RESSOURCENORIENTIERTE PSYCHODYNAMISCHE PSYCHOTHERAPIE

Wolfgang Wöller

Bonn

Einleitung

Ressourcenorientierte psychodynamische Psychotherapie – *eine neue Form der psychodynamischen Therapie?*

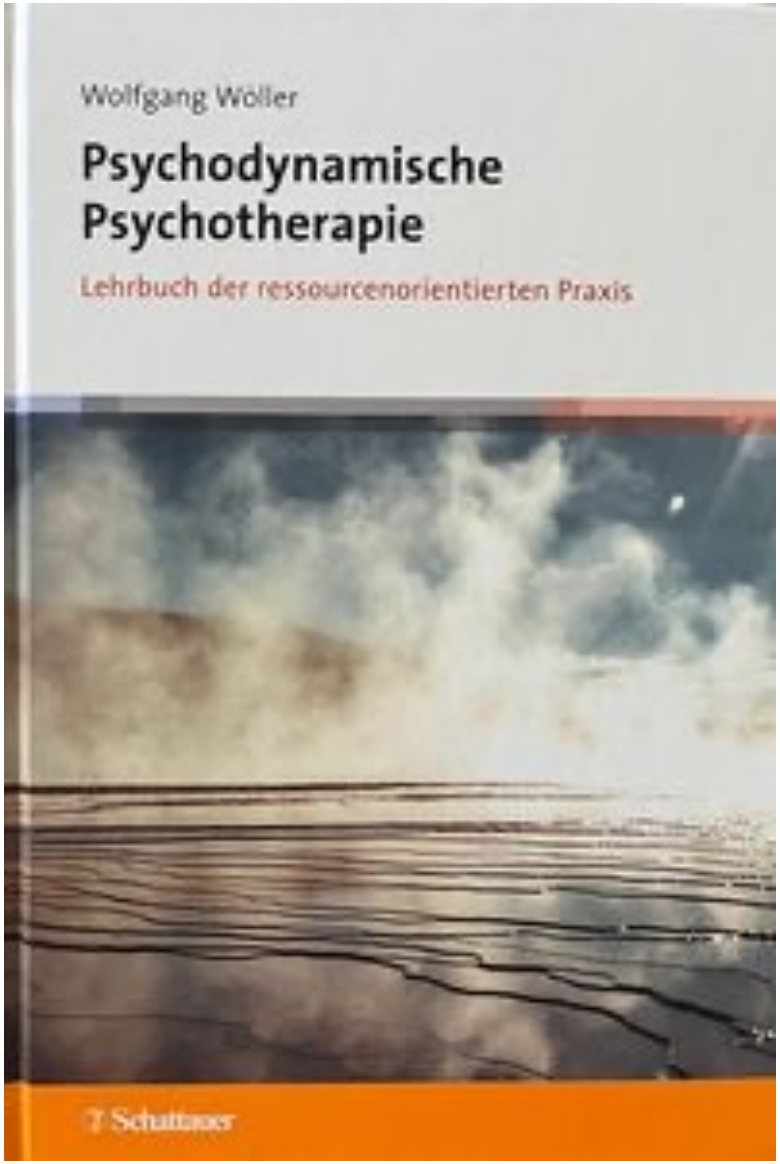
Nein !

aber vielleicht

... eine neue Perspektive auf die psychodynamische Therapie

… eine neue Haltung für die psychodynamische Behandlungsführung

… neue Hinweise für die Praxis psychodynamischer Therapie


Wolfgang Wöller
Psychodynamische Psychotherapie
Lehrbuch der ressourcenorientierten Praxis
Schattauer

Einleitung

- Ziel: zeitgemäßes Verständnis psychodynamischer Psychotherapie als ressourcenorientierter Beziehungswissenschaft
  - Behandlungskonzeption, die
    - den Reichtum des psychoanalytischen Erfahrungswissens bewahrt
    - den Befunden moderner Neuro- und Entwicklungswissenschaften Rechnung trägt
    - die Ergebnisse der empirischen Psychotherapieforschung berücksichtigt
  - Grundüberzeugungen:
    - Das Wirkprinzip der Ressourcenorientierung ist hervorragend mit einem psychodynamischen Therapieverständnis vereinbar.
    - Eine ressourcenbasierte psychodynamische Beziehungsgestaltung ist eine optimale Grundlage für die Bearbeitung unbewusster Konflikte, struktureller Einschränkungen und traumatischer Erinnerungen.

ÜBERSICHT

1. Theorien und Konzepte als Ressourcen?
2. Ressourcenorientierte psychodynamische Beziehungsgestaltung
3. Ressourcenorientierung im Konflikt-, Struktur und Repräsentanzenparadigma

Psycho-dynamische Theorien und Konzepte als Ressourcen?

Psychodynamische Therapie unter dem Ressourcenblickwinkel

- Beziehungsorientierung
- Suche nach Bedeutungen
- Herstellen von Verbindungen
- Übertragung als Chance

Theorien und Konzepte als Ressourcen?

- Eine kurze (kritische) Geschichte der psychodynamischen Theorieentwicklung

Theorien und Befunde unserer Nachbarwissenschaften als Ressourcen?

- → Grundlagen ressourcenbasierter psychodynamischer Psychotherapie

Ressourcenorientierte psychodynamische Beziehungsgestaltung

- Therapeutische Haltung und Therapiebeziehung
  - regulieren
  - kooperative Beziehung „auf Augenhöhe“ fördern
  - Grundbedürfnisse wahrnehmen
  - Synchronien und Resonanzen erzeugen
  - Rolle der positiven Emotionalität
  - Übertragung – Gegenübertragung
  - Beziehungsbrüche identifizieren und ggf. reparieren

RESSOURCENORIENTIERUNG IM KONFLIKT-, STRUKTUR UND REPRÄSENTANZENPARADIGMA

- Neubewertung und Neuordnung des therapeutischen Instrumentariums
- spezifische ressourceaktivierende Behandlungstechniken und –methoden
- ressourcenorientierter Umgang mit Blockaden des therapeutischen Prozesses

Psychodynamische Therapie unter dem Blickwinkel der Ressourcenorientierung

Zentrale „Ressource“ psychodynamischer Therapie: Psychodynamisches Beziehungsverständnis

Suche nach Bedeutungen und Herstellen von Verbindungen	• Bestreben, alle in der Therapiesituation auftretenden Phänomene unter dem Blickwinkel der jeweiligen subjektiven Beziehungsrealität zu reflektieren
Überzeugung, dass alles therapeutische Denken und Handeln immer auch durch unbewusste Motive determiniert ist	• Die herausragende Rolle unbewusster Prozesse bleibt auch bei einem ressourcenorientierten Therapieverständnis uneingeschränkt erhalten.
Erfassung von Beziehungsrepräsentanzen und ihrer Schicksale samt der sie begleitenden Emotionen	• Wechselwirkung der inneren Welt der Repräsentanzen mit der Welt der äußeren Beziehungen • Erforschung des Fantasielebens und Auseinandersetzung mit der äußeren Realität

Multiperspektivische Betrachtung

- beziehungsorientierte Perspektive
  - objektbeziehungstheoretische, selbstpsychologische, postkleinianische, intersubjektive und relationale Positionen
  - Ergebnisse der entwicklungspsychologischen Forschung und der Psychotherapieforschung
- Perspektive motivationaler Konflikte
  - Konfliktverständnis nicht mehr auf der Basis der Triebtheorie, sondern als Konfliktgeschehen zwischen unterschiedlicher Motivationssystemen
- Perspektive der Prozeduren der Selbst- und Beziehungsregulation
  - Hintergrund: psa. Ich-psychologie
  - neurobiologischen Erkenntnisse zur implizite und prozeduralen Gedächtnissystemen
  - Verbesserung die Verfügbarkeit von Ich-Funktionen
- Perspektive „abgespaltener“ psychischer Inhalte und Persönlichkeitsaspekte traumatischen Ursprungs
  - Erkenntnisse Pierre Janets und das darauf aufbauende moderne psychotraumatologische Wissen

Wirksamkeit psychodynamischer Psychotherapie

- Aktuelle Metaanalyse zum Vergleich PDT mit anderen empirisch gesicherten Therapien (Steinert, Leichsenring et al. 2017)
  - 23 RCT mit 2.751 Patienten
  - → keine Unterschiede in der Wirksamkeit zwischen PDT und anderen nachweislich wirksamen Verfahren
- Effekte psychodynamischer Therapie bleiben nicht nur über einen längeren Zeitraum erhalten, sondern steigen mit der Zeit noch an.
  - 5 unabhängige Metaanalysen (Abbass et al. 2006; Anderson & Lambert 1995; de Maat et al. 2009; Leichsenring & Rabung 2008; Leichsenring et al. 2004)

Wirksamkeit von Psychotherapie

		Mittlere Effektstärke
Smith, Glass, & Miller (1980)	Metaanalyse über 475 Studien	0.85
Lipsey & Wilson (1993)	Review über 40 Metaanalysen	0.81
Grissom (1996)	68 Metaanalysen zu Studien mit behandlungsfreien Kontrollgruppen	0.75

Wirksamkeit von Psychotherapie

Psychotherapie ist bei der Mehrzahl der behandelten Patienten eine ausgesprochen wirksame Intervention.

Jedoch: 30 % bis 50% der Psychotherapie-Patienten zeigen während der Zeit, in der sie Psychotherapie in Anspruch nehmen, keine Besserung (Lambert 2010).

Zu einer Verschlechterung kommt es

- bei Erwachsenen in 5% bis 10% der Fälle (Hansen et al. 2002; Lambert & Ogles 2004)
- bei Kindern und Jugendlichen in 12% bis 20% der Fälle (Warren et al. 2010).

Einflüsse auf die Varianz des Therapieerfolgs

Klienten- und extratherapeutische Faktoren	80-87 %
Behandlungseffekte	**13-20 %**
- Arbeitsbündnis	**5-8 %**
- Erwartungseffekte	**4 %**
- Therapeuteneffekte	**4-9 %**
- Therapietechnik	**1 %**

Bertolino, B., Bargmann, S., & Miller, S. D. (2013). Manual 1: What works in therapy: A primer. The ICCE manuals of feedback informed treatment. Chicago, IL: International Center for Clinical Excellence.

Wampold, B. E., & Brown, G. S. (2005). Estimating variability in outcomes attributable to therapists: A naturalistic study of outcomes in managed care. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73(5), 914-923.

Ressourcenorientierung: Zentrale Annahme

- Menschen haben auch dann, wenn sie sich aktuell in Zuständen störungsbedingt herabgesetzter Stimmungslage und verminderter Selbstwirksamkeit befinden, in ihrem Leben immer auch wertvolle Kompetenzen erworben und positive Erfahrungen gemacht haben, die sich für die Therapie aktivieren und nutzen lassen.

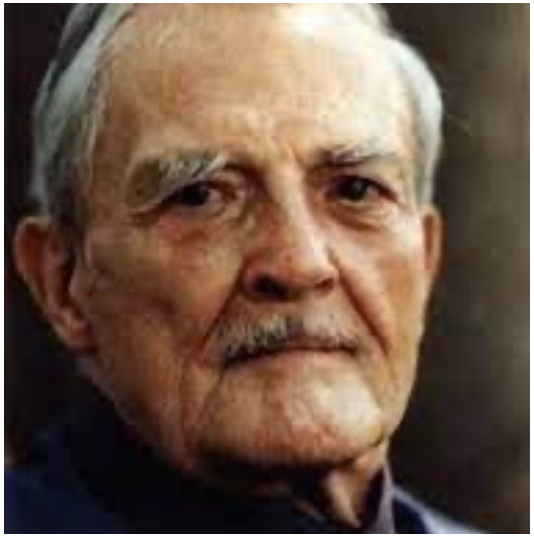
→ Ressourcenaktivierung verfolgt dabei das Ziel, ihnen wieder den Zugang zu den vorhandenen, aber nicht unmittelbar verfügbaren Kompetenzen und Erfahrungen zu verschaffen (Willutzki & Teismann 2013)

Ressourcenorientierung und psychoanalytisch orientiertes Denken

- C.G. Jung (1954): das Unbewusste als aktive Quelle der Weisheit

Ressourcenorientierung und psychoanalytisch orientiertes Denken

- Milton Erickson
  - von der Hypnose ausgehend
  - Begründer der Methode der Hypnotherapie
  - “das Unbewusste jedes Menschen als unerschöpfliche Quelle der Selbstheilung“



Was sind Ressourcen?

- Psychotherapeutischer Kontext:
  - Gezieltes Aufgreifen von Kompetenzen und Stärken der Patienten → günstige Therapieergebnisse
  - gezielte Lenkung der Aufmerksamkeit hin zu den Ressourcen des Patienten

  → Verbesserung der therapeutischen Beziehung

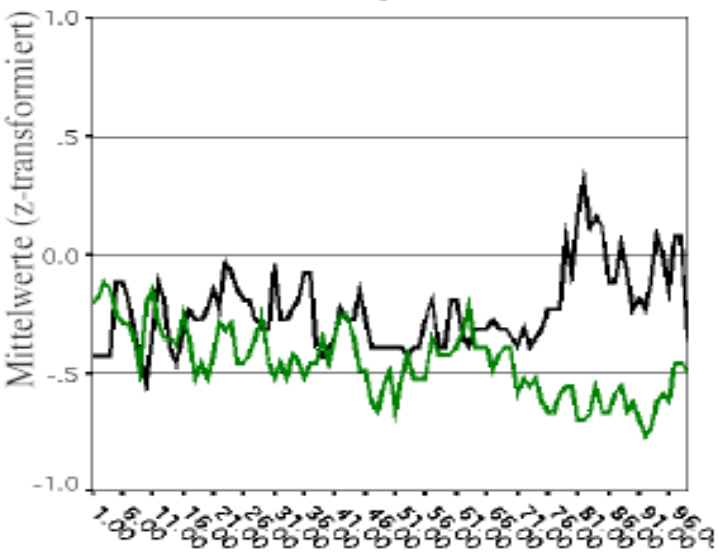
  → wirksamere Problembearbeitung (Flückiger & Wüsten 2015).

Wie weit sind in der Therapie die Ressourcen der Patienten aktiviert?

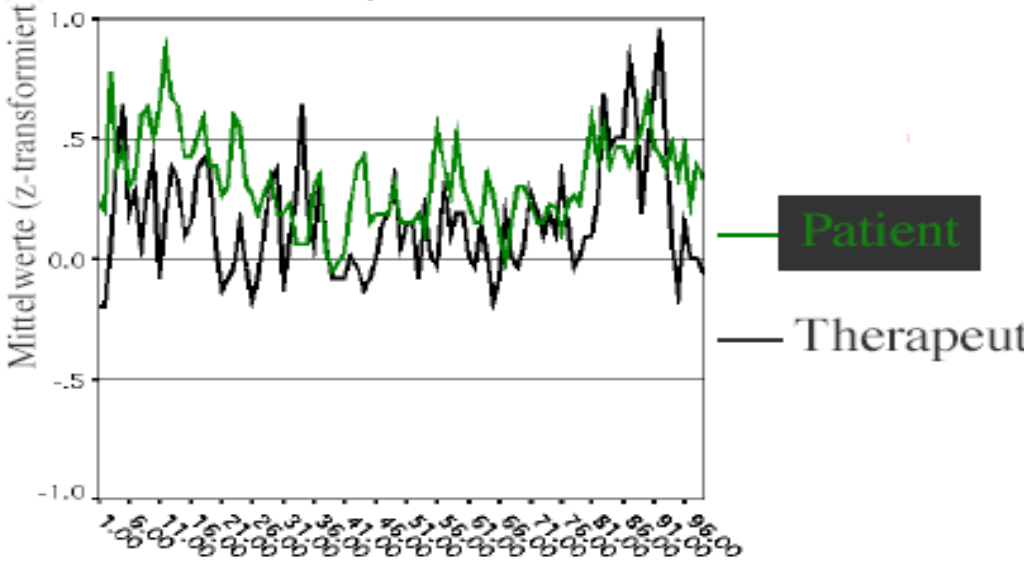
- In wie weit fühlt sich die Patient*in in der Therapie in ihren eigenen Werten und Zielen unterstützt? (vs. Ziele der Therapeut*in)
- Kann die Patient*in ihre eigenen Stärken und schätzenswerten Eigenschaften wahrnehmen? (vs. die eigenen Probleme und Schwächen)
- In wie weit ist das Verhalten der Patient*in in der Therapie durch ihre eigenen motivationalen Ziele bestimmt? (vs. durch die Vorstellungen der Therapeut*in oder die Vorgaben des Therapiesettings)

Ressourcenaktivierung in nicht erfolgreichen und erfolgreichen Therapien (Grawe)

Ressourcenaktivierung in nicht-erfolgreichen Therapiesitzungen



Ressourcenaktivierung in erfolgreichen Therapiesitzungen



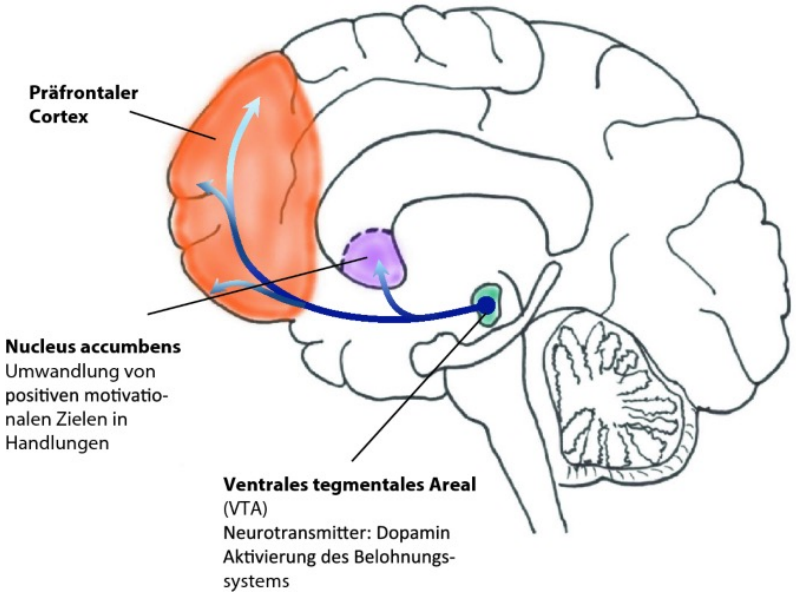
Ressourcenorientierung – neurobiologisch betrachtet

- Kontakt mit positiven Emotionen
- → Bildung positiver Erwartungen
- → Voraussetzungen für Lernvorgänge in der Therapie (Dahlitz 2015).
- Neuronales Wachstum ist auf eine sichere und positiv getönte Umgebung angewiesen (Cozolino 2014).

