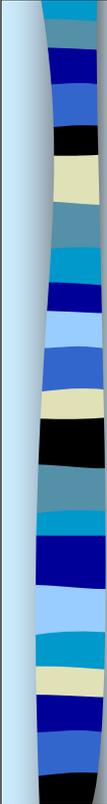


Einführungsvorlesung:  
**Klinische Psychologie und Psychotherapie**  
Prof. Dr. phil. Rainer Krause, SS 05

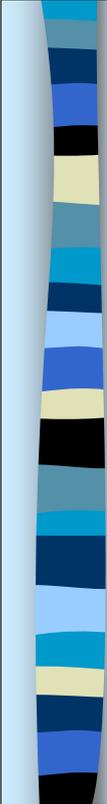
Wird unter Lehre online in Abständen von Wochen eingespeist.  
[Homepage Klinische Psychologie und Psychotherapie](#)



## Studienverlaufsplan und Leistungsnachweise

Die nachstehenden Empfehlungen bieten eine Anleitung, wie das Studium des Anwendungsfachs **Klinische Psychologie und Psychotherapie** gestaltet werden sollte. Die geltenden Bestimmungen der Prüfungsordnung und der Studienordnung vom 14. Februar 1996 bleiben dabei unberührt: Die neuen ECT-Bewertungen werden fortlaufend eingebaut. Diese Veranstaltung wird nach bestandener Klausur mit 3 LP verrechnet. Der Inhalt dieser Veranstaltung ist auch Gegenstand der mündlichen Schlussprüfung im Anwendungsfach **Klinische Psychologie und Psychotherapie**. In diesem Fach soll klinisch-therapeutisches Basiswissen vermittelt werden. Nach bestandener Prüfung sollte man die grundlegenden Fähigkeiten für klinisches Denken, Beratungs- und Diagnostikfähigkeit besitzen. Es soll nicht zum psychotherapeutischen Umgang mit psychisch Kranken befähigen. Die bestandene Prüfung in diesem Fach ist allerdings Voraussetzung für den Beginn der Weiterbildung zum Erwerb der Approbation als Psychologischer Psychotherapeut. Die Ausbildung dazu dauert postgradual 5 Jahre halbtags. Während dieser Ausbildung muss man sich neben dem Allgemeinwissen auf eine bestimmte Fachkunde spezialisieren. Im Moment sind dies die folgenden Verfahren:

- Psychoanalyse/tiefenpsychologisch orientierte Verfahren zusammen,
- Tiefenpsychologisch orientierte allein,
- Verhaltenstherapie,
- Kinder- und Jugendpsychotherapie (Verhaltenstherapie resp. Psychoanalytische Verfahren).



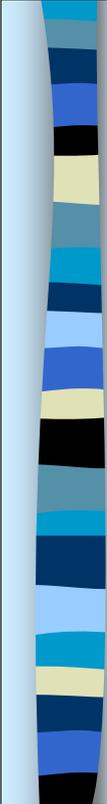
Ehe die Studierenden in die praktischen Tätigkeit eingeführt werden können, müssen sie **Grundlagenwissen** erworben haben. Dazu gibt es:

- a) zwei Überblicksveranstaltungen – die Vorlesung „**Einführung in die Klinische Psychologie und Psychotherapie**“ ( Prof. Krause ) sowie die Vorlesung „**Einführung in die psychischen Störungen**“ (Prof. Krause), (Klausur jeweils 3LP)
- b) Seminare zu spezifischen Störungsbildern ( im Moment zu Angststörungen, Depression, Persönlichkeitsstörungen, Perversionen , Schizophrenien, Sprachstörungen etc. ) sowie zu beratungstechnischen Fragen. Dazu gehören Interview- und klinische Beobachtungstechniken, Einführung in die rechtlichen Grundlagen der psychologischen Tätigkeit etc. (5 LP)
- c) ein „**Klinisches Kolloquium**“ in dem die approbierten Mitarbeiter an Hand von dokumentierten Fällen Einblicke in fallbezogene Veranstaltungen gewähren.

Anlässlich der Teilnahme am Klinischen Kolloquium müssen die Studierenden beim Leiter der Beratungsstelle/Ambulanz eine **Schweigepflichtvereinbarung** unterschreiben. Bei dieser Gelegenheit werden sie auf die rechtlichen Rahmenbedingen Ihrer Tätigkeit hingewiesen.

Da das **Klinische Praktikum ( Fallgruppen)** für eine wissenschaftlich reflektierte Berufsausübung einen zentralen Stellenwert besitzt und die Anwendung bereits theoretisch erworbener Kenntnisse an konkreten Fällen in der Praxis zum Gegenstand hat, sollte es im Ablauf des Studiums am Ende stehen.

Die beiden jährlich angebotenen Überblicksveranstaltungen „**Einführung in die Klinische Psychologie**“ und „**Einführung in psychische Störungen**“ sowie das in jedem Semester angebotene **Klinische Kolloquium**, das sich auf exemplarische Fallbearbeitungen sowie die Rahmenbedingungen klinisch-diagnostischer und psychotherapeutischer Tätigkeiten bezieht, sollen darauf vorbereiten.



Die psychotherapeutische Weiterbildung baut also auf dem Universitätsstudium auf.

Unser Lehrangebot soll einen Einblick in alle **vier Verfahren** geben, so dass die Studierenden eine Grundlage für Ihre Entscheidungsprozesse gewinnen können, wenn sie eine heilkundliche Tätigkeit und damit die **Approbation** anstreben. Dazu haben wir für die drei Fachkunden jeweils einen approbierten Mitarbeiter und eine Beratungsstelle – Ambulanz sowie Fallgruppen unter der Leitung niedergelassener Praktiker.

Die entsprechenden Personen sind :

Prof. Dr. Rainer Krause, Fachkunde Psychoanalyse /Tiefenpsychologie

Dr. Bernd Keßler, Fachkunde Verhaltenstherapie bis August 2005

Dr. Myria Fabregat, Fachkunde Kinder – und Jugendpsychotherapie, psychoanalytisch

Die derzeitigen approbierten Fallgruppenleiter sind :

Dipl. Psych. Anstadt, Psychoanalyse und tiefenpsychologisch fundierte Therapie

Dr. Rossbach , tiefenpsychologisch fundierte Therapie

Dr. Ingrid Frisch , Psychoanalyse und Tiefenpsychologie

Dipl. Psych. Frank Paulus , Verhaltenstherapie Erwachsene und Kinder und Jugendliche

**Eine solche Möglichkeit gibt es an keinem anderen deutschen psychologischen Lehrstuhl .**

Herr Dr. Keßler leitet die Hochschulambulanz. Er ist für die Anerkennung der Fallgruppen zuständig. Soweit möglich werden Wünsche hinsichtlich der Fachkunde der Lehrbeauftragten berücksichtigt . Bitte melden Sie solche Interessen aber rechtzeitig an.



Deshalb wird empfohlen, dass die Studierenden des Fachs **Klinische Psychologie und Psychotherapie** den nachstehenden Studienverlauf, unter Berücksichtigung der sonstigen Leistungsanforderungen der Studienordnung, anstreben:

- **5. Sem.** Einführung in das Verständnis Psychische Störungen Klausur
- **6. Sem.** Einführung in die Klinische Psychologie und Psychotherapie Klausur 3
- **7. Sem.** Klinisches Kolloquium (2 SWS) Wahlweise Störungen /Anwendungsfach 5
- **8. Sem.** Klinisches Praktikum (4 SWS) 10 LP Teilnahmechein

Die bestandenen Klausuren der Einführungsveranstaltung sind Voraussetzung für die Teilnahme am klinischen Kolloquium.

Das Klinische Kolloquium wird nach Ablauf bescheinigt; der Nachweis ist **bei der Anmeldung zu den Fallgruppen des Klinischen Praktikums vorzulegen**.

Wird das Fach Klinische Psychologie ohne das Klinische Praktikum studiert, wird im Rahmen der erforderlichen Studienleistungen von drei Lehrveranstaltungen der Nachweis des Klinischen Kolloquiums verlangt. Für die Zulassung zur Weiterbildung wird hier das volle Studium des Faches verlangt.



# Gliederung

## 1. Definition und rechtlicher Rahmen

- 1.1 Talking cure oder corrective emotional experience ?
- 1.2. Die Institutionen
  - 1.2.1 Der Gesetzgeber – das Psychotherapeutengesetz
  - 1.2.2 Der Gesetzgeber - die Approbationsordnung
  - 1.2.3 Der Wissenschaftliche Beirat
  - 1.2.4 Das Sozialgesetzbuch, Bd. V
    - 1.2.4.1 Die Richtlinienverfahren
    - 1.2.4.2 Der Psychotherapieausschuss

## 2. Was ist wissenschaftlich? – Zwei Beispiele

- 2.1 Die Gesprächspsychotherapie
- 2.2 Die Neuropsychologie
- 2.3 Kriterien für die Zulassung zur GKV. Der BUB.  
Randomisierte Kontrolldesigns vs. Naturalistische Feldstudien.

## 3. Einige Verfahren und Methoden

- 3.1 Die Verhaltenstherapie
  - 3.1.1 Die progressive Muskelrelaxation als Beispiel



## 3.2. Die Gesprächspsychotherapie

- 3.2.1 Die Theorie
- 3.2.2. Basisvariablen
- 3.2.3. Fortentwicklungen
  - 3.2.3.1 Gestalttherapeutische Gesichtspunkte
  - 3.2.3.2 Zielorientiertes Handeln in der GT (Sachse & Maus)



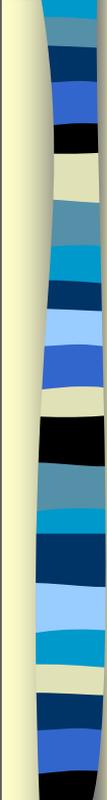
<b>4.</b>	<b>Das Psychoanalytische Vorgehen</b>
4.1	Psychische Störungen als Entwicklungsstörungen und Infantilismen
4.2	Die Vorstellungen von Regression und Fixierung
4.2.1	Die Theorie des neurotischen Konfliktes und der Konfliktreaktivierung
4.3	Kernkonflikt und fokaler Konflikt
4.4	Eine Taxonomie möglicher Konflikte
4.5	Psychische Strukturen und ihre Störung
4.6	Zusammenhang zwischen Struktur und Konflikt. Überlegungen zur Indikation
4.7	Die Fokaltherapie als Einstieg in das klinische Denken
4.8	Fallbeispiele. Die therapeutische Beziehung und ihre Handhabung
4.9	Die Übertragung
4.10	Die Gegenübertragung
4.11	Der Wiederholungszwang und seine Implantierung in der Beziehung
4.12	Das Gegenwartsunbewusste
4.13	Der Widerstand
4.14	Das Vergangenheitsunbewusste

## Die Couch

**TUCHE** by TOM



4.15	Über das Verhältnis von Gegenwarts und Vergangenheitsunbewusstem
4.15.1	Die therapeutischen Haltungen und Tugenden: Empathie, Containing, Abstinenz, Authentizität, Toleranz, Kreativität, Neugier, Respekt, Bescheidenheit und Liebe
4.16.	Die therapeutischen Handlungen, Klarifizieren, Konfrontieren, Stützen, Deuten
4.17	Die kurativen Faktoren: Einsicht, korrektive emotionale Erfahrungen, Katharsis, selektive Identifikation, Transmuting Internalization
4.18	Das Ende der Behandlung und die Frage der Behandlungsziele
5.	<b>Vergleich mit anderen Behandlungsverfahren</b>
6.	<b>Allgemeine Psychotherapietheorien: The State of the Art</b>
7.	<b>Psychotherapieforschung</b>
7.1	Definition und Messung von Erfolg
7.2	Der Goldstandard und seine Probleme
7.3	Vergleich Pharmaforschung und Psychotherapieforschung
7.4	Das Suggestions- bzw. Placeboproblem in der Psychotherapieforschung
7.4.1	Das Attritionsproblem und der Vergleich ambulanter und institutioneller Behandlung und Forschung
7.5	Über das Verhältnis von Efficacy und Efficiency
7.5.1	Über das Verhältnis von störungs- und persönlichkeitspezifischer Indikation
7.6	Langzeit- und Kurzzeittherapien und Langzeit und Kurzzeitkatamnesen
7.7	Über das Dosis –Wirkungsproblem in der Psychotherapie



<b>8.</b>	<b>Quality Management in den Psychotherapien</b>
8.1	Das Gutachterverfahren
8.2	Supervision und Intervision
8.3	Standardisierte Messverfahren die in der Erprobung sind
<b>9.</b>	<b>Über die Zukunft des Berufes</b>
9.1	Ideell
9.2	Berufspolitisch
9.3	Ökonomisch

## Ein bisschen Geschichte: Freud 1891



Ursprünglich Neurologe, hat zwischen 1877 und 1886 21 Arbeiten zur Anatomie und Physiologie des Zentralnervensystems publiziert. Davon ca. 2/3 harte empirische Arbeiten wie über Spinalganglien und Rückenmark des Petromyzons, über den Bau der Nervenfasern und Nervenzellen beim Flusskrebs (1882). Dann sehr wichtig methodische Neuentwicklungen (1884). Eine neue Methode zum Studium des Faserverlauf im Zentralnervensystem (Zentralblatt med. Wissenschaftler) über Cocain (4 Publikationen). Hinweis auf die damalige Verordnungspraxis. Süchtige Ärzte. 1886 Beobachtungen einer hochgradigen Hemianästhesie bei einem hysterischen Manne. (Wiener med. Woch.36,1886). Frankreich, Charcot (Übersetzungen Salpetrie),1885. Parallel dazu (1895 erst 1950 veröffentlicht). "Entwurf einer Psychologie". Die Tatsache dieser Schriften war bis zum zweiten Weltkrieg unbekannt. Vorwegnahme der Kybernetik und der gegenseitigen Auffassung über Netzwerke.



Freud, S. (1905). Psychische Behandlung (Seelenbehandlung). In S. Freud, Gesammelte Werke, V, S. 289.

Psyche ist ein griechisches Wort und lautet in deutscher Übersetzung Seele. Psychische Behandlung heißt demnach Seelenbehandlung. Man könnte also meinen, daß darunter verstanden wird: Behandlung der krankhaften Erscheinungen des Seelenlebens. Dies ist aber nicht die Bedeutung dieses Wortes. Psychische Behandlung will vielmehr besagen: Behandlung von der Seele aus, Behandlung – seelischer oder körperlicher Störungen – mit Mitteln, welche zunächst und unmittelbar auf das Seelische des Menschen einwirken.

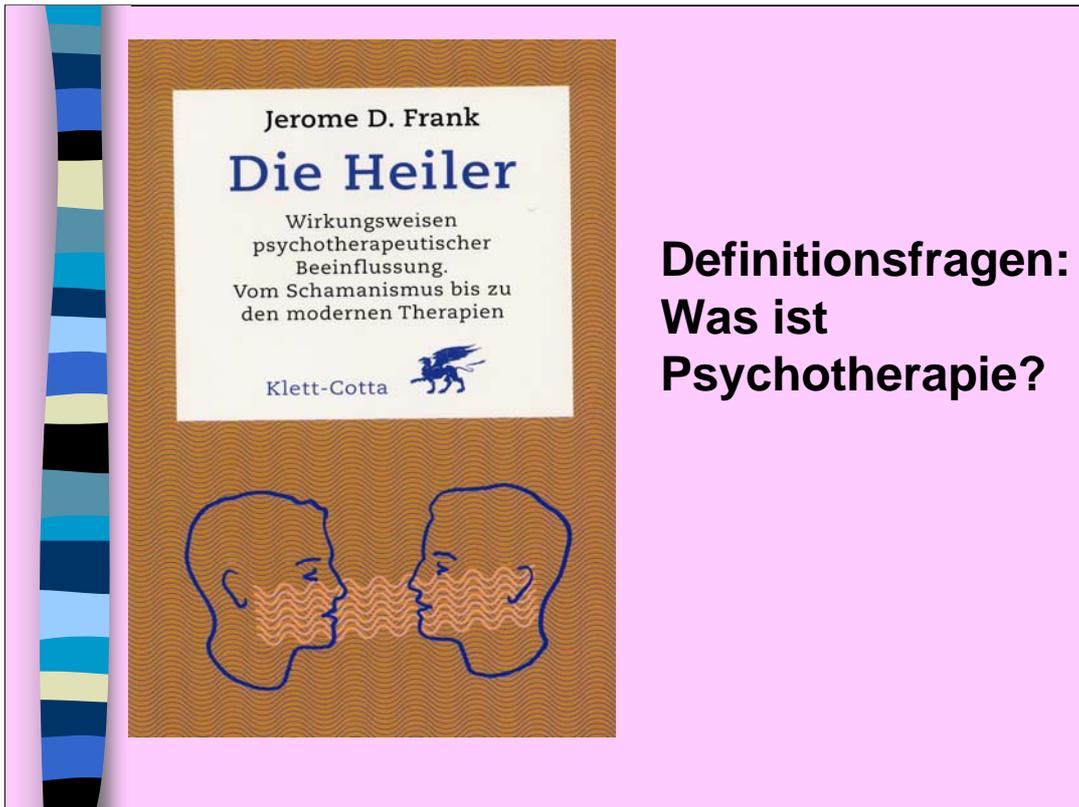
Diese Vorstellung von der Wirkungsweise von Psychotherapie ist nach wie vor gültig, aber aus heutiger Sicht wohl eher für eine bestimmte Krankheitsgruppe nämlich die traumatischen Neurosen oder bestimmte Formen der posttraumatischen Belastungsstörungen (PTBS), die tatsächlich durch Reden und das Aussprechen, vielleicht sogar durch theatermäßiges Reinszenieren des Traumas in Teilen abgeführt und erledigt werden kann.

Für andere Störungen, beispielsweise die Neurosen aber auch die Psychosen gilt diese Talking-Cure nicht unmittelbar zwingend als Heilmittel. Dies wäre besonders dann, wenn der traumatische Anlass unbewusst geworden ist, also einer Amnesie verfallen. Dann wird es schwierig, weil man nicht weiß worüber man reden soll. Was kann man statt dessen tun. Die seelische Störung zeigt sich indirekt. Aber wie? Durch für den Betroffenen nicht bewusste Inszenierungen. Wenn die Inszenierungen die therapeutische Beziehung ebenfalls betreffen ist dies ein Problem und gleichzeitig eine Notwendigkeit. Emotionale Umlernprozesse kann man nicht ohne die Aktivierung der Emotionen bewerkstelligen.



Freud, S. (1905). Psychische Behandlung (Seelenbehandlung). In S. Freud, Gesammelte Werke, V, S. 289.

Ein solches Mittel ist vor allem das Wort, und Worte sind auch das wesentliche Handwerkszeug der Seelenbehandlung. Der Laie wird es wohl schwer begreiflich finden, daß krankhafte Störungen des Leibes und der Seele durch „bloße“ Worte des Arztes beseitigt werden sollen. Er wird meinen, man mute ihm zu, an Zauberei zu glauben. Er hat damit nicht so unrecht; die Worte unserer täglichen Reden sind nichts anderes als abgeblaßter Zauber. Es wird aber notwendig sein, einen weiteren Umweg einzuschlagen, um verständlich zu machen, wie die Wissenschaft es anstellt, dem Worte wenigstens einen Teil seiner früheren Zauberkraft wiederzugeben.



