

1 Ursprung und Entwicklung des Verfahrens

1.1 »There is no such thing ...« oder »So was wie eine tiefenpsychologisch fundierte Therapie gibt es eigentlich nicht«

Die Adaption des weit und tief tragenden Satzes von Winnicott (»There is no such thing as a baby!«) verweist zunächst auf die Verzweiflung der Autoren, als sie versuchten, das Objekt dieses Buches zu definieren oder auch nur einzugrenzen. Es schien so einfach: Eine Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie – im Folgenden als TP abgekürzt¹ – existiert in dieser Weise (welcher denn?) nur in Deutschland und ist auch nur hier Leistungsbestandteil der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sowie der privaten Krankenversicherungen. Statistiken zeigen, dass sich krankenkassenfinanzierte psychotherapeutische Behandlungen mit etwa 47 % auf die TP und mit etwa 6 % auf die höherfrequenten Analytischen Psychotherapien (abgekürzt AP) verteilen; die übrigen 47 % entfallen auf die Verhaltenstherapie (Rüger 2007). Die Ausbildung in TP ist sowohl für Psychologen als auch für Ärzte gut etabliert. Seit 1999 definiert ein Gesetz die Ausbildung in TP für Psychologische Psychotherapeuten (► Kap. 11) und hat sich seit 16 Jahren weitgehend bewährt. Ausgelöst durch das Bundesgesundheitsministerium, gibt es unter der Überschrift »Direktaus-

1 Wir bevorzugen die Abkürzung »TP« und verwenden nicht die auch gebräuchliche Form »TfP«, um keine Verwechslungen mit der Übertragungsfokussierten Psychotherapie, abgekürzt TFP, aufkommen zu lassen. AP steht als Abkürzung für die Analytische Psychotherapie.

bildung« zurzeit einen intensiven Diskussionsprozess, Psychologische Psychotherapie als Studiengang an den Universitäten zu implementieren, der dann – vergleichbar dem Medizinstudium – mit der Approbation abgeschlossen werden könnte. Auch für die Ärztlichen Psychotherapeuten existiert ein komplexes Weiterbildungsreglement in Form der Weiterbildungsordnungen der Landesärztekammern, so dass insgesamt der Eindruck überwiegt, es sei recht klar, was unter TP zu verstehen sei, wie man sie lehren und lernen und ausüben müsse. Letzteres scheinen auch die Psychotherapie-Richtlinien sehr klar zu regeln (Rüger et al. 2015; Diekmann et al. 2018).

Ab hier wird es allerdings schwierig, denn im Hintergrund krankt das Konzept der TP wohl vor allem an ihrem Geburtsfehler: Sie entwickelte sich nicht, sie wurde erfunden (Ermann 2004). Sie war also ein Kind, das man in psychoanalytischen Kreisen nicht unbedingt liebte, das man eigentlich gar nicht so recht wollte, das man aber brauchte, und das bekommt, wie wir aus zahllosen Therapien wissen, dem Kind nicht gut und dem späteren Erwachsenen noch weniger! Es entstand das Modell einer ›kleinen psychoanalytischen Ausbildung‹ und in diesem nur scheinbar unverfänglichen Wort steckt schon das ganze Problem, wie im Weiteren gezeigt werden soll. Anders als von manchen Gründungsvätern und -müttern gedacht, wuchs die TP wie manches ungeliebte Kind in vielerlei Hinsicht über die Eltern hinaus und wurde nach verlängerter Adoleszenz im Alter von etwa 30 Jahren durchaus rebellisch, indem es sich zunehmend weiter vom Hintergrund der klassischen psychoanalytischen Theorie und Praxeologie entfernte (► Kap. 5). Der Erfolg und die enorme Verbreitung der TP führten nämlich dazu, dass inzwischen die Anwendungsgebiete in einer Weise ausgedehnt wurden, die eine scharfe Definition »was ist tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie« heutzutage noch weniger möglich macht als zur Zeit ihrer Etablierung als kassenfinanzierte Behandlungsmethode. Ähnlich wie auch die Psychoanalyse in ihren zahlreichen Schulen und Diversifizierungen, theoretischen und behandlingstechnischen Verästelungen kaum noch auf einen gemeinsamen Nenner, den berühmten »common ground« (vgl. Tuckett 2007; Boll-Klatt und Kohrs 2018), zu bringen ist, verhält es sich auch mit der modernen TP.

