

(aus SAP-Zeitung Nr. 29, Februar 2016)

**Bodo Kirchner**

## **„Eine Technik oder viele? - POP II“**

Vortrag für den SAP am 9.11.2015

Unter psychoanalytisch orientierten oder psychodynamischen Psychotherapien werden all jene Behandlungsformen zusammengefasst, welche sich einerseits von der klassischen „großen“ Psychoanalyse in Dauer, Frequenz und Technik unterscheiden, andererseits die in der freien Praxis am *häufigsten* verwendeten Therapieformen auf der *Grundlage der gemeinsamen psychoanalytischen Theorie* darstellen. Da nicht alle Patienten für die klassische Psychoanalyse als Therapieform geeignet oder motivierbar sind, bedarf es behandlungstechnischer *Modifikationen*, um die psychoanalytische Technik auf die psychotherapeutischen Behandlungsnotwendigkeiten und die psychosoziale Realität abzustimmen.

Insbesondere Patienten mit strukturellen Störungen, psychosomatischen und posttraumatischen Erkrankungen und weiteren, zusätzlichen Komorbiditäten stellen eine besondere Herausforderung für die psychoanalytische Behandlung dar. Insofern sind diese Therapieformen in der alltäglichen Praxis durchaus relevant und eine unverzichtbare *Erweiterung* des psychoanalytischen Behandlungsrepertoires.

Ich werde versuchen, die wesentlichen Unterschiede zwischen klassischer Psychoanalyse (PAP), und den psychodynamischen, bzw. psychoanalytisch orientierten Psychotherapieformen (POP) - hier vor

allem der analytischen Psychotherapie (APT), der Tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie (TPT) und der sog. Dynamischen Psychotherapie (DPT) nach Dührssen, - jenseits der Stundenfrequenz herauszuarbeiten und hoffe, zu einem gemeinsamen Verständnis der Unterschiede und Gemeinsamkeiten in der Behandlungstechnik zu gelangen, welches uns auch in Zukunft hilft, diese verschiedenen psychoanalytischen Behandlungsoptionen mit Erfolg einzusetzen und damit für eine sehr große Menge verschiedenster Störungsbilder und höchst individueller PatientInnen die jeweils optimale Therapieform und Behandlungstechnik auszuwählen. Für die Indikationen, Kontraindikationen und Differenzialindikationen der angesprochenen Behandlungsformen darf ich auf den 1. Teil meines Vortrags verweisen, welcher unter dem Titel „Kupfer oder Gold?“ ebenfalls in der Zeitschrift des SAP publiziert wurde.

Ich werde daher vom Analytiker und Analysanden sprechen, wenn sich die Technik auf die Psychoanalyse (PA) oder analytische Psychotherapie (APT) bezieht, vom Therapeuten und Patienten, wenn es sich um eine TFP oder DPT handelt und vom Behandler, wenn es sich um beide Therapieformen handelt; und bitte mir nachzusehen, dass ich aus Gründen der Verständlichkeit auf das Gendern verzichte.

Darüber hinaus ist es mir wesentlich, zwischen *Haltungen*, das sind (durchaus nicht immer variable, jedoch in ihrer Intensität moderierbare) Grundeinstellungen bzw. Prinzipien des Behandlers, wie z.B.

- Freundlichkeit / Unfreundlichkeit
- Wertschätzung / Verachtung
- Wohlwollen / Ablehnung
- Vertrauen / Misstrauen
- Optimismus / Pessimismus

- Abstinenz und Neutralität usw.

einerseits und *Techniken*, wie z.B.

- Zurückhaltung / Unterstützung
- Kritik / Suggestion / Gewähren lassen
- Klärung, Konfrontation und Deutung
- Förderung / Vermeidung von Regression
- Fokussierung / Defokussierung
- Widerstands- und Gegenübertragungsanalyse

zu unterscheiden.

Sowohl Haltungen als auch Techniken sollten in PA und PT differenziert und unter Berücksichtigung des Behandlungsvertrags, der Persönlichkeitsstruktur und der Therapieziele durchaus unterschiedlich gehandhabt werden, wobei die Variablen der Persönlichkeit des Analytikers bzw. Therapeuten m.E. durch die Charaktereigenschaften und Grundeinstellungen, Überzeugungen bzw. deren Flexibilität insgesamt limitiert sind.

Alle können nicht alles, manche Haltungen oder Techniken sind für einzelne Behandler aus persönlichen Gründen oder theoretischen Überlegungen heraus schwieriger, *nobody is perfect*, geschweige denn in der Lage, für alle Patienten der richtige (d.h. passende) Therapeut zu sein. Das Erstgespräch sollte daher dazu dienen, die „Passung“ von Analytiker/Therapeut und Patient abzuklären und die geeignete Behandlungsform (PAT / APT / TPT / PDP) gemeinsam zu vereinbaren.

Erfolgreiche Therapien zeigen hierbei retrospektiv einen hohen Grad der Übereinstimmung in dem primären Arbeitsbündnis und in den Therapiezielen sowie im Vertrauen auf die angewandte Methode, und

sind erst in zweiter Linie von den angewandten Techniken und Interventionsformen abhängig.

Ich werde versuchen, diese Differenzierung zwischen PAP / APT und TPT / DPT anhand folgender Gesichtspunkte darzustellen:

1. Arbeitsbündnis und Therapieziele – Beginn der Behandlung
2. Maladaptive Muster und Negative Introjekte
3. Einsichtsorientierung und Beziehungsorientierung
4. Konflikte und Fokussierung
5. Ressourcenorientierung
6. Abwehranalyse und Widerstandsanalyse
7. Übertragungs- und Gegenübertragungsanalyse
8. Durcharbeiten und Ende der Behandlung

### **1. Arbeitsbündnis und Therapieziele**

Wir verdanken Greenson die grundlegende Differenzierung zwischen *Übertragungsbeziehung*, *Arbeitsbeziehung* und *Realbeziehung*, alle drei Beziehungsformen treten in jeder APT aber auch in jeder TPT in Erscheinung. Es bedarf jedenfalls einer hinreichende Übereinstimmung von Therapeut/ Patient hinsichtlich Aufgaben, Zielen und einer durch Vertrauen geprägte positiv getönte Bindung.

Luborskys spricht dabei von der „*helping alliance*“: der Patient hat dabei das Gefühl, ihm werde geholfen, Patient und Therapeut haben die Überzeugung und Sicherheit, dass sie bezüglich der vereinbarten Ziele zusammenarbeiten. Die *Qualität der Arbeitsbeziehung* korreliert - unabhängig von Problemstellung und Therapiemethode – konsistent und positiv mit dem Behandlungsergebnis.

Die von Ainsworth und Bowlby beschriebenen *Bindungsstile* sind dabei von Anfang an wesentlich für die Gestaltung des Arbeitsbündnisses:

1. *Sicher gebundene Patienten* bieten dem Therapeuten einen Vertrauensvorschuss, sie sind „einfache“ unkomplizierte Patienten, welche rasch eine verlässliche, positiv getönte Arbeitsbeziehung erlauben. Diese Patienten sind zumeist für eine Psychoanalytische Psychotherapie geeignet.

2. *unsicher-ambivalent und unsicher-vermeidend gebundene Patienten* hegen oft unrealistische Erwartungen oder Ängste, bei ihnen muss das Arbeitsbündnis aktiv hergestellt werden, indem sie Informationen und Entängstigung von Seiten des Behandlers erhalten, manchmal aber auch enttäuscht und in den Ansprüchen relativiert werden müssen, wenn unrealistische Erwartungen und Ziele dominieren.

3. *desorganisiert-gebundene „schwierige“ Patienten-* haben aus früheren Beziehungserfahrungen keine vertrauensvolle Grundeinstellung: Zentrale Aufgabe ist hier die Aufrechterhaltung des Arbeitsbündnisses mit wiederholten Absprachen, Klärungen und zusätzlichen „Sicherungsmaßnahmen“, eventuell sogar in Form von Vereinbarungen bis hin zu Verträgen. Sie verlangen vom Behandler im hohem Ausmaß emotionale Wärme, Flexibilität, seine permanente Sorge für tragfähiges Arbeitsbündnis und seine Funktion als ausreichend gutes Objekt. Fester, sicherer Blickkontakt, deklarierte Anteilnahme, Zuwendung, ungeteilte Aufmerksamkeit und eindeutige Körpersprache sowie Stimme sind hier von großer Bedeutung. Diese Patienten haben große Schwierigkeiten, das klassische psychoanalytische Setting in PAP und APT aufrechtzuerhalten und sind eher für TPT oder DPT geeignet.

Das Bedürfnis unsicher gebundener Patienten nach *Sicherheit, Verlässlichkeit, Orientierung und Kontrolle* muss daher mit zunehmender Bindungsunsicherheit dieser Patienten zunehmend in der Realität der Arbeitsbeziehung befriedigt werden. Eine sichere Exploration der Seele

bedarf bei ihnen eines gesicherten „Arbeitsbeziehungs-Basislagers“, das immer wieder aufgesucht werden kann und muss, wenn die Dynamik oder die Konflikte drohen, das Seelenleben des Patienten zu desorganisieren. Darüber hinaus ist in der TPT die Mitarbeit an den *gemeinsam* zu formulierenden Behandlungszielen und dem ebenso gemeinsam auszuhandelnden Setting essentiell, um Bindungssicherheit entstehen zu lassen. Im Zweifelsfall gilt es, den Therapieauftrag zu klären und die Gemeinsamkeit von Aufgaben und Zielen neuerlich zu *überprüfen*.

Da viele Patienten *strukturelle Defizite und Selbstwertprobleme* mitbringen, spielt die Sicherung und Schutz des Selbstwerts eine große Rolle. Dazu hilft es, in einer wertschätzenden und respektvollen Atmosphäre bisherige Bewältigungsmuster als legitime Lösungsversuche anzuerkennen, die Abwehrversuche, neurotischen Mühen und Anstrengungen zu schätzen, aber nicht notwendigerweise alles zu akzeptieren und stillschweigend zu tolerieren, vor allem dann nicht, wenn die dysfunktionalen Muster (s.u.) fortgesetzt werden.

