



Grundlagen und Technik der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie (tfP)

Dr. Nikolaus Grünherz
WVR Juni 2010



⌘ Inhaltsverzeichnis

- ✓ Zur Psychotherapie allgemein
- ✓ Die analytisch-orientierten Psychotherapie-Verfahren
- ✓ Wirkfaktoren der tfP
- ✓ Randbedingungen der tfP
- ✓ PT gemäß Psychotherapie-Richtlinien
- ✓ Ablauf einer Therapie am konkreten Fall
- ✓ Phasen der tfP
- ✓ Das Therapieende



⌘ Wirkfaktoren einer Allgemeinen Psychotherapie

- ✓ Ressourcenaktivierung
- ✓ Problemaktualisierung
- ✓ Motivationale Klärung
- ✓ Aktive Hilfe zur Problembewältigung



⌘ Grenzen der Therapierbarkeit, die in der Person des Patienten begründet sind

- ✓ Intellektuelle Voraussetzungen
- ✓ Abwehrvorgänge
- ✓ Grenzen durch psychologische Variablen
 - unzureichende Motivation
 - unzureichende Selbstexploration
 - unzureichende soziale Integration
 - mangelnde Realitätsprüfung



⌘ Grenzen der Therapierbarkeit, die in der Person des Therapeuten begründet sind

- ✓ emotionale Reaktionen des Therapeuten
- ✓ persönliche Ressourcen des Therapeuten
- ✓ berufsspezifische Belastungen
- ✓ Grenzen durch psychologische Variablen, z. B.
 - mangelnde soziale Integration des Therapeuten
 - unzureichende Selbstreflexion
 - fachliche Selbstüberschätzung
 - Übersehen einer fehlenden Motivation des Patienten
 - mangelnde Realitätsprüfung
 - Empathiemangel
- ✓ Interaktion zwischen Patient und Therapeut
- ✓ Einfluß der äußeren Realität



*Die Idealisierung der psychoanalytischen
Therapieverfahren hat vielerlei Gründe; vielleicht hängt
sie auch mit dem hohen Einsatz zusammen, der nötig
ist, um eine Kompetenz darin zu erwerben. Sie sind
aber nicht immer allein geeignet, allen Menschen zu
helfen; manchmal sind medikamentöse oder z.B. auch
sozialpsychiatrische Maßnahmen erforderlich, was
gerade Kernberg (Kernberg et al, 1989) einräumt und
empfiehlt. Die Indikation für eine Therapie, die nicht
indiziert ist, kann auf Unkenntnis und mangelnder
Kompetenz beruhen; jeder wird sich einmal irren. Oft
beruht sie aber auf unreflektierten
Omnipotenzvorstellungen, manchmal ist sie ein
sadistischer Akt.*

König, 1991



⌘ Die verschiedenen psychodynamischen Therapieverfahren



⌘ Kerndaten der psychoanalytischen Psychotherapie

⌘ ***Frequenz: 3 Sitzungen pro Woche (max. 240 Sitzungen)***

- ✓ Einschätzung und analytische Aufschlüsselung des **verdrängten, unbewußten neurotischen Konflikts**
- ✓ Nutzung und Deutung des Übertragungs- und Gegenübertragungsgeschehens
- ✓ Deutung und verstehende Begleitung regressiver Prozesse
- ✓ Analytische Bearbeitung von Widerstandsphänomenen
- ✓ Verändernde Einflussnahme auf strukturelle Gegebenheiten des Patienten



⌘ Kerndaten der Dynamischen Psychotherapie

⌘ ***Frequenz: variabel (max. 80 Sitzungen)***

- ✓ Dialogische Therapieform unter Berücksichtigung <pathogen wirksamer, unbewußter seelischer Vorgänge im Zusammenhang mit der zugehörigen lebensgeschichtlichen Entwicklung und den sek. neurotischen Reaktionsmustern>
- ✓ Nutzung von regressiven Vorgängen
- ✓ Nutzung aufkommender Übertragungsreaktionen
- ✓ Aktiver Therapeut, der strukturiert, Ratschläge und Empfehlungen gibt



⌘ Kerndaten der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie

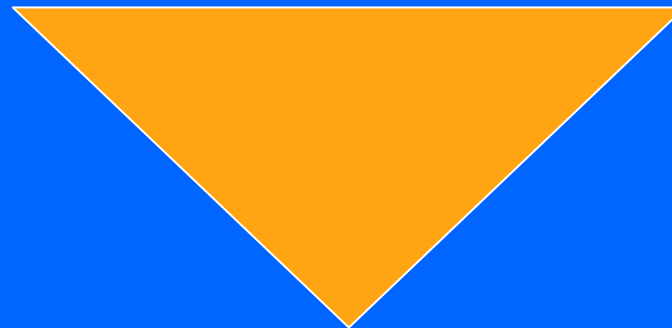
⌘ ***Frequenz: 1 Sitzung pro Woche (max. 80 Sitzungen)***

- ✓ Focussierung **aktueller neurotischer Konflikte** und deren Symptombildung
- ✓ Zurückhaltende Nutzung von Übertragungs- und Gegenübertragungsprozessen
- ✓ Regressive Tendenzen werden gesteuert und durch verändertes Setting kontrolliert



Wirkungsgeflecht der **analytischen** PT

frühere Beziehungs-
muster



gegenwärtige Beziehungs-
formen

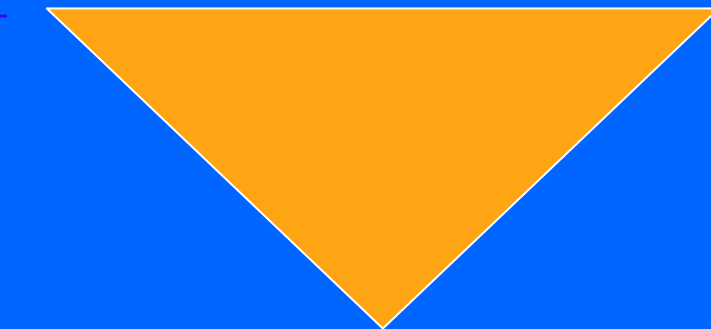
Übertragung-/Gegenübertragung Patient-Therapeut



