

(aus: SAP-Zeitung Nr. 27, Februar 2015)

Barbara und Bodo KIRCHNER

Kupfer und / oder Gold?

Was ist psychoanalytisch orientierte Psychotherapie?

Teil 1 : Grundlagen

(Vortrag im SAP am 16.12.2014)

Historischer Rückblick:

Wie wir wissen, war die hochfrequente Langzeitanalyse nicht der Beginn der psychoanalytischen Therapie, Freud führte Behandlungen durch, welche wir heute als hochfrequente Kurztherapien bezeichnen würden, die Wochen bis Monate dauerten und etwa 50-100 Stunden umfassten, dies war die sogenannte psychoanalytische „Kur“.

Freud war auch bereit, technische Änderungen in der Behandlung durchzuführen, wenn sie für die analytische Arbeit sinnvoll und hilfreich erschienen, so sagte er am Budapester Kongress 1919: „Wir sind...immer bereit...in unserem Vorgehen abzuändern, was sich durch Besseres ersetzen lässt ...“ , und meinte, wie im Titel unserer Arbeit zitiert, dass es oft notwendig sei, „... das Gold der Analyse mit dem Kupfer der Suggestion zu legieren“.

Von Anfang an gab es z.T. heftige Kontroversen, nicht nur theoretischer Natur, sondern auch über die „richtige“ Behandlungstechnik, die auch die Spaltungen der psychoanalytischen Bewegung mitverursachten. 1924 wies Ferenczi in seinen „Entwicklungszielen der Psychoanalyse“ darauf hin, dass Deutung und Erleben in Widerspruch und Ergänzung zu betrachten seien, das Erleben erschien ihm für das Gelingen der analytischen Arbeit immer wesentlicher. 1946 formulierten dann Alexander und French das Konzept der „korrigierende emotionale Erfahrung“ als Wirkprinzip einer erfahrungsorientierter Psychotherapie gegenüber Eissler, welcher 1953 die „normative Idealtechnik“ als endgültigen Maßstab einsichtsorientierter psychoanalytischer Behandlungstechnik festlegte.

Technische Schwierigkeiten in der Behandlung ergaben sich auch durch neue, breitere Indikationen für die psychoanalytische Behandlung: Narzisstische Störungen, Persönlichkeitsstörungen, Borderline-Störungen, Psychosen, Suchterkrankungen, Posttraumatische Störungen, Psychosomatische Erkrankungen usw. Schon bald zeigte sich, dass eine klassische Technik für alle Patienten oder Störungsbilder nicht geeignet war, den Behandlungserfordernissen, den Patienten und dem gewünschten Behandlungserfolg gerecht zu werden. Auch die Vorstellung eines behandlungstechnischen Kontinuums im Setting ohne scharfe Abgrenzung oder Änderungen der Technik (1-5 Stunden pro Woche im Liegen) musste aufgrund der Behandlungsrealität und der unterschiedlichen Patientengruppen aufgegeben werden.

Psychoanalytische Behandlungskonzepte der Gegenwart:

Die klassische Psychoanalyse als psychoanalytische Psychotherapie (PAP) steht derzeit in Relation zu einer Vielfalt von psychodynamischen Psychotherapien, welche als Psychoanalytisch orientierte Psychotherapie bzw. Psychotherapien konzeptualisiert werden können und sich zunächst in der Behandlungsfrequenz und im Setting, wesentlich jedoch in den Zielsetzungen und in der Technik unterscheiden:

Wir unterscheiden daher folgende Formen psychodynamischer Psychotherapien, welche, ebenso als Psychoanalytisch orientierter Psychotherapien (POP) bezeichnet, wiederum von der klassischen Analyse, d.h. in ihrer therapeutischen Zielsetzung als psychoanalytischen Psychotherapie (PAP) bezeichnet, abzugrenzen sind:

1. Analytische Psychotherapie (APT)
2. Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (TPT)
3. Dynamische Psychotherapie (DPT)
4. Übertragungsfokussierte / transference-focused PT (TFP)
5. Psychodynamische Strukturbezogene Psychotherapie (PSP)
6. Psychoanalytische Fokaltherapie (PFT)
7. Supportive Psychotherapie (SPT)
8. Psychoanalytische Traumatherapie (PTT)
9. u.a.m.

