



## Einführung in die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie


**Prof. Dr. Johannes Kruse**  
Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie  
der Justus-Liebig-Universität Gießen

**PD Dr. Wolfgang Wöller**  
Rheinklinik Bad Honnef

## Gesamtübersicht


1	Grundlagen und Begrifflichkeit der tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
2	Diagnostik in der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie
3	Interventionsmöglichkeiten bei Konfliktpathologien
4	Interventionsmöglichkeiten bei somatoformen Störungen
5	Interventionsmöglichkeiten bei schweren Persönlichkeitsstörungen und Traumafolgeerkrankungen



*Prof. Dr. Johannes Kruse* Seite 2

# 1


## Historische Entwicklung der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie



*Prof. Dr. Johannes Kruse* Seite 3

## Sigmund Freud

- 1877 Erste Publikation: "Über Intersexualität bei Aalen"
- 1884-87 Forschungen zum klinischen Gebrauch von Cocain
- 1891 Schrift 'Über die Aphasie'
- 1885-86 Studien bei Charcot an der Universität Salpêtrière in Paris



*Prof. Dr. Johannes Kruse* Seite 4

## S. Freud

- Hypothese unbewusster Konflikte als Ursache der hysterischen Neurose
- Bewusstsein als Spitze eines Eisbergs
- Technik der freien Assoziation, um unbewusste Konflikte zur Darstellung zu bringen
- Traumdeutung als via regia zum Unbewussten

- |   |   |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pierre Janet</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• S. Freud:</li> </ul>                                     |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Psychische Traumatisierung als Ursache der Hysterie</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Unbewusster Konflikt als Ursache der Hysterie</li> </ul> |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dissoziation als Hauptabwehr</li> </ul>                        | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verdrängung als Hauptabwehr</li> </ul>                   |

## Historische Entwicklung der Behandlungstechnik

- Beginn der „tendenzlosen Psychoanalyse“
  - Tägliche Sitzungen
  - Dauer: einige Monate

## S. Freud auf dem Budapester Kongress 1918

- Nicht für alle Patienten die gleiche Technik
- Bei Phobien Notwendigkeit von VT-ähnlichen Vorgehensweisen
- „bei haltlosen und existenzunfähigen Patienten analytische Beeinflussung mit erzieherischer vereinigen“

## S. Freud

„Wir werden sehr wahrscheinlich genötigt sein, in der Massen-anwendung unserer Therapie das reine Gold der Analyse reichlich mit dem Kupfer der direkten Suggestion zu legieren“ (Freud 1919, GW XII, S. 194)

## Vorschläge zur Modifikation der klassischen Standardtechnik

- Ferenczi u. Rank 1924: Votum gegen „wirkungslosen Deutungsfanatismus“
- Alexander u. French 1946: Betonung der „korrigierenden emotionalen Erfahrung“
- W. Stekel 1938: Votum für eine verkürzte Behandlungsdauer
- Frieda Fromm-Reichmann 1950: Votum für eine Ausweitung der Psychoanalyse auf bisher nicht für analysierbar gehaltene Patientengruppen

## Modifizierte Behandlungsarten

- Dynamische Psychotherapie (Dührssen)
- Psychodynamische Kurz- und Fokaltherapien (Balint, Malan, Bellak & Small)
- „Psychoanalytisch-interaktionelle PT“ vs. „Tiefenpsychologisch fundierte PT“ i.e.S. (Heigl u. Heigl-Evers)
- Supportive PT (Freyberger, Rockland)
- „Strukturbezogene Psychotherapie“ (Rudolf)
- Therapie der Borderline Störung (Clarkin/Kernberg)
- Mentalisation based Therapy (Fornagy)
- Psychodynamisch imaginative Psychotherapie (Leuner)

## Tiefenpsychologisch-fundierte Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinien)

Die TP umfasst ätiologische orientierte Therapieformen, mit welcher die unbewusste Psychodynamik aktuell wirksamer neurotischer Konflikte und struktureller Störungen unter Beachtung von Übertragung, Gegenübertragung und Widerstand behandelt werden (Psychotherapie-Richtlinien 2009 §14a,1).

