

1.2 Sozialpsychologische Grundlagen der Psychotherapie

- Strong SR (1978): Social psychological approach to psychotherapy research. In: Garfield SL, Bergin AE (eds.) *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change: An Empirical Analysis*. New York: Wiley, pp. 101-135
- Taylor SE (1989): *Positive Illusions*. New York: Basic Books
- Valins S (1966): Cognitive effects of false heart-rate feedback. *J Pers Soc Psychol* 4:400-408
- Weiner B (1986): *An Attributional Theory of Motivation and Emotion*. New York: Springer
- Weitkunat R, Haisch J, Kessler M (Hrsg.) (1997): *Public Health und Gesundheitspsychologie*. Bern: Huber

b) weiterführende Literatur

- Amann G, Wipplinger R (Hrsg.) (1998): *Gesundheitsförderung. Ein multidimensionales Tätigkeitsfeld*. Tübingen: dgvt-Verlag
- Margraf M, Siegrist J, Neumer S (Hrsg.) (1998): *Gesundheits- oder Krankheitstheorie?* Berlin: Springer
- Bischoff C, Zenz H (Hrsg.) (1989): *Patientenkonzepte von Körper und Krankheit*. Bern: Huber
- Försterling F, Stiensmeier-Pelster J (Hrsg.) (1994): *Attributionstheorie. Grundlagen und Anwendungen*. Göttingen: Hogrefe
- Frey D, Irie M (Hrsg.) (1993): *Theorien der Sozialpsychologie*. Bd. 1: Kognitive Theorien. Bd. 2: Gruppen- und Lerntheorien. Bd. 3: Motivations- und Informationsverarbeitungstheorien. Bern: Huber
- Haisch J (2002): *der mündige Patient und sein Arzt. Wie der Arzt die Eigenverantwortung des Patienten fördern kann*. Heidelberg: Asanger
- Haisch J, Hurrelmann K, Klotz T (Hrsg.) (2006): *Medizinische Prävention und Gesundheitsförderung*. Bern: Huber
- Haisch J, Weitkunat R, Wildner M (Hrsg.) (1999): *Wörterbuch Public Health Gesundheitswissenschaften*. Bern: Huber
- Hurrelmann K, Klotz T, Haisch J (Hrsg.) (2007): *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung*. 2. Aufl. Bern: Huber
- Jerusalem M, Weber H (Hrsg.) (2003): *Psychologische Gesundheitsförderung – Diagnostik und Prävention*. Göttingen: Hogrefe
- Kerr J, Weitkunat R, Moretti M (eds.) (2004): *The ABC of Behaviour Change*. Edinburgh: Elsevier. Dt. *ABC der Verhaltensänderung*. München: Urban und Fischer, 2007
- Schwarzer R (2004): *Psychologie des Gesundheitsverhaltens*. 3. Aufl. Göttingen: Hogrefe
- Schwarzer R (Hrsg.) (2005): *Gesundheitspsychologie. Enzyklopädie der Psychologie*. Göttingen: Hogrefe

1.3 Persönlichkeitspsychologische Grundlagen

BORIS EGLOFF

1 Einleitung

In diesem Kapitel sollen zunächst zentrale Begriffe und Problemfelder der empirischen Persönlichkeitsforschung erläutert werden. Nach einer Arbeitsdefinition von Persönlichkeit werden Konsistenz und Stabilität als zentrale Kennzeichen von Persönlichkeitseigenschaften vorgestellt und im Rahmen der Konsistenzdebatte kritisch diskutiert. Anschließend werden unterschiedliche Datenarten und Erhebungsmethoden vorgestellt sowie Verfälschungstendenzen bei Fragebogenverfahren geschildert.

Im darauf folgenden Abschnitt wird eine zentrale neuere Persönlichkeitstheorie (das Fünf-Faktoren-Modell) beschrieben, die in der aktuellen Diskussion um die Struktur der Persönlichkeit einen prominenten Stellenwert einnimmt und sich als konsensuelles Modell etabliert hat. Darüber hinaus wird das CAPS-Modell von Mischel und Shoda (1995) geschildert, das kognitive und affektive Persönlichkeitsstrukturen und -prozesse thematisiert. Zudem wird kurz auf einige Teilbereichstheorien der Persönlichkeit eingegangen, die für die Psychotherapie besonders relevante Konstrukte der Persönlichkeitsforschung (Kontrollüberzeugungen, Selbstwirksamkeitserwartungen, Stressbewältigungsdiskpositionen) thematisieren.

Abschließend wird eine aktuell sowohl in der klinischen als auch der persönlichkeitspsychologisch orientierten Literatur intensiv diskutierte Anwendungsmöglichkeit von persönlichkeitspsychologischen Konstrukten für die klinische Praxis vorgestellt: Inwieweit lassen sich Persönlichkeitsstörungen mithilfe des Fünf-Faktoren-Modells der Persönlichkeit konzipieren und diagnostizieren?

2 Theoretische Inhalte und Kenntnisse

Beschreibung, Erklärung, Vorhersage und Modifikation von Verhalten sind zentrale Anliegen, sowohl von Alltagspsychologen als auch von Persönlichkeitspsychologen und Psychotherapeuten. Kontrovers diskutiert wird, welche Variablen Verhalten determinieren bzw. mit Verhalten korrelieren. In diesem Kapitel soll auf die zentrale Rolle von Persönlichkeitseigenschaften als Verhaltensdispositionen eingegangen werden.

Definitionen. Eysenck (1967) definiert Persönlichkeit als die „Gesamtsumme der aktuellen oder potenziellen Verhaltensmuster des Organismus, wie sie durch Anlage oder Umwelt determiniert sind. Diese Muster entwickeln sich durch die Interaktion von

vier Hauptbereichen, dem kognitiven Bereich (Intelligenz), dem konativen Bereich (Charakter und Motive), dem affektiven Bereich (Temperament) sowie dem somatischen Bereich (Konstitution)“. Ähnlich formuliert Guilford (1974): „Die Persönlichkeit eines Individuums ist seine einzigartige Struktur von Persönlichkeitseigenschaften (Traits). Ein Trait ist jeder abstrahierbare und relativ konstante Persönlichkeitseigenheit, hinsichtlich dessen eine Person von anderen Personen unterscheidbar ist“, während Herrmann (1991) unter Persönlichkeit „ein bei jedem Menschen einzigartiges, relativ überdauerndes und stabiles Verhaltenskorrelat“ versteht.

Merke: Persönlichkeitseigenschaften (als hypothetische Konstrukte) determinieren (beobachtbare) Verhaltensweisen, machen Personen von anderen unterscheidbar, umfassen verschiedene unterscheidbare Bereiche und weisen eine gewisse Stabilität auf.

Konsistenzdebatte. Besonders an der Forderung nach transsituativer Konsistenz und transtemporaler Stabilität von Persönlichkeitseigenschaften entzündete sich eine heftige Debatte. Während die zeitliche Stabilität, die durch die Korrelation zwischen zwei Messungen in einem kürzerem Zeitabstand (z.B. zwei Wochen) bestimmt wird, bei der Verwendung von Selbst- oder Fremdbeurteilungen mittels Fragebogen sowie bei Tests im Leistungsbereich unproblematisch erscheint, ist die Retestkorrelation bei direkten Verhaltensmessungen (z.B. physiologischen Messungen, Emotionsausdruck oder Sozialverhalten) oft geringer ausgeprägt. Hier muss über viele identische Situationen gemittelt werden, um eine ausreichende Stabilität zu erzielen.

Problematischer stellt sich die transsituative Konsistenz, also die Kovariation von Eigenschaftsmessungen zwischen unterschiedlichen Situationen, dar. So zeigten erstmals Hartshorne und May, dass die mittlere Korrelation beobachteten unehrlichen Verhaltens (mogeln, stehlen, lügen) in acht Situationen (z.B. Klassenzimmer, Sport, Hausaufgaben) nur 0.19 betrug. Analog wies Mischel (1968) anhand zahlreicher Beispiele aus unterschiedlichsten Verhaltensbereichen darauf hin, dass die transsituative Konsistenz für Verhalten in realen Situationen nur selten die „magische“ Grenze von 0.30 erreiche. Daraus schloss er, dass die fundamentale Annahme von Eigenschaftstheorien, eine Eigenschaft determiniere das Verhalten in vielen Situationen in vergleichbarer Weise, nicht haltbar sei. Vielmehr seien Differenzen im Verhalten im Wesentlichen durch Parameter der Situation

9.2 Psychoanalytisch begründete Verfahren: Analytische und tiefenpsychologisch fundierte (psychodynamische) Psychotherapie

Therapeuten delegiert werden kann etc. Gleichzeitig wird die Erfahrung ermöglicht, dass statt des gewohnten Rückzugs ein Austausch über wechselseitige Bedürfnisse und Wünsche innerhalb der Beziehung stattfinden kann.

Dieser komplizierte und sich über eine längere Strecke vertiefende Prozess einer systematischen Umstrukturierung der Beziehung schaffte die Voraussetzung für den „Neubeginn“, der auf Seiten des Patienten mit einer veränderten Beziehungserfahrung einhergeht: „Ich kann (auch negative) Gefühle und Wünsche ohne Angst oder Schuld direkt und authentisch zum Ausdruck bringen.“ Diese Erfahrung markiert den Ausweg aus dem neurotischen Beziehungsdilemma.

Interventionen, die in diesem Prozessabschnitt Veränderung ermöglichen, tragen weniger supportiven Charakter im Sinne des Ausgleichs von Inkompetenzen. Der Therapeut deutet, klariert und konfrontiert (Erläuterung dieser Begriffe siehe 2.3). Unterstützend wirken insbesondere die im Abschnitt „strukturbezogene Interventionen“ (s. oben) geschilderten Interventionen zur „Differenzierung von Selbststrukturen“.

2.10 Transfer neuer Beziehungserfahrungen und Beendigung der Behandlung

Therapeutische Hauptaufgaben in den letzten Abschnitten der Therapie sind

- die Unterstützung des Patienten bei der Umsetzung der gewonnenen Kompetenzen zur Beziehungsgestaltung im Alltagsgeschehen außerhalb der Therapie und
- die Auflösung von Abhängigkeiten in der Patient-Therapeut-Beziehung mit dem Ergebnis der Fähigkeit zur Trennung.

Gerade der zweite Punkt erfordert sowohl Spezifizierungen der therapeutischen Haltung als auch eine inhaltliche Erweiterung oder auch Veränderung des Fokus hin zur Trennungsproblematik.

Die therapeutische Haltung in dieser Phase orientiert sich an der Fähigkeit des Patienten, sich zunehmend eigenständig um Unterstützung auch außerhalb der Therapiesituation zu bemühen und an seinen Schwierigkeiten, von Beziehungen „draußen“ zu profitieren. Patienten neigen in dieser Phase eher zur Selbstüberforderung und Vernachlässigung ihrer regressiven Bedürfnisse nach Nähe, Abhängigkeit und Unterstützung. Insofern sorgt der Therapeut eher dafür, dass der Patient diese Wünsche nicht aus den Augen verliert. Der Balance zwischen progressiven und regressiven Bewegungen des Patienten gilt die Hauptaufmerksamkeit.

