rater) als wesentlich bewertet sein könnten und durch erprobte Beurteilungsskalen (rating scales) abschätzbar wären. Es ist (3) auch nicht an ein ‚Manual‘

im Sinne einer Orgeltastatur gedacht, das ein virtuosos Spiel auf dem Instrument der Behandlungskostenfinanzierung ermöglichte.

Es geht vielmehr (4) um das Aufzeigen von Leitlinien, also um eine im übertragenen Sinne manuelle Leitung der Entwicklung und Entstehung einer Indikation zur hochfrequenten analytischen Psychotherapie. Um die Daten in ihrer Komplexität überhaupt erfassen, begreifen, ordnen und deuten zu können, ist ein gewisses psychisches „Handwerk“ – im übertragenen Sinne – erforderlich. Das Manual kann deshalb Behandlern und Gutachtern gleichermaßen als Orientierungshilfe dienen. Es soll den notwendigen Dialog, über dessen Störungen in den vergangenen Jahren von beiden Seiten oftmals geklagt wurde, auf eine breitere, fachinhaltliche Grundlage stellen und dadurch neu beleben.

Aus diesem Bemühen ist dieser erste Kommentar zu den Psychotherapie-Richtlinien entstanden, der speziell die Beantragung hochfrequenter analytischer Psychotherapie erläutert. Insofern stellt das Manual eine Ergänzung des Faber/Haarstrick-Kommentars (dritte Auflage, 1994) dar.

Die Autoren gehen davon aus – und dies tun sie wissenschaftlich und verbandspolitisch legitimiert –, daß ein Antrag auf hochfrequente analytische Psychotherapie im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung die besonderen Bedingungen aufzeigen muß, unter denen die Spezifität des Zusammenspiels einer aktuellen krankheitswertigen Symptomatik, der sie konstituierenden und erhaltenden Konflikte und der darin wirksamen pathogenen, unbewußten Phantasien und persönlichkeitspezifischen Abwehrmechanismen bei Anerkennung des bewußten und unbewußten Behandlungswunsches eines Patienten die Indikation zur Hochfrequenz begründen kann.

Dieses Bedingungsgefüge ist nur dann überzeugend darzulegen, wenn im Antrag die individuelle Psychopathologie eines Patienten mit der Psychodynamik seiner Erkrankung und den methodischen Besonderheiten der Hochfrequenz in einen Zusammenhang gebracht werden kann, der die hohe Sitzungsfrequenz therapeutisch notwendig und zweckmäßig erscheinen läßt.

Ein solches Vorgehen setzt breites klinisches Erfahrungswissen im Umgang mit der hochfrequenten Behandlungstechnik und ihren spezifischen methodischen Bedingungen voraus, und zwar sowohl auf seiten des Antragstellers als auch auf seiten des jeweiligen Gutachters. Aber nur so ist das Ziel erreichbar, die von Patient und Therapeut getroffenen Indikationsentscheidungen mit dem Gutachter auf der Ebene fachlicher Zusammenhänge zu erörtern, um eine formale, nicht mehr patientenorientierte Entscheidung, die den besonderen Bedingungen des Einzelfalles nicht gerecht zu werden vermag, durch sachkompetente Beurteilung zu ersetzen.

Das Manual beruht auf den akkumulierten, jahrelangen klinischen Erfahrungen älterer und jüngerer Autoren und auf der systematischen Durchsicht psychoanalytischer Fachliteratur zur Indikation hochfrequenter psychoanalytischer Psychotherapie. Seine Basis ist der gegenwärtige Stand der psychoanalytisch-klinischen Forschung.

B. Das Manual und das Regelungssystem der Psychotherapie-Richtlinien

Mit dem Manual (1) soll nicht etwa ein neues Regelwerk vorgelegt werden. Sein Umfang erklärt sich aus der Verstreutheit des klinischen und empirischen Materials, das zusammengetragen wurde.

Um einem weiteren möglichen Mißverständnis vorzubeugen, sei betont, daß im Manual (2) nicht die Indikation zur Psychoanalyse (vgl. Eickhoff 1992; Loch 1965) dargestellt ist, sondern (3) die Indikation zur Anwendung der Psychoanalyse als Krankenbehandlung im Rahmen eines bestimmten öffentlich-rechtlichen Regelungssystems. Dieser Rahmen wird durch die Träger der Behandlungskosten mitbestimmt, das heißt durch die Krankenkassen und ihre Beitragszahler. Sie bilden die Versichertengemeinschaft.

Früher bestehende Unterschiede im Leistungsverhalten der gesetzlichen und privaten Krankenkassen haben sich seit dem 1. 10. 1967 immer weiter verringert, so daß inzwischen zahlreiche der privaten An-

bieter die Grundlagen der Psychotherapie-Richtlinien dem Geiste nach oder de facto übernommen haben. Weil diese Vereinheitlichung eher noch fortschreiten dürfte, erscheint es sinnvoll, grundsätzliche Überlegungen des Manuals auch unter diesem Gesichtspunkt darzulegen.

Durch die ersten Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Durchführung der Psychotherapie in der kassenärztlichen Versorgung vom 1. 10. 1967 wurden folgende Kriterien zur Genehmigungsfähigkeit von analytisch-psychotherapeutischen Leistungen festgelegt: Wirtschaftlichkeit und Zweckmäßigkeit im Rahmen medizinischer Notwendigkeit.

Das bedeutet (5), daß vor der Anwendung der hochfrequenten analytischen Psychotherapie zu klären ist, ob ein bestimmter, erwarteter Behandlungserfolg auch von einer analytischen Psychotherapie mit geringerer Frequenz oder geringerem Gesamtleistungsumfang (Stundenkontingent) erbracht werden kann und ob womöglich eine Psychotherapie anderer Konzeptualisierung oder eine Psychopharmakotherapie den gleichen Behandlungserfolg gewährleistet. Zur Begründung der Wahl einer hochfrequenten wie auch einer niederfrequenten analytischen Psychotherapie sind daher sowohl umfassende differentialindikatorische als auch differentialtherapeutische Überlegungen anzustellen.

Denkt man z. B. an eine niederfrequente analytische Psychotherapie mit ihrem behandlungsmethodischen Spezifikum der selektiven Aufmerksamkeit und der selektiven Verwendung von Übertragung und Sitzungsmaterial, dann ist abzuwägen, ob es nicht Hinweise dafür gibt, daß nach erfolgter Besserung der geklagten Störungen mit zureichender Wahrscheinlichkeit damit gerechnet werden muß, daß sich die Behandlung doch nicht wie erhofft fokussieren läßt. In diesem Fall ist eine baldige Reaktivierung der Symptomatik zu erwarten. Deren Folge wäre eine Art ‚Drehtürpsychotherapie‘. Dieser Effekt könnte sich z. B. bei einer sog. Übertragungsheilung einstellen.

Entsprechende Phänomene werden immer häufiger beobachtet (vgl. Doidge 1994), seitdem in wachsender Zahl Patienten die Praxis analytischer Psychotherapeuten aufsuchen, die sich zuvor bereits ei-

ner – anfänglich erfolgreichen – Behandlung innerhalb des breiten Spektrums an Therapieangeboten unterzogen haben, jedoch an bestimmten Schwellensituationen erneut regredierte oder die Wirksamkeit bislang inaktiv gebliebener regressiver Tendenzen erlebten, die nun zunehmend eine führende Rolle im Krankheitsgeschehen übernehmen.

Im Idealfall lassen sich solche Dispositionen durchaus erfragen oder aus den Klagen heraushören, vor allem dann, wenn auf den Krankheitsverlaufslängsschnitt geachtet wird. Und selbstverständlich ist auch der umgekehrte Fall möglich: Es ist denkbar, daß bei einer Erstmanifestation einer neurotischen Störung und einer korrekten Abwägung aller Daten und Fakten die Wahl einer hochfrequenten analytischen Behandlung vermieden werden kann, selbst wenn der Eindruck vorherrscht, daß sie dem Patienten „gut täte“.

Die Teilnahme an der vertragsärztlichen und zunehmend auch die Teilnahme an der privatärztlichen Versorgung schließt solche oder ähnliche „Indikationen“ aus.

Wenn das Manual hierzu so umfassend wie möglich statische und dynamische Kriterien liefert, dann gliedert es sich in das bestehende Regelsystem der Richtlinien-Psychotherapie ein, bestätigt und stabilisiert es.

Das Manual kann nach alldem nicht den Anspruch erheben, ein neues Regelwerk zu schaffen, sondern soll die Fachlichkeit des bestehenden differenzieren und optimieren.

Die Gewährleistung des bestehenden Regelwerkes ist auch an folgendem Gesichtspunkt zu exemplifizieren. Gerade die Differenzierung kann aufzeigen, daß für die Anwendung hochfrequenter analytischer Psychotherapie eben nicht lediglich der Indikationsbereich „schwerer“ und „schwerster“ neurotischer Störungen in Frage kommt.

Hier ist einerseits ohnehin differentialtherapeutisch abzuschätzen, ob im Einzelfall supportive und/oder Kombinationstherapien indiziert sind. Andererseits kann gerade die Differenzierung anhand des Manuals zweierlei aufzeigen. Erstens, bei welchen der „schweren“ Störungen die hochfrequente Behandlung unabdingbar für den Be-

handlungserfolg ist. Zweitens, daß bei den zumeist ganz zu Unrecht als „leicht“ bezeichneten klassischen Symptomneurosen hochfrequente analytische Psychotherapie indiziert ist, wenn bestimmte dynamische Bedingungen vorliegen. Die Indikation richtet sich keineswegs automatisch nach den Kriterien „Schwere“ oder „Leichtigkeit“, sondern orientiert sich an der Frage, welche Methode den Behandlungserfolg zu gewährleisten vermag. Dies gilt insbesondere dann, wenn die medizinische Notwendigkeit unter den Aspekten der Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit beurteilt wird.

Gegenüber einer oft zu vordergründigen Beurteilung der Indikation nach dem „Schweregrad“ einer neurotischen Störung geht das Manual bei der Beschreibung der Indikation zur hochfrequenten analytischen Psychotherapie von anderen, nämlich prozeßdynamischen und interaktionsdynamischen Gesichtspunkten aus; als weitere Kriterien dienen ihm der Gesundungswille, die Gesundungskapazität und das Mitwirken des Kranken sowie jene Faktoren, die sich auf den „zu all diesem passenden Therapeuten“ beziehen und die (7) subjektive Indikation begründen.

C. Anmerkungen zur Handhabung des Manuals

Um den Text möglichst übersichtlich zu gestalten, wurde er nicht nur nach den im folgenden aufgeführten Positionen gegliedert, sondern zusätzlich abschnittsweise numeriert. Er ist wie folgt strukturiert:

I. Einleitung

II. Indikation zur hochfrequenten analytischen Psychotherapie, mit den Abschnitten:

- A. Allgemeine Überlegungen
- B. Medizinische Aspekte der Indikation
- C. Prozeßbezogene Aspekte der Indikation
- D. Psychodynamische Aspekte der Indikation

1. die Symptomatik einer neurotischen Erkrankung (Symptomneurose) wird durch besondere Störungen in der narzißtischen Selbstwertregulation akzentuiert
2. pathogene/unbewußte Konflikte haben sich charakterlich fixiert und sind in relativ symptomarmen Charakterneurosen gebunden
3. Störungen der seelischen Grundlagen machen das Angebot einer Sicherheit und Halt gewährenden Funktion erforderlich
4. in den klinischen Manifestationen der Abwehrstruktur überwiegen Spaltung und Projektion in
 - a) Teile der unbelebten Außenwelt
 - b) Organe und Funktionen des eigenen Körpers
 - c) Personen und/oder Gruppen und die Beziehung zu ihnen

III. Ergänzung zur Einleitung der Behandlung:

Das Erörterungsgespräch

Aus der Aufgliederung wird das besondere Charakteristikum einer Indikationsstellung in der hochfrequenten analytischen Psychotherapie deutlich. Das Manual ist kein Indikationskatalog objektiver Krankheitsbilder (objektive Indikation), objektiver Syndrome oder objektiver Symptome. Es betrachtet vielmehr die Indikation zur Behandlung unbewußter, pathologischer innerer Konflikte unter fünf verschiedenen Gesichtspunkten, nämlich unter dem

- (1) dynamischen (psychologische Kräfte, Richtung, Stärke, Mischung, Entmischung von Trieben, Affekten, Ich-Interessen),
- (2) ökonomischen (psychisches Gleichgewicht, Grade der Organisiertheit),
- (3) strukturellen (psychischer Apparat),
- (4) genetischen (psychische Phänomene werden hinsichtlich ihres Ursprungs, ihrer Reifung und ihrer Entwicklung beurteilt) sowie

- (5) adaptiven Gesichtspunkt (Ausformung des Seelenlebens, d. h. des intrapsychischen Potentials, in der Interaktion; intersubjektive Wechselwirkungen zwischen Patient und Therapeut).