Ressourcenorientierung – neurobiologisch betrachtet

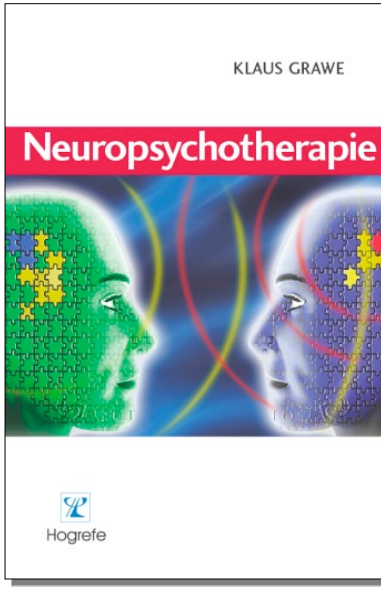
- Ressourcenaktivierung versetzt einen Patienten durch die Förderung positiver Emotionen in einen Annäherungsmodus
- Annäherung an positiv besetzten Ziele
  - Aktivierung des Belohnungssystems
  - Leitaffekte Freude und Stolz (Grawe 2004).

- Vermeidungsmodus dient der Bedrohungsabwehr
  - Leitaffekt: Angst



Berücksichtigung der Grundbedürfnisse

- Adaptive Netzwerke können entstehen, wenn durch Psychotherapie möglichst alle 4 Grundbedürfnisse befriedigt werden:
  - Bindungsbedürfnis
  - Bedürfnis nach Orientierung und Kontrolle
  - Bedürfnis nach Selbstwerterhöhung und Selbstwertschutz
  - Bedürfnis nach Lustgewinn und Unlustvermeidung



Was sind Ressourcen?

interne Ressourcen

- Kompetenzen, Stärken und positive Erfahrungen
  - Befriedigung zentraler Bedürfnisse
  - Stabilität des Befindens
  - Bewältigung von Lebensproblemen

externe Ressourcen

- nutzbare persönliche, familiäre, soziale und andere Unterstützungs-quellen im Umfeld einer Person

Definition von Ressourcen

nach Nestmann (1996)

"Letztlich alles, was von einer bestimmten Person (ohne selbstschädigend zu sein) in einer bestimmten Situation wertgeschätzt wird oder als hilfreich erlebt wird, kann als eine Ressource betrachtet werden.”

Als Ressource kann alles genutzt werden, was (ohne selbstschädigend zu sein) einen positiven Körperstate hervorruft!

Spezifika einer Ressourcenperspektive

Rolle der positiven Emotionalität für einen erfolgreichen Therapieverlauf	• positive emotionale Gestimmtheit → Motivation, weitere Problemlösungen zu suchen • Bedeutung positiver Fantasiebildungen
Annahme, dass Patienten viele Kompetenzen und Fähigkeiten zur Generierung von Problemlösungen und positiver Emotionalität in ihrem Innern auffinden, wenn wir sie dabei unterstützen	• keine bevorzugte Hinwendung der Aufmerksamkeit zu negativen Beziehungserfahrungen und Erfahrungen des Scheiterns → Gefahr der Problemtrance
Orientierung an Grundbedürfnissen bei Patienten *und* Therapeuten	• Grundbedürfnis nach Sicherheit, Orientierung und Kontrolle, das Bindungsbedürfnis, das Bindungsbedürfnis nach Selbstwertregulierung als Voraussetzung für die Arbeit an motivationalen Konflikten, strukturellen Defiziten oder traumatischen Erinnerungen
Selbstregulation und Mentalisierungsfunktion von Therapeuten	• Transformation negativer Emotionalität in der Gegenübertragung

Ressourcenorientierung und traditionell psychoanalytisch orientiertes Denken

- skeptische Haltung gegenüber ressourcenorientierten Ansätzen
- → Sorge, das psychoanalytische Konfliktverständnis könnte einem oberflächlichen Positiv-Denken geopfert werden
- Jedoch: Integration ressourcenbasierter Ansätze in der psychodynamischen Arbeit *mindert nicht* die Bedeutung
  - der Arbeit an unbewussten Konflikten
  - der Auseinandersetzung mit ängstigenden, schmerzhaften oder schamerfüllten Aspekten menschlichen Erlebens
  - des in mehr als einem Jahrhundert gesammelte Erfahrungswissens

Ressourcen-orientierung und psychoanalytisch orientiertes Denken

- Aspekte von Ressourcenaktivierung waren im psychoanalytischen Denken immer angelegt, wurden aber selten als solche expliziert und systematisiert.
  - Winnicotts (1953): Konzept des Möglichkeitsraums
  - Wandlung der ursprünglich als störend erlebten Phänomene von Übertragung und Gegen-übertragung zu zentralen therapeutischen Instrumenten
    - Wandlung der Gegenübertragung vom „Aschenputtel“ zur „Prinzessin“ (Thomä & Kächele 2006)
- Fokus lag traditionell
  - auf der Durcharbeitung negativer Beziehungs-erfahrungen
  - auf der Möglichkeit, negative Emotionen in den Therapieprozess einzubringen
- Bestätigende, ermutigende oder selbstwertstärkende Interventionen wurden eher toleriert als gefördert.

Ressourcenorientierung und psychoanalytisch orientiertes Denken

- Ressourcenperspektive kann dem psychodynamischen Beziehungs- und Bedeutungsverständnis wertvolle Impulse verleihen:
  - Vertiefung des therapeutischen Prozessgeschehens
  - Durch ressourcenaktivierende Interventionen können kontraproduktive Abwehrmuster verzichtbar werden.
  - Zugang zum Erleben auch negativer Emotionen kann erleichtert werden.

Vorhandene und benötigte Ressourcen im psychothera-peutischen Kontext

Interne Ressourcen

- Kompetenzen und Fähigkeiten
  - fachliche Kompetenzen
  - selbst- und beziehungsregulatorische Kompetenzen
  - Fähigkeiten zu Reflexion und Mentalisierung
  - erlerntes therapeutisches Handlungswissen
- Inventar an Theorien, Modellen und Behandlungsstrategien

Externe Ressourcen

- unterstützende berufliche und private Strukturen
- Ausbildung und Supervision
- kooperative Mitarbeit unserer Patienten

→ Wie gut sind wir mit inneren und äußeren Ressourcen ausgestattet, um einen therapeutischen Prozess wirksam zu unterstützen?

→ Inwieweit können wir dafür Erkenntnisse und Techniken nutzen, die im Rahmen ressourcenorientierter Therapieansätze bereits entwickelt wurden?

Ressourcenbasierte Beziehungsgestaltung

kooperative therapeutische Beziehung

- eigene therapeutenseitige Ressourcen
- Ressourcen der Patienten
- Ressourcen, die den Patienten und den Therapeuten emergent aus der therapeutischen Beziehung erwachsen

Aufgaben ressourcenbasierter Psychotherapie

Identifikation vorhandener Ressourcen

Identifikation benötigter Ressourcen

→ Klärung, wie weit die benötigten Ressourcen

- verfügbar sind
- aktiviert werden können
- auf andere Weise zur Verfügung gestellt werden können
- → Aktivierung der benötigten Ressourcen
  - → therapeutischen Aktivitäten, die diese Prozesse unterstützen

Ressourcenorientierung – umfassendes Verständnis

Ressourcen für die Patientin

- alles, was dazu dient,
  - positive emotionale Zustände herzustellen/die Therapieziele zu erreichen
    - → Ressourcen … vorhanden? benötigt? aktivierbar?
    - z.B. Kompetenzen, Erfahrungen, therapeutische Beziehung, Interventionen, Techniken, Settings etc.

Ressourcenorientierung – umfassendes Verständnis

Ressourcen für die Therapeutin

- alles, was der Therapeutin hilft, in ihrer Arbeit wirksam zu sein
  - Ressourcen … vorhanden? benötigt? aktivierbar?
- z.B. Theorien, Weiterbildung, Supervision
- Beziehung zu Kollegen/Vorgesetzten/Institutionen
- Patienten

Ressourcenorientierung – umfassendes Verständnis

Ressourcen für die psychodynamische Therapie

alles, was der psychodynamischen Therapie hilft, wirksam zu sein

- → Ressourcen … vorhanden? benötigt? aktivierbar?
  - z.B. gute Theorien, Akzeptanz und Respekt durch Patienten, Politik und Wissenschaft

2 – Psychodynamische Theorien und Konzepte als Ressourcen?

Fragen an eine zeitgemäße psychodynamische Therapie

- → Wie weit sind für die jeweilige therapeutische Zielsetzung Theorien, Konzepte, Methoden und Behandlungsstrategien in ausreichendem Maße vorhanden?
- → Wie weit und unter welchen Bedingungen können die vorhandenen Theorien, Konzepte und Methoden tatsächlich als Ressourcen im Dienst der Zielerreichung genutzt werden?
- → Welche zusätzlichen Theorien, Konzepte, Methoden und Behandlungsstrategien werden benötigt?
- → Wie können sie verfügbar gemacht werden?

Validität der psychoanalytischen Theoriebildung?

- Die grundlegenden Annahmen psychodynamischer Therapie sind empirisch gesichert.
  - Empirisch ausreichend gesicherte Theorieteile sind vor allem:
    - die psychoanalytische Abwehrlehre
    - die Bedeutung unbewusster Prozesse
    - das psychogenetisches Entwicklungsprinzip
    - die Theoriebildung zu regulativen Strukturen (Ich-Funktionen)
  - Ein Teil der theoretischen Positionen der Psychoanalyse ist nicht mehr haltbar.
    - Theorieteile, die spekulativ sind → allenfalls als klinisch brauchbare Metaphern erhaltenswert
      - Nicht wenige psychoanalytische Autoren haben völlig unbekümmert die seit langem gesicherten Ergebnisse der biologischen Wissenschaften ignoriert.
        - reichhaltige Theorieproduktion der kleinianischen Tradition – u.a. namhafter Autoren der jüngeren Zeit wie Thomas Ogden (1989) oder Frances Tustin (1969)
        - Ausläufer der kleinianischen Theorieannahmen in der Theoriebildung O.F. Kernbergs (1992)

Validität der psa. Theoriebildung?

- Kaum Theorien, die auf die Befundlage der Nachbarwissenschaften Bezug nehmen.
  - Ausnahme: Mentalisierungstheorie von Fonagy et al. (2011) → Expliziter Bezug auf die Säuglingsforschung und die Bindungstheorie
  - bisher keine überzeugende Theoriebildung, die die empirischen Ergebnisse zum Prinzip der Ressourcenaktivierung als einem wichtigen Wirkfaktor von Psychotherapie (Grawe 1997) aufgegriffen hätte.

Forderungen an die psychoanalytische Theoriebildung

- Unsere Theorien sollten den Theorien unserer Nachbarwissenschaften auf Augenhöhe begegnen können.
  - Es ist unstrittig, dass hermeneutische Elemente einen wesentlichen Teil jeder psychodynamisch geprägten Arbeit ausmachen.
    - kein grundsätzlicher Verzicht auf Evidenzbasierung
      - Verführung, sich über das eigene Wirken illusionäre Vorstellung zu machen (Walter & Müller 2011).
  - Präzisierung der theoretischen Hintergrundmodelle
  - Anschluss der psychoanalytischen Theoriebildung an die wichtigsten Nachbarwissenschaften
    - Entwicklungspsychologie
    - Bindungsforschung
    - neurobiologische Forschung
    - soziologische, ethnologische und verhaltensbiologische Forschung.
  - → sonst Gefahr einer Isolierung gegenüber den Nachbarwissenschaften.

Unscharfe Begrifflichkeiten sollten durch präzisierende Beschreibungen ersetzt werden.

- besser konzeptuelle Multiplizität als Rekurs auf einheitliche, aber unpräzise Konstrukte wie „das Unbewusste“
  - statt uneindeutiger Beschreibungen („zwei Unbewusste sprechen miteinander“) → Spezifizierung der angenommenen Mechanismen
  - keine Begriffe, die mit unterschiedlicher Bedeutung gebraucht werden und zu theoretischer Ungenauigkeit führen (Westen 2002).
- Ende des undisziplinierten Theoretisierens und überkreativer Neologistik
  - Konzepte, die nicht in der klinischen Beobachtung verankert sind, sollten sich nicht verbreiten dürfen.
- Eine so ausgerichtete Forschung und stärkere Evidenzbasierung der Psychoanalyse würde engere Verbindungen mit alternativen Arten der Datensammlung erfordern,
  - etwa solchen, wie sie in den modernen Sozialwissenschaften und Neurowissenschaften üblich sind.

Validierung psychoanalytischer Konzepte

- Vergleich der oft widersprüchlichen Konzepte → Klärung der ihnen zu Grunde liegenden Hintergrundannahmen
  - Versuche der Klärung wichtiger psychoanalytischer Schlüsselkonzepte – z.B. Konzepte des Enactment (Bohleber 2013) und der unbewussten Fantasie (Bohleber et al. 2016).
  - Wie weit genügen sie sie den Ansprüchen an eine wissenschaftlich solide Theoriebildung?
    - Konsistenz mit dem allgemein akzeptierten Wissenskorpus benachbarter Disziplinen?
    - nicht nur zufriedenstellende interne Konsistenz, sondern auch externe Kohärenz
    - Validierung in einem anderen Kontext als der psychoanalytischen Situation (Rubovits-Seitz 1992).
- Theorien oder Bestandteile, die sich als unvereinbar mit den geforderten Gütekriterien erweisen, sollten aus dem Kanon der akzeptierten Theorien ausgeschlossen werden (Hanly 2011; Jiménez 2006; Wallerstein 1990).

Unterscheidung zwischen Theorien und klinisch nützlichen Metaphern

- Güte-Kriterien von Theorien
  - u.a. Kriterium, dass Theorien nicht im Widerspruch zu bewährten Theorien benachbarter Wissenschaften stehen und ihnen gegenüber prinzipiell anschlussfähig sein sollten
  - Metaphern und Bilder
    - unverzichtbares Element lebendiger Psychotherapien
    - können das Verständnis komplexer klinischer Phänomene bereichern
    - sind von anderer Qualität und haben eine andere Funktion als wissenschaftliche Theorien
    - werden dringend gebraucht, um Sachverhalte zu beschreiben, die nicht oder nur unscharf symbolisch repräsentiert sind und sich unserer logisch stringenten Durchdringung nicht oder noch nicht erschließen

Stehen wir vor einem Paradigmenwechsel?

- Paradigmenwechsel als normaler Vorgang
  - Jede Wissenschaft muss ihre etablierten Theorien, die „Paradigmen“ nach Kuhn (1967) revidieren, um sich weiterentwickeln zu können.
    - ernsthafte Zweifel, ob die Psychoanalyse mit ihrem derzeitigen Theorienfundus als akzeptierte Wissenschaft überleben kann.
    - Dem Begriff „Psychoanalyse“ haftet für breite Kreise der akademischen Welt der Makel des wissenschaftlich Unseriösen oder zumindest Veralteten an.
    - → Unglück angesichts der immensen Verdienste der Psychoanalyse – gesamtgesellschaftlich und in der Krankenbehandlung
- optimistische Perspektiven:
  - unübersehbar lebendiges Weiterleben psychoanalytischen Gedankenguts in vielen klinischen und außerklinischen Kontexten

Nicht Pluralität ist das Problem, sondern der Wildwuchs der Theoriebildung

- Problematisch ist nicht die Tatsache, dass unterschiedliche Theorien zur Erklärung der vielfältigen Phänomene zur Verfügung stehen
  - in der Welt der Wissenschaft nichts Ungewöhnliches
  - Unterschiedliche und manchmal auch miteinander in Widerspruch stehende Theorien können zur Erklärung komplexer Phänomene herangezogen werden.
  - Pluralität von Theorien und Methoden in den meisten zeitgenössischen wissenschaftlichen Disziplinen
  - Die Psychoanalyse ist im Kanon der Wissenschaften *keinesfalls isoliert*, und befindet sich in guter Gesellschaft mit verschiedenen anderen Wissenschaften, die mit ähnlichen Problemen zu kämpfen haben (Hampe 2003).
- Vielmehr ist es der theoretische Wildwuchs, der Sorgen bereitet.
  - Multiperspektivisches Vorgehen kann, im Gegenteil, viele Vorteile bringen. Insofern kann ein Pluralismus qualitativ hochwertiger Theorien sogar eine Chance sein.

Eigene Positionierung

- Psychoanalyse wird als intellektuelle Kraft im 21. Jahrhundert nur dann überleben können, wenn sie sich der Herausforderung stellt, in eine interdisziplinäre Kooperation mit den Neurowissenschaften und der Psychologie einzutreten und sich deren Verständnis der menschlichen Psyche zu öffnen.

  - “Die Stimme des Intellekts ist leise, aber sie ruht nicht, ehe sie sich Gehör geschafft hat. Am Ende, nach unzählig oft wiederholten Abweisungen, findet sie es doch." (Freud 1927, S. 377)

Wie können wir Orientierung gewinnen?

- Analyse der wissenschaftshistorischen Bedingungen der gegenwärtigen Theoriekrise
  - Erarbeitung einer wissenschaftstheoretischen Position, auf deren Basis Kriterien für eine Beurteilung des gegenwärtigen Theorienangebots gewonnen werden können.
  - metatheoretische Überlegungen zu einem psychoanalytisch reflektierten Umgang mit Theorien
- Abriss der psychoanalytischen Theorieentwicklung
  - Bewertung der Theorien nach den gewählten Kriterien und Beurteilung, inwieweit sie mit Forschungsergebnissen der Nachbarwissenschaften – vor allem der Entwicklungs- und Neurowissenschaften und der Psychotherapieforschung – in Einklang zu bringen sind
- Zusammentragen und Einbeziehung wichtig erscheinender und empirisch genügend abgesicherter Befunde aus den Nachbardisziplinen
  - Befunde zur Regulation von Beziehungen und zur Bedeutung der nonverbalen Kommunikation
  - Ergebnisse der empirischen Psychotherapieforschung
  - überzeugende empirische Befunde zum Stellenwert der Ressourcenaktivierung
- Entwicklung eines psychodynamischen Behandlungskonzepts
  - das von der großen Mehrheit der gegenwärtig psychodynamisch arbeitenden Praktiker geteilt werden kann

3 – Eine kurze (kritische) Geschichte der psychodynamischen Theorieentwicklung

Theoretische Perspektiven der Psychoanalyse

- „Klassische“ Theorien (Pine 1990)
  - triebtheoretische: S. Freud, Karl Abraham, Otto Rank, Sandor Ferenczi, M. Klein
  - ich-psychologische: A. Freud, H. Hartmann
  - selbstpsychologische: H. Kohut
  - objektbeziehungstheoretische: M. Mahler, W.R. Fairnbairn, D.W. Winnicott, M. Balint, O.F. Kernberg
- Zeitgenössische Theorien
  - intersubjektive: D.N. Stern, K. Lyons-Ruth, R.D. Stolorow, T.H. Ogden
  - relationale: J. Greenberg, S.A. Mitchell
  - post-kleinianische: W.R. Bion
  - mentalisierungsorientierte: P. Fonagy

Grundlegende psa. Konzepte – empirisch bestätigt
(Shedler 2010, Cortina 2010)

- Gegenwärtige psa. Theorien sind mit zeitgenössischen Modellen der Psyche (Kandel 2006, Kendler 2008) vereinbar.
  - unbewusste Prozesse und Motivationen (Bucci 1997, 2005; Westen, 1999; Westen & Gabbard, 2002)
  - emotionale Prozesse (Damasio 1994, LeDoux 1996), Panksepp 1998)
  - Abwehrprozesse (Anderson et al., 2004; Depue et al. 2007)
  - Entwicklungsprozesse (Bowlby 1969; Sroufe et al. 2005)
  - Gegenübertragung (Hayes & Gelso 2011)
  - Bindung sowie intersubjektive und kulturelle Prozesse (Trevarthen 2005; Stern 1985; Beebe et al. 2005)
  - Fantasien und innere Bilder (Domhoff, 1999; Tomasello et al. 2005)

Theorienlandschaft der Psychoanalyse

- Unzureichende Kompatibilität einiger traditionell hochgeschätzter Theorien der Psychoanalyse mit gesicherten Befunden ihrer Nachbarwissenschaften
  - Entwicklungs- und Neurowissenschaften
  - Säuglings- und Kleinkindforschung
  - akademische Psychologie
  - Sozialpsychologie
- Grundannahmen der Psychoanalyse werden durch namhafte Vertreter der Neurowissenschaften für gültig gehalten,
- jedoch ungeordnete Theorienlandschaft → erhebliche negative Auswirkungen auf ihre Reputation im Kanon der Wissenschaften
  - fehlende Bereitschaft, sich von nicht mehr haltbaren Theorieelementen zu trennen → psychoanalytische Theorien werden außerhalb ihres engeren Geltungsbereichs weithin ignoriert
  - → Zweifel an ihrer wissenschaftlichen Seriosität werden geweckt (Wöller 2020).

