

Ergänzende Ausführungen zum Seminarthema „Themen der

psychoanalytischen Psychotherapie“ (16.09. und 07.10.2011) s. auch Folie „Begriffe – Begreifen“ der PowerPoint-Präsentation zu diesem Thema.

Arbeitsbündnis: Historisch zunächst als wenig differenziert von der Übertragung, von Forschern und Autoren dann zunehmend etwa so differenziert: Das Kernstück des Behandlungsbündnisses ist in der „realen“ oder „nicht übertragungshaften“ Beziehung verankert. Auch hier fließen unbewusste Bedürfnisse mit ein. Die Fähigkeit zur Entwicklung eines Behandlungsbündnisses scheint auf Eigenschaften zu beruhen, die zu einem relativ stabilen Teil des Individuums geworden sind. Das Arbeitsbündnis ist abhängig von dem bewussten und unbewussten Wunsch des Patienten nach Kooperation und von seiner Bereitschaft, die Hilfe des Therapeuten anzunehmen. Ob der Patient arbeitsbündnisfähig ist, soll in den Probesitzungen herausgefunden werden. Im Falle von Borderline-Patienten geht es um die Frage, ob im Verlauf der Therapie die zunächst fragliche Bündnis-Fähigkeit zunehmen dürfte.

Übertragung: Der Übertragungsbegriff hat nach Freud im Laufe der Zeit unter dem Einfluss verschiedener Schulen und Richtungen unterschiedliche Aspekte der Definition akzentuiert. Derzeit gilt: der Analytiker/Therapeut ist nicht einfach nur ein passiver Partner in der Übertragungsbeziehung, er ist auch eine reale Person. Mit seiner Haltung, seiner Zugewandtheit, seiner Flexibilität vermittelt er Sicherheit. Die Handhabung des Arbeitsbündnisses fließt in die Übertragung/Gegenübertragung mit ein. Der Analytiker bietet die Möglichkeit zu Übertragungs-Entstellungen an, indem er keine Realität zurückgibt, um die Fehlwahrnehmung des Patienten zu korrigieren, andererseits übernimmt er aber auch nicht die Rolle, die ihm durch die Übertragung des Patienten zugespielt wurde. Die irrationalen Determinanten der Übertragung lassen sich gemeinsam erforschen. – Sonderformen der Handhabung bei Borderline-Patienten („Primitive“ Übertragungen aufgrund widersprüchlicher Selbst- und Objektbilder in schnellem Wechsel. Ziel: Internalisierung eines „haltgebenden Introjektes“ - und narzisstischen Störungen: nach Kernberg Handhabung wie bei Borderline-Patienten. Kohut meint, dass im Patienten ein Strukturwandel im Laufe der Entwicklung stattfindet).

Gegenübertragung: Freud betrachtete die Gegenübertragung als etwas Unerwünschtes. Wie andere hat auch dieser Begriff Wandlungen erfahren. Bedeutung haben die Ausführungen von Paula Heimann und Heinrich Racker. Danach gilt die Gegenübertragung des Analytikers als eine Reaktion auf die projektiven Identifizierungen des Patienten. Racker unterschied zwischen konkordanten und komplementären Identifizierungen des Analytikers mit den Projektionen des Patienten. Die projektive Identifizierung ist für den Patienten ein Weg, mit den projizierten Anteilen umzugehen, indem er den

Analytiker kontrolliert; der Analytiker wird vom Patienten dann so erlebt, als besäße dieser die abgespaltenen und projizierten Selbstaspekte des Patienten, s. auch weiter u..

Empathie ist eine Grundvoraussetzung, die Gegenübertragung konstruktiv zu verwenden.

Projektive Identifizierung: Im Verständnis von Übertragung/Gegenübertragung wird nicht nur gedacht und gesprochen, sondern erlebt und erfahren. Das unbewusste Drängen des Patienten geht dahin, den Therapeuten zum Mitmachen zu zwingen. Für Melanie Klein war die introjektive Identifizierung der Vorgang, ein äußeres Objekt ins Ich oder Selbst hineinzunehmen, die projektive Identifizierung stellt die Umkehrung des Vorgangs dar: ein Aspekt des Selbst wird in ein Objekt verlegt, das auf diese Weise zu einem Behälter dieses Selbstaspekts gemacht wird. (Anmerkung: in der Übertragung werden ständig Introjekte (Objekte und Objektbeziehungen) externalisiert).

