

5.3.2. Psychodynamische Psychotherapie

Bernhard Strauß¹

¹Institut für Psychosoziale Medizin, Psychotherapie und Psychoonkologie (IPMPP), Universitätsklinikum Jena, Jena, Germany

Der wissenschaftliche Beirat Psychotherapie (vgl. [Kapitel 5.3.1.](#)) hat vor einigen Jahren vorgeschlagen, ‚psychodynamische Psychotherapie‘ als Oberbegriff für die psychoanalytisch begründeten Verfahren, die klassische Psychoanalyse, die analytische Psychotherapie und die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie zu verwenden. Die genannten Verfahren sind in Deutschland (unter definierten Voraussetzungen) Kassenleistung.

5.3.2.1. Grundannahmen

Der Begriff ‚Psychodynamik‘ entstammt ursprünglich der von Sigmund Freud (1856–1939) entwickelten Theorie der Psychoanalyse und beschreibt das Zusammenspiel psychischer Kräfte. Wesentlich war die Annahme Freuds, dass diese Kräfte überwiegend unbewusst wirken. Freud postulierte das Prinzip der psychischen Determiniertheit menschlichen Erlebens und Verhaltens, wonach alles, was wir tun, denken und fühlen immer eine Ursache oder ein Motiv hat, wobei uns diese in der Regel nicht bewusst sind (‚Wir sind nicht Herr im eigenen Haus‘). Die Annahme eines ubiquitären dynamischen Unbewussten besagt unter anderem, dass Menschen beständig mit Erlebnisinhalten und Erinnerungen einschließlich negativer Affekte konfrontiert sind, die sie in bewusster Weise nicht wahrnehmen möchten. Sie versuchen daher ständig, sich in unbewusster Weise (mit Hilfe von Abwehrmechanismen) vor dem bewussten Gewahrwerden dieser Erlebnisinhalte zu schützen, da sie fürchten, dass das Bewusstwerden mit dem Verspüren von äußerst unangenehmen Gefühlen, wie Angst, Schuld oder Scham verbunden wäre.

Psychodynamische Modelle leiten sich aus der psychoanalytischen Theorie zur Persönlichkeit und menschlichen Entwicklung ab. Ursprünglich wurde von der Existenz eines alles bestimmenden Sexualtriebs ausgegangen, der den unbewussten Antrieb für das menschliche Leben und Verhalten darstellt, also als das zentrale Motivationssystem fungiert. ‚Trieb‘ meint hier einen innerseelischen Ausdruck einer dem Verhalten zugrundeliegenden, angeborenen, selbst- und arterhaltenden Energie, die auf Befriedigung aus ist. Quelle des Triebes ist in der ursprünglichen Konzeption der Psychoanalyse ein Körperreiz (innere Spannung). Ziel des Triebes ist die Aufhebung dieses Reizes mit Hilfe eines Objekts (ein psychoanalytischer Begriff für das Gegenüber des Subjekts). In der Psychoanalyse Freuds spielen der Sexualtrieb (Libido) und die Psychosexualität noch die zentrale Rolle. Der Sexualtrieb (dem Freud in unterschiedlichen Phasen seiner Arbeit wechselnd jeweils den Selbsterhaltungstrieb, den Aggressions- und den Todestrieb gegenüberstellte) wird als Motiv für die Erhaltung der Art und als Bedürfnis nach Lust und Befriedigung im weitesten Sinne verstanden. Der Begriff berücksichtigt also nicht nur die Sexualität im Sinne genitaler, körperlicher Betätigung, sondern auch die infantile Sexualität (z.B. die orale oder anale Erotik). In der Zeit nach Freud wurde die klassische (duale) Triebtheorie erweitert.

