

Psychoanalytisch und gruppenanalytisch begründete stationäre Psychotherapie in der Psychosomatischen Medizin

Paul L. Janssen

Zusammenfassung

Schon in den Anfängen der Psychoanalyse gab es Anwendungen in der Klinik, denen aber häufig von der offiziellen Psychoanalyse mit Skepsis bis Ablehnung begegnet wurde. Diese Arbeit gibt einen Überblick über die Entwicklung psychoanalytisch und gruppenanalytisch begründeter stationärer Psychotherapie und über den Wandel in der Behandlungstechnik unter klinischen Rahmenbedingungen. Sie diskutiert insbesondere den Wandel in der Arbeit mit Übertragung und Gegenübertragung mit Gruppen und mit multiprofessionellen Behandlungsteams.

Gruppenpsychother. Gruppendynamik 52/2016, 24-35

Schlagwörter

stationäre Psychotherapie – Übertragung – Gegenübertragung – Teamarbeit

Summary

Psychoanalytic and Groupanalytic Founded Inpatient Psychotherapy in the Psychosomatic Medicine

Since the beginning of Psychoanalysis there have been applications to Psychoanalysis in hospital setting criticized by some Psychoanalysts. This publication gives an overview of the development in psychoanalytic and groupanalytic founded inpatient psychotherapy and an overview in the changes in the methods of treatment under clinical conditions. This publication discusses particularly the changes in the work with transference and countertransference in groups and multiprofessional teams.

Keywords

inpatient psychotherapy – transference – countertransference – teamwork

1 Einleitung

Die stationäre psychosomatisch-psychotherapeutische Krankenhausbehandlung in Deutschland ist ein Erfolgsmodell. Es wird sowohl anerkennend im Ausland gewürdigt als auch national und international kritisiert und als Konkurrenz zur psychiatrischen stationären Versorgung bekämpft. Nach der Entwicklung in der fachärztlichen psychosomatisch-psychotherapeutischen Versorgung (vgl. Janssen u. Menzel, 2012) sind die vollstationären und teilstationären Behandlungsplätze ständig gewachsen. Dem statistischen Bundesamt zufolge existierten im Jahre 2012 207 Fachabteilungen für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie mit insgesamt 9.100 Betten. In jedem Jahr werden dort circa 80.000 Patienten mit psychischen und psychosomatischen Störungen behandelt. Das Behandlungsmerkmal dieser Abteilungen ist eine psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung, die den OPS-Prozeduren 9-63 (Operations- und Prozedurenschlüssel des neuen Entgeltsystems [vgl. Heuft, Hildenbrand, Cuntz, 2010]) und den von der Fachgesellschaft DGPM vorgeschlagenen Strukturmerkmalen (Hildenbrand, Senf, Heuft, 2011) entsprechen. Hinzu kommen 164 psychosomatische Rehabilitationseinrichtungen mit 16.500 Betten, die ebenfalls häufig psychodynamisch und gruppenanalytisch orientiert sind.

Die psychoanalytische und gruppenanalytische Gemeinschaft hat von Anfang an über 100 Jahre diese Entwicklung teils enthusiastisch (vgl. Simmel, 1928) und teils aber auch kritisch bis ablehnend begleitet, da in ihr zu starke Regressionen gefördert würden und die aktualisierten Konflikte nicht hinreichend in der Übertragung durchgearbeitet werden könnten. Enthusiastisch waren die Psychoanalytiker, die sich in der stationären Psychotherapie engagierten und dies als weitere Möglichkeit der Behandlung schwererer Störungen ansahen. Die Entwicklung des Versorgungssystems der stationären psychosomatisch-psychotherapeutischen Versorgung auf psychoanalytischer und gruppenanalytischer Basis habe ich an anderer Stelle ausführlich dargestellt (vgl. Janssen, 1985, 1987, 2012). Im Folgenden möchte ich nur kurz die Grundkonzepte der psychoanalytisch und gruppenanalytisch begründeten stationären Psychotherapie darstellen.

2 Die Modelle psychoanalytisch und gruppenanalytisch begründeter stationärer Psychotherapie

Von den 50er bis in die 60er Jahre entwickelten sich verschiedene Modelle der stationären Psychotherapie, die entweder einen mehr analytisch-psychotherapeutischen Schwerpunkt oder einen internistisch-psychosomatisch-analytischen Schwerpunkt hatten (vgl. Janssen, 1987). Die Modelle sind verbunden mit den Namen von Psychoanalytikern wie Mitscherlich, de Boor, Künzel, später Bräutigam (in Heidelberg), Borens und Wittich (in Gengenbach), Cremerius und Hoffmann (in Freiburg), Richter,