Im Folgenden werden wir versuchen, die wesentlichen Unterschiede herauszuarbeiten, um eine begriffliche Klärung der unterschiedlichen Verfahren zu ermöglichen. Es sei jedoch bereits an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass es sich um Anwendungen der Psychoanalyse als psychotherapeutische Methode und Wissenschaft handelt, die die Grundprinzipien psychoanalytischen Denkens, Verstehens und Behandelns wertschätzt und beibehält, jedoch aus klinischen, institutionellen und psychopathologischen Gegebenheiten Erweiterungen der Behandlungstechnik entwickelt hat, die der Psychoanalyse als Behandlungsmethode ein breiteres Indikationsspektrum, einen größeren Spielraum innerhalb der konkurrierenden Methoden und bei den Patienten eine größere Akzeptanz ermöglicht.

Wir sehen daher die psychoanalytische Psychotherapie nicht als Konkurrenz, sondern als Ergänzung unserer behandlungstechnischen Möglichkeiten. Die Abgrenzung zu anderen, tiefenpsychologischen, aber auch humanistischen und übenden Verfahren ist unseres Erachtens leichter, wenn wir die Grenzen definieren, als sie zu idealisieren, zu fürchten oder zu verleugnen.

Grundprinzipien jeder psychoanalytisch orientierten Psychotherapie sind dabei:

die Bearbeitung von lebensgeschichtlich begründeter bzw. Konfliktdynamik, Objektbeziehungs- und Strukturdynamik und daraus resultierender, krankheitswertiger psychischer Störungen in einer therapeutischen Beziehung unter Berücksichtigung von:

- Übertragung und Gegenübertragung
- Abwehr und Widerstand
- Konfliktpathologie und /oder Strukturpathologie und / oder Traumapathologie
- Hier und Jetzt / Dort und Damals
- mit eher strukturiertem oder unstrukturiertem Vorgehen
- stützender oder aufdeckender Zielsetzung
- aktiver oder zurückhaltender Interventionstechnik
- differenzierter Handhabung von Abstinenz und Neutralität

Theorie, Ziele, Konzepte:

Psychoanalytisch orientierte Psychotherapie gründet auf den theoretischen Grundannahmen der psychoanalytischen Wissenschaft und Methode und hat das therapeutische Ziel, die Zusammenhänge zwischen manifestem Verhalten (Muster des Erlebens / Verhaltens), den unbewussten Motiven (innere Gründe) und den biografischen Erfahrungen (lebensgeschichtlichen Umständen) aufzudecken und zu verändern.

Dabei gilt das klassische Konzept der Psychodynamik: aus prägenden, intrapsychisch bewahrten Beziehungserfahrungen, Triebimpulsen, Abwehrkräften und Affekten entstehen vielfältige motivationale Kräfte, die als unbewusste, objektgerichtete Schemata mit kognitiven, emotionalen und handlungsbereiten Aspekten, dynamisch interagierend und konfligierend, innerseelisch und zwischenmenschlich lebenslang wirksam sind.

Verinnerlichte Beziehungserfahrungen werden dabei als Internalisierungen zu Erwartungen gegenüber den anderen, als Identifizierungen zu Verhalten gegenüber den anderen und als Introjektbildung zu Bildern und Einstellungen gegenüber sich selbst.

Dabei sind drei pathogene Muster in ihrer jeweils dominierenden, wechselseitigen und graduellen Bedeutung zu diagnostizieren und unterschiedlich zu behandeln:

1. Unbewusste **Konflikte**
2. **Strukturelle Mängel**
3. **Traumafolgen**

Dabei sehen wir eine **differenzierte Indikation für zwei einander ergänzende Richtungen psychoanalytischer Therapie:**

- **Psychoanalytische Verfahren** bei repetitiven maladaptiven Bewältigungsmustern, klassischen neurotischen Entwicklungen, Charakterneurosen und überwiegender **Konfliktpathologie**
- **Psychodynamische Verfahren** bei reaktualisiertem Konflikt oder **Strukturpathologie bzw. Traumapathologie**

Gemeinsamkeiten aller psychoanalytisch orientierten Psychotherapien sind dabei:

