

Psychodynamische Psychotherapie

Die Arbeit an Konflikt, Struktur und Trauma

Bearbeitet von
Gerd Rudolf

2., überarb. Aufl. 2014. Buch. ca. 272 S. Hardcover
ISBN 978 3 7945 2988 9
Format (B x L): 16,5 x 24 cm

[Weitere Fachgebiete > Psychologie > Psychotherapie / Klinische Psychologie > Psychodynamische Therapieverfahren](#)

Zu [Inhaltsverzeichnis](#)

schnell und portofrei erhältlich bei


DIE FACHBUCHHANDLUNG

Die Online-Fachbuchhandlung beck-shop.de ist spezialisiert auf Fachbücher, insbesondere Recht, Steuern und Wirtschaft. Im Sortiment finden Sie alle Medien (Bücher, Zeitschriften, CDs, eBooks, etc.) aller Verlage. Ergänzt wird das Programm durch Services wie Neuerscheinungsdienst oder Zusammenstellungen von Büchern zu Sonderpreisen. Der Shop führt mehr als 8 Millionen Produkte.

Behandlung bestimmter Störungen, aber gleichwohl von sich eingenommen seine Mittel und privaten Überzeugungen auf den Patienten anwendet. Solche Überlegungen münden zwangsläufig in der Frage, wie sich die Kompetenz des Therapeuten sichern lässt, die sowohl eine wissenschaftlich-theoretische, behandlingstechnische Kompetenz wie auch eine persönliche emotionale Kompetenz einschließt.

7.3 Therapeutische Kompetenz

Die therapeutische Kompetenz als Ziel der Aus- und Weiterbildung und als lebenslanges Entwicklungsziel beinhaltet mehr als die Fähigkeit, psychodynamisch zu verstehen. Sie umfasst vielfältige Kompetenzen des diagnostischen und therapeutischen Handelns auf der Grundlage jeweils unterschiedlicher therapeutischer Haltungen sowie eine stabile persönliche Kompetenz. Es wird diskutiert, welche Formen der Selbstreflexion, der praktischen Erfahrung und des Wissenserwerbs dieses Ziel erreichen lassen.

Das spezifisch ätiopathogenetische Verständnis von Störungen und das darauf bezogene methodisch modifizierte Handeln lassen sich auf ein Ziel hin ausrichten: Die effektive Behandlung des Patienten durch kompetente Therapeuten. So soll an dieser Stelle nochmals die therapeutische Kompetenz in den Blick genommen werden mit der Frage, worin sie besteht und wie sie erlangt werden kann.

Für den engeren Bereich der Psychoanalyse gibt G. Schneider (2003) folgende Definition der psychoanalytischen Kompetenz:

„Psychoanalytische Kompetenz wäre demnach die Fähigkeit des Analytikers, mithilfe seines Repertoires an psychoanalytischen Konzeptionen und Theorien und ihrer Verwendungsweise in analytisch-therapeutischen Situationen potentiell unendlich viele, auch neue und zuvor nicht bekannte einsichts- und veränderungsrelevante interpersonelle und intrapsychische Sachverhalte in sich zu artikulieren und in einer dem jeweiligen Patienten/Analysanden angemessenen Weise zu formulieren.“

Schneider unterscheidet dabei sogenannte afokale Anteile als die Fähigkeit, eine spezielle therapeutische Haltung einzunehmen, die nichts anstrebt (frei schwebende Aufmerksamkeit), und fokale Anteile, die zielgerichtet das vom Patienten generierte Material deuten und durcharbeiten und dabei die Standards der Fachgesellschaft beachten sollen.

Insbesondere die therapeutische Haltung muss nach Schneiders Überzeugung in einer möglichst intensiven, d.h. langdauernden und hochfrequenten (mindestens vierstündigen) Lehranalyse gewonnen werden. Er betont deren Bedeutung, die mehr beinhaltet als eine private Erfahrung, sie habe als Teil der Ausbildung zugleich eine institutionelle Dimension, was wohl bedeutet, dass sie eine Sozialisationsagentur für die jeweils spezielle Gemeinschaft bedeutet. Für uns stellt sich die Frage, ob diese Art der beruflichen Prägung auch für Therapeuten zweckmäßig ist, die später nicht

als Psychoanalytiker arbeiten, sondern als analytische Psychotherapeuten, Tiefenpsychologen, Kinder- und Jugendlichentherapeuten, eben als psychodynamische Psychotherapeuten. Auf diese Frage wird in Kapitel 7.3.4 eingegangen.

