

Einführung in die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie

Wolfgang Wöller

Rhein-Klinik Bad Honnef

Krankenhaus für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

www.rhein-klinik.de

www.wolfgang-woeller.de

Rhein-Klinik Bad Honnef

Krankenhaus für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie



Evangelisches Johanneswerk e.V.

Einrichtungen der Diakonie 

1

Historische Entwicklung der Behandlungstechnik in Psychoanalyse und Tiefenpsychologie

Historische Entwicklung der Behandlungstechnik

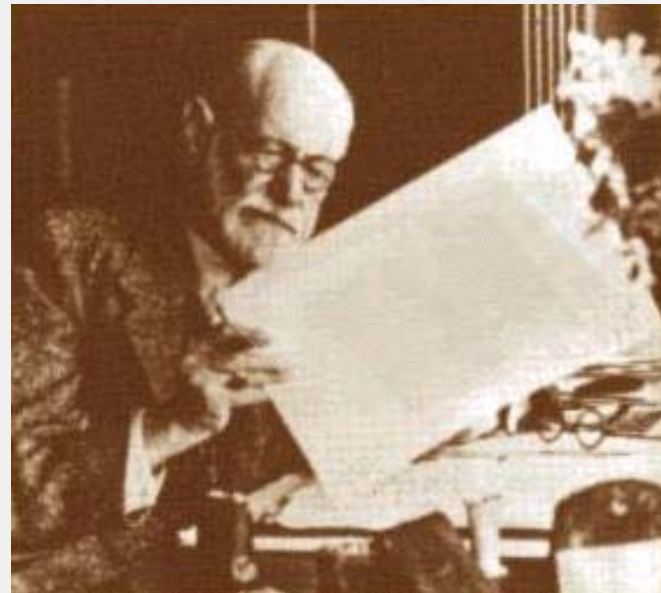
- Beginn der „tendenzlosen Psychoanalyse“
 - Technik der freien Assoziation, um unbewusste Konflikte zur Darstellung zu bringen
 - Traumdeutung als via regia zum Unbewussten
 - tägliche Sitzungen
 - Dauer: einige Monate



S. Freud auf dem Budapester Kongress 1918

- Nicht für alle Patienten die gleiche Technik
- Abmilderung der Abstinenzregel und höhere Aktivität des Analytikers
- Bei Phobien Notwendigkeit von VT-ähnlichen Vorgehensweisen
- „bei haltlosen und existenzunfähigen Patienten analytische Beeinflussung mit erzieherischer vereinigen“

- „Wir werden sehr wahrscheinlich genötigt sein, in der Massen-anwendung unserer Therapie das reine Gold der Analyse reichlich mit dem Kupfer der direkten Suggestion zu legieren“ (Freud 1919, GW XII, S. 194)



Modifikationsvorschläge

- Ferenczi u. Rank 1924: Votum gegen „wirkungslosen Deutungsfanatismus“
- Alexander u. French 1946: Betonung der „korrigierenden emotionalen Erfahrung“
- W. Stekel 1938: Votum für eine verkürzte Behandlungsdauer
- Frieda Fromm-Reichmann 1950: Votum für eine Ausweitung der Psychoanalyse auf bisher nicht für analysierbar gehaltene Patientengruppen

„Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie“

- Begriff wurde 1967 mit der Einführung der Richtlinien-Psychotherapie geprägt
- Oberbegriff für die psychodynamischen Behandlungsverfahren, die neben der »analytischen Psychotherapie« in die kassenärztliche Versorgung aufgenommen wurden
- ausschließlich im deutschen Sprachraum verwendet
- international eher »psychodynamische Psychotherapie«

„Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie“

- Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie (2005):
Oberbegriff »*Psychodynamischen Psychotherapie*« für
alle psychoanalytisch begründeten Verfahren
 - Psychoanalyse mit ihrer Persönlichkeits-,
Krankheits- und Behandlungstheorie als
gemeinsame theoretische Basis
 - „keine wissenschaftliche Grundlage für die
Unterscheidung zwischen TP und AP“ → *ein*
Verfahren

„Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie“

- Gleichwohl ist die Unterscheidung zwischen »tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie« (TP) und »analytischer Psychotherapie« (AP) fest in den Psychotherapie-Richtlinien verankert – bis hin zur Fassung vom 19. Februar 2009.
- »Analytisch orientierte Psychotherapie« häufig synonym für TP

Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie in den PT-Richtlinien

- „Die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie umfasst ätiologisch orientierte Therapieformen, mit welchen die unbewusste Psychodynamik *aktuell wirksamer neurotischer Konflikte und struktureller Störungen* unter Beachtung von Übertragung, Gegenübertragung und Widerstand behandelt werden.“ (Psychotherapie-Richtlinien 2009, § 14a, 1).

Gemeinsame Merkmale der TP-Verfahren (im Vergleich zum analytischen Standardverfahren)

- Zeitliche Begrenzung
- Begrenzte Therapieziele
- Geringere Sitzungsfrequenz
- Keine Förderung der Regression
- Keine Förderung einer Übertragungsneurose

Konzepte tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie

1.1 Dynamische Psychotherapie

1.2 Tiefenpsychol. fundierte Psychotherapie (Heigl-Evers & Heigl)

1.3 Interaktionelle Psychotherapie (Heigl-Evers & Heigl)

1.4 Strukturbezogene Psychotherapie (Rudolf)

2 Kurztherapien

3 Supportive Konzepte

1.1 Dynamische Psychotherapie

(Dührssen 1972)

- Dialogische Therapie
 - Materialgewinnung durch freien Einfall und durch stimulierende und klärende Fragen
- Flexible Arrangements hinsichtlich der Dichte der Behandlungsstunden
- nicht auf ein relativ hohes Maß an Ich-Stärke angewiesen

1.2 „Tiefenpsychol. fundierte Psychotherapie“ (Heigl-Evers und Heigl 1982)

- Begrenzung des Behandlungszieles
- vorwiegend konfliktzentriertes Vorgehen
- Einschränkung regressiver Prozesse
- Indikationsbereich: umschriebene Konfliktpathologien ohne schwere Einschränkung der Ich-Funktionen
- zentrale Bedeutung der Affekte

1.3 Interaktionelle Psychotherapie

(Heigl-Evers und Heigl 1973)

- Indikationsbereich: schwere psychosomatische Störungen, Suchtkrankheiten, präpsychotischen, Borderline- und narzisstischen Persönlichkeitsstrukturen
- Prinzip „Antwort“ (statt Deutung): Selektiv-authentische Verbalisierung von Gegenübertragungsgefühlen
- „Mütterliche“ Haltung
- Interpersonelles Lernen zur Nachentwicklung defizitär ausgebildeter Ich-Funktionen
- Betonung bewusster und interpersoneller Konflikte

1.4 – Strukturbezogene Psychotherapie (Rudolf 2004)

- Indikationsbereich: Patienten mit eingeschränkt verfügbaren strukturellen Funktionen oder Ich-Funktionen: bei schweren Persönlichkeitsstörungen, Essstörungen oder somatoformen Störungen.
- Therapeut und Patient bemühen sich gemeinsam, realitätsgerecht wahrzunehmen, das emotionale Erleben nachzuvollziehen und ein verantwortliches Handeln zu ermöglichen.
- Fokussierung maladaptiver Verhaltensmuster
- Abgrenzung von konfliktorientierter Interventionstechnik

2 - Kurz- und Fokalthérapien

- Konfrontativ-deutender Akzent
 - fokale Psychotherapie (Balint et al. 1973)
 - „Intensive Kurztherapie“ (Malan 1972, Mann 1978)
 - „Short-term Anxiety-provoking Psychotherapy“ (Sifneos 1987)
- Interpersonell orientiert
 - „Time-limited Dynamic Psychotherapy“ (Strupp & Binder 1991)

3 - Supportive Behandlungsansätze

- Supportive Psychotherapy (Rockland 1989)
 - Patienten mit ausgeprägter Ich-Schwäche
 - Patienten mit Motivationsproblemen
 - Patienten ohne Psychogenese-Einsicht
- Supportive Psychotherapie (Freyberger et al. 1996)
 - bes. bei psychosomatischen, insbes. alexithymen und „unmotivierten“ Patienten

Sonderformen der TP in den PT-Richtlinien

- Kurztherapie
- Fokaltherapie
- Dynamische Psychotherapie
- „Niederfrequente Therapie in einer längerfristigen, Halt gewährenden therapeutischen Beziehung“
(Psychotherapie-Richtlinien 2009)

Eigene konzeptuelle Vorstellungen

- Berücksichtigung der Versorgungsrealität
 - schwere Persönlichkeitsstörungen
 - Traumafolgeerkrankungen
 - psychosomatische Störungsbildern
 - körperlich kranke Patienten
- Ressourcenorientierung
- Einbezug neurobiologischer Befunde
- Ausweitung der Interventionsformen: Einbezug von Interventionen anderer Therapieschulen

Analytische PT vs. Tiefenpsychol fund. PT

	AP	TP
Behandlungsdauer Sitzungen	160 – 300	50 – 100
Sitzungsfrequenz	2 – 4	1
Setting	meist im Liegen	im Sitzen

Analytische PT vs. Tiefenpsychol fund. PT

	AP	TP
Zeitliche Begrenzung	offener	begrenzter
Fokussierung	-	+
Ziel	Umstrukturierung der Persönlichkeit	Symptomreduktion, Verhaltensmodifikation
Vorgehen	Rekonstruktion der frühen Genese	Erarbeitung der Zusammenhänge zwischen Symptomatik, aktueller auslösender Situation und aktuellen Beziehungen

Aufgabe der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie bei Konfliktpathologien



2

Störungs- und Therapiemodelle in der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie

Theoretische Ansätze der Psychoanalyse

- Psa Modelle:
 - Triebpsychologische Ansätze (Freud, Abraham, Rank, Fenichel, Ferenczi)
 - Ich-psychologische Konzepte (Hartmann, Rapaport, A. Freud)
 - Objektbeziehungstheoretische Ansätze (Fairbairn, Guntrip, Jacobson, Winnicott, Mahler, Kernberg).
 - Selbstpsychologische Ansätze (Kohut)
- Vor- und nachanalytisches Trauma-Modell (Janet)

Das Paradigma des unbewussten Konflikts

(S. Freud)

- Ursprünglich auf der Grundlage des von S. Freud formulierten Triebkonzeptes entwickelt
- Triebe/Wünsche/Impulse sind repräsentiert, werden aber wegen ihrer Unverträglichkeit mit den Ansprüchen des „Über-Ich“ abgewehrt, z.B. ins Unbewusste verdrängt
- → nützlich vor allem für das klinische Verständnis von Konfliktpathologien

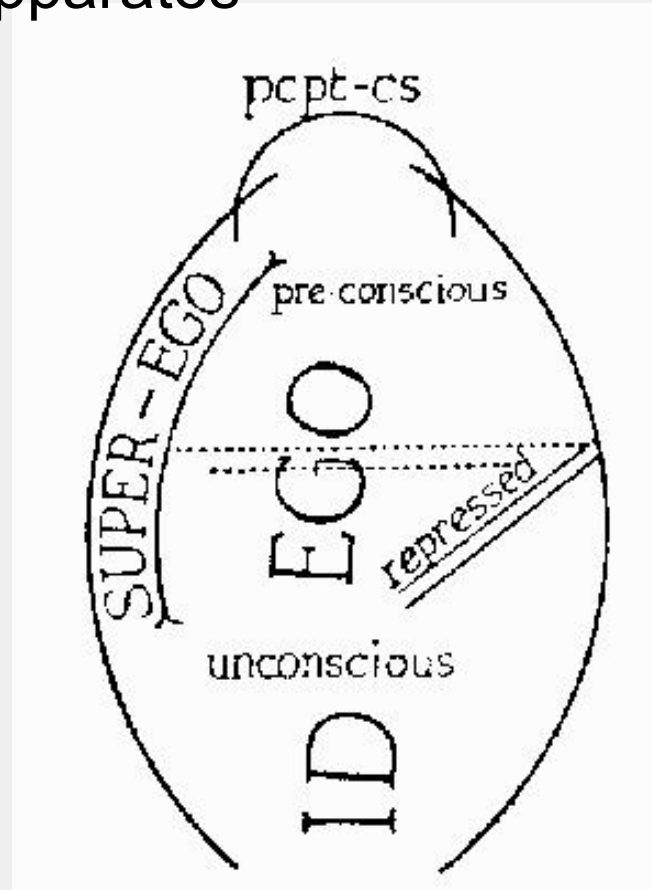
Modelle als Orientierungshilfen

- anschauliche Gebilde
- können Heuristiken und Forschungshypothesen liefern
- verknüpfen Beobachtungen, Hypothesen und Theorieelemente
- können sich als brauchbar und handlungsleitend erweisen

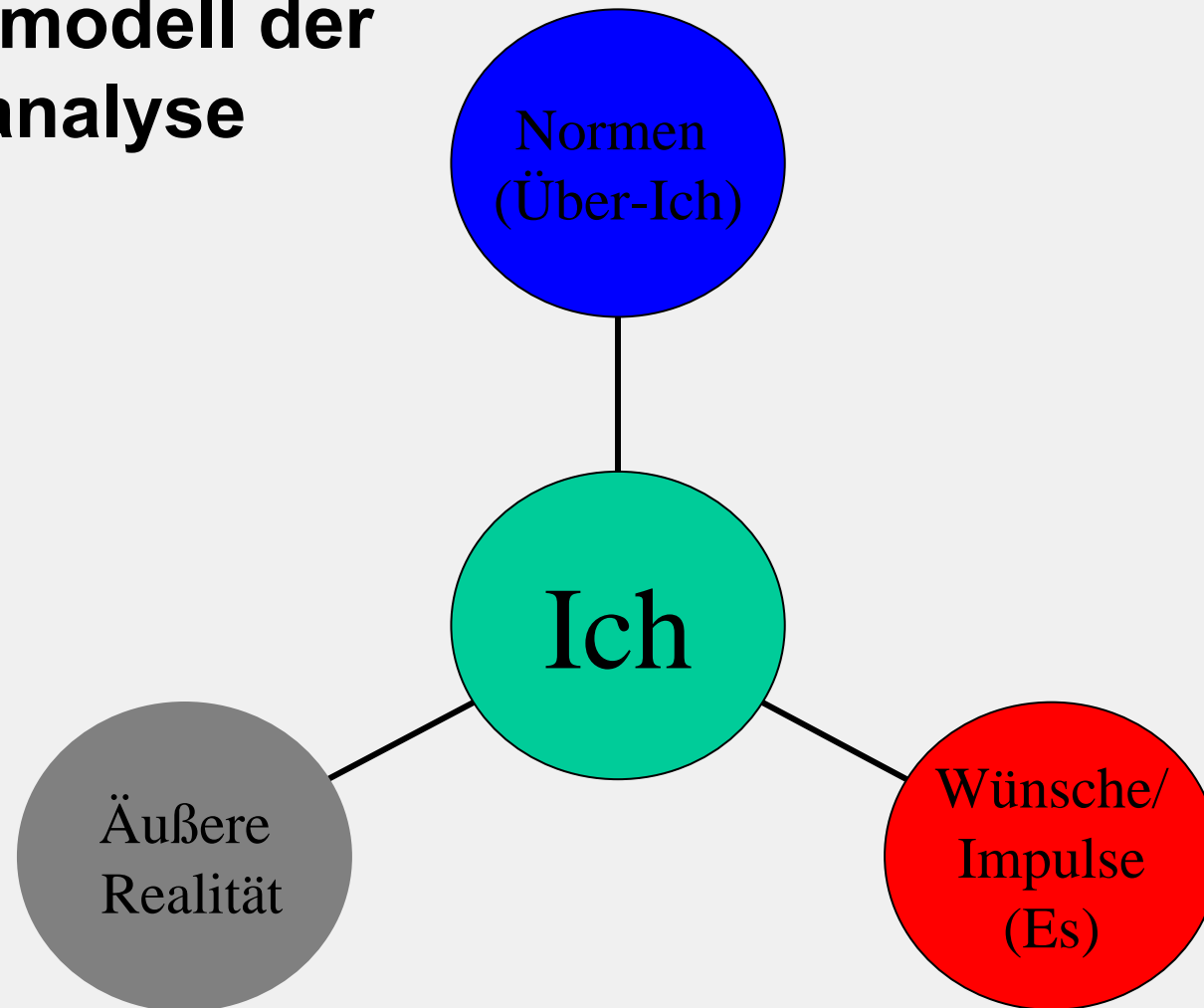
Modelle als Orientierungshilfen

- Psychodynamische Modellvorstellungen
- Bindungstheoretische und neurobiologische Modellvorstellungen

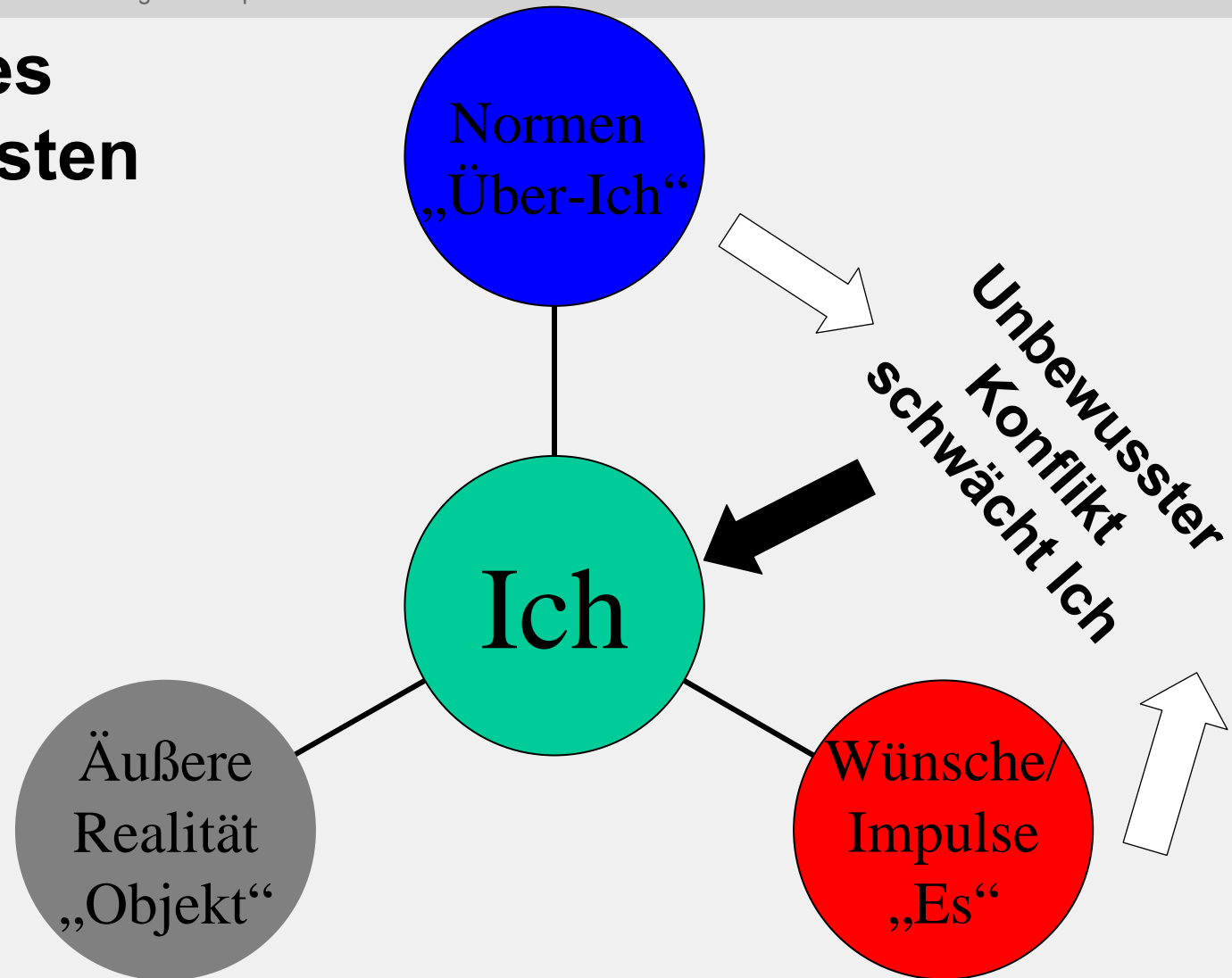
S. Freud (1924): Das Ich und das Es: Modell des psychischen Apparates