- die Ziele: Änderung von Ich-Funktionen, Abwehr- und Objektbeziehungsmustern sind in der POP bedeutsamer als die Aufarbeitung der Biografie und der Persönlichkeit (Charakter) und der Grundkonflikte in der PAT
- die Minderung der klinischen Symptomatik ist ein wesentliches Behandlungsziel
- die Beachtung von Narrativen (bei Konfliktpathologie) und/oder impliziten, nonverbalen (Körper)Erinnerungen (bei Strukturpathologie)
- die Veränderung von Abwehrmustern (bei Konfliktpathologie) und / oder Bewältigungsmustern (bei Strukturpathologie)
- psychosoziale Konflikte werden stärker als intrapsychische Konflikte berücksichtigt
- die aktuelle psychosoziale Situation wird vermehrt Gegenstand der Therapie
- die therapeutische Regression ist geringer als in der klassischen PAT
- das Gegenwarts-Unbewusste ist im Vordergrund, das Vergangenheits-Unbewusste im Hintergrund der Therapie
- Sekundärfolgen (soziale und medizinische) werden vermehrt berücksichtigt und sind Gegenstand der Therapie
- Teilziele oder ein zentraler Fokus können vereinbart werden
- Introspektion und Beziehungsrealität werden gemeinsam gefördert
- Ressourcen werden vermehrt erwogen und Neuorientierungen unterstützt
- eine Kombination mit anderen Behandlungsverfahren ist in einem Gesamtbehandlungsplan möglich
- die Notwendigkeit, Zweckmäßigkeit, Eignung und Motivation sowie Finanzierbarkeit sind vor Beginn der Behandlung gemeinsam zu verhandeln.

Indikation und Prognose:

Für POP besteht ein breites Indikationsspektrum, es gibt keine Kontraindikationen – auch hier unterscheidet sich das Spektrum von jenem der PAT. Essentiell ist jedoch (gegenüber dem offenen Vorgehen in der PAT) vor Beginn jeder Behandlung mit der POP die Klärung folgender Fragen:

- welches Therapieziel kann
- mit welcher Methode
- in welchem Zeitaufwand

- bei der Ausgangslage /Struktur dieses Patienten
- bei der Störung/ Krankheit dieses Patienten
- bei der gegebenen psychosozialen Situation
- bei den versicherungs-/ökonomischen Bedingungen
- mit welchem Therapeuten /in

erzielt werden?

Diese Entscheidungen sind möglich, wenn **innerseelische Dynamik und Lebensrealität des Patienten** abgewogen werden: Wie sehen die inneren Objektbeziehungen aus? Welche adaptive Möglichkeiten, welche Abwehr (ubw) bzw. Coping (bw)- strategien sind gegeben? Handelt es sich um eine überwiegende Pathologie von Trauma, Struktur und / oder Konflikt? Wie sieht es mit den sozialen Ressourcen und Einschränkungen aus? Welche äußere Konstellationen und innere Fertigkeiten spielen eine Rolle? Sucht der Patient „Familiarität“ oder auf neue Erfahrungen? Welche neurotische Vermeidungen /Arrangements, welcher Neurotischer Lebensplan / Nischenwahl formen bereits die psychosoziale Realität? Es bedarf daher eines entsprechenden diagnostischen Aufwands (s.2.Teil).

Dabei gewinnen folgende Faktoren erhebliches Gewicht für **Prognose und Behandlungstechnik**:

- die Art des Leidensgefühls (Symptomneurose / Charakterneurose)
- Selbstwert-Regulation und Kränkbarkeit, Umgang mit Erfolgen und Niederlagen
- illusionäre / magische Erwartungen an sich und andere
- die Beziehung von Über-Ich / Ich-Ideal : welche Rolle spielen Allmacht / Entwertung?
- Ich-Stärke und Autonomie, Ich-Funktionen
- Art der Symptomatik (Dauer, Somatisierungsgrad)
- Umgang mit der Symptomatik, Krankheitswert bzw. –gewinn
- Dauer bzw. Persistenz der Symptomatik
- Einstellung zur Symptomatik (subj. Krankheitstheorien) und Leidensgestaltung
- symptomauslösende Situation

- soziale Situation (neurotische Bindungen, Familien, Partnerschaften)
- biologische Situation (Alter, Krankheiten, Intelligenz, Begabungen)
- geografische und berufliche Situation (Alltag, Verpflichtungen, Anfahrt...)
- ökonomische Situation (Krankenkasse / privat, Vermögen, Schulden...)