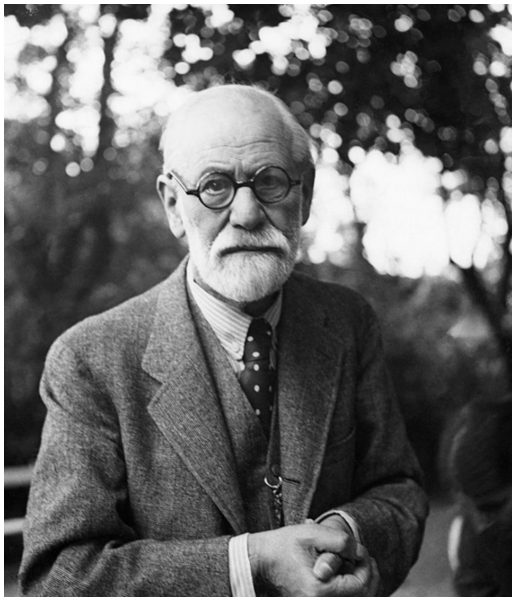
Theorien und Konzepte unter dem Blickwinkel ihrer Ressourcenfunktion

- Eine ressourcenorientierte Perspektive fragt danach, inwieweit Theorien und Konzepte sich als hilfreich erweisen, um in einem unübersichtlichen klinischen Feld Orientierung und Anleitungen für ein wirksames therapeutisches Vorgehen zu geben.
- Im Kontext von Handlungswissenschaften kommt es weniger darauf an, ob eine Theorie verifiziert oder falsifiziert wird, sondern ob sie für das therapeutische Handeln hilfreich ist oder nicht.

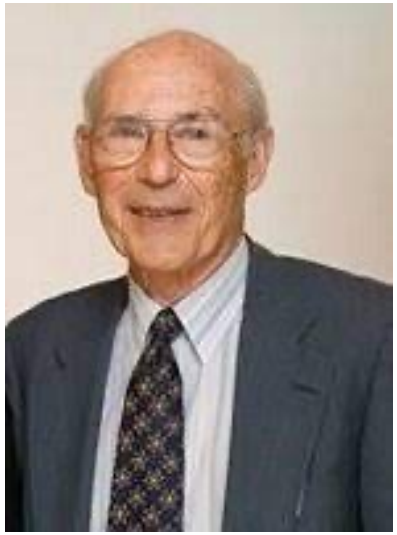
Sigmund Freud – was bleibt?

- Freud (1915): Trieb als psychische Repräsentation einer organischen Reizquelle an der Grenze zwischen Soma und Psyche
- Dualistische Triebtheorie
  - »Schibboleth« der Psychoanalyse
  - das »wichtigste wie das dunkelste Element« seiner Theoriebildung.
- Vorstellung von der in Phasen voranschreitenden psychosexuellen Entwicklung
  - Überzeugung von der zentralen Bedeutung der ödipalen Konfliktdynamik für die Neurosenentstehung
  - Annahme einer Regression auf frühere Entwicklungsstufen bei der Krankheitsentstehung.

  - **Das Paradigma der Triebtheorie ist revisionsbedürftig, aber das Konfliktparadigma bleibt erhalten.**



Moderne Motivationstheorien



- Lichtenberg et al. (2000): Motivationale Systeme
  - (1) psychische Regulierung physiologischer Erfordernisse
  - (2) Bindung und Zugehörigkeit
  - (3) Selbstbehauptung
  - (4) Sinnlicher Genuss und sexuelle Erregung
  - (5) aversives Reagieren
- Panksepp (1988): „basale emotionale Systeme“
  - Exploration und Suche
  - Sexualität
  - Ärger/Wut
  - Angst/Furcht
  - Panik/Bindungssuche

Sigmund Freud: Revisionsbedürftige Annahmen

- Triebtheoretische Auffassung des Ödipuskomplexes
  - → heute nicht mehr als Ausdruck eines primären kindlich-inzestuösen Sexualtriebes mit nachfolgender Rachedrohung durch einen Elternteil des gleichen Geschlechts
  - → vielmehr triadische Form der Objektbeziehung, die im Unterschied zu früheren dyadischen Mustern Aspekte von Rivalität beinhaltet und zur Festigung der Geschlechtsidentität beiträgt
- Narzissmus-Theorie
  - heute nicht mehr als das Produkt libidinöser Triebbesetzungen angesehen → vorteilhafte Neukonzeptualisierung aus intersubjektiver Sicht (Altmeyer & Thomä 2006).
- weibliche Sexualität
  - Penisneid: grundlegende Revision notwendig (Blum 1976)
- Verständnis von Wahrheit
  - Historische Wahrheit kann aus heutiger erkenntnistheoretischer Perspektive keine Gültigkeit mehr beanspruchen → unterschiedliche Deutungsperspektiven im Rahmen einer konstruktivistischen Erkenntnistheorie
- Abkehr von der Verführungstheorie der Neurosen.
  - Ausgangspunkt für die jahrzehntelange Vernachlässigung der Traumaperspektive durch den Mainstream der Psychoanalyse und die ausbleibende Beschäftigung mit den Phänomenen von Kindesmisshandlung und -missbrauch.

Sigmund Freud: Was bleibt?

- **Theorieannahmen:**
  - Seine zentralen theoretischen Theorieannahmen wurden empirisch überzeugend bestätigt (Poscheschnik 2006; Westen 1998).
  - Zahlreiche Details von Theoriebildungen müssen heute als zu spekulativ in die Geschichte der Theoriebildung verwiesen werden.
- **Freuds zugewandtes behandlungspraktisches Beziehungsverständnis**
  - im Widerspruch zu vielen seiner behandlungstheoretischen Empfehlungen
    - u.a. „Chirurgen-Metapher“(Freud 1912)
    - »Ratschläge für den Arzt bei der psychoanalytischen Behandlung« (1912, S. 384)
    - Der Analytiker solle »undurchsichtig für den Analysierten sein und wie eine Spiegelplatte nichts anderes zeigen, als was ihm gezeigt wird«.
  - in seiner täglichen praktischen Arbeit äußerst pragmatisch, teilnehmend, beziehungsorientiert und sehr an den Bedürfnissen seiner Patienten orientiert.

Psychoanalytische Ich-Psychologie

- Ausgangspunkt: Freuds (1923, 1926): Strukturmodell der Psyche mit den Instanzen des Es, Ich und Über-Ich.
- Wichtigste Vertreter:
  - Anna Freud
  - Heinz Hartmann
  - Otto Fenichel
  - Robert Waelder
  - Edith Jacobson

- fest auf dem Boden der Triebpsychologie Freuds
- Ausarbeitung und Modifizierung seiner Strukturtheorie: Ich rückte ins Zentrum der Betrachtung
- Anna Freud: Entwicklung vor allem den im unbewussten Teil des Ich angesiedelten Abwehrmechanismen
- Heinz Hartmann: von Triebkonflikten freien Sphäre das Ich → sog. sogenannten autonomen, der bewussten Realitätsbewältigung dienenden Ich-Funktionen

Anna Freud

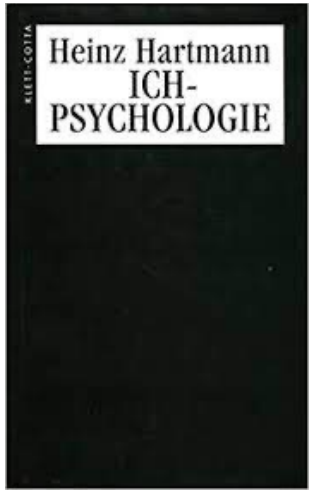
- ausgehend von Freuds Schrift „Hemmung, Symptom und Angst“ (1926a)
- → erste Systematisierung der Abwehrmechanismen
- Rolle des Ichs bei der Abwehrfunktion von Ängsten, ausgehend von
  - andrängenden Triebimpulsen
  - äußerer Realität
  - Über-Ich-Regungen
- Abwehrformen
  - Verdrängung, Verleugnung
  - Regression
  - Reaktionsbildung, Isolierung, Ungeschehenmachen
  - Projektion
  - Wendung gegen das Selbst
  - Verkehrung ins Gegenteil
- Entwicklungslinien (auf dem Boden der Triebtheorie)
  - Entwicklungskonflikte
  - Fixierungen
  - Regressionen

Heinz Hartmann

- Autonome Ich-Funktionen
  - der Wahrnehmung, des Gedächtnisses, des Denkens und der Intelligenz
  - konfliktfreie Sphäre im Ich, die der Triebdynamik nicht unterworfen ist und sich unabhängig von ihr entwickelt hat
- Unterscheidung zwischen „Ich" und „Selbst“
  - „Selbst“: die eigene Person im Gegensatz zum „Objekt“
  - „Ich“: Teilstruktur der Persönlichkeit, die durch ihre Funktionen bestimmt wird: Abwehr, autonome Ich-Funktionen
- Repräsentanzen
  - Selbstrepräsentanz als Repräsentanz der eigenen Person
  - Objektrepräsentanzen als Repräsentanzen wichtiger Bezugspersonen.

Heinz Hartmann

- intersystemische Konflikte
  - Konflikte zwischen den „Systemen“ „Ich“, „Es“ und „Überich“
- intrasystemische Konflikte
  - Konflikte innerhalb eines Systems, d.h. einer Instanz des Strukturmodells
    - intrasystemischer Überich-Konflikt
      - Verbote und Ich-Ideal-Forderungen geraten miteinander in Widerspruch
    - intrasystemischer Es-Konflikt
      - innerhalb des Systems „Es“ kämpfen aggressive und libidinöse Impulse gegeneinander



Weitere Differenzierung der Ich-Funktionen (Bellak & Meyers)

- Fähigkeiten zur Realitätsprüfung und zum Urteilen, Realitätssinn
- Regulation und Kontrolle von Triebimpulsen und Affekten
- Qualität der Objektbeziehungen, ins. (1) Objektkonstanz, (2) Bezogenheit auf andere und (3) Fähigkeit zur Ambivalenz
- Denken
- Fähigkeit zur adaptiven Regression im Dienst des Ichs
- Organisation und Reife der Abwehr
- „Stimulusschranke“ bezeichnete Fähigkeit des Selbstschutzes gegenüber einer Überflutung durch innere und äußere Reize
- autonomes Funktionieren im Sinne eines konfliktfreien Zusammenspiels von Wahrnehmung, Intention und Motilität
- Fähigkeit, sich zu erinnern
- Objektkonstanz: Fähigkeit, eine libidinöse Besetzung des Objekts auch unabhängig von der Bedürfnisbefriedigung oder Frustration der Bedürfnisse durch das Objekt aufrechtzuerhalten (Bellak & Meyers 1975).
- Sprache
- synthetisch-integrative Funktionen, u.a. Fähigkeit, auch widersprüchliche Erfahrungen zu integrieren
- Bewältigungskompetenzen

Neuere ich-psychologische Beiträge

- größere Anzahl von Motiven, die Abwehrmaßnahmen in Gang setzen können
  - Joseph Sandler (1960): Bedrohung des Gefühls der Sicherheit, narzisstische Verletzungen, Schuld oder Schamgefühle, andere reale Bedrohungen hervorgehoben.
  - Abwehr zur Verbesserung des Selbstbildes (Hoffmann 1987).
- Gegenstand der Abwehr
  - Abwehr muss sich nicht auf Affekte, Wünsche oder Überich-Regungen beschränken
  - kann beitragen, widersprüchliche oder unvereinbare Selbst- und Objektrepräsentanzen voneinander getrennt gehalten. Diese können in die Außenwelt projiziert und auch introjiziert werden.
- Auch *dissoziative Phänomene* und *körperliche Symptombildungen* können Abwehrfunktionen übernehmen.

Weiterentwicklungen der Ich-Psychologie

- Abwehrvorgänge können nicht nur durch die bekannten Abwehrmechanismen, sondern durch eine Vielzahl anderer Phänomene vollzogen werden (Ch. Brenner 1983).
  - Prinzipiell kann jede mentale Aktivität, jede Verhaltensweise, jeder Gedanke, jede Fantasie und jeder Affekt in den Dienst einer Abwehr treten.
  - Nicht nur die Angst, sondern auch Schuld- und Schamgefühle können als Signal wirken und Abwehr auslösen.
- ubiquitäre Natur des intrapsychischen Konfliktes
- Notwendigkeit von Kompromissen zwischen den miteinander im Konflikt stehenden psychischen Strukturen
  - Kompromissbildungen zwischen den Instanzen des Strukturmodells,, d.h. zwischen
    - Trieb- bzw. “Es“-Impulsen
    - den Vorgaben der normgebenden Strukturen Über-Ich und Ich-Ideal
    - äußeren Realität
  - Alle psychischen Inhalte, alle Gedanken, Handlungen und Fantasien können als Kompromissbildungen aufgefasst werden.
  - Symptombildungen, Berufswahlen, Hobbies, Partnerwahlen
  - Normale (im Vergleich zu pathologischen) Kompromissbildungen: mehr Gratifikation und weniger Unlust

Bewertung der Ich-psychologischen Beiträge

- Vorzüge:
  - Die Abwehrlehre gehört zu den empirisch am besten abgesicherten Theorieteilen der Psychoanalyse (Giampieri-Deutsch 2004).
  - Systematisierung der Ich-Funktionen hat sich vielfältig bewährt.
  - Eine an den Ich-Funktionen orientierte Differenzierung der Behandlungstechniken ist sinnvoll, um strukturell gestörten Patienten ein angemessenes Therapieangebot machen zu können
  - Auffassung, dass das Neugeborene von Anfang an aktiv und adaptiv auf die äußere Realität ausgerichtet und mit ausgeprägten kognitiven und perzeptiven Ich-Mechanismen ausgestattet ist → Bestätigung durch die moderne Säuglingsforschung (Stern 1992).

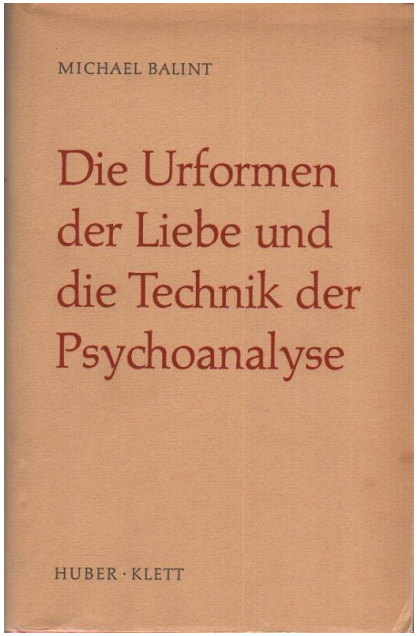
Bewertung der Ich-psychologischen Beiträge

- Kritisch:
  - nahezu ausschließlich intrapsychische Perspektive
    - relative Vernachlässigung einer interpersonellen Perspektive
  - Annahme, Symptombildungen seien grundsätzlich als Kompromissbildung zwischen Impuls- oder Wunschaspekten und deren Abwehr zu verstehen, ist kritisch zu hinterfragen.
    - oft auch regulatorischen Überforderung (Deneke 2013).
  - fehlende Berücksichtigung der wechselseitigen Beeinflussung von Patienten und Therapeuten

- Zusammenfassend:
  - Hohes Potenzial, jedoch Notwendigkeit der Ergänzung durch eine intersubjektiv-relationale und eine psychotraumotogische Perspektive

Michael Balint

- Konzept der “primären Liebe“: von der Triebpsychologie unabhängige Beziehungsperspektive
- realen Beziehungserfahrungen mit der wichtigsten Bezugsperson (i.d.R. die Mutter) entscheidend für die kindliche Entwicklung
- Ebene der »Grundstörung
- Schrift „Therapeutische Aspekte der Regression machte Balint (1968) auf die »Heilkraft des Objekts«
- Bedeutung der emotionalen Beziehungs-neuerfahrung
- Präsenzmomente spontanen Erlebens und Handelns als Wirkfaktor von Psychotherapie
- Statt des intrapsychischen Paradigmas der „Ein-Personen-Psychologie“ → Paradigma der „Zwei-Personen-Psychologie“

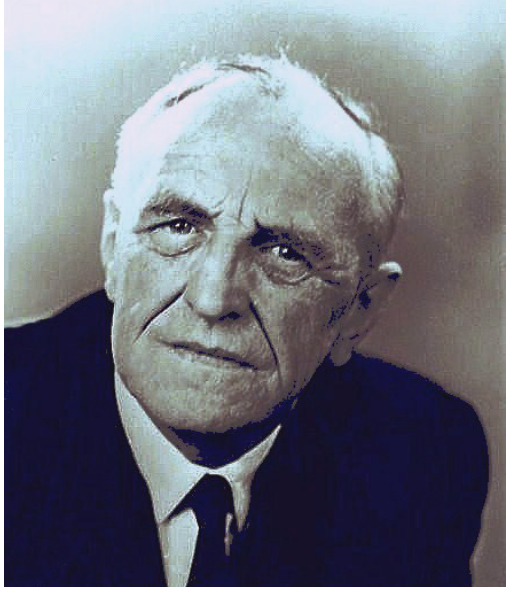


William R.D. Fairbairn

- Formulierung „Libido is object seeking, not pleasure seeking”
- Internalisierung von Objektbeziehungen
- Theorie der Persönlichkeit, in deren Zentrum eine Spaltung des Ichs mit einer nur guten und einer nur schlechten Objektwelt steht
  - Ich-Spaltungen setzen vor allem in traumatischen Situationen ein und bilden die Grundlage für die Entwicklung abgespaltener Persönlichkeitsanteile
- Aufgabe der Therapie:
  - die Abhängigkeit des Patienten von seinem verinnerlichten Objekt und die Spaltung der inneren Objektwelt zu überwinden

