

## **II. Die Indikationen der Psychotherapie, der psychotherapeutische Prozess**

Einleitung:

Der psychotherapeutische Prozess dauert von der ersten Kontaktaufnahme bis zum Abschluss der Therapie. Der Prozess wird in drei Phasen gegliedert.

Die erste Phase dauert vom ersten Treffen bis zum Abschluss des Therapievertrags. Aufgabe der ersten Phase ist es, festzustellen, ob die Psychotherapie für die betreffende Person empfohlen ist bzw. welche Art der Therapie es sein soll. Im Teil der ersten Phase behandeln wir die Indikationen der Psychotherapie.

Die zweite Phase beginnt nach dem Therapievertrag bis zum Beginn des Therapieabschlusses. In der zweiten Phase verläuft die eigentliche psychotherapeutische Arbeit.

Die dritte Phase ist der Abschluss der Psychotherapie. Dieser beginnt, wenn wir das entsprechende Ergebnis erzielt haben bzw. wenn sich die Therapie als erfolglos erweist. Der Abschluss der Psychotherapie ist gleichzeitig die Vorbereitung auf die Vorbeugung eines Rückfalls.

Die auf den Videos dargestellte Psychotherapie dient als Demonstration und zeigt einige ausgewählte Ausschnitte einer Psychotherapie. Eine Psychotherapie kann auf vielfache Weise durchgeführt werden. Die konkrete Realisierung ist stets die Zusammenarbeit von zwei Personen.

### ***II./1 Die erste Phase. Die Indikationen der Psychotherapie***

#### **II./1.1 Die zum psychotherapeutischen Eingriff führende Phase**

Die Phase vor der Psychotherapie dauert von der ersten Kontaktaufnahme bis zur gemeinsamen Vereinbarung über die Therapie, bis zum psychotherapeutischen Vertrag. Viele Patienten entscheiden in dieser Phase, ob sie mit dem Therapeuten zusammenarbeiten können. Der Therapeut hat in dieser Phase drei Aufgaben:

- festzustellen, ob ein psychotherapeutischer Eingriff notwendig ist
- zu entscheiden, was für ein Eingriff notwendig ist
- das Vertrauen des Patienten zu gewinnen
- gemeinsam mit dem Patienten zur Formulierung des psychotherapeutisch zu behandelnden Problems zu gelangen.

Für einen Großteil der Wirksamkeit der Psychotherapien ist die Qualität der therapeutischen Beziehung verantwortlich. Der Erfolg der späteren Therapie wird maßgebend durch die Gestaltung der entsprechenden Beziehung beeinflusst.

Aufgabe:

Zählen Sie die Aufgaben der Phase vor dem Eingriff auf!

### **II./1.1.1. Kontaktaufnahme**

Die erste Kontaktaufnahme beginnt manchmal bereits vor dem persönlichen Treffen. Ein Teil der Patienten versucht bereits vor der Kontaktaufnahme den Arzt kennen zu lernen. Über andere Patienten, über Internetseiten, mithilfe von Informationen anderer Kollegen kann ein Bild über den Arzt im Patienten entstehen. Der Arzt erhält über seinen Patienten manchmal Vorinformationen von seinen Kollegen, von den Verwandten des Patienten. Manchmal fällt die Entscheidung beim Patienten bereits während des Telefonats, ob er mit dem Therapeuten zusammenarbeiten möchte. Durch die während der ersten persönlichen Begegnung entstandenen Eindrücke kann das Bild voneinander noch mehr nuanciert werden.

Nach dem ersten psychotherapeutischen Interview erscheinen 15-17% der Patienten nicht zur ersten Sitzung, und weitere 26-30% scheidet nach der ersten oder zweiten Sitzung aus. In zahlreichen Bereichen des Lebens ist es eine bekannte Tatsache, dass der erste Eindruck sehr bestimmend ist. Die Besprechung der Ambivalenz gegenüber der Therapie kann den Patienten in seiner Entscheidung viel helfen.

### **II./1.2 Erstellung der Diagnose**

Das Diagnostizieren der Probleme des Patienten geht dem Beginn der Psychotherapie voran. Der erste Schritt in der Diagnoseerstellung der ärztlichen Praxis ist das Differenzieren zwischen der körperlichen und mentalen Krankheit. Falls der Arzt mentale Probleme findet, ist der nächste Schritt das Ermessen des Charakters des mentalen Problems und das Erwägen der zu wählenden Behandlungen.

#### **II./1.2. 1. Die psychiatrische Diagnose**

In den zwei meist gebräuchlichen Diagnosesystemen (BNO-10, DSM-IV-Tr) sind die psychiatrischen Diagnosen deskriptiven Charakters. Die psychiatrischen diagnostischen Kategorien sind Syndrome, d.h sie beschreiben das gemeinsame Auftreten von Symptomen. Die psychiatrischen diagnostischen Systeme meiden das Erwähnen der Faktoren, die im Hintergrund der Symptome stehen, sie meiden auch das Erwähnen der psychologischen Mechanismen, deshalb sind sie an sich nicht ausreichend zur Planung der psychotherapeutischen Behandlung. Im DSM-IV-TR des psychiatrischen diagnostischen Systems besteht die Diagnose aus fünf Achsen:

- I. Achse: Klinische Störungen und andere klinisch relevante Probleme
- II. Achse: Persönlichkeitsstörungen, mentale Retardation
- III. Achse: Medizinische Krankheitsfaktoren: körperliche Probleme, die bedeutsam für die Psychische Störung sein können
- IV. Achse: Psychosoziale und umgebungsbedingte Probleme
- V. Achse: Globale Beurteilung des Funktionsniveaus anhand der GAF-Skala

- Auf der ersten Achse stehen die klinischen Krankheitsbilder, ausgenommen jene, die sich auf der zweiten Achse befinden, die dauerhaften Zustände wie die Persönlichkeitsstörungen und die mentale Retardation. Gewisse psychotherapeutische Schulen (kognitive

Wichtig

<p>Wichtig</p> <p>Lesen Sie die GAF Skala!</p> <p>Aufgabe: Geben Sie der Person auf dem Video eine GAF Punktzahl, nachdem sie die ersten 5 Videos angeschaut haben!</p>	<p>Verhaltenstherapie) arbeiten im Falle jeder einzelnen diagnostischen Kategorie spezifische Behandlungsprogramme aus. Andere Schulen verwenden bei den meisten diagnostischen Kategorien allgemeine psychotherapeutische Prinzipien zur Entwicklung der ganzen Persönlichkeit aus (persönlichkeitszentrierte, psychodynamische).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Einschätzung der Persönlichkeitsstörungen auf der zweiten Achse ist unentbehrlich für die Planung der Psychotherapie. Zur Auswahl des entsprechenden Eingriffs ist es wesentlich zu ermitteln, ob der Patient dauerhafte oder maladaptive Persönlichkeitszüge hat, die spezifische psychotherapeutische Methoden verlangen.</li> <li>• Die dritte Achse dient der Beschreibung der somatischen Zustände, der körperlichen Krankheiten. Die somatische Störung steht in einem kausalen Zusammenhang mit der psychiatrischen Störung (z.B., eine durch Hypothyreoidismus verursachte Depression), und in diesem Fall ist die zunächst zu wählende Behandlung die Heilung der somatischen Störung, die psychotherapeutischen Mittel erzielen als ergänzende Behandlung in erster Linie die Stressmilderung. In anderen Fällen ist die etiologische Beziehung zwischen der somatischen und mentalen Störung nicht eindeutig, in diesen Fällen kann von der Behandlung der somatischen Störung eine bedeutende Verbesserung der mentalen Störung nicht erwartet werden.</li> <li>• Auf der vierten Achse stehen die psychosozialen und Umweltprobleme, die die Entstehung, die Diagnose, die Behandlung und Prognose der mentalen Störungen beträchtlich beeinflussen. Im beigelegten Fragebogen zeigen wir die am meisten charakteristischen psychosozialen Stressoren. In der psychotherapeutischen Planung ist es stets ein wichtiger Gesichtspunkt zu ermitteln, welche Umweltfaktoren und inneren Prozesse in welchem Ausmaß bei der Entstehung der Störungen eine Rolle spielen. (P_1_Anhang_II_1_1_2_1_Skala der psychosozialen Stressoren).</li> <li>• Auf Achse fünf beurteilen wir das ganzheitliche Funktionsniveau auf einer Skala von 0-100 (P_2_Anhang_II_1_1_2_1_GAF). Das Niveau der Funktion bestimmt die Dringlichkeit der Behandlung, den Ort, das Ziel, die Häufigkeit, den Inhalt und die Zeitdauer (ambulante oder stationäre Behandlung, psychotherapeutische, soziotherapeutische oder medikamentöse Behandlung und sonstige biologische Behandlungen). <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Im Falle der Werte von 1-20 GAF ist der Patient selbst – oder fremdgefährdet und ist nicht in der Lage, sich selbst zu versorgen, beansprucht eine intensive stationäre Behandlung.</li> <li>○ Bei Werten von 21-40 GAF benötigen die Patienten eine stationäre Behandlung. Charakteristisch ist die bedeutend beeinträchtigte Realitätskontrolle, oder starke Beeinträchtigungen in mehreren Bereichen, z.B. Arbeit, Schule, familiäre Beziehungen, Stimmung, Urteilsvermögen. Meistens ist auch medikamentöse Behandlung notwendig. Die wichtigsten Eingriffe sind die Stabilisierung des Verhaltens und des emotionalen Zustandes, das Entwickeln einer entsprechenden Realitätsseinschätzung, die Entwicklung sozialer</li> </ul> </li> </ul>
---	---

Kompetenzen, die Entwicklung des Systems der sozialen Unterstützung sowie die Verbesserung der Kooperation, zusammen mit der medikamentösen Behandlung.

- Bei Werten von 41-60 GAF hat der Patient ernste bis mäßig ausgeprägte psychische Symptome (Suizid-Phantasien, Zwangssymptome) und/oder schwere soziale, berufliche oder schulische Probleme. Er beansprucht eine intensive Beobachtung und eine intensive medikamentöse Therapie oder psychosoziale Eingriffe: z.B. eine gemeinschaftliche psychiatrische Versorgung, familiäre Interventionen und die Entwicklung sozialer Kompetenzen. Im Falle von schweren disfunktionalen Persönlichkeitszügen sind auch langfristige Eingriffe notwendig.
- Die Werte von 61-80 GAF verweisen auf leichte Übergangssymptome. Die Länge der psychotherapeutischen Eingriffe hängt davon ab, ob die Symptome nur situativ und vorübergehend sind (GAF 71-80) oder vielmehr bestimmt durch disfunktionale Persönlichkeitsmerkmale und interpersonale Probleme (GAF 61-80). Bei Problemen mit Kindern und Ehepartnern kann für Patienten mit den Werten zwischen 61-80 GAF die Familien- und Paartherapie nützlich sein.
- Die Werte von 80-100 GAF fallen in den Normalbereich, doch kann auch hier eine kurze Beratung in besonders schwierigen Lebenssituationen notwendig sein, z.B. bei einem durch Krankheit verursachten Stress.