Ich-psychologische, adaptive Prozesse ermöglichen dabei als relativ autonome Ich-Leistungen Anpassung und / oder Gestaltung der Innenwelt und Außenwelt: Realitätsprüfung, Antizipationsfähigkeit, Frustrationstoleranz und Realitätssinn. Zu beachten sind aber auch **verselbständigte Sekundärfolgen**, wie z. B. objektiv schwere Behinderungen mit eigener pathogener Bedeutung und Circuli vitiosi, sowie sekundäre Ideologisierungen, welche neue Abwehrformationen nach sich ziehen

Aus objektbeziehungstheoretischer Perspektive sind in der POP verinnerlichte Beziehungsmuster, Introjekte, verzerrte Selbst- und Objektrepräsentanzen und projektive Identifizierungen zu beachten.

Behandlungstechnik , Konzepte der Veränderung, Behandlungsziele:

In der Behandlungstechnik gelten weiterhin die klassischen Behandlungsgrundsätze: Offene und verborgene Mitteilungen erfassen, mit dem dritten Ohr hören, sehen..., Aufnehmen, Weiterdenken, zu Ende denken, Zusammenhänge herstellen, Spiegeln, Hinweisen, Anbieten, An – Deuten, unbeachtete Aspekte zur Verfügung stellen, emotional begleitete Wahrnehmung alter und neuer Perspektiven, sprachliche Begriffe verfügbar machen (Verbalisierung), Verständnis der eigenen Person und des eigenen Lebens und anderer (Einfühlung) sowie der innerseelischen Vorgänge im Sinne von Mentalisierung, und ein umfassendes Begreifen von Wünschen, Bedürfnissen, Ängsten Befürchtungen und Symptomen sowie Lösungs-versuchen.

Konzepte der Veränderung durch POP sind:

- Emanzipation, Freiheit und Verantwortung (Progressionsorientierung)
- selbstreflexive Auseinandersetzung mit dem Möglichen und dem Unmöglichen

- Umgang mit Ressourcen, Einschränkungen und Begrenztheit
- Verbindung von Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft
- Einblick in das eigene Leben, Geschichte, Persönlichkeit
- Erfahrung von Bedeutungen, Beziehungen und Zusammenhängen
- Entfaltung eines inneren psychischen Raums des Denkens und der Affekte
- Entwicklung eines psychischen Modells seiner selbst, der eigenen Entwicklung und Lebenssituation
- Emanzipation, Freiheit und Verantwortung (Progressionsorientierung)
- selbstreflexive Auseinandersetzung mit dem Möglichen und dem Unmöglichen
- Umgang mit Ressourcen, Einschränkungen und Begrenztheit
- Verbindung von Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft

Das therapeutische Handeln in der POP umfasst dabei die Erörterung von lebensgeschichtlichen Erfahrungen, das Fokussieren auf Affekte, Gefühlsausdruck und emotionale Einsicht, die Untersuchung von Vermeidungstendenzen und deren Rationalisierungen und die Auseinandersetzung mit repetitiven, dysfunktionalen Mustern und automatisierten Schemata. Dabei werden Selbstkonzepte, Zuschreibungen und Erwartungen, ebenso wie die interpersonellen Beziehungen und die aktuelle therapeutische Beziehung fokussiert, und Wünsche, Träume, Phantasien zur Sprache gebracht.

Die Ziele in der POP entsprechen den Zielen jeder psychoanalytischen und entwicklungsorientierten Therapie:

- zur zunehmenden Selbsterforschung und –reflexion fähig werden
- in verbesserten / erfüllenderen Beziehungen leben können
- ein realistisches Selbstbild und Selbstwertgefühl aufrecht erhalten können
- eine größere Bandbreite von Affekten erleben und zuordnen können
- emotional lebendiger zu sein, Bindung, Trennung und Verlust realisieren
- das innere und äußere Leben freier und flexibler gestalten können

- Möglichkeiten, Ressourcen und Chancen besser nutzen können
- Risiken und Gefährdungen, Fallen und Wiederholungszwänge vermeiden können
- mit Begrenzungen und Endlichkeit umgehen können
- die klinische Symptomatik verbessern, neurotische Symptome vermindern

Dies erfordert die folgenden **psychoanalytischen Behandlungskonzepte in der POP:**

