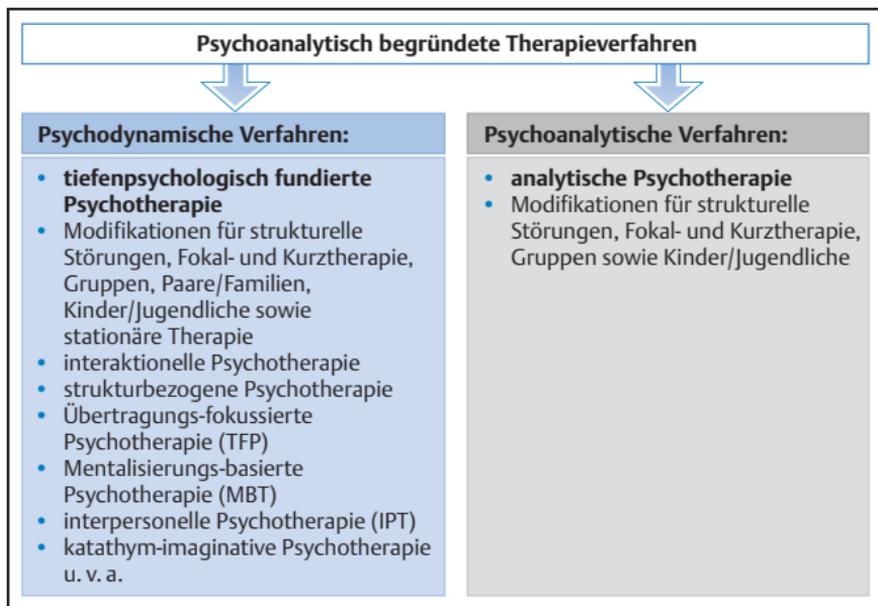


4.3 Psychoanalytisch begründete Therapieverfahren

= psychotherapeutische Behandlungsverfahren, die für ihren Zugang zum Patienten und die therapeutischen Strategien das **Konzept des Unbewussten** zugrunde legen, sich aber in ihren therapeutischen Zielsetzungen je nach Patient, Störung und Behandlungsauftrag und dementsprechend in Setting und Behandlungstechnik unterscheiden.



Prognose- und Indikationskriterien nach F. Heigl, 1972

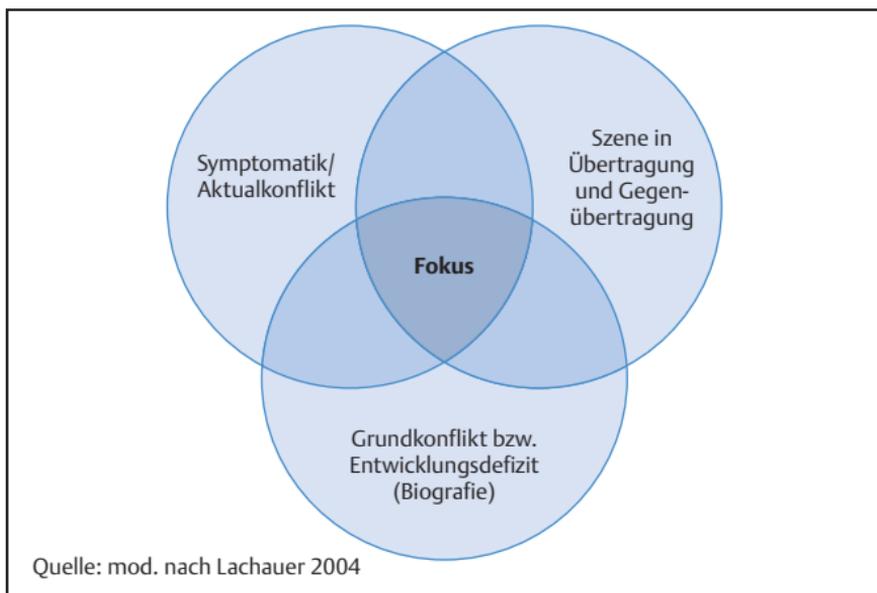
- Art und Ausmaß des Leidensdrucks
- Labilität der Selbstwertregulation (Kränkbarkeit)
- Ausmaß illusionärer Riesenerwartungen
- Über-Ich- und Ich-Ideal-Struktur
- Stärke der Ich-Funktionen
- Art (z. B. geringe Motivation bei Somatisierung), lebensbeeinträchtigende Schwere und Dauer der Symptomatik
- Symptompersistenz seit der Kindheit
- psychosomatisches Krankheitsverständnis
- sekundärer Krankheitsgewinn