Jerome D. Frank  
**Die Heiler**

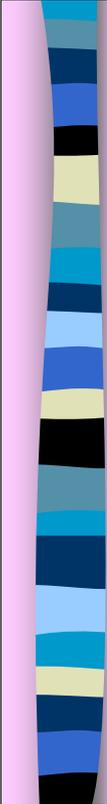
Wirkungsweisen  
psychotherapeutischer  
Beeinflussung.  
Vom Schamanismus bis zu  
den modernen Therapien

Klett-Cotta



**Definitionsfragen:  
Was ist  
Psychotherapie?**





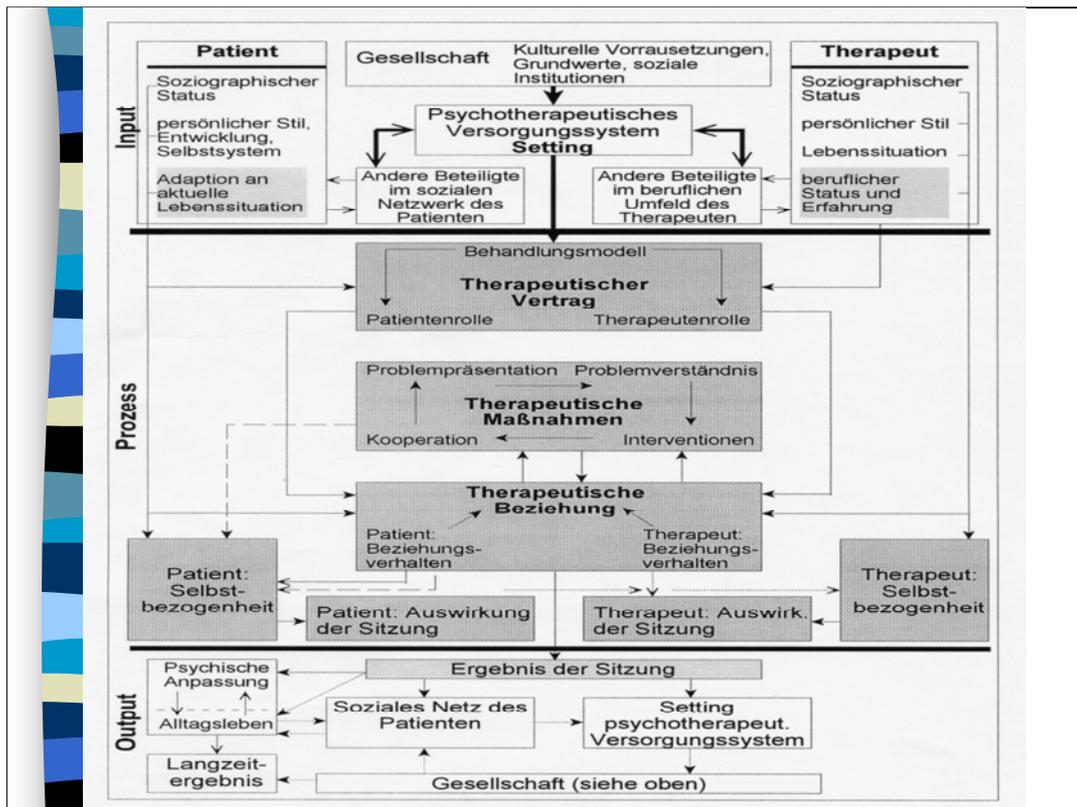
## Was ist Psychotherapie? - Unterschiede -

Alle Parameter die für die Schamanistischen Heilungen gelten sind auch zutreffend. Zusätzlich:

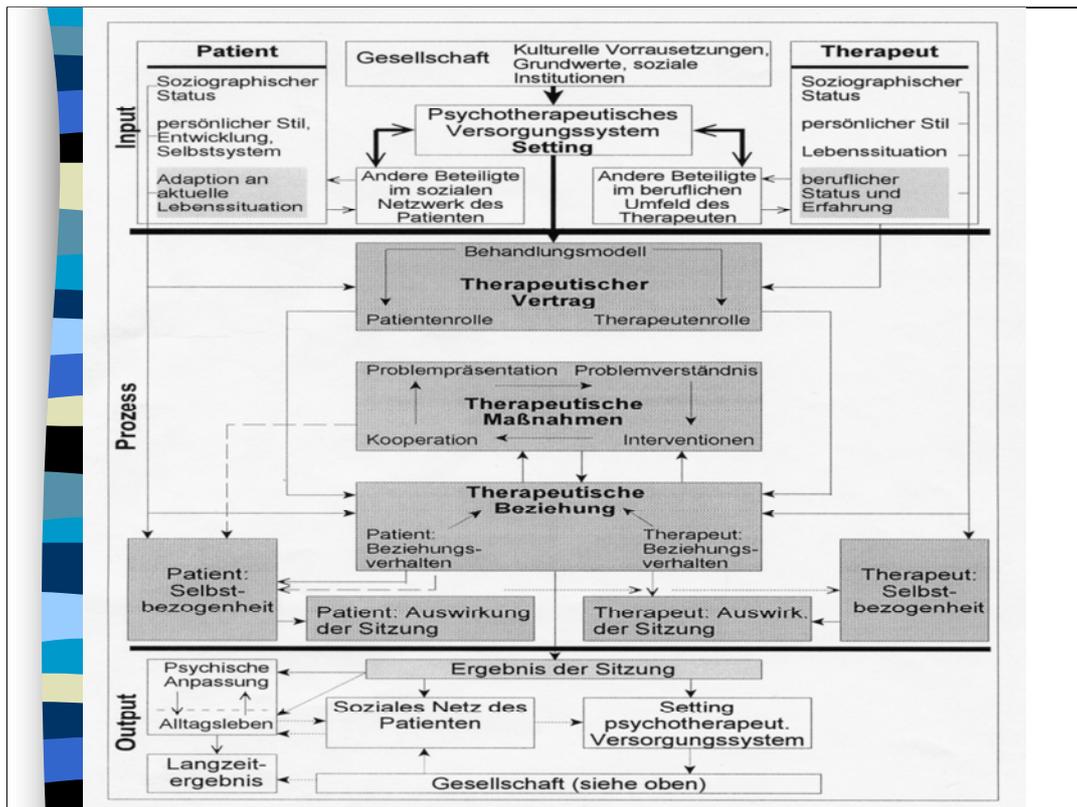
1. Es muss eine wissenschaftlich fundierte Theorie über die Psychotherapeutische Beziehung geben.
2. Es muss einen wissenschaftlichen Nachweise über die Wirksamkeit der Behandlungsverfahren geben. Das schließt ein, dass die Wirksamkeit erhalten bleibt, wenn die Beziehung beendet wird (Katamnesen).
3. Der Ratsuchende muss nicht notwendigerweise die Theorie des Therapeuten teilen um Heilungserfolge zu bekommen (Suggestions- und sogenannte Übertragungsheilungen gelten nicht als sehr stabil).



Parameter der allgemeinen  
Psychotherapie  
(Empirische Klassifikationen)



David E. Orlinsky, Klaus Grawe, and Barbara K. Parks PROCESS AND OUTCOME IN PSYCHOTHERAPY— NOCH EINMAL. In: Bergin, Allen E. & Garfield, Sol. L. (Eds): 1994 Hanbook of Psychotherapy – Research and Behavior Change (4th edition) Wiley, New York, 270 – 378. In dieser Studie wurden deutsche und englische Arbeiten bis 1991 eingeschlossen. Es mussten a) echte Patienten b) echte Therapeuten c) spezifische Prozessparameter und spezifische Ergebnisparameter beschrieben sein. Die Ergebnis- u. Prozessmaße wurden nach der Quelle unterschieden, nämlich Patienten, Therapeuten oder externen Beobachtern. Dann gab es eine Kategorisierung nach Signifikanz oder Nicht-Signifikanz der Zusammenhänge zwischen den Prozess- und den Ergebnisparametern. Die Prozessvariablen wurden wie folgt aufgeteilt: Die erste Gruppe hat mit dem Vertrag zu tun, das ist das Verständnis der Ziele und Bedingungen in dessen Rahmen man sich als Patient und Therapeut engagiert. Es kann von Dyaden, Gruppen bis ganz andere Formen der sozialen Begegnung einschließen bspw. Internetbegegnungen. In jedem Fall muss es so etwas wie ein gemeinsames Vorverständnis, das man Vertrag nennen kann, über das was geschehen soll vorliegen. Die zweite Gruppe sind therapeutische Maßnahmen und Handlungen, auch die kann man klassifizieren im Sinne dass es so etwas gibt wie eine Problempräsentation durch den Patienten, ein Verstehensversuch durch den Fachmann und da anschließend so etwas wie eine Intervention durch den Fachmann und schließlich so etwas wie eine Reaktion -hoffentlich kooperativ- des Patienten darauf.



Fortsetzung:

Die dritte Gruppe sind interpersonelle Aspekte, die sich verschiedenen Zeitpunkten der Realisierung dieses Vertrages unterschiedlich darstellen mögen, das nennt man therapeutische Beziehung, Bindung, sie kann positiv oder negativ sein, eine starke therapeutische Beziehung schließt im Allgemeinen „teamwork“ ein, aber auch persönliche Beziehungen wie Affektaustausch und wechselseitige Rückversicherung. So kann man eventuell vermuten, dass Personen die nicht gut miteinander können in dieser Hinsicht auch keine sehr guten Handlungsergebnisse erbringen (darüber später mehr). Schließlich gibt es intrapersonale Aspekte des Prozesses, bspw. wie selbstbezogen/selbstrelevant sind die Handlungen des Patienten, die Kehrseite wäre, sie hätten Abwehrcharakter und der Patient handelt nicht von dem was ihm eigentlich bedrückt oder beschäftigt. Dann gibt es „in-session“- Prozesse wie Einsicht, Katharsis, Verstärkung von Hoffnung, Verstärkung der Selbstwirksamkeit, Abschwächen interpersoneller Konflikte, aber auch Angst, Feindlichkeit, Verwirrung, und schließlich gibt es rein zeitliche Prozessvariablen, wie viel Stunden in welcher Dichte, wie dicht sind die Interventionen gesetzt usw.

## Einige Beispiele für Prozessparameter: Kontraktvariablen

	-	0	+
■ Einzel vs. Gruppe	2	22	6
■ Wöchentlich vs. andere	4	17	4
■ Begrenzt vs. unbegrenzt	3	5	4
■ Honorar normal vs. reduziert	0	9	3
■ Zielvereinbarung Klarheit	1	16	18
■ Vorbereitung auf Rolle	0	18	24

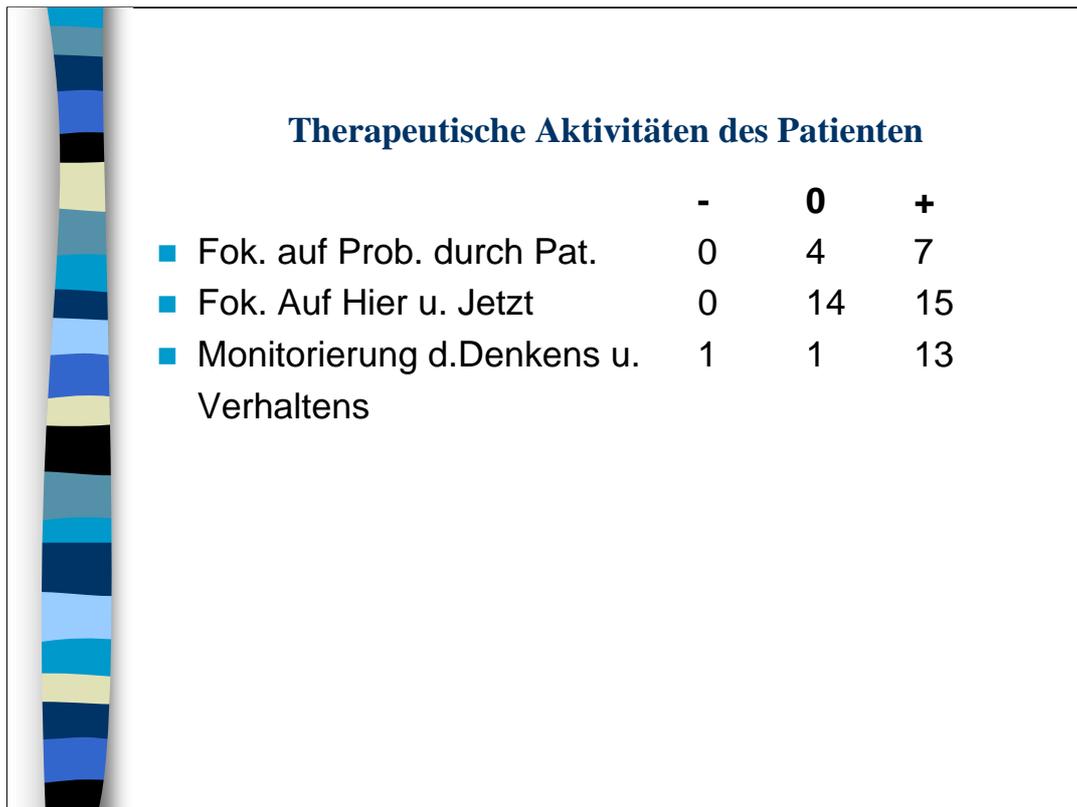
+ und - beziehen sich auf die Richtung des Zusammenhanges zwischen Prozess und Ergebnisvariable .

Effektstärken sind dann angegeben wenn sie leicht zu rechnen waren – beispielsweise über  $ES = r^2$ . Zur Sicherheit gegen die konventionellen Signifikanzniveaus. ( Stichprobengrößenabhängig etc. )

Außer den Zielvereinbarungen und der damit verbundenen Vorbereitung auf die Rolle keine sehr deutlichen Tendenzen.

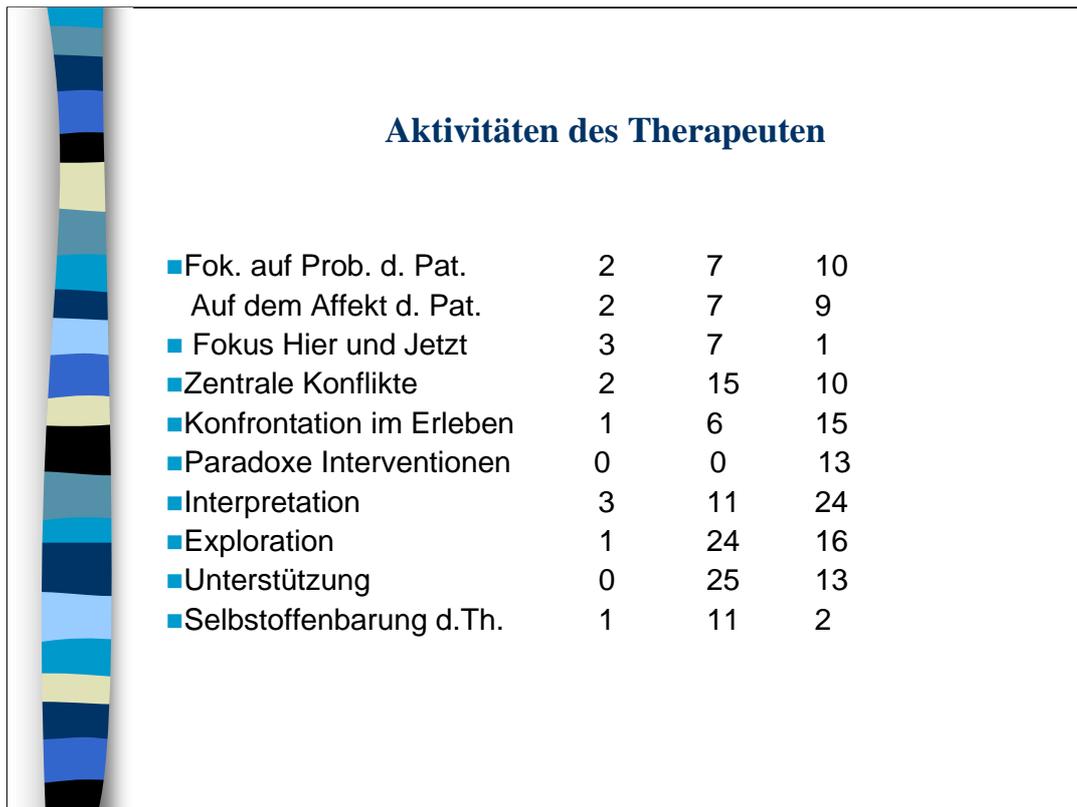


Die Beendigungsregeln fallen ebenfalls in die Kontraktbildung. Expertise des Therapeuten Effektstärken zwischen .52 und 0.00.



Therapeutische Parameter, Prozessparameter.

Fokussierung auf zentralen Problemen durch den Patienten (0,4,7), Fokussierung auf Hier und Jetzt durch den Patienten, Prozessierung und Monitorierung des Denkens und Verhaltens durch den Patienten, Fokussierung auf den Problemen des Patienten durch den Therapeuten (2,7,10), Fokussierung auf dem Affekt des Patienten (2,7,9), Fokussierung auf dem Hier und Jetzt (3,7,1), Fokussierung auf dem zentralen Konflikt des Patienten (2.15.10), erfahrungsmäßige, gefühlsmäßige Konfrontationen (1,6,15), Fokussierung auf dem Affekt des Patienten durch den Therapeuten 2,7,9), Interpretation (3,11,24), Exploration, Klarifikation (1,24,16), Unterstützung (0,25,13), Reflexion und Klarifikation (5,8,1), Selbstoffenbarung des Therapeuten (1,11,2), Kooperation durch den Patienten vs. Widerstand (0,15,34), affektive Reaktion durch den Patienten (insgesamt 0,5,5), positive affektive Reaktionen (0,0,9), negative Reaktionen (16, 18,12), Selbstexploration durch den Patienten (2,53,24), therapeutische Bindungen (1,44,87), Beiträge des Therapeuten zur Bindung (5,45,56), Beiträge des Patienten zur Bindung (5, 14, 37); Patientenrolleengagement 0, 5, 13; Motivation des Patienten 1,13,14; Engagement Desinteresse 0, 12, 12; Glaubwürdigkeit u. Sicherheit des Therapeuten 0, 11, 16; Expressivität des Patienten 2, 17, 23; Empathisches Verständnis durch den Therapeuten 0, 53, 62; Kommunikative Einstimmung 0, 16, 26; Selbstkongruenz des Therapeuten 1, 36, 23; Dauer der Behandlung 6, 50, 100



Keine sehr eindeutigen Trends. Alles ist manchmal schädlich oder nützlich bis auf die paradoxen Interventionen und die Unterstützung. Fokussierung, Explorieren, Interpretieren ist im allgemeinen eher nützlich. Konfrontation im Erleben ist eine gestalttherapeutische Technik (Experiential confrontation – zwei Stühlechnik beispielsweise)

## Beziehungsparameter

Widerstand vs. Kooperation	0	15	34
Negativer Affekt Patient	16	18	12
Therapeutische Bindung	1	44	87
Empathie	0	53	62
Selbstkongruenz Therapeut	1	36	23

Therapeutische Allianz hat Effektstärken bis .77

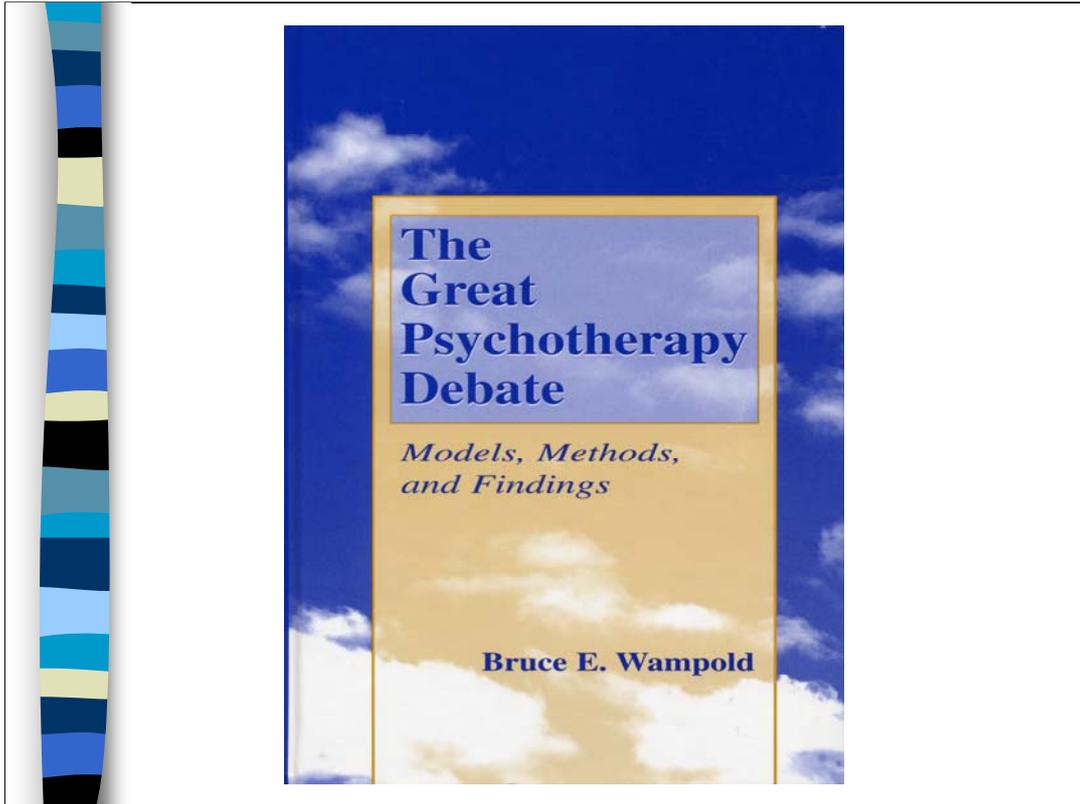
## Zeitparameter

	Minus	Neutral	Plus
Entwicklungs-Parameter. Kohäsion bsp.		8	10
Behandlungs-phase (Kurztherapien)		14	40
Behandlungs-dauer	6	50	100

Behandlungsphasen – oft eine Verschlechterung nach anfänglichen Zugewinnen. (Konfliktualisierung)

Insgesamt haben die Methoden der Prozess – Ergebnis Metaanalysen auf korrelativem Niveau ergeben dass die Klarheit des Vorgehens (Beginn und Ende), die therapeutische Beziehung und die Zeitdauer eine Rolle spielen. Alles andere ist manchmal nützlich manchmal schädlich meistens in einem statistischen Sinne irrelevant. Geht man von den Effektstärken aus und der Anzahl der Studien ist die Therapeutische Beziehung das sicherste Kriterium. „The strongest evidence linking process to outcome concerns the therapeutic bond or alliance, reflecting more than 1 000 process-outcome findings“ (Seite 360). Man muss allerdings im Auge behalten, dass bis auf ganz wenige Studien, es sind ganze zwei in der Metaanalyse von Orlinsky et al. tatsächlich Bindungsverhalten gemessen hat. Schließlich ist die Zeitdauer ein guter Prädiktor „A large body of findings already indicates that longer treatment duration is very generally associated with outcome (not linearly). That contradicts the belief of many supporters of shortterm treatment, whose enthusiastic advocacy of brief therapy may be based more on financial than on scientific considerations.