- Den aktualisierten Konflikt aufdecken, klären, konfrontieren, fokussieren, und durcharbeiten
- dahinterliegende Grundkonflikte im Kontext biografischer Belastungserfahrungen verstehen
- die Bedeutung von aktualgenetischen Konflikten, Beziehungen und Nebenübertragungen erkennen
- bisherige Abwehr- und Bewältigungsmuster wahrnehmen lernen und auflockern
- objektgerichtete Bedürftigkeit und Affekte erleben und mentalisieren
- auf Seiten des Therapeuten: die positive Übertragung zulassen aber begrenzen, negative Übertragungen ansprechen und klären (realistische Aspekte anerkennen!)
- auf Seiten des Patienten: sich mit den psychosozialen Realproblemen der Gegenwart auseinandersetzen, Verantwortung übernehmen
- das Vergangene in Zusammenhängen und Bedeutungen sehen, annehmen und integrieren, Trauer bewältigen, sich von der Last der Vergangenheit lösen
- sich für die Zukunft neu orientieren und diese entsprechend den Möglichkeiten (Ressourcen und Grenzen) gestalten

Therapeutische Haltung bei Konflikt- und Strukturpathologie, Häufigkeit und Unterschiede

Die therapeutische Haltung in der POP ist dabei grundsätzlich wohlwollend, interessiert, verstehen-wollend, und zuversichtlich, non-direktiv, aber aktiv, unterstützend, stabilisierend

und expressiv. Die Orientierung erfolgt am ubw Konflikt und an den strukturellen Möglichkeiten, bei struktur- und konflikt-orientierter Steuerung von Abstinenz und Neutralität, sowie von Übertragung und Regression.

Eine differenzierte Psychotherapie in POP ist möglich durch drei verschiedene, bzw. ergänzende Techniken:

- bei konfliktbedingten Störungen: **Konfliktorientierte Psychotherapie**
- bei strukturbedingten Störungen: **Strukturbezogene Psychotherapie**
- bei traumabedingten Störungen: **Psychoanalytisch orientierte Traumatherapie**

In der psychoanalytisch orientierten psychotherapeutischen Praxis leiden etwa 15% der Patienten an rein konfliktbedingten Störungen auf gutem Strukturniveau, etwa 35% an überwiegend konfliktbedingten Störungen bei mäßig gutem Strukturniveau. Gemischte Konflikt- und Strukturpathologie auf mäßigem Strukturniveau finden sich bei ca.20%, überwiegend strukturelle Problematik auf geringem Niveau bei 15% und schwere strukturelle Störungen auf geringem oder desintegriertem Strukturniveau bei etwa 5%. Traumatische Störungen auf gutem Strukturniveau sind, ebenso wie traumatische Störungen auf niedrigem Strukturniveau mit jeweils ca. 5% vertreten.

Die **Konfliktorientierte Psychotherapie bei überwiegend konfliktbedingten Störungen** wird dabei den Patienten zu Narrativen (Episoden, Erinnerungen, Einfälle, Träume, Überlegungen) einladen, diese gemeinsam betrachten, auf Affekte und Beziehungen fokussieren und die subjektive Bedeutungsgebung verdeutlichen. Es gilt sodann, repetitive, dysfunktionale Muster herauszuarbeiten, das Berichtete in den Kontext des/der Konflikts/e zu stellen, Vermeidungstendenzen und Abwehr zu deuten und zu verdeutlichen und das Gewünschte, Ersehnte, Befürchtete und das Nicht-gelebte anzusprechen. Damit können die Nachhaltigkeit und die Nachträglichkeit der biografischen Erfahrungen verdeutlicht werden, und der Patient das aktuelle Erleben, Wahrnehmen, Fühlen, Phantasieren auch auf die aktuelle Beziehungssituation (bzw. aktuelle Übertragung) anwenden.

Der Therapeut wird dabei das Erleben der Übertragung im Kontext der biografischen Erfahrungen und der aktuellen, unbewussten Konfliktsituation aufzeigen, d.h. deuten. Die

Deutung erfolgt dabei (idealerweise) rechtzeitig, passend, taktvoll und klar, ist jedoch selten in einem Satz zu fassen und erfordert weitere Deutungsarbeit und das Durcharbeiten der erreichten Erkenntnisse. Die Deutungsarbeit umfasst dabei den aktualisierten bzw. Konflikt, den dahinterliegenden Grundkonflikt, das bzw. Bedürfnis (Wunsch), aber auch die Abwehrmechanismen bzw. die dysfunktionalen Bewältigungsstile und das dysfunktionale Ich-Ideal und Über-Ich.