Wirkungsgeflecht der tiefenpsychologisch fundierten PT

spez. auslösende inter-
personelle Situation

pathogenes soziales Feld



aktuelle interpersonelle Pat.-Therapeut-Beziehung

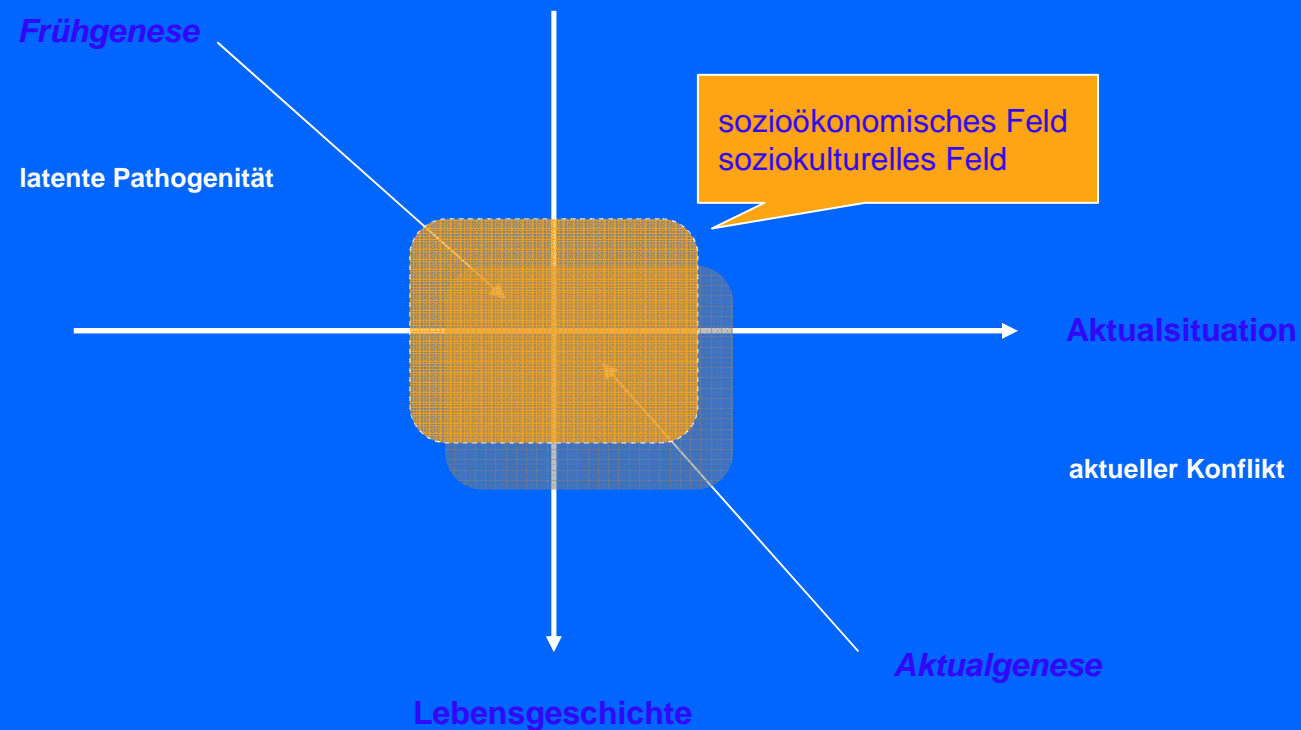


*Nur wenn ein **aktueller neurotischer Konflikt** mit einer entsprechenden Symptomatik abgegrenzt werden kann, ist das Verfahren der tiefenpsychologischen fundierten Psychotherapie anwendbar.*

Faber, Haarstrick



Schnittpunkt-Metapher der Neurosenmanifestation





⌘ Wirkfaktoren der tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie

- ✓ kathartische Prozesse = Entlastung und Lösung ubw + bw Spannungen
- ✓ Erweiterung des Bewußtseinsumfanges mit erhöhtem Selbstverständnis und vertiefter Selbstbestimmung
- ✓ Neulernen, Umlernen, Verlernen
- ✓ Auffüllen von Lerndefiziten



⌘ **Randbedingungen einer ambulanten tFP**

- Setting
 - ⇒ *im Gegenübersitzen*
- Zeitdauer
 - ⇒ *pro Sitzung 50 min*
- Ziel
 - ⇒ *5 probatorische Sitzungen*
 - ⇒ *50 (-80) Sitzungen [evtl. Aufteilung auf 2 Sitzungen à 25 min]*
 - ⇒ *Sperre von 2 Jahren ???*
- Finanzierung
 - ⇒ *GKV + PKV über GA-Verfahren (Richtlinien-Psychotherapie)*
 - ⇒ *„Selbstzahler“*
- Termin
 - ⇒ *fester Termin mit ausreichender Ruhe für Pat. und Therapeut*
 - ⇒ *Umgang mit Fehlterminen*



⌘ Honorarstruktur einer ambulanten tfP

⌘ Kassenleistung

⊗ Einzelsitzung	81,03 €
⊗ Gruppensitzung	40,25 €

⌘ GOÄ 2,3fach

⊗ Einzelsitzung	92,50 €
⊗ Gruppensitzung	46,25 €
⊗ Biografische Anamnese	123,24 €



⌘ TFP gemäß den Psychotherapie-Richtlinien

- ⇒ In diesen Richtlinien wird seelische Krankheit verstanden als krankhafte Störung der Wahrnehmung, des Verhaltens, der Erlebnisverarbeitung, der sozialen Beziehungen und Körperfunktionen. Es gehört zum Wesen dieser Störungen, daß sie der willentlichen Steuerung durch den Patienten nicht mehr oder nur zum Teil zugänglich sind!

- ⇒ Daraus folgt:
 - ⇒ Die geplante Psychotherapie muß kausal, d.h. ursachenorientiert erfolgen,
 - ⇒ Eine korrekte Indikation wird vorausgesetzt,
 - ⇒ Die Prognose muß ausreichend gut sein,
 - ⇒ Die Therapie muß wirtschaftlich vertretbar sein!



⌘ Indikations-Katalog gemäß Psychotherapie-Richtlinien (20.06.2006)

- ⇒ Affektive Störungen
- ⇒ Angst- und Zwangsstörungen
- ⇒ Somatoforme Störungen
- ⇒ Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen
- ⇒ Essstörungen
- ⇒ Nicht-organische Schlafstörungen
- ⇒ Sexuelle Funktionsstörungen
- ⇒ Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
- ⇒ Psychotherapie zur medizinischen Rehabilitation bei
 - ⇒ Suchterkrankungen nach Entgiftung
 - ⇒ Seelischer Behinderung auf Grund frühkindlicher emotionaler Mangelzustände oder Entwicklungsstörungen
 - ⇒ Seelische Behinderung als Folge schwerer chron. Krankheitsverläufe
 - ⇒ Seelische Behinderung als Folge psychotischer Erkrankungen



⌘ Wichtige Fragen im Vorfeld einer tfP

- ⇒ Besteht ein Zusammenhang zwischen Symptomen und Konflikten?
- ⇒ Warum Psychotherapie (und nicht Medikamente, Mord, Mallorca)?
- ⇒ Warum gerade tiefenpsychologische Psychotherapie?



⌘ Das Gutachten

- ⇒ Spontanangaben des Patienten
- ⇒ Kurze Darstellung der lebensgeschichtlichen Entwicklung
 - ⇒ Familienanamnese
 - ⇒ Körperliche Entwicklung
 - ⇒ Psychische Entwicklung
 - ⇒ Soziale Entwicklung.....
- ⇒ Krankheitsanamnese
- ⇒ Psychischer Befund zum Zeitpunkt der Antragstellung
- ⇒ Somatischer Befund
- ⇒ Psychodynamik der neurotischen Erkrankung
- ⇒ Neurosenpsychologische Diagnose zum Zeitpunkt der Antragstellung
- ⇒ Behandlungsplan und Zielsetzung der Therapie
- ⇒ Prognose

(Formblatt Erstantrag PT 3 a)



⌘ **Schwerpunkte der tfP**

- ⇒ Gegenwartsunbewußtes
- ⇒ **Keine** Aufarbeitung der Vergangenheit

- ⇒ **Zentrierung auf aktuellen Konflikt in aktuellen Beziehungen**



⌘ Technische Grundregeln

- ⇒ Klärung der Einzelheiten der mißlungenen Beziehung
 - ⇒ Frage nach Beginn und Ende der Interaktionen
 - ⇒ Dabei begleitenden Fantasien
 - ⇒ Wahrnehmung des Interaktionspartners
 - ⇒ Fantasien darüber, wie man selbst wahrgenommen wird
 - ⇒ Überlegung zur Konsequenz des eigenen Verhaltens

- ⇒ Gesamtziel:
 - ⇒ Distanzierung von immer wieder destruktiv erfahrenen Verhaltensmustern mit Fokussierung auf die Selbstwahrnehmung, aber auch die Wahrnehmung des Gegenüber!