Dieser aktuellen Pluralität bzw. den daraus resultierenden Verwerfungen begegnet man spätestens, wenn man die tiefenpsychologischen

Ausbildungen an verschiedenen Institutionen, unterschiedliche Lehrbücher oder auch die Anforderungen in den mündlichen Approbationsprüfungen der Psychologischen Psychotherapeuten in den zahlreichen Bundesländern vergleicht. Zwei Polarisierungen seien exemplarisch genannt.

1. Tiefenpsychologische Ausbildungen an eher orthodoxen psychoanalytischen Instituten betonen nach wie vor die zentrale Bedeutung der Arbeit am unbewussten intrapsychischen Konflikt unter Berücksichtigung der klassischen Dimensionen der Übertragungs-/Gegenübertragungsanalyse sowie der Widerstandsdeutungen. Die Ausweitung der therapeutischen Konzeption z. B. in Richtung auf trauma- oder strukturorientierte Modifikationen in der Krankheits- und Behandlungstheorie werden hier eher skeptisch, oft sogar immer noch ablehnend betrachtet. Die hier skizzierte Haltung beinhaltet u. a. auch die Gefahr, substanzielle Befunde evidenzbasierter Forschung zu ignorieren. In Kapitel 9 findet sich eine ausführliche Auseinandersetzung zum Verhältnis von Psychoanalyse und empirischer Psychotherapieforschung. Lehnen aber die psychoanalytischen Verfahren den Anschluss an die Nachbarwissenschaften ab (vgl. z. B. Green 2000) und/oder verweigern sogar die Auseinandersetzung mit wissenschaftlichen Ergebnissen zu ihrer Wirksamkeit, können die berufs- und gesundheitspolitischen Konsequenzen nicht nur ungünstig, sondern durchaus gefährlich sein.

2. Andererseits gibt es Ansätze, die sich sehr betont diesen neuen wissenschaftlichen Befunden zuwenden und daraus störungsspezifische Krankheits- und Behandlungstheorien entwickelt haben, die z. T. sehr weit vom psychoanalytischen Standard abweichen. »Does anything go?«, fragt Tuckett (2007), bezieht diese Frage allerdings auf die Pluralität der psychoanalytischen Schulen und deren unterschiedliche Behandlungstheorien. Dieselbe Frage müsste sich auch die TP stellen, wenn heutzutage zunehmend mehr von integrativen Ansätzen und importierten Methoden gesprochen wird (► Kap. 5.3). Werden aber unter dieser Prämisse basale psychoanalytische Positionen aufgegeben, insbesondere das zentrale Axiom der Arbeit mit dem (dynamischen) Unbewussten, verlieren die psychodynamischen Verfahren u. U. ihre identitäts- und konturstiftende Klammer (vgl. Boll-Klatt und Kohrs 2018). Altmeyer (2016) drückt es sehr prägnant aus: »Das Fehlen einer Kerntheorie, als Pluralismus gefeiert, ist verheerend für eine Wissenschaft.«

