

Eine Definition von Psychotherapie



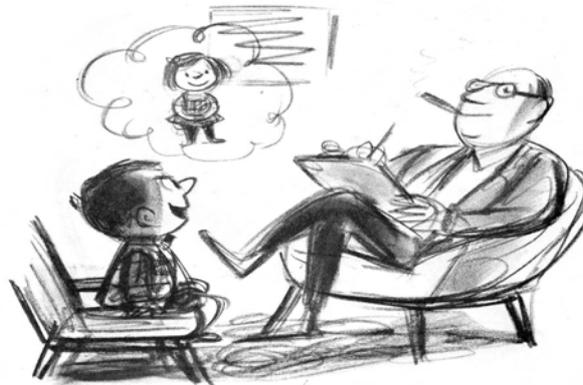
P. ist ein bewusster und geplanter interaktioneller Prozess

- zur Beeinflussung von Verhaltensstörungen und Leidenszuständen,
- die in einem Konsensus (möglichst zwischen Patient, Therapeut und Bezugsgruppe) für behandlungsbedürftig gehalten werden,
- mit psychologischen Mitteln (meist verbalen) in Richtung auf ein definiertes, nach Möglichkeit gemeinsam erarbeitetes Ziel (Symptomminimalisierung und /oder Strukturänderung der Persönlichkeit)
- mittels lehrbarer Techniken
- auf der Basis einer Theorie des normalen und pathologischen Verhaltens
- Strotzka H (1975) Psychotherapie. Urban & Schwarzenberg. München-Wien

1

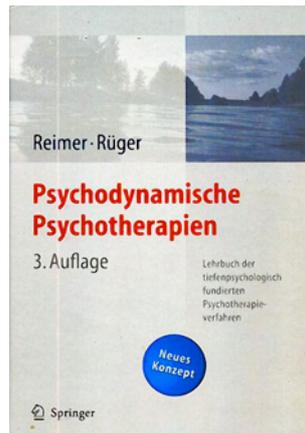
Die Nummer 1 in der Welt: face-to-face

Wenn er dich bei deinem Besuch sitzen läßt,
nennt man das eine THERAPIE.
Das heißt, du kannst ihm von Susi erzählen.



2

Psychodynamische Psychotherapie - ein Oberbegriff – ein Verfahren!!!



II Psychodynamische Psychotherapieverfahren	
3 Analytische Psychotherapie	– 39
<small>A. Kardil, U. Rieger</small>	
4 Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	– 69
<small>C. Reimer, U. Rieger</small>	
5 Dynamische Psychotherapie	– 85
<small>C. Reimer, C. Reimer</small>	
6 Psychoanalytisch-interaktionelle Therapie	– 107
<small>C. Janssen</small>	
7 Kathym-imaginative Psychotherapie	– 137
<small>J. Kasper, Bismbacher</small>	
8 Kurz- und Kurzzeitpsychotherapie	– 153
<small>C. Reimer, U. Rieger</small>	
9 Krisen und Kriseninterventionen	– 163
<small>C. Reimer, U. Rieger</small>	
10 Psychodynamische Familien- und Paartherapie	– 175
<small>C. Reimer</small>	

3

Buchbesprechungen

Psychotherapeut 2010 · 56:86–89
DOI 10.1007/s00278-010-0784-1
© Springer-Verlag 2010

G. Rudolf

Psychodynamische Psychotherapie

Die Arbeit an Konflikt, Struktur und Trauma

Schattauer, Stuttgart 2010. 270 S., 6 Abb., 15 Tab., ISBN 978-3-7945-2784-7, EUR 34,95

Redaktion
B. Strauß, Jena

Kächele H (2010) Besprechung G. Rudolf: Psychodynamische Psychotherapie. *Psychotherapeut* 56: 86-89

Ursano RJ, Sonnenberg SM & Lazar SG (1991) **Psychodynamic Psychotherapy**. Washington DC, American Psychiatric Press

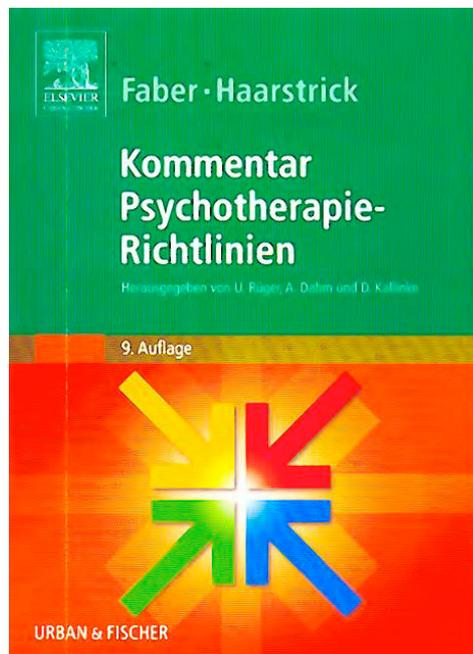
Kernberg OF, Selzer MA, Koenigsberg HW, Carr AC & Appelbaum AH (1989) **Psychodynamic Psychotherapy** of Borderline Patients. New York, Basic Books

Gabbard GO (2004) Long-Term **Psychodynamic Psychotherapy**. A Basic Text. Washington, DC, American Psychiatric Publishing

Shedler J (2010) The efficacy of **psychodynamic psychotherapy**. Am. Psychol. 65 (2): 98-109

Levy R, Ablon JS & Kächele H (Eds) (2012) **Psychodynamic Psychotherapy Research: Practice Based Evidence and Evidence Based Practice**. New York, Humana / Springer

5



ABER Das ist unsere Bibel

Rüger U, Dahm A & Kallinke D (2012)

Faber-Haarstrick
Kommentar Psychotherapie-
Richtlinien. 9. Auflage.

München Jena, Urban & Fischer

6

Psychoanalytisch begründete Verfahren

Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie

Kurzzeit-Therapie

analytische Kurztherapie (u.a. Balint's Fokaltherapie)

Dynamische Psychotherapie

niederfrequente Therapie

katathymes Bilderleben

analytische Psychotherapie

(Psychoanalyse)

Richtlinien - Definition von tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie

Zitat aus **Faber & Haarstrick Kommentar Psychotherapierichtlinien:**

Unter tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie sind die psychodynamischen Behandlungsverfahren zusammengefasst, die in die vertragsärztliche Versorgung eingeführt wurden und die sich von der **analytischen Psychotherapie** durch eine niedrige **Behandlungsfrequenz** und ein anderes **Setting** unterscheiden

9. Auflage 2011

Einige Zahlen dazu aus der Versorgungslandschaft

47 % Verhaltenstherapie

46% Psychodynamische Psychotherapie

41% tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie

5% analytische Psychotherapie

Und andere nicht zugelassene Methoden

Albani C, Blaser G, Geyer M, Schmutzer G, Brähler E (2010) Ambulante Psychotherapie in Deutschland aus Sicht der Patienten. Teil 1: Versorgungssituation. Psychotherapeut 55: 503-514

9

Grundlagen der tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie

TfP benutzt die Grundannahmen der **Psychoanalyse** wie z. B.

Wirkungsweise des Unbewussten,

unbewusste motivierte Abwehrprozesse,

unbewusste, früh erworbene Schemata,

aktuelle Symptombildung als Kompromiss zwischen bewusst und unbewussten Motivationen.

die therapeutische Beziehung wird durch interaktive Prozesse reguliert

10

Rahmenbedingungen

Die Anwendung der psychoanalytischen Grundannahmen erfolgt durch eine konflikt-zentrierte Vorgehensweise; die Behandlung wird auf Teilziele beschränkt unter Wahrung zurückhaltender Nutzung von **Übertragung und Gegenübertragung**

In der Regel eine Therapiesitzung von 50 Minuten Dauer pro Woche

- a) Kurzzeittherapie: a) abgrenzbarer aktueller Konflikt b) Indikationsprüfung, c) Sofortmassnahme 25 Sitz.
- b) Fokaltherapie: zentriert auf den gemeinsam zu findenden Fokus eines unbewussten neurotischen Konfliktes
- c) Langzeittherapie: 50 plus 30 plus 20 Sitz.

11

Wer braucht wieviel und wer will wieviel?

Eine falsche Frage!

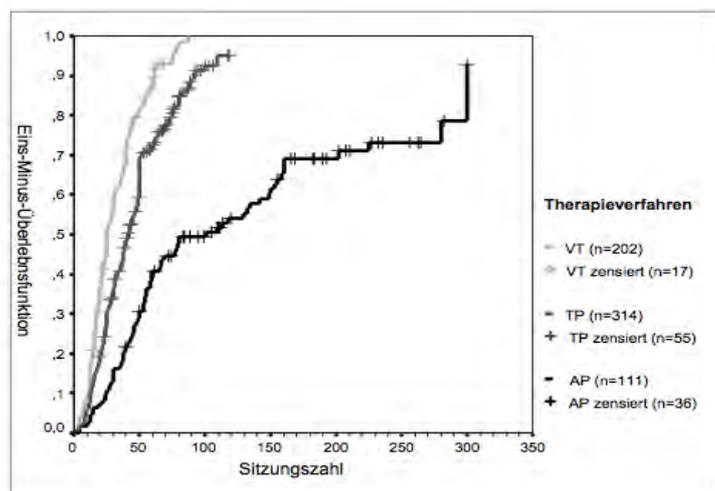
P.: so wenig wie möglich T.: so wenig wie nötig	P.: so viel wie möglich T.: so wenig wie möglich
P. so wenig wie nötig T.: so viel wie möglich	P.: so viel wie nötig T.: so viel wie möglich

Population in der TRANS-OP Studie

r	N	Prozent
Tiefenpsychologische Psychotherapie	397	51,7
Verhaltenstherapie	248	31,6
Analytische Psychotherapie	135	16,7
	780	100

●Puschner B, Kraft S, Kächele H, Kordy H (2007) Course of improvement during two years in psychoanalytic and psychodynamic outpatient psychotherapy. *Psychology and Psychotherapy* 80: 51-68

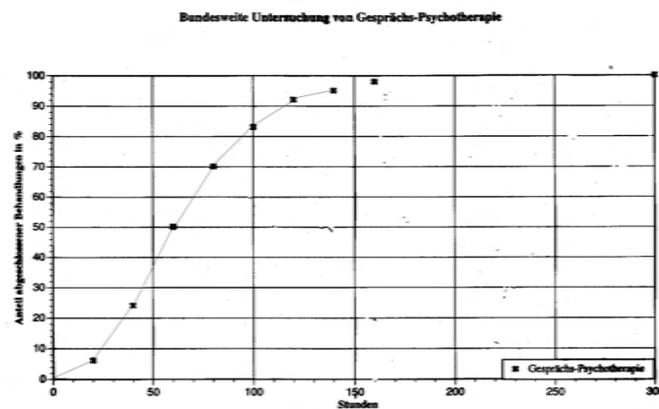
Gallas C, Kächele H, Kraft S, Kordy H, Puschner B (2008) Inanspruchnahme, Verlauf und Ergebnis ambulanter Psychotherapie: Befunde der TRANS-OP Studie und deren Implikationen für die Richtlinienpsychotherapie. *Psychotherapeut* 53: 414-423



Gallas C, Puschner B, Kühn A (2010) Dauer und Umfang ambulanter Psychotherapie und Implikationen für die Versorgungspraxis. *Psychother*

Bundesweite Studie zur faktischen **Dauer von Gesprächstherapie**

Median von ca. 60 Sitzungen



Problem der Optimierung von Therapiedosis und Therapiedauer

bulimische Patientinnen

Fazit:

die Therapiedosis für den Therapieprozeß und -erfolg weitaus bedeutsamer als die Therapiedauer

Herzog T, Hartmann A & Sandholz A (1996) Psychotherapiedauer und Psychotherapiedosis. Die Freiburger prospektiv kontrollierte Studie zur Kurz-Psychotherapie der Bulimia Nervosa. in Hennig H, Fikentscher E, Bahrke U and Rosendahl W (Ed) Kurzzeit-Psychotherapie in Theorie und Praxis. Place, Published Pabst 972-990

Antrag an die Krankenkasse

- 1) Diagnose ICD-10
- 2) Symptomatik
- 3) Psychischer Befund
- 4) Somatische Krankheiten
- 5) Fokaler Konflikt: ja oder nein?
- 6) Angaben zum fokalen Konflikt
- 7) Kein f.K., dann Begründung durch Psychodynamik
- 8) Gruppen Indikation
- 9) Prognose

17

Allgemeine und spezielle Wirkfaktoren der Kurz und Langzeit TfP

- Eine gute therapeutische Beziehung: reale und hilfreiche Beziehung
- Eine aktive Haltung des Therapeuten mit selektiver Aufmerksamkeit
- Aufforderung an Patienten, wichtige aktuelle und vergangene Ereignisse zu berichten
- Klärung des Konfliktes
- Beachten von Übertragungsangeboten
- Durcharbeiten des Konfliktmusters

18

Tabelle 1. Globale verbale Aktivität, nach Matarazzo et al (1968, S. 388)

	% Redeanteil in einer einzelnen Sitzung (gemittelt über alle Sitzungen)	% Redeanteil in einer einzelnen Sitzung (gemittelt über alle Sitzungen)	% Redeanteil in einer einzelnen Sitzung (gemittelt über alle Sitzungen)
	Therapeut	Patient	Gesamt
RGM-SM	16,8	62,8	77,8 ^a
RGM-HW	10,3	84,2	93,8
GS-BP	43,7	56,0	94,5
GS-TM	26,7	67,1	91,9
JDM-AB	18,4	75,5	93,3
JDM-CD	19,2	64,5	83,5
JDM-EF	35,6	35,4	70,0

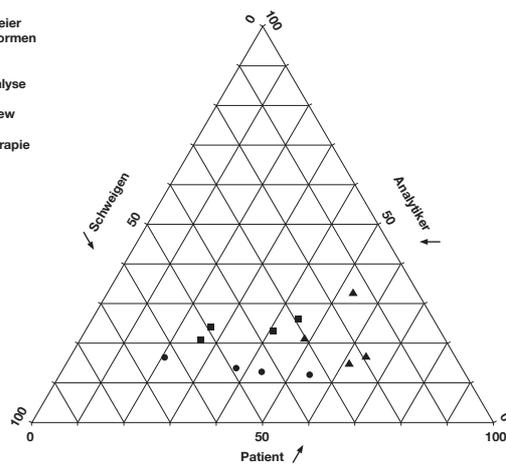
^a Der Gesamtwert ist weniger als die Summe der beiden Sprecher, da kleinere Anteile überlappend gesprochen wird.

19

Verbale Aktivität

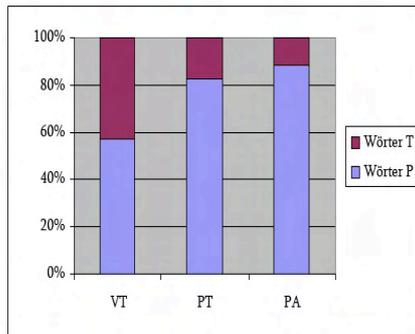
Mittelwerte dreier Behandlungsformen

- Psychoanalyse
- ▲ Erstinterview
- Psychotherapie



20

Wer spricht wieviel?



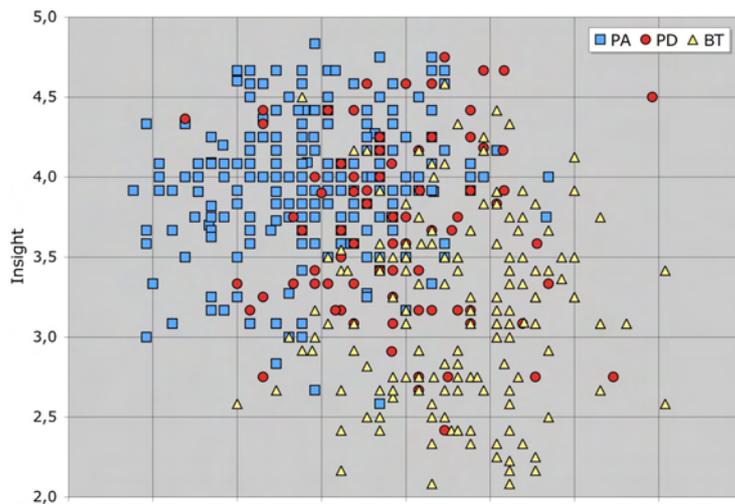
Münchener Therapie-Studie

Huber D, Schmuck A, Kächele H (2012) Die verbale Aktivität in therapeutischen Dialogen - ein exemplarischer Vergleich. *Forum der Psychoanalyse*, im Druck

Graphik 3: Durchschnittliche Redeanteile je Therapierichtung

21

Therapeutische Haltung



22

Von Freuds milder positiver Übertragung zu therapeutischen Allianz

Freuds positive Übertragung (1912)

Sterbas Ich-Spaltung (1934)

Greensons Arbeitsbeziehung (1967)

Luborskys hilfreiche Allianz (1976)

Bordins Schritt der Generalisierung (1979)

Horvath AO, Bedi RP (2002) The alliance.

In: Norcross JC (Ed) Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patient needs. Oxford University Press, New York, pp 33-70

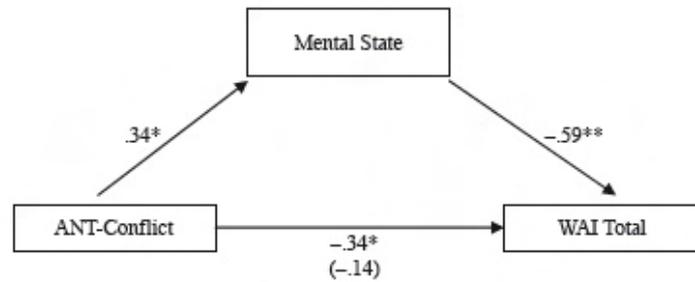
Therapeutische Allianz und Ergebnis

Die Korrelationen zwischen therapeutischer Allianz und Ergebnis sind konsistent, aber schwach (+0.22); aber sind sie auch prädiktiv?

Table I. Predicting Subsequent Outcome from Alliance, Taking into Consideration the Temporal Sequence

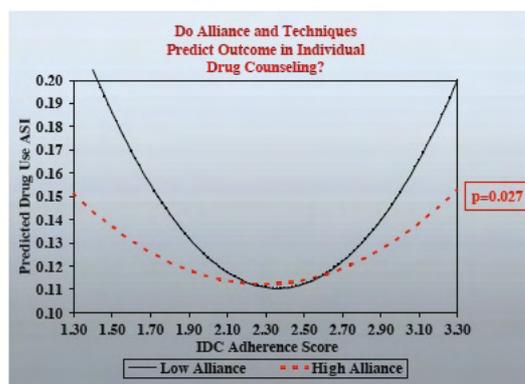
Study	<i>n</i>	<i>r</i>	Significance
DeRubeis & Feeley (1990)	25	.10	No
Feeley, DeRubeis, & Gelfand (1999)	25	-.27	No
Barber et al. (1999)	252	.01 ^a	No
Barber et al. (2000)	88	.30 ^a	Yes
Barber et al. (2001)	291	.01 ^a	No
Klein et al. (2003)	367	.14	Yes
Strunk, Brotman, & DeRubeis (2009)	60	.15	No

Mental State Vacillations & Therapeutic Alliance in BPD



Levy KN, Beeney JE, Wassermann RH, Clarkin JF (2010) Conflict begets conflict: Executive control, mental state vacillations, and the therapeutic alliance in treatment of borderline personality disorder. *Psychother Res* 20: 413-422

Therapeutische Allianz & Technik



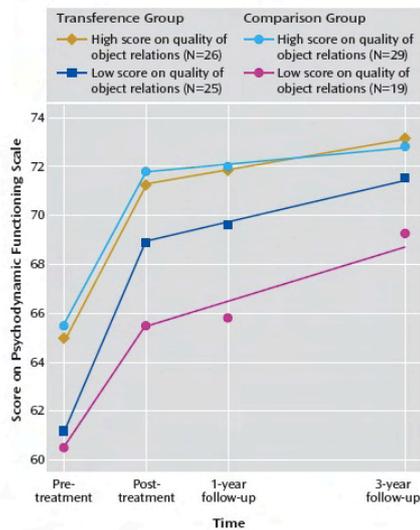
Barber J (2009)

Toward a working through of some core conflicts in psychotherapy research.

Psychother Res 19: 1-12

Figure 2. Do alliance and techniques predict outcome in individual drug counseling?

Deutung der Übertragung?



Høglend P, Amlø S, Marble A, Bøgwald K-P, Sørbye Ö, Sjaastad MC & Heyerdahl O (2006)

Analysis of the patient-therapist relationship in dynamic psychotherapy: An experimental study of transference interpretation.

Am J Psychiat 163: 1739-1746

27



Praxisbeispiel

Erstinterview und Fokaltherapie

28

Erstinterview

T: So, wenn Sie hier Platz nehmen möchten – So, ich weiß über Sie nicht viel Einzelheiten. Herr X hat kurz über Sie gesprochen und gesagt daß Sie einen Behandlungsplatz suchen.

Und vielleicht, sprechen Sie darüber, was Sie...

P: Ja haben Sie den Bogen gekriegt den ich ausgefüllt hab? Ich hab da so einen Bogen ausgefüllt grad, was eben meine Probleme sind, also.

Halt so, ja Zwangsverhalten also so Kontroll- zum, wenn ich also, zum Beispiel, aus der Haustür rausgeh, dann nicht, aber wenn ich reingehe. Dann guck ich nach hinten und kontrolliere

T: Ja

29

P: Ob ich auch nichts vergessen hab oder so.

T: Wenn Sie reingehen in die Haustüre.

P: Ja wenn ich rausgehe nicht

T: Dann kontrollieren Sie was.

P: Ja, aber was, also,

T: Und wohin gucken Sie da wenn Sie....

P: Auf den Boden, in der Regel,

T: Von draußen also draußen gucken Sie auf'n;

P: Nee, von drin also ich geh schon in die Tür rein oder so,

30

P: Und das wär jetzt eine ganz konkrete Sache,

T: Hmhm hmhm

P: Die spiegelt sich aber irgendwo in in, viele viele Sachen, gell, beim Auto ja, aber da ist's nicht so schlimm, da guck ich halt ob ich abgeschlossen habe. Aber, im wesentlichen ist es grad das, äh, sich zu vergewissern ob ich was vergessen habe. Aber es, es kann hier nicht um materielle Sachen gehen also, daß ich Angst hätt ich würde jetzt, was weiß ich Uhr verlieren oder Messer oder was ich grad bei mir habe, weil ich mach das auch wenn ich zum Beispiel in der Badehose bin, nä. Und das hat mir jetzt, dermaßen in letzter Zeit gestört, gell, ich mein, man könnte schon damit leben, das ist auch nicht so auffällig. Aber es stört einfach.

T: Ja also, ja es stört, nicht so?

P: Jaja

T: Es stört Sie und zunehmend stört's Sie

31

P: Zunehmend und es hat sich auch verstärkt das hat erst phasisch angefangen wo ich jünger war noch, sagen wir mal.

Ich kann mich bloß noch erinnern ab dem zwölften Lebensjahr da hatt ich so ein Erlebnis, da bin ich mit mehreren spielen gegangen in Wald, äh, Ältere waren das und dann mußte ich zwischen zwei so Holzstapel in so eine Rille da mußte ich hineinklettern.

Das war so der Inhalt vom Spiel und dann haben die was Dummes gemacht. Die haben sich nämlich oben drauf gesetzt und haben gesagt sie lassen mich nicht raus.

T: Hmhm

P: Und, also das ist jetzt meine eigene Phantasie, sondern mein eigener Versuch. Ich versuche das, an das Problem heranzukommen; woher das wohl kommen kann

32

Ankommen:

Nach fünf Minuten des Gespräches zieht der Patient seine Jacke aus: man hat das Gefühl, als sei er erst jetzt richtig angekommen. Der Therapeut spricht ihn darauf an, ob er sich hier auch eingeeengt gefühlt habe, was der Patient jedoch verneint.

Vorgeschichte:

Der Patient berichtet weiter, dass er sich beim **Lernen selber einen Zwang** auferlegt hat, sich eingeeengt hat, dieses jedoch durch den Erfolg kompensiert und nicht bemerkte. Er habe auch zunächst in * Jura studiert, doch dabei auch **zuwenig Freiraum** gehabt. Er studiere nun ein anderes Fach in seiner Heimatstadt, was ihm mehr **Spielraum** lasse und ihm angenehme Fächer biete.

Aktuelle Lebenssituation:

Er lebt mit einer **Freundin** und deren **dreijährigen Sohn** zusammen, den diese aus einer früheren Beziehung mitgebracht hat. Der Patient empfindet das Dasein dieses Kindes als sehr positiv für sich. Er kann nur **schwer allein** sein; als er in * noch studierte, fuhr er jedes Wochenende nach Hause.

33

Der Patient hat jedoch auch **Angst vor psychischer Abhängigkeit**; dabei kommt er auf Streitsituationen mit seiner Freundin zu sprechen. Dabei geht es auch um seine Zwangssymptome, die Enge und Verkrampftheit von ihm übertragen sich manchmal auf die Freundin.

An dieser Stelle fragt der Patient, ob die Video-Anlage laufe; auf die Bejahung hin meint er, er habe damit gerechnet und es enge ihn nicht ein.

Als der Therapeut ihn auf seine **Freundlichkeit** anspricht, meint der Patient, das werde schon noch anders werden; momentan fühle er sich gefasst und beherrscht.

Dann kommt der Patient auf sein sog. **Suchtverhalten** zu sprechen, nämlich dass er durch Essen, Trinken und Rauchen psychische Belastungen kompensiere. Allerdings habe er dies durch eine Diät im Griff, nur auf das Rauchen könne er nicht verzichten, dabei kann er Spannungen in die Luft pusten.

34

Der Therapeut bekräftigt, um diese **Spannungen** ginge es und spricht dann die Erfahrungen mit der Therapeutin an der Studentenberatung in * an:

der Patient meint, dies seien nur Vorgespräche gewesen, doch für ihn war es ein Erfolg, dass sich die Notwendigkeit einer Therapie herauskristallisiert habe. Durch die **Symptome** gehe für ihn nämlich Zeit kaputt und er möchte auch seine **Lebensqualität** verbessern.

Der Therapeut meint, im Patient sei **etwas, was stärker ist** als der Patient zeigen könne;

der Patient meint, dass er über beträchtliche **Triebpotentiale** verfüge.

Der Patient unterstreicht, dass ein Zurückgehen auf die Kindheit sinnvoll wäre. Der Therapeut ergänzt, dass es auch wichtig sei, was **heute** dazu beitrage, dass der Patient Symptome bilde.

Der Therapeut sieht auch mehr ein **Suchen** als ein Kontrollieren beim Patient.

35

Gegen Ende der Stunde herrscht Organisatorisches vor: der Patient geht davon aus, dass die Behandlung lange dauern wird, da sich die Symptome schon über einen langen Zeitraum entwickelt haben.

Er finde auch sonst keine weiteren Anhaltspunkte für eine Entstehung in der Gegenwart, z. B. im sexuellen Bereich habe er keine Schwierigkeiten.

36

Der Therapeut meint, es werde nicht lange dauern müssen, er schlägt 30 Behandlungsstunden vor.

Auf die Frage des Patienten, was dies für eine Therapie sei, ob **Verhaltenstherapie**, antwortet der Therapeut, keine Verhaltenstherapie, sondern so etwas wie sie es heute gemacht hätten.

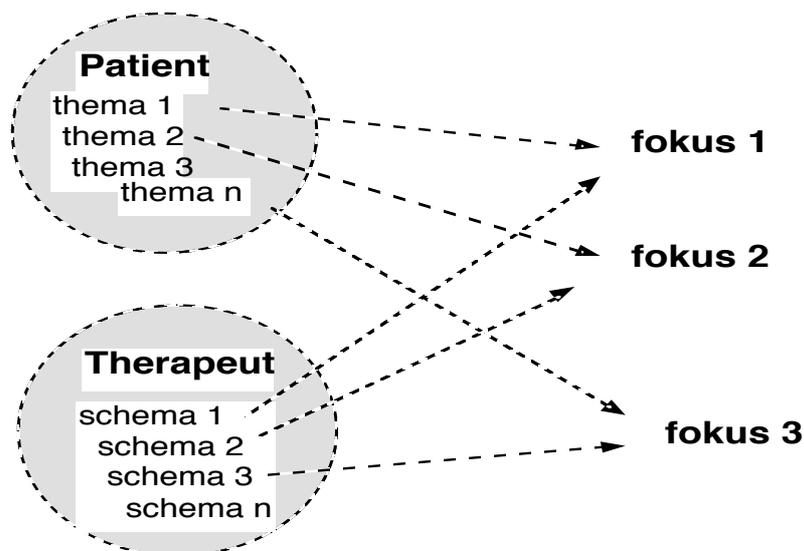
Der Patient will nicht nur seine Symptome los werden, sondern insgesamt lockerer werden. Zum Schluß berichtet er noch über psychosomatische Beschwerden, über eine hypertone **Blutdruckkrise** (RR 180) und einen Hörsturz.

Der Therapeut weist auf eine **Narbe** hin, die auf der Stirn des Patient sichtbar sei, worauf sich herausstellt, dass der Patient in einen Autounfall verwickelt war, der für einen Freund des Patient tödlich ausging.

Als der Therapeut meint, die **Spannungen** hätten etwas mit heftigen, zerstörerischen Gefühlen zu tun, will der Patient gleich eine Vorschrift für sich daraus machen. Der Therapeut erwidert, er sei zunächst wichtig, etwas aufzuzeigen.

37

Interaktion von Patient und Therapeut = FOKUS



38

Fokale Themen (im weiteren Verlauf)

Thema 1 : Er ist ein Nachkömmling einer durch ständige Berufsarbeit verbrauchten Mutter, seine drei älteren Geschwister hatten es da besser - so die subjektive Vorstellung des Patienten, er hat zuwenig gekriegt.

39

Fokale Themen (im weiteren Verlauf)

Thema 2 : Er ist auch der Liebling, das Nesthäkchen der Mutter, mit ihr identifiziert mit den Vorwürfen gegenüber dem Vater, der sich um sie wie um ihn zuwenig kümmert. Seine jetzige Beziehung, ebenfalls zu einer verlassenen Mutter, wird durch die Identifikation mit dem dreijährigen Sohn geprägt: er spielt Vater sein und Tröster der Mutter zugleich.

40

Fokale Themen (im weiteren Verlauf)

Thema 3 : Neid und Rivalität gegenüber dem sechs Jahre älteren Bruder, der ihn nur als kleinen Jungen behandelt hat; in der oben zitierten Kindheitserinnerung wird dieses Aggressionsproblem deutlich. Im Schachklub rächt sich der Pat. und erledigt alle Gegner. Eine Narbe auf seiner Stirn erinnert den Pat. allerdings daran, dass vor zwei Jahren bei einem Autounfall ein Freund von ihm tödlich verunglückte. Seitdem ist er vorsichtig geworden und trinkt nur mäßig.

41

Ergebnis I nach 29 Sitzungen (erhoben bei einer Katamnese nach 1 Jahr)

Zum Thema 1, dem Gefühl des Zu-kurz-gekommen-Seins hatte sich in der 29. Stunde angekündigt, daß der Patient seinem Mangel-Empfinden durch größere eigene Aktivität begegnen wollte. Von dieser Ankündigung scheint er in der Zwischenzeit einiges realisiert zu haben, vor allem im Rahmen seiner beruflichen Ausbildung. Offen verbalisiert er auch das Gefühl, in der Therapie zu wenig bekommen zu haben und nutzt die Gelegenheit, sich im Gespräch direkt mehr zu nehmen.

Was im Sinne unbewußter und bewußter Wünsche, steckt in dieser Sehnsucht?

Das Ergebnis seiner realitätsorientierten Reflexion ist die Erkenntnis, daß nicht alle Mängel ausgeglichen werden können.

42

Ergebnis II

Auch in Bezug auf Thema 2 läßt sich eine weitere Entwicklung beobachten. Der Patient hat sich von seiner Freundin getrennt, nachdem ihm die passive Abhängigkeit bewußt geworden war.

Seine Lust an aktiven Auseinandersetzungen ist gewachsen; er ist, wie er sagt, streitbarer geworden.

Interessant ist in diesem Zusammenhang ein Bericht von einer Bergtour, eine Anstrengung, die ihm in Gemeinschaft mit anderen Männern Spaß gemacht hat.

Das Bild der Bergtour - mit dem gemeinsamen Gipfelbier - fungierte in der Behandlung als Metapher für die gemeinsame lustvolle Arbeit, für die lustvolle Auseinandersetzung im Kräfteressen zwischen zwei Männern, zwischen Vater und Sohn.

43

Ergebnis III

Zum Thema 3:

Im Gegensatz zur letzten Stunde der Behandlung drückt der Patient in dieser katamnestischen Sitzung einige Male aggressive Affekte aus. Er äußert seinen Ärger über berufliche Arbeitsbedingungen, über seine frühere Freundin und seine Mutter. Auch dem Therapeuten gegenüber macht er Unzufriedenheit und Enttäuschung deutlich.

Wer mehr wissen will, findet auch einen Bericht über den Behandlungsverlauf basierend auf Videoaufzeichnungen - siehe homepage: www.horstkaechele.de

44

2. Katamnese nach 2 Jahren

gegenwärtige Situation:

Seine Symptomatik habe sich gebessert, sei aber nicht ganz behoben. Da er jedoch besser mit ihr umgehen könne, sehe er sich durch sie nicht mehr eingeschränkt.

Als hilfreich stellt er eine frühere Deutung des Therapeuten dar, seine Symptome stünden im Zusammenhang mit Spannungen, die er nicht richtig verarbeiten könne.

Vor einem halben Jahr hat er seine Ausbildung abgeschlossen und arbeitet in seinem Beruf. setzt sich kritisch mit sich und seiner Umwelt auseinander.

45

2. Katamnese nach 2 Jahren

Fokus 1

Das Thema des Zu-Kurz-Gekommen -Seins taucht selten und in veränderter Weise auf:

Beispielsweise im Vergleich mit einem besser verdienenden Kollegen an der Arbeitsstelle.

Das Erleben eines Defizits lähmt ihn nicht mehr, sondern ist für ihn Anreiz, selbst aktiv zu werden (z. B. durch berufliche Fortbildung) und sich eine bessere Position zu sichern.

{Eine gelungene Bearbeitung dieses Problembereichs?}

46

Katamnese nach 2 Jahren

Fokus 2.

Der Patient ist selbst in der Lage, seine Enttäuschung über die mangelnde Unterstützung des Vaters zu verbalisieren.

Er geht in eine direkte Auseinandersetzung mit dem Therapeuten und möchte sein Interesse für sich wecken.

Autonomiebestrebungen statt kindlich wirkende Abhängigkeit
Grenzt sich von der Versorgung durch Mutter und Freundin ab.
Er will in verschiedenen Lebensbereichen eine eigene Position beziehen.

Pat. kämpft um Interesse,

Es zeigt sich, dass sich sein negativ-ödipales Beziehungsschema gelöst hat.

Der Patient sucht die Auseinandersetzung von Mann zu Mann.

47

2. Katamnese nach 2 Jahren

Fokus 3.

Seine gewachsene Fähigkeit, sich konstruktiv auf Rivalität einzulassen, macht er an einem Beispiel aus seinem Berufsleben deutlich.

48

3. Katamnese nach 4 Jahren

Per Telefon

Geburt eines Sohnes

Widerruf zur Zustimmung die Video-Aufnahmen für weitere Forschungen zu verwenden.

Die transkribierten, anonymisierten Protokolle stehen weiter zur Verfügung:

Student D (1988) Verbatimprotokolle einer Kurztherapie - Teil 1. Ulmer Textbank, Ulm
Student D (1988) Verbatimprotokolle einer Kurztherapie - Teil 2. Ulmer Textbank, Ulm

49

Allgemeine und spezielle Wirkfaktoren der Kurztherapie

Eine gute therapeutische Beziehung

Reale Beziehung (Gelso)

Therapeutische Allianz (helping alliance Luborsky)

Aktive Haltung des Therapeuten mit selektiver Aufmerksamkeit
Aufforderung an den Patienten - die Patientin -, wichtige aktuelle und vergangene Ereignisse zu berichten

Klärung des Konfliktes

Beachten von Übertragungsangeboten,

Bearbeiten der Übertragungsbeziehung nur bei struktureller Störung (Høglend et al. 2006)

50

Zeit und Raum für Fragen

Und zum Nachlesen

HK's Files Index Search

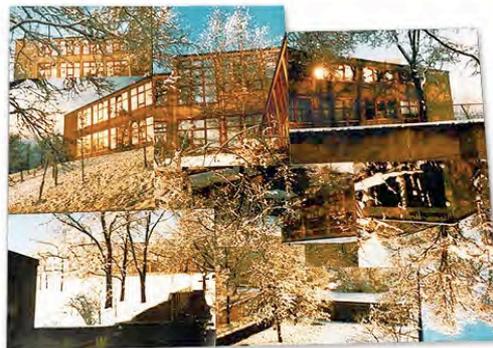
Deutsch English Español Italiano Russki Français Polski Kartuli Lithuanian Hrvatski Portuguese Česky Bulgarski Rumania Farsi Magyar Haykakan Slovenska Svenska 中文 Schwäbisch Latvija RTP London Conferences Turkiye

Eine Fokale Psychotherapie

		
<ul style="list-style-type: none">01. Aktuelles02. Klinische Ökonomik03. Apple Visionär04. Lehrbuch Psychoanalytische Therapie05. Problemfelder der Klinik06. Therapieforschung	<ul style="list-style-type: none">01. Allgemeines02. DER STUDENT03. Psychotherapie04. Psychoanalyse05. Psychosomatik06. Gast-Autoren07. Depressionna Tansacklinik	<p>PDFs</p> <p>= Das Erstinterview der verbatim transkribierte Text download: STUDENT_Std_1.pdf</p>

51

horstkaechele.de



Wer zählt die Sprachen,
wer die Länder...

Willkommen auf der Seite von HK
Welcome to the website of HK

[HK's Files](#) | [Anmelden / Register](#)

Bücher, Vorträge, Bilder, viel Spass beim Stöbern.

books, lectures, images: a lot of stuff

[HK's CV](#)

Hinter den Kulissen ...

If you want to know the story behind,
take this way

[Guestbook](#)

Stillen Sie Ihre Neugier, wer mit Ihnen
auf dieser Homepage spazieren geht.
You are invited to peep into ...

Go to HKs Files, für Name: lehrbuch, für Passwort: psychol

52