Merke: Gerade im letzten Drittel der Therapie ist zu beachten:

- Jede progressive Bewegung des Patienten hin zu einer autonomen und aktiveren Position bedarf noch eines therapeutischen Rückhalts.
- Jede regressive Bewegung des Patienten hin zu einem bewussteren Umgang mit Nähe- und Abhängigkeitsbedürfnissen bedarf noch des therapeutischen Schutzes.

Der tatsächliche Abschluss der Behandlung sollte das Resultat einer längeren Entwicklung sein, in der der Behandlungsfokus

sich je nach Fall u.U. deutlich verschieben und die Bearbeitung des Verlustes wichtiger Personen – speziell der des Therapeuten – ganz in den Vordergrund treten kann.

2.11 Zusammenfassende Übersicht: Ein Veränderungskonzept der psychodynamischen Psychotherapie

Die folgende zusammenfassende Übersicht integriert Besonderheiten einzelner psychodynamischer Richtungen aus der übergeordneten Perspektive einer Theorie dynamischer Systeme (vgl. Krause, 2008; Gumz et al., 2008):

Die in der psychodynamischen Psychotherapie angestrebte Veränderung konfliktären Beziehungsverhaltens kann als Veränderung problematischer Ordnungszustände eines dynamischen Systems betrachtet werden (Ordnungszustände sind hier z.B. Übertragungsbereitschaften im Rahmen psychodynamisch wirksamer Grundkonflikte). Solche zwangsläufig auftretenden Ordnungszustände ordnen nicht nur Subsysteme des Patienten auf pathologische Weise, sondern ziehen auch den Interaktionspartner in das System hinein. Ist die Ordnung durchgesetzt, ist das pathologische System stabil. (Psychodynamisch: Ein bestimmtes Übertragungs-Gegenübertragungs-Muster oder ein maladaptives repetitives Beziehungsmuster als wichtigste Bestandteile des therapeutischen Fokus haben sich im Hier und Jetzt etabliert.)

Der wesentliche Schritt zur Veränderung dieser Muster ist ihre professionell gesteuerte Destabilisierung. In der Sprache der Theorie dynamischer Systeme: Es müssen grenzüberschreitende Fluktuationen des Systems erzeugt werden. Aus der psychodynamischen Perspektive kommt es dazu, wenn der Therapeut die ihm vom Patienten in der Übertragungsbeziehung zugewiesene Rolle in Frage stellt und sich deren Zwangsläufigkeit entzieht. Dieser komplizierte Prozess des kontrollierten Ausstiegs aus einer neurotischen Beziehungskonstellation schafft die Voraussetzung für den „Neubeginn“.

In der psychodynamischen Psychotherapieforschung gibt es unterschiedliche Ansätze, solche Vorgänge (grenzüberschreitende Fluktuationen) zu beschreiben: In allen Fällen hat sich der Therapeut als Sozialpartner der Zwangsläufigkeit des Ordnungssystems des Patienten zu widersetzen. (So wird z.B. von der Korrektur der Gegenübertragung des Therapeuten gesprochen, bestandene Bewährungsproben des Therapeuten führen zur Infragestellung pathogener Überzeugungen des Patienten usw.)

Damit wird eine neue, möglicherweise erhoffte, auf jeden Fall aber unerwartete Situation für den Patienten – eine „veränderte Beziehungserfahrung“ – geschaffen, die der Patient zunächst mit erheblichen Regulierungsanstrengungen (Fluktuationen) zu bewältigen versucht, später jedoch zur Grundlage neuen Erlebens und Verhaltens in Beziehungen machen kann.

Beispielhaft für eine psychodynamische Konzeptualisierung der veränderten Beziehungserfahrung als Kernstück des Veränderungsprozesses soll hier die „Control mastery“-Theorie von

Weiss und Sampson (1986, siehe auch die deutsche Übersicht von Albani et al., 2000) kurz umrissen werden:

Ausgangspunkt: Da die Regulierung unbewusster Prozesse mit der erlebten Sicherheit in Beziehungen zusammenhängt, bleiben bestimmte wichtige Affekte und Intentionen so lange der Kontrolle entzogen, wie es die unbewusste Annahme gibt, die Wahrnehmung und Erfahrung dieser Inhalte sei gefährlich.

Die Autoren sehen als Haupthindernis für die Integration dieser Affekte so genannte pathogene Überzeugungen an, in denen sich diese Gefahren für die Person selbst oder eine wichtige Bezugsperson konkretisieren („Wenn ich Bedürfnisse zeige, werde ich zurückgewiesen“, „Wenn ich Nähe zulasse, werde ich okkupiert/missbraucht, verliere meine Autonomie oder Identität“, „Wenn ich mich unabhängig verhalte, verletze ich andere, zerstöre die Beziehung“).

Die Übertragungsvorgänge sind zwar unbewusst, nichtsdestoweniger jedoch sinnvoll und dienen der Prüfung dieser Überzeugungen. Somit initiiert der Patient durch die Übertragung eine Art Testsituation, eine so genannte Bewährungsprobe für den Therapeuten.

Hauptaufgabe des Therapeuten ist es somit, Bewährungsproben in der Sicherheit der therapeutischen Beziehung zu ermöglichen und zu bestehen, indem er die pathogene Überzeugung nicht bestätigt. Nur im Falle der Widerlegung der pathogenen Überzeugung entsteht jene Erfahrung der Wirklichkeit, die die Aufhebung der Verdrängung ermöglicht.

Das Konzept ist empirisch vielfältig überprüft. Im Falle des Bestehens einer Bewährungsprobe tauchen neue Beziehungswünsche und Einsichten sowie bis dahin unzugängliche Erinnerungen auf; im Falle ihres Nichtbestehens kommt es zu Stagnation oder Verschlechterung der Symptomatik.

3 Analytische Psychotherapie

Definition

„Die analytische Psychotherapie umfasst jene Therapieformen, die zusammen mit der neurotischen Symptomatik den neurotischen Konfliktstoff und die zugrunde liegende *neurotische Struktur* des Patienten behandeln und dabei das therapeutische Geschehen mit Hilfe der Übertragungs-, Gegenübertragungs- und Widerstandsanalyse unter *Nutzung* regressiver Prozesse in Gang setzen und fördern“ (Psychotherapierichtlinien).

Die Therapiekonzepte analytischer Psychotherapie orientieren sich zum einen an den pathogenetischen Modellen des Beziehungskonfliktes und des Entwicklungsdefizits, je nach Schulrichtung jedoch auch mehr oder weniger stark am klassischen Triebkonfliktmodell Sigmund Freuds.

Bei den Therapieformen handelt es sich um die analytische Einzelpsychotherapie, die analytische Gruppen- sowie die analytische Paar- und Familienpsychotherapie.

Im Rahmen dieses Lehrbuchs werden die Grundprinzipien analytischer Psychotherapie am Beispiel der analytischen Einzelpsychotherapie behandelt.

3.1 Störungsverständnis, Wirkungsweise und Indikationskriterien analytischer Psychotherapie

Störungsverständnis und Wirkungsweise

Das unter 2.2 dargestellte therapietheoretische Verständnis der psychodynamischen Psychotherapie, das den Schwerpunkt auf die *Aktualisierungen des Grundkonfliktes* und die gegenwärtigen strukturellen Probleme legt, wird in der analytischen Psychotherapie um ein Störungsverständnis erweitert, das explizit auf die im Grundkonflikt strukturell fixierten *pathologischen Konfliktlösungen* gerichtet ist. Hier soll der Grundkonflikt als eigentliche Disposition für die Störung aufgelöst und durch reifere Formen der Konfliktlösung ersetzt werden.

Die Effekte analytischer Psychotherapie werden auf der Ebene der psychischen Dynamik bzw. der Strukturdynamik des Selbst beschrieben. Hier vollzieht sich die Integration unbewusster und externalisierter (d.h. sich nur in der Beziehungsgestaltung ausdrückender) Affekte in den psychischen Binnenbereich des Patienten.

! Merke: Analytische Psychotherapie führt zu einer Erweiterung der strukturell vorgegebenen kommunikativen Möglichkeiten der Person durch Veränderung der Selbststrukturen.

Dieser Vorgang kann, muss jedoch nicht mit „Einsicht“ verbunden sein, da der kognitive Prozess der Einsichtsbildung hierarchisch einem interaktiven Problemlösungsprozess untergeordnet ist, der selbst nicht bewusst reflektiert werden muss (Krause, 1998). Der gesamte Prozess vollzieht sich in der analytischen Psychotherapie innerhalb von Widerstands-, Übertragungs- und Gegenübertragungsanalyse.

! Merke: Die Analyse (und Auflösung) der sich im Widerstand zeigenden Abwehrformen sowie die Übertragungs-Gegenübertragungs-Analyse und -Bearbeitung sind die entscheidenden Beiträge des Therapeuten zum Veränderungsprozess.

Indikationskriterien

Eine Indikation zur analytischen Psychotherapie ist dann gegeben, wenn

- eine medizinische Behandlungsbedürftigkeit der Störung vorliegt,
- die Psycho- und Strukturdynamik der Störung verstanden werden kann,
- der Patient in seiner Persönlichkeit hinsichtlich der zugrunde liegenden Psycho- und Strukturdynamik beeinflussbar ist,
- diese Beeinflussung – bei Vorliegen günstiger prognostischer Kriterien – mit Aussicht auf Erfolg und mit vertretbarem Aufwand zu realisieren ist.

9.2 Psychoanalytisch begründete Verfahren: Analytische und tiefenpsychologisch fundierte (psychodynamische) Psychotherapie

3.2 Settingmerkmale und methodische Besonderheiten analytischer Psychotherapie

3.2.1 Der analytische Raum: Standardisiertes Setting, Neutralität und Abstinenz

Analytische Psychotherapie findet in einem durch klare Regeln und ein eindeutiges Setting sowie langfristige Sitzungsplanung geschützten „analytischen Raum“ statt, der dem Patienten weitgehend eigene Gestaltungsmöglichkeiten durch Einfälle und Phantasien eröffnet, die nicht durch direktive therapeutische Vorgaben oder suggestive Einflüsse gesteuert werden. Wünsche werden in diesem Raum nicht zurückgewiesen, sondern als solche zugelassen, und ihre Erfüllung kann ebenso phantasiert werden wie die mit ihnen verknüpften Ängste.