Fürstenau und Stephanos (in Gießen), von Uexküll und Köhle (in Ulm), Heigl und Heigl-Evers (in Tiefenbrunn), Beese, Enke und Hau (in Stuttgart), Belz, Ruff und andere (in Berleburg), um nur einige zu nennen. Die Gründe für die Vielfalt dieser Modelle waren zum einen differente institutionelle und personelle Rahmenbedingungen im Krankenhaus, zum anderen unterschiedliche ätiologische und behandlingstechnische Positionen der leitenden Psychoanalytiker. Bei der Diskussion der verschiedenen Modelle ging ich davon aus, dass im Krankenhaus die Rahmenbedingungen und das Setting anders als in der ambulanten Psychotherapie sind. Ich unterschied verschiedene Rahmenbedingungen: Zum einen wird die stationäre Psychotherapie in verschiedenen Organisationen mit unterschiedlichen Aufgabestellungen durchgeführt (z. B. Akutbehandlung, rehabilitative Behandlung). Zum anderen sind die Therapeuten und die anderen Berufsgruppen 24 Stunden erreichbar, was zu regressiven Prozessen und in dem Schonklima der Klinik zur Reaktivierung infantiler Objektbeziehungsmuster auf eine frühe infantile Entwicklungsstufe führt.

Wesentlich sind aber insbesondere die divergierenden Auffassungen hinsichtlich der Strukturierung der multipersonalen Beziehungssituationen im Krankenhaus. Drei grundlegende Modelle konnte ich auf der Basis von Publikationen zu den Organisationsformen (Janssen, 1985, 1987, 2014) herausarbeiten:

- Modell 1: Psychodynamische Einzeltherapie oder Gruppentherapie, abgegrenzt von der Station entsprechend der höchstpersönlichen Beziehung zum Therapeuten (sog. Ambulanz-Modell)
- Modell 2: Bipolare Konzepte unterscheiden in der Klinik (Station) den Therapie- raum vom Realraum und ordnen das Personal diesen beiden Räumen zu.
- Modell 3: Integrative Konzepte als Behandlung der Patientengruppe durch eine Therapeutengruppe ohne generelle Diskretion zwischen den Berufsgruppen

Lange Zeit dominierten die bipolaren Modelle, die einen Therapie- raum von einem Realraum (Station) trennten und letzteren entweder nach dem Primat der therapeutischen Gemeinschaft (Main, 1946) oder nach dem Prinzip der soziotherapeutischen Gruppenarbeit (Enke, 1965; Hau, 1968) konzeptualisierten. Die Annahme der sogenannten Bipolarität in der klinischen Psychotherapie orientierte sich an der Realität der Station und forderte das Personal der Station auf, sich realitätsorientiert zu verhalten. Da im Therapie- raum überwiegend psychodynamische Einzel- oder/ und Gruppentherapien stattfinden, wird hier eine abstinente psychoanalytische Haltung gefordert. Nach und nach setzen sich die integrativen Konzepte durch, die heute die stationäre psychosomatisch-psychotherapeutische Behandlung dominieren (Schauenburg u. Hildenbrand, 2011). Sie organisieren das multipersonale Beziehungsfeld in der Gruppensituation im Krankenhaus als Netzwerk von therapeutischen Beziehungen mit unterschiedlichen psychotherapeutischen Angeboten (Einzelpsychotherapie, Gruppenpsychotherapie, Kunsttherapie, Musiktherapie, therapeutische Gemeinschaft u. a.). In diesem Feld werden die dispergierenden Beziehungsprozesse integriert, indem die vielfältigen Interaktionen der verschiedenen

Berufsgruppen in ein Setting eingebunden werden und jeder Umgang mit dem Patienten auch beziehungs-dynamisch betrachtet wird (s. auch Fürstenau, Stephanos, Zenz, 1970; Pohlen, 1972; Arfsten u. Hoffmann, 1978). Dies entspricht dem gruppenanalytischen Psychotherapiekonzept wie es insbesondere von Foulkes (1964), aber auch von anderen formuliert wurde. Nach dem gruppenanalytischen Konzept unterscheide ich drei Ebenen der Interaktion in Gruppen: Die Ebene der manifesten Aktion und Interaktion in der sozialen Realität, die Ebene der Übertragungs- und Gegenübertragungsprozesse und schließlich die Ebene der narzisstisch-fusionären Verbundenheit der Gruppe als Ganzes (Janssen, 2010). Als Gruppe verstehe ich in der stationären Psychotherapie die ganze Station oder Klinik.

Verkürzt gesagt zielen integrative Modelle darauf, die sich im multipersonalen Beziehungsfeld entwickelnden Beziehungsmuster und die darin neben den Arbeits- und Realbeziehungen enthaltenen infantilen Objektbeziehungen beziehungsweise Übertragungen bewusst zu machen und zu verändern. Damit wird in der stationären Psychotherapie die Ebene des sozialen, interpersonellen Geschehens mit den intrapsychischen Konflikten aus der infantilen Entwicklung verbunden (s. u.). Dieses von den deutschsprachigen Psychoanalytikern entwickelte stationäre Behandlungsmodell wird auch von amerikanischen Psychoanalytikern, wie z. B. Kernberg (1976) und Gabbard (1986), vertreten.