Strukturmodell der Psychoanalyse



Modell des unbewussten Konflikts



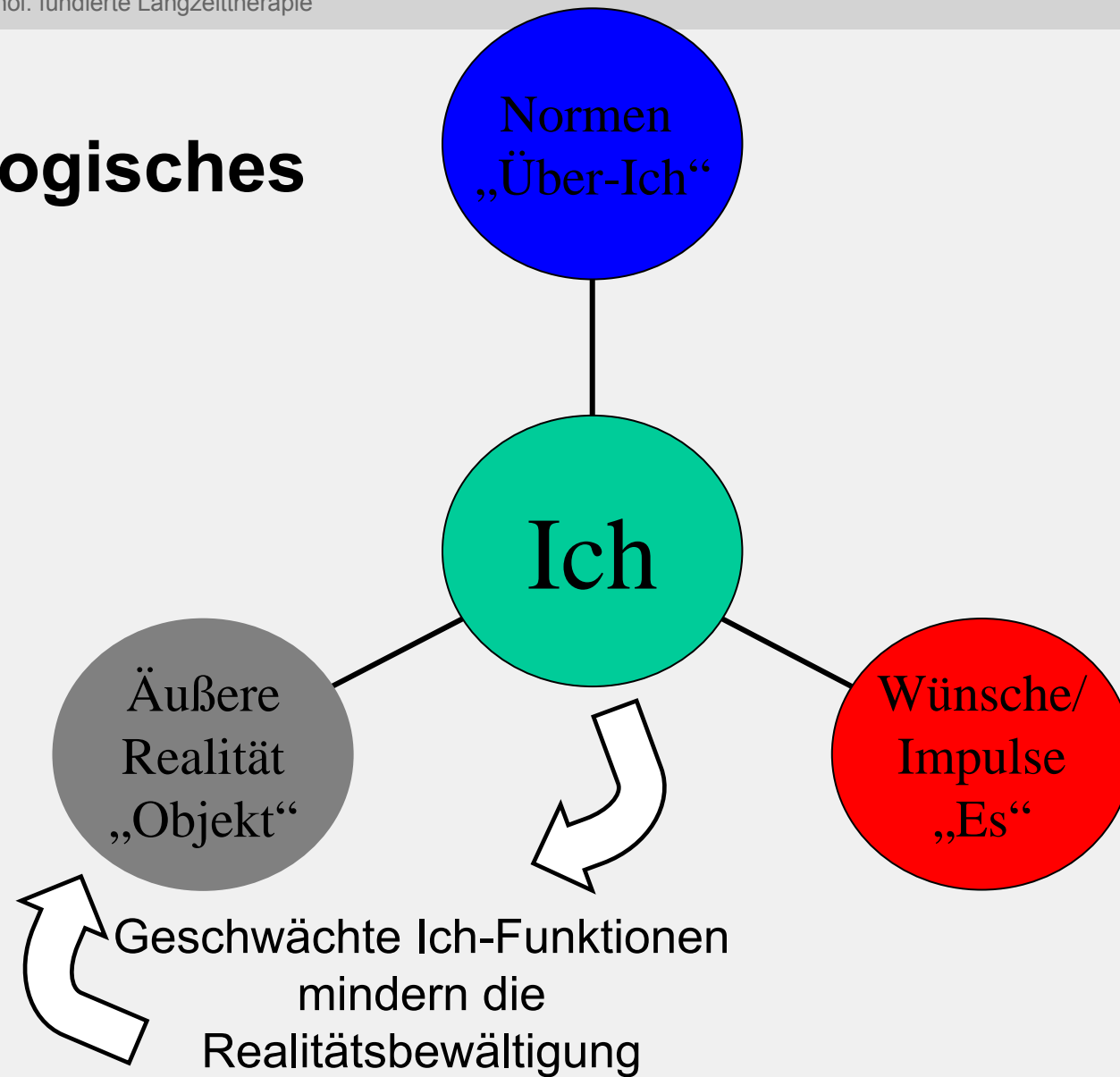
Das Paradigma der Ich-Psychologie

(A. Freud 1939, Hartmann 1950, Blank u. Blank 1978)

erlaubt eine systematische Erfassung von Ich-Funktionsdefiziten und eine therapeutische Arbeit mit dem Ziel der Nachentwicklung defizitärer Ich-Funktionen.

Ein Patient war nicht in der Lage, Kränkungsaffekte als solche wahrzunehmen und geriet aus diesem Grunde in suizidale Krisen, ohne zu verstehen warum.

Ich- Psychologisches Modell

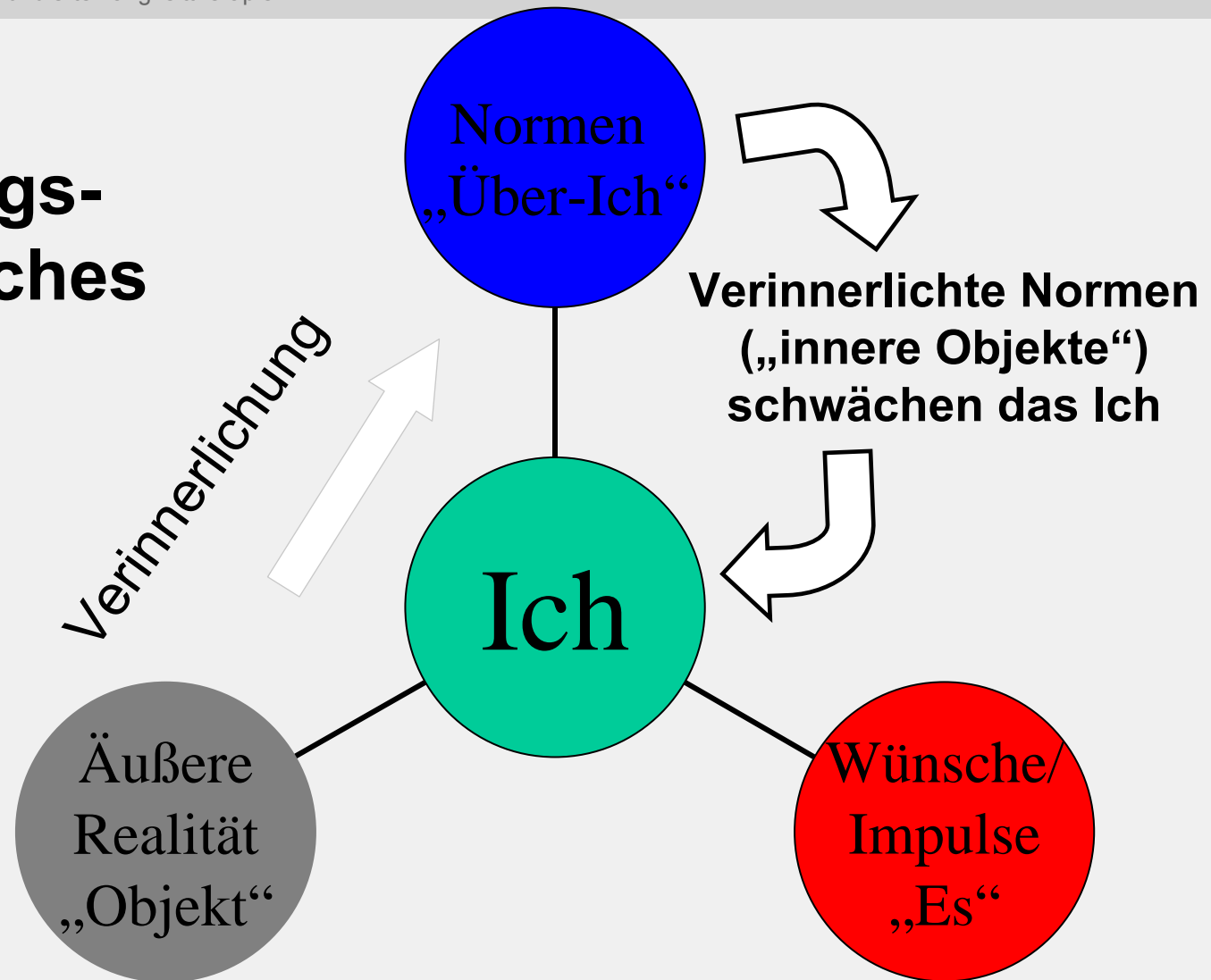


Das Paradigma der Objektbeziehungstheorie

(Fairbairn 1952, Winnicott 1974, Jacobson 1972, Kernberg 1978)

- alle seelischen Strukturen sind ein Niederschlag früherer Objekterfahrungen
- „verinnerlichte Objektbeziehungen“ als Grundlage für alle späteren Beziehungsgestaltungen werden
- nützlich zum Verständnis der Über-Ich-Problematik und der Übertragungs- und Gegenübertragungsphänomene bei Entwicklungspathologien

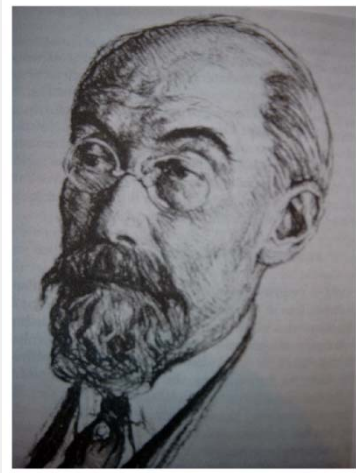
Objekt- beziehungs- theoretisches Modell



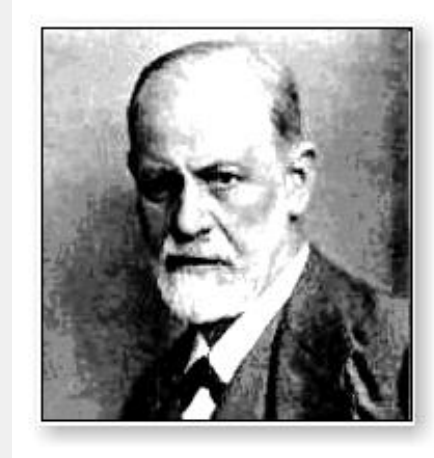
Das Trauma-Paradigma (P. Janet)

- Traumatisierungen überfordern die Verarbeitungsfähigkeit des Ich
- Erinnerungsfragmente werden nicht symbolisiert, sondern abgespalten (dissoziiert)

- → nützlich vor allem für das klinische Verständnis von Traumapathologien

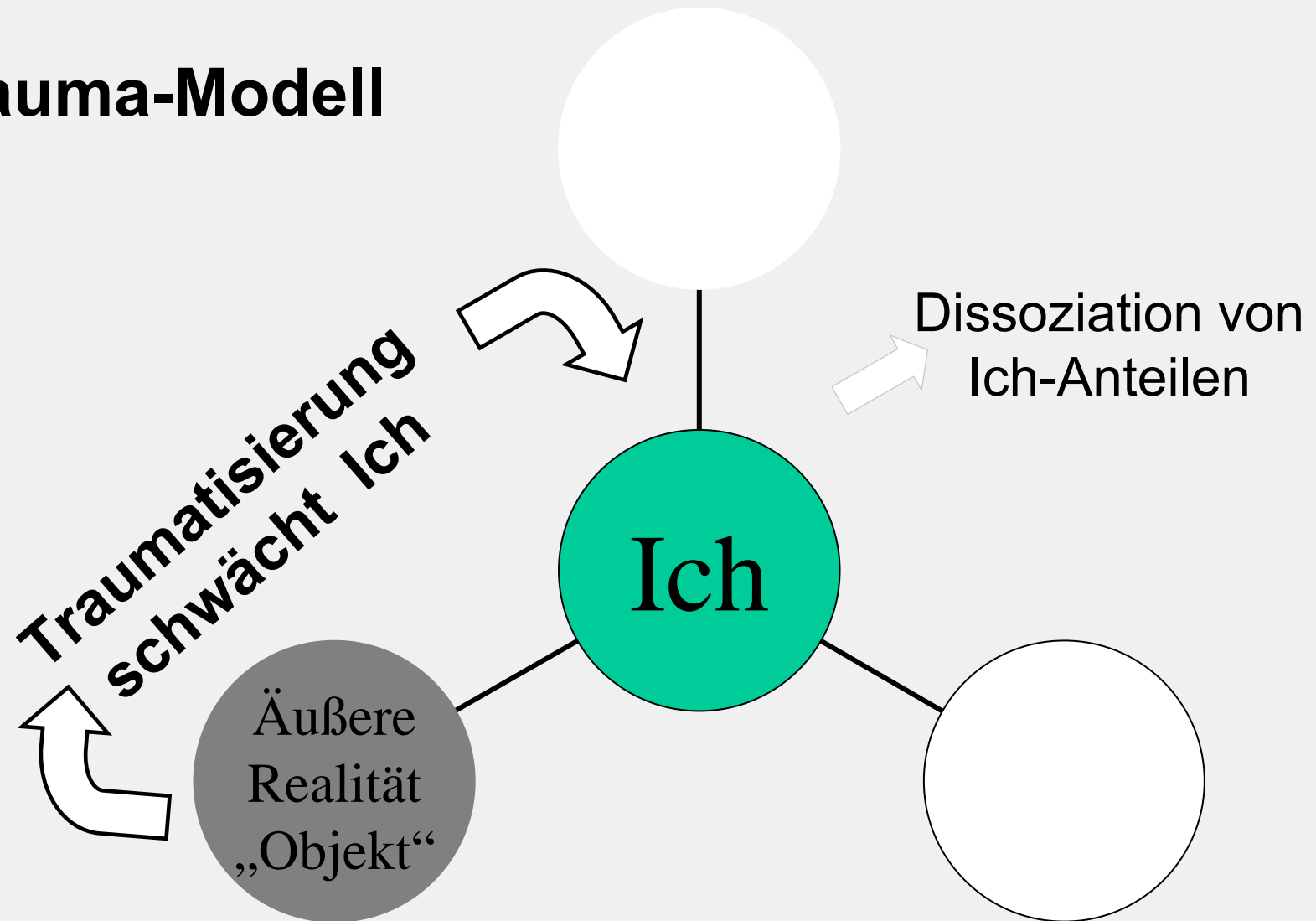


- Pierre Janet
-
- Psychische Traumatisierung als Ursache der Hysterie
 - Dissoziation als Hauptabwehr

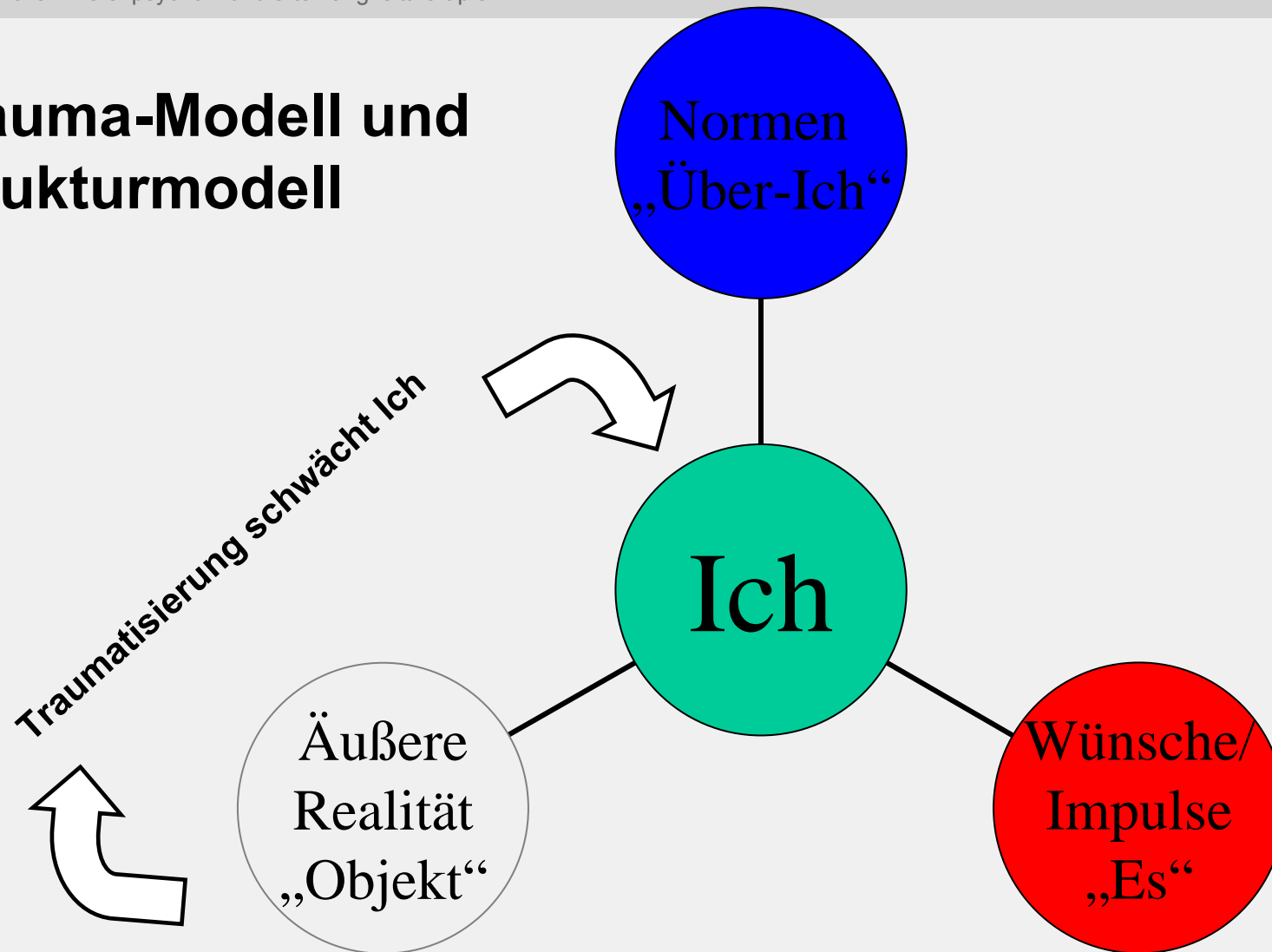


- S. Freud:
-
- Unbewusster Konflikt als Ursache der Hysterie
 - Verdrängung als Hauptabwehr

Trauma-Modell



Trauma-Modell und Strukturmodell



Störungs-Modelle

Modell des unbewussten Konfliktes
(Konfliktmodell)

Modell des ich-strukturellen Defizits
(Strukturmodell: Ich-psychologisches und
objektbeziehungstheoretisches Modell)

Modell der traumatischen Informationsverarbeitung
(Traumamodell)

Therapie-Modelle

Therapiemodell „Bewusstmachung unbewusster Konflikte“

Therapiemodell „Nachentwicklung von Ich-Funktionen“

Therapiemodell „Traumasynthese durch Traumakonfrontation“

Konfliktmodell

- Psychodynamische Konflikte sind unbewusste intrapsychische Konflikte
- Im Patienten geraten verschiedene Motive, Wünsche, Affekte, Normen etc. in einen nicht lösbaren Konflikt
- Es entstehen unangenehme Gefühle wie Angst, Scham, Wut etc., die abgewehrt werden
- Folge der Abwehr ist das neurotische Symptom

