

Ziele, Haltung, Setting und Technik(en) in psychoanalytisch begründeten Therapieformen

„When two persons meet, an emotional storm is created“
(Bion, 1979)

Übersicht

- Ziele
- Setting
- Haltung
- „Technik“
- Veränderung durch:
 - Neue Formen des Beziehungserlebens
 - Einsicht durch Deutung
 - Übertragungsfokussierte Technik
 - Bestätigung, Spiegelung
 - Sekundäre Strategien

Psychologien der Psychoanalyse

- Ich-Psychologie
- Trieb-Psychologie
- Psychologie der Objektbeziehungen
- Selbst-Psychologie
- Bindungstheorie
- Intersubjektivistische Ansätze/Konstruktivismus
- Neuro-Psychoanalyse

Schulen

S.Freud

C.G.Jung

A.Adler

E.Fromm,
H.S.Sullivan

A. Freud,
H.Loewald

K.Abraham,
M.Klein, W.Bion

J.Lacan,
J.Laplanche

S.Ferenczi,
M.Balint,
D.Winnicott,
A.Green

E.Jacobson,
H.Kohut

J.Bowlby, D.Stern,
M. Gill

Metatheorien / klinische Modelle

Entwicklungstheorien

Strukturmodell

Topographisches
Modell

Konflikttheorie,
Defizittheorie,
Traumatheorien

Genetischer
Gesichtspunkt

Dynamischer
Gesichtspunkt

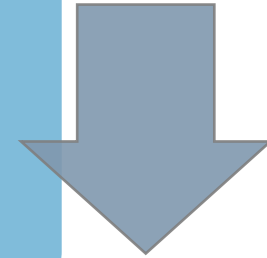
Adaptiver
Gesichtspunkt

Neuropsychologische
Modelle

Krankheitslehre: z. B.
Narzissmus-, Borderline-
Theorien, Theorie des
Ödipuskomplexes und der
Übertragungsneurosen

Alte Kontroversen

Beziehung versus
Einsicht durch Interpretation

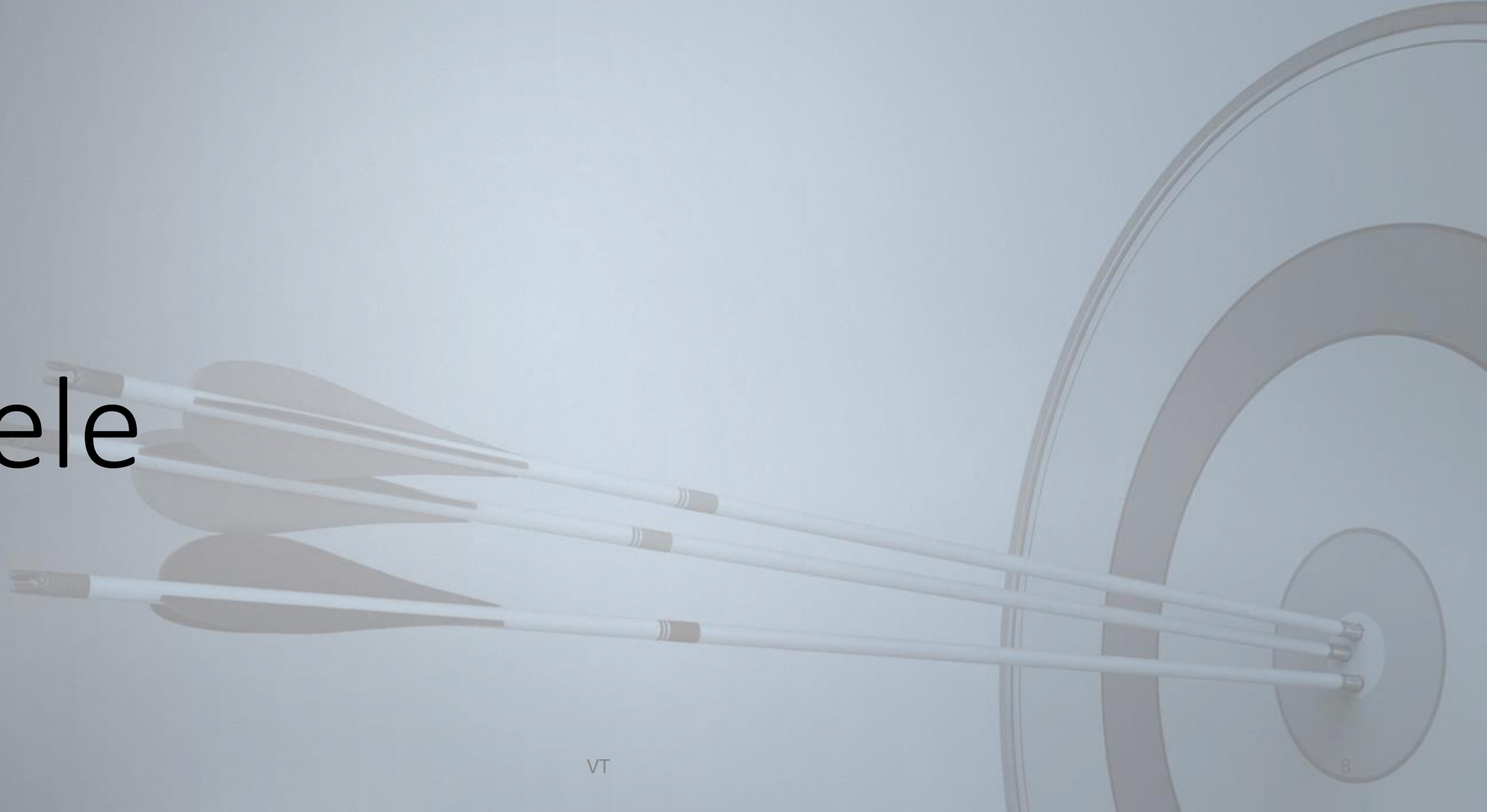


Rekonstruktion versus
Interaktion im Hier und Jetzt

Alte Kontroversen

- Es ist inzwischen bekannt, dass supportive therapeutische Strategien zu genauso dauerhaften Veränderungen führen können, wie interpretative Ansätze.
- Die Polarität zwischen Einsicht durch Interpretation gegen Veränderung durch die Erfahrung einer neuen Art von Objektbeziehung lässt sich nicht mehr aufrechterhalten.
- Beide Mechanismen oder Wirkfaktoren arbeiten vielmehr synergistisch, bei einer Gruppe von Patienten mit stärkerer Betonung des einen Pols, bei der zweiten Gruppe des anderen Pols.

Ziele



Ziele - Allgemein

- Veränderung unbewusster assoziativer Netzwerke
- Veränderung bewusster assoziativer Netzwerke
- Entwicklung von Objektbeziehungen
- Strukturveränderung

Veränderung unbewusster assoziativer Netzwerke (Gabbard, G. 2004)

1. Veränderung der Verbindungen zwischen Affekt und Repräsentation

- Pat. assoziiert Wut und Zorn mit Repräsentationen von Vater-Figuren oder mit Interaktionsmustern, die Ähnlichkeit haben mit Interaktionen mit dem Vater der Kindheit. Diese Repräsentationen setzen wiederum Abwehrstrategien, Kompromissbildungen oder Verhaltensmuster in Gang, die in Angst oder Verzweiflung münden und oftmals genau in den Situationen, die der Patient so sehr befürchtet.
- Pat. hat Gefühle von Selbsterniedrigung, die verbunden sind mit der (ubw!) Repräsentation des eigenen Selbst als schlecht, schmutzig, gierig oder sexuell.

Veränderung unbewusster assoziativer Netzwerke

2. Veränderung von Netzwerken, die unbewusste Wünsche repräsentieren

- Hier geht es darum herauszufinden, warum und wie Patienten sich in Beziehungen verstricken, die ihren eigenen Wünschen so sehr entgegenlaufen. Es geht natürlich auch darum, die hinter Abwehren verborgenen Wünsche und Sehnsüchte zu benennen, zu verstehen und bewusst zu machen.
- Es geht auch um einen Zugang zu dysfunktionalen Wünschen, z.B. andere Menschen kontrollieren, herabsetzen zu wollen, sie zu entwerten, gar zu vernichten.

Veränderung unbewusster assoziativer Netzwerke

3. Veränderung von Netzwerken, die unbewusste Überzeugungen und Erwartungen beinhalten

- Etwa was geschehen könnte, wenn jemand sich erlaubt, glücklich zu sein oder erfolgreich, oder was geschieht, wenn die Person ihren Ärger in bestimmten Situationen zeigt. Solche Überzeugungen sind oft mit unbewussten Phantasien verknüpft, die es gemeinsam zu erschließen gilt. Auch hier geht es dann um die Verknüpfung von Affekt und Phantasie bzw. Phantasievorläufern.