Die Methodik die in diesen Studien angewendet wurde erlaubte nicht die interaktionellen Zusammenhänge der Prozessparameter zu untersuchen. Beispielsweise bei starker Bindung, geringem Widerstand und hoher Selbstkongruenz können Konfrontationen sehr viel deutlicher und nützlicher ausfallen als bei schlechter Bindung, dann werden Sie vom Patienten als destruktiv – aggressiv erlebt. Ist eigentlich trivial aber in den Forschungsdesigns ist das nicht vorgesehen. Ein Versuch das Problem zu umgehen stammt von Wampold.



Bruce Wampold ist ein exzellenter Methodiker, der als Kind mit 5 Jahren seine Mutter verlor und später durch langandauernde Psychotherapie diese schwere Verletzung ansatzweise bearbeiten konnte, hat sich an die schwierige Aufgabe gemacht die Ingredienzien der Psychotherapie methodisch zu erfassen.

Das Pharmakomodell nimmt an, das es spezifische Änderungsingredienzien gäbe die – unabhängig und sogar gegen die Wirkung der Beziehung spezifisch bestimmte Krankheiten heilen würde.

Das Beziehungsmodell nimmt an dass bestimmte Beziehungserfahrungen kurativ sind und die spezifischen Änderungsverfahren im besten Falle als Teil dieser Beziehungskontexte wirken. Ob die heilenden Beziehungen selbst krankheitsspezifisch sein müssen ist in dieser Debatte noch nicht enthalten.

**TABLE 9.1**  
Effects for Various Psychotherapeutic Aspects

Source	Descriptor or Phenomenon	Design	Effect Size	Proportion of Variance	Chapter	Notes
Effects of psychotherapy	Absolute efficacy	Tx vs. Control	0.80	13%	3	Well-established point estimate of psychotherapeutic effects
Treatments	Relative efficacy	Tx A vs. Tx B	0.00 to 0.20	0% to 1%	4, 8	Best estimate for effect size is 0.00; 0.20 is upper bound under most liberal assumptions and inflated by not considering therapist effects
Specific ingredients	Specific effects	Component, mediating and moderating	0.00	0%	5	Little evidence found for specific effects from these designs
Common factor	Placebo effects	Placebo vs. control	0.40	4%	5	Lower bound for estimate of proportion of variance due to common factors in that placebo treatments contain some, but not all, common factors specified in contextual model
Common factor	Working alliance	Correlation of alliance and outcome	0.45	5%	6	A single common factor accounts for about 5% of the variance in outcomes
Common factor	Allegiance	Correlation of allegiance and outcome OR difference between treatments	Up to 0.65	Up to 10%	7	Allegiance of therapist has consistently been found to be related to outcome; estimates of effects from various meta-analyses range up to 0.65
Therapist effects	Competence	Nested or crossed	0.50 to 0.60	6% to 9%	8	Estimates for aggregate of outcome variables; proportion of variability due to therapists for individual variables ranges up to 70%

Note. Tx = treatment

Psychotherapie ist effektiv (0,80); die spezifischen Behandlungstechniken sind – neben den anderen Faktoren – Arbeitsbeziehung, Kompetenz und Allegiance (Zugehörigkeitsgefühl gegenüber dem Verfahren, dass der Therapeut anwendet) unbedeutend. Eine „gute“ therapeutische Beziehung hat allerdings ganz andere Regeln als eine gute Alltags- oder Liebesbeziehung. Dies soll am Aushandeln des Therapievertrages für eine bestimmte Patientengruppe verdeutlicht werden.



## Der Therapievertrag der TFP (Transference Focused Therapy)

### **Die Verantwortlichkeiten des Patienten**

- Erscheinen zu den Sitzungen und Mitarbeit in der Therapie
- Klare finanzielle Regelung
- Bemühen, Gedanken und Gefühle frei und ohne Einschränkung mitzuteilen

### **Die Verantwortlichkeit des Therapeuten**

- Einhalten der vereinbarten Termine
- dem Patienten helfen, sich selbst und tiefere Anteile seiner Persönlichkeit und seiner Probleme zu verstehen
- Klären der Grenzen seines therapeutischen Engagements



## Die Verantwortlichkeit des Patienten

### Erscheinen zu den Sitzungen

„Es ist Ihre Aufgabe, zu jeder Sitzung pünktlich zu erscheinen und wieder zu gehen, wenn die Stunde zu Ende ist. Wenn Sie im Voraus wissen, dass Sie zu einer Sitzung nicht erscheinen können, lassen Sie mich dies bitte so früh wie möglich wissen. Auch wenn zahlreiche Gründe Ihnen das Erscheinen erschweren können, sollten Sie unbedingt versuchen, zu jeder vereinbarten Sitzung zu kommen.“

Einige borderlinetypische Beziehungsphantasien

- Omnipotenzphantasien – Geben Sie mir etwas mit , dann brauche ich nicht kommen
- Manche meinen, sie müssten nur kommen, wenn es Probleme gäbe.
- Sie misstrauen mir (Natürlich komme ich)
- Einengung, Kontrolle
- Ambivalenz, Zu-früh-Kommen, nicht gehen. Alle Möglichkeiten.



## Warum muss ich regelmäßig kommen ?

„Ich verstehe, dass Ihnen das aus vielen Gründen schwer fallen mag. Ich bin aber sicher, dass die Klärung einiger dieser Gründe einen wesentlichen Teil unserer gemeinsamen Arbeit ausmachen wird, falls wir uns einig werden, die Therapie zu beginnen. Im Moment ist es jedoch wichtig, klar zu sagen, dass ohne Ihr Erscheinen zu den Sitzungen keine gemeinsame Arbeit stattfinden kann. Gelegentlich mag es Ihnen schwer fallen, hierher zu kommen oder die ganze Sitzung durchzustehen, aber wir müssen solche Schwierigkeiten besprechen, statt ihnen durch Ihr Fernbleiben auszuweichen.“



## Klare finanzielle Regelung

- Höhe des Honorars für die einzelnen Sitzungen
- Wie soll gezahlt werden?
- Wann soll gezahlt werden?
- Ausfallshonorare

Wichtig ist nicht, welche bestimmte Regelung gewählt wird, sondern dass es einen Konsens gibt und der konsequent durchgehalten wird.

Peinlichkeitsgefühle Honorar zu verlangen.

Was ist meine Arbeit wert?

Wer soll bezahlen der Therapeut oder der Patient?

Wie geht man mit dem Geld von Dritten um?

Krankenkassen (Regeln, Betrug. Der Patient kommt nicht und die Kasse zahlt)

Schwarzarbeit (Soll ich Sie bar bezahlen?)

Kompromitierbarkeit (Wir beide brauchen keine Gesetze, Regeln, etc. beachten)



### **Aufgabe des Patienten in der TFP (Transference Focused Psychotherapy - deutsch Psychotherapie der Borderline Persönlichkeitsstörung (1)**

„Ihre Aufgabe in der Therapie besteht darin, frei über alles zu sprechen, was Ihnen in den Sinn kommt, besonders über Probleme, die Sie hierher gebracht haben. Unser Ziel ist, die unbekannt Motive für Ihr Verhalten kennen zu lernen. Obwohl es Ihnen gelegentlich schwer fallen mag, dies zu befolgen, ist es wichtig, dass Sie Ihre Gedanken ohne Zensur mitteilen. Es kann sich hierbei nicht nur um Gedanken, sondern auch um Gefühle, Träume, Phantasien und so weiter handeln. Ihr Gedanke kann auch die Form einer Frage an mich annehmen. Sollte dies der Fall sein, so antworte ich Ihnen oder auch nicht. Das hängt davon ab, was ich zu dem jeweiligen Zeitpunkt für therapeutisch sinnvoll halte.“

Entwicklung von Bindung, Einigung über Ziele und Aufgaben  
(Aktive Arbeit keine passive Rettung durch andere)



### **Aufgabe des Patienten in der TFP (Transference Focused Psychotherapy - deutsch Psychotherapie der Borderline Persönlichkeitsstörung (2)**

„Zusätzlich zu dieser allgemeinen Regel, alles zu erzählen, was Ihnen in den Sinn kommt, sollten Sie grundsätzlich Ereignisse in Ihrem Leben, die ein Risiko für Ihre Gesundheit oder für die Fortsetzung der Therapie darstellen könnten, bevorzugt zur Sprache bringen, ehe Sie sich irgendwelchen anderen Themen zuwenden. Wenn Ihnen beispielsweise bekannt würde, dass Sie aus dieser Gegend wegziehen müssen, ist es wichtig, dieses Thema unmittelbar zur Sprache zu bringen, noch ehe Sie über anderes berichten, das Ihnen gerade in den Sinn kommt“.



## Verantwortlichkeit des Therapeuten

Ausformulierungen der eigenen Verpflichtungen macht deutlich.  
Wechselseitigkeit des Prozesses

Schließt ein, dass man dem Patienten gesund und wach zur Verfügung steht.

Verpflichtung zu einer Lebensführung, die es möglich macht sich dem Patienten voll aufmerksam zu zuwenden. Chirurgen und Piloten sollten nicht mit Restalkohol und Übermüdet arbeiten. Gilt auch für Therapeuten.



## Terminplanung

„Ich werde mit Ihnen zwei feste Termine pro Woche vereinbaren, die wir gemeinsam abstimmen. Die Sitzungen werden fünfzig Minuten dauern und in meiner Praxis stattfinden. Außer bei Notfällen werde ich Sie wenigstens einen Monat im Voraus davon in Kenntnis setzen, wann ich nicht in meiner Praxis sein kann. Falls ich eine Sitzung an einem bestimmten Tag ausfallen lassen muss, aber den Rest der Woche in der Praxis bin, werde ich mich bemühen, Ihnen einen Termin für einen anderen Tag in der Woche einzuräumen. Ich bin darum bemüht, regelmäßig zweimal pro Woche mit Ihnen zu arbeiten.“



# Honorar

In der Art wie das Honorar ausgehandelt wird sind die wesentlichen Konfliktstellen erkennbar.

Nicht leistungsabhängig: Hat der Therapeut ein schlechtes Gewissen? Ist er nur auf das Geld aus?

Im Idealfall wird der Therapeut über sein Honorar wie über jedes andere Thema sprechen. Dies gilt besonders bei Borderline-Patienten, die ja häufig die Bedeutung des Honorars für den Therapeut verzerrt erleben. Der Therapeut teilt dem Patienten mit, dass er für seine Bemühungen durch das Honorar des Patienten entschädigt wird und nicht mehr und nicht weniger für seine Arbeit verlangt als vereinbart. Der Patient kann dann den Therapeuten für den Fortschritt, den er in der Therapie macht, weder belohnen noch bestrafen, da die Bezahlung für die Zeit und die Mühe des Therapeuten und nicht für irgendein spezifisches Ergebnis der Therapie erfolgt. Die Ansichten und Einstellungen des Patienten hinsichtlich des Anteils des Therapeuten am Erfolg der Behandlung können anschließend auf ihre Übertragungsanteile hin analysiert werden.



## Die Rolle des Therapeuten (1)

„Meine Aufgabe besteht darin, Ihnen so aufmerksam wie möglich zuzuhören und das von Ihnen Gesagte dann zu kommentieren, wenn es zu einem besseren Verständnis Ihrer Person führen könnte. Gelegentlich kann es vorkommen, dass Sie mich etwas fragen und ich nicht darauf antworte. Es könnte auch Situationen geben, in denen Sie wünschen, dass ich etwas sage, ich aber der Ansicht bin, dass es das Beste für die Therapie ist, wenn ich schweige. Mitunter werden Sie wünschen, ich möge Ihnen einen Rat geben und Ihnen sagen, was Sie machen sollen. Das werde ich jedoch nicht tun. Unsere Therapie hat zum Ziel, Ihre Unabhängigkeit und Ihr selbstständiges Handeln zu fördern und Ihnen zu helfen, zu eigenständigen Entscheidungen zu gelangen. Es wäre auch eine Anmaßung meinerseits, vorzugeben, ich wüsste, was für Sie am Besten ist.“



## Die Rolle des Therapeuten (2)

„Aus allen diesen Gründen wird meine Position darin bestehen, Ihnen dabei behilflich zu sein, zu verstehen, was Sie eigentlich möchten und welche Konflikte sich daraus für Sie ergeben, anstatt Ihnen zu sagen, was Sie tun sollen. Und was die Verschwiegenheit angeht, so ist alles, was hier zur Sprache kommt, eine rein private Angelegenheit zwischen uns beiden. Ich werde niemanden ohne Ihre Einwilligung eine Information zukommen lassen. Außerdem werde ich mir von Ihnen eine schriftliche Einverständniserklärung geben lassen, ehe ich irgendeine Information weitergebe.“



## Suizidalität und Datenschutz

„Die einzige Ausnahme von dieser Regel besteht darin, dass wenn Sie Ihr eigenes Leben oder das Leben eines anderen bedrohen, Sie mich dazu zwingen, die notwendigen Schritte zu unternehmen – was einen Bruch meiner Verschwiegenheit bedeuten kann -, um Sie, oder wer auch immer betroffen sein mag, zu schützen.“

Diskussion der Vorlesung kann nicht wiedergegeben werden.



## **Borderlinespezifische Rollenabsprachen Notfälle**

„Sie haben mir erzählt, dass Sie in der Vergangenheit immer, wenn Sie sich wütend oder ängstlich gefühlt haben, Ihren Therapeuten anriefen. Obwohl es Ihnen dann kurzfristig besser ging, hat Ihnen das nicht geholfen, langfristig Ihre Probleme in den Griff zu bekommen. Unsere Arbeit in der Therapie wird sich auf die festgelegten Sitzungen innerhalb des gemeinsam vereinbarten Rahmens beschränken. Es kann vorkommen, dass Sie auch außerhalb der Stunden mit mir in Verbindung treten möchten, sei es per Telefon, Fax, Post oder auch persönlich. In den meisten Fällen werde ich solche Besprechungen auf unsere nächsten Treffen in der Praxis verschieben. Wie ich bereits gesagt habe, besteht das Ziel dieser Therapie darin, Ihre Unabhängigkeit zu stärken und Sie dazu zu bringen, Ihre eigenen Entscheidungen zu treffen, Das kann z. B. bedeuten, dass ich Ihren Telefonanruf nicht erwidern werde, es sei denn, es handelt sich um einen echten Notfall.“

Diskussion der Vorlesung kann nicht wiedergegeben werden.



## **Borderlinespezifische Rollenabsprachen**

### **Was ist ein Notfall (1)**

„In der Vergangenheit haben Sie Ihren Therapeuten immer dann angerufen, wenn Sie wütend waren oder Suizidgedanken hatten. Ich sehe das nicht als Notfall an, da Sie diese Gefühle zum jetzigen Zeitpunkt – leider – noch immer haben. Immer, wenn Sie etwas Ärgerliches erleben, reagieren Sie wütend und oft auch suizidal. Das ist ja einer der wesentlichen Gründe, weshalb Sie überhaupt die Therapie hier aufsuchen – um – eben diese wiederkehrenden Reaktionen zu ändern. Bis es so weit ist, können wir davon ausgehen, dass Sie diese Gefühle noch oft erleben werden. In der Vergangenheit waren Sie vielleicht lange Zeit im Krankenhaus, um Ihren Zustand behandeln zu lassen. Eine vergleichbare Behandlung ist derzeit nicht möglich. Deshalb müssen wir uns einen therapeutischen Rahmen überlegen, der eine ambulante Therapie erlaubt. Wir wissen, dass Sie auch weiterhin gelegentlich wütend, ängstlich und suizidal fühlen werden. Es wird Ihre Aufgabe sein, sich mit diesen Gefühlen innerhalb der Therapiesitzungen auseinander zu setzen. Wenn Sie solche Gefühle außerhalb empfinden, kann es Ihnen helfen, sich an unsere Besprechungen hier zu erinnern oder sich gelegentlich auch an Ihre Familie oder Ihre Freunde zu wenden. Wenn Sie sich in Gefahr glauben, dann müssen Sie die Notaufnahme eines Krankenhauses oder den Notarzt aufsuchen.“

Diskussion der Vorlesung kann nicht wiedergegeben werden.



## **Borderlinespezifische Rollenabsprachen**

### **Was ist ein Notfall (2)**

„Es könnte allerdings auch ein Notfall eintreten, bei dem es gerechtfertigt wäre, mich außerhalb der Sitzungen anzurufen. Unter einem solchen Notfall verstehe ich eine gravierende unvorhergesehene Belastungssituation, also etwas, das jedem zu schaffen machen würde – etwa, wenn Sie erfahren, dass Ihre Mutter gestorben ist, Ihr Ehepartner an Krebs leidet oder Ihr Haus abgebrannt ist, und vergleichbare Ereignisse. In einem solchen Fall wäre es zulässig, mich anzurufen. Ich kann Ihnen möglicherweise bei einem Teil Ihrer Reaktionen helfen. Es könnte dann sinnvoll sein, vor der nächsten Sitzung eine zusätzliche Therapiestunde zu vereinbaren. Aber selbst in solchen Situationen sollten Sie sich bewusst sein, dass ich keinen Piepser bei mir habe und es einige Stunden dauern kann, ehe ich Ihre Nachricht erhalte und Sie zurückrufen kann. Für Sie ist es wichtig zu wissen, dass ich Ihnen eine fortlaufende Therapie anbiete, von der ich überzeugt bin, dass sie Ihnen langfristig helfen wird. Ich aber nicht in der Lage, Notfalldienste zu leisten, und glaube auch nicht, dass es hilfreich wäre, selbst wenn ich es könnte.“

Diskussion der Vorlesung kann nicht wiedergegeben werden.



## Wechselwirkung zwischen Vertragsausarbeitung und der unbewussten Beziehungsgestaltung

Therapeuten müssen ein klares inneres Konzept ihres therapeutischen Rahmens und Vorgehens haben wenn man Verträge aushandelt ansonsten sind sie nicht gerechtfertigt bzw. willkürlich.

Das Verfahren der Vertragsaushandlung steht voll und ganz unter dem Einfluss der unbewussten Kräfte die den Patienten in die Behandlung bringen. Man kann und darf denen an dieser Stelle nicht ausweichen .

Die Allegiance (Zugehörigkeitsgefühl gegenüber dem Verfahren das der Therapeut verwendet) zusammen mit der Kompetenz des Therapeuten weisen Effektstärken von 0,65 und 0,60 auf. Diese Kombination, sofern sie vorliegt, führt dazu, dass der Patient dem Therapeuten erlaubt sein „Spiel“ zu spielen. Deshalb ist dann die Reinheit der Behandlung (Adherence to the manual) ein guter Prädiktor für Erfolg.



## Wie versteht und akzeptiert der Patient den Vertrag?

„Wenn es uns nicht gelingt zu verstehen, warum Sie mir nicht zuhören können, fehlt uns die Grundlage für ein weiteres Vorgehen. Wir können also entweder hier aufhören oder weitermachen, sofern Sie an möglichen Erklärungen für den Stillstand unserer Diskussion interessiert sind.“

„Wie kommt es, dass Sie keinerlei Fragen oder Vorbehalte meinen Ausführungen gegenüber haben?“

Diskussion der Vorlesung kann nicht wiedergegeben werden.



## Wie geht der Therapeut mit den Reaktionen des Patienten um?

*Die Fähigkeiten des Therapeuten, den Reaktionen des Patienten auf die verschiedenen Punkte des Vertrags nachzugehen, stellt einen wesentlichen Faktor für den Aufbau eines adäquaten therapeutischen Rahmens dar.*

„Möglicherweise ist dies im Augenblick zu viel für Sie. Wir können ja sehen, ob es uns nicht gelingt, gemeinsam in diese Richtung zu arbeiten.“

„Ich empfehle Ihnen also eine psychodynamische Therapie, bin mir aber noch nicht im klaren darüber, wie oft wir uns in der Woche sehen sollten. Wie denken Sie darüber?“

„Erläutern Sie mir doch bitte genauer, warum Sie nicht regelmäßig zu den Sitzungen kommen können.“

Diskussion der Vorlesung kann nicht wiedergegeben werden.