Aus dem Zusammenspiel statischer und dynamischer Einzelfaktoren ergibt sich vor dem Hintergrund der klinischen Behandlungskonzepte vom Unbewußten, von Übertragung, Gegenübertragung und Widerstand eine Einschätzung der Indikation.

D. Stichworte – Positionen – Streitfragen

Im folgenden soll der Wegweiser durch das Manual um einzelne Stichworte zentriert werden. Diese Stichworte haben sich in zahlreichen Diskussionen unter Experten herauskristallisiert. Ihre Reihenfolge ist willkürlich. Sie sind auch nicht erschöpfend behandelt worden – weitere Diskussionen werden Ergänzungen und neue Gesichtspunkte ergeben.

Zuweilen wurde in diesen Diskussionen angemerkt, daß der Text des Manuals zwar inhaltlich auf viele wesentliche Überlegungen und Konzepte eingehe, sie aber nicht immer hinreichend explizit erläutere. Unzutreffendes oder unzureichendes Verständnis mag nicht in jedem Fall allein an Mängeln des Textes gelegen haben, sondern resultierte sicher auch häufig aus der Lesestrategie des Rezipienten. Um den Text nicht noch weiter aufzublähen und seine konzentrierte Ausführlichkeit nicht zu zerfasern, haben wir uns zu diesem Wegweiser entschlossen. Man muß ihn nicht benutzen.

1. Aktualkonflikt

In einzelnen Stellungnahmen zum Text des Manuals wurden Bedenken erhoben, daß der Entwurf das in den Psychotherapie-Richtlinien eingeschriebene Konzept vom Aktualkonflikt nicht oder nur ungenü-

gend berücksichtige und die Störungen der seelischen Grundlagen zu stark betone. Dies ist nicht der Fall. Vor allem in den Positionen 6, 7, 9, 17, 18, 19, 30, 31, 32, 36, 37, 40, 50, 52, 57, 58 ist der Aktualkonflikt sehr detailliert angesprochen.

2. „Keine schlafenden Hunde wecken“

In der Diskussion hierzu wird besonders auf die Überlegungen verwiesen, die Freud in seinem Spätwerk „Die endliche und die unendliche Analyse“ (1937) formuliert hat. Sie lassen aber die Notwendigkeit unberührt, den einer aktuellen konflikthaften Störung zugrunde liegenden und die Störung weiter unterhaltenden Strukturanteil zu behandeln. Dieser Gesichtspunkt wird in Teil I und II des Manuals genauer dargestellt und in einzelnen Positionen vertiefend angesprochen: 29–30. In den Positionen 48–60 wird dies am Beispiel der hysterischen Konflikte gesondert herausgearbeitet. In den Positionen 60–61 wird dargestellt, daß dieses Vorgehen eine maligne Regression zu vermeiden hilft. Nirgendwo wird einem behandlingstechnischen Vorgehen das Wort geredet, das geeignet wäre, maligne Regressionen zu fördern. Ebenso wenig kann dem Manual eine Vorstellung entnommen werden, psychische Defekte – unabhängig davon, wie fragwürdig der Begriff selbst sein mag – mit hochfrequenter analytischer Psychotherapie behandeln zu wollen (vgl. S. 47ff., Abschnitt B).

In diesem Zusammenhang muß auf die problematische Begrifflichkeit von „frühgestört“ und „tiefgestört“ hingewiesen werden. Sie beschreibt zwar Fixierungen in der Persönlichkeitsentwicklung, auf die der Patient regrediert. Die Benutzung des Vokabulars im Zusammenhang mit der Indikationsstellung fällt jedoch auf die Stufe einer grob undifferenzierten Nosologie zurück und ist für die Indikationsstellung untauglich.

3. Patientenwille

Vereinzelte wurde bemängelt, daß der Wille des Patienten und seine aktive Mitwirkung an der Indikationsstellung nicht genügend berücksichtigt worden sei. Dieser Einwand ist nicht gerechtfertigt. Vielmehr haben wir der Beteiligung des Patienten mit der Einführung eines Erörterungsgesprächs und der Diversifizierung des Erstinterviewverfahrens die größte Bedeutung zukommen lassen (vgl. S. 20f). Insbesondere die folgenden Positionen heben dies hervor: 11, 12, 13, 14, 16, und 96.

4. „Schwere“ und „leichte“, „früh-“ und „tiefgestörte“ Erkrankungsformen, Symptomneurosen

Auf die Problematik solcher Begriffsbildungen wurde bereits hingewiesen (vgl. S. 52). Diese Gruppen werden mitunter als einzige betrachtet, für die hochfrequente analytische Psychotherapie überhaupt noch in Frage kommen könnte, wenngleich unter dem Vorbehalt, daß im Grunde auch für sie supportive Maßnahmen und alternative Therapiemodelle eher zuständig seien. Dieser Eindruck ist falsch. Von den (1) in dieser Weise erkrankten Patienten werden vielmehr dynamische Konstellationen beschrieben, die gerade mit hochfrequenter analytischer Psychotherapie adäquat erfaßt werden können. Konstellationen, die mit dieser Behandlungsform nicht erreicht werden können, sind in das Manual nicht aufgenommen worden (siehe dazu Stichwort: Kontraindikation).

Für die Fälle der „Leicht-,“ oder „Spätgestörten“ werden die klassischen Symptom- und Charakterneurosen ebenfalls beispielhaft aufgeführt. Deren Darstellung findet sich unter den Positionen 8, 22, 48–61.

Die „Gruppe“ zeichnet sich durch wechselnd verteilte, die Therapie komplizierende Faktoren mit folgenden klinischen Erscheinungen aus:

- negative therapeutische Reaktionen: 29, 37

- Syndrom-Shift: 29, 37
- Ich-Syntonizität: 22, 52, 56
- Sozialsyntonizität: 29, 31–33, 52, 56, 58
- Wiederholungszwang: 29, 30, 32, 34, 37, 53, 65, 68, 71
- Übertragung und Gegenübertragung in ihrer Eigenschaft als Widerstand: 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 72, 73
- Widerstand gegen Wahrnehmung und Aufgabe von Übertragung: 34, 35, 37, 93
- besondere Abwehrkombinationen: 22, 31, 33, 40, 52, 55, 58, 74–78, 80
- narzißtische Erfolge: 22, 46, 47
- mehrfache Determination: 39
- Retraumatisierung S. 58, 61 (siehe auch Wiederholungszwang)

Grundlage der hochfrequenten analytischen Psychotherapie ist u. a. die Ausnutzung der Übertragung. Übertragung bedeutet im allgemeinen Sinne, daß aktuelle, reale und äußere Beziehungen von inneren, gewordenen, phantasierten und zumeist der Vergangenheit angehörenden unbewußten Beziehungen durchdrungen werden. So ersetzen Ängste, die für je verschiedene Entwicklungs-, Reife- und Organisationsniveaus spezifisch sind, ungekannte gegenwärtige Beziehungen und die mit ihnen verbundene potentielle Realangst. In eine Realbeziehung sind innere, aus unbewußten Phantasien stammende Konflikte eingebracht und somit externalisiert worden. Kann diese Bewegung nicht mehr zurückgenommen werden – wie es z. B. bei einer gesunden Person oder im Zusammenhang mit einer „Reaktion“ möglich wäre –, dann behält der nun externalisierte Konflikt dauerhaft Anschluß an zurückliegendes Material bzw. an die sich darin manifestierenden Konflikte. Ein primär intrapsychischer Konflikt organisiert nun die Beziehung zur realen Außenwelt.

In der hochfrequenten analytischen Psychotherapie ermöglichen die Übertragung dieses intrapsychischen Konflikts in der analytischen Situation und das Durcharbeiten seiner Manifestationen in der aktuellen, neuen Beziehung zwischen Analytiker und Patient letzte-

rem Einsicht in die bisher unbewußt gebliebene Sinnhaftigkeit, in die Motivation, Unzulänglichkeit und Unzweckmäßigkeit seiner Konfliktlösungsversuche. Dies bildet die Voraussetzung dafür, daß er sich für neue, reifere und zweckmäßigere Lösungen entscheiden kann. Ein solches Vorgehen impliziert, daß unter der Ausnutzung der Übertragung zwei Pole berücksichtigt werden müssen: Zum einen: Handhabung der Übertragung als Kommunikationsmittel, als Inszenierung und Reinszenierung, als Konstruktion und Rekonstruktion zurückliegender, unbewußter innerer Ereignisse und Erlebnisreihen und deren Reorganisation auf einem neuen, aktuellen Bedeutungsniveau. Zum anderen: Auflösung ebendieser Übertragung in ihrer Funktion als Widerstand (Angstabwehr) gegen aktuelle, neue Bedeutungserfahrungen. Dazu gehört ganz besonders die Beziehung zum Therapeuten, in der sich die Übertragung ergiebig entfaltet hat, weil sie nicht – wie in der Realität – abgewehrt wird. Nur die erlebte Einsicht in die Angst-Abwehr-Natur der Übertragung erlaubt es dem Patienten, sich von ihrer unflexiblen Fixierung zu lösen, Beurteilungen statt Reiz-Reaktions-Verhalten in sein Leben und sein Erleben einzuführen und auf diese Weise eine neue Autonomie zu gewinnen.

In den verschiedenen Anwendungen der Psychoanalyse im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung wird das zentrale Phänomen von Übertragung und Angstabwehr (Widerstand) unterschiedlich benutzt.

In den kürzeren Therapieformen wird die Übertragung meist in ihrer positiven Form ausgenutzt, um auf diesem Boden affektbesetzte Inhalte fokal zu behandeln. Rekonstruktionen sind dann in einem durch den Fokus begrenzten Rahmen möglich. In der hochfrequenten analytischen Psychotherapie müssen darüber hinaus sowohl die negative Übertragung als auch die vielleicht anfänglich positive Übertragung in ihrer Widerstandseigenschaft behandelt werden. Ein Leitgedanke dieser Behandlungstechnik ist, möglichst ununterbrochen Gedanken und Gefühle auszudrücken und beide Beteiligte – Patient und Therapeut – in den Stand zu setzen, zuzuhören und sich weitere Ge-

danken zu machen. Bei der hochfrequenten analytischen Psychotherapie muß dies besonders während der Analyse der aufeinanderfolgenden Ebenen der Übertragung geschehen.

In den Anwendungen der Psychoanalyse mit niedriger Frequenz wird es als ausreichend angesehen, daß eine klarstellende Ausnutzung der Übertragung gleichzeitig in ausreichendem Umfang als Andeutung ihres Widerstandes aufgefaßt werden kann (Gill 1982), wenn sich die Übertragung überhaupt als Widerstand manifestiert. In solchen Fällen muß sie bei den niederfrequenten Behandlungsverfahren auch nicht unbedingt als Widerstand angesprochen werden. In der hochfrequenten Anwendung muß auch die Abwehr der negativen Übertragung systematisch wahrgenommen und ebenso wie die „positive“ Übertragungsmanifestation als Form des Widerstandes einsichtig gemacht werden. Sonst ließe sich z. B. nicht aufzeigen, daß eine stets freundliche oder opferbereite Haltung Ausdruck einer Verkehrung der Affekte in ihr Gegenteil oder Ausdruck einer antizipierenden Unterwerfung oder einer antizipierenden altruistischen Abtretung sein kann, während sich die „wahren“ Affekte z. B. in einer psychosomatischen Abwehrformation, etwa einer erhöhten psychovegetativen Grundspannung mitsamt ihren Auswirkungen auf Muskulatur und Skelett oder Gefäßtonus und Herz, manifestieren.

