

# III. RESÜMEE UND AUSBLICK



# 1 Zwischen Skizze und Schablone: Psychodynamik im Spiegel der Richtlinien-Psychotherapie\*

KLAUS LIEBERZ 

## 1.1 Einleitung

Wenn man in den Spiegel schaut, dann sieht man in der Regel nichts Neues. Manchmal entdeckt man Überraschendes, manchmal sicher auch Unerfreuliches. Wenn wir uns also mit der Rezeption und Wiedergabe der Psychodynamik in den Therapeutenberichten zur Richtlinien-Psychotherapie (RLPT) befassen, dann geschieht dies in der Absicht, einen Eindruck vom aktuellen Stand der Auseinandersetzung mit psychodynamischen Konzeptionen unter den besonderen Bedingungen der praktischen Umsetzung in Therapiepläne unter den hier und heute herrschenden Rahmenbedingungen zu gewinnen (Bell und Rüger 2007, Ermann 2004, 2016, Rudolf und Jakobsen 2002, Rudolf 2004, 2010, Rüger und Bell 2004, Rüger et al. 2015). Es soll auch lediglich der Eindruck eines einzelnen, erfahrenen Gutachters wiedergegeben werden, ohne den Anspruch auf Verallgemeinerung und lediglich in der Absicht, hier und dort die Aufmerksamkeit zu schärfen und einige Anregungen zu geben. Dies ist aus meiner Sicht nicht gering zu schätzen, da die Gutachter die einzigen Beteiligten in diesem Qualitätssicherungsverfahren sind, die einen kleinen Einblick in die sehr unterschiedliche und kaum evaluierte Versorgungsrealität bekommen.

Vorauszuschicken ist dabei, dass die allermeisten Therapeutenberichte einen guten und nachvollziehbaren Eindruck vom Patienten vermitteln. Einschränkend muss allerdings auch verdeutlicht werden, dass nach den vorliegenden Daten und internen Diskussionen gut ein Viertel der Antragsberichte gutachterlichen Vorbehalten (Lieberz und Seiffge 2011) unterliegen. Die anhaltend eher geringe Ablehnungsquote von etwa 4 % weist darauf hin, dass aufseiten der Gutachter demnach die Bereitschaft besteht, über einige Mängel in den Berichten auch mal hinweg zu

---

\* Überarbeitete Fassung eines gleichnamigen Artikels in PDP 2018 17 (4), 264–276. DOI 99.120110/pdp-17-4-264

sehen und damit die Schwierigkeiten der Versorgungspraxis im Alltag zu berücksichtigen.

Die Psychodynamik ist das »Herzstück«, aber auch die »Schwachstelle« jeder verfahrensentsprechenden Psychotherapie. Sie beinhaltet die Verbindung zwischen der Vergangenheit des Patienten, seiner Gegenwart und seinen zukünftigen Möglichkeiten. Sie ist nicht immer so schnell überschaubar, zumal unter den Bedingungen der RLPT nur einige probatorische Sitzungen zu ihrer Erfassung zur Verfügung stehen. Erfahrungsgemäß nutzen viele Therapeuten die Möglichkeit zur Einleitung der Behandlung mittels einer Kurzzeittherapie. Dies geschah in früheren Zeiten insbesondere auch unter den Bedingungen einer äußerst geringfügigen Vergütung für die probatorischen Sitzungen. Auch wenn dieser Umstand verbessert werden konnte, nehmen viele Therapeuten aus Gründen der Praktikabilität den Weg über eine Kurzzeittherapie auch heute, häufig in der Absicht, in dieser Zeit den Informationsstand zur Vorgeschichte und Psychodynamik des Patienten zu verbessern. Wie sich allerdings zeigt, hat sich die Annahme, dass sich dieser verbesserte Informationsstand nach einer Kurzzeittherapie (KZT) im Umwandlungsbericht des Therapeuten und einer besseren Informationsdichte niederschlägt, nicht bestätigen lassen. Die Informationsdichte in den Berichten zu Umwandlungsanträgen ist nicht höher als die in den Berichten zu Erstanträgen (Lieberz et al. 2010, 2011). Dabei gibt es keine Unterschiede zwischen Anträgen auf eine tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (TfP) oder denen auf eine analytische Psychotherapie (AP).

Folgen wir den Angaben von Multmeier et al. (2014), dann werden ohnehin 75 % der Patienten unter den Bedingungen einer KZT behandelt, ohne dass eine Umwandlung in eine Langzeittherapie (LZT) mit Durchlaufen des dafür vorgesehenen Gutachterverfahrens (GAV) erfolgt. Wie sich die ausschließlich in KZT behandelten Patienten von denen unterscheiden, bei denen dann eine Weiterführung der Behandlung für notwendig gehalten wird, ist bis heute unklar und undurchsichtig. Jedenfalls scheint es im Rahmen der probatorischen Sitzungen (und ggf. auch einer KZT) nicht immer so leicht, die Psychodynamik des Patienten zu überschauen. Dafür können Schutzhaltungen (Vermeidung, Kränkungsschutz, Bagatellisierungshaltung) aufseiten des Patienten verantwortlich sein. Doch angenommen werden darf auch, dass viele Therapeuten, sei es aus mangelnder Erfahrung oder aus theoretischer oder gar ideologischer Voreingenommenheit heraus, Schwierigkeiten in der Erfassung und Formulierung einer ausreichenden psychodynamischen Ausgangshypothese haben. Eine solche ist von besonderer Bedeutung für die Behandlungsplanung, auch da nicht jeder Therapeut alle Behandlungsoptionen besitzt, und von daher die Gefahr der Anpassung des Patienten an die Möglichkeiten des Therapeuten besteht. Die Schwierigkeiten in der Erfassung und Weitergabe der Psychodynamik im Rahmen des Gutachterverfahrens (GAV) der RLPT werden jedenfalls auch in den Voten der Gutachter deutlich. Wie Lieberz und Seiffge (2011)

berichteten, beziehen sich die Kritikpunkte der Gutachter in den zur Oberbegutachtung führenden Fällen zu 41 % auf die Psychodynamik und gar zu 84 % auf die damit eng verbundene Behandlungsplanung. Die Indikation wird in 14 % der Fälle in Frage gestellt, und in 23 % der Fälle werden die prognostischen Aussichten für nicht ausreichend gehalten (Mehrfachnennungen möglich).

Der Therapeutenbericht baut auf einer ausführlichen und gezielten Anamneseerhebung im Rahmen der probatorischen Sitzungen auf; er ist Teil der Krankengeschichte und Ausgangspunkt der Therapie. Er soll im Rahmen des GAV dazu dienen, dass der Therapeut vor Beginn der Behandlung sein bisher gewonnenes Verständnis des Patienten überprüft, einen für den Patienten in seiner aktuellen Lebenssituation passenden Therapieplan entwickelt und seine Vorstellungen durch eine schriftliche Darlegung konkretisiert und präzisiert. Erleichtert wird die Abfassung eines solchen Berichtes durch die Orientierung des Therapeuten an einer Form der Anamneseerhebung, die mit den Vorgaben der RLPT kompatibel ist (Dührssen 1981, 2011, Lieberz 2011, Rudolf und Rüter 2011w)

Dabei besteht die in den Antragsberichten zu bewältigende Aufgabe des Therapeuten in der schlichten Aufforderung: »Zeichne ein Bild vom Patienten« (Dührssen 1981, 2011, Rudolf 2010). Verlangt wird nicht, dass es sich dabei um ein »fertiges Kunstwerk« handelt, aber es wird doch erwartet, dass die Skizzierung des Patienten so weit gelingt, dass der Patient erkennbar wird und vor dem geistigen Auge des Gutachters (oder eines anderen außenstehenden sachverständigen Betrachters) erscheint. Diese Aufgabe ist erfahrungsgemäß nicht so einfach, wie es zunächst erscheinen mag. Dies liegt aus meiner Sicht an der Tatsache, dass nicht jeder Therapeut »ein Künstler« ist, dass aber auch nicht jeder Patient bereit ist, sich »zeichnen zu lassen«. Hinzu kommen die vorgegebenen Bedingungen in der RLPT, die den Therapeuten dazu auffordern, sich so kurz wie möglich zu halten. Das führt leicht dazu, dass sich der Therapeut zwischen »Skizze und Schablone« bewegt.

### 1.1.1 Ausgangsbefunde

Bevor ich auf die Frage der Darstellung der Psychodynamik eingehe, möchte ich einige im Allgemeinen gut bekannte Tatsachen in Erinnerung rufen. Die alte Erfahrung, dass psychische/psychosomatische Erkrankungen vornehmlich »Frauenkrankheiten« sind, lässt sich auch durch die Ergebnisse epidemiologischer Untersuchungen (Schepank 1987, 1990, Franz et al. 2000, Lieberz et al. 2011) und z. B. die Auswertungsergebnisse der MARS-Studie (Mannheimer Richtlinien-Psychotherapie-Studie) und damit bezüglich der RLPT gut belegen (Lieberz et al. 2010). Drei Viertel (75 %) unserer im Rahmen der RLPT behandelten Patienten sind Frauen. Der Begriff der »Hysterie« kam nicht von ungefähr; er verband eine bis heute gül-

tige Beobachtung mit wechselnden theoretischen Auffassungen. Gut bekannt ist auch, dass zwei Drittel der Therapeuten weiblichen Geschlechtes sind (psychodynamische Verfahren der RLPT), über das gesamte Behandlerspektrum (PP, KJP, ÄP) in der RLPT gesehen sind es sogar deutlich über 70 % (DPTV 2021). Psychotherapie ist danach in erster Linie »Frauensache«. Diese Sachverhalte werden nach meinem Eindruck allerdings selten genug diskutiert und hinterfragt, insbesondere hinsichtlich ihrer Bedeutung für die Praxis. Deshalb erschien es uns zunächst einmal wichtig zu erfassen, wie es sich bei dieser Geschlechterkonstellation mit der Therapeutenwahl verhält (siehe Tabelle 50). Bei einem Patienten und 13 Therapeuten waren keine Angaben festzustellen.

**Tabelle 50** Geschlecht des Therapeuten vs. Geschlecht des Patienten: MARS-Projekt (n = 1 005)

		Geschlecht des Patienten/der Patientin		Gesamt
		männlich	weiblich	
<b>Therapeut: Geschlecht</b>	<b>männlich</b>	135 52,1 %	244 33,3 %	379 38,2 %
	<b>weiblich</b>	124 47,9 %	488 66,7 %	612 61,8 %
<b>Gesamt</b>		259 100,0 %	732 100,0 %	991 100,0 %

Chi-Quadrat = 28,6; df 1; p = 0,001

Diese Tabelle lässt erkennen, dass sich in der Therapeutenwahl eine klare und signifikante Präferenz hinsichtlich der Geschlechterverteilung ergibt: Frauen wählen zumeist weibliche Therapeuten, Männer suchen sich bevorzugt männliche Therapeuten. Wir wissen bis heute nicht, womit diese Präferenzen genau zusammenhängen und welche Konsequenzen sie für den Behandlungsverlauf zeigen. Die Annahme, dass das Geschlecht des Therapeuten hinsichtlich therapeutischer Beziehung, therapeutischer Allianz, Therapieverlauf (und Ergebnis?) keine wesentliche Rolle spielt, ist jedenfalls wenig plausibel, insbesondere unter Berücksichtigung der Tatsache, dass 80 % der psychodynamischen Psychotherapien in der RLPT sog. tiefenpsychologische Behandlungen (TfP) darstellen. Schon früh ist beschrieben worden, dass die in diesen Therapien angeschnittenen Themen und Übertragungskonstellationen sich deutlich in Art und »Timing« von denen in einer Analytischen Psychotherapie (AP) unterscheiden (Rudolf 1974). Ergebnisse der psychotherapeutischen Forschung zu den (eher geringen) Effekten der Therapeuten auf das Therapieergebnis spiegeln vielmehr den dürftigen Stand der heu-

tigen Therapieforschung und die Schwierigkeiten einer angemessenen Erfassung der Wirkfaktoren wider (Ackerman und Hilsenroth 2001, Baldwin und Imel 2013, Dunkle und Friedländer 1996, Lambert 2013, Muran und Barber 2010; Norcross und Whampold 2011). Dies gilt umso mehr, wenn außer Acht gelassen wird, dass der Patient mit der Wahl seines Therapeuten von vornherein wesentlichen Einfluss auf den zu erwartenden Therapieverlauf und wohl auch das Ergebnis nimmt (Lieberz 2013, Rieping 2021).

## 1.2 Erste Eindrücke: Schablonen

Wenn wir diese Ausgangsbefunde im Hinterkopf behalten, dann ist zunächst einmal hinsichtlich der in den Therapeutenberichten beschriebenen Psychodynamik der Eindruck entstanden, dass die Therapeuten sich häufig auf dem schmalen Grat zwischen Skizze und Schablone bewegen und nicht so selten (vielleicht begünstigt durch die Möglichkeiten moderner digitaler Kommunikation) auf gut bekannte Schablonen zurückgreifen, deren wichtigste hier kurz erörtert werden sollen.

Die erste dieser Schablonen bezieht sich auf die »modernen« Klassifikationssysteme, hier in Form der aktuellen ICD 10. Die Schwierigkeiten psychodynamischer Diagnostik, die in früheren Jahren häufig eher »belletristischen« Charakter hatte (Rudolf 2001), sind allgemein bekannt und haben zur Entwicklung der aktuellen Klassifikationssysteme wesentlich beigetragen. Diese frühe Art psychodynamischer Diagnostik war jedenfalls für wissenschaftliche Zwecke unbrauchbar. Herausgekommen ist ein Versuch der Beschreibung von Störungsbildern auf einer empirischen Basis, die erkennbar einem (veralteten) »medizinischen Krankheitsmodell« folgt. Bei dieser Aufzählung der verschiedensten Symptombilder entsteht (selbst bei Berücksichtigung sog. Komorbiditäten) die Schwierigkeit der Einschätzung der Beeinträchtigungsschwere des Krankheitsbildes. Außerdem handelt es sich um eine Klassifikation jenseits von Biografie und Entwicklung, weshalb diese Art des Vorgehens zwar eine wichtige Ergänzung darstellt, aber letztlich wenig kompatibel mit einer hinreichend verlässlichen psychodynamischen Diagnostik ist (Hohage 2001). Übersehen wird auch leicht, dass eine Diagnose nach ICD 10 nicht zur Begründung einer Richtlinien-Psychotherapie ausreichend ist, da diese einem ätiologisch angelegten Krankheitsmodell folgt (s. a. Kap. II.1).

Eine andere Schablone betrifft die früher sog. »Life Events«. Diese gehen heute oft im Kleide einer offenbar allgegenwärtigen »Traumatisierung« einher. Häufig werden äußere Belastungsfaktoren oder -situationen beschrieben, die, einem Stressmodell folgend, wenig erhellend für den dysfunktionalen Umgang mit diesen Ereignissen sind, und zudem keinen Einblick in die psychodynamisch relevanten auslösenden inneren Ereignisse liefern (Dührssen 1981, Lieberz 2016, Rudolf und Rüger 2011).

Die in Deutschland entwickelte Antwort auf diese Art der Diagnostik ist die sog. OPD [Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik] (Arbeitskreis OPD-2: 2006). Es ist der Versuch zur Beschreibung und Erfassung einer empirisch fundierten psychodynamisch begründeten Diagnostik, und sie hat in entscheidender Weise zur Verbesserung und Systematisierung der diagnostischen Herangehensweise der jüngeren Generation beigetragen. Einschränkend muss man allerdings konstatieren, dass die OPD letztlich ein wissenschaftliches Instrument ist, dessen Nutzung einem gut eingearbeiteten und in ständigem Austausch befindlichen wissenschaftlichen Team vorbehalten ist, um eine hinreichende Reliabilität und Validität in den vorgenommenen Einschätzungen zu erreichen. In der Praxis sind diese Möglichkeiten in der Regel nicht gegeben, weshalb nach meinem Eindruck die OPD leider auch zu einer Schematisierung des Denkens (und Handelns) beigetragen hat. Dieser Verlust psychodynamischen Gehalts wurde von den Autoren des OPD im Übrigen gesehen und vorhergesagt (OPD 1998).

Zu guter Letzt und etwas überraschend habe ich den Eindruck, dass selbst die Biografie, begünstigt durch die erzwungene Kürze in der RLPT, als Schablone genutzt wird, und damit oft keinen wirklichen und nachvollziehbaren Einblick in die individuellen Entwicklungsbedingungen des Patienten zulässt (s. Kap. II.5 und 6). Besonders beliebt ist dabei der Rückgriff auf die OPD und die hier aufgeführten Konfliktfelder von Abhängigkeit und Autonomie sowie des Selbstwertes. Diese Herangehensweise ist nachvollziehbar, kann man doch mit dem Gebrauch solcher Schlagworte eigentlich nichts verkehrt machen. Grundsätzlich bewegen wir uns alle von der Wiege bis zur Bahre im Spannungsfeld von Abhängigkeit und Autonomie; in diesem Sinne handelt es sich ja auch nicht um einen »neurotischen« Konflikt, sondern um eine anthropologische Grundausstattung. Da der Mensch als »sozialer Großraubsäuger« in Gruppen lebt, befindet er sich zeitlebens in sozialen Abhängigkeiten, die über die Zeit nach Alter, Geschlecht oder sozialem Status variieren. Insofern ist Autonomie ein Mythos. Hinzu kommt, dass mit dem heute in keinem Bericht fehlenden Hinweis auf die zu fördernde Autonomie des Patienten ein »Omnibusbegriff« genutzt wird, unter dem jeder verstehen kann, was er will. Ohne eine ausreichende Operationalisierung ist dieser Begriff jedenfalls aus meiner Sicht wenig nützlich. Gefördert wird der inflationäre Gebrauch dieses Begriffes in den Berichten, von zeitgeschichtlichen Umständen mal ganz abgesehen, sicher auch durch die Tatsache, dass der Großteil unserer Patienten aus Frauen besteht, und die Autonomie im hier gebrauchten Sinne eher ein »Frauenthema« ist. Dabei scheint mir, angesichts der zahlreichen Singles und alleinerziehenden Mütter, dieser Begriff mittlerweile Ideologiecharakter gewonnen zu haben (SOEP 2016, Statistisches Bundesamt 2016, Spitzer 2017).

Die schablonenhafte Nutzung der Biografie geht zudem von der nachvollziehbaren Vorstellung aus, dass irgendetwas falsch gelaufen sein muss, sonst wäre der Patient ja kein Patient. Dabei werden aus den Eltern schnell »Rabenmütter« und

»versoffene Versagerväter«. Eltern werden also gerne als »Versager« beschrieben. Unter dem Eindruck neuerer entwicklungspsychologischer Erkenntnisse zu frühen Abhängigkeitspathologien werden dann viele Vermutungen angestellt über Fehl- abläufe in den ganz frühen Entwicklungsabschnitten. Zugehörige Schlagworte sind dann »die ungenügend spiegelnde« Mutter, die daraufhin sich entwickelnden »instabilen Selbst- und Objektrepräsentanzen«, eine mangelnde »Objekt Konstanz« und angesichts nicht anwesender oder versagender Väter eine nicht ausreichende »Triangulierung«, alles mündend in eine ungenügende »Autonomie«, die den Betroffenen nun Zeit seines Lebens beeinträchtigt. Diese Spekulationen über sehr frühe Entwicklungsbedingungen lassen spätere Folgen dieser »primären Neurotisierung«, Identifikationsschicksale und vor allem auch die Stärken des Patienten, aus dem Blick geraten. Nachfolgende Lebensabschnitte wie die Schulzeit, die Pubertät mit ihren weitreichenden hirnstrukturellen Veränderungen, das junge Erwachsenenalter oder auch spätere Lebensabschnitte mit ihren jeweils eigenen Lebensaufgaben und Veränderungsanforderungen, aber auch Möglichkeiten werden weniger in die Überlegungen einbezogen. Dieser Rückgriff auf Annahmen über frühe Entwicklungsbeeinträchtigungen des Patienten lässt dabei auch außer Acht, dass bis heute keine wirklich belastbaren Studienergebnisse über das Ausmaß schwerer Psychopathologien in den ambulanten psychotherapeutischen Behandlungen vorliegen. Die Einschätzungen von Rudolf (2010) gehen wie unsere eigenen ersten Untersuchungsergebnisse davon aus, dass vielleicht 25 % unserer Patienten Krankheitsbilder erkennen lassen, die auf schwerwiegende frühe Fehleinflüsse schließen lassen (Lieberz 2017). Diese Einschätzungen bedürfen der weiteren wissenschaftlichen Überprüfung mit geeignetem Inventar. Im Gegensatz zu den auf meist schwachen Füßen stehenden Konstruktionen steht auch das häufige Fehlen selbst basaler harter Daten zu den realen Lebensumständen (Dührssen und Lieberz 1999, Rudolf und Rüter 2016, Lieberz et al. 2011, Lieberz 2016, Rüter et al. 1996, 1997).

Zusammenfassend ergibt sich der Eindruck, dass aus der sicher idealtypischen Sicht des Gutachters sehr häufig ein Mangel an zeitgeschichtlicher Einordnung der persönlichen Familiengeschichte des Patienten festzustellen ist. Hierzu gehört auch eine Dreigenerationenperspektive, die erst einen Einblick in die Hintergründe und Entwicklung der Eltern gibt und damit vor allfälligen Anklage- und Vorwurfshaltungen schützt. Damit verbunden ist eine Einordnung der Familiengeschichte in Gruppenzugehörigkeiten mit entsprechenden Gemeinsamkeiten von Werten und Einstellungen. Erfahrungen des Patienten in Gruppen mit entsprechender Gruppenposition und hierarchischer Positionierung würden dieses Bild abrunden. Auffällig ist auch, dass reale Informationen z. B. zu Alter, Bildungs- und Berufsstand über die Eltern häufig fehlen, während andererseits solche Informationen zu den Geschwistern sehr oft gegeben werden, dann aber spielen die Geschwister in der Beschreibung der Psychodynamik nur selten eine Rolle (Lieberz et al. 2011, Rudolf und Motzkau 1997).

### 1.3 Weitere Eindrücke

#### 1.3.1 Darstellung der Psychodynamik – die Liebesfähigkeit

Ich möchte im Folgenden den althergebrachten Zielsetzungen psychodynamischer Therapien folgen und die in den Berichten aufscheinende Beschreibung der Psychodynamik des einzelnen Patienten mit diesen Zielsetzungen a) der Liebesfähigkeit und b) der Arbeitsfähigkeit verbinden. Die Liebesbeziehungen unserer Patienten und mögliche Beeinträchtigungen der Liebesfähigkeit nehmen erwartungsgemäß in den Berichten der Therapeuten in aller Regel eine zentrale Rolle ein. Dennoch bleiben die Beschreibungen häufiger recht vage und allgemein und lassen des Öfteren eine hinreichende Konkretisierung mit Bezug zum aktuellen Hilfeersuchen des Patienten vermissen (s. Kap. I.2).

Das körperliche Erscheinungsbild mit seinen auch für eine Partnerwahl wesentlichen Eigenschaften (Größe, Gewicht, Konstitution, Aussehen, Attraktivität usw.) wird, wenn es denn Erwähnung findet, eher selten explizit mit Fragen der Partnerwahl in Verbindung gebracht. Überhaupt wird Fragen der Partnerwahl seltener wirklich nachgegangen; der Familienhintergrund des Partners wird kaum erfasst. Mit welchem Frauen- oder Männerbild die jeweilige Partnerwahl zu verbinden ist und welche psychodynamischen Konstellationen jeder Partner für sich in die Beziehung und Gestaltung der sich entwickelnden Paardynamik einbringt, bleibt oft undeutlich. Die Beschreibung der Paardynamik wirkt häufig sehr statisch und lässt selten Veränderungen über den Lauf der Zeit erkennen. Wie sich die jeweilige Abhängigkeits-, Macht- und Versorgungsdynamik in der Partnerschaft über die Zeit, z. B. mit Kindern, Krankheiten oder wirtschaftlichen Schwierigkeiten, verändert, bleibt zumeist undiskutiert (Dührssen 2011, Held 1978, Masermann 1972, Rudolf 2004, 2010). Dies ist einigermaßen verwunderlich, da es doch allgemein bekannt ist, dass die größten Krisen für Paarbeziehungen mit dem Kommen und Gehen der Kinder (elterliche und nachelterliche Phase) verbunden sind.

Besonders auffällig ist zudem, dass die Sexualität in den Partnerschaften, einschließlich ihrer Bindungswirkung, keine große Aufmerksamkeit findet und wenig Platz in den Berichten einnimmt. Dies mag damit zusammenhängen, dass sich überwiegend Frauen in Behandlung befinden und diese erfahrungsgemäß nur selten wegen sexueller Probleme psychotherapeutische Hilfe suchen. Eine sexuelle Störung verbirgt sich hier zumeist hinter einer anderweitigen im Vordergrund stehenden (z. B. einer depressiven) Symptomatik. Außerdem mag eine Rolle spielen, dass in einer weiblichen Patient-Therapeut-Dyade dieser Bereich häufiger ausgespart wird und sich eher eine »gemeinsame Verdrängungsleistung« etabliert.

Zugehörige Themen wie Fragen der Schwangerschaftsverhütung, der Familienplanung oder auch einer evtl. gegebenen Kinderlosigkeit werden häufiger nicht thematisiert. Dies ist insofern überraschend, als wir doch wissen, dass unsere in

RLPT befindlichen Patienten im Vergleich mit der Allgemeinbevölkerung deutlich weniger Kinder haben (bei einem Altersmittel von etwa 45 Jahren) (Lieberz und Seiffge 2011). Wie oben bereits dargelegt, wird heute gern auf Störungen der frühen Mutter-Kind-Interaktion abgehoben. Daher ist umso auffälliger, dass Fragen zur eigenen Mutterschaft und zum Umgang mit dem eigenen Kind/den eigenen Kindern zu wenig Beachtung finden. Da in Zeiten der Neurobiologie auch von Psychotherapeuten gerne »das Gehirn« zur Erklärung psychopathologischer Auffälligkeiten bemüht wird, sei an dieser Stelle darauf aufmerksam gemacht, dass in Zeiten von Schwangerschaft und Mutterschaft wahrscheinlich die größten physiologischen Umstrukturierungen im Gehirn einer erwachsenen Frau stattfinden (Kinsley et al. 2008, Kim et al. 2010). Dieser »Reifeschub« ist mit anderen Mitteln nicht erreichbar und schafft die Voraussetzungen für die Etablierung eines ausreichenden und anhaltenden Fürsorge- und Pflegeverhaltens.

Nahe liegt, dass diese »Lebensaufgaben« einer Frau eine stärkere Beziehungsorientierung mit sich bringen. Wie weit diese Orientierung genetisch und neurobiologisch angelegt und durch aversive Lebenserfahrungen moduliert wird, bleibt sicher weiter abzuklären und zu differenzieren (Sandberg et al. 1994, Cheng et al. 2008, Connellan et al. 2000, Del Giudice et al. 2012, Lippa 2010, Lutchmaya und Baron-Cohen 2002, Baron-Cohen 2009, Ruigrok et al. 2014, Schulte-Rüther et al. 2008, Zagni et al. 2016, Zietsch et al. 2011, Bonelli 2018). Gleichwohl steht für die durchschnittliche Frau mit entsprechender emotionaler und sozialer Kompetenz die Frage der Partnerwahl sehr im Vordergrund. Wieweit sich diese zwischen Wunsch und Wirklichkeit bewegt, ist den Berichten freilich selten zu entnehmen. Dies ist umso bedenklicher, als die damit zusammenhängenden Sorgen einer Frau, in die Abhängigkeit vom »falschen Mann« zu geraten und mit der »Brutpflege« allein gelassen zu werden, unter den aktuellen soziokulturellen Bedingungen alltägliche Bestätigung erfahren (Stichwort: alleinerziehende Mütter) (SOEP 2016, Statistisches Bundesamt). Die »Flucht in die Autonomie« wird mit den Möglichkeiten moderner Schwangerschaftsverhütung und guter Bildungsmöglichkeiten auch für Frauen sehr begünstigt. Allerdings scheint als Nebenwirkung dieser Ererungenschaften auch der aktuelle Trend zur Bindungslosigkeit gefördert worden zu sein (Bowlby 1969, Fonagy 2003, Sponzel 2004). Die therapeutische Zielsetzung besteht von daher bei unseren Patienten auch mehr in der Entwicklung des Mutes zur Abhängigkeit als in der Förderung der Autonomie, die eher ein Zwischenschritt auf diesem Wege ist.

Interessant sind in diesem Zusammenhang auch die sich mehrenden Hinweise von biologischer Seite auf körperliche und verhaltensmäßige Unterschiede bei den Müttern in Abhängigkeit vom Geschlecht des Kindes. Dies reicht von der unterschiedlichen Zusammensetzung der Muttermilch im Zusammenhang mit dem Geschlecht des Kindes bis hin zur Beobachtung, dass manche Primatenmütter ihren männlichen Nachwuchs deutlich »rüder« behandeln als den weiblichen (Kulik

et al. 2016). Angesichts der sehr viel längeren Abhängigkeits- und Entwicklungszeit des menschlichen Kindes mag sich dies beim Menschen anders verhalten und diese »Aufgabe« hier eher dem Vater zukommen. Jedenfalls sollten wir diese ersten Hinweise beachten, lassen sie doch daran denken, dass das Bindungsverhalten von Frauen und Männern unter hormonellen Einflüssen von früh auf unterschiedlich angelegt ist (Hopf 2014, Franz und Karger 2017). Die biologische Forschung folgt hier auch eigentlich nur der jahrtausendealten Alltagsempirie, die der stärkeren Beziehungsorientierung der Frauen die ausgeprägtere Selbstorientierung der Männer an die Seite stellt (Sandberg & Meyer-Bahlburg 1994, Willingham und Cole 1997, Baron-Cohen 2009).

Die höheren Geburtenraten bei Jungen, die höheren Todesraten bei Männern wie auch deren, nicht nur hinsichtlich der Psychotherapie, feststellbares geringeres Klage- und Hilfesuchverhalten sind deutliche Hinweise auf unterschiedliche Lebensaufgaben und einen höheren Wettbewerbsdruck des männlichen Geschlechtes (insbesondere in der Beziehung zum anderen Geschlecht), weitgehend unabhängig von den jeweils geltenden aktuellen soziokulturellen Umständen (Grammer 1995, Maccoby 1999, Lippa 2010, Grove et al. 2013, Bonelli 2018). Insofern mündet die, wie früh auch immer angelegte Ängstlichkeit der Männer in der Angst vor der »Impotenz« (in all ihren Variationen). Insgesamt entsteht der Eindruck, dass unter dem Einfluss moderner entwicklungspsychologischer Konzeptionen eine ausreichende geschlechtsspezifische Differenzierung der Psychodynamik unter Berücksichtigung der Vorbereitung auf unterschiedliche geschlechtsabhängige Entwicklungsgeschwindigkeiten und Lebensaufgaben verloren gegangen ist. Die ursprünglich einseitige patriarchalisch strukturierte Sichtweise scheint mittlerweile einer matriarchalischen und geschlechtseinebnenden Vorstellung gewichen zu sein.

### 1.3.2 Psychodynamik: Die Arbeitsfähigkeit

Angesichts der engen Verbindung von Liebesfähigkeit und Arbeitsfähigkeit ist es einigermaßen erstaunlich, dass nach meinem Eindruck Fragen der Arbeitsfähigkeit wenig Raum gegeben wird. Sofern nicht gut eingrenzbarer Arbeitsplatzkonflikte gegeben sind, bleiben Fragen nach der Arbeitsfähigkeit des Patienten sehr häufig ausgespart. Dies mag der Tatsache geschuldet sein, dass wir in einer in der Geschichte der Menschheit beispiellosen »Verwöhnkultur« leben. Dennoch ist es überraschend, da wir ja alltäglich zugleich vom zunehmenden Arbeitsstress in den Betrieben hören. Noch überraschender ist es angesichts der Tatsache, dass im hier aufgeführten Kontext die vielstrapazierte Autonomie ja schließlich »erarbeitet« sein will und nicht geschenkt wird. Nicht zuletzt bleibt dann auch die jeweilige Arbeitsteilung in einer Partnerschaft unerörtert.

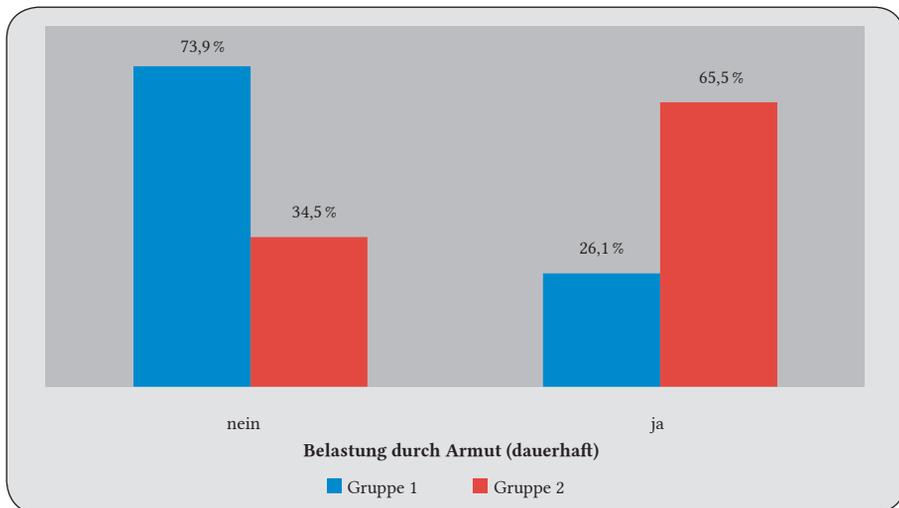
Warum den Fragen nach der Arbeitsfähigkeit also eher wenig Aufmerksamkeit geschenkt wird, ist nicht leicht ersichtlich. Jedenfalls meine ich eine mangelnde Berücksichtigung dieser Fragen in der Diagnostik (Art und Ausmaß der Arbeitsstörung) und in den Konsequenzen für die zwischenmenschlichen Beziehungen feststellen zu können. Opferhaltungen der Patienten (z. B. Mobbing usw.) werden häufiger in den Vordergrund gestellt, leider nicht immer mit gebührendem Abstand und unter Würdigung der damit häufig verbundenen passiven Aggressivität, von Vermeidungsverhalten und Leistungsverweigerung, von Bequemlichkeits- und Ersatzbefriedigungshaltungen, von Sekundärgewinn und Wiedergutmachungsansprüchen wie auch zugehörigen Misserfolgen. Die damit eng verbundene »Suche nach Erfolg« durch Missbrauch von Doping (z. B. Nikotin) und/oder Suchtmitteln wird nicht so selten ausgeblendet, was angesichts des besorgniserregenden Ausmaßes an Suchttendenzen in unserer Patientenschaft einigermaßen verwunderlich ist. Besonders selten werden allerdings die Bedeutung und der Einfluss einer Arbeitsstörung auf die therapeutische »Arbeit« selbst reflektiert und diskutiert. Die Therapieplanung und -durchführung und die zugehörige »Veränderungsarbeit« scheint anderen Gesetzmäßigkeiten zu folgen.

Noch auffälliger ist nach meinem Eindruck, dass Geldfragen kaum eine wesentliche Bedeutung zugemessen zu werden scheint. So wird selten gesehen, dass Geld und Zeit als die großen »Disziplinierungsmaschinen« unserer Zeit zu gelten haben und eine entsprechende Ambivalenz von Unterwerfung und Protest fördern (Braun 2012, Mary 2016). Ebenso selten wird der Tatsache Rechnung getragen, dass Probleme in der sozialen Integration sich immer auch über den Umgang mit dem Geld Ausdruck verschaffen. Darüber hinaus fällt die »Psychodynamik des Geldes« allzu leicht unter den Tisch (oder wird als formale Frage abgehandelt nach dem Motto: keine Geldprobleme!). Möglicherweise ist diese Vernachlässigung der finanziellen Bedingungen und des Umgangs mit dem Geld aber auch systembedingt, da mit der Etablierung der RLPT bekanntermaßen auch die Regulierung der Therapiebezahlung außerhalb der therapeutischen Beziehung erfolgt. Denkbar ist zudem, dass dies patientenbedingt ist, da erfahrungsgemäß die Patienten eher ungern über Geldangelegenheiten sprechen. Sie müssen deshalb darauf angesprochen werden. Natürlich ist möglich, dass vielen Therapeuten eine solche aktiv fragende Vorgehensweise schwerfällt. Auch vorstellbar ist, dass hier eine Dyadenabhängigkeit besteht und der Stellenwert des Geldes in der Therapie auch von der Geschlechterkonstellation in der Therapie bestimmt wird. All dies ist unklar und wäre sicher eine reizvolle Aufgabe für weitere wissenschaftliche Untersuchungen.

Auch wenn die Psychotherapeuten im Allgemeinen nicht zu den Spitzenverdienern im medizinischen Versorgungssystem gehören, habe ich den Eindruck, dass es vielen Psychotherapeuten an Einfühlungsvermögen in die oft auch wirtschaftlich schwierigen Umstände ihrer Patienten und die damit verbundenen Ver-

haltensweisen mangelt. Zwar haben wir im Rahmen der RLPT mit einer Positivselektion bei den Patienten zu rechnen, so dass prekäre Lebensverhältnisse eher seltener anzutreffen sind, aber der Anteil der Patienten in schwierigen äußeren Umständen ist doch hoch genug, um einige bekannte Tatsachen zu berücksichtigen. Es ist nämlich hinlänglich bekannt, dass das Aufwachsen in ärmlichen Umständen erhebliche Risiken mit sich bringt. Armut wird zumindest in Deutschland in hohem Maße »vererbt«; es ist also schwer, derartigen Umständen im Laufe der Zeit zu entwachsen. Zudem wissen wir, dass ein Aufwachsen in solchen Umständen mit erheblichen kognitiven Beeinträchtigungen verbunden ist (»Armut macht dumm«), was sowohl auf ein geringeres Maß an Hirnstimulation bei den Kindern wie auch eine geringere Bildung und eine höhere »Stressanfälligkeit« zurückzuführen ist. Wir wissen auch, dass bis zum heutigen Tage gilt, dass Armut krank macht und Arme früher sterben müssen. Die mit der Armut verbundenen ständigen Geldsorgen führen zu einer verringerten Leistungsfähigkeit. Sie absorbieren die Aufmerksamkeit, beeinflussen in hohem Maße das Denken und das Planen, was die kognitive Kontrolle verringert und häufig zu kurzfristigen und dann auch kurzfristigen, unklugen oder auch gar keinen Entscheidungen führt, und damit die auch neurotisch bedingten schwierigen Lebensumstände weiter verschlechtert (Hentschel et al. 1997, Lieberz 2000, Lieberz et al. 2011, Luby et al. 2013, Noble et al. 2012, 2015, Rüger et al. 1996, 1997, Spitzer 2016). Rudolf und Motzkau (1997) fanden 63% der untersuchten Patienten durch schwierige sozioökonomische Umstände in Kindheit und Jugend belastet.

**Abbildung 16** Risikobelastung in Kindheit und Jugend – Armut: Extremgruppen in der RLPT – MARS-Projekt



Einige Ergebnisse aus der MARS-Studie sollen das verdeutlichen (siehe Abbildung 16). Dabei wurden die erfassten Patienten nach dem eingeschätzten Beeinträchtigungs-Schweregrad zwei Gruppen zugeteilt (Gruppe 1: leichtere psychogene Beeinträchtigung bis 5 Punkte im BSS; Gruppe 2: schwere psychogene Beeinträchtigung von  $\geq 7$  Punkten). Sodann wurde erhoben, in welchem Ausmaß die Patienten dieser beiden Gruppen unter ärmlichen Verhältnissen aufgewachsen sind. Wie sich erkennen lässt, sind insbesondere die schwer gestörten Patienten zu zwei Dritteln unter Armutsbedingungen groß geworden. Leider wird selten beschrieben, welchen Einfluss diese Tatsache auf die spätere Einstellung zum Geld und den Umgang mit dem Geld nimmt. Dem Einfluss schwieriger sozioökonomischer Ausgangsbedingungen auf einen späteren Therapieerfolg sind Hentschel et al. (1997) nachgegangen, wobei deren Ergebnisse darauf hinweisen, dass eine solche Ausgangsbedingung mit ihren Folgewirkungen hinsichtlich realer sozialer Lage im späteren Leben und internalisierter Elternbilder eher ungünstige Voraussetzungen für einen guten Therapieerfolg darstellt.

#### 1.4 Fazit

Das Aussparen der von mir hier herausgestellten Aspekte hinterlässt in vielen Berichten den Eindruck einer Beziehungsleere, die weniger der jeweiligen Schwere der Störung zu entsprechen scheint als vielmehr einer zunehmenden »technischen Orientierung« im Krankheitsverständnis und der Behandlungsplanung und -führung aufseiten der Therapeuten. Dies mag auch dem Einfluss konkurrierender Verfahren (Verhaltenstherapie, Hirnforschung und medikamentöser Behandlung, Klassifikationen) bei unzureichender empirisch-psychodynamisch angelegter Forschung zuzuschreiben sein. Durch die aktuell vorgenommenen Veränderungen hinsichtlich des Leitfadens zur Erstellung eines Berichtes in der RLPT hat sich nach meinem Eindruck diese Tendenz weiter verstärkt. Es ist natürlich möglich, dass die hier aufgezeigten Schwächen in der Berichtserstellung einen, dem GAV geschuldeten, Artefakt darstellen und die Therapeuten nur einen Bruchteil ihrer Informationen und ihres Wissens um den Patienten in ihren Berichten verarbeiten. Dennoch bleiben dabei die Auswahl und Schwerpunktsetzung durch den jeweiligen Therapeuten von Interesse. Diese weisen auf Einseitigkeit in der Rezeption und im Verständnis des Patienten hin und werden sich auch mit der Abschaffung des GAV nicht erübrigen. Vielmehr ist anzunehmen, dass dann kaum noch eine Möglichkeit besteht, den Therapeuten »in die Karten« zu schauen und therapeutische Rationale nachzuvollziehen sowie auf Kurz- und Fehlschlüsse hinzuweisen. Mit der Abschaffung des GAV stehen jedenfalls Therapeuten, wissenschaftliche Fachgesellschaften und Wissenschaftler vor der schwierigen Aufgabe, andere Formen der Qualitätssicherung zu entwickeln, die die laufenden Therapien kritisch begleiten könnten.

Ich möchte meine Eindrücke aus der Begutachtung von Therapeutenberichten über eine sehr lange Zeit in folgenden Punkten zusammenfassen:

1. Die Mehrzahl der Berichte gibt ein ausreichend nachvollziehbares Bild vom Patienten und seiner Problematik.
2. Es besteht ganz allgemein eine Schwierigkeit der Übersetzung von der Theorie in die Praxis.
3. Nicht wenige Berichte leiden an einem Mangel an konkreter Darstellung der aktuellen sozialen Wirklichkeit des Patienten, in der sich die zugehörige Psychodynamik realisiert. Häufig wird die »Flucht in die Theorie und Abstraktion« angetreten.
4. Die biografische Unterlegung der Psychodynamik ist häufig eine »Konstruktion« angenommener früher Verursachungen. Der Blick für die Konsequenzen und späteren Folgen dieser Beeinträchtigungen, die Identifikationsschicksale des Patienten wie auch die Stärken des Patienten werden vernachlässigt.
5. Die psychodynamische Ableitung des beschriebenen Symptombildes bleibt häufig vage; selbst eindeutige »auslösende Situationen« werden zu wenig herangezogen, um die aktuelle Psychodynamik zu verdeutlichen. Bedingungen, die zur Aufrechterhaltung und Chronifizierung der Symptomatik beitragen, werden zu selten diskutiert.
6. Die Verbindung zwischen Struktur- und Konfliktpathologie scheint schwierig zu sein. Die einseitige Fokussierung auf strukturelle Defizite weist zumeist auf eine mangelnde Erfassung der Psychodynamik hin.
7. Es ist ein klarer »Gendereffekt« auszumachen. Das, was für Männer wichtig ist (und damit zumindest indirekt auch für die Frauen), taucht kaum noch auf (Sex, Macht und Geld). Unter dem Einfluss der häufig unkritischen Rezeption von Theorien zu frühen Abhängigkeitspathologien droht die Lebensrealität verloren zu gehen.
8. Das »Unbewusste« hat sich »aufgelöst« und scheint zu einer vagen Masse von »Aggressivität« geronnen zu sein.
9. Der Leib, das Körperliche, die Biologie bleibt häufig ausgespart. Der Auszug aus der Medizin deutet sich an.
10. Eine Tendenz zur unangemessenen Pathologisierung der Patienten besteht, welche sich weder aus der beschriebenen Symptomatik herleitet, noch mit den vorliegenden guten Ergebnissen der Outcome-Forschung im Rahmen der RLPT vereinbar ist.
11. Das bio-psycho-soziale Modell ist zu einem »Strichmännchen« mit einem dünnen biologischen und einem dünnen sozialen »Storchenbein« sowie einem psychologischen »Wasserkopf« geworden.