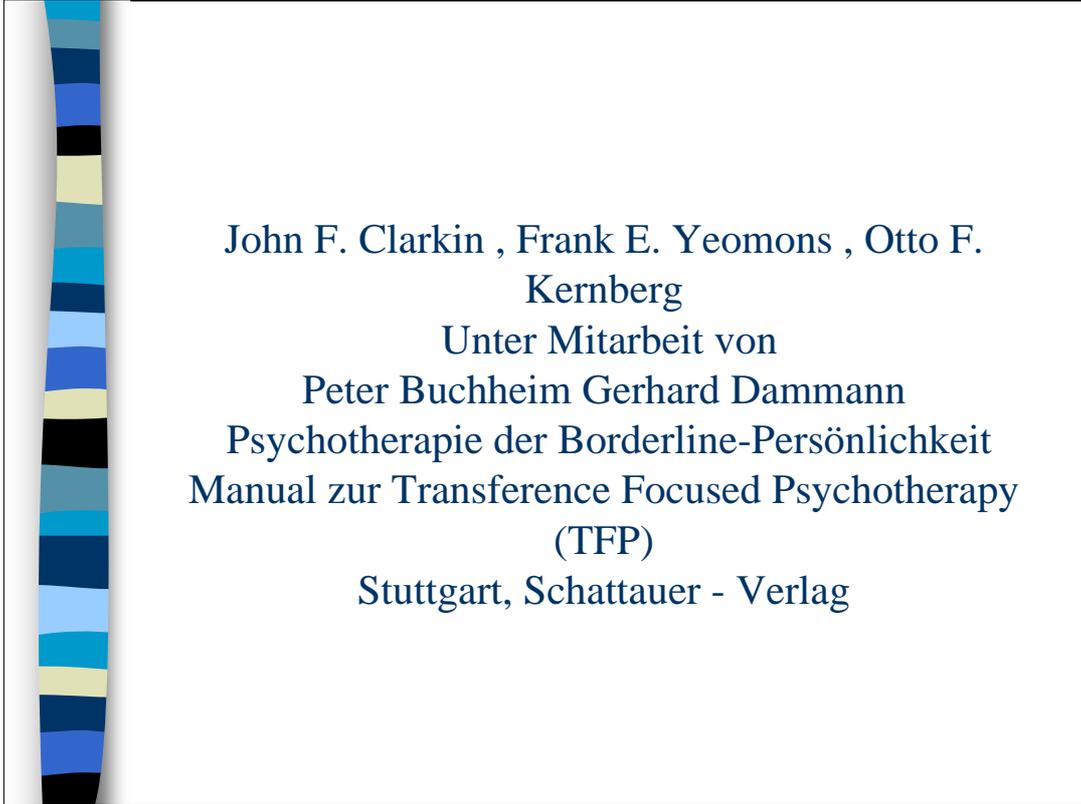


## Fallbeispiel

„Obwohl Sie zugestimmt haben, zweimal in der Woche zu kommen, falls wir die Behandlung beginnen, haben Sie bereits in der diagnostischen Vorphase zwei Sitzungen versäumt.“

„Es ist jetzt nicht der Zeitpunkt, Ihre Motive für das Versäumnis dieser Sitzungen zu ergründen. Im Augenblick besteht unsere Aufgabe darin, uns über die Bedingungen der Behandlung einig zu werden. Die Tatsache, dass Sie zwei Sitzungen versäumt haben, zeigt mir, dass Sie es – trotz Ihrer Zusicherung – nicht ganz ernst meinen, regelmäßig zur Therapie zu kommen. Es ist wichtig, dass Sie mir Ihre Vorbehalte offen mitteilen. Anderenfalls werden diese wahrscheinlich weiterhin in Handlungen umgesetzt, und das könnte möglicherweise unsere Therapie gefährden.“

Eine Patientin, die in der Vorgeschichte zahlreiche Beziehungen abgebrochen hatte, wenn diese zu intim zu werden drohten schien schockiert, als der Therapeut ihre Fähigkeit anzweifelte, regelmäßig an den Sitzungen teilzunehmen. Sie bestand darauf, dass „das eine nichts mit dem anderen zu tun“ habe, und meinte: „Ich kann Ihnen versichern, dass ich immer zu den Sitzungen kommen werde.“ Der Therapeut erläutert daraufhin den Grund für seine Bedenken. Nachdem er feststellen konnte, dass die Patientin verstand, weshalb er das Thema zur Sprache gebracht hatte, akzeptierte er ihre Versicherung. Er fügte hinzu, dass er nicht überrascht sein würde, wenn irgendwann in der Therapie die Patientin den Wunsch verspüre, wegzulaufen. Er bat sie eindringlich, auf solche Gefühle zu achten und sie gegebenenfalls sofort mitzuteilen.

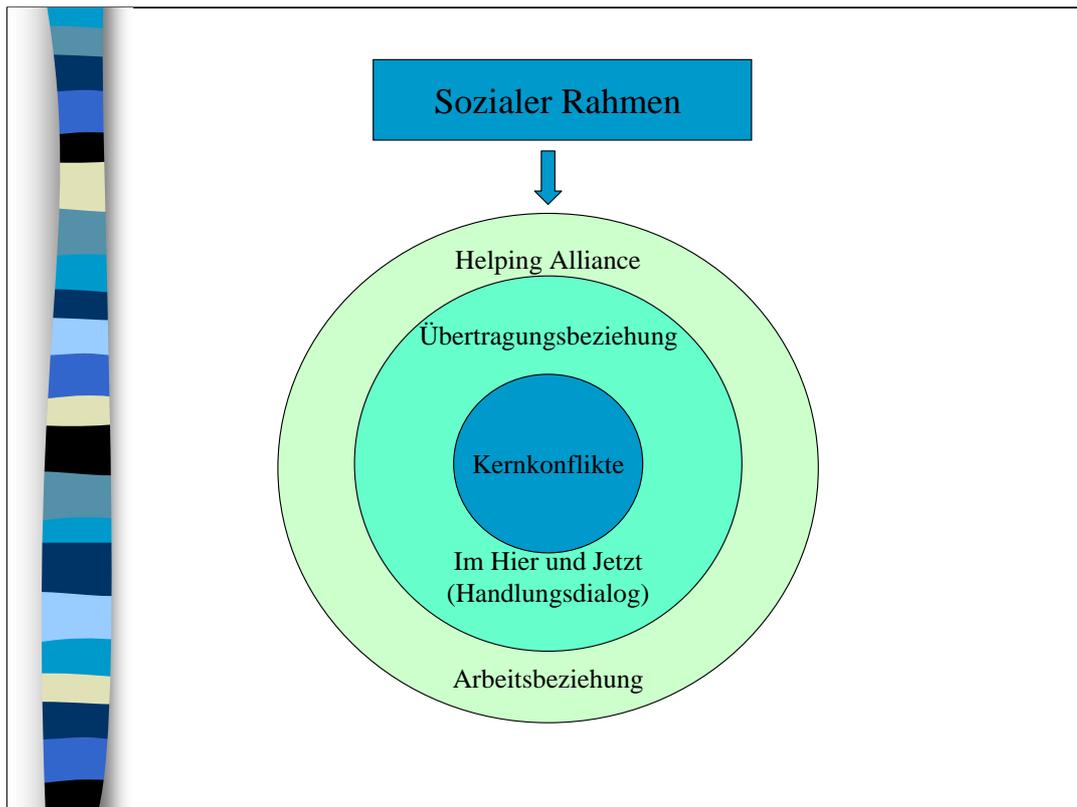


John F. Clarkin , Frank E. Yeomons , Otto F.  
Kernberg  
Unter Mitarbeit von  
Peter Buchheim Gerhard Dammann  
Psychotherapie der Borderline-Persönlichkeit  
Manual zur Transference Focused Psychotherapy  
(TFP)  
Stuttgart, Schattauer - Verlag



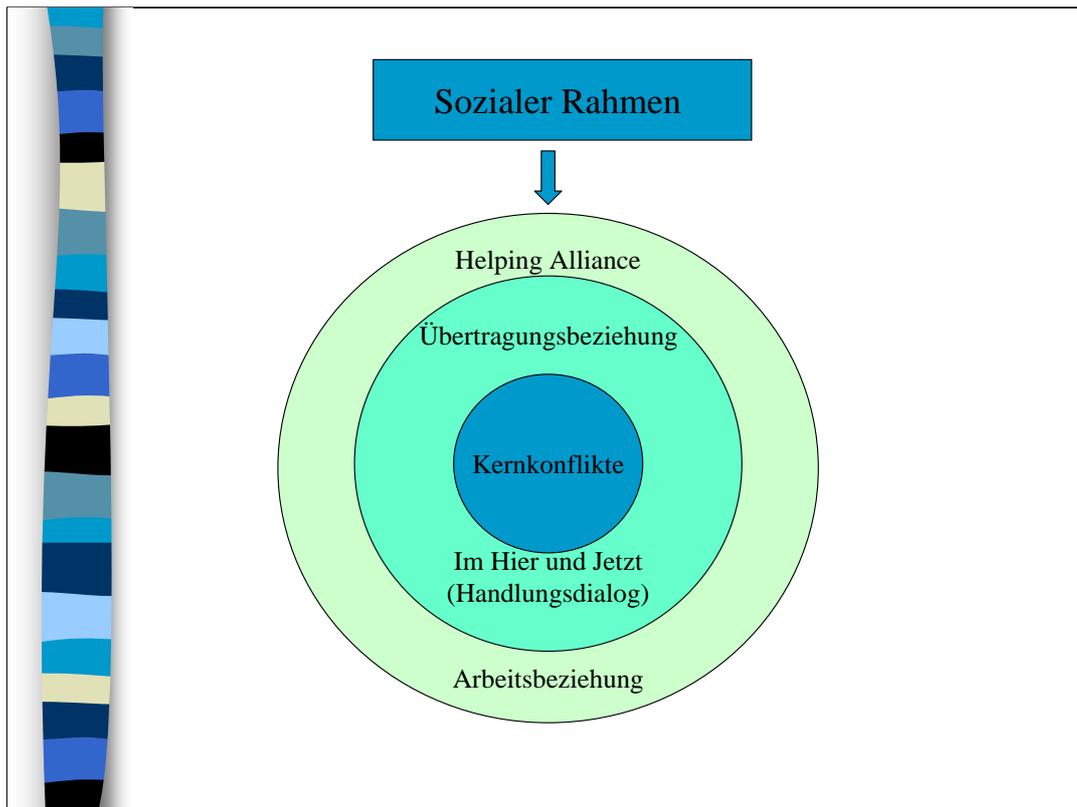
Wenn man also Behandlungen jedwelcher Art macht, soll man die Rolle des Patienten und die Rolle des Therapeuten klar definieren. Dies gilt natürlich vor allem für Personen, die kein explizites und noch mehr implizites Wissen über Psychotherapie haben. Zielvereinbarung und Rollenfestlegung sind Teil der Beziehungsvereinbarung. Diese Zielvereinbarungen und die Vorbereitung auf die wechselseitigen Rollen dienen unabhängig von diesen mehr externen Vorteilen als Rahmen bzw. Folie auf dessen Hintergrund sich die unbewussten Prozesse entfalten können. In der Behandlung von Störungsbildern die nur beschränkt zu einem natürlichen Arbeitsbündnis in der Lage sind bspw. die erwähnten Borderline - Persönlichkeitsstrukturen ist eine explizite Vertragsabsprache in Bezug auf die Therapie unverzichtbar. Dies schließt ein vertragliche Vereinbarungen in Bezug auf die Risikosituationen (Suizidversuche) Agieren (Gewalttätigkeit) finanzielle Ressourcen bzw. Ehrlichkeit und Redlichkeit ein.

Je stärker die Alltags- und Arbeitsbeziehungsgestaltung von der unbewussten bzw. scheinbar unkontrollierbaren Beziehungsgestaltung beeinflusst ist, desto wichtiger wird dieser haltgebende Rahmen. Er ist Schutz dagegen die Impulse unverstanden in die Soziale Realität und die Alltagsbeziehungen umzusetzen, wenn sie in der Therapie auftreten schadet das weniger, weil man mit Ihnen arbeiten kann um die Prozesse im Hier und Jetzt zu implantieren, sie so affektnah zu beobachten und dann anschließend über die Deutung verstehen zu können. Dieser Verstehensprozess erweitert die Handlungsmöglichkeiten vor allem in der Vergrößerung der Handlungen die nicht mehr ausgeführt werden müssen und deshalb neuen Möglichkeiten Platz machen können. Die selbst sind nicht notwendigerweise Gegenstand der Behandlung. Je stärker diese Prozess im Rahmen der Therapie aktiviert werden desto geringer wird die Notwendigkeit sie in der Außenwelt und das schließt die Beziehungen zu den Partnern, Arbeitskollegen wie auch den Kindern ein, zu aktivieren.



Die eigentliche Expertise bezieht von Therapeuten bezieht sich darauf wie die Beziehung im Hier und Jetzt und die Arbeitsbeziehung, und das schließt die Vertragsbildung ein, nach Maßgabe der psychischen Störung – hier als unbewusste Übertragungsbeziehung gestaltet werden muss.

Hier gilt eine Faustregel dass je schwerer die Störung ist, desto stärker ist die Auswirkung des Kernkonfliktes auf die Übertragungsbeziehung und die Arbeitsbeziehung und den sozialen Rahmen. Das heißt, dass alle Bereiche des Lebens des Patienten betroffen sind. Das bedeutet, dass der soziale Rahmen massiv in die Störung einbezogen wird. Die Beziehung wird durch Manipulationen des sozialen Rahmens massiv gestört. Drohung jemand anzugreifen, etwas kriminelles zu tun, sich selbst umzubringen. Bei den Borderline Patienten ist das Teil des Störungsbildes also kann man die Behandlungsstrategie und Taktik danach ausrichten. Für andere Störungen gelten andere Regeln. Folgende Gesichtspunkte sind für die Persönlichkeitsstörung sensu Borderline kennzeichnend.



Das Denken und Handeln ist sehr stark von teilweise sehr gegensätzlichen Affekten betroffen. Unter dem Einfluss dieser sehr intensiven Affekte ist ein Aufschub von Handlungen oft nicht möglich. Die Patienten können im Umfeld der Affekte nicht Probehandeln (also denken) sondern sie meinen handeln zu müssen. Das nennt man Agiersyndrom. Weil die Affekte so sehr stark gegensätzlicher Natur sind, bekommt das Verhalten der Patienten das extrem widersprüchliche Bild. Man geht davon aus, dass der Antagonismus der Niederschlag eines Konfliktes ist der Gestalt, dass ein großes Bedürfnis nach Nähe und Unterstützung vorhanden ist, gleichzeitig aber eine ganz außerordentliche Bedrohung von eben dieser Nähe ausgeht, die als psychisch vernichtend gesehen wird. Diese beiden Zustände können nicht gleichzeitig erlebt und aktiviert werden – was einer, wenn auch schwierigen aber normalen, Ambivalenz entspräche. Statt dessen werden sie hintereinander inszeniert, was gleichzeitig einen partiellen Identitätswechsel bedeutet, meist entlang zweier um Opfer und Täter organisierten Identität.

Wenn man dies alles diagnostiziert und verstanden hat, kann man die Behandlung strategisch und taktisch aufbauen. Strategisch ist es das Ziel zu erreichen, dass die Gegensätzlichen Gefühle gleichzeitig erlebt werden können, das wird nur gehen, wenn Sie in Ihren Auswirkungen nicht mehr so bedrohlich erlebt werden müssen. Taktisch bedeutet das, dass man alle Operationen in denen der Patient die Situation so konstituiert hat, dass die Affekte auf die beteiligten Personen aufgeteilt werden – Täter und Opfer – als solche angesprochen werden müssen und in Ihrer Funktion interpretiert werden. In Situ bedeutet das, dass der Therapeut einen fortlaufenden diagnostischen Prozess in Gang setzt der seine eigenen Empfindungen und Gefühle und Phantasien einbaut wie die vermeintlichen des Patienten und seine Verhaltensweisen. Diese Systemanalyse dient als Grundlage der Klarifizierungen, Konfrontationen und Deutungen. Die nächste Frage ist, ob es diagnostische Merkmale gibt auf Grund derer man für ganz verschiedene Störungsbilder trotz der Verschiedenheit wenigstens rudimentär ähnliche Strategien verfolgen kann und muss.



## Strategisch relevante diagnostische Merkmale

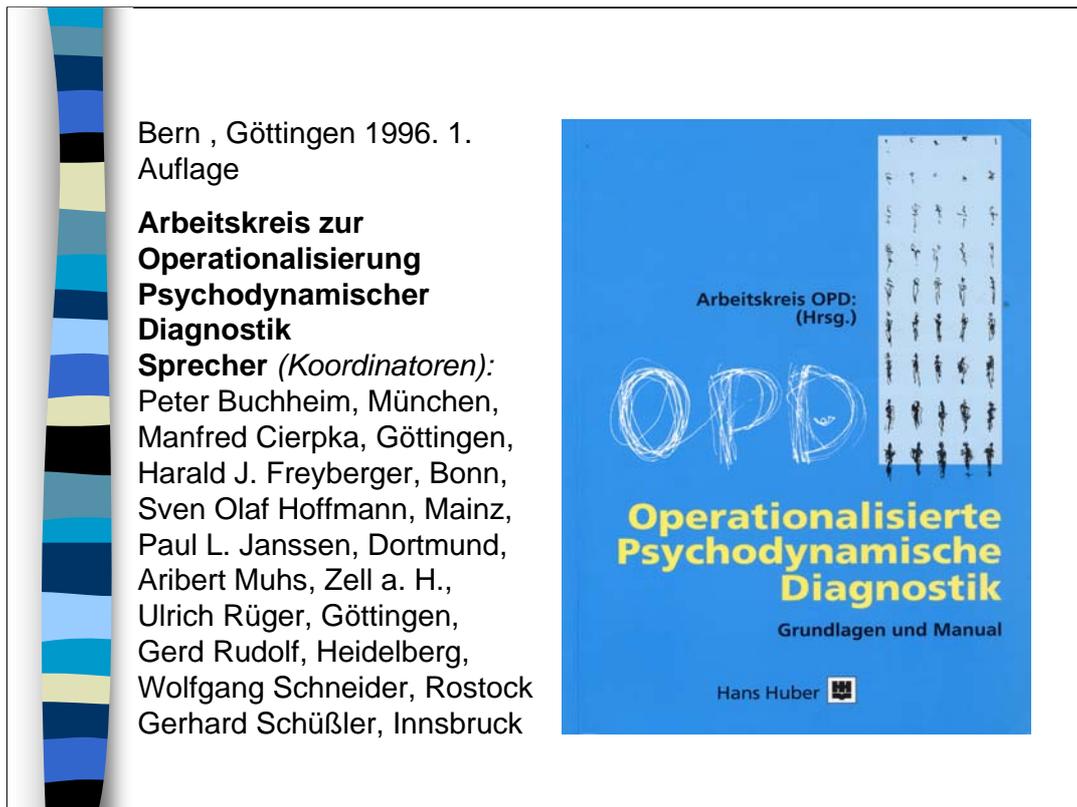
- Die „Schwere der Störung“ als Merkmal Unabhängig von der Verursachung der Störungen (Entwicklungspsychologisch sehr frühe und nachhaltige Schädigung oder sehr schwere gegenwärtige Traumatisierung und Schädigung) scheinen sie relativ überdauernde nicht konfliktspezifische Veränderungen hervorzurufen die man theoretisch als strukturell beschreiben kann.

Empirische Versuche zu definieren was psychische Struktur ist.

# OPD

Operationalisierte Psychodynamische  
Diagnostik

*Arbeitskreis OPD*



### **AG Krankheitserleben**

Leiter:

Wolfgang Schneider, Rostock Harald J. Freyberger, Bonn

Paul L. Janssen, Dortmund Reinholde Kriebel, Geldern Aribert Muhs, Zella.H.  
 Manfred Tetzlaff, Dortmund Jörn von Wietersheim, Lübeck

### **AG Beziehungen**

Manfred Cierpka, Göttingen

Manuela Burgmeier-Lohse, Hamburg Reiner Dahlbender, Ulm Susanne Davies-Osterkamp t Gabriele Frevert, Ulrn Tilman Grande, Heidelberg Peter Joraschky, Erlangen Henning Schauenburg, Göttingen Michaela Strack, Göttingen Bernhard Strauss, Kiel

**AG Konflikt** *Leiter:*

Gerhard Schüßler, Innsbruck Gereon Heuft, Essen Sven Olaf Hoffmann, Mainz Elmar **Mans**, Bad Kreuznach Stavros Mentzos, Frankfurt

**AG Struktur** *Leiter:* Gerd Rudolf, Heidelberg, Peter Buchheim, München Wolfram Ehlers, Stuttgart Joachim Küchenhoff, Basel Doris Pouget-Schors, München Ulrich Rüger, Göttingen Frank Schwarz, München Günter H. Seidler, Heidelberg

**AG Psychische und Psychosomatische Krankheiten** *Leiter:* Harald J.

Freyberger, Bonn, Wolfgang Schneider, Rostock, Barbara Dierse, Lübeck Sven Olaf Hoffmann, Mainz Aribert Muhs, Zell a. H. Jörn von Wietersheim, Lübeck

Gewichtete Kappa Werte Struktur .74



## Dimensionen zur Erfassung von Strukturmerkmalen

**Selbstwahrnehmung:** Fähigkeit ein Bild des eigenen Selbst gewinnen zu können (Selbstreflexion) – kohärent und über die Zeit stabil (Identität); Wahrnehmung innerseelischer Vorgänge bei sich selbst (Introspektion)

**Selbststeuerung:** Diese Dimension beschreibt einen integrierenden Aspekt des Selbstbezugs und zwar vor allem die Fähigkeit, steuernd mit den eigenen Triebimpulsen, Affekten und dem Selbstwertgefühl umzugehen.

**Abwehr:** Ensemble von Selbstschutzmechanismen, um Wahrnehmungsinhalte für die eigene Person auf Kosten der Realitätswahrnehmung akzeptabel zu machen.

**Objektwahrnehmung:** Ausmaß der Befähigung zwischen innerer und äußerer Realität unterscheiden zu können und der Fähigkeit äußere Objekte ganzheitlich mit eigenen Intentionen und Rechten wahrzunehmen.

**Kommunikation:** Fähigkeit sich auf andere auszurichten und sich ihnen mitzuteilen – Empathie.

**Bindung:** Fähigkeit innere Repräsentanzen des Anderen dauerhaft zu errichten und zu besetzen (Identifikation) und wechseln zu können.

Wird erfasst über Interview.