Bei niedrigfrequenten Anwendungsformen genügt also zur Überwindung eines Widerstandes häufig eine Aufmerksamkeitsausrichtung. Bei den nur mit hochfrequenter analytischer Psychotherapie erreichbaren Erkrankungen hingegen greift diese Technik nicht. Die Widerstände weisen wie die Symptome dynamisch unbewußte Zuflüsse auf; somit müssen sie als Symptom verstanden und behandelt werden. Ohne ihre Behandlung kann sich der Patient den Therapeuten nicht als hilfreiches Objekt zu eigen machen, und mangels einer derartigen Internalisierung können sich erreichte Fortschritte der Behandlung zwischen den einzelnen Sitzungen oder nach dem endgültigen Behandlungsabschluß nicht dauerhaft stabilisieren. Infolgedessen kann auch das in der Behandlung Erlernte und Erreichte nicht lebendig erhalten werden.

5. Kontraindikation

Siehe dazu auch S. 38, 40, 48, ferner die Positionen 85 und 86

6. Verhältnis von Frequenz und methodischer Spezialisierung – Fragen der Behandlungstechnik

Siehe dazu auch S. 36 ff., 54 ff., 57, ferner die Positionen 28–35

Dialektik: 38, 72, 73, 75, 80

Erinnerungsbehinderung: 64

Minuziöse Schritte: 57, 60, 70, 71, 92–93

Selektive Technik: Position 28, S. 37, 47, 56ff., 59

Niedrigfrequent geführte Behandlungen zeichnen sich durch die Definierbarkeit eines Fokalkonfliktes oder eines zentralen Beziehungskonfliktthemas aus; hierfür gibt es zahlreiche Formulierungen. Das Verhältnis von Frequenz und Technik ist in diesem Setting gekennzeichnet durch die Selektion des Fokalkonflikts, durch eine daran orientierte selektive Materialverwendung sowie durch die selektive Verwendung einer in der Regel überwiegend positiven Übertragungseinstellung und eine selektiv deutende und verstehensorientierte Behandlungstechnik. Häufig werden die Themen an außeranalytischen Beziehungen durchgearbeitet. Die Therapie komplizierende Faktoren liegen überwiegend nicht vor.

Die hochfrequente analytische Psychotherapie ist keine Aneinanderreihung von Fokaltherapien. Neben der therapeutischen Behandlung seelischer Inhalte betont sie besonders die therapeutisch-analytische Behandlung seelischer Vorgänge. Neurotische Vorgänge des Seelenlebens werden in der außeranalytischen Realität in der Regel wenig oder notwendigerweise nur ungenau beobachtet, weil der Raum für ihre Beobachtung dort nicht eröffnet wird. Die außeranalytische Realität wehrt ja solche Vorgänge eher ab, insofern sie vom Patienten andere Funktionsfähigkeiten fordert. Dort, wo Vorgänge des Seelenlebens vielleicht einer weniger intensiven Abwehr begegnen, sorgt der Patient, um nicht gläsern und schutzlos unter den anderen leben zu

müssen, aus Gründen des Selbstschutzes für ihre Abwehr. Neurotische Vorgänge können unter außeranalytischen Bedingungen auch deshalb nur in begrenztem Maße verstanden werden, weil der Analytiker in statu nascendi und progrediendi nicht anwesend sein kann. Genauer Ausfragen bekäme leicht einen intrusiven Charakter, die Betonung äußerer Realität und die Orientierung an ihr geriete leicht zu einer vorwurfsvollen Bezeichnung aktueller und vergangener Objektbeziehungen. Ausfragen wehrt Übertragung ab.

Die komplizierenden, pathologischen Funktionen können nur in der Arzt-Patient-Beziehung einsichtig gemacht werden. Hier kann der Patient ebendieses Funktionieren erleben, ohne in dieser Erfahrung zurückgewiesen und/oder im Sinne einer Retraumatisierung mißbraucht zu werden. Häufig werden solche Erfahrungen von beiden Partnern der Interaktion synton erlebt; bekannt ist auch, daß Teilaspekte dieser Erfahrung synton bleiben, während zur gleichen Zeit auf der psychosomatischen Ebene heftige symptomatische Bewegungen stattfinden. Es ist also eine besondere Aufmerksamkeit für das Geschehen im Hier und Jetzt erforderlich. Für beide Partner muß das „Mithören“ einer Symptom-Kontext-Beziehung erreicht werden. Übertragungsvorgänge sind mit dem inhaltlichen Analogiemodell Freuds nicht immer hinreichend greif- und demonstrierbar. Oft müssen andere Modellvorstellungen wie die von Heimann (1950, 1956), Little (1981) und Bion (1963) (Inneres-Objekt-Modell, Introjekt-Modell) herangezogen werden.

Meist gelingt die Feststellung der Übertragung erst mit Hilfe der verstehenden Beobachtung der Zeit zwischen den einzelnen Sitzungen: was ist in der Zeit der Trennung nach einer Stunde ohne die Präsenz des Analytikers innerlich geschehen? Wie kommt der Patient nach dieser Trennung mit dem notwendigerweise erzwungenen Funktionieren in die nächste Sitzung zurück? Erst mit der dialogischen Differenz, d. h. dem neurotischen Mißverstehen des Therapeuten durch den Patienten, kann der aktuell einsetzende und führende Übertragungszug festgestellt und für beide erlebbar werden. Und ebenso können beide erst unter der Dialektik von Trennung und Rückkehr feststellen, mit welchen

Funktionen des Analytikers anstelle seiner realen Verfügbarkeit sich der Patient zwischenzeitlich konstruktiv identifiziert hat: Führt die Trennungserfahrung zu einer Übernahme von Funktionen und zu einem Zuwachs an psychischem Wachstum? Eine solche Identifizierung ist zu unterscheiden von Pseudo-Identifizierungen, also imitativen Übernahmen. In jeder Sitzung muß der Analytiker daher mit der Haltung des Noch-nicht-Wissenden von neuem beginnen.

In der hochfrequenten Behandlungstechnik arbeitet der Analytiker also entscheidend weniger selektiv. Er geht in kleinen Schritten vor, um die Angst- und Spannungstoleranz sowie die kapazitären Ichfunktionen des Patienten optimal zu halten. Er muß feststellen, an welchem Punkt der optimalen Einlassung des Patienten dies möglich ist. Weil dieser Punkt nicht mit seiner stärksten affektiven Beteiligung in eins fällt, muß der Analytiker minuziös arbeiten und den Patienten auf diese Art des Hörens und Erfassens einarbeiten. Er muß, um die Übertragungsneurose verstehen zu können, die Sprache des Patienten und seiner Bilder erlernen, während sich der Patient das spezifische Sprachverstehen des Analytikers zu eigen machen muß. Nur so können beide die aktuelle Genese einer Übertragungsmanifestation in der Behandlungssituation nachvollziehen, um sie dann schließlich als Widerstand verstehen zu können; nur so kann im Bereich der aktiven Neurose eine Lösung vom (Übertragungs-)Objekt möglich werden; nur so läßt sich ein untherapeutisches Agieren in nicht-aktiven Übertragungsschichten verhindern, das tatsächlich bedeuten würde, Schicksal zu spielen und „schlafende Hunde zu wecken“ (vgl. Stichwort 2). Und schließlich läßt sich nur so die notwendig optimale Kongruenz von emotionalen und kognitiven Veränderungsvorgängen herstellen.

7. Mutative Deutung

Der Begriff „mutativ“ geht auf Strachey (1934) zurück. Gemeint ist eine Deutung, die auf emotionaler und kognitiver Ebene bedeutungsverändernd wirkt. Damit etwas verändert werden kann, muß eine

Reihe von Voraussetzungen erfüllt sein. Das „Material“ muß sich in veränderungsfähigem Zustand befinden. Dieses Material ist der im betreffenden Augenblick aktive neurotische Konfliktanteil. Veränderungsfähig ist er dann, wenn er nicht nur Aktivität zeigt, sondern auch übertragungsfähig geworden ist. Denn nur im Zustand der Übertragbarkeit beziehen Konfliktanteile den Analytiker ein. Diesem wird dann beispielsweise die Bewertungsinstanz übertragen. Genauer: auf ihn wird eine alte Erwartung von Bewertung übertragen. Indem der Analytiker dies wahrnimmt, haben beide Beteiligte die Chance, emotional und kognitiv kongruent an einem potentiell neuen Ausgang des Konfliktes teilzunehmen. Der übertragungsfähige und damit deutungsfähig gewordene Teil ist also „flüssig“, nicht fixiert bzw. rigide, und auch nicht aus anderen, gegenwärtig inaktiven Übertragungsanteilen künstlich herbeigeredet. „Mutativ“ ist eine Deutung, wenn sie im Moment größtmöglich „flüssiger“ Befindlichkeit zu einer Umwandlung von Bedeutung beitragen kann. Es bilden sich neue Bedeutungskerne und – wenn der Patient dicht, intensiv und emotional genügend nachvollziehbar erlebt, wie, warum und wozu der Analytiker dies mit ihm zusammen macht – auch Kerne neuer Handlungsschemata bzw. Ich- und Affektkerne im Umgang mit Konflikten überhaupt.

Eine solche Veränderungserfahrung (vgl. Position 19) geht einher mit der Relativierung alter Erfahrungen. Alte Bedeutungen mögen z. B. schlimm sein, gemessen an dem Noch-nicht-gewußten-Neuen erscheinen sie aber oft sicherer, denn ihr Ausgang ist bereits bekannt, „es kann nicht schlechter werden“. Von diesem Glauben muß sich der Patient trennen. Daher ist die Integration einer mutativen Deutung immer ein schmerzhafter und verunsichernder Vorgang, der zudem auch die Bedeutung der mit dieser Erfahrung assoziierten inneren Objekte relativiert. Schließlich wird die Bedeutung und überragende Wertigkeit der Übertragung als Fixierung aufgegeben. Auf eine neue Weise wird entscheidbar, ob die legitime Funktion von Übertragungen, sich das Unbekannte im Hier und Jetzt nach dem Vorbild des Bekannten vorzustellen, überhaupt noch sinnvoll ist, wenn sich neue un-

bekannte Erfahrungen als konstruktiv erweisen. „Mutativ“ meint also auch: Veränderungserfahrung ohne Wirkung des Wiederholungszwangs, ohne Retraumatisierung und mehrfache Determination.

8. Dichte

Siehe dazu 2, 31, 39, 50, 57, 58

Dialektik von Kontinuität und Trennung: 35, 37, 38, 50, 67–70

9. Emotionale Intensität

Siehe dazu 2, 57, 58

10. Angst- und Spannungstoleranz, kapazitäre Funktionen

Siehe dazu 47, 50, 67, 70, 80, 90, 94

11. Differentialtherapie

Siehe dazu 28, 34, 58, 59, 60, 61, 69–72, 90–94, S. 34 f., 40, 47 f., 73

12. Regression

Siehe dazu 6, 7, 18, 19

zeitliche und strukturelle Regression: Siehe dazu 19, 23, 60, 61

Intensität der Regression: Siehe dazu 23, 57

Tiefe der Regression: Siehe dazu 17

Regression und Störung der seelischen Grundfunktion: Siehe dazu
Aktualkonflikt, innerer Konflikt

13. Fixierung und Rigidität der Abwehrmechanismen

Siehe dazu 5, 18, 19, 52, 58, 60, 63, 80, 88, 89

14. „Frühgestört“

Siehe dazu 23, vgl. auch Position 4, S. 52, vgl. „Schwere“ und „leichte“, „früh-“ und „tiefgestörte“ Erkrankungsformen, „Symptomneurosen“

15. Verlust

Siehe dazu 24

16. Abwehr zwischen den Stunden

Siehe dazu 31–35, 37–39

17. Realpräsenz

Siehe dazu 31, 36, 70, 71, 90, auch 62 (Haltefunktion)

18. Veränderungserfahrung

Siehe dazu 34, 35, 37, 68–70, 93, vgl. „Mutative Deutung“

19. Streckung der Stunden

Siehe dazu 35, 50 (auch 24)

20. Durcharbeiten

Siehe dazu 30, 31, 35, 36, 38, 39 (erlebbare), 71

21. Aktualgenese der Übertragung

Siehe dazu 26–39

22. Symptom-Kontext

Siehe dazu 37

23. Integration

Siehe dazu 38, 80, 88

24. Psychische Realität

Siehe dazu 38

25. Phasenweise Indikation für hochfrequente analytische Psychotherapie

Dieser Terminus ist erst in den letzten 5 Jahren in die Diskussion gekommen. Man muß ihn von der Intervalltherapie, die schon seit langem diskutiert wurde, abgrenzen. In der empirischen oder klinisch-wissenschaftlichen Literatur wurde der Begriff von einer phasenweisen Indikation für hochfrequente analytische Psychotherapie bisher nicht erörtert. Es ist ein Begriff, der erst in der berufspolitischen Dis-

kussion geprägt wurde, also ein formaler Begriff. Er meint zwar, daß phasen- oder abschnittsweise hochfrequente analytische Psychotherapie im Wechsel mit Phasen niederer Frequenz denkbar wäre. Er impliziert aber nicht allein die Indikation, sondern die Genehmigung eines Antragschrittes von – sagen wir – 80 Sitzungen. Er impliziert ferner das Konzept der Streckung eines in einer Gesamtheit wünschenswerten, festgelegten Stundenkontingents.