Strukturmodell

- Eingeschränkte Fähigkeit der Regulierung des eigenen Selbstsystems und der interpersonellen Beziehungen bestimmen die Symptomatik
 - Ich-Funktionen
 - Objektbeziehungen
 - äußere frühere und aktuelle Objektbeziehungen
 - verinnerlichte Objektbeziehungen: Normen, Gebote, Verbote

Strukturmodell

Struktur

- Verfügbarkeit über „Ich-Funktionen“, d.h. psychische Funktionen, die für die Organisation des Selbst und der Beziehungen notwendig sind.
- „Wie funktioniert seine Persönlichkeit in bestimmten Situationen?“

Strukturelle Störung

- Mangelnde Verfügbarkeit von „Ich-Funktionen“

Traumamodell

- In der traumatischen Situation erfolgt eine emotionale Überflutung und kognitive Verwirrung.
- Die traumatische Erfahrung bleibt abgespalten und unintegriert.
- Geringe Anlässe können das traumatische Erleben triggern.
- Symptome: PTSD (Flashbacks, Hyperarousal, Vermeidungs-verhalten, emotionale Taubheit etc.), dissoziative Symptome)

3

Diagnostik in der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie

Initiale und adaptive Diagnostik

- umfassende initiale Diagnostik zur Festlegung der Behandlungsstrategie
- Erfassung der Symptomatik in ihrer subjektiven Bedeutung und ihren Auswirkungen
- Identifikation der symptomauslösenden Situation
- biografische Anamnese
- Erfassung der zentralen Beziehungsgestaltung/Objektbeziehungen

Initiale und adaptive Diagnostik

- Einschätzung des Strukturniveaus, der Konflikte und der Abwehrorganisation
- Formulierung der Psychodynamik
 - Hypothesencharakter aller Einschätzungen beachten
 - fortgesetzte adaptive Überprüfung der initialen Einschätzung im Therapieprozess

Diagnostik im Bereich Psychosomatik/Psychotherapie



Klassifikation:

- Zuordnung zu einer Diagnoseklasse

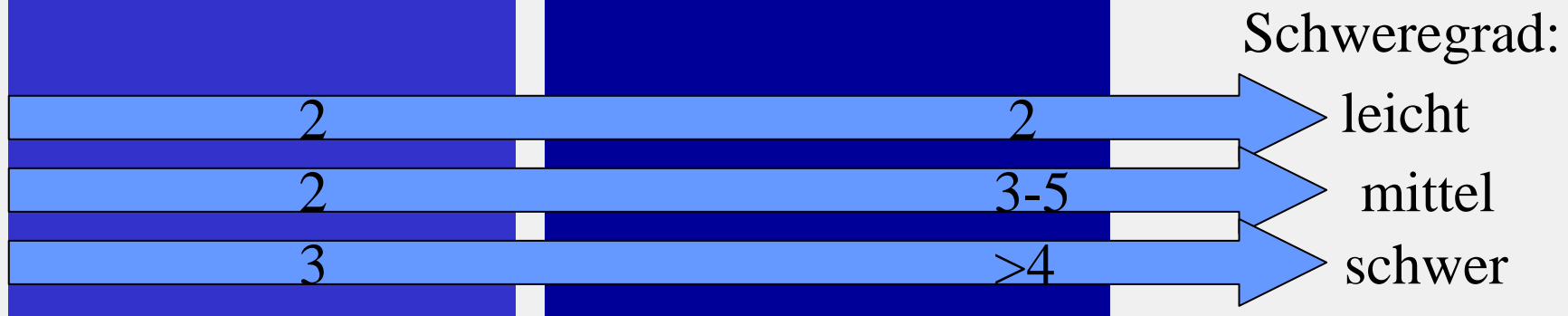
Kriterien der depressiven Episode (ICD-10)

Hauptsymptome

- depressive Stimmung
- Verlust von Interesse/Freude
- Antriebsminderung

Zusatzsymptome

- Konzentrationsstörung
- vermindertes Selbstwertgefühl
- Schuldgefühle
- Pessimistische Zukunftsperspektive
- Suizidalität
- Schlafstörungen
- Appetitveränderungen



Diagnostik im Bereich Psychosomatik/Psychotherapie



Klassifikation:

- Zuordnung zu einer Diagnoseklasse

ICD-10 Diagnose
DSM-IV

Diagnostik im Bereich Psychosomatik/Psychotherapie

Individuelles Verstehen:

- Verstehen der Lebenszusammenhänge eines Individuums



Diagnostik im Bereich Psychosomatik/Psychotherapie

Klassifikation:

- Zuordnung zu einer Diagnoseklasse
- Hervorheben des Allgemeinen

Deskriptive Diagnose
(ICD-10, DSM-IV)

Individuelles Verstehen:

- Verstehen der Lebenszusammenhänge eines Individuums
- Individuelle Sinnzusammenhänge ermitteln
- Besonderheiten des Einzelfalles im Zenrum

Psychodynamische Diagnose

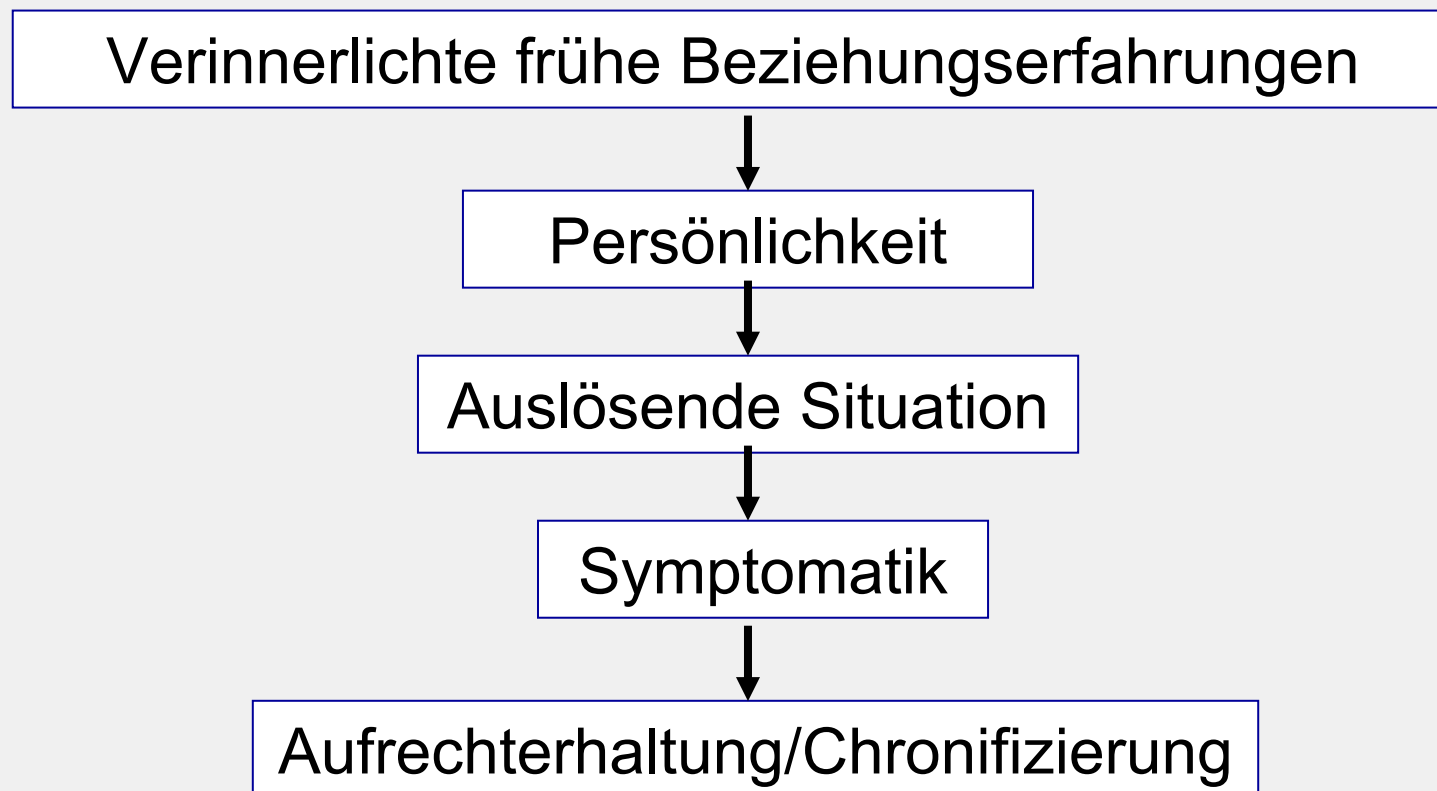
Verfahren der initialen Diagnostik

- Psychoanalytisches Erstinterview (Argelander 1970)
- Biographische Anamnese (Dührssen 1986)
- Strukturelles Interview (Kernberg 1988)
- Operationalisierte Psychodynamische Diagnose (Arbeitskreis OPD, 2006)
- Anamnese in der Psychosomatischen Medizin (Adler 2003)

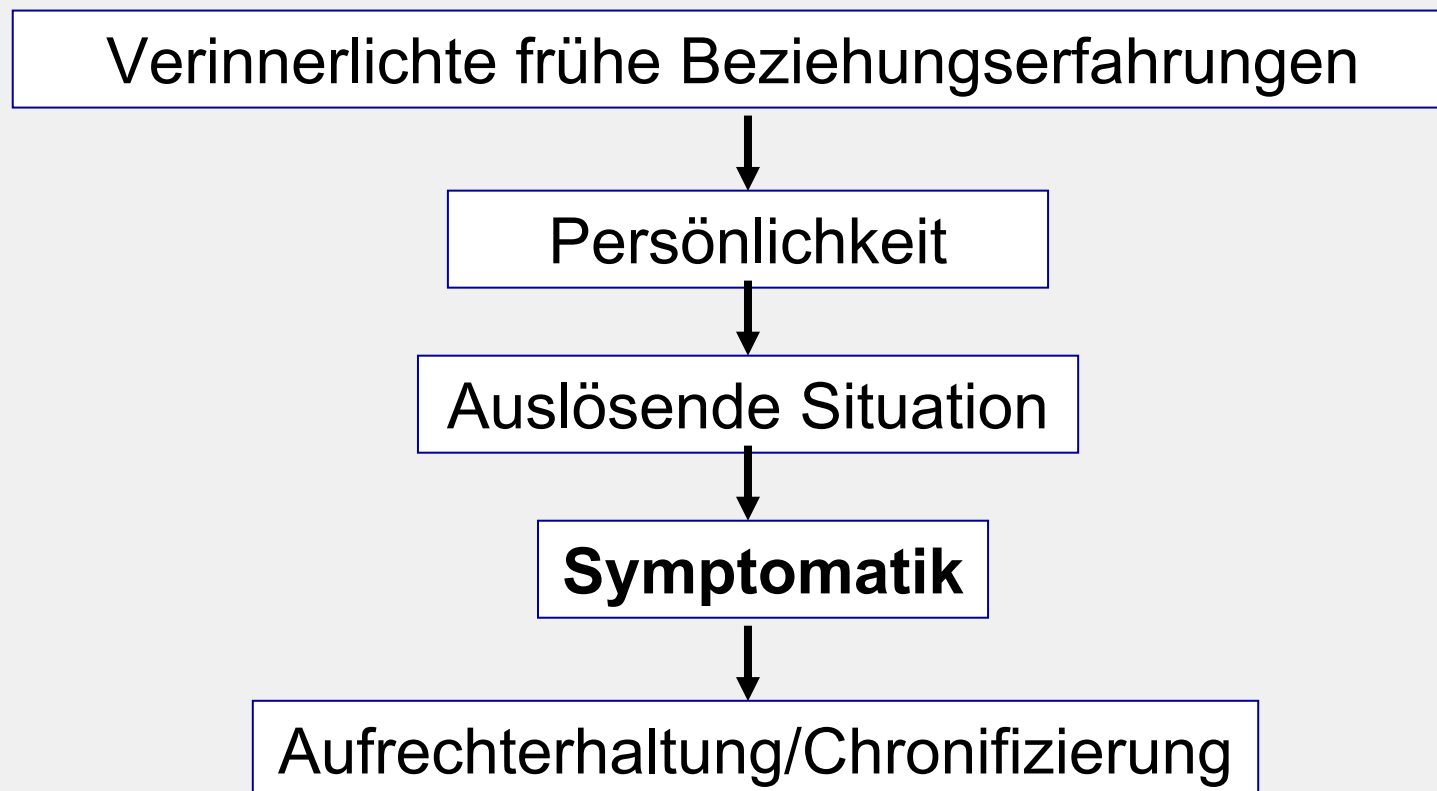
Ziele der psychodynamischen Diagnostik

- **Symptomatik als Ausdruck von**
 - lebensgeschichtlich gewachsenen Konflikten,
 - persönlichkeitsstrukturellen Besonderheiten oder
 - akuter Belastungssituationen verstehen
- **Bild von der Persönlichkeit entwickeln**
 - Bild von den verinnerlichten Beziehungen
 - Bild von der Persönlichkeitstruktur: Selbstwahrnehmung, Selbststeuerung, Abwehr, Objektwahrnehmung, Kommunikation, Bindung
- **Differentielle Indikationsstellung** zu unterschiedlichen psychotherapeutischen Verfahren stellen
- **Prognose abschätzen**

Psychodynamisch-diagnostisches Grundmodell



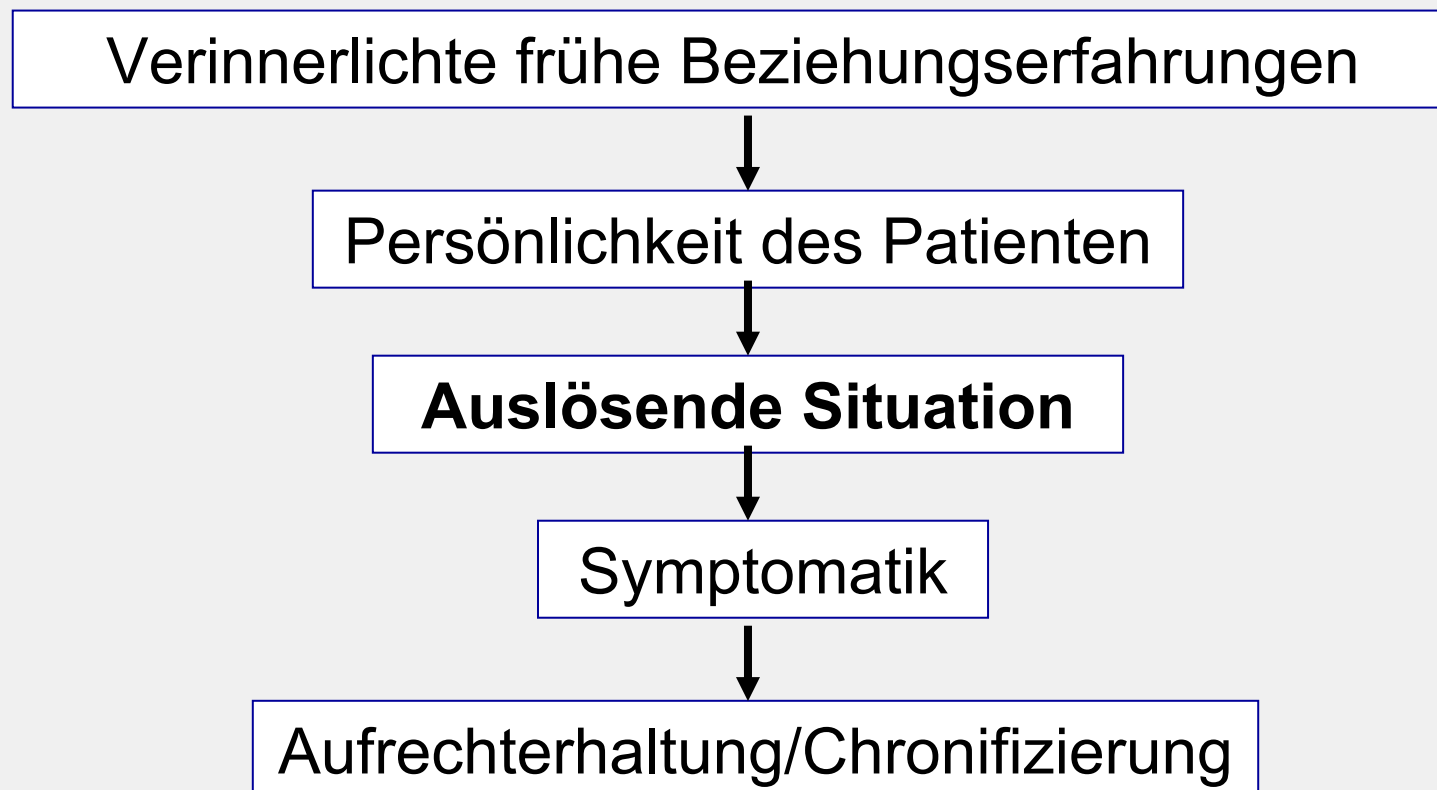
Psychodynamisch-diagnostisches Grundmodell



Symptomatik

- Viele Patienten können ihre Not nur über Symptome äußern.
- Beschwerden ernst nehmen und sich für sie interessieren.
 - Welche Beschwerden? Seit wann? Wann stärker, wann besser?
 - Auswirkungen auf den Lebensalltag prüfen.
- Bisherige Bewältigungs- und Behandlungsversuche des Patienten klären.
 - Wie sind sie bisher damit fertig geworden? Was hat ihnen geholfen?
- Aufrechterhaltende Faktoren

