

Einleitung

Bei der Ausarbeitung unseres Buches waren wir durchgängig mit zwei Herausforderungen konfrontiert: der Abgrenzung der tiefenpsychologisch fundierten von der analytischen *Psychotherapie* im Rahmen der übergreifenden psychodynamischen Psychotherapie und derjenigen zwischen tiefenpsychologischer und analytischer *Supervision* im Rahmen der übergreifenden psychodynamischen Supervision.

Tiefenpsychologisch fundierte versus analytische Psychotherapie

Die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (TP) wurde 1967 neben der analytischen Psychotherapie (AP) in das System der Gesetzlichen Krankenversicherung aufgenommen und kann seither als Kassenleistung abgerechnet werden.¹ Die beiden Richtlinienverfahren konnten zunächst nur von Ärzten², die entweder eine Ausbildung als Psychoanalytiker absolviert oder den Zusatztitel Psychotherapie (sog. »kleine Ausbildung«) erworben hatten, abgerechnet werden. Da es aber Engpässe in der psychotherapeutischen Versorgung gab, wurden ab 1972 therapeutisch ausgebildete Diplom-Psychologen im Rahmen des sog. *Delegationsverfahrens* in die kassenärztliche Regelung einbezogen. Als *Delegierte* unterlagen sie allerdings den Weisungen der Ärzte.

An den psychoanalytischen Instituten wurde die TP Jahrzehnte lang nur als integraler Bestandteil einer »verklammerten« Ausbildung in AP und TP ermöglicht, nur nebenbei gelehrt und nur in wenigen Fällen

1 Analytische Psychotherapie wird im Weiteren mit AP, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie mit TP und Verhaltenstherapie mit VT abgekürzt.

2 Aus Gründen der Vereinfachung verwenden wir im vorliegenden Buch das generische Maskulinum.

unter Supervision praktiziert. Das lag in erster Linie an der vorherrschenden Meinung, ausgebildete Analytiker könnten ohne weitere Zusatzausbildung auch die TP anwenden. Daher führte die TP in Praxis und Ausbildung lange Jahre ein Schattendasein.

Das Psychotherapeutengesetz von 1998 führte diesbezüglich zu bedeutsamen Veränderungen. Neben der Gleichstellung von psychologischen mit ärztlichen Psychotherapeuten war es Psychologen nun erstmals möglich, eine Weiterbildung an einem Institut zu absolvieren, in dem ausschließlich tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie gelehrt wurde. Die Psychologischen Psychotherapeuten konnten nunmehr aus dem »Delegations-Schatten« heraustreten und ohne ärztliche Weisung eigenständig arbeiten. Im Rahmen einer *Übergangsregelung* erhielten sie in großer Zahl eine Kassenzulassung. Heute lassen sich vier Kohorten von TPlern unterscheiden:

1. ärztliche und psychologische Psychotherapeuten mit psychoanalytischer Ausbildung,
2. ärztliche Psychotherapeuten ohne psychoanalytische Ausbildung, aber mit dem Zusatztitel »Psychotherapie«,
3. psychologische Psychotherapeuten ohne psychoanalytische Ausbildung, die ihre primäre Ausbildung entweder im tiefenpsychologischen Verfahren oder in anderen, z. B. humanistisch orientierten Verfahren wie Gesprächs- oder Gestalttherapie absolviert haben, aber im Zuge mehrjähriger Berufspraxis und umfangreicher Nachqualifizierungen tiefenpsychologische Kompetenzen nachweisen konnten und deshalb eine TP-Zulassung durch die *Übergangsregelung* zum PTG erlangten, und
4. psychologische Psychotherapeuten, die ihre TP-Ausbildung nach 1998 an neu gegründeten TP-Instituten absolviert haben (vgl. Hauten, 2018, S. 255).

Seit über 20 Jahren gibt es eine eigene Therapeutenausbildung in TP, die im Rahmen teils psychoanalytischer, teils speziell tiefenpsychologischer Ausbildungsinstitute vermittelt wird. Die wachsende Bedeutung der TP für die therapeutische Versorgung zeigt sich darin, dass derzeit ca. 45 % der kassenfinanzierten Therapiefälle in diesem Verfahren behandelt werden (Multmeier, 2014).