7.3.1 Diagnostische Kompetenz

Psychodynamische Therapeuten definieren ihre Tätigkeit nicht als kompetentes Analysieren des vom Patienten generierten Materials, sondern als Therapieren, was in der Übersetzung des griechischen Wortes „pflegen, dienen, behandeln“ heißt. Dabei ist das Gegenüber nicht Klient, Kunde oder Analysand, sondern Patient, d. h. Leidender, Behandlungsbedürftiger, Kranker. In der Fähigkeit, das Behandlungsbedürftige zu erfassen und dem Patienten zu verdeutlichen, wird die diagnostische Kompetenz erforderlich.

Diagnostische Kompetenz

Diagnostische Kompetenz beinhaltet

- die Fähigkeit, eine diagnostische Beziehung zu gestalten,
- die Fähigkeit, geeignete diagnostische Methoden einzusetzen,
- die Fähigkeit, eine psychodynamische Fallformulierung vorzunehmen,
- die Fähigkeit, eine diagnostisch-klassifikatorische Zuordnung zu treffen und
- die Fähigkeit, einen Patienten angemessen über seine Situation zu informieren.

Die Fähigkeit zur **diagnostischen Beziehungsgestaltung** bedeutet mehr als das Vertrauen des Patienten zu gewinnen und ihn zur Selbstexploration und offenen Mitteilung zu ermutigen. Sie liegt vor allem in dem Vermögen, dem initialen dyadischen Sog des Patienten zu widerstehen und stattdessen seine Situation aus der Position der dritten Person zu untersuchen.

Manche Therapeuten, insbesondere analytische, beschreiben, wie sie mit Eintritt des Patienten in das Sprechzimmer in spezifische Interaktionen hineingezogen werden, wie sie sich von Anfang an als therapeutisch im Sinne von stützend, entlastend, aufzeigend, klarifizierend, abgrenzend und deutend verstehen. Manche Therapeuten äußern, sie hielten dieses spontane Eingehen auf das Beziehungsangebot des Patienten für therapeutisch zweckmäßig. Manche aber spüren, dass sie sich nur bei bestimmten Patienten so verhalten und sich bei anderen durchaus abgrenzen können. Diese bestimmten Patienten machen offenbar ein Beziehungsangebot mit fehlender Selbst-Objekt-Abgrenzung, so dass der Therapeut von Anfang an wie ein Teil von ihnen funktioniert und nicht mehr eigenen Intentionen folgt. Ein Therapeut schreibt im Bericht, dass er in den ersten 25 Sitzungen noch wenig aus dem aktuellen Leben und der Geschichte des Patienten erfragt und erfahren habe, „weil ich zuerst ganz seinem subjektiven Erleben folgen wollte“. Auch ein solcher Therapeut „weiß“, wie es sich zuweilen in der Supervision zeigt, vieles über die Persönlichkeit seines Patienten, aber er weiß nicht, dass er es weiß, und er hat es bisher noch nicht in Worte und Begriffe gefasst. Das aber bedeutet insbesondere, dass er außerstande ist, dem Patienten eine diagnostische Rückmeldung über seine Situation zu geben. Er kann mit

dem Patienten interagieren, aber nicht zu ihm über ihn sprechen, weil er bisher keine Außenposition einnehmen, seine Wahrnehmungen nicht in Worte fassen konnte.

Die **diagnostischen Methoden und Techniken** sind im Kapitel 4 über die psychodynamische Diagnostik ausführlich beschrieben. Man muss sie wie alle Methoden und Techniken üben, um sie handhaben zu können. Das System OPD bietet hierbei ein Instrument zur Unterstützung und Anleitung.

Die **psychodynamische Fallformulierung** ist eine anspruchsvolle Hypothesenbildung über den Zusammenhang der Störungsätiologie, der pathogenen Prozesse, der aktuellen Psychodynamik, der symptomauslösenden Situation und der speziellen Symptombildung. Das setzt theoretische Grundkenntnisse ebenso voraus wie die Fähigkeit, Verhalten und Erleben eines Menschen klinisch zu erfassen.

Die **diagnostische Klassifikation** (nach ICD oder DSM) – so begrenzt ihre Logik aus psychodynamischer Sicht auch sein mag – ist dennoch wichtig zur Klärung der Frage, ob hier bei Therapiebeginn eine bestimmte krankheitswertige Störung, z. B. eine Anorexie, vorliegt und ob im Behandlungsverlauf die Kriterien der Störung immer noch gegeben oder bereits weggefallen sind.

Auf die **Fähigkeit, den Patienten angemessen zu informieren**, wurde bereits im Kapitel Diagnostik hingewiesen (Kap. 4.6.3), ebenso in der Diskussion der Patientenrechte (Kap. 7.2.1): Der Patient hat das Recht, von dem diagnostisch-therapeutischen Experten eine Aufklärung über seine Situation zu erhalten – und entsprechend hat der Therapeut die Pflicht dazu.