3.2.2 Regressionsförderndes Setting und Regeln

Die Therapie umfasst meist zwischen 200 und 300 Stunden mit einer zwei- bis dreistündlichen Frequenz pro Woche. Bereits die Häufigkeit der Sitzungen intensiviert den Prozess des Aufbaus einer emotional verbindlichen Beziehung. Der Analytiker sitzt hinter dem auf einer Couch liegenden Patienten außerhalb seines Gesichtsfeldes. Die eingeschränkte Motorik und die Unmöglichkeit, sich an Gesichtsausdruck und Gestik des Analytikers zu orientieren, dienen der ungestörten Innenorientierung mit Hinwendung auf Phantasien und gegenwärtige Gefühlszustände, stimulieren dabei auch verstärkte Orientierungsbemühungen des Patienten und somit jene Bedürfnisse, die regressive Übertragungen bahnen und ein Eintauchen in bis dahin unbewusste Erlebniswelten ermöglichen. Auch die dem Patienten mitgeteilte *Grundregel*, der Patient möge alles sagen, was ihm gerade durch den Kopf geht („Technik der freien Assoziation“), ohne Rücksicht auf selbstkritische Überlegungen zu Wichtigkeit und Angemessenheit oder auf Gefühle der Peinlichkeit hinsichtlich seiner Einfälle verstärkt den regressionsfördernden Charakter der Situation. Hinzu kommt die Zurückhaltung bei sonstigen strukturierenden therapeutischen Aktivitäten. Die dem Patienten mit der Grundregel vermittelte „Technik der freien Assoziation“, mit der er den Zugang zu seiner Innenwelt finden soll, ermutigt den Patienten, auch Einfälle mitzuteilen, die sonst in Alltagsbeziehungen eher zurückgehalten werden. Gleichzeitig spendet der analytische Raum erhebliche Sicherheit, da sein Rahmen feststeht, die Sitzungen langfristig festgelegt sind, keine Störungen während der Stunde vorkommen dürfen und der Patient mit einem unerschütterlichen Wohlwollen sowie Bemühen des Analytikers um Verständnis aller Äußerungen rechnen darf.

3.2.3 Neutralität und Abstinenz

Neutralität meint die Haltung des Analytikers, weder direktiv zu intervenieren noch für eine Tendenz der Konfliktlösung Partei zu ergreifen oder sonstige Bewertungen vorzunehmen. Die *Abstinenzregel* verbietet es dem Analytiker, den Patienten zur Befriedigung eigener (nicht nur sexueller) Bedürfnisse zu missbrauchen oder private Vorteile aus der therapeutischen Beziehung zu ziehen. Auch für den Patienten gilt das Abstinenzprinzip. Er sollte in der Behandlung nicht jedem Wunsch oder jeder Triebabregung nachgehen, sondern diese mit Hilfe des Therapeuten erkennen und verstehen.

3.2.4 Regressionsförderung durch geringe inhaltliche Strukturierung

Der analytische Prozess ist auf eine langfristige und intensive Beziehung angelegt, in der sich eine – wenn auch begrenzte – Umstrukturierung der neurotischen Struktur vollzieht. Eine derartige Veränderung ist nur auf der Grundlage einer gewissen Plastizität der psychischen Strukturen möglich, wie sie in tieferer Regression gegeben ist. Diese konstituiert sich gerade dadurch, dass eine weitergehende Strukturierung der Situation nicht stattfindet.

3.2.5 Arbeitsbündnis und Fähigkeit des Patienten zur Kooperation und zur Ich-Spaltung

Die Konzepte des psychodynamischen Unbewussten sowie der Widerstands-, Übertragungs- und Gegenübertragungsanalyse bilden die Arbeitsschwerpunkte des analytischen Prozesses. Dies erfordert eine beträchtliche Fähigkeit des Patienten zur aktiven Mitarbeit, verbunden mit höheren Anforderungen an dessen selbstreflexive Kompetenzen. Im Unterschied zur dynamischen Psychotherapie wird durch Therapeutenverhalten und Setting die Entfaltung einer regressiven Übertragung ausdrücklich gefördert. Daher wird auch die Fähigkeit des Patienten vorausgesetzt, einerseits eine deutlich asymmetrische, regressive Übertragungsbeziehung zum Analytiker zuzulassen, andererseits jedoch auch ein weitgehend „nicht-regressives“ *Arbeitsbündnis* gestalten zu können, das nicht wesentlich durch Übertragungsphänomene bestimmt wird (sog. *therapeutische Ich-Spaltung*) und den Patienten als paritätischen Kooperationspartner zeigt. Der Patient sollte in der Lage sein, den Übertragungscharakter seiner Gefühle und Wünsche zu reflektieren und in gewisser Weise auf die eigentliche therapeutische Situation – die Couchsituation – begrenzt zu halten. Dies erfordert insbesondere die Fähigkeit, Konfliktspannungen bis zu einem gewissen Grade auszuhalten und Probleme wahrzunehmen und sprachlich zu reflektieren, sie jedoch nicht unmittelbar in Handlungen umzusetzen, d.h. – im psychoanalytischen Sprachgebrauch –, „den Konflikt nicht zu agieren, sondern zu reflektieren“. Diese Forderung wird allerdings von analytischen Psychotherapeuten relativiert, die Menschen mit schweren Persönlichkeitsstörungen behandeln, die eine ausgeprägte Neigung besitzen, alle intrapsychischen Spannungen in und außerhalb der therapeutischen Beziehung zu agieren. Hier wird dem Patienten durchaus ein Überschneidungsbereich zwischen (nichtneurotischem) „Arbeitsbündnis“ und (neurotischer) „Übertragungsbeziehung“ zugestanden.

3.2.6 Schwerpunkt Widerstands-, Übertragungs- und Gegenübertragungsanalyse

Die Effekte analytischer Psychotherapie werden häufig als Veränderung der psychischen Dynamik bzw. der Struktur Dynamik des Selbst beschrieben. Dabei vollzieht sich die Integration unbewusster und externalisierter (d.h. sich nur in der Beziehungsgestaltung ausdrückender) Affekte in den psychischen Binnenbereich des Patienten.

Der Übertragungsvorgang drückt die „Externalisierung einer unbewussten Objektbeziehung“ aus, die therapeutisch analysiert und modifiziert werden kann.

Eine Übertragung in diesem Sinne entfaltet sich nur, wenn der Widerstand gegen das Auftauchen der verdrängten Affekte und

sonstigen psychischen Inhalte bearbeitet und die Abwehrprozesse in ihrer Funktion gemeinsam verstanden worden sind. Werden die der Übertragung zugrunde liegenden Intentionen (Affekte, Wünsche, Pläne etc.) sowie die mit diesen Intentionen verknüpften Ängste und Befürchtungen zugänglich, können sie ins Selbst integriert und auf direktere Weise kommuniziert werden.

! Merke: Die Externalisierung der unbewussten Objektbeziehung, d.h. die Entfaltung der Übertragung, ist die Voraussetzung für eine Veränderung sowohl der aktuellen therapeutischen Beziehung als auch der zugrunde liegenden „inneren“ Objektbeziehungsstruktur als Element des Selbst.

Demgemäß steht in der analytischen Psychotherapie zunächst die Entfaltung der Übertragung durch Bearbeitung des „Widerstandes gegen die Übertragung“ im Vordergrund. Danach kann die Manifestation der Übertragung analysiert und bearbeitet, d.h. letztlich die strukturell vorgegebenen kommunikativen Möglichkeiten der Person durch Veränderung von Selbststrukturen („Objektbeziehung“) erweitert werden.

! Merke: Die Analyse der sich im Widerstand zeigenden Abwehrformen gegen die Übertragung sowie die Bearbeitung und Auflösung der Übertragungs- und Gegenübertragungsvorgänge selbst sind die spezifischen methodischen Beiträge zum Veränderungsprozess in der analytischen Psychotherapie.

Auch wenn der Schwerpunkt der analytischen Arbeit auf der aktuellen Analyse der Übertragung liegt, können und müssen andererseits jene Faktoren der frühen und auch späteren Entwicklung (z.B. Traumata) besondere Beachtung erhalten, die die aktuelle Übertragungsbereitschaft formen. Damit wird die *Analyse der aktuellen Übertragung* um die *Rekonstruktion* der frühkindlichen Entwicklungsbedingungen und anderer struktur-

bildender Einflüsse, insbesondere der entstandenen Verarbeitungsformen der strukturdynamischen Probleme erweitert.

3.3 Zusammenfassender Vergleich dynamischer und analytischer Psychotherapie

Die Besonderheiten der analytischen sind im Vergleich zur dynamischen Psychotherapie in Tabelle 2 zusammengefasst.

3.4 Analytische Praxeologie – Haltungen, Konzepte und Interventionen

3.4.1. Analytische Haltungen: Empathie, gleichschwebende Aufmerksamkeit, Holding und Containing

Die folgenden Haltungen gehören zu den Grundkonzepten aller psychoanalytisch begründeten Methoden. Insbesondere die Haltungen der Empathie und des Containing sind in ihrer Bedeutung für die psychodynamischen Methoden im Kapitel 2.2 bereits dargestellt worden. Im Folgenden wird die spezifische Rolle *analytischer Haltungen* bei der Herstellung des „*analytischen Raumes*“ (3.2.1) zusammengefasst.

Empathie

Die Fähigkeit, den Patienten in seinem inneren Erleben zu verstehen, dessen persönliche Sichtweise seiner Lebensgeschichte und Schwierigkeiten zu respektieren und ihm Akzeptanz und Wertschätzung zu vermitteln, ist nicht nur die Grundlage psychodynamischer, sondern auch analytischer Arbeit. Sie steht in engem Zusammenhang mit den folgenden Haltungen.

Gleichschwebende Aufmerksamkeit

Die besondere therapeutische Haltung der „gleichschwebenden Aufmerksamkeit“ des Analytikers bildet die Basis seines Verstehens. Einerseits hochkonzentriert, andererseits gelassen und geduldig – auch die eigenen Assoziationen reflektierend und

Tabelle 2: Unterschiede zwischen tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie und analytischer Psychotherapie im vergleichenden Überblick

Merkmale	Tiefenpsychologisch fundierte bzw. psychodynamische Psychotherapie	Analytische Psychotherapie
Kurzzeittherapie	bis zu 25 Stunden	bis zu 25 Stunden
Langzeiteinzeltherapie	bis zu 80 Stunden (max. 100 Std.)	bis zu 240 Stunden (max. 300 Std.)
Sitzungen pro Woche	ambulant 1 Sitzung à 50 Min. oder weniger, stationär variabel	2-3 Sitzungen à 50 Min.
Sonst. Setting-Besonderheiten	Therapeut und Patient sitzen sich meist gegenüber	Analytiker sitzt meist hinter dem liegenden Patienten
Ziel der Therapie	Beseitigung der Störungsursachen durch <ul style="list-style-type: none"> • die Bearbeitung der der Störung zugrunde liegenden unbewussten Psychodynamik aktuell wirksamer Konflikte sowie • die Veränderung maladaptiver repetitiver Beziehungsmuster 	Beseitigung der Störungsursachen durch <i>begrenzte Umstrukturierung</i> der neurotischen Struktur, die die aktuelle Krankheitsdisposition darstellt
Methodische Besonderheiten: Die Therapie erfolgt...	... <i>unter Beachtung</i> von Übertragung, Gegenübertragung und Widerstand, ... bei <i>Konzentration</i> des therapeutischen Prozesses durch Begrenzung des Behandlungszieles und konfliktzentriertes Vorgehen, sowie ... durch <i>Begrenzung</i> regressiver Prozesse	1. <i>mit Hilfe</i> der Übertragungs- Gegenübertragungs- und Widerstandsanalyse und 2. <i>unter Nutzung</i> regressiver Prozesse

9.2 Psychoanalytisch begründete Verfahren: Analytische und tiefenpsychologisch fundierte (psychodynamische) Psychotherapie

keine vorschnellen Deutungen gebend – folgt er dem Fluss des Geschehens.