Donald W. Winnicott

- reale Umwelterfahrungen im Mittelpunkt
  - „There is no such thing as a baby . . . A baby cannot exist alone, but is essentially part of a relationship" (Winnicott 1947, S. 88).
- Bedeutung der „förderlichen Umgebung“ und einer „ausreichend guten Mutter“ für den Reifungsprozess des Kindes (Winnicott 1965).
- Rolle der Bezugsperson auch bei der Integration der wechselnden kindlichen Selbstzustände und bei der Entwicklung eines kontinuierlichen Selbstsinns
- beruhigende und sorgende Präsenz, ansonsten Zustände der Erregung und Verzweiflung und zum vernichtenden Verlust in der „continuity of being“ (Winnicott 1969).
- schädigende Wirkung eines elterlichen Eindringens („impingement“) in die Welt des Kindes



Donald W. Winnicott

- "Umwelt-Mutter"
  - Fähigkeit der Mutter, „da“ zu sein und in ausreichendem Maße auf die Bedürfnisse des Kindes eingehen zu können.
  - Hintergrundsicherheit
    - wird nicht bewusst wahrgenommen
    - → erst ihr Fehlen fällt auf, ähnlich wie wir den lebensnotwendigen Sauerstoff nicht registrieren, solange er in ausreichendem Maße vorhanden ist
- "Objekt-Mutter"
  - wird vom Kind mit libidinösen und aggressiven Fantasien und Impulsen besetzt

Donald W. Winnicott

- „falsches Selbst“
  - Abwehrorganisation: äußere Anpassungsleistung an eine vernachlässigende oder schädigende elterliche Umgebung
  - Schutz des verletzlichen Teil seiner Persönlichkeit, des „wahren Selbst“
- „wahres Selbst“
  - Teil, der die Erfahrung von Schwäche, Scham und Trauer aus beziehungstraumatischen Erfahrungen in sich trägt
  - stets in der Gefahr, durch diese Emotionen überflutet zu werden.
    - Ziel, das von traumatisierten „Kind-Anteilen“ ausgehende Erleben abzuspalten, um die mit der Alltagsbewältigung befasste Persönlichkeit vor dem Einbruch archaischer und vernichtender Ängste zu schützen

Donald W. Winnicott

- Heilkraft der Regression
  - Aufgabe des Therapeuten
    - die dafür notwendige Funktion des »Haltens« (holding) bereitzustellen
    - therapeutisches Setting: vorhersagbar, zuverlässig und konstant
    - präsente, beruhigende und regulierende Konstanz
- Objektverwendung
  - »Fähigkeit des Patienten, vom Analytiker Gebrauch zu machen« (Winnicott 1969),
  - Patienten präsentieren sich uns als einem Objekt, dem sie ihre kindlichen Bedürfnisse und Wünsche zumuten und demgegenüber sie ihre Frustration und Wut angesichts ihrer Unerfüllbarkeit äußern dürfen.
  - Möglichkeit, uns zu attackieren oder auch zu hassen – ohne befürchten zu müssen, dass wir uns rächen oder uns als zerstörbar erweisen

Donald W. Winnicott

- »Möglichkeitsraum«
  - im Dienste der Entfaltung emotionalen Erlebens
  - psychischer Raum, um „mit der Realität spielen“ zu können
- Übergangsobjekt
  - Objekt, das stellvertretend für die wichtigste Bezugsperson steht
  - ermöglicht
    - eine symbolische Repräsentanz einer guten Bezugsperson auch während der Zeit ihrer Abwesenheit aufrechtzuhalten
    - das Bild der anwesenden guten Bezugsperson trotz deren fehlender Präsenz zu introjizieren.

Kritische Würdigung der Beiträge der Objektbeziehungstheorien

- zukunftsweisend
  - Bedürfnisse nach Bindung und Sicherheit im Vordergrund
    - reale Beziehungserfahrungen des Kindes
    - weisen auf die späteren Erkenntnisse der Säuglings- und Kleinkindforschung voraus
  - Beschäftigung mit Spaltungsphänomenen
    - im Hinblick auf neueren Theorien zu strukturellen Dissoziationen der Persönlichkeit von großer Bedeutung
  - Beziehungsorientierte Empfehlungen
    - Therapie als Übergangsraum, der die Möglichkeit von Spiel und Kreativität schafft
    - Möglichkeitsraums und Erwerb der Fähigkeit, „mit der Realität“ zu spielen: Vorwegnahme von Gedanken der Mentalisierungstheorien

Kritische Würdigung der Beiträge der Objektbeziehungstheorien

- kritisch
  - Tendenz, pathologische Prozesse des Erwachsenenalters als Wiederholungen kindlicher Entwicklungen aufzufassen
  - räumliche Metaphorik von Introjektion und Re-Externalisierung
  - Rekonstruktion der Vergangenheit wenig nutzbringend
  - übermäßige Betonung der Rolle der Regression
  - noch keine systematische Betrachtung der Wechselseitigkeit aller Momente der therapeutischen Beziehung
  - noch keine Würdigung der unvermeidlichen Verstrickung in Übertragungs- und Gegenübertragungsszenarien

Was bleibt von der Theoriebildung Melanie Kleins?

- Historisch:
  - folgenschwerer Gegensatz zu Anna Freud
    - und der von ihr mitbegründeten Ich-psychologischen Linie der Theorieentwicklung
  - früheste kindliche Entwicklung:
    - fest auf dem Boden der Triebtheorie Sigmund Freuds stehend, aber abweichende Beschreibung der inneren Welt des Kleinkindes
    - aggressiven Triebe bedeutsamer
    - entscheidende Rolle nicht des Ödipuskomplexes, sondern des ersten Lebensjahres
    - Neid als Manifestation des Todestriebes
  - Weitreichender Einfluss
    - Begriff der »projektiven Identifizierung«
    - Weiterentwicklung von Freuds (1938) Spaltungsbegriff → zentral für Otto F. Kernbergs (1992) Formulierung der Objektbeziehungstheorie und sein Verständnis der Borderline-Pathologie

Was bleibt von der Theoriebildung Melanie Kleins?

- **Theorien mit dem heutigen entwicklungspsychologischen Wissenstand nicht kompatibel**
  - weitgehend angeborene Fantasiewelt des Kindes
    - innere Welt des Kindes angefüllt mit primitiven Objektbildern und Teilobjektbildern (Klein 1946, 1962)
  - triebgeleitete Fantasieprodukte nach dem Vorbild ödipaler Fantasien
    - können nach heutigem entwicklungspsychologischem Kenntnisstand in so frühen Phasen der Entwicklung noch nicht ausgebildet sein
  - paranoid-schizoide und die depressive Position entwicklungs-psychologisch nicht nachvollziehbar
    - paranoid-schizoiden Position: Angst, von anderen geschädigt zu werden
    - depressiven Position: Angst, andere schädigen zu können

Wilfred Bion

- Wilfried Bion gehört zu den einflussreichsten Theoretikern der neueren Psychoanalyse.
  - „Kleinianianer“, jedoch in seiner Theorie-entwicklung weit über Melanie Klein hinaus
  - „bionische“ oder „postbionische“ Psychoanalyse
- Theorie des „Container/Contained“ (Bion 1962)
  - Weiterentwicklung der Auffassungen Melanie Kleins zur projektiven Identifizierung
  - grundlegendes Modell der in zwischenmenschlichen Beziehungen ablaufenden Prozesse
    - Alpha-Elemente: Bausteine symbolisierten Denkens
    - Beta-Elemente: psychische Phänomene ohne symbolische Repräsentanz – unerträgliche emotionale Verfassungen, dranghafte Impulse, Körpersymptome oder körpernahe Spannungszustände, aber auch Inszenierungen und Enactments
    - Mithilfe des Mechanismus der projektiven Identifizierung werden Beta-Elemente in das Gegenüber „deponiert“.

Wilfred Bion

- Projektive Identifizierung
  - primitive Form der frühen Kommunikation zwischen Mutter und Kind in Form von Bildern und Gedanken
  - wichtigsten Form der Kommunikation zwischen Patient und Therapeut
    - („normale“) kommunikative Form
    - pathologische oder „evakuative“ Form: Funktion in der Entfernung unerträglicher psychischer Inhalte und Zustände
- Metabolisierung durch Containment
  - Umwandlung von Beta-Elementen in Alpha-Elemente
- Rêverie („träumerische Ahnungsvermögen“)
  - der Mutter
    - versetzt das Kind in die Lage versetzt, die nicht symbolisierten Erlebniszustände des Säuglings – die Beta-Elemente – mithilfe ihrer Alpha-Funktion in sich aufzunehmen, mit Bedeutung zu versehen und ihnen eine symbolische Repräsentanz zu verleihen
  - der Therapeut*in
    - Vermögen, die von der Pat. mittels projektiver Identifizierung in sie deponierten, nicht symbolisierten Botschaften („Beta-Elemente“) in sich aufzunehmen und zu „entgiften“.

Wilfried Bion

- Prinzipien von Offenheit und Präsenz
  - potenziell kreative Beziehung zwischen Gewusstem und Ungewusstem, zwischen Wissen und Nicht-Wissen
  - „Without memory, desire, understanding'
    - auf Gedächtnis und eigenes Wünschen verzichten und sich ganz dem gegenwärtigen Moment der therapeutischen Situation widmen
      - „Discard your memory; discard the future tense of your desire; forget them both, both what you knew and what you want' – and the reason, he suggests, is 'to leave space for a new idea." (Bion 1980, S. 11).
  - „negative capability": aufnehmendes Warten auf Inspiration
  - Gefahr, auf eigenes Denken zu verzichten und sich dem Neuen nicht genügend zu öffnen
  - Warnung, neue Gewissheiten allzu schnell anzunehmen und sich zu eng an Theorien zu binden

Bion: Bedeutung und Kritik

- Bedeutung der Theorie des Container/Contained:
  - höchst relevant zum Verständnis therapeutischer Beziehungen
  - Befassung mit nicht repräsentierten psychischen Inhalten und ihrer möglichen therapeutischen Verarbeitung
- Kritik
  - Theoriesprache äußerst eigenwillig
    - → kaum Anschlussfähigkeit an Theoriesprachen der Nachbarwissenschaft
  - extreme Formulierungen und unzulässige Pathologisierung normaler Entwicklungen
    - Dramatik passt zu schwer gestörter Patienten, kaum geeignet, „normale“ Entwicklungsprozesse abzubilden
    - katastrophische Deutungen kindlicher Verhaltensweisen: namenloser Angst, Zerfallen, Auflösen
      - "Adultomorphisierung“: Tendenz, Säuglingen Fähigkeiten zuzuschreiben, über die sie aufgrund ihres Entwicklungsstadiums gar nicht verfügen können

Heinrich Racker

- Konkordante und komplementären Identifikation in der Gegenübertragung
  - konkordante Identifikation:
    - Th identifiziert sich mit der Selbstrepräsentanz des Patienten
    - empfindet und fühlt er wie der Patient
  - komplementäre Identifikation:
    - Th identifiziert sich mit einer inneren Objektrepräsentanz des Patienten
    - Wahrnehmung des Geschehens aus dem Blickwinkel wichtiger Bezugsperson des Patienten und entsprechende Reaktion darauf

Kritik der postkleinianischen Beiträge

- Klinisch oft originell und bedeutsam, aber fehlende Bereitschaft, sich den interdisziplinär anerkannten Gepflogenheiten der Theoriebildung anzuschließen
  - oft unverständliche Theorieannahmen
  - Immunisierung der Theorieannahmen gegen eine Kritik von außen
- unkritische Festhalten an empirisch eindeutig widerlegten bestätigten Konzepten
  - Festhalten an der Theorie des frühkindlichen Autismus allen empirischen Befunden zum Trotz
  - Thomas Ogden (1989), Esther Bick (1968) Judith Mitrani (2008)
  - Bereitschaft zur Revision bei einzelnen Autorinnen: Francis Tustin und Anne Alvarez

Selbstpsychologie

- Heinz Kohut (1981):
  - Beitrag zu einem psa. Verständnis der Selbsterlebens und der Selbstwertregulation
  - Abgrenzung von der Trieblehre Freuds
- Jeder Mensch ist auf die Präsenz von Bezugspersonen angewiesen
  - die ihm Anerkennung, Spiegelung und Bewunderung entgegenbringen („Selbstobjekte“)
  - die er idealisieren und bewundern kann („idealisierte Elterimago“)
- unverzichtbar für
  - die Sicherung der Kohäsion des Selbst
  - phasengerechte Entwicklung von einem „archaischen Größenselbst“ hin zu einem realitätsgerechten positiven Selbstwertgefühl
- Aufgabe der Therapeut*in:
  - Wahrnehmung der Selbstobjektbedürfnisse der Patienten
  - Bereitschaft, sich als spiegelndes Selbstobjekt zur Verfügung zu stellen
  - empathisches Annehmen des eigenen Empathiedefizits

Selbstpsychologie: Kritische Bewertung

- Vorzüge
  - überzeugende Bestätigung durch die moderne Entwicklungspsychologie
  - „Selbstobjekt-Bedürfnis“: ein für die gesunde Entwicklung unverzichtbares Bedürfnis
    - mit Freude und Anerkennung betrachtet zu werden
    - im Wunsch nach Stärke, Größe und Perfektion unterstützt und wohlwollend reguliert zu werden
  - Nähe zu dem Grundbedürfnis nach Selbstwertschutz und Selbstwerterhöhung (Grawe 1998).
  - modern hinsichtlich
    - Betonung von Attunement und Empathie
    - Nachholung der entwicklungsnotwendigen Synchronisationserfahrungen
    - empathisches Annehmen des eigenen Empathiedefizits → „Rupture and repair“ (Safran & Muran 2000)
- Kritik
  - Unterbewertung der konflikthaften Natur des Menschen (Schafer 1983) und der aggressiven Aspekte (Kernberg 2011)

wolfgang-woeller.de

wolfgang-woeller.de

Wolfgang Wöller – Ihr Psychotherapeut in Bonn - HERZLICH WILLKOMMEN

HERZLICH WILLKOMMEN | ÜBER MICH | VERÖFFENTLICHUNGEN | RWANDA PROJEKT | GALERIE | KONTAKT

Priv.-Doz. Dr. med.

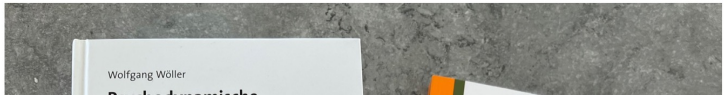
Wolfgang Wöller

Als Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie für Neurologie und Psychiatrie, Psychoanalytiker (DGPT, DPG), Lehranalytiker und EMDR-Supervisor habe ich einen psychoanalytischen und einen traumatherapeutischen Ausbildungs- und Erfahrungshintergrund.

Bis Ende 2017 war ich Dozent für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie an der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf und Ärztlicher Direktor der Rhein-Klinik, einer Klinik für Psychosomatische Medizin in Bad Honnef bei Bonn. Seitdem bin ich vorwiegend in Bereich von Weiterbildung und Forschung tätig.

MEHR ERFAHREN

Meine Veröffentlichungen



Meine Veröffentlichungen

2023

Hamburger A, Görling R, Gudehus C, Schwab G, Straub J, Streeck-Fischer A, Wöller W (2023). Traumadiskurse. Disziplinäre und interdisziplinäre Perspektiven. Trauma Kultur Gesellschaft 1: 11-30.

Wöller W (2023). „Bei schweren dissoziativen Störungen finden wir sogar ein gespaltenes Persönlichkeitssystem". In: Britten U (Hrsg). Die Kunst der Intervention. Gießen: Psychosozial-Verlag; 101–105.

2022

Wöller W (2022) Massenanwendung der Psychoanalyse. In: Nolte T, Rugenstein K (Hg). 365 x Freud. Ein Lesebuch für jeden Tag. 19. Juli. Stuttgart: Klett-Cotta.

Wöller W (2022). Depersonalisierung. In: Mertens W (Hrsg). Handbuch psychoanalytischer Grundbegriffe. 5. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer; 179–181.

Wöller W (2022). Vorwort. In: Leutner S, Cronauer E. Traumatherapie-Kompass. Begegnung, Prozess und Selbstentwicklung in der Therapie mit Persönlichkeitsanteilen. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht; 14–15.

Wöller W (2022). Psychodynamische Therapie. Lehrbuch der ressourcenorientierten Praxis. Stuttgart: Schattauer.

Herzog W, Kruse J, Wöller W (2022). Psychosomatik. Verstehen – Erklären – Behandeln. 2. Auflage. Stuttgart: Thieme.

Downloads

Wöller - Kruse: 1998 Die Reviktimisierungstendenz bei Opfern körperlichen und sexuellem Mißbrauchs.

Wöller W: (2005). Traumawiederholung und Reviktimisierung nach körperlicher und sexueller Traumatisierung. Fortschr Neurol Psychiat; 73: 83-90

W. Wöller: Kurs auf den Lindauer Psychotherapietagen 2010 "Die therapeutische Beziehung bei traumatisierten Patienten mit Persönlichkeitsstörungen"

W. Wöller: 2012 Rundbrief Psychodin Ther & EMDR

Wöller: 2012 Psychodynamic psychotherapy for posttraumatic stress disorder related to childhood abuse-Principles for a treatment

Wöller: 2014 Sexuelle Traumatisierung. Psychdynamische Aspekte

Wöller: 2015 Neure psychodynamische Theorien und Modelle zu Traumafolgestörngen

Wöller: 2016 Assoziationsmodell

Wöller: 2016 Der ausreichend gute Therapeut

Wöller: 2016 Fußnoten Traumainformierte Peer-Beratung in der Behandlung von Flüchtlingen mit Traumafolgestörungen

Wöller: 2016 Ressourcenbasierte psychodynamische Therapie bei traumaassoziierten Persönlichkeitsstörungen

Wöller: 2017 Zur psychoanalytischen Sicht auf dissoziative Phänomene

Wöller: 2019 Therapeutische Beziehung in der Behandlung komplex traumatisierter Patienten

Wöller-Kruse: 2020 Stand und Zukunft der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie

Intersubjektive und relationale Ansätze

- Seit 1990er Jahren „intersubjektive“ (Stolorow 2005) und „relationale“ Wende (Mitchell 2005)
  - fundamentale Neuorientierung des psychoanalytischen Denkens
  - interpersonelle Bezogenheit ebenso wichtig wie intrapsychische Vorgänge
  - Jede Dynamik, die in einer Behandlungssituation entsteht, wird in der Interaktion geschaffen.
  - Statt Metapher vom intrapsychischen Apparat → Bild der vernetzten Seele (Altmeyer & Thomä 2006).
  - Begriffe: Begegnung zweier Subjekte – intersubjektives Feld – „relationale Matrix“ (Hoffman 1998)
  - gemeinsame Erschaffung subjektiver Welten → Entfaltung neuer Beziehungsmuster, die internalisiert werden können (Stolorow et al. 1994).
  - Beziehungsmodell der Psychoanalyse – „Paradigmenwechsel“ im Sinne von Thomas Kuhn (1967)

Intersubjektive und relationale Ansätze

- konstruktivistische Sicht von Wahrheit
  - keine von den Beteiligten unabhängige Wirklichkeit
  - Im intersubjektiven Feld werden gemeinsam Bedeutungen „kokonstruiert“.
  - Realität „existiert“ nicht einfach, sondern wird vor dem Hintergrund der bestehenden persönlichen, kulturellen, gesellschaftlichen Kontexte jeweils neu geschaffen (Greenberg & Mitchell 1986; Hoffman 1998).
- Jede Erkenntnis ist in ihrem Verständnis perspektivisch begrenzt und kontextgebunden (Benjamin 1988).
  - vs. Freud (1912): psa Methode als »parteiloses Instrument« (Freud 1927, S. 360) zur Erfassung der Wahrheit, sofern nur der der Therapeut die »blinden Flecken« in seiner Wahrnehmung erkennt und überwindet

Intersubjektive und relationale Ansätze

- Der Andere
  - nicht mehr „Objekt“ (einer Triebregung oder einer therapeutischen Intervention), sondern Subjekt
- Bidirektionalität:
  - Bedeutsamkeit des „Anderen“ → Philosophie von Martin Buber (1936), Konzeptionen von Jürgen Habermas (2005)
- Ablehnung des Triebmodells
- kein „Selbst“ als abgeschlossene Struktur
  - im Einklang mit neurobiologischen Erkenntnissen: Selbst als ein komplexer, fließender und sich immer verändernder intersubjektiver Prozess (Sander 2002; Tronick 2007).
- kein Selbst außerhalb von Matrix von Beziehungen
  - Winnicott (1947/1964, S. 88) „kein solches Ding wie ein Baby“, das außerhalb einer Beziehung existieren könnte
  - Beziehungen erschaffen „Selbste“, und „Selbste“ erschaffen Beziehungen (Teicholz 1998).

