

Eckhart Neumann, Michael Naumann-Lenzen (Hg.)
Psychodynamisches Denken und Handeln
in der Psychotherapie

Therapie & Beratung

Eckhart Neumann, Michael Naumann-Lenzen (Hg.)

Psychodynamisches Denken und Handeln in der Psychotherapie

**Eine intersubjektive und
verfahrenübergreifende Sicht**

Mit Beiträgen von Reiner Brüggemann, Ulrike Hadrich,
Michael Naumann-Lenzen, Eckhart Neumann,
Harm Stehr und Vera Walther-Moog

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.

Originalausgabe
© 2017 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.

Umschlagabbildung: Pierre-Auguste Renoir:

»Boating Couple (Aline Charigot and Renoir)«, 1881

Umschlaggestaltung und Innenlayout nach Entwürfen von Hanspeter Ludwig, Wetzlar

Satz: metiTEC-Software, me-ti GmbH, Berlin

ISBN 978-3-8379-2543-2

Inhalt

	Vorwort der Herausgeber	15
	Einführung	17
	<i>Michael Naumann-Lenzen und Eckhart Neumann</i>	
	Altlasten und Aufbruch durch Öffnung:	
	Der Beitrag der Selbstpsychologie	18
	Das Verhältnis von Realität und Fantasie –	
	Beziehung statt Trieb»objekt«	18
	Drei Paradigmenwechsel	19
	Traumaforschung	21
	Resilienz, protektive Faktoren und Salutogenese	22
	Die Bedeutung der therapeutischen Beziehung	23
	Dritter Paradigmenwechsel: Regulation	23
	Wo bleibt der intrapsychische Konflikt?	25
	Und schließlich: Die Neuroforschung	26
	Nun zu den Beiträgen im Einzelnen	27
	Literatur	30
I	Grundlagen der psychodynamischen Psychotherapie	31
	<i>Eckhart Neumann</i>	
1	Einführung	31
2	Vergleiche	35
3	Grundelemente psychodynamisch orientierter Gesprächsführung	38

4	Zum therapeutischen Vorgehen in der psychodynamisch orientierten Psychotherapie	42
4.1	Technik und Beziehung	42
4.2	Die innere Haltung der Therapeuten in der psychodynamischen Therapie	46
4.3	Der Wechsel zwischen aktiver und gewährender Haltung	47
4.4	Erlebende Teilnahme versus Reflexion des Prozesses	48
4.5	Die Dialektik von Erleben und Reflexion	51
5	Begriffsklärungen	54
5.1	Affektregulation	55
5.2	Empathie	58
5.2.1	Ein Definitionsversuch	58
5.2.2	Die empathische, entwicklungsfördernde Beziehung	58
5.2.3	Wenn es mit der Empathie schwierig wird	60
5.2.4	Die Empathie beeinflussende Faktoren	61
5.3	Ein erster Überblick: Grundlegendes zur therapeutischen Beziehung	63
5.4	Übertragung, noch einmal genauer unter die Lupe genommen	67
5.5	Die Gegenübertragung unter der Lupe	70
5.6	Affektive Resonanz	70
5.6.1	Die Resonanztheorie und wie sie uns Therapeuten nutzen kann	74
5.6.2	Wechselseitige Abstimmungsvorgänge	75
5.6.3	Emotionale Austauschprozesse	78
5.6.4	Der heilende Einfluss emotionaler Resonanz	81
5.6.5	Therapieerfolg und Harmonie	82
5.6.6	Die authentische Begegnung	83
5.6.7	Die unbewusste Kommunikation zwischen Patienten und Therapeuten	84
5.6.8	Der therapeutische Umgang mit der unbewussten Kommunikation	88
5.6.9	Der Anteil des Patienten an der Entwicklung in der Psychotherapie	90
5.7	Intuition	91

5.7.1	Intuition: Ein Definitionsversuch	92
5.7.2	Ausdrucksformen der Intuition	94
5.7.3	Funktionsweise intuitiver Prozesse	95
5.7.4	Intuitive Prozesse in der Psychotherapie	95
5.7.5	Intuition und Begegnung	98
5.7.6	Vorteile und Gefahren intuitiven Vorgehens	99
5.7.7	Die Reflexion intuitiven Vorgehens	100
5.8	Phasen des intuitiven Prozesses	101
5.9	Das intersubjektive Feld	104
	Exkurs: Ist die psychodynamische Therapie überhaupt wissenschaftlich begründet?	106
6	Veränderungsmechanismen in der psychodynamischen Therapie	108
6.1	Die Bedeutung des Bewusstseins bei Veränderungen	109
6.2	Sterns Begriffe des »Begegnungs-« und »Veränderungsmomentes«	111
6.3	Begegnungs- und Veränderungsmomente systemisch betrachtet	116
6.4	Die emotionale Qualität von Veränderungsmomenten	116
7	Zur Rolle des Therapeuten in der psychodynamischen Psychotherapie oder: Tatsächlich – der Weg ist das Ziel	120
7.1	Das gemeinsame Unbewusste zwischen Patienten und Therapeuten	120
7.2	Die intersubjektive Regulation von Affekten in der Therapie	122
8	Die Bedeutung der Selbsterfahrung der Therapeuten	125
9	Ein Bild sagt mehr als tausend Worte – Bilder und das Unbewusste	127
	Literatur	133
	Abbildungsverzeichnis	134