Neben dem beiderseitigen Einhalten der *Rahmenbedingungen*, von Aufrichtigkeit und Verschwiegenheit sollte eine Atmosphäre ernsthafter Arbeit an einer gemeinsamen Aufgabe entstehen, welche jedoch auch Humor und Entspannung nicht ausschließen muss. POP erlaubt auch Lustgewinn und Vermeidung von Unlust durch Herstellung einer freundlich wohlwollenden Atmosphäre, in der auch positive Emotionen geteilt und verstärkt und Ressourcen aktiviert und unterstützt werden dürfen - solange dies nicht im Dienste des Widerstands und der Vermeidung geschieht.

Die aktuelle Befindlichkeit und Bedürfnisse des Patienten sollten erfasst und formuliert werden, Skepsis und Ängste sind ehestens aufzugreifen und auf die aktuelle Situation und Übertragung hin zu überprüfen.

Von besonderer Schwierigkeit ist die *Handhabung der Abstinenz*: Von Freud als Verzicht auf die gegenseitige Bedürfnisbefriedigung formuliert, geht es in den POP um eine ausgewogene Balance von entwicklungsfördernder Autonomieentwicklung – auch durch Frustrationen. bzw. Enttäuschungen einerseits und unterstützender, zugewandter Aktivität und Hilfestellung im Sinne der Heigl'schen „Antwort“ – im Gegensatz zur distanzierteren *Deutung* andererseits. Die Spiegel- und Chirurgenmetapher sind nicht ausreichend, um das Verhaltens- und Interventionsrepertoire des POP-Therapeuten ausreichend zu beschreiben, es bedarf manchmal auch der Position der Mutter, des Vaters, des Lehrers oder des Beraters – alles zu seiner Zeit! *So viel wie notwendig, so wenig wie möglich.*

Aus der Position des teilnehmenden Beobachters wird der Therapeut daher oft auch in jene des beobachtenden Teilnehmers wechseln müssen - und sich in der Selbstreflexion und Supervision immer wieder neu in Frage stellen müssen, zwischen Versagung und Verstrickung, zwischen Agieren und Anteilnahme den richtigen Behandlungsweg zu finden. Verhungern lassen oder Überfüttern sind jedenfalls beides keine brauchbaren therapeutischen Strategien.

Während in der PAP und APT zumeist eine rasche und eindeutige Übereinstimmung hinsichtlich der Therapieziele und des Arbeitsbündnisses zu erzielen ist, bedarf es in TPT und DPT einer Aufklärung und gemeinsamen Formulierung von Arbeitsbündnis und Therapiezielen, welche zumeist konkreter und spezifischer sind als in einer PA, selbst

wenn man eine „Heilanalyse“ – als PAP mit einer „Lehranalyse“ oder Selbsterfahrung vergleicht.

## 2. Maladaptive Verhaltensmuster und negative Introjekte

*Maladaptive Muster* im Umgang mit sich oder bedeutsamen Bezugspersonen sind ein wichtiger Focus in allen psychoanalytischen Therapieformen.

Sie liegen vor, wenn:

- der Patient sich zu verletzen und selbst zu schädigen versucht
- der Patient die Gewohnheit hat, andere Menschen zu verletzen und oder zu kränken, obwohl er es nicht „will“
- der Patient sich aus sozialen Kontakten zurückzieht und sich isoliert, obwohl er sich gleichzeitig nach Kontakt sehnt
- d.h. wenn der Patient sich wiederholt in Situationen begibt oder herstellt, die nachteilige Auswirkungen für ihn haben

Diese Verhaltensmuster lassen sich als *Bewältigungsstrategien* auf dem Hintergrund spezifischer Beziehungserfahrungen verstanden werden. Ob eine Bewältigungsstrategie als adaptiv oder maladaptiv zu bezeichnen ist, ist eine Frage der Perspektive und Bewertung. Häufig lassen sie sich nur verstehen, wenn man die zugrunde liegende *negative Überzeugung* des Patienten von sich und anderen Menschen kennt. Früher können die Muster durchaus adaptiv gewesen sein und Schutz geboten haben, jetzt jedoch sind sie maladaptiv. Oft sind sie Ausdruck von Ich-Funktions-Defiziten, d.h. strukturellen Defiziten und dem Einfluss des Wiederholungszwangs / Todestrieb. Die therapeutische Aufgabe ist es, sie zu identifizieren, sie zu verstehen und adaptive und realitätsgerechtere Bewältigungsstrategien zu entwickeln.

Dafür bedarf es einer *akzeptierenden und zugleich begrenzenden Haltung* gegenüber maladaptiven Bewältigungsstilen:

Es ist zunächst zu klären, ob das Muster als *ich-dyston oder ich-synton* erlebt wird. Der Therapeut wird dabei gleichzeitig empathisch und entlastend und trotz scheinbarer Angemessenheit auf die Notwendigkeit der Begrenzung hinweisen (kein Vorwurf, aber Begrenzung!) Die ursprüngliche Adaptivität, aber auch frühere Beziehungserfahrungen, und die Entlastungsfunktion des Verhaltens müssen geklärt werden. Dabei ist ein Anstieg des Widerstandes zu erwarten: Die Anerkennung als Problem wird (vor allem bei ich-syntonen Mustern) oft erst dann möglich, wenn der Patient sich im subjektiven Erleben verstanden fühlt, welches ihn zu diesen Mustern veranlasst hat

Aufgabe der POP ist es dann, eine hinreichende *Veränderungsmotivation* zu klären, zu schaffen und alternative Bewältigungsformen zu entwickeln, also die Veränderungsmotivation zu klären, die Konsequenzen des Verhaltens für sein Leben zu ermessen, die Hintergründe und die Entstehungsgeschichte zu fokussieren, um daraus geeignete Alternativen zu entwickeln, zu ermutigen, diese auszuprobieren und umzusetzen und wiederholt die neuen Verhaltensmuster einzuüben. Letzteres ist Aufgabe des Patienten, *nicht* des Therapeuten, auch die Entwicklung der Alternativen wird nicht, wie in der Verhaltenstherapie vorgeschrieben, aber als kreativer Patientenbeitrag zur Erreichung der Therapieziele durchaus auch *eingefordert* (Stichwort: „fördern und fordern!“).

*Negative Introjekte* sind generalisierte negative Überzeugungen von der eigenen Person. Sie haben großen Einfluss auf Selbsterleben und Erleben wichtiger Bezugspersonen, sind irrational und tragen dennoch entscheidend zur Aufrechterhaltung der Lebensprobleme bei. Sie sind

der Hintergrund von maladaptiven Verhaltensmustern und Emotionen und beeinflussen Selbsteinschätzung und Selbstwertgefühl. Es sind bewusste oder unbewusste Konzepte des Patienten von sich selbst und seinen relevanten Bezugspersonen (Dührssen: „*innere Formeln*“) als Niederschlag bzw. Introjektion früherer, negativer Objektbeziehungen. Die eigene Wertschätzung wird dabei entweder an Bedingungen geknüpft: „nur wenn ich perfekt bin, bin ich etwas wert“ oder sie beziehen sich auf das erwartete Verhalten anderer Menschen: „nur wenn ich perfekt bin, werde ich geliebt“.

Sich selbst ebenso zu beurteilen oder zu behandeln, wie das Objekt es tat, hat die Funktion wichtiger *Bewältigungsstrategien*:

- Die Vorwegnahme des Schlimmsten, um dies weniger schlimm zu machen
- Die Aussicht auf Versöhnung aufrechterhalten : „ich bin zwar ein böses Kind, aber wenn ich wieder lieb bin, werden mich die Eltern wieder lieben“
- Die Liebe der Bezugsperson kann an Defizite und Verzicht auf Entwicklung, Konkurrenz und Rivalität gebunden sein

Zur realen Objektbeziehungserfahrung kommt eine *verinnerlichte* Objektbeziehung (diese entspricht *nicht* notwendigerweise der realen Objektbeziehungserfahrung!) Die negative Überzeugung von der eigenen Person stellt somit die Selbstrepräsentanz im Rahmen der inneren Objektbeziehung dar. Negative Erwartungen und Überzeugungen, die sich auf die Reaktionen anderer Menschen beziehen, verstehen wir als Externalisierung der Objektrepräsentanzen im Rahmen dieser inneren Objektbeziehung. *Externalisierungen* dienen dabei der Druckentlastung und Angstminderung: es kann leichter ertragen werden, von anderen verächtlich behandelt zu werden, als sich zu

vergegenwärtigen, wie sehr man sich selbst verachtet. Vielfach werden diese zunächst adaptiven Überzeugungen in der Gegenwart dann zunehmend maladaptiv.

Je *grundlegender* und umfassender negative Überzeugungen von sich und der Welt sind, desto weniger ist sich die betreffende Person ihrer bewusst und desto selbstverständlicher bilden diese Überzeugungen die Grundlage des Erlebens und Handelns. Negative Überzeugungen sind meist äußerst *resistent* gegenüber neuen Erfahrungen. Erfahrungen, die mit dem negativen Introjekt im Einklang stehen, werden als Bestätigungen herangezogen, entgegengesetzte meist ignoriert.

In der therapeutischen Arbeit ist es daher wesentlich, negative Überzeugungen klärend herauszuarbeiten und *ich-dyston* zu machen: Ich-dyston wird die Überzeugung dadurch, dass das Gefühl (Scham und Schuldgefühle, Hilflosigkeit, Ohnmacht...) die Überzeugung suggeriert, wertlos oder schuldig zu sein, der Verstand sagt hingegen, dass diese gefühlhafte Überzeugung nicht zutreffend ist. Wenn der Patient somit die Diskrepanz zwischen verstandesmäßiger und gefühlhafter Einschätzung spürt, ist die negative Überzeugung ich-dyston geworden.

Die Psychotherapie hilft dem Patienten, seine negativen Überzeugungen als Auswirkungen verinnerlichter Objektbeziehungen zu verstehen: dazu bedarf es der Gewinnung von genetischem Material, um zu verstehen, wie sich die Überzeugung gebildet hat. Das *In-Frage-Stellen* der Fremdbestimmung und Zuschreibung von Selbstwert bzw. –unwert ist hier der erste Schritt, dem die Erarbeitung von eigenen, selbstwert-förderlichen Erfahrungen folgt.