Psychodynamisch-diagnostisches Grundmodell



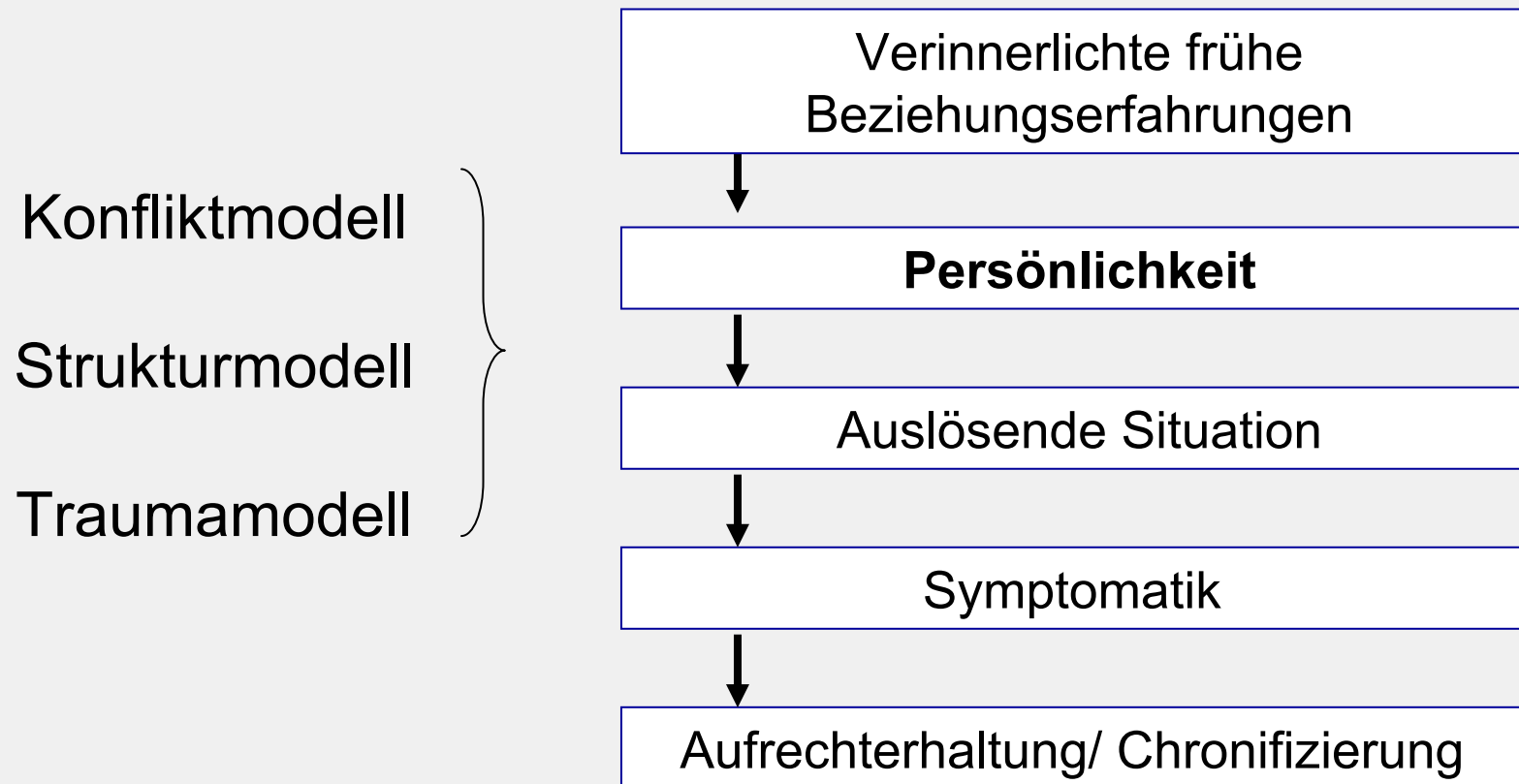
Auslösende Situation

- **Konfliktpathologie:**
 - Lebenssituationen in denen unbewusste Konflikte aktualisiert werden („Schwellensituationen“)
- **Strukturpathologie:**
 - Strukturbedrohende Verluste, Angriffe, Kränkungen/Beschämungen, Übergriffe
 - Selbst-Objekt-Grenzen bedroht
 - Emotionale Überflutung als Bedrohung der Selbstkohärenz
- **Traumapathologie:**
 - Reize, die traumatische Erinnerungen aktivieren

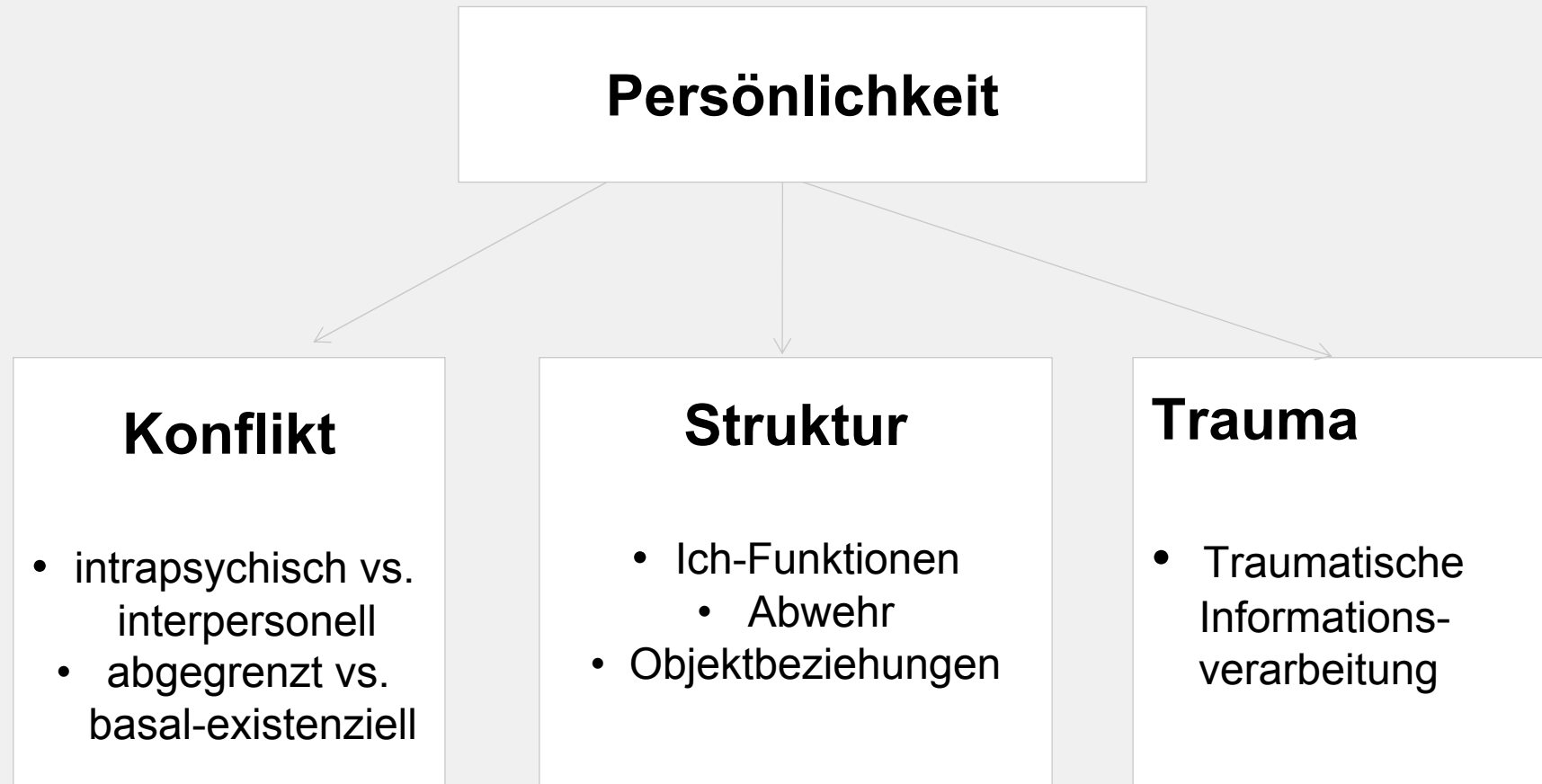
Exploration der auslösenden Situation

- In welcher Lebenssituation begannen die Beschwerden?
- Hatte sich etwas in ihrem Leben verändert oder ereignet mit dem sie fertig werden mussten?
- Wie haben Sie vor dem Beginn der Beschwerden gelebt?
- Auf welche Lebensbereiche wirken sich die Beschwerden besonders aus? Was hat sich verändert?
- In welcher Situation waren die Beschwerden in letzter Zeit besonders stark / besonders gering?

Psychodynamisch-diagnostisches Grundmodell



Psychodynamische Persönlichkeitsdiagnostik



Wie diagnostiziere ich die Konfliktdimension?

- Gibt es eine überdauernde Konfliktfelder als Lebensthemen?
- Überwiegend intrapsychische oder interpersonelle Konflikte?
- Art der konflikthaften Lebensthemen
 - abgegrenzte konflikthafte Lebensthemen, z.B. Individuation – Abhängigkeit, Autoritätskonflikte usw.
 - basal-existentielle Konfliktbereiche (Versorgung, Existenz, Selbstwert?)

Konfliktdimension

Konflikt- pathologie	Struktur- pathologie	Trauma- pathologie
Keine basal-existentiellen Konfliktbereiche	Basal-existentiellen Konfliktbereiche	Keine basal-existentiellen Konfliktbereiche
Abgegrenzte überdauernde Lebensthemen	Weniger abgegrenzte überdauernde Lebensthemen	Keine überdauernden konflikthaften Lebensthemen

Wie diagnostiziere ich die Struktur ?

- Erfragen von Fähigkeiten und Defiziten
- Schilderung des Patienten über aktuelle Beziehungen
- Schilderungen des Patienten über frühe Beziehungen
- Direkte Beobachtung in der Therapeut-Patient-Beziehung
 - Ich-Funktionseinschränkungen?
 - Qualität der Objektbeziehungen?
 - Gegenübertragung/Übertragung

Strukturdimension

	Konflikt- pathologie	Struktur- pathologie	Trauma- pathologie
Ich-Funktionen	Keine relevanten Ich-Funktionsdefizite	Relevanten Ich-Funktionsdefizite	Keine relevanten Ich-Funktionsdefizite
Abwehr	Reife d.h. nicht realitätsverzerrende Abwehrmechanismen	Unreife, d.h. realitätsverzerrende Abwehrmechanismen (z.B. Projektion, Spaltung, Entwertung)	Reife d.h. nicht realitätsverzerrende Abwehrmechanismen
Objektbeziehungen	Reife Ganzobjektbeziehungen, keine ausbeuterischen oder (selbst-)schädigenden Muster	Unreife Teilobjektbeziehungen, (selbst-) ausbeuterische bzw. selbstschädigende Muster	Reife Ganzobjektbeziehungen, keine ausbeuterischen oder (selbst-)schädigenden Muster

Wie diagnostiziere ich die Struktur ?

- Erfragen von Fähigkeiten und Defiziten
- Schilderung des Patienten über aktuelle Beziehungen
- Schilderungen des Patienten über frühe Beziehungen
- Direkte Beobachtung in der Therapeut-Patient-Beziehung
 - Ich-Funktionseinschränkungen?
 - Qualität der Objektbeziehungen?
 - Gegenübertragung/Übertragung

Wie diagnostiziere ich die Struktur ?

Halbstrukturierte Befragung (OPD II):

Selbstwahrnehmung:

- Können Sie sich einmal so beschreiben, dass ich mir vorstellen kann, was für ein Mensch sie sind?
- Kommt es manchmal vor, dass sie gar nicht genau wissen, wie sie sich fühlen?
- Wie fühlen sie sich in dieser Situation?

Selbststeuerung:

- Wie geht es ihnen wenn sie unter Druck geraten?
- Kennen Sie Situationen, in denen sie mit heftigen Gefühlen zu kämpfen hatten?
- Wie gehen Sie damit um, wenn Sie jemand gekränkt hat ?

Trauma-Dimension

	Konflikt- pathologie	Struktur- pathologie	Trauma- pathologie
Traumatische Informations- verarbeitung	nein	nein	ja

Fallbeispiel: Konfliktpathologie

- Ein 25-jähriger Student der Betriebswirtschaftslehre, Herr S., wendet sich an eine Beratungsstelle und berichtet, dass er seit einigen Monaten unter erheblichen Lernstörungen leide. Er wolle sich auf sein Abschlussexamen vorbereiten, könne aber vor Unruhe kaum am Schreibtisch sitzen. Die Unruhe macht ein konzentriertes Arbeiten unmöglich. Er habe sich ein sehr ausgefallenes Ritual zurechtgelegt, um zumindest stundenweise am Schreibtisch arbeiten zu können. Zunehmend spüre er jedoch, dass er auch in diesen Stunden nicht effektiv lerne.
- Herr S. berichtet, dass seine Eltern sehr besorgt seien und sich mehrmals in der Woche telefonisch erkundigten, ob er gute Lernfortschritte mache.

- Zu seiner biografischen Entwicklung berichtet er u. a., dass sein Vater ein sehr erfolgreicher Geschäftsmann sei, der sich immer gewünscht habe, dass sein Sohn ein Betriebswirtschaftsstudium absolviere, um in seine Fußstapfen zu treten. Das Familienleben habe sich immer nach dem Terminkalender des Vaters gerichtet. Die Mutter sei auch heute noch sehr fürsorglich.
- Er selbst sei ein sehr ausgeglichener, ruhiger Mensch, der in Konflikten die Rolle eines Vermittlers einnehme. Er sei sehr leistungsorientiert, sei begeisterter Sportler und habe in der Schule und zu Beginn des Studiums fast immer gute Noten erhalten. Daher verunsichere es ihn umso mehr, dass er nun in eine solche Krise geraten sei. Er habe deswegen Schuldgefühle, schäme sich und habe Angst zu versagen. Es fiel dem Interviewer auf, dass der sehr zuvorkommende Patient sich gegenüber seinem Vater zwar kritisch äußerte, dieses jedoch in einer sehr distanzierten Form tat, wobei die beteiligten Affekte vom Untersucher nicht wahrzunehmen waren.
- Im Gespräch war er sehr bemüht, sich dem Interviewer anzupassen, gleichzeitig machte er es dem Untersucher auch schwer, indem er sehr zögerlich, umschweifend und verhalten sprach.

Fallbeispiel zur Konfliktpathologie

Überdauernde Konflikt- bereitschaft	Strukturmerkmale		Traumatische Informations- verarbeitung?
Unterwerfung vs. Rebellion gegenüber Vaterfiguren als konflikthafte Lebensthema	Ich- Funktionen	Keine relevanten Ich-Funktionsdefizite, lediglich verminderte Fähigkeit des aggressiven Erlebens und Affektausdrucks	nein
Nur intrapsychi- sche, kaum interpersonelle Konflikte	Abwehr	reife, d.h. nicht realitätsverzerrende Abwehrmechanismen (z.B. Affektisolierung, Rationalisierung)	
	Objekt- beziehungen	reife Ganzobjektbeziehungen, keine (selbst-) ausbeuterischen oder (selbst)schädigenden Verhaltens- und Beziehungsmuster	

Fallbeispiel: Strukturpathologie

- Eine 22-jährige Studentin der Soziologie, Philosophie und Geschichte, Frau S., berichtet in anklagendem und aggressivem Tonfall, dass sie unter erheblichen Arbeitsstörungen leide. Sie habe seit einem Jahr eine Seminararbeit zu schreiben, die sie nicht verfassen könne. Immer wieder erschienen ihr die Abschnitte, die sie formuliert habe, als banal, sodass sie alles verwerfe und zum Teil vernichte. Sie habe seit Beginn ihres Studiums vor 2 Jahren zahlreiche Seminare nicht besucht, da sie die dummen Bemerkungen ihrer Kommilitonen nicht ertragen könne, die nur unqualifizierte Beiträge zum Seminar leisteten. Sie selbst könne im Seminar vor Angst nichts sagen. Sie habe keine feste Freundin, aber zahlreiche Männerbekanntschaften in Diskotheken gemacht. Es wird deutlich, dass es sich dabei überwiegend um sadomasochistische Beziehungen handelte, die in der ersten Nacht beendet wurden. Manchmal erlebe sie die Welt als unwirklich. Sie fühle sich dann wie durch eine Glaswand von anderen Menschen getrennt.

- Zu ihrer biografischen Entwicklung berichtet sie, dass sie das dritte von 6 Kindern ihrer Mutter sei. Ihre Mutter sei Alkoholikerin, ihre Geschwister stammten aus drei unterschiedlichen Ehen der Mutter. In ihrer Kindheit sei ihre Mutter sehr unberechenbar gewesen, man habe nie gewusst, ob sie gerade getrunken habe oder nicht. Sie verachte ihre Mutter und ihre ganze Familie auch wegen der finanziellen Armut, in der sie habe aufwachsen müssen. So setze sie alles daran, aus diesem Milieu herauszukommen.

- Zum zweiten Gespräch erscheint die Patientin aggressiv gespannt. Vorwurfsvoll berichtet sie, dass sie nach dem diagnostischen Gespräch einen Psychiater habe aufsuchen müssen, da sie zunehmend Angst vor ihren Suizidgedanken bekommen habe. Sie habe im ersten Gespräch bemerkt, dass der Therapeut die Augenbrauen hochgezogen habe, und dies sei für sie ein Zeichen seiner Verachtung gewesen. Sie habe das Gefühl, dass man sie aufgegeben habe. Der aufgesuchte Psychiater habe sie jedoch überredet, noch einmal den Therapeuten aufzusuchen, um dieses zu klären.

Fallbeispiel zur Strukturpathologie

Überdauernde Konfliktbereitschaft	Strukturmerkmale		Traumatische Informationsverarbeitung?
Viele interpersonelle Konflikte	Ich-Funktionen	verminderte Fähigkeit der Emotionsregulierung, der Objektwahrnehmung, der Selbstfürsorge und des Selbstschutzes, gestörte Selbstwertregulierung	Ja: Dissoziative Symptome
überdauernder konflikthafte Lebens Themen im Bereich von Versorgung, Selbstwert, basaler Selbstakzeptanz	Abwehr	unreife, d.h. realitätsverzerrende Abwehrmechanismen (z.B. Projektion, Entwertung)	
	Objektbeziehungen	unreife Teilobjektbeziehungen, d.h. bedürfnisbefriedigende, (selbst-) ausbeuterische u. (selbst)schädigende Beziehungsmuster	

Fallbeispiel zur Traumapathologie

- Eine 45-jährige Patientin aus Ex-Jugoslawien, Frau J., berichtet, dass sie seit mehr als drei Jahren zunehmend unter einer depressiven Symptomatik leide. Sie habe das Interesse für die Dinge des täglichen Lebens verloren, müsse häufig weinen und könne sich morgens nur sehr schwer motivieren, aus dem Bett aufzustehen. Sie leide unter einer Vielzahl körperlicher Beschwerden wie Kopfschmerzen, Rückenschmerzen, Schwindelgefühlen. Insbesondere sei sie aber gequält dadurch, dass sie oftmals die Schreie ihres jüngsten Kindes höre, das vor 4 Jahren getötet worden sei. Immer wieder wache sie nachts aus Alpträumen aus, in denen sie sich in schrecklichen Situationen in ihrem Heimatland befinde.
- Während sie dieses berichtet, beginnt die Patientin heftig zu zittern, ihr Blick wendet sich zum Fenster, sie ist spürbar mit inneren Bildern beschäftigt. Dabei geht sie aus dem Kontakt mit dem Untersucher heraus. Erst durch ein energisches Ansprechen der Patientin gelingt es, sie aus diesem dissoziativen Zustand herauszuholen und sie zu beruhigen.

- Im Verlauf der Therapie kristallisiert sich heraus, dass die Patienten bis zu ihrem 41. Lebensjahr nicht unter einer psychischen Erkrankung gelitten hat. Sie habe dann mit ansehen müssen, wie ihr 5-jähriger Sohn im Krieg zunächst gesteinigt worden sei. Er habe nach ihr gerufen, sie habe ihm jedoch nicht helfen können. Schließlich habe man ihn mit einer Handgranate schwerstverletzt. Er sei daraufhin ins Krankenhaus eingeliefert worden, dort habe die Ärztin ihr den Zugang zu ihrem Kind verwehrt. Kurze Zeit später sei ihr Sohn gestorben, ohne dass sie ihn noch einmal habe sehen können. In ihrer Flüchtlingsunterkunft sei sie immer wieder mit Soldaten konfrontiert, die diese Bilder bei ihr wachrufen könnten. Besuche im Krankenhaus riefen immer erneut ein Bild hervor, in dem sie auf die Ärztin warte, die ihr den Zugang zu ihrem Kind verweigert habe. Sie müsse dann unwillkürlich zittern, höre die Schreie ihres Kindes und sei völlig verzweifelt.