- **Externalisieren** $\sim \uparrow \downarrow \rightarrow$ ungerichtetes Herausbefördern, um un-Erträgliches loszuwerden.
- **Projizieren** \rightarrow auf ein äußeres Objekt gerichtetes Externalisieren von Objektbeziehungen aus dem Bereich der Innenwelt.
- **Projektive Identifizierung** $\leftrightarrow \leftrightarrow$ der Analytiker erlebt subjektiv in sich die vom Patienten projizierten Selbstanteile; der Analytiker wird vom Patienten so erlebt, als besäße dieser die abgespaltenen und projizierten Selbstanteile des Patienten.

Deuten: Ziel der Behandlung ist, dauerhafte Veränderungen im Patienten herbeizuführen.

Interventionen, die dies befördern werden Deutungen genannt. Der Analytiker ist nicht „Orakel, Zauberer, Linguist, Detektiv oder großer Weiser“, sondern „stiller Beobachter und Zuhörer“, und immer, wenn er etwas sagt, trägt er zu einem Prozess bei. Deutungen sind nicht richtig oder falsch, sondern Sinn stiftend. Sie sind weit davon entfernt, alte und archaische Erlebnisse auszugraben und auferstehen zu lassen, sondern sie stellen neue, lebendige, verbalisierbare Versionen dieser Erlebnisse dar und entwickeln sie. Anstelle von historischer Wahrheit eröffnet die narrative Wahrheit eine Möglichkeit, die Tatsachen der Vergangenheit zu erklären und zu verstehen; anstelle von „unerreichbarem Wissen“ bietet sie eine „wahrscheinliche Gewissheit“. Müller-Pozzi: „Deuten heißt hinweisen und sonst nichts. Deuten verleiht Bedeutung und verändert die Sicht der Wirklichkeit“. Unterschieden werden kann zwischen Inhaltsdeutung (angebotenes „Material“, Träume, Phantasien) und Übertragungsdeutung.

Deuten an der Übertragung ist auf den Patienten in seinen Außenbezügen, sein Handeln und Agieren da und dort im Verlauf der therapeutischen Entwicklung zentriert. Z.B. kann man mit dem Patienten besprechen und klären, dass es auffällige Wiederholungen in seinen Beziehungsgestaltungen mit

Autoritäten gibt. Deuten in der Übertragung richtet sich auf das, was innerhalb der therapeutischen Beziehung – „wir beide hier und jetzt“ – geschieht.

Grundsätzlich sollte Deutung nicht kritisierend formuliert werden – statt: „muss man denn alles immer so perfekt machen?“ - „Sie geben sich sehr viel Mühe, alles perfekt zu machen“.

Klarifizieren: der Therapeut unterstützt den Patienten bei der Wahrnehmung und Vertiefung z.B. durch Benennen von Affekten, dabei wird im Verbalisieren von Gedanken und Gefühlen und Fantasien dem Patienten allmählich verknüpfendes vertieftes Verständnis für seine Geschichte mit seiner Realität vermittelt.

Wiederholungs- Zwang (?): Man versteht darunter keinen Zwang im eigentlichen Sinne, sondern das wiederholte unbewusste Bemühen des Patienten, Situationen und Beziehungen zu wiederholen, um mehr und mehr oder überhaupt erst Lösungen in und für Verstrickungen zu finden.

Widerstand: Mit Widerstand wird Abwehr in der analytischen Psychotherapie als das bezeichnet, was sich dem Einsichts- und Entwicklungsprozess entgegenstellt. Widerstandsphänomene können bewusst oder unbewusst sein (lügen, vorenthalten, vermeiden, abschweifen, schweigen, endlos sprechen, zu spät kommen, Termine versäumen). Wir verstehen Widerstand auch als beziehungsregulierend. Er gibt die Toleranzgrenze des Patienten an und hat damit auch eine Schutzfunktion. Die analytische Bearbeitung des Widerstandes – wahrgenommen in der Gegenübertragung und in der realen therapeutischen Beziehung - kann dazu beitragen, dem Patienten das Widersprüchliche in seinem Denken und Fühlen und Handeln (Motivation einerseits, Sabotage dagegen andererseits) zu verdeutlichen. Widerstände begleiten den gesamten analytischen Prozess. Unterscheiden lassen sich :