Holding

Die haltende Funktion („holding function“, Winnicott) des Analytikers meint in Analogie zum liebevoll schützenden Halten des Säuglings durch die Mutter dessen Fähigkeit, einen sicheren und schützenden Raum („holding environment“, „bewahrende Umwelt“) zu schaffen, in dem sich der Patient in hohem Maße verstanden und angenommen fühlt. Es entsteht damit eine Voraussetzung zu jener tieferen Regression, die auf der Basis von Sicherheit und Vertrauen entsteht. Damit ist nicht nur die äußere Gefahr, missverstanden oder abgelehnt zu werden, vermindert, sondern auch die innere Gefahr, durch „gefährliche“ Hass- oder Liebeseffekte dem Analytiker zu schaden und ihn zu verlieren. Patienten können sich gewöhnlich erst dann „halten“ lassen, nachdem sie die Fähigkeit des Analytikers getestet haben, solche „Angriffe“ zu überstehen. Insofern ist das Holding das Resultat eines längeren Prozesses.

Containing

Der Analytiker stellt sich in der Übertragungsbeziehung als „Container“ der Affekte des Patienten zur Verfügung, die dieser nicht erträgt, mit dem Abwehrmechanismus der projektiven Identifizierung (s. Kap. 2) im Analytiker auslöst und damit eine u.U. intensive Gegenübertragung konstellierte. Es handelt sich bei diesen Affekten gewöhnlich um „gefährliche“, d.h. unbewusste bzw. nicht integrierte Hass- oder Liebesgefühle, die nach den frühen Erfahrungen des Patienten wichtige Beziehungen und damit die eigene Existenz gefährden. Das *Containing* dieser Affekte – also ihr vorläufiges Aufbewahren ohne sofortige affektive Gegenreaktion – schafft für den Analytiker die Möglichkeit, sich über den damit verbundenen Prozess der Rollenzuweisung (s. 1.3.3) Klarheit zu verschaffen. Er kann dann „in nachdenklicher Weise“ mit diesen Gefühlen umgehen und seine Gegenübertragung analysieren. Er muss nicht in der vom Patienten erwarteten Weise – wie von den Eltern an dieser Stelle gewohnt – reagieren. Er wird dann nicht den Patienten abwerten oder missbräuchlich werden, sondern die in ihm entstehenden Gefühle nutzen, die affektive Verfassung des Patienten besser zu verstehen. Das *Containing* verlangt vom Analytiker eine erhebliche Ich-Stärke und Frustrationstoleranz, insbesondere die Fähigkeit, durch ungerechtfertigte Vorwürfe, Kritik und Verdächtigungen des Patienten entstehende Kränkungen zu ertragen, ohne sich zu verteidigen oder rechtfertigen zu müssen oder sie durch rasche Deutungen dem Patienten zurückzugeben. Ebenso darf er nicht der Versuchung erliegen, den Wünschen nach missbrauchender körperlicher Nähe zum Patienten zu folgen. Eine ausreichende Selbstkonfrontation mit eigenen Größen- und Omnipotenzphantasien in einer Lehranalyse ist dazu ebenso unumgänglich wie eine systematische Schulung des *Containing* in Kontrollanalysen (Supervision von Analysefällen).

3.4.2 Konzepte der analytischen Psychotherapie: Widerstandsanalyse, Übertragungs- und Gegenübertragungsanalyse sowie Durcharbeiten

Der spezifische Veränderungsprozess der analytischen Psychotherapie vollzieht sich über die Entfaltung und Auflösung einer intensiveren Übertragung als in der psychodynamischen Psychotherapie.

Wie in den „Psychotherapierichtlinien“ festgelegt, erfolgt demzufolge die Behandlung nicht unter *Beachtung*, sondern *mit Hilfe* der Übertragungs-, Gegenübertragungs- und Widerstandsanalyse. Diese drei analytischen Kernprozeduren hängen eng miteinander zusammen und werden durch die Interventionsmittel des Deutens, Konfrontierens und Klarifizierens vor dem Hintergrund spezifischer analytischer Haltungen realisiert (siehe oben).

! Merke: Die Widerstands- wie die Gegenübertragungsanalyse erhalten ihre Bedeutung für den therapeutischen Prozess dadurch, dass sie den spezifischen Veränderungsprozess ermöglichen, der sich im Wesentlichen über die Entfaltung und Auflösung der Übertragung vollzieht.

Nach dem gegenwärtigen Verständnis der analytischen Psychotherapie richten sich die Widerstände nicht nur gegen das Bewusstwerden von verdrängten sexuellen und aggressiven Triebregungen, eines Triebkonfliktes oder eines traumatischen Erlebnisses. Mindestens ebenso wichtig ist die Betrachtung der Verarbeitungsformen des Konfliktes, ihr Zusammenhang mit persönlichkeitsstrukturellen Problemen der Realitätsprüfung oder Selbstwertregulierung, der neurotischen Über-Ich- und Ich-Idealbildung u.a., da nur so verstanden werden kann, warum ein Patient eine bestimmte Art der Beziehungsgestaltung bevorzugt und überhaupt „Widerstand“ gegen die Aufgabe doch eigentlich dysfunktionaler Beziehungsformen leistet. All diese Probleme lassen sich im Hier und Jetzt der therapeutischen Situation, d. h. im Rahmen der Übertragungs- und Gegenübertragungsanalyse, die also immer auch Widerstandsanalyse ist, auffinden und modifizieren.

Analytische Psychotherapie hat somit unter dem Aspekt der Handhabung von Übertragung und Gegenübertragung folgende Aufgaben:

- Die Entfaltung der Übertragung wird zunächst durch Bearbeitung des Widerstandes gegen das Involviertwerden in die Übertragung (Mertens, 2004) angeregt.
- Im weiteren Verlauf wird die Ausprägung der Übertragungsprozesse durch die Fokussierung auf die Widerstände gegen das Bewusstwerden der Übertragung ermöglicht.
- Diese Schritte werden von einer ständigen Analyse der Gegenübertragung begleitet.

Hat sich die Übertragung entfaltet und konnte deren pathogenetische Bedeutung verstanden werden, kann im Weiteren der

- Widerstand gegen die Auflösung der Übertragung (Gill, 1984) analysiert, die Übertragung aufgelöst und schließlich
- alle Stadien der Widerstandsanalyse u.U. mehrfach „durchgearbeitet“ werden, bis ein Neubeginn möglich wird.

Diese Schritte stellen die Kernprozeduren der analytischen Psychotherapie dar (Mertens, 2004). Ihre jeweilige Besonderheit wird hier kurz angedeutet:

(1) Bearbeitung des Widerstandes gegen das Involviertwerden in die Übertragung

Die Übertragung entfaltet sich über mehrere Etappen.



! Merke: Von einer „entfalteten Übertragung“ wird in der analytischen Psychotherapie dann gesprochen, wenn in der Beziehung zum Analytiker vorher unbewusste bzw. nicht zugängliche Intentionen (Wünsche, Affekte, Motive) auftauchen können, die in erkennbarer Verbindung mit der Störung des Patienten stehen.

Dabei kann es sich handeln

- um die Entfaltung von Strategien der Angstvermeidung,
- das Ausweichen vor Konflikten und Konfrontationen oder
- eine ausgeprägt regressive (infantile) Wunscherfüllung, die den Analytiker als Spender kindlicher Befriedigungsmöglichkeiten unter Umgehung von Angst, Trauer, Scham, Wut und Enttäuschung sieht.

Dominiert letztere Form der regressiven Wunscherfüllung in der Übertragung, verschwindet u.U. die Störung, bzw. sie bessert sich dramatisch. Dieser Zustand, der eine Heilung vortäuscht, wird „Übertragungsneurose“ genannt.

Auf dem Wege zur entfalteten Übertragung sind zwei Formen von Widerständen zu überwinden. Der erste ist gegen das Sich-einlassen in eine emotional belangvolle Beziehung gerichtet. Der zweite (s. unten) verhindert das Bewusstwerden der Übertragung.

Ein leicht erkennbarer *Widerstand gegen das Involviertwerden in eine Übertragung* überhaupt markiert besonders bei solchen Patienten den Beginn der Psychotherapie, die Schwierigkeiten haben, eigene Hilfsbedürftigkeit und Abhängigkeitswünsche zu spüren, Hilfe in Anspruch zu nehmen und dabei gewohnte autarke Positionen einzubüßen. Tatsächlich erzeugen solche Patienten auch beim Therapeuten das Gefühl des Unbezogenenseins und der gefühlsmäßigen Unerreichbarkeit. Prinzipiell sind hier die gleichen Strategien wie in der dynamischen Psychotherapie anzuwenden. Auch die in Abschnitt 2.7 besprochenen Konzepte der Herstellung einer hilfreichen therapeutischen Beziehung, insbesondere die Vorschläge von Weiss und Sampson zur Herstellung von ausreichender Sicherheit in der therapeutischen Beziehung als Voraussetzung therapeutischer Veränderungen, werden zunehmend auch in der analytischen Psychotherapie verwendet. Die Bewährungsproben oder „Tests“, denen der Therapeut ausgesetzt wird, sind typisch für Art und Niveau des Widerstandes. So mag es am Anfang um die Fragen gehen: „Darf ich dich beanspruchen“ oder „Hältst du mich aus?“, später wird getestet: „Bist du verlässlich?“, „Achtest du meine Grenzen?“, noch später: „Darf ich dir nahe sein“, „Bestätigst du mich in meiner Besonderheit als Frau oder Mann?“ u.a. Besteht der Therapeut die „Tests“ des Patienten (s. 2.12), reduziert sich der jeweilige Widerstand, eine nächste Widerstandslinie wird besetzt, die zunehmend mehr emotionales Involvement erlaubt, und bislang abgewehrte Übertragungsaspekte können sich entfalten.

(2) Bearbeitung des Widerstandes gegen das Bewusstwerden der Übertragung

In den letzten Jahrzehnten hat sich eine deutliche Veränderung in der therapeutischen Handhabung der Übertragung vollzogen. Ursprünglich lag der Schwerpunkt der Betrachtung und Deutung von Übertragungsanklängen und Übertragungsmanifestationen

auf deren Ursprüngen in der frühen Kindheit („Jetzt erleben Sie mich so, wie Sie als Kind Ihre Mutter erlebt haben“), obwohl bereits Freud auch die Wichtigkeit der aktuellen Beziehung zum Analytiker theoretisch begründete.

Die weitere Entfaltung der Übertragung und deren bewusste Reflexion lässt sich am ehesten fördern, wenn konsequent alle aktuell beobachtbaren Übertragungsanklänge fokussiert und deren Erscheinungsformen gedeutet werden („Was geht jetzt zwischen uns vor?“ bzw. „In welcher Weise habe ich mich jetzt tatsächlich wie Ihre Mutter verhalten?“).