II	Regulation: Intersubjektiv und intrasubjektiv	137
	Ein Paradigmenwechsel	
	<i>Michael Naumann-Lenzen</i>	
	Vorbemerkung	137
1	Genexpression, Epigenese und die »gebrauchsabhängige Entwicklung des Gehirns« (Perry et al., 1995)	138
2	Das »parallele Prozessieren«: »Implizite« und »explizite« Erlebensdimensionen	141
3	Implizite Lernprozesse und die Gedächtnissysteme in der Übertragung/Gegenübertragung (wechselseitige Resonanz)	145
3.1	Erste Zwischenbemerkung: Metaphern als Katalysatoren	151
3.2	Zweite Zwischenbemerkung: »Proximales« und »distales« Berührtsein	152
4	Resonanz in der intersubjektiven Dimension und die biografisch-vertikale Dimension	155
5	Unsere zwei Gehirne: Was sie können	166
6	Regulation – intrasubjektiv und intersubjektiv	169
7	Affekte sind ansteckend: Wie wir die Affekte des Anderen lesen	173
8	»Outsourcing«: Regulation im Bindungsgeschehen	175
8.1	Zwischenfrage: Weshalb ist dieser Rekurs zur frühen Mutter-Kind-Abstimmung und zur kindlichen Entwicklung überhaupt von klinischer Relevanz?	177
8.2	Selbstobjekt und Regulation	183
9	Bindung und das implizite Erlernen von Intersubjektivität	187
9.1	Die Entstehung von Bindungsmustern bei Kindern	187
9.2	Das innere Arbeitsmodell von Bindung in der Übertragung	197
10	Bindung bei Erwachsenen	200
11	Bindungsmuster: Transgenerationelle Weitergabe und die Rolle der Spiegelneuronen	206

12	Das Regulations-Dysregulations-Kontinuum: Stress, Belastung und Trauma	211
12.1	Exkurs: Das limbische System & Co (LS)	213
12.2	Exkurs: Autonomes Nervensystem (ANS) und HPA-Achse	216
12.3	Dysregulation	217
13	Die Rolle von Scham und Beschämung	223
14	Was wirkt eigentlich in Therapien?	
	Intersubjektive Regulation und therapeutische Haltung	227
14.1	Zunächst: Die Frage, wie therapeutische Wirkfaktoren eigentlich beforscht werden	227
14.2	Ross und Reiter: Die Macht limbisch-subcortikaler Strukturen oder: Was kann Psychotherapie eigentlich leisten?	233
14.3	Interventionen: Rechtshemisphärisch? Linkshemisphärisch?	234
14.4	Primär-impliziter Wandel braucht Zeit	236
14.5	Welche grundsätzliche therapeutische Haltung nehmen wir ein, wenn wir intersubjektiv und regulationsorientiert arbeiten?	237
14.6	Psychotherapie ist Kunst! Psychotherapie ist Technik! Persönlichkeit und »Herzensbildung«	239
14.7	Ausblick: Bottom → top: Wo bleibt der Körper in der »sprechenden« Psychotherapie?	243
	Literatur	247
III	Spezielle Aspekte	251
1	Psychodynamische Psychotherapie als interpersonaler Entwicklungsraum – das »Etwas Mehr« als Behandlungstechnik <i>Harm Stehr</i>	251
1.1	Techne und Phronesis	257
1.2	Der Raum und die Grenzen	262
1.3	Regelhafter und operativer Umgang am Beispiel der Abstinenz	263
	Literatur	265