*Negative Gedankenspiralen* und katastrophierende Erwartungen können eine psychoanalytische Reflexion und Behandlung erheblich beeinträchtigen. Techniken des *Gedankenstopps* und der *Dereflexion* sind in

diesem Fall auch in einer tiefenpsychologischen Psychotherapie zu erwägen, um negativen Generalisierungen eine entschiedene Antwort entgegenzusetzen.

### 3. Einsichtsorientierung und Beziehungsorientierung

Das Gewinnen von *Einsichten* zählt - neben der Internalisierung einer neuen, positiven Beziehungserfahrung - zu den zentralen, spezifischen Wirkfaktoren psychodynamischer Psychotherapie. Die *psychodynamische Einsicht ist eine affektive Einsicht*: eine Deutung, die auf einen Affekt folgt, wird eher mit einem positiven Therapieergebnis verbunden, als eine rein kognitive Deutung.

Das Fördern von Einsicht hat sich stets an den *Zielen* der Therapie, dem vereinbarten *Focus* und den übergeordneten *Behandlungsstrategien* zu orientieren. Dies gilt im Besonderen für Einsicht in ubw Zusammenhänge.

Die wichtigsten einsichtsfördernden Interventionen in jeder POP sind dabei *Klärung, Konfrontation und Deutung*

*Klärung* ist das Bemühen,

- das vom Patienten angebotene Material so zu ordnen, dass aus der Fülle verwirrender Angaben eine nachvollziehbare Abfolge seines Erlebens und Verhaltens entsteht
- sein subjektives Verständnis und seine Deutung dieser Zusammenhänge zu erfassen, um seine subjektive Realität konstruieren zu können, ohne auf Hypothesen über unbewusste Zusammenhänge zurückgreifen zu müssen

Klärende Interventionen können die Fähigkeit zur *Mentalisierung* stärken:

über innere Zustände nachzudenken, über eigene oder fremde, seelische Zustände, Motive und Gründe nachzudenken, unterschiedliche Perspektiven einzunehmen und Möglichkeiten zu erörtern.

*Klärungsfördernde Maßnahmen* sind daher: Angaben präzisieren lassen, Nachfragen, Zusammenfassung des Verstandenen, das Erfragen begleitender Gefühle, Impulse, Phantasien, das Erfragen der subjektiven Bedeutung von Begriffen und Begebenheiten und des Erlebenshintergrunds des Patienten, ebenso wie die Bitte um weitere Assoziationen zu dem Thema, aber auch die Wahrnehmen der eigenen Gegenübertragung.

*Konfrontieren* heißt, den Patienten mit widersprüchlichen und konflikthaften Aspekten vertraut zu machen, ihn auf Aspekte seines Erlebens, Denkens und Verhaltens hinzuweisen, die ihm nicht bewusst sind, die sich aber aus seinen Verhaltensweisen oder aus anderen Einfällen erschließen lassen und im Widerspruch zu seinen verbalen Ausführungen stehen.

In der *Deutung* geht es um *ubw* Zusammenhänge, bei der *Konfrontation* hingegen um Aspekte oder Phänomene, die seiner Aufmerksamkeit entzogen, also *vorbewusst* sind. Hilfreich sind dabei Hinweise auf nonverbales Verhalten, auf Verhaltensaspekte, welche Widerstandsphänomene darstellen, Zusammenhänge mit körperlichen Phänomenen und Widersprüche zwischen verbalen Äußerungen und seinem Verhalten. Wir bilden uns zunächst Hypothesen über unbewusste Determinanten, das Mitteilen eines Teils dieser Hypothesen nennen wir Deutung.

Wichtig ist dabei die Achtung auf *Akzeptanz, Taktgefühl und Zeitpunkt*, die Vermeidung von Vorwurf, Beschämung oder Kränkung, und eine konsequente Gegenübertragungsanalyse.

Das „*Dreieck der Einsicht*“ verbindet

- die Beziehung zu aktuellen Bezugspersonen mit der
- Beziehung zu früheren Bezugspersonen und der
- Übertragungsbeziehung zum Therapeuten

Es bezieht sich auf:

- Abgewehrtes und Art der Abwehr
- Genese der Störung
- Widerstand und Übertragung

Daraus resultieren *vier mögliche Formen der Deutung* und ihre Kombinationen:

1. Abwehrdeutung
2. Genetische Deutung
3. Widerstandsdeutung
4. Übertragungsdeutung

*Stil der Deutungstechnik:* Die Deutung ist ein Angebot, eine Vermutung oder Frage, ist einfach, verständlich und natürlich formuliert und ist ein Hinweis, auf etwas dem Patienten Unbekanntes / Ubw. Sie geht von der Oberfläche in die Tiefe, verbindet idealerweise die vier Aspekte (s.o.) und beinhaltet auch nonverbale Aspekte (Klangfarbe, Körpersprache...). Darüber hinaus soll sie als etwas Hilfreiches erlebt werden, kann aber auch belastend erlebt werden (wenn abgewehrte Affekte mobilisiert werden) und sollte nicht Anlass zu hinderlichen Widerstandsphänomenen geben. Schließlich birgt sie die Gefahr der *Retraumatisierung* und kann eine *negative therapeutische Reaktion* hervorrufen, v.a. wenn der

Patient sie als Vorwurf, Beschuldigung, Distanzierung oder Entwertung erlebt.

Hilfreich für Deutungen ist die *technische Neutralität*, also die Äquidistanz zu Es, Ich und Über-Ich zu bewahren!

Umfang, Ausführlichkeit und Schlüssigkeit der Deutung entscheiden ebenso über ihren Erfolg (im Sinne eines Voranschreitens der analytischen Arbeit) wie die Wahl des richtigen Zeitpunkts, Wortwahl und Taktgefühl des Behandlers. *In der TPT sind alle Deutungsoptionen genauso möglich und sinnvoll wie in der APT*, sie stellen auch hier neben der Klärung und Konfrontation die wesentliche, genuin analytische Behandlungstechnik dar.

### **Beziehungsorientierung:**

Ferenczi (1919) und Alexander (1937) entwickelten das Konzept der *korrigierenden emotionalen Erfahrung*. Ihm liegen folgende Überlegung-en zugrunde: Wichtige Funktionen des Therapeuten werden im Laufe einer Therapie internalisiert und als positive Objekt- bzw. Selbstrepräsentanz installiert; je größer die *Frühstörungsanteile*, umso wichtiger wird der Aspekt der neuen, positiven Beziehungserfahrung. Winnicotts Konzept der haltenden Umwelt, Kohuts Konzept der spiegelnden Selbstobjekte und das Containment-Konzept Bions betonen aus der Perspektive ihres jeweiligen theoretischen Hintergrunds die Notwendigkeit einer *positiven Beziehungserfahrung*.

Ein wesentliches Ziel der psychotherapeutischen Behandlung kann (nach Fonagy, 1993) als „*erworbene Bindungssicherheit*“ bezeichnet werden: nach 1-jähriger POP zeigen 40% der unsicher gebundenen Patienten nunmehr sichere

Bindungsrepräsentationen. Je weiter die Therapie sich der TPT zuneigt, desto bedeutsamer wird die korrigierende emotionale Erfahrung für den Therapieerfolg, allerdings spielt diese wahrscheinlich auch in klassischen Analysen eine nicht zu unterschätzende Rolle.

Entscheidend ist jedoch, dass sich im Patienten nicht parallele, rivalisierende Objektrepräsentanzen („schlechte Eltern versus guter Analytiker“) etablieren, welche die Spaltungen und Projektionen aufrechterhalten, sondern durch die *Deutung und Durcharbeitung der Übertragung* von Idealisierungen und Dämonisierungen Abstand genommen werden kann und ein realistisches, integriertes Bild der wesentlichen Bezugspersonen, mit all ihren Anteilen, Vorzügen und Nachteilen, Zwiespältigkeiten und Schwierigkeiten gewonnen werden kann, welches die Selbst- und Objektrepräsentanzen im Inneren des Patienten modifiziert, relativiert und als biografisch bedeutsame Personen integrierbar macht.

Hilfreich sind dabei folgende therapeutische Haltungen und Techniken:

1. *Respektvolle Akzeptanz und emotionale Präsenz*, d. h. Ermöglichen von *Katharsis* im Sinne von Affektabfuhr, Entlastung von Schuld und Schamgefühlen und positive emotionale Bestätigung des Patienten als Dialogpartner.
2. *Empathisches Verstehen*, damit auch die Fähigkeit zur Affektansteckung beim Therapeuten, eine Perspektivenübernahme und ein Verständnis für den Kontext sozialer Situationen. Empathie erweist sich dabei als ein Zusammenwirken von emotionaler Resonanzfähigkeit und kognitiven Fähigkeiten des Therapeuten!

3. *eine spezifische neue Beziehungserfahrung ermöglichen*, heißt dabei Enttäuschungen und Kränkungen des Patienten spiegelnd und empathisch wahrnehmen, aufgreifen und anerkennen, ihm helfen, unerfüllte Sehnsüchte zu erleben, unerfüllbare Wünsche aufzugeben und sich erfüllbaren Wünschen zuzuwenden.

4. *Die szenische Aktualisierung in der therapeutischen Beziehung erkennen* und „aus der Szene heraustreten“, damit die unbewussten Rollenzuschreibungen (Sandler) des Patienten erkennen, welche aus verinnerlichten Objektbeziehungen entstanden sind, also aus Selbstrepräsentanzen, Objektrepräsentanzen und Repräsentanzen von signifikanten Interaktionen zwischen beiden. Innere Objektbeziehungen haben ja durch den Wiederholungszwang die Tendenz, die jeweiligen Rollenbeziehungen der Vergangenheit in den gegenwärtigen Beziehungen zu aktualisieren. Die gegenwärtigen äußeren Objektbeziehungen sind somit das Ergebnis der Aktualisierung einer inneren Objektbeziehung.