Damit verbunden sind höhere Anforderungen an den Analytiker, • die Gegenübertragung und ihre Auswirkungen auf die therapeutische Interaktion permanent zum Gegenstand der eigenen Aufmerksamkeit zu machen, insbesondere die Einnahme einer komplementären Rolle zu der des Patienten (beispielsweise die unten beschriebene ungeduldig-verächtliche Haltung als Gegenübertragungsreaktion auf ein devot-überangepasstes Verhalten des Patienten oder eine „sadistische“ Antwort auf ein „masochistisches“ Beziehungsangebot), aber auch • die Wahrnehmung der in der eigenen Person liegenden Besonderheiten und Schwächen durch den Patienten zu thematisieren und zum Ausgangspunkt der Deutung des aktuellen Übertragungsgeschehens („Übertragungsdeutungen“) zu machen („Mein Gähnen vorhin hat vielleicht Ihren Eindruck verstärkt, ich würde alles uninteressant finden, was von Ihnen kommt, da hatten Sie das gleiche Gefühl wie damals, als ...“).

Auf dieser Grundlage können sich auch jene interaktionellen Prozesse entfalten, die eine Widerlegung der pathogenen Überzeugungen des Patienten (s. oben) und die Aufhebung von Verdrängungen gestatten.

(3) Handhabung der Gegenübertragung

Wenn als Grundprinzip therapeutischer Interaktion die gegenseitige Zuweisung jeweilig komplementärer Rollen betrachtet wird, entspricht die Gegenübertragung des Therapeuten zunächst dieser Tendenz, eine komplementäre Rolle zu der vom Patienten gezeigten einzunehmen, d.h. er übernimmt – dem dysfunktionalen Beziehungsangebot des Patienten folgend – zumindest punktuell und vorübergehend die ihm zugewiesene Rolle. Hat sich das Übertragungsgeschehen entfaltet und wird das Ausmaß der komplementären Rollenübernahme deutlicher, muss dieser Vorgang reflektiert und modifiziert werden. Ein beträchtlicher Teil der Ausbildung sowohl des analytischen als auch psychodynamischen Psychotherapeuten dient der Herstellung dieser spezifischen Kompetenz. Er wird damit befähigt, seinen Part in dieser Inszenierung zu reflektieren und mehr oder weniger aus dieser Rolle auszusteigen. Dieser Prozess beinhaltet die Verständigung mit dem Patienten über die Übertragungsbeziehung (siehe oben) und ermöglicht es, zu einer veränderten Inszenierung, d. h. zu einer veränderten Beziehungsform und zu einer neuen Beziehungserfahrung zu gelangen.

Beispiel:

Ein Patient versucht bereits über mehrere Stunden in auffälliger – ängstlich-übereifriger, beinahe devoter – Weise zu erraten, was der Therapeut jeweils als Nächstes von ihm erwarten könnte. Der Analytiker reagiert auf dieses Beziehungsangebot des Patienten so, wie dieser es offenbar immer erlebt, nämlich

9.2 Psychoanalytisch begründete Verfahren: Analytische und tiefenpsychologisch fundierte (psychodynamische) Psychotherapie

zunächst noch geduldig und freundlich, im weiteren Verlauf jedoch zunehmend gespannt. Der Analytiker stellt eine wachsende Ungeduld sowie Spuren eines verächtlichen Gefühls bei sich fest. Die Gegenübertragungsanalyse lässt ihn erkennen, dass er offenbar ähnlich ungeduldig-verächtlich auf den Patienten reagiert, wie früher dessen Vater und jetzt seine Vorgesetzten. Das hinter der überangepassten Fassade des Patienten stehende Gefühl der Wut und Enttäuschung wie sein Bemühen um die Akzeptanz des Vaters, aber auch die ungeduldige Zurückweisung dieser Bemühungen lassen sich somit ansatzweise in der Übertragungs-Gegenübertragungs-Beziehung wiederfinden. Es wird klar, dass der Patient bislang seine Wünsche nach Autonomie, Akzeptanz und Anerkennung in einer Weise kommuniziert hat, die deren Zurückweisung hochwahrscheinlich macht. Hinter dem „scheiternsfixierten“ Verhalten des Patienten kann als eigentliche Frage an den Analytiker entschlüsselt werden: „Weist du mich auch zurück (wie es mein Vater getan hat), wenn ich nicht in jeder Beziehung deinen Erwartungen entspreche?“ Diese für den Patienten überraschende Erfahrung einer Lösung einer bis dahin nicht lösbaren interpersonellen Spannung reduziert den Widerstand gegen die weitere Entfaltung der negativen wie positiven Übertragung.

(4) Bearbeitung des Widerstandes gegen die Auflösung der Übertragung

Die im Übertragungsgeschehen ausgedrückte Übertragungsbeziehung repräsentiert eine Reihe in der Kindheit oder auch später entstandener und im Laufe des Lebens verfestigter Strategien der Konfliktbewältigung. Es handelt sich um ursprünglich adaptive, aktuell allerdings weder notwendige noch funktionale (d.h. „neurotische“) Formen der Eindämmung von Angst, Verzweiflung, Hilflosigkeit, Scham und Schuld durch Einnahme einer bestimmten Rolle und Zuweisung der dazu komplementären Position an den Therapeuten. Gegen deren Veränderung oder Aufgabe richtet sich der Widerstand.

Merke: Behält der Patient seine Symptome bzw. seine in der Übertragungsbeziehung deutlich werdenden Charakterhaltungen und Strategien der Wunscherfüllung bei, kann das bedeuten, dass er Angst vermeiden oder aber Konflikten und Konfrontationen ausweichen oder kindliche Befriedigungsmöglichkeiten fortsetzen möchte.

Die „Auflösung der Übertragung“ – d. h. die Ablösung der „neurotischen“ Übertragungsbeziehung durch eine „nichtneurotische“ Beziehungsform – ist in diesem Zusammenhang mit dem Risiko verbunden, unerträgliche – bislang vermiedene – Gefühle wieder aufleben zu lassen oder auf inadäquate Befriedigungsmöglichkeiten zu verzichten. Um ein solches Risiko einzugehen, bedarf es der Analyse dieser unterschiedlichen Widerstände und der mit dem Widerstand korrespondierenden Gegenübertragung. Dadurch wird eine neue Beziehungserfahrung gebahnt. Diese Erfahrung widerlegt die Berechtigung der verschiedenen Widerstände und damit zusammenhängender kognitiver Schemata („pathogene Überzeugungen“, „sich selbst erfüllende Prophezeiungen“ etc.). Bislang abgewehrte Wünsche müssen dann nicht mehr symptomatisch bzw. agierend in Erscheinung treten,

sondern können in der therapeutischen Beziehung direkt kommuniziert werden (siehe auch die Ausführungen unter 2.12).

(5) Durcharbeiten

Haben sich Analytiker und Patient über die pathogenetisch wichtigen Übertragungs-Gegenübertragungs-Vorgänge verständigt, ist damit nicht zwangsläufig deren Auflösung verbunden, was sich in verändertem Beziehungserleben und/oder verändertem Beziehungsverhalten zeigen würde. Der sog. Neubeginn (Freud) braucht gewöhnlich mehrere Anläufe, die alle Stadien der Widerstandsanalyse enthalten und dabei auch jeweils neue Beziehungserfahrungen ermöglichen. Vornehmlich dieser Prozess wird in der analytischen Psychotherapie mit dem Begriff „Durcharbeiten“ bezeichnet. Das Durcharbeiten ist somit keine eigenständige, abgrenzbare therapeutische Intervention, sondern ein strategisches Konzept, das – wie auch die Strategien der Widerstandsanalyse – mit Hilfe aller geläufigen Interventionen wie Deuten, Klarifizieren, Konfrontieren u. a. (s. unten) realisiert wird.

3.4.3 Interventionen: Konfrontieren, Klarifizieren, Deuten und Rekonstruieren

Die analytische Psychotherapie untersucht wie keine andere Methode alle bewussten und unbewussten Aspekte der therapeutischen Beziehung in ihren Zusammenhängen mit der Lebensgeschichte. Sie verbindet in einer sehr differenzierten Weise das Hier und Jetzt mit dem Dort und Damals und ermöglicht eine Veränderung des Beziehungserlebens und eine konfliktfreiere Gestaltung von Beziehungen.

Die bereits im Kapitel 2.2 „Psychodynamische Psychotherapie“ dargestellten supportiven Techniken und strukturbezogenen Interventionen sowie die Techniken zur Fokusbildung werden prinzipiell auch in der analytischen Psychotherapie in Abhängigkeit von den jeweiligen Erfordernissen des Prozesses in unterschiedlicher Ausprägung angewendet. Typisch für die analytische Technik ist jedoch ihr ursprünglich spezifisches und charakteristisches Interventionsmittel die *Deutung*, das Bewusstmachen unbewusster Sinnzusammenhänge. Im Gegensatz zu früheren Auffassungen von der Deutung als alleinigem Wirkfaktor der analytischen Psychotherapie wird heute die Deutung allerdings mehr als „Transportmittel für ein Beziehungslernen“ (Mertens, 2004) gesehen. Eine erfolgreiche Deutung bedarf der Vor- und Nachbereitung durch die Techniken des Konfrontierens und des Klarifizierens und ermöglicht damit eine weitgehende Rekonstruktion der Leidensgeschichte einer Person.

Konfrontieren

Der Analytiker „konfrontiert“ den Patienten mit dessen Lebensumständen oder Verhaltensweisen und/oder deren Konsequenzen, die seiner Ansicht nach

- Gegenstand der Bearbeitung sein sollen bzw.
- zur Erklärung (Deutung) eines pathogenetisch bedeutsamen Zusammenhangs dienen.

Beispiele:

„Sie sind heute zu spät gekommen“, „Soeben haben Sie tief geseufzt, es scheint immer wieder die gleiche Stelle zu sein ...“, „Sie wirken jetzt eher verhalten, gibt es dafür einen Grund?“, „Gerade haben Sie mich noch gebeten, die nächste Stunde zu

verlegen. Nachdem ich einen kurzen Moment gezögert hatte, haben Sie gleich das Thema gewechselt“, „Bekamen Sie nicht neulich in einer ähnlichen Situation auch einen Angstanfall?“

Das Konfrontieren ist zur Übertragungs- und Widerstandsanalyse unumgänglich. Es erfordert allerdings Taktgefühl und Empathie sowie die Fähigkeit zur Antizipation der Auswirkungen auf den Patienten. Konfrontationen konstellieren in der Regel ein Machtverhältnis. Der konfrontierende Therapeut ist der Überlegene, daher wird die Konfrontation leicht als Kritik, Belehrung oder Offenlegung einer Schwäche empfunden.

Missglückte Konfrontationen lösen Unverständnis, Beschämungen oder Kränkungen aus und stellen oft mehr oder weniger schwer wiegende Verletzungen des Neutralitäts- und/oder Abstinenzgebotes dar („Bei diesem Thema sind Sie aber rot geworden!“). Solche Konfrontationen sind einfach daran zu erkennen, dass sie zu einer Vermehrung des Widerstandes oder zu ungesteuerten regressiven Prozessen führen, die die Therapie stagnieren lassen.