**Selbstwahrnehmung** Fähigkeit ein Bild des eigenen Selbst gewinnen zu können (Selbstreflexion) Kohärent und über die Zeit stabil (Identität) Innerseelische Vorgänge bei sich selbst wahrzunehmen. Introspektion

**Selbststeuerung** Die Dimension Selbststeuerung beschreibt einen integrierenden Aspekt des Selbstbezugs und zwar vor allem die Fähigkeit, steuernd mit den eigenen Triebimpulsen und Affekten und dem Selbstwertgefühl umzugehen. Es resultiert daraus die Fähigkeit, sich selbst verantwortlich als Urheber eigenen kompetenten Handelns erleben zu können und dabei Selbstvertrauen zu empfinden. Selbststeuerung ist ein bipolares Konzept: ist sie übermäßig vorhanden (Übersteuerung), so kann die Handlungsfähigkeit und die Kommunikationsmöglichkeit mit anderen eingeschränkt sein; ist sie zu schwach ausgeprägt, so dass die Integration von Affekten und Impulsen beeinträchtigt ist, kommt es zum ungewollten oder impulsiven «Agieren» von Affekten und Triebregungen.

Zur Selbststeuerung gehören Kreativität und Toleranz für Variationsbreite der Affekte, insbesondere für negative und widersprüchliche Affekte (Ambivalenztoleranz) sowie die Fähigkeit zur Antizipation von Affekten. Auch die Regulation des Selbstwertgefühls gehört zur Selbststeuerung. Die Fähigkeit zur Selbststeuerung ist an die Möglichkeit der intrapsychischen Konflikt Verarbeitung gebunden. Geht nicht wenn die Abwehr interaktiv.

**Abwehr** Ensemble von Selbstschutzmechanismen Wahrnehmungsinhalte für die eigene Person auf Kosten der Realitätswahrnehmung akzeptabel zu machen.

**Kommunikation** Fähigkeit sich auf andere auszurichten, sich Ihnen mitzuteilen. Empathie.

**Bindung** Fähigkeit innere Repräsentanzen des Anderen dauerhaft zu errichten und zu besetzen (Identifikation) und wechseln zu können



## Strukturniveau: Gut integriert

Intrapsychische und interpersonell regulierende Funktionen sind prinzipiell verfügbar (über längere Lebensperioden hinweg und unabhängig von inneren und äußeren Belastungssituationen).

Es steht ein psychischer Innenraum zur Verfügung, in dem *intrapsychische Konflikte* ausgetragen werden können.

Die *zentrale Angst* gilt dem Verlust der Liebe des Objekts.

Die *Gegenübertragung* solchen Patientinnen und Patienten gegenüber ist gekennzeichnet durch das Gewährwerden modulierter, untereinander in Beziehung stehender Gefühlsregungen, die sich auf die Wiederbelebung biographisch relevanter Konflikte mit historisch erlebten Personen beziehen.

Arbeitskreis OPD (1996): Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik. Bern: Huber.

**Selbstwahrnehmung** Eine differenzierte, reflektierte Wahrnehmung des Selbst ist möglich; das Bild des Selbst ist in seinen Grundzügen über die Zeit konstant und kohärent (Identität und speziell psychosexuelle Identität). Innerseelische Vorgänge können mit einigem Interesse beobachtet und hinsichtlich der zugehörigen Affekte differenziert wahrgenommen werden; zu den erlebten Affekten gehören Freude, Angst, Ärger, Schuld, Scham und Trauer. Die genannten Fähigkeiten können durch Konflikte eingeschränkt, nicht jedoch grundsätzlich außer Kraft gesetzt werden.

### *Klinisches Beispiel:*

Der Patient kann spontan oder auf Nachfrage Eigenschaften und Fähigkeiten benennen, die illustrieren, welches Bild er von sich selbst hat, «was er für ein Mensch ist und ggfs. was ihn von anderen Menschen unterscheidet». Er kann unterschiedliche Facetten seines emotionalen Erlebens wahrnehmen und mit-teilen. Beim Untersucher entsteht der Eindruck, dass der Patient ein selbstreflexives Interesse an sich entwickelt hat und es für sich nutzen kann.

### **Selbststeuerung**

Triebwünsche machen nicht dauerhaft Angst und können versuchsweise beschrieben werden. Diskrepanzen zwischen den eigenen Wünschen, den Interessen der Anderen und den eigenen Wertvorstellungen können potentiell reflektiert und eine kompromißhafte Konfliktlösung angestrebt werden. Ambivalenzen können toleriert werden. Triebbefriedigungen werden gesucht, lassen sich aber auch aufschieben oder verlagern. Die Reaktion der Umwelt kann handlungssteuernd antizipiert werden. Ein positives Selbstwertgefühl kann -mit konfliktbedingten Einschränkungen - aufrecht erhalten werden. Die Möglichkeit, unangenehme Affekte zu tolerieren, ist vorhanden. Eingeschränkt ist am ehesten die Akzeptanz positiver Affekte. Affekte werden als das Gesamtverhalten steuernde Signale wahrgenommen und sind handlungsleitend.

### *Klinisches Beispiel:*

Der Patient kann im Gespräch auf die Beschreibung reagieren, die der Untersucher von der Diskrepanz zwischen Wünschen des Patienten, seinen Werten und den Interessen der Anderen sieht. Er kann die Diskrepanzen reflektieren, ohne sich gekränkt zu fühlen und sich im Gespräch zurückzuziehen, und kann an der Auflösung der inneren Widersprüche arbeiten.

**Abwehr:** Gegen Triebwünsche und Affekte. Innere Bilder von selbst und Objekt bleibt stabil. Hemmungen, Verdrängung, Rationalisierung, Verschiebung.

Das Bild des Gegenübers wird differenziert wahrgenommen; kann jedoch neurotisch konflikthaft gefärbt sein; Empathiefähigkeit vorhanden; objektbezogene Affekte sind

möglich (Sorge, Anteilnahme, Schuld, Trauer, Scham)

**Kommunikationsbereitschaft** grundsätzlich vorhanden: Kommunikationsbedürfnis u. U. konflikthaft eingeschränkt oder gesteigert

**Bindung** Gute innere Objekte vorhanden; unterschiedliche innere Objekte erlauben grundsätzlich triadische Beziehungen; u. U. Schwierigkeit,

Bindung zu verschiedenen Personen zu integrieren;

*Zentrale Angst:* Zuneigung des Objekts zu verlieren



## Strukturniveau: Mäßig integriert

Verfügbarkeit über die selbstreflexiven Fähigkeiten und Funktionen ist prinzipiell erhalten, aber situativ herabgesetzt.

Vorherrschen *intrapsychische Konflikte*, die aber andere Inhalte und einen anderen Umgang damit als beim gut integrierten Niveau aufweisen: Auf der Bedürfnisseite stehen unbewusste Regungen der gierigen Bedürftigkeit, der Bemächtigung, der Unterwerfung; auf der steuernden Gegenseite finden sich strenge, rigide und strafende Normen («unreifes Über-Ich») sowie überzogene Ideale.

Die *zentrale Angst* gilt dem Verlust oder der Zerstörung des stützenden, steuernden Objekts.

Dem entspricht in der *Gegenübertragung* ein punktuell gelegentlich schwer aushaltbares Erleben, das aber durch eine konsequente Gegenübertragungsanalyse immer wieder auf die für den Patienten relevanten Beziehungserfahrungen zurückgeführt werden kann.

Die reflexive Wahrnehmung des Selbst ist eingeschränkt, sie richtet sich vor allem auf das handelnde Ich. Die Kohärenz des Selbstbildes wird durch situative Belastungen in Frage gestellt. Die Introspektion bezüglich eigener Affekte (vor allem zärtliche und aggressive) ist neurotisch eingeengt. Im affektiven Erleben herrschen Angst, Wut, Enttäuschung, Selbstentwertung, Ambivalenz und depressive Affektlage vor.

### *Klinisches Beispiel:*

Patient kann auf Befragen weniger schildern, wer er selbst ist, sondern eher was er in bestimmten Situationen getan oder gesagt hat. Das gewonnene Selbstbild wirkt oft instabil, flach oder vergrößert, es ist situations- und stimmungsabhängig, der Patient wird offenbar von Situationen und Stimmungen mitgerissen oder versucht sich durch Affektvermeidung stabil zu halten.

### **Selbststeuerung :**

Die Möglichkeit, sich Triebwünsche sozial adäquat und gemäß den eigenen Wertvorstellungen zu erfüllen, ist deutlich herabgesetzt; die Tendenz zur Übersteuerung überwiegt, d. h. Affekte und Triebwünsche werden nur schlecht bewusst toleriert, deshalb werden sie verstärkt abgewehrt, können daher weder als Signale wahrgenommen werden noch handlungsleitend sein. Die Folge ist eine verstärkte Selbstkontrolle und Einschränkung der emotionalen Flexibilität. Neben der Übersteuerung sind gelegentlich auch Impulsdurchbrüche möglich. Zugleich sind die Möglichkeiten eines flexibleren Umganges mit Triebwünschen und Affekten eingeengt, da die Fixierung an bestimmte, verdrängte Wünsche groß ist; die Möglichkeit, Triebbefriedigungen aufzuschieben oder zu verlagern, ist dementsprechend verringert. Ungelebte Aggressivität kann intrapsychisch zu selbstentwertenden, selbstbestrafenden, autoaggressiven Tendenzen führen, die «masochistisch» wirken. In Zuständen versagender Steuerung können autoaggressive Tendenzen hervortreten. Die Möglichkeit, die Folgen des Auslebens eigener Gestimmtheiten vorwegnehmen zu können, also die Reaktion der Umwelt einbeziehen zu können, ist insofern verringert, als die negative Reaktion der Umwelt übertrieben vorgestellt wird. Die Regulation des Selbstwertgefühls ist deutlich störbar, was sich als Kränkbarkeit, Selbstüberhöhung oder Selbstentwertung äußert.

### *Klinisches Beispiel:*

Der Patient vermag es gegebenenfalls nur indirekt, Aufmerksamkeit und Fürsorge für sich zu fordern; er steht immer zurück, hilft anderen (altruistische Abtretung), lässt sich seinen Hunger nach Zuwendung nicht anmerken. Das Gespräch mit ihm bleibt zäh, der Patient ist sehr kontrolliert, zwar äußerlich zuvorkommend, aber doch wortkarg und unlebendig. Der Untersucher hat immerfort das Gefühl, er müsse mehr für den Patienten tun, sich besser für ihn einsetzen, ihn mehr versorgen. Eher nebenbei erfährt er, dass der Patient gelegentlich zuhause zu Alkoholexzessen neigt, wenn er allein ist.

**Abwehr** eingeschränkt flexibel, überschießend oder versagend; Verleugnung, Wendung gegen eigene Person.

Reaktionsbildung, Isolierung, Projektion

**Objektwahrnehmung** Wenig Empathiefähigkeit; konfliktgefärbte Wahrnehmung des Anderen; in Konflikten wirkt der Andere ängstigend oder droht verloren zu gehen

**Kommunikationsfähigkeit** störbar; Kommunikationsbereitschaft durch gekränkte, aggressive, bedürftige etc. Haltungen beeinträchtigt

**Bindung** : Wenig «gute innere Objekte», Objektbilder auf wenige Muster eingeschränkt; wunschgeleitete und dyadische Beziehungen vorherrschend

*Zentrale Angst:* Das wichtige Objekt verlieren





## Strukturniveau: Gering integriert (2)

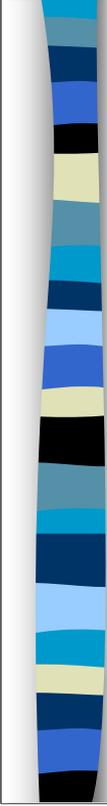
Die *zentrale Angst* gilt der Vernichtung des Selbst durch das böse Objekt oder durch den Verlust des guten Objekts.

Der Tendenz zur Realisierung intrapsychischer Konflikte in den jeweiligen Interaktionen entspricht auch die *Gegenübertragung*: Sie ist durch Heftigkeit gekennzeichnet, durch abrupte Veränderungen des Erlebens; gelegentlich wirken aufgewühlte Gefühlsregungen über die Realpräsenz des Patienten nach. Diese Patienten wiederholen nicht an ihrem Gegenüber biographisch relevante Konflikte, sondern mobilisieren im Anderen Teil-Ich-Funktionen, über die sie selbst nicht verfügen.



## Struktur - Synopsis

	gut integriert	mäßig integriert	gering integriert	desintegriert
<i>Allgemeine Charakteristik</i> Struktur des Selbst in Beziehung zum Anderen; Verfügbarkeit über intrapsychisch und interpersonell regulierende Funktionen zur Erhaltung von Autonomie und Beziehungsfähigkeit	Weitgehend autonomes Selbst; regulierende Funktionen verfügbar; psychischer Binnenraum strukturiert (intrapyschische Konflikte möglich) Über-Ich streng, aber integriert	Verfügbarkeit über regulierende Funktionen herabgesetzt; intrapsychische Konflikte sind destruktiver, archaischer; Über-Ich streng, evtl. externalisiert; Ich-Ideal überzogen	Seelischer Binnenraum und psychische Substrukturen wenig entwickelt; regulierende Funktionen deutlich reduziert; Konflikte sind interpersonell statt intrapsychisch	Kein kohäsives Selbst ausgebildet; daher bei Belastung Gefahr von Desintegration oder Fragmentierung; dem psychotischen Zusammenbruch kann psychotische Restituierung folgen

<h2>Beispiel: Strukturniveau 1</h2>	
 <p>&lt;P1.2&gt; / ja + habe ich in der Zeitung gelesen, heute früh</p> <p>P1.4 ja, ja erzählen Sie ruhig weiter aber wir machen es Kurz.</p> <p>&lt;P1.6&gt; was war da?</p> <p>&lt;P1.8&gt; hm hm</p>	<p>&lt;P2.1&gt; der hat jetzt Prozess / + //</p> <p>&lt;P2.3&gt; ja das; ich habe es nicht gelesen in der /</p> <p>P2.5&gt; wissen Sie mit der Frau war ich sehr befreundet, ne.</p> <p>P2.7&gt; ä mit seiner geschiedenen Frau. ich habe also alles mit gekriegt und ich habe mich gestern umgemeldet, viel zu spät</p> <p>&lt;P2.9&gt; und da habe ich gefragt ((was ihr / drauf wäre)) vom Amt, und da sagt sie ja, da sage ich ja da sage ich ich war mit der Frau so befreundet, die ist total durchgedreht, als er sie verlassen hat. da sagt sie, 'dann haben Sie aber länger mit ihr keinen Kontakt gehabt, die ist ja tot.' ach, denke ich,</p>

P1 ist der Therapeut, P2 die Patientin. Es handelt sich um die erste Stunde nach einer eingehenden Diagnostik und der Besprechung der Therapieziele und was in den nächsten Stunden zu tun wäre. Die Patientin kommt sehr aufgeregt herein und berichtet schwer atmend ein Herr X habe den Prozess bekommen. Der Therapeut bestätigt den Vorgang in dem er auf einen Zeitungsartikel verweist den er zu dem Fall x an eben diesem Morgen gelesen habe, was die Patienten wiederum nicht kennt. Wegen der hohen Erregung der Patientin fordert der Therapeut sie auf fortzufahren sich aber kurz zu fassen. Dies geschieht vor dem Hintergrund, dass in der Vorbesprechung die Neigung der Patientin sich in Ihren Erzählungen zu verlieren als mögliches Hindernis für die Behandlung gesehen wurde. Es werden nun Personen und Episoden eingeführt die mindestens zwei Zeitebenen angehören eine Ummeldung am Einwohnermeldeamt, die noch kommentiert wird, und eine vorzeitige Beziehung zu einer Frau, die sich als geschieden herausstellt und zwar von eben diesem Mann der nun den Prozess hat. In der zweiten Zeitebene erfährt sie nun vom Tod dieser ehemaligen Freundin, was sie innerlich mit „Ach“ kommentiert aber in situ vorträgt als geschehe dies alles im Behandlungsraum.

## Beispiel: Strukturniveau 2

P1.10> hmhm	<P2.11> ich wollte sie Weihnachten noch anrufen, das war + so
P1.12> hmhm	P2.13> gut daß ich nicht + angerufen
P1.14> hmhm +	P2.15> habe.
P1.16> war es lang her? hmhm ja gut	<
	P2.17> man meint manchmal ehrlich es geht so gerecht zu. der hat die + wirklich
<P1.18> hmhm +	<P2.19> entsetzlich sitzen lassen, hat dann noch ein Baby gekriegt mit einer zwanzig jährigen Ausländerin, die ist wirklich durchgedreht ne,

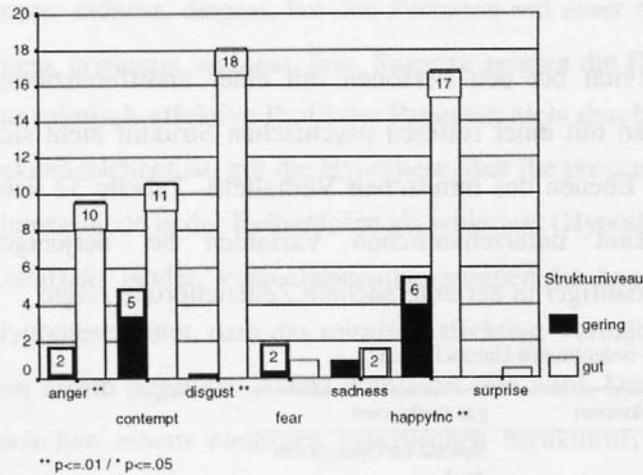
Sie geht nun auf einen Vorsatz der Kontaktaufnahme ein, der nicht ausgeführt wurde, und wie sich nun herausstellt zu Ihrem Vorteil. Es bleibt unklar was an dem Nichtanrufen gut gewesen sein soll. Dem Hörer bleiben eine Reihe von Hypothesen. Gut dass sie sie nicht retten musste? Gut dass sie nicht so von Ihrem Tod erfahren musste? Dann kommt ein kurzer Kommentar über das Weltbild von manchen (Ihres nicht) um dann mit großem Affekt zu deklamieren, dass dies nicht so ist. Die geschlechtsspezifischen Personalpronomina werden in der Syntax so gesetzt, dass eine Verwirrung hinsichtlich Subjekt und Objekt entstehen muss...

## Beispiel: Strukturniveau 3

P1.20> hmhm	<P2.21> richtig durchgedreht
<P1.22> + hmhm	P2.23> nachts + mit dem Fahrrad den + Ort gefahren und ganz schlimme Sachen gemacht.
<<P1.24> hmhm hmhm hmhm + ja jetzt fangen wir an ne?	P2.25> jetzt fangen wir an
<<P1.26> ja es geht ja um Sie:	P2.27> genau, aber das hatte auch mit + mir zu tun

Jetzt kommt eine Spezifikation von durchdrehen, die auf den ersten Blick so schlimm nicht scheinen. Das Ganze wird so erzählt, als ob vom Affekt her alles im Moment geschehe. Die Patientin wechselt in der Erzählung auf der Mikroebene Raum und Zeit ohne den Hörer auch nur ansatzweise zu informieren. Es ist ohnehin alles in der Gegenwart.

## Struktur und Affekt



Schulz, S. (2000) Affektive Indikatoren struktureller Störungen  
Dissertation.de – Verlag im Internet.

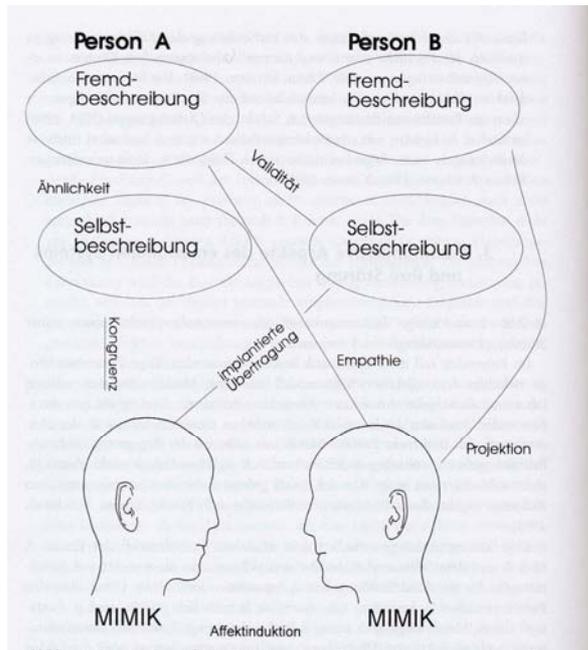
Niveau: Gute Integration

Die gut integrierte psychische Struktur stellt einen psychischen Innenraum zur Verfügung, in dem intrapsychische Konflikte ausgetragen werden können.

Niveau: Gering integriert: Die Verfügbarkeit über die intrapsychisch und interpersonell regulierenden Funktionen ist deutlich reduziert.

In der Interviewsituation weisen gering integrierte sehr viel weniger Affekte im Gesichtsausdruck auf. Das kommt daher, dass die Verbindung des affektiven Zeichens mit dem Inhalt des Denkens bzw. Sprechens anders ist, als bei gut Integrierten.