Veränderung unbewusster assoziativer Netzwerke

4. Assoziative Veränderung von Abwehr und von neurotischen Kompromissbildungen

- Unbewusste Überzeugungen, Erwartungen und Phantasien haben Abwehrfunktionen oder sind selbst schon Kompromissbildungen. Die Analyse der Abwehr ist ein Kernstück jeder analytisch orientierten Therapie. Ebenso die Analyse von Kompromissbildungen zwischen unbewusstem Wunsch, der Angst vor dessen Erfüllung und der Abwehr gegen die Angst.
- Früher wurde die sich in der Behandlung zeigende Abwehr als Widerstand bezeichnet oder als Ausdruck der Angst vor Veränderung. Heute könnte man den entsprechenden inneren Zustand auch als Zurückweisung jeglicher Form des Eindringens fremder Identitäten, fremder Körper verstehen.

Veränderung bewusster assoziativer Netzwerke

- Die zentrale Funktion des menschlichen Bewusstseins ist es wohl, uns mit der Fähigkeit auszustatten, die impliziten, unbewussten, automatisch ablaufenden Standardprozeduren außer Kraft zu setzen und bestimmte Parameter der unbewussten Netzwerke zurückzusetzen, um zu besseren adaptiven Entscheidungen oder Handlungen zu kommen, insbesondere auch dann, wenn die aktuelle Situation nicht unseren gewohnten Erwartungen entspricht (therap. Situation!).
- Wenn wir nicht bewusst über unsere Einstellungen reflektieren, wird unser Verhalten von impliziten Motiven gesteuert, so dass unbewusste und bewusste Motive sehr differieren können.

Veränderung bewusster assoziativer Netzwerke

- Die Behandlung kann sich also genauso auf bewusste wie auf unbewusste Denkprozesse beziehen:
 - Beispiel einer Pat., die ruminert und sich dabei ständig selbst in Frage stellt.
 - Im therapeutischen Setting könnte es um die Etablierung selbstreflexiver Metaprozeduren (Selbstbeobachtung) gehen, die der Pat. zu einem bewussten Reflektieren, Beurteilen und Entscheiden eigener Denkvorgänge verhelfen können (in der Verhaltenstherapie Gedankenstopp).

Veränderung bewusster assoziativer Netzwerke

- Bewusste Gedanken können also bestimmte Gefühle verstärken, so dass diese Gedanken letztlich zu Entscheidungen beitragen, die negative Effekte auf ihr Leben bzw. ihr Wohlbefinden haben.
- Das ist deutlich bei Patienten, die in einem ständigen – bewussten – sich selbst herabsetzenden inneren Diskurs gefangen bleiben, also bei depressiven Patienten oder solchen mit schwerer Angst-Symptomatik, so dass ihre bewussten Einstellungen sich selbst gegenüber sekundär zu Versagen im Beruf oder in Beziehungen beitragen.

Veränderung bewusster assoziativer Netzwerke

- Es geht nicht nur um bewusste Gedanken, sondern auch um bewusste Gefühle.
- So können wir den Patienten helfen, sich widersprechende Gefühlszustände bei sich zu erkennen und zu tolerieren.
- Unser affektives System ist primär ein archaisches Signalsystem, das uns wichtige Botschaften über unsere innere und äußere Welt vermittelt.

Veränderung bewusster assoziativer Netzwerke

- Die Tendenz, bestimmte Affekte zu vermeiden oder das Fühlen insgesamt zu vermeiden (Zwangsstrukturen) bedeutet, dass der Patient auf einen wichtigen Kompass für sein soziales oder berufliches Leben verzichtet.
- Insofern kann es sehr wichtig sein, das Bewusstsein des Patienten für bestimmte Affekte und damit die Affekttoleranz des Pat. zu stärken.
- Dazu gehören auch die coping-Strategien für die Regulierung von Affekten. Letztere sind besonders wichtig für Pat. mit schweren Pk-Störungen.

Entwicklung von Objektbeziehungen

- Arbeit an dysfunktionalen (Übertragungs-) Erwartungen im Zusammenhang mit der Entwicklung pathologischer Organisationen des psychischen Rückzugs.
- Zielsetzung: Öffnung für neue Erfahrungen mit Objekten, Entwicklung der Fähigkeit, der Kapazität und der Bereitschaft zur Entwicklung neuer Objektbeziehungen und neuer Muster von Objektbeziehungen.

Strukturveränderung

- Bedeutet Schwächung bisheriger assoziativer Muster und Ersetzung durch neue assoziative Verknüpfungen oder Stärkung von vorher schwachen Verknüpfungen.
- Strukturelle Veränderungen beziehen sich also auf die Dauerhaftigkeit von Veränderungen assoziativer Netzwerke, auf die Relevanz für die Veränderung gerade symptomatischer und dysfunktionaler Verknüpfungen und die Fähigkeit des Pat. zur bewussten Selbstreflexion solcher Strukturen.
- Das bedeutet auch: Nachreifung; seelisches, geistiges Wachstum

Zielsetzungen des therap. /analytischen Prozesses: Feinziele

- Freud: Liebes- und Arbeitsfähigkeit (wieder-)herstellen über die Bewusstwerdung des Unbewussten
- Symptombezogene Zielsetzungen
- Strukturbezogene Ziele: Ichstärkung, Entwicklung stabiler Selbstrepräsentanzen, Kohärenz
- Konfliktbezogene Ziele (Ambivalenz, Ambiguität aushalten)
- Beziehungskompetenz entwickeln, Partnerwahl
- affektiv-emotionale Kompetenz, Modulation von Affekten
- Umgang mit seelischem Schmerz, Frustrationstoleranz

Zielsetzungen des therap. /analytischen Prozesses: Feinziele

- Selbstanalyse/Introspektionsfähigkeit/Zugang zu inneren Prozessen
- Restitution einer beschädigten Alpha-Funktion (Trauma)
- Milderung eines verfolgenden Über-Ichs, besserer Umgang mit malignen Introjekten; Relativierung des eigenen Größenselbst, Ich-Ideals bzw. der Vorstellungen von idealen Objekten
- Integration (gegen Spaltung)
- Fähigkeit, Ambivalenz auszuhalten
- Verzicht auf infantile Omnipotenz und magisches Denken
- Fähigkeit, allein sein zu können

Zielsetzungen des therap. /analytischen Prozesses: Feinziele

- Verzicht auf präödipale Übertragungsmanifestationen
 - Entwicklung der Kreativität und Symbolisierungsfähigkeit
 - tolerantere Einstellung zu Objekten
 - gesunde Formen von Autonomie und Abhängigkeit
-
- Sich der Wahrheit der eigenen inneren Welt stellen
 - (“truth drive“, „epistemological drive“)
 - Gefahren; s. Ödipus oder Adam und Eva

Der Rahmen

der Rahmen/das Setting

- Pragmatische, realistische Funktion des Rahmens
- Imaginäre Funktion
- Symbolische Funktion

Rahmen: Pragmatischer Aspekt

- Der Rahmen wird etabliert über einen Vertrag als gesetzlich geregelte Übereinkunft zwischen zwei gleichermaßen geschäftsfähigen Partnern, der für die Wahrung der realitätsgerechten wechselseitigen Ansprüche beider Beteiligten steht und von beiden gleichermaßen eingehalten werden muss. Dieser Vertrag ist justitiabel.
- Auf dieser Ebene ist die therapeutische Beziehung symmetrisch.

Rahmen: Pragmatischer Aspekt

- Formale Konstanten der Begegnung: Ort, Zeit, Dauer, Raum, Frequenz, Unterbrechungen durch Ferien, Bezahlung und ihre Modalitäten, Stundenverlegungen, Ausfallregelungen allgemein, für den Fall von Krankheit, Art der Begrüßung, Verabschiedung, Vertraulichkeit (Freud: Die psychoanalytische Situation verträgt keinen Dritten).
- Verzicht auf körperliche Berührungen außer Händeschütteln. Benutzung der Couch oder des Sessels. Verzicht auf sozialen Kontakt außerhalb der therapeutischen Situation. Verzicht auf Mitteilungen über das eigene Leben oder Befinden, die nicht in unmittelbarem Zusammenhang mit den Themen des Patienten stehen oder dessen Raum einengen würden.

Rahmen: Dynamischer Aspekt

- Der Rahmen als intersubjektives abgegrenztes Feld eines Spiels mit besonderen Regeln, anderen Kommunikationsregeln als sie im sozialen Raum außen herum gelten.
- Die Regeln des analytischen Spiels: Die Grundregel, die besagt, dass der/die Patient/in über alles sprechen kann oder sollte, was ihm oder ihr in den Sinn kommt, während die Therapeutin oder der Therapeut in der Position der freischwebenden Aufmerksamkeit nicht über sich selbst redet, sondern sich in der Regel ausschließlich auf Äußerungen der Patienten bezieht, schafft eine Situation der Asymmetrie, in der sich starke Gefühle und eine Vielzahl von Phantasien über die Therapeutin oder den Therapeuten entwickeln, die sich im Übertragungsgeschehen bündeln.