Die Gründe für unangemessenes Konfrontieren liegen in der Regel im unreflektierten Agieren der Gegenübertragung (mangelndes Containing, s.o.). Sadomasochistische und narzisstische Übertragungs-Gegenübertragungs-Konstellationen sind häufige Ursache für ein Konfrontieren, das Grenzen und Gefühle verletzt, eine typisches traumatisches Erleben der Kindheit aktualisiert und damit einer Retraumatisierung entspricht. Jedem Konfrontieren sollte daher eine Selbstverständigung des Therapeuten über den Charakter seiner Gegenübertragung vorausgehen.

Klarifizieren

Ist die Konfrontation gelungen, d.h. der vom Analytiker eingeführte Inhalt Gegenstand *gemeinsamen* Interesses und *gemeinsamer* Betrachtung geworden, muss dieser Inhalt zunächst klarifiziert werden. Das aufgezeigte Phänomen wird fokussiert und in verschiedenen Details herausgearbeitet. „Klarifizieren“ meint die gemeinsame Erarbeitung von Zusammenhängen, deren Bestandteile nicht unbewusst sein müssen, aber deren Zusammenhang bis dahin nicht verstanden und gewürdigt worden ist, weil die Aufmerksamkeit im Rahmen von Abwehrprozessen ständig davon ferngehalten wird. Dazu gehört die Herstellung eines Zusammenhangs zwischen Verhaltensweisen und affektiven Zuständen, die – für sich genommen – nicht unbewusst sind. Beispielsweise ist die Klarifizierung emotionaler Zustände als Quelle von ängstigenden körperlichen Sensationen (z.B. die Herstellung eines Zusammenhanges zwischen Wut oder Ärger und körperbezogenen Ängsten), häufig der Schlüssel zum Verständnis der Psychodynamik einer Angststörung.

Beispiel:

Im folgenden Beispiel aus dem Anfangsstadium einer analytischen Psychotherapie handelte es sich um eine Patientin, die neben anderen Störungen auch an Panikattacken litt. Sie war einerseits überzeugt, die Panikattacken stünden im Zusammenhang mit einer nicht erkannten körperlichen Erkrankung, andererseits war sie durchaus bereit, über eine andere Entstehungsweise nachzudenken, was ihr im Zusammenhang mit ihren depressiven Zuständen im Ansatz bereits gelungen war. Als beispielhaft für die gegenwärtige Beziehung zum Analytiker, in der sich die Patientin einerseits außerordentlich ange-

passt und gefügig verhielt, andererseits aber bestrebt blieb, sich nicht wirklich emotional einzulassen, war sie mit einer Beobachtung direkt aus dem therapeutischen Geschehen konfrontiert worden:

„Gerade haben Sie mich noch gebeten, die nächste Stunde zu verlegen. Nachdem ich einen kurzen Moment gezögert hatte, haben Sie gleich das Thema gewechselt.“ Die Patientin äußerte sofort sichtbares Interesse an einer Klarifizierung des Sachverhaltes. Es wurde Folgendes herausgearbeitet:

Es handelt sich für die Patientin um eine geläufige Situation, die besonders typisch ist für die Beziehung zu Vater und Ehemann. „merkwürdigerweise“ jetzt auch hier aufgetreten ist.

Sie spüre in diesem Moment, in dem der andere zögert, ein Unbehagen. Wenn sie sich jedoch die Situation vergegenwärtige, sei es eher ein tiefes Gefühl der Ohnmacht, etwas durchsetzen zu können, was nicht sofort vom anderen aufgegriffen und zu dessen eigenen Anliegen gemacht wird und sie scheinbar dann sofort ihr Anliegen aufgeben und zufrieden dreinschauen zu müssen.

Andererseits erscheine ihr diese Zufriedenheit verdächtig, wenn sie sich an Erzählungen der Eltern über ihre Wutausbrüche in der Kindheit erinnere. Ihre Mutter habe ihr öfter – nicht ohne Stolz auf die elterliche radikale Erziehungsmethode – erzählt, dass sie bei solchen Zuständen immer eingeschlossen und so lange allein gelassen worden sei, bis sie sich beruhigt hätte.

Die Patientin berichtet im Anschluss an die Szene, dass eine Panikattacke wiederholt zu Hause aufgetreten sei. Nachfragen ergeben, dass dies nach einer „harmlosen“ Auseinandersetzung mit dem Ehemann passiert sei. Nach der darauf erfolgten Konfrontation: „Bekamen Sie nicht neulich in einer ähnlichen Situation auch einen Angstanfall?“, konnte klarifiziert werden,

um welche Situationen es sich gehandelt hat (der Ehemann hatte sie jedes Mal bevormundet, wie sie es immer noch in der Beziehung zum Vater erlebt.),

welche Affekte dabei entstanden sind oder aber jetzt entstehen, wenn die Situation hier wieder lebendig wird (in diesem Falle konnte herausgearbeitet werden, dass sie diese Situation schon ärgerlich gemacht hat und in ihr – wie schon öfter – vage Trennungsabsichten hochgekommen seien, aber sie sich gleich wieder sage, ihr Mann sei nicht schuld an ihren Problemen und habe es doch letztlich gut gemeint. Andererseits möchte sie schon aus dieser Abhängigkeit raus, jedoch sei sie noch nie längere Zeit bei einer eigenen Meinung geblieben, und sie erinnert, dass früher ihr Vater wochenlang nicht mit ihr gesprochen habe, wenn sie etwas nicht genau so gemacht hätte, wie er es wollte), dass es irgendwie nicht möglich war, diese Affekte damals zu spüren (immer denke ich, du darfst da nichts Eigenes entgegensetzen, du verlierst sonst alles, was du hast), in diesem Zusammenhang beunruhigende körperliche Empfindungen aufgetreten sind (Herzklopfen, Todesangst) und dieser Vorgang wiederholt so abgelaufen ist.

Klarifizierungen können selbst zu einer überraschenden Einsicht führen und/oder den Boden für eine Deutung bereiten.

9.2 Psychoanalytisch begründete Verfahren: Analytische und tiefenpsychologisch fundierte (psychodynamische) Psychotherapie

Deuten

! Merke: Deuten ist eine Form verbaler Intervention, bei der der Analytiker dem Patienten Sinnzusammenhänge mitteilt, wobei eine Verbindung zwischen Unbewusstem und Bewusstem hergestellt wird.

Dem Patienten wird eine neue (ihm bis dahin verborgene) Bedeutung für Vorgänge vermittelt, die durch den Patienten bislang anders interpretiert worden sind.

Je nach Gegenstand der Deutung können unterschieden werden:

- Die **Inhaltsdeutung**, d.h. eine Deutung, die einen verdrängten Affekt bzw. mit einem solchen verbundene Vorgänge direkt in den Blick nimmt („Eigentlich waren Sie wütend, bewusst haben Sie nur nach Entschuldigungen für sein Verhalten gesucht“). Eine Inhaltsdeutung ist erst dann statthaft, wenn vorher der Widerstand gegen das Auftauchen des Inhaltes herausgearbeitet und gedeutet worden ist.
- Die **Widerstandsdeutung** (auch Abwehrdeutung), die immer Vorrang vor der Inhaltsdeutung haben sollte, da die Deutung eines Wunsches oder Affektes ohne die Beachtung der damit verknüpften Ängste oder bedrohlichen Überzeugungen nur die innere Spannung erhöht.

Fortsetzung des Beispiels im letzten Abschnitt „Klarifizierung“

Nachdem der bis dahin für die Patientin nicht einsichtige Zusammenhang zwischen der „harmlosen“ Eheszene und dem Angstanfall in seinen verschiedenen Aspekten klarifiziert worden war, wurde eine Deutung versucht: „Vielleicht sind neben dem Ärger auch andere Gefühle im Spiel, irgendwie möchten Sie sich aus dieser ewigen Bevormundung lösen, aber das ginge nicht ohne Auseinandersetzung ab. Sie haben immer erlebt, ‚wenn ich eigene Wege gehen will oder wütend bin, werde ich allein gelassen‘. Blicke da statt des Ärgers nur noch Angst übrig, die Angst vor der eigenen Courage?“ In diesem Falle konnte die Patientin erstmals ihre Beschwerden als Ausdruck eines inneren konflikthaften Geschehens begreifen, dessen wichtigster Bestandteil – die Angst vor eigener [beziehungs-]zerstörerischer Aggressivität – durch die Deutung bewusst wird.

Darüber hinaus hat dieser Deutungstyp den Vorteil, sich auf eine Bedrohung zu beziehen, die in einer aktuellen Beziehung (meist in der Übertragung) entsteht und somit direkt Einfluss auf die Entfaltung der therapeutischen Beziehung nimmt. Eine Widerstandsdeutung ist in der Regel also auch eine

- **Übertragungsdeutung** (bzw. bereitet eine Übertragungsdeutung vor). Die Übertragungsdeutung fokussiert einen unbewussten Aspekt der Übertragung auf den Analytiker („Sie sprachen vorhin von dem mulmigen Gefühl gestern in Erwartung der heutigen Stunde. Möglicherweise befürchten Sie, dass Sie mich kränken könnten und auch ich mich abwende, wenn Sie mich mit Ihren Vorbehalten gegen mich konfrontieren?“).
- Die **genetische Deutung**, die sich auf die Entstehung eines Grundkonfliktes bezieht: „Immer wenn Sie sich ihrer Mutter näherten und ein wenig Zärtlichkeit und liebevolle Bestätigung wollten, war da diese heftige Reaktion, als ob sie sich vor Ihnen geekelt hätte, da wird vielleicht verständlich, dass Sie

sich beschämt fühlen ...“; und als Verbindung zwischen genetischer und Übertragungsdeutung: „Wenn hier Wünsche auftauchen, mir nahe zu sein, befürchten Sie möglicherweise auch beschämt und zurückgewiesen zu werden.“

Rekonstruieren

Rekonstruktionen sind Zusammenführungen

- verschiedener Erinnerungen,
- traumatischer Erfahrungen und ihrer Verarbeitungsformen,
- sonstiger biografischer Ereignisse,
- zu verschiedenen Zeiten auftretender Störungen sowie
- der Ergebnisse der Übertragungs- und Widerstandsanalyse (inklusive bisheriger erfolgreicher Klarifizierungen und Deutungen) innerhalb eines übergreifenden Sinnzusammenhangs.