5. *Übertragungsdeutungen*: bewirken im Patienten dabei Erleichterung, weil Ängste und Schamgefühle benennbar werden und ernst genommen werden, manchmal sind sogar mutative Deutungen durch bewusste Identifizierung des Patienten mit dem Therapeuten möglich, einer Art Identifizierung mit der analytischen Haltung und dem analytischen Prozess – statt einer lediglich unbewussten Introjektion der analytischen Neuerfahrung und gleichzeitiger Persistenz der alten Introjekte. Veränderungen der Objektrepräsentanzen und der Objektbeziehungen führen damit auch zur Veränderung der Selbstrepräsentanz – und damit zu neuen Denk- und Handlungsspielräumen.

6.  *Holding und Containing*:

*Holding* (Winnicott) heißt, eine sichere und fördernde Umwelt, ein „facilitating environment“ zu schaffen, eine „mütterlich-haltende“, sichernde Funktion auszuüben, dem Patienten Halt und Geborgenheit zu bieten ( > Bindung!) und den Patienten vor seiner eigenen Aggression und Destruktivität zu schützen.

*Containing* (Bion) beinhaltet die Fähigkeit des Therapeuten, tolerieren zu können, dass der Patient den Therapeuten braucht, um Gefühle deponieren zu können - weil diese zu schmerzvoll zu ertragen sind oder zu fragil, um aufrecht erhalten werden zu können oder zu kostbar, um in dem inneren Chaos des Innenlebens des Patienten überleben zu können. Erst wenn das Projizierte durch das Verstehen des Therapeuten modifiziert wurde, wird der Patient das, was er zuvor projiziert hatte, als sein Eigenes wiedererleben, verstehen und integrieren können.

7. *Stetige Reflexion des vorrangigen Patientenbedürfnisses* heißt, sich der Frage zu stellen: was braucht der Patient im Moment am meisten?

- Empathische Präsenz *oder* Klärung der aktuellen Konflikte
- *Containing* *oder* Anleitung zur Stärkung der Problemlösungsfähigkeiten
- Akzeptanz der Vergangenheit *oder* Aktivierung der Ressourcen
- Stützung und Entlastung *oder* Konfrontation und Deutung?

Hier gilt es immer wieder von neuem, die Unterscheidung zwischen dem Notwendigen, dem Wünschenswerten und dem Möglichen zu treffen!

#### **4. Konflikte und Fokussierung**

Wir unterscheiden nach OPD-2 folgende, zentrale Konflikte:

Individuation-Abhängigkeit      Selbstwertkonflikte

Unterwerfung-Kontrolle

Schuldkonflikte

Versorgung-Autarkie

ödipale Konflikte

Identitätskonflikte

Unter behandlungstechnischen Gesichtspunkten ist es besonders wichtig, ob sich

- die Konflikte intrapsychisch oder interpersonell manifestieren und
- in welchem Maße sie dem Bewusstsein zugänglich sind.

Bei unbewussten Konflikten wird zwischen

- Kernkonflikt und
- abgeleitetem oder Fokalkonflikt

unterschieden.

Für die TFP und DPT ist überwiegend die Arbeit an den *abgeleiteten Konflikten* und den *Fokalkonflikten* entscheidend. Erweist sich die Arbeit am Kernkonflikt als entscheidend, so ist eine analytische Arbeit (APT) indiziert.

*Manifeste Affekte* sind besonders gut geeignet, zu den aktuellen bewussten und unbewussten Konflikten hinzuleiten. Das bewusste Erleben der Unlösbarkeit eines Konfliktes führt zu negativen Affekten - Angst, Scham, Ohnmacht, welche zunächst bewusstseinsfähig, dann tolerabel gemacht werden müssen, um sie in der Folge analysieren zu können. Affekte werden über die Erhellung des Konfliktes erlebbar und ansprechbar und bringen damit Entlastung. Autonomie-Abhängigkeits-Konflikte, Nähe-Distanz-Konflikte und Ambivalenzkonflikte lassen sich oft auf bewusstseinsnaher Ebene ansprechen, auch wenn die dahinterliegenden Gründe dem Bewusstsein (noch) unzugänglich sind.

Häufig ist eine umfangreiche, klärende, konfrontierende und deutende oder *Ich-Funktionen stärkende* Arbeit nötig, um den Verzicht auf ich-schädigende Wünsche, Über-Ich-Forderungen und Ich-Ideal-Normen und die Kontrolle entsprechender Impulse zu erreichen. Bewusstseinsferne Konflikte sollten ja bewusst erlebbar werden. Hier führt die Konfliktformulierung wegen der Wirksamkeit der Abwehrmechanismen und Widerstandsphänomene nicht zur Entlastung, sondern zum Anstieg der Abwehr. Daher ist hier zuvor eine Abwehranalyse nötig; dadurch wird es leichter die alten, jetzt nicht mehr als angemessen empfundenen Wünsche aufzugeben.

Strachey hat (1937) gefordert, die Deutungsarbeit am „Punkt der Dringlichkeit“ anzusetzen. Nur das, was aktualisiert ist, ist das emotional Relevante.

Meist ist der *Focus* bereits aktiviert oder die Problemaktivierung ist Aufgabe des therapeutischen Prozesses. Oder der Focus ist übermäßig stark aktiviert - die therapeutische Arbeit wird dann unmöglich, weil Angst- und Affekttoleranz überschritten werden. Hier bedarf es spezieller Stabilisierungstechniken, damit die therapeutische Arbeit voranschreiten kann.

Oder eine andere, nicht die im Focus zentrale Problematik, ist aktiviert - dann braucht es realitätskonfrontierende Interventionen zur Deaktivierung des „Abwehr-Fokus“ und Lenkung der Aufmerksamkeit auf die Zielvereinbarung und Problematik des Hauptfokus.

Anders als die analytische Psychotherapie (APT) verzichten TFP und DPT auf die Möglichkeit, durch *Förderung der Regression* eine Problemaktivierung zu erreichen. Stattdessen ist ein Fokussieren auf Affekte, Wünsche, Konflikte, maladaptive Verhaltensmuster und negative

Überzeugungen, die im Hier und Jetzt der therapeutischen Situation oder in aktuellen bedeutsamen Beziehungen auftreten, therapeutisches Ziel.

Durch die zeitliche Begrenztheit der TFP muss die Materialproduktion so *gesteuert* werden, dass möglichst viel für den Fokus relevantes Material zur Sprache kommt. Wenn die eingebrachte Problematik mit dem Fokus übereinstimmt, wird die Arbeit von dort ausgehend vertieft und entfaltet. Ausgehend von Beziehungsepisoden und den Einfällen, Vermutungen und Fantasien des Patienten dazu können zentraler Beziehungskonflikt und maladaptive Zirkel fokussiert und analysiert werden.

Sollte (auch aus Gründen der Abwehr) der *Fokus wieder verloren gehen* und „Nebenschauplätze“ in den Vordergrund treten, können diese durchaus vom Therapeuten registriert, müssen aber nicht aufgegriffen werden. Sollte z.B. ein Patient mit überwiegender Traumapathologie zu schnell in Richtung Reaktivierung des Traumas mit der Gefahr der Retraumatisierung drängen, empfiehlt es sich, den Assoziationsfluss sogar zu stoppen, Stabilisierungs- und Kontrolltechniken zu vermitteln, und erst dann am Fokus weiter zu arbeiten.

Lässt sich, im Gegenteil, der Fokus *nur schwer oder gar nicht aktivieren*, benötigt der Patient entweder aktive Hilfe, um Widerstände, Defizite, Ängste oder Schamgefühle zu überwinden oder Ermutigung und Anregung, um „das Nachdenken gemeinsam zu wagen“.

## **5. Ressourcenorientierung**

Die traditionelle psychoanalytische Psychotherapie orientiert sich überwiegend an Problemen und Defiziten und kaum an Stärken und Ressourcen. Es spricht aber viel dafür, dass eine der entscheidenden Determinanten für *erfolgreiche* Psychotherapien die Mobilisierung der

Selbstheilungskräfte ist (Grawe). Erfolgreicheren Therapeuten gelingt es besser, die Patienten so anzuerkennen, wie sie sind, ihre Stärken und Ressourcen zu nützen und mit ihrer Hilfe die anstehenden Probleme zu lösen.

Als *Ressource* kann jeder Aspekt des seelischen Geschehens und darüber hinaus die gesamte Lebenssituation eines Patienten aufgefasst werden. Wir unterscheiden innere (persönliche Kompetenzen und positive Erfahrungen) und äußere (unterstützende Personen oder Bedingungen) Ressourcen.

In *ressourcenorientierter Arbeit* geht es in der TPT darum, die gesunden und kompetenten Seiten zu fördern und die angelegten positiven Potentiale für die Therapie zu nutzen. Beim Patienten positive Emotionen zu induzieren ist für den Therapieerfolg offensichtlich förderlicher, als eine sehr zurückhaltende und affektkontrollierte, distanzierte Haltung des Therapeuten. Hier unterscheiden sich TPT und PAT wesentlich, da bei letzterer die Möglichkeit der selbständigen Ressourcenaktivierung (im Sinne der Ich-Stärke) vorausgesetzt werden darf, bei strukturellen Mängeln jedoch die Ressourcenorientierung oft erst durch den Therapeuten wieder aktiviert werden kann.

Das Behandlungskonzept von Reddemann und Sachse für traumatisierte Patienten PITT nutzt die *ressourcenorientierte Grundhaltung* am konsequentesten, da diese eine Grundvoraussetzung für die Bewältigung und Integration traumatischer Ereignisse darstellt. Ressourcen stellen die sichere Basis und die Rückzugsmöglichkeit in der Konfrontation mit dem Trauma dar und bedürfen daher bei Traumafolgestörungen einer besonderen Aktivierung und Verstärkung.

Beim Aufbau des Arbeitsbündnisses ist es hilfreich, das beeinträchtigte Selbstwertgefühl des Patienten durch positive Bestätigungen

anzuheben, da es die Voraussetzung für das Nutzen von Bewältigungsressourcen ist.

Am wichtigsten sind dabei nonverbale Signale (Nicken, Gelassenheit, zustimmender Tonfall und Mimik...), zusätzlich kommen direkte verbale Bestätigungen und indirekte Bestätigungen.