3 Das Übertragungskonzept in der stationären Psychotherapie

Die theoretische Begründung der Konzepte der stationären psychoanalytischen Therapie liegt zum einen in dem Beziehungsparadigma der Psychoanalyse und zum anderen in dem Ich-psychologischen Paradigma, verschiedene Tendenzen, Strebungen und Beziehungsmuster zu integrieren. Die zentrale integrative Funktion des Ichs (Integration der Innenwelt und der Außenwelt) ist auch auf Gruppen und Organisationen übertragbar (z. B. Rice, 1969; Kernberg, 1976; de Board, 1978 u. a.) und fand seine pragmatische Anwendung in der Teambehandlung im Krankenhaus. Diese theoretische Position führte in den multipersonalen Beziehungen im Krankenhaus zu der grundsätzlichen Aussage: *Die Beziehungen im Krankenhaus zu den verschiedenen Berufsgruppen sind nie isolierte Beziehungen, sondern jede Beziehung ist in einem bewussten wie unbewussten Gruppenkontext eingebettet, also ist die Behandlung stets eine Gruppen- und Teambehandlung* (Janssen, 1985, 1987, 2004, 2012).

Mattke, Zeeck und Strauß (2012) sprechen von der „Station als Beziehungsfeld“, jede therapeutische Intervention ist in dieses Feld eingebettet. Haubl (2012) versteht die Psychotherapiestation aus gruppentheoretischer Sicht als Großgruppe, als Gesellschaft im Kleinen. Diese Gesellschaft setzt sich zusammen aus verschiedenen Untergruppen, z. B. Gruppenpsychotherapie, Musiktherapiegruppe, informelle Gruppen und andere. Die Großgruppe sei die Bühne, auf der die Patienten ihre internalisierten, pathogenen Interaktions- und Kommunikationsmuster rein-

szenieren können. Die Rahmenbedingungen und die Hausordnung stellen insgesamt für den gruppenanalytischen Prozess die Realität dar. Die ganze Station fungiere also als ein „komplexer Therapieraum“.

Die Gruppenbedingungen im Krankenhaus sind es somit, die ambulante und stationäre Psychotherapie deutlich voneinander abgrenzen. Im Gegensatz zur ambulanten analytisch begründeten Psychotherapie wird in der stationären Psychotherapie ein multipersonales therapeutisches Beziehungssystem – der Interaktionsraum mit den verschiedenen im Krankenhaus tätigen Berufsgruppen – zur Verfügung gestellt. Der Patient wird mit der Aufnahme ins Krankenhaus in diesen Gruppeninteraktionsraum einbezogen, z. B. in die Beziehung zu Ärzten, dem Pflegepersonal und dem weiteren therapeutischen Personal. Die Annahme ist, dass nicht nur die somato-therapeutischen, pflegerischen, krankengymnastischen und die spezifisch psychotherapeutischen Angebote, also die bewusst geplanten Behandlungsmaßnahmen, das Beziehungsverhalten prägen, sondern auch unbewusste Interaktionsaspekte und Objektwahlen, also Übertragungs- und Gegenübertragungskonstellationen, wie es als zweite Ebene der Gruppenpsychotherapie konzeptualisiert ist (s. o.).

Stationäre Psychotherapie ist aufgrund der Beziehungsrealitäten multipersonal, das heißt, die Reinszenierungen führen zu dispergierenden multidimensionalen Beziehungs- und Übertragungsprozessen, die gemäß dem Integrationsgedanken durch Kooperationsstrukturen im Team wieder zu einer Beziehungs- und Übertragungsgestalt zusammengeführt werden können. Auch Gabbard (1986) kommt bei der Frage, was ist psychoanalytisch innerhalb eines psychoanalytisch orientierten Krankenhauses, zu der Auffassung, dass der Patient seine innere Welt in der Beziehungswelt zu dem Team auf der Station wiederhole. Auch er sieht also die systematische Untersuchung der Übertragungs- und Gegenübertragungsprozesse im Krankenhaus als die Essenz einer psychoanalytischen Krankenhausbehandlung an.

Die Übertragungsbereitschaft der Patienten zur Inszenierung ergibt sich initial und verstärkt daraus, dass das psychische Abwehrmuster der Patienten durch das Eintauchen in die Gruppensituation der Klinik labilisiert wird. In den multipersonalen Beziehungsangeboten der Klinik versuchen nun die Patienten, neben den Arbeits- und Realitätsbeziehungen zu Therapeuten und Mitpatienten auch die aktualisierten internalisierten Objektbeziehungsmuster in interpersonellen Arrangements (Mentzos, 1976) wieder herzustellen. Das Team kann solche unbewussten Reinszenierungen infantiler Objektbeziehungsmuster im Interaktionsraum mit den verschiedenen im Krankenhaus tätigen Berufsgruppen am Verhalten, in den Objektwahlen, in den Interaktionen und schließlich auch an den verbalisierten Vorstellungen und Wünschen des Patienten herausarbeiten.