Botschaften

- Alles am äußeren Raum enthält für den jeweiligen Patienten Botschaften, spricht ihn oder sie ubw an.

Rahmen: Dynamischer Aspekt

- Die Fokussierung auf innere Prozesse, die innere Welt, die der Rahmen ermöglicht, schafft eine magische Atmosphäre; - das Wechselspiel zwischen inneren und äußeren Objekten - auch in der Übertragung - wird beobachtbar und zugänglich.
- Dabei wollen unbewusste Regungen nicht erinnert werden, sondern streben danach sich zu reproduzieren „entsprechend der Zeitlosigkeit und der Halluzinationsfähigkeit des Unbewussten“ (Freud).
- Hinsichtlich der Indikation PA-PT sind neben psychopathologischen Überlegungen Aspekte der Regression, Fähigkeit zur therapeutischen Ich-Spaltung zu berücksichtigen. Keinesfalls sollte die Überlegung, ob ein Patient mit 3 oder 4 Sitzungen pro Woche auf der Couch klarkommen könnte, indikationsleitend sein, denn dann würde das Setting die Indikation bestimmen.

Rahmen: Symbolischer Aspekt

- In der Regel bleibt der Rahmen „stumm“. Nur wenn es zu Störungen, insbesondere auch von Seiten der Therapeutin oder des Therapeuten kommt, wird er wahrgenommen.
- Manche Autoren (Bleger) finden im Rahmen eine Entsprechung zur frühen Mutter (bei Winnicott Umweltmutter, in Zuständen tiefer Regression: Uterus), die in ihrer Präsenz Halt, Sicherheit, Schutz gewährt, damit das Kind zu seiner eigenen Existenz finden kann, ohne zu früh darum kämpfen zu müssen oder von Ängsten verstört zu werden.
- Daher gibt es auch immer eine Übertragung auf das Setting.

Rahmen: Symbolischer Aspekt

- Bei frühgestörten Patienten oder wenn psychotische Mechanismen wirksam werden, drängt sich die Präsenz des Rahmens massiv auf.
- Hier ermöglicht der Rahmen im Sinne eines Containings Bindung des Fragmentierten, Integration, Symbolisierung. Therapeutisch geht es bei solchen Patienten, deren Ängste sich auf unerträgliches Eindringen früher Objekte oder deren Verlust beziehen, und die sich dadurch ständig von Vernichtung und Zerfall bedroht fühlen, um ein induktives Vorgehen: Wir als TherapeutInnen müssen in uns Repräsentanzen für das Unsagbare, Namenlose, Vernichtende der kaum konturierten inneren Welt unserer Patienten finden und es vielleicht später durch Deutungen integrieren.
- (Im Kontrast zum deduktiv deutenden Vorgehen bei neurotischen Strukturen).

Rahmen: Symbolischer Aspekt

- Nun kann nur das Abwesende symbolisiert werden. Aber wenn niemals wirkliche Anwesenheit erlebt worden ist, kann auch keine Abwesenheit erlebt werden: Diese Patienten müssen also bei der Bildung von Repräsentanzen ausreichend guter Objekte unterstützt werden.
- Das, was nie da war und deshalb traumatisch, kann nicht explizit erinnert werden. Trotzdem wird sich das im Kontext der Übertragung wiederholen.

Rahmen: Techniken bei emotionaler Überflutung

- „Holding“, „Containing“ bereitstellen. Keine Interpretation, kein Mitagieren, erst recht kein Gegenagieren! Sicherheit, Schutz ausstrahlen und gewährleisten; den überflutenden Affekt absorbieren, dann verbalisieren.
- Verbalisierung stärkt die kontrollierende Funktion des Ich über Affekte, Fragmentierung und Triebmanifestationen, kleine kognitive Anker bereitstellen.
- Den Namen des Patienten sagen = das Ich ansprechen
- („Benennung verhindert das Zerfallen der Phänomene“- Bion)
- Wiedergutmachung leisten (s. Winnicott, der eine von einer Patientin zerstörte Vase ersetzt).

Äußeres und inneres Setting

Funktionen des Rahmens

- grenzt Außen und Innen ab, bündelt Aufmerksamkeit für innere Prozesse
- Rahmen als intersubjektives abgegrenztes Feld eines Spiels mit besonderen Regeln, anderen Regeln als sie im sozialen Raum außen herum gelten
- Ermöglicht „Denken unter Feuer“
- Holding environment; basale Sicherheitsregulation, Bindung
- Schutz vor Verführung (im Kontext des der therapeutischen/analytischen Situation inhärenten Machtgefüges): ödipale und präödipale Struktur zugleich.
- Containing im Zeit-Raum: schützt vor Zerfall und Fragmentierung; ermöglicht erst die Entstehung von Bedeutung

Funktionen des Rahmens

- Der äußere Rahmen schafft Bedingungen für die Entstehung neuer innerer Denkräume und Denkmöglichkeiten
- Ermöglicht insofern die Entwicklung der Fähigkeit, allein zu sein in Anwesenheit des Anderen
- sollte als unaufdringlich erlebt werden können
- Schaffung einer kontemplativen Atmosphäre, die die Öffnung für neue Erfahrungen mit Selbst und Objekten ermöglicht

Idealtypischer Verlauf/Prozess

- Etablierung des Settings
- Ermöglichung der Erfahrung der Regression (auf einem Kontinuum)
- Aufbau einer speziellen therapeutischen Allianz und erste gemeinsame Erfahrungen einer seelischen Realität
- Den Patienten kennenlernen und sich auf ihn „einstimmen“, um zu lernen, wie man gut zusammenarbeiten kann
- Die Kohärenz des Selbst fördern, falls diese brüchig ist oder fehlt.
- Entwicklung eines inneren Raums, falls dieser ungenügend elaboriert ist.

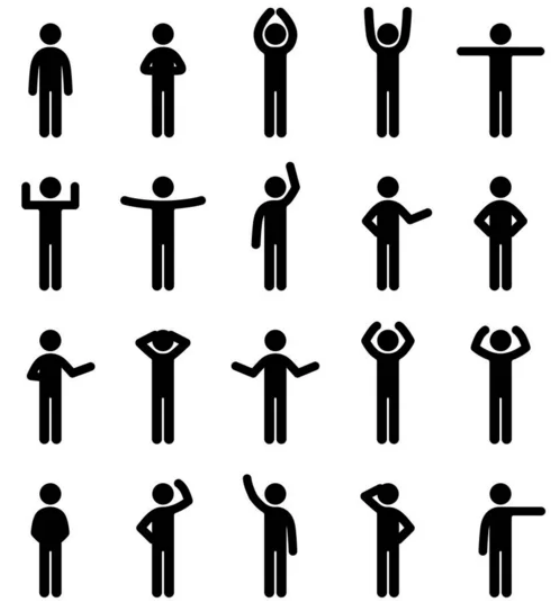
Idealtypischer Verlauf/Prozess

- Auf der Ebene des Vorbewussten und des Übergangsraumes beginnen zu arbeiten.
- Erfahrung der Existenz unbewusster Prozesse ermöglichen
- Objektbeziehungen verstehen und rehabilitieren: Integration von Spaltungen, Aushalten von Ambivalenz und Separation
- Wie könnten sich anbahnende persönliche Perspektiven weiter entwickelt werden?
- Akzeptanz von Getrenntheit und Verlust, während ich **Selbst** werde oder bleibe

Interpretation – korrektive Beziehungserfahrung - Transformation

- Das Paradigma der Transformation bezieht sich auf strukturelle Aspekte, insbesondere auf Aspekte der Elaboration seelischer Verarbeitung emotionaler Erfahrung im Sinne einer semiotischen Progression:
- Somatische Manifestationen - Manifestation in Handlung (basic assumptions, automatischer Gehorsam...) - seelische Verarbeitung im Kontext von Objektbeziehungen

Die Haltung



Die therapeutische/analytische Haltung

Haltung der tiefenpsychologisch orientierten Therapeutin:

- Wohlwollende Neutralität im Kontrast zu moralischer Wertung oder gar Verurteilung
- Aber auch das Gegenteil von Gleichgültigkeit und Nachsicht
- Eine Haltung der Offenheit, des Interesses, des Wissen-Wollens, Erforschens, Kennenlernen-Wollens (K)

Die therapeutische/analytische Haltung

- Aufrechterhaltung einer gleichschwebenden Aufmerksamkeit, bis sich eine gewisse Kohärenz (*selected fact*) hinsichtlich des Materials einstellt
- Abstinenz gegen die verschiedenen Formen von Verführung, die von beiden Seiten ausgehen können (erotisch, narzisstisch)

Die therapeutische/analytische Haltung

- Analytisch orientierte TherapeutInnen sind *sowohl anders* als Objekte aus der Vergangenheit (sollten also keine Aspekte maligner Introjekte realisieren), *als auch* – gebahnt durch die Abstinenz und Neutralität des Settings – zumindest aus der Perspektive der PatientInnen früheren Objekten *ähnlich*.
- Denn frühere prototypische Beziehungsnetzwerke müssen auch in der therapeutischen Situation reaktiviert werden können (die erlebte Neutralität des Gegenübers erzeugt Unsicherheit, wenn nicht Angst), damit dafür auch neue Lösungen gefunden werden können.