2	Über Spontaneität des Psychoanalytikers/ Psychotherapeuten in der Behandlung <i>Vera Walther-Moog</i>	267
2.1	Einführung	267
2.2	Die Geschichte vom Gesang im Treppenhaus – eine Falldarstellung	268
2.3	Die spontane Äußerung im Licht der Übertragungsbeziehung	272
2.4	Spontaneität und die Theoriengeschichte zum Abstinenz- und Neutralitätsgebot	274
2.5	Spontaneität als Gegenübertragungsgagieren	279
2.6	Die Spontaneität als Teil der Szene	281
2.7	Die Bedeutung des »Anderen« für die Entwicklung des Selbst: Eine Entwicklungsgeschichte	281
2.7.1	Die Entwicklung hin zur Intersubjektivität	282
2.7.2	Der Beitrag der Objektbeziehungstheorie	282
2.7.3	Die spontane Handlung als Ausdruck projektiver Identifizierung oder eigener Subjektivität des Analytikers?	282
2.8	Spontaneität aus der Sicht der Intersubjektiven Psychoanalyse – Erkenntnisse aus der Säuglings-/Bindungsforschung, der Gedächtnisforschung und der Neurowissenschaft	284
2.8.1	Säuglingsforschung und Bindungstheorie	285
2.8.2	Mentalisierung	286
2.8.3	Die Chance des Now-Moments mit spontaner Intervention nutzen	287
2.8.4	Der Beitrag der Neurowissenschaften zum Verständnis unbewusster Prozeduren	289
2.8.5	Folgerungen für das Verständnis der Wirksamkeit spontaner therapeutischer Interventionen	290
2.9	Anwendung der Erkenntnisse auf die Geschichte vom Gesang im Treppenhaus	290
2.10	Was wird aus der Abstinenzforderung in der Intersubjektiven Psychoanalyse?	292

2.11	Anforderungen an den intersubjektiv arbeitenden Therapeuten	293
2.12	Abschließende Betrachtung	294
	Literatur	295
3	Wie der Psychotherapeut lernt, Stimmen zu hören – Gedanken zur Psychodynamik des Hörens	299
	<i>Ulrike Hadrich</i>	
3.1	Ein Prolog	299
3.2	Hörerfahrungen	300
3.3	Das therapeutische Hören	303
3.4	Fallbeispiel	308
3.5	Diskussion und Reflexion des Fallbeispiels	311
3.6	Epilog	313
	Literatur	313
4	Die »Szene« in der psychotherapeutischen Behandlung	315
	<i>Reiner Brüggemann</i>	
4.1	Einführung	315
4.2	Die Szene – ein menschliches Kontinuum	317
4.2.1	Innere und äußere Szenen	318
4.2.2	Die äußere Szene	319
4.2.3	Die innere Szene	323
4.3	Von der Entstehung des szenischen Erlebens zum Szenischen Verstehen	325
4.3.1	Der Weg zum szenischen Erleben	325
4.3.2	Vom szenischen Erleben zum Szenischen Verstehen	333
4.4	Szenisches Verstehen – Basis der therapeutischen Beziehung	335
4.4.1	Die interdependente Beziehungsarbeit im therapeutischen Prozess	335
4.4.1.1	Enactment	337
4.4.1.2	Modellszenen	340
4.4.2	Szenisches Verstehen und sein Einfluss auf die therapeutische Beziehung	341

4.4.2.1	Die Sprache	341
4.4.2.2	Die »richtige« Distanz und die angemessene Abstinenz	342
4.4.2.3	Informationen	345
4.4.2.4	Der Umgang mit Angst	346
4.4.2.5	Der Körper	347
4.4.2.6	Humor und Lachen	350
4.5	Schlussbemerkungen	350
	Literatur	351
IV	Die Praxis der psychodynamischen Psychotherapie	353
	<i>Eckhart Neumann</i>	
1	Grundlegendes zu verbalen Interventionen	354
1.1	Die Aufnahmefähigkeit des Patienten	354
1.2	Abschätzung der Auswirkungen einer Intervention	356
1.2.1	Auswirkungen auf den Patienten	356
1.2.2	Auswirkungen auf die Therapeuten	357
1.2.3	Auswirkungen von Interventionen auf das Umfeld des Patienten	358
1.2.4	Die Auswirkungen einer Intervention auf die therapeutische Beziehung	359
1.2.5	Evaluation der Auswirkungen	359
2	Diagnostik und Interventionsplanung	360
2.1	Berücksichtigung vorangegangener Diagnostik	360
2.2	Affektregulation und Symptomatik	362
2.3	Affektregulation in der Behandlung	363
3	Ziele verbaler Interventionen	364
4	Die Art der Beziehungsgestaltung: Die unbewusste Ebene des Kontaktes	365
4.1	Das szenische Geschehen	366
4.2	Die affektive Resonanz des Therapeuten	366
4.3	Die erschlossene Übertragung	368
4.4	Inhalte, Themen, emotionaler Subtext	368

	Inhalt
5	Behandlungsbeispiel
	Literatur
	Glossar
	Index
	Autorinnen und Autoren
	369
	374
	375
	393
	401

Vorwort der Herausgeber

Ein Lehr- und Handbuch für psychodynamische Psychotherapie, das sich an Studenten und Therapeuten in Ausbildung aller klinischen Fachkunden und Verfahren wendet, praxisnah, mit wissenschaftlichem Tiefgang, aber gut verständlich, methodenintegrativ, mit Exkursen in psychoanalytische, hermeneutische Sichtweisen – wie ist das Konzept zu einem solchen Buch entstanden?