Eine modernere psychoanalytische Konzeption von Motiven unterscheidet fünf motivational-funktionale Systeme, die jeweils den Zweck haben, Grundbedürfnisse zu regulieren und zu befriedigen:

- die Befriedigung physiologischer Bedürfnisse,
- das Bedürfnis nach Bindung und Verbundenheit,
- das Bedürfnis nach Exploration und Selbstbehauptung,
- das Bedürfnis, aversiv zu reagieren durch Widerspruch und/oder Rückzug,
- das Bedürfnis nach sinnlichem Vergnügen und sexueller Erregung (was dem Sexualtrieb im Freud’schen Sinne entspricht).

Triebe, bzw. die motivational-funktionalen Systeme, stellen in den psychoanalytischen Modellen psychischen Geschehens den zentralen Ausgangspunkt für das oben genannte Kräftespiel dar. Da eine (vollständige) Befriedigung der Motive in der Regel nicht möglich ist, bedarf es eines Systems, welches Kompromisse zwischen Wünschen und Verzicht reguliert. Dieses System hat Freud in dem

Strukturmodell der Persönlichkeit beschrieben. Bei der Konzeption eines Modells des „psychischen Apparates“ unterschied Freud zunächst in einem topischen Modell der Persönlichkeit zwischen dem Bewussten, dem Vorbewussten und dem Unbewussten. Letzteres setzt dem Bewusstsein erheblichen Widerstand entgegen, es funktioniert jenseits jeder rationalen Logik („primärprozesshaft“), lässt sich nur in sehr begrenztem Maße bewusstmachen, bestimmt aber dennoch unser Verhalten, Erleben und die Art unserer Beziehungsgestaltung.

Im Strukturmodell der Persönlichkeit unterscheidet Freud die **Instanzen** des **Es**, **Ich** und **Überich**. Das Es ist demnach eine unbewusste Struktur, geformt durch Triebe, Bedürfnisse und Affekte, die dem Lustprinzip folgt. Das Überich ist die Struktur oder Instanz, die soziale Normen, Werte und Aspekte des Gewissens repräsentiert. Das Ich ist die Instanz, die zwischen den Ansprüchen des Es und des Überichs sowie der Umwelt vermittelt, auf der Basis seiner als Ich- oder strukturellen Funktionen bezeichneten Mechanismen wie Denken, Wahrnehmen oder Abwehr. Mit diesen Instanzen wurde ein System postuliert, das die Regulation von inneren Bedürfnissen und äußeren Anforderungen beschreibt.

5.3.2.2. Krankheitsmodell

Das Krankheitsmodell der Psychoanalyse war zunächst in erster Linie ein Konfliktmodell, dessen wesentliche Komponenten die Handlungsintention bzw. der Handlungsimpuls, ein daraus resultierendes Affektsignal und die dadurch ausgelösten Abwehrmechanismen sind. Abwehrmechanismen (als Funktionen des Ichs) werden auf verschiedenen Stufen nach ihrer Reife differenziert.

In dem Modell wird ein Symptom als unbewusster Versuch der **Konfliktlösung** begriffen. Konflikte entstehen durch die Diskrepanz zwischen inneren Bedürfnissen (z.B. Wunsch nach Nähe) und Versagungen dieser Bedürfnisse (z.B. konstitutionell, gesellschaftlich, vgl. [Tabelle 1](#)). Infolge dieser Diskrepanz lösen die mit den inneren Bedürfnissen verbundenen Intentionen oder Handlungsimpulse – in der Regel unbewusst – Angst aus. Als Maßnahmen gegen diese Angst (und zur temporären Lösung des Konflikts, was auch als primärer Krankheitsgewinn bezeichnet wird) kommen Veränderungen der kognitiven Repräsentation der Intention oder des Impulses in Frage, Veränderungen des Affekts (Wandlung der Angst in einen anderen, erträglichen Affekt) oder eine Hemmung des Impulses. Diese Strategien können unter dem Oberbegriff der **Abwehr** subsumiert werden.