# Intersubjektives Feld

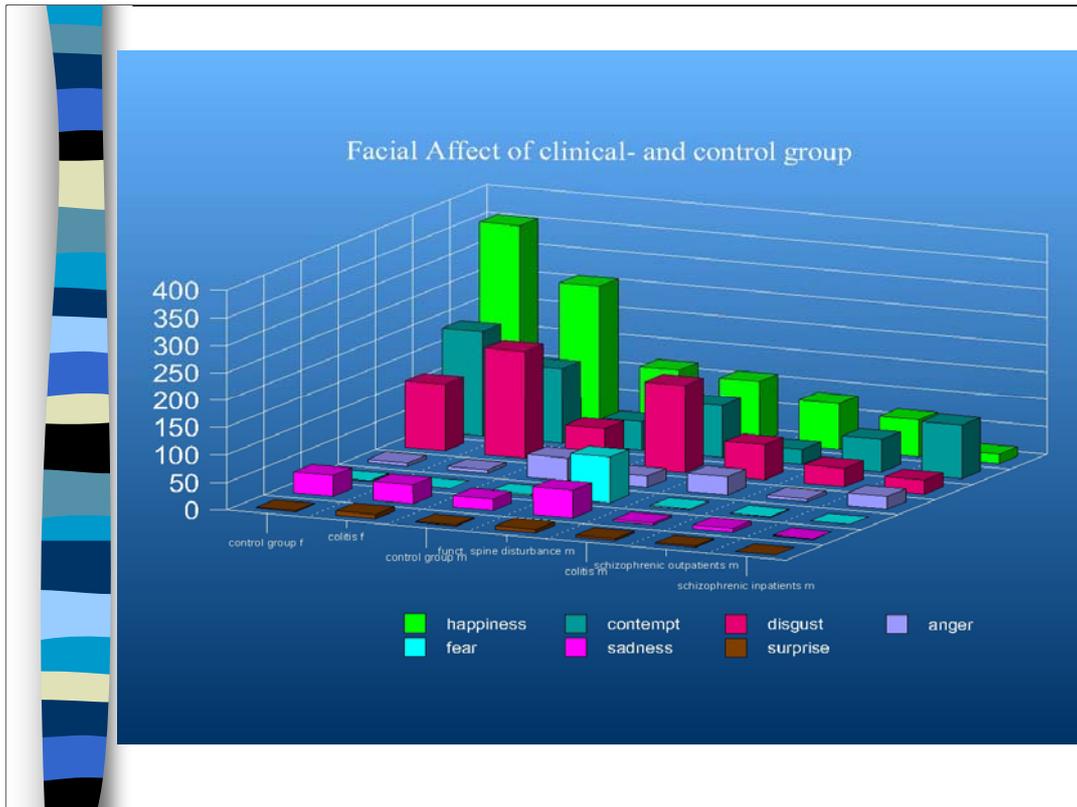


[Affektinduktion](#)

[Projektion](#)

[Introjektion](#)

[Projektive  
Identifikation](#)



Albert Scheflen (1981) Levels of Schizophrenia Seite 43 . In sum, the participants in a symbiotic field show little interaction with each other but they show high degrees of coalition - like members of a chorus, a dance team or a football squad. These coacting include similarities in dress, color use, insignia, hairdo, posture, facial expression and gesture, and they are evidenced by a simultaneity of movement and change. In the relationships of the Schizophrenie person - in or we rarely find high involvements and active interactions. Instead, they take maximum distances, avoid looking at each other, speak past each other in flat voices. Their faces and bodies are relatively immobile. And they do not speak, look at each other, touch or even stay in the same face-to-face space. In sum, the degree of interactional involvement is extremely low. Involvement and interaction are different dimensions of behavior than attachments of a symbiotic kind. I will In sum, the participants in a symbiotic field show little interaction with each other but they show high degrees of coalition - like members of a chorus, a dance team or a football squad. These coactions include similarities in dress, color use, insignia, hairdo, posture, facial expression and gesture, and they are evidenced by a simultaneity of movement and change.



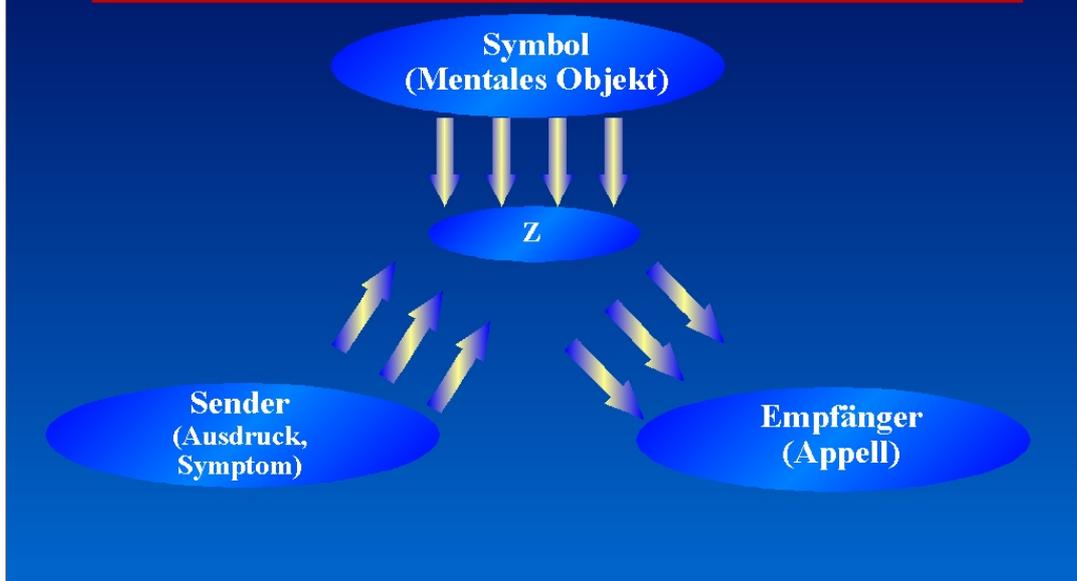
## Interaktion Gesunde



## Projektive Identifikation in Action

## Das Organon- Modell der Bedeutung affektiver Zeichen

---



Die Zusammenhänge zwischen dem expressiven Modul und dem Situationserleben sind bei Gesunden deshalb sehr niedrig – wenn man von der Freude absieht – weil die affektiven Zeichen nicht den Zustand des Senders reflektieren, sondern einen Kommentar desselben über ein mentales Objekt über das er mit seinem Gesprächspartner spricht oder kommuniziert. Das affektive Zeichen ist deshalb nicht direkt interaktiv weder als Appell noch als Ausdruck sondern ein mentalisierungsähnliches affektives Kommentieren.



## Therapeutische Ziele bei verschiedenen Strukturniveaus

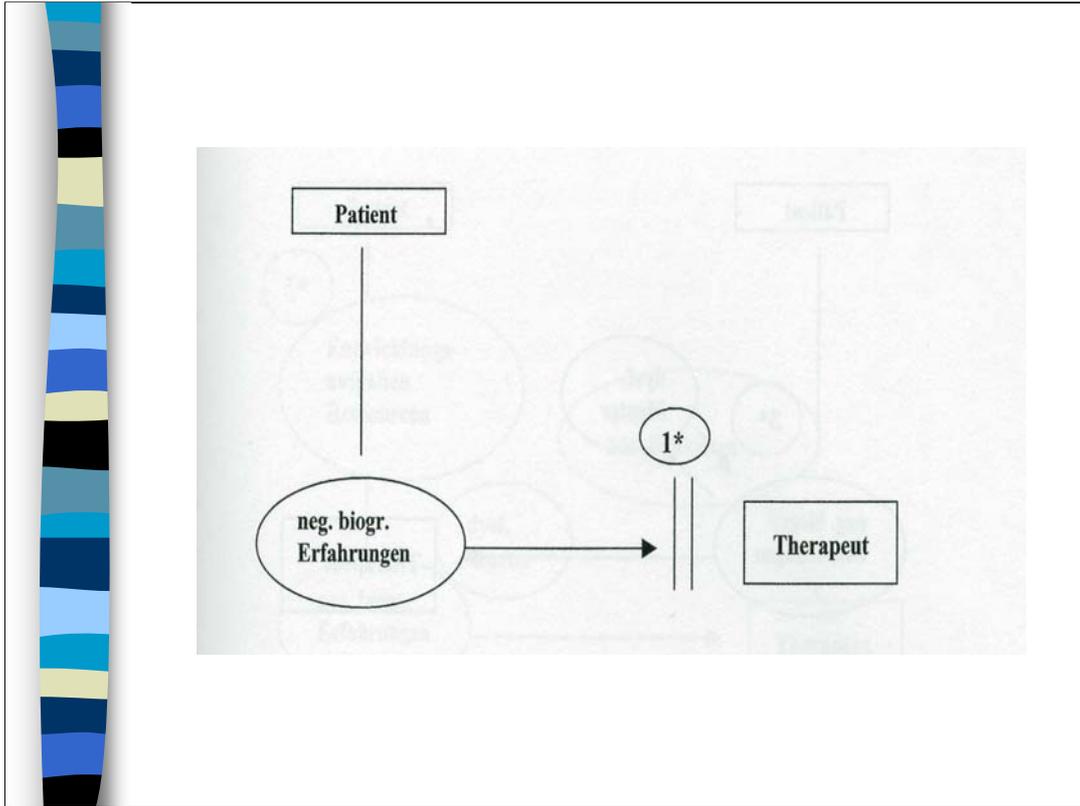
### **Strukturelle Störungen** ( Strukturniveau gering)

Veränderter Umgang des Patienten mit der Störung, die er als etwas Eigenes akzeptiert, als etwas schwieriges Eigenes verantwortet und durch veränderte Einstellungen bewältigt. Keine zusätzliche Aktivierung der Übertragungsphantasien. Sie sind ohnehin überwältigend vorhanden und werden als real eingestuft.

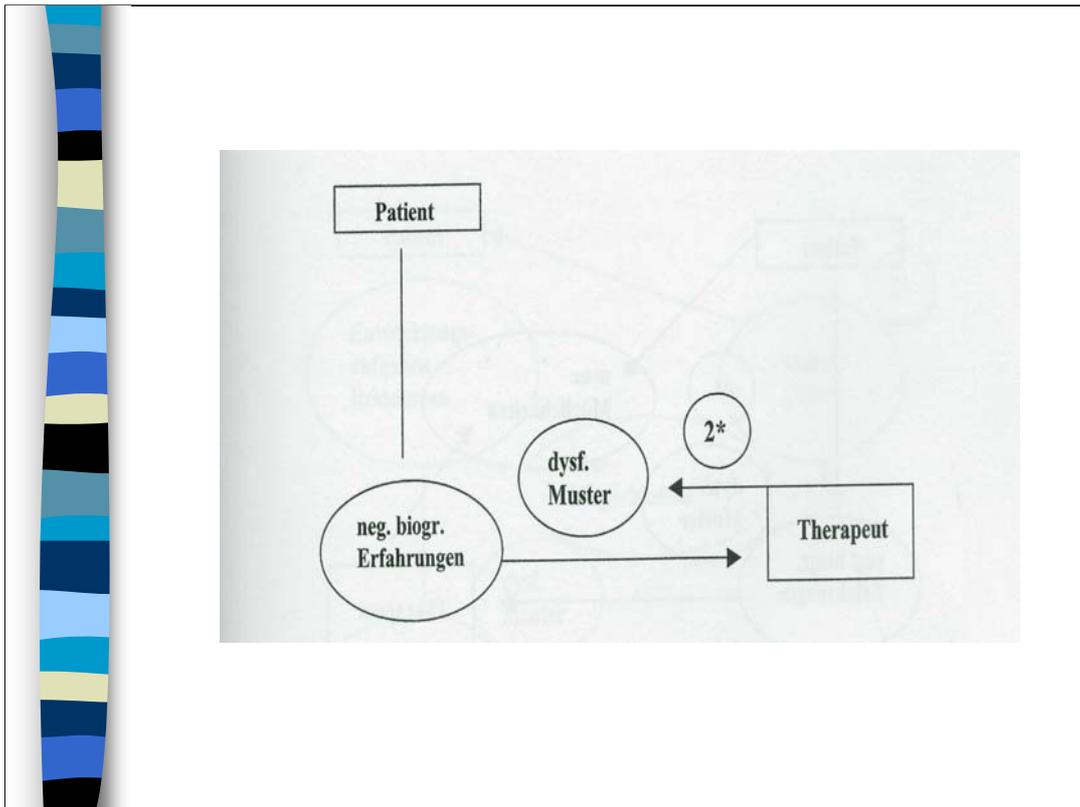
### **Neurotische Störungen** ( Strukturniveau mäßig bis gut)

Verstehen der Störung in Ihrer Konfliktdynamik und biographischen Bedingtheit – Optimale Reaktivierung des unbewussten Konfliktes in der therapeutischen Beziehung (Behandlung entlang der Übertragung) Erkennen, Klarifizieren und Deuten der Übertragung führt zu kognitiv - affektiven Restrukturierung über Einsicht in unbewusste Prozesse.

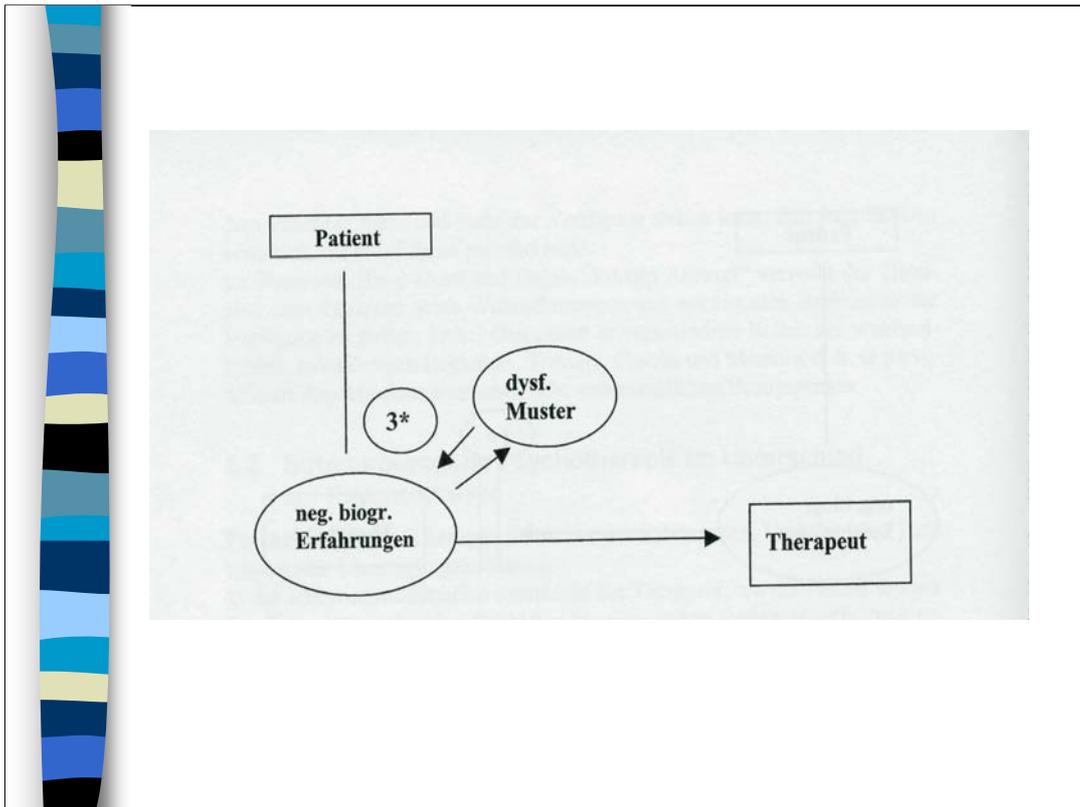
Patienten mit strukturellen Störungen verlieren unter Belastung in sehr spezifischer Weise ihre Selbstwirksamkeit. Sie tun sich schwer mit ihrer **Selbstregulierung** (speziell Affektregulierung) und ihrer Beziehungsregulierung (speziell Konfliktlösung und Hilfesuchverhalten). In dieser Verfassung sind Patienten außerstande, ihrer anflutenden Emotionen Herr zu werden. Sie können sich selbst nicht „einkriegen“, sind geflutet von Verzweiflung, wütender und trauriger Erregung oder Panik. Unter Umständen stellt sich die Gegentendenz der emotionalen Entleerung und Erstarrung als eine Notfallreaktion ein. Dieser Verfassung sind sie auch nicht in der Lage, eine Beziehung herzustellen, die ihnen helfen könnte, sich zu beruhigen, ihre lauten oder stummen Appelle werden nicht gehört und rufen bei vertrauten Personen wie Eltern, Partnern oder Kollegen Unverständnis oder Ablehnung hervor. Wo schon die potentiell hilfreichen Beziehungen misslingen, scheitern konflikthafte Beziehungen erst recht. Spannungen mit Angehörigen, Freunden oder Kollegen eskalieren bis zum Äußersten, weil die Patienten sich massiv missverstanden, angegriffen, zurückgewiesen, entwertet oder bedroht fühlen. (Im beruflichen Feld z.B. als Erleben von „Mobbing“, im privaten Bereich als sich immer wieder ähnlich einstellende Beziehungskrisen.) Aus der Perspektive der Patienten sind die Gründe für die emotionalen Krisen oder Beziehungskrisen eindeutig im Außen, d.h. im Fehlverhalten der Anderen begründet



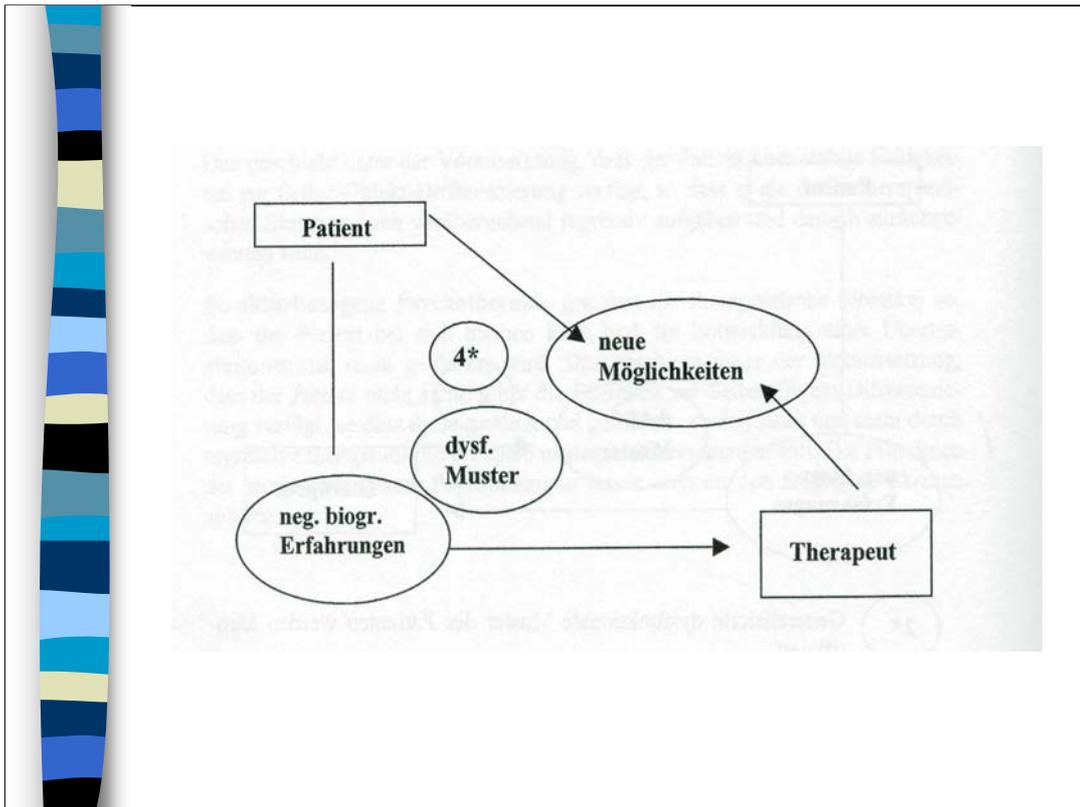
1\* Übertragungsangebote des Patienten, gespeist aus negativen biographischen Erfahrungen, werden nicht therapeutisch aufgegriffen und verstärkt.