Die Beobachtung, die Erfassung und die Beschreibung von Szenen in der stationären Psychotherapie dienen also sowohl der Klärung sozialer Konflikte als auch der Klärung externalisierter Objektbeziehungsmuster. Dabei weisen die Prozesse

der stationären Psychotherapie eine Besonderheit auf: In der ambulanten Behandlung hat der Therapeut es meist mit sukzessiv sich entfaltenden Übertragungsmustern zu tun, aber auch mit Nebenübertragungen. Im stationären Raum können Übertragungsprozesse auf das multipersonale Beziehungsfeld gleichzeitig und nebeneinander simultan manifest werden. Charakteristisch sind daher die multidimensionale Übertragung oder auch die Spaltungsübertragung oder auch Übertragungen auf die Klinik. Häufig können die heftigen affektiven Interaktionen nach dem Modell der projektiven Identifikationen verstanden werden. Projektive Identifikationen, wie sie z. B. von Ogden (1988) konzeptualisiert wurden, finden sich insbesondere in Großgruppenprozessen auf der Station und nicht nur in der Therapeut-Patient-Beziehung, sondern auch in den Beziehungen zum gesamten therapeutischen Personal beziehungsweise zu der Patientengruppe.

4 Das Gegenübertragungskonzept in der stationären Psychotherapie

Die multipersonale Beziehungs- und Übertragungssituation führt zu der Vorstellung, dass stationäre Psychotherapie eine Teambehandlung ist. Die Teambehandlung ergibt sich daraus, dass die interaktionellen Erfahrungen mit dem gesamten Behandlungsteam in dem jeweiligen vom Teammitglied vertretenen Setting (Gruppenpsychotherapie, Einzelpsychotherapie, Maltherapie, Musiktherapie, therapeutische Gemeinschaft) therapeutisch zu bearbeitendes Material sein kann, und zwar im Sinne der handelnden Inszenierung und der projektiven Identifikation. Dies verlangt vom gesamten Team ein Wahrnehmen, Aufnehmen und Verarbeiten der jeweiligen Inszenierung. Daher gilt die Grundregel für das Team: Sich über Beobachtung, Erfahrungen, Gefühle und Affekte in den verschiedenen therapeutischen Feldern und Beziehungen kontinuierlich und offen auszutauschen.

Dieses Konzept der Teambehandlung entwickelte sich insbesondere in den psychosomatisch-psychotherapeutischen Kliniken (vgl. Janssen, 1987, 2004; Bardé u. Mattke, 1993; Mattke, Janssen, Strauß, 1998). Die Teamarbeit wird verstanden als ein kontinuierlicher, affektiver, gruppenanalytischer Prozess, der aufgabenbezogen sein und bleiben muss. Die Aufrechterhaltung der „primären Aufgabe“ (Rice, 1969), der Therapiebezogenheit, ist von der Leitung des Teams in jeder Sitzung sicherzustellen, sonst entwickeln sich zu schnell Selbsterfahrungsgruppen. Aus den Mitteilungen der Teammitglieder über Beziehungen zum Patienten und über das Verhalten des Patienten wird die Reinszenierung der pathologischen Objektbeziehung, die Übertragungsgestalt, herausgearbeitet. Der Leiter integriert diese Mitteilungen, nimmt also eine integrierende Ich-Funktion für das Team wahr, sorgt für die Aufrechterhaltung der Rahmenbedingungen wie für die Aufrechterhaltung der Aufgaben jedes einzelnen Teammitgliedes im Therapiekonzept. In der stationären Psychotherapie wird die Integration der therapeutischen Angebote

und Beziehungen durch das Behandlungsteam geleistet, das grundsätzlich multi-professionell ist und damit auch verschiedene Behandlungsangebote unterbreitet. Es ist Voraussetzung, dass das Team aufgrund seiner höheren psychischen Strukturiertheit die projizierten seelischen Konflikte des Patienten quasi „containen“ und verdauen kann (vgl. Lohmer, 1988). Für die Aufrechterhaltung der Containing-Funktion des Teams sind Kontinuität der Teamsitzungen, Subjektivität der Mitteilung, Orientierung an der primären Aufgabe und Aufrechterhaltung der therapeutischen Identität über Gleichwertigkeit jedes Beziehungsfeldes und des therapeutischen Raumes insgesamt sowie der Arbeit an den Inszenierungen erforderlich (Janssen, 2004).