1.2 Ursprung und Geschichte

Der Begriff »Tiefenpsychologie« wurde von Eugen Bleuler eingeführt und ab 1913 von Freud verwendet, um zwischen seiner tiefenpsychologisch geprägten Schule, der Psychoanalyse, und der damals vorherrschenden bewusstseinspsychologisch geprägten akademischen Psychologie zu unterscheiden. Die zentrale Vorstellung der Tiefenpsychologie bezieht sich auf unbewusste Prozesse, die unter der Oberfläche des Bewusstseins in tieferen Schichten der Psyche ablaufen und menschliches Erleben, Denken und Verhalten maßgeblich beeinflussen. Freud definierte die Tiefenpsychologie als »Wissenschaft von den unbewussten seelischen Vorgängen« (Freud 1913, S.300). Bereits hier deutet sich an, dass die Begriffe »Tiefenpsychologie« und »das Unbewusste« von Beginn an untrennbar miteinander verbunden sind. Freuds herausragende Leistung besteht vor allem darin, dass er mit der Einführung der Psychoanalyse, die er zwischen 1890 und 1920 zusammen mit seinen Schülern zunächst aus der Hypnosebehandlung heraus entwickelte, das Konzept des Unbewussten für die Therapie bestimmter Patienten nutzbar gemacht hat (vgl. Gödde 2005). Am Anfang stand die Behandlung der Hysterie mit der »tendenziösen Psychoanalyse« (zit. n. Rüger und Reimer 2012a, S.4), die strengen Regeln unterworfen war: Liegen auf der Couch, freie Assoziation und Beschäftigung mit Träumen auf Seiten des Patienten und Abstinenz, Neutralität und Anonymität auf Seiten des Therapeuten. Zwischen 1911 und 1919 veröffentlichte Freud eine Reihe von Abhandlungen, die sog. Technischen Schriften, in denen er Vorschriften zur Behandlungstechnik festlegte, um sich von einer missbräuchlichen Anwendung der Psychoanalyse abzugrenzen. Aber bereits 1918 veränderte er seine Haltung und revidierte die sehr strikten Regeln. Ausdrücklich betonte er 1918 auf dem Budapester Kongress: »Wir sind ... immer bereit, die Unvollkommenheiten unserer Erkenntnis zuzugeben, Neues dazuzulernen und in unserem Vorgehen abzuändern, was sich durch Besseres ersetzen lässt« (Freud 1919, S.183). Vergleichbar der heutigen Entwicklung einer zunehmenden Störungsorientierung in den psychodynamischen Therapieverfahren räumte auch Freud ein, dass »... die verschiedenen Krankheitsformen nicht durch die nämliche Technik erledigt werden können« (ebd., S.191). So hielt er es z. B.

für nötig, bei »haltlosen und existenzunfähigen Patienten«, die wir heute als strukturell gestört bezeichnen würden, die psychoanalytische Behandlung durch erzieherische Interventionen zu ergänzen (ebd., S. 190). Auch im Hinblick auf das Vermeidungsverhalten bei Patienten mit Phobien empfahl er ein nicht-orthodoxes Vorgehen, das sehr an verhaltenstherapeutische Methodik erinnert. In ihrem sehr lesenswerten Abschnitt (Rüger und Reimer 2012a, S. 4 ff) zur historischen Entwicklung von der Standardtechnik der Psychoanalyse, der »normativen Idealtechnik« (Eissler 1953), hin zu den sog. abgewandelten Verfahren verdeutlichen die Autoren, dass Freud hinsichtlich seiner eigenen Methode durchaus ambivalent war, was Cremerius (1993) auf einen Konflikt in seiner eigenen Person zurückführt: Als Forscher propagierte er die tendenzlose Psychoanalyse mit einem sehr strikten Reglement. Als Therapeut war er alles andere als tendenzlos, wie viele Berichte seiner Patienten und Analysanden erkennen lassen. Nach 1918 führte Freud die Diskussion über Änderungen und Weiterentwicklungen seiner Methode nicht weiter fort. Allerdings führte ein Buch von Ferenczi und Rank (1924), die die starke Intellektualisierung und den aus ihrer Sicht wirkungslosen »Deutungsfanatismus« kritisierten, zu einer krisenhaften Zuspitzung in der Technikdebatte. Einen weiteren Meilenstein markiert das Buch von Alexander und French (1946); die Autoren propagierten, dass jeder Behandlung, ob orthodox oder abgewandelt, die gleichen psychodynamischen Prinzipien zugrunde lägen. 1953 kam es dann in den USA zu einer mehr oder weniger strikten konzeptuellen Unterscheidung zwischen dem analytischen Standard- und den abgewandelten Verfahren (z. B. Bibring 1954), die jetzt als »dynamic psychiatry« (Bibring 1954) oder »psychodynamic psychotherapy« (Strupp 1996) bezeichnet wurden. Es ist eindrucksvoll, in diesem kurzen Abriss über die Entwicklung der letzten 100 Jahre vieles aus den heutigen Diskussionen und Kontroversen wiederzuerkennen. So stellt sich durchaus die Frage, ob die viel zitierte Metapher des Goldes der Psychoanalyse (Freud 1918/1919, S. 194) durch die Beimischung von Kupfer in ihrem Wert geschmälert wird oder ob das zusätzliche Kupfer erst eine handwerkliche Verwendung des Goldes ermöglicht (Rüger und Reimer 2012a, S. 22). Positiv formuliert, könnte man sagen, dass Neuerungen anscheinend nur in einem beständigen Ringen an der Grenze zur gegenseitigen Entwertung und Ausgrenzung erzielt werden können.

Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie als Begriff wurde erstmals auf dem Ärztetag 1966 von Walter Theodor Winkler verwendet. Die TP wurde definiert als »eine Anwendungsform der Psychoanalyse«; allerdings wurde die TP als Behandlungsform anhand fach- und berufspolitischer Aspekte konzeptualisiert, nicht auf der Basis einer fachwissenschaftlichen Diskussion. 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. Die Anerkennung der TP als eigenständige Therapieform, die gleichzeitig die Nähe zur Psychoanalyse beibehält, sollte es ermöglichen, dass psychotherapeutisch ausgebildete Ärzte, die nicht die Anforderungen einer klassischen großen psychoanalytischen Ausbildung erfüllten, aber einen wesentlichen Teil der Patientenversorgung abdeckten, in die Behandlung psychisch Kranker mit einbezogen werden konnten. Dem steigenden Behandlungsbedarf, der keinesfalls ausreichenden Zahl psychoanalytisch ausgebildeter Therapeuten und der Tatsache, dass sich eine große Anzahl von Patienten keiner hochfrequenten Psychoanalyse unterziehen wollten bzw. dafür auch nicht geeignet waren, konnte so begegnet werden.

Aufgrund der Studien von Annemarie Dührssen (1962), in denen die Wirksamkeit psychoanalytischer Therapie nachgewiesen wurde, kam es dann 1967 zur Einführung der Psychotherapie als Pflichtleistung der gesetzlichen Krankenkassen. In die Richtlinien wurden mit der TP und der Analytischen Psychotherapie (AP) zwei Verfahren aufgenommen. Bis zur Verabschiedung des Psychotherapeutengesetzes (PsychThG) 1998 war die TP laut Richtlinien Ärztlichen Psychotherapeuten vorbehalten. Danach wurden auch Psychologische Psychotherapeuten zur Durchführung von TP zugelassen.

Laut Bundesarztregister der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) gab es 2010 in Deutschland ca. 20.000 Psychotherapeuten für Erwachsene mit einer Kassenzulassung, 5.300 sind Ärztliche, 13.500 Psychologische Psychotherapeuten. Zahlen der KBV weisen aus, dass 2009 im Rahmen der gutachtenpflichtigen Richtlinienpsychotherapie rund 160.000 tiefenpsychologische Psychotherapien von Erwachsenen neu begonnen wurden. Allerdings stand bzw. steht weiterhin der Häufigkeit der Anwendung der TP ihre konzeptionelle und behandlungstech-

nische Unschärfe gegenüber. Erst zu Beginn der 2000er Jahre erschienen Publikationen, die verstärkt die TP zu definieren versuchten; zu nennen sind Reimer und Rüger (2000/2012), Ermann (2001, 2004), Rudolf (2002), Tenbrink (2002), Jaeggi et al. (2003) und vor allem Wöller und Kruse (2015). Zusätzlich zu diesen differenzierten Darstellungen der TP und ihren Indikationen hat die in zahlreichen Studien belegte Evidenzbasierung der TP einen festen Platz in der Reihe der wissenschaftlich und sozialrechtlich anerkannten Behandlungsverfahren gesichert (►Kap. 9).

1.3 TP oder Psychodynamische Psychotherapie?

»Der Begriff Psychoanalyse bezeichnet die Wissenschaft, welche die psychoanalytische Theorie, Methode und Behandlungspraxis umfasst. Als psychoanalytische Methode bezeichnet man das Vorgehen, mit dem der Psychoanalytiker die Manifestationen des Unbewussten im Erleben und Verhalten erforscht und für die Behandlung psychogener Störungen nutzt. Bei den Anwendungen und Modifikationen der psychoanalytischen Methode in der Psychotherapie spricht man von psychoanalytisch begründeten oder psychodynamischen Verfahren« (Ermann 2016a, S. 455).