Neutralität (Laplanche)

- Therapeut: *Sie halten mich für einen anderen. Ich bin nicht derjenige, für den Sie mich halten.*
- Patient: *Aber gerade dieser andere der ursprünglichen Beziehung war nicht derjenige, für den ich ihn hielt. Deshalb habe ich guten Grund, Sie für einen anderen zu halten.*
- Therapeut: *Ja, Sie können mich für einen anderen halten, weil ich nicht das bin, was ich zu sein glaube; weil ich das andere in mir respektiere und aufrechterhalte.*

Neutralität (Laplanche)

- „... sich selbst das Wissen zu versagen, das scheint mir die vielleicht unmögliche, aber grundsätzliche und grundlegende Regel zu sein, die sich aus unserem theoretischen Wissen ergibt“.
- Alles andere wären auf Anpassung zielende Eingriffe: Manipulationen, Erklärungen, Ratschläge, die Dinge mittransportieren, die nicht Sache des Patienten sind.

Klein, M.: *Lectures on Technique* (2017)

- One main point about it is that our whole interest is focused on one aim, namely, on the exploration of the mind of this one person who for the time being has become the centre of our attention. Correspondingly everything else, including our own personal feelings, has temporarily lost importance.

Klein, M.: *Lectures on Technique*

- If the urge to explore is coupled with an unfailing desire to ascertain the truth, no matter what this may be, and anxiety does not interfere too much with it, we should be able to note undisturbed what the patient's mind presents to us, irrespective even of the ultimate purpose of our work, namely, the cure of the patient. If we are not bent on labelling our patients as such and such a type, or wondering prematurely about the structure of the case, if we are not guided in our approach to him by an preconceived plan, trying to evoke such and such a response from him, then, and only then, are we ready to learn step by step everything about the patient from himself. But then we are also in the best position to take nothing for granted and to rediscover or revise whatever analysis has taught us before.

Klein, M.: *Lectures on Technique*

- This rather curious state of mind, eager and at the same time patient, detached from its subject and at the same time fully absorbed in it, is clearly the result of a balance between different and partly conflicting tendencies and psychological drives, and of a good co-operation between several different parts of our mind. For while we are ready to take in as something new what the patient's mind presents to us and to respond freely to it, our knowledge and our experience are by no means put out of action. Our critical faculties undoubtedly remain active all along, but they have as it were, retreated into the background to leave the way free for our unconscious to get into touch with the unconscious of the patient.

Klein, M.: *Lectures on Technique*

- The analyst is only capable of approaching and understanding his patient as a human being if his own emotions and human feelings are fully active, though they are kept well under control. If the analyst sets out to explore the mind of his patient as if it were an interesting and complicated piece of machinery he will not, however strong and sincere be his desire to find out the truth, do fruitful analytic work. This fundamental desire will only be effective if it is coupled with a really good attitude towards the patient as a person. By this I do not mean merely friendly human feelings and a benevolent attitude towards people, but in addition to this, something of the nature of a deep and true respect for the workings of the human mind and the human personality in general.

Klein, M.: *Lectures on Technique*

- This humble and at the same time confident spirit serves as the best safeguard against feelings of power and superiority, and against any tendencies to seek rapid or magical results, such as attempting to make our patient as we should like him to be, or getting an easy satisfaction by impressing the patient or by getting the better of him, or pacifying him, or even giving way to him, and so on, all of which tendencies are bound to lead the work into wrong directions.

J. Sandler (1981)

- Therapeut*innen stellen über die Art der Interpretation/Intervention und die Art der Vermittlung von Interpretationen ein Klima von Toleranz für infantile, perverse, verrückte, neurotische Teile der Pk der*die Pat. her, - in einer Atmosphäre, die der*die Pat. sich als Teil der Einstellungen dem eigenen Selbst gegenüber aneignen kann, die er*sie internalisieren kann, im Einklang mit dem Verstehen, das er*sie zusammen in mit dem*der Th. für sich erarbeitet.
- Therapeut*innen sollten nicht nur über eine freischwebende Aufmerksamkeit, sondern auch über eine freischwebende Bereitschaft zur Rollenübernahme (enactments, szenisches Verstehen) verfügen.

Technik

Beziehung

Über Empathie

- Empathie betrifft die Fähigkeit, sich in einen anderen Menschen einzufühlen, sich in ihn hineinzudenken, sich mit Teilen seiner Persönlichkeit oder seinem aktuellen seelischen Zustand zu identifizieren.
- Über die Selbsterfahrung haben die Therapierenden einen gewissen Vorsprung im Vergleich zu ihren Patient*innen.
- Empathie hat wenig mit Sympathie oder Freundlichkeit zu tun, sondern kann sich auch auf die dunkelsten Seiten der Persönlichkeiten von Th. und Pat. beziehen.
- Empathie „ereignet“ sich, lässt sich wenig steuern. Es geht um Erfahrungen des „at-onement“ mit unseren Patient*innen.
Kohut: „stellvertretende Introspektion“


Die therapeutische Beziehung

Korrektive emotionale Erfahrung

- Das verlässliche Angebot einer neuen Form von Beziehung kann entscheidend für den Heilungs-/Entwicklungsprozess sein, weil bisherige implizite assoziative Netzwerke zwischen Wünschen, Erwartungen und Abwehrstrategien, die mit Repräsentanzen vom Objekt bzw. vom Selbst mit dem Objekt verknüpft wurden, relativiert und schließlich neu gebahnt werden können.

Die therapeutische Beziehung

Internalisierung von Funktionen

- Zunächst benutzt der Patient Funktionen des Therapeuten bewusst, wenn es ihm schlecht geht, schließlich werden diese Funktionen in prozedurale Gedächtnissysteme eingeschliffen, automatisiert. Hierzu sind keine - deklarativen - Interpretationen erforderlich, weil diese Prozesse auf einer impliziten Ebene mitlaufen.
- z.B. erlebte Tröstung/Beruhigung  Selbsttröstung/-Beruhigung

Die therapeutische Beziehung

Internalisierung affektiver Haltungen

- z.B. die Milderung eines strengen verfolgenden Über-Ichs, wenn der Pat. sich mit der geduldigen, toleranten, ruhigen Haltung der/des Th. auch scham- und schuldbesetzten, „schlechten“ Inhalten gegenüber identifizieren kann.
- Auch dazu sind nicht unbedingt explizite Äußerungen der/des Th. erforderlich, es geht mehr um die nonverbal vermittelte therapeutische Haltung.

Die therapeutische Beziehung

Internalisierung bewusster Strategien der Selbstreflektion

- Wenn also Pat. ihr*sein eigene*r Therapeut*in wird
- Dabei spielen Prozesse des Beobachtungslernens eine Rolle aber auch die zunehmende Fähigkeit, sich im Inneren der Therapeutin wieder zu finden oder sich dort überhaupt erst zu finden. Wichtig dabei, dass der Pat. sich sicher genug fühlt, das eigene Innere in Gegenwart eines anderen zu erforschen.

Die therapeutische Beziehung

Erkennen von Übertragungs- und Gegenübertragungsmustern

- ..., die nicht nur gedeutet werden, sondern: Der Prozess der Suche nach solchen Mustern auch außerhalb der therapeutischen Situation und deren Verständnis erleichtert dem Pat. die eigene Gestaltung zwischenmenschlicher Beziehungen.

A. Modell (1996) - Zwei Formen der Übertragung

- Abhängige (containende) Übertragung
- Projektive (ikonische) Übertragung

A. Modell (1996) - „abhängige Übertragung“

- das illusionäre therapeutische Setting, innerhalb dessen Spiel möglich ist
- Kontinuierlich vorhanden aber im Hintergrund
- Ermöglicht erst die symbolische Aktualisierung von Entwicklungskonflikten oder –defiziten
- Keine Rekreation von spezifischen Objektvorstellungen
- Mutative Deutungen stärken und erweitern das Selbsterleben, das Vertrauen in die Objekte, die Sicherheit und Stabilität des Rahmens

Einsichtsfokussierte Strategien therapeutischer Veränderung

- Ein-Sicht, insight; sich, seine Objekte kennenlernen wollen
- oder einsichtig (oder aber „uneinsichtig“) sein, die Position der anderen Person übernehmen? (foreign bodies, eine Über-Ich-Position, gegen die sich schnell Abwehren aufbauen würden)
- (welche Sinne werden angesprochen?)

