

Paul L. Janssen
Psychoanalytische Therapie in der Klinik

psychosozial reprint

Paul L. Janssen

Psychoanalytische Therapie in der Klinik

**Mit einem Nachwort des Autors
zur Neuauflage**

Psychosozial-Verlag

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der
Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten
sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Um ein Nachwort erweiterte Neuauflage der Ausgabe von 1987
(Klett-Cotta, Stuttgart)

© 2014 Psychosozial-Verlag

Walltorstr. 10, D-35390 Gießen

Fon: 06 41 - 96 99 78 - 18; Fax: 06 41 - 96 99 78 - 19

E-Mail: info@psychosozial-verlag.de

www.psychosozial-verlag.de

Alle Rechte vorbehalten. Kein Teil des Werkes darf in irgendeiner Form
(durch Fotografie, Mikrofilm oder andere Verfahren) ohne schriftliche
Genehmigung des Verlages reproduziert oder unter Verwendung
elektronischer Systeme verarbeitet, vervielfältigt
oder verbreitet werden.

Umschlaggestaltung: Andrea Deines, Berlin

Druck: Majuskel Medienproduktion GmbH, Wetzlar

www.majuskel.de

Printed in Germany

ISBN 978-3-8379-2344-5

»Wir waren nie stolz auf die Vollständigkeit und Abgeschlossenheit unseres Wissens und Könnens; wir sind, wie früher so auch jetzt, immer bereit, die Unvollkommenheiten unserer Erkenntnis zuzugeben, Neues dazuzulernen und an unserem Vorgehen abzuändern, was sich durch Besseres ersetzen läßt« (S. 183).

»Wir werden auch sehr wahrscheinlich genötigt sein, in der Massenanwendung unserer Therapie das reine Gold der Analyse reichlich mit dem Kupfer der direkten Suggestion zu legieren . . . Aber wie immer sich auch diese Psychotherapie fürs Volk gestalten, aus welchen Elementen sie sich zusammensetzen mag, ihre wirksamsten und wichtigsten Bestandteile werden gewiß die bleiben, die von der strengen, der tendenzlosen Psychoanalyse entlehnt worden sind« (S. 193–194).

Aus Sigmund Freud, »Wege der psychoanalytischen Therapie« (1920)

Inhalt

	Geleitwort . . .	9
1	Einleitung . . .	11
2	Grundzüge der psychoanalytischen Behandlungstechnik . . .	17
2.1	Das Standard-Verfahren . . .	18
2.2	Einige Modifikationen der psychoanalytischen Behandlungstechnik . . .	24
3	Stationäre Behandlungskonzeptionen . . .	35
3.1	Psychoanalyse in der Klinik . . .	37
3.2	Therapeutische Gemeinschaft und psychoanalytische Therapie . . .	41
3.3	Bipolare Modelle mit Unterscheidung von analytisch- therapeutischem und sozio-therapeutischem Raum . . .	51
3.4	Stationär-ambulante Modelle . . .	60
3.5	Integrative Modelle . . .	66
3.6	Internistisch-psychosomatische Modelle . . .	74
3.7	Modelle pragmatischer klinischer Psychotherapie . . .	80
3.8	Psychosomatische Großkliniken . . .	82
4	Behandlungsergebnisse in einem bipolaren und einem integrativen Modell . . .	86
4.1	Stationäre psychoanalytische Gruppentherapie in einem bipolaren Modell (Modell 1) . . .	86
4.2	Erfahrungen mit dem bipolaren Behandlungsmodell . . .	90
4.3	Integratives Modell stationärer psychoanalytischer Therapie (Modell 2) . . .	95
4.4	Evaluation der Modelle . . .	107
4.4.1	Anmerkungen zur Evaluationsforschung in der Psychotherapie . . .	107
4.4.2	Eigenes Untersuchungsverfahren . . .	109
4.4.3	Therapieresultate im Modell 1 und 2 . . .	114
4.4.4	Analyse der Ergebnisse . . .	116