⌘ Einige Grundbegriffe und technische Anweisungen

- ⇒ Gleichschwebende Aufmerksamkeit
 - ⇒ Vermeidung von Fokussierung auf bestimmte Inhalte
 - ⇒ Vermeidung der Nicht-Beachtung anderer Mitteilungen, die im weiteren Verlauf sehr nützlich sein können!
 - ⇒ Grundregel: „Sagen Sie alles, das Ihnen in den Kopf kommt“

- ⇒ Liegen oder Sitzen

- ⇒ Abstinenz und Neutralität
 - ⇒ Beide am therapeutischen Prozess Beteiligte nutzen die Behandlung nicht zur Befriedigung von alltäglichen Beziehungswünschen und greifen auch nicht auf Alltagshandlungen zurück.
 - ⇒ Fehlen von selbstbezogenen Wünschen an den Patienten

- ⇒ Gegenübertragung
 - ⇒ Freud dachte v.a. an sexuelle Impulse
 - ⇒ Heute eher narzisstische Wunschbefriedigung



⌘ Beispiele

Ich fühle mich unwahrscheinlich schlecht, richtig deprimiert, mein Leben hat gar keinen Sinn mehr, seitdem mein Mann mit dieser Schlampe durchgebrannt ist und die jetzt sogar heiraten will. Ich finde das unheimlich ungerecht, ich kann das nicht akzeptieren, ich habe doch so ein schönes Zuhause, und jetzt verläßt er mich wegen dieser blöden Kuh!



⌘ Beispiele

Jetzt bin ich seit 3 Wochen völlig antriebslos und niedergeschlagen, kann mich zu nichts mehr aufraffen, vor allem in den Morgenstunden hänge ich völlig durch, kann aber auf der anderen Seite nachts kaum noch schlafen und wache gegen 4 oder 5 Uhr mit Grübeln auf. Mein Leben bedeutet mir nichts mehr!



⌘ Beispiele

Ich habe es nur mit Mühe geschafft, bis heute trocken zu bleiben! Ich muß endlich in einer Therapie die Ursachen meiner Trinkerei erkennen!



⌘ Beispiele

Ich möchte endlich einmal in einer Psychotherapie verstehen, was in meiner Kindheit alles schief gelaufen ist. Es geht mir zwar gut, aber ich bin an diesen Erkenntnissen brennend interessiert.



Therapie am konkreten Fall



⌘ In der ersten Sitzung stellt sich eine 25-jährige Patientin vor, die deutlich erschöpft und verzweifelt wirkt. Sie berichtet, daß vor wenigen Tagen für sie völlig überraschend nach 5-jähriger Beziehung ihr Freund mit ihr Schluß gemacht habe. Sie empfinde in sich eine tiefe Traurigkeit, müsse die ganze Zeit an ihn denken, habe das Gefühl, er habe einen Teil von ihr mitgenommen, wisse überhaupt nicht, wie sie mit der Situation umgehen solle.



⌘ Was würden Sie die Patientin alles fragen?



- ⌘ Genaue Anamnese der aktuellen Lebenssituation unter besonderer Berücksichtigung der Schilderung des depressiven Syndroms. Hier muß vor allem die wichtige Differentialdiagnose einer endogenen Depression ausgeschlossen werden; besonderes Augenmerk ist auf eine evtl. bestehende Suizidalität zu richten.



⌘ Zuweisungsweg



⌘ Handelt es sich um ein Ereignis von
Wiederholungscharakter?



⌘ Biographische Anamnese



⌘ Hier ist besonders zu beachten auf

- ⊗ die frühkindliche Entwicklung in den ersten Lebensjahren, insbesondere Spielkameraden im Kleinkindalter, Kindergartenzeit, Einschulung, längere Krankheitsphasen, evtl. mit Krankenhausaufenthalten.
- ⊗ Die Entwicklung während der Schulzeit und der bevorzugte Beziehungsstil.
- ⊗ Partnerwahl bei der ersten Beziehung.
- ⊗ Spätere Beziehungen.
- ⊗ Elterliche Delegation.
- ⊗ Sozialisation im Ausbildungs- und Berufsleben.



⌘ Zusammenfassend ergibt sich damit folgendes Bild zur aktuellen Situation am Ende der sogenannten probatorischen Sitzungen:



- ⌘ Aktuelle Situation: Die 25-jährige Patientin hatte mit dem letzten Partner ihre erste längere Beziehung und auch sexuellen Erfahrungen. Zwei Beziehungen zuvor dauerten jeweils nur wenige Wochen und scheiterten daran, daß der betreffende junge Mann sich zu sehr eingeeengt fühlte oder "immer nur das eine" von ihr wollte.



- ⌘ Biografische Anamnese: Patientin ist Einzelkind alter Eltern, wuchs überbehütet auf, wobei im ersten Lebensjahr ein 3-wöchiger Krankenhausaufenthalt notwendig war. Bedingt durch das Alter der Eltern nur wenig Umgang mit gleichaltrigen Kindern; mußte die ersten Monate im Kindergarten immer von der Mutter begleitet werden, die teilweise die erste halbe Stunde im Kindergarten verblieb, damit die Patientin nicht in Tränen aufgelöst nach einer Stunde wieder abgeholt werden mußte. Auch die Einschulung gestaltete sich sehr problematisch, da die Patientin sich in der neuen Klasse nur sehr schwer einlebte. Hatte dann eine Mitläuferrolle im Klassenverband und eine sogenannte beste Freundin. Reagierte häufig mit Eifersucht, wenn sich diese anderen Mädchen zuwandte. Stellte ein ausgesprochen großes Harmoniebedürfnis unter Beweis in Verbindung mit ausgeprägtem sozialem Engagement während der gesamten Schulzeit. Wechsel auf das Gymnasium gelang einfacher, aber auch hier bevorzugtes Eingehen von Dualbeziehungen mit fast symbiotischem Charakter.



- ⌘ Als der Vater die Familie im 12. Lebensjahr der Patientin durch Eingehen einer anderen Partnerschaft verläßt, fühlt die Patientin sich "irgendwie schuldig" an seinem Weggang. Im Rahmen der pubertären Entwicklung nur wenig Aufbegehren gegen die inzwischen alleinerziehende Mutter. Neben der Schule starkes christlich-soziales Engagement mit unbezahlten Hilfstätigkeiten im Krankenhaus oder Altenheim. Nach dem Abitur Beginn einer Lehre zur Krankenschwester, da sie sich ein Studium nicht zutraut. Jungen gegenüber sehr schüchtern, zumal ihr die Mutter immer mit auf den Weg gab, bloß nicht schwanger zu werden. Beim Verlassenwerden durch einen Freund "brach immer die Welt zusammen", d. h., die Patientin wurde sehr traurig, erhielt jedoch nie Zugang zu ihren aggressiven Impulsen.



- ⌘ Mit dem ersten "richtigen Freund" zieht die Patientin sehr schnell zusammen, ohne jemals alleine in eigener Wohnung gelebt zu haben. Die Beziehung ist gekennzeichnet durch eine hohe Eifersucht, dem steten Zurückstellen eigener Wünsche, respektive deren Unterordnung unter die des Freundes. Andere Männer üben auf sie keinerlei Attraktion aus. In Streitigkeiten gibt die Patientin stets nach oder versucht, diese von vornherein zu umgehen. Das Ende der Beziehung kommt für sie völlig überraschend und aus heiterem Himmel.