Intersubjektive und relationale Ansätze

- Heilende Wirkung der Beziehungsneuerfahrung selbst
  - Deutung und Einsicht haben ihre zentrale Rolle eingebüßt.
  - Nie kann eine Deutung allein eine therapeutische Veränderung bewirken; sie kann es nur im Kontext einer guten Beziehung.
  - Entscheidend ist, dass der Patient und der Therapeut einander in ihrer Subjektivität anerkennen.
  - Die Bedeutung dessen, was wir als Therapeuten tun oder unterlassen, ist immer kontextabhängig.
- Jeder Versuch, passiv, neutral und abstinent bleiben zu wollen, ist als eine Handlung zu verstehen, die einen wichtigen Einfluss auf den Patienten und seine Übertragung ausübt.
  - Man kann "nicht nicht kommunizieren" (Watzlawick et al. 1969)
  - Ablehnung der Auffassung Freuds (1912), der Therapeut könne wie ein leerer Bildschirm oder eine Spiegelplatte wirken.
- Auch die vermeintliche Neutralität ist in Wirklichkeit eine Beziehungsbotschaft.
  - Nicht nur alles, was wir tun, sondern auch alles, was wir unterlassen, konstituiert eine konstruierte Wirklichkeit (Gill 1982/1996).

Intersubjektive und relationale Ansätze

- Die wichtigste therapeutische Wirkung ist die Auflösung der sich unvermeidlich herstellenden Übertragung-Gegenübertragungs-Verstrickungen.
  - gesamte Therapie als fortgesetzte Serie von unbewussten Inszenierungen
- Analyse der Übertragung im Hier und Jetzt der therapeutischen Beziehung als zentrales Medium der Therapie
  - statt Rekonstruktionen der Vergangenheit → Arbeit am »Gegenwarts-Unbewussten« der aktuellen Beziehung (Sandler/Sandler 1985)
- → Bereitstellung eines förderlichen interpersonalen Milieus ist Stimulus für Wachstum und Entwicklung
  - nicht die Frustration von Wünschen oder Bedürfnissen

Intersubjektive und relationale Ansätze

- Widerstandsverhalten zeigt Lücken im Verständnis der Beziehungsbotschaften des Patienten an.
  - vs. klassische Auffassung: Tendenz eines Patienten, sich gegen die Einsicht in unbewusste Zusammenhänge zu wehren
  - Der Widerstand des Patienten immer auch der Widerstand des Therapeuten.
- Übertragung und Gegenübertragung lassen sich nicht voneinander trennen.
  - Gegenübertragung ist ebenso wie die Übertragung eine gemeinsame Schöpfung.
    - Alles was wir tun oder sagen, gleichgültig, ob wir damit Übertragungserwartungen erfüllen oder nicht, beeinflusst die Übertragung der Patienten.
    - Merkmale unserer Person oder der Behandlungssituation wirken als Übertragungsauslöser.
    - Die Art und Weise, wie Patienten uns erleben, beeinflusst unsere Gegenübertragung.
    - Wenn Patienten sich von uns bedroht fühlen, werden sie sich naturgemäß verschließen, und wir werden in unserer Gegenübertragung ratlos oder sogar ärgerlich reagieren oder uns zurückziehen.

Intersubjektive und relationale Ansätze

- neuartige Bewertung der Person des Therapeuten
  - Persönlichkeit des Therapeuten trägt immer zur Gestaltung des therapeutischen Prozesses bei (Renik 1993).
- Beziehung deutlich mehr „auf Augenhöhe“
  - Therapeut wurde regelrecht “vom Thron gestoßen“
  - Patient als ebenbürtiger Partner bei der gemeinsamen Suche nach Bedeutungen
  - Wahrnehmung des Patienten radikal ernst nehmen
- Jedoch: Anerkennung des unvermeidlichen Machtgefälles
  - Verantwortung für die Therapie lastet aufgrund seiner Ausbildung und Expertise eher auf dem Therapeuten als auf dem Patienten (Hoffman 1999).
- Mitteilung unserer eigenen emotionalen Reaktion kann den therapeutischen Prozess fördern,
  - selbst dann, wenn sie auch einmal affektgeladen ist oder auch negative Gefühlsäußerungen beinhaltet
  - jedoch keine unreflektierte Mitteilung von Eindrücken oder Gefühlen

Intersubjektive und relationale Ansätze

- Größere Freiheitsgrade des Therapeuten
  - Rolle komplexer und anspruchsvoller
  - weniger Vorschriften
  - Mit den gewonnenen Freiräumen wächst allerdings auch die Verantwortung, damit in einer für den Patienten förderlichen Weise umzugehen.
- Die vermeintlichen Gewissheiten traditioneller Psychoanalytikern haben sich weitgehend als trügerisch erwiesen.
- Scheitern der Therapie darf nicht einfach dem Patienten angelastet werden (Hoffmann 1998).
- Bedeutung persönlicher Werthaltungen
  - Werthaltungen und Einstellungen des Therapeuten zu Partnerschaft und Trennung haben großen Einfluss auf den Umgang mit jeder Thematik.
  - Welche Werte und Ziele im Leben wir für erstrebenswert halten, werden wir durch subtile Signale kommunizieren.
  - Was wir in einer Therapiesitzung aufgreifen, wann wir nachfragen, was wir wie deuten, hängt von unseren Werthaltungen, Erfahrungen und unseren aktuellen Stimmungen ab.

Intersubjektive und relationale Ansätze

- Vorzüge
  - Abkehr von der einseitige Pathologisierung des Patienten
    - Beziehung mit dem Patienten „auf Augenhöhe“
  - Bereitschaft zur Einnahme unterschiedlicher Perspektiven
  - Ablehnung unumstößlicher objektiver Wahrheiten und Gewissheiten
  - Bessere Vereinbarkeit mit den Erkenntnissen der Säuglings- und Kleinkindforschung und mit den Befunden der modernen Neurobiologie
  - neue Bescheidenheit: der Therapeuten ist nicht mehr der Allwissende,

Intersubjektive und relationale Ansätze

- Kritisch
  - übermäßige Pointierung des Gesichtspunktes der gemeinsam konstruierten Realität → Gefahr der Relativierung realer Gegebenheiten
    - Gefahr einer übermäßigen Fokussierung der Gegenwart bei gleichzeitiger Vernachlässigung des lebensgeschichtlichen Kontextes
    - Eine überwiegend auf das Verständnis von Verwicklungen und Inszenierungen ausgerichtete therapeutische Haltung kann leicht den Eindruck erwecken, dass behandlungstechnische Aspekte kaum noch von Belang seien.
  - Mangel an Halt und Orientierung
    - Die vom Konstruktivismus geprägte Erkenntnishaltung kann nicht nur verwirrend und überfordernd sein, sie kann auch klare Konzeptualisierungen behindern.
  - Überbetonung der Bedeutung der Übertragung im Hier und Jetzt

Von der Bindungstheorie zum Mentalisierungsparadigma

- Bindungstheorie
  - wurde über lange Zeit wegen ihrer Annahme eines biologisch determinierten Bindungssystem vom psa. Mainstream nicht akzeptiert.
  - Begründer John Bowlby wurde bekämpft.
- Bindungstheorie hatte sich von zentralen psa. Auffassungen gelöst
  - phasenorientierte Entwicklungstheorie
  - Triebgenese psychopathologischer Phänomene
  - Auffassung Freuds (1938) von der Mutter als Objekt der Triebbefriedigung
- Anknüpfungspunkte
  - Betonung der Rolle der primären Bezugsperson bei Michael Balint und Donald Winnicott
- Annäherung bei zunehmendem Interesse der Bindungstheorie
  - nicht mehr nur auf die Beobachtung des Verhaltens von Säuglingen und Kleinkindern gerichtet
  - innere Repräsentanzen wichtiger Bindungsfiguren bei Erwachsenen

Von der Bindungstheorie zum Mentalisierungsparadigma

- Grundgedanken der Bindungstheorie
  - biologische Unfertigkeit des Menschen → extreme Hilflosigkeit des menschlichen Säuglings
  - → Notwendigkeit einer intensiven und Sicherheit gebenden Bindung an die frühe Bezugsperson (Brisch 2022).
  - → „Sichere Basis“ ermöglicht Exploration der Umwelt.
  - → bei Gefährdungen Aktivierung eines Notfall-Bindungssystems zur Wiederherstellung des Sicherheitsgefühls
  - → innere Arbeitsmodelle von Bindung
    - sichere und unsichere Bindungsstile
    - unsicher-ambivalente und unsicher-vermeidende Bindungsstile
    - „desorganisierte“ Bindungsstile → bei schweren Misshandlungen durch die primäre Bezugsperson (Liotti 2006)

Von der Bindungstheorie zum Mentalisierungsparadigma

- Mentalisierungskonzept
  - Mentalisierung
    - mentaler Prozess, mit dessen Hilfe eine Person eigene oder fremde Verhaltensweisen auf der Basis von Intentionen – Absichten, Wünschen, Bedürfnissen, Gefühlen, Gedanken und Überzeugungen – als bedeutungsvoll einordnen kann
    - als "reflexive Funktion" (RF) operationalisiert
    - Fähigkeit, eigene und fremde psychische Zustände zu repräsentieren und realistische Modelle zu entwickeln, warum Menschen sich so verhalten, denken und fühlen, wie sie es tun (Fonagy et al. 2004)

Von der Bindungstheorie zum Mentalisierungsparadigma

- Kritische Würdigung des Mentalisierungskonzepts
  - Vorzüge
    - bedeutender Beitrag zur psa. Theorieentwicklung
    - Anschluss an die Bindungstheorie und die Entwicklungs- und Neurowissenschaften
    - in therapeutischer Hinsicht zahlreiche nützliche Interventionsvorschläge
  - Kritische Anmerkungen
    - übermäßige Ausdehnung des Bedeutungsumfang dessen, was unter Mentalisierung zu verstehen ist, durch Vertreter der Mentalisierungs-theorie
    - Förderung der Mentalisierung ist kein Ersatz für Zugang zu unbewussten Konfliktmustern bei Konfliktpathologien!

Bestand und Revisionsbedürftigkeit theoretischer Perspektiven der Psychoanalyse

- triebtheoretische Perspektive:
  - Paradigma des unbewussten Konflikts: weiterhin aktuell, ebenso die Abwehrlehre
  - dualistische Triebtheorien sind durch moderne Motivationstheorien zu ersetzen
- Ich-psychologische Perspektive
  - aktuell → strukturorientiertes psychodynamisches Arbeiten
- objektbeziehungstheoretische Perspektive
  - aktuell, Loslösung von der trieborientierten Terminologie notwendig
  - Ergänzung durch gewünschte und positiv fantasierte Selbst- und Objektrepräsentanzen
- selbstpsychologische Perspektive
  - aktuell, Vorwegnahme von Befunden der Säuglingsforschung, Terminologie revisionsbedürftig
- kleiniansche und postkleinianische Perspektive
  - insbes. Beträge von W. Bion von großer praktischer Relevanz
  - Theorien sind oft revisionsbedürftig, Terminologien aktualisierungsbedürftig
- relationale und intersubjektive Perspektive
  - praktisch bedeutsam, aber problematisch in der Überbetonung des Beziehungsaspektes und in der Ablehnung wissenschaftlicher Überprüfung
- mentalisierungsbasierte Perspektive
  - praktisch bedeutsam, aber überzogene Reichweite mentalisierungsfördernder Interventionen

Theorienlandschaft der Psychoanalyse

- „freundschaftlicher“ Austausch mit Nachbarwissenschaften als wichtige und wertvolle Ressource → Bereicherung des psychodynamischen Denkens und Handelns
  - Bereinigung der ungeordneten Theorienlandschaft
  - z.T. „schmerzhafte“ Trennung von liebgewonnenen, aber nicht mehr mit den aktuellen gesicherten Befunden kompatiblen Theorien oder Theorieelementen
  - keineswegs „positivistisches“ Verständnis der Psychoanalyse, interpretativer Zugang unverzichtbar

4 – Grundlagen ressourcenbasierter psychodynamischer Psychotherapie

Orientierung an Grundbedürfnissen

- Systematik (Epstein 1990; Grawe 2004)
  - Bedürfnis nach Orientierung und Kontrolle
  - Bindungsbedürfnis
  - Bedürfnis nach Selbstwertschutz und Selbstwerterhöhung
  - Bedürfnis nach Lustgewinn und Unlustvermeidung
- Orientierung an Grundbedürfnisse in jeder therapeutischen Situation unverzichtbar
  - um an motivationalen Konflikten, strukturellen Defiziten oder traumatischen Erinnerungen arbeiten zu können.

Bedeutung positiver Emotionen

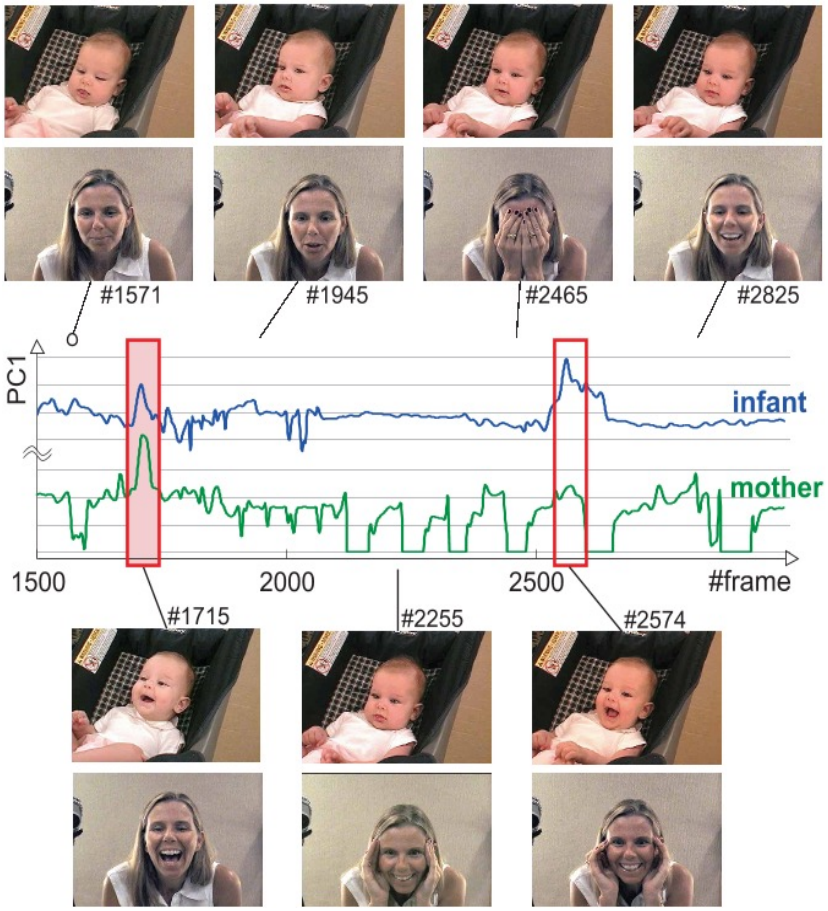
- Bedeutung positiver Emotionen für Wohlbefinden und Gesundheit (Fredrickson 1998)
  - im traditionellen psychodynamischen Therapieverständnis eher vernachlässigt
  - bevorzugte Beschäftigung mit negativen Emotionen im herkömmlichen psychoanalytischen Denken (Heisterkamp 1999)

Bedeutung positiver Emotionen

- Erkenntnisse der Säuglings- und Kleinkindforschung -- hohe regulatorische Bedeutung positiver Emotionen
  - Rolle biologischer Synchronien für die Entwicklung gelingender zwischenmenschlicher Beziehungen (Ramseyer & Tschacher 2011)
    - Regulationsmuster der frühen Mutter-Kind-Interaktion mit dem Ziel, durch negative emotionale Zustände geprägte Brüche in der frühen Bindungsbeziehung in „gemeinsam geteilte positive Affektzustände“ zu überführen (Lachmann & Beebe 1996).
  - Grundlegende Regulationsmuster, die uns als frühen Bindungs-beziehungen bekannt sind, sind auch für das Gelingen von Psychotherapien von größter Relevanz.
  - →Differenzierung: positive Emotionen im Dienst
    - der Ressourcenaktivierung
    - oder des Widerstandes gegen die abwehranalytische Aufdeckung unbewusster Konflikte?

Biologische Synchronisierungsprozesse

- Synchronisierungsvorgänge im Sinne dyadischer Abstimmungs-prozessen der frühen Mutter-Kind-Beziehung
  - gemeinsam geteilte positive Affektzuständen zwischen Mutter und Kind (Schore 2007)



Biologische Synchronie bei guter therapeutischer Allianz

- Biologische Synchronie als Ausdruck einer guten therapeutischen Allianz, nachweisbar durch
  - Synchronie von Herzrate, Hautleitwiderstand (Ribeiro et al. 2013)
  - durch vokale Synchronie (Imel et al. 2014)
  - Synchronie der Bewegungsmuster (Ramseyer u. Tschacher)

Biologische Synchronie bei guter therapeutischer Allianz

- Therapiestunden mit höheren Werten nonverbaler Synchronie waren mit einer effektiveren Symptomreduktion verbunden (Ramseyer u. Tschacher 2011).

Ribeiro, E., Ribeiro, A., Gonçalves, M., Horvath, A., & Stiles, W. (2013). Psychology and Psychotherapy; Theory Res Practice, 86, 294–314.