Freie Assoziation und Interpretation

- Die beiden wichtigsten „klassischen“ Techniken, um Einsicht zu entwickeln oder zu bewirken
- Abwehr und Widerstand lassen sich über freie Assoziativität quasi in Aktion beobachten, ab und an kann man mal einen Blick hinter die Kulissen (das Abgewehrte) werfen (wenn der Pat. relativ frei assoziiert) oder die Umstände beobachten, unter denen die Abwehr aktiviert wird (wenn der Pat. nicht so in der Lage ist, frei zu assoziieren)
- Die freie Assoziation ermöglicht außerdem eine Art Kartographierung der inneren Welt, der impliziten assoziativen Netzwerke des Pat. Bewusstes zielorientiertes Sprechen interferiert mit dem Prozess der freien Assoziation, weil ganz andere operationale Prinzipien wirksam sind.

Freie Assoziation und Interpretation: Grundregel

Freud (1899): *„Ich lasse nun den Kranken selbst das Thema der täglichen Arbeit bestimmen und gehe also von der jeweiligen Oberfläche aus, welche das Unbewusste in ihm seiner Aufmerksamkeit entgegenbringt. Dann erhalte ich aber, was zu einer Symptomlösung zusammengehört, zerstückelt, in verschiedene Zusammenhänge verflochten und auf weit auseinanderliegende Zeiten verteilt. Trotz dieses scheinbaren Nachteils ist die neue Technik der alten weit überlegen, ohne Widerspruch die einzig mögliche.“*

Freie Assoziation und Interpretation: Grundregel

Freud (1909): „Nachdem ich ihn am ersten Tage auf die einzige Bedingung der Kur verpflichtet, alles zu sagen, was ihm durch den Kopf gehe, auch wenn es ihm unangenehm sei, auch wenn es ihm unwichtig, nicht dazu gehörig oder unsinnig erscheine, und ihm freigestellt, mit welchem Thema er seine Mitteilungen eröffnen wolle, beginnt er wie folgt: ...“

Freie Assoziation und Interpretation

- Sollte man auf die Formulierung der Grundregel verzichten?
 - **Pro:** ermöglicht neue Verknüpfungen, Zugang zu „Komplexen“, Unterlaufen der Abwehr, Förderung des kreativen Selbstausdrucks
 - **Kontra:** Ein Ideal, das ohnehin nicht erreicht werden kann. Kann selbst als Widerstand genutzt werden. Überfordert Patienten mit schweren Persönlichkeitsstörungen extrem.

Gleichschwebende Aufmerksamkeit bei Freud

- Das notwendige Gegenstück zur freien Assoziation ist die gleichschwebende Aufmerksamkeit. Das eine geht ohne das andere nicht. Auch für diese muss sich der Therapeut in den Stand setzen, also eine Haltung einnehmen, in der »es« im Therapeuten hört. Beide Haltungen führen zu Veränderungen an der Zensur zwischen Unbewusstem und Vorbewusstem.
- Der Therapeut soll sein Unbewusstes zum empfangenden Organ machen.
- Die Kommunikation von Unbewusst zu Unbewusst wird zur Erkenntnismethode.
- Die Regeln der freien Assoziation und der gleichschwebenden Aufmerksamkeit unterbinden die alltäglichen Mechanismen des Gesprächs. Sie schaffen zudem ein radikales Ungleichgewicht in der Kommunikation, wenn sich bei einem das Verbot der Selektion auf das Sprechen, beim anderen auf das Wahrnehmen bezieht. Der Patient soll alles mitteilen, der Therapeut alles hören. Letzterer darf nichts von sich preisgeben, die alltägliche Reziprozitätsregel der Intimität wird aufgehoben.

Einsichtsfokussierte Strategien therapeutischer Veränderung

- Hören, Sehen Beobachten
- Fragen
- Klarifizieren
- Explorieren
- Sondieren
- Kommentieren
- Zusammenfassen
- Konfrontieren
- Deuten

Hören, Sehen, Beobachten

- Analytisches Zuhören („mit dem dritten Ohr“ – Reik) beschreibt einen überaus komplexen (Parallel-) Prozess, der sich auf die Wahrnehmung sowohl des Textes (und seiner Brüche, Asymmetrien, Ungereimtheiten...) als auch der verbalen und nonverbalen Subtexte der Patientin bezieht und gleichzeitig auf die eigenen inneren Prozesse – Affekte, Einfälle, Phantasien, Körpersymptome. Auch Theorien können einem spontan einfallen. Dann gibt es noch das Dazwischen, - die Qualität des Beziehungserlebens, die Atmosphäre der Sitzung....

Fragen

- Die Frage besetzt u. U. das Feld des Patienten zu früh; die Frage fokussiert bereits auf einen Ausschnitt des möglichen Diskursuniversums und könnte damit Ausdruck einer Gegenübertragungsreaktion sein (Stille nicht aushalten können, „hier wird gearbeitet“)
- Fragen sind sinnvoll und hilfreich, wenn der therapeutische Prozess blockiert erscheint: „was denken Sie?“, „wie fühlen Sie sich gerade“

Klarifizieren, Sondieren, Explorieren

- Techniken der Informationsgewinnung. Wichtig vor allem in Erstgesprächen. Im therapeutischen Prozess dienen sie dazu, Verknüpfungen von Erzählsträngen untereinander und mit den mitschwingenden affektiven Mitteilungen herzustellen, um einen weiteren Verstehenshorizont eröffnen zu können.

Kommentieren

- Die Position des Patienten wird grundsätzlich respektiert, sie wird durch einen zusätzlichen Blickwinkel, eine andere Perspektive ergänzt. Bringt den Diskurs voran, stabilisiert.

Konfrontation

- Abwehr per se kann nicht „gedeutet“ werden. Der korrekte Begriff für den Fall des Ansprechens eines Abwehrmechanismus ist der der Konfrontation.
- Gedeutet werden kann Abwehr immer nur in ihrem psychodynamischen Kontext: Welcher Wunsch, welcher innere oder äußere Druck erzeugt Angst oder andere Affektsignale? Wie werden diese Affekte reguliert? (s.u.)

Zusammenfassen, Rekapitulieren

- Psychodynamisch eine Verdichtung
- Die Dinge auf den Punkt bringen, fokussieren
- Stabilisierende Wirkung

Interpretation

Zielt ab auf jede Art mentaler Ereignisse:

- Wünsche
- Ängste
- Phantasien (bw, ubw)
- Abwehren
- Kompromissbildungen (Symptome, Fehlhandlungen, Versprecher, Träume)
- Konflikte (bw, ubw)
- Beziehungsmuster außerhalb der therapeutischen Situation
- Übertragungsmuster im Zusammenhang mit
- Gegenübertragungsgefühlen und -phantasien
- Verbindungen zwischen Gedanken und Gefühlen, also zwischen Elementen assoziativer Netzwerke
- Das aktuelle unbewusste Beziehungsgeschehen im Hier und Jetzt der therapeutischen Situation

Wann was deuten?

- Die Deutungsaktivität in der Sitzung beginnt an der Oberfläche (hinsichtlich dessen, was die Patientin mitbringt) und bezieht den dominierenden Affekt (Angst, Traurigkeit, Groll, Wut) mit ein.
- In der Sitzung bewegt sich die Thematik meist von äußeren Beziehungen hin zu Aspekten des inneren Zustands („das ist alles sehr wichtig und richtig, was Sie berichten, und das bewegt Sie sehr; auf einer anderen Ebene beschreiben Sie doch auch.....“).

Deutungstechnik nach Argelander und Lorenzer

- Bereitschaft zur Rollenübernahme (Teil der Szene werden) und szenisches Verstehen.
- Themen der Sitzung: A`, A``, A```` verweisen auf A (Pat. spricht über eine Person aus seinem aktuellen Lebensumfeld, dann über eine Person aus der Vergangenheit, erzählt dann einen Traum: verstecken sich hierin Kommentare über das Erleben der aktuellen therapeutischen Beziehung?).
- Text-/Sprachinhaltsanalysen

Deutungen - Übersicht

- Prozessdeutungen versus Inhaltsdeutungen
- Widerstandsdeutungen
- Unvollständige gegen vollständige Deutungen
- Rekonstruktive Deutungen
- Sinndeutungen
- Patientenzentrierte Deutungen versus Analytiker-/Therapeutenzentrierte Deutungen
- Rekonstruktion oder Konstruktion?
- Dekonstruktion
- Übertragungsdeutungen

Prozessdeutungen vs. Inhaltsdeutungen

- Prozessdeutungen haben bei Patienten mit Symbolisierungsstörungen stabilisierende Wirkung. Ich vermittele meiner Patientin, es geht voran, Konstellationen, Beziehungen verändern, entwickeln sich. Es geht auch um das Zeiterleben, das im traumatischen Bereich („Symmetrisierung“ des UBW) oftmals beschädigt ist.