Eckhart Neumann vom Kölner Institut für Psychoanalyse und Psychotherapie im Rheinland (IPR) und Michael Naumann-Lenzen vom Institut für analytische Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie (IPR-AKJP) sind nicht nur Dozenten für Ausbildungskandidaten in Psychoanalyse und Tiefenpsychologie, sondern auch für Studenten der verhaltenstherapeutischen Therapierichtungen.

Gemeinsam mit Kollegen aus beiden Instituten haben sie eine Seminarreihe entwickelt, um den Kandidaten beider Institute die Grundlagen der psychodynamischen Behandlungsführung aus intersubjektiver Sicht vorzustellen und sie mit ihnen einzuüben.

Bei der gemeinsamen Lehrtätigkeit zeigte sich den Autoren, dass Anfänger in Theorie und Praxis Schwierigkeiten bekamen, wenn bei der Darstellung konzeptueller und klinischer Zusammenhänge bereits zu viel Fachwissen vorausgesetzt wurde. Die Studenten anderer Verfahren benötigten darüber hinaus eine »Übersetzungsarbeit« in die psychodynamische Arbeitsweise.

So entstand der Plan, ein einführendes Buch zu schreiben, das den beginnenden Therapeuten aller Verfahren die psychodynamische Psychotherapie von Grund auf verständlich macht.

Nach Abschluss der gemeinsamen Seminarreihe entwickelte die Autorengruppe über zwei Jahre lang das Konzept zu diesem Buch. Die intersubjektive und regulatorische Sicht ist der gemeinsame Nenner der Autoren. Der intersubjektiv-psy-

chodynamische Ansatz findet sich in verschiedenen Perspektiven wieder: empirisch, bindungstheoretisch, psychoanalytisch, hermeneutisch, neurowissenschaftlich.

Diese lebendige Vielfalt ist kennzeichnend für die Praxis der psychodynamisch-intersubjektiven Therapie. Sie beruht nicht auf der Durchführung methodengetreuer therapeutischer Manuale und Agenden. Neben der Einsicht in die Motive seines Verhaltens geht es darum, dem Patienten in der gemeinsamen Beziehungsgestaltung, beruhend auf Aufmerksamkeit und Resonanz, eine korrigierende emotionale Erfahrung zu ermöglichen.

Bewusst trafen die Autoren die Entscheidung, den einzelnen Beiträgen unterschiedliche theoretische Vertiefungsebenen zu geben, um Leser auf allen Ebenen ihres Vorwissens anzusprechen.

Der Begriff »verfahrensübergreifend« im Untertitel bedarf der Erklärung. Beide Herausgeber vertreten den Standpunkt, dass die psychodynamische Sicht auf die therapeutische Beziehung ein Gewinn für jedes therapeutische Verfahren ist. Die Begegnung zwischen Patient und Therapeut ereignet sich unabhängig vom Verfahren in einem Feld bewusster und vorwiegend unbewusster gegenseitiger Beeinflussung. Insofern beschreibt das Buch einen – vielleicht den entscheidenden – verfahrensübergreifenden Wirkfaktor in der Psychotherapie.

Eckhart Neumann und Michael Naumann-Lenzen

Einführung

Michael Naumann-Lenzen und Eckhart Neumann

Wir wenden uns mit diesem Buch an Kollegen, die sich in einem psychodynamischen Therapieverfahren weiterbilden oder dies bereits abgeschlossen haben. Wir möchten jedoch auch »Nicht-Psychodynamiker« ansprechen: Interessenten aus allen Verfahren und Methoden, Ausbildungskandidaten wie Praktiker; Leser, die auf der Suche sind nach einer *Einführung in moderne psychodynamische Behandlungskonzepte*.

Die Bereitschaft zur Verfahrens- und Methodenintegration hat in den letzten etwa zwanzig Jahren deutlich zugenommen. Im stationären Bereich ist diese Integration und Kombination schon lange Routine und wird mit Erfolg praktiziert. Dies gilt sowohl für die Richtlinienverfahren, die übenden Methoden, für kreative Verfahren als auch für körperbezogene Interventionen. In der weiteren Argumentation werden wir zu verdeutlichen suchen, inwieweit eine intersubjektive und regulationsbezogene Hintergrundtheorie (die wir in diesem Buch vertreten) integrative Ansätze nahelegt. Der Grundgedanke hierbei besteht darin, dass Regulation und Dysregulation Prozesse sind, die immer den ganzen Menschen betreffen. Und: Sie sind intersubjektiv (kommunikativ) organisiert. *Aufgabe einer entwicklungsfördernden Vorgehensweise wäre unserem Verständnis nach die therapeutische Ansprache und Auflösung von Blockaden auf den Ebenen ihrer Manifestation: körperlich, kognitiv, affektiv, intersubjektiv.*

Hüben (psychodynamische Verfahren) wie drüben (kognitiv-behaviorale Verfahren) wächst die Neugier und das Interesse aneinander erkennbar: »Wie machen das die anderen?« Wesentlich scheint uns deshalb, Vorurteile abzubauen, und dies hieß für unser Vorhaben: Informationen zum neuesten Stand klinisch-psychodynamischen Vorgehens zu vermitteln.