- realitätsgerechte Einschätzung der symptombedingten Behinderung
- Schwere der symptomauslösenden Situation (je belastender, desto besser die Prognose)
- Alltagsbewältigung
- Neurotizität von Partnerschaften und Familienstrukturen
- biologische Aspekte (Lebensalter, Intelligenz, Begabungen, organische Leiden)

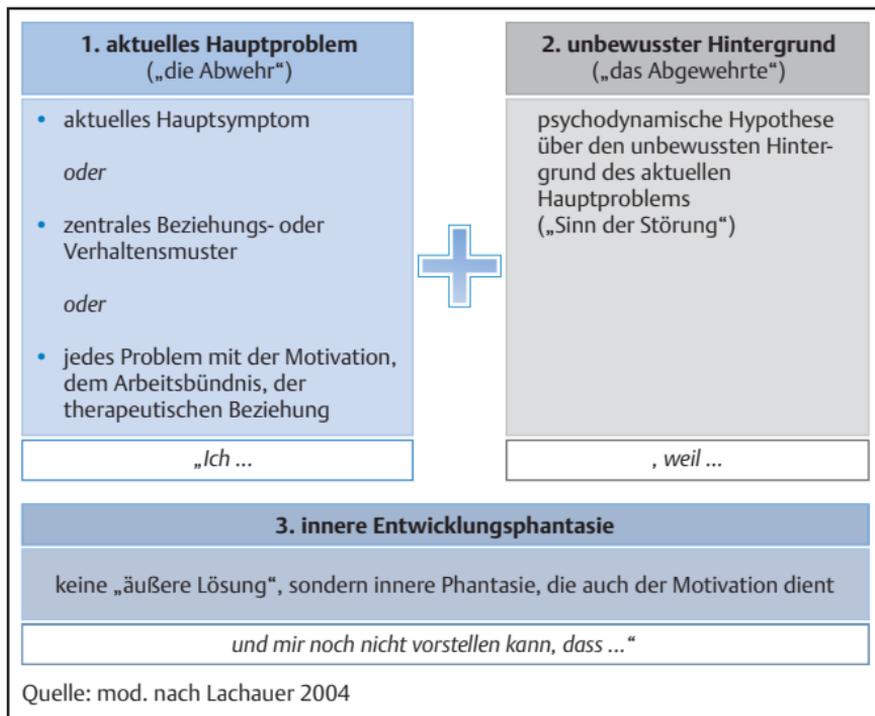
Behandlungsfokus

= ein Konfliktthema, das sich gleichzeitig in 3 Bereichen zeigt:

- in der psychosozialen Auslösesituation der aktuellen Symptomatik,
- in der Szene im Hier und Jetzt (→ Übertragung) und
- in der Lebensgeschichte.



Fokalsatz nach R. Lachauer, 2004



Empfehlungen zum psychoanalytisch inspirierten Dialog nach G. Lyon, 2008

- **Verlangsamen:**
Verlangsamen ermöglicht Beobachtungen und Wahrnehmungen, die bei schnellerem Gesprächstempo verloren gehen. Verlangsamen können wir z. B. indem wir uns entschließen, etwas mehr Zeit vergehen zu lassen zwischen Zuhören und Reagieren.
- **Zuhören:**
Wenn wir verstehen wollen, bedarf es des Zuhörens ohne Vorbehalte. Dazu gehört auch, das Noch-Nicht-Verstehen auszuhalten und fürs Erste den Wunsch nach rascher Erklärung, Zuordnung, Beurteilung zurückzustellen.
- **Beobachten:**
Im Gespräch sich selbst, seinen inneren Prozess neutral (also nicht wertend), interessiert, wohlwollend wahrnehmen und dabei erkennen, wenn wir wieder einmal dazu neigen, alte Wege vorgefertigter Gedanken, Erklärungen, Bewertungen zu gehen.