Eine gelungene Rekonstruktion macht einem Patienten beispielsweise klar, warum er als Kind immer Angst hatte, warum er bereits mit 13 Jahren diese Angst durch Alkohol dämpfen musste, warum nach einer erfolgreichen Entzugsbehandlung schwerste depressive Zustände mit Suizidideen aufgetreten sind und er nie eine befriedigende Partnerschaft gestalten konnte. Alle diese Ereignisse, Erscheinungen und Störungen erhalten ihren Sinn, nachdem für den Patienten nachvollziehbar wird,

- dass er nach ständigen Zurückweisungen seiner Nähewünsche durch die Mutter in der frühesten Kindheit so unsicher im Hinblick auf seine Zugehörigkeit zur Familie war, dass er sechsjährig die Androhung der Abschiebung in ein Erziehungsheim durch den Vater traumatisch verarbeiten musste und
- kurz danach ein mehrmonatiger Krankenhausaufenthalt wegen eines Unterschenkelbruchs diese Drohung in einer Weise aktualisierte, die den Rückgriff auf pathologische Abwehrprozesse mit der Folge körperlicher und psychischer Störungen notwendig machte;
- dass er bereits im Kindesalter begann, diesen chronischen Zustand depressiv getönter Selbstunsicherheit und defizitären Körpererlebens durch eine „Selbstbehandlung“ mit Alkohol erträglicher zu machen;
- dass er in Partnerbeziehungen etwas Ähnliches erlebte wie in der Beziehung zur Mutter: Der Versuch, Nähe zu gestalten, wird nicht verstanden, und er erlebt Verachtung und Zurückweisung oder fühlt sich missbraucht, auf jeden Fall schuldig und unfähig zu einer Form befriedigender Partnerschaft;
- dass die in stationärer Behandlung erlangte Trockenheit ihn einerseits bereit machte, sein eigentliches Beziehungsproblem zur Kenntnis zu nehmen, andererseits ihn aber auch den dem Grundkonflikt geschuldeten Spannungen direkter aussetzte;
- dass sich im Zusammenhang mit dem kurzen Erlebnis einer „idealen harmonischen Beziehung“ der Grundkonflikt in aller Schärfe aktualisierte und zu schwersten depressiven Zuständen führte;
- dass sich in der Beziehung zur Therapeutin wichtige Elemente des Grundkonfliktes etabliert haben, der in all seinen Aspekten erlebbar und korrigierbar wird.

3.4.4 Kriterien für die Beendigung der analytischen Psychotherapie

Der im Kapitel 2.11 beschriebene Prozess der Beendigung der psychodynamischen Psychotherapie ist im Prinzip auch auf die analytische Psychotherapie zu übertragen. Allerdings muss auf-



grund der intensiveren Übertragungsbeziehungen größeres Augenmerk auf die Ablösung des Patienten aus regressiven Positionen gerichtet werden. Dieser Prozess kann bei einer maximal 300-stündigen Behandlung einen längeren Zeitraum umfassen. Die Fähigkeit des Patienten, als autonome Persönlichkeit die Therapie zu beenden, ist gleichsam der Prüfstein für die Qualität des abgelaufenen analytischen Prozesses.

Eine analytische Psychotherapie kann als erfolgreich abgeschlossen gelten,

- wenn der Patient im medizinischen Sinne gesund ist bzw. seine Störungen nicht mehr krankheitswertig sind und er in der Lage ist – als Ergebnis der Integration unbewusster bzw. externalisierter Affekte in den psychischen Binnenbereich – die eigenen Intentionen zu verstehen und mit der Realität seines Alltagslebens in Beziehung zu setzen. Dies kann bedeuten, dass ein Mensch erstmalig in einer Beziehung ein Gefühl des Glücks erlebt. Es mag aber auch die erlangte Fähigkeit zur bewussten Selbstkonfrontation mit den Grenzen seiner Existenz und seiner eigenen Möglichkeiten, die als solche erlebbar und aushaltbar werden, den Erfolg ausmachen;
- wenn der Patient am Ende der Behandlung insbesondere den Teil der Übertragungen ausreichend bearbeitet und aufgelöst hat, der mit der Idealisierung des Analytikers und eigenen Abhängigkeitswünschen verbunden ist;
- wenn der Patient eine ausreichende Fähigkeit erworben hat, mit sich selbst differenzierter und mehr an den eigenen Bedürfnissen orientiert umzugehen. Dies sollte sich auch in einer verbesserten Reflexionsfähigkeit psychischer Prozesse („Selbstanalyse“) ausdrücken, die den Patienten im Falle neuer Herausforderungen und Probleme zu seinem eigenen Analytiker werden lässt.

4 Frequently Asked Questions (FAQ)

1. Was sind die therapietheoretischen Gemeinsamkeiten aller psychoanalytisch begründeten Verfahren?

→ Die psychoanalytisch begründeten Verfahren besitzen durch die Existenz unterschiedlicher methodischer Richtungen mit jeweils abweichenden Auffassungen über ihre Wirkprinzipien, aber auch durch die zunehmende Eigenständigkeit psychodynamischer Therapieformen gegenüber der analytischen Langzeittherapie nur noch eine schmale gemeinsame theoretische Basis. Sie ist durch folgende übereinstimmende Auffassung gekennzeichnet:

- Probleme und Symptome des Patienten verweisen auf Konflikte zwischen bewussten und unbewussten psychischen Inhalten.
- Diese Konflikte sind im Umgang mit entwicklungspsychologisch frühen, wichtigen Bezugspersonen oder im Gefolge späterer traumatischer Erlebnisse entstanden und werden in gegenwärtigen Beziehungen reinszeniert. Dabei verhindert Angst eine andere Lösung als die zur Symptomatik führende.

Der Therapeut hat das Ziel, einerseits eine Beziehung herzustellen, in der diese Wiederholung zumindest tendenziell stattfinden kann, andererseits jedoch diese Beziehung im Sinne einer besseren Konfliktlösung zu verändern. Um die-

ser Aufgabe gerecht zu werden, ist die Bereitschaft zur komplementären Rollenübernahme der dem Therapeuten vom Patienten unbewusst zugeschriebenen Rollen ebenfalls essenziell.

- Jede psychoanalytisch begründete Therapie beinhaltet als grundlegendes Element das Konzept der hilfreichen Beziehung. Dieses Konzept enthält die Erfahrung des Patienten, dass der Therapeut unterstützend und hilfreich ist, sowie das Erleben, aktiv innerhalb einer Kooperationsbeziehung an der Lösung seiner Probleme arbeiten zu können.

2. Was sind die gemeinsamen Zielsetzungen psychoanalytisch begründeter Verfahren?

→ Folgende miteinander verbundene Zielsetzungen lassen sich unterscheiden

- die Ermöglichung der Annahme von Hilfe, d. h. der Nutzung unterstützender (supportiver) Formen der therapeutischen Beziehung. Die Patient-Therapeut-Beziehung wird zumindest vorübergehend als supportive Struktur betrachtet, die dem Patienten dazu verhilft, Strategien der Inanspruchnahme von Hilfe auszuprägen;
- die Förderung der Integration abgewehrter und abgespaltenen psychischer Inhalte (Affekte, Wünsche, Bedürfnisse, Motive, Intentionen) in den psychischen Binnenraum. Dieser Prozess ist in der Regel mit der Gewinnung von Einsicht und Selbstkohärenz verbunden. In der Mehrzahl der psychoanalytisch begründeten Verfahren wird dieses Ziel über eine veränderte Beziehungserfahrung erreicht;
- diese Veränderung des Erlebens ist mit dem Ziel veränderten Beziehungsverhaltens verknüpft, das sich zunächst in der Patient-Therapeut-Beziehung, aber auch in anderen aktuellen Beziehungen zeigt.

3. Was sind die methodischen Grundkonzepte psychoanalytisch begründeter Verfahren?

→ Die wesentlichen Gemeinsamkeiten betreffen

- das Konzept des Widerstandes: Hier ist das Verbindende die gemeinsame Auffassung vom beziehungsregulatorischen Charakter der Widerstandsäußerungen;
- das Konzept von Übertragung und Gegenübertragung. Die gemeinsame Basis im Verständnis der Übertragung/Gegenübertragung besteht im Vorgang der gegenseitigen Rollenzuweisung sowie in der Beschreibung der Übertragungs-Gegenübertragungs-Prozesse als Inszenierung eines unbewussten Konfliktes;
- das Konzept der Regression: Die verbindende Idee unterschiedlicher Auffassungen zum Regressionsbegriff bezieht sich auf die Funktion von Regression im Veränderungsprozess. Eine regressive (Übertragungs-)Position wird als entscheidende Grundbedingung psychischer Plastizität und Veränderbarkeit gesehen.

4. Was sind die wesentlichen Interventionstypen in der psychodynamischen Psychotherapie?

→ In der psychodynamischen Psychotherapie lassen sich unterscheiden:

- supportive Interventionen (zur Herstellung einer hilfreichen Beziehung)
- strukturbezogene Interventionen (die einer entwicklungsfördernden Gestaltung des therapeutischen Raumes dienen sowie unterschiedliche Anstöße zur Selbstentwicklung und zur Verbesserung der Selbstregulation geben)

9.2 Psychoanalytisch begründete Verfahren: Analytische und tiefenpsychologisch fundierte (psychodynamische) Psychotherapie

- der Fokusdiagnostik und Fokusbearbeitung dienende Interventionsformen des Konfrontierens, Klarifizierens und Deutens (als Mittel der Übertragungsanalyse und zur Ermöglichung einer veränderten Beziehungserfahrung)

5. Was sind die spezifischen Haltungen und Interventionen des analytischen Psychotherapeuten?

→ Typisch für die analytische Psychotherapie ist die Gestaltung eines sicheren, durch Neutralität und Abstinenz sowie die „gleichschwebende Aufmerksamkeit“ des Analytikers bestimmten „analytischen Raumes“, der nicht durch direktives und suggestives therapeutischen Verhalten beeinträchtigt wird. Die Interventionstypen des Konfrontierens, Klarifizierens, Deutens und Rekonstruierens dienen in spezifischer Weise der Widerstandsbearbeitung und Übertragungsanalyse.

4. Was sind die spezifischen Ziele und methodischen Besonderheiten psychodynamischer Psychotherapie?

→ Ziele der psychodynamischen Psychotherapie sind die Beseitigung der Störungsursachen durch Bearbeitung der unbewussten Psychodynamik aktuell wirksamer Konflikte sowie die Veränderung aktueller maladaptiver Beziehungsmuster.

Ihre methodische Besonderheit besteht darin, dass die Therapie

- unter Beachtung von Übertragung, Gegenübertragung und Widerstand,

- bei Konzentration des therapeutischen Prozesses durch Begrenzung des Behandlungszieles und konfliktzentriertes Vorgehen, sowie

- durch Begrenzung regressiver Prozesse erfolgt.

7. Was sind die methodischen Besonderheiten analytischer Psychotherapie?

→ Ziel der analytischen Psychotherapie ist die Beseitigung der Störungsursachen durch eine begrenzte Umstrukturierung der neurotischen Struktur, die die aktuelle Krankheitsdisposition darstellt.

Ihre methodische Besonderheit besteht darin, dass die Therapie

- mit Hilfe von Übertragungs-, Gegenübertragungs- und Widerstandsanalyse sowie

- durch Nutzung regressiver Prozesse erfolgt.

5 Prüfungsfragen

Für welche Psychotherapieverfahren wird der Begriff der Richtlinientherapie im System der kassenärztlichen Versorgung verwendet?

2. In der Psychodynamischen Psychotherapie werden aufdeckende oder konfliktorientierte von supportiven Interventionen bzw. Haltungen unterschieden. Welche Vorgehensweisen oder Haltungen lassen sich am ehesten den aufdeckenden oder konfliktorientierten Interventionen bzw. Haltungen zuordnen?