Tabelle 1: In der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD) benannte zentrale Konfliktthemen

Typische psychodynamische Konflikte
Abhängigkeit vs. Autonomie (Suche nach Beziehung vs. emotionaler Unabhängigkeit)
Unterwerfung vs. Kontrolle (Gehorsam vs. Sich-Auflehnen)
Versorgung vs. Autarkie (Geborgenheit vs. Selbstgenügsamkeit/ Anspruchslosigkeit)
Selbstwertkonflikte (brüchiges, resigniertes Selbstwertgefühl vs. Überanstrengung zur Aufrechterhaltung einer Pseudo-Selbstsicherheit)
Schuldkonflikte (Selbstvorwürfe vs. Egoismus)
Ödipal-sexuelle Konflikte (Fehlen von Sexualität/Erotik vs. Übersexualisierung)
Identitätskonflikte (Unsicherheit bezüglich Geschlechterrollen, religiöser oder kultureller Identität)
Die Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (OPD) dient der Festlegung des Behandlungsfokus in einer psychodynamischen Therapie. Eine Aufgabe der OPD besteht in der Identifikation der wichtigsten lebensbestimmenden Konflikte im vergangenen Jahr

Bereits Freud nahm an, dass Abwehrmechanismen immer durch Angst ausgelöst und weitgehend unbewusst eingesetzt würden, um unerträgliche Gefühle zu vermeiden. Abwehrmechanismen treten täglich bei jedem Menschen auf. Ohne Abwehr wäre ein Leben nicht denkbar. Sie sind dann nützlich, wenn sie eine adaptive Funktion haben, z.B. Verleugnen einer **malignen** Erkrankung, um eine intensive Behandlung durchzustehen und sich vor einer Affektüberflutung zu schützen [1]. Die Adaptivität von Abwehrmechanismen ist dann gegeben, wenn diese nicht mehr eingesetzt werden, sobald sich die Situation durch eigenes Engagement oder aufgrund äußerer Faktoren geändert hat. Pathologische Prozesse entstehen erst, wenn die Abwehrmechanismen persistieren.

Idealtypisch lassen sich Abwehrmechanismen verschiedenen Abwehrniveaus zuordnen, so dass sich eine Hierarchie von **reifer Abwehr** (gute Integration, z.B. Sublimierung, Verdrängung, Rationalisierung, Verschiebung), **mäßig reifer Abwehr** (z.B. Verleugnung, Wendung gegen die eigene Person, Reaktionsbildung, Projektion) bis hin zu **unreifer Abwehr** (desintegriertes Niveau, z.B. Spaltung, Projektive Identifizierung) definieren lässt, die sukzessive einen Verlust der Realitätswahrnehmung erkennen lässt.

Die kohärente Beschreibung und Systematisierung von weiteren Abwehrmechanismen (AWM) ist das Verdienst Anna Freuds. Ihre Übersicht ‚Das Ich und die Abwehrmechanismen‘ [2] gilt noch heute als Standardwerk und stellt die Grundlegung einer **Ichpsychologie** in der Psychoanalyse (unter dem Fokus auf die Struktur des Ichs) dar. Bis heute orientieren wir uns an ihrer Auflistung und Definition von 13 Abwehrmechanismen, die in [Tabelle 2](#) veranschaulicht werden.

Tabelle 2: Übersicht über 13 Abwehrmechanismen auf der Basis der Systematik Anna Freuds mit Beispielen [3]

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none">1. Verdrängung – Was soll ich gesagt haben?2. Regression – Krank ist krank, ich gehe ins Bett, das steht mir zu!3. Reaktionsbildung – Ich bin froh über die Kündigung, ich habe jetzt mehr Zeit für mich!4. (Affekt-)Isolierung – Gefühl habe ich eigentlich keinen Ärger nach der Trennung!5. Ungeschehenmachen – Wenn ich böse Gedanken habe, gehe ich zur Beichte!6. Projektion – Ich bin immer sehr friedlich, aber ständig beginnt mein Mann Streit!7. Introjektion – Mein Vater hatte schon Recht, irgendetwas stimmt mit mir nicht!8. Wendung gegen die eigene Person – Ich hasse mich für meine Eifersucht!9. Verkehrung ins Gegenteil – Liebe Deine Feinde!10. Sublimierung – Wenn ich zeichne, vergesse ich die Zeit und bin danach sehr zufrieden!11. Identifikation mit dem Angreifer – Eine Ohrfeige hat noch niemandem geschadet!12. Altruistische Abtretung – Wenn meine Familie glücklich ist, bin ich es auch!13. Intellektualisierung – Unsere Ehekrise beruht auf folgenden Faktoren: ... |
|---|