5	Versuch einer Praxeologie integrativer psychoanalytischer Krankenhausbehandlung . . .	129
5.1	Die organisatorischen Grundstrukturen des Therapieraums . . .	130
5.2	Struktur und Arbeitsweise des psychoanalytischen Teams . . .	139
5.3	Die Differenzierung der analytisch-therapeutischen Aufgaben im Team . . .	156
5.3.1	Psychoanalytische Gruppentherapie und Einzeltherapie . . .	158
5.3.2	Maltherapie und Musiktherapie . . .	163
5.3.3	Bewegungstherapie . . .	172
5.3.4	Therapiefeld der Schwestern und des Stationsarztes . . .	174
5.4	Der individuelle therapeutische Prozeß . . .	183
5.4.1	Zum Verständnis von Übertragung . . .	183
5.4.2	Die Aufnahme in die Klinik . . .	184
5.4.3	Manifestationen der Übertragung . . .	187
5.4.4	Wirksamkeit und Grenzen stationärer psychoanalytischer Therapie . . .	207

Anhang

Tabellen . . . 215

Bibliographie . . . 243

Register . . . 260

Die Weiterentwicklung der psychoanalytischen Therapie in der Klinik

Nachwort des Autors zur Neuauflage 2014 . . . 265

Geleitwort

Die Psychoanalyse hat ein therapeutisches Verfahren entwickelt, dessen kurative Wirkung darin besteht, unbewußte pathogene Vorgänge dem bewußten Erleben des Patienten zugänglich zu machen. Ursprünglich wurde dieses Verfahren ausschließlich in der ambulanten Zweierbeziehung zwischen Arzt und Patient praktiziert.

Die Geschichte der psychoanalytisch orientierten stationären Psychotherapie läßt sich als ein Prozeß der Loslösung von der ambulanten Einzeltherapie und als ein Bemühen um Verselbständigung verstehen. Es war ein langer Weg von den ersten Versuchen, psychoanalytische Einzeltherapie unverändert im stationären Rahmen durchzuführen, bis zur Entwicklung eines selbständigen integrativen stationären Therapiekonzeptes, das zum einen die essentiellen psychoanalytischen Behandlungsbestandteile beibehalten, zum anderen aber die stationären personellen, räumlichen und institutionellen Besonderheiten in die Therapie einbezogen hat.

Herr Janssen gibt im vorliegenden Buch zunächst eine sorgfältige problemorientierte Darstellung dieses Entwicklungsweges. Dabei zeigt sich bereits die Bedeutung und Reichweite des integrativen psychoanalytisch begründeten stationären Therapiekonzeptes. Mit der dann folgenden differenzierten Beschreibung und Diskussion des von ihm im Verlauf jahrelanger klinischer Tätigkeit entwickelten und erprobten integrativen Modells, dessen Funktion und Wirksamkeit er immer wieder mit eindrucksvollen Falldarstellungen veranschaulicht, macht er vollends deutlich, daß damit eine Entwicklungsphase abgeschlossen bzw. ein Stand erreicht ist, der das im stationären Rahmen prinzipiell vorhandene psychoanalytische Therapiepotential voll ausschöpft, so daß auch jenen schwer gestörten Patienten, die von der ambulanten Therapie weniger zu profitieren vermögen, besser geholfen werden kann.

Ich wünsche dem Buch eine weite Verbreitung.

Hans Quint

1 Einleitung

Stationäre Psychotherapie als psychoanalytisch begründete Psychotherapie verstehen heißt, sich mit der Anwendbarkeit der psychoanalytischen Kenntnisse und der psychoanalytischen Behandlungstechnik unter den Bedingungen eines stationären Behandlungsrahmens zu befassen. Im weitesten Sinn berührt das Buch das Verhältnis zwischen psychoanalytischer Theoriebildung über die Entstehung psychischer Krankheiten und psychoanalytischer Behandlungstechnik. Dieses Verhältnis von Theoriebildung und Behandlungstechnik ist ein wechselseitiger Prozeß, in dem einerseits aus den Anforderungen in Behandlungen und aus der klinischen Erfahrung sich neue Modellvorstellungen psychischer Krankheiten ergeben können und andererseits aus theoretischen Erörterungen und experimentellen psychoanalytischen Untersuchungen sich Modifikationen der psychoanalytischen Behandlungstechnik ableiten und begründen lassen. In diesem Sinne kann das vorliegende Buch zum einen verstanden werden als Beitrag zum Anwendungsspektrum der psychoanalytischen Theorie und Technik innerhalb einer klinischen Institution, zum anderen als Überblick über die bisherigen Beiträge der Psychoanalyse zur stationären psychotherapeutisch-psychosomatischen Versorgung.