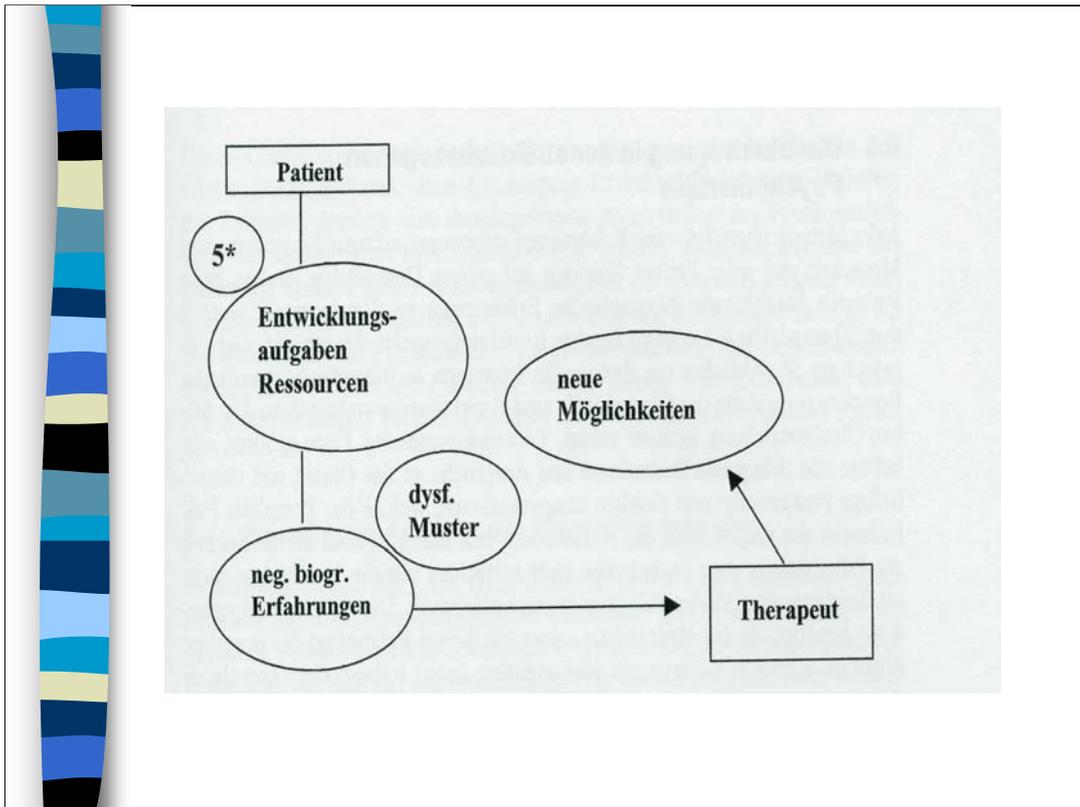
2\* Generalisierte dysfunktionale Muster des Patienten werden identifiziert



3\* Dysfunktionale Muster werden als Antwort/Notlösung/Bewältigung biographischer Erfahrung akzeptiert



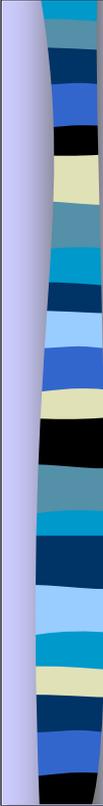
4\* Gemeinsame Suche nach neuen Verhaltensmöglichkeiten, Bewältigungen anstelle der dysfunktionalen Muster



5\* Die neuen Möglichkeiten beachten insbesondere die aktuellen Entwicklungsaufgaben und Ressourcen des Patienten







## Phasenspezifische Motivationsaufträge

1. **Bindung:** Herstellung einer anhänglichen, zärtlichen, freundschaftlichen Beziehungen zu Artgenossen, zunächst zur Mutter unter vorläufiger Außerachtlassung der Geschlechtsunterschiede und der Autonomie. „*The maternal affectional system*“ (Harlow & Mears 1983; Buck, 1988) genannt.
2. **Autonomieentwicklung:** Erlangung von Selbstständigkeit und Behauptung gegenüber Angriffen und unerwünschten Beeinflussungen (das nennen Buck, 1988, und Harlow & Mears, 1983, das "*peer affectional*" system)
3. **Sexualität:** Entwicklung sexueller Aktivität, Verführung und Versetzung des Partners in sexuelle Stimmungen.
4. **Gewissensentwicklung:** Aneignung und Verinnerlichung sozialer Spielregeln.

Zu 1.) Sichere Bindung Die sicher gebundenen Kinder reagieren auf die Trennung beunruhigt, begrüßen die Bindungsperson bei der Wiedervereinigung, suchen ihre Nähe und beginnen von dieser Position aus die Umgebung wieder zu explorieren. Im internationalen Vergleich sind 65% der 12 Monate alten Kinder so zu klassifizieren (Streuung zwischen 50 % in China und 77 % in Deutschland (van IJzendoorn 1994, Hédérvari 1995).

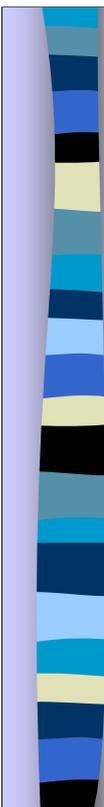
Die Unsicher Vermeidenden sind vor und während der Trennungssituation nicht sichtbar beunruhigt, und nach der Rückkehr wenig an Kontakt und Interaktion mit der Bindungsperson interessiert. Sie zeigen aber erhöhten Cortisolspiegel als Stressindikator. Sie vermeiden körperliche Nähe. Es gibt keinen merklichen Verhaltensunterschied gegenüber dem Fremden und der Mutter. Häufig werden diese Kinder als Vermeider im Dienste von Nähe und Beziehungserhaltung bezeichnet. Im internationalen Vergleich sind 21 % der Kinder so klassifiziert worden, wobei die Kulturkreise Westeuropa (27%), USA (21%) und Israel, China und Japan (9%) unterschieden werden müssen.

Die unsicher-ambivalent gebundenen Kinder verhalten sich nach der Wiedervereinigung sehr widersprüchlich. Sie suchen Körperkontakt zur Bindungsperson, zeigen aber gleichzeitig ärgerliche Zurückweisung in Form von Widerstand gegen diesen Kontakt. Sie sind während der Trennung sehr verängstigt und lassen sich nachher nur schwer oder gar nicht durch die Bindungsperson beruhigen. Im internationalen Vergleich findet man 14% solcher Kinder, wiederum unterschieden in Westeuropa 6%, USA 14% und Israel, China und Japan 28%

Die Kinder des Typs unsicher-desorganisiert zeichnen sich durch desorganisiertes desorientiertes Verhalten aus. Sie können Bindungsverhalten zeigen, erwecken aber trotzdem den Eindruck, keine Möglichkeit zu haben, sich in einer emotional belastenden Situation zurechtzufinden. Da dieser Typus erst seit 1986 geführt wird, liegen keine befriedigenden Statistiken vor. Es wird vermutet, dass dieser Bindungstyp vorwiegend bei traumatisierten Kindern auftritt.

Zu 2.) Die frühere sogenannte anale Phase.

Zu 3.) Frühere Phallische und Genitale Phase



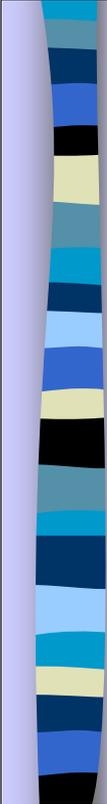
## Regression: Definition

„Regression“ ist ein deskriptiver Begriff der Psychoanalyse. Er bezeichnet einen Vorgang, in dem ein Individuum oder eine Gruppe ein schon erreichtes psychisches Struktur- oder Funktionsniveau verlässt und zu einem lebensgeschichtlich früheren und/oder niedriger strukturierten Niveau des Denkens, Fühlens oder Handelns zurückkehrt. Der Prozess psychischer und psycho-somatischer Erkrankung wird dann „regressiv“ genannt, wenn der Kranke in einer belastenden Lebenssituation seine inneren Konflikte nur dadurch bewältigt, dass er auf frühere, kindliche und insofern primitivere Erlebnis- und Verarbeitungsweisen zurückgreift (Körner, J. (2000). *Regression, Progression*. In Merten (2000), *Handbuch psychoanalytischer Grundbegriffe*. Stuttgart: Kohlhammer).



## Unterschiedliche Formen der Regression

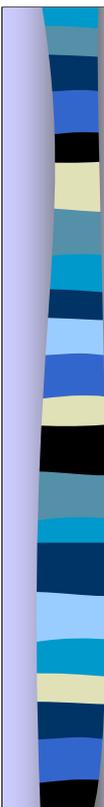
- Gutartige (im Dienste des Ich) maligne Regression auf eine Fixierungsstelle
- Zeitliche Regression
- Formale Regression
- Topische Regression (Räumlich im psychischen Apparat bzw. im Gehirn)
- Drei Aspekte des gleichen Prozesses



## Fixierungsfolgen

Fixierungen oder Regressionen bedeuten, dass die einer Organisationsstufe entsprechenden, relevanten symbolischen Bedeutungen und Affekte die Oberhand über alle anderen ebenfalls möglichen gewinnen.

Es kann allerdings keine eindeutigen Zuordnungen von Symptomen zu altersspezifischen Fixierungen und/oder Traumatisierungen geben, weil die weiteren "Themata" auch beim Misslingen der vorauslaufenden absolviert werden müssen.



## Fixierungsursachen

- Außergewöhnliche Befriedigungen
- Außergewöhnliche Frustrationen
- Wechsel von Beidem (Inkonsistenz)
- Schwäche der nachfolgenden Entwicklungsphase
- Traumata



## Verhältnis von Fixierung und Regression

Eine regressive Bewegung führt zurück zu einer Fixierungsstelle. Ein konflikthaftes Erleben löst eine regressive Bewegung aus, und zugleich „saugt“ die Fixierung den regressiven Prozess an.

Je schwerer die lebensgeschichtlich frühzeitig wirkenden pathogenen Erfahrungen wiegen, desto stärker wirkt diese Anziehungskraft, und schon geringfügige Anlässe im Hier und Jetzt lösen eine Regression aus.



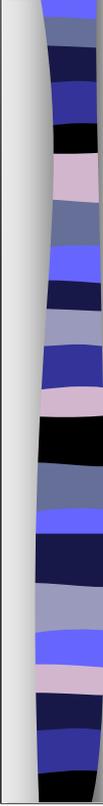
## Regressions- und Fixierungsstufe und psychische Struktur

Unterscheidung unterschiedlicher Stufen des seelischen Funktionierens.

Der wesentliche qualitative Sprung ist ob und in wie weit anderen Personen eine von der eigenen seelischen- und Bedürfnislage unabhängige Intentionalität, Gefühle und Bedürfnisse zugesprochen werden können.

Dies setzt eine mentale Theorie der Intentionalität voraus. Daran hängen Prozesse wie Selbst- und Fremdempathie, Aufschub von Handlungen zugunsten inneren Simulierens, inneren Probehandelns und wird manchmal unter "Theory of Mind", Symbolisierungsfähigkeit, selbstreflexives Niveau abgehandelt.

Unter günstigen Umständen ist das Kind in der Lage ab dem dritten Lebensjahr eine Theorie des seelischen Funktionierens (Theorie of Mind) über sich und die anderen aufzubauen. Fixierungen und Regressionen in den früheren Entwicklungsperioden schränken diese Fähigkeit ein.



## Zentrale Konflikte

- Abhängigkeit versus Autonomie
- Unterwerfung versus Kontrolle
- Versorgung versus Autarkie
- Selbstwertkonflikte (narzisstische Konflikte, Selbst- versus Objektwert)
- Über-Ich- und Schuldkonflikte (egoistische vs. prosoziale Tendenzen)
- Ödipal-sexuelle Konflikte
- Identitätskonflikte (Identität versus Dissonanz)
- Fehlende Konflikt- und Gefühlswahrnehmung

In jeder Konfliktebene findet sich ein *passiver* und ein *aktiver* (kontraphobischer) Modus. In der Entwicklung und im Leben des Menschen besteht eine grundsätzliche Bipolarität zwischen Passivität und Aktivität, zwischen Selbstbezogenheit und Objektbezogenheit. Auf der einen Seite steht der passive Rückzug auf das Selbst, die Selbstbezogenheit, am anderen Ende die aktive Suche des Objektes, die Objektbezogenheit bis hin zur Objektabhängigkeit. Diese gegensätzlich erscheinenden Tendenzen sind natürlich nicht voneinander unabhängig, sondern interdependent. Gerade aber die Betonung des passiven - selbstbezogen oder aktiven - objektbezogenen Modus entspricht häufig einer konflikthafter Verarbeitung, da eine integrative «Sowohl-als-auch-Lösung» nicht gefunden werden konnte. Diese grundsätzliche Bipolarität des menschlichen Lebens schlägt sich in den verschiedenen Konflikten entsprechend nieder: Abhängigkeit versus Autonomie, Selbst(un)wert versus Objektwert und so fort. Es muss jedoch berücksichtigt werden, dass die aktive und passive Auseinandersetzung Grundelemente menschlichen Erlebens und Handelns sind und wir hier von aktivem Modus nur sprechen, wenn eine z. B. deutlich *kontraphobische* Abwehr vorliegt und eine *Reaktionsbildung* überwiegt. Von einem passivem Modus sprechen wir beim Überwiegen *regressiver Abwehrhaltungen*.



## Konflikt: Abhängigkeit vs. Autonomie (1)

- Abhängigkeit und Autonomie sind grundlegende Motivationssysteme von Anbeginn des Lebens. Beide Motivationssysteme zeigen vielfältige Überschneidungen.
- Abhängigkeit und Autonomie sind in allen Konfliktbereichen enthalten und Grundkategorien menschlichen Erlebens. Ein Konflikt hierin liegt bei der Befähigung zu flexiblen und wechselseitigen Beziehungen nicht vor.
- Ein Autonomie-Abhängigkeitskonflikt als lebensbestimmendes Thema zeigt sich in in einer existentiellen Bedrohung, die sich im Leben der Betroffenen immer wieder findet, wenn sie sich auf Beziehungen einlassen oder es nicht tun (z.B. schizoider Charakter).
- Leitaffekt des Konfliktes ist die durch zu große Nähe und zu große Distanz ausgelöste Angst.
- Im Bereich Abhängigkeit versus Autonomie sind Konflikte angesprochen, die um den Grundbestand der Selbstständigkeit kreisen.



## Abhängigkeit vs. Autonomie: Passiver Modus (1a)

Eigene Autonomiewünsche werden unzureichend wahrgenommen und den Wünschen bedeutsamer Beziehungspersonen untergeordnet, um die Bindung nicht zu gefährden oder die Selbstverantwortung nicht zu forcieren.

Es besteht eine ausgeprägte Abhängigkeit, verbunden mit einer Selbstwahrnehmung in Richtung von Hilflosigkeit und Schwäche.

Konflikte in Beziehungen werden demzufolge verleugnet, bagatellisiert und rationalisiert. Ziel dieses Modus ist es, die Beziehung nicht zu gefährden.

Diese Menschen erscheinen abhängig, was in der Untersuchungssituation charakteristischerweise durchgängig erlebt werden kann.

In der *Gegenübertragung* entstehen Gefühle von Sorge und Verantwortung.

Den Patienten spürbar ist eine starke Angst, Bindungen zu verlieren.

### *Kriterien:*

1. Der Patient nimmt in *Familie* und *Partnerschaft* freiwillig einen nachgeordneten, nicht aktiven Part in Beziehungen ein und bleibt in dieser Stellung sowohl regelhaft als auch in besonderen Konfliktsituationen. Änderungsvorschlägen wird ein charakteristischer Widerstand oft mit Hinweis auf die Bedürftigkeit des anderen entgegengesetzt («Ich kann meinen Mann nicht alleine lassen» - CAVE: hier sind nicht die Schuldgefühle, sondern die Bedürfnisse angesprochen!).
2. Es besteht ein psychisches «*Nicht-Erwachsen-Werden*». Dieses kann sich ausdrücken in real verlängerter Wohnzeit im Elternhaus bis hin zu einem «Muttersohn»-Bleiben. Der familiäre Kontext wird auch unter Inkaufnahme schwerer Nachteile erhalten. Durch das passive Zur-Verfügung-Stellen werden Probleme auf die nächste Generation übertragen.
3. Die Patienten üben *im Beruf meist* eine nachgeordnete Tätigkeit aus. Sie sind bestrebt, Verantwortlichkeit zu vermeiden (der ideale zweite Mann; CAVE: Hier ist nicht die Vermeidung von Konkurrenz durch Unterwürfigkeit angesprochen), ohne dass dieses mit beruflicher Insuffizienz einhergeht. Ein passives *Arbeits- und Leistungsverhalten* überwiegt.
4. Die *Besitzverhältnisse* werden der Beziehungsetzung untergeordnet und dienen - wenn überhaupt - der Erhaltung der eigenen passiven abhängigen Position. Oft besteht Bedürfnislosigkeit, weil Eigentum eher zu Verantwortung verpflichtet.
5. Im *gesellschaftlichen Umfeld* werden Gruppenzugehörigkeiten mit Ein- und Unterordnung bevorzugt. Wichtig ist das Gefühl des «Dazugehörens».
6. Krankheit erlaubt Abhängigkeit auszuleben (sekundärer Krankheitsgewinn)



## Abhängigkeit vs. Autonomie: Aktiver Modus (1b)

Vorrangiges Lebensziel ist der Aufbau einer übersteigerten emotionalen und existentiellen Unabhängigkeit. Es besteht ein ständiges Ringen mit anderen Menschen um Autonomie. Eigene Bedürfnisse, sich anzulehnen und sich zu binden, werden entsprechend unterdrückt («pseudounabhängiges» bis hin zu «schizoidem» Verhalten).

Menschen mit diesem Modus sind selten in psychotherapeutischen Institutionen oder Praxen zu finden, da sie Abhängigkeiten (in diesem Falle vom Psychotherapeuten) vermeiden.

Ähnliche Erlebens- und Verhaltenseinstellungen sind beschrieben in der Persönlichkeitstypologie des Herzinfarktpatienten, Typ A nach Rosenman (1981) und in der Persönlichkeit des Herzneurotikers, Typ B nach Richter und Beckmann (1969).

Häufig eine eher männliche Variante der Konfliktlösung (der einsame Held, Philobaten).

In der *Gegenübertragung* entwickelt sich trotz massiver Symptomatik wenig Verantwortungs- und Versorgungsgefühl, man ist bereit, den Patienten «ziehen» zu lassen, da starke abgewehrte Wünsche spürbar werden.

### *Kriterien:*

1. In der *Partnerwahl* wird eine ausgeprägte Unabhängigkeitsposition angestrebt, abgewehrte Abhängigkeitswünsche sind jedoch spürbar. Durch diese Haltung sind Familie und Partnerschaft in der Regel konfliktreich. Im Extremen werden Beziehungen als gefährlich, verschlingend und übermächtig erlebt und vermieden. Die Umwelt leidet nicht selten unter der ständigen Aktivität solcher Personen.
2. Häufig findet sich eine *forcierte Loslösung* unter Mitnahme der inneren Werte der Ursprungsfamilie. Auch eigene Kinder werden forciert verselbständigt und in die Unabhängigkeit entlassen.
3. Unabhängig von der hierarchischen Position werden *Berufsnischen* mit Autarkie angestrebt. Konflikte entstehen insbesondere in Kooperations- und Abhängigkeitsbeziehungen. Das Lern- und Leistungsverhalten ist in der Regel dem Wunsch nach Unabhängigkeit nachgeordnet.
4. Es werden sichere finanzielle Verhältnisse als Basis der Eigenständigkeit bevorzugt. Manchmal aber wird auch die *Besitzlosigkeit* zum Ideal der völligen Unabhängigkeit («*mea propria mecum porto*»).
5. *Gruppenzugehörigkeiten* werden eher selten gesucht. Es werden Weltanschauungen und Ideologien mit dem Ideal der Unabhängigkeit bevorzugt; manchmal sind zynische Haltungen zur Entlastung von sozialen Bindungen beobachtbar.
6. *Krankheit* ist eine zentrale Bedrohung der Möglichkeit zur Unabhängigkeit (Versachlichung der Beziehung – *Relation á distance*)



## Ödipal-sexuelle Konflikte (4)

Sinnlicher Genuss und sexuelle Erregung (in Abhebung von Bindungsmotiven) in Auseinandersetzung mit der Sexualität des Elternpaares (ödipal).

Konflikt zwischen sexuellen Wünschen und Verboten (Inzesttabu, Über Ich-Verbote, Angst vor Kontrollverlust) Sexuelle Konkurrenz vs. Erhalt der primären Objektbeziehung, Identifikationskonflikte (Rollenübernahme vs. zerstörerische Konkurrenz).

Achtung nicht gemeint ist gestörtes Sexualverhalten, das der Regulierung anderer Motivkonflikte dient (Narzisstische und autonome Disregulation, bspw. Perversionen).



## Ödipal-sexuelle Konflikte: Passiver Modus (4a)

Im Vordergrund steht die Verdrängung der Sexualität aus Wahrnehmung, Kognition und Affekt. Es dominieren damit Züge von «Harmlosigkeit», «Naivität», «Kindlichkeit» und «Unschuld».

Das Selbstbild ist das eines Menschen, der nicht um die sexuellen Hintergründe des Lebens weiß. Dieses Nichtwissen wird begleitet von untergründig spürbarer Koketterie, Fehlhandlungen und in der *Gegenübertragung* wahrnehmbarem Interesse an sexuellen Dingen.

Das passive Vermeiden von sexueller Konkurrenz kann auch zu Unattraktivität und der Intention von Geschlechtslosigkeit führen.

1. In den meist stabilen *Partnerbindungen* geht es vorrangig um Liebe, Schutz und Geborgenheit unter Aussparung sexuellen Lebens (Extrem: sog. Josefs-Ehe). Meist werden demzufolge ältere Partner/innen gewählt. Krisenhafte Entwicklungen ergeben sich bei Rollenänderungen mit den durch das fort-schreitende Alter erforderlichen Rollenwechseln.
2. Die *Familienbeziehungen* werden idealisiert und enterotisiert. Familiäre Konflikte und Rivalitäten werden verleugnet.
3. Das *Arbeitsleben* gleicht den Familienbeziehungen mit unauffälligen, teilweise guten Beziehungen, vorrangig ist die Vermeidung von Rivalitäten mit einer eher untergeordneten Position.
4. *Besitz* wird nicht benutzt, um sexuelle Attraktivität herzustellen. Bei Rivalität wird auf Besitz auch verzichtet. Besitz dient eher als stiller und unbewusster Ersatz der sexuellen Befriedigung.
5. In *sozialen Gruppen* werden unauffällige Beziehungen unter Zurückstellung des sexuellen Momentes (geschwisterähnliche Beziehungen) bevorzugt. Wenn auf Rivalität verzichtet wird, sind diese Menschen manchmal allseits beliebt.
6. Die Menschen wirken schwach und pseudoregressiv. Manchmal dient die *Erkrankung* als stiller Ersatz für sexuelle Befriedigung.