#### **Literatur:**

Beutler, L. E., Consoli, A. J., & Lane, G. (2005). Systematic treatment selection and prescriptive psychotherapy. In J. C. Norcross & M. R. Goldfried (Szerk.), *Handbook of psychotherapy integration*. (2nd ed.). New York: Oxford University Press.

## **II./1.2.2. Die wichtigeren Dimensionen der psychotherapeutischen Diagnose**

### ***II./1.2.2.1. Die Fähigkeit, grundlegende Kernbedürfnisse zu beantworten***

Das positive Ziel der Psychotherapie ist das Erreichen der psychischen Gesundheit. Diese kann auf vielfache Weise definiert werden. Eine der möglichen Definitionen ist es, dass bei einer psychischen Gesundheit das Individuum in der Lage ist, seine grundlegenden Kernbedürfnisse auf harmonische Weise zu erfüllen, ohne dabei andere durch das Überschreiten der Regeln des Miteinanderlebens einzuschränken. Die unterschiedlichen psychotherapeutischen Schulen definieren auf unterschiedliche Weise, welche die grundlegenden Kernbedürfnisse sind. Im Folgenden zählen wir einige als grundlegend gehaltene Kernbedürfnisse auf. Ein wichtiger Schritt der psychotherapeutischen Diagnoseerstellung ist die Feststellung dessen, ob bei dem Patienten grundlegende Kernbedürfnisse bestehen, bei deren Erfüllung der Patient Probleme hat.

**P\_1\_Video\_II\_Erstes\_Interview\_Symptom\_Bedürfnis\_Konflikt**

Grundlegende Kernbedürfnisse:

#### **Aufgabe:**

Schauen Sie sich das Video an! Stellen Sie fest, welche Bedürfnisse der Patient nicht geltend machen kann, welche inneren Konflikte er erlebt!

Wichtig

- **Soziale Bedürfnisse.** Bindung, Intimität, Sexualleben, Paarbeziehung, freundschaftliche Beziehungen, Arbeitsbeziehungen, die Anpassung an größere Gruppen sind alles wichtige Elemente des menschlichen Lebens. Für Menschen ist es notwendig, in diesen Bereichen eine Sicherheit zu fühlen, dass sie ihre Beziehungen als stabil erleben, dass sie fühlen, akzeptiert zu werden und dass sie mit der Zuwendung der anderen rechnen können. Der Therapeut beobachtet, ob es im Leben des Patienten wichtige Bezugspersonen gibt, an die er sich sicher binden kann? Ob er in der Lage ist, eine intime Paarbeziehung einzugehen, ob er sich in der Nähe anderer Menschen wohlfühlt? Ist er in der Lage eine sexuelle Beziehung zu erleben und kann er diese genießen? Ist er in der Lage eine befriedigende, auf gegenseitiger Liebe basierende dauerhafte Paarbeziehung einzugehen? Hat der Patient Freunde? Kann er sich den Umständen seines Arbeitsplatzes anpassen, kann er seinen eigenen Interessen Geltung verschaffen?

*Innere Hindernisse bei der Durchsetzung dieses Kernbedürfnisses:*

- **Verlassenheit/Instabilität:** Die Überzeugung, dass er auf andere nicht rechnen kann.
- **Mißtrauen/Mißbrauch:** Andere wollen ihn nur ausnutzen.
- **Emotionale Entbehrung:** Wenn sie seine Fehler kennenlernen, werden sie ihn sicherlich beschämen und verlassen.
- **Unzulänglichkeit/Scham:** Er kann nicht mit der Zuwendung, dem Verständnis und der Unterstützung der anderen rechnen.
- **Soziale Isolierung/Entfremdung:** Er gehört zu keiner Gruppe.

- **Bedürfnisse nach Selbstständigkeit/Autonomie.** Ist der Patient in der Lage, in wichtigen Fragen seines Lebens und im Alltag selbstständige Entscheidungen zu treffen? Hat er überhaupt die Möglichkeit, selbstständige Entscheidungen zu treffen? Es ist wichtig, die innere Autonomie von den Einschränkungen der äußeren Umstände zu differenzieren.

*Innere Hindernisse bei der Durchsetzung dieses Kernbedürfnisses:*

- **Anfälligkeit für Schädigungen oder Krankheiten.**
- **Abhängigkeit/Inkompetenz:** Er hat nicht den Mut, allein zu entscheiden

- **Bedürfnisse nach Kompetenz.** Stehen ihm Fertigkeiten zur Verfügung, die er zum Erreichen seiner Ziele braucht? Das können soziale Fertigkeiten, zur Arbeit notwendige berufliche Fertigkeiten sein.

*Innere Hindernisse bei der Durchsetzung dieses Kernbedürfnisses:*

- **Versagen:** selbstständigen Lebensführung nicht fähig.

- **Bedürfnisse nach Identität.** Er hat das Gefühl, über eine unabhängige/individuelle Identität zu verfügen und auch über eine gemeinschaftliche, d.h. das Zugehörigkeitsgefühl zu etwas/jemandem ist vorhanden (Sprache, Religion, Arbeit, Bräuche, Werte, Normen), für die er sich verpflichtet hat. Beide beeinträchtigen einander nicht, d.h. er braucht keine Angst zu haben, wenn er seine eigene Identität erlebt, dass dies auf

Wichtig

Aufgabe:  
Schauen sie sich das Video an!  
Stellen sie fest, welche  
Bedürfnisse der Patient nicht  
geltend machen kann, welche  
inneren Konflikte er erlebt!

Kosten der anderen, der gemeinschaftlichen geht und er die Unterstützung der für ihn wichtigen Personen verliert. Er besitzt ein angemessenes Selbstwertgefühl.

*Innere Hindernisse bei der Durchsetzung dieses Kernbedürfnisses:*

- **Verstrickung/Unentwickeltes Selbst:** Er hat das Gefühl, keine eigene Identität haben zu können, weil das auf Kosten seiner wichtigen Beziehungen geht.

- **Die Freiheit zum Ausdruck von berechtigten Bedürfnissen und Emotionen.** Ist er in der Lage, seine eigenen Emotionen, Verlangen, Bedürfnisse in Anwesenheit des Anderen zum Ausdruck zu bringen? Ist er in der Lage, eine Verhandlung zu führen und assertiv für seine Rechte einzutreten, auch dann, wenn der andere etwas anderes möchte als er?

*Innere Hindernisse bei der Durchsetzung dieses Kernbedürfnisses:*

- **Unterwerfung:** Er wagt sich nicht, seine eigenen Bedürfnisse, Verlangen, Gefühle zu vertreten, weil er Angst hat, dass ihm der andere böse sein wird, ihn bestraft, verlässt.
- **Selbstaufopferung:** Er gibt seine eigenen Verlangen freiwillig auf, um bei den anderen Gefallen zu ernten.
- **Streben nach Zustimmung und Anerkennung:** Wegen des Verlangens der Anerkennung, der Bewunderung anderer Menschen passt er sich den Bedürfnissen anderer an und gibt seine eigenen für die Anerkennung auf.

**P\_2\_Video\_II\_Aufgabe der eigenen Bedürfnisse den anderen zuliebe**

- **Bedürfnis nach Spontaneität:** Ist er in der Lage, sich lockerer, gelassener, befreiter zu verhalten, mit anderen spielerische Tätigkeiten zu führen? Hat er/ entwickelt er kreative Ideen?

*Innere Hindernisse bei der Durchsetzung dieses Kernbedürfnisses:*

- **Perfektionismus/Bestrafen:** Das Streben nach Vollkommenheit raubt die Zeit von der Ruhe, von den sozialen Beziehungen.
- **Emotionale Gehemmtheit:** Hemmung im Ausdruck positiver und negativer Gefühle.
- **Negativität/Pessimismus:** Er ist stets auf das Schlimme eingestellt, so kann er nicht befreit leben.
- **Überhöhte Standards/Übertrieben kritische Haltung:** Er denkt, dass für den kleinsten Fehler eine strenge Strafe folgen wird.

- **Respekt vor den Bedürfnissen der anderen:** Ist er in der Lage, die Bedürfnisse der anderen wahrzunehmen und im Falle eines Konflikts bis zum Erreichen eines Kompromisses zu verhandeln?

*Innere Hindernisse bei der Durchsetzung dieses Kernbedürfnisses:*

- **Anspruchshaltung/Grandiosität:** Die Person denkt, dass sie über den Regeln des gesellschaftlichen Miteinanderlebens steht und es die Aufgabe der anderen ist, ihre Bedürfnisse zu befriedigen
- **Die Fertigkeit der Hinauszögerung der Erfüllung der Bedürfnisse, die**

**Aufgabe:**  
Überlegen Sie sich, ob Sie bei der Durchsetzung der eigenen Bedürfnisse innere Hindernisse haben?

**Notwendigkeit der Selbstkontrolle.** Ist er in der Lage, die momentane Befriedigung im Interesse eines langfristigen wichtigen Ziels zu verzögern?

*Innere Hindernisse bei der Durchsetzung dieses Kernbedürfnisses:*

- **Unzureichende Selbstkontrolle/Selbstdisziplin:** Er handelt unter dem Einfluss von momentanen Verlangen, Leidenschaften, Emotionen, ohne deren langfristige Konsequenzen zu überlegen.
- **Die zum Leben notwendigen grundlegenden Umstände:** Die grundlegendste Motivation richtet sich auf das am Leben bleiben und auf das gesunde Leben. Nahrung, Getränk, Wohnort, Reinigungsmöglichkeiten, physische, materielle, juristische und politische Sicherheit.

Die wichtigste Aufgabe der Anfangsphase der Psychotherapie ist es, die Einschätzung der grundlegenden Kernbedürfnisse des Patienten und das Erkennen der Faktoren, die die Erfüllung dieser hindern. Im Optimalfall richtet sich jede Intervention des Therapeuten darauf, dass der Patient immer näher zur Bewusstmachung seiner grundlegenden Kernbedürfnisse gelangt, und dass er ihm bei der Erfüllung seiner Kernbedürfnisse behilflich sei.

- **Psychischer Konflikt:** Eines der Ergebnisse der Einschätzung der Kernbedürfnisse kann die Identifizierung der psychischen Konflikte des Patienten sein. Über psychische Konflikte sprechen wir dann, wenn ein innerer Widerspruch zwischen zwei grundlegenden Kernbedürfnissen es verhindert, dass das eine oder das andere Kernbedürfnis erfüllt werden kann. Z.B. das Bedürfnis der Selbstständigkeit steht in einem Konflikt mit dem Bedürfnis nach einer Bindung. Jemand hat Angst davor, dass der andere ihm böse wird, wenn er seinem Willen Geltung verschafft.