In späteren Phasen der Theorieentwicklung (siehe Folgeabschnitt), wurden der Liste noch Varianten einer unreifen Abwehr hinzugefügt, insbesondere die Tendenz zur Spaltung (z.B.: der andere ist entweder nur gut oder nur schlecht) aufgrund der Unfähigkeit, widerstrebende Vorstellungen oder Affekte zu integrieren, und die projektive Identifizierung, mit der nicht nur unerträgliche Affekte aus dem Inneren nach außen ‚verlegt‘, sondern mit hoher Intensität eben diese Affekte auch im realen Objekt, dem konkreten Gegenüber induziert werden.

In den letzten Jahrzehnten haben sich psychodynamische Theorien und damit auch die Krankheitsmodelle stark weiterentwickelt unter dem Einfluss verschiedener theoretischer Strömungen: In der **Objektbeziehungstheorie** wird speziell die Entwicklung und Dynamik der (verinnerlichten) Objektbeziehungen berücksichtigt, wobei – wie etwa in der Bindungstheorie (vgl. [Kapitel 2.4.1.](#)) – speziell die frühen Beziehungserfahrungen und ihre Auswirkungen auf die spätere Entwicklung betrachtet werden. Es wird vermutet, dass frühe Objektbeziehungen mehr oder weniger stark fixiert und später wiederholt werden. Während in der Triebpsychologie angenommen wird, dass der Mensch primär nach Lust strebt, geht die Objektbeziehungstheorie von einem primären Streben nach Beziehung aus. Problematische Beziehungserfahrungen in der frühen Kindheit können in Kombination mit Defiziten der Entwicklung psychischer Strukturen pathologische Persönlichkeits- und Beziehungsentwicklungen begünstigen.

Die psychische Struktur (im Sinne der Reife struktureller und Ich-Funktionen) spielt in modernen Konzepten eine wesentliche Rolle für die Vulnerabilität und die Art der Psychopathologie. Einer der wichtigsten Repräsentanten der Objektbeziehungspsychologie, Otto Kernberg, hat ein spezifisches Modell für die strukturelle Reife bzw. **Persönlichkeitsorganisation des Menschen** entwickelt, welches sich klinisch besonders bei der Behandlung von Patienten mit Persönlichkeitsstörungen bewährt hat. Kernberg unterscheidet ein psychotisches, ein Borderline- und ein neurotisches Niveau der Persönlichkeitsorganisation, wobei diese Niveaus sich im Hinblick auf die Integration der Überich-Entwicklung, die vorherrschenden Abwehrmechanismen, die Qualität der Objektbeziehungen, die Fähigkeit zur Realitätsprüfung und die Identitätsintegration unterscheiden.

Weitere wichtige Strömungen in der psychodynamischen Theorie und Psychotherapie sind die **Selbstpsychologie**, die die Entwicklung eines stabilen Selbst und des Narzissmus untersucht, und die **relationale Psychoanalyse**, in der die Intersubjektivität im Sinne eines kommunikativen Verständnisses hervorgehoben wird.

5.3.2.3. Psychodynamische Behandlungsansätze

Die Urform der psychodynamischen Psychotherapieverfahren ist die von Sigmund Freud entwickelte Psychoanalyse (oder „psychoanalytische Kur“). Bei dieser Methode wird ein Patient in hoher Frequenz (bis zu fünfmal pro Woche) und mit langer Dauer in einem spezifischen Setting (auf der Couch liegend, hinter der der Analytiker sitzt) behandelt (analytische Psychotherapie im Sinne der geltenden Richtlinien). Die freien Assoziationen des Analysanden, die als Reflektion des Unbewussten angesehen werden, stellen das zentrale Material für den Behandlungsprozess dar.