Dieses Konzept der Teambehandlung, das in der deutschen Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie entwickelt wurde, wird auch in der amerikanischen psychoanalytisch begründeten stationären Psychotherapie akzeptiert. So ist Gabbard (1986) ausdrücklich der Auffassung, dass es im Wesentlichen von der Haltung des Leiters abhängt, ob eine Analyse der Gegenübertragungsreaktionen gesehen kann und eine psychoanalytische Haltung verbindlich wird, die er für eine psychoanalytisch begründete stationäre Psychotherapie für unbedingt erforderlich hält.

5 Weiterentwicklung der psychoanalytischen Therapie in der Klinik

Zu Beginn der stationären psychosomatisch-psychotherapeutischen Behandlungen in den 60er und 70er Jahren waren die Patienten überwiegend neurotisch erkrankt. Sie waren von der stationären psychiatrischen Behandlung ausgeschlossen, da diese sich fast ausschließlich mit den schweren psychotischen Störungen befassen musste. Nach und nach wurden die sogenannten strukturellen Ich-Störungen oder die sogenannten Entwicklungsstörungen oder auch Patienten mit Borderline-Persönlichkeits-Organisation Zielgruppe der stationären Psychotherapie. Diese Störungen, auf deren psychodynamische Charakterisierung hier nicht näher eingegangen werden kann (vgl. Dammann u. Janssen, 2007), können aus psychoanalytischer Sicht als Störungen einer unabgeschlossenen, somato-psycho-sozialen Individuation verstanden werden.

Auf diese Störungen hat sich auch die stationäre psychoanalytische Therapie eingestellt. Fast alle psychodynamisch orientierten psychosomatisch-psychotherapeutischen Kliniken machten diese Entwicklung mit. Besonders die stationär psychoanalytisch begründete Psychotherapie stellte sich darauf ein, z. B. hinsichtlich der Borderline-Störungen oder der psychosomatischen Störungen (s. Lohmer, 1988; Schepank u. Tress, 1988; Seidler, 1998; Schmid-Ott, Sack, Lempa, Lamprecht, 1998; Konzag u. Fikentscher, 1998; Senf u. Heuft, 1995; Huber u. von Rad, 2011 u. a.). Wir selbst haben noch in der Klinik in Essen die stationäre Psychotherapie für die strukturellen Ich-Störungen modifiziert, z. B. für psychosomatisch erkrankte

Patienten und Borderline-Störungen (vgl. Janssen u. Quint, 1987; Janssen, Wien, Rath, Hekele, Paar, 1989; Janssen, 1990a).

In dem therapeutischen Angebot unterscheiden wir drei Ebenen:

- Die Ebene der körperlichen, medizinischen Untersuchungen und der Behandlung (einschließlich Pharmakotherapie) durch den Stationsarzt und der versorgenden, pflegenden, interaktionell orientierten Pflege.
- Die Ebene der extraverbalen (nonverbalen) Symbolbildung in der Mal-, Musik- und Bewegungstherapie.
- Die Ebene der verbalen Symbolbildung, der Analyse der Reinszenierung in der Kombination von psychoanalytischen Gruppen- und Einzelpsychotherapie.

Die Ebenen sind im Team differenziert durch die verschiedenen Berufsgruppen mit ihrem je eigenen Setting z. B. in der dualen oder der gruppalen Beziehung. Auf der verbalen psychotherapeutischen Ebene hat sich eine Kombination von Einzel- und Gruppentherapie bei verschiedenen oder bei gleichen Psychotherapeuten bewährt.

Nach unserem Verständnis muss die stationäre psychoanalytische Therapie den ich-strukturell gestörten Patienten einen therapeutischen Raum zur Verfügung stellen, der sowohl die Bedürfnisse des Patienten nach Zuwendung und versorgenden Diensten einer frühen Mutter berücksichtigt sowie zur Abschwächung dieser Bedürfnisse über Symbolbildung und malerischer und musikalischer sowie sprachlicher Art und zu einer Individuation und Loslösung führt. Im Sinne der Bion'schen Konzeption von „Container“ und „contained“ stellt sich die stationäre psychoanalytische Therapie als Raum dar, der die kognitive und affektive Verarbeitung unintegrierter Affekte im Ich fördert und eine Normalisierung des Ichs anstrebt.