Wir möchten diesen Band deshalb mit einem kurzen Überblick beginnen:

Was ist unserem Verständnis nach moderne Psychodynamische Psychotherapie¹, welche Grundideen und Verfahrensweisen zeichnen sie aus?

Dies lässt sich am besten bewerkstelligen, indem wir Ihnen, auf wenige wesentliche Aspekte beschränkt, den Wandel, welche die psychodynamischen Konzepte in den letzten etwa 40 Jahren durchliefen, skizzieren. Dieser Wandel und dessen für unser Dafürhalten wesentliches Ergebnis, *das intra- und intersubjektive Regulationskonzept*, beinhaltet neue konzeptuelle Entwicklungslinien, Brüche und »Entschlackungen«, die nachfolgend kurz erläutert werden.

Altlasten und Aufbruch durch Öffnung: Der Beitrag der Selbstpsychologie

Beginnen wir mit einem Zitat von Michael Franz Basch, in welchem er die unverzichtbare Verbindung der modernen Psychoanalyse zu den Befunden der Nachbarwissenschaften betont:

»Je mehr ich über unsere funktionale Ausstattung weiß – was mir Neuropsychologie, Säuglingsforschung, Affekttheorie, Kognitive Psychologie, Semantik, Informationstheorie, evolutionäre Biologie und weitere einschlägige Wissenschaften über die menschliche Entwicklung mitteilen können – umso empathischer werde ich zu einem gegebenen Zeitpunkt die therapeutische Kommunikation mit einem Patienten gestalten können« (Basch, 1995, S. 372).

Psychodynamische Konzeptualisierung sucht also bewusst den Abgleich mit den Befunden der Nachbarwissenschaften. Welche »Entschlackungen« aber waren erforderlich? Welche Sichtweisen mussten überwunden werden?

Das Verhältnis von Realität und Fantasie – Beziehung statt Trieb»objekt«

Die »klassische« psychodynamische Theorie ging von zwei Grundannahmen aus:

1. Psychische Störungen sind im Wesentlichen das Ergebnis eines intrapsychischen Konflikts zwischen unbewussten (abgewehrten) Triebansprüchen

1 Psychodynamische Psychotherapie, wie sie hier vertreten wird, steht in der theoretisch-klinischen Tradition der Psychoanalyse. Dieser Tradition fühlen wir uns insoweit »selektiv

und Wünschen einerseits und den Forderungen der Realität andererseits, vertreten durch die intrapsychischen »Instanzen« Ich und Über-Ich. *Dies führte zu einem Primat der Fantasie und des inneren Konflikts gegenüber der Realerfahrung in der Auffassung psychischer Störungen.* Diese wurden infolgedessen weniger als »realitätsreaktiv« bzw. stressreaktiv verstanden. In Freuds pessimistischem Menschenbild beginnt die ursächliche Verkettung in der Entwicklung psychischer Störungen bei den im Kern antisozialen Tendenzen von Sexualität und Aggression.

2. *Bindung wurde nicht als primäres, sondern als lediglich aus dem libidinösen Triebgeschehen abgeleitetes Bedürfnis begriffen.* Insofern existierte das Gegenüber letztlich nur »instrumentell« – als Triebobjekt, das libidinös oder aggressiv »besetzt« wird für Zwecke der Triebabfuhr.

Im Ergebnis führte diese von realer Erfahrung entkoppelte, »hermetische« Perspektive auf das psychische Innenleben zu einer Vernachlässigung der Wirkung der realen, interpersonellen Erfahrungen auf dieses Innenleben.

Drei Paradigmenwechsel

Durch die Selbstpsychologie, eine innerpsychoanalytische Schule, wurden seit den 60er Jahren drei Paradigmenwechsel in die psychodynamische Theorieentwicklung importiert.

1. *Erster Paradigmenwechsel: Der Übergang von einer Ein-Personen-Psychologie zu einer intersubjektiven Mehr-Personen-Perspektive:*
Selbstpsychologische Behandlungskonzepte fußen ganz wesentlich auf den sogenannten »Selbstobjekterfahrungen«, die ihr Vorbild im geglückten, entwicklungsförderlichen Geschehen der Eltern-Kind-Interaktion finden. Umgekehrt spielt das »Selbstobjektversagen« in der Eltern-Kind-Interaktion ebenso eine wesentlich ursächliche Rolle für die Entstehung psychischer Störungen. Und schließlich begegnen wir der Selbstobjekterfahrung nochmals im Behandlungskontext: in deren »behandlungsstrategisch beabsichtigter« Wiederauflage im therapeutischen Übertragungs-/Gegenübertragungsgeschehen. Die Selbstpsychologie formulierte das therapeutische Ziel, dass es durch die Übernahme einer empathischen Selbstobjektfunktion durch den Therapeuten zu einer »heilenden Nachreifung« im Selbst-

verpflichtet«, als wir eine ihrer Strömungen vertreten. Sie lässt sich bezeichnen mit: intersubjektiv, regulationsorientiert, selbstpsychologisch.