Im Rahmen der psychotherapeutischen Versorgung stehen 17.900 TP-Therapeuten 6.200 AP-Therapeuten und 17.700 VT-Therapeuten gegenüber. Eine Auswertung der Leistungsstatistiken der KV von 2018 ergibt folgendes Bild:

- TP: 215.000 Fälle mit Kurzzeittherapie – 160.000 mit Langzeittherapie;
- AP: 9.900 Fälle Kurzzeittherapie – 61.000 Langzeittherapie;
- VT: 346.000 Fälle Kurzzeittherapie – 205.000 Langzeittherapie (vgl. Wöller & Kruse, 2020, S. 24).

Bei aller Unterschiedlichkeit ist von einer grundlegenden Übereinstimmung und Verwandtschaft zwischen TP und AP auszugehen, da beide Verfahren an der unbewussten Konflikt- und Strukturodynamik, der Beziehungserfahrung im Hier und Jetzt, der Selbsterforschung im Rahmen der therapeutischen Beziehung und der aufdeckenden Vorgehensweise ausgerichtet sind. Während analytische Therapien auf die Übertragungsanalyse, die Förderung der Regression und das Behandlungsziel der strukturellen Persönlichkeitsveränderung zentriert sind, gehen die tiefenpsychologisch fundierten Therapien in der Bearbeitung der krankheitsrelevanten Psychodynamik methodisch eigene Wege. Sie lassen sich durch eine deutliche Begrenzung im Umgang mit Übertragung, Gegenübertragung und Regression und im Hinblick auf das Behandlungsziel charakterisieren. Im Zentrum steht die Frage, wann und wodurch eine lebensgeschichtliche Disposition in aktuellen Lebensereignissen eine Zuspitzung erfahren hat, die das innere Gleichgewicht des Patienten so sehr belastete, dass es zu einer Symptombildung gekommen ist. Neben dem psychodynamischen Modell der aktuellen und reaktualisierten unbewussten Konflikte werden den Kategorien der Persönlichkeitsdisposition, des Strukturniveaus der Persönlichkeit und der strukturellen Störung große Bedeutung beigemessen und davon ausgegangen, dass sich die dabei zugrunde gelegten Konzepte von Konflikt und Struktur theoretisch und praktisch sinnvoll ergänzen.

In der TP nimmt der Therapeut eine aktivere Haltung als in der AP ein und wird – auch durch das Gegenübersitzen und den Blickkontakt – für den Patienten sichtbarer und erlebbarer. Aufgrund der niedrigeren Behandlungsfrequenz (in der Regel eine statt zwei bis drei wö-

chentlichen Therapiesitzungen) hat die Binnenübertragung in der TP einen nicht so zentralen Stellenwert wie in der AP, während der Klärung und Interpretation der Außenübertragungen auf aktuelle soziale Beziehungen mehr Aufmerksamkeit gewidmet wird.

Tiefenpsychologische versus analytische Supervision

Im Rahmen der Therapeutenausbildung von TP-Kandidaten und der professionellen Praxis von TP-Therapeuten bedarf es einer speziellen, auf die tiefenpsychologische Praxis zugeschnittenen Supervision, die zwar grundsätzlich in der Tradition der psychoanalytischen Supervision steht, sich aber in einer Reihe wichtiger Punkte von ihr unterscheidet.