## Tiefenpsychologisch-fundierte Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinien)

Die TP umfasst ätiologische orientierte Therapieformen, mit welcher die unbewusste Psychodynamik **aktuell wirksamer neurotischer Konflikte** und struktureller Störungen unter Beachtung von Übertragung, Gegenübertragung und Widerstand behandelt werden (Psychotherapie-Richtlinien 2009 §14a,1).

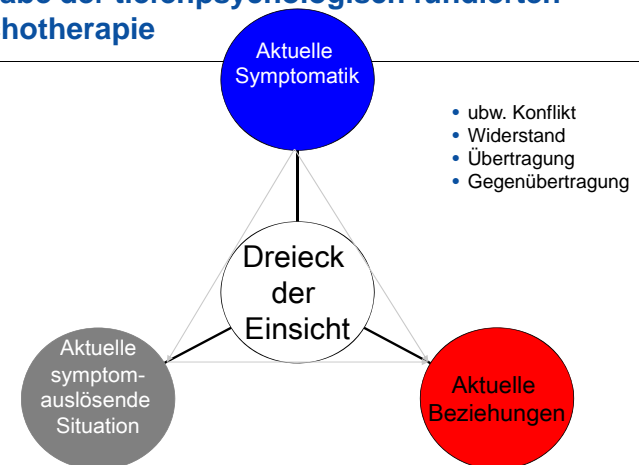
## Tiefenpsychologisch-fundierte Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinien)

Die TP umfasst ätiologische orientierte Therapieformen, mit welcher die unbewusste Psychodynamik **aktuell wirksamer neurotischer Konflikte** und **struktureller Störungen** unter Beachtung von Übertragung, Gegenübertragung und Widerstand behandelt werden (Psychotherapie-Richtlinien 2009 §14a,1).

## Tiefenpsychologisch-fundierte Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinien)

Die TP umfasst ätiologische orientierte Therapieformen, mit welcher die unbewusste Psychodynamik **aktuell wirksamer neurotischer Konflikte** und **struktureller Störungen** unter Beachtung von **Übertragung, Gegenübertragung und Widerstand** behandelt werden (Psychotherapie-Richtlinien 2009 §14a,1).

## Aufgabe der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie



## 2

### Die Begriffe: Übertragung, Gegenübertragung und Widerstand

### Kasuistik: 28jährige Patientin

- Die eher jünger aussehende Patientin erscheint mit 20minütiger Verspätung zur Sitzung und beklagt sich als erstes, dass die Ambulanz nicht genügend Parkplätze zur Verfügung stellt. Dass keine Parkplätze vorhanden seien, hätte man ihr vorher sagen sollen. Sie frage sich ohnehin, ob das hier was bringe. Die Praxiseinrichtung wirke irgendwie „kalt“. Nachdem sie Platz genommen hat, „überschüttet“ die Patientin die Therapeutin mit einer Vielzahl von Klagen:

### Kasuistik: 28jährige Patientin

- **Aktuelle Symptomatik:**
  - Diffuse Angstzustände und depressive Verstimmungen, verzweifelt, Gefühle der Leere, dann wieder Zustände der Wut und des Hasses, Selbsthass
  - diffuses Gefühl quälender Angespanntheit, immer wieder Gefühl, ohnmächtig und schutzlos ausgeliefert zu sein
  - Schnittverletzung am Unterarm schafft Erleichterung
  - Fressanfälle mit selbstinduziertem Erbrechen → Erleichterung bei unerträglichen Affektzuständen

### Kasuistik: 28jährige Patientin

- **Aktuelle auslösende Situation:**
  - Hat ihre Arbeitsstelle zum wiederholten Male wegen unkontrollierter Emotionsausbrüche verloren
  - Zahlreiche interpersonelle Konflikte
- **Aktuelle Beziehungen:**
  - In chaotischen partnerschaftlichen Beziehungen lebend
  - Kann Alleinsein nicht ertragen, aber hält es in Beziehungen ebenfalls nicht aus
  - Bindet sich immer wieder an Partner, die sie bedrohen und gewaltsam behandeln.