- **Von Herzen sprechen:**
Hilfreich ist es, wenn wir nicht nur reden, um uns bemerkbar zu machen, sondern mitteilen, was uns bewegt, was uns wichtig ist, was uns nahe geht.
- **Offenheit:**
Offenheit kann entstehen, wenn wir bereit sind, uns von gewohnten Überzeugungen zu lösen, wenn wir uns sicher genug fühlen, unsere Annahmen und (Vor-)Urteile offenzulegen und auch woher unsere Bewertungen stammen.
- **Die Haltung eines Lernenden einnehmen:**
Dazu gehört, sich einzugestehen, dass wir nichts wirklich oder endgültig wissen.

Überblick und Vergleich psychoanalytisch begründeter Verfahren

	Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	Analytische Psychotherapie
Differenzialindikation	eingrenzbare störungsrelevantes psychodynamisches Feld	Notwendigkeit der Arbeit an Grundkonflikt und Persönlichkeitsstruktur
Zielsetzung	Verminderung bzw. Beseitigung der aktuellen psychosozialen Konflikte und der dadurch bedingten Störung	Umstrukturierung und Nachreifung der Persönlichkeit
Behandlungsstrategie	begrenzte Bearbeitung der in der Störung reaktualisierten Beziehungs-Repräsentanzen bzw. strukturellen Faktoren*	Bearbeitung der Dynamik der Persönlichkeit und der darin gebundenen Grundkonflikte
Frequenz	1 Wochenstunde	2 – 4 Wochenstunden
Gesamtdauer	50 (80, max. 100) Sitzungen	160 (240, max. 300) Sitzungen



		Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	Analytische Psychotherapie
bei Konflikt-Pathologie	Ausrichtung	problem- und entwicklungsorientiert	persönlichkeits- u. einsichtsorientiert
	Spezielle Behandlungsstrategie	Bearbeitung von reaktualisierten Abkömmlingen des Grundkonflikts v. a. in der Außen-Übertragung	Re-Inszenierung und Durcharbeitung der Grundkonflikte in einer expliziten Übertragungsneurose
	Setting	im Sitzen	im Liegen
	Behandlungsvereinbarung	Offenheit und Vertraulichkeit	psychoanalytische Grundregel (freie Assoziation und gleichschwebende Aufmerksamkeit)
	Therapeutische Haltung	technische Neutralität und selektive Abstinenz (persönlich und aktiv)	technische Neutralität und Abstinenz
	Interventionen	neben dem (Inhalts-)Deuten**, auch Klären, Konfrontieren, Anleiten, Beraten, Stützen, Ermutigen...	Aktual- und v. a. genetische (Binnen-Übertragungs-)Deutungen
	Umgang mit Regression und Übertragung	Begrenzung (aber Beachtung)***	Förderung der nutzbaren Regression und Zentrierung auf Binnen-Übertragung und Widerstand



		Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	Analytische Psychotherapie
bei Struktur- (Trauma***-)Pathologie	Ausrichtung	struktur- und stabilisierungsorientiert	struktur- und erfahrungsorientiert
	Spezielle Behandlungsstrategie	Bewältigung von reaktualisierten Entwicklungsdefiziten und Bearbeitung ihrer Folgekonflikte → Restabilisierung der Selbst- und Beziehungsregulation	Bearbeitung struktureller Defizite und Spaltungsprozesse durch korrektive Beziehungserfahrungen → Nachreifung der Persönlichkeit
	Setting	im Sitzen	im Sitzen
	Behandlungsvereinbarung	stabile therapeutische Rahmenbedingungen, incl. Verhaltensvereinbarungen zum Umgang mit Suchtmitteln, selbstverletzendem Verhalten, Suizidalität o.ä.	stabile und verlässliche therapeutische Rahmenbedingungen und Grenzen
	Therapeutische Haltung	technische Neutralität und selektive Abstinenz (persönlich und aktiv)	technisch neutrale emotionale Präsenz → Objektverwendung
	Interventionen	strukturorientierte Interventionen, Übernahme von Hilfs-Ich-Funktionen, auch imaginative und Entspannungs-Techniken, Skills- und anderen Trainings, Paar-/Familiengespräche usw.	Deuten als Beziehungsprozess; entwicklungsfördernde Techniken (Holding und Containing); Übernahme von Hilfs-Ich-Funktionen
	Umgang mit Regression und Übertragung	Begrenzung und ggf. Reflexion von Regression und Übertragung	erfahrungsorientierte Handhabung der Übertragung; Begrenzung und Reflexion regressiver Selbstzustände
*	Beachtung der biographischen Dimension, aber nicht deren explizite Durcharbeitung – „Normalisierung des Vordergrundes in Kenntnis des Untergrundes“ (M. Ermann)		
**	Deutungen stets als Angebot oder Frage formulieren (→ Förderung von Autonomie und Begrenzung des Widerstands)		
***	Begrenzung bedeutet nicht Verhinderung der Übertragung – Begrenzung im Ansprechen (wenn dann v. a. im Hier und Jetzt), aber nicht im Sehen durch den Therapeuten. Auch stets Bearbeitung von störenden (negativen, erotisierenden oder idealisierenden) Übertragungen. „Milde“ positive Übertragungen sind aber ein wichtiges „Vehikel“ für das Lernen in der Therapie		
****	Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie unter zwingendem Einbezug traumaspezifischer Therapieelemente, z. B. stabilisierende Imaginationen, Traumaexpositionstechniken usw. (s. S. 52 ff.)		

Übertragungs-fokussierte Borderline-Therapie nach O. F. Kernberg, 1989 ff.

„Transference focused psychotherapy“ (TFP – s. auch Dulz et al. 2010)

→ Integration der gespaltenen und widersprüchlichen Selbst- und Objektrepräsentanzen und damit ein Zuwachs an Ich-Kapazität (Affektregulation, Impulskontrolle ...) sowie ein realistischeres Bild von sich selbst und anderen.

- **Behandlungsvertrag** zum Schutz vor destruktiven Handlungen gegen sich selbst, andere und die Behandlung
- akzeptierende, aber Distanz wahrende *therapeutische Haltung* mit direktiven Interventionen bei auto-/aggressiven Tendenzen
- **Analyse der Übertragungen in Binnen- und Außenbeziehungen im Hier und Jetzt:**
 1. Beschreibung der **Beziehung als Szene**, z. B. Ausdruck einer Objektbeziehung mit Täter-Opfer-Dynamik
 2. Beschreibung des ständigen **Wechsels der Übertragungsposition**, z. B. hin und her zwischen Täter- und Opferidentifikation
 3. **Integration der gespaltenen Selbst- und Objektrepräsentanzen**, also der „nur guten“ und „nur bösen“ Aspekte der Opfer- und der Täterrepräsentanz

Interaktionelle Psychotherapie nach A. Heigl-Evers und F. Heigl, 1973ff.

Grundannahme: Borderline-Patienten können (aufgrund des Mentalisierungsdefizits → gestörte Selbstreflexivität) von der Deutung ihrer zentralen Beziehungskonflikte nicht profitieren.