⌘ Hypothesen zur Psychodynamik

- ⌘ Symbiotische Beziehung in überprotektivem Milieu führt zu einer negativen Besetzung jeglicher Impulse von Autonomie und Aggression, die stets als schuldhaft erlebt werden. Besonders gravierend macht sich hier der Erziehungsstil der Mutter durch Liebesentzug bemerkbar. Als hohes Ideal des Elternhauses gilt das christlich-soziale Engagement mit Aufopferung um jegliche aggressive Impulse schon vorweg zu antizipieren. Konkurrenz und Rivalität werden nur als Bedrohung wahrgenommen und verstärken daher die Tendenz zum Eingehen symbiotischer Beziehungen. Das Scheitern der langjährigen Partnerschaft labilisiert die Patientin in vielerlei Hinsicht: Einerseits dekompenziert ein Versuchungs/Versagungskonflikt im Hinblick auf das Eingehen einer neuen Partnerschaft dahingehend, daß aggressive Impulse dem alten Partner gegenüber schuldhaft abgewehrt und gegen das Selbst gerichtet werden müssen; andererseits ist die Patientin auf Grund einer mangelnden Selbstwertregulation nur wenig in der Lage, auf frühe Ressourcen des Alleinelebens zurückzugreifen, so daß sie sich als lebensuntüchtig erlebt und es zu einem gewissen Teil auch ist.



⌘ Ist eine tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie überhaupt indiziert ?



⌘ Was müssen Sie mit der Patientin im Hinblick auf die Therapie besprechen?



- ⌘ Fokus formulieren,
- ⌘ Setting erklären,
- ⌘ Nebenwirkungen erläutern,
- ⌘ Anforderungen formulieren,
- ⌘ Therapieablauf erklären,
- ⌘ Gutachtenverfahren darlegen.



⌘ Therapieziele sollen

- ⊗ die Ziele des Patienten sein,
- ⊗ mit den Möglichkeiten der Zeitgrenzen Therapie realistisch erreichbar sein,
- ⊗ konkret und klar sein,
- ⊗ so beschaffen sein, daß ihr Erreichen dem Patienten zuträglich ist,
- ⊗ affektbesetzt sein,
- ⊗ die Motivation und Neugier des Patienten wecken,
- ⊗ lösungsorientiert formuliert werden,
- ⊗ möglichst auch eine intrapsychische oder interpersonelle Komponente haben.



⌘ Therapieziele bei dieser Patientin


- ⊗ Akzeptanz der aktuellen Lebenssituation
- ⊗ Förderung von Autonomie und Selbstständigkeit
- ⊗ Zulassen aggressiver Impulse
- ⊗ Umwandlung von Melancholie in Trauer

⌘ Psychodynamik

- ⊗ Erarbeitung des Versuchungs-/ Versagungskonflikts für
 - aggressive Impulse
 - libidinöse Impulse
- ⊗ Erarbeitung einer angemessenen Selbstwertregulation
- ⊗ Erarbeitung einer adäquaten Realitätsprüfung

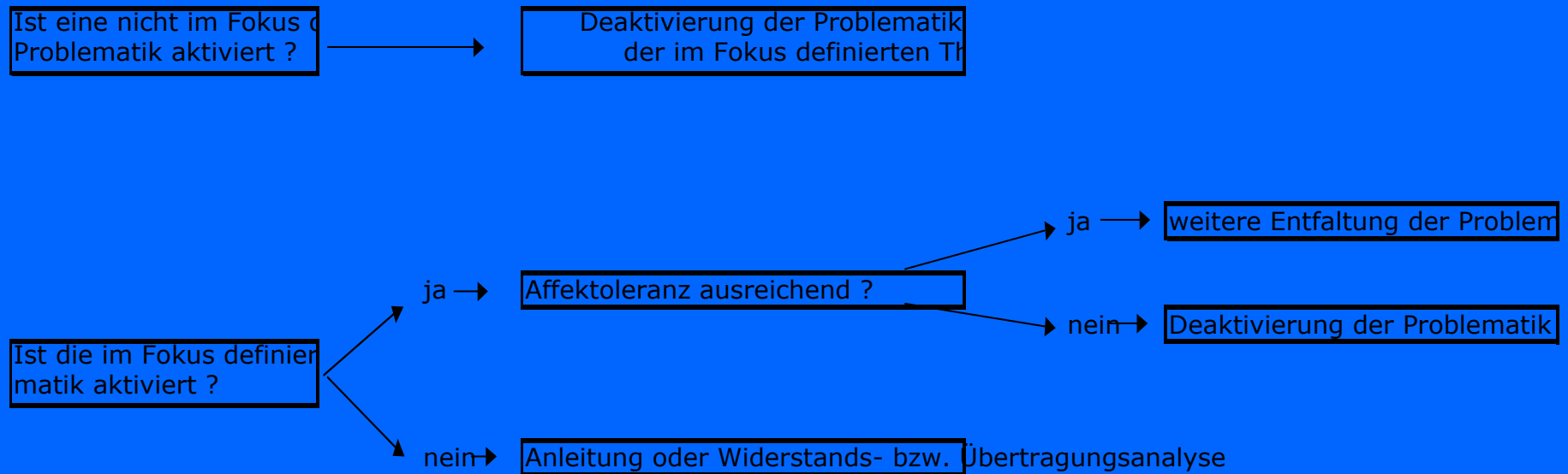


⌘ Wichtige Aspekte der Anfangsphase einer Psychotherapie

- ☒ Arbeitsbündnis schaffen
- ☒ Relevante Problematik zur Entfaltung bringen 
- ☒ Fokus, falls notwendig aktivieren
- ☒ Affekte annehmen und klarifizieren
 - ☒ Spiegeln + klarifizieren
 - ☒ Entlastung ermöglichen
 - ☒ Intensivieren (Psychopharmaka !)



Grundlagen + Technik der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie





⌘ Maßnahmen zur Entwicklung eines therapeutischen Arbeitsbündnisses

- ☒ Atmosphäre von Akzeptanz und Respekt herstellen,
- ☒ Abstinenzregeln beachten,
- ☒ aktuelle emotionale Befindlichkeit des Patienten erfassen und verbalisieren,
- ☒ Erläuterungen und Erklärungen geben,
- ☒ Skepsis und Ängste des Patienten aufgreifen,
- ☒ keine Konfrontation mit problematischen und unbewußten Aspekten des Erlebens und Verhaltens,
- ☒ nonverbale Signale des Patienten aufnehmen,
- ☒ eigene nonverbale Reaktionen kontrollieren,
- ☒ Sprechaktivität und Redeweise auf Patienten abstimmen,
- ☒ sich dem Patienten gegenüber natürlich verhalten,
- ☒ auf direkte Fragen des Patienten eingehen, Beantwortung, reflektieren,
- ☒ Gemeinsamkeit von Aufgaben und Zielen überprüfen.