### **Kasualistik: 28jährige Patientin**

- Patientin fordert, Therapeut solle sofort im Sozialamt anrufen und für sie etwas regeln
- Entwertet „Therapeuten-Gelaber“
- Will dass die Stunde mindestens um 15 Min. überzogen wird („sonst kann ich mich ja gleich umbringen“)

### **Aktuelle Beziehungsgestaltung: Gegenübertragung**

- Wahrnehmung aller eigenen Emotionen, Gedanken, Phantasien, Impulse
  - Hinweis auf Reaktionen der Interaktionspartner (komplementäre Identifikation)
  - Hinweis auf Emotionalität der Patientin (konkordante Identifikation)

### **Aktuelle Beziehungsgestaltung: Gegenübertragung**

- Die Summe aller Gefühle, Gedanken, Erwartungen und Impulse gegenüber dem Patienten
  - Reaktion auf Realaspekte des Patienten
  - Reaktion auf Übertragungen des Patienten
  - Als Folge eigener ungelöster Konflikte

### **Aktuelle Beziehungsgestaltung: Übertragung**

- Hinweis auf unbewusste Übertragung eines bedrohlichen Objekts – der Kindheit? – auf die Person der Therapeutin

## Aktuelle Beziehungsgestaltung: Übertragung

- Gefühle, Gedanken, Erwartungen und Verhaltensweisen gegenüber aktuellen Bezugspersonen, die allein aus der aktuellen interpersonellen Interaktion nicht erklärbar sind
  - im Lichte vergangener Erfahrungen verzerrte Wahrnehmung aktueller Beziehungen
  - Folge von Projektionen oder Externalisierungen von Selbstanteilen des Patienten

## Kasuistik: 28jährige Patientin

- **Biografischer Hintergrund**
  - in ihrer Kindheit Opfer sexueller Übergriffe ihres Stiefvaters
  - chaotisches familiäres Umfeld
  - überforderte und unreife Mutter war nicht in der Lage, sich auf ihre kindlichen Bedürfnisse einzustellen
  - Pat. musste früh für ihre Eltern sorgen
  - häufig Erfahrung von Ablehnung und Zurückweisung
  - Früh schon Kontakt zu deutlich älteren Männern
  - Bindung an gewaltsame Partner als Versuch, ihren unerträglichen Gefühlen des Alleinseins zu entkommen
  - zahlreiche abrupte Trennungen und Verluste
  - emotionale Unterstützung und Wärme am ehesten noch bei dem sexuell übergriffigen Vater

- Jede Intervention findet in einem Beziehungskontext (Übertragungskontext) statt und wird im Lichte der wahrgenommenen Beziehungsqualität verstanden

## Tiefenpsychologisch-fundierte Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinien)

Die TP **umfasst ätiologische orientierte Therapieformen**, mit welcher die unbewusste Psychodynamik **aktuell wirksamer neurotischer Konflikte** und **struktureller Störungen** unter Beachtung von **Übertragung, Gegenübertragung und Widerstand** behandelt werden (Psychotherapie-Richtlinien 2009 §14a,1).

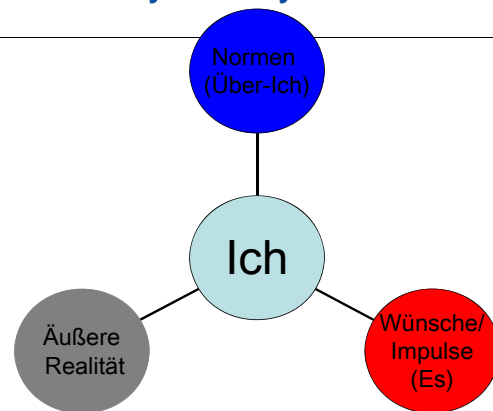
# 3

## Grundkonzepte der Krankheitsentstehung

## Gemeinsamkeiten der tiefenpsychologisch fundierten und der analytischen Psychotherapie

- **Psychoanalytische Theorie** zur Entstehung und Aufrechterhaltung psychischer und psychosomatischer Erkrankungen
- Bedeutung der **Einsicht** und **positiver Beziehungserfahrung** für den Heilungsprozess
- Bedeutung von **Widerstand, Übertragung und Gegenübertragung**
- Bedeutung von **Neutralität** und **Abstinenz**