Fallbeispiel zur Traumapathologie

Überdauernde Konfliktbereitschaft	Strukturmerkmale		Traumatische Informationsverarbeitung
Kein überdauerndes konflikthafte Lebensthema	Ich-Funktionen	Keine relevanten Ich-Funktionsdefizite, allerdings Unfähigkeit zur Integration des traumatischen Erlebens	Ja: Flashbacks (Intrusionen), Dissoziationen
Sekundäre, d.h. trauma-bed. innere und äußere Konflikte	Abwehr	Dissoziative und somatoforme Abwehr	
	Objektbeziehungen	reife Ganzobjektbeziehungen, d.h. keine oder sekundäre (selbst)-schädigende Beziehungsmuster	

Psychodynamische Persönlichkeitsdiagnostik

		(Reine) Konflikt- pathologie	Struktur- patho- logie	(Reine) Trauma- pathologie
Konflikt	Vielzahl interpersoneller Konflikte	nein	ja	nein (oder sekundär)
	überdauernde konflikthafte Lebens Themen	klar abgegrenzt	basal, existenziell	Nein (oder sekundär)
Struktur	Ich-Funktionen	intakt	defizitär	intakt
	Abwehrorganisation	reif	unreif	reif
	Objektbeziehungen	reif	unreif	reif
Trauma	Traumatische Informationsverarbeitung	nein	nein	ja

4

Therapieziele und Therapiefokus



Anforderungen an Therapieziele

- Therapieziele sollen ...
 - die Ziele des Patienten sein
 - mit den Möglichkeiten der zeitbegrenzten 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

Der Fokus

- Expliziter Teil : das aktuelle Hauptproblem, soweit es sich aus den Therapiezielen ergibt :
 - aktuelle Symptomatik oder aktuelle interpersonelle Schwierigkeiten
- *Konjunktion: „weil“*
- Psychodynamischer Teil : die auf die Entwicklung der Hauptproblematik begrenzte Psychodynamik
 - Konfliktfokus: z.B. unbewusster Konflikt
 - Strukturfokus: z.B. Ich-Funktionsdefizit
 - Traumafokus: z.B. unverarbeitete traumatische Erinnerung

Konfliktfokus

- Expliziter Teil

»Ich bekomme Kopfschmerzen, wenn ich mit etwas nicht einverstanden bin, es aber nicht sagen kann ...

- Psychodynamischer Teil

weil ich wütend und gekränkt bin, dass man mich nicht wortlos versteht.«

Strukturfokus

- Expliziter Teil

»Ich bekomme keine Kontakte zu anderen Menschen, obwohl ich es möchte, ...

- Psychodynamischer Teil

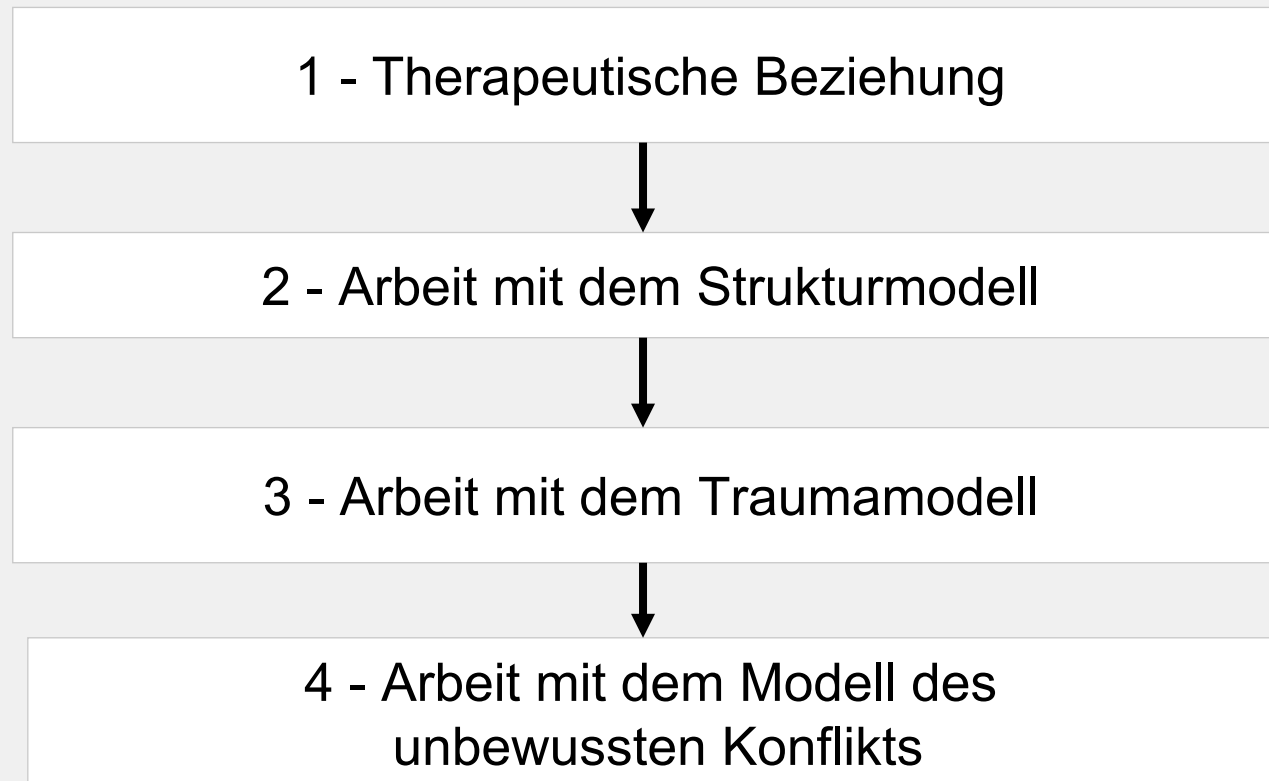
... weil ich mich vor Verletzungen nicht schützen kann, wenn ich ihre Nähe suche.«

5

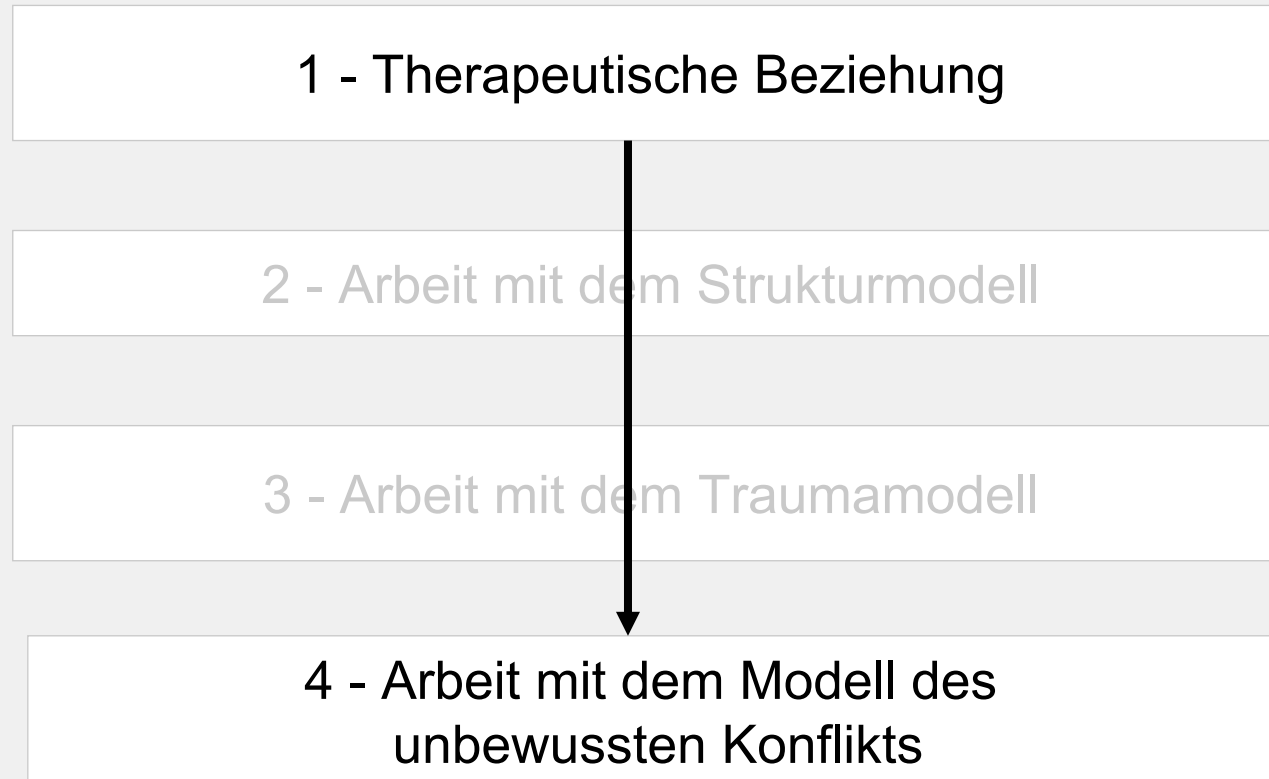
Therapieplan



Therapieplan allgemein



Therapieplan bei Konfliktfokus



Therapieplan bei Strukturfokus

1 - Therapeutische Beziehung



2 - Arbeit mit dem Strukturmodell

3 - Arbeit mit dem Traumamodell

4 - Arbeit mit dem Modell des unbewussten Konflikts

Therapieplan Traumafokus

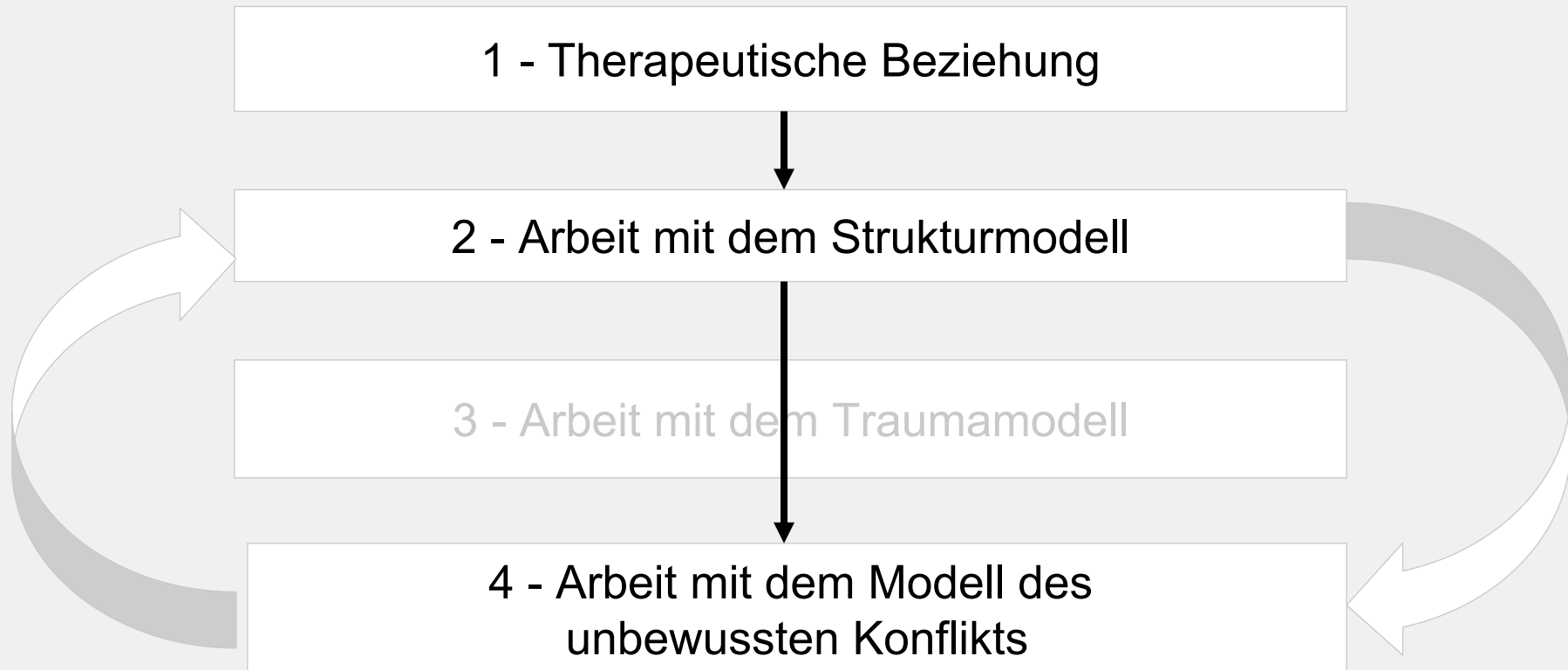
1 - Therapeutische Beziehung

2 - Arbeit mit dem Strukturmodell

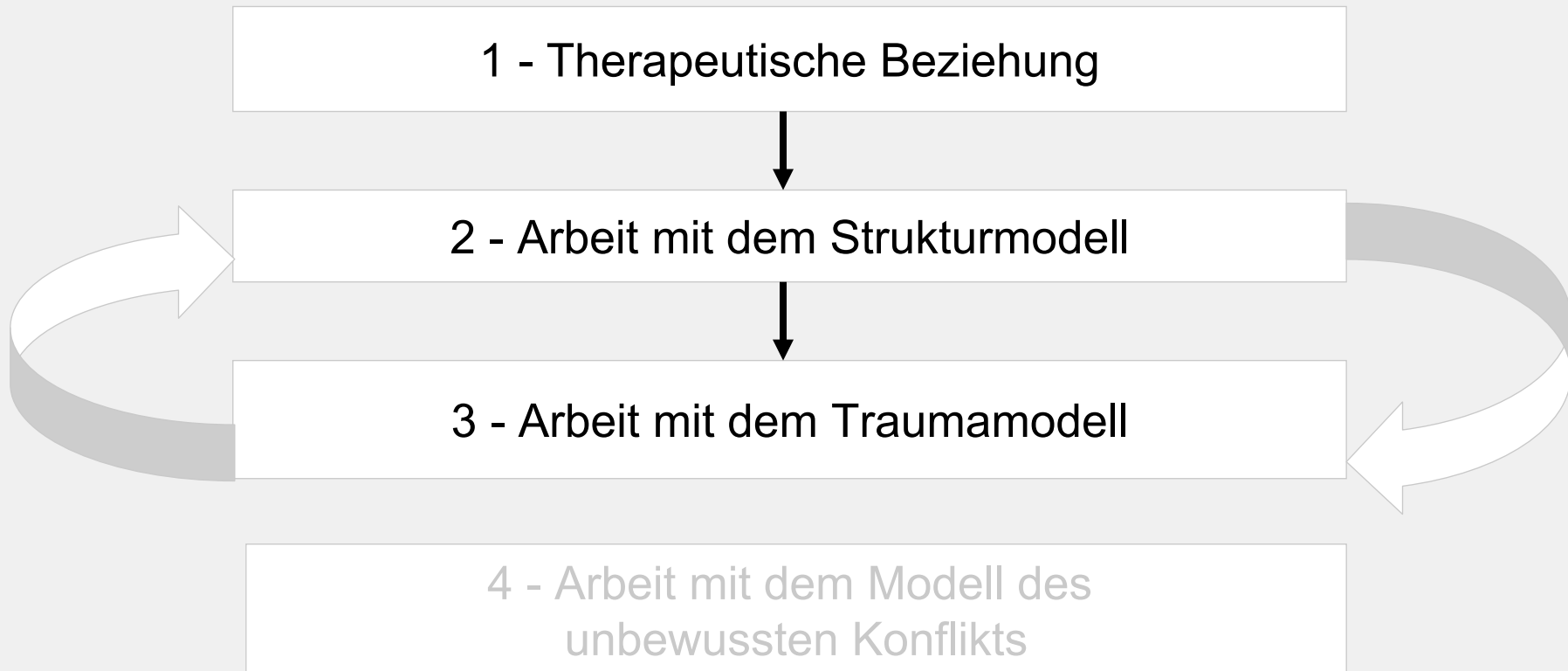
3 - Arbeit mit dem Traumamodell

4 - Arbeit mit dem Modell des unbewussten Konflikts

Therapieplan bei gemischter Konflikt- und Strukturpathologie



Therapieplan bei gemischter Trauma- und Strukturpathologie



6

Aufbau einer therapeutischen Arbeitsbeziehung



Therapeutische Arbeitsbeziehung

- Arbeitsbündnis oder der therapeutischen Allianz als entscheidende Voraussetzung für die Effizienz therapeutischer Interventionen
- Sterba (1934): *therapeutische Spaltung im Ich*: realitätsorientierte Ich-Anteilen des Patienten verbünden sich mit dem Therapeuten bei der Aufgabe der Selbstbeobachtung und Selbsterforschung

Therapeutische Arbeitsbeziehung

- Greenson (1981): 3 Aspekte der therapeutischen Beziehung:
 - Übertragungsbeziehung
 - Realbeziehung: unverzerrte Wahrnehmung der realen Person des Therapeuten
 - Arbeitsbeziehung: Fähigkeit von Therapeut und Patient, in der Behandlung so zusammenzuarbeiten, dass die Ziele der Therapie erreicht werden.

Therapeutische Arbeitsbeziehung

- Bordin (1979): 3 Komponenten der therapeutischen Allianz
 - Übereinstimmung zwischen Patient und Therapeut hinsichtlich der gemeinsam zu bewältigenden Aufgaben
 - Übereinstimmung hinsichtlich der zu erreichenden Ziele
 - eine durch Vertrauen geprägte und emotional positiv getönte Bindung (»bond«) zwischen beiden.

Therapeutische Arbeitsbeziehung

- Luborsky (1999): Konzept der »helping alliance«
 - positiver Zusammenhang zwischen einer als hilfreich erlebten Arbeitsbeziehung und dem Behandlungserfolg
- 2 Dimensionen der »helping alliance«
 - Gefühl, Hilfe zu erfahren
 - Gefühl, bezüglich der Ziele der Behandlung zusammenzuarbeiten.
- erste Dimension und Therapieergebnis korrelierte eindrucksvoll miteinander (Morgan et al. 1982).

Therapeutische Arbeitsbeziehung

- Orlinsky und Howard (1986): Bezug zwischen Prozessvariablen und Therapieergebnis ist am engsten, wenn die Beurteilung vom Patienten vorgenommen wird.
 - Einschätzungen der therapeutischen Allianz seitens der Patienten und der Therapeuten korrelieren oft nur schwach miteinander.
- Auch alle neueren Untersuchungen zeigen, dass die Qualität der therapeutischen Arbeitsbeziehung konsistent und positiv mit dem Behandlungsergebnis korreliert (Castonguay u. Beutler, 2005).
 - Schon in einem sehr frühen Stadium der Therapie ist die therapeutische Allianz ein wichtiger Prädiktor des Behandlungsergebnisses (Constantino et al., 2002).

Therapeutische Arbeitsbeziehung

- 3 Gruppen von Patienten:
 - Patienten kommen mit der Überzeugung in die Therapie, Hilfe zu erfahren, hinreichendes Vertrauen, „Vertrauensvorschuss“ (meist befriedigende Beziehungserfahrungen, meist sicher gebundene Patienten, meist Pat. mit Konfliktpathologie)
 - Patienten, bei denen in den ersten Sitzungen ein Arbeitsbündnis aktiv herzustellen, unrealistische Erwartungen, Ängste vor einer Psychotherapie (meist unsichere Bindungsstile)
 - Patienten, bei denen die Aufrechterhaltung des Arbeitsbündnisses die zentrale Aufgabe während der gesamten Dauer der Behandlung bleibt (meist unsicherer oder desorganisierter Bindungsstil, Bowlby 1969, Main 1995).