3. Welche Verhaltensweisen entsprechen in den psychoanalytisch begründeten Verfahren dem Prinzip der Neutralität?

4. a) In welcher psychoanalytisch begründeten Therapiemethode wird besonderer Wert darauf gelegt, dass regressive Prozesse für die Behandlung genutzt werden?

b) In welcher psychoanalytisch begründeten Therapiemethode wird besonderer Wert darauf gelegt, dass regressive Prozesse begrenzt werden?

5. Wozu dienen in der psychodynamischen (tiefenpsychologisch fundierten) Psychotherapie strukturbezogene interaktionale Konzepte und Interventionen

6. Welche Interventionstechnik gilt als die spezifische Technik der analytischen Psychotherapie?

7. Welche Bestandteile hat ein dynamischer Fokus?

8. Die Control Mastery Theory (Weiss, Sampson), eine Variante des Konzeptes der korrigierenden Beziehungserfahrung, fokussiert insbesondere auf die Veränderung der Kognitionen des Patienten. Welcher Begriff drückt explizit diesen Aspekt therapeutischer Veränderung aus?

9. Welche Begriffe bezeichnen spezifische Wirkfaktoren der psychodynamischen Psychotherapie, die im Rahmen konfliktorientierter bzw. aufdeckender Strategien realisiert werden?

10. Welches Behandlungsziel stellt eine Besonderheit der analytischen Psychotherapie im Vergleich zur tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie dar?

11. Welches Behandlungsziel stellt eine Besonderheit der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie im Vergleich zur analytischen Psychotherapie dar?

12. Wie lautet das in den psychoanalytisch begründeten Psychotherapieverfahren angewendete Konzept, nach dem der Therapeut unerträgliche Affekte des Patienten zunächst in sich aufnimmt, um sie innerlich zu verarbeiten und dann dem Patienten in quasi „verdauter“ oder „entgifteter“ Form wieder zur Verfügung zu stellen?

6 Literatur

- Albani C, Volkart R, Humbel J, Blaser G, Geyer M, Kächele H: Die Methode der Planformulierung. Eine deutschsprachige Reliabilitätsstudie zur Control Mastery Theorie von Joseph Weiss. *Psychother Psychosom Med Psychol* 50 2000;470-79

- Albani C, Geyer M, Pokorny D, Kächele H: Beziehungsstrukturen in der Psychotherapieforschung. Eine innerdeutsche Beziehungsgeschichte. Frankfurt: VAS-Verlag, 2003

- Clarkin JF, Yeomans FE, Kernberg OF: Psychotherapie der Borderline-Persönlichkeit. Manual zur Transference-Focused Psychotherapy (TFP). Stuttgart: Schattauer, 2001

- Crits-Christoph P, Connolly MB, Gallop R, Barber JP, Tu X, Gladis M, Siqueland L: Early Improvement During Manual-Guided Cognitive and Dynamic Psychotherapies Predicts 16-Week Remission Status. *Psychother Pract Res* 2001;10:145-154

- Dührssen A: Dynamische Psychotherapie. Berlin, Heidelberg u.a.: Springer, 1988

- Faber FR, Haarstrick R, Rieger U: Kommentar Psychotherapie-Richtlinien. München, Jena, Urban und Fischer, 2005

- Geyer M: Methodik des psychotherapeutischen Einzelgesprächs. Leipzig: Barth, 1990

- Geyer M, Hessel A: Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. Heidelberg, Leipzig: UTB für Wissenschaft, 1996
- Gill MM: Transference: A change in conception or only in emphasis? A response. *Psychoanal Inquiry* 1984;4:489-523
- Grawe K: Psychologische Therapie. Göttingen, Bern, Toronto: Hogrefe, 1998
- Gumz A, Villmann Th, Bergmann B, Geyer M: Übertragung - Ein attraktiver Systemzustand. *Forum Psychoanal* 2008;24:1-17
- Heigl-Evers A, Heigl F, Ott J, Rüger U (Hrsg.): Lehrbuch der Psychotherapie. 3. Aufl. Stuttgart: G. Fischer, 1997
- Heigl-Evers A, Ott J: Die psychoanalytisch-interaktionelle Methode. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 2002
- Hoffmann SO, Schüssler G: Wie einheitlich ist die psychodynamisch/psychoanalytisch orientierte Psychotherapie? *Psychotherapeut* 1999;44: 367-73
- Höck K: Konzeption der intendierten dynamischen Psychotherapie. In: Ott J (Hrsg.): Theoretische Probleme der Gruppenpsychotherapie. Psychotherapie und Grenzgebiete 1. Band, Leipzig: Barth, 1980
- Jacobsen Th, Rudolf G, Eckert J, Huber D, Klug G, Grande T, Keller W, Staats H, Leichsenring F: Ergebnisse analytischer Langzeitpsychotherapien bei spezifischen psychischen Störungen: Verbesserungen in der Symptomatik und in interpersonellen Beziehungen *Z Psychosom Med Psychoth* 2007;50: 87-110
- Klerman GL, Weissman MM, Rounsaville BJ, Schramm E: Interpersonelle Psychotherapie. Stuttgart: Schattauer Verlag, 1996
- Krause R: Allgemeine psychoanalytische Krankheitslehre. Bd. 1 und 2. Stuttgart, Berlin, Köln: W. Kohlhammer, 1997/1998
- Krause R: Tiefenpsychologisch fundierte psychoanalytische Behandlungsformen. Grundlagen, Technik und Qualitätssicherung. In: Geyer M, Plöttner G. (Eds.): Psychodynamische Psychotherapie und ihre Therapeuten. Gießen: Psychosozial-Verlag, 2008
- Leichsenring F: Zur Wirksamkeit psychodynamischer Therapie. Ein Überblick unter Berücksichtigung von Kriterien der Evidence based Medicine. *Psychosom Med Psychother* 2002;48:139-162
- Leichsenring F, Leibing E: Wie wirksam sind psychoanalytisch orientierte Therapie und Verhaltenstherapie bei Persönlichkeitsstörungen? *Forum Psychoanal* 2003;19:378-385
- Leichsenring F, Rüger U: Psychotherapeutische Behandlungsverfahren auf dem Prüfstand der Evidence Based Medicine (EBM). Randomisierte kontrollierte Studien vs. naturalistische Studien - Gibt es einen Goldstandard? *Psychosom. Med Psychother* 2004;50:203-217
- Leichsenring F: Are psychodynamic and psychoanalytic therapies effective? *International Journal of Psychoanalysis* 2005;86:841-68
- Leichsenring F, Leibing E: The Effectiveness of Psychodynamic Therapy and Cognitive Behavior Therapy in the Treatment of Personality Disorders: A Meta-Analysis. *American Journal of Psychiatry* 2003;160:1223-1232
- Leichsenring F, Rabung S, Leibing E: The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy in specific psychiatric disorders: a meta-analysis. *Archives of General Psychiatry* 2004;61:1208-1216
- Leichsenring F, Winkelbach Ch, Leibing E: Supportiv-Expressive Therapie der Generalisierten Angststörung - ein Manual zur psychoanalytisch orientierten Fokaltherapie. DFG Forschungsmaterial unveröffentlicht, 2005
- Leichsenring F, Biskup J, Kreische R, Staats H: The effectiveness of psychoanalytic therapy: first results of the Göttingen study of psychoanalytic and psychodynamic therapy. *Int J Psychoanal* 2005;86:433-455
- Leichsenring F, Beutel M, Leibing E: Psychoanalytisch-orientierte Fokaltherapie der sozialen Phobie: Ein Behandlungsmanual auf der Grundlage der supportiv-expressiven Therapie Luborskys. *Psychotherapeut* 2008;5: 185-197
- Leichsenring F, Rabung S: Effectiveness of Long-term Psychodynamic Psychotherapy - A Meta-Analysis. *JAMA* 2008;300:1551-1555
- Luborsky L: Einführung in die analytische Psychotherapie. Berlin, Heidelberg u.a.: Springer, 1988
- Luborsky L: A guide to the CCRT method. In: Luborsky L, Crits-Christoph P (Eds): Understanding transference: The CCRT method. New York: Basic Books, 1988, pp 15-36
- Luborsky L: Einführung in die analytische Psychotherapie. Ein Lehrbuch. Göttingen, Vandenhoeck & Ruprecht, 1995
- Mertens W: Einführung in die psychoanalytische Therapie. Bd. 1-3. Stuttgart, Berlin, Köln: W. Kohlhammer, 1. Auflage 1990, 2. Aufl.: Bd. 1: 2000, Bd. 2: 2004
- Milrod B, Busch F, Cooper A, Shapiro T: Manual of Panic-Focused Psychodynamic Psychotherapy. New York: American Psychiatric Press Inc., 1997
- Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik. OPD Grundlagen und Manual. Göttingen: H. Huber, 1996
- Reimer C, Rüger U (Hrsg.): Psychodynamische Psychotherapien. Lehrbuch der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie. Berlin, Heidelberg, New York u.a.: Springer, 2006
- Rudolf G: Analytische Psychotherapieverfahren. In Deter HC (Hrsg.). Psychosomatik am Beginn des 21. Jahrhunderts. Chancen einer biopsychosozialen Medizin: Bern: Huber, 2001a, 183-189
- Rudolf G: Tiefenpsychologie I. In: Cierpka M, Buchheim P (Hrsg.): Psychodynamische Konzepte, Berlin: Springer, 2001b, 13-23
- Rudolf G: Struktur als psychodynamisches Konzept der Persönlichkeit. In: Rudolf G, Grande T, Henningsen P: Struktur der Persönlichkeit. Stuttgart: Schattauer, 2002a
- Rudolf G: Konfliktaufdeckende und strukturfördernde Zielsetzungen in der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie. *Z Psychosom Med Psychother* 2002;48:163-173
- Rudolf G: Strukturbezogene Psychotherapie. In: Rudolf G, Grande T, Henningsen P: Struktur der Persönlichkeit. Stuttgart: Schattauer, 2006
- Rudolf G: Psychotherapeutische Medizin und Psychosomatik. Stuttgart, New York: G. Thieme, 2007
- Senf W, Broda M (Hrsg.): Praxis der Psychotherapie. Stuttgart, New York: G. Thieme, 2007
- Strupp HH, Binder JL: Kurzpsychotherapie. Stuttgart: Klett-Cotta, 1991
- Thomä H, Kächele H: Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie - Band 1-3. Berlin, Heidelberg, New York: Springer, 2006
- Tress W (Hrsg.): Die strukturelle Analyse sozialen Verhaltens - SASB. Heidelberg: Asanger, 1993
- Tschuschke V: Praxis der Gruppenpsychotherapie. Stuttgart: G. Thieme, 2001
- Weiss J, Sampson H and the Mount Zion Psychotherapy Research Group. The Psychoanalytic Process: Theory, clinical observation, and empirical research. New York: Guilford Press, 1986
- Wöller W, Kruse J (Hrsg.): Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie. Basisbuch und Leitfaden. Stuttgart, New York: Schattauer, 2005