Widerstands-/Abwehrdeutungen

- Worauf beruht die Angst vor Veränderung?
- Welche Wünsche, welche Formen von Objektbeziehungen werden abgewehrt?
- Welche “Kosten“ verursacht die Abwehr (Sucht, soziale Isolation, Misserfolg usw.)

Unvollständige (ungesättigte) vs. vollständige (gesättigte) Deutungen

- Eine sog. vollständige Deutung bezieht sich auf Aspekte des unbewussten Wunsches, auf die durch den Wunsch erzeugte Angst („Signalangst“ – Angst vor Vernichtung, vor Objektverlust, vor Liebesverlust, vor Strafe, Über-Ich-Angst, vor Beschämung) und die sich gegen die Angst gerichtete Abwehr. Sie beschreibt zudem das aktuell unbewusst wirksame dynamische Geschehen.
- An-Deutungen sind problematisch: Meist deutet man mit dem Zeigefinger auf etwas. Und die andeutende Person begibt sich in die Position einer mehr wissenden.
- Ungesättigte Deutungen fügen sich in den assoziativen Prozess des Patienten ein, bringen ihn voran.

Patientenzentrierte Deutungen vs. Analytiker-/Therapeutenzentrierte Deutungen

- Von J. Steiner entwickelte Technik in der Arbeit mit frühgestörten Patienten, die sich hinsichtlich der Deutungen von Übertragung oder Abwehr schnell auf der Über-Ich-Ebene herabgesetzt fühlen, wenn man sich auf ihre Gedanken oder Phantasien bezieht. Hier bezieht sich die Deutung auf die Vorstellung des Patienten über seine Therapeutin oder seinen Therapeuten: Statt: „Sie sind sehr böse auf mich, weil ich abwesend, nicht für Sie da war...“ jetzt: „Ich denke mal, Sie sind davon ausgegangen, dass ich kein Interesse daran hatte, hier für Sie da zu sein ...“

Sinndeutungen - Rekonstruktive Deutungen

- Sinndeutungen (mutative Deutungen) treiben den therapeutischen Prozess voran. Rekonstruktive Deutungen haben mehr stabilisierende Funktion.
- Das rekonstruktive Modell des Abarbeitens verdrängter traumatischer Erinnerungen (Abreagieren, Katharsis) ist mehr oder weniger überholt.
- Eine Rekonstruktion der Vergangenheit ist aufgrund der Eigenarten des biographischen Gedächtnisses (Retranskription, s. Edelman) ohnehin nicht möglich.
- Rekonstruktive Deutungen beziehen sich eher auf früher erlebte seelische Zustände (Affektkategorien), die sich dann z.B. über Deckerinnerungen rekonstruieren lassen.

Dekonstruktion (Laplanche)

- Hier wird an den unterschwelligem „Botschaften“ gearbeitet, die den früheren Bezugspersonen unserer PatientInnen selbst meist nicht bewusst waren, aber in Interaktionen mittransportiert wurden. Es gilt, diese Botschaften, die den eigentlichen Inhalt des Unbewussten ausmachen, zu entschlüsseln und neu einzuordnen.

Das dritte – analytische – Objekt (T. Ogden)

- Der unbewussten Beziehungsdynamik werden im Prozessgeschehen beide Protagonisten „unterworfen“, im Sinne eines Skripts, das im unbewussten Geschehen eine unbewusste Dramaturgin entworfen, formuliert hat, und das beide nun in bestimmte Rollen zwingt. Das ist das eigentliche „analytische Objekt“, das wir zu verstehen versuchen.

Übertragung

- Die Intensität der Übertragungsdeutungen unterscheidet Psychoanalyse von zeitlich limitierteren analytisch orientierten Therapieformen.
- Ziele der Übertragungsdeutung
 - Reintegration von Selbstaspekten oder Selbstanteilen, die defensiv verleugnet, „hinausgeworfen“ wurden durch projektive Identifizierung, so dass Pat. wieder mehr in seiner eigenen Haut leben kann
 - Korrektur von unbewussten Erwartungen, die sich auf das Erleben und die Wahrnehmungen von Objekten beziehen

Übertragung - Charakteristika

- Wiederholung (Wiederholungszwang, Übertragungszwang)
- Zeitliche Dimension (Vergangenes in der Gegenwart: Nachträglichkeit) bzw. Veränderung des Zeiterlebens (Eigenschaften unbw Prozesse)
- Regression (zeitlich, topisch, strukturell)
- Verschiebung/eine projektive Bewegung
- (Re-)Kategorisierung

Die Gesamtsituation (Betty Joseph)

- Übertragung stellt eine emotionale Beziehung zur Therapeutin/zum Therapeuten dar, in der eine unbewusste Phantasie aktualisiert wird.
- Die jeweils wirksame unbewusste Phantasie entspricht einer Gesamtsituation einer primären Objektbeziehung mit den jeweils wirksamen Triebwünschen und Ängsten und ihrer Abwehr und den daraus folgenden Bewegungen zum Objekt hin oder vom Objekt weg. Patienten „schubsen“ ihre TherapeutInnen an, eine bestimmte Rolle in der Beziehung zu übernehmen.

Ebenen der Übertragungsinterpretation

- Eine Patientin spricht von ihrer Chefin, die sie von oben herab behandle. Ein ähnliches Thema taucht auch in einem Traum auf, in dem eine Frau sie demütigt und unter Druck zu setzen versucht.

Ebenen der Übertragungsinterpretation

1. Auf der ersten Ebene könnte hier etwas von der real erlebten (oder phantasierten) Beziehung mit der eigenen Mutter in der Vergangenheit auf die Chefin oder/und die Frau im Traum verschoben/übertragen worden sein. Theoretisch könnte man dann einen ödipalen bzw. Autoritätskonflikt ableiten.
 - genetische, rekonstruktive Deutung der Übertragung

Ebenen der Übertragungsinterpretation

2. Hier bezieht die Therapeutin die Inhalte aus der Sitzung bzw. aus dem Traum auf ihre Person, nach dem Motto: „Sie meinen mich“. Es geht hier um die Übertragung bestimmter Eigenschaften oder Aspekte („von oben herab“), die aus einer eher distanzierten Position thematisiert wird.
- „klassische“ Übertragungsdeutung, wenn noch Wunsch und Abwehr einbezogen werden

Ebenen der Übertragungsinterpretation

3. „Es findet gerade etwas hier in der Sitzung zwischen uns statt, wobei Sie mich vielleicht auch so von oben herab wahrnehmen, wie Ihre Vorgesetzte oder die Frau aus dem Traum.“ Der Traum aktualisiert sich quasi in der Sitzung. Er bildet Aspekte der Wahrnehmung der Patientin von ihrer Therapeutin ab, deren sie sich noch nicht voll bewusst geworden ist.

➤ Arbeiten in der Übertragung

Ebenen der Übertragungsinterpretation

4. Auf dieser Ebene wird eine innere Beziehungskonfiguration in Szene gesetzt: Ein gewisser Druck, der von der Patientin ausgeht, führt zu inneren Schwierigkeiten auf Therapeutinnenseite, die zu einer bw nicht wahrgenommen Reaktionstendenz der Therapeutin auf ihre Patientin führen (z.B. eine Tendenz, die Patientin zu konfrontieren): Ein Enactment, an dem nun beide teilhaben (...wobei der Druck primär nicht von der Patientin ausgehen muss, sondern mit Ängsten und Abwehren von Therapeutinnenseite zu tun haben kann – s. Laplanche).
- Arbeit in der Übertragung mit enactment

Ebenen der Übertragungsinterpretation

- Komplementäre Gegenübertragung als Identifizierung des Therapeuten mit den inneren Objekten des Patienten wäre zu unterscheiden von enactment i.e.S.
- Während im ersten Falle ein Fremdkörper in die Therapeutin quasi „hineingezwungen“ wird (worauf verschiedene Therapeuten ähnlich reagieren würden) umschreibt enactment eine persönliche, ideosynkratische Reaktion der Therapeutin, die von ihrer inneren Objektbeziehungskonstellation abhängt und mit der inneren Situation der Patientin Hand in Hand geht.