Grundbedürfnisse und Beziehungsaufbau

- Bedürfnis nach Sicherheit
- Bedürfnis nach Orientierung und Kontrolle
- Bedürfnis nach Selbstwerterhöhung und Selbstwertschutz
- Bindungsbedürfnis
- Bedürfnis nach Lustgewinn und Unlustvermeidung
(Grawe 2004)

Bedeutung der Grundbedürfnisse für die therapeutische Beziehungsgestaltung

	Konflikt-pathologie	Struktur-pathologie	Trauma-pathologie
Sicherheit		+++	+++
Kontrolle und Orientierung		+++	+++
Selbstwerterhöhung und Selbstwertschutz		+++	
Bindung		+++	
Lustgewinn und Unlustvermeidung		+	+

Atmosphäre von Sicherheit und Wohlbefinden

- Körperliche Sicherheit
 - schwere behandlungsbedürftige Erkrankungen?
 - äußere Gefahr für die persönliche Sicherheit ?
- Soziale Sicherheit
 - Lebensunterhalt
 - Wohnung
- Emotionales Gefühl von Sicherheit
 - insbes. bei Patienten mit Traumatisierungen in der Vorgeschichte

Bedürfnis nach Orientierung und Kontrolle respektieren

- Oft beschämendes Gefühl des Kontrollverlusts und der Orientierungslosigkeit zu Beginn der Behandlung



- Informationen und Erläuterungen
- Skepsis und Ängste vor der Therapie ansprechen
- Möglichkeiten der Wahl und der Mitgestaltung einräumen
- Vereinbarungen

Bedürfnis nach Orientierung und Kontrolle respektieren

- Informationen zum Ablauf der Therapie geben
 - modifizierte Grundregel erklären
 - auf mögliche Anstrengungen und Mühen in der Therapie vorbereiten, unrealistische Erwartungen dämpfen
 - auf die Möglichkeit des Auftretens problematischer Aspekte in der therapeutischen Beziehung hinweisen
 - die Empfehlung geben, wichtige Lebensentscheidungen in der Therapie zuerst zu besprechen
 - den Umgang mit Patientenfragen erläutern

Bedürfnis nach Orientierung und Kontrolle respektieren

- Wählen und mitentscheiden lassen
 - welche Thematik als nächste zu behandeln ist,
 - ob er an einem bestimmten Punkt weiterarbeiten möchte oder nicht
- befragen, ob er einer von Ihnen vorgetragenen Sichtweise zustimmen kann oder nicht und seine Reaktion darauf ernst nehmen.

T: Was meinen Sie, womit sollten wir beginnen und woran sollen wir als nächstes arbeiten?

T: Ich schlage vor, dass wir in dieser Stunde vermehrt auf Ihre Schwierigkeit der Abgrenzung gegenüber Herrn A. achten. Was meinen Sie dazu?

T: Ist es für Sie ok, wenn wir noch etwas bei dem Thema X bleiben?

Bedürfnis nach Orientierung und Kontrolle respektieren

- Vereinbarungen
 - regelmäßige und gleichbleibende Termine
 - Terminänderungen möglichst vermeiden
 - Zeitstruktur festlegen
 - Regelungen für ausfallende Stunden aus wichtigen Anlässen festlegen
 - Vereinbarungen sind noch im weiteren Behandlungsverlauf aus gegebenem Anlass möglich

Bindungsbedürfnisse berücksichtigen

- Bindungsbedürfnis als Grundbedürfnis des Menschen
- Bindungssystem eines der basalen emotionalen Systeme (Panksepp 1998).
- grundlegende Bedeutung einer adäquaten Bindungserfahrung für die menschliche Entwicklung
- bei Patienten mit unsicheren Bindungsstilen ist die Berücksichtigung der Bindungsbedürfnisse und Bindungsstile von großer Bedeutung

Bindungsbedürfnisse berücksichtigen

- Zuwendung, ungeteilte Aufmerksamkeit
 - durch Körperhaltung und Tonfall der Stimme zu verstehen geben, dass der Pat. willkommen ist
- sich nicht künstlich, sondern möglichst natürlich verhalten
 - Spontaneität nicht einschränken, sondern sich so verhalten, wie es dem persönlichen Stil entspricht
- menschlich Anteilnehmender Umgang
- Im weiteren Verlauf kann es sinnvoll sein, sich zurückhaltender zu verhalten.

Bindungsbedürfnisse berücksichtigen

- Empirische Befunde:
Als hilfreich werden von Patienten folgende mimische und gestische Therapeutenmerkmale empfunden:
 - fester und sicherer Blickkontakt
 - Bestätigen durch Kopfnicken
 - lebhafte Gestik
 - professionell-kompetenter, nicht ängstlicher Tonfall

Bindungsbedürfnisse respektieren: Sprechaktivität und Redeweise auf den Patienten abstimmen

- sich auf den Rhythmus der Sprechaktivität und auf die Emotionalität des Patienten einstimmen
- sich im Wortgebrauch dem Patienten anpassen
- sich nicht zu weit von der Alltagskommunikation entfernen
- längere Schweigepausen vermeiden
- klare, gut verständliche Sätze verwenden

Bindungsbedürfnisse respektieren: Aktuelle emotionale Befindlichkeit erfassen und verbalisieren

- bei erkennbarer emotionaler Befindlichkeit: Affekte spiegeln
- bei unklarer emotionaler Befindlichkeit: Befinden direkt erfragen oder Hypothese über vermutete Befindlichkeit formulieren
- nonverbale Signale des Patienten aufnehmen
- Bedürfnisse im Hinblick auf die Therapie wahrnehmen und würdigen, auch wenn sie nicht immer befriedigt werden können

Bedürfnis nach Selbstwerterhöhung und Selbstwertschutz respektieren: Akzeptanz

- Haltung von Akzeptanz und Wertschätzung
- freundliche, aufrichtige und nicht verurteilende Haltung
- Bereitschaft, die Wirklichkeitskonstruktion eines Patienten – d.h. alle seine Gedanken, Auffassungen, Gefühle, Einstellungen und Ziele – auch dann als Ausdruck seiner Persönlichkeit wertzuschätzen, wenn wir sie nicht teilen und nicht für richtig halten.
- Problematische Verhaltensweisen wohlwollend explorieren, statt sie zu beurteilen.

T: Ich denke, das Verhalten, das Sie beschreiben, sollten wir uns näher anschauen, schildern Sie es mir genauer.

Bedürfnis nach Selbstwerterhöhung und Selbstwertschutz respektieren

- Akzeptanz des Patienten bedeutet jedoch nicht, Verhaltensweisen zu akzeptieren, die schädigend sind oder den Zielen der Therapie entgegenstehen.
- wertschätzende Haltung durch Übernahme von Verantwortung und Stellung beziehen.

T: Gerade weil Sie mir nicht gleichgültig sind, muss ich Ihnen sehr klar sagen, dass ich das, was Sie vorhaben, für falsch halte.

Bedürfnis nach Lustgewinn und Unlustvermeidung berücksichtigen: Bedeutung positiver Emotionen

- Positive Emotionen als wichtiger Aspekt der Ressourcenaktivierung
- Positive Emotionen können eine Kaskade erwünschter Erlebens- und Verhaltensweisen auslösen, die die Ressourcen des Patienten stärken und sich günstig auf Wohlbefinden und Gesundheit auswirken (Fredrickson u. Joiner 2002).
- Optimismus, Humor
- Cave! Aktive Zuwendung zu positiven Emotionen sollte nicht in den Dienst des Widerstands treten und zur Vermeidung problematischer Themen beitragen.

Therapieauftrag klären

und die Gemeinsamkeit von Aufgaben und Zielen überprüfen

- Auch bei vereinbarten Therapiezielen kann der Therapieauftrag unklar sein.
- Unklare Auftragserteilung kann zu divergenten Erwartungen führen und unproduktivem Widerstandsverhalten zum Ausdruck kommen.

6

Arbeit mit dem Therapiemodell „Bewusstmachung unbewusster Konflikte“

Kasuistik: 41jährige Patientin

- Eine 41jährige Patientin mit guter Alltagsfunktionalität entwickelt einen psychogenen Schwindel zwei Monate nach ihrem Wechsel in eine andere Abteilung ihrer Firma. Sie muss seitdem mit einem um 15 Jahre älteren Vorgesetzten zusammenarbeiten, der einerseits fürsorglich, andererseits immer wieder auch entwertend mit ihr umgeht. Häufiger ärgert sich die Patientin über den Vorgesetzten, ansonsten ist er ihr „egal“.

Kasuistik: 41jährige Patientin

- In ihrer Kindheit war die Patientin in der Beziehung zu ihrem Vater wechselnder Nähe- und Distanzerfahrung ausgesetzt, während die Beziehung zur Mutter eher kühl war.

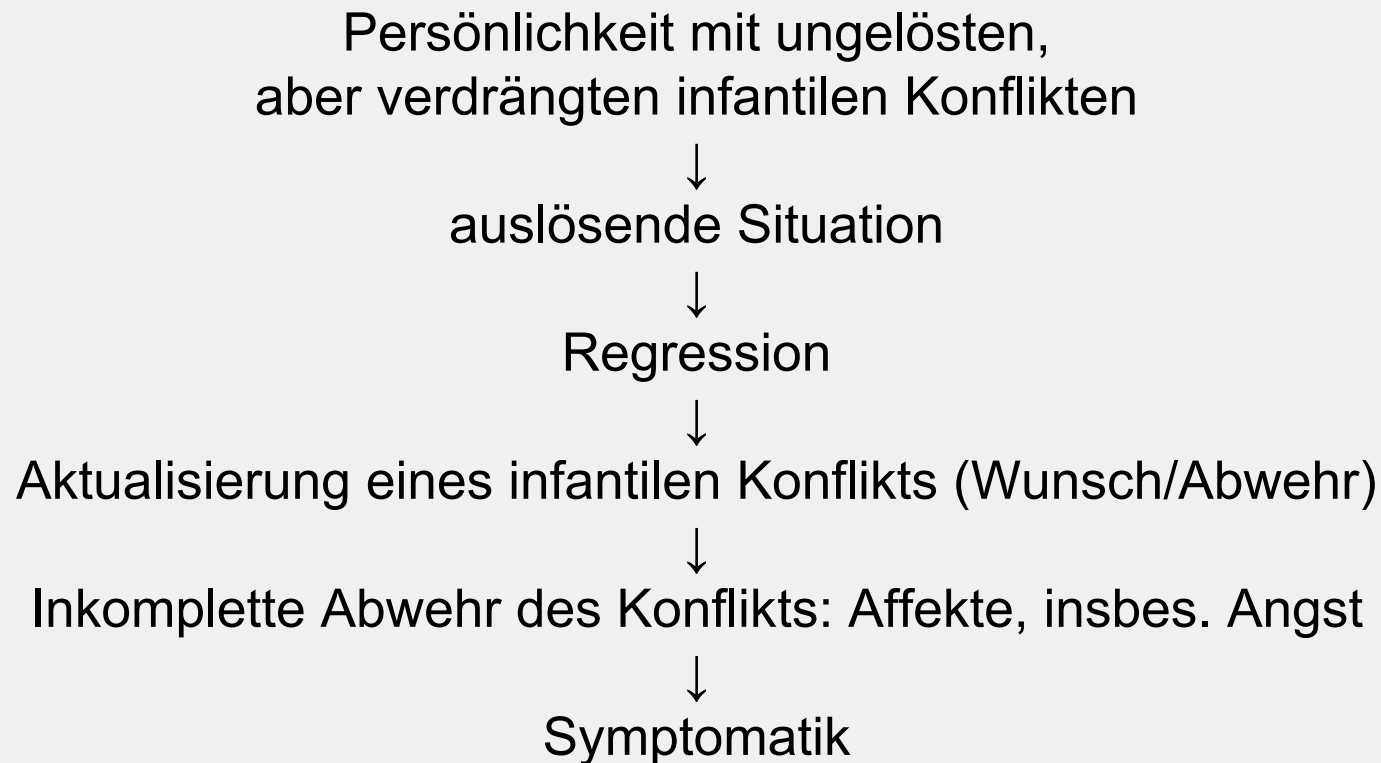
Diagnostische Klärung

- Strukturdiagnostik:
 - Keine relevanten Ich-Funktionsdefizite
 - keine unreife Abwehrorganisation mit verzerrter Realitätswahrnehmung
 - keine (Selbst-)schädigende Beziehungsmuster
- Traumadiagnostik:
 - keine Traumatische veränderte Informationsverarbeitung
- Konfliktdiagnostik
 - Konfliktbereitschaft als Lebensthema?

Konflikttypen nach OPD-II (Konfliktbereitschaften als Lebensthemen)

- Abhängigkeit vs. Autonomie
- Unterwerfung vs. Kontrolle
- Versorgung vs. Autarkie
- Selbstwertkonflikte
- Schuldkonflikte
- ödipal-sexuelle Konflikte
- Identitätskonflikte

Modell des unbewussten Konflikts



Therapiemodell „Bewusstmachung unbewusster Konflikte“

Therapeutische Haltung: Nicht direktiv



Erfassung von auslösender Situation und aktuellen Beziehungen



Affekte als Tor zum unbewussten Konflikt



Abwehranalyse



Darstellung des Konflikts



Zurückweisung der infantilen Wunschkomponente

1. Schritt: Therapeutische Haltung

- Atmosphäre von Wohlbefinden und Akzeptanz
- nicht direktive, tendenziell eher zurückhaltende, nicht zu aktive Haltung
- Nutzung der freien Assoziation, ergänzt durch leitende Fragen
- auf Emotionen fokussieren, rationale Diskussionen vermeiden
- Prozess zulassen, Problemlöserressourcen der Patienten nutzen: Therapeut als Katalysator des Prozesses

2. Schritt: Erfassung von auslösender Situation und aktuellen Beziehungen

- zur konkreten Schilderung von Beziehungsepisoden anregen
- symptomauslösende Bedingungen fragen
- subjektive Bedeutung der genannten Sachverhalte erfassen
- zu Vermutungen und Phantasien anregen

3. Schritt:

Affekte als Tor zu unbewussten Konflikt

- Auf affektiv bedeutsame Aspekte achten, Affekte spiegeln und klarifizieren
 - „... geärgert“, „... ist mir egal“
- Affekterleben ggf. intensivieren
 - „Lassen Sie uns noch einmal dabei bleiben: wie ging es Ihnen da genau?“
- Kontext der Affektentstehung explorieren
 - „In welcher Situation (Beziehungskontext) trat der Ärger (das „Egal-Gefühl“) auf?“

4. Schritt: Abwehranalyse: Hypothesenbildung

- Was wird abgewehrt? Affekte, Wünsche, Impulse
- Wie wird abgewehrt? Welche Abwehrmechanismen werden eingesetzt?
- Warum wird abgewehrt? Aktualisierung kindlicher Wünsche, die vom Über-Ich der Erwachsenen abgelehnt werden

Abwehranalyse: Hypothesenbildung

- Was wird abgewehrt?
- Wie wird es abgewehrt?
- Warum wird es abgewehrt?
 - „Wahrscheinlich wehrt die Patientin liebevolle Emotionen und kindliche Anlehnungswünsche gegenüber ihrem Vorgesetzten ab,
 - indem sie sie verdrängt und verleugnet
 - weil durch bestimmte Merkmalsähnlichkeiten mit ihrem Vater der ungelöste ödipale Konflikt aktualisiert wurde.“

Abwehranalyse: Einsichtsfördernde Interventionen

- Klären
- Konfrontieren
- Deuten

Klären (Klarifizieren)

- auf der bewussten Ebene das Material so ordnen, dass eine nachvollziehbare Abfolge des Erlebens und Verhaltens entsteht

„Versuchen Sie mir noch genauer zu schildern, wie die Verhaltensweisen Ihres Chefs waren und wie Sie jeweils darauf reagiert hat. Wie ging es Ihnen da?“
- das subjektive Verständnis und die eigene Deutung der Zusammenhänge erfassen

„Als der Chef ... sagte, was bedeutete das für Sie? Wie verstehen Sie das?“

Konfrontieren

- den Patienten mit widersprüchlichen und konflikthaften Aspekten des von ihm eingebrachten Materials vertraut machen
- ihn auf Aspekte seines Erlebens, Denkens und Verhaltens hinzuweisen
 - die ihm nicht bewusst, aber bewusstseinsfähig (vorbewusst) sind
 - die sich aber aus seinen Verhaltensweisen oder aus anderen Einfällen erschließen lassen
 - die im Widerspruch zu seinen verbalen Ausführungen stehen

Konfrontieren

„Sie sagen immer wieder, dass Herr K. Ihnen „völlig egal“ ist. Auf der anderen Seite haben Sie berichtet, wie Sie sich durch ihn verletzt gefühlt haben. Und dann gab es Momente, in denen Sie ihn auch sympathisch fanden. Ich würde das gerne besser verstehen.“

„Ich weiß nicht, ob Ihnen aufgefallen ist, dass Sie jetzt nur noch die negativen Begegnungen beschreiben, während Sie doch noch vor zwei Stunden auch andere Dinge berichtet hatten, zum Beispiel, dass er ganz fürsorglich war. Was meinen Sie?“

Deuten

- das manifeste Erleben und Verhalten des Patienten mit unbewussten Motiven, Wünschen und Gefühlen in Zusammenhang bringen

„Könnte es sein, dass Herr K. Ihnen deshalb so „egal“ ist,

- weil es Ihnen unangenehm ist, dass Sie doch heftigere Gefühle – und auch nicht nur negative Gefühle – ihm gegenüber haben?
- weil Sie gleichzeitig denken: Das darf doch gar nicht sein, dass ich einem Vorgesetzten gegenüber solche Gefühle habe, noch dazu, wenn er sich so verletzend und ekelhaft verhält?“

Deutung

- „Ist es möglich, dass es für Sie unangenehm (vielleicht sogar peinlich) ist, dass da auch positivere Erfahrungen waren, dass Sie solche positiven Gefühle auch gar nicht haben wollen?“
- „Halten Sie es möglich, dass Sie doch mehr positive Gefühle gegenüber Herrn ... haben, aber gleichzeitig das Gefühl: Nein, das möchte ich auf keinen Fall. Oder: Das sollte doch nicht sein?“

Einsichtsfördernde Interventionen

Klärung	Konfrontation	Deutung
Bewusste Aspekte	Vorbewusste Aspekte	Unbewusste Aspekte

Vorgehen bei der Abwehranalyse

- bei der Abwehrdeutungen stets mit der Oberfläche beginnen („von der Oberfläche in die Tiefe“)

„Ich denke, es ist ganz wichtig, dass er Ihnen „egal“ ist, auch wenn er sich fürsorglich verhält, da sollen keine positiven Gefühle für ihn aufkommen, weil er sich ja sonst so ekelhaft benimmt.“

- keine isolierte Benennung unbewusster Wünsche und Impulse ohne gleichzeitige Erwähnung der gegen sie gerichteten Abwehr

Nicht: „Ich vermute, es gibt da auch liebevolle Gefühle gegenüber Ihrem Chef wie früher gegenüber Ihrem Vater.“

5. Schritt: Darstellung des Konflikts und Zurückweisung der infantilen Wunschkomponente

- Infantile Wurzeln des Konflikts können, müssen aber nicht zur Darstellung kommen
- Bewusstes Abtrauern des nicht erfüllbaren (infantilen) Wunsches

„Ist es nicht verständlich, dass auch liebevolle kindliche Gefühle aufkommen können, wenn ein solcher Mann mal für einen Moment fürsorglich zu Ihnen ist? Gleichzeitig ist es nicht leicht, auf diese Gefühle zu verzichten, da Sie sie ja unter keinen Umständen Realität werden lassen wollen.“

Zum Stil der Deutungstechnik

- Deutungen sollen
 - als Vermutung oder in Frageform formuliert werden
 - stets von der Oberfläche zur Tiefe voranschreiten, d.h. bei bewussten und vorbewussten, niemals bei unbewussten Aspekten beginnen
 - einfach, verständlich und natürlich geäußert werden
 - vom Patienten als hilfreich erlebt werden können
 - nicht Anlass zu unnötigen Widerstandsphänomenen geben

6

Widerstand



Widerstand

- alle Phänomene im Therapieprozess, die sich dem Erreichen der Therapieziele entgegensetzen.