Es ist vor allem in der TPT wichtig, *positive Erwartungen zu induzieren* und zu verstärken, - dazu zählen: das Wecken von Zuversicht und Hoffnung und die Verstärkung einer positiven Erwartung auf wirksame Hilfe und Besserung, die Bestärkung des Glaubens an die Wirksamkeit der therapeutischen Methode, die Aktivierung von positiven Assoziationen und das Analysieren, Umformen und Umwandeln von negativen Generalisierungen (s.o.).

Dazu verhilft das Gespräch über Bereiche, in denen der Patient erfolgreich war und ist, primär die *Weiterentwicklung seiner Stärken*, um im Umfeld seine Kompetenzen optimal zu entfalten, daher auch die Exploration der bisherigen Bewältigungsstrategien. Diese sollten gezielt erfragt und wertschätzend behandelt, Normalität und frühere Zweckmäßigkeit betont werden.

Im Weiteren müssen jedoch *adaptive und maladaptive* Bewältigungstechniken herausgearbeitet und differenziert werden, wobei die Zuversicht, gegenwärtige Probleme durch die Analyse der Vergangenheit und Gegenwart lösen zu können, ein wichtiger Wirkfaktor und daher zu unterstützen ist. In diesem Sinne sind auch *zukunftsgerichtete Phantasien* und Überlegungen (Denken als Probehandeln) in der TPT ebenso wichtig, wie die Analyse der Vergangenheit. Diese behält aber weiterhin ihre Bedeutung, da sie

- der Klärung von affektivem Erleben und Verhaltensmustern in der Gegenwart dient
- Beziehungen der Vergangenheit neu beleuchtet und gewichtet, um damit Verluste und Kränkungen zu betrauern und
- durch kognitive und emotionale Strukturierung der Vergangenheit zu einer Stärkung des Identitätsgefühls führt.

Da die Aktivierung von positiven inneren Bildern eine allgemeine gesundheits- und heilungsfördernde Wirkung hat (Seligman & Csikszentmihalyi), kann es durchaus sinnvoll sein, *ressourcenreiche Zustände* zu erinnern und bildhaft vorzustellen oder *ressourcenorientierte Imaginationen*, z.B. Übung des „sicheren Ortes“ und der „inneren Helfer“ (z. B. bei Traumapatienten) durchzuführen.

## 6. Abwehr- und Widerstandsanalyse

Wir verstehen den Begriff der *Abwehr* als ein unbewusstes Schutzsystem vor negativen, ängstigenden, belastenden oder bedrohlichen Gedanken und Gefühlen. Zu unterscheiden sind theoretisch, aber auch für die Wahl der Interventionstechniken:

- *Reife Abwehrmechanismen* bei Konfliktpathologien: wie z.B. Verdrängung, Verleugnung, Isolierung, Reaktionsbildung, Intellektualisierung...
- *Unreife Abwehrmechanismen* bei Strukturpathologien, Ich-Störungen oder regressiven Zuständen: typischerweise Spaltung, Idealisierung, Entwertung, Projektive Identifizierung, primitive Verleugnung...
- *Intrapsychische versus interpersonellen* Abwehrmechanismen

Abwehrmechanismen können über ihre adaptive Funktion in der kindlichen Entwicklung im späteren Leben auch *maladaptiv* wirksam werden. Die Abwehr sollte jedenfalls analysiert, d. h. gedeutet werden, wenn Nachteile der Abwehr die Vorteile der Abwehr überwiegen, wenn es bei Patienten mit Konfliktpathologien und höher strukturierter Abwehr zur Symptombildung gekommen ist, und wenn bei Patienten mit ich-strukturellen Störungen eine Ich-Schwächung als Folge unreifer Abwehrmechanismen sichtbar wird. Eine *Analyse der Abwehr* ist daher *nicht* angezeigt, wenn der Patient unter dem Eindruck überflutender Affekte steht bzw. wenn bei schwerer strukturell gestörten Patienten durch Abwehrranalyse eine Destabilisierung und Desintegration des Denk- und Therapieprozesses bis hin zu paranoiden oder psychotischen Phänomenen zu erwarten wäre.

Abwehrformen müssen zunächst *identifiziert* werden, daher gilt es, dysfunktionale Abwehrmuster durch Klärung und Konfrontation herauszuarbeiten, dann den Patienten darauf aufmerksam zu machen. Die Abwehr sollte, vor allem in der TPT als etwas Normales, zutiefst Menschliches und Notwendiges angesprochen werden, um Über-Ich-Reaktionen (Scham und Schuld) zu mildern. Daher gilt es, die Schutzfunktion der Abwehr zunächst zu akzeptieren und anzuerkennen, bevor die Deutungsarbeit sie problematisiert und verändert.

Die *Analyse der Abwehr* erfolgt bekanntermaßen von der Oberfläche in die Tiefe, des Ich vor dem Es (Freud) und verknüpft den Abwehrmechanismus mit dem Inhalt des Abgewehrten (Affekten, unbew. Wünschen, Impulsen, Trieben, Phantasien...) Eine Deutung von unbew. Wünschen, ohne die gegen sie gerichtete Abwehr zu erwähnen, ist unvollständig. Die Abwehrranalyse bei unbewussten Konflikten erfolgt mit dem Ziel, unbew. Wünsche und Konflikte in der Übertragung und in der

Gegenwart zu erkennen, zuzuordnen und zu verändern. In der TPT sind diese Prinzipien ebenso wie in der PAT gültig,

Die *Analyse unreifer Abwehrmechanismen* (Idealisierungen und Entwertungen, primitiven Spaltungen und Projektionen), bei strukturell gestörten Patienten sollte nach ausführlicher, vorbereitender Klärung und Konfrontation vor dem Hintergrund früher Beziehungserfahrungen in der Aktualität der Übertragung unter wiederholter Beziehungsklärung stattfinden. Wöller spricht hier von einer „*Deutung der Deutung*“.

#### *Widerstandsanalyse:*

Als *Widerstand* bezeichnen wir all jene Phänomene im Therapieprozess, die sich dem Erreichen der Therapieziele entgegensetzen. Sie sind Ausdruck des *Gegenwartsunbewussten* bzw. des interpersonalen, „horizontalen“ Ubw – im Gegensatz zur *Abwehr*, welche sich intrapsychisch „vertikal“ gegen heraufdrängende Impulse und Affekte aus dem persönlichen *Vergangenheitsunbewussten* richtet. Widerstände sollten (analog zur Abwehranalyse) sinnvollerweise vor dem Inhalt analysiert werden.

Der Begriff *Abwehr* betrifft die Ebene der *Inhalte*, mit denen sich die Therapie befasst, *Widerstand* dagegen die Ebene der therapeutischen *Beziehung*. *Abwehr* richtet sich daher gegen das *Bewusstwerden*, *Widerstand* gegen das Wirksamwerden einer *Intervention*, d.h. gegen das Therapieziel.

Widerstände sind beziehungsregulierend, Widerstand ist daher immer auch ein interpersonelles Phänomen, wobei *bewusste* (Vorenthalten von Informationen, Unwahrheit...) und *unbewusste* Widerstandsphänomene (Vermeiden bedrohlicher Themen, Schweigen, unklare Ausdrucksweise,

Abschweifen, Vergessen, Trivialisieren, Agieren...) zu unterscheiden sind.

Wir unterscheiden *fünf Formen des Widerstandes*:

1. Verdrängungswiderstand (Verdrängung gegen Bewusstmachung)
2. Übertragungswiderstand (Verkennung gegen Realität der Beziehung)
3. Widerstand aus dem sekundären Krankheitsgewinn
4. Es- Widerstand (Triebwünsche und Affekte)
5. Über-Ich-Widerstand (internalisierte Normen und Verbote)

Dazu kommt der *Gegenübertragungswiderstand* beim Therapeuten, also die Verkennung der therapeutischen Beziehung durch Kontamination mit eigenen Wünschen, Phantasien und der damit verbundenen Behinderung bzw. Blockade des analytischen Prozesses.

Im Interesse des Fortschreitens der Therapie ist es, Widerstandsphänomene so gering wie möglich zu halten, aber der Widerstand dient durchaus auch dem Erkenntnisgewinn, wenn er reflektierbar und veränderbar wird und damit weitere ubw / vbw Prozesse dem System Bw zugänglich macht.

Die Konfrontation mit *bewussten* Widerstandsphänomenen sollte in der POP ehestens und in aller Deutlichkeit erfolgen, jedoch die Widerstandsanalyse (als eine hilfreiche Möglichkeit des Verstehens und der Veränderung von potentiell selbstschädigendem Verhalten) anbieten. Dazu gehören das Einhalten von Vereinbarungen und Absprachen und als Behandler gegenüber dem Patienten darauf zu bestehen, die Wahrheit zu sagen, keine wichtigen Informationen zu verschweigen, Suchtmittel zu unterlassen und selbstzerstörerisches Verhalten aufzugeben.

Die Konfrontation mit *unbewussten Widerständen* erfordert bei strukturellen Störungen zunächst die Bereitstellung einer sicheren, haltgebenden Basis und Affektregulierung und, von Seiten des Patienten, sein Einverständnis, um klarzustellen, dass die Konfrontation mit Widerstandsphänomenen nicht böswillig, sondern aus therapeutischer Sicht notwendig ist - bei gleichzeitigem therapeutischen Verständnis für die problematische, biographisch begründete Schutzfunktion des Widerstandes.

Der günstigste *Zeitpunkt* für Deutungen unbewusster Widerstände wurde von Greenson präzise formuliert: „Bewegt der Patient sich auf Bedeutsames zu, sollte man ihn lassen, bewegt er sich davon weg, sollte man eingreifen“.

Wieviel *Angst* darf bei der Widerstandsanalyse mobilisiert werden? Eine Widerstandsanalyse kann umso konfrontativer erfolgen,

- je ausgeprägter die Behandlungsmotivation ist
- je introspektionsfähiger der Patient ist
- je positiver die äußeren und inneren Objektbeziehungen sind
- je größer die Ich- und Abwehrstärke sind
- je besser der Zugang zur Affektivität ist
- je leichter der Patient Symptome mit intrapsychischen oder interpersonellen Konflikten in Verbindung bringt.