## Strukturmodell der Psychoanalyse



## Vier Psychologien der Psychoanalyse (Pine 1990)

- triebpsychologische
- ich-psychologische
- selbstpsychologische
- objektbeziehungs-  
theoretische





### Konfliktmodell nach Freud

JUSTUS-LIEBIG-UNIVERSITÄT GIESSEN

Prof. Dr. Johannes Kruse 07.07.2010 Seite 33

### Das triebpsychologische Paradigma (S. Freud)

- betrachtet auf der Grundlage des von S. Freud formulierten Triebdualismus **Sexualtriebe und den Aggressionstribe** („Ich-Triebe“) als motivierende Kräfte des Seelenlebens.
- → **nützlich vor allem für das klinische Verständnis von Konfliktpathologien**

JUSTUS-LIEBIG-UNIVERSITÄT GIESSEN

Prof. Dr. Johannes Kruse Seite 34

### Ich-strukturelles Modell

Eingeschränkte Fähigkeit der Regulierung des eigenen Selbstsystems und der interpersonellen Beziehungen

JUSTUS-LIEBIG-UNIVERSITÄT GIESSEN

Prof. Dr. Johannes Kruse 07.07.2010 Seite 35

### Das ich-psychologische Paradigma (A. Freud 1939, Hartmann 1950, Blank u. Blank 1978)

Es erlaubt eine systematische Erfassung von Ich-Funktionsdefiziten und eine therapeutische Arbeit mit dem Ziel der Nachentwicklung defizitärer Ich-Funktionen.

„Ein Patient war nicht in der Lage, Kränkungsaffekte als solche wahrzunehmen und zu tolerieren und geriet aus diesem Grunde in suizidale Krisen, ohne zu verstehen warum.“

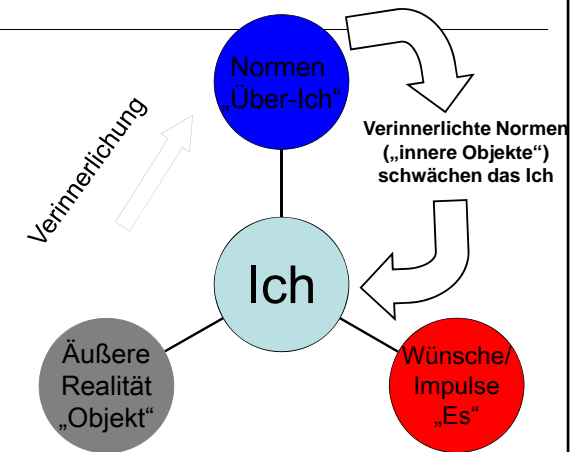
JUSTUS-LIEBIG-UNIVERSITÄT GIESSEN

Prof. Dr. Johannes Kruse 07.07.2010 Seite 36

## Aktuell wirksame strukturelle Defizite

- Hinweis auf Defizite der Emotionsregulierung
- Hinweise auf Defizite der Selbstwertregulierung
- Hinweis auf Defizite der Bindungsgestaltung
- Hinweise auf Defizite in der Selbst- und Objektwahrnehmung

## Objekt-beziehungs-theoretisches Modell



## Das objektbeziehungstheoretische Paradigma (Farbarin 1952, Winnicott 1974, Jacobson 1972, Kernberg 1978)

- alle seelischen Strukturen sind ein Niederschlag früherer Objekterfahrungen
- „verinnerlichte Objektbeziehungen“ als Grundlage für alle späteren Beziehungsgestaltungen
- nützlich zum Verständnis der Über-Ich-Problematik und der Übertragungs- und Gegenübertragungsphänomene bei Entwicklungspathologien

## Das selbstpsychologische Paradigma

(Kohut 1971, Bacal 1985, Milch 1997, 1998).

fortgesetzte Bedürfnis nach Responsivität spiegelnder „Selbstobjekte“ ist während des gesamten Lebens für die psychische Entwicklung notwendig

## Das Paradigma der Säuglingsforschung

- Die Erkenntnisse der modernen Säuglings- und Kleinkindforschung haben unsere Konzeptualisierung des therapeutischen Prozesses stark beeinflusst.