Man muß daher im Auge behalten, daß eine formal genehmigte Phase nicht identisch ist mit einer Therapiephase; das gleiche gilt für das Konzept einer Stundenstreckung. Daher wird man auch in dieser strittigen Frage den Grundsatz einer fallbezogenen Indikationsstellung gelten lassen. Nur dieser kann wirklich krankheitsbezogen sein. Es müßte also an dem je spezifischen Fall nachgewiesen werden, daß die Verringerung der Stundenfrequenz nicht

- (1) aus einem unentdeckten mutuellen Widerstandsverhalten heraus geschieht und daß damit ferner
- (2) nicht ein notwendiges Verpuppungsstadium behindert wird.

Hinsichtlich des Widerstandsverhaltens sei an das Beispiel der denkbaren Behandlungsabfolge bei einer negativen Übertragung erinnert. Grob skizziert ließen sich dafür 6 Phasen darstellen, die der Patient durchlaufen müßte, um zu Veränderungserfahrungen und zu einem Bedeutungswandel der negativen Übertragung zu gelangen.

1. Phase: Bedeutung der negativen Übertragung als kommunikative Funktion: Der Patient läßt den Therapeuten spüren, wie schlecht behandelt er sich früher gefühlt hat.

2. Phase: Dystonisierung der negativen Übertragung, Herausarbeitung der Identifizierung mit dem Aggressor: Trotz des durch ihn erfahrenen Leids imponieren seine Macht und Stärke, der Patient will genauso stark sein wie er.

3. Phase: Negative Übertragung als Ausdruck der Rache am (übertragenen) Objekt.

4. Phase: Trennung vom (übertragenen) Objekt; Aufgabe der Identifizierung mit dem Aggressor.

5. Phase: Integration der eigenen Aggressivität als nicht-reaktiver Affektivität.

6. Phase: 1–3: Aufgabe des „sicheren“, weil reaktiv begründeten, und „lustvollen“, weil rachsüchtigen, Umgangs mit der Aggressivität und Integration der Aggressivität als neue Form eigenverantwortlicher Aktivität. Einsicht in die Täter-Opfer-Psychodynamik als Widerstand gegen die Trennung vom Objekt bzw. von einer Identifizierung mit ihm sowie als Widerstand gegen den Verzicht auf diesen Übertragungsaspekt und gegen die Verpuppungsstadien der Neubedeutung, z. B. die Möglichkeit, potentiell selber Täter sein zu können.

Angesichts einer solchen oder ähnlichen therapeutischen Abfolge entsteht die Frage, an welcher Stelle eine hochfrequente Phase begründet und zugunsten einer niederfrequenten beendet werden könnte, ohne daß der erwünschte Therapiefortschritt an Widerständen gegen die jeweils einzelnen, psychisch schmerzhaften Phasen erlebbarer Einsicht am Therapeuten, an der Aufgabe alter Bedeutungen, der Integration und Neubedeutung scheitern würde. Denn immer ist die Gefahr zu bedenken, daß sich Patient und Therapeut gleichermaßen aus Widerstandsgründen mit dem Erreichten begnügen, in der Illusion, das Noch-nicht-Erreichte würde eine neue, weitere Pathodynamik nicht bereitstellen und die frühere nicht mehr unterhalten.

Wir hatten schon auf die Notwendigkeit hingewiesen (S. 42), alle Formen von diskontinuierlicher hochfrequenter analytischer Psychotherapie einer psychoanalytischen Interpretation zu unterziehen. Nach der Beschreibung der vorstellbaren Behandlungsphasen einer negativen Übertragung ist es angebracht, erneut darauf hinzuweisen, daß im Verlauf einer analytisch-psychotherapeutischen Behandlung die prototypischen Behandlungsphasen beachtet werden müssen, damit ein Frequenzwechsel nicht zum Abschneiden einer Behandlungsphase und damit zu einem Behandlungs-„abschnitt“ führt. Idealerweise wären drei Behandlungsphasen voneinander abzugrenzen. (1) Einleitungsphase. (2) Durcharbeitungsphase. (3) Beendigungsphase.

Eine Einleitungsphase ist dadurch gekennzeichnet, daß sich ein intrapsychischer Konflikt auf jeweils konflikt-spezifischen Regressions-

ebenen im psychischen Raum der Therapeut-Patient-Beziehung installiert. Sie ist beendet, wenn sich der unbewußte Konflikt auf die Person des Therapeuten und auf das Behandlungssetting übertragen hat, sich diese Manifestationen in hinreichender Konstanz organisiert haben und der Patient die krankheitsverändernde Bedeutung des Settings erfahren kann. Eine hohe Sitzungsfrequenz kann in dieser Phase wegen Schwierigkeiten bei der Eröffnung des psychischen Raumes, der Kommunikation und der emotionalen Bindung notwendig werden.

In der Durcharbeitungsphase bekommt der so übertragene und organisierte neurotische Konflikt neue kognitiv-emotional wirksame Sinnzusammenhänge. Dies geschieht mittels der Symbolisierungsfähigkeit und der gemeinsamen psychischen Arbeit an der Reinszenierung der aktiv-pathogenen Determinanten des neurotischen Konfliktes. Wenn diese in ihrer Bedeutung verändert worden sind und einen neuen Sinn bekommen haben, geht eine Durcharbeitungsphase zu Ende. In dieser Phase kann die hohe Sitzungsfrequenz bei der Bearbeitung unbewußter negativer und positiver Übertragung, bestimmter Determinanten des unbewußten neurotischen Konfliktes und bei der Bearbeitung von Störungen der gemeinsamen Arbeit notwendig werden. Das oben skizzierte Beispiel der Arbeit an den Phasen einer negativen Übertragung mag diese Durcharbeitungsphase idealtypisch illustrieren.

Die Beendigungsphase setzt ein, wenn die analytisch-psychotherapeutische Arbeit in der Übertragung umgewandelt werden kann in eine Arbeit an der Übertragung als Widerstand gegen Veränderungserfahrungen. Dadurch kann sich der Patient von seinem Therapeuten als Übertragungsobjekt lösen. Dies geschieht, indem er dessen Funktion internalisiert. Die Beendigungsphase kann als abgeschlossen gelten, wenn im Trauerprozeß die reorganisierten und nun gesundenden psychischen Funktionen nicht immer wieder erneut regressiv in den Sog verbliebener Fixierungen geraten und nicht retraumatisiert werden müssen. Diese Phase kann eine hohe Sitzungsfrequenz notwendig machen, wenn der Bedeutungswechsel der Übertragung erschwert ist oder der Trauerprozeß durch starke Ambivalenz kompliziert wird.

In allen Phasen können also besondere Erschwernisse den therapeutischen Erfolg beeinträchtigen oder gefährden und deshalb eine spezifische Indikation zur hohen Sitzungsfrequenz begründen. Solche Erschwernisse werden in der Theorie der analytisch-psychotherapeutischen Behandlungstechnik als Widerstände/Abwehrbewegungen angesehen. Widerstände und Abwehrbewegungen kann man einerseits pragmatisch an ihren klinischen Äußerungsformen beschreiben. Man kann sie aber auch für sich selber sprechen lassen. Für beides sei hier ein Beispiel angeführt.

Pragmatisch beschrieben läge im Verlauf einer der prototypischen Prozeßphasen eine Widerstandsphase vor, wenn und solange (nach einer persönlichen Mitteilung von Ermann und Körner, 1995): (a) „chronifizierte Abwehrhaltungen (z. B. narzißtische oder masochistische Abwehr) eine genügend wirksame therapeutische Beziehung verhindern und damit gerechnet werden kann, daß sich unter der Voraussetzung einer Verkürzung der Intervalle zwischen den Sitzungen eine therapeutisch angemessen wirksame und nutzbare Beziehung herstellen läßt“; wenn (b) „in den Intervallen zwischen den Behandlungsstunden Dekompensationen (z. B. Kontrollverlust gegenüber destruktiven Impulsen) drohen oder auftreten und damit gerechnet werden kann, daß eine Verkürzung der Intervalle zwischen den Sitzungen die Tragfähigkeit der therapeutischen Beziehung nachhaltig fördert und Dekompensationen verhindert“; wenn (c) „der Behandlungsprozeß durch Agieren zwischen den Behandlungsstunden gefährdet wird und damit gerechnet werden kann, daß eine Verkürzung der Intervalle zwischen den Sitzungen die Dynamik der Behandlung auf die therapeutische Beziehung konzentriert“.

Die Überlegungen von Ermann und Körner müßten ergänzt werden durch z. B. (d) Formen einer psychosomatischen Abwehr, bei denen der therapeutische Nutzen der Therapeut-Patient-Beziehung insgesamt gezeugnet und durch ein Agieren mit dem eigenen Körper und dessen Funktionen ersetzt wird, so daß in den Intervallen zwischen den Behandlungsstunden körperliche Dekompensationen drohen, die die Erhaltung eines psychischen Raumes gefährden oder zerstören könnten.

Wie man spezifische Widerstands-/Abwehrphasen, die eine hohe Sitzungsfrequenz erfordern, durch sich selbst beschreibt, mag das folgende Beispiel darstellen. Der Vorteil dieser Beschreibung besteht darin, daß im konkreten Fall die medizinische Notwendigkeit, der Versorgungsvorteil der Hochfrequenz und das Eingehen auf das Wirtschaftlichkeitsgebot begründet wird. Nach diesen Kriterien muß es in der Regel Ziel der Behandlung sein, den Patienten von einer unbewußten Konfliktdynamik komplex, d. h. möglichst vollständig „abzubringen“. Nur dies ist auf Dauer gesehen eine wirtschaftliche Behandlung, weil sie auch die Begleit- und Folgesymptomatik erübrigt oder ihre wirkungsvolle Behandlung erst ermöglicht. Eine symptomatische Behandlung z. B. mit niedrigfrequenter anderweitiger Psychotherapie oder mit Psychopharmaka entspricht gerade deshalb oft nicht dem Wirtschaftlichkeitsgebot.

Hier nun das Beispiel. Der Patient hat als Leitsymptom sexuelle Störungen und ein dahinter stehendes Angstsyndrom mit Einschlafängsten, Alpträumen, Selbstmedikation mit Alkohol, Psychopharmaka, nächtlichem Fernsehen, morgendlichem Hang-over und Verschlafen. Er erscheint verspätet zur Arbeit, ist dort müde, lustlos und niedergeschlagen. Es kommt zu einer Minderung der beruflichen Leistungsfähigkeit mit gelegentlichem Einschlafen und arbeitsbezogenen Fehlhandlungen bzw. -leistungen sowie Konzentrationsstörungen.