*Vorsicht* ist bei Zeichen der Destabilisierung geboten: Es ist entscheidend, wie stabil oder fragil die Abwehrorganisation des Patienten im Hinblick auf die Abwehr des aktuell behandelten Phänomens und wie ich-dyston oder synton das Symptom ist, daher auch besondere Vorsicht bei negativen Übertragungen und gleichzeitig fragilen Abwehr im Rahmen von Strukturpathologien!

Erst muss bei diesen Patienten nach angstreduzierenden und beziehungsstärkenden Interventionen eine Klärung und Zuordnung der übertragenen Affekte und Verzerrungen erfolgen, *dann* können die Inhalte analysiert werden.

Handelt es sich um Patienten mit strukturellen Defiziten, bei denen zu viel Angst mobilisiert wird, empfiehlt sich ein nicht deutender Umgang mit Widerstandsphänomenen, d.h.

der Widerstand kann sich auch als *negative therapeutische Reaktion* zeigen, indem Patienten auf Fortschritte in der Therapie paradox, mit Verschlechterung der Symptomatik reagieren.

Gründe dafür sind zumeist unbewusste *Schuldgefühle* wegen Erfüllung „verbotener“ infantiler Wünsche oder wegen Lockerung masochistischer Bindungen, masochistische Persönlichkeitszüge, übertragungsbedingte verzerrte psychoanalytische Interaktionen, kränkend erlebte Deutungen oder Ängste vor Folgen der Besserung (Minderung des Krankheitsgewinns)

Hier sind die Übertragungsanalyse im Hier und Jetzt, Klärungen und „Deutungen der Deutung“ hilfreich, zumal wenn es gelingt, dass der Patient Deutungen selbst finden kann und die Verbote und Strafen des pathologischen *Über-Ichs* zurückweisen kann.

## **7. Übertragungs- und Gegenübertragungsanalyse**

*Übertragung* ist der Umstand, dass jede zwischenmenschliche Beziehung und vor allem jede therapeutische Beziehung durch Gefühle, Gedanken, Erwartungen und Verhaltensweisen beherrscht sein kann, die aus der aktuellen interpersonellen Interaktion allein nicht erklärbar sind, sondern als Wiederholung früher Beziehungsformen verstehbar

sind, d.h. es ist eine *spezifische Illusion*, die sich in Bezug auf eine andere Person einstellt und die (ohne Wissen des Subjekts) in einigen ihrer Merkmale eine *Wiederholung* der Beziehung zu einer bedeutsamen Figur der eigenen Vergangenheit darstellt.

Jede Realbeziehung enthält Übertragungselemente, auch nicht konflikthafte, alltägliche Begegnungen sind von Übertragungen durchzogen, in jeder Einzelpsychotherapie entstehen durch die exklusive Zweierbeziehung und durch regressivere Tendenzen automatisch Übertragungsphänomene.

Es entsteht daraus eine *gemeinsame Übertragungs-Gegenübertragungsbeziehung*, in der Therapeut und Patient miteinander eine reale, konflikthafte Beziehung erleben und welche die Arbeitsbeziehung und die Realbeziehung regressiv verzerrt. (Körner 1990)

Übertragungen sind erkennbar,

- wenn *Reaktionen* des Patienten unangemessen, verzerrt oder unverständlich erscheinen und nicht zur Situation passen
- wenn der Patient, indem er über *dritte Personen* in Außenwelt spricht, Wünsche oder Sichtweisen erwähnt, die ebenso auf mich als Therapeut und auf die therapeutische Situation zutreffen könnten (Verschiebung)
- wenn der Patient, indem er über *sich* spricht, indirekt Gefühle, Wünsche oder Sichtweisen erwähnt, die genauso auf mich als Therapeut oder auf die therapeutische Beziehung zutreffen könnten (Identifikation).

Auswirkungen auf die Therapie:

Die therapeutische Haltung in der Übertragung erfordert die Bereitschaft zum *Oszillieren und Perspektivenwechsel* und ein *Sich-Einlassen* in ein

gemeinsames Übertragungs- Gegenübertragungs-Szenario bei gleichzeitiger Aufrechterhaltung einer objektivierend- distanzierenden Position.

Der Patient versucht also, innere Objektbeziehungen zu aktualisieren (wobei der Patient sich in der Rolle des Selbstanteils und der Therapeut in der Rolle des Objektanteils befindet - oder umgekehrt). Es gilt daher, sich auf diese Rollen einzustellen und dabei gleichzeitig die analytische, distanzierte Haltung zu bewahren, um die Szene zu verstehen und deuten zu können. Zwiebel spricht hier vom „Erlebnis-Pol“ und vom „Deutungs-Pol“ des psychoanalytischen Prozesses.

Gill und Hoffmann weisen darauf hin, dass die Übertragung dazu dient, biografisch begründete Ängste, Wünsche und Erwartungen in der aktuellen Beziehung zu entfalten und zu klären, und die Möglichkeit bietet, diese wegen der Unmittelbarkeit der Erfahrung *direkt* zu bearbeiten.

Dabei können *negative Gegenübertragungsphänomene* induziert werden, welche den Therapeuten belasten (Gefühle von Angst, Schuld, Ohnmacht) aber ihn zugleich entlasten – weil sie im Sinne eines Gegenübertragungs-Widerstands die Reflexion und damit die analytische Arbeit verhindern.

Klein und Ogden haben hierbei auf den wichtigen Abwehrmechanismus der *projektiven Identifizierung* hingewiesen, Bion auf die Externalisierung von Gefühlen, die im *Containing* ausgehalten, metabolisiert und wieder reintegriert werden müssen. Greenson fordert eine Klärung und Deutung der Übertragung, wenn sie die therapeutische Arbeit beeinträchtigt.

In der TPT und DPT wird dabei, im Unterschied zu PAP und APT die Entstehung einer regressiven Übertragungsneurose *nicht* gefördert, wegen des limitierten Behandlungsumfangs und der niederfrequenten

Sitzungen sogar begrenzt. Dies erfordert daher auch die Begrenzung von negativen, aggressiven und erotischen Übertragungen, die als Widerstand den Behandlungsprozess behindern können, wobei zu berücksichtigen ist, dass in der TPT und DPT keine grundsätzlichen Veränderungen im Ubw, sondern fokale Veränderungen mit dem Ziel einer besseren Realitätsbewältigung und geringerem neurotischen / psychosomatischem / psychotischem Leid angestrebt werden.

Eine *Analyse der Übertragung* ist daher in TPT bei voranschreitender, positiver therapeutischer Arbeit und bei mild positiver Übertragung nicht erforderlich, sehr wohl aber,

- wenn die Übertragung zum Widerstand wird
- bei negativer, aggressiv-destruktiver Übertragung
- bei erotisierter oder sexualisierter Übertragung
- bei verzerrter, idealisierender Übertragung
- bei negativer therapeutischer Reaktion.

Übertragungsdeutung heißt auch *Beziehungsklärung im Hier und Jetzt*:

Die Unmittelbarkeit des affektiven Erlebens ist eine hervorragende Gelegenheit, Übertragungsphänomene bewusst zu machen, zu verstehen und therapeutisch zu nutzen. Durch wohlwollenden, klärenden und konfrontierenden Umgang mit den Übertragungsphänomenen besteht die Chance einer wirklichen, affektiven Einsicht und einer positiven neuen Beziehungserfahrung, welche in einem *dialektischen Widerspruch* zu neurotisierenden, biografisch bedingten Beziehungserfahrungen steht und neue Syntheseleistungen des Ich evoziert. Der Therapeut muss dabei für die Formulierung therapeutisch wirksamer Interventionen sich folgende *Fragen* stellen – und beantworten:

- wie erlebt der Patient die aktuelle therapeutische Situation?

- worüber spricht er nicht?
- wie sind sein Verhalten und nonverbale Signale?
- wie zeigen sich Übertragungsanspielungen und Widerstandsphänomene?
- wie sind seine realen Wahrnehmungen meines Verhaltens?
- bin ich zum „Mikroagieren“ verführt?

Wie gestaltet sich nun der Umgang mit Übertragungsphänomenen? Die folgenden Empfehlungen gelten zunächst *unabhängig* von dem verwendeten Verfahren, sind jedoch graduell unterschiedlich in APT und TPT, da bei letzterer die Übertragung vom Therapeuten begrenzter und limitierter zugelassen wird als in der APT. Der Therapeut sollte

- sich in das Übertragungsszenario des Patienten hineinziehen lassen, das Übertragungsangebot spüren, verstehen, ansprechen und die Szene klarifizieren bzw. konfrontieren (wenn notwendig)
- seine Gegenübertragung klären und Distanz zu den Affekten herstellen
- vermeiden, wie im Alltag zu reagieren
- vermeiden, pathogene Erwartungen zu erfüllen
- Rechtfertigungen, Erläuterungen vermeiden
- die Übertragung „in Schwebe halten“
- Übertragungsphantasien zulassen
- Übertragungsdeutungen in Form von Hypothesen, nicht in Form von Gewissheiten formulieren
- Übertragungswiderstände ansprechen
- Mit Affekten verbundene Fantasien entwickeln – „Probedenken“
- Übertragungsauslöser identifizieren (klären, welche Aspekte aus dem realen, und welche aus früherem Beziehungserleben stammen)

- die Entwicklung vom Denken in der Realität zum Denken in der Fantasie unterstützen - aber auch differenzieren helfen.

Eine zu schnelle *genetische* Deutung *entaktualisiert den Übertragungsaffect*, damit haben problematische Gefühle in der aktuellen therapeutischen Situation keinen Platz mehr, und der Patient wird der Meinung sein, dass aktuell erlebte Gefühle unbegründet, unpassend oder inakzeptabel und allein seine Probleme sind. Daher sollten genetische Deutungen erst nach der Abwehr-, Widerstands- und Übertragungsdeutung erfolgen.