## Das Paradigma der Bindungsforschung

(Bowlby 1969)

- Bedeutung von Feinfühligkeit und Responsivität für die Ausbildung der Affektregulation
- Bedeutung der Bindungssicherheit für den therapeutischen Prozess
- Modifikation innerer Arbeitsmodelle von Bindung durch Psychotherapie

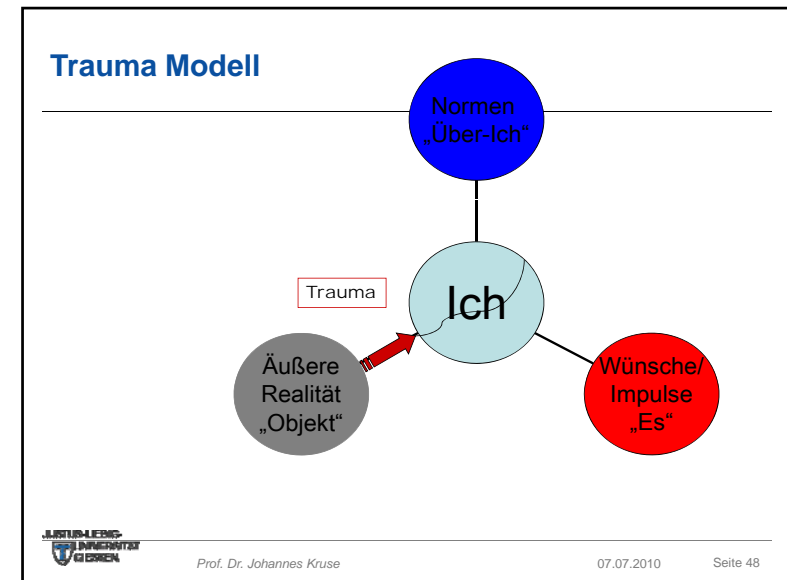
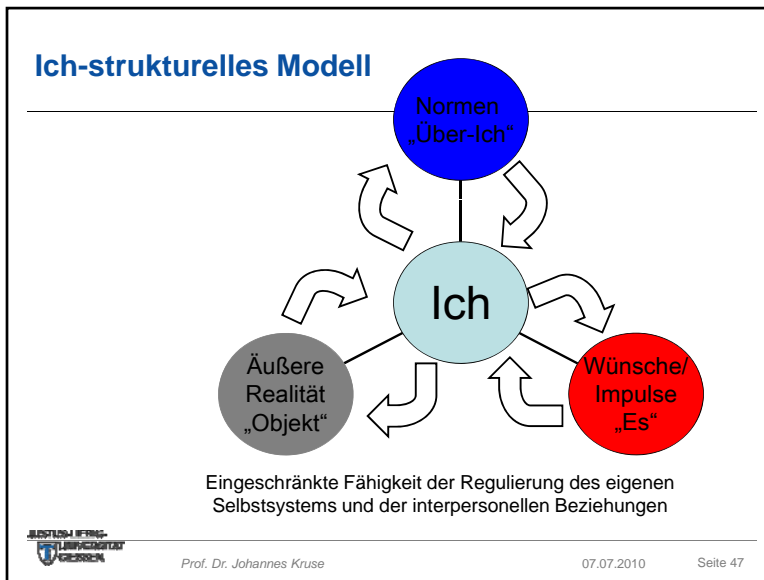
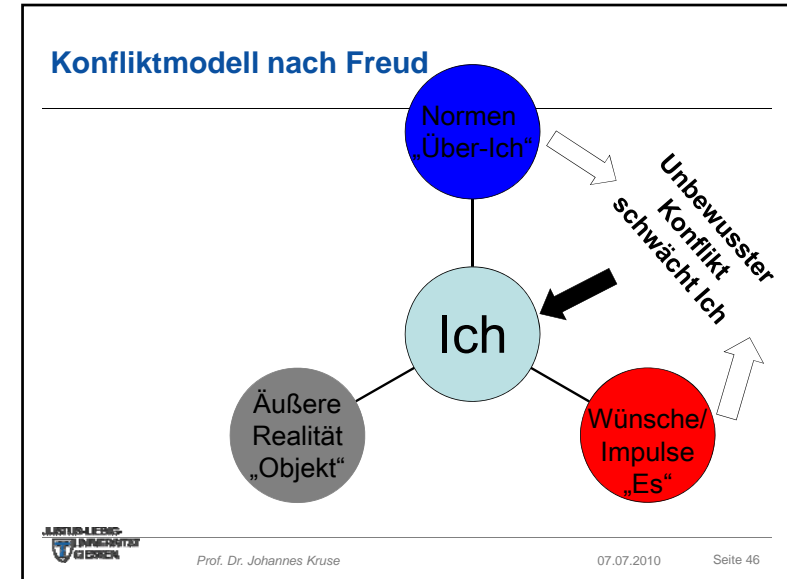
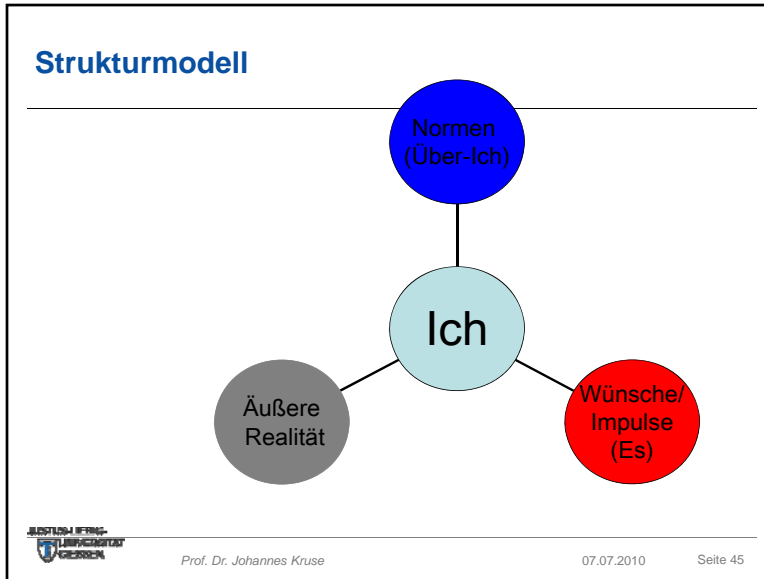