⌘ Bei dieser Patientin könnten folgende Probleme auftreten

- ☒ Vermeidung von Wut durch Trauer/ Rationalisierung
- ☒ Keine genaue Schilderung der emotionalen Situation („ es ist alles ganz schlecht “)
- ☒ Ausgedehntes Weinen und Klagen (Selbstmitleid !)
- ☒ Verleugnung der konflikthafter Beziehung
- ☒ Schonung der Eltern („ die haben es doch immer nur gut gemeint “)
- ☒ Erwartung von Rat, Trost, Zuwendung in nicht angemessener Weise



⌘ Konfliktvolle Objektbeziehungen

- ☒ Intrapsychische Konflikte
 - ☒ Über-Ich - Es-Konflikte
 - ☒ Ambivalenzkonflikte
 - ☒ Über-Ich - Ich-Ideal-Konflikt

- ☒ Interpersonelle Konflikte

Oder

- ☒ Ubw oder bewusstseinsferne Konflikte
 - Klarifikation → Konfrontation → Deutung
- ☒ Bw oder zumindest bewusstseinsnahe Konflikte



⌘ Therapeutischer Umgang mit bewusstseinsnahen Konflikten (oder wenn unbewusstseinsnahe Konflikte bewusstseinsnah geworden sind)

- ☑ Klärung
- ☑ Konfliktformulierung
- ☑ Unterstützung bei der Zurückweisung ich-schädlicher Wünsche, ggf. Stärkung von Ich-Funktionen
- ☑ Unterstützung bei der Zurückweisung ich-schädlicher Normen, ggf. durch Über-Ich-Analyse



⌘ Bei dieser Patientin

☒ Intrapsychische Konflikte

- ☒ Über-Ich - Es-Konflikte (*Moral vs libidinöser Impulse*)
- ☒ Ambivalenzkonflikte (*Liebe und Hass parallel*)
- ☒ Über-Ich - Ich-Ideal-Konflikt (*„Man wird nicht wütend“*)

☒ Interpersonelle Konflikte

In einer neuen Beziehung meidet die Pat. Jede Äußerung von Kritik, da sie stets für sich negative Reaktionen befürchtet.



⌘ Beziehungsaufbau und Problemexposition

- ☒ Kontrollbedürfnis akzeptieren
 - ☒ Thematik (mit-) auswählen lassen
 - ☒ Persönliche Sichtweise erfragen
 - ☒ Reaktionen ernst nehmen

- ☒ Selbstwerterhöhende Interventionen
- ☒ Positive Erwartungen induzieren und verstärken
- ☒ Stärken akzentuieren und umformen
- ☒ Umdeuten = reframing



⌘ Von der Klärung zur Deutung

- ☒ Kernziel jeglicher Psychotherapie auf psychoanalytischer Basis ist das Erreichen einer psychodynamischen Einsicht.
- ☒ Einsicht = Σ kognitiver + emotionaler Faktoren
- ☒ Divide: pseudo-intellektuelle Einsichten
- ☒ Vorgehensweise
Klarifikation » Konfrontation » Deutung » Durcharbeiten
»» Einsicht



⌘ Klarifikation

- ☒ Ordnung des vom Patienten angebotenen Materials, so dass eine nachvollziehbare Abfolge seines Erlebens und Verhaltens entsteht;
- ☒ Erfassung des subjektiven Verständnisses und der *eigenen* Deutung seines Verhaltens.

- ☒ » Procedere: exakte Erkundung aller Umstände, z. B. einer bestimmten Situation.
Cave: Vermutung statt exakter Erkenntnis



⌘ „ Immer, wenn wir Streit hatten, war mein Kopf ganz leer, und ich habe mich im Magen so komisch gefühlt. Es sollte immer schnell vorbeigehen, irgendwie habe ich es nie lange ausgehalten!“



- ⌘ Streit ?
- ⌘ Leere im Kopf ?
- ⌘ Komisches Gefühl im Magen ?
- ⌘ Was aushalten ?



⌘ Konfrontation

- ☒ Erarbeitung der widersprüchlichen und konflikthaften Aspekte des Materials des Patienten
- ☒ Darstellung unbewußter Aspekte seines Erlebens, Denkens und Verhaltens durch Rückschlüsse aus Verhaltensweisen des Patienten oder aus anderen Einfällen



- ⌘ Streit bestand vornehmlich aus forciertem Anschweigen.
- ⌘ Bei der Schilderung des „Streits“ schaut die Patienten auf den Boden und fasst sich auf den Bauch.
- ⌘ Erinnert auf Nachfragen, dass bei den seltenen Auseinandersetzungen der Eltern sie auch immer so ein leeres Gefühl im Kopf verspürt hat.
- ⌘ Magendruck bestand stets vor schwierigen Klassenarbeiten.
- ⌘ Ärger und Wut sind als Gefühle kaum vorhanden, dafür Traurigkeit und Niedergeschlagenheit.



⌘ Deuten

= Umsetzung der Produktionen des Pat. in ihre unbewussten Vorläufer (Greenson, 1981)

= Hypothesen zu unbewussten Determinanten des Erlebens und Verhaltens des Patienten in seinen relevanten Objektbeziehungen



⌘ 4 Deutungsformen

1. Abwehrdeutungen: Verknüpfung eines Wunsches, Impulses oder eines Affekts mit dem Abwehrvorgang, der dazu beiträgt, die ängstigenden Inhalte vom Bewusstsein fernzuhalten.
2. Genetische Deutungen: Verbindung zwischen einer wichtigen Person der Vergangenheit und einer aktuellen Person.
3. Widerstandsdeutungen: zeigen die Abwehr des Pat. in der therapeutischen Situation und weisen auf den Grund für die Abwehr und das Abgewehrte hin.
4. Übertragungsdeutungen: weisen auf die Beziehung zwischen Phänomenen der therapeutischen Beziehung und einer wichtigen Person der Vergangenheit hin.



⌘ Deutungen sollen

- ☒ als Vermutungen oder in Frageform formuliert werden
- ☒ stets von der Oberfläche zur Tiefe voranschreiten, von
bw » ubw Inhalten übergehen
- ☒ einfach, verständlich und natürlich geäußert werden
- ☒ vom Pat. als hilfreich erlebt werden können
- ☒ nicht Anlass zu unnötigen Widerstandsphänomenen
geben.

Cave: unreflektiertes Gegenübertragungs-Ausagieren.



⌘ 4 Deutungsformen

1. Abwehrdeutungen: *Die Leere im Kopf dient sicher dazu, sich nicht mit den unangenehmen Gefühlen während eines Streits auseinanderzusetzen.*
2. Genetische Deutungen: *Ich könnte mir denken, dass Sie sich früher ähnlich während der Streitigkeiten zwischen Ihren Eltern gefühlt haben.*
3. Widerstandsdeutungen: *Durch die Leere im Kopf fällt Ihnen anscheinend nichts ein, was hier zu bearbeiten wäre.*
4. Übertragungsdeutungen: *Sie meiden den Blickkontakt mit mir, um mir nicht durch einen ‚bösen‘ Blick Ihre Wut zu zeigen, die bei Ihrer Mutter sicher zum Liebesentzug geführt hätte.*



⌘ Durcharbeiten

Patientin traut sich zunächst in der Therapie zu widersprechen, d.h. Deutungen nicht unmittelbar anzunehmen oder aber über aggressive Impulse zu sprechen.

Zunächst bei Auseinandersetzungen am Arbeitsplatz, dann in einer neuen Beziehung und schließlich auch den Eltern gegenüber Empfinden von Ärger und Wut anstatt Leere oder Trauer.

Nach mehrfachem Besprechen dieser Situationen gelingt es der Patientin dann auch, die negativen Affekte zu verbalisieren und eigene Wünsche und Bedürfnisse der Umgebung gegenüber durchzusetzen.