**Literatur:**

Young JE, Klosko JS, Weishaar M. (2010) *Sématerápia. A gyakorló terapeuták kézikönyve.* VIKOTE, Budapest

**Aufgabe:**  
Welcher Bewältigungsstil ist aufgrund der Videos für Zorka charakteristisch?

**II./1.2.2.2. Personentypische Bewältigungsstile**

Die vor der Erfüllung der Kernbedürfnisse stehenden Grenzen verursachen eine Frustration, zu deren Überwindung die Menschen verschiedene Bewältigungsstrategien verwenden. Die angeborenen Temperamentsmerkmale beeinflussen in großem Maße, welche charakteristische Bewältigungsstile bei den einzelnen Personen vorherrschend sind. Es können folgende typische Bewältigungsdimensionen unterschieden werden:

- Personen, die die *internalisierende* Bewältigung verwenden, denken, dass die entstehenden Probleme und die Umstände, die negative Situationen verursachen, allein ihr Fehler ist, von den anderen Menschen haben sie jedoch ein positives Bild. Das Ergebnis ist die Schüchternheit, der Selbstvorwurf, das Schuldgefühl, die Scham sowie die Einengung des Gefühllebens. Zu den psychodynamischen Therapien passt die auf Introversion neigende Funktionsweise der internalisierenden Personen. Die

Aufdeckung der die Berechtigung hinterfragenden Beziehungsschemata der eigenen Bedürfnisse, Impulse sowie das assertive Verhalten kann dabei viel helfen.

- Für Personen, die den Mechanismus der *Unterdrückung* verwenden, ist charakteristisch, dass sie die Bewusstmachung der als gefährlich gehaltenen Gefühle und Anregungen durch die psychischen Operationen der selektiven Unachtsamkeit und der Negation meiden. Oft sind sie nicht in der Lage, ihre aggressiven oder sexuellen Anregungen oder ihren Zorn oder andere Emotionen bewusst zu machen und nur die mit Emotionen verbundenen physiologischen Veränderungen können von ihnen als Erlebnis wahrgenommen werden. Ziel der psychotherapeutischen Arbeit ist es, den Zusammenhang zwischen den kognitiven, körperlichen, und emotionalen Erlebnisbereichen herzustellen. Auch die Identifizierung der in der therapeutischen Beziehung aktivierenden Gefühle und dysfunktionalen Beziehungsschemata und das Erarbeiten von alternativen Bewältigungsstrategien ist ein wichtiger Teil der therapeutischen Arbeit. Die Aufdeckung der frühkindlichen Beziehungsmuster, die der Gefühlsregulation zugrunde liegen, kann auch ein wichtiges Element der therapeutischen Arbeit sein.
- *Externalisierende Patienten* sind impulsiv, unüberlegt, charakteristisch für sie sind Wutausbrüche. Wenn sie Fehler begehen, beschuldigen sie andere für ihre Probleme. Typisch ist eine paranoide Tendenz: wegen ihrem ständigen Misstrauen und des Gefühls der Verletzlichkeit halten sie auch andere als gefährlich und greifen sie an, als würden sie tatsächlich auf einen Angriff reagieren. Ziel der Behandlung ist es, dass ihre Emotionen, Anregungen bewusst werden und sie in der Lage sind, vor ihren Entscheidungen und Handlungen Überlegungen vorzunehmen, und falls notwendig, die Situationen neu zu bewerten und ihre Handlungsintentionen zu hemmen. Da ihre Reflexionsfähigkeit weniger entwickelt ist, sind zur Bewusstmachung ihrer Emotionen, zur Neubewertung der Situationen solche Techniken entsprechend, die mit kompetenzfördernden Techniken kombiniert stark strukturierte Methoden sind, wie z. B. die kognitive Verhaltenstherapie oder die Therapie der Mentalisation.
- Für Patienten mit *abwechselnder Externalisierung und Internalisierung* ist es typisch, dass sie zwischen den beiden Bewältigungsstilen abwechselnd umschalten. Diese Patienten sind eine besondere Herausforderung für das klinische Fachpersonal. Teilweise wirken sie mit ihren starken Selbstschuldgefühlen und selbstverletzenden Gedanken mitleiderregend, teilweise jedoch lösen sie intensive negative Gefühle durch ihre heftigen Wutausbrüche und negativen Kritiken gegen die behandelnden Ärzte aus. Sich selbst erleben sie schwankend zwischen Akzeptanz und Hass, und auch dem Arzt gegenüber verhalten sie sich schwankend, mal idealisierend, mal verachtend. Auch ihr Verhalten kann zwischen vollkommenem sozialen Rückzug und Scheue und aggressiven, impulsiven Verhalten schwanken. Die Behandlung dieser Patienten sollten nur therapieerfahrene Psychotherapeuten übernehmen, die ausgebildet sind in Schematherapie, Übertragung-fokussierte Therapie, Mentalisierungstherapie oder dialektisch-behaviorale Therapie, sonst kann es bei der Behandlung solcher Patienten vorzeitig zum Therapieabbruch kommen, was auch schädlich für die Patienten sein kann.

Aufgabe:  
Stellen Sie fest, wie die  
Kooperationsbereitschaft von  
Zorka ist!



### ***II./1.2.2.3. Kooperationsbereitschaft, Widerstand***

Im Laufe der Therapie ändert sich die Kooperation oder der Widerstand gegenüber der Therapie von einer Minute auf die andere, je nachdem, was für belastende Themen, Aufgaben in den Vordergrund gelangen. Der Therapeut muss die Veränderungen des Kooperationsgrades ständig monitorisieren. Es ist die Kooperationsbereitschaft auch als Persönlichkeitszug zu beobachten.

Gewisse Patienten tun sich leichter, eine kooperative Beziehung aufrecht zu erhalten. In ihrem Falle können direktive Techniken leichter angewendet werden und sie reagieren gut auf die direktiven, kognitiv- verhaltenstherapeutischen Methoden.

Andere Patienten zeigen einen starken Widerstand und sie erleben die Eingriffe des Therapeuten als drohenden Angriff auf ihre Selbstständigkeit. In ihrem Falle sind non-direktive Techniken und paradoxe Interventionen zu empfehlen. Wenn der Patient es nicht wünscht, dass der Therapeut seine das Leben durchziehenden Probleme kennenlernt, ist es am Besten, wenn er den Anspruch des Patienten auf seine Autonomie geltend macht und auf eine non-direktive Einstellung wechselt. Im Falle einer paradoxen Intervention wird versucht, die „zu frühe Veränderung“ zu verbieten oder bei einem widerstehenden Patienten wird empfohlen, dass er seinen Symptomen folgend handeln soll. Das Ziel hierbei ist, dass wir die Kontrolle in die Hand des Patienten geben, auf dessen Wirkung er erkennt, dass er seine Symptome bewusst kontrollieren kann und das kann dabei helfen, dass er aus eigenem Willen mit den Symptomen aufhört (als eine Art Widerstand gegenüber einer Therapieempfehlung).

### ***II./1.2.2.4. Die Einschätzung des Motivationsniveaus***

Ein wichtiger Teil der die Psychotherapie vorbereitenden Diagnose-Erstellung ist es, einzuschätzen, in was für einem Maße der Patient motiviert ist für Veränderungen. Prochaska, Norcross és DiClemente (2009) unterscheiden fünf Ebenen der Veränderungsbereitschaft der Patienten. Bei der Therapieplanung muss die Motivationsstufe des Patienten unbedingt berücksichtigt werden.

- **Phase der Prekontemplation – Sorglosigkeit:** Er erkennt das Problem nicht und will nichts ändern. Er leugnet das Problem oder er meint, dass es Probleme mit den anderen gibt, nicht mit ihm.

#### *Ziele der Therapie:*

- Bildung einer Therapiebeziehung
- Reduzierung der Symptome
- Steigerung der Bewusstheit:
  - Information über die Natur der Psychotherapie
  - Klärung der Angst und der Scham, dass man zum Psychotherapeuten geht
  - die feine Aufdeckung des Sinns der Behandlung
- Motivationsinterview
  - helfen wir dem Patienten dabei, die **Diskrepanz** zwischen seinen künftigen Zielen und seines gegenwärtigen Verhaltens zu erkennen

- **Kontemplation - Bewusstwerden:** Der Patient erkennt das Problem, er

denkt über die Veränderungen nach, doch hat er sich noch nicht für eine Veränderung verpflichtet, er ist noch ambivalent.

- 

*Ziele der Therapie:*

- *Konzeptualisierung des Problems mit Funktionsanalyse:* Die Neubewertung der eigenen Situation, der Beziehung zu anderen und zur Umwelt hilft dem Patienten, die Muster der Vorgeschichte seiner Probleme, der Folgen und wiederholten Auftreten zu erkennen. Die Vorgeschichte ruft das problematische Verhalten vor, die Folgen belohnen nur kurzfristig, wie langfristig negativ auch die Folgen sein mögen.
- *Entwicklung eines Hoffungsgefühls im Zusammenhang mit der Möglichkeit der Veränderung:* Wenn der Patient versteht, wie sein Problem entsteht und wodurch es aufrecht erhalten bleibt und was für eine Rolle er dabei spielt, dann beginnt er daran zu glauben, dass er zu einer Veränderung fähig sein wird.
- *Aufdeckung von Problemen, die das ganze Leben überspannen:* Die Veränderung kann auch aus dem Grunde schwer sein, weil der Patient der Meinung ist, dass das Problem ein wesentlicher Bestandteil seiner Persönlichkeit ist. Beim Differenzieren des zu verändernden Problems und der Anteile seiner Persönlichkeit können die Beziehungsschemata, die Identifizierung der maladaptiven Bewältigungsstrategien, und die Aufdeckung des Beziehungshintergrundes aus der Kindheit dem Patienten viel helfen.
- *Erstellung einer Entscheidungsbilanz:* in der beiliegenden Tabelle zeigen wir ein Beispiel für die Entscheidungsbilanz, welche der Fall auf dem Video angefretigt hat.

[P\\_1\\_Tabelle\\_II\\_1\\_1\\_2\\_2\\_4\\_Entscheidungsbilanz](#)

- **Phase der Vorbereitung:** In dieser Phase hat der Patient bereits erkannt, dass er eine Änderung bewirken kann. Die Argumente für die Veränderung überwiegen in dieser Phase. Es entwickelt sich eine Verpflichtung, was bedeutet, dass er an der Veränderung glaubt.
- **Phase der Handlung:** Der Patient beginnt mit den Veränderungen. Er beginnt sein Verhalten, die Bewertung der Situationen, seine Auffassung oder seine Umgebung zu ändern.

*Ziele der Therapie:*

- bei Verhaltensproblemen mit dem Ändern des Verhaltens beginnen die sein Verhalten dominierenden Muster, Schemata erkennen lassen und dabei helfen, neue alternative Annahmen, Beziehungsmuster auszuarbeiten. Weiteres Ziel ist das Verstehen der inneren und äußeren Ursachen der Wiederkehr und der Verstärkung der Probleme, dies zu verändern, das Ausarbeiten vorbeugender Strategien.
- **Phase der Aufrechterhaltung der erreichten Ergebnisse:** Ziel ist die Festigung der erreichten Ergebnisse. Die Vorbeugung eines Rückfalls ist in dieser Phase eine besonders wichtige Aufgabe.