## Paradigma der Neurobiologie

- Zusammenhang zwischen Qualität der frühkindlichen Bindung und Hirnreifungsprozesse
- Epigenetik
- Modelle des expliziten und impliziten Gedächtnisses
- Bedeutung der Affekte und der Affektregulation
- Störung der Informationsverarbeitung bei Traumatisierung

In der psychodynamischen Psychotherapie benötigen wir differenzielle Störungsmodelle

- Konfliktmodell
- Modell der strukturellen Störung
- Traumamodell
- Modell der Anpassungsstörung/ Krankheitsverarbeitung



Psychische/ psychosomatische Störung: Depression Angst Somatoforme St. Essstörungen Neurodermitis etc.	<b>Ätiologisches Modell</b> Konflikt – Modell	<b>Therapeutische Strategie</b> Konfliktzentrierte aufdeckende Verfahren
	Ich-strukturelles-Modell	Strukturbildende oder supportive Techniken
	Trauma - Modell	Traumazentriertes Vorgehen




↑

**Störungsorientierte Perspektive:**  
 - Somatoforme Schmerzstörungen  
 - Angststörungen  
 - PTSD  
 - Essstörungen  
 - Neurodermitis  
 - etc.

JUSTUS-LIEBIG-UNIVERSITÄT GIESSEN  
 Prof. Dr. Johannes Kruse      07.07.2010      Seite 49

## Störungsorientierte psychodynamische Therapiekonzepte

- Somatoforme Störungen
- Somatoforme Schmerzstörungen
- Essstörungen
- Traumafolgerkrankungen
- Persönlichkeitsstörungen

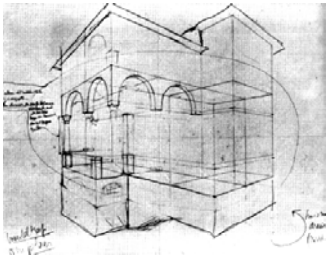




JUSTUS-LIEBIG-UNIVERSITÄT GIESSEN  
 Prof. Dr. Johannes Kruse      07.07.2010      Seite 50