Die in Deutschland entwickelte TP stellt sozusagen einen Prototyp dieser psychoanalytisch begründeten Verfahren dar. Allerdings ist der Begriff »Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie« international gänzlich ungebrauchlich, wurde z. T. auch mit supportiver Therapie gleichgesetzt (Kernberg 2010, mündliche Mitteilung; Kernberg 1999). Andererseits deckt sich die TP in vieler Hinsicht mit Therapieformen, die in anglo-amerikanischen Fachliteratur als »psychoanalytic psychotherapy« benannt und von »psychoanalysis« abgegrenzt werden (ebd.). In Anlehnung an den angloamerikanischen Sprachgebrauch hat sich international die Bezeichnung Psychodynamische Psychotherapie (»psychodynamic psychotherapy«) zunehmend durchgesetzt. In der amerikanischen Literatur findet sich etwa seit 1980 die Verwendung des Begriffes der Psychodynamischen Psychotherapie, wenn über kurze, meist auf spezielle Stö-

rungsbilder ausgerichtete Behandlungen berichtet wurde (z. B. Shedler 2011; Leichsenring 2015). Hoffmann (2000) plädierte als erster dafür, sich auch in Bezug auf die TP der internationalen Sprachregelung anzuschließen. Allerdings wird damit für die TP keine theoretische Klarheit gewonnen, denn auch die Psychodynamische Psychotherapie (PDP) stellt ein vieldeutiges Paradigma ohne eine einheitliche Theorie dar. Bei aller Heterogenität der psychodynamischen Behandlungsformen gelten die folgende Grundannahmen im Menschenbild und in der Theorie (Hoffmann und Schüßler 1999):

- die Psychologie des Unbewussten
- die Konflikt- und Objektbeziehungspsychologie
- die Theorie der Nutzung von Übertragung und Gegenübertragung
- die Theorie und therapeutische Nutzung sowie die Bearbeitung der Abwehr (Widerstand)
- die Begrenzung der therapeutischen Zielsetzung und Einschränkung regressiver Prozesse
- eine hilfreiche Beziehung als Grundlage des therapeutischen Prozesses, wobei die Verbindung zur psychoanalytischen Gesamtheorie begrenzt ist, da viele metatheoretische Positionen nicht übernommen werden

In folgendem Zitat wird das Spezifische der PDP zusammengefasst:

»Die Psychodynamische Therapie bzw. die Psychodynamischen Verfahren stellen Abwandlungen von oder Modifikationen der Psychoanalytischen Therapie dar. Die Konzepte des dynamischen Unbewussten, der Abwehr, der Übertragung und der Gegenübertragung sind auch bei ihnen begründend, kommen aber in der Therapie in unterschiedlicher Weise zum Tragen. Die unterschiedlichen Therapietechniken sind stärker symptomorientiert, intendieren einen Gewinn an Zeit und an Sitzungsaufwand, enthalten supportive und übende Elemente und fördern regressiv Prozesse nur ausnahmsweise. Eine Psychodynamische Therapie gelangt auch in jenen Fällen zur Anwendung, in denen eine längerfristige therapeutische Beziehung erforderlich ist« (Hoffmann 2000, S. 53).

Im Jahr 2000 erschien dann das Lehrbuch von Reimer und Rüger, das erstmals im deutschen Sprachraum den Begriff »psychodynamisch« im Titel trug (Reimer und Rüger 2000/2012). Es sind noch nicht einmal 20 Jahre vergangen und schon lässt sich feststellen, dass die Bezeichnung

Psychodynamische Psychotherapie international und auch in Deutschland zunehmend als Oberbegriff für die psychoanalytisch begründeten Verfahren verwendet wird (Richter 2014) Dieser Begriff bildet eine Klammer, die auch die überaus diversifizierten psychoanalytischen Schulen, Theoriegebäude usw. noch zusammenhält. Ermann und Körner (2017) zeigen auf, dass international der Begriff »psychodynamisch« den älteren Begriff »psychoanalytisch« sogar zunehmend verdrängt, sobald »Phänomene unter der Perspektive des Unbewussten betrachtet werden« (ebd., S. 234).