Genetische Wurzeln sind jedoch zu klären und aktuelle Parallelen aufzuzeigen, wobei die Herausarbeitung eines gemeinsamen, neurotischen Modus der Objektbeziehungen in der Übertragungsbeziehung, in genetischen Beziehungen und in aktuellen Beziehungen (Nebenübertragungen) anzustreben ist.

Die möglichen Techniken zur Verstärkung oder Verminderung der *Übertragungsintensität* sind die Steuerung über die Sitzungsfrequenz, das Setting (Sitzen / Liegen) und über die Fokussierung auf Gegenwart bzw. Vergangenheit durch den Therapeuten.

Bei strukturellen Störungen steht die Abwehr- und Übertragungsanalyse im Zentrum der *Klärung unreifer Abwehrmechanismen*: Hier findet sich oft eine „unreife“, verzerrende Abwehr und Übertragung, welche umfangreiche Auswirkungen auf die Wahrnehmung der *interpersonellen Realität* hat, was Anlass zu fortgesetzten Konflikten sein kann. Folgen sind oft schwerwiegende Enttäuschungs- und Kränkungsreaktionen bis hin zum Abbruch der Behandlung. Hier sind Techniken zur Übertragungsbegrenzung notwendig um die Übertragungsanalyse entsprechend zu modifizieren. Auch hier gilt: *Klärung und Konfrontation vor Deutung!*

Ein weiteres Problem können Übertragungsphänomene *bei eingeschränkter Mentalisierungsfähigkeit* darstellen: Um die Realitätsprüfung zu stärken, ist es notwendig, grob verzerrte Übertragungen ehestens mit Nachdruck abzuweisen und ihren Beziehungsaspekt zu klären. Genetische Deutungen der Übertragung sind hierbei (entgegen den impulsiven Tendenzen des Therapeuten) hintan zu stellen, manchmal sogar weitgehend aufzuschieben, bis der Patient in der Therapie eine genügend sichere Ich-Stabilität und Affekttoleranz entwickelt hat. Dem gegenüber sind Fokussieren, Strukturieren, Klären und Konfrontieren bevorzugte, wirksame Techniken, insbesondere, wenn diese sich auf die *aktuellen* Beziehungen und Lebenssituationen beziehen.

Es gilt, die oft grob verzerrten Wahrnehmungen zu klären und zu korrigieren, bei heftigen *erotischen und aggressiven* Übertragungen ist es daher besonders wichtig, die Gegenübertragung zu klären und zu kontrollieren und den Patienten mit der Realität zu konfrontieren.

#### *Gegenübertragungsanalyse:*

*Die Gegenübertragung* (GÜ) ist die Gesamtheit *aller* unserer emotionalen Reaktionen, die im Kontakt mit einem Patienten entstehen, mögen sie nun ihren Ursprung im Patienten oder in uns selbst haben.

Gegenübertragungsphänomene können eine *Reaktion* auf das Übertragungsverhalten des Patienten (GÜ im eigentlichen Sinne) oder Ausdruck *eigener* ungelöster Konflikte (Eigenübertragung) sein.

Sie können momentan, punktuell oder eine durchgängige Haltung sein und sich rasch oder allmählich ausbilden. Sie können dabei in unterschiedlichen Abstufungen des Bewusstseinsgrades (bw/vbw/ubw) auftreten.

Wir unterscheiden dabei zwischen

- *konkordanter Identifikation / GÜ*, d.h. Ich reagiere auf den Patienten so, wie *er* auf frühe Bezugspersonen reagiert hat und wie *er* auf aktuelle Beziehungspartner reagiert und
- *komplementärer Identifikation / GÜ*, d.h. ich reagiere auf den Patienten so, wie frühere Bezugspersonen *auf ihn* reagiert haben und wie aktuelle Beziehungspartner *auf ihn* reagieren.

Gegenübertragungsreaktionen sollen in allen Anwendungsformen der PA *wahrgenommen*, und reflektiert, aber *nicht agiert* werden, d.h. Impulse sollen nicht in Handlungen oder Sprechakte umgesetzt werden. Eine Verwicklung des Analytikers in Handlungsdialoge oder Szenen ist dabei grundsätzlich unvermeidbar. Der Analytiker wird in gewissem Umfang *immer* von den Affekten des P „angesteckt“. Wichtig ist es, in sich selbst eine sichere *Distanz* zum Affekt herzustellen und die Spannung zwischen Verstrickung und Distanzierung auszuhalten.

Gegenübertragungsreaktionen sind Ausdruck einer aktualisierten inneren Objektbeziehung im Patienten und/oder Behandler, hier ist es hilfreich, das *Konzept der affektbestimmten Objektbeziehungsphantasie* zu verwenden.

Der Behandler sollte sich fragen, welche reaktive und welche eigene Übertragungen auf diesen Patienten aktiviert wurden und zunächst eine Analyse der Gegenübertragung anstreben. Da dies in der raschen Entfaltung der Gegenübertragung in der Behandlungssituation nicht immer möglich ist, bedarf es der *Supervision bzw. Intervision*, um nicht zunehmende „blinde Flecken“ zu entwickeln.

Besonders schwer fällt es offenbar Therapeuten aller Schulen, sich und dem Patienten gegenüber *eigene Fehlleistungen einzugestehen*. Wenn wir Opfer unserer eigenen, ubw bedingten Fehlleistungen geworden

sind, ist es wichtig- und für die Analyse der Beziehung, der Konflikte und der Übertragung (projektive Identifizierung!), diese einzugestehen und die Gesamtheit des analytischen Prozesses einschließlich des intersubjektiven Unbewussten wahrzunehmen. Darüber hinaus hilft die anerkannte Fehlbarkeit des Therapeuten, über die Identifikation des Patienten mit dem Therapeuten, den eigenen pathologischen Narzissmus und das grandiose Selbst, sein Ich-Ideal bzw. rigides Über-Ich in Frage zu stellen und zu mildern.

Die GÜ wird typischerweise agiert. Um das *Agieren* zu begrenzen, ist es wichtig sich so viel wie möglich von der GÜ bewusst zu machen. Es gibt dafür *Indikatoren und Auffälligkeiten*, welche es in der Selbstreflexion zu erkennen gilt:

- mehr sprechen, dozieren oder schwafeln
- zu spät kommen, Termine vergessen oder leichtfertig absagen
- Überziehen / Abkürzen der Stunde
- irrationale Änderungen der Rahmenbedingungen (Zeit, Ort, Geld)
- Erhöhung / Verminderung der Stundenfrequenz
- über Privates sprechen, Selbstoffenbarung, Abstinenzverletzungen
- reale Verantwortung für den Patienten übernehmen, überprotektiver Einsatz für den Patienten im Realleben
- den Patienten innerlich bewerten, verurteilen, bewundern, kränken, verehren...
- intensive Gefühle von Liebe, Hass, Angst, Langeweile, Abneigung, Ekel...
- körperliche Reaktionen: Kopfschmerzen, Herzklopfen...
- sich aufopfern, um jeden Preis helfen und heilen wollen
- sich zu stark mit dem Patienten (oder mit seinen Introjekten!) identifizieren

- zu viel oder zu wenig konfrontieren oder deuten
- Latente / versteckte Entwertung in der Behandlung( verhindert einen empathisch verstehenden, ressourcenorientierten Zugang zum Patienten)
- objektivierende / idealisierende / abwertende Redeweise über den Patienten in der eigenen Supervision

Um eine *Gegenübertragungsverstrickung* aufzulösen und eine therapeutisch notwendige „normale“ konkordante / komplementäre Identifizierung mit dem Patienten zu erreichen, sollte der Behandler daher weniger sprechen, dafür mehr zuhören, nicht erklären und beweisen wollen, in eine nützliche Distanz zu den begleitenden Affekten kommen. Zu hohe Erwartungen an die Therapie (von beiden Seiten!) können hierbei sehr hinderlich werden, ebenso aus projektiver Identifikation resultierende Gegenübertragungsaffecte. *Abweichungen* von der üblichen Behandlungstechnik und vom Setting sind immer fragwürdig und sollten nicht rationalisiert oder gar idealisiert werden. Dazu verhilft die Erkenntnis eigener Übertragungsbereitschaften durch eine geschützte Außenperspektive, z.B. in der Supervision.

Sollten Gegenübertragungen dem Patienten mitgeteilt werden? Normalerweise nicht, sondern die GÜ sollte primär immer für sich reflektiert werden. In Ausnahmefällen mit klarer, therapeutischer Zielsetzung kann jedoch die *explizite Mitteilung der GÜ* sinnvoll sein. Implizit ist die GÜ ja ohnehin in den parasprachlichen, sprachmelodischen, gestischen, mimischen und andern körpersprachlichen Äußerungen und im Verhalten des Therapeuten enthalten - und damit immer für sensible Patienten „lesbar“! Abstinenz und Neutralität sind technische Ideale, jedoch in der Realität der Behandlungspraxis kaum durchgehend zu realisieren.

Wie Eltern mit Kindern sind auch wir mit unseren Patienten über Regression und Übertragung-Gegenübertragung ständig in Handlungskontexten multimodal vernetzt und „sinnlich“ aufeinander bezogen. Gemeinsam mit der gesprochenen Sprache laufen parallel rhythmisch- dynamische strukturierte *Handlungsdialoge* (Fonagy, Klüwer) diese sind als mitagierende Antwort des Therapeuten in der Beziehungsarbeit unvermeidlich.

Es geht dabei um das im Austausch zwischen Patienten und Therapeuten *wahrnehmbare Wechselspiel, von Fantasie, Assoziation und Theorie* im Wort und um *Ausdrucks- und um sichtbare Bewegungshandlungen* in der therapeutischen Beziehung mit zumeist unbewusste Bedeutung für die Wahrnehmung und Veränderung von Selbst- und Objektrepräsentanzen.

Die *selektive Mitteilung der GÜ aus therapeutischer Indikation* ist manchmal durchaus sinnvoll, um ein Verständnis für emotionale Reaktionen im Gesprächspartner zu mentalisieren und somit zur „Lexithymie“ von Affekten bei affektarm – emotional distanzierten Patienten beizutragen. Dabei gilt es immer, sich zunächst die Frage: „Helfe ich dem Patienten weiter oder dient es der eigenen Entlastung?“, zu beantworten.