„Was immer die Fortsetzung der Arbeit stört, ist ein Widerstand“ (Freud 1900)

Widerstandsphänomene

- bewusste Widerstandsphänomene
- unbewusste Widerstandsphänomene

Bewusste Widerstandsphänomene

- Informationen vorenthalten
- die Unwahrheit sagen
- absprachewidriges und mit den Zielen der Therapie unvereinbares Verhalten (z.B. selbstverletzende Tendenzen, Suchtmittelkonsum)

Umgang mit bewussten Widerstandsphänomenen

- deutlich konfrontieren
- klar machen, dass der Erfolg der Therapie vom Verzicht auf die Widerstandshandlung abhängt
- Ggf. die Fortsetzung der Therapie davon abhängig machen, ob bewusste Widerstandsphänomene unter Kontrolle zu bringen sind

Unbewusste Widerstandsphänomene

- unangenehme und bedrohliche Themen und Affekte vermeiden
- sich unklar ausdrücken
- abschweifen, unvermittelt das Thema wechseln
- schweigen
- sich nicht erinnern können
- nüchtern-sachlich sprechen, wo ein Affektausdruck zu erwarten wäre
- in Klischees und Fachwörtern reden
- über unbedeutende oder triviale Dinge reden
- endlos sprechen, ohne zum Wesentlichen zu kommen
- widersprüchliche Phänomene nebeneinander stehen lassen
- unlogische Schlüsse ziehen
- Therapiestunden versäumen
- sich verspäten
- sich weigern zu bezahlen
- unterschiedliche Formen des Agierens
- grundsätzlich alle Abwehrmechanismen

Klarifikation von Widerständen

- Beschreibung des Verhaltens mit vermutetem Widerstandscharakter

„Ich weiß nicht, ob Ihnen aufgefallen ist, dass ich manchmal ganz viel nachfragen muss, um überhaupt zu verstehen, was Sie meinen. Mir kommt es so vor, als würden Sie sich zurzeit viel undeutlicher ausdrücken, als Sie es sonst tun.“

Konfrontation mit Widerständen

- den Patienten mit widersprüchlichem Verhalten in Bezug auf die Therapieziele aufmerksam machen

„Haben Sie bemerkt, dass Sie auf das Thema x überhaupt nicht eingehen, obwohl Sie bei der Formulierung der Therapiezielen ausdrücklich erwähnt hatten, dass Sie sich damit auseinandersetzen wollen.“

Deutung von Widerständen

- Eine Widerstandsdeutung verknüpft die Beschreibung des Widerstandsverhaltens mit einer Hypothese zu möglichen unbewussten Motiven.

„Halten Sie es für möglich, dass Sie deshalb so undeutlich und unverständlich sprechen, weil Ihnen eine weitere Auseinandersetzung mit der Thematik unangenehm oder auch ängstigend ist?“

Einsichtsfördernde Interventionen

	Klärung	Konfrontation	Deutung
Abwehr			
Widerstand			

7

Übertragung



Übertragung

- Gefühle, Gedanken, Erwartungen und Verhaltensweisen gegenüber aktuellen Bezugspersonen, die allein aus der aktuellen interpersonellen Interaktion nicht erklärbar sind
 - im Lichte vergangener Erfahrungen verzerrte Wahrnehmung aktueller Beziehungen
 - Folge von Projektionen oder Externalisierungen von Selbstanteilen des Patienten
- Kriterium der „Unangemessenheit“ eines Affekts oder einer Verhaltensweise (Greenson)

Übertragung

- Übertragungen auf Personen außerhalb der Therapie („Außenübertragungen“)
- Übertragungen auf die Person des Therapeuten („Übertragung“)

Übertragungsphänomene

- lassen sich in unterteilen in
 - mild positive („mild positive Elternübertragung“)
 - negative
 - idealisierende
 - erotisierte (sexualisierte) Übertragungen
- werden meist durch Aspekte der Realbeziehung ausgelöst („Übertragungsauslöser“)

Indikation zur Übertragungsanalyse

- Keine Analyse der Übertragung:
 - bei guter therapeutischer Arbeit
 - bei „mild positiver“ Übertragung
- Übertragungsanalyse: wenn die Übertragung zum Widerstand wird
 - bei negativer Übertragung
 - bei erotisierter/sexualisierter Übertragung
 - bei verzerrender idealisierender Übertragung

Hinweise auf Übertragungsphänomene in der Therapie

- Unangemessene (übertriebene oder besonders gehemmte) Emotionen gegenüber der Person des Therapeuten
- Widerstandsphänomene (Übertragungswiderstände):
 - Über welche Affekte, Wünsche, Impulse und Erwartungen spricht der Patient gerade nicht? Beachte nonverbale Signale.
 - Könnten diese mit der therapeutischen Beziehung im Zusammenhang stehen?
 - Will der Pat. evtl. die Beziehung zu mir vor negativen oder bedrohlichen Emotionen oder Impulsen schützen?

Übertragungsauslöser in der realen therapeutischen Situation

- Nahezu alle Übertragungsphänomene können durch Elemente der therapeutischen Realbeziehung ausgelöst worden sein!
- Suche nach möglichen Übertragungsauslösern in der aktuellen therapeutischen Realität.
- alle in der Übertragung auftretenden Ängste, Wünsche, Erwartungen und Befürchtungen des Patienten im Hier-und-Jetzt annehmen
 - als real ernst nehmen
 - nicht vorschnell der Vergangenheit zuweisen

Vorgehen bei der Übertragungsanalyse

- alle in der Übertragung auftretenden Ängste, Wünsche, Erwartungen und Befürchtungen des Patienten im Hier- und-Jetzt annehmen
 - als real ernst nehmen
 - nicht vorschnell der Vergangenheit zuweisen

Vorgehen bei der Übertragungsanalyse

- Affekte, Gedanken oder Widerstandsphänomene im Hier-und-Jetzt der therapeutischen Situation
 - aufgreifen
 - klarifizieren
 - akzeptieren – gleichgültig, ob wir sie für Realwahrnehmungen oder für übertragungsbedingte Verzerrungen halten

Ich habe den Eindruck, dass Sie sich in dieser Sitzung unwohl gefühlt haben. Ist das möglich?

Vorgehen bei der Übertragungsanalyse

Formulieren Sie eine Hypothese, die plausibel macht,

- warum der Patient auf der Basis seiner übertragungsbedingten Annahmen und Überzeugungen zu Ihrer Person so reagiert,
- warum er Ängste, Scham- oder Schuldgefühle in der Beziehung zu Ihnen erleben muss,
- warum er feindliche Impulse Ihnen gegenüber haben kann usw.

Vorgehen bei der Übertragungsanalyse

T: Als ich vorhin zu Ihnen sagte: „Wie ging es Ihnen damit?“, hatte ich den Eindruck, Sie fühlten sich unwohl.

P: Ja, ein wenig.

T: Wie war Ihr Gefühl in dem Moment?

P: Ich hatte das Gefühl, Sie nehmen das doch nicht ernst, was ich sagen wollte.

T: Ich mache mich lustig über Sie?

P: Irgendwie, ja.

T: Es ist das gleiche Gefühl wie bei Ihrem Vater und bei Ihrem älteren Vorgesetzten?

P: Ja, es ist ähnlich.

Vorgehen bei der Übertragungsanalyse

T: Wie ging es Ihnen gerade? Ich hatte das Gefühl, Sie waren sich nicht sicher, ob Sie etwas sagen wollten oder nicht?

P: Ja, das stimmt. Ich war mir nicht sicher, ob Sie das wirklich interessiert, was ich sage.

T: Gibt es das bei Ihnen öfter, so ein Gefühl: das interessiert ihn eigentlich gar nicht, was ich sage?

P: Ja, das Gefühl habe ich oft.

T: Woher kennen Sie das Gefühl?

Übertragungswiderstand

T: Mir fällt auf, dass Sie gar nicht über die Beziehung zu Ihrer Frau sprechen, obwohl wir beide den Eindruck hatten, dass es gut wäre, darüber zu sprechen. Was meinen Sie?

P: Ja, das stimmt. Da waren immer andere Themen.

T: Ich frage mich, wie Sie sich fühlen würden, wenn Sie hier über Ihre Frau sprächen.

P: Da hätte ich ein ganz komisches Gefühl-

T: Möglicherweise befürchten Sie, ich könnte Ihnen Vorwürfe machen, wie Sie mit Ihrer Frau umgegangen sind?

P: Eigentlich weiß ich, dass Sie das nicht tun, aber da ist schon so ein Gefühl.

T: Wenn ich Ihnen Vorwürfe mache – was könnte ich denn zu Ihnen sagen?

Übertragungsanalyse

P: Schade, dass die letzte Stunde ausgefallen ist.

T: Was denken Sie darüber?

P: Ich frage mich, was Sie in der Zeit gemacht haben.

T: Sie werden eine Vermutung darüber haben.

P: Keine Ahnung.

T: Was denken Sie, was ich vielleicht gemacht haben könnte?

P: Vielleicht hatten Sie eine andere Patientin behandelt.

T: Eine andere Patientin? Was für eine Patientin hätte das gewesen sein können?

P: Vielleicht war sie interessanter als ich, nicht immer so depressiv wie ich.

T: Mir scheint, da kommt eine Überzeugung von Ihnen zum Ausdruck:
Wenn eine interessantere Patientin als Sie auftaucht, lasse ich Sie fallen und wende mich ihr zu.

P: Ja, irgendwie glaube ich das. Schließlich bin ich ziemlich uninteressant.

T: Wie geht es Ihnen, wenn Sie sich vorstellen, dass ich andere Patientinnen Ihnen vorziehe?

Übertragungsanalyse

P: Ich habe die ganze Zeit das Gefühl, Sie glauben mir doch nicht.

T: (Akzeptierend:) Hm. Wie kommen Sie darauf?

P: Ich weiß es nicht. Einen richtigen Grund gibt es nicht. Ich habe eben so ein Gefühl.

T: Woran erinnert Sie dieses Gefühl? Gab es wichtige Beziehungen in Ihrem Leben, in denen dieses Gefühl häufiger auftrat?

P: Bei meinem Vater hatte ich ganz oft das Gefühl.

Förderung von Übertragungsmanifestationen

- Passivität und Anonymität des Therapeuten
- Verringerung der Interventionsaktivität
- häufiges Schweigen
- kein Eingehen auf Fragen
- Beschäftigung mit Vergangenheit
- „tiefe“ Deutungen
- Beschäftigung mit Träumen und Phantasien
- Erhöhung der Sitzungsdichte

Verminderung von Übertragungsmanifestationen

- Aktivität und Realpräsenz des Therapeuten
- Verstärkung der Interventionsaktivität
- kein längeres Schweigen
- Eingehen auf Fragen
- Konzentration auf die Gegenwart
- oberflächennahe Klärungen
- Beschäftigung mit realen Gegebenheiten
- Verringerung der Sitzungsdichte

Konflikttypen nach OPD-II (Konfliktbereitschaften als Lebensthemen)

- Abhängigkeit vs. Autonomie
- Unterwerfung vs. Kontrolle
- Versorgung vs. Autarkie
- Selbstwertkonflikte
- Schuldkonflikte
- ödipal-sexuelle Konflikte
- Identitätskonflikte

Individuations-Abhängigkeits-Konflikt

- Die Balance von Nähe (Abhängigkeit) und Distanz (Individuation, Autonomie) gegenüber einer Bezugsperson ist konflikthaft gestört. Nähe ist unvereinbar mit Individuation und Autonomie.
 - Passiver Modus: Neigung zu hilflos-abhängigem Anklammern in Beziehungen
 - Aktiver Modus: Neigung zu übermäßiger Unabhängigkeit (Pseudounabhängigkeit)

Unterwerfung vs. Kontrolle

- Die Balance von aggressiv-machtvoller Durchsetzung (Kontrolle) und funktionaler Anpassung (Unterwerfung) ist konflikthaft gestört.
 - Passiver Modus: Übermäßige Tendenz zur Unterwerfung
 - Aktiver Modus: Übermäßige Tendenz zur Dominanz und Machtausübung

Versorgungs-Autarkie-Konflikt

- Die Balance zwischen dem Bedürfnis nach Versorgung und Liebe durch ein Objekt und dem Bedürfnis, ohne eine solche äußere Versorgung auszukommen, ist konflikthaft gestört.
 - Passiver Modus: Passive Neigung, sich versorgen zu lassen
 - Aktiver Modus: Selbstgenügsamkeit, Anspruchslosigkeit, altruistische Grundhaltung

Selbstwertkonflikt

- Die Selbstwertregulation ist konflikthaft gestört.
 - Passiver Modus: brüchiges, resigniertes, ständig bedrohtes Selbstwertgefühl
 - Aktiver Modus: kompensatorische Selbstsicherheit

Schuldkonflikt

- Angemessenes Schuldenerleben ist konflikthaft gestört.
 - Passiver Modus: Ungerechtfertigte und übertriebene Neigung, Schuld auf sich zu nehmen
 - Aktiver Modus: Abwehr (z.B. Projektion) von Schuldgefühlen trotz realer Schuld

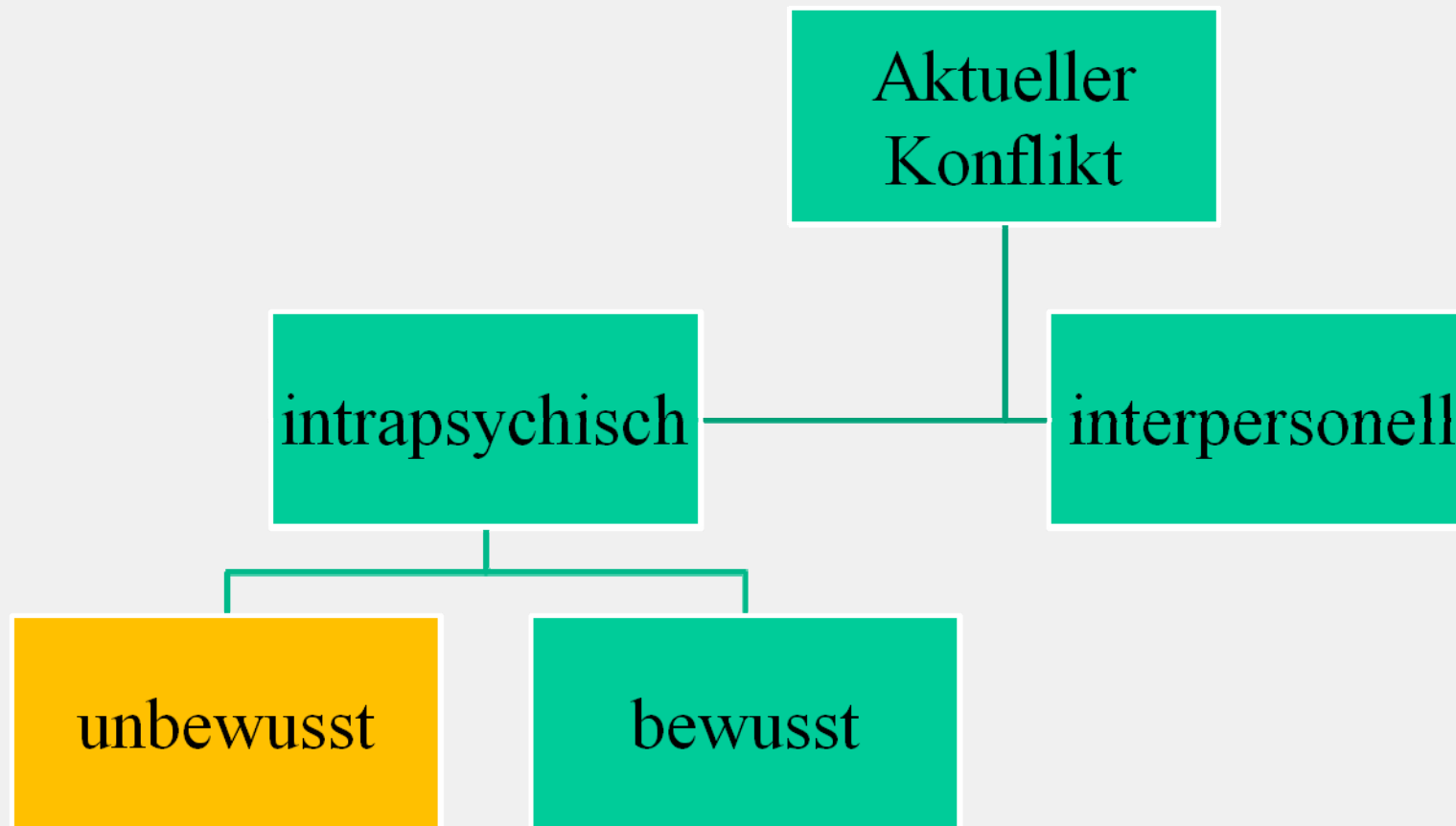
Ödipaler Konflikt

- Die Sicherheit in der männlichen oder weiblichen Geschlechtsrolle sowie die Fähigkeit zu angemessenem Konkurrieren um das andere Geschlecht sind konflikthaft gestört.
 - Passiver Modus: Übermäßige Zurückhaltung gegenüber dem anderen Geschlecht und in der Konkurrenz
 - Aktiver Modus: Übermäßige Beschäftigung mit dem anderen Geschlecht und übermäßiges Konkurrieren ohne Befriedigung

Indentitätskonflikt

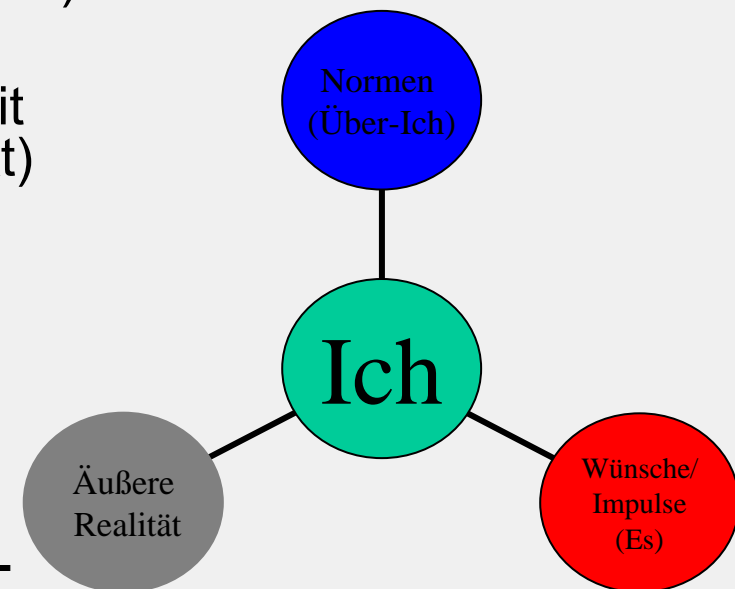
- Die Ausbildung einer kohärenten Identität ist konflikthaft gestört.
 - Passiver Modus: Identitätsunsicherheit
 - Aktiver Modus: starres Festhalten an einer bestimmten Identität (Pseudoidentität) zur Abwehr der Identitätsunsicherheit

Systematik pathogener Konflikte



Konfliktkonstellationen

- Wünsche/Bedürfnisse stehen im Konflikt mit der äußeren Realität (interpersoneller Konflikt)
- Wünsche/Bedürfnisse stehen im Konflikt mit eigenen Normen (intersystemischer Konflikt)
 - **Verbote**
 - **Ich-Ideal-Forderungen**
- Aspekte der eigenen Normenwelt stehen miteinander im Konflikt (intrasystemischer Konflikt),
 - **z.B. Über-Ich-Ich-Ideal-Konflikt: „Scham-Schuld-Dilemmata“**
- Wünsche/Impulse stehen miteinander im Konflikt (Ambivalenzkonflikt)



Der therapeutische Umgang mit Konflikten

- **Bewusste Konflikte**
 - durch Klärung darstellen
 - Entwicklung der defizitären Ich-Funktionen
- **Unbewusste Konflikte**
 - durch Abwehranalyse (Klärung, Konfrontation, Deutung) bewusst machen
 - ggf. Unterstützung bei der emotionalen Verarbeitung

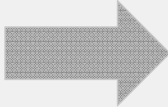
Aktuelle pathogene Konflikte

- unbewusste intrapsychische Konflikte
→ **Modell des unbewussten Konflikts**
- bewusste Konflikte
 - intrapsychisch
 - interpersonell→ **Modell des ich-strukturellen Defizits**

8

Arbeit mit dem Therapiemodell „Nachentwicklung von Ich-Funktionen“

Problembereiche bei strukturellen Störungen

- Defizitäre Ich-Funktionen
 - Unreife Abwehr
 - Unreife Objektbeziehungen
- 
- Therapeutische Beziehungsgestaltung
 - Probleme mit Übertragung und Gegenübertragung
 - Vielzahl intrapsychischer und interpersoneller Konflikte
 - Selbstschädigende Verhaltensweisen

Therapeutische Beziehung

- Rasche und heftiger Übertragungsentwicklung
 - Feindselig-entwertende-vorwurfsvolle Beziehungsgestaltung: Gefahr des Beziehungs- oder Therapieabbruchs
 - Abhängig-idealisierende Beziehungsgestaltung: Gefahr der malignen Abhängigkeitsentwicklung
- Belastung der Gegenübertragung
 - negative Emotionen in der Gegenübertragung
 - Gefahr von Verstrickungen und Therapieabbruch
 - Gefahr des professionellen „burn out“
- (Selbst-)schädigende Beziehungsmuster erfassen die therapeutische Beziehung

Gegenübertragung

- Die Summe aller Gefühle, Gedanken, Erwartungen und Impulse gegenüber dem Patienten
 - Reaktion auf Realaspekte des Patienten
 - Reaktion auf Übertragungen des Patienten
 - Folge eigener ungelöster Konflikte

Gegenübertragung

- Diagnostische Nutzung der Gegenübertragung
 - Konkordante Gegenübertragung
 - Einfühlung in die unerträglichen Affekte der Pat.
 - Komplementäre Gegenübertragung
 - Einfühlung in die negativen Affekte der Interaktionspartner

Projektive Identifizierung: Unbewusste Emotionsregulierung zu Lasten der Interaktionspartner

- unerträgliche emotionale Zustände werden zur inneren Druckentlastung in Interaktionspartner „deponiert“
- → negative Emotionen unterschiedlichster Art in der Gegenübertragung (Ärger, Hilflosigkeit, Lähmung usw.)