Ein solcher Überblick zeigt, daß die stationäre psychotherapeutisch-psychosomatische Versorgung auffällig heterogen ist. Feieris (1982) charakterisiert die stationären psychosomatischen Versorgungsmodelle zutreffend nach ihrer Position in der stationären Versorgung. Er spricht von *Dienstleistungsmodellen*, wenn solche Abteilungen ausschließlich konsiliarische Funktionen für somatische Kliniken wahrnehmen. *Satellitenmodelle* nennt er solche Abteilungen, die als kleine Bettenstation zumeist in psychiatrischen Kliniken etabliert wurden. *Durchdringungsmodelle* nennt er eigenständige Kliniken oder Abteilungen für Psychotherapie und Psychosomatik. Für die noch übrigbleibenden psychosomatischen Kurkliniken findet er keinen passenden Namen.

Im Hinblick auf die gesamte gesundheitspolitische Situation, insbesondere des Krankenhaussektors, und im Hinblick auf die

Heterogenität methodischer Positionen scheint es an der Zeit, eine Standortbestimmung der stationären psychotherapeutisch-psychosomatischen Versorgung vorzunehmen.

Der erste Versuch von Simmel (1927) in Deutschland (Schulz und Hermanns 1987), analytische Behandlungsprinzipien auch in der stationären Behandlung psychischer Erkrankungen einzusetzen, war von kurzer Dauer, wurde jedoch in Amerika aufgegriffen und weiterentwickelt (Menninger 1936). In Deutschland konnte erst nach dem Krieg 1948 eine Klinik für psychogene Störungen in Berlin (Wiegmann 1968) und 1949 die Klinik für psychogene Störungen in Tiefenbrunn bei Göttingen errichtet werden. In Heidelberg etablierte sich 1950 unter A. Mitscherlich eine psychosomatische Klinik mit Bettenstation, an der medizinischen Klinik der Universität Freiburg 1959 die psychosomatische Station im Landhaus Umkirch. Diese Kliniken gründeten ihre Behandlung psychoneurotisch und psychosomatisch erkrankter Patienten erstmals auf psychoanalytische Theorien.

In den darauffolgenden Jahren sind weitere stationäre psychotherapeutisch-psychosomatische Behandlungsplätze hinzugekommen. Exakte Zahlen darüber zu erhalten, ist schwierig, da solche Plätze in den offiziellen Statistiken in den Gesamtkomplex der Sonderkrankenhäuser eingehen. Halboffizielle Erhebungen können jedoch einen Annäherungswert für den aktuellen Stand geben:

- Bei der ersten Bestandsaufnahme im »Bericht zur Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland (Zur psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung, Enquête-Bericht 1975)« wurden 50 psychotherapeutisch-psychosomatische Kliniken bzw. Abteilungen mit insgesamt 2253 Behandlungsplätzen (Betten) ermittelt.
- Die Erhebungen von Reimer und Lorenzen (1979) über psychiatrische Institutionen weisen etwa 3878 psychotherapeutisch-psychosomatische Behandlungsplätze in 70 Institutionen aus. Die überwiegende Anzahl der Behandlungsplätze, nämlich 2848, befindet sich in den 19 psychotherapeutisch-psychosomatischen Fachkliniken. Es sind kleinere Einheiten mit elf Betten oder größere psychosomatische Fachkliniken mit bis zu 240 Betten. Die 13 Abteilungen für Psychotherapie und Psychosomatik an Universitätskliniken haben insgesamt eine stationäre Behandlungskapazität von 236 Behandlungsplätzen.

Die 36 Abteilungen für Psychotherapie und Psychosomatik an psychiatrischen Fachkrankenhäusern haben 1351 Behandlungsplätze. Bei 10 Prozent der stationären Patienten in psychiatrischen Kliniken sollen schwere Neurosen oder psychosomatische Erkrankungen vorliegen (Reimer und Groß 1981).

- Nach einer Erhebung des Deutschen Kollegiums für Psychosomatische Medizin (Neun u. a. 1981) soll es in den 33 Institutionen, die sich an der Befragung beteiligten, immerhin 4106 Behandlungsplätze geben. Die Erhebung zeigt eine deutliche Zentrierung auf die nicht-universitären Einrichtungen öffentlicher oder privater Träger von psychotherapeutisch-psychosomatischen Fachkrankenhäusern und Abteilungen in internistischen Kliniken.*
- Dem Gesamtverzeichnis des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge (Siebecke-Giese 1980/1983) läßt sich entnehmen, daß 64 psychotherapeutisch-psychosomatische Kliniken mit 4332 Behandlungsplätzen existieren, davon 3749 vollstationäre für Erwachsene, 517 vollstationäre für Kinder und Jugendliche und 66 tagesklinische.