○ Wir unterscheiden zwischen *Fehltritt* und *Rückfall*.

- **Phase des Rückfalls auf eine frühere Ebene - Stabilisierung:** Die Veränderung ist meistens nicht geradlinig, sondern verläuft in spiralartigen Zyklen, was bedeutet, dass wir nach dem Auftreten einer neuen Fertigkeit, einer Beziehungsart, einer neuen Weltsicht oft in einen ähnlichen Zustand eines früheren Zustandes zurückfallen können, doch zum Glück nicht mehr in denselben Zustand, da durch unsere neu erworbenen Kenntnisse der frühere Zustand auch nicht mehr der gleiche ist.

Im Prozess der Psychotherapie tauchen mehrere Probleme auf und auch die Bewegung zwischen den verschiedenen Ebenen der Psychotherapie ist kontinuierlich.

Z.B. Zorka, die Patientin auf dem Video meldete sich mit dem Problem, dass sie nicht effektiv arbeiten kann, die Beendigung ihrer Aufgaben hinausschiebt, deshalb hat sie Angst und ist missgelaunt, sie unterschätzt sich und ist nicht in der Lage, ihren Willen geltend zu machen. Sie hat sich entschlossen, psychotherapeutische Hilfe in Anspruch zu nehmen, weil sie eine Änderung will. Hinsichtlich der Symptomveränderung ist sie in der Phase der Handlung, doch als die Veränderung des im Hintergrund des Symptoms stehenden tieferen Beziehungsmusters auftaucht, rutschte sie vorübergehend zurück in die Phase der Überlegung. Als es ihr gelungen ist, das innere Beziehungsmuster zu hinterfragen, und die Notwendigkeit eines neueren adaptiveren Beziehungsverhaltens in ihr selbst stärker wurde, und sie dies in die Realität umsetzte, entstand in ihrem Partner ein derart großer Widerstand gegenüber diesem veränderten Verhalten, dass dadurch das Bestehen der Beziehung bedroht war. Dies hatte sie erneut in die Phase des Überlegens zurückversetzt.

Irodalom:

Prochaska JO, Norcross JC, DiClemente CC.: Valódi újakezdés. Hatlépcsős program ártalmas szokásaink leküzdésére és életünk jobbá formálására. Ursus Libris, 2009.

### **II./1.2.2.5. Das psychotherapeutische Erstgespräch**

Das Ziel des psychotherapeutischen Erstgesprächs ist zusammengesetzt und der Therapeut muss häufig einander entgegengesetzte Aufgaben lösen.

- Er muss ermöglichen, dass der Patient seine Geschichte erzählen kann
- Er muss eine kollaborative Therapiebeziehung entwickeln
- Er muss auf die oben angegeben diagnostischen Gesichtspunkte eine Antwort finden
- Er muss bzgl. der Notwendigkeit der Therapie eine Entscheidung treffen
- Er muss eine Einschätzung der Eignung zur Psychotherapie machen:
  - Motivationsniveau
  - Gegenmotivationen
  - Widerstand
- Wahl des therapeutischen Ziels

Aufgabe:

Schauen Sie sich das Video an! Stellen Sie fest, was für ein Bewältigungsstil hier charakteristisch ist, wie ihre Kooperationsbereitschaft ist, auf welcher Stufe der Motivation sie steht?

- Gestaltung der Therapiekonzeption
- Wahl der Methoden
- Einschätzung der zu erwartenden Ergebnisse
- Motivierung
- Angebot der Therapieerfahrung

Das empathische Anhören der Geschichte des Patienten erhöht die Entstehung einer kollaborativen Therapiebeziehung. Um die entsprechenden Informationen zu bekommen ist es notwendig, Fragen an den Patienten zu stellen, die den Verdacht wecken, dass es ein Verhör ist, was natürlich ein schlechtes Gefühl im Patienten hervorruft. Fragen, die sich der Geschichte des Patienten anpassen, über Fachwissen und die Kenntnis des Problems zeugen, erhöhen das Vertrauen des Patienten und steigern seine Motivation.

Das psychotherapeutische Erstgespräch führt zur ersten Fallkonzeptualisierung, die wir mit dem Patienten teilen.

### ***II./1.2.2.6. Fallkonzeptualisierung***

Die Fallkonzeptualisierung ist eine grundlegende psychotherapeutische Fertigkeit. Ausgehend von der Fallkonzeptualisierung stellt der Kliniker Hypothesen über die Bedeutsamkeit, die Ursachen, die auslösenden und aufrechterhaltenden Faktoren der seelischen, sozialen und der Verhaltensprobleme der Person auf. Die Fallkonzeptualisierung muss immer wieder modifiziert werden, sobald wir sie getestet haben und wir in den Besitz neuer Informationen gelangt sind.

Die Fallkonzeptualisierung hilft die Informationen über die Person nach den Gesichtspunkten der Therapiemethode auf nützliche Weise zu ordnen. Die Patienten zeigen häufig einander widersprechende Feststellungen, Verhaltensweisen. Die Fallkonzeptualisierung muss eine Form annehmen, in der sich widersprechende Daten eingeordnet werden können.

Die gut aufgebaute Konzeptualisierung unterstützt die Arbeit des Therapeuten sehr, und auch für den Patienten hat das Verständnis des Therapeuten wesentliche therapeutische Folgen. In den meisten psychotherapeutischen Methoden wird dem Patienten in irgendeiner Form das Ergebnis der Fallkonzeptualisierung mitgeteilt. Es erscheint als sehr effizient, wenn der Patient mit dem Therapeuten an der Konzeptualisierung gemeinsam arbeitet, und im Laufe der Therapie diese ständig modifiziert. Doch muss immer auch die Belastbarkeit des Patienten berücksichtigt werden, und die Konzeptualisierung soll nur in einem Maße und in einer Tiefe dem Patienten dargeboten werden, inwieweit er dafür offen ist.

Ziel der Konzeptualisierung ist es, die Planung der Behandlung zu fördern und voranzutreiben:

- die Ziele der Therapie zu identifizieren
- den Bogen der Therapie aufzuzeichnen
- im Voraus die möglichen Hindernisse aufzuzeigen
- die zum Erreichen des Ziels notwendigen Strategien, Taktiken, Techniken aufzuzeigen

Im beigelegten Video zeigen wir, wie der Therapeut am Ende des ersten Interviews zusammenfasst, was er vom Problem des Patienten verstanden hat, und er stellt eine erste Fallkonzeptualisierung auf.

#### **Aufgabe**

Schauen Sie sich das Video an! Beobachten Sie, wie sich das Problem des Patienten in der Therapiebeziehung aktiviert und mit welchen Mitteln der Therapeut ein alternatives Beziehungsmuster zu aktivieren versucht! Der Patient ersetzt das Thema des zentralen Beziehungskonflikts im Rahmen der Therapiebeziehung mit einem alternativen Beziehungsthema. Versuchen Sie das neue zentrale Beziehungsthema zu formulieren!

#### **Aufgabe**

Schauen Sie sich das Video an! Bestimmen Sie, welche Teile des Videos welche Elemente der Hausaufgabe des Patienten beinhalten!

### [P\\_3\\_Video\\_II\\_Fallkonzeptualisierung](#)

Die Fallkonzeptualisierung hat je nach psychotherapeutischer Richtung unterschiedliche Methoden. Den vorgestellten Fall analysieren wir anhand Methoden zweier Richtungen:

- Das Thema des zentralen Beziehungskonfliktes ist eine gebräuchliche Methode in der **psychodynamischen Therapierichtung** (Luborsky, Crits-Christoph, 1998). Dessen Wesen beruht auf der Beobachtung, dass sich in den Personen im Laufe ihrer Entwicklung ein Bild entwickelt, wie andere auf ihre Bedürfnis-Ausdrücke reagieren. Im Späteren entwickelt sich ein Modell, welches beeinflussen kann, wie sie ihre Beziehungen erleben. Bei der Formulierung des Themas der zentralen Beziehungskonflikte werden drei Fragen gestellt:
  - Was will der Patient von anderen Personen?
  - Was meinen Sie, wie werden andere darauf reagieren? Beziehungsweise wie reagieren sie darauf?
  - Wie reagiert der Patient auf die vorgestellten oder tatsächlichen Reaktionen anderer?

2. Tabelle. Thema der zentralen Beziehungskonflikte

### [P\\_2\\_Tabelle\\_II\\_Zentrale\\_Beziehungskonflikte\\_Thema](#)

- **In der kognitiv-verhaltenstherapeutischen Therapierichtung** werden die Grundschemata und die Bewältigungsstrategien untersucht, die die Befriedigung der Bedürfnisse hindern (Unoka, 2010):
  - Welche grundlegenden Bedürfnisse kann die Person nicht erfüllen?
  - Welche Schemata werden durch das Verlangen nach Bedürfnisbefriedigung aktiviert?
  - Was für automatische negative Gedanken hat der Patient?
  - Was für Bewältigungsstrategien werden gegenüber einer verzerrten Wirklichkeit verwendet?

3. Tabelle. Das Blatt der kognitiven Fallkonzeptualisierung von Zorka

### [P\\_3\\_Abra\\_II\\_Kognitive\\_Fallkonzeptualisierung\\_Zorka](#)

Literatur:

Unoka Zs. Személyiségzavarok sématerápiája. In Perczel Forintos D, Mórotz K. (szerk.) (2010) Kognitív viselkedésterápia. Medicina Könyvkiadó Zrt. Budapest. 691-737.

Luborsky L., Crits-Christoph P (szerk) (1998) Understanding transference. 2nd edn, Basic Books, New York.

### **II./1.1.2. 2.7. Der Therapievertrag**

Die erste Fallkonzeptualisierung muss dahin führen, dass der Therapeut eine Entscheidung bringen kann, ob dem Patienten eine Psychotherapie empfohlen werden kann, wo, in welcher Form, in welcher Häufigkeit und Dauer und was für reale Zielsetzungen diese haben kann. In Kenntnis dieser Fragen wird dem Patienten ein Angebot bezüglich der Therapie gemacht und es werden mit dem Patienten die Details der Behandlung besprochen.

Der Therapievertrag ist meistens eine mündliche Vereinbarung zwischen dem Arzt/Therapeuten und dem Patienten:

- sie vereinbaren ob die Therapie notwendig ist und wie sie damit beginnen

Aufgabe  
Schauen Sie sich das Video an!

Aufgabe  
Schauen Sie sich das Video an!

Aufgabe  
Schauen Sie sich das Video an!

Aufgabe  
Schauen Sie sich das Video  
an!