- ⌘ Vermittlung einer positiven Beziehungserfahrung
 - ☒ Respektvolle Akzeptanz und empathisches Verstehen
 - ☒ Korrigierende emotionale Erfahrung vermitteln durch spezifisch gegensinniges Verhalten zu den frühen Objekten
 - ☒ Pathogene Überzeugungen des Pat. entkräften
 - ☒ Unbewusste Rollenzuschreibungen des Pat. erkennen und aus der Szene heraustreten
 - ☒ Neg. Übertragungsphänomene deuten
 - ☒ Bereitschaft zu mütterlich-haltender Funktion ('holding')
 - ☒ Bereitschaft zum 'Containing' neg. Patientenaffekte
 - ☒ Stetige Reflexion des vorrangigen Patientenbedürfnisses



⌘ Abwehr

- ☒ = unbewusstes inneres Regulationssystem, d.h. Filter zum Fernhalten intrapsychisch aufsteigender bedrohlicher oder unangenehmer Wünsche ganz oder teilweise vom Bewusstsein
- ☒ » Hinderung an deren Realisierung in der Außenwelt

⌘ Dies geschieht mit Hilfe der Abwehrmechanismen.



⌘ Vorgehen bei der Abwehranalyse

- ☒ Abwehrformen mittels Klarifikation und Konfrontation identifizieren
- ☒ Schutzfunktion der Abwehr identifizieren
- ☒ Hypothese über die Art der abzuwehrenden Affekte und Wünsche bzw. Impulse formulieren
- ☒ Bei Abwehrdeutungen stets mit der Oberfläche beginnen
- ☒ Abwehr und Abgewehrtes miteinander verknüpfen
- ☒ Keine isolierte Benennung von Wünschen und Impulsen ohne gleichzeitige Erwähnung der gegen sie gerichteten Abwehr



- ⌘ Mögliche Abwehrformen der Angst vor dem Durchbruch eines aggressiven Impulses
 - ☒ *Erleben starker, diffuser Angst als Ausdruck heftiger unbewusster Wut (= nicht abgewehrte Angst)*
 - ☒ *Keinerlei Erleben irgendgearteter Angst (= komplette Abwehr durch Verleugnung und Rationalisierung)*
 - ☒ *Entwicklung herzneurotischer Beschwerden (= inkomplette Abwehr unter Symptombildung)*
 - ☒ *Meiden jeglicher Situation, die Wut + Ärger provozieren könnte (= Bewältigung durch Vermeidung)*



- ⌘ Welche Abwehrmechanismen sind bei dieser speziellen Patientin denkbar ?
- ☒ Verdrängung: *Ich habe nicht gemerkt, dass die Beziehung zu meinem Freund schlechter wurde!*
 - ☒ Verleugnung: *Wut kenne ich nicht!*
 - ☒ Isolierung: *Wenn wir uns stritten, war mein Kopf immer ganz leer!*
 - ☒ Rationalisierung: *Streit gibt es doch immer mal!*
 - ☒ Reaktionsbildung: *nach einem Streit war ich immer besonders nett zu ihm!*
 - ☒ Ungeschehenmachen: *Wenn irgendwie Streit in der Luft lag, hab' ich ihm immer etwas geschenkt!*



⌘ Widerstand

- ☒ Verdrängungswiderstand = W. gegen das Bewußtwerden schmerzlicher oder gefährlicher Triebregungen, Erinnerungen, und Gefühle in einer Behandlung.
- ☒ Übertragungswiderstand = W. gegen die schmerzhaften und gefährlichen Regungen als Folge der Übertragung des Patienten.
- ☒ W. aus dem sekundären Krankheitsgewinn, d.h. Befriedigung aus dem Symptom größer als der Nutzen der Behandlung des Symptoms.
- ☒ Es-Widerstand = W. gegen das Aufgeben altvertrauter Gewohnheiten und Verhaltensmuster.
- ☒ Über-Ich-Widerstand = W., der aus einem unbewußten Schuldgefühl oder Strafbedürfnis entstammt, z.B. negative therapeutische Reaktion.



⌘ Widerstand

- ☒ Verdrängungswiderstand: *Pat. fällt zu den Auseinandersetzungen in der Kindheit zwischen den Eltern Nichts ein oder negiert diese (Deckerinnerungen).*
- ☒ Übertragungswiderstand: *versucht sich in den Therapiestunden immer sehr angepasst, fast unterwürfig zu verhalten.*
- ☒ W. aus dem sekundären Krankheitsgewinn: *geniesst die Zuwendung der Eltern, weil dieser schlimme Freund sie verlassen hat.*
- ☒ Es-Widerstand: *geht auch in einer neuen Beziehung jedem Gespräch über Sexualität aus dem Wege.*
- ☒ Über-Ich-Widerstand: *obwohl sie die Einsicht in ihr Verhalten erzielt hat, traut sie sich nicht eigene Wünsche durchzusetzen oder zu streiten, „da man sich doch dem Mann unterordnen muss!“*



⌘ Widerstandsphänomene

- ☒ Bewusste Widerstandsphänomene
 - ☒ Informationen vorenthalten
 - ☒ Unwahrheit sagen
 - ☒ Absprachewidriges und mit den therap. Zielen unvereinbares Verhalten fortführen.

- ☒ Unbewusste Widerstandsphänomene
 - ☒ Unangenehmes vermeiden
 - ☒ Sich unklar ausdrücken
 - ☒ Abschweifen, Thema wechseln
 - ☒ Schweigen
 - ☒ Sich nicht erinnern können
 - ☒ Nüchtern-sachlich ohne Affekt sprechen
 - ☒ In Klischees und Fachwörtern reden
 - ☒ Über unbedeutende + triviale Dinge reden
 - ☒ Endloser Redefluss
 - ☒ Unlogische Schlüsse ziehen
 - ☒ Therapiestunden vergessen, sich verspäten, nicht bezahlen
 - ☒ Einsatz aller Abwehrmechanismen



- ☒ Therapeutischer Umgang mit bewussten Widerständen
 - ☒ Deutlich und energisch konfrontieren
 - ☒ Darauf bestehen, dass der Patient
 - die Wahrheit sagt
 - keine Informationen zurückhält
 - Suchtmittelkonsum unterlässt
 - selbstzerstörerisches Verhalten unterlässt, bzw. deutlich einschränkt
 - Absprachen + Kontrollen einhält
 - ☒ Ggf. Kontrollen durchführen
 - Gewichtskontrollen bei Essstörungen
 - Suchtmittelnachweis bei suchtgefährdeten Patienten



- ☒ Therapeutischer Umgang mit unbewussten Widerständen
 - ☒ Widerstand-konfrontierendes Vorgehen entlang der Abwehrlinie des Patienten
 - ☒ Optimales Angst- bzw. Widerstandsniveau anstreben
 - ☒ Bei stabiler Abwehrstruktur hartnäckig, entschieden, argumentativ, evtl. humorvoll-aggressiv (Cave: Ausagieren einer aggressiven Gegenübertragung!)
 - ☒ Bei fragiler Abwehrstruktur vorsichtig, empathisch



⌘ Übertragung - Gegenübertragung

»»» wird nicht behandelt!