Tiefenpsychologische Supervision sollte der Begrenzung der Zielsetzung, der Konzentration des Behandlungsprozesses, dem fokuserorientierten Arbeiten sowie der spezifischen Handhabung von Regression, Übertragung und Gegenübertragung und nicht zuletzt der stärkeren Präsenz des Therapeuten sowie den direkteren Interaktionen zwischen Patienten und Therapeuten in der TP gerecht werden. Schon in der diagnostischen Phase zu Behandlungsbeginn stehen Überlegungen zu Indikation und Prognose hinsichtlich eines Konfliktfokus und/oder Strukturfokus der Behandlung im Vordergrund. Eine Aufgabe der Supervision besteht u. a. darin, die psychodynamischen Überlegungen und daraus abgeleiteten Interventionen des Therapeuten auf den jeweiligen Behandlungsfokus zu beziehen. In einem adaptiven Vorgehen lässt sich der zentrale Konflikt- oder Strukturfokus mit zunehmendem Verständnis der Psychodynamik, in die auch Erfahrungen aus der therapeutischen Beziehung einfließen, differenziert beschreiben. Interaktionelle und intersubjektive Modelle der Wirksamkeit von Psychotherapien haben für die TP große Bedeutung. Die Reflexion der therapeutischen Interaktion und der wechselseitigen (unbewussten) Einflussnahme beider Beziehungspartner aufeinander und deren Bedeutung für den therapeutischen Prozess ist ein wesentliches Merkmal der tiefenpsychologischen Supervision. Das vorliegende Buch ist in sechs Kapitel auf gegliedert:

Erstes Kapitel: Zur Historie und Spezifität der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie

Nach einem geschichtlichen Abriss der Entwicklung von der psychoanalytischen zur psychodynamischen Psychotherapie behandeln wir die Essentials der TP in Abgrenzung von der AP, gehen auf die unterschiedlichen Vorgehensweisen und Methoden bei der Behandlung von konfliktbedingten, strukturellen oder traumatisch bedingten Störungen ein.

Zweites Kapitel: Grundlagen psychodynamischer Supervision

Auch hinsichtlich der Supervision beginnen wir mit einem geschichtlichen Abriss: Er führt von der psychoanalytischen Kontrollanalyse zur intersubjektiven Supervision. Im Weiteren folgen wir der Unterscheidung zwischen einer Aufgaben- und einer Entwicklungsorientierung in der psychodynamischen Supervision. Dabei gehen wir der Frage nach, ob in der psychodynamischen und speziell in der tiefenpsychologischen Supervision bestimmte Kompetenzen der Supervisanden besonders gefördert werden. Zu den Modellen und Methoden der psychodynamischen Supervision, die gleichermaßen für die tiefenpsychologisch fundierte wie für die analytische Supervision gelten, rechnen wir die supervisorische Beziehung, die Triangulierung, die Arbeit mit dem Parallelprozess, das Lernen durch Erfahrung sowie das Arbeiten mit der triadischen intersubjektiven Matrix und dem supervisorischen Vierten.

Drittes Kapitel: Konturen eines Modells tiefenpsychologischer Supervision

Der Versuch, die Spezifika tiefenpsychologischer Supervision herauszuarbeiten, stößt auf nicht unerhebliche Schwierigkeiten, da in Theorie und Praxis der TP-Supervision eine große Bandbreite unterschiedlicher Sicht- und Vorgehensweisen existiert. Da es nicht »die« tiefenpsychologische Supervision, sondern verschiedene Modelle gibt, gehen wir zunächst auf unseren eigenen Erfahrungshintergrund ein, suchen dann die verfahrensspezifische Haltung des TP-Supervisors, die sich partiell von der eines analytischen Supervisors unterscheidet, näher zu bestimm-

men und zeigen Spezifika der tiefenpsychologischen Supervisionstechnik auf.

Viertes Kapitel: Tiefenpsychologisch fundierte Einzelsupervision – ein Fallbeispiel

Das noch relativ abstrakte Modell tiefenpsychologischer Supervision wollen wir anhand einer supervidierten Fallgeschichte aus der Einzelsupervision konkretisieren. Den Ausgangspunkt bildet die Vorstellung und Interpretation eines Falls durch den Supervisor, dazu geben die beiden anderen Autoren Kommentare ab, und am Ende nimmt der Supervidierende den Gesprächsfaden wieder auf, um zu einer abschließenden Einschätzung zu gelangen.