- sie vereinbaren die Ziele und die Mittel der Behandlung, d.h die Aufgaben
- sie vereinbaren die genauen Rahmenbedingungen der Therapie:
  - die Länge der Behandlung
  - die Häufigkeit der Treffen
  - die Länge einer Sitzung
  - den Ort der Behandlung
  - die Vergütungsweise der Behandlung (Krankenkasse, Privat-Therapie und das Honorar)
- sie vereinbaren, wie sie bei Nicht- Einhaltung der Rahmenbedingungen der Therapie vorgehen
  - die Umstände der Absage der Sitzungen
  - wie sie mit der Verspätung umgehen
  - wie sie mit der Länge der Sitzung umgehen

#### [P\\_4\\_Video\\_II\\_Therapievertrag](#)

Je nach psychotherapeutischer Richtung hat der Therapievertrag unterschiedliche spezifische Modifizierungen. In der kognitiven Verhaltenstherapie zum Beispiel werden Therapieverträge oft schriftlich erfasst und genaue Ziele der Verhaltensmodifizierung festgelegt. In stationärer Behandlung kann auch bezüglich des Essverhaltens oder anderer Verhaltensweisen eine schriftliche Vereinbarung mit dem Patienten erfolgen, anhand dessen das Personal das Verhalten des Patienten kontrollieren kann.

Nach dem psychotherapeutischem Erstgespräch bitten wir den Patienten, eine Rückmeldung bezüglich der Fallkonzeptualisierung und des Therapievertrags zu geben. Es ist auch ratsam, dem Patienten eine Hausaufgabe zu geben, damit er erleben kann, dass auch er eine aktive Rolle in seiner Therapie spielt. Bei Patienten mit einem Widerstand ist dies nicht ratsam.

Aufgabe  
Schauen Sie sich das Video  
an!

#### [P\\_5\\_Video\\_II\\_Visszajelzes\\_kerese\\_hazifeladat](#)

Literatur:

[Szónyi, G., Füredi, J., \(szerk\) A pszichoterápia tankönyve. Medicina, Budapest. 2008.](#)

## ***II./2. Die zweite Phase, die Phase der Veränderungen***

Nach dem Therapievertrag beginnt die therapeutische Arbeit. Der Therapeut verwendet in Zusammenarbeit mit dem Patienten die Techniken der psychotherapeutischen Methode. Eine besondere Bedeutung kommt dabei den ersten Sitzungen der Therapie zu (3-7 Sitzung). Die in der Anfangsphase der Therapie erfolgten Veränderungen sind bzgl. des Ablaufs der gesamten Therapie ausschlaggebend. Bei 65% der Patienten erfolgt bereits nach der siebten Sitzung eine messbare Verbesserung. Im Falle des Nicht-Einsetzens einer frühen Veränderung oder im Fall eines auf die dritte Sitzung einsetzenden Rückfalls steigt die Hälfte der Patienten aus der Behandlung aus oder sie berichten am Ende über eine Ineffizienz der Behandlung. Aus diesem Grunde muss nach einer früh eingesetzten Besserung die Fallkonzeptualisierung neu begonnen werden und die Behandlung muss den Bedürfnissen des Patienten angepasst werden.

## **II./2.1. Der Fokus der Therapie**

Mit Ausnahme der personenzentrierten Therapie und der Psychoanalyse wird in fast allen psychotherapeutischen Richtungen ein zentrales Problem ausgewählt, mit dem man sich im Laufe der therapeutischen Sitzungen beschäftigt. Das nennt man den Fokus der Therapie. Der Fokus stimmt meistens mit dem in der Fallkonzeptualisierung formulierten Problem überein. Die Aufrechterhaltung des Fokus ist Aufgabe des Therapeuten. Insofern der Patient sich mit dem Problem zwischen den therapeutischen Sitzungen beschäftigt und auch während der therapeutischen Sitzungen darauf immer wieder zu sprechen kommt, ist das ein Zeichen dafür, dass wir den Fokus gut ausgewählt haben. Die Hausaufgabe wird von den Patienten nur dann gemacht, wenn sie das für sie wichtige Problem als sinnvoll erachten.

[P\\_6\\_Video\\_II\\_Ausgeliefertheit\\_szules](#)

## **II./2.2. Ressourcenfindung, Erarbeiten von alternativen Verhaltensweisen**

Neben der Aufdeckung des Grundschemas oder des zentralen Beziehungskonflikts ist der Therapeut bestrebt dem Patienten dabei zu helfen, in sich jene Ressourcen zu entdecken, auf die gestützt er seine Probleme dann überwinden kann.

[P\\_7\\_Video\\_II\\_kikotozes\\_alternativ\\_reagalas](#)

Die Fallkonzeptualisierung verfeinert sich kontinuierlich mit dem Fortschreiten der Therapie. Zorka kann, wenn sie in Bedrängnis ist, ihren Willen durchsetzen. Hier entsteht das Phänomen, dass die im Laufe der Sozialisation angeeigneten Schemata, Beziehungsmuster nur bis zu einer gewissen Stufe der Aktivationsniveaus das Verhalten zu kontrollieren vermögen. Über einem gewissen Aktivationsniveau hinaus schalten sich die grundlegenden Überlebensmechanismen ein: Kampf, Flucht, Erstarrung.

## **II./2.3. Aufdeckung von Mentalisationsproblemen**

Als Mentalisation bezeichnen wir die Fähigkeit, dass jemand in der Lage ist, seine eigenen Verlangen, Bedürfnisse, Ziele, Pläne, Emotionen, oder die von anderen zu verstehen und das eigene Verhalten und das Verhalten anderer auf dieser Grundlage zu verstehen.

Im Laufe der psychotherapeutischen Eingriffe müssen wir ständig aufmerksam verfolgen, wie sich diese Mentalisationsfähigkeit verändert. Unsere Interventionen erreichen dann ihre Wirkung, wenn der Patient in einem aufnahmefähigen Zustand ist.

Mit Ausnahme des Autismus sind Menschen in der Regel zur Mentalisation in der Lage und nur im Fall der in den meisten Krankheitsbildern beschriebenen spezifischen Aufgaben und Zuständen besteht eine Mentalisationsstörung.

[P\\_8\\_Video\\_II\\_Phantasie\\_Selbstaufopferung\\_Mentalisationsstörung](#)

Aufgabe  
Schauen Sie sich das Video an!

Aufgabe  
Schauen Sie sich das Video an!

Aufgabe  
Schauen Sie sich das Video  
an!

Im Falle von Zorka ist zu beobachten, dass sie in Anwesenheit eines anderen Menschen weniger auf die eigenen Bedürfnisse achten kann, weniger fähig ist, die eigene innere Welt zu mentalisieren und ein Großteil ihrer Energien verwendet sie dafür, das Verlangen, die Ziele, die Erwartungen der anderen zu verstehen. Die Fallkonzeptualisierung und der Therapieplan werden dadurch ergänzt, dass im Laufe der Therapie die nach innen gerichtete Aufmerksamkeit entwickelt wird, und außerhalb der Therapie soll sie fähig sein, die Aufmerksamkeit in Anwesenheit eines anderen Menschen auf die eigenen Interessen zu lenken.

## **II./2.4 Die Welt anders sehen**

Ein Mechanismus der Veränderung ist, dass der Patient erkennt, dass er sich und die Welt verzerrt wahrnimmt und nach dieser Erkenntnis ist er fähig, zu einer neuen Sichtweise zu gelangen. Die neue Sichtweise kann seine Selbstbewertung, die Beurteilung der anderen verbessern und Hoffnung erwecken. Das Erkennenlassen der Verzerrung der Mentalisation, die Verbalisierung der verzerrenden Mechanismen sind der erste Schritt dazu, dass der Patient fähig sei, zu reflektieren, über seine Verzerrungen nachzudenken, und eine neue Sichtweise zu entwickeln.

Die Prozesse der Psyche sind mithilfe von Metaphern besser zu verstehen. Im beigelegten Video versucht der Therapeut das Phänomen der verzerrten Mentalisation mit der Metapher einer Brille mit Filter darzustellen.

[P\\_9\\_Video\\_II\\_Filterbrille\\_Mentalisation\\_Verzerrung](#)

## **II./2.5. Aufdeckung von Motivationen, die das oberflächliche Verhalten beeinflussen**

In den Menschen existieren mehrere Motivationssysteme, die miteinander in Konflikt geraten. Ein Ergebnis des Konfliktes kann das Gefühl der Schwächung, der Unfähigkeit, der Gehemmtheit sein. Ein Teil der Motivationssysteme zielt auf die Befriedigung der Instinktbestreben des Individuums (Essen, Trinken, Sex, Ruhe, Selbstverwirklichung, etc.), ein anderer Teil auf die Befriedigung der sozialen Instinkte (Kooperation, Altruismus, etc.). Abhängig davon, wo sich jemand auf der gesellschaftlichen Rangleiter einordnet, gelangt man in eine dominante oder selbstunterwerfende Rolle, bekommt die Befriedigung der individuellen oder der sozialen Instinkte ein größeres Gewicht.

Eine sich selbstunterwerfende Person ist geneigt, den anderen als dominant zu halten, von ihm zu denken, dass sein Hauptziel es ist, seine eigenen Interessen durchzusetzen, wobei er sich nicht um die Interessen des anderen kümmert. Deshalb ist er bestrebt, während der Besprechung dem anderen einen Gefallen zu erweisen und sich von seinen eigenen persönlichen Bestrebungen loszusagen. Wenn sich die Person der unmittelbaren Wirkung des anderen entziehen kann, wird sie in der Lage sein, die eigenen Bestrebungen zu mentalisieren, und sie wird unzufrieden sein, weil sie das Gefühl hat, dass die eigenen Bedürfnisse, Bestrebungen keinen entsprechenden Platz bekommen haben. Die so gearteten inneren Konflikte gehen oft auf Kosten der Leistungsfähigkeit.

Eine Wirkung der Psychotherapie kann sein, dass eine Veränderung eintreten wird, wenn der Patient seine eigenen in Konflikt stehenden Motivationen formulieren kann.

Aufgabe  
Schauen Sie sich das Video  
an!



## P\_10\_Video\_II\_Aufdeckung der Motivation\_Pfeil nach unten zeigend \_Technik\_

### Literatur:

Liotti, G., Gilbert, P. (2011) Mentalizing, motivation, and social mentalities: Theoretical considerations and implications for psychotherapy. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*. 84, 9-25.

## II./2.6. Vom Einzelfall bis zu Mustern, die das Leben überspannen

In effizienten psychotherapeutischen Sitzungen folgt das Hervorrufen von konkreten, erlebnisartigen Lebensereignissen auf zyklische Weise sowie deren Aufarbeitung mit abstrakteren Begriffen.

Der optimale Zyklus des psychotherapeutischen Eingriffs:

- erlebnisartiges Hervorrufen von autobiografischen Erinnerungen
- Aufarbeitung, Aufdeckung, Formulierung, Strukturierung der Erlebnisse
- Zusammenfassung von Phänomenen im Hintergrund der Erlebnisse mithilfe abstrakter Begriffe
- das erlebnishaft Hervorrufen neuerer autobiografischer episodischer Erinnerungen mit abstrakten, dem Phänomen angepassten Begriffen

Falls es gelingt, für die mit abstrakten Begriffen bezeichneten Phänomene mehrere Beispiele im Leben der Person zu finden, dann handelt es sich um ein das Leben überspannendes Muster. Die Identifizierung und Modifizierung der das Leben überspannenden Muster ist einer der wichtigsten Wirkungsfaktoren der Psychotherapie.