→ **Antwort, statt Deutung:** selektive Mitteilung des tatsächlichen Erlebens des Therapeuten (spürbare Präsenz, Objekt Konstanz)

→ **Übernahme von Hilfs-Ich-Funktionen:** Lernen durch Identifikation mit dem Therapeuten

Strukturbezogene Psychotherapie nach G. Rudolf, 2004

= Substitution und Bearbeitung struktureller Defizite, d. h. der eingeschränkten Verfügbarkeit von Funktionen zur **Selbst- und Beziehungsregulation**, bezogen auf die aktuelle Störung.

→ Fokus auf das „Wie“ (Struktur), anstelle des „Was“ (Konflikte) eines Patienten

Behandlungsstrategie/Haltung:

- Sich **hinter** den Patienten stellen (Empathie, Akzeptanz, Halt, Unterstützung, Hilfs-Ich)
 - Sich **neben** den Patienten stellen (gemeinsam beobachten, nachdenken) → Triade
 - Sich dem Patienten **gegenüberstellen** (spiegeln, antworten, sich abgrenzen, konfrontieren)
- Selbstwahrnehmung/-akzeptanz/-verantwortung

Mentalisierungsbasierte Psychotherapie nach A. W. Bateman und P. Fonagy, 2004

„Mentalisation-Based Treatment“ (MBT; zum Begriff s. S. 4)

= Verbesserung von Realitätswahrnehmung, Affekt-, Selbst-, Kommunikations- und Beziehungsregulation (→ strukturelle Fähigkeiten, s. S. 34) durch Förderung der Mentalisierungsfähigkeiten.

Therapeutisches Setting	Haltung und Interventionsstil
<ul style="list-style-type: none"> • klarer, sicherer, verlässlicher und transparenter therapeutischer Rahmen • Pluralität fördernde Methodik (Gruppe, Team, System) • Methodenpluralität (verbal, nonverbal, ühend, reflexiv) • reflektierendes Team • Versorgungsnetzwerk (ambulant und stationär) 	<ul style="list-style-type: none"> • nichtwissende Neugier („Prinzip Frage“) • Exploration (bewusstseinsnah, einfach) vor Einsicht (keine Deutungen) • Prozess (Beziehung, Affekte) vor Inhalt und Verhalten • selektive Authentizität („Prinzip Antwort“) • Unterbrechung und Wiederherstellung (klärend, konfrontierend, vertiefend)

Interpersonelle Psychotherapie (IPT) nach G. L. Klerman und M. M. Weissman, 1984

= manualisierte Kurzzeitpsychotherapie (12 – 20 Sitzungen), v. a. zur Depressionsbehandlung.

- Fokus auf zwischenmenschliche Beziehungen und deren Zusammenhang mit der Symptomatik, z. B. Verluste, Trauer, Konflikte, Rollenwechsel, Isolation
- Behandlung in Hier und Jetzt auf bewusster kognitiver Ebene

Katathym-imaginative Psychotherapie (KIP) nach H. Leuner, 1985

Imaginationen vermitteln in symbolischer Form Zugang zu unbewussten Konflikten, aktivieren die dazugehörigen Affekte und ermöglichen die Erprobung von Lösungen. Besonders geeignet für Patienten mit psychosomatischen Störungen (Symbolisierungsdefizit), kontraindiziert bei Psychosen.

4.4 Gruppenpsychotherapie

Gruppenpositionen nach R. Schindler, 1957

Position	Charakterisierung	Gefahr
Alpha	Repräsentant des gemeinsamen Gruppenbelanges, Führer, Sprecher, Initiator	vermehrte Selbstdarstellung, hohe Kränkbarkeit
Beta	Beobachter, Kritiker, Berater, Experte, Vermittler	geringes persönliches Einlassen
Gamma	nehmen aktiv am Gruppenprozess teil, Mitläufer, Helfer, Normenhüter	fehlende kritische Abgrenzung
Omega	schwacher Gegner der Gruppenakteure, Außenseiter, „Hofnarr, Sündenbock, schwarzes Schaf“	ängstlich-aggressiv, hemmt die Gruppe, fehlende Teilnahme am Lernprozess
Gegen-Alpha	offene Opposition gegen Alpha-Position	aggressive Impulse