Daraus folgt, daß zur Zeit etwa *4000 bis 4500 Behandlungsplätze* für stationäre psychotherapeutisch-psychosomatische Behandlungen zur Verfügung stehen.

Nach den Angaben in diesen Erhebungen über die Behandlungsmethodik ist die psychotherapeutische Arbeit in diesen Kliniken überwiegend analytisch oder tiefenpsychologisch begründet, aber auch verhaltenstherapeutisch, gesprächspsychotherapeutisch, psychodramatisch und gestalttherapeutisch. Überwiegend werden auch autogenes Training, Gestaltungstherapie, Musiktherapie, Bewegungstherapie und weitere übende Verfahren sowie eine Milieuthérapie auf der Station angeboten.

Die stationäre Behandlungskapazität ist also ständig gewachsen. Dennoch müssen viele Patienten oft Monate warten, bis sie in die Klinik aufgenommen werden können. Lange Zeit aber wurde die stationäre Psychotherapie sowohl von psychoanalytischer (z. B. Strutzka 1975) wie von psychiatrischer Seite (z. B. Häfner 1975) auch skeptisch bis ablehnend beurteilt. Die Einrichtung von

* Bei der Drucklegung dieses Buches erschien eine Auflistung aller psychosomatischen Einrichtungen in der Bundesrepublik Deutschland (Hg. H. Neun 1987).

psychotherapeutischen Kliniken oder Stationen wurde deswegen nicht als sinnvoll angesehen, weil bei einem psychotherapeutischen Prozeß in der Klinik das unbewußte Material nicht hinreichend durchgearbeitet werden könne. Dieser Standpunkt erklärt sich u. a. daraus, daß stationäre Psychotherapie lediglich als eine Verlagerung der ambulanten Psychotherapieformen in den klinischen Bereich verstanden wird. Der Einfluß der klinischen Situation auf das Therapiekonzept und die daraus sich ergebenden Folgen für ambulante und stationäre Psychotherapie blieben unberücksichtigt.

Mit Blick auf diese Kritik auch anderer ambulant tätiger Psychoanalytiker und Psychotherapeuten ist es von praktischem und wissenschaftlichem Interesse, die Organisationsformen, die methodischen Positionen und die Indikationsstellungen zur stationären psychotherapeutischen Behandlung näher und kritisch zu untersuchen. Die theoretische Basis der hier vertretenen stationären Psychotherapie ist die Psychoanalyse und ihre Weiterentwicklung, insbesondere die Objektbeziehungstheorie. Dem Leser habe ich zugemutet, zumindest Grundkenntnisse in der Theorie der Psychoanalyse mitzubringen. Soweit spezielle Fragen angesprochen sind, werde ich an den entsprechenden Stellen Hinweise auf die Literatur geben.

Der kurze Überblick über die psychoanalytischen Behandlungsprinzipien (Kap. 2) soll dem weniger kundigen Leser den Zugang zu der Besonderheit der stationären psychoanalytischen Therapie erleichtern und ihm den methodischen Hintergrund verdeutlichen. Dabei wird kurz auf einige Modifikationen der Behandlungstechnik eingegangen, die für die stationäre Therapie relevant sind (Kap. 2.2).

Die Probleme der Indikation für eine stationäre Psychotherapie können in der Einleitung nur angedeutet werden. Sie sollen ausführlich an anderer Stelle behandelt werden. Zur Zeit werden folgende Kriterien für eine Indikation zur stationären Psychotherapie im individuellen Fall überprüft und abgewägt (vgl. Janssen 1981 b): Stationäre Psychotherapie kann notwendig werden

- bei symptombedingter Unfähigkeit, eine ambulante Behandlung aufzunehmen, z. B. schwere Agoraphobie, Angstneurose, Zwangsneurose;
- wenn organmedizinische Diagnostik und Therapie unabdingbar

- sind, z. B. bei psychosomatisch Kranken mit akuter körperlicher Symptomatik;
- bei persönlichkeitsbedingter Unfähigkeit, eine ambulante Psychotherapie aufzunehmen und aufrechtzuerhalten, z. B. bei erheblicher Ichschwäche;
 - bei akuter Dekompensation zur Krisenintervention;
 - bei erforderlicher Trennung aus einem Milieu, das die pathogene Psychodynamik erhält und fördert;
 - bei regionaler Unterversorgung mit ambulanten Psychotherapeuten.