## P\_11\_Video\_II\_Zyklus vom Einzelerlebnis bis zum das Leben überspannende Muster

### Literatur:

Mergenthaler E. (1996) Emotion-Abstraction Patterns in Verbatim Protocols: A New Way of Describing Psychotherapeutic Processes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64:6, 1306-1315.

## II./2.7. Der Konflikt zwischen kurz- und langfristigen Zielen

Im Falle der meisten psychischen Problemen kann ein Konflikt zwischen den kurz- und langfristigen Zielen beobachtet werden. Gemeinsam mit der Aufdeckung von das Leben überspannenden Problemen lenken wir die Aufmerksamkeit des Patienten auf die Aufnahme eines autobiografisch-erzählerischen Gesichtspunktes. Dieser autobiografische Aspekt ist einem Gesichtspunkt eines Romanautors ähnlich, der nicht nur die einzelnen Episoden überblickt, sondern die ganze Folge der Episoden überschaut, die sich zu einer Geschichte verschmolzen haben, zur Geschichte des Haupthelden. Die Vergangenheit, die Gegenwart und die Zukunft sind in eine umfassende Perspektive gelangt. Ein Ziel der psychotherapeutischen Arbeit ist, dass wir den Patienten in der Fähigkeit zur Aufnahme dieser Autorenperspektive bestärken. Das langfristige Ziel der Therapie ist es, dass der Patient entdeckt, dass er der Autor seines eigenen Lebens sein kann und dass er nicht nur ein Protagonist einer von anderen Autoren verfassten Geschichte sein kann.

### Aufgabe

Schauen Sie sich das Video an!

Beobachten Sie bei Zorka, welche Motivationen miteinander in Konflikt stehen!

### Aufgabe

Schauen Sie sich das Video an!

Identifizieren Sie die einzelnen Phasen des Zyklus der psychotherapeutischen Behandlung!

Aufgabe  
Schauen Sie sich das Video an!  
Identifizieren Sie lang-und kurzfristige Ziele von Zorka!

Für den Patienten ist es leichter, die momentane Spannung der Situation, die Angst, zu ertragen, wenn er aus dem Aspekt seiner langfristigen Ziele auf die Situation schaut. Aus einem momentanen Aspekt scheint es am meisten adaptiv zu sein, dass der Patient - sobald wie möglich - seine Angst los wird, doch er erlangt eine Einsicht auf sein Problem, wenn er den Gesichtspunkt des Autors aufnimmt und erkennt, mit welchen langfristigen Vorteilen das einhergeht, wenn er die Spannung auf sich nimmt und z. B. jemandem einfach nein sagt.

[P\\_12\\_Video\\_II\\_kurzfristige\\_Belohnung\\_langfristige\\_Strafe](#)

Literatur:

Beran E., Unoka Zs.: Figyelemirányítás, mint az analitikus terápia hatótényezője. Lélekelemzés, 2007, 1, 101-115.

Unoka Zs., Beran E.: Figyelemirányítás, mint az analitikus terápia hatótényezője: az analitikus figyelmének hatása a szelf-narratívumok konstrukciós folyamatára. Lélekelemzés. 2006 1, 51-61.

## **II./2.8. Die lebensgeschichtliche Rahmung des Grundproblems, die Umkehrung der Internalisierung**

Im Laufe der Persönlichkeitsentwicklung internalisiert der Patient seine Erlebnisse, Interaktionen mit anderen Menschen. Die Prozesse und Stufen der Internalisierung verlaufen sehr vielfältig und die verschiedenen psychotherapeutischen Richtungen erklären die Mechanismen der Internalisierung auf unterschiedliche Weise. Jetzt werden wir nicht in die Details der Theorien eingehen. Die Internalisierung übt dann die größte Wirkung auf die Person aus, wenn eine für ihn wichtige Person in emotional geladenen Situationen die Bestrebungen der Person bei der Befriedigung seiner grundlegenden Bedürfnisse wiederholend unterstützt oder ablehnt. Die Internalisierung fängt an mit der von der in der Wirklichkeit wahrhaftig stattgefundenen Interaktion und verläuft über das wiederholte Hervorrufen von Interaktionen bis zu der gänzlich unbewussten automatischen Situationsbewertung.

Die Schritte der Internalisierung sind folgende:

- im Individuum entsteht das Verlangen und das signalisiert er der anderen wichtigen Person, die darauf reagiert
- im Individuum entsteht das Verlangen und er stellt sich vor, wie die andere Person darauf reagieren würde
- im Individuum entsteht das Verlangen und er reagiert bereits in einem selbst geführten Dialog so, wie die andere wichtige Person es früher getan hat
- im Individuum entsteht das Verlangen und ohne dessen bewusst zu werden, verhält er sich so, wie die andere wichtige Person es von ihm erwarten würde und dadurch erlebt er es bewusst, dass er so ist, und wenn er sich anders verhalten würde, wäre er eine andere Person, wobei auch das schlechte Befinden wegen des nicht befriedigten Bedürfnisses ihm bewusst wird.

Die psychotherapeutische Arbeit verläuft in die entgegengesetzte Richtung, die internalisierten Prozesse werden erneut in einen autobiografischen Rahmen zurück gesetzt, in jene konkreten lebensgeschichtlichen Episoden, wo die Erfahrung zur Durchsetzung der eigenen Bedürfnisse entstanden ist. Damit verfolgen wir das Ziel, dass die Person die Erfahrung macht, dass das als Ergebnis der

Aufgabe  
Schauen Sie sich das Video an!

Internalisierung entstandene Charakteristikum nicht sein Wesensmerkmal und daher keine unveränderliche Eigenschaft ist, sondern er hat dies im Laufe seiner Lebensgeschichte von anderen Menschen gelernt, wobei er auch anderes hätte lernen können. Er kann wählen, sich auch andere Bindungsweisen in Bezug auf die Durchsetzung seiner eigenen Bedürfnisse anzueignen. Durch die Therapiebeziehung gelangt man im Wesentlichen auch zu einer neuen Erfahrung, in der der Therapeut auf die grundlegenden Bedürfnisse des Patienten achtet, diese als gültig hält, d.h. ihre Berechtigung anerkennt, und er hilft dabei, die adaptiven Fähigkeiten zur Durchsetzung der Bedürfnisse auszubauen.

Die Schritte der Psychotherapie:

- die Aufdeckung des schlechten Befindens und der Beziehungen zwischen den Bedürfnissen
- Identifizierung der inneren Dialoge, Gedanken: wie verhält sich die Person in Bezug zu ihren eigenen Bedürfnissen?
- die Identifizierung von wichtigen Personen, die den inneren Dialogen ähnlicher Weise auf die Erfüllung der Bedürfnisse reagieren.
- Heraufbeschwörung konkreter episodischer Erinnerungen und das Rückverlegen von internalisierten Prozessen in die Vergangenheit
- Gestaltung alternativer Ansichten zur Durchsetzung der Befriedigung von Bedürfnissen

[P\\_13\\_Video\\_II\\_lebensgeschichtliche\\_Rahmung](#)

## **II./ 2.9. Die Erarbeitung von alternativen Verhaltensmuster, die zur adaptiveren Beantwortung der Kernbedürfnissen führt**

Neben der Befriedigung der dominanten Beziehungsmuster haben die Personen in vielen Fällen auch vereinzelt solche Erfahrungen, die vom dominanten Muster abweichen. Die Aufdeckung von adaptiveren Bindungsmustern in der eigenen Erfahrung des Patienten verhilft ihn zur Herausbildung und Stärkung einer neuen Sichtweise.

Selbstaufgebende Patienten verfügen meistens über eine entwickelte Empathiefähigkeit und sie sind fähig, auf die Bedürfnisse der ihnen anvertrauten Personen zu achten, diese zu berücksichtigen. Eine mögliche Technik ist die innere Umkehrung der empathischen Beziehung auf die Bedürfnisse des anderen auf die eigenen zu richten.

[P\\_14\\_Video\\_II\\_Gestaltung der inneren Einstellung auf die eigenen Bedürfnisse\\_](#)

## **II./2.10. Rückkehr zum Grundproblem**

Im Laufe der Therapie kehren wir immer wieder auf das Grundproblem zurück. Das hilft uns zu erkennen, ob die Therapiearbeit in eine gute Richtung verläuft. Wir können kontrollieren, ob das Muster, das wir identifiziert haben und die alternativen Verhältnissen, die wir aufgedeckt haben, zur Lösung des Hauptproblems des Patienten führen. In vielen Fällen ist das mitgebrachte Problem nur die Spitze des Eisbergs, doch von Zeit zu Zeit müssen wir darauf zurückkehren, weil der Patient in erster Linie die Spitze des Eisberges sieht und

Aufgabe  
Schauen Sie sich das Video  
an!

sich danach orientieren kann.

[P\\_15\\_Video\\_II\\_Rückkehr\\_auf das Grundproblem\\_Geschäftsbeispiel\\_](#)

### **II./2.11. Abschluss der Therapiesitzung. Zusammenfassung der Ergebnisse**

In der letzten Phase der Therapiesitzung fasst der Therapeut die in der Therapie erreichten Ergebnisse zusammen. Die Zusammenfassung der Ergebnisse hat folgende Vorteile:

- aufgrund der Rückmeldung des Patienten kann der Therapeut sein Bild über den Patienten korrigieren
- der Patient erlebt, dass der Therapeut auf ihn achtet
- aufgrund der Zusammenfassung fallen dem Patienten weitere Ideen ein
- 

[P\\_16\\_Video\\_II\\_Zusammenfassung der Ergebnisse\\_Abschluss der Sitzung\\_](#)

Der Therapeut setzt das von Zorka negativ beurteilte Verzögern in einen neuen Rahmen: die Verzögerung ist eine Form der Selbstverteidigung und der Assertivität. Bei Zorka erscheint das Bedürfnis zur Selbstdurchsetzung als Verzögerung, auch für sie selbst nicht ganz verständlich. Wenn es gelingt, das Symptom als ein wichtiges Zeichen zu verstehen, kann sie leichter an ihrer Situation etwas ändern. Dann ist sie nicht mehr einem Symptom ausgeliefert, sondern sie hat einen wichtigen Aspekt ihrer Person verstanden, kann somit auf sich achten und aktiv in ihrem eigenen Interesse auftreten.

### **II./2.12. Das Sammeln von Erfahrungen, die nicht in das Beziehungsschema passen**

Auch in der Zeit zwischen den therapeutischen Sitzungen wird die Therapie fortgesetzt, und die Patienten denken kontinuierlich über die aufgetauchten Fragen nach. Die während der Therapie erfolgten Einsichten veranlassen sie evtl. zum Ausprobieren neuerer Situationen. Die neue Einsicht wird dann gefestigt, wenn im Leben des Patienten die Gültigkeit der Einsicht durch wirkliche Erfahrungen bestätigt wird.

