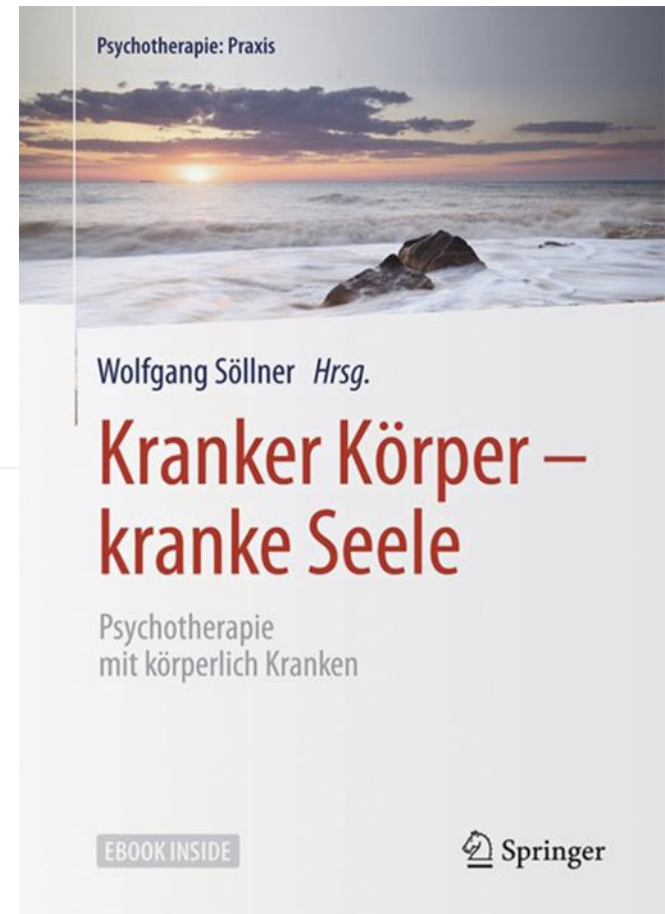


Psychotherapie und existentielle Bedrohung: Psychodynamische Psychotherapie mit körperlich Kranken

Wolfgang Söllner

Innsbruck, 5.11.2018



Übersicht

- Die existentielle Bedrohung und daraus erwachsende Bedürfnisse
- Das „reine Gold der Analyse und das Kupfer der Suggestion“ (Supportive