Imel, Z., Barco, J., Brown, H., Baucom, B., Baer, J., Kircher, J., & Atkins, D. (2014). J Counseling Psychology, 61, 146– 153.

Ramseyer, F., & Tschacher, W. (2011). J Consult Clin Psychology, 79, 284–295.

Die zentrale Stellung der Emotionen

- Klassische Psychoanalyse:
  - Affekte insgesamt eher vernachlässigt
  - Status als Abkömmlinge der Triebe
    - Freud (1926): Angst als Signals, das einen verpönten Triebimpuls anzeigt und Abwehr in Gang setzt
- Neuere Psychoanalyse:
  - Affekte haben allmählich die Triebe als motivationale Systeme ersetzt.
    - Affekte können
      - Abwehr mobilisieren
        - Insbes. Erleben von Kränkung und Scham (Hoffmann 1987; Wurmser 1990), aber auch Schuldgefühle oder Neid (König 1996)
      - in den Dienst der Abwehr treten
        - übertriebener Affektausdruck (Affektualisierung) zur Abwehr unerträglicher Affekte
    - vertiefte Auseinandersetzung mit moderneren Emotionstheorien → fortschreitender, aber noch immer lückenhafter Ausbau der psa. Affekttheorien (Miller 2008)

Die zentrale Stellung der Emotionen

- Objektbeziehungstheorien:
  - Aufbau der Welt der Repräsentanzen immer im Zusammenwirken mit emotionalen Erfahrungen
  - Kernberg (1991): Selbst- und Objektrepräsentanzen stets durch einen Affekt miteinander verbunden: Selbst-Objekt-Affekt-Einheiten bildet sich die Struktur der Persönlichkeit
- Selbstpsychologie:
  - Notwendigkeit, sich auf das emotionale Erleben des Patienten einzustimmen und seine subjektiven Zustände zu spiegeln.
  - geteilte emotionale Erfahrung der affektiven Zustände eines Patienten (Bacal 1990; Kohut 1977).
- von der Säuglingsbeobachtung beeinflusste Psychoanalytiker
  - Tonfall der Stimme, Rhythmus des Sprechens und die begleitenden Gesten vermitteln emotionale Qualitäten der Verbundenheit (Lachmann & Beebe 2002; Stern 1998).
  - Durch unsere emotionalen Reaktionen können wir Vitalität und Lebendigkeit in den therapeutischen Austausch bringen (Ogden 1995).

Die zentrale Stellung der Emotionen

- Intersubjektive Wende der Psychoanalyse
  - interpersonell kommunikative Funktionen der Affekte (Ermann 2014; Mentzos 2017).
  - Resonanz mit dem emotionalen Erleben des Patienten als transformierendes Element der Therapie
    - Unsere eigene emotionale Erfahrung kann dazu beitragen, die „nicht formulierten“ oder nur nonverbal vermittelten Emotionen der Patienten in bedeutsame Gefühle zu verwandeln (Bucci 1997; Levin 1980, 1997; Donnel B. Stern 1997).

Annäherung zwischen modernen Emotionstheorien und psychodynamischen Vorstellungen

- keine Zweifel mehr an der Existenz unbewusster Emotionen
  - Existenz unbewusster aggressiver Regungen oder unbewusster Schuldgefühlen akzeptiert
  - überzeugende Beleg für das Vorhandensein unbewusster Emotionen (Zajonc 2000).
  - Bereits in einem Lebensalter, in dem noch kein bewusstes Erleben von Affektzuständen möglich ist, werden emotionale Erfahrungen gemacht und in einem »emotionalen Erfahrungsgedächtnis« abgespeichert. Sie bestimmen das psychische Geschehen auch in späteren Lebensphasen (Beutel 2002; Roth 2003).
  - Vertreter moderner Neurobiologie: bewusst erlebte Gefühle lediglich als Epiphänomene umfangreicher unbewusster regulatorischer Prozesse, die das Denken und Handeln im Alltag bestimmten (LeDoux 1998; Roth 2003).
  - Die regulierende Bedeutung der unbewussten Emotionen wird erst dann erkennbar, wenn sie gestört ist oder ausfällt.

Positive Affekte in der psychodynamischen Theoriebildung

- Klassische Sicht:
  - bevorzugte Beschäftigung mit negativen Emotionen
  - relative Vernachlässigung positiver Emotionen
  - Blickwinkel der Abwehrtheorie
    - positive Emotionen als Produkt einer erfolgreichen Abwehr durch Verdrängung, Verleugnung oder andere Abwehrmechanismen
  - behandlungstechnisch
    - Akzent auf negativen Aspekten der menschlichen Funktionsweise und auf dem Leiden des Patienten (deRoten et al. 2008).

Positive Affekte in der psychodynamischen Theoriebildung

- haben positive Emotionen in der psychoanalytischen Theorie und Praxis nie den Status erhalten, der ihnen zukommen müsste (Emde 1992).
  - Skepsis – Sorge, eine zu große Betonung der Rolle positiver Emotionen würde zur Verleugnung der Konflikthaftigkeit allen menschlichen Erlebens und letztlich zur Verflachung therapeutischer Prozesse beitragen.
  - Gedanken zur Ressourcenaktivierung lange Zeit als wenig gewinnbringend betrachtet
  - Rizzuto (2003): ironische Frage, ob es denn so etwas gebe wie fröhliche oder glückliche Scham.
- Heisterkamp (1999, 2000):
  - „Indizes fehlender Freude in der Tiefenpsychologie“
  - Psychoanalyse ein „freudloser“ Beruf?

Positive Affekte in der psychodynamischen Theoriebildung

- Neuere Theorieentwicklung:
  - Winnicott (1965): freudvolles Spielen von großer Bedeutung für die menschliche Entwicklung.
  - Kohut (1971): „Glanz im Auge der Mutter“ → unverzichtbar für die Entwicklung der Selbstkohärenz und des Selbstwertgefühls
  - Sandler (1960): Grundgefühl von Sicherheit und Wohlbefinden als Voraussetzung für eine erfolgreiche psa. Therapie
  - Stern et al. (2002): Konzept der „Begegnungsmomente“ → intensive, spontan auftretende positive Emotion
  - intersubjektive Theorie: mit positiver Emotionalität einhergehende Anerkennung des anderen (Benjamin 2006).

Positive Affekte in der psychodynamischen Theoriebildung

- Moderne bzw. ressourcenbasierte Sicht:
  - Säuglings- und Entwicklungsforschung unterstreicht die Bedeutung positiver Emotionen.
    - positive Emotionen vom Beginn des Lebens an entscheidend
    - interaktiven Ko-Regulation zwischen der Bezugsperson und dem Säugling unverzichtbar für eine gesunde Entwicklung und die Entwicklung von Bindungssicherheit und Urvertrauen
    - wechselseitige Evokation von Freudereaktionen
      - Freudezirkel kommen im ersten halben Jahr einer gut „verlaufenden“ Mutter-Kind-Beziehung bis zu 30 000mal vor (Emde 1992).
    - Wichtigkeit „gemeinsam geteilter positiver emotionaler Zustände“ (Beebe & Lachmann (2004)
    - Positive Emotionen wie Lust, Wohlbefinden und Interesse sind gute Marker eines „affektiven Attunements“ (Stern 1992) und einer ausreichenden emotionalen Verfügbarkeit (Emde 1988).

Zur Bedeutung und Funktion positiver Emotionen

- Positive Emotionen sind eng mit psychischem Wohlbefinden und Gesundheit verbunden (Fredrickson 1998).
- „Aufwärtsspirale“ positiver Emotionen:
  - Positive Emotionen erhöhen die Empfänglichkeit einer Person gegenüber angenehmen Ereignissen und Erfahrungen.
  - Durch sie steigt die Wahrscheinlichkeit, dass eine Person nachfolgenden Erfahrungen eine positive Bedeutung erteilt, was wiederum neue positive Emotionen entstehen lässt (Fredrickson & Joiner 2002).
- „Broaden and build“-Theorie (Fredrickson 1998)
  - Positive Emotionen können Perspektiven zu erweitern und flexiblere Bewältigungsformen und Kompetenzen fördern.
  - Negative Emotionen lenken den Fokus der Aufmerksamkeit auf eine unmittelbare Bedrohung.

Zur Bedeutung und Funktion positiver Emotionen

- positive Emotionen
  - sind mit negativen Emotionen inkompatibel (Nezu et al. 1988).
  - sind in der Lage, die anhaltenden physiologischen Nachwirkungen negativer Emotionen zu kompensieren und gleichsam als „Antidot“ gegen negative Emotionen zu fungieren
  - sind mit positiven kognitiven und sozialen Verhaltensweisen verbunden, die die Basis für Resilienz bilden
  - erleichtern den Aufbau effektiver Bewältigungsstrategien (Folkman & Moskowitz 2000).
  - spielen eine zentrale Rolle bei der Herstellung einer kooperativen Beziehung
- Gut ausgebildete Freuderegulation als ein Kernmerkmal einer kooperativen Beziehungen

Neurobiologische Aspekte von positiver Emotionalität und Ressourcenaktivierung

- Alle Regionen des Gehirns, deren Aktivierung mit emotionalem Erleben korreliert ist, sind gleichzeitig mit kognitiven Aspekten verbunden (Damasio 2000).
  - Schaltkreise des Gehirns, die Affekte unterstützen, unterstützen auch Kognitionen.
  - Affektive und kognitive Prozesse lassen sich nicht voneinander trennen.
- Positiven und negativen Emotionen sind im Gehirn unterschiedliche Schaltkreise zugeordnet (Kandel 2006).
  - Positive Emotionen: Aktivierung des mesolimbischen Belohnungssystems
    - Freisetzung von Dopamin im Nucleus accumbens (Mentha 2013)
    - Ausschüttung von endogenen Opioiden (Endorphinen) im Frontalhirn verbunden (Rüegg 2011).
  - negative Emotionen:
    - werden überwiegend in der Amygdala organisiert

Von der Säuglingsforschung zur allgemeinen Regulation von Beziehungen

- Säuglingen und Kleinkindern stellen aktiv komplexe Interaktionen mit ihren frühen Bezugspersonen her (Dornes 1993).
- Säuglings- und Kleinkindforschung revidiert
  - Hypothese eines primären Narzissmus des Neugeborenen (Freud 1914a)
  - Annahme früher autistischer und symbiotischer Phasen (Mahler et al. 1980)
- Parallelen zwischen den frühesten dyadischen Prozessen wechselseitiger Einstimmung und den regulatorischen Prozessen in psychotherapeutischen Beziehungen (Trautmann-Voigt & Voigt 1998).
- Vorrangige Aufgabe der frühen Austauschprozesse ist die emotionale Co-Regulation.
  - stärkere Emotionen werden auf ein stabileres Niveau herabreguliert.
- Resonanz umfasst die Aussendung und den Empfang emotionaler und körperlicher Signale durch beide an einer Interaktion beteiligten Partner.

Von der Säuglingsforschung zur allgemeinen Regulation von Beziehungen

- „Proto-Kommunikation“
  - Landkarte der Beziehungen zu anderen Menschen
  - Die frühen Abstimmungsprozesse weisen eine rhythmische Struktur auf.
  - Crescendi und Decrescendi der mütterlichen Affektzustände in Resonanz mit ähnlichen Crescendi und die Crescendi der kindlichen positiven und negativen Arousalzustände (Beebe & Lachmann 1998).
- “Protokonversation”
  - Wechselspiel der Gesichtsmimik
  - Koordination der Körperbewegungen
  - räumliche Orientierung
  - prosodische und rhythmische Dimensionen der Vokalisierung mit den ihnen korrespondierenden subjektiven Zuständen (Stern 1998)

Von der Säuglingsforschung zur allgemeinen Regulation von Beziehungen

- Tronick et al. (1998): Modell wechselseitiger intersubjektiver Regulation
  - Form der Selbstorganisation
  - emergente Eigenschaft mit der Fähigkeit einzigartige dyadische Organisationszustände zu schaffen, die komplexer und kohärenter sind als ein Zustand eines einzelnen Partners der Dyade
  - wechselseitige Kartographie der Zustände jedes Partners im Gehirn des anderen
  - Bewusstseinszustand jedes Partners erweitert sich
    - Erleben von Verbundenheit und Erfüllung
    - bereicherndes Gefühl der Verbundenheit, wenn wir etwas Wichtiges aus der Welt unserer Patienten verstanden haben und sie sich verstanden fühlen.

Implizites Beziehungswissen

- Der größte Teil unserer Beziehungserfahrungen sind in einem impliziten Format repräsentiert (Lyons-Ruth und die Boston Change Process Study Group 2001)
  - implizite Speicherung regelbasierte Repräsentationen, wie mit anderen Menschen umgegangen werden sollte
  - Speicherung im prozeduralen Langzeitgedächtnis lange bevor durch die Ausreifung des Hippocampus ein autobiografisches Gedächtnis möglich wird, d.h. lange vor Spracherwerb
- Organisation des Verhaltensrepertoire über
  - Erfahrungen
  - Erwartungen
  - Antizipationen dessen, was in den Interaktionen mit seinen wichtigsten Bezugspersonen möglich und zu erwarten ist.
  - herausragende Ausnahmen von den erwarteten Interaktionen
- wechselseitige Moment-zu-Moment-Regulation in gemeinsam konstruierten Austauschprozessen vollzieht

Drei Ebenen der Regulation

- Anhaltende Regulation
  - Bezugsperson bemüht sich um eine anhaltend positive Emotionalität des Kindes
    - verstärkt positive Affekte wie Freude, Interesse, Begeisterung
    - verringert negative Affekte wie Angst, Schrecken, Traurigkeit und Scham
- Ruptur und Reparatur
  - sich wiederholende „Reparaturen“ der Beziehung

    → Kind und Bezugsperson lernen, dass die negative Erfahrung von Nichtpassung in ein positives Gefühl der Passung transformiert werden kann.
- Momente gesteigerter Affektivität
  - Momente außergewöhnlich intensiver Emotionalität strukturieren in besonderer Weise das implizite Beziehungswissen.

    → Psychotherapie: affektgeladene Momente aus einer positiven Interaktion mit dem Therapeuten
    - markant erlebt
    - im Rückblick gut erinnerbar

Momente der Begegnung (Stern et al. 2002)

- neuartige Theorie der Veränderung in psychodynamischen Therapien
- Begegnungsmomente:
  - Ereignisse, die unerwartet in der Therapie auftreten und den „normalen“ Ablauf unterbrechen
  - Augenblicke, in denen sich überraschend etwas in der therapeutischen Beziehung ereignet
  - weder therapeutisch geplant noch erwartet worden
  - neuartig und mit hoher authentischer Qualität
  - keine bereitliegenden Reaktionsmuster, spontanes Reagieren notwendig
  - Begegnung “auf Augenhöhe”
- → Neue Beziehungsneuerfahrung wird möglich
  - erweitert das implizite Beziehungswissen
  - bewirkt, dass Beziehungen sich neu organisieren

5 – Grundlinien einer ressourcenorientierten psychodynamischen Beziehungsgestaltung

Regulieren: Spiegeln der Affekte und die Erzeugung positiver Emotionalität

- Patienten sollen
  - sich sich in ihrem emotionalen Erleben wahrgenommen fühlen dürfen
  - einen emotionalen Kontakt zu uns herstellen können.
  - selbst ihre Emotionen wahrnehmen können → Emotionen sollen eine Repräsentanz als mentale Zustände erhalten.
- Möglichkeit, um Resonanz und Synchronie in der therapeutischen Beziehung herzustellen
  - Auch ausgesprochen negative Emotionen können, wenn sie in einer empathischen therapeutischen Beziehung gespiegelt werden, eine positive emotionale Färbung erhalten.
  - Sie sollen sich mit dem Gefühl verbinden, gesehen, wertgeschätzt und angenommen zu sein.
  - Patienten, die ihre Emotionen nur schwer wahrnehmen können, werden lebendiger, wenn sie unsere empathische Wahrnehmung ihres Affektes spüren (Lichtenberg et al. 2000).

Regulieren: Erzeugung positiver Emotionalität

- „Aufwärtsspirale“ positiver Emotionalität (Frederickson & Joiner 2002)
  - Jede Zunahme an Kompetenz und jeder Zuwachs an Beziehungswissen stärkt das Selbstbewusstsein der Patienten.
- Jeder authentische Kontakt ist mit positiven Emotionen verbunden.
  - Positive Momente der Beziehung die Möglichkeit einer „dyadischen Ausweitung des Bewusstseins“ (Tronick 1998)
- ausgewogene Balance zwischen positiven und negativen Emotionen
  - Die negativen Emotionen sollen in einer positiv getönten therapeutischen Beziehung aufgefangen werden.
- Die therapeutische Situation darf nicht mit negativen Gefühlen assoziiert werden!
  - Sonst droht vermeidbares Blockade- und Vermeidungsverhalten.

Rolle von Suggestion und Humor

- Einsatz von Suggestion ist möglich, sofern er der Förderung des Prozesses dient.
  - Keine Form der Psychotherapie kommt ohne das Mittel der Suggestion aus.
- segensreiche Wirkungen von Humor
  - spontan auftretendes gemeinsames Lachen → Ausdruck einer positiven emotionalen Basis in der therapeutischen Beziehung
  - befreiende Wirkung vs. anhaltende abwehrbedingte Lustigkeit

Regulieren: Bestätigen

- Patientengerechte Dosierung von Bestätigungen
  - unverzichtbar bei Patienten, denen in einem durch Missachtung und Entwertung geprägten beziehungstraumatischen Umfeld die Richtigkeit ihrer Wahrnehmung und die Berechtigung eigener Bedürfnisse abgesprochen wurde
  - Bei höher strukturierten Patienten können unnötig häufig eingesetzte Bestätigungen den Therapieprozess hemmen.

Regulieren: Ermutigen

- Besondere Bedeutung ermutigender Interventionen, wenn Patienten
  - durch Schamgefühle daran gehindert werden, sich der Bearbeitung eines Themas zuzuwenden
  - in einem beziehungstraumatischen Umfeld gelernt haben, dass es ist nicht nur aussichtslos, sondern auch kontraproduktiv und schädlich sein kann,
    - selbst nachzudenken
    - nach Lösungen zu suchen
    - eigene Gedanken auszusprechen
  - – aus Angst, dafür verurteilt, bestraft oder zurückgewiesen zu werden.

Regulieren: Optimales Spannungsniveau herstellen

- optimales „therapeutisches Fenster“
  - Spannung zu gering → keine ausreichende Problemaktualisierung
  - Spannung zu hoch → Problembearbeitung behindert oder blockiert
- Spannungsregulation abhängig vom Strukturniveau
  - Je höher strukturiert ein Patient ist, desto wichtiger wird es, das Spannungsniveau nicht zu sehr absinken zu lassen.
    - entspannte Atmosphäre ohne emotionale Tiefe
    - Kollusion der Vermeidung konflikthafter Themen
  - Je stärker strukturelle Defizite erkennbar sind, desto eher kommt es darauf an, das Spannungsniveau nicht zu sehr ansteigen zu lassen.
    - besonders wichtig bei Patienten mit Traumafolgestörungen, bei denen eine durch traumaassoziierte Stimuli aktivierte angstvolle Emotionalität das explorative System paralysiert und neues Lernen gehemmt hat.