Bei der **Behandlung strukturbezogener Störungen in der strukturbezogenen Psychotherapie** ist das primäre Ziel hingegen **nicht** die Bewusstmachung von Ubw, sondern die **Förderung** der Patienten, in ihren **Fähigkeiten**, sich selbst zu entängstigen und zu beruhigen, sich selbst und ihre Beziehungen besser zu verstehen und ihre Affekte anders als bisher regulieren zu können. Das heißt: die Stärkung der Ich-Funktionen und bewusster Auseinandersetzung mit dysfunktionalen Mustern steht an erster Stelle.

Die modifizierte psychotherapeutische Haltung bei der strukturbezogenen psychoanalytischen Psychotherapie ist daher gekennzeichnet von wohlwollender, verständiger Anteilnahme und Akzeptanz, Beilebung und positiver Zuversicht und zeigt Respekt für die bisherigen Schwierigkeiten und missglückten Bewältigungsversuche. Die notwendige Förderung von strukturellen Fertigkeiten (Ich-Funktionen) gelingt über Nachreifung von Selbstreflexion, Selbstkompetenz und realistischem Selbstverständnis, Differenzierung des psychischen Erlebens (Affektdifferenzierung, Impulskontrolle, Objektwahrnehmung) und über die Entwicklung von Empathie- und Mentalisierungsfähigkeit (Beziehungsreflexion, interpersonelles Verhalten).

Dabei geht es um Unterstützung der Nachentwicklung der Persönlichkeitsstruktur und Bewältigungsstrategien mit Übernahme von Verantwortung durch den Patienten („fordern und fördern“). Der Therapeut wird dabei einen aktiveren Umgang in der Behandlungssituation pflegen müssen und seine therapeutische Hilfs-Ich-Funktion einsetzen müssen: Ermutigen, Klären, Konfrontieren, Anleiten, Beraten, Regeln geben, Grenzen setzen. Unter Umständen sind sogar Vereinbarungen, Verträge und Vorgaben erforderlich, insbesondere bei fehlender Selbstfürsorge und Selbstschutz, bzw. bei Bedrohung des therapeutischen Prozesses durch Dissozialität oder Suizidalität. In der strukturbezogenen

Psychotherapie ist auch eine Kombination mit anderen (nicht psychoanalytischen) Verfahren möglich, manchmal auch eine stationäre Psychotherapie oder Rehabilitation sinnvoll.

Die psychotherapeutische Behandlung von strukturellen Störungen verwendet daher eine Vielfalt von Techniken, ohne in Eklektizismus zu verfallen. Individuelle Möglichkeiten und Grenzen (bei Therapeut und Patient) sind jedoch entscheidend für die Auswahl der Behandlungsoptionen:

- zu Narrativen einladen und Verbalisierung unterstützen
- zur Selbstreflexion einladen / auffordern / ermutigen
- dem Patienten ein Bild von sich zurückgeben (spiegeln) und verdeutlichen (verbalisieren)
- die Bedingungen (Entwicklungsgeschichte) des Mangels verständlich machen
- Rückbezüge und Beschreibung ubw Ursachen und Prozesse deutlich machen
- biografisches Selbstverständnis und Denken in Zusammenhängen fördern
- Muster herleiten und erkenntlich machen: „immer wenn Sie x tun, dann...“
- Bewältigungsaspekt (weniger den Abwehraspekt) betonen
- Affekte „buchstabieren“ , klären und differenzieren („von der Alexithymie zur Lexithymie“)
- die Schwierigkeiten aus der Position des Dritten untersuchen („Film“)
- interpersonelle Aspekte deutlich machen (mentalalisieren)
- Empathie durch Beschreibung des aktuellen Beziehungskontextes einüben
- Selbst- und Fremdschädigung unterbrechen, Schutzmaßnahmen vereinbaren
- Denk- und Handlungsalternativen anbieten und entwickeln (lassen)
- einen realistischen, affektiven und empathischen Umgang mit Objekten fördern
- zur Übernahme von Verantwortung und zum Selbst-in-die Hand-Nehmen anregen
- Weiterdenken, Weiterarbeiten, Üben und Ausprobieren einfordern