Die Grundfrage, die als roter Faden das gesamte Buch durchzieht, ist: Wie kann die stationäre Psychotherapie, ein »personell und settingmäßig komplexes Behandlungssystem«, als »psychoanalytische Praxis« (Fürstenau 1974, 1977 c) verstanden, organisiert und therapeutisch wirksam werden? Psychoanalytiker, die in der stationären Psychotherapie tätig waren, versuchten unter den jeweiligen institutionellen, personellen, räumlichen und zeitlichen Bedingungen, die das Krankenhaus setzt, diese Frage zu lösen. Es scheint mir von großem Interesse zu sein, wie sie, auch bei verschiedenen ätiologischen und behandlingstechnischen Positionen und bei unterschiedlichen Patientengruppen, stationäre Psychotherapie konzeptualisiert und organisiert haben. Dieser Frage wird in Kapitel 3 nachgegangen.

Die eigenen Erfahrungen bei der Anwendung analytischer Behandlungsprinzipien im stationären Raum und die bisher vorliegenden Evaluierungen werden in Kapitel 4 zusammenfassend dargestellt. In einem abschließenden Kapitel (Kap. 5) wird eine Praxeologie einer integrativen psychoanalytischen Krankenhausbehandlung anhand von Beispielen, Fallskizzen, stationären Szenen und deren theoretischer Diskussion entworfen.

Mein Ziel ist, dem Leser zu vermitteln, daß stationäre Psychotherapie als spezielle Form der psychoanalytischen Therapie verstanden werden kann, die eine spezielle Gruppe von Patienten erreicht, welche in ambulanten psychoanalytischen Behandlungen nur schwer erreichbar sind.

Meine Gedanken sind entstanden in der klinischen Praxis und den zahlreichen Diskussionen mit Kollegen und Mitarbeitern aus allen therapeutischen Bereichen. Ich möchte mich bei allen von ihnen für ihre engagierte Mitarbeit bedanken. Mein besonderer

Dank gilt meinem akademischen Lehrer, Hans Quint, der jahrelang meine Arbeit begleitet und gefördert hat und mir mit seinem Rat manche Anregung gab. Bedanken möchte ich mich auch bei Frau Irmela Köstlin vom Verlag Klett-Cotta für wertvolle Hinweise bei der Überarbeitung des Manuskripts und bei den beiden Sekretärinnen, Frau L. Hoffstadt und Frau I. Rautenberg, die geduldig immer wieder veränderte Fassungen zu Papier brachten.

2 Grundzüge der psychoanalytischen Behandlungstechnik

Jede psychoanalytische Therapie versucht als kausale Therapie, die infantilen, unbewußten, pathogenen Anteile einer Persönlichkeit bewußt und erlebbar zu machen und dem Patienten zu helfen, sie in sein seelisches Leben zu integrieren. Der Kern der psychoanalytischen Therapie ist unbestritten; Fürstenau (1977 b) beschreibt ihn als die Bewußtmachung der »verbliebenen Kindlichkeit im Sinne unbewußter Gebundenheit an die Eltern oder Elternrepräsentanten«. Dabei ist der Psychoanalytiker nicht ein Verwalter einer speziellen Technik, die er rational in der Therapie einsetzt, sondern er ist immer auch selber affektiv als Person und Individuum in den analytischen Prozeß mit einbezogen (Morgenthaler 1978). Psychoanalytische Therapie ist nicht eine Beschäftigung mit der Kindheit auf einer kognitiv-rationalen Ebene, sondern die Beschäftigung mit verbliebenen kindlichen Beziehungsmustern, die unbewußt auf neue Partner übertragen werden und die in der psychoanalytischen Situation erfahrbare und analysierbar werden (Fürstenau 1977 b).

Zunächst wurde das sog. klassische psychoanalytische Standardverfahren in der Dual-Beziehung, der sehr persönlichen Beziehung zwischen Analytiker und Patient, entwickelt. Es prägte jede weitere Form der psychoanalytischen Therapie. Bei der Behandlung schwerer psychischer Krankheiten wurden Modifikationen der psychoanalytischen Behandlungstechniken notwendig. Dies führte auch zu einer Veränderung des Settings und der therapeutischen Zielsetzungen in der psychoanalytischen Therapie. Das Setting der Dual-Beziehung blieb jedoch in der psychoanalytischen Psychotherapie (z. B. G. und R. Blanck 1974, 1979, Kernberg 1975 a, 1981, Kutter 1977 u. a.) und in der dynamischen Psychotherapie (Dührssen 1972) erhalten.