Die diagnostische Rückmeldung enthält, formuliert in Begriffen, die auf die Vorstellungswelt des Patienten zugeschnitten sind, eine Reihe von Elementen.

Inhalte der diagnostischen Rückmeldung

- Benennung der Störung und Einschätzung ihrer Krankheitswertigkeit
- Erklärungsmodell für das aktuelle Krankwerden
- Beschreibung der wichtigsten biographischen Entwicklungslinien
- Bilanzierung der verfügbaren Ressourcen des Patienten einerseits und seiner dysfunktionalen Muster andererseits
- Einschätzung der grundsätzlichen Behandlungsnotwendigkeit und Behandlungsaussichten
- Einschätzung des erforderlichen Aufwands an Zeit und Mitarbeit in einer eventuellen Behandlung

Jeder dieser Punkte trägt zur Klärung der Situation des Patienten bei und erleichtert ihm die Entscheidung für oder gegen ein bestimmtes therapeutisches Vorgehen. Das ist der Grundgedanke von „shared decision“, wie er in der Medizin üblich ist, wenn ein Patient sich z. B. auf Grundlage der mitgeteilten Befunde und gegebenen Informationen für oder gegen eine Operation entscheidet.

7.3.2 Kompetente therapeutische Haltung

Die dritte Kompetenz betrifft die Fähigkeit, eine kompetente therapeutische Haltung einzunehmen, die ausgerichtet ist auf die Möglichkeiten und Grenzen des jeweiligen Patienten aufgrund der Art seiner Störung und seiner speziellen Psychodynamik.

Dieses Thema der therapeutischen Haltung wurde in dem vorliegenden Buch immer wieder aufgegriffen (ausdrücklich im Zusammenhang mit der Behandlung konfliktbedingter Störungen in Kap. 3.2.1, im Zusammenhang mit strukturellen Störungen in Kap. 3.3.1, nochmals ausführlich in Kap. 6.2 und bezüglich der anthropologischen Grundlagen in Kap. 6.10). Es wurde großes Gewicht auf die Verdeutlichung der therapeutischen Haltung gelegt aus der Überzeugung heraus, dass die therapeutische Haltung für Verlauf und Ergebnis der Behandlung ein größeres Gewicht besitzt als die therapeutischen Interventionen, die letztlich alle aus der Haltung abgeleitet sind. Es sollte auch deutlich werden, dass es nicht *eine* zweckmäßige Haltung gibt, sondern je nach Pathogenese der Störung unterschiedliche Haltungen: Die auf Abwehr und Übertragung bezogene analytische Haltung ist eher afokal und Übertragungsangebote entgegennehmend. Die Haltung der konfliktaufdeckenden psychodynamischen Psychotherapie erscheint demgegenüber stärker mobilisierend, auf aktuelle Beziehungsgestaltung und auf lebensgeschichtlich Unerledigtes fokussierend. Die Haltung der strukturbezogenen Psychotherapie ist vor allem zu Behandlungsbeginn beelernd, Funktionen übernehmend, Ziele markierend, Grenzen setzend und danach mehr und mehr anleitend, einübend und schließlich Eigenverantwortung übertragend. Die therapeutische Haltung der Traumatherapie ist aktiv unterstützend in der Bewältigung aktueller Störungsfolgen und zurückliegender überwältigender Erfahrungen.

Die therapeutische Kompetenz besteht darin, flexibel die jeweils angemessene therapeutische Haltung einnehmen zu können und im Behandlungsverlauf von Fall zu Fall zu variieren.

7.3.3 Kompetentes therapeutisches Handeln

Diese Kompetenz umfasst ein ganzes Bündel von Fähigkeiten. Die Liste ist umfangreich und anspruchsvoll, denn immerhin sind dem Therapeuten Menschen anvertraut. Neben der persönlichen Eignung handelt es sich aber überwiegend um Erlernbares, dessen Vermittlung in Fallseminaren und insbesondere in der Supervision erfolgen kann.

Kompetentes therapeutisches Handeln

Kompetentes therapeutisches Handeln umfasst

- die Fähigkeit zu Therapieplanung und therapeutischer Zielsetzung,
- die Fähigkeit zu prognostischer Einschätzung,
- die Fähigkeit, den Patienten für eine Zusammenarbeit zu gewinnen,
- die Fähigkeit, die therapeutische Beziehung zu regulieren,
- die Fähigkeit, Gegenübertragung zu reflektieren und zu handhaben,