Ebenen der Übertragungsinterpretation

Wir können also grundsätzlich unterscheiden zwischen:

- Deutung der Übertragung
- Deutung in der Übertragung

Szenisches Verstehen (A. Lorenzer)

- Tiefenhermeneutisches Verstehen der in Szenen verborgenen Wünsche und Abwehrvorgänge.
- Szenisches Verstehen bedeutet das Verstehen von Interaktionsprozessen; es soll entschlüsselt werden, wie Patienten ihre TherapeutInnen in ihre Szenen einbinden. Der Therapeut steht dabei also nicht in Distanz zu der Szene, sondern muss sich auf das Spiel des Patienten einlassen. Der Patient bringt in die Szene verdrängte Erlebnisse ein. Er agiert durch einen Wiederholungszwang ständig mit dem gleichen Muster, modifiziert die ursprüngliche Szene in der Gegenwart jedoch. Therapeutische Aufgabe ist es nun, die ursprüngliche Szene zu rekonstruieren und bewusst zu machen.

Szenisches Verstehen (A. Lorenzer)

- „Der Therapeut steht nicht in beschaulicher Distanz zum Patienten, um sich – wie aus einer Theaterloge – dessen Drama anzusehen. Er muss sich aufs Spiel mit dem Patienten einlassen, und das heißt, er muss selbst die Bühne betreten. Er nimmt real am Spiel teil.“

Enactment

- Die inneren Konflikte des Patienten werden externalisiert („übertragen“), indem Teile seiner inneren Welt in die Therapeutin, den Therapeuten projiziert werden.
- Durch projektive Identifizierung werden nun also Gefühle in ihr, ihm, hervorgerufen, die sie/ihn zu Handlungen verleiten, eine vom Patienten zugeschriebene Rolle zu übernehmen (komplementäre Gegenübertragung im Kontrast zur konkordanten GÜ, bei der die Therapeutin sich mit Aspekten des Selbst bzw. des Selbsterlebens des Patienten identifiziert).

Enactments: Rollenumkehrungen

- Diese von Anna Freud als Abwehr beschriebene, von Ferenczi schon früh therapeutisch eingesetzte Interaktionsform, beinhaltet, dass die Therapeutin/der Therapeut sich wechselseitig sowohl mit den beschädigten infantilen Anteilen als auch mit den gesunden und vitalen kindlichen Selbstanteilen des Patienten identifizieren kann, während der Patient ihm gegenüber die Rollen der beschädigenden Objekte einnimmt.
- Dann wieder gerät der Therapeut in die Rolle eines beschädigenden Elternteils oder schafft es, ein neues, befriedigenderes, tröstendes, einführendes Objekt zu repräsentieren.
- Die Wahrnehmung so einer Umkehr der Rollen und des damit verbundenen inneren Zustands ermöglicht es wiederum, sich viel besser in das emotionale Erleben des Pat. Einfühlen zu können.

Enactment

- Wie werden frühkindliche Beziehungstraumata in der kindlichen Psyche registriert und gespeichert?
- Jenseits des Verdrängungsmechanismus scheint es eine Art stummes Handlungsgedächtnis zu geben. Im therapeutischen Prozess ereignen sich bestimmte Momente, in denen die Therapeutin/der Therapeut ungewollt in die Position eines Objekts gebracht wird, das schlecht genug ist, die Rolle eines retraumatisierenden Objekts zu übernehmen, - alles jenseits der verbalen Gedächtnissysteme.
- Einige vom intersubjektiven Ansatz inspirierte Autoren gehen von einem Beziehungsunbewussten aus, das sich in der Begegnung konstituiert.

Enactment – memory in action

- Wir müssen nun genau unterscheiden, - geht es um ein Ausagieren, das von einem der beiden an der Interaktion beteiligten ausgeht, oder um ein Enactment, als einer gemeinsamen Schöpfung beider, das aufgrund einer hohen emotionalen Spannung bei beiden einen kommunikativen Level in Gang setzt, der bisher implizit oder noch nicht symbolisiert war.
- Wenn es gelingt, die eigene Rolle in einer so subtil retraumatisierenden Beziehungskonstellation wahrzunehmen, zu hinterfragen und schließlich dafür ein Stück Verantwortung zu übernehmen, kann das den therapeutischen Prozess enorm voranbringen und zu einer Transformation traumatischer Aspekte im Leben des Patienten führen.

Bestätigung/Affirmation

Selbstobjektübertragung (Spiegel-,idealisiertende, Zwillingen-Übertragung (Kohut))

- Man versucht den Pat. aus der Sichtweise seiner inneren Welt zu sehen; versucht analoge Situationen bei sich selbst nachzuempfinden und teilt das dem Pat. mit, wobei es zu Empathieversagen kommen muss.
- Gedeutet wird nun dieses Empathieversagen mit dem Ziel der Wiederherstellung der Selbstobjektübertragung.
- Es geht also um eine „Heilung“ der Wahrnehmung eines Empathiemangels von Seiten der Therapeutin oder des Therapeuten.

Affirmative Interventionen

Die psychologische Essenz dieser Art von Interventionen bezieht sich auf 4 Elemente (Cissna u. Sieburg, 1981):

- Das Element der Existenz
 - Das Element des Bezogen-Seins
 - Das Element des Selbstwertes
 - Das Element der Validität der eigenen Erfahrung und Wahrnehmung
- Es geht hier nicht um das Aufdecken ubw Bedeutungen, sondern überhaupt erst um die Etablierung von Bedeutung/Bedeutsamkeit.

Affirmative Interventionen

Konkret beziehen sich diese Interventionen auf:

1. Mitteilungen, die den emotionalen Zustand des Patienten abbilden und nachvollziehbar machen. Der Patient ist mit seiner inneren unerträglichen Situation nicht allein.
2. Die emotionale Reaktion kann kontextualisiert werden (z.B. Reaktion auf Ferientrennung) und wird
3. akzeptiert z.B. durch Verweis auf ähnliche Situationen aus der Vergangenheit (viel zu lange Urlaube der Eltern des Pat. in dessen Kindheit)
4. Ressourcen des Patienten werden betont.

Spiegeln, Markieren von Affekten/Inhalten

- In der Säuglingsforschung wurde die Bedeutung der frühen Affektentwicklung - Vitalitätsaffekte etwa für die Entwicklung des Kernselbstempfindens - insbes. der AffektAbstimmung und der transmodalen Wahrnehmung betont. Diese Mechanismen bilden quasi das „Vor-Wort“ für die weitere Entwicklung der Symbolisierungs - bzw. Mentalisierungsfähigkeiten.
- Im therapeutischen Austausch sind sie die „Begleitmusik“ der sprachlichen Interaktionen: Dynamik (Lautstärkeveränderungen, Crescendo, ff, pp; Votragsbezeichnungen: Marcato, Staccato oder weiche Legatobögen.....

Spiegeln, Markieren von Affekten/Inhalten



Spiegeln, Markieren von Affekten/Inhalten

- Gergely (2004) konnte zeigen, dass Mütter von Kleinkindern (ab ca. 8 Monaten) beginnen, die Affekte der Kinder zu markieren, - etwa durch Übertreibung, Überbetonung, stärkere Versprachlichung usw. Das Markieren bezieht sich einerseits auf den Zustand des Kindes, beinhaltet aber eben auch Aspekte des inneren Erlebens Mutter:
- Erste Schritte auf dem Wege der Separation von Subjekt und Objekt.

Unterstützung bei der Entwicklung von Fähigkeiten zur Affektregulation

- Insbesondere bei aggressiven, depressiven und ängstlichen Affekten.
Unterscheidung von Affekt, Emotion bzw. Gefühl:
 - Als erstes also Entwicklung der Affektwahrnehmung und Elaboration des damit verknüpften Gefühlszustandes. (Psychosomatosen, Körpersymptome, Körpervorgänge (keine symbolische Übersetzung!!) usw.)
 - Affektmodulation: „Die Wut (Angst, Traurigkeit....) macht etwas mit mir oder ich mache etwas mit der Wut (Angst, Traurigkeit....)“
 - Affektmodulation: Wahrnehmung eines körperlichen Zustandes, der in einen intrapsychischen Zustand transformiert und benannt wird. Occuring versus experienced emotion.
 - In der frühkindlichen Entwicklung spielt hier zudem die transmodale Wahrnehmung eine herausragende Rolle.

Ebenen der Interpretation

Man könnte sich ein Kontinuum vorstellen, auf dem in der ersten Zeit der Behandlung von Patienten mit einem signifikanten Frühstörungsanteil diese das sichere Gefühl haben können, die jeweilige therapeutische Aktivität sei ihre Schöpfung. In der mittleren Phase dann könnten die Patienten das Gefühl zulassen, das Verständnis für sie würde aus der gemeinsamen Arbeit resultieren. Erst viel später - bei nun ausreichender Vertrauensbasis - könnten die Patienten der Therapeutin oder dem Therapeuten zugestehen, die Deutung wäre eine von ihnen losgelöste Aktivität, etwas das von außen kommt, letztendlich etwas Fremdes (das vorher aufgrund der diesem Fremden zugeschriebenen inhärenten Gewalt nicht zugelassen werden durfte).