In der Behandlung wird ein bevorzugter Abwehrmechanismus manifest, der schon in den Erstgesprächen angeklungen war. Es ist dies eine exzessiv benutzte Teilform des Verdrängungsmechanismus, nämlich die Gegenbesetzung von psychischen Inhalten. Aus klinischer Erfahrung wissen wir, daß Verdrängung aus einer zweiphasigen Abwehrbewegung besteht: Aus der (1) Gegenbesetzung und der somit ermöglichten (2) eigentlichen Verdrängung, einem „Anziehen“ des durch Gegenbesetzung der Aufmerksamkeit entzogenen angstbesetzten Inhalts ins Vor-/Unbewußte. Unter dem Wegfall des Wachbewußtseins im Schlaf sind gewisse Angstinhalte offensichtlich daran beteiligt, daß der Patient Alpträume hat. Im Schlaf überwiegt also ein

mißlungenes unbewußtes-affektives oder vorbewußtes-phantasieren-des Denken: eine mißlungene Schlafhüterfunktion des Traumdenkens; die Gegenbesetzung versagt dort anscheinend gänzlich. Es fiel zusätzlich auf, daß dem Patienten das Gegenbesetzen externen Materials in den Sitzungen überhaupt nicht psychotherapiefremd erschien. Er hob häufig darauf ab, an der Realität anstatt an ihm müsse etwas verändert werden, dann habe er auch keine Angst mehr. Das Auseinanderreißen der Affekte und Inhalte (Affektisolierung) und die Widersprüche in der Sinngestaltung der Behandlung waren ihm gar nicht dyston erschienen. Diese Widerstände sind jedoch ebenfalls abzuwägen, wenn sie offensichtlich im Wachbewußtsein das Ergebnis der Gegenbesetzung zu unterstützen haben. Dyston erlebt er sie nur in der Vergangenheit, als Inhalte einer biographischen Anamnese: wie sehr seine Eltern stets darauf geachtet hätten, wie man sich gegenüber anderen Leuten benimmt und was sich schickt. Oder wie schwer affektiv erreichbar die Eltern ihm erschienen seien, die bei schmerzhaften Ereignissen stets sachlich-kühl reagiert hätten. Oder wie sie dem Sohn klar zu machen versucht hätten, daß es doch ganz normal sei, seine Probleme nicht „herauszuhängen“, sondern „cool“ zu bleiben. Der Patient hat daher mehrere autogene/autosuggestive Psychotherapiestrategien, die er in der Therapie als „normal“ („weil es alle machen“) darzustellen versucht, beibehalten will und auf die analytische Arbeit zu übertragen bestrebt ist. (1) Er „erzwingt“ Schlaf durch Psychopharmaka und/oder Alkohol. Entweder führt das zu einem Schlaf mit dem geklagten „Hang-over“. Oder der Patient zeigt auf Psychopharmaka und/oder Alkohol eine paradoxe Reaktion, d. h. er schläft überhaupt nicht ein, sondern ist im Gegenteil „putzmunter“ oder sieht sich „senkrecht im Bett sitzen“. Als infrage kommender Mechanismus ist beschrieben worden die Übertragung des unbewußten angsterregenden Phantasiesystems auf die objektive psychotrope Wirkung des Psychopharmakons (vgl. Danckwardt 1984) bzw. des Alkohols mit dem Effekt, daß sich der Patient gegen die so „verinnerlichte Verfolgung“ durch das psychodynamisch „böse“ gewordene Psychopharmakon „auflehnt“ und das Psychopharmakon bekämpft. Als Folgestörung dieser miß-

lungenen Autotherapie hatte er die geklagten Beschwerden geschildert, die sein berufliches Leben so nachhaltig störten und zu einer drohenden Ausweitung seiner neurotischen Konflikte auf den sozialen Bereich führten. (2) Der Patient entdeckt, daß er durch langes Fernsehen zweierlei erreicht. (a) Er kann so lange fernsehen, daß er nach dem Einschlafen nicht mehr in REM-Phasen hineinkommt (in der Regel zwischen 00 und 2–3 Uhr morgens) und durch diese antizipierende Vermeidungsbewegung für die kurze Zeit, die er dann schlafen kann, keine Alpträume bzw. keine Angst mehr davor hat, sie zu bekommen. Natürlich zeitigt aber auch diese Abwehrbewegung morgendliche Folgestörungen. (b) Das Fernsehen dient ihm als Gegenbesetzung. Die Gegenbesetzung kann er in zweifacher Weise benützen. Einerseits als externalisierte (stellvertretende) Konfliktlösung. Damit kann er in Trivialfilmen und -serien, die üblicherweise zu diesen Stunden auf nahezu sämtlichen Kanälen laufen, libidinöse oder aggressive Konflikte „gelöst bekommen“. Er kann sozusagen, je nach Identifizierung mit den Protagonisten, „Fertiglösungen introjizieren“. Sendungen, die dieses Ziel nicht erreichen, führen zur Fortsetzung des Fernsehens. Zweitens: Er kann einem Traumentstehungsmechanismus nach dem Vorbild des Tagesrestes folgen. Dann benutzt er die Gegenbesetzung anders. Nicht daß er mit der dadurch erfolgten Visualisierung seine eigenen Konflikte „gelöst“ hätte. Vielmehr hat er sich einer visuellen Intrusion ausgesetzt mit der Folge, daß sich seine gesamte unbewußte Aufmerksamkeit innerlich externalisiert weiterhin mit dieser intrusiven Bildübermacht beschäftigt. Dies war an der paradoxen Reaktion erkenntlich, daß er Sendungen, die keinen „glücklichen“ Ausgang nahmen, nicht mit einer Fortsetzung des Fernsehens beantwortete. Ihm war so, als habe er den ganzen Schlaf über mehr oder weniger die Originalszenen angeschaut (vgl. Danckwardt 1994). So überstand er die Nacht. Aber auch hierzu lernte man später Folgestörungen kennen: Er fühlte sich über Tag gelegentlich fremd und uneigentlich. Die Gegenbesetzung bzw. das Tagesrestmodell reichte noch in den nächsten Tag hinein. In den Sitzungen fiel nun immer mehr als Hindernis auf, daß der Patient externalisiertes Material ebenfalls zur exzessiven

Gegenbesetzung von potentiell, durch Assoziation aufgewirbeltes Sitzungsmaterial benutzte. Dieser Vorgang, der den Patienten eigentlich aus der Stunde herausführte und den Therapeuten hinter sich herziehen drohte, war kombiniert mit Ich-Syntonizität, Affektisolierung und Rationalisierung. Längst war unbewußt das angstbesetzte Phantasiesystem via Übertragung in der Stunde angekommen, jedoch durch die beschriebene Abwehr externalisiert worden, um die Beziehung zum Therapeuten nicht zu gefährden. Am Hier und Jetzt war daher nicht erfolgreich zu arbeiten, weil das Abwehr-Arrangement nur zu weiterer Intellektualisierung führte, mit der die prekäre Beziehung zum Therapeuten vor einer alptraumartigen Dekompensation bewahrt wurde.

Therapeutisch bestehen drei Möglichkeiten. Erstens: Weiterhin mit drei Stunden pro Woche zu arbeiten. Mit der Gegenbesetzung weiter zu arbeiten, d. h. alle durch Verschiebung angstbesetzten Inhalte weiter im externalisierten Material zu behandeln. Dies ist ein häufig begangener Weg. Erst mit der Zeit merkt man, daß sich weder im Detail noch am Gesamtverlauf wesentliches ändert. Es war so, als arbeite der Patient wie in einer permanenten Notfallbehandlung immer nur wieder die akute Not ab („Übertragungsnot“).

Die zweite Möglichkeit besteht darin, ebenfalls weiterhin mit drei Stunden pro Woche zu arbeiten, nun jedoch die Gegenbesetzung „in die Übertragung zu nehmen“. Da jedoch der Patient fürchtet, die Beziehung zum Therapeuten zu belasten, geht er in der Stunde „folgsam“ und intellektualisierend darauf ein. Es kommt zu einer gewissen Verständigung und einer tieferen Einsicht auf intellektuellem Niveau. In den nächsten Stunden aber ist die gleiche Situation wieder vorhanden. Eine ichsyntone negative therapeutische Reaktion mit Stagnation und weiterhin bestehenden Störungen ist die Folge: Schlafstörungen, Alkohol, Psychopharmaka, Fernsehen, morgendliche Verstimmung, Gefühl von Unausgeruhtsein, Verspätung an der Arbeitsstelle.

Die dritte Möglichkeit besteht darin, die Stundenfrequenz zu erhöhen. Es tritt eine Veränderung der Stundendichte ein. Sie sollte so beschaffen sein, daß man dem Patienten anhand seines Materials nicht

nur klar machen kann, daß er mit diesem Material eine unbewußte Übertragungsbeziehung zum Therapeuten meint. Man muß ihm auch zeigen, wie er das kleine Resultat in der Stunde sowie sich selbst nach der Stunde dem Mechanismus der Gegenbesetzung überläßt, um sich von der durch die Sitzung labilisierten Übertragung auf den Therapeuten, die er nun alleine zu bewältigen hätte, zu befreien. Die zu diesem bei drei Wochenstunden nicht beobachteten Befreiungsschlag notwendigen, d. h. subjektiv zwingenden Motive sind ihm zu zeigen. Dazu ist es notwendig, daß die nächste Stunde so dicht folgt, daß der Mechanismus der Gegenbesetzung die Reaktionsabfolge nach den Stunden noch nicht zum Vergessen (Verdrängen) gebracht hat. Würde ein zu großes Intervall, z. B. ein sitzungsfreier Tag, dazwischen liegen, dann wäre die Verdrängung dynamisch erfolgreich. Der Patient würde gleichsam immer wieder in einer anbehandelten Übertragung stagnieren.

Da also in der skizzierten Konfliktdynamik nicht allein die (Gegen-)Besetzung mit anderen Ereignissen/Bildern/Vorstellungen und die Motivation zu behandeln ist, sondern auch die Affektisolierung und die Ichsyntonisierung, wird die Notwendigkeit der genügend intensiven Dichte der Stundenfrequenz mehrfach begründet. Man muß es der Therapeut-Patient-Beziehung und den Kenntnissen über das Stundentiming überlassen zu entscheiden, ob in der Woche einmal dicht aufeinanderfolgende Sitzungen reichen, zweimal dicht aufeinanderfolgende Stunden oder eine noch dichtere Dialektik zwischen Beziehung und Nichtbeziehung notwendig sind, um über einen zu postulierenden Gesamtzeitraum hinweg eine wirkungsvolle Behandlung und damit einen Versorgungsvorteil zu erzielen. Die Behandlung des pathologischen Widerstandes „Gegenbesetzung“ allein reicht also nicht aus, um die übrigen Widerstände, z. B. die „Ichsyntonisierung“ und „Affektisolierung“, aufzulösen. Sie bleiben bestehen und sind daher ihrerseits behandlungsbedürftig. Mit der Gegenbesetzung (in der externalisierten Realität sprechen; nachts durch das Fernsehen Tagesrestmodell als Inhaltssubstitution) wurde vom Patienten der Angstinhalt abgewehrt. Mit der Affektisolierung (Psychopharmaka/Alkohol)

wurde der Angstaffekt abgewehrt. Mit der Ichsyntonisierung (Rationalisierung) wurde beides erreicht: Die Verschiebung des Affektinhaltes und Isolierung des Affektvorganges werden als „normale“, d. h. nicht „befremdliche“, nicht „unangemessene“ Vorgänge in den Charakter eingearbeitet. Sie stellen zu behandelnde Prozeß-Identifizierungen mit den Eltern dar.

Indem man die hohe zeitliche Frequenz als ein Konstitutiv für eine größere Dichte des Erlebens einführt, wird eine neue Chance ihrer Verarbeitung eröffnet, die auf Dauer gesehen wirtschaftlich ist. Sie ist deshalb wirtschaftlich, weil sie die Behandlung der anderen Widerstände überhaupt erst ermöglicht. Dies ist der Versorgungsvorteil gegenüber einer anderen Behandlung, die das nicht vermag. Medizinisch notwendig ist diese Behandlung also deshalb, weil nur sie eine Verschlimmerung anderer Krankheitserscheinungen aufhalten kann: Schlafstörungen, Alkohol- und Psychopharmakamißbrauch mit möglichen körperlichen Folgestörungen; Minderung der Leistungsfähigkeit durch fehlende Erholung, exzessives Fernsehen, Kaffeemißbrauch; sexuelle Störungen durch Angst, Psychopharmaka und Gegenbesetzung.