Das hier dargestellte Grundkonzept einer psychoanalytisch und gruppenanalytisch begründeten stationären Psychotherapie ist sozusagen Basis der psychotherapeutischen Arbeit vieler Kliniken. Im Laufe der Jahrzehnte wurden nun weitere psychotherapeutische Verfahren integriert. Integrierten diese stationären Therapiekonzepte schon immer verschiedene Methoden, z. B. verbale, averbale und körpertherapeutische, so werden jedoch mit der Entwicklung und Einbindung anderer Psychotherapieverfahren, wie z. B. der Verhaltenstherapie, der systemischen Therapie, der Traumatherapie und der mentalisierungsbasierten Therapie, Perspektiven eröffnet, die sich mehr und mehr in Richtung einer störungsorientierten Psychotherapie für bestimmte Patientengruppen entwickeln. So berücksichtigten Hoffmann, Egle, Bassler, Nickel und Petrak (1998) in ihrem psychoanalytischen Therapiekonzept kognitiv-behaviorale Methoden (Expositionsübungen) bei der Behandlung von agoraphobischen und zwangsneurotischen Störungen. Fürstenaun (1998) integrierte systemische und lösungsorientierte Ansätze ebenso wie Schmid-Ott et al. (1998). Wir selbst integrierten in unserem Konzept verhaltenstherapeutische Methoden, z. B. bei der Behandlung der Angststörungen und der Essstörungen sowie der Borderline-Störungen (Janssen, 2012).

Obwohl nach meinem Kenntnisstand immer mehr psychoanalytisch orientierte Kliniken verhaltenstherapeutische Methoden und Techniken in ihr Behandlungsprogramm aufnehmen (vgl. Huber u. von Rad, 2011), ist der Prozess der Integration anderer Psychotherapieverfahren in eine stationäre gruppenanalytisch und psychoanalytisch begründete Therapie noch lange nicht abgeschlossen. Nach wie vor bin ich nach jahrelanger Erfahrung mit der stationären Psychotherapie sowohl als Therapeut wie als Leiter und auch als Supervisor der Auffassung, dass eine psychosomatisch-psychotherapeutische Klinik bei psychoanalytischer Orientierung ein Gesamtkonzept haben muss, das auf der Grundlage der Psychoanalyse und Gruppenanalyse beruht. In einem solchen grundlegenden Konzept finden auch verschiedene therapeutische Techniken, z. B. verhaltenstherapeutische oder ressourcenorientierte Techniken sowie die mentalisierungsbasierte Methode (Schultz-Venrath, 2008, 2013) in der stationären und teilstationären Psychotherapie ihren Platz. Wir legen z. B. unseren Schwerpunkt auf die übertragungsfokussierte Psychotherapie der Borderline-Störungen in einem stationären Setting (vgl. Janssen, 1990b, 2000, 2001; Janssen, Martin, Martius, Votsmeier-Röhr, Damann, 2007).

Auch wenn eine solche Methodenintegration zunehmend populärer geworden ist, bleibt doch aus gruppenanalytischer und psychoanalytischer Sicht das Grundkonzept der stationären Psychotherapie erhalten und damit auch die Gruppenpsychotherapie als zentraler Wirkfaktor in der stationären Psychotherapie, wie ich andernorts ausführlich dargelegt und belegt habe (vgl. Janssen, 2014).

6 Ausblick

Die stationäre gruppenanalytisch und psychoanalytisch begründete Therapie ist zum einen eine Behandlungsmethode für strukturell gestörte Patienten, zum andern ein Modell für die Anwendung der Psychoanalyse in therapeutischen Organisationen, wie z. B. dem psychosomatisch-psychotherapeutischen Krankenhaus. Der Vorteil stationärer psychoanalytischer Therapie liegt darin, dass die Spaltungsübertragungen wie die projektiven Identifikationen innerhalb der Station reinszeniert werden und damit bearbeitet werden können. Besonders bei Verstrickungen in ambulanten analytischen Therapien und bei Agieren von inneren Konflikten im sozialen Umfeld kann sich eine Bearbeitung in einem stationären Setting anbieten. Sicher darf das stationäre Setting nicht überidealisiert werden. Auch im stationären Setting liegen Gefahren, z. B. von Übertragungs-/Gegenübertragungsverwicklungen, von Illusionen einer immer anwesenden Mutter, sodass Abwesenheit nicht ertragen werden kann. Daher muss das stationäre Setting dafür sorgen, dass dem Patienten auch Abwesenheiten von den Therapeuten, z. B. durch Wochenendbeurlaubungen, zugemutet werden und die Begrenztheit der stationären Psychotherapie und die Überleitung in eine ambulante Therapie rechtzeitig angesprochen wird.

Da sich die Verweildauern zunehmend verkürzen und die Sektorengrenzen zwischen ambulant und stationär dringend überwunden werden müssen, werden sich auch die Konzepte der stationären psychoanalytischen Therapie im Sinne eines Gesamtbehandlungsplans, einer Vernetzung von ambulanter und stationärer Behandlung entwickeln müssen. Daher müssen sich beide Bereiche, der ambulante wie der stationäre Bereich, übergreifend verständigen und gemeinsame Konzepte entwickeln. Einen Ansatz dazu bieten die Arbeiten von Rütth-Behr und Haberer (in diesem Heft) zu den Übergängen von der stationären zur ambulanten Behandlung und umgekehrt, wie auch das Konzept einer poststationären Kurzgruppenpsychotherapie von von Hacht (in diesem Heft). Es scheint mir die Aufgabe der Zukunft zu sein, solche Vernetzungen von ambulanter und stationärer Psychotherapie im Sinne des Gesamtbehandlungsplans weiter zu entwickeln. Darin liegt die große Chance, über den Austausch bei der Behandlung von Patienten die Sektorengrenzen in der Versorgung zu überwinden.