⌘ Durcharbeiten

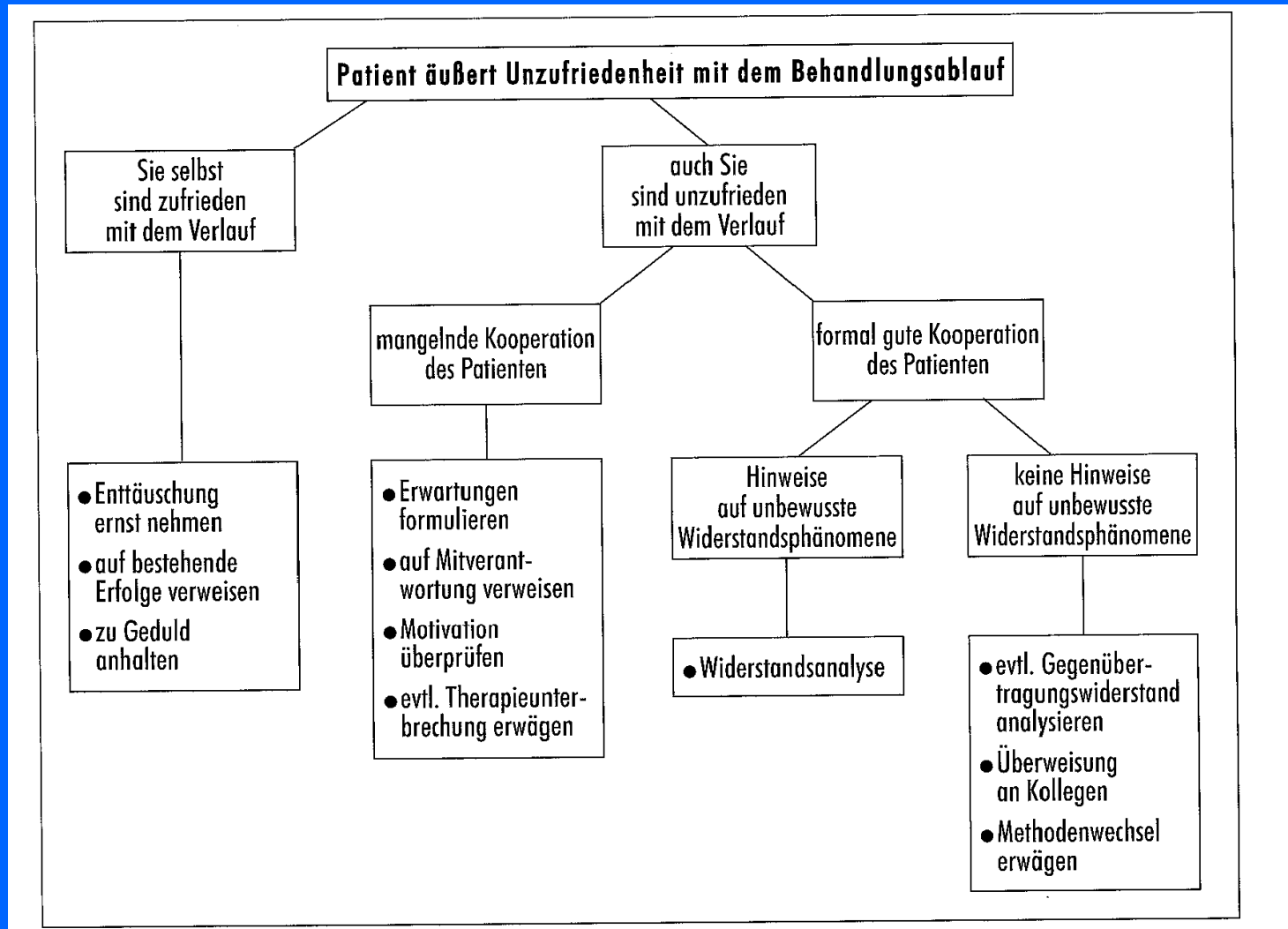
- ☒ = Prozess des Übergangs von der emotionalen Einsicht oder von der neuen Beziehungserfahrung zu realen Veränderungen im Leben
- ☒ Wird erreicht durch mehrfaches Klären, Konfrontieren und Durcharbeiten pathologischer Konfliktmuster
- ☒ Erfordert Geduld von Patient und Therapeut
- ☒ Zentraler Prozess jeder Therapie, viel wichtiger als das Erlangen von Einsichten



⌘ Technik des Durcharbeitens

- ☒ Klarifikation der alten, maladaptiven Verhaltensmuster
- ☒ Rekapitulation der zugrunde liegenden negativen Überzeugungen
- ☒ Erörterungen der Schwierigkeiten bei der Umsetzung neuer Verhaltensmuster
- ☒ Anleitung des Pat. im Umgang mit entstehenden Schwierigkeiten (z.B. durch Ablehnung wichtiger Bezugspersonen)

Grundlagen + Technik der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie



Nach Wöller/Kruse, 2001



- ⌘ Besondere Situationen während der Therapie
 - ☒ Direkte Fragen des Patienten
 - ☒ Wichtiges Material immer am Ende der Sitzung
 - ☒ Nottermine
 - ☒ Behandlungstechnische Fehler
 - ☒ Geschenke
 - ☒ Modifikation der Behandlungsfrequenz



⌘ Beendigung der Therapie

- ☒ Frühzeitig an das Ende der Therapie erinnern
- ☒ Gefühl des Abschieds erleben lassen
- ☒ Bilanz: Beschwerden, Objektbeziehungen, Ich-Funktionen
- ☒ Modifikationen des Behandlungsendes
- ☒ Evtl. weitere Therapiephasen planen



⌘ Phasenablauf einer psychodynamischen Therapie

⌘ Anfangsphase \Rightarrow mittlere Phase \Rightarrow Endphase



⌘ Phasenablauf einer psychodynamischen Therapie

⌘ Anfangsphase \Rightarrow mittlere Phase \Rightarrow Endphase

⌘ *Beziehungsaufbau*
⌘ *Problemexposition*



⌘ Phasenablauf einer psychodynamischen Therapie

⌘ Anfangsphase ⇒ mittlere Phase ⇒ Endphase

⌘ *Beziehungsaufbau*
⌘ *Problemexposition*

Widerstand + Übertragung
Interaktion + Einsicht

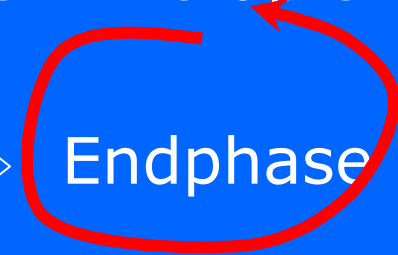


⌘ Phasenablauf einer psychodynamischen Therapie

⌘ Anfangsphase ⇒ mittlere Phase ⇒ Endphase

⌘ *Beziehungsaufbau*
⌘ *Problemexposition*

Widerstand + Übertragung
Interaktion + Einsicht





Psychodynamisches Vorgehen





Psychodynamisches Vorgehen

Klärung ⇒ Konfrontation ⇒ Deuten
= Klarifikation

*Ordnung des Materials
des Patienten*

*Erfassung des subj.
Verständnisses seiner
Symptome und seiner
eigenen Diagnose ohne
Rückgriff auf ubw Inhalte*



Psychodynamisches Vorgehen



*Ordnung des Materials des Patienten
Erfassung des subj. Verständnisses seiner Symptome und seiner eigenen Diagnose ohne Rückgriff auf ubw Inhalte*

*Hinweise auf widersprüchliches Verhalten + Konflikthafte in den Äußerungen des Pat.
Herausarbeiten von Aspekten seines Erlebens, Denkens, Verhaltens, die dem Pat. nicht bw sind, sich aber durch Rückgriff auf Verhaltensweisen + Einfälle erschließen lassen (vorbw!)*



Psychodynamisches Vorgehen



*Ordnung des Materials des Patienten
Erfassung des subj. Verständnisses seiner Symptome und seiner eigenen Diagnose ohne Rückgriff auf ubw Inhalte*