Auch die psychoanalytische Kurz- und Fokalthherapie (vgl. z. B. Balint et al. 1972, Malan 1963, Beck 1974, Bellak und Small 1965) behält dieses Setting bei. Die technische Modifikation besteht darin, daß bei konturierten neurotischen Konflikten nur begrenzte und bei Behandlungsbeginn definierte Konflikte bearbeitet wer-

den und auf eine weitere interpretative Bearbeitung der Verästelung dieser oder anderer auftauchender Konflikte verzichtet wird.

Heute untersucht und behandelt der Analytiker Paar-Beziehungen (vgl. z. B. Richter 1970, Willi 1975, 1978), Familien-Beziehungen (vgl. z. B. Richter 1970, Stierlin 1975) und Gruppen-Beziehungen. Auf die beiden ersten Behandlungskonzepte, die zum Teil von der psychoanalytischen Therapie abweichen, kann hier nicht eingegangen werden. Die Behandlung in der Gruppe spielt aber im Rahmen jeder stationären Psychotherapie eine besondere Rolle, da in der stationären Psychotherapie die Mehr-Personen-Beziehung vorgegeben ist. Daher werden die Erfahrungen mit psychoanalytischer Gruppentherapie besondere Beachtung erfahren.

2.1 Das Standard-Verfahren

Als Freud (1914) die Reihe seiner technischen Schriften beendete, war die psychoanalytische Behandlungstechnik weitgehend dargelegt und formalisiert, wie Greenson (1967) und Sandler et al. (1973) meinen. Nach Freuds Vorstellung sollen, entsprechend der Strukturtheorie, in der Psychoanalyse *infantile unbewußte Trieb-Abwehr-Konflikte*, d. h. *intersystemische Konflikte* (zwischen Ich, Überich bzw. Ideal-Ich und Es), bewußt gemacht werden, und zwar über die Herstellung und deutende Bearbeitung einer Übertragungsneurose. Rangell definiert nach Cremerius (1977) Psychoanalyse folgendermaßen: »Eine therapeutische Methode, durch die die günstigsten Bedingungen für das Zustandekommen einer Übertragungsneurose geschaffen werden, in der die Vergangenheit in der Gegenwart wieder hergestellt wird, damit es über einen mit systematischen Deutungen arbeitenden Angriff auf die vorhandenen Widerstände zu einer Auflösung der Neurose (der Übertragungs- wie der infantilen Neurose) kommt mit dem Ziel, strukturelle Veränderungen im psychischen Apparat des Patienten hervorzubringen, die diesen zu einer optimalen Anpassung an seine Lebensumstände befähigen«.

Neben anderen Voraussetzungen mußten Patienten für eine so definierte Psychoanalyse über ein intaktes Ich verfügen, eine adäquate Beziehung zur Realität aufrechterhalten, eine Ichspaltung in einen erlebenden und einen beobachtenden Anteil vollziehen können und einen Pakt mit dem analysierenden Ich des Analyti-

kers eingehen. Eine psychoanalytische Mitarbeit scheint deswegen am ehesten bei Patienten möglich, die in der Trieb- und Ich-Entwicklung die ödipale Phase erreicht haben und über die Interpretation des Analytikers Einsicht in ihre ödipalen Verwicklungen, ihre Inzestwünsche und Kastrationsängste gewinnen können (vgl. Tyson und Sandler 1974).

An dem Grundmodell der Psychoanalyse soll die Behandlungstechnik, die zur Erreichung des oben skizzierten Ziels verwandt wird, dargelegt werden. Eine Übersicht über die psychoanalytische Behandlungstechnik geben z. B. Fenichel (1941), Greenson (1967), Sandler et al. (1973).