## Perspektivenvielfalt

Problematik:

- Konflikt - Ich-Funktion - Trauma
- intrapsychisch - interpersonell
- aktuelle Beziehung – Übertragungsbeziehung
- neurobiologisch - intrapsychisch
- Problem - Ressource
- störungsübergreifend – störungsspezifisch
- psychodynamische Grundorientierung - adaptierte Techniken




adaptive Indikationsstellung

JUSTUS-LIEBIG-UNIVERSITÄT GIESSEN  
 Prof. Dr. Johannes Kruse      07.07.2010      Seite 51

## Interventionsformen in der TP

- Arbeit an Konflikten
- ressourcenorientiertes Arbeiten
- einsichtsorientiertes Arbeiten
- beziehungsorientiertes Arbeiten
- Abwehranalyse
- Affektdifferenzierung
- Widerstandsanalyse
- Arbeit an der Übertragung
- Durcharbeiten
- Stabilisieren
- Ich- Funktionsaufbau
- Aufbau der verinnerlichten Objektbeziehungen
- supportives Arbeiten



JUSTUS-LIEBIG-UNIVERSITÄT GIESSEN  
 Prof. Dr. Johannes Kruse      07.07.2010      Seite 52

## ...breiteres therapeutisches Instrumentarium

- Einbezug „nicht analytischer“ Interventionen
  - Suggestion
  - direkte Beeinflussung
  - Empfehlungen
  - Psychoedukation
  - übende Verfahren
  - imaginative Techniken
  - EMDR
  - Kreative nonverbale Verfahren:
    - Körpertherapie
    - Musiktherapie
    - Gestaltungstherapie

## Integration von Therapiebausteinen

- Klare Indikationsstellung
- Eingebunden in das psychodynamische Behandlungsmodell
- Unter Beachtung der Übertragung und Gegenübertragung
- Evidenz basiert ?

## Gemeinsame Merkmale der TP-Verfahren


- Zeitliche Begrenzung
- Begrenzte Therapieziele
- Sitzungsfrequenz
- Keine Förderung der Regression
- Keine Förderung einer Übertragungsneurose

## Tiefenpsychologisch fundierte PT in Abgrenzung zur analytischen PT

- nicht Persönlichkeitsveränderung wird angestrebt, sondern Symptomreduktion und begrenzte Verhaltensänderung
- inhaltliche Fokussierung
- zeitliche Begrenzung
- keine Förderung einer regressiven Übertragungsneurose
- keine Rekonstruktionen der frühen Psychogenese, sondern Erarbeitung der Zusammenhänge zwischen Symptomatik, aktueller auslösender Situation und aktuellen Beziehungen
- stärkere Aktivität und Direktivität des Therapeuten
- Einbezug kognitiver, edukativer, suggestiver und störungsspezifischer Elemente

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Standardverfahren der Psychoanalyse</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Modifizierte Behandlungstechnik</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Setting: im Liegen, hochfrequent</li> <li>• Behandlungsdauer: prinzipiell offen</li> <li>• Indikationsstellung: selektiv</li> <li>• Behandlungstechnik: Verzicht auf suggestive und übende Elemente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Setting: im Sitzen, niederfrequent</li> <li>• Behandlungsdauer: prinzipiell begrenzt</li> <li>• Indikationsstellung: adaptiv</li> <li>• Behandlungstechnik: Einschluss suggestiver und übender Elemente</li> </ul>

---



Prof. Dr. Johannes Kruse
07.07.2010
Seite 57

## These 6

---

Neue Behandlungstechniken können eine Bereicherung sein und therapeutische Prozesse beschleunigen, Niemals ersetzen das Verständnis der therapeutischen Beziehung.


---


Prof. Dr. Johannes Kruse
07.07.2010
Seite 58

---

Alle neuen Techniken bedürfen der Integration und der Reflexion des Beziehungskontextes und der Prozesse von Übertragung und Gegenübertragung

---


Prof. Dr. Johannes Kruse
07.07.2010
Seite 59