Regulieren: Beruhigen

- Intonation und Gesichtsausdruck
  - beruhigende Intonation
  - freundlicher und beruhigenden Gesichtsausdruck
- verbal
  - langsamer sprechen
  - „Lassen Sie sich Zeit“ oder „So ist es gut“
  - etwas ruhig sagen oder eine Frage stellen
    - Beruhigung darf nicht als Bagatellisierung missverstanden werden!
- spezifische Techniken
  - Atemübungen
  - „Schmetterlings-Umarmung“ (Jarero et al. 2008)
    - die Arme über der Brust kreuzen, so dass die Fingerspitzen unterhalb der Schlüsselbeine liegen. Wie ein Schmetterling bewegen sich die Hände sanft auf und ab und berühren mit den Fingerspitzen seitenwechselnd die Region unter dem Schlüsselbein.

Regulieren: Prozess verlangsamen

- Verlangsamen des Prozesses
  - bei hohem Redefluss Pat. taktvoll unterbrechen
  - Fragen, die gleichzeitig die Emotionswahrnehmung stärken und die Mentalisierungsfähigkeit fördern
    - Lassen Sie uns einen Moment dabei bleiben.
    - Können Sie mir das noch einmal genauer schildern?
    - Spüren Sie einmal hin?
    - Wie geht es Ihnen damit?
    - Was haben Sie dabei empfunden?
    - Wie erklären Sie sich das?
    - Was meinen Sie zu dem, was wir gerade besprochen haben?

Regulieren: Spannungsniveau einschätzen

- Beobachtung
  - Körperhaltung und Gesichtsmimik über den aktuellen Befindlichkeits-zustand des Patienten?
    - stärkere Anspannung? Hinweise auf Angst?
    - Wie verändern sich diese Ausdrucksmerkmale im Laufe der Sitzung?
    - Entspannung oder weitere Anspannung der Gesichtsmuskulatur?
      - →Hinweise, ob weitere Unterstützung notwendig ist oder selbstständige Aktivierung von Ressourcen erwartet werden kann
- Subjektiven Belastungsgrad erfragen
  - SUD-Skala („subjective unit of distress“, Wolpe 1969): „0“ = keine Belastung, „10“ maximal vorstellbare Belastung

Auf Ressourcenerfahrungen hinweisen

- Wann immer Patienten über Erfahrungen gelungener Bewältigung berichten,

  → auf die zugrundeliegenden Kompetenzen hinzuweisen, die zu dem Gelingen beigetragen haben.

- Wann immer es zu wertschätzenden und bereichernden menschlichen Begegnungen gekommen ist

  → herausarbeiteten, worin der Beitrag der Patientin zu deren Zustandekommen bestanden hat.

Kooperative therapeutische Beziehung

- Zum Gelingen der Therapie tragen Patienten und Therapeuten gleichermaßen bei.
- Erarbeitung gemeinsamer Therapieziele und Aufgaben
  - Ziele sind einer dynamischen Entwicklung unterworfen
  - sollten anfangs explizit festgelegt werden
  - sind implizit oder explizit ständig anzupassen
- Jedoch: Es ist weder möglich noch notwendig, alle mit einer Psychotherapie verbundenen Anliegen zu explizieren.
  - Aufträge, die sich auf die Befriedigung menschlicher Grundbedürfnisse – nach Sicherheit, Orientierung, Kontrolle, Bindung, Selbstwertschutz, Vermeidung stärkerer Unlusterfahrungen – beziehen, werden implizit erteilt und begründen einen legitimen Anspruch.

Fokus auch auf positiven und gewünschten Aspekte der Selbst- und Beziehungsrepräsentanzen

- Beachtung nicht nur der unmittelbar zugänglichen, in der Regel negativen, sondern auch die so gut wie immer auch vorhandenen – wenngleich oft verborgenen – positiven Anteile der Selbst- und Beziehungsrepräsentanzen
  - ungeachtet der Notwendigkeit, auch negative Beziehungserfahrungen durchzuarbeiten
- Patienten sollen angeregt werden,
  - in der Zukunftsprojektion Bilder von sich selbst zu entwerfen, die repräsentieren, wie sie einmal sein möchten,
  - mithilfe der so evozierten positiven Emotionen einen therapeutischen Prozess in Richtung positiver Zielvisionen in Gang zu setzen.

Die eigene Therapie überzeugend präsentieren und gleichzeitig Mitarbeit der Patienten einfordern

- Förderung einer positiven Erwartung gegenüber der psychotherapeutischen Behandlung als unspezifische Wirkfaktor von Psychotherapie
  - aktiv zur Förderung der positiven Behandlungserwartungen beitragen
  - suggestiv vermitteln, dass – unter der Voraussetzung einer guten Kooperation – wahrscheinlich eine zuverlässige Verbesserung zu erwarten ist (Greenberg et al. 2006).
- Mitarbeit und Verantwortungsübernahme erwarten: Patienten anregen,
  - Fragen zu stellen
  - sich jederzeit davon zu überzeugen, ob der eingeschlagene therapeutische Weg für sie zielführend ist
  - immer wieder zu überprüfen, ob und in welchem Maße ihnen das in der Therapie Erarbeitete bei der Erreichung ihrer Therapieziele geholfen hat.

Kooperative Natur der therapeutischen Beziehung

- Interventionsstrategie mit dem Ziel der Erhöhung der Motivation zur Zusammenarbeit
- suggestive Elemente, um ein Wir-Gefühl der Zusammengehörigkeit bei der Erledigung der gemeinsamen Aufgabe zu erzeugen
- Ermutigung der Patientin
  - ihre Sichtweise darzulegen
  - mögliche Einwände gegen das geplante Vorgehen zu formulieren
  - einen Weg in der Therapie zu finden, mit dem die Therapeutin und die Patientin sich gleichermaßen identifizieren können.

Rupturen und Reparaturen der therapeutischen Beziehung

- Erkenntnis, dass es immer wieder zu Brüchen der therapeutischen Beziehung kommen kann, die gemeinsam „repariert“ werden können (Safran & Muran 2000).
  - normalerweise in Therapien vorkommende Ereignisse
  - äußerst wertvolle Ressource, um
    - Missverständnisse zu klären
    - offensichtliche Fehleinschätzungen zu korrigieren
- Herausforderung: rechtzeitige Identifikation sich abzeichnender Brüche in der Therapiebeziehung

Allianzrupturen in der therapeutischen Beziehung

- ... außerordentlich häufiges Phänomen, bei schwerer gestörten Patienten quasi Normalität
  - auf der Ebene der Aufgaben und Ziele
    - z.B. Therapeuten arbeiten an Aufträgen, die sie nicht erhalten haben
  - auf der Ebene der emotionalen Verbundenheit
    - Auslösung negativer Affekte **bei Patienten oder Therapeuten** durch Verhaltensmerkmale des jeweils anderen,
    - die vor dem jeweiligen biografischen Hintergrund und der Übertragungsdisposition eine besondere Bedeutung bekommen

Allianzreparatur als Chance

- Ausgesprochen positive Effekte auf die Allianz
  - wenn sich Missverständnisse auflösen lassen
  - wenn Patienten ihre negativen Emotionen mitteilen und die Therapeuten nicht defensiv, sondern offen und akzeptierend darauf reagieren

- Besonders gute Allianzwerte wurden gemessen, wenn Episoden von Allianzruptur und Allianzreparatur vorausgegangen waren (Lansford 1986).

Unaufgelöste Allianzrupturen

- Bei fehlender Möglichkeit, den negativen Affekt in einen gemeinsamen positiven Affektzustand aufzulösen,
  - → Affekte des Alleingelassenseins, des Nicht-Gesehenwerdens, des Ausgeliefertseins, der Beschämung, der Ohnmacht etc.
  - → anhaltende Stresszustand mit allen physiologischen Merkmale einer Stressreaktion

Identifikation von Risikopatienten

- Allianzrupturen werden durch Psychotherapeuten im Allgemeinen nicht gut identifiziert (Hannan et al. 2005).
- Therapeuten neigen dazu, die Qualität der therapeutischen Beziehung zu überschätzen (Walfish et al. 2005).

Patientenrückmeldungen verbessern den Therapieerfolg

- Einbezug von Patienten-Rückmeldungen zur therapeutischen Allianz und zum bisherigen Therapieerfolg
  - verbessert den Therapieeffekt durch Identifikation und Reparatur von Allianzrupturen
  - senkt die Dropout-Rate und vermindert das Risiko der Verschlechterung (Duncan et al. 2010).
- Patienten-Rückmeldungen als wichtige Informationsquelle und ein notwendiges Korrektiv des Unbewussten der Therapeuten (Wampold & Brown 2006).

Patientenbefragung zu allianzfördernden Therapeuteneigenschaften

- Den befragten Patienten war es ganz wichtig,
  - wie ein Therapeut **auf sie reagiert hat**
  - ob er **ihre Reaktionen** auf das, was sie gesagt haben, **ernst genommen hat**
  - ob er sein **Vorgehen geändert** hat, wenn die Situation oder der Kontext dies erfordert haben.

Ackerman SJ, Hilsenroth MJ. (2001). A review of therapist characteristics and techniques negatively impacting the therapeutic alliance. Psychotherapy, 38(2), 171-185

Ressourcenbasierte Beziehungsgestaltung: Umgang mit Skepsis und Ablehnung

- nonverbale Signale von Skepsis und Ablehnung erkennen und zu weiterer Exploration ermutigen

  → interessiert nachfragen, ohne sie als Widerstand zu deuten (Coutinho et al. 2011; Safran, et al. 2002).

- Hinweise auf fehlende Zustimmung zu den eigenen Vorschlägen und Erklärungen sorgfältig registrieren

  → als willkommene Information auffassen, wie es etwas anders weitergehen könnte.

Kooperative therapeutische Beziehung

- Die Erteilung von Therapieaufträgen sollte durch die Patienten erfolgen.
  - Vorsicht bei vermuteten impliziten Aufträgen!
- Aufgabe des Therapeuten ist es,
  - die Patienten bei der Auswahl und Präzisierung eines Therapieauftrags zu unterstützen
  - prüfen, ob der gegebene Auftrag zu den Therapiezielen passt, ggf. Korrekturen vorschlagen
  - die Pat. bei der Detaillierung des Auftrags unterstützen
  - sich immer wieder zu fragen, ob die eigene Arbeit noch durch einen Auftrag des Patienten gedeckt ist.

Kooperative therapeutische Beziehung

- Auch Therapeuten brauchen
  - ein Mindestmaß an Orientierung und Kontrolle, um sich der vor ihnen liegenden Arbeit zuwenden zu können
  - sind auf die Kooperation der Patienten angewiesen
  - müssen sich sicher genug fühlen, um sich auf eine therapeutische Beziehung einlassen zu können, die intensive Nähe mit professioneller Distanz verbindet
  - haben einen berechtigten Anspruch, nicht verletzt oder gekränkt zu werden
  - gerade auch bei schwierigen Themen – eine Atmosphäre, bei der nicht unlustvolle, sondern positiv getönte Affekte von Zuversicht und Bewältigung überwiegen.

6 – Ressourcenorientierung im Konflikt-, Struktur- und Repräsentanzenparadigma

Die Indikation zur Aufdeckung unbewusster Zusammenhänge

- Indikation abhängig von der
  - Relevanz unbewusster Zusammenhänge
  - Alltagsstabilität, der Stabilität der Abwehrstruktur und der Intaktheit der Ich-Funktionen
- Grundbedürfnis nach Orientierung und Kontrolle
  - Nicht alle therapeutischen Problemstellungen machen es notwendig, die unbewussten Determinanten in aller Tiefe auszuloten.
- Kompetenz eines psychodynamischen Psychotherapeuten hängt nicht davon ab, wie viele unbewusste Zusammenhänge er aufdeckt. Was ihn auszeichnet, ist seine Fähigkeit,

  (1) Hinweise auf unbewusste dynamische Zusammenhänge zu erfassen,

  (2) Hypothesen über mögliche abgewehrte Inhalte zu bilden

  (3) über ein therapeutisches Instrumentarium, das zur Aufdeckung unbewusster Zusammenhänge geeignet ist, zu verfügen
- Die Tatsache, dass wir etwas von der unbewussten Dynamik des Patienten verstanden haben, ist kein ausreichender Grund, um es in eine Deutung umzusetzen.

Vorzüge der Technik der freien Assoziation

- Erhellung des assoziativen Umfelds von Symptombildungen erlaubt Hinweise auf unbewusste Konflikten
  - Störungen des assoziativen Prozesses geben Hinweise auf unbewusste Konflikte
- Neue, bislang ungewohnte Verbindungen können entstehen.
  - Festgefahrene Denkwege können verlassen werden;
- Verständnis von Zusammenhängen, das bisher nicht möglich war

  → Gefühl von Kompetenz und Horizonterweiterung

Begrenzungen und Nachteile der Methode der freien Assoziation

- Die freie Assoziation kann in den Dienst der Abwehr treten.
  - Patienten ziehen es vor, sich dem Fluss ihrer Assoziationen hinzugeben, als sich mit schmerzhaften Emotionen zu konfrontieren.
- Patienten werden in ihren Einfällen nicht nur von ihrem Unbewussten gesteuert.
  - Ein Patient kann sein bewusstes Nachdenken nicht einfach ausschalten.
- Bedrohung des Grundbedürfnisses nach Orientierung und Kontrolle
  - Kontraproduktive Abwehr- und Widerstandsformen, um das Gefühl von Orientierung und Kontrolle aufrechtzuerhalten

Ressourcenorientierte Nutzung der Methode der freien Assoziation

- Sorgfältige Indikation
  - Plädoyer für einen gezielten, sparsamen und verantwortungsvollen Umgang mit der Methode
  - Erläuterung der Wirkungsweise der Methode
- Methode ist nicht geeignet
  - emotional unzureichend regulierte Patienten
  - keine ausreichende Mentalisierungsfunktion
  - Neigung zum Intellektualisieren
- Alternativen zur freien Assoziation, um Einblick in unbewusste Zusammenhänge zu gewinnen:
  - sorgfältiges Registrieren nonverbaler Signale
  - Auswertung der Gegenübertragung
  - Reflexion von Handlungsdialogen und Übertragungs-Gegenübertragungs-Inszenierungen
  - Beschäftigung mit Träumen

Ressourcenorientierte Nutzung der Methode der freien Assoziation

- Die Nutzung der Methode der freien Assoziation muss nicht notwendigerweise mit einem zurückhaltenden Therapeutenverhalten verbunden sein
  - Lebendigkeit und wohlwollende Präsenz sind dennoch möglich.
- Freie Assoziation kann für einen bestimmten Zeitabschnitt der Therapie oder nur für einen Teil der Therapiesitzung vereinbart werden.
  - bspw. ausgehend von einem bestimmten Einfall
- Methode der freien Assoziation als wertvolle therapeutische Ressource
  - Abwägung gegen Beeinträchtigung des Gefühls von Orientierung und Kontrolle

Flexibler Umgang mit dem „Couch-Setting“ – „Couch“ als Ressource?

- keine Notwendigkeit,
  - die Nutzung der Couch mit einem hochfrequenten Therapieangebot zu koppeln
  - die Entscheidung für eine Behandlung im Sitzen oder im Liegen für den gesamten Verlauf einer Therapie festzulegen
- Plädoyer
  - eine flexible Anwendung entsprechend der klinischen Indikation
  - „Couch“-Setting für einen definierten Abschnitt der Behandlung nutzen
  - probeweises Liegen auf der Couch

Reflexion des traditionellen Fokus auf unbewusste Prozesse

- Hoher Stellenwert unbewusster Aspekte auch bei einer ressourcenorientierten psychodynamischen Praxis
- Jedoch: Notwendigkeit der Reflexion des im traditionellen psychodynamischen Therapieverständnis fest verankerten Fokus auf unbewusste Prozesse
  - gezielte indikationsbezogene Reflexion des Einsatzes der Methode der freien Assoziation zur Förderung primär prozesshaften Prozesse
    - bei höher strukturierten Konfliktpathologien notwendig
    - bei Patienten mit ich-strukturellen Störungen und Traumafolgestörungen
    - → Berücksichtigung des Grundbedürfnisses nach Orientierung und Kontrolle
    - → Einbezug kognitiver und edukativer Interventionen
  - Ausweitung der Beschäftigung mit dem Unbewussten
    - besondere Aufmerksamkeit auf unbewusste Prozesse der Therapeutin und dem Bewusstsein entzogene Aspekte ihrer Gegenübertragung

Neubewertung traditioneller therapeutischer Strategien

- Bei Wahl einer bestimmten therapeutischen Strategie, z.B.
  - korrigierende emotionale Erfahrung vs. Übertragungsdeutung
  - deutende vs. selbstwertstärkende Interventionen

  → Entscheidend ist jeweils die Reaktion der Patientin
- Das bedeutet:
  - kein schematischer Einsatz einer bestimmten Behandlungstechnik
  - keine unkritische Idealisierung einer Methode
  - kein blindesVertrauen, dass eine Methode allein und ohne Würdigung des Kontextes eine therapeutische Wirksamkeit garantiert
  - kein Festhalten an einer einmal gewählten Methode, obwohl sich andeutet, dass ein Wechsel der Strategie der Patientin die Mitarbeit erleichtern würde.

Ressourcenaktivierende Techniken im Rahmen strukturbezogener und traumaorientierter Arbeit

- unspezifische ressourcenaktivierende Maßnahmen
  - Generierung positiver emotionaler Zustände
  - Wiederherstellung des Wohlbefindens
- spezifische ressourcenaktivierende Interventionen
  - Ziel: Kompetenzen oder Ich-Funktionen, die einmal zur Verfügung gestanden hatten, gezielt reaktivieren

Integration therapeutisch wertvoller Interventionen mit Herkunft aus anderen Verfahren oder Schulrichtungen

- Grundsätzlich unbedenklich und erwägenswert,
  - wenn sie – zum Beispiel in der Behandlung von Patienten mit strukturellen Störungen oder Traumafolgestörungen – offensichtlich das Repertoire klassischer psychodynamischer Interventionen ergänzen und bereichern
  - wenn ihr Einsatz vor dem Hintergrund des psychodynamischen Beziehungsverständnisses reflektiert wird
  - Blickwinkel von Übertragung und Gegenübertragung

- Das Ziel besteht
  - nicht darin, das therapeutische Instrumentarium zu beschränken
  - sondern das psychodynamische Beziehungsverständnis zu erweitern und zu vertiefen.