Reverie und die Fähigkeit, Nicht-Wissen zu ertragen

- Rezeptivität für projektive Identifizierungen: Den Patienten in einem entsprechenden regredienten seelischen Zustand träumen.

Die Sitzung als Traum ...

- Zur Übung:

Ich stelle mir vor, dass der Patient, bevor er beginnt zu erzählen, sagt:
„Ich habe folgendes geträumt: ...“

Sonstige, sekundäre Interventionen

Sonstige, sekundäre Interventionen

Bridgeing

Dissoziation

- **Vertikale Spaltung**



Dissoziation - Assoziation

Sonstige, sekundäre Interventionen

Suggestiv-konfrontative Interventionen

- Suggestion ist allein schon durch das therapeutische Gefälle, die „Autorität“ - impliziter Bestandteil jeder Therapie.
- Konfrontationen, die quasi auf ein bestimmtes Verhaltensmuster „zeigen“, insbes. maladaptive Beziehungsmuster, enthalten ein suggestives Moment, wonach diese Muster problematisch sind und der Veränderung bedürfen. Das gilt für jede Art der Exploration bestimmten Materials, die immer auch eine Auswahl enthält, die die Therapeutin trifft.
- Wenn man also sagt: „Ich überlege, was es bedeutet, dass....“, impliziert das für die Patientin, etwas ist nicht richtig, bedarf des Verständnisses und erfordert Veränderung.

Sonstige, sekundäre Interventionen

Suggestiv-konfrontative Interventionen

- Wenn wir diese Muster explizit machen, liegt darin also die Gefahr, dass der Pat. sich vom Th. kritisch wahrgenommen oder kontrolliert fühlt, also die eine Seite des Konfliktes externalisiert. Wenn wir unsere Ansichten implizit lassen, laufen wir Gefahr, dass eine subtile Form der Manipulation oder Suggestion stattfindet, die wir aufgrund unserer Angst direktiv zu sein, verleugnen müssen.

Sonstige, sekundäre Interventionen

Untersuchung dysfunktionaler Einstellungen, Überzeugungen und Haltungen des Patienten

Das gilt, wie vorhin bereits erwähnt, für die extrem negativen Einstellungen depressiver oder Angst-Patienten dem eigenen Selbst gegenüber. Schon die Exploration dieser Haltungen ist ein Signal an den Pat., das der Th. hier nicht mit dem Pat. übereinstimmt.

Sonstige, sekundäre Interventionen

Direktive Interventionen

- beziehen sich auf das bewusste Problemlösungs- und Entscheidungsverhalten
- Notwendig bei schweren Persönlichkeitsstörungen von Pat., die nicht in der Lage sind, Konfliktsituationen adäquat zu mentalisieren, aber auch bei neurotischen Pat., die – möglicherweise auch aus Übertragungsgründen – problematische Entscheidungen treffen, die sie in ihrem zukünftigen Leben sehr beeinträchtigen könnten.
- Hier ist manchmal eine Art „coaching“ angebracht, indem der Pat. aufgefordert wird, vor dem endgültigen Fällen einer Entscheidung deren Bedeutung zu explorieren.

Sonstige, sekundäre Interventionen

Exposition

- Feld der Verhaltenstherapie insbes. bei Phobien und „Angst vor der Angst“ bei Panikstörungen
- Die Hypervigilanz von Pat. für kleinste Anzeichen, dass sie nervös werden könnten, führt zu einer stärkeren Angst vor erneuter Panik und mündet direkt in erneuten Panikattacken.
- Diese Mechanismen scheinen eher subkortikal angesiedelt zu sein und sind durch hoch verbale Techniken wie Psychoanalyse schwer zu erreichen, außer dass Einsicht dem Patienten zur Entscheidung verhilft, sich mit Angst auslösenden Reizen zu konfrontieren.

Sonstige, sekundäre Interventionen

Exposition

- Phobien sind seit Freuds Zeiten schwer mit analytischen Therapien zu erreichen gewesen, zumal das analytische Setting Vermeidung eher fördert. Andererseits ist Vermeidung von Angst auslösenden Reizen selbst verstärkend.
- Hier sind für zukünftige Forschung noch viele Fragen offen. Allerdings enthält psychoanalytische Technik trotzdem auch Elemente von Exposition, wenn wir an die Konfrontation des Patienten mit verdrängten traumatischen Erinnerungen denken, die sie oder er nun in Anwesenheit eines schützenden Anderen haben kann.

Sonstige, sekundäre Interventionen

Mitteilung der Therapeutin über das eigene Innere

- Das kann für Pat. mit unsicheren Bindungskonzepten sehr wichtig sein, deren Eltern in ihrem Verhalten unberechenbar waren.
- Hier können wir unseren Pat. bis zu einem gewissen Grade helfen, andere Menschen besser zu verstehen, Vertrauen aufrecht zu erhalten und Modelle für Intimität und Selbstausdruck zu entwickeln.
- Wenn wir dem Pat. ein Gefühl mitteilen, kann dieser realisieren, dass seine Wahrnehmung der Therapeutin nur eine Repräsentation ist, mit der man arbeiten, die man verstehen kann.

Sonstige, sekundäre Interventionen

Metaphern, Humor, Geschichten ...

Imaginative Techniken, z.B. katathymes Bilderleben

Hass in der Gegenübertragung (Rücksichtslosigkeit des Säuglings) – Winnicott 1947

- Überleben ...

Fokalthherapie

Psychodynamische KZT (D.A.Malan, A.Abbass)

- Pressure
- Clarification and challenge to resistance
- Head on collision
- Facilitating the somatic experience of „complex transference feelings“
- Recapitulation

Seelische Funktionsweisen auf nichtsymbolischem Niveau	Seelische Funktionsweisen auf elaboriertem symbolischen Niveau
chaotisches Selbstsystem, Fragmentierung, unassimilierte Introjekte	Identitätsgefühl, homogene Selbst-Narrative stabile Selbst- u. Objektrepräsentanzen
Partialobjekte	ganze Objekte
Beta-Elemente	Alpha-Funktion, Alpha-Elemente
occurring emotions handlungsorientierte Tendenz zum Affektausdruck (acting out, Verwicklungen), Affektüberwältigung, -überflutung	experienced emotions situationsadäquates Prozessieren von Affekten (Regulation), Signalfunktion des Affekts etabliert
psych. Defizit	psych. Konflikt
implizite, prozedurale Gedächtnissysteme Konkretismus, Wirklichkeits-, Äquivalenzmodus, symbolische Gleichsetzungen	explizite Systeme, deklarativ als-ob-Modus
Primitive Abwehren (exzessive, invasive proj. Identifizierung, Spaltung Affektansteckung, Verleugnung) „Gewalt der primitiven Emotionen“, Triebderivate	reife Abwehren (Verdrängung intakt)

Seelische Funktionsweisen auf nichtsymbolischen Niveau	Seelische Funktionsweisen auf elaboriertem symbolischen Niveau
<p>Aktualisierungen/Agieren von Konflikten im sozialen Feld, Wiederholungszwang,</p> <p>automatischer Gehorsam, Aktion, Ent-Bindung, Fragmentierung</p> <p>Spaltung</p> <p>Primärprozess interaktiver Druck falsches Selbst Transformations-Paradigma (Prozess und Form), Semiotik</p>	<p>Etablierung des Systems Vbw als Container des Symbolisierten und Repräsentierten</p> <p>Halten und Aushalten von Konflikten - intrapsychisch Denken von Gedanken, Handlungsaufschub, Bindung</p> <p>Ambivalenz</p> <p>Sekundärprozess narzisstische Autonomie und Homöostase wahres Selbst Verdrängungs-Paradigma (Inhalt) Symbolik Hypothesen, Realitätsprüfungsfunktion</p>

Seelische Funktionsweisen auf nichtsymbolischen Niveau

Primärprozess

interaktiver Druck

falsches Selbst

Transformations-Paradigma (Prozess und Form), Semiotik

Überzeugungen (z. B. paranoide von der Bösartigkeit innerer u. äußerer Objekte)

intrusive Imagination (Halluzinose)

Psychosomatosen, Alexithymie, operatives Denken, acting-out, Verlust der Impulskontrolle, PTBS, emotionale Deprivation, Vernachlässigung, Denk- und Sprachstörungen, Autismus und andere Beziehungsstörungen, Borderline, psychotische Manifestationen,

Seelische Funktionsweisen auf elaboriertem symbolischen Niveau

Sekundärprozess

narzisstische Autonomie und Homöostase

wahres Selbst

Verdrängungs-Paradigma (Inhalt)
Symbolik

Hypothesen, Realitätsprüfungsfunktion

„Reminiszenzen“
Reifere Neuroseformen