## **8. Durcharbeiten und Ende der Behandlung**

Die psychotherapeutische Erfahrung zeigt, dass Patienten nicht immer ohne Hilfe die in der Therapie gewonnenen *Einsichten* so umsetzen können, dass sich ihr Erleben und Verhalten im Alltagsleben unmittelbar ändern.

Das Durcharbeiten hat daher das *Ziel*, Einsichten und Erfahrungen im konkreten Verhalten des Patienten in seiner *Alltagswelt wirksam* werden zu lassen, d.h. über weite Strecken Klärung, Konfrontation und Deutung in verschiedenen Varianten zu wiederholen, bis der Patient diese Vorgänge selbständig durchführen und Deutungen erweitern, vertiefen, verfeinern, sowie die aus der Einsicht resultierenden Verhaltensmuster *einüben* kann.

Neuropsychologisch formuliert: Die wiederholte Aktivierung bestimmter neuronaler Muster und die neu gewonnenen Lernerfahrungen bewirken durch die Neuroplastizität hirnstrukturelle Veränderungen und neuronales Wachstum (Roth 2001), man könnte von *einer „neuronalen Internalisierung“* sprechen.

Dazu bedarf es zunächst eines therapeutischen Verständnisses für die Sicherheit gebenden Effekte des Altvertrauten, das Verstehen von Gewohnheits- und Widerstandsphänomenen und ein *Durcharbeiten* von Widerständen, Ängsten und anderen Affekten, die verhindern, dass Einsichten zu Veränderungen führen.

Ein beträchtlicher Teil des Durcharbeitens wird dabei freilich außerhalb der Therapiesitzungen, vielleicht auch erst nach Ende der Therapie stattfinden.

Es gilt in der TPT daher, mehr als in der PAT, eine *aktive Mitarbeit* einzufordern und deutlich zu machen, wie wichtig es ist, dass der Patient *seinen* Beitrag leistet, um das Therapieziel zu erreichen. Es macht daher in der TPT durchaus Sinn, den Patienten aufzufordern, in den Intervallen zwischen den Stunden auf bestimmte Affekte und Interaktionsmuster zu achten, die Auslösebedingungen für Stimmungsschwankungen zu identifizieren und sich bestimmten belastenden Situationen auszusetzen.

Darüber hinaus empfiehlt sich eine regelmäßige *Bilanzierung* mit der Aufgabe, jene *Ziele* festzuhalten, welche weiterhin zu verändern sind und eine Lenkung der Ziele, von dem Verständnis der Vergangenheit ausgehend, auf die gegenwärtige und zukünftige Lebensbewältigung und Neuorientierung hin. Naturgemäß müssen dafür alte maladaptive Verhaltensmuster klarifiziert und problematisiert und die zugrunde liegenden negativen Überzeugungen rekapituliert und verändert werden. Aber auch gegenwärtige und prospektive *Probleme* bei der Umsetzung neuer Verhaltensmuster sind zu erörtern, um mit entstehenden Schwierigkeiten umgehen zu lernen, „Rückfälle“ zu antizipieren und den Umgang mit dem Scheitern durchzuarbeiten. *Ausbleibende Fortschritte* sind zu erkennen, kritisch zu hinterfragen und zu bearbeiten, um nicht in eine neuerliche Spaltung zwischen neurotischem Wunschdenken und fehlender Realitätsbewältigung zu verfallen.

Besondere Beachtung verdienen auch *Komplikationen und Krisen*, wie notwendige oder geplante Änderungen der Frequenz, Nottermine, telefonische Erreichbarkeit, allfällige Vertretungen und Kooperationen mit Ärzten, Beratungsstellen oder Institutionen. Darüber hinaus ist der Umgang mit Krisensituationen, Suizidalität oder notwendiger medikamentöser oder stationärer Behandlung abzusprechen und zu vereinbaren.

Die Auseinandersetzung mit diesen Themen ist in der TPT und DPT aufgrund der häufigeren strukturellen oder traumatischen Komponenten der Erkrankung meist wichtiger und häufig supportiver, manchmal sogar direkter als in der APT, sollte aber auch dort hinreichend geklärt werden. Eine Erörterung dieser Themen würde aber den Rahmen dieser Übersichtsarbeit sprengen und ist daher anderenorts zu führen.

Lediglich der Umgang mit *drohendem / angekündigtem Therapieabbruch* sei hier noch angesprochen: Es empfiehlt sich, wenn irgend möglich, im Zeitraum von einer oder wenigen Stunden die wesentlichen *bewusstseinsfähigen* Gründe zu erarbeiten, die Vor – und Nachteile zu diskutieren und nicht zur Weiterbehandlung zu drängen. Hypothesen bezüglich Affekte / Ängste / Widerstände können vielleicht noch geklärt werden.

Bei einem Therapieabbruch ohne Möglichkeit, noch wenigstens *ein* klärendes Gespräch zu führen, bleiben im Wesentlichen drei Möglichkeiten:

1. nichts tun
2. anrufen oder
3. anschreiben

und einen Abschlusstermin vorschlagen.

Die Entscheidung über das jeweilige Vorgehen wird im Wesentlichen von der Dauer der Therapie, der Art und Qualität der therapeutischen Beziehung, der Persönlichkeitsstruktur und den Lebensumständen des Patienten, aber auch von der Gegenübertragung und der Grundhaltung des Therapeuten abhängen. Eine Empfehlung hinsichtlich des optimalen Vorgehens ist daher nur schwer ohne Berücksichtigung des konkreten Falls möglich.

#### *Das Ende der Behandlung:*

Das geplante oder notwendige Ende der Behandlung mittels TPT sollte frühzeitig erinnert, das Datum *gemeinsam festgelegt* werden. Klarheit über die Zahl und Frequenz (kontinuierlich / degressiv?) der verbleibenden Sitzungen ist erforderlich, auch um die aktuellen Themen abzuschließen. Wünsche nach Autonomie vs. Abhängigkeit und

Verlustängste, Trauer und Enttäuschung sind anzusprechen und, wie in der APT, zu analysieren. Dabei ist das Wiederauftreten von Symptomen als Widerstand zu akzeptieren, aber nicht notwendigerweise durchzuarbeiten.

Es gilt darüber hinaus, Erfolge, Erwartungen und Enttäuschungen mithilfe einer gemeinsamen Einschätzung und Beurteilung zu bilanzieren. Dazu kommt die Notwendigkeit, die innere Repräsentanz des Therapeuten in den verinnerlichten Objektbeziehungen des Patienten zu sichern („*Innere Helfer*“) und den Transfer des Erarbeiteten ins Alltagsleben zu besprechen. Mithilfe imaginativer Antizipation sollten die Neuorientierung und bewährte Strategien nochmals diskutiert, aber auch die Möglichkeit von und der Umgang mit Rückschlägen und Krisen bedacht werden. *Das Nicht- Erreichte, Nicht-Erreichbare und Noch-nicht-Erreichte* ist klar voneinander abzugrenzen und muss betrauert bzw. integriert werden.

Auch die *konkrete Art der Beendigung* (Stopp, längere Intervalle, „Entwöhnung“, Nachbesprechungen bzw. follow-ups, weitere Therapiemöglichkeiten bei demselben oder anderen Therapeuten) sind gemeinsam zu vereinbaren und richten sich nach den erreichten und noch zu erreichenden Zielen, den Entwicklungsmöglichkeiten, Persönlichkeit und Grundstruktur des Patienten, aber auch nach der Lebensplanung, Verfügbarkeit, Interessen und Persönlichkeit des Behandlers.

Die Differenzierung der technischen Möglichkeiten in den unterschiedlichen Anwendungsgebieten der psychoanalytischen Therapieformen soll nicht den Eindruck erwecken, dass diese Therapieformen PAT / APT / TPT / DPT in den innewohnenden Techniken *immer* streng voneinander abgegrenzt werden können. Auch die Stundenfrequenz stellt ja letztlich nur einen äußeren Rahmen dar, welcher *nicht*

die bw / ubw Inhalte und Prozesse determiniert. Sie sollten jedoch als *Richtlinien* hilfreich sein, um unsere psychoanalytischen Optionen situationsgerecht einzuschätzen und unsere Patienten entsprechend ihren Konflikten, Strukturen, Traumata, Ängste und deren Abwehr, aber auch hinsichtlich ihrer Ressourcen und Entwicklungsmöglichkeiten individuell zu behandeln.

Salzburg, im November 2015

### **Literatur:**

Boll-Klatt, A, / Kohrs, M. : Praxis der psychodynamischen Psychotherapie, 2014, Schattauer

Cierpka, M. / Buchheim, P.: Psychodynamische Konzepte, 2001, Springer

Ermann, M.: Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, 2007, Springer

Jaeggi, E. / Riegels, V.: Techniken und Theorie der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie, 2008, Klett-Cotta

Lichtenberg, J.D. / Lachmann, F.M. / Fosshage, J.L. : Zehn Prinzipien psychoanalytischer Behandlungstechnik

Mentzos, S.: Lehrbuch der Psychodynamik, 2011, 5.Aufl., V&R

Mertens, W. Einführung in die Psychoanalytische Therapie, Band 1-3, 1992, Kohlhammer

Mertens, W. Psychoanalytische Erkenntnishaltungen und Interventionen, 2009, Kohlhammer

Milch, W. und Hartmann, H.P. (Hg.): Die Deutung im psychoanalytischen Prozess, 1999, Bibliothek der PA, Psychosozial- Verlag

Reimer, C. / Rüger, U.: Psychodynamische Psychotherapien, 2012, 4. Aufl. , Springer

Rudolf, G.: Psychodynamische Psychotherapie, 2010, Schattauer

Streeck, U.: Auf den ersten Blick, 2004, Klett-Cotta

Thomä, H. Schriften zur Praxis der Psychoanalyse: Vom spiegelnden zum aktiven Psychoanalytiker, 1981, Suhrkamp

Thomä, H. / Kächele, H. : Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie , 2 Bde. 1) Grundlagen, 2) Praxis, 1986, Springer

Wöller, W./ Kruse, J.: Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, 2010, 3.Aufl., Schattauer