Weitere Methoden der POP, verwandte Verfahren und adjuvante Techniken

Eine spezielle, expressive Behandlungstechnik für strukturell gestörte Patienten (insbesondere solche mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen) stellt die **Übertragungsfokussierte (transference-focused) Psychotherapie TFP** nach Kernberg dar. Diese ist jedoch andernorts ausführlich beschrieben und wird daher nur in wenigen Grundzügen umrissen, um die konzeptuelle Nähe zur strukturbezogenen Psychotherapie darzustellen. Die TFP ist gekennzeichnet durch:

- einen expliziten Behandlungsvertrag
- Analyse der Partialobjektbeziehungen, der archaischen Abwehrmechanismen und der negativen Affekte von Aggression und der Destruktivität
- Analyse der Übertragung im Hier und Jetzt
- sofortige Deutung von Projektion, Spaltung und anderen primitiven Abwehrmechanismen
- technische Neutralität und Abstinenz, aber aktive Konfrontation und Klärung
- Ziel der Affektregulation, Impulskontrolle und realistischen Einstellung

Für eine umfassende Darstellung der Technik sei jedoch auf die Primärliteratur verwiesen.

Gleiches gilt für die **Psychodynamische Strukturbezogene Psychotherapie PSP** (nach Rudolf), welche sich aus der Interaktionellen Psychotherapie (nach Heigl) entwickelt hat. Auch hier sei der Hinweis auf die wesentlichen Konzepte, so rudimentär er auch sein mag, erlaubt:

- PSP ist primär als Gruppentherapie konzipiert
- speziell für Borderline und strukturell gestörte Patienten
- Prinzip „Antwort“ statt Deutung: Gegenübertragungsmitteilung zur Förderung der Objektkonstanz
- Das WIE (der Interaktionen und Objektbeziehungen), nicht das WAS ist entscheidend
- Hilfs-ich-Funktion anbieten, damit Identifikation und Internalisierungsangebote ermöglichen
- spiegeln, antworten, strukturieren, konfrontieren

- gemeinsam beobachten und nachdenken, Ich-Funktionen stärken
- verbindliche Entscheidungen entwickeln und einfordern

Weitere, **spezielle, psychodynamisch orientierte Verfahren**, in enger „Verwandtschaft“ zu POP, die sich auf psychoanalytischer Grundlage entwickelt haben, sind:

- Katathym-imaginative Psychotherapie
- Musik-, Kunst- und Gestaltungstherapie
- Bewegungs- und Tanztherapie
- Konzentrative Bewegungstherapie
- Psychoanalytische Körperpsychotherapie

Diese können in einem Gesamtbehandlungsplan wichtige unterstützende und expressive Funktionen erfüllen, bei entsprechender Qualifikation des Therapeuten auch als spezielle **Erweiterungen** der psychoanalytischen Behandlungstechnik genutzt werden. Eine sorgfältige Abwägung und Indikationsstellung ist jedoch erforderlich um ein polypragmatisches Agieren aus der unreflektierten Gegenübertragung zu verhindern.

Auch **Nicht-psychodynamische Techniken** können ergänzend oder integriert in die Behandlung mittels POP verwendet werden (die „unedlen Metalle“ in der Legierungsmetapher Freuds). Auch für diese adjuvanten Techniken gilt, dass sie aufdeckend oder stützend, expressiv oder supportiv, mobilisierend oder stabilisierend wirken können. Imaginative Elemente sind hier ebenso zu nennen, wie suggestive, humanistische Elemente (aus Gesprächspsychotherapie, Gestalt, Psychodrama, systemische Techniken) ebenso wie lerntheoretische und übende (Autogenes Training, Achtsamkeit). Hier gilt jedoch auch das oben Gesagte zur Indikationsfrage und zum – kontraproduktiven - Agieren.

Die Frage, wie viele dieser Elemente bereits heute unausgesprochen und auch unreflektiert in psychoanalytischen Therapien ohnehin bereits Eingang gefunden haben und die reale, alltägliche Behandlungspraxis vieler Analytiker implizit mitgestalten, mag offen bleiben, wir sollten uns unserer „Legierungen“ jedoch zumindest bewusst sein und das „Kupfer“ nur dort verwenden, wo es für die Qualität und Stabilität der psychoanalytischen Arbeit und den Behandlungserfolg notwendig ist.

Teil 2 (Die speziellen Formen psychoanalytisch orientierter Psychotherapie) folgt im nächsten Heft.

Literatur:

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

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

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

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

Rudolf, G.: Psychodynamische Psychotherapie, 2010, Schattauer

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