Das *Grundmodell der Psychoanalyse* läßt sich folgendermaßen skizzieren: Die Psychoanalyse beginnt mit einem Erstinterview oder einer Probebehandlung. Der Analysand ist ein Leidender, Rat- oder Hilfesuchender, dessen Motivation zur psychoanalytischen Therapie über den Leidensdruck gesichert ist. Er trifft eine positive Entscheidung für ein Bündnis mit dem Analytiker und dessen Methode, wenn die aktuelle Begegnung mit dem Analytiker seine Bereitschaft fördert, sich auf einen klärenden Prozeß der Begegnung mit sich selbst und seinem Verhalten einzulassen. Die Entscheidung des Analytikers, einen Behandlungsvertrag einzugehen, ist komplexer und bestimmt von seiner Gegenübertragung, seinen psychoanalytisch-diagnostischen Fähigkeiten usw. Weiterhin kommen eine Reihe realer Faktoren dazu, wie Finanzen, Wohnort des Patienten, Zeitaufwand, Überlegungen zur akzeptierbaren Dauer der Behandlung.

In der Einleitung der Behandlung (Freud 1913) werden dem Analysanden die Bedingungen der Behandlung mitgeteilt: *freie Assoziation* (»Sagen Sie alles, was Ihnen durch den Sinn geht«), das »Zeremoniell der Situation« (der Patient liegt auf der Couch, der Analytiker sitzt hinter dem Kopfende), pünktlicher Beginn und pünktliches Ende der Stunde, Regelmäßigkeit der Stunde (viermal pro Woche), Zeit- und Geldforderungen, Urlaubsregelungen, Verschwiegenheit.

Von der Patientenseite her ist konstituierend für die psychoanalytische Situation: die *freie Assoziation*, die *Übertragung*, der *Widerstand*, das *Arbeitsbündnis* und das *Durcharbeiten*. Die Einhaltung der Grundregel, alles mitzuteilen, was ihm in der Stunde einfällt (freie Assoziation), ist unabdingbar. Die freie Assoziation

ist »die grundlegende und einzigartige Kommunikationsmethode... das Mittel der Entdeckung des Unbewußten« (Greenson 1967). Die Dynamik des Behandlungsverlaufes ist auf der einen Seite geprägt von der Tatsache, daß die persönlichen, privaten Belange des Analytikers dem Patienten weitgehend unbekannt bleiben (Abstinenzregel), und auf der andern Seite von der möglichst weitgehenden und auch geförderten Offenheit des Analysanden. Der Analysand entwickelt *Widerstände* gegen die Aufdeckung von peinlichen Themen, Gedanken, Vorstellungen und Gefühlen. Sie stellen sich der analytischen Behandlung entgegen, nämlich der Erinnerung und der Bewußtmachung der unbewußten Abwehr und der Triebansprüche sowie der infantilen Beziehungsmuster. Diese Widerstände sind in der Persönlichkeit strukturell verankert. Im Prinzip kann jede Verhaltensweise in den Dienst des Widerstands gestellt werden, vor allem aber werden strukturtypische Abwehrmechanismen eingesetzt. *Übertragungen* sind die auf die Person des Analytikers gerichteten negativen oder positiven Gefühle, Vorstellungen und Wünsche des Patienten. Ihr Übertragungscharakter enthüllt sich vor allem in ihrer Unangemessenheit.

Die Analyse der Übertragungsreaktion und der sich entwickelnden *Übertragungsneurose* ist das Kernstück der psychoanalytischen Behandlung. Nach Greenson (1967) ist die Übertragung »ein Wiederdurchleben der Vergangenheit, ein Mißverstehen der Gegenwart gemäß der Vergangenheit«. Unbewußte infantile Konflikte werden auf den Analytiker übertragen, sowohl in ihrem Trieb- wie in ihrem Abwehraspekt. Die Bedeutung der Arbeit an der Übertragung liegt darin, daß die in Vergessenheit geratenen, strukturbildenden, libidinös oder aggressiv besetzten Beziehungen der Vergangenheit an der Person des Analytikers wiederbelebt werden, also affektiv aktualisiert und, von da ausgehend, erkannt und geklärt, gedeutet und aufgelöst werden können. Die sich entwickelnde Übertragungsneurose ist eine aktuelle Wiederholung der infantilen Neurose, der unbewußten Beziehungen zu den primären Objekten. Die Auflösung der Übertragungsneurose durch Analysieren bedeutet auch eine Auflösung der infantilen Neurose. In der *Rekonstruktion* der infantilen Szene wird dem Patienten ein Stück seiner vergessenen Vorgeschichte vorgeführt (vgl. Freud 1937, Lorenzer 1970, Greenacre 1976).