

# Psychoanalytisch orientierte Psychotherapie (POP) Indikation und Technik



Bodo Kirchner

Salzburger Arbeitskreis für Psychoanalyse

08.04.2019

# Klassische Kontroversen: Technik, Ziele, Setting, Frequenz...

- Hochfrequente Langzeitanalyse war nicht der Beginn der PA, Freud betrieb meist hochfrequente Kurztherapien, wenige Wochen-Monate, 50-100 Stunden : „Psychoanalytische Kur“, daneben auch Beratungen und „Fokaltherapien“
- Freud am Budapester Kongress 1919: „...immer bereit...in unserem Vorgehen abzuändern, was sich durch Besseres ersetzen lässt ...“
- „...das Gold der Analyse mit dem Kupfer der Suggestion zu legieren...“
- 1924 Ferenczi: „Entwicklungsziele“ : Deutung vs. Erleben
- 1946 Alexander / French : „korrigierende emotionale Erfahrung“
- 1953 Eissler: „normative Idealtechnik“
- 1967 Dührssen: Kassenfinanzierte Richtlinien-Psychotherapie in D.
- Derzeit: reale Vielfalt an therapeutischer Praxis ggü. strengen Idealen in der Theorie

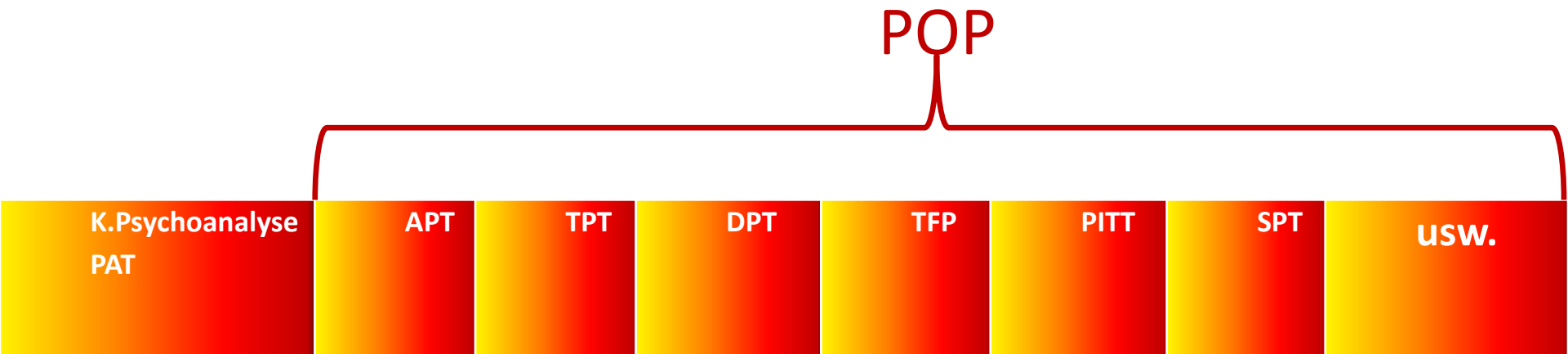
# Warum Psychoanalytisch orientierte Psychotherapie(n)

Technische Schwierigkeiten durch neue Indikationen: Narzissmus, Persönlichkeitsstörungen, Borderline, Psychosen, Suchterkrankungen, Trauma, Psychosomatik...erforderten Variationen der „klassischen“ psychoanalytischen Technik

- eine klassische Technik für alle Patienten / Störungsbilder in einem Kontinuum ohne scharfe Abgrenzung ? (1-5 Stunden/w) im Liegen, freier Assoziation und gleichschwebender Aufmerksamkeit in Regression / Übertragung oder
- **differenzierte Konzepte in einem breiten Spektrum mit unterschiedlicher Indikation, Setting und Behandlungstechnik**

# Psychoanalytische Therapieformen = psychoanalytisch begründete Verfahren: Anwendungen der Psychoanalyse

1. Klass. Psychoanalyse als PA Psychotherapie PAT
2. Psychodynamische Psychotherapien =  
Psychoanalytisch Orientierte Psychotherapie(n)



# Psychodynamische Psychotherapien = Psychoanalytisch orientierte Psychotherapie**n** (POP)

1. **Analytische Psychotherapie (APT)**
2. **Tiefenpsychologische Psychotherapie (TPT)**
3. **Dynamische Psychotherapie (DPT)**
4. Übertragungsfokussierte / transference-focused PT (TFP)
5. Psychodynamische Strukturbezogene Psychotherapie (PSP)
6. Psychoanalytische Fokalthherapie (PFT)
7. Psychoanalytische Kurztherapie (PKT)
8. **Supportive Psychotherapie (SPT)**
9. Psychodynamisch-imaginative Traumatherapie (PITT)...

# Was heißt POP ?

den **psychodynamischen** Zusammenhang zwischen

- bw / vbw manifestem Denken, Fühlen und Verhalten ( Muster des Erlebens und Verhaltens)
- ubw/ vbw Motiven (inneren Gründen)
- und biografischen Erfahrungen (lebensgeschichtlichen Umständen)
- in einem therapeutischen Prozess aufzudecken und zu verändern

# Was heißt Psychodynamik ?

## = psychoanalytische Orientierung

- Aus prägenden, intrapsychisch bw/vbw/ubw aufbewahrten Beziehungs- und Bindungserfahrungen, Triebimpulsen, Affekten, Konflikten und Traumata
- sowie deren Bewältigung / Abwehr
- entstehen vielfältige motivationale Kräfte & Strukturen
- die als unbewusste, objektgerichtete Schemata
- mit ihren kognitiven, emotionalen und handlungsleitenden Anteilen
- dynamisch interagierend und konfligierend
- innerseelisch und zwischenmenschlich
- lebenslang wirksam sind

# POP: Breite Indikation - keine Kontraindikationen

wenn:

- Diagnose einer psychogenen Störung
- subjektiver Leidensdruck
- Fähigkeit zur Introspektion und Reflexion
- positive Objektbeziehung(en)
- Passung / Sympathie / Resonanz
- positive prospektive Entwicklungsphantasie



# Indikation und Prognose: (Heigl 1972)

- Art des Leidensgefühls (Symptom / Person)
- Selbstwert-Regulation und Kränkbarkeit
- Illusionäre / magische Erwartungen
- Über-Ich / Ich-Ideal : Allmacht / Entwertung
- Ich-Stärke und Autonomie, Ressourcen
- Art der Symptomatik (Dauer, Persistenz, Somatisierungsgrad)
- Umgang mit der Symptomatik, Krankheitswert bzw. –gewinn

# Indikation und Prognose II

- Einstellung zur Symptomatik (subjektive Krankheitstheorien) und Leidensgestaltung
- symptomauslösende Situation
- soziale Situation (neurotische Bindungen, Familien, Partnerschaften)
- biologische Situation (Alter, Krankheiten, Intelligenz, Begabungen)
- geografische und berufliche Situation ( Alltags, Verpflichtungen, Dienstzeiten, Anfahrtsweg...)
- ökonomische Situation ( Krankenkasse / privat, Vermögen, Schulden...)

# Wichtig ! Differentialindikation

- welches Therapieziel kann
- mit welcher Methode / Technik / Setting
- in welchem Zeitaufwand / Frequenz
- bei der Ausgangslage dieses Patienten
- bei der Störung/ Krankheit dieses Patienten
- bei der gegebenen psychosozialen Situation
- bei den Versicherungs-/ökonomischen Bedingungen
- mit welchem Therapeuten  
erzielt werden?

# Drei pathogene Muster (Rudolf 2010)

sind in ihrer jeweils dominierenden, wechselseitigen und graduellen Bedeutung zu diagnostizieren und mit **unterschiedlichen psychodynamischen Settings und Techniken** zu behandeln:

1. Unbewusste **Konflikte** – konfliktorientierte POP
2. **Strukturelle Defizite** – strukturorientierte POP
3. **Traumafolgen-** traumaorientierte POP

# PRINZIPIEN der POP I

- Bearbeitung von lebensgeschichtlich begründeter bzw. Psychodynamik und daraus resultierender, krankheitswertiger psychischer Störungen in einer therapeutischen Beziehung unter Berücksichtigung von:
  - Übertragung (Ü) und Gegenübertragung (GÜ)
  - Objektbeziehungen, Bindungsstil und Mentalisierungsfähigkeit
  - Konflikt und / oder Struktur und / oder Trauma
  - Abwehr und Widerstand
  - Hier und Jetzt / Dort und Damals

# PRINZIPIEN der POP II

- mit eher strukturiertem oder unstrukturiertem Vorgehen
- aktiver oder zurückhaltender Interventionstechnik
- differenzierter Handhabung von Abstinenz und Neutralität

**Eher klassische psychoanalytische Verfahren** bei repetitiven maladaptiven Bewältigungsmustern, klassischen neurotischen Entwicklungen, Charakterneurosen, überwiegender **Konfliktpathologie**

**Eher psychodynamische Verfahren** bei reaktualisierter Konflikt- oder **Strukturpathologie bzw. Traumapathologie**

# Konzepte der Veränderung in POP

- Einblick in das eigene Leben, Geschichte, Persönlichkeit
- Erfahrung von Bedeutungen, Beziehungen, Bindungen und Zusammenhängen
- Entfaltung eines inneren psychischen Raums des Denkens und der Affekte
- Entwicklung e. psychisches Modells seiner selbst, der eigenen Biografie und Lebenssituation

# Konzepte der Veränderung in POP II

- Emanzipation, Freiheit und Verantwortung (Progressionsorientierung)
- selbstreflexive Auseinandersetzung mit dem Möglichen und dem Unmöglichen
- Umgang mit Ressourcen, Einschränkungen und Begrenztheit
- Verbindung von Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft



# POP Arbeitskonzepte

- offene und verborgene Mitteilungen erfassen, mit dem dritten Ohr hören, wahrzunehmen...
- Aufnehmen, Weiterdenken, zu Ende denken, Zusammenhänge herstellen
- Spiegeln, Hinweisen, Anbieten, an – Deuten, zur Verfügung stellen
- emotional begleitete Wahrnehmung alter und neuer Perspektiven

# POP Arbeitskonzepte II

- Verfügbarkeit von sprachlichen Begriffen (Verbalisierung)
- Verständnis der eigenen Person und des eigenen Lebens und des Lebens anderer (Einfühlung)
- sowie der innerseelischen und interaktiven Vorgänge: Affekte, Wünsche, Ängste... (Mentalisierung)
- Verstehen von Wunsch / Bedürfnis, Angst / Befürchtung und Symptom / Lösungsversuch

# Ziele in POP I

- zur zunehmenden Selbsterforschung und –reflexion fähig werden
- in verbesserten / erfüllenderen Beziehungen leben können
- ein realistisches Selbstbild und Selbstwertgefühl erarbeiten und aufrecht erhalten können
- eine größere Bandbreite von Affekten erleben, zuordnen und tolerieren können
- emotional lebendiger zu sein, Bindung, Trennung und Verlust realisieren, aushalten, verändern...

# Ziele in POP II

- das innere und äußere Leben freier und flexibler gestalten können
- Möglichkeiten, Ressourcen und Chancen besser nutzen können
- Risiken und Gefährdungen, Fallen erkennen und Wiederholungszwänge auflösen können
- mit Begrenzungen und Endlichkeit umgehen können
- die klinische Symptomatik verbessern

# Behandlungstechnische Konsequenzen I

- Den aktualisierten Konflikt aufdecken, klären, konfrontieren, fokussieren, und durcharbeiten
- die dahinterliegenden Grundkonflikte im Kontext biografischer Belastungserfahrungen verstehen
- Bedeutung von aktuellen/genetischen Konflikten, Beziehungen und Nebenübertragungen erkennen
- bisherige Abwehr- und Bewältigungsmuster wahrnehmen lernen und auflockern
- objektgerichtete Bedürftigkeit und Affekte erleben und mentalisieren

# Behandlungstechnische Konsequenzen II

- T: positive Übertragung zulassen aber begrenzen, negative Ü ansprechen und klären (realistische Aspekte anerkennen!)
- P: sich mit den psychosozialen Realproblemen der Gegenwart auseinandersetzen, Verantwortung übernehmen
- das Vergangene in Zusammenhängen und Bedeutungen sehen, annehmen und integrieren, Trauer bewältigen, sich von der Last der Vergangenheit lösen
- sich für die Zukunft neu orientieren und diese entsprechend den Möglichkeiten (Ressourcen und Grenzen) gestalten

# Therapeutische Haltung in POP

- grundsätzlich wohlwollend, interessiert, verstehen-wollend, zuversichtlich
- non-direktiv, aber aktiv, bei Bedarf unterstützend, stabilisierend, expressiv
- orientiert am ubw Konflikt, den traumatischen Folgen und den strukturellen Möglichkeiten
- Steuerung von Abstinenz und Neutralität
- Steuerung von Übertragung und Regression

# ANALYTISCHE PSYCHOTHERAPIE (APT)

- ist eine Anwendungsform der Psychoanalyse mit dem Ziel der
- Behandlung von behandlungsbedürftigen, krankheitswertigen Zuständen
- bei ausreichend guter Prognose
- innerhalb eines veränderten Settings und Fokus gegenüber der klassischen PA  
(Dührssen 1972, Thomä / Kächele 1985, 2006)



# Indikation zur APT

- über den Wunsch des P und die Einschätzung des T als „analysierbar“ (wie in der PA) hinaus:
- die Psychodynamik repetitiver infantiler Konfliktmuster und intrapsychisch verfestigter Objektbeziehungsmuster zeigt sich in einem **aktuellen Konflikt** mit **krankheitswertiger Symptomatik**
- Es besteht eine **günstige** Behandlungsprognose bei **begründeter** Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit
- Konflikt- und Strukturpathologien sind mit APT behandelbar, eine höhere Frequenz wirkt dabei expressiv und supportiv

# Ziele der APT

- Umstrukturierung der neurotischen / strukturellen Persönlichkeitsdisposition im Ubw **und**
- Symptomreduzierung / Besserung der psychischen Gesundheit (s.o.: Ziele)
- Entscheidend für das Behandlungsverfahren APT ist daher **nicht so sehr die Diagnose, sondern vor allem die Zielsetzung!**

# Setting und Technik der APT

- 2 x wö (nicht 3-4x), im Sitzen (/Liegen?), feste Termine
- keine zeitliche Begrenzung
- freie Assoziation, Regression, Übertragung
- Abstinenz und technische Neutralität
- therapeutischer (innerer) Raum, Containing
- Grundeinstellung des T: Wohlwollen, Nicht-Direktivität, Abstinenz, Neutralität, gleichschwebende Aufmerksamkeit
- Arbeit an Abwehr, Widerstand, Übertragung / GÜ

# Setting und Technik der APT II

- **Klärung, Konfrontation, Deutung, Durcharbeiten, Übertragungsanalyse, Charakteranalyse**
- **Modifikationen** bei strukturellen Störungen und Traumafolgen:
  - Frequenzänderung, Sitzen statt Liegen
  - Realitätsprinzip im Vordergrund, Kriseninterventionen
  - stärkere emotionale Präsenz, Anteilnahme (GÜ!)
  - stützende und strukturierende Interventionen möglich
  - Mentalisierung und „Antwort“ **vor** Deutung
  - Steuerung der Übertragung und Regression

# TIEFENPSYCHOLOGISCHE (tp fundierte) PSYCHOTHERAPIE (TPT)

- Vorläufer: Stekel, Rank, Ferenczi, Alexander / French, Fromm-Reichmann, Balint, Wöller (2001, 2015)
- **Setting:** niederfrequent, 1(-2) x wö, 1-3 Jahre, im Sitzen, feste oder flexible Termine
- **Konfliktzentriertes Vorgehen**
- Vereinbarung von Teilzielen und **Fokussierung** notwendig
- Bearbeitung **begrenzter** aktuelle Konflikte und Symptome
- derzeit **am häufigsten** praktizierte Form der POP

# TPT II

- Hier und Jetzt > Dort und Damals: aktualgenetische Dimension aktueller psychosozialer Konflikte als Reaktualisierungen von unbewusst Beziehungserfahrungen
- stärkere Mentalisierungs- und Bindungsorientierung
- Außenübertragungen > Binnenübertragung
- Begrenzung von Regression und Übertragung
- Handhabung der GÜ als reflektierte Intervention
- weniger rekonstruktive, genetische Deutungen
- stärkere Gegenwarts- und Zukunfts-Orientierung

# Indikationen für TPT

- Krankheitswertige psychogene Störung, aktuell wirksamer neurotischer Konflikt
- der P kann grundsätzlich Konflikte verbalisieren und reflektieren
- der P kann bereits Bezüge zwischen Konflikt und Lebensgeschichte erkennen und benennen
- der P verfügt über ausreichende innerpsychische und äußere Ressourcen
- der P wird voraussichtlich von der TPT eher profitieren als von einer anderen Therapieform

# Indikationen für TPT II

- Der P ist intellektuell und emotional nicht überfordert
- der P ist weder psychotisch noch narzisstisch auf niedrigem Strukturniveau gestört
- Leidensdruck, Veränderungswunsch und Motivation sind ausreichend stark
- bereits das Erstgespräch wird vom P als hilfreiche Beziehungserfahrung erlebt
- der T ist eindeutig motiviert, mit dem P zu arbeiten: „Passung“ als positive Ü/GÜ



# Kontraindikationen für TPT

- wenn die Indikationskriterien nicht erfüllt werden und
- der P von einer anderen Methode wahrscheinlich besser und schneller profitieren kann:
- die zeitlichen Grenzen und die Frequenz nicht ausreichend sind, um die Störung zu behandeln > APT
- die Frequenz vom P nicht eingehalten werden kann > DPT
- ein anderes Setting erfolgversprechender wäre  
> Paar-, Familien-, Gruppentherapie, Psa Beratung
- das Ausmaß von Sekundärfolgen und Chronifizierung zu groß ist, sodass eine ungünstige Prognose besteht (> SPT?)

# Rahmenbedingungen für TPT

**1. Setting** im Sitzen, variable/ fixe Sitzungsfrequenz 1-2x wö

**2. inhaltlich: Aufklärung und Arbeitsbündnis:**

- Begründung der Indikation und Methode
- Rahmenbedingungen: 80-100 h / 1-2 Jahre vorschlagen, gemeinsame Festlegung von Frequenz und Dauer
- Begründung von Begrenzungen, zentralem Thema / Themen, Fokussierung, Zielsetzung, Einbeziehung Dritter (?)
- Bedeutung von Verbalisierung, Klärung, Konfrontation und Interpretationen zur Konfliktlösung, Umgang mit Krisen

# Behandlungstechnik in der TPT I

- Fokussierung auf aktuell wirksame neurotische Konflikte
- Begrenzender Umgang mit Nebekonflikten, Verschiebungen und neuen Konflikten ( > APT?)
- Abstinenz und Neutralität : T ist aktiver als in der APT, reflektierte, stützende und beratende Interventionen, auch **Imaginationen** sind möglich - wenn passend zum Selbst, zu den Werten und den Autonomiebestrebungen des P !
- Stabilisierung > Labilisierung (Abwehr stärken > analysieren)
- Entwicklungsförderung durch Klärung, Konfrontation & **Ressourcenorientierung** (Kreativtechniken...)

# Behandlungstechnik in der TPT II

- Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft im Blick:
- Übertragungen und Regression werden fokussiert interpretiert und bearbeitet, aber nicht gefördert
- aktuelle pathologische, dysfunktionale, repetitive Beziehungsmuster und Abwehrformationen werden angesprochen und bearbeitet
- negative Übertragungen werden frühzeitig angesprochen, bevor sie die TPT blockieren
- reflektierte Mitteilung der Gegenübertragung des T ist möglich, aber keine agierte Selbstoffenbarung!

# DYNAMISCHE PSYCHOTHERAPIE (DPT)

Dührssen 1972

- **Setting:** sehr flexible Arrangements hinsichtlich Frequenz (z.B. Doppelstunden, 1-5x wö bis 1x monatlich) und Termingestaltung, un-/begrenzte Stundenzahl, im Sitzen
- **Technik:** keine Grundregel, Regression und Übertragung werden genutzt aber nicht gefördert
- Arbeit am Gegenwarts-Ubw (intersubjektiven Ubw)
- an den „inneren Formeln“, Überzeugungen, Introjekten und Abwehrmechanismen
- an den aktuellen psychosozialen Konflikten
- an den (Übertragungs-) Beziehungen

# Phasen der DPT

- Die **Einleitungsphase** dient der Entwicklung des therapeutischen Bündnisses aus dem wechselseitigen Vertrauen heraus
- unter Berücksichtigung der Mentalisierungsfähigkeit, der Übertragung, der Bindungsstile und der äußeren Möglichkeiten werden Frequenz und Modi vereinbart
- Die **Mittlere Phase** ist ebenfalls frequenzflexibel, längere Abstände / Therapiepausen können geplant werden, aber auch dichte Krisensitzungen
- In der **Abschlussphase** dienen weitmaschige Kontakte der Begleitung des P in seiner neuen Lebensorientierung

# Der therapeutische Dialog in der DPT

Boothe: „die Wärme der narrativen Affirmation mit der Kühle explorativer Skepsis verbinden“ (2010)

**1. analytische Elemente:** Erinnerungen, Deutungen von genetischem Material, Übertragung, Widerstand...

**2. nichtanalytische Elemente, welche**

- **den Dialog fördern:** neutrale Kommentare, verstehende Zustimmung, Nachfragen, Anregungen, Metaphern, Ressourcenaktivierung...

# Nicht-analytische Elemente in der DPT

- **der Klärung dienen:** verbalisieren, Zusammenhänge aufzeigen, Haltungen verdeutlichen, informative und konfrontative Fragen und Interventionen, imaginative und kreative Techniken
- **das affektive Klima bestimmen:** der T zeigt deutliche Anteilnahme, Anerkennung, Aufmunterung, Verständnis, Trost, Reserviertheit, Skepsis, Kritik...
- **pädagogisch / verhaltensorientiert sind:** Informationen, Vorschläge, Empfehlungen, Aufforderungen, Aufgaben, Übungen, Ziele...
- der T benennt und begründet zwar klar seine Position -  
aber der P trifft die Entscheidung!



# Indikationen für DPT

- wie für APT und TPT und
- wenn eine APT zur Erreichung vergleichbarer Zielsetzungen nicht nötig ist (z.B. aktueller, bewusster Konflikt bei hohem Ich-Strukturniveau )
- wenn Regression und Übertragung (wie in der APT) nicht zwingend für den Behandlungsfortschritt erforderlich sind
- wenn die **Kontinuität** (das analytische Nachdenken) **zwischen** den Sitzungen vom P aufrechterhalten werden kann
- wenn eine regelmäßige Sitzungs**frequenz** (wie z. B. in der TPT) vom P **nicht** aufrechterhalten werden kann
- bei sehr günstiger / sehr ungünstiger psychosozialer und introspektiver Gesamtkonstellation
- d.h.: „**die leichten und die schweren Fälle**“

# SUPPORTIVE PSYCHOTHERAPIE: SPT

- **Indikation:** Wenn **weder** konflikt- noch strukturorientierte PT (APT, TPT, DPT) **möglich** sind, bei:
  - unsicherer/ hochambivalenter Therapiemotivation
  - geringer Introspektionsfähigkeit, fehlender Mentalisierung
  - akuten Krisen und (psycho)somatischen Krankheiten
  - erheblichem sekundären Krankheitsgewinn
  - desorganisierten Lebensumständen
  - manifest selbst- oder fremdschädigendem Verhalten

# Supportive Psychotherapie: SPT II

Indikation bei:

- Gefahr der Destabilisierung unter aufdeckender APT oder strukturorientierter PT (Trauma?)
- schweren Defekten der Ich-Struktur und primitiver Abwehr, sadistischem/fehlendem Über-Ich, massivem Widerstand
- nach gescheiterter APT, TPT, DPT (oder anderen Therapien)
- psychotischen Patienten
- Borderline Störung auf niedrigem Strukturniveau
- schwerer narzisstischer Persönlichkeitsstörung
- schweren Störungen der Affektregulation / Angsttoleranz

# Therapeutisches Vorgehen in der SPT

- Individuell angepasste Sitzungsfrequenz
- Bescheidene(s) Therapieziel(e) vereinbaren
- Fokus formulieren und vereinbaren
- Wohlwollende väterliche / mütterliche Haltung bei professioneller Distanz
- Anerkennung des Leidens und der Bemühungen
- Ermutigung und Selbstwertstärkung
- Orientierung an den aktuellen Bedürfnissen /Konflikten
- Vermeidung von Regression, Angst, Spannung

# Therapeutisches Vorgehen in der SPT II

- Einverständnis / Nichteinverständnis klar formulieren
- Kontrolle der GÜ, dabei empathische Anteilnahme aufrechterhalten
- Entlastung (von Schuld- und Schamgefühlen) und Relativieren von destruktiven Überzeugungen
- realistische Beziehung stärken, Grenzen setzen
- stützende, stabilisierende & ressourcenaktivierende Interventionen
- überwiegend Klärung und Konfrontation, sparsame genetische / Widerstands- / Übertragungsdeutungen

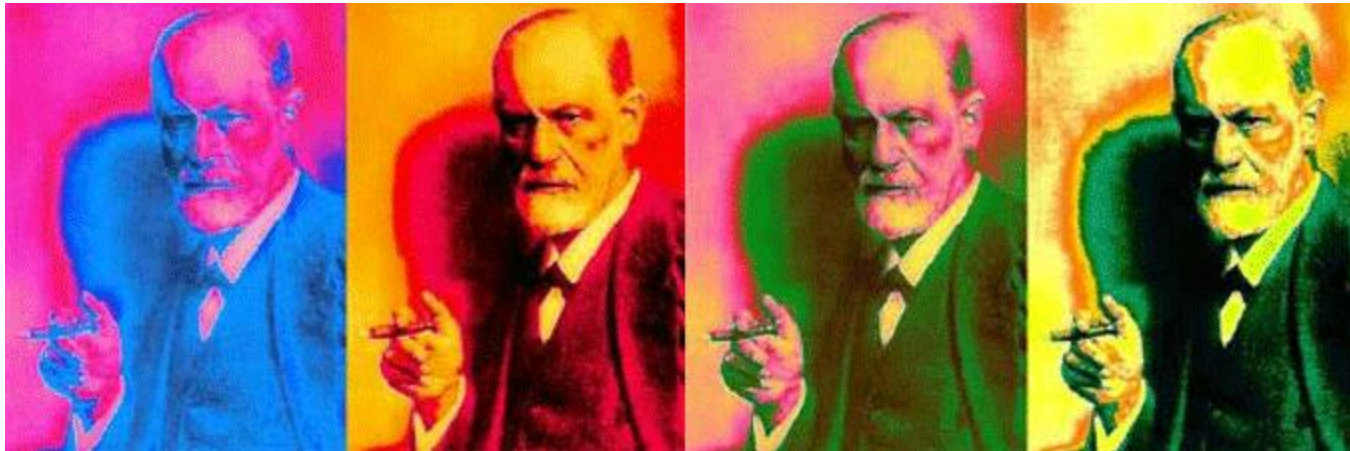
# Therapeutisches Vorgehen in der SPT III

- Widerstände verständnisvoll benennen, aber Arbeitsbündnis einfordern
- umgebungsverändernde Interventionen erwägen
- weitere Therapiemöglichkeiten (amb./stat.) diskutieren, Pharmakotherapie?
- positive Übertragung aufrechterhalten, Negative Ü klären, konfrontieren und zurückweisen
- entlasten, Alternativen anbieten: „Nachdenken“
- adaptive Abwehr stärken, aktives coping ermutigen, zukünftige Strategien überlegen

# Therapeutisches Vorgehen in der SPT IV

- Realitätsprüfung stärken und das Denken strukturieren helfen : „Überlegen...“
- Affekte und Impulse benennen und kontrollieren lernen
- Konflikte identifizieren, antizipieren und vermeiden helfen, vor destruktivem Agieren warnen / vorhersagen
- Abhängigkeits- und Versorgungswünsche klären und, wenn möglich, neu orientieren
- Technische Neutralität verlassen : positionieren und antworten, Erwartungen und Ziele formulieren, auch Ratschläge, Empfehlungen und Forderungen sind möglich
- Grenzen der Behandlung anerkennen

# Danke für Ihre Aufmerksamkeit!



...und für die folgende Diskussion!



# Literatur:

- **Boll-Klatt, A.: Praxis der psychodynamischen Psychotherapie, 2014, Schattauer**
- Bozetti, I. /Focke, I./ Hahn, I.(Hg.) : Unerhört – vom Hören und Verstehen, 2014, Klett-Cotta
- Cierpka, M. / Buchheim, P.: Psychodynamische Konzepte, 2001, Springer
- Dührssen, A.: Dynamische Psychotherapie, 1988, Springer
- **Gödde, G. / Stehle, S. (Hg.) : Die therapeutische Beziehung in der psychodynamischen Psychotherapie, 2016, PSV**
- Hohage, R. : Analytisch orientierte Psychotherapie in der Praxis, 2000 Schattauer
- **Jaeggi, E./ Riegels, V. : Techniken und Theorie der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie, 2008, Klett-Cotta**
- **Klöpper, M. : Die Dynamik des Psychischen, 2014, Klett-C.**
- Mentzos, S.: Lehrbuch der Psychodynamik, 2011, 5.Aufl., V&R
- Mertens, W.: Psychoanalytische Behandlungstechnik, 2015, Kohlhammer
- **Neumann, E. , Naumann-Lenzen, M.: Psychodynamisches Denken und Handeln in der Psychotherapie, 2017 , PSV**
- **Reimer, C. / Rüger, U.: Tiefenpsychologische Psychotherapien, 2012, 4. Aufl. , Springer**
- **Rudolf, G.: Psychodynamische Psychotherapie, 2010, Schattauer**
- Schill, S.: Psychoanalyse und Psychotherapie , 1997, Thieme
- Thomä,H. / Kächele,H. : Psychoanalytische Therapie (Praxis), 2006, Springer
- Will, H.: Was ist klassische Psychoanalyse?, 2015, Kohlhammer
- **Wöller, W./ Kruse, J.: Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, 2010, 3.Aufl., Schattauer**