Von der klassischen Psychoanalyse abgeleitete Verfahren fokussieren ebenfalls auf unbewusste Phänomene. Sie unterscheiden sich von der klassischen Kur im Hinblick auf das Setting (Behandlung im Sitzen), die Behandlungsfrequenz (ein- bis zweimal pro Woche) und Behandlungsdauer (bis zu 100 Stunden) sowie die Ziele (fokale Therapie mit spezifischen Zielsetzungen). In zeitlich begrenzten psychodynamischen (oder tiefenpsychologisch fundierten) Therapien wird meist ein zentraler (Beziehungs-)Konflikt fokussiert, während länger dauernde Ansätze eine umfassendere Änderung der Persönlichkeitsstruktur bzw. eine strukturelle Nachreifung zum Ziel haben.

Ein psychodynamisches Krankheitsverständnis impliziert, dass wie die Therapeut-Patient-Beziehung auch die Arzt-Patient-Beziehung im Hinblick auf unbewusste Prozesse untersucht werden sollte. Ein zentrales Mittel hierzu ist die **Analyse von Übertragungs- und Gegenübertragungsprozessen**. Hier geht man von der Annahme aus, dass der Patient ‚alte‘ Erfahrungen in zwischenmenschlichen Beziehungen, ‚alte‘ Gefühle, Erwartungen, Fantasien, Wünsche und Ängste in aktuellen Beziehungen (also auch in der Arzt-Patient-Beziehung) quasi automatisch reaktiviert (sog. Übertragung). Dies löst im Gegenüber wiederum spezifische Reaktionen (= Gegenübertragungen) aus. Ein Verständnis dieser Prozesse kann dazu beitragen, Konflikte in der Beziehung besser zu verstehen.

Im Laufe der Entwicklung der psychodynamischen Psychotherapie wurden wie oben erwähnt unterschiedliche theoretische Schwerpunkte gesetzt, die auch die Interventionsmethoden maßgeblich beeinflusst haben. Entsprechend dem Fokus werden Übertragung und Gegenübertragung in der psychoanalytischen Behandlung auch unterschiedlich gehandhabt.

Wird beispielsweise primär auf den Konflikt fokussiert, dann wird die Übertragung in erster Linie als Verzerrung auf der Basis unbewusster Phantasien, Projektionen und des tatsächlich Erlebten interpretiert. In einer eher Ich-psychologischen Orientierung würde Übertragung vor allem dahingehend betrachtet, welche Entwicklungsbedürfnisse in ihr zum Ausdruck kommen. Ein objektbeziehungspsychologisches Vorgehen würde Übertragung vorrangig als eine Möglichkeit der Information über die intersubjektive Beziehungsrealität interpretieren [4].

Anders als insbesondere in der Verhaltenstherapie gibt es in der psychodynamischen Therapie bislang noch wenige **störungsspezifische** Behandlungsansätze, eher wird nach einer konflikt- oder strukturorientierten Behandlungsstrategie differenziert. Überhaupt ist hier die Symptomatik von sekundärer Bedeutung gegenüber Merkmalen der psychischen Struktur, dem Vorliegen traumatischer Erfahrungen und der Natur bestehender Konflikte und Beziehungsmuster. Dennoch liegt mittlerweile eine ganze Reihe von Behandlungsmanualen auf der Basis psychodynamischer Theorien vor [5].

Inzwischen gibt es genügend empirische Belege aus der Psychologie und den Neurowissenschaften dafür, dass die ersten Lebensjahre eine entscheidende Bedeutung für die spätere Entwicklung besitzen. „Es ist wahrscheinlich, dass spätere oder kumulative Traumata auf ein Individuum einen Druck ausüben, seine reiferen Funktionsweisen aufzugeben und zu entwicklungsbezogenen früheren Formen des Funktionierens und der Interaktion zurückzukehren“ [4]. Ein wesentlicher Ansatz der psychodynamischen Psychotherapie ist das Bestreben, bezüglich der psychischen Reifung unterbrochene oder beeinträchtigte Prozesse zu reaktivieren und zu einer Weiterentwicklung in verschiedenen Funktionen und Erlebnisdimensionen beizutragen.