Literatur

- Arfsten A.-J., Hoffmann S. O. (1978). Stationäre psychoanalytische Psychotherapie als eigenständige Behandlungsform. *Prax. Psychother.*, 23, 233-245.
- Bardé, B., Mattke, D. (1993). *Therapeutische Teams*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- de Board, R. (1978). *The psychoanalysis of organizations*. London: Tavistock Publ.
- Damann G., Janssen P. L. (2007). *Psychotherapie der Borderline-Störungen (2. Aufl.)*. Stuttgart: Thieme.
- Enke, H. (1965). Bipolare Gruppenpsychotherapie als Möglichkeit psychoanalytischer Arbeit in der stationären Psychotherapie. *Z. Psychother. med. Psychol.*, 15, 116-121.
- Foulkes, S. H. (1964/1974). *Gruppenanalytische Psychotherapie*. Kindler: München.
- Fürstenau, P. (1998). Stationäre Psychotherapie psychoanalytisch-systemischer Orientierung. *Psychotherapeut*, 43, 277-281.
- Fürstenau, P., Stephanos, S. F., Zenz, H. (1970). Erfahrungen mit einer gruppentherapeutisch geführten Neurotikerstation. *Psychother. med. Psychol.*, 20, 95-104.
- Gabbard, G. O. (1986). The treatment of the „special“ patient in a psychoanalytic hospital. *Int. Rev. Psycho-Anal.*, 13, 333-347.
- Hau, T. F. (1968). Stationäre Psychotherapie: Ihre Indikation und Anforderungen an die psychoanalytische Technik. *Z. Psychosom. Med. Psychoanal.*, 14, 25-42.
- Haubl, R. (2012). Der institutionelle und organisatorische Kontext von Gruppen am Beispiel stationärer Gruppenpsychotherapie. In D. Mattke, B. Strauß B. (Hrsg.), *Gruppenpsychotherapie*. Heidelberg: Springer, 99-107.
- Heuft, G., Hildenbrand, G., Cuntz, U. (2010). Das Krankenhausfinanzierungsrahmengesetz (KHRG). Die Psych-OPS-Ziffern und die neue Entgeltregelung für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. *Z. Psychosom. Med. Psychother.*, 56, 86-105.
- Hildenbrand, G., Senf, W., Heuft, G. (2011). Richtlinien der DGPM zur Struktur- und Prozessqualität von Kliniken oder Abteilungen für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. *Z. Psychosom. Med. Psychother.*, 57, 399-406.