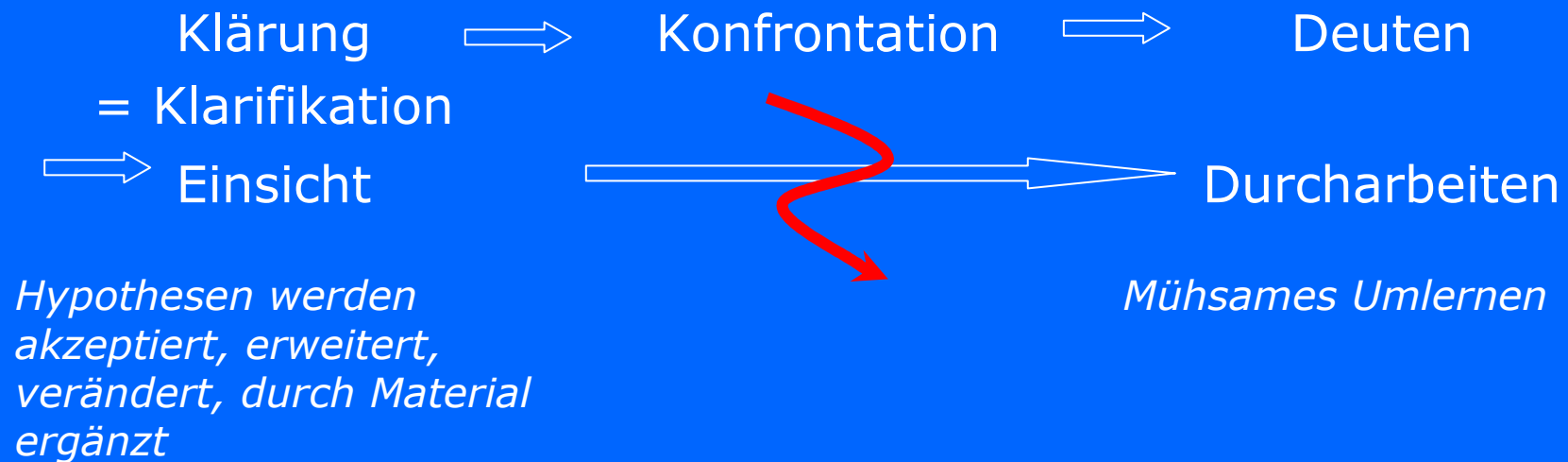
*Hinweise auf widersprüchliches Verhalten + Konflikthafte in den Äußerungen des Pat.
Herausarbeiten von Aspekten seines Erlebens, Denkens, Verhaltens, die dem Pat. Nicht bw sind, sich aber durch Rückgriff auf Verhaltensweisen + Einfälle erschließen lassen (vorbw!)*

Zusammenführen von manifestem Erleben und Verhalten des pat. Mit ubw Motiven, Wünschen + und Gefühlen:

- ⌘ Abwehr-Deutung*
- ⌘ genetische Deutung*
- ⌘ Widerstands-Deutung*
- ⌘ Übertragungsdeutung*



Psychodynamisches Vorgehen





⌘ Geplante Abschiedsphase

☒ Zeitlicher Ablauf

1. Vereinbarung des exakten Therapieendes
2. Regelmäßige Erinnerung an das Therapieende
3. Endphase: Erinnerung an Therapieende in jeder Sitzung
4. Evtl. Streckung des Intervalls zwischen den Sitzungen
5. Nachschautermine in 1/2 und 1 Jahr
6. Aussprechen eines Angebots für Krisensituationen



⌘ Geplante Abschiedsphase

☒ Inhaltlicher Ablauf

1. Gefühlshafte Beteiligung des Patienten untersuchen!
 2. Auflösung der Übertragung
 3. Bilanz ziehen: Was wurde erreicht?
 - Beschwerdebild
 - Objektbeziehungen
 - Ich-Funktionen
- Cave: Verwechslung von Einsicht und Durcharbeiten!
 - Transfer des Therapiefortschritts in das Alltagsleben:
 - Aufbau einer inneren Repräsentanz des Therapeuten
 - Problematisierung und gedankliche Antizipation von Rückschlägen



Erleben des Therapieendes durch den Patienten 1

⌘ Abschiedsaggression + Abschiedsschmerz
müssen in der Therapie bearbeitet und
durchlebt werden!

⌘ Problematische Konstellationen

- Für den Patienten ist der Therapeut zur wichtigsten Person in seinem Leben geworden!
- Reaktivierung von Trennungsangst oder früheren Trennungstraumata.
- Wünsche nach Symbiose müssen endgültig aufgegeben werden.



Erleben des Therapieendes durch den Patienten 2

⌘ Umgang mit Trennungsängsten und -traumata

- ▶ Durcharbeiten der traumatisierenden Erfahrung in der Biographie, im aktuellen Beziehungskonflikt oder in der Übertragungssituation
- ▶ Cave: Wiederholungszwangs des Traumas

Mögliche Konfliktstoffe

- Reale Erfahrung in der Primärfamilie
- Eigene Beziehungserfahrungen mit Partnern
- Unaufgelöste Übertragungen



⌘ Erleben des Therapieendes durch den
Therapeuten

⌘ Typische Fehler

- Mangelnde Förderung des Pat. durch den
Therapeuten
- Verhinderung des Therapieendes durch den
Therapeuten
- Privatisierung der Therapie



⌘ Typologie schwieriger Therapeuten

1. der autoritäre Therapeut
2. der latent sadomasochistische Therapeut
3. der narzißtische Therapeut
4. der ideale Therapeut
5. der depressiv-abhängige Therapeut
6. der überarbeitete, chron. überforderte
Therapeut



⌘ Therapieabbruch

- ☒ Angekündigt
- ☒ Fernbleiben ohne Ankündigung
- ☒ Suizid



⌘ Therapieabbruch - angekündigt -

☒ Nachvollziehbar für den Therapeuten, da

- ▶ Therapieziel erreicht
- ▶ Angst des Pat. vor Aufdecken weitergehender, tiefliegender Konflikte

▶ Nicht-nachvollziehbar

▶ Gründe explorieren

- Mitteilung an den Pat., dass seine Gründe nachvollziehbar sind
- Darstellung evtl. Nachteile des Therapieabbruchs für den Pat.

• **Kunstfehler**

- ☒ Vorwürfe
- ☒ Schlechtes Gewissen erzeugen
- ☒ Gekränkt sein
- ☒ Liebesentzug durch Veränderung des Interventionsstils
- ☒ Ausüben von Druck zum eigenen finanziellen Vorteil



Anfangsphase	Mittlere Phase	Endphase
Ø ausreichende Passung	zu schnelles Vorgehen	Ziel erreicht
Pat. fühlt sich nicht verstanden oder angenommen	zu frühe Tiefendeutungen	Angst vor der Aufdeckung weiterer Konflikte
Unkritisch hohe Erwartungen	Therapeut focussiert nicht ausreichend den entscheidenden Therapieanlass	
Bindungsängste	Schwerwiegende diagnostische Fehler	
Randbedingungen formaler Art	Auftreten von nicht-besprechbaren Scham- und Schuldaffekten	



⌘ Therapieabbruch durch Suizid

- ☒ Klärung der genauen Umstände soweit möglich
- ☒ Nacharbeiten der therap. Sitzungen
 - Warnzeichen übersehen?
 - Reflektion der eigenen Einstellung zum Thema Suizid
 - Moralisch-verurteilend
 - Sadistisch-verurteilend
 - 'Privat-Angelegenheit' des Patienten
 - Unterstützung gewährend
 - Trennungsängste nicht erkannt?
 - Narzißtische Bedürftigkeit des Pat. nicht erkannt
- ☒ Gespräch mit den Angehörigen suchen
- ☒ Wahrnehmung eigener Affekte
 - Trauer
 - Wut
 - Größenphantasien



Viel Freude bei Ihren Therapien!