Die wesentlichen Wirkprinzipien der psychodynamischen Therapien fasst die nachstehende Tabelle (in Anlehnung an [4]) zusammen.

Tabelle 3: Wirkprinzipien psychodynamischer Therapie

Wirkprinzipien psychodynamischer Therapie
Einsicht und Bewusstwerden verdrängter Erfahrungen
Erkennen und Durcharbeiten unbewusster Phantasien
Anerkennung der eigenen und der Generationengrenzen
Aussöhnung mit Neid, Wut und Rache
Weiterentwicklung im Hinblick auf: <ul style="list-style-type: none"> • Selbstregulation • Einfühlungsvermögen • Verantwortung • Affekttoleranz • Affektdifferenzierung • Ambivalenztoleranz • Kognitive Differenzierung
Neue Beziehungserfahrungen
Einsichtsbildungen über: <ul style="list-style-type: none"> • bisherige Rollenkonstellationen • bestimmte Reaktionen im Gegenüber • eigene Reaktionen gegenüber Objekten

Insbesondere die klassische Psychoanalyse musste sich zurecht lange den Vorwurf gefallen lassen, dass sie forschungs- und empiriefeindlich sei. Das führte dazu, dass die psychodynamische Therapie sich lange im Hintertreffen befand, bezüglich einer ausreichenden wissenschaftlichen Evidenz für ihre Wirksamkeit. Für die Langzeittherapie trifft dies partiell immer noch zu, wobei die Evaluation von meist mehrjährigen psychotherapeutischen Behandlungen in der Regel auch methodisch äußerst schwierig ist. Für kürzere psychodynamische Psychotherapien liegen mittlerweile viele – und im Hinblick auf die Evidenz auch ausreichende – Wirksamkeitsbelege vor [6].

References

1. König K. Abwehrmechanismen. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht; 1996.
2. Freud A. Das Ich und die Abwehrmechanismen. Wien: Internationaler Psychoanalytischer Verlag; 1936.
3. Boll-Klatt A, Kohrs M. Abwehr. In: Strauß B, Gallicker H, Linden M, Schweitzer J, editors. Ideengeschichte der Psychotherapieverfahren. Stuttgart: Kohlhammer; 2021. p. 142-51.
4. Mertens W, Waldvogel B, editors. Handbuch psychoanalytischer Grundbegriffe. 1st ed. Stuttgart: Kohlhammer; 2000.
5. Beutel ME, Doering S, Leichsenring F, Reich G. Psychodynamische Psychotherapie – Störungsorientierung und Manualisierung in der therapeutischen Praxis. Göttingen: Hogrefe; 2010.
6. Steinert C, Munder T, Rabung S, Hoyer J, Leichsenring F. Psychodynamic therapy: as efficacious as other empirically supported treatments? A meta-analysis testing equivalence of outcomes. Am J Psychiatry. 2017 Oct 1;174(10):943-53. DOI: [10.1176/appi.ajp.2017.17010057](https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2017.17010057)

Corresponding authors: Prof. Bernhard Strauß Ph.D., Universitätsklinikum Jena, Institut für Psychosoziale Medizin, Psychotherapie und Psychoonkologie (IPMPP), Stoystrasse 3, 07740 Jena, Germany, Phone: 03641 936501, E-mail: Bernhard.Strauss@med.uni-jena.de

Citation note: Strauß B. 5.3.2. Psychodynamische Psychotherapie. In: Deinzer R, von dem Knesebeck O, editors. Online Lehrbuch der Medizinischen Psychologie und Medizinischen Soziologie. Berlin: German Medical Science GMS Publishing House; 2018-. DOI: 10.5680/olmps000085

Copyright: © 2021 Bernhard Strauß

This is an Open Access publication distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International License. See license information at <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>