Differenzierter Einsatz ressourcenaktivierender Interventionen

- Psychodynamisches Erfahrungswissen zur Wirksamkeit von therapeutischen Strategien und Interventionen
  - Patienten mit hoch strukturierten Pathologien auf der Basis unbewusster Konflikte
    - nach wie vor deutende Interventionstechniken
    - spezifische ressourcenaktivierende Interventionen sind oft verzichtbar
  - Patienten mit ich-strukturellen Störungen und/oder Traumafolgestörungen
    - spezifische ressourcenaktivierende Interventionen können äußerst hilfreich sein.
- Jedoch:
  - Beurteilung, ob eine Intervention oder Methode für einen Patienten als Ressource gelten kann
  - → Allein der im subjektiven Erleben der Patientin wahrgenommene Nutzen im Hinblick auf die Befriedigung seiner zentralen Bedürfnisse zählt!
  - → nur in Abhängigkeit vom jeweiligen Beziehungskontext

Aktivierung positiver Erinnerungsbilder

- Erinnerung an eine (kleine) Kompetenzerfahrung oder eine hilfreiche menschliche Begegnung auffinden
- diese Szene lebendig imaginieren („Foto“, auf dem sich die Patientin selbst mit positivem Gesichtsausdruck sieht)
- das positive Gefühl wahrnehmen, das *jetzt* beim Gedanken an die Erfahrung von damals auftritt
- das positive Körpergefühl wahrnehmen, das sich *jetzt* beim Gedanken an die positive Erfahrung von damals einstellt
- auf Stabilität des Ressourcenkontakts achten

Körperausdruck beachten

- Embodiment-Forschung
  - Alle Erfahrungen – nicht nur negative Erfahrungen und unverarbeitete Affekte traumatischer Erfahrungen, sondern auch Erinnerungen an positive Erfahrungen von Bewältigung und menschlicher Wertschätzung – werden im Körpergedächtnis aufbewahrt.
- Gesichtsausdruck und Körperhaltung → erkennen, ob ein Patient gedanklich und emotional in Kontakt mit einer Ressource ist.
  - Entspannte Gesichtszüge oder ein Lächeln zeigen den Ressourcenkontakt an.
  - bleiben diese Hinweise aus, ist es fraglich, ob ein tragfähiger Ressourcenkontakt besteht.

Ressourcen-Tagebuch

- Inhalt
  - wichtige in der Therapiesitzung erarbeitete Inhalte
  - Erinnerungen an Momente eigener Kompetenz
  - Erinnerungen an positive menschliche Begegnungen
  - ermutigende Selbstsuggestionen
  - positive Fantasien künftiger Bewältigungserfahrungen
  - affirmative Sätze über die eigene Person

- Die Patienten können ein solches Tagebuch mit sich führen und bei Bedarf immer wieder durchlesen.

Ressourcenaktivierende Imaginationen

- Distanz zu belastenden Emotionen und intrusiven Erinnerungsfragmenten
  - „Container“-Technik (oder „Tresor“-Technik)
    - imaginatives „Wegpacken“ von belastende Erinnerungen oder Flashbacks
- um positive emotionaler Zustände zu fördern
  - z.B. Imagination eines „Wohlfühlortes“
    - kann ein Gefühl von Wohlbefinden vermitteln (Reddemann 2016).

Stressabsorptionstechnik
(modif. nach A. Hofmann)

- Subjektiver Belastungsgrad einer Situation? (SUD 1-10)
- Welche Fähigkeit(en)/Ressourcen(n) brauchen Sie, um mit der Belastung besser fertig zu werden? Nenne Sie 3 Fähigkeiten/Ressourcen.
- Gab es eine Situation – in den letzten zwei Jahren oder davor – in der Sie bemerkt haben, dass Sie schon etwas von der ersten Fähigkeit/Ressource haben?
- Welches ist das Bild, das diese Situation am besten erfasst?
- Wo spüren Sie das im Körper, dass Sie da schon etwas von dieser Fähigkeit hatten?
- Gehen Sie in Kontakt mit dem Bild und dem Körpergefühl. Sind Sie damit im Kontakt.
- (Gleiches Vorgehen mit der zweiten und dritten Ressource.)
- Subjektiver Belastungsgrad der Situation? (SUD 1-10)

Schonende Traumabearbeitung

Pendeltechnik (mit oder ohne EMDR):

- Ausgiebige Ressourcenaktivierung im Wechsel mit ultrakurzer Traumaexposition (Fine u. Berkowitz 2001; Levine 1998)
  - Begin mit ausgiebiger Aktivierung eines Ressourcenbildes einschl. des zugehörigen positives Körpergefühls
  - vorsichtige Steigerung der Trauma-Expositionszeit (Beginn z.B. 1 Sek. dann 2 Sek.)
  - Wiederaufsuchen des Ressourcenzustandes
  - Erneute Traumaexposition nur nach optimaler Ressourcenaktivierung
  - Pendeln bis zum Rückgang der Belastung

Unterschiedliche Verarbeitungsmodi nach traumatischen Erfahrungen

- Abspaltung bedrohlicher Erinnerungsfragmente in einem anderen Bewusstseinszustand ohne symbolische Repräsentanz in der Alltagswelt
  - Symptomatik der posttraumatischen Belastungsstörung
  - mit hoher Stressbelastung verbundene Affektzustände und Körpersymptome, die assoziativ mit traumatischen Erfahrungen verbunden sind
  - dissoziative Störungen
- Traumatische Erfahrung haben eine symbolische Repräsentanz → resultierenden intrapsychischen und interpersonellen Konflikte
  - sind weitgehend bewusst, jedoch mit hohem Leidensdruck verbunden
  - sind mittels reifer Abwehrmechanismen (z.B. Verdrängung) weitgehend dem bewussten Erleben entzogen
  - sind mittels „unreifer“ Abwehrmechanismen (z.B. durch Introjektion/Identifikation und Projektion) verarbeitet worden

    → veränderte Repräsentanzenwelt

    → verzerrte Realitätswahrnehmung

    → ich-strukturellen Einschränkungen

Unterschiedliche Verarbeitungsmodi nach traumatischen Erfahrungen

- Die verbreitete Tendenz, Patienten alternativ entweder eine Konflikt-, Struktur- oder Trauma-Pathologie zuordnen zu wollen, verkennt die Vielfalt der Verarbeitungsmuster.
- Wir plädieren daher dafür,
  - uns für alle Perspektiven offen zu halten
  - für jede klinische Situation von Neuem zu entscheiden, ob
    - die Perspektive des unbewussten Konflikts
    - die Perspektive der ich-funktionellen Einschränkung
    - die Perspektive der dissoziativen Erinnerungsverarbeitung
    - eine Kombination aus ihnen
  - für die weitere Bearbeitung im Vordergrund stehen sollte..

7 – Ressourcenorientierter Umgang mit Blockaden des therapeutischen Prozesses

Blockaden des therapeutischen Prozesses

- Vorschlag, von Blockaden des therapeutischen Prozesses statt von Widerstandsphänomenen zu sprechen
  - Widerstandsbegriff: Suggestion, ausbleibende Therapiefortschritte oder gegen die Erreichung der Therapieziele gerichtete Tendenzen in erster Linie der Patientin zuzuschreiben
- Blockaden ebenso wegen
  - diagnostischer Fehleinschätzungen
  - unzureichender Abstimmung der Therapieziele
  - unpräziser Auftragsklärung
  - ungenügend reflektierter Aspekte der Gegenübertragung der Therapeutin

Gründe für überwiegend patientenseitige Blockaden

- Ängste oder Schamgefühle (evtl. in Zusammenhang mit der Übertragungssituation)
  - → Atmosphäre, in der die Patienten ihre Angst- und auch Schamgefühle spüren und erkunden können
- aggressive Gefühle oder Impulse
  - z.B. Ekel oder intensive Abneigung gegenüber eigenen Gedanken, Fantasien oder Wünschen
- Angst vor dem Neuen und Unbekannten
- Bedrohung des bisherigen Lebensarrangements
- ungenügende Unterstützung durch Angehörige
- sekundärer Krankheitsgewinn
- Ein anderes Beziehungsbedürfnis ist in den Vordergrund getreten.

Gründe für überwiegend patientenseitige Blockaden

- Auswirkungen unzureichend integrierter kindlicher Persönlichkeitsanteile
  - Kind-Identifikation
    - kindlich magisches Denken → Hemmung, bestimmte Gedanken, Fantasien oder Wünsche zu denken aus Angst, sie könnten Realität werden
    - kindliche Versorgungswünsche
    - Schwierigkeiten mit der Begrifflichkeit der Erwachsenenwelt
    - → Aufforderung, die Perspektive der Erwachsenenpersönlichkeit →Stärkung der Realitätsorientierung
  - Identifikation mit täternahen Persönlichkeitsanteilen
    - aggressiv-forderndes, entwertendes oder manipulatives Patientenverhalten
    - → Grenzen und Verweis auf die Notwendigkeit einer kooperativen, therapeutischen Beziehung

Die Übertragung als Grund für Blockaden

- Überzeugung oder Angst des Pat. (bewusst oder unbewusst), von uns übermäßig kritisch und ablehnend wahrgenommen zu werden
- Therapeutische Situationen werden übertragungsbedingt als bedrohlich erlebt
- Hinweise:
  - Pat. vermeidet es, über die therapeutische Beziehung zu sprechen
  - Eindruck, dass alle Gefühle und Wahrnehmungen, die sich auf uns beziehen, keinen Raum haben dürfen.
  - Schwer verständliche aggressive Affekte uns gegenüber → übertragungsbedingte Ängste vor der Nähe?

Gründe für überwiegend patientenseitig motivierten Blockaden des Therapieprozesses

- Instrumentalisierung der Therapie
  - Patienten nutzen die Therapie ausschließlich dazu, um andere als therapeutische Ziele zu verfolgen.
    - →Überprüfung der Indikation für eine Psychotherapie
- Unkenntnis bezüglich der Wirkungen des Blockadeverhaltens
  - Den Pat. ist nicht immer bewusst, dass sie mit ihrem Verhalten den Therapieprozess blockieren oder unmöglich machen.
    - → Erläuterung
- Ängste und Schamgefühle
  - Schutzcharakter der Blockadephänomene?
    - →Klärung
  - Grundsatz „Von der Oberfläche in die Tiefe“ (Greenson 1967)

Therapeutenseitige Gründe für Blockaden im therapeutischen Prozess

- Wahl des therapeutischen Vorgehens ausreichend gut auf den Patienten abgestimmt?.
- Ich-strukturelles Defizit übersehen oder fälschlich angenommen?
- zu rigide an dem einmal gewählten Vorgehen festgehalten ?
- Veränderungsschritt, den wir von unserem Patienten erwarten, zu groß?
- Mangelnde Abstimmung über das Therapieziel und die Aufgaben?
- unrealistische Vorstellungen über die Veränderungsmöglichkeiten der Pat.?
- gewählte therapeutische Stil: selbstständig zu arbeiten und Deutungen selbst zu finden vs. Angebote unsererseits.
- Sprache: Haben wir uns in einer klaren und verständlichen Weise ausgedrückt?
- aktuelles Beziehungsbedürfnis der Pat. ausreichend gut verstanden?
- Blockaden in der äußeren Realität der Behandlungssituation?
- „geschickte“ Patietnen?

Blockaden des therapeutischen Prozesses

- Vorschlag, von Blockaden des therapeutischen Prozesses statt von Widerstandsphänomenen zu sprechen
  - Widerstandsbegriff: Suggestion, ausbleibende Therapiefortschritte oder gegen die Erreichung der Therapieziele gerichtete Tendenzen in erster Linie der Patientin zuzuschreiben
- Blockaden ebenso wegen
  - diagnostischer Fehleinschätzungen
  - unzureichender Abstimmung der Therapieziele
  - unpräziser Auftragsklärung
  - ungenügend reflektierter Aspekte der Gegenübertragung der Therapeutin

Blockadeverhalten wegen ungeklärter Aspekte der Gegenübertragung

- Stillschweigendes Tolerieren patientenseitiger störender oder schädigender Verhaltensweisen
  - aus Sorge, der Ärger über die Patienten könnte ungefiltert zu ihrem Schaden durchbrechen
  - → Behinderung der Empathiefähigkeit
- Die Therapeutin mobilisiert die gleiche Abwehr gegen ein bestimmtes emotionales Erleben wie ihre Patientin, weil sie sich durch ihre Erzählungen unbewusst an eigene Konflikte erinnert fühlt.
  - Der Therapeutin fällt nicht auf, dass sie die Abwehr der Patientin analysieren müsste, wenn sie sie bei der Bewusstwerdung eines unbewussten Konfliktes unterstützen will.
- Themen der Patienten sind auch für uns ängstigend und beschämend.
  - → Vermeidungsverhalten der Patienten wird nicht bemerkt.
  - → kein Ansprechen des Vermeidungsverhaltens, keine Analyse der Abwehr
- Ein besonders angepasstes Patientenverhalten erleben wir als angenehm.
  - → Vermeidung fokusrelevanter konflikthafter Themen

Einflussfaktoren auf die Gegenübertragung

- Die Gegenübertragung wird immer auch beeinflusst
  - von Sympathien und Antipathien
  - davon, ob die Therapie einen zufriedenstellenden Verlauf nimmt oder nicht.
  - von eigenen Übertragungen auf unsere Patienten

    - → Für Entwicklung problematischer Übertragungen auf Patienten ist es offenbar nicht entscheidend, ob und in welchem Maße unsere Biographie konflikthafte oder traumatische Erfahrungen aufweist, sondern ob es sich dabei um ungelöste und nicht hinreichend bewusste Konflikte oder unzureichend verarbeitete Traumen handelt.

Die Befindlichkeit der Therapeuten und ihre Auswirkungen auf den Therapieprozess

- Aspekte der Selbstregulation und Mentalisierungsfunktion der Therapeuten sind für den erfolgreichen Verlauf einer Psychotherapie mindestens ebenso bedeutsam wie ihre behandlungstechnische Kompetenz.
- → Vordringliche Aufgabe
  - auch unter schwierigen klinischen Bedingungen und unter der Einwirkung patientenseitig negativer Emotionalität
  - eine ausreichend positive Emotionalität aufrechtzuerhalten, um empathisch bleiben zu können

Die Befindlichkeit der Therapeuten und ihre Auswirkungen auf den Therapieprozess

- Ressourcen der behandelnden Therapeutin
  - Fachwissen
  - Beziehungskompetenz
  - Bereitschaft, externe Ressourcen in Form von Weiterbildung und Supervision in Anspruch nehmen
  - Fähigkeit, angesichts der anflutenden negativen Emotionen der Patienten die eigene Emotionsregulierung und Mentalisierungsfunktion aufrechtzuerhalten

Die Befindlichkeit der Therapeuten und ihre Auswirkungen auf den Therapieprozess

- Projektive Identifizierung
- → in die Therapeutin deponierte negative Emotionen (Bion 1962)
- → Transformation negativer Emotionalität in eine gemeinsam geteilte positive Emotionalität

Die Befindlichkeit der Therapeuten und ihre Auswirkungen auf den Therapieprozess

- Verantwortungsvoll arbeitende psychodynamische Therapeuten sind sich der Tatsache bewusst,
  - dass sie in ihrer täglichen Arbeit immer auch unbewussten Einflüssen ausgesetzt sind
  - unter Umständen weiterer Ressourcen zur Korrektur dieser Einflüsse bedürfen.

Schluss

- Ressourcenorientierte Haltung in der psychodynamischen Psychotherapie ist
  - weit davon entfernt ist, sich einem verflachenden Positiv-Denken zu verschreiben
  - darauf bedacht, die wertvollen Bestände des psychoanalytischen Erfahrungswissens zu bewahren.
- Ressourcenaktivierung kann helfen, den psychodynamischen Therapieprozess zu vertiefen.
- Hohe Bedeutung unbewusster Prozesse im Therapiegeschehen
  - Unter dem Blickwinkel einer ressourcenorientierten psychodynamischen Praxis braucht es nicht ein Weniger, sondern ein Mehr an Respekt und Offenheit für die Omnipräsenz unbewusster Prozesse im therapeutischen Geschehen.

Literatur

Bion, W.R. (1962). Lernen durch Erfahrung. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.

Cozolino, L. (2014). The neuroscience of human relationships: Attachment and the developing social brain. New York, NY: W. W. Norton & Co.

Dahlitz, M.J. (2015). Neuropsychotherapy: Defining the emerging paradigm of neurobiologically informed psychotherapy. Int J Neuropsychotherapy, 3(1), 47–69.

Epstein, S. (1990). Cognitive-experiential self-theory for personality and developmental theory. In: Pervin, L.A. (ed). Handbook of Personality: Theory and Research (165–192). New York: Guilford.

Erickson, M. & Rossi, E. (1979). Hypnotherapy: An Exploratory Case- book. New York: Irvington Publishers, Inc.

Flückiger, C. & Wüsten, G. (2015) Ressourcenaktivierung. 2. Aufl. Bern: Huber

Fredrickson, B. L. (1998). What good are positive emotions? Rev Gen Psychology, 2, 300–319.

Gassmann, D. & Grawe, K. (2006). General change mechanisms. The relation between problem activation and resource activation in successful and unsuccessful therapeutic interactions. J Clin Psychol Psychother, 13, 1–11.

Grawe, K. (2004). Neuropsychotherapie. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe.

Heisterkamp, G. (1999). Zur Freude in der analytischen Psychotherapie. Psyche – Z Psychoanal, 53, 1247–1265.
Jung, C.G. (1954).The development of personality: Papers on child psychology, education, and related subjects. In R.F.C. Hull (Trans.), The collected works (ifC.C. Jung (Vol. 17). Bollinger Series XX. Princeton, New Jersey: Princeton University Press.

Lachman, F.M., & Beebe, B.A. (1996). Three principles of salience in the organization of the patient-analyst interaction. Psychoanal Psychology, 13, 1–22.

Ramseyer, F. & Tschacher, W. (2011). Nonverbal synchrony in psychotherapy: Coordinated body movement reflects relationship quality and outcome. J Cons Clin Psychology, 79, 284–295.

Reddemann, L. (2016). Imagination als heilsame Kraft. 19. Aufl. Stuttgart: Klett-Cotta.

Reddemann, L., Wöller, W. (2016). Komplexe posttraumatische Belastungsstörung. Stuttgart: Schattauer.

Safran, J.D. & Muran, J.C. (2000). Negotiating the Therapeutic Alliance: A Relational Treatment Guide. New York, NY, US: Guilford Press.

Sandler, J. & Rosenblatt, B. (1962). The concept of the representational worl". Psychoanal Study Child, 17, 128–145.

Thomä, H. & Kächele, H. (2006). Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie, 3. Aufl. Berlin Heidelberg New York Tokyo: Springer.

Willutzki, U. & Teismann, T. (2013) Ressourcenaktivierung in der Psychotherapie. Göttingen: Hogrefe.

Winnicott, D. (1953). Transitional objects and transitional phenomena: a study of the first not-me possession. Int J Psychoanal, 34, 89–97.

Wöller, W. (2022). Psychodynamische Therapie. Lehrbuch der ressourcenorientierten Praxis. Stuttgart: Schattauer.

Wöller, W. (2013). Trauma und Persönlichkeitsstörungen. Ressourcenbasierte psychodynamische Therapie. 2. Aufl. Stuttgart: Schattauer.

Wöller, W., Lampe, A., Mattheß, H., Schellong, J., Leichsenring, F. & Kruse, J. (2020) Psychodynamische Therapie der komplexen posttraumatischen Belastungsstörung. Ein Manual zur Behandlung nach Kindheitstrauma. Stuttgart: Schattauer.