Fünftes Kapitel: Tiefenpsychologisch fundierte Gruppensupervision – ein Fallbeispiel

Ähnlich wie bei dem Fallbeispiel aus der Einzelsupervision verfahren wir auch bei einem zweiten Fallbeispiel, das aus einer Gruppensupervision stammt.

Sechstes Kapitel: Aktuelle Diskussionsthemen zur tiefenpsychologischen Supervision

Im abschließenden Kapitel behandeln wir aktuelle Themen, die sich in den derzeitigen Diskussionen über Supervision herauskristallisiert haben und uns für die tiefenpsychologische Supervision besonders wichtig erscheinen: die Frage der Methodenintegration, den Anteil der Selbsterfahrung und das Behandlungsende in der TP-Supervision.

Herzlich bedanken möchten wir uns bei den Supervisorinnen, mit denen wir in den vergangenen Jahren zusammengearbeitet und von denen wir viel gelernt haben. Die Supervisionen mit den Kolleginnen und Kollegen bilden den Erfahrungshintergrund, auf dem wir unser im vorliegenden Buch vorgestelltes Modell der tiefenpsychologischen Supervision entwickeln konnten. Darüber hinaus möchten wir uns herzlich bei

Wolfgang Mertens als einem der beiden Reihenherausgeber für die wohlwollende und konstruktive Begleitung bei diesem Buchprojekt und bei Kathrin Kastl und Fabio Freiberg vom Kohlhammer Verlag für das sorgfältige Lektorat bedanken.

1 **Zur Historie und Spezifität der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie**

Zu Anfang des 20. Jahrhunderts entwickelte Freud das psychoanalytische Standardverfahren und wies 1918 auf dem Internationalen Psychoanalytischen Kongress in Budapest erstmals darauf hin, dass »die verschiedenen Krankheitsformen, die wir behandeln, nicht durch die nämliche Technik erledigt werden können« (Freud, 1919, S.186). Er fasste damals auch die Möglichkeit ins Auge, eines Tages die Zahl der Analytiker so zu erhöhen, dass eine »Psychotherapie fürs Volk« (ebd., S.194) möglich würde. In diesem Falle ergäbe sich die Aufgabe, »unsere Technik den neuen Bedingungen anzupassen« und »in der Massenanwendung unserer Therapie das reine Gold der Analyse reichlich mit dem Kupfer der direkten Suggestion zu legieren« (ebd., S.193).

Einige Jahre nach Freuds Tod vertraten Franz Alexander und Thomas French (1946) die These, dass im psychoanalytischen Standardverfahren und in dessen Abwandlungen die gleichen psychodynamischen Prinzipien zur Anwendung kämen. Sie böten dem Patienten die Möglichkeit, »sich unter günstigeren Umständen immer wieder jenen emotionalen Situationen zu stellen, die damals nicht zu ertragen waren, und mit ihnen auf eine unterschiedliche Art umzugehen« (ebd., S.67). Ihre Empfehlung zu mehr therapeutischer Flexibilität führte zu einer heftigen Kontroverse um eine »normative Idealtechnik« (Eissler, 1953) und den Sinn und die Berechtigung von Abweichungen davon. Dennoch sind in der Folgezeit eine ganze Reihe von Modifikationen des psychoanalytischen Standardverfahrens entwickelt worden, die dazu dienten, das Indikationsspektrum zu erweitern und die Behandlungsdauer zu verkürzen. Sie bezogen sich auf die Verringerung der Sitzungsfrequenz, die stärkere Ausrichtung an den Aktualkonflikten und am »Hier und Jetzt« der therapeutischen Beziehung, den modifizierten Umgang mit Über-

tragung und Gegenübertragung, die Berücksichtigung der Interaktionsmuster innerhalb und außerhalb der therapeutischen Situation sowie auf die Erweiterung des Indikationsbereichs (vgl. Beutel, Doering, Leichsenring & Reich, 2010, S. 2). In diesen historischen Kontext ist auch die Entwicklung der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie einzuordnen.

1.1 Zur Entwicklung der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie als eigenständiges Richtlinienverfahren

Verschiedene gesellschaftliche, berufs- und standespolitische Entwicklungslinien haben zur Aufnahme der Psychotherapie in den Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenkasse geführt (vgl. Hauten, 2021). Große Bedeutung kommt dabei zwei empirischen Katamnesestudien der Arbeitsgruppe um Annemarie Dührssen zu (Dührssen, 1962; Dührssen & Jorswieck, 1965). Die Befunde, dass psychotherapeutisch behandelte Patienten deutlich weniger Kosten durch Krankschreibung und Klinikaufenthalte verursachen als nicht behandelte, überzeugten die Vertreter der Krankenkassen, sodass diese bereit waren, psychoanalytische Therapiesitzungen erstmals als Pflichtleistungen der gesetzlichen Krankenkassen anzuerkennen. Außerdem gab es 1964 ein Urteil des Bundessozialgerichts, in dem Neurosen als Krankheiten anerkannt wurden, mit der Folge, dass nun psychotherapeutische Behandlungsmöglichkeiten geschaffen werden mussten.

1.1.1 Die erste Konzeptualisierung der TP nach Einführung der Psychotherapie-Richtlinien

1967 war es so weit: Psychotherapie wurde als Leistungspflicht der Krankenkassen eingeführt. Im Rahmen der »Richtlinien-Psychotherapie« wurden zwei Verfahren aufgenommen: die hochfrequente, wenn auch

im Unterschied zum psychoanalytischen Standardverfahren zeitlich befristete *analytische Psychotherapie* und daneben die *tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie*. Letztere wurde als »Anwendungsform der Psychoanalyse« bezeichnet und durch eine niedrigere Behandlungsfrequenz und ein anderes Setting – Gegenübersitzen statt Liegen auf der Couch – von der Langzeitanalyse abgesetzt. Beide Verfahren waren bis zum Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes (1998) explizit nur für ärztliche Psychotherapeuten vorgesehen. Psychologische Psychotherapeuten konnten nur mittels einer »Delegation« durch einen Ärztlichen Psychotherapeuten mit den Krankenkassen abrechnen. Während die psychoanalytischen Fachgesellschaften zwingend eine Verklammerung der Ausbildung in AP und TP verlangten, sah und sieht die Berufsordnung der Ärzte eine fachärztliche Weiterbildung in TP vor, die zur Zusatzbezeichnung »Psychotherapie« führt.

Maßgeblich für die Einführung der TP als Behandlungsform waren in erster Linie pragmatische Versorgungsaspekte und berufspolitische Gründe, während die Basis einer fachwissenschaftlichen Diskussion fehlte: »Diese Ausgangsmodalität bzw. das Fehlen einer spezifischen theoretischen Fundierung hat viel dazu beigetragen, die TP lange Jahre nur als verkürzte Variante oder als »kleine Schwester« der AP zu betrachten« (Boll-Klatt & Kohrs, 2018, S. 16).

In den 1970er und 1980er Jahren wurden dann erste richtungsweisende Konzeptualisierungsversuche der TP unternommen. Annemarie Dührssen nahm mit ihrem Konzept der »Dynamischen Psychotherapie« (Dührssen, 1972, 1988) vieles vorweg, was später bei der »Göttinger Gruppe« um Annelise Heigl-Evers, Franz Heigl und Jürgen Ott (Heigl-Evers & Heigl, 1982; Heigl-Evers, Heigl, Ott & Rüger, 1997) in ihr Konzept der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie einging.

Dührssen plädierte für eine »adaptive Indikation«, bei der die Therapiemethoden den Bedürfnissen und Leiden der Patienten angepasst, statt einer »selektiven Indikation«, bei der die Patienten nach der Eignung für die Methode ausgewählt werden. Auch Heigl-Evers und Heigl betonten die Notwendigkeit einer adaptiven Indikation, um das psychoanalytische Behandlungsspektrum auf psychosomatische Erkrankungen, Charakterneurosen, Süchte, Psychosen u. a. ausweiten zu können. Sie wehrten sich gegen berufspolitische Bestrebungen, dem Indikationsbe-