und Beziehungserleben und, in der Folge, in der Gestaltung seiner Beziehungen durch den Patienten kommen könne. Die Selbstpsychologie hatte damit eine wesentliche konzeptuelle Gewichtungverschiebung im Verständnis von Pathogenesen vorgenommen. Der primäre Akzent bei der Entstehung von Störungen lag nunmehr

- a) auf den gegenwärtigen psychischen Nachwirkungen *realer* Interaktionen der Vergangenheit, und nicht mehr auf der konflikthafter »intrapsychischen Binnenbeziehung« zwischen Wunschfantasien und fantasierten Objekten, sowie
- b) auf der durch das Ausüben der empathischen Funktion durch den Therapeuten bewirkten korrigierenden emotionalen Erfahrung (Alexander & French, 1946).

Wenn aber das *real erlebte* Beziehungsgeschehen zwischen Eltern und Kind ins Zentrum der Untersuchung rückte und damit die Anerkennung eines primären Bedürfnisses des Menschenkindes nach Beziehung und Bindung, so musste dies nun zwangsläufig den Blick für die Bindungstheorie und Säuglingsforschung öffnen. Folgerichtig waren es dann auch selbstpsychologisch orientierte Psychoanalytiker, die den Brückenschlag zur Bindungs- und Säuglingsforschung vollzogen.

2. *Zweiter Paradigmenwechsel: Erfahrung und Realität:*

Gleichzeitig beinhaltete diese »intersubjektive Wende«, wie gesagt, eine neue Bewertung der Rolle der Realerfahrung bei der Entstehung psychischer Störungen. Nun galten nicht mehr die Fantasien und Triebwünsche des Kindes als *primum movens*, welche in einen Konflikt geraten mit den Ansprüchen der Realität (vertreten durch Ich und Über-Ich). Vielmehr ist es das tatsächliche Selbstobjektverhalten der tatsächlichen primären Bindungspersonen, das aufseiten des Kindes Stress, Belastung und in der Folge eine abweichende Entwicklung bewirken kann. Oder es wird durch »hinreichend gute Bemerterung« (Winnicott, 1984) eine günstige Entwicklung angestoßen und fördernd begleitet. In beiden Fällen wird sich der Effekt dieser realen Erfahrung in der Interaktion und im Kompetenzzuwachs oder -schwund aufseiten des Kindes zeigen. Dies belegen eindrücklich die Befunde der empirischen Säuglings- und Bindungsforschung, die intensiv durch Vertreter der Selbstpsychologie rezipiert wurden (mittlerweile sind sie längst Bestandteil des psychodynamischen Mainstream).

Dabei steht bereits der Begriff der »Regulation« – ausgesprochen oder unausgesprochen – Pate: Der Anstoß geht immer von erlebtem Stress aus, der entweder hinreichend reguliert werden kann oder in eine vorüberge-

hende oder chronifizierte Dysregulation – also eine Entgleisung der regulierenden Systeme auf den verschiedenen biopsychischen Ebenen – mündet.

Damit war ein doppelter Wandel vollzogen: von dem fantasierenden Säugling/Kind als selbstgenügsame Monade zu einem von Anbeginn sozial-kommunikativ gepolten Menschenkind. Zweitens treten die Bezugspersonen heraus aus ihrer Rolle als »intrapsychische Phantasmen« des Kindes. Ihre Bedeutung liegt nunmehr in ihrem empirisch beobachtbaren »Tun«.

Die Betonung der Realerfahrung durch die Selbstpsychologie beinhaltetete ihrerseits eine Hinwendung zu bzw. Rezeption der Befunde(n) der Trauma- und Belastungsforschung. Wenn Entwicklung – und somit auch Fehlentwicklung – primär durch gelebte Erfahrung und unsere Anpassungsleistungen an das umgebende Milieu angetrieben und gestaltet werden, so öffnete sich der klinische Blick nunmehr verstärkt denjenigen Erfahrungen, die eine gelungene oder gestörte Entwicklung bewirken können. Salutogenese (d.h. die Frage, wie und wodurch »Gesundheit« entsteht) benötigt, insbesondere in den kritischen und sensiblen Entwicklungsphasen der ersten Lebensphase, förderliche Erfahrungen, damit sie stattfinden kann.