Regulation der eigenen Befindlichkeit

- Distanz zum negativen Gegenübertragungsaffect herstellen
 - Identifikation eigener Emotionen, Fantasien und Impulse
 - konkordante und komplementäre Identifikation in der Gegenübertragung
 - Verständnis des Mechanismus der projektiven Identifizierung
 - Sortieren“: Welche Emotionen gehören zur Pat., welche zu mir?

Therapeuten-Ressourcen zur Befindensregulierung

1 - Regulation der eigenen Befindlichkeit

- Distanz zum negativen Gegenübertragungsaffect

2 - Wissen und plausible Modellvorstellungen über die

- Psychodynamische Modelle:
 - Ich-psychologische Modelle defizitärer Ich-Funktionen
 - objektbeziehungstheoretische Modelle: z.B. Modellvorstellung des Deponierens negativer Emotionen qua projektiver Identifizierung
- Neurobiologische Modelle

3 - Strukturierte Therapiekonzeption

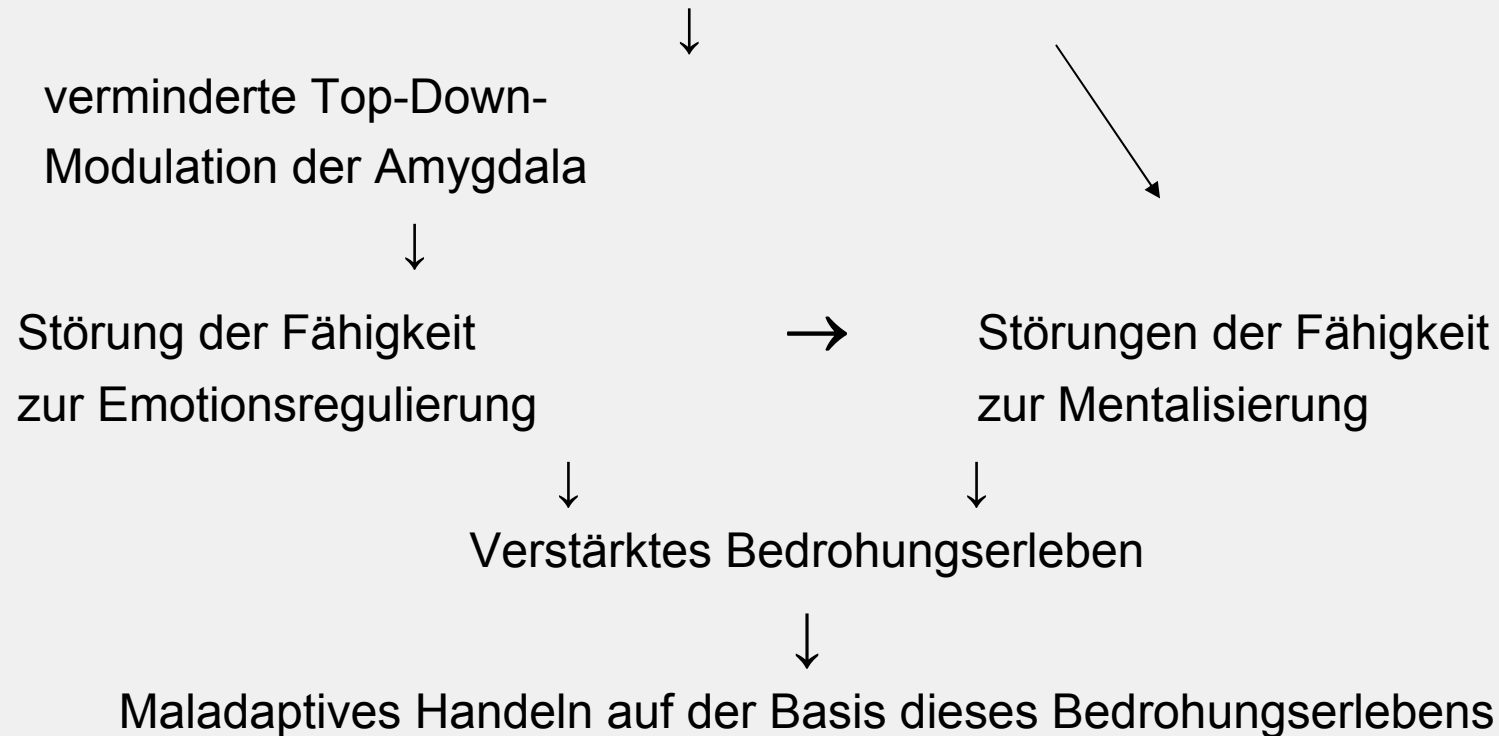
Neurobiologische Modellvorstellungen bei strukturellen Störungen

- Modell der erfahrungsabhängigen Hirnentwicklung
 - Das Wachstum des präfrontalen Cortex (als Zentrum der Emotionsregulierung) ist in hohem Maße abhängig von der Qualität des mütterlichen Attunement und der Bindungserfahrung
- Modell der verminderten Top-Down-Modulation basaler emotionaler Systeme, insbes. der Amygdala
 - → erhöhte Bereitschaft zur Wahrnehmung von Bedrohungssignalen

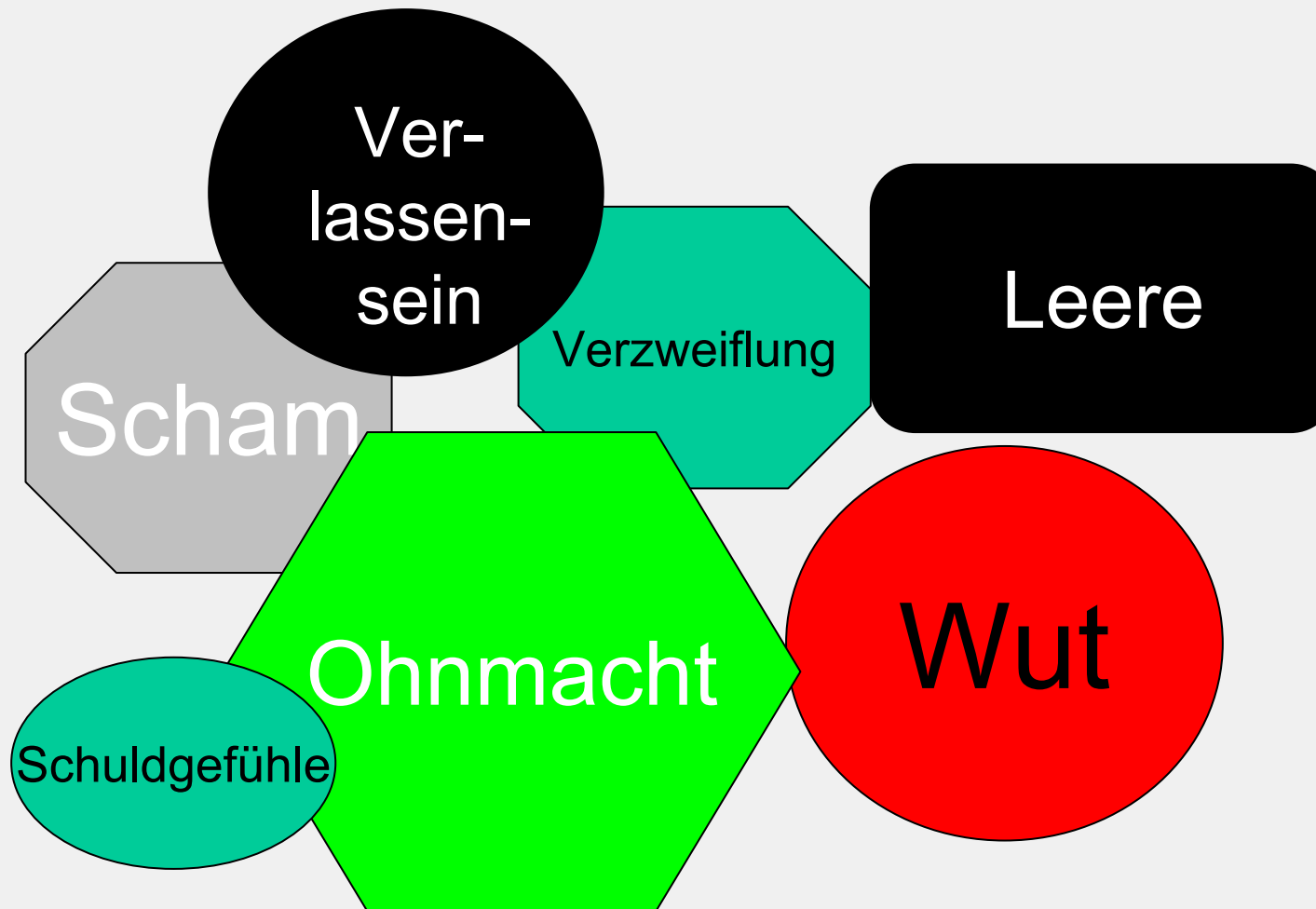
Eingeschränkte Mentalisierungsfunktion bei Persönlichkeitsstörungen

- vor allem unter Stress verminderte Fähigkeit,
 - ... über eigene und fremde mentale Zustände nachzudenken, ohne sofort zu handeln
 - ... sich selbst und wichtige Bezugspersonen als durch Bedürfnisse und Wünsche motiviert wahrzunehmen
 - Hypothesen über mentale Zustände oder Motive anderer Personen zu bilden
- wird in einer förderlichen Bindungsbeziehung erworben
- Rolle v.a. des präfrontalen Cortex
- bei Bindungstraumatisierungen gestört

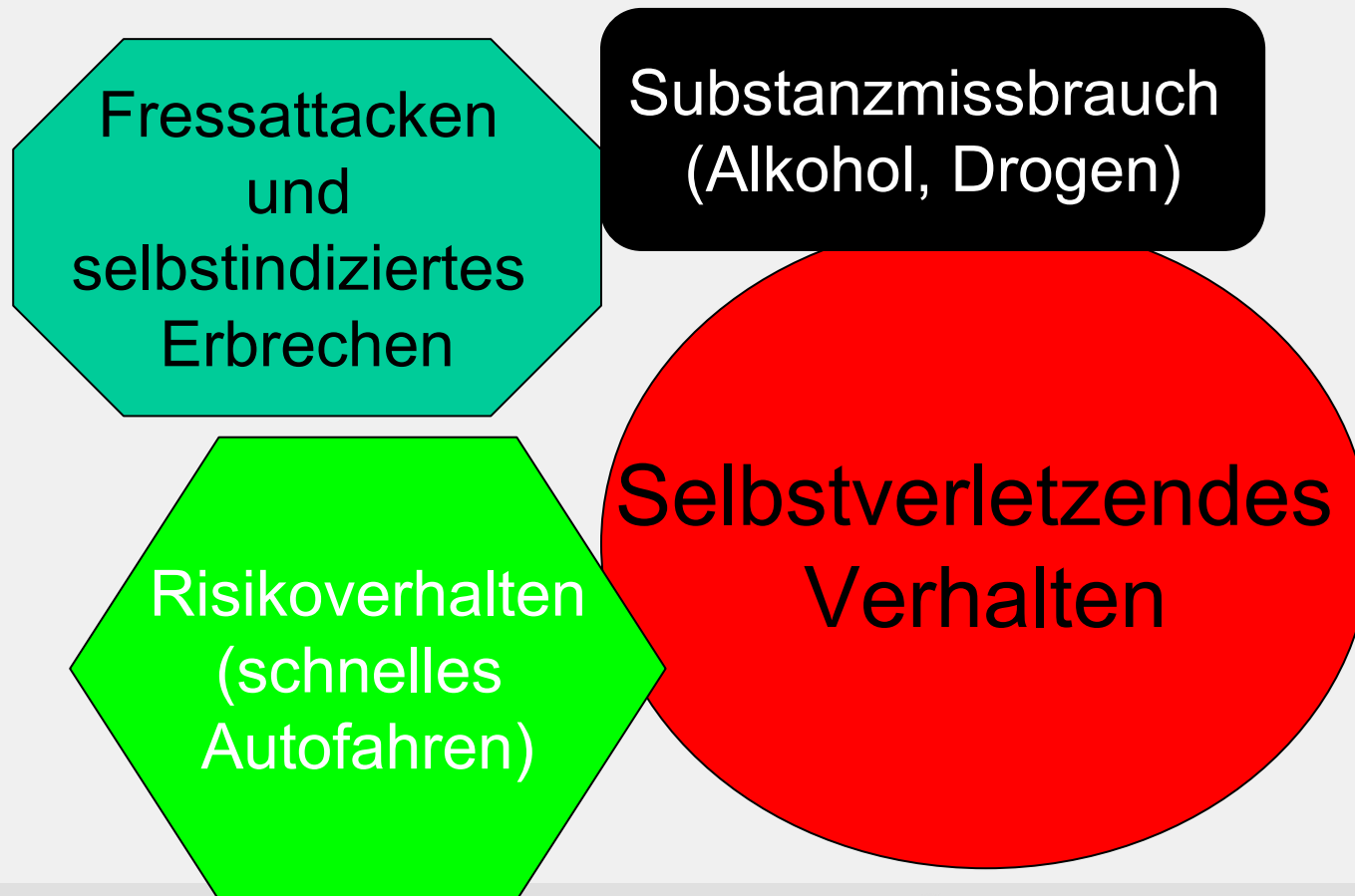
Präfrontales Defizit



Störung der Emotionsregulierung: Überflutung durch traumatische Affekte im Alltagsleben



Selbstschädigende Verhaltensweisen zur Kompensation der gestörten Emotionsregulierung



Selbstbezogene schädigende Verhaltensmuster als Ausdruck komplexer traumabedingter Funktionsdefizite

- Gefahren nicht antizipieren (können)
 - nicht für sich sorgen können (können)
 - sich nicht abgrenzen (können)
 - sich nicht schützen (können)
 - hilflos sein, nicht handeln (können)
-
- → erneuter Opferstatus (Reviktimisierungsneigung)

Interpersonelle schädigende Verhaltensweisen zur Kompensation der gestörten Emotionsregulierung

- zum Schutz vor Kränkungen, Verletzungen und Ohnmacherleben
 - entwerten
 - Aufmerksamkeit oder Zuwendung erzwingen
 - unter Druck setzen, erpressen
 - sich zurückziehen
 - drohen, beschuldigen, entwerten
 - sich unangemessen verführerisch verhalten

Therapiekonzepts bei traumabedingten Persönlichkeitsstörungen

- 1. Stabilisierung und Strukturaufbau**
 - 1.1 Sicherheit, Halt und die Stärkung der Bewältigungskompetenz
 - 1.2 Emotionsregulierung und Selbstfürsorge
 - 1.3 Mentalisierung und die Entwicklung stabiler Repräsentanzen
- 2. Schonende Traumabearbeitung**

einschl. persönlichkeitspezifischer Alltagsstressoren
- 3. Konfliktbearbeitung und die Arbeit an maladaptiven Beziehungsmustern**

Selbstwahrnehmung und Objektwahrnehmung (OPD-II)

Selbstwahrnehmung

- Selbstbild reflektieren und differenzieren
- Eigene Affekte differenzieren
- Eigene Identität entwickeln

Objektwahrnehmung

- Selbst-Objekt-Differenzierung
- Andere in den verschiedenen Aspekten wahrnehmen
- Ein realistisches Bild vom anderen entwerfen können.

Steuerung (OPD-II)

Das Selbst regulieren

- Sich von Impulsen distanzieren, sie steuern und integrieren.
- Affekte distanzieren und regulieren.
- Sich von Kränkungen distanzieren, Selbstwert regulieren.

Den Bezug zum Objekt regulieren

- Die Beziehung vor störenden Impulsen schützen. Intrapsychische statt interpersonelle Abwehr.
- Eigenen Interessen wahren und die der anderen berücksichtigen.
- Reaktionen der anderen antizipieren.

Emotionale Kommunikation (OPD-II)

Nach innen:

- Eigene Affekte generieren und erleben.
- Eigene Phantasien entwerfen und nutzen.
- Körperwahrnehmung/Körper-selbst emotional beleben.

Mit anderen:

- Emotionale Kontaktaufnahme und Reziprozität.
- Eigene Affekte ausdrücken und sich von anderen erreichen lassen.
- Empathie erleben.

Bindung (OPD-II)

An innere Objekte gebunden sein

- Internalisierung:
**Positive Selbst- und
Objektrepräsentanzen, positive
objektbezogenen Affekte**
- Positive Introjekte:
**für sich sorgen, sich
beruhigen, trösten, schützen.**
- Variabale und trianguläre
Beziehungen; keine
Loyalitätskonflikte

An äußere Objekte gebunden sein

- Sich emotional an andere binden
zu können. (Dankbarkeit,
Fürsorge, Schuld, Trauer)
- Hilfe, Unterstützung,
Entschuldigungen von anderen
annehmen können
- Sich aus Bindungen lösen und
Abschied nehmen können.