Was wollen wir mit diesem Kapitel zeigen? Am bekanntesten ist in der analytischen Psychotherapie ein Setting, das von der Kontinuität der Sitzungsfrequenz ausgeht. Der klinisch wissenschaftliche Erfahrungsreichtum ist auf diesem Gebiet sehr hoch. Der empirisch-wissenschaftliche Wissensbestand ist ebenfalls nicht unbedeutend. Wenn unter äußerem oder unter innerem Druck zu einer diskontinuierlichen Therapieform gedrängt wird, hat man es stets mit unerforschtem Neuland zu tun. Deshalb sind die beziehungs-dynamischen Implikationen und Folgen einer Frequenzänderung, die ohnehin nur in Abstimmung mit dem Patienten erfolgen kann, (1) unter allgemeinen psychoanalytischen Gesichtspunkten (Übertragung, Gegenübertragung und Widerstand), (2) unter verlaustypischen Gesichtspunkten (Phasen) und (3) unter situationstypischen Gesichtspunkten zu beobachten, abzuwägen, zu begründen und in ihrer Gesamtheit zu planen. Auf S. 43 ff. haben wir am Beispiel der Einleitungsphase gezeigt, daß bei der Wahl

der Behandlungsform nur die Verschränkung von situationstypischen Gesichtspunkten mit verlaufsstypischen Gesichtspunkten der Verschränkung von äußerer und innerer Realität gerecht wird.

Aus all diesen Gründen ist also auch in dieser Frage eine intensive Einzelfallargumentation unerlässlich.

26. Bedeutung der Hochfrequenz für den analytischen Psychotherapeuten

Siehe dazu 59, 60, 61, 90, 91

27. Indikation zur hochfrequenten analytischen Psychotherapie „von Anfang an“ vs. „nach dem Verlauf“

Immer wieder wird erwogen, ob die Indikation zu einer hochfrequenten analytischen Psychotherapie von Anfang an oder erst nach einer anfänglichen Phase, also als Indikation aus dem Behandlungsverlauf heraus, zu stellen sei. Die Frage ist somit eng verknüpft mit der Problematik der „phasenweisen“ Genehmigung.

So wenig man generelle Aussagen dagegen treffen kann, ist eine generelle Befürwortung möglich. Da es auf diesem Gebiet eine objektive Indikationsstellung allein nicht gibt, ist die Indikation auch hier einzelfallbezogen zu stellen. Die in diesem Manual angesammelten Kriterien erlauben im Einzelfall zumindest einen adäquaten Weg zur Feststellung, ob eventuelle, den Behandlungsverlauf komplizierende und folglich die Prognose gefährdende Verhältnisse bereits vor Behandlungsbeginn wahrscheinlich gemacht werden können.

Wenn ein Patient z. B. berichtet, daß er deshalb zum Therapeuten kommt, weil er beobachtet hat, daß er in verschiedenen Situationen immer wieder scheitert, dann dürfen wir auf die Wirkung des Wiederholungszwangs schließen. Die Befragung nach gewissen Daten am Ende einer Interviewphase hat hier daher eine besondere und beson-

ders berechnete Bedeutung. Ähnliches gilt für andere Kriterien (siehe unter Position 4), wie z. B. Syndrom-Shift und negative therapeutische Reaktion.

Neben dieser Untersuchung des bisherigen Krankheitsverlaufs haben wir zur Verlaufsbeobachtung über eine Stunde die Verlaufsbeobachtung über mehrere Interviewsitungen bzw. Probebehandlungssitzungen vorgeschlagen. Die Verlaufsbeobachtung in einer Stunde legt den Aussagen zur Psychodynamik der Krankheit das Erleben der situativen und szenischen Evidenz zugrunde (Argelander 1967). Während man also innerhalb einer Sitzung schwerpunktmäßig Aussagen machen kann über die dialogische Differenz, also darüber, wie der Patient den Analytiker neurotisch mißverstehen, und daraus auf eine Übertragungsreaktion schließen kann, lassen sich aus der Verlaufs-längsschnittbeobachtung über 5 Sitzungen, die wöchentlich einmal stattfinden, zusätzliche Erkenntnisse gewinnen. Es läßt sich für beide Beteiligte erleben und beobachten, ob, welche und in welchem Umfang außeranalytische Realität eine Rolle für den Umgang mit dem Geschehen in der Sitzung spielen wird. Wird z. B. die außeranalytische Realität zur Gegenbesetzung benutzt, um die Stunde oder Teile von ihr oder vom Therapeuten der Verdrängungsarbeit zu überlassen? Wird das vorbewußt phantasierende und/oder unbewußt affektive Denken weiterarbeiten? Wenn ja, wie und mit welchen Resultaten? Dies ist u. U. ablesbar an Träumen, Tagträumen, am Acting out und anderen „gängigen“ Königswegen zum Unbewußten. Wie „funktionierte“ der Patient, wie arbeitet sein Ich ohne die Präsenz des Therapeuten? Wie gestaltet sich die Dialektik zwischen seiner Präsenz und dem Präsenzverlust zwischen den Stunden? Wie ist das Verhältnis von Trennung und Reifungszuwachs? Zu welchen Substitutionen wird der Patient greifen? Wird die therapeutische Regression seine alltägliche Lebenspraxis erfassen? Muß er außeranalytische Personen zu Zwecken der Übertragung, zur Abwehr manipulieren? Wenn ja, wie wird der unbewußte Konflikt dort organisiert? Wie lange hält die Wirkung der Sitzung vor, wie lange kann er deren Bedeutung für sich in sich bewahren? Muß er Stellvertreter mobilisieren?

In diesem Manual wird die Ansicht vertreten, daß der Therapeut die Übereinkunft mit dem Patienten dem Gutachter gegenüber zureichend plausibel machen muß, indem er hierzu Angaben auf drei Beobachtungsebenen macht: Interviewbeobachtung, Interviewverlaufsbeobachtung, bisheriger Krankheitsverlauf und objektive, biographische Daten. Wenn dies in inhaltlicher und einzelfallbezogener Hinsicht angemessen geschehen kann, dann gibt es keinen Anlaß, die Indikation zur hochfrequenten Behandlung „von Anfang an“ mit einer formalen Begründung zu verneinen. In gleicher Weise ist mit der Indikation zu anfänglicher niederer Frequenz zu verfahren. Außerdem gibt es im System der Richtlinien-Psychotherapie noch das bestehende Verfahren der Umwandlung in eine hochfrequente analytische Psychotherapie nach den Erfahrungen in 25 erfolgten Sitzungen.

Zum Schluß sei auf folgende Umstände hingewiesen. Aufgrund von Urlaubszeiten, Stundenausfällen oder -verlegungen und sonstigen möglichen Einwirkungen auf die Rahmenbedingungen ist die Vorstellung einer kontinuierlichen hochfrequenten analytischen Psychotherapie „von Anfang an“ ohnehin ein kaum erreichtes Ideal. „Beinahe einmal täglich“ existiert real eher nicht. Das läßt sich auch in Zahlen fassen: Eine Behandlung mit 4 Stunden pro Woche kommt optimal auf 160 Stunden (= Behandlungstage) pro Jahr. An den restlichen 160 Tagen des Jahres finden keine Behandlungen statt. Die Konzepte einer „phasenweisen Genehmigung“ oder einer „Indikation nach dem Verlauf“ stellen formale Rahmenbedingungen dar, die geeignet sind, die ohnehin immer wieder zäh auszuhandelnde Rahmenbedingung von 1:2 (Behandlungstage gegenüber Nicht-Behandlungstagen) noch weiter „auszufransen“.

Auch die „phasenweise Genehmigung“ und die „Indikation nach dem Verlauf“ beinhaltet eine durch die aufgezählten Gegebenheiten ihrerseits löchrig gemachte Rahmenbedingung. Wieviel Unterdosierung oder mangelnde „psychologische Verfügbarkeit“ (analog der Dosierung per individuellem Körpergewicht und Bioverfügbarkeit bei Medikamenten) kann eine Therapeut-Patient-Beziehung vertragen, um in einem angestrebten Verfahren noch Wirksamkeit zu gewährleisten?

Literaturverzeichnis

- Argelander, H. (1967). *Das Erstinterview in der Psychotherapie*. In: *Psyche* 21: 341–368; 429–467; 473–512.
- Bachrach, H. M., Galatzer-Levy, R., Skolnikoff, A., & Sherwood, W. Jr. (1991). *On the efficacy of Psychoanalysis*. In: *Journal of the American Psychoanalytical Association* 39(4): 871–916.
- Bion, W. R. (1963). *Elements of Psychoanalysis*. London (Heinemann). Dt.: *Elemente der Psychoanalyse*. Frankfurt am Main (Suhrkamp) 1992.
- Bruns, G. (1995). *Soziale Vernetzung: Ein Parameter in der Behandlung psychotischer Patienten*. In: *Forum der Psychoanalyse* 11: 84–94.
- Danckwardt, J. F. (1984). *Kombinierte psychopharmakologische und psychotherapeutische Behandlung der Angst. Anmerkungen aus psychoanalytischer Sicht*. In: P. Götze (Hg.): *Leitsymptom Angst*. Berlin, Heidelberg, New York, Tokyo (Springer-Verlag), S. 38–50.
- (1994). *Veränderungsangst und mediale Normierung der inneren Realität*. In: Behrens, I., Berger, F., Pläntkers, T. (Hg.): *Der Widerstand gegen die Psychoanalyse*. Frankfurt (Congress-Organisation), S. 251–253.
- Doidge, N. (1994). *American Journal of Psychotherapy* 151, 586.
- Dührssen, A., Jorswieck, E. (1962). *Zur Korrektur von Eysencks Berichterstattung über psychoanalytische Behandlungsergebnisse*. In: *Acta Psychotherap.* 10: 329–342.
- Eickhoff, F.-W. (1992). *Kurative Faktoren in der Psychoanalyse: Welche Perspektiven haben sich geändert?* In: F.-W. Eickhoff, W. Loch (Hg.): *Jahrbuch der Psychoanalyse* 29: 215–236.
- Faber, F. R. (1993). *Utopische Phantasien und Realität in der kassenärztlichen Psychotherapie*. In: *Praxis der Psychotherapie und Psychosomatik* 38: 102–110.
- Faber, R., & Haarstrick, R. (1994). *Kommentar Psychotherapie-Richtlinien*. Neckarsulm & München (Jungjohann Verlagsgesellschaft).
- Fonagy, P., & Target, M. (1993). *Aggression and the psychological self*. In: *International Journal of Psychoanalysis* 74: 471–485.
- (1995). *Understanding the violent patient*. In: *International Journal of Psychoanalysis* 76: 487–501.
- Freud, S. (1937). *Die endliche und die unendliche Analyse*. G.W., Bd. XVI, S. 59–99.
- Gill, M. M. (1982). *Analysis of Transference. Vol. 1: Theory and Technique*. Madison, CT (International University Press). Dt.: *Die Übertragungsanalyse*. Frankfurt am Main (Fischer) 1996 (in Vorber.).
- Glasser, M. (1992). *Problems in the psychoanalysis of certain narcissistic disorders*. In: *International Journal of Psychoanalysis* 73: 493–503.
- Grawe, K., Donati, R., Bernauer, F. (1994). *Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession*. Göttingen (Hogrefe).
- Heimann, P. (1950). *On counter-transference*. In: *International Journal of Psychoanalysis* 31: 81–84.