Umgekehrt gilt dasselbe für Entwicklungsstörungen. Hier sind die Qualität, Quantität, der lebensgeschichtliche Zeitpunkt und die Dauer von Stressoren, Belastungen, Traumatisierungen sowie Risikofaktoren entscheidend. Allerdings üben Temperaments- und Resilienzprofile sowie verfügbare Ressourcen im Milieu dabei eine zusätzlich modifizierende Wirkung aus. Was für den einen ausreicht, um eine günstige Entwicklung einzuschlagen, mag für den nächsten eine allzu knapp bemessene Diät sein.

Traumaforschung

Mit diesem veränderten Fokus auf biografische Stressoren war der Anschluss hergestellt zur *Trauma- und Belastungsforschung*. Diese hatte in den USA seit den späten 70er Jahren, im Kielwasser des Vietnamkrieges, einen starken Aufschwung erlebt. Die dort gewonnenen Erkenntnisse wurden in der Folge schrittweise und mit großem Gewinn auf alle belastungsinduzierten Störungen übertragen. Eine belastungssensiblere Diagnostik hatte zudem aufdecken können, dass in der Prämorbidität² vieler, insbe-

2 Unter »Prämorbidität« versteht man das zeitliche Intervall vor manifestem Ausbruch einer (psychischen) Erkrankung, vergleichbar der Inkubationszeit, in der die Symptomatik sich noch in der Latenz befindet.

sondere niederfunktioneller, sogenannter »früher« Störungen unverarbeitete biografische Belastungen eine wesentliche, negativ prädisponierende Rolle spielen. Diese erzeugen eine erhöhte Vulnerabilität und damit ein erhöhtes Risiko für spätere psychische und somatoforme Störungen. Die Embodiment-Forschung und Forschungen zur Psychobioimmunologie³ verdeutlichen ebenfalls die Rolle von Stresserfahrungen bei der Entstehung körperlicher, also: psychosomatischer Erkrankungen. Die insgesamt stärkere Gewichtung von Stresserfahrungen in der Pathogenese ist inzwischen auch ablesbar an den entsprechenden diagnostischen Korrekturen und Erweiterungen, wie sie im DSM-IV-Manual nach DSM-V vorgenommen wurden.

Resilienz, protektive Faktoren und Salutogenese

Wenn also Stressoren bzw. protektiven Faktoren in der Entwicklung eine entscheidende Rolle zukommt, so spielt für das jeweilige Entwicklungsschicksal »Pathogenese oder Salutogenese« die persönliche Toleranzschwelle für Stress eine große Rolle. Zudem ist die Fähigkeit, sich nach einem Schlag, den einem das Leben versetzt hat, »wiederaufzurichten« (Resilienz), wesentlich. Wie viel Stress wird toleriert, bevor es zur Dekompensation (d.h. zum manifesten Krankheitsausbruch) kommt?⁴ Aber auch hier gilt der umgekehrte Fall: Wie viele und welche »guten« Erfahrungen benötigt eine Person, um Resilienz zu entwickeln und sich damit gleichsam einen Immunschutz gegen spätere Erkrankung zu erwerben? – Welche zusätzliche Rolle spielen hierbei Temperamentsvariablen? Die Resilienzforschung geht also der Frage nach, welche Faktoren eine Salutogenese begünstigen.⁵

Eine wesentliche Lehre aus der Resilienz- und Salutogeneseforschung für die klinische Praxis besteht darin, dass das zuverlässige, kontinuierliche Angebot einer förderlichen Beziehung der bei Weitem wichtigste protektive Faktor gegen den Negativeffekt von Belastungserfahrungen ist. Fazit: Bindung ist wich-

3 Die Embodiment-Forschung (»Verkörperung«) geht der Frage nach, welche Bedingungen dazu führen, dass psychische Erkrankungen sich in somatischen Erkrankungen (und in welchen) manifestieren. Die Psychobioimmunologie erforscht die Wechselwirkungen zwischen psychischen Erkrankungen und immunologischen Prozessen.

4 Freud formulierte lakonisch: Krankheit sei immer eine Frage der Quantität (ebenso wie Gift eine Frage der Dosis ist).

5 Vgl. hierzu die berühmten Untersuchungen von Werner und Smith (2001) zu den massiv belasteten Lebensläufen der Kinder von Kauai und der entscheidenden Rolle protektiver Faktoren in deren Salutogenese (vgl. ebenso Tress, 1986; Dornes, 1997).

tig – *attachment matters*. Und dies hat Konsequenzen für die Auffassung der therapeutischen Beziehung.