Zorka hat in Erfahrung gebracht, dass die Assertivität nicht unbedingt mit dem Zorn der anderen und dem Verschlechtern der Beziehung einhergeht. Ziel der Therapie ist es, dass im Thema Selbstdurchsetzung ein komplexeres Bild in ihr entsteht.

[P\\_17\\_Video\\_II\\_erfolgreiches Nein- Sagen](#)

### **II./2.13. Verhaltensexperimente**

Das Verhaltensexperiment ist eine erfahrung-bringende, geplante Tätigkeit, die der Patient selbst zwischen den therapeutischen Sitzungen durchzuführen hat. Das Experiment beruht auf der Konzeptualisierung des Problems und hat das vorrangige Ziel, dass der Patient neue Kenntnisse erwerbe, die ihm im Folgenden helfen können:

- in der Kontrolle der Gültigkeit seiner Meinungen über sich selbst, der

Aufgabe  
Schauen Sie sich das Video an!

Aufgabe  
Schauen Sie sich das Video an!

Aufgabe  
Schauen Sie sich das Video an!

anderen und über die Welt

- in der Gestaltung neuer adaptiver Meinungen oder im Testen
- in der Bestätigung der Fallkonzeptualisierung und in deren Weiterentwicklung.

Der Therapeut hat das Gefühl, dass Zorka entsprechend darauf vorbereitet ist, in dem mitgebrachten eigenen Problem einen Fortschritt zu tun, und er bereitet sie auf ein Verhaltensexperiment vor.

[P\\_18\\_Video\\_II\\_Vorbereitung des Verhaltensexperiments](#)

In der nächsten Sitzung besprechen sie die Ergebnisse des Verhaltensexperimentes. Zorka hat die Erfahrung gemacht, dass sie, falls sie anders handelt, eine emotionale und gedankliche Veränderung herbeiführt. Diese Veränderung ist viel stärker, als nur darüber zu sprechen, wie denn wohl der andere darauf reagieren würde.

[P\\_19\\_Video\\_II\\_Besprechung des Verhaltensexperimentes](#)

## II./2.14. Indikatoren der Veränderung

Ziel der psychotherapeutischen Eingriffe ist die Herbeiführung der Veränderung. Die Identifizierung der Zeichen der Veränderung bringen dem therapeutischen Prozess wichtige Informationen. Die Indikatoren der Veränderung durch Therapie werden nach den wichtigsten Phasen des therapeutischen Prozesses klassifiziert:

- **Die Anfangsindikatoren der Veränderung sind** vor allem die Zeichen der Motiviertheit des Patienten sowie die Zeichen zur Einsicht der Notwendigkeit der Veränderung:
  - Akzeptanz der Probleme
    - Akzeptanz der eigenen „Grenzen“ und der Notwendigkeit der Hilfe
  - Akzeptanz des Therapeuten als kompetenten Experten
  - Ausdruck der Hoffnung (Remoralisation; Hoffnung auf Hilfe oder Hoffnung darauf, die Probleme bekämpfen zu können)
  - „Öffnung“, d.h. die Hinterfragung des gewohnten Verhaltens, des Verstehens, der emotionalen Reaktionen, das Erkennen der früher nicht berücksichtigten Probleme, die Selbstkritik und die Neuformulierung der therapeutischen Erwartungen und Ziele
  - Ausdruck des Bedürfnisses nach Veränderung
- Zu den Indikatoren der Veränderung der **Zwischenphase** gehört, wenn der Patient seine eigene Effektivität erkennend, im Zusammenhang mit dem Problem sein Gefühl der Selbstwirksamkeit zurückgewinnt und erkennt, was er für die Veränderung tun kann und dabei neue Aspekte seiner Persönlichkeit kennenlernt:
  - er erkennt seine eigene Rolle in den „Problemen“
  - er erkennt neue Charakterzüge seiner Person
  - es erscheinen neue Verhaltensformen und Emotionen
  - es erscheint ein Kompetenzgefühl
- Zu den **Indikatoren der höchsten Stufe** des psychotherapeutischen Prozesses gehört, wenn sich das Selbstbild des Patienten und das Bild über die Welt verändert wird, wenn der Patient das Gefühl hat, dass er wirkliche Hilfe bekommt und er seine aktive Rolle im psychotherapeutischen Prozess erkennt:
  - Er entdeckt und gestaltet neue Zusammenhänge:

Aufgabe  
Schauen Sie sich das Video an!

Aufgabe  
Schauen Sie sich das Video an!

Aufgabe  
Schauen Sie sich das Video an!

- unter gewissen eigenen Zügen (z. B. Meinungen, Verhalten, Emotionen)
  - zwischen gewissen eigenen Zügen und der Umwelt (Personen, Ereignisse)
  - zwischen gewissen eigenen Zügen und autobiografischen Ereignissen
- Neubewertung von Problemen und Symptomen
  - Umgestaltung von Emotionen und Bewertungen bezogen auf die eigene Person und auf andere
  - Er bildet eine neue subjektive Konstruktion über sich selbst aufgrund seiner eigenen Züge, Probleme, Symptome und aufgrund gewisser Züge seiner Umgebung.
  - In seiner eigenen Biografie entdeckt er selbst gestaltete subjektive Konstruktionen.
  - Er ist in der Lage, die in ihm vorgehenden psychischen Prozesse zu verstehen und deren Bezüge für sich zu nutzen.
  - Er kann die Hilfe, die er bekommen hat, annehmen und anerkennen
  - die Asymmetrie zwischen Patient und Therapeut wird kleiner
  - Er entwickelt eine für sich nutzbare, in seine Biografie eingebettete Vorstellung über sich selbst und über sein Verhältnis zu seiner Umgebung (Krause et al., 2007).

Im Laufe der Therapie bewegen sich die Patienten zwischen den einzelnen Ebenen der Indikatoren hin und her. Die Effizienz der Psychotherapie soll vom Therapeuten nach jedem Eingriff unter Monitorisierung gehalten werden. Die oben beschriebenen Indikatoren helfen in der Entscheidung, ob der Eingriff die erwartete Wirkung tatsächlich erreicht hat. Insofern sich keine Veränderung zeigt, muss sich der Therapeut Gedanken machen, was die Ursache der Ineffizienz wohl sein kann.

Literatur:

Krause, M. et al. (2007). The evolution of therapeutic change evaluated through generic change indicators. *Psychotherapy Research*, 17, 673-689.

### ***II./3. Die letzte Phase der Therapie***

Die letzte Phase der Therapie beginnt, wenn beim Therapeuten und beim Patienten der Gedanke des Abschlusses der Therapie auftaucht. Es müssen folgende Bedingungen erfolgen, um sich mit dem Abschluss der Therapie zu beschäftigen:

- im Bereich der Behandlungsziele sind wichtige Fortschritte geschehen
- der Patient ist fähig, die in der Therapie angeeigneten Fertigkeiten zur Lösung seiner Probleme zu verwenden
- es erfolgte eine Veränderung im zentralen Beziehungsmuster des Patienten

Die wichtigsten Schritte des Abschlusses der Therapie:

- erwähnen wir die Möglichkeit des Abschlusses der Therapie (möglichst nicht in der gleichen Sitzung, in der der Abschluss erwähnt wurde)
- besprechen wir, wann die letzte Sitzung stattfinden wird
- bestärken wir die während der Therapie angeeigneten Fertigkeiten, Einsichten
- bereiten wir den Patienten auf die Vorbeugung eines Rückfalls vor

In der Abschlusssitzung besprechen wir die Ergebnisse der Therapie.

[P\\_21\\_Video\\_II\\_Besprechung der erreichten Ergebnisse](#)

Wir besprechen mit Zorka, wie einem Rückfall vorgebeugt werden kann. Wir fassen die Hauptthemen der Therapie erneut zusammen. Wir empfehlen die Möglichkeit der Wiederaufnahme der Therapie.

[P\\_22\\_Video\\_II\\_Vorbeugung des Rückfalls Abschluss](#)

## **II./3.1. Beurteilung der aufgrund der Psychotherapie eingetretenen Veränderungen**

Der Erfolg des psychotherapeutischen Prozesses kann nach folgenden vier Aspekten beurteilt werden:

- Die Zahl der Symptome verringert sich/oder es steigt die Fähigkeit der Toleranz des Ertragens der Symptome
- es erhöht sich die adaptive Kapazität
- die Einsicht wächst
- Grundkonzepte, Schemata lösen sich, man kann mit ihnen besser umgehen

Zum Beispiel eine ängstlich-vermeidende Person mit sozialer Phobie, bei der ein Teil der Symptome verschwunden ist (*Reduzierung der Symptomzahl*), wird, falls sie in fremde Gesellschaft kommt, noch immer angespannt sein, doch sie ist in der Lage, diese Spannung zu tolerieren (*Toleranz*), und wird trotz der Angespanntheit auf die Party gehen, wo sie Menschen kennenlernt und assertiv auftreten kann (*adaptive Kapazität*). Früher hatte diese Person gar nicht so richtig wahrgenommen, dass sie ein inneres Leben hat und die in gesellschaftlichen Situationen aufbrechenden physischen Symptome und die Gehemmtheit im Verhalten waren für sie unverständliche Ereignisse, mit denen sie nicht umgehen konnte. Die anderen Menschen wurden von dieser Person einfach als bedrohende Wesen erlebt, über deren Emotionen, Absichten sie kein differenziertes, individuell spezifisches Bild hatte. Auf Wirkung der Therapie kann die Person ihre physischen Symptome an Emotionen binden, die Emotionen verbalisieren bzw. die zu den Emotionen führenden inneren Prozesse verstehen. Sie ist fähig, die anderen Menschen als individuell unterschiedliche Wesen, mit individuellen Intentionen, Plänen, Emotionen zu verstehen, im Hintergrund ihrer Handlungen mentale Prozesse erkennen, diese von Minute zu Minute wahrnehmen, modifizieren (*Einsicht*). Den Konflikt zwischen dem Misstrauen gegenüber den Menschen und der Gesellschaft und das Bedürfnis nach Kontakt zu anderen kann die Person sich nun schon bewusst machen und für sich auch auflösen. (*Konflikt*).

Literatur:

Sandell R. (1997) Rating the Outcomes of Psychotherapy or Psychoanalysis Using the CHange After Psychotherapy Scales (CHAP). Manual and Commentary. Stockholm County Council Institute of Psychotherapy, Department of Psychotherapy, Karolinska Institute. Stockholm

### **II./3.1.1. Die in den Symptomen eingetretenen Veränderungen**

Ein Teil der Patienten, die sich für eine Psychotherapie melden, verlangen eine Hilfe wegen psychopathologischen Gründen (depressive Stimmung, Panikattacke, impulsives Verhalten), andere wiederum verlangen Hilfe aus Gründen von Problemen, die weniger in die psychopathologischen Beschreibungen passen (sie fühlen sich nicht spontan genug, sie möchten sich mehr entfalten, in ihrer Paarbeziehung möchten sie lockerer teilnehmen, etc.). In diesem Kapitel bezeichnen wir als Symptom alle jene relativ umschriebenen, jedoch nicht

Aufgabe  
Identifizieren Sie die Indikatoren der Veränderung auf den früher gesehenen Videos!