- Hoffmann, S. O., Egle, U. T., Bassler, M., Nickel, R., Petrak, F. (1998). Psychotherapeutische Kombinationsbehandlung. *Psychotherapeut*, 43, 282-287.
- Huber, D., von Rad, M. (Hrsg.) (2011). Störungsorientierte psychodynamische Therapie im Krankenhaus. Stuttgart: Kohlhammer.
- Janssen, P. L. (1985). Auf dem Weg zu einer integrativen analytisch-psychotherapeutischen Krankenhausbehandlung. *Forum Psychoanalyse*, 1, 293-307.
- Janssen, P. L. (1987). Psychoanalytische Therapie in der Klinik. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Janssen, P. L. (1990a). Grundzüge einer stationären psychoanalytischen Therapie struktureller Ich-Störungen. In P. Buchheim, T. Seifert (Hrsg.), *Zur Psychodynamik und Psychotherapie von Aggression und Destruktion* (S. 89-99). Heidelberg: Springer.
- Janssen, P. L. (1990b). Inszenierungen der Borderline-Struktur. *Praxis Psychother. Psychosom.*, 35, 1-12.
- Janssen, P. L. (2000). Inszenierung der Borderline-Pathologie im stationären Raum. In O. F. Kernberg, P. Dulz, U. Sachsse (Hrsg.), *Handbuch der Borderline-Störungen* (S. 505-514). Stuttgart: Schattauer.
- Janssen, P. L. (2001). Analytische Gruppenpsychotherapie mit Borderline-Patienten. In V. Tschuschke (Hrsg.), *Praxis der Gruppenpsychotherapie* (S. 230-233). Stuttgart: Thieme.
- Janssen, P. L. (2004). Berufsgruppen- und methodenintegrierende Teamarbeit in der stationären psychodynamischen Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 49, 217-226.
- Janssen, P. L. (2010). Gruppenpsychotherapie – zur Geschichte und Theorie aus psychoanalytischer und psychodynamischer Sicht. *Ärztliche Psychotherapie*, 5, 221-237.
- Janssen, P. L. (2012). Zur Theorie und Praxis psychoanalytisch begründeter stationärer Psychotherapie. *Forum der Psychoanalyse*, 28, 337-358.
- Janssen, P. L. (2014). Weiterentwicklung der psychoanalytischen Therapie in der Klinik. Nachwort zu Janssen, P. L., *Psychoanalytische Therapie in der Klinik*. Nachdruck, Gießen: Psychosozial Verlag.
- Janssen, P. L., Quint, H. (1987). Zur stationären analytischen Psychotherapie psychosomatisch erkrankter Patienten. In P. L. Janssen, H. Quint, H. (Hrsg.), *Psychotherapie in der psychosomatischen Medizin: Erfahrungen, Konzepte, Ergebnisse* (S. 41-48). Heidelberg: Springer.
- Janssen, P. L., Wienen, G., Rath, H., Hekele, W., Paar, G. H. (1989). Zur stationären psychoanalytischen Therapie strukturell ich-gestörter Patienten im „Essener Modell“. In P. L. Janssen, G. H. Paar (Hrsg.), *Reichweite der psychoanalytischen Therapie* (S. 93-106). Berlin: Springer.
- Janssen, P. L., Martin, K., Martius, P., Votsmeier-Röhr, A., Damann, G. (2007). Stationäre psychoanalytische Psychotherapie von Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen. In G. Damann, P. L. Janssen (Hrsg.), *Psychotherapie der Borderline-Störungen* (2. Aufl., S. 38-53). Stuttgart: Thieme.
- Janssen, P. L., Menzel, H. (2012). Zwanzig Jahre Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie in Deutschland. *Z. Psychosom. Med. Psychother.*, 58, 106-125.
- Kernberg, O. F. (1976/1981). Für eine integrative Theorie der Klinikbehandlung. In *Objektbeziehungen und Praxis der Psychoanalyse* (S 256-297). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Konzag, T. A., Fikentscher, E. (1998). Stationäre Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 43, 369-376.
- Lohmer, M. (1988). Stationäre Psychotherapie bei Borderline-Patienten. Heidelberg: Springer.

- Main, T. F. (1946). The Hospital as a Therapeutic Institution. *Bull. Menn. Clinic*, 10, 66-95.
- Mattke, D., Janssen, P. L., Strauß, B. (1998). Behandlung und Teamprozesse in der stationären Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 43, 316-327.
- Mattke, D., Zeeck, A., Strauß, B. (2012). Stationäre und teilstationäre Gruppenpsychotherapie. In D. Mattke, B. Strauß (Hrsg.), *Gruppenpsychotherapie* (S. 405-416). Berlin: Springer.
- Mentzos, A. H. (1976). Interpersonale und institutionalisierte Abwehr. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Ogden, T. (1988). Die projektive Identifikation. *Forum Psychoanal*, 4, 1-21 ; engl. (1979). On projective identification. *Int J Psychoanal*, 60, 357-373.
- Pohlen, M. (1972). Gruppenanalyse. Eine methodenkritische Studie und empirische Untersuchung im klinischen Feld. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Rice, A. K. (1969). Individual, Group and Inter-Group Processes. *Human Relations*, 22, 565-584.
- Schauenburg, H., Hildenbrand, G. (2011). Stationäre Psychotherapie und Psychosomatik. In R. Adler et al. (Hrsg.), *Uexküll Psychosomatische Medizin* (7. Aufl., S. 561-571). München: Urban & Fischer.
- Schepank, H., Tress, W. (1988). Stationäre Psychotherapie und ihr Rahmen. Berlin: Springer.
- Schmid-Ott, G., Sack, M., Lempa, W., Lamprecht, F. (1998). Konflikt- und lösungsorientierte stationäre psychoanalytische Therapie. *Psychotherapeut*, 43, 296-301.
- Schultz-Venrath, U. (2008). Mentalisierungsgestützte Gruppenpsychotherapie. *Gruppenpsychother. Gruppendynamik*, 44, 135-149.
- Schultz-Venrath, U. (2013). *Lehrbuch Mentalisieren – Psychotherapien wirksam gestalten*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Seidler, G. H. (1998). Stationäre Psychotherapie auf dem Prüfstand. Bern: Huber.
- Senf, W., Heuft, G. (1995). Facharztweiterbildung „Psychotherapeutische Medizin“ in der stationären psychotherapeutischen- psychosomatischen Regelversorgung. *Psychotherapeut*, 40, 155-162.
- Simmel, E. (1928). Die psychoanalytische Behandlung in der Klinik. *Int. Z. Psychoanal.*, 14, 352-370.

Korrespondenzadresse: Prof. Dr. Paul L. Janssen, Kraepelinweg 9, 44287 Dortmund;
E-Mail: paul.janssen@ruhr-uni-bochum.de