Die Bedeutung der therapeutischen Beziehung

Die Qualität der Patient-Therapeut-Beziehung spielt eine wesentliche Rolle für die Prognose einer Therapie. Diese Beziehungsqualität ist, wie wir sehen werden, nicht so sehr das Ergebnis der »fachlich korrekten« Anwendung einer Methode. Darin besteht eine zentrale Aussage dieses Buches. Diese Beziehungsqualität beruht natürlich *auch* auf unserer Expertise. Die übereinstimmenden, vielfach replizierten Ergebnisse der psychotherapeutischen Outcome-Forschung weisen jedoch in eine andere Richtung. Die »Güte« der Beziehung, die »Passung« zwischen Patient und Therapeut, die Persönlichkeit des Therapeuten und dessen emotionale Resonanzfähigkeit machen den Unterschied – unabhängig von der Methode, die wir anwenden (weshalb viele erfahrene Therapeuten oft nicht verfahrensbezogen, sondern »passungs- und persönlichkeitsbezogen« überweisen).

Für diese Art der Resonanzfähigkeit bedarf es zum einen der basalen, »persönlichen Eignung« aufseiten des Therapeuten (weshalb deren Prüfung vor Ausbildungsbeginn unverzichtbar bleibt – es sei denn, man ist der irrigen Ansicht, die Methode mache den Unterschied). Sodann – und darauf aufbauend – die »Kultivierung« dieser Eignung zu einer differenzierten Fähigkeit tiefenhermeneutischer Kompetenz. Dies geschieht durch

- (a) eingehende Selbsterfahrung – und zwar eine, die diesen Namen auch verdient (!), und
- (b) Supervision, bei der zusätzlich das Einüben der klinisch-regulatorischen Kompetenz im Patient-Therapeut-Rapport im Fokus steht.

Dritter Paradigmenwechsel: Regulation

Damit sind wir beim dritten konzeptuellen Paradigmenwechsel angelangt, der inzwischen – verfahrensübergreifend (!) – konsensfähig ist und der somit auch das Bindeglied, den *common ground* für die Verständigung zwischen den Verfahren und Methoden darstellt.⁶ Diese Konsensfähigkeit ist, neben den bereits

⁶ Dieses Paradigma schafft nicht nur ein gemeinsames Koordinatensystem für die psychologisch-konzeptuelle Verständigung zwischen den Verfahren und Methoden, sondern

angeführten Gründen, darauf zurückzuführen, dass die sogenannten »frühen« psychischen Störungen zunehmend das klinische Interesse auf sich zogen.⁷ Bei diesen Störungen zeigte sich übereinstimmend,

- (1) dass zumeist die wesentlichen Stressbelastungen und Schädigungen bereits in einer sehr frühen Lebensphase erfolgten (ergo: »frühe« Störungen). Die frühen Stresserfahrungen bewirkten persönliche »Sollbruchstellen« mit dem Risiko erhöhter Vulnerabilität und späterer Erkrankung bei Eintritt weiterer Belastungen.
- (2) Hierbei kann sich die erhöhte Verletzlichkeit auf eng umschriebene Entwicklungsbereiche beschränken, je später in der Entwicklung die Schädigung auftrat. Je früher in der Ontogenese jedoch die Schädigung erfolgte, desto fundamentaler deren Auswirkungen, da die nachfolgenden Entwicklungsschritte auf schadhafte »Fundamenten« aufbauen und sich gemäß dem Prinzip der Epigenese auch nur mangelhaft entwickeln werden. *Epigenetische Faustregel: Je früher die Schädigung, desto stärker die negativ generalisierenden Effekte auf die später reifenden Systeme.* Das Paradebeispiel hierfür – und es wird uns in diesem Buch immer wieder begegnen – sind die soeben erwähnten Störungen im Gefolge einer Bindungs- und Entwicklungsraumtraumatisierung. Motor dieser Störungen aber ist die regulative Dysfunktion, das Versagen der Affektkontrolle und damit wesentlicher höherer mentaler Funktionen, die für das »Problemlösen« erforderlich sind. Die Entwicklung der Fähigkeit zur Selbstregulation ebenso wie zur intersubjektiven Regulation ist in den ersten Lebensjahren essenziell auf die helfende, stützende Außensteuerung durch die primären Bezugspersonen angewiesen. Dies ist der Sinn der Feststellung eines Entwicklungsneurologen, dass die frühe Mutter-Kind-Interaktion das »ideale Biopsychotop« für die Entwicklung des kindlichen Gehirns sei. Diese Fähigkeit zur Regulation ist als implizite Basisfähigkeit die wesentliche Voraussetzung all unseres Tuns und Lassens: ob wir uns konzentrieren, ob wir uns behaupten können, ob wir lösungsorientiert streiten können, ob wir einschlafen können usw. Wie grundlegend diese Fähigkeit ist, bemerken wir meist erst dann, wenn sie wegbricht: Es ist wie mit der Luft, die wir einatmen: Erst ihre Abwesenheit macht sie uns bewusst.

bietet den zusätzlichen Vorteil, dass es ebenso in den Nachbarwissenschaften, die Basch oben aufführte, allgemeine Akzeptanz genießt.

7 Damit sind die Störungen aus dem Borderline- und Narzissmus-Spektrum gemeint (vgl. Eagle & Wolitzky, 1985).