Aufgabe  
Schauen Sie sich das Video an!

situationsgebundenen oder generalisierende Erscheinungen, welche in irgendeiner Weise dem Patienten einen Schmerz verursacht haben oder ihm oder seiner Umgebung Sorge bereitet haben (Familie, Freunde, Arbeitskollegen, ect.).

Die Symptomveränderung hat zwei Aspekte, die Häufigkeit der Symptome und die Tolerierbarkeit der Symptome.

- Im Falle der Veränderung der Symptommhäufigkeit mindern sich
  - die Zahl
  - die Frequenz
  - der Schwierigkeitsgrad
  - die Stärke
  - die Dauer
  
- Im Falle der Veränderung der Symptomtolerierbarkeit erlebt der Patient seine Symptome anders und verhält sich dazu anders:
  - seine Symptome stören ihn weniger, z.B. er hat weniger Angst von Symptomen körperlicher Art
  - er kümmert sich nicht um die Symptome
  - er betrachtet die Symptome als unbedeutend, als nicht erwähnenswert
  - er betrachtet seine Symptome objektiver, aus einer größeren emotionalen Distanz, spricht über diese mit Humor, mit Interesse, versucht diese zu reflektieren
  - er betrachtet sich nicht als passives Opfer seiner Symptome
  - er erkennt die Funktionalität seiner Symptome, z. B. er betrachtet sie als primären oder sekundären Krankheitsvorteil
  - er denkt, dass er geheilt ist
  - zur Behandlung seiner Symptome sucht er keine weiteren Therapie-Eingriffe
  - er hat gelernt, mit seinen Symptomen zu leben

Literatur:

Sandell R. (1997) Rating the Outcomes of Psychotherapy or Psychoanalysis Using the CHange After Psychotherapy Scales (CHAP).Manual and Commentary. Stockholm County Council Institute of Psychotherapy, Department of Psychotherapy, Karolinska Institute. Stockholm

### **II./3.1.2. Entstehung eines adaptiveren Verhaltens**

Die adaptive Fähigkeit verweist darauf, inwieweit der Patient fähig ist, jene externe Umstände zu überwinden, die er früher als besonders schwer empfunden hat oder die bei ihm früher Symptome provoziert haben. Während sich die Beurteilung der Veränderung der Symptome auf mehr oder weniger umschriebene Verhaltensweisen, Erlebnissen beziehen, die dem Patienten Leiden verursacht haben und mit ihm „geschehen“ sind, solange bezieht sich die Veränderung der adaptiven Fähigkeit auf Situationen („kritische Situationen“), die es schwer zu überwinden oder die es schwer war zu kontrollieren, und die dem Patienten Symptome verursacht haben.

Die Verbesserung der adaptiven Fähigkeit bedeutet, dass der Patient die „kritischen Situationen“ besser beherrschen kann (in denen Symptome aufgetreten sind, von denen er Angst hatte, gehemmt wurde oder auf denen er mit nicht adaptiven Bewältigungsstrategien reagierte, z. B. Vermeidung). Zeichen der



adaptiven Fähigkeit sind folgende:

- er meidet die kritischen Situationen nicht oder er flüchtet nicht aus ihnen,
- in kritischen Situationen und davor fürchtet er sich nicht
- in kritischen Situationen reagiert er situationsangemessener, z. B. auf assertive Weise, flexibler, nicht-aggressiv
- er veränderte seine Bräuche, seine Lebensweise, er hat entschlossen, seine Probleme zu lösen
- er ist stolz und zufrieden mit sich, dass er nun fähig ist, solche Dinge zu lösen, die er früher nicht lösen konnte oder unfähig war diese zu lösen
- in Bezug auf seine Probleme und Symptome spricht er so über sich wie ein aktiver Teilnehmer, der leitet, und Entscheidungen fällt
- er wagt sich Dinge zu tun, die er früher nicht gewagt hat,
- er hat einen neuen Interessenkreis, hat ein neues Hobby
- er hat neue Freunde
- er hat einen neuen, ersehnten Arbeitsplatz, einen neuen Arbeitskreis gefunden,
- er hat irgendeinen früheren Traum verwirklicht
- er ist aus Situationen ausgetreten, die ihn gehindert haben, ihn in seiner Entfaltung eingeschränkt haben, zerstörerisch auf ihn wirkten, z:B. Arbeitsplatz, Ehe oder andere Beziehungen
- er ist autonomer, unabhängiger geworden, kann seinen Willen besser durchsetzen, unabhängig von anderen, doch nicht respektlos
- er hat sich vom Zwang befreit, seine alten Fehler zu wiederholen, und sich erneut immer wieder auf ähnliche problematische Situationen einzulassen.

Literatur:

Sandell R. (1997) Rating the Outcomes of Psychotherapy or Psychoanalysis Using the CHange After Psychotherapy Scales (CHAP). Manual and Commentary. Stockholm County Council Institute of Psychotherapy, Department of Psychotherapy, Karolinska Institute. Stockholm

### **II./3.1.3. Steigerung der Einsicht**

Einsicht ist nicht nur eine intellektuelle Fertigkeit, sondern ein intellektuelles und emotionales Phänomen. Der Patient ist in der Lage, jene Emotionen auszudrücken, zu formulieren und zu reflektieren, die ihm früher nicht zugänglich waren. Er versteht seine Schwierigkeiten besser und kann diese besser ertragen. Es entsteht in ihm eine reflektive, metakognitive Fähigkeit, sich selbst zu beobachten, wie er seine Erlebnisse erlebt, sich darüber Gedanken macht und vielleicht diese auch neu bewerten kann. In einem guten Sinne des Wortes ist er fähig, seine Gefühle, sein Handeln, seine Entscheidungen kritisch zu betrachten, ohne sich Selbstvorwürfe zu machen.

Eine erhöhte Einsicht bedeutet, dass er seine Probleme, deren Hintergrund, Ätiologie, Bedeutung besser versteht. Zeichen einer erhöhten Einsicht können folgende sein:

- der Patient versteht den Hintergrund, die Bedeutung seiner Probleme besser,
- er drückt Gefühle aus und spricht über solche, die ihm früher nicht zugänglich waren,
- die Vorstellung und die Beobachtungsfähigkeit, das Erleben der Erfahrungen, die Phantasien kann er auseinander halten,

- er ist fähig, seine durch Leidenschaft geleiteten Handlungen zu reflektieren und diese evtl. zu korrigieren,
- er ist fähig, seine Rolle in der Entstehung sozialer Konflikte zu erkennen und für diese eine Verantwortung zu übernehmen,
- er kann seinen eigenen Taten, Emotionen, Gedanken mit einem gesunden Maß an Kritik betrachten, er ist fähig, sich über deren Bedeutung und Berechtigung Gedanken zu machen,
- er ist fähig, seine eigenen wirklichkeitsverzerrenden mentalen Prozesse zu erkennen, diese evtl. zu korrigieren,
- er ist in der Lage, Aspekte seiner Persönlichkeit zu akzeptieren, deren er früher nicht bewusst war,
- er beschuldigt nicht andere für seine Probleme, er ist fähig, seinen eigenen Beitrag beim Entstehen des Problems zu erkennen.

Literatur:

Sandell R. (1997) Rating the Outcomes of Psychotherapy or Psychoanalysis Using the CHange After Psychotherapy Scales (CHAP). Manual and Commentary. Stockholm County Council Institute of Psychotherapy, Department of Psychotherapy, Karolinska Institute. Stockholm

### **II./3.1.4. Lösung der Grundkonflikte und der Schemata**

Ein Mensch hat in der Regel nicht nur ein Grundproblem oder ein Grundschema. Es kommt vor, dass es gelingt, einen Grundkonflikt oder ein Grundschema zu identifizieren, und die übrigen Konflikte sind daraus abzuleiten. Die Lösung der Grundkonflikte bedeutet, dass sie nicht mehr alle Situationen des Lebens durchdringen. Das Grundschema oder der Grundkonflikt ist meistens die Folge eines früheren Beziehungskonfliktes oder eines Traumas. Der Konflikt entwickelt sich meistens infolge früherer Beziehungen, in denen die Bezugsperson die Grundbedürfnisse des Individuums nicht befriedigt hat, ihn frustriert hat, im Umgang mit ihm ein Trauma verursacht hat, so entstand im Individuum die Vorstellung, dass die Befriedigung seiner Bedürfnisse abgelehnt wird. Es entstand ein Konflikt zwischen den Bedürfnissen des Individuums und den erwarteten Umweltreaktionen. Typische frühe Erlebnisse:

- Verluste
- Separation von den Bindungspersonen
- Vernachlässigung von physischen und emotionalen Bedürfnissen
- Über-, oder Unterstimulierung
- Verlockung
- Drohung
- Krankheit
- Verletzung
- sexuelle, physische oder verbale Misshandlung

Eine typische Äußerung eines ungelösten Grundkonflikts, eines Grundschemas ist, dass die Person die Wirklichkeit auf inflexible, schematische Weise wahrnimmt, sein Verhalten wird starr.

Ein Zeichen der Lösung des Grundkonfliktes, des kognitiven Schemas ist, wenn die Starrheit in der Denkweise und im Verhalten geringer wird, wenn der Patient für die Erfahrung offener wird und der momentanen Situation angepasste

Antworten geben kann und eine spontanere Verhaltensweise zeigt. Die Zeichen der Veränderung sind:

- er weiss, „worum es geht“,
- er kann überzeugend über den Grundkonflikt, sein Schema berichten,
- das Aktivieren seines Schemas, seines Grundkonflikts löst in ihm keine Angst und keine Verteidigung aus,
- in seiner Einstellung ist er flexibler, weniger voreingenommen,
- er wird viel toleranter anderen gegenüber,
- er ist empathischer anderen gegenüber,
- er kann auch aus dem Aspekt der anderen die Situation, die Probleme sehen, erfassen,
- er kann mehr auf andere Rücksicht nehmen,
- er ist nicht so starr, stereotypisch, nicht extrem in seinem Verhalten wie sonst,
- er kann auf seine früheren Ritualen verzichten,
- er erzählt zum Thema wie auf Knopfdruck das gleiche wie früher,
- auf die früheren Auslösereize reagiert er nicht automatisch, fast reflexartig,
- er lässt sich nicht leicht provozieren, verliert die Kontrolle nicht so leicht,
- er neigt nicht zu kategorischen Urteilen,
- er hat keine Angst vor Veränderungen,
- er hat keine Angst, sinnvolle Risiken einzugehen, er braucht nicht die Sicherung garantierter Ergebnisse,
- andere haben das Gefühl, dass er sich geändert hat.

Literatur:

Sandell R. (1997) Rating the Outcomes of Psychotherapy or Psychoanalysis Using the CHange After Psychotherapy Scales (CHAP). Manual and Commentary. Stockholm County Council Institute of Psychotherapy, Department of Psychotherapy, Karolinska Institute. Stockholm