- **Verdrängungswiderstand**
- **Übertragungswiderstand**
- **Widerstand aus (sekundärem) Krankheitsgewinn**
- **Es-Widerstand**
- **Über-Ich-Widerstand**

Strukturspezifische Widerstände während einer Therapie lassen sich nach den zentralen Beziehungswünschen der verschiedenen Strukturen einteilen (König 1995)

Schizoid: gegen die verbale Kommunikation auf dem Hintergrund des Wunsches, der Therapeut solle ihn auch so verstehen – Angst: Verlust eigener Identität und Inbesitznahme durchden Therapeuten

Narzisstisch: Hintergrund, der Therapeut sei eine Extension seiner selbst. Widerstand gegen die Einsicht der Eigenständigkeit des Therapeuten und damit drohender Verlust der Kontrolle über ihn – Reaktion: Angst und Wut

Depressiv: Hintergrund: Wunsch nach Aufrechterhaltung der Beziehung, Vermeiden des schmerzhaften Verlustes, Vermeiden des Therapieendes durch Vermeiden von Fortschritt – Schweigen oder Ablenkung

Histrionisch: Unlust oder Mühe, sich zu erinnern – Agieren und Festhalten an Psychosomatik – Vermeiden von Verwörterung, von Symbolisierung

Zwanghaft: Angst, durch die Einflussnahme des Therapeuten versklavt zu werden – notwendig, die Situation unter Kontrolle zu behalten durch Schweigen oder Einbringen von nicht weiterführendem Material

Phobisch: einerseits besteht der Wunsch, der Therapeut möge zu ihm durchdringen, andererseits, er würde sich als steuerndes Objekt gleichzeitig nicht stark genug erweisen – igeninitiative wird vermieden, dem Therapeuten wird die gesamte Verantwortung aufgebürdet

Konstruktiver Widerstand: z.B. gegen einen uneifühlsamen Therapeuten – Erhaltung der eigenen Kohärenz

Beispiele für „Widerstand“:

- **Schweigen als Abneigung**, dem Analytiker mitzuteilen („heute nichts auf dem Herzen“) Szene – Mimik? – Gestik? – Körperhaltung (Starrheit, Steifheit, geballte Fäuste) –
- **Affekte**, die Widerstand anzeigen Reden ohne emotionale Beteiligung – Unangemessenheit der Affekte. –
- **Fixierung in der Zeit** – Kleben an einem bestimmten Zeitraum. –
- **Reden über** Triviales / Allgemeines / Vermeiden bestimmter Themen –
- Die **Sprache des Vermeidens**: Klischees, Fachwörter (Vermeiden der dazugehörigen Bilderwelt) –
- Das **Agieren** dient dem Zweck des Widerstandes, es ist ein Wiederholen im Handeln. Flucht in die Gesundheit / vorzeitiges **Verschwinden von Symptomen (ohne Einsicht)**
- **Der Patient ändert sich nicht**
- **Regression** als Rückkehr zu den Haltepunkten, die in früheren Zeiten Punkte der Fixierung gewesen sind. Fixierung ein Konzept im Zusammenhang mit übermäßigen Befriedigungen der Vergangenheit; Regression als Abwehrvorgang, in Gang gesetzt durch übermäßigen Schmerz und übergroße Gefahr. Angst davor, überwältigt zu werden.
- **Pseudoautonomie**
- **Keine Träume / nur noch Träume**

Durcharbeiten: Das Ziel ist, dauerhafte Veränderungen im Patienten herbeizuführen. Einsicht allein reicht hierzu nicht. In analytischer Psychotherapie kommen hinzu: das Arbeitsbündnis, die Übertragung und die Widerstandanalyse und fortlaufende Widerstandsanalyse (Deutung zur rechten Zeit), da Widerstände sich immer wieder neu auf tun.

© Dr.med. Herta Wetzig-Würth