- Heimann, P. (1956). *Dynamics of transference interpretations*. In: *International Journal of Psycho-Analysis* 37: 303–310.
- Hoffmann, S. O. (1992). *Bewunderung, etwas Scham und verbliebene Zweifel*. In: *Psychologische Rundschau* 43(3): 163–167.
- Kächele, H. (1990). *Wie lange dauert Psychotherapie?* In: *Psychother. Psychosom. med. Psychol.* 40: 148–151.
- (1992). *Psychoanalytische Therapieforchung 1930–1990*. In: *Psyche* 46(3): 259–285.
- (1995). *Klaus Grawes Konfession und die psychoanalytische Profession*. In: *Psyche* 49(5): 481–492.
- Kaiser, E. (1995). *Der psychotherapeutische Weltgeist zu Bern: Klaus Grawe et al.*. In: *Psyche* 49(5): 493–507.
- Kuchenbuch, A. (1978). *Einflüsse der Kassenregelung auf den Verlauf psychoanalytischer Behandlungen. Referate und Protokolle der Arbeitstagung der DPV in Berlin vom 16.–18. November 1978*.
- Leuzinger-Bohleber, M. (1995). *Die Einzelfallstudie als psychoanalytisches Forschungsinstrument*. In: *Psyche* 49(5): 434–480.
- Little, M. (1981). *Transference Neurosis and Transference Psychosis*. New York (Aronson).
- Loch, W. (1965). *Voraussetzungen, Mechanismen und Grenzen des psychoanalytischen Prozesses*. Bern (Huber).
- Luborski, L. (1988) [1984]. *Einführung in die analytische Psychotherapie – Ein Lehrbuch*. Berlin & Heidelberg (Springer).
- Mertens, W. (1994). *Psychoanalyse auf dem Prüfstand. Eine Erwiderung auf die Meta-Analyse von Klaus Grawe*. München (Quintessenz).
- (1995). *Warum Psychoanalysen lange dauern*. In: *Psyche* 49(5): 405–433.
- Meyer, A.E. (1994). *Über die Wirksamkeit psychoanalytischer Psychotherapie bei psychosomatischen Störungen*. In: *Psychotherapeut* 39: 298–308.
- Orlinsky, D. E., Grawe, K., Parks, R. (1994). *Process and outcome in psychotherapy*. In A.E. Bergin & S.L. Garfield (Hg.). *Handbook of psychotherapy and behavior change*. New York (Wiley).
- Orlinsky, D. E., & K. J. Howard (1986). *Process and outcome in psychotherapy*. In: Garfield, S. L. & A. E. Bergin (Hg.). *Handbook of psychotherapy and behavior change*. New York (Wiley), S. 311–381.
- Person, E. S. (1993). *On FREUD'S „Observations on Transference Love“*. In: Person, E. S., & Fonagy, P. (Hg.). *On FREUD'S „Observations on Transference Love“*. New Haven & London (Yale University Press).
- Rosenkötter, L. (1978). *Die Übertragungsbedeutung der Kasse als dritter Instanz. Referate und Protokolle der Arbeitstagung der DPV in Berlin vom 16.–18. November 1978*.
- Rotmann, J. M. (1992). *Die Übertragungsbedeutung des Gutachterverfahrens*. In: *Psyche* 46: 178–219.
- Rüger, B. (1994). *Kritische Anmerkungen zu den statistischen Methoden in Grawe, Donati, Bernauer: „Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profes-*

- sion**. In: *Zeitschrift für psychosomatische Medizin und Psychoanalyse* 40(4): 368–384.
- Strachey, J. (1934). *The nature of the therapeutic action of psycho-analysis*. In: *International Journal of Psycho-Analysis* 15: 127–159. Dt.: *Die Grundlagen der therapeutischen Wirkung der Psychoanalyse*. In: *Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse* 21 (1935): 486–516.
- Thomä, H. (1991). *Was hat sich in meinem Verständnis des psychoanalytischen Prozesses seit den 60er Jahren gewandelt?* In: *Praxis der Psychotherapie und Psychosomatik* 36: 2–11.
- (1994). *Zur Kontroverse um Frequenz und Dauer analytischer Psychotherapie*. In: *Psyche* 48: 287–323.
- Thomä, H., & Kächele, H. (1985). *Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie. 1 Grundlagen*. Berlin (Springer).
- Tschuschke, V., Kächele, H., & Hölzer, M. (1994). *Gibt es unterschiedlich effektive Formen von Psychotherapie?* In: *Psychotherapeut* 39: 281–297.

Stichwortverzeichnis

- Abhängigkeit 22, 27
Abwägen 44
Abwehr 18, 19, 26–28, 55, 56, 58, 62, 67, 71, 75
Abwehr zwischen den Stunden 62
Abwehrmechanismen 8, 11, 12, 16, 17, 25, 27, 37, 45, 62
Abwehrstruktur 10, 17, 24, 28, 50
Affektisolierung 12, 69, 71, 72
Agieren 13, 16, 22, 59, 67, 75
Aktivität 24, 28, 60, 65
Aktualgenese 15, 20, 37–39, 63
Aktualkonflikt 41, 51, 52, 61
Ambivalenz, ambivalent 18, 22, 24, 66
Analogiemodell 58
Anamnese 69
Aneinanderreihung von Fokalthera-
pien 57
Angst 10, 14, 18, 23, 24, 26–29, 54, 55, 59, 61, 69, 70, 73
Angstsyndrom 68
Anwendungsbereich 11, 39
Arbeitsbeziehung 13
Arzt-Patient-Beziehung 9, 13, 58
Assoziation 71
Aufmerksamkeitsausrichtung 56
Aufzeigen von Leitlinien 45
Ausfragen 58
Ausnutzung der Übertragung 56
Austauschprozeß 21
autodestruktiv 12, 22

Bedeutungskerne 60
Bedeutungswechsel 66
Bedingungsgefüge 15
Beeinflussbarkeit 11, 33
Beendigungsphase 43, 65, 66
Behandlungsanleitung 44
Behandlungserfolg 35, 47, 49
Behandlungskonzept
–, psychoanalytisches 5, 7, 28, 39, 51
Behandlungsphase 43, 44, 65
Behandlungsprinzipien 44
Behandlungstechnik 10, 11, 19, 24, 39, 46, 55, 57, 59, 67
Behandlungsverlauf 10, 11, 19, 23, 29, 35, 36, 74, 76
Behandlungswunsch 9, 45
Behandlungsziel 9–11, 19, 24, 39, 44, 46, 55, 57, 59
Behinderung
–, seelische 7, 8
Besserung 9, 47
Beziehungserfahrung 15
Bundesausschuß 31, 33

Charakter 16, 23, 58, 73
Charakterneurose 11
chronifiziert 8, 20, 32, 67

Dekompensation 71
destruktiv 14–16, 18, 21–24, 27–29, 37, 67
Determination 54, 61
Deutung 28, 36, 38, 59, 60, 62
Diagnose 9, 10, 40
Dialektik 15, 57, 58, 61, 72, 75
dialogische Differenz 75
Dichte 14–16, 20, 21, 23, 36, 37, 41, 42, 60, 61, 71–73
differentialdiagnostisch 40
Differentialtherapie 35, 40, 61
Diversifizierung des Erstinterviewver-
fahrens 53
durcharbeiten 15, 16, 54, 63
Durcharbeitungsphase 43, 65, 66
dynamisch 9, 12, 13, 15, 16, 29, 41, 45, 48–51, 53, 56, 72, 75

Effekt 69
Einleitungsphase 43, 65, 73
Einsicht 14–16, 55, 58, 65, 71

- Einzelfall 7, 8, 16, 17, 29, 35, 40, 48, 74
 Einzelfallargumentation 74
 Einzelfallstudien 12
 emotional 23, 60, 66
 Emotionalität 17
 Empathie 20
 Entwicklung
 –, seelische 7, 21, 22, 24, 50, 54
 Erfahrungen 10, 33, 46
 Erfahrungswissen 32–34, 37, 39, 43, 46
 –, klinisches 32, 46, 73
 Erhöhung der Sitzungsfrequenz 43
 Erinnerungsbehinderung 57
 Erörterungsgespräch 9, 29, 41, 53
 Erstinterview 9, 29, 40, 53
 externalisiert 54, 70, 71

 Fernsehen 68, 70–73
 Fixierung 11, 55, 60, 62
 Flexibilität 8, 21, 25
 Fokalkonflikt 57
 Forschungsdefizite 34
 Fortschritte der Behandlung 56
 fragmentiert 19, 20
 Fremdfinanzierung 36
 Frequenzänderung 73
 Frustration, frustrierend 22

 Gegebenheiten
 –, subjektive 9
 Gegenagieren 42
 Gegenbesetzung 14, 15, 68–73, 75
 Gegenübertragung 7, 10, 23, 27, 28, 36, 37, 39, 51, 54, 73
 Gesundheit
 –, psychische 7, 8, 54
 Gleichgewicht 27, 50
 Grundfunktionen
 –, seelische 8
 Gutachter 38, 42, 45, 46, 76
 Gütekriterien 44

 Haltefunktion 12, 15, 62
 hochfrequent 9, 11, 12, 16, 26, 31–35, 38, 39, 42, 43, 45–50, 53–57, 59, 63–65, 68, 74, 76
 Hochfrequenz
 –, generelle 10
 –, kontinuierliche 12, 13
 Hypochondrie 26

 Identifizierung 18, 64, 65, 70, 73
 –, projektive 27, 28
 Illusion 65
 Impulskontrolle 22
 Indikation 7, 34, 40, 67, 74, 76
 –, medizinische 7, 31
 –, phasenweise 63
 –, prozeßbezogene 12, 76
 –, prozessuale 44
 Indikationsbereich 42, 48
 Indikationsstellung 9, 10, 35, 40, 50, 52, 53, 64, 74
 Integration 16, 23, 60, 63, 65
 Intellektualisierung 12, 71
 Intensität 7, 11, 61
 Internalisierung 56
 Intervall 72
 Interviewverlaufsbeobachtung 9, 76
 intrapsychisch 8, 9, 25, 27, 35, 43, 51, 54, 65
 Introjekt, introjizieren 26, 27, 58, 70

 klinisch 22, 26, 32–36, 63, 73
 Komplexität 9, 45
 Konflikt
 –, aktueller 8, 31, 41, 51, 52
 –, intrapsychischer 8, 12, 35, 43, 54, 65
 –, neurotischer 13, 18, 36, 52, 60, 66, 70
 Konfliktkriterien
 –, Balintsche 41
 Konstanz 15, 23, 43, 66
 Kontingentierung, Kontingentierungsmodell 39, 40, 42
 Kontinuität 44, 61, 73
 Kontraindikation 38, 53, 57

- Kontrollverlust 67
 Körper 26, 67
 Krankheitsgewinn 19

 Langzeittherapie 33
 Leitsymptom 68

 Neid, neidisch 14, 23, 27
 Neurose 31, 41, 59
 neurotisch 75
 niederfrequent 40
 nosologisch 9
 Notwendigkeit
 –, medizinische 7, 31, 34, 40, 47, 49, 68

 Objekt 12, 13, 18, 19, 21–24, 27, 28, 56, 58, 59, 64, 65
 Objektbeziehung 13
 Objekte
 –, innere 13
 Objektkonstanz 22, 24
 Objektrepräsentanzen 21
 ödipal 17
 Omnipotenz 24, 26

 Pathodynamik 13, 65
 Patientenwille 53
 Persönlichkeit 18, 25, 26, 31, 32, 45, 52
 Phantasie 8, 9, 11, 17–20, 22–24, 26, 27, 37, 41, 45, 54, 69, 71, 75
 phasenweise 34, 63, 74, 76
 Präsenz 23, 58, 75
 Prognose 9, 11, 74
 Projektion 24–26, 28, 50
 Prozeß
 –, analytischer 7, 16, 20, 25, 36, 37
 Prozeßphase 43, 44, 67
 Psychoanalyse 7, 46, 55, 56
 Psychopharmakotherapie 47
 Psychotherapie
 –, analytische 7, 8, 11, 20, 27, 33–37, 40, 42, 47, 65, 73
 Psychotherapie-Richtlinien 7–9, 11, 31, 32, 36, 38, 45–48, 52, 76
 Psychotherapieforschung 33

 Rationalisierung 71, 73
 Reaktion
 –, negative therapeutische 13, 15, 53, 71, 75
 Realität
 –, äußere 8, 15, 19, 21, 38, 54, 58, 69
 –, psychische 16, 21, 25, 26, 28, 38, 63
 Realitätsbewältigung 19
 Realitätsprüfung 25, 26
 Realpräsenz des Therapeuten 14, 23, 62
 Regelleistung 39
 Regression 11, 12, 20, 21, 24, 25, 43, 52, 61, 75
 –, therapeutische 75
 Rekonstruktion 55
 Resonanz 27, 37
 Ressourcen
 –, finanzielle 42, 44

 Schmerz 14, 28
 Selbst 12, 18, 19, 21, 28, 35, 48, 52, 68, 72
 Selbstwertregulation 17, 50
 Setting 35, 73
 Sicherheit 17, 18, 21–24, 27–29, 50
 Sitzungsfrequenz 7, 10, 20, 37, 41, 43, 45, 66–68, 73
 Spaltung 17, 24, 25, 28, 50
 Störung 10
 –, frühe 12, 21, 22, 52, 53, 62
 –, krankheitswertige 8
 –, psychosomatische 12, 26, 56, 58
 –, psychotische 12, 25, 26, 38
 –, seelische 7, 12, 31
 –, strukturelle 8, 10
 Straßbedürfnis
 –, unbewußtes 14
 Streckung der Stunden 15, 62, 64
 Struktur 9, 11, 23, 25, 28, 35–37, 41

- Stundenfolge 15, 16, 41
- Stundenkontingent 32, 39–42, 47, 64
- Symbolisierungsfähigkeit 12, 66
- Symptom 8, 11, 15, 16, 18, 32, 53, 56, 58, 63
- Symptomneurose 11, 17, 39, 41, 49, 50, 53, 62
- Tagesrest 70, 72
- Teilziele 9, 44
- Toleranz 17, 20, 22, 25, 27, 29, 59, 61
- Trennung 18, 25, 26, 58, 59, 61, 64, 65, 75
- Triebentwicklung 19
- Übertragung 13, 15, 16, 18, 20, 24, 28, 37, 39, 47, 51, 54–56, 58, 60, 63–66, 69, 71–73, 75
- , negative 13, 16, 55, 56, 64–66
- Unbewußtes, unbewußt 8–11, 14, 17–20, 23, 24, 27–29, 37, 38, 45, 50, 51, 54–56, 66, 68–72, 75
- unbrauchbar 13
- Untersuchung
- , psychoanalytische 9, 10
- Untersuchungsmodalitäten 9
- Untersuchungsprozeß 10
- Veränderungen 10, 14–16, 28, 37, 60
- , pathologische 8
- , strukturelle 9, 31, 32
- Veränderungserfahrung 61, 62, 64, 66
- Verlaufsbeobachtung 40, 75
- Verleugnung 12, 14, 15, 26
- Verlust 12, 24, 27, 62
- Versagung 22
- Versorgungsvorteil 44, 68, 72, 73
- Wahrnehmung 13, 26, 37, 54
- Welt
- , innere 8, 19
- Widerstand 12, 13, 28, 39, 51, 54–56, 59, 65, 66, 73
- Widerstandsphase 43, 67
- Wiederholungszwang 13–15, 54
- Wirksamkeit 33, 34
- Wirtschaftlichkeit 31, 34, 40, 47, 49, 68, 73
- Zweckmäßigkeit 31, 34, 40, 45, 47, 49

Freud heute

Wendepunkte und Streitfragen

Die Reihe "Freud heute" wird in Verbindung mit der INTERNATIONALEN PSYCHOANALYTISCHEN VEREINIGUNG herausgegeben. Jeder Band präsentiert einen klassischen Text von Sigmund Freud, den prominente Praktiker und Theoretiker der Psychoanalyse aus verschiedenen Ländern kommentieren.

Band 1: Freuds »Endliche und unendliche Analyse« Herausgegeben für die Internationale Psychoanalytische Vereinigung von JOSEPH SANDLER. Mit Beiträgen von JACOB A. ARLOW, ARNOLD M. COOPER, TERTTU ESKELINEN DE FOLCH, ANDRÉ GREEN, HARALD LEUPOLD-LÖWENTHAL, DAVID ROSENFELD, DAVID ZIMMERMANN, A.L. BENTO MOSTARDEIRO. Aus dem Englischen von ELLEN D. FISCHER u.a. Ca. 220 S. Br. ISBN 3-7728-1668-1. *Frühjahr 1996*

In "Die endliche und die unendliche Analyse" (1937) hat Freud die Möglichkeiten und Grenzen der Psychoanalyse als therapeutischer Technik in klassischer Weise zusammengefaßt. Die Fragen, die er aufwarf, bestimmen noch heute die Kontroverse um die klinische Psychoanalyse. Die Autoren dieses Bandes ordnen den Text historisch und biographisch ein und konfrontieren ihn mit ihren eigenen Ansätzen zur Technik der Psychoanalyse.

Band 2: Freuds »Zur Einführung des Narzißmus« Herausgegeben für die Internationale Psychoanalytische Vereinigung von JOSEPH SANDLER, ETHEL SPECTOR PERSON, PETER FONAGY. Mit Beiträgen von CLIFFORD YORKE, R. HORACIO ETCHEGOYEN, NIKOLAAS TREURNIET, LÉON GRINBERG, WILLY BARANGER, OTTO F. KERNBERG, HANNA SEGAL, DAVID BELL, PAUL H. ORNSTEIN, HEINZ HENSELER, BÉLA GRUNBERGER. Aus dem Englischen von CHARLOTTE NOLTE. Ca. 320 S. Br. ISBN 3-7728-1669-X. *Herbst 1996*

Freuds »Zur Einführung des Narzißmus« ist eine der Grundschriften im Korpus der psychoanalytischen Theorie. Komplexe Probleme wie die Rolle des Narzißmus für die normale und die pathologische Entwicklung und die Beziehung zwischen Narzißmus und Homosexualität, Libido, Selbstwertgefühl werden behandelt. Freuds These vom primären Narzißmus ist auch heute Gegenstand der Diskussion. Internationale Praktiker und Theoretiker beschreiben und bewerten Freuds Essay im Zusammenhang mit ihrer eigenen Arbeit.

frommann-holzboog

Melanie Klein Gesammelte Schriften

Herausgegeben von RUTH CYCON unter Mitarbeit von HERMANN ERB.
4 in 6 Bänden. 1995 ff. ISBN 3-7728-1673-8.

Band I,1: Schriften 1920-1945, Teil 1. Mit einem Vorwort von B. JOSEPH und einer Einleitung von R.E. MONEY-KYRLE. Mit neuen Übersetzungen aus dem Englischen von E. VORSPÖHL. XXIV, 424 S. *Lieferbar*

Band I,2: Schriften 1920-1945, Teil 2. Ca. 380 S. *Frühjahr 1996*

Band II: Die Psychoanalyse des Kindes. Ca. 460 S. *In Vorbereitung*

Band III: Schriften 1946-1963. Ca. 540 S. *In Vorbereitung*

Band IV, Teil 1 und 2: Darstellung einer Kinderanalyse.
Aus dem Englischen von W. WAGMUTH. Ca. 730 S. *In Vorbereitung*

Band I und III der Ausgabe können aus rechtlichen Gründen nicht einzeln abgegeben werden.

Melanie Kleins bahnbrechende Entdeckung der frühen, infantilen Objektbeziehungen, die sie in den Psychoanalysen kleiner Kinder machte, bereicherte die psychoanalytische Arbeit durch eine neue Dimension. Ihre Konzepte einer inneren Welt der Objekte, des Einflusses der primitiven, unbewußten Phantasie auf die Wahrnehmung der inneren und äußeren Objektwelt und des Ichs und ihr Konzept der beiden - paranoid-schizoiden und depressiven - Positionen führten zu einem tieferen Verständnis nicht nur der frühkindlichen Entwicklung und der kindlichen Störungen, sondern auch schwer narzißtisch gestörter Patienten, borderline und psychotischer Patienten.

Die vorliegende deutsche Gesamtausgabe der Schriften Melanie Kleins bietet alle von Melanie Klein deutsch und englisch publizierten Texte, darunter größtenteils neue Übersetzungen und viele Texte, die bisher noch nicht in deutscher Übersetzung vorliegen, die aktualisierten Erläuterungen und die Register der englischen Gesamtausgabe sowie ein Werkverzeichnis.

frommann-holzboog

- Stundenfolge 15, 16, 41
- Stundenkontingent 32, 39–42, 47, 64
- Symbolisierungsfähigkeit 12, 66
- Symptom 8, 11, 15, 16, 18, 32, 53, 56, 58, 63
- Symptomneurose 11, 17, 39, 41, 49, 50, 53, 62
- Tagesrest 70, 72
- Teilziele 9, 44
- Toleranz 17, 20, 22, 25, 27, 29, 59, 61
- Trennung 18, 25, 26, 58, 59, 61, 64, 65, 75
- Triebentwicklung 19
- Übertragung 13, 15, 16, 18, 20, 24, 28, 37, 39, 47, 51, 54–56, 58, 60, 63–66, 69, 71–73, 75
- , negative 13, 16, 55, 56, 64–66
- Unbewußtes, unbewußt 8–11, 14, 17–20, 23, 24, 27–29, 37, 38, 45, 50, 51, 54–56, 66, 68–72, 75
- unbrauchbar 13
- Untersuchung
- , psychoanalytische 9, 10
- Untersuchungsmodalitäten 9
- Untersuchungsprozeß 10
- Veränderungen 10, 14–16, 28, 37, 60
- , pathologische 8
- , strukturelle 9, 31, 32
- Veränderungserfahrung 61, 62, 64, 66
- Verlaufsbeobachtung 40, 75
- Verleugnung 12, 14, 15, 26
- Verlust 12, 24, 27, 62
- Versagung 22
- Versorgungsvorteil 44, 68, 72, 73
- Wahrnehmung 13, 26, 37, 54
- Welt
- , innere 8, 19
- Widerstand 12, 13, 28, 39, 51, 54–56, 59, 65, 66, 73
- Widerstandsphase 43, 67
- Wiederholungszwang 13–15, 54
- Wirksamkeit 33, 34
- Wirtschaftlichkeit 31, 34, 40, 47, 49, 68, 73
- Zweckmäßigkeit 31, 34, 40, 45, 47, 49

Freud heute

Wendepunkte und Streitfragen

Die Reihe "Freud heute" wird in Verbindung mit der INTERNATIONALEN PSYCHOANALYTISCHEN VEREINIGUNG herausgegeben. Jeder Band präsentiert einen klassischen Text von Sigmund Freud, den prominente Praktiker und Theoretiker der Psychoanalyse aus verschiedenen Ländern kommentieren.

Band 1: Freuds »Endliche und unendliche Analyse« Herausgegeben für die Internationale Psychoanalytische Vereinigung von JOSEPH SANDLER. Mit Beiträgen von JACOB A. ARLOW, ARNOLD M. COOPER, TERTTU ESKELINEN DE FOLCH, ANDRÉ GREEN, HARALD LEUPOLD-LÖWENTHAL, DAVID ROSENFELD, DAVID ZIMMERMANN, A.L. BENTO MOSTARDEIRO. Aus dem Englischen von ELLEN D. FISCHER u.a. Ca. 220 S. Br. ISBN 3-7728-1668-1. *Frühjahr 1996*

In "Die endliche und die unendliche Analyse" (1937) hat Freud die Möglichkeiten und Grenzen der Psychoanalyse als therapeutischer Technik in klassischer Weise zusammengefaßt. Die Fragen, die er aufwarf, bestimmen noch heute die Kontroverse um die klinische Psychoanalyse. Die Autoren dieses Bandes ordnen den Text historisch und biographisch ein und konfrontieren ihn mit ihren eigenen Ansätzen zur Technik der Psychoanalyse.

Band 2: Freuds »Zur Einführung des Narzißmus« Herausgegeben für die Internationale Psychoanalytische Vereinigung von JOSEPH SANDLER, ETHEL SPECTOR PERSON, PETER FONAGY. Mit Beiträgen von CLIFFORD YORKE, R. HORACIO ETCHEGOYEN, NIKOLAAS TREURNIET, LÉON GRINBERG, WILLY BARANGER, OTTO F. KERNBERG, HANNA SEGAL, DAVID BELL, PAUL H. ORNSTEIN, HEINZ HENSELER, BÉLA GRUNBERGER. Aus dem Englischen von CHARLOTTE NOLTE. Ca. 320 S. Br. ISBN 3-7728-1669-X. *Herbst 1996*

Freuds »Zur Einführung des Narzißmus« ist eine der Grundschriften im Korpus der psychoanalytischen Theorie. Komplexe Probleme wie die Rolle des Narzißmus für die normale und die pathologische Entwicklung und die Beziehung zwischen Narzißmus und Homosexualität, Libido, Selbstwertgefühl werden behandelt. Freuds These vom primären Narzißmus ist auch heute Gegenstand der Diskussion. Internationale Praktiker und Theoretiker beschreiben und bewerten Freuds Essay im Zusammenhang mit ihrer eigenen Arbeit.

frommann-holzboog