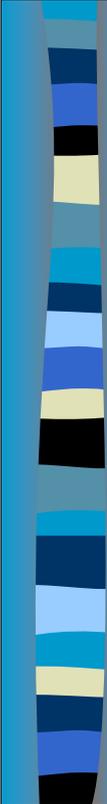
## Ödipal-sexuelle Konflikte: Aktiver Modus (4b)

Das Verhalten und Erleben dieser Menschen deckt sich in vielem mit dem, was in der Literatur als «phallisch-hysterisch» bezeichnet wird.

Leitdynamik ist eine forcierte Sexualisierung aller Lebensbereiche bei gleichzeitiger Hemmung des sexuellen Bezuges und der Befriedigungsmöglichkeiten. Hierzu zählende Phänomene sind Don-Juanismus, Nymphomanie, prononciertes Interesse an sexuellen Fragen wie Anspielung, Zoten und Angeberei usw.; unvermittelt stehen oft daneben Prüderie und Triebfeindlichkeit.

*Leitaffekt* ist die in der Gegenübertragung wahrnehmbare Erotisierung. Zusätzlich bestehen stark wechselnde Affekte («Launen»).

1. Durch das widersprüchliche Verhalten («locken-blocken») sind *Partnerschaften* regelhaft konflikthaft oder unbefriedigend. Es entsteht dadurch viel Leid aller Beteiligten in den Beziehungen. Die Partnerwahl ist oft an den Primärobjecten orientiert, der gewählte Partner enttäuscht jedoch durch seinen Kontrast zu diesen Primärobjecten.
2. Es bestehen enge Bindungen an die *Familie* überhaupt und insbesondere an den gegengeschlechtlichen Elternteil. Diese können auch ganz unbewusst und abgewehrt sein. Geschwisterrivalitäten werden meist verleugnet, obwohl sie oft ausgeprägt sind.
3. Das *Arbeitsleben* ist ebenfalls durch Sexualisierung und kaum abgewehrtes Konkurrenzverhalten problematisch. Offene Konflikte und Anfeindungen können auftreten, zum Beispiel Eifersucht auf die Vorgesetzten. Große reale Erfolge finden sich genauso wie völliges Versagen.
4. *Besitzverhältnisse* unterstreichen und ermöglichen den Ausdruck sexueller Potenz, können aber auch ein vollständiger Ersatz hierfür sein.
5. Das *soziale Feld* ist geprägt durch vielfältige und wechselnde Aktivitäten («Partylöwen»).
6. *Krankheiten* führen in der Arzt-Patient-Beziehung oft zu Erotisieren und Konkurrieren. Die Patienten/innen können in gleicher Weise verführend wie bedrohend erlebt werden, in der Regel überwiegt eine Dimension. Die Krankenrolle bietet weiterhin Anlass zu vielfältigen Identifizierungen.



## Das Gegenwartsunbewusste - Literatur

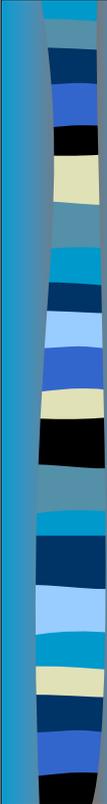
Krause, R. (2003) Das Gegenwartsunbewusste als kleinster gemeinsamer Nenner aller Techniken – Integration und Differenzierung als Zukunft der Therapie, *Psychotherapie*, 8, 316-326.

Merten, J. (2001) *Beziehungsregulationen in Psychotherapien*. Stuttgart: Kohlhammer.

Merten, J. & Krause, R. (2003) What makes good therapists fail ? In Philippot, P., Feldman, R. S. & Coats, E. J. *Nonverbal behavior on clinical settings*. Oxford, University Press, 111-127.

Krause, R. (2004): Verachtung, Ekel und Ärger des Therapeuten. In Ehlers, Dulz und Kernberg (Hrsg.), *Wir*. Stuttgart: Schattauer 2005.

Benecke, C. & Krause, R. (2005). Facial affective relationship offers of patients with panic disorder. *Psychotherapy Research*, 15 (2005), 3, 178-187



## Dynamisches Unbewusstes

Lebensgeschichtlich entstandener unbewusster Kernkonflikt, der je nach Schwere des Konfliktes und Art der Störung viele oder fast alle gegenwärtigen Handlungsplanungen beeinflusst.

Diese Beeinflussung bleibt für den Handelnden selbst unbemerkt, d.h. der im Hier und Jetzt Handelnde ist sich der Intentionen, die sein Handeln steuern, in zentralen Teilen, nämlich denen des unbewussten Kernkonfliktes, nicht bewusst.

Gleichwohl sollten sie es so beeinflussen, dass es den Partner (alle oder mehrere) in spezifischer Weise steuert, so dass der/sie sich dem unbewussten Wünschen/Ängsten folgend verhält.

## Beispiel: Unbewusster Konflikt (1)

*Abhängigkeit vs. Autonomie (Passiver Modus):*

Eigene Autonomiewünsche werden unzureichend wahrgenommen und den Wünschen bedeutsamer Beziehungspersonen untergeordnet, um die Bindung nicht zu gefährden.

Mikroverhaltensweisen:

1. Verzichte auf negative Affekte vorweg Ärger, Verachtung aber auch Ekel.
2. Halte immer Blickkontakt und zeige beim Anblick des Partners Freude
3. Sei ein guter Zuhörer, mache viele Zuhörerreaktionen, bspw. Kopfnicken. Äußere keine eigenen Gedanken, vielmehr paraphrasiere was der Partner sagt. Eine gute Lösung dafür ist auf das Satzende hin, die Stimmlagenhöhe jeweils ein wenig anzuheben, so wie es bei Fragen im allgemeinen geschieht. Man kann sicher sein, dass dann der Partner weiter die Sprecherrolle übernimmt.
4. Siehe Befunde über Angstpatientinnen von Benecke & Krause (2005).

## Beispiel: Unbewusster Konflikt (2)

*Abhängigkeit vs. Autonomie (aktiver Modus):*

Vorrangiges Ziel ist der Aufbau einer übersteigerten emotionalen und existenziellen Unabhängigkeit.

Mikroverhaltensweisen:

Verzichte auf Freudeausdruck. Wenn es zu Kontakt kommt, mobilisiere distanzschaffende Affekte allen voran Verachtung, Ärger eventuell Ekel. Vermeide Blickkontakt wenn er denn nicht vermeidbar ist, kontrolliere den Partner mit dem Blick (starren). Sei ein schlechter Zuhörer, d.h. keine Zuhörerreaktionen, kein Kopfnicken, kein emotionales Begleiten der Sprache des Anderen.

Siehe Befunde von Merten (Dissertation).

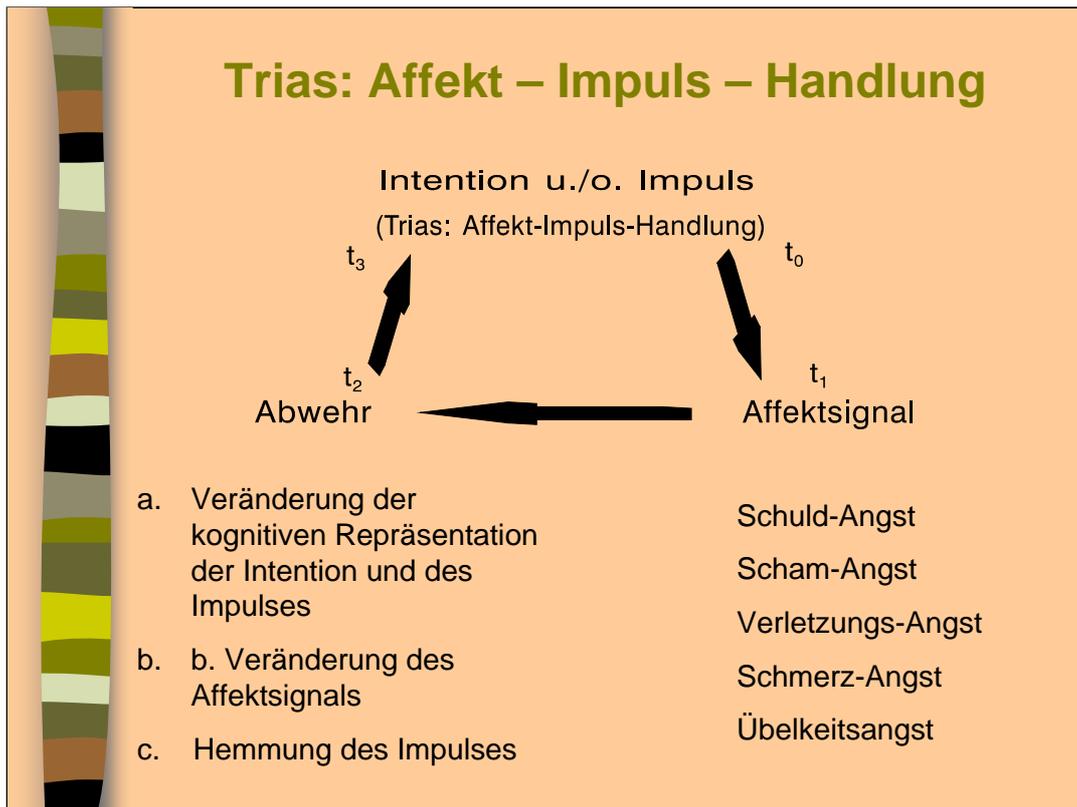


## Ödipal sexuelle Konflikte (aktiver Modus)

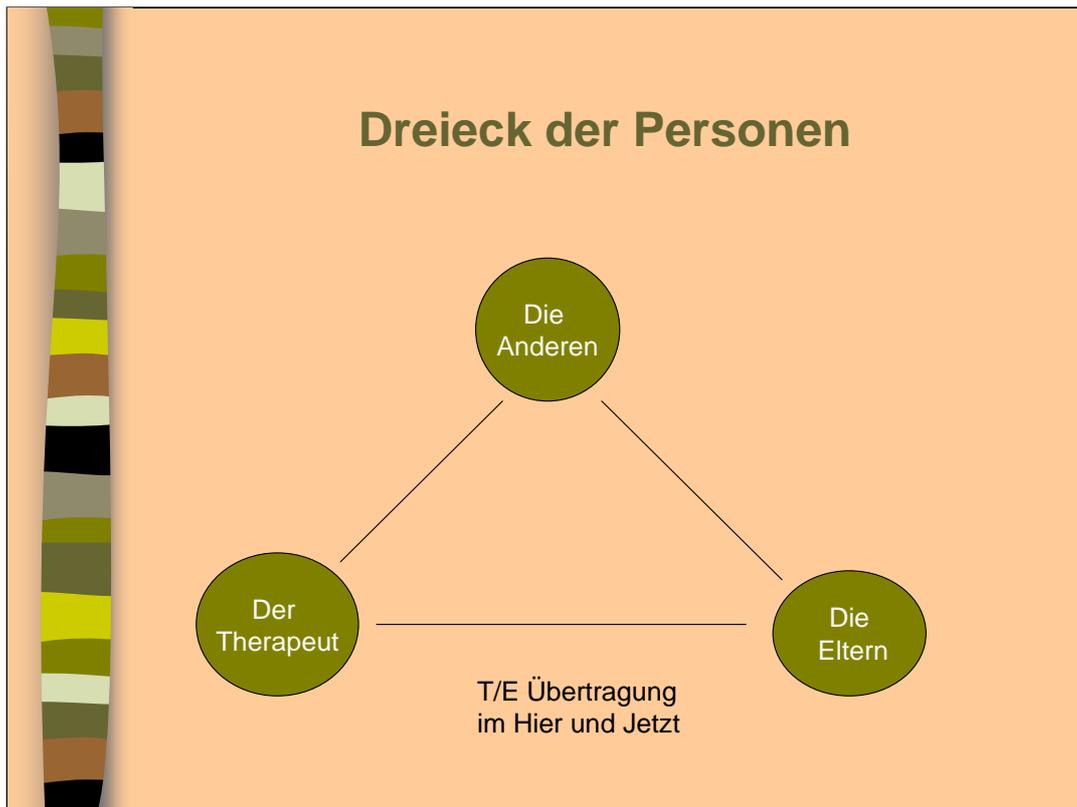
Das Verhalten unterliegt einer forcierten Sexualisierung aller Lebensbereiche bei gleichzeitiger Hemmung des sexuellen Bezuges und der Befriedigungsmöglichkeit.

### Unbewusste Mikroverhaltensweisen:

Wechsle zwischen intensiven Bindungsverhalten, Freude, Lachen, Neugier und Blickkontakt, intensiven Zuhörerverhalten und Zurückweisung, vor allem Ekel, beim Anblick des Partners. Intensiviere das affektive Verhalten über die üblichen Normen hinaus, sodass es auffällig und anziehend wird. Wechsle zwischen Begeisterung und Empörung je nach der Reaktion des Partners. Empörung wenn der Partner auf die Verführung positiv antwortet. Verführend wenn er sich zurückzieht.



Das grundlegende Schema einer (neurotischen) Konfliktoptimierung ist, dass eine bewusste Intention - es kann sich dabei um die Folge eines Affekts, eines Triebprozesses oder eines anders entstandenen Wunsches handeln -, die im Verlaufe einer Lerngeschichte mit einem traumatischen neurotischen Zustand verbunden war, mobilisiert wird. Aus dieser Mobilisierung heraus wird ein Affektsignal entwickelt, das eine weitere Verfolgung des Wunsches als indikativ für einen erneuten Zusammenbruch überprüft. Aus dieser Rückmeldung heraus werden sog. Abwehrmechanismen mobilisiert, die nun wiederum die Ursprungsintention so verändern, dass eine weitere Form einer - wenn auch pathologisch - veränderten Verfolgung des Zieles möglich ist. Die Symptomatik des Zustandsbildes wird einerseits durch die Art des Wunsches, der dem konfliktiven Geschehen unterliegt, und andererseits durch die Art der Abwehrmechanismen bestimmt, wobei die Abwehrmechanismen im Allgemeinen diejenigen sind, was nach außen hin als Persönlichkeitseigenschaften leichter sicht- und erfassbar ist als die Wunschstruktur selbst. Im Allgemeinen wählen die Kranken diejenigen kognitiv-affektiven Funktionen, die sie gut beherrschen, in Form einer pathologischen Übersteigerung als bevorzugte Abwehrform (Haan, 1977). Es gibt keine feste Verkoppelung zwischen Wünschen und Abwehrmechanismen. Statistisch betrachtet kann man aber davon ausgehen, dass sog. „archaische“ frühe Wünsche auch mit Abwehrmechanismen, die eine primitive Form kognitiv-affektiver Regulierung beinhalten, verkoppelt sind. So wird man im Allgemeinen davon ausgehen, dass die Abwehr von oraler Gier eher projektiv erfolgt, indem der Abwehrende einfach seinem Handlungspartner die Wünsche unterstellt, die er selbst hat, aber an sich nicht tolerieren kann (Moser, von Zeppelin & Schneider 1991).



Konfliktfelder

Mit den bedeutsamen Anderen der Gegenwart ( Liebesobjekte, Kinder, Feinde, Vorgesetzte etc.) O

Mit dem Therapeuten (Übertragung) T

Mit den bedeutsamen Personen der Vergangenheit – Eltern, Geschwister, Lehrer etc. (P = Parentalfiguren).

Per definitionem ist nur die Übertragung gegenwärtig, die Konfliktfelder zu den anderen sind jeweils vergangen, die einen möglicherweise kurzfristig die anderen sehr lange (Kindheit).

Gleichwohl muss eine Strukturelle Identität zwischen allen Konfliktfeldern existieren.



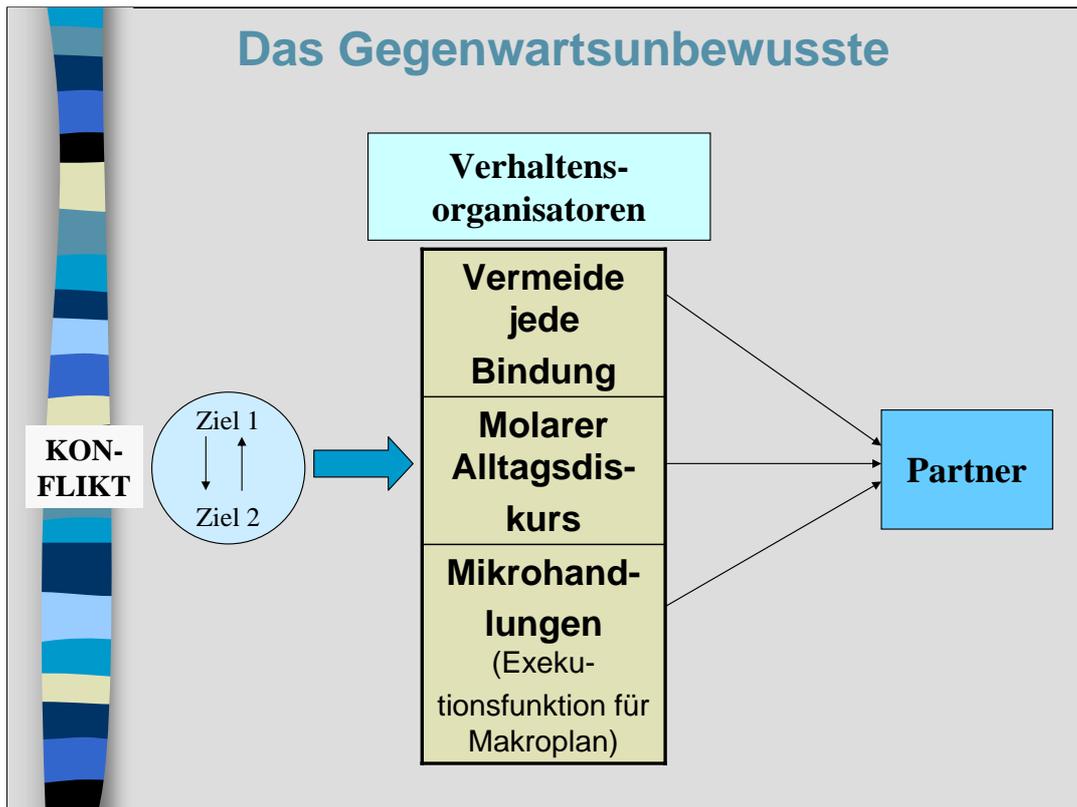
## Notwendige Informationen für die Formulierung eines therapietechnischen Plans (1)

1. **Der gegenwärtige Konflikt:** Beschreibung des gegenwärtigen Konfliktes und der ihn auslösenden Faktoren..
2. **Der Kernkonflikt:** Es gibt entweder vorauslaufende auslösende Faktoren oder frühe traumatische Erfahrungen oder Familienkonstellationen oder repetitive Muster, die Hinweise auf einen Kernkonflikt liefern.
3. **Übereinstimmung zwischen dem gegenwärtigen und dem Kernkonflikt:** Der gegenwärtige und der Kernkonflikt können als im Prinzip identisch angesehen werden.
4. **Ansprechbarkeit auf Deutungen und Interpretationen:** Der Patient reagiert auf Interpretationen, hinsichtlich unterschiedlicher Aspekte dieses Konfliktes.



## Notwendige Informationen für die Formulierung eines therapietechnischen Plans (2)

5. **Motivation:** Nach Interventionen, in denen diese Interpretationen gegeben wurden, bleibt die Motivation des Patienten hoch oder steigt an.
6. **Übertragung:** Der Konflikt wird sich mit hoher Wahrscheinlichkeit im Übertragungs- und Therapiegeschehen manifestieren.
7. **Beendigung:** Aus der Art des Kernkonfliktes kann auch die Art der Beendigung vorhergesagt werden.



Der Strom des gegenwärtigen Verhaltens ist so organisiert, dass nur ein geringer Teil der bewussten Steuerung unterliegt (parallele Organisation). Diejenigen Anteile, die nicht der bewussten, selbstreflexiven Steuerung unterliegen sind in einem deskriptiven Sinne unbewusst. Manche von ihnen sind durch Veränderung des Fokus der Selbstaufmerksamkeit bewusstseinsfähig – andere nicht. Das Verhalten ist hierarchisch organisiert, es gibt Makro- und Mikroverhaltensweisen, dazwischen liegen die molaren Verhaltensweisen. Molare Verhaltensweisen, wie Sätze äußern, Alltagskommunikationen führen und Alltagshandlungen realisieren, unterliegen der bewussten Steuerung. Die Makro- und Mikroverhaltensweisen sind in einem deskriptiven Sinne unbewusst.

Davon muss man das dynamische, lebensgeschichtliche Unbewusste unterscheiden. Jenes kommt aber nur über die Implantierung, Instantiierung in der Gegenwart zum Vorschein.

Die gleiche Unterscheidung wie zwischen Kernkonflikt und fokalem Konflikt.



# Konversion