1.4 Methode oder Verfahren?

Die diffizile und differenzierte Auseinandersetzung mit den Begriffen lässt ahnen, welche inhaltlichen Abgrenzungen, insbesondere aber auch berufspolitischen Diskurse sich dahinter verbergen. Seit Einführung der krankenkassenfinanzierten Psychotherapie stellen die Psychotherapie-Richtlinien die vertragliche Regelung zwischen den Vertretern der Kostenträger (Krankenkassen) und den Leistungserbringern, den Psychotherapeuten, vertreten durch die kassenärztliche Bundesvereinigung dar (Dahm 2008). Von großer Bedeutung für das Verständnis und die Anwendung der Psychotherapie-Richtlinien ist der »Kommentar Psychotherapie-Richtlinien«, ursprünglich verfasst von Faber und Haarstrick, inzwischen in der 11. Auflage herausgegeben von Diekmann, Dahm, und Neher (Diekmann et al. 2018; Rüger et al. 2015). Nach wie vor sprechen die Psychotherapie-Richtlinien von psychoanalytisch begründeten Verfahren:

»Diese Verfahren stellen Formen einer ätiologisch orientierten Psychotherapie dar, welche die unbewusste Psychodynamik neurotischer Störungen mit psychischer oder somatischer Symptomatik zum Gegenstand der Behandlung machen. Zur Sicherung ihrer psychodynamischen Wirksamkeit sind bei diesen Verfahren übende und suggestive Interventionen auch als Kombinationsbehandlung grundsätzlich ausgeschlossen. ... Als psychoanalytisch begründete Therapieverfahren gelten im Rahmen dieser Richtlinie die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und die analytische Psychotherapie« (Rudolf 2014, S. 17).

Während es in den Richtlinien für die Verhaltenstherapie als Verfahren dann Definitionen unterschiedlicher Methoden gibt, findet sich für die psychoanalytisch begründeten Verfahren nur die Unterteilung in TP und AP, so dass letztendlich sprachlich nicht ganz klar wird, ob es sich um Methoden oder Verfahren handelt (Rudolf 2014, S. 17 ff).

Diese Unklarheit wird noch verwirrender, wenn man einige der bedeutenden fachpolitischen Beschlüsse der letzten Jahre näher betrachtet. Schaute man mit einem – eigentlich natürlich nicht statthaften – psychodiagnostischen Blick auf diese Vorgänge, bliebe einem das Ringen um die Lösung eines Autonomie-Abhängigkeits-Problems der beiden Entitäten TP und Psychoanalyse nicht vollständig verborgen. So fasste der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie der Bundesärzte- und der Bundespsychotherapeutenkammer 2004 die unterschiedlichen Behandlungsformen unter dem Oberbegriff »Psychodynamische Psychotherapie« zusammen und definiert damit TP und AP als unterschiedliche Methoden eines Verfahrens:

»Die Psychodynamische Psychotherapie (PP) gründet auf der Psychoanalyse und ihren Weiterentwicklungen. Die Behandlungsprinzipien der PP bestehen in der Bearbeitung lebensgeschichtlich begründeter unbewusster Konflikte und krankheitswertiger psychischer Störungen in einer therapeutischen Beziehung unter besonderer Berücksichtigung von Übertragung, Gegenübertragung und Widerstand. Dabei wird je nach Verfahren stärker im Hier und Jetzt oder im Dort und Damals gearbeitet, die Stundeninhalte sind je nach Verfahren strukturierter (Technik: Fokussierung) oder unstrukturierter (Technik: freie Assoziation), und der Therapeut greift jeweils auf eine stärker aktive oder eher zurückhaltende Interventionstechnik zurück. ... Bei der PP handelt es sich um ein Verfahren, bei dem verschiedene Methoden und Techniken mit einem gemeinsamen störungs- und behandlungstheoretischen Hintergrund in verschiedenen Settings zur Anwendung gelangen. ...« (Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie 2004).

Dieser Definition zufolge könnte man je nach Vorliebe die Klassifikation der TP als eigenständiges Therapieverfahren oder eben als einer -methode rechtfertigen. Ob es letztendlich klug ist, alle psychoanalytischen und psychoanalytisch begründeten Behandlungsformen zu einem sog. *psychodynamischen Verfahren* zusammenzufassen, ist sicherlich eine weitreichende, vor allem berufspolitische Frage, die hier in ihren Einzelheiten nicht weiter diskutiert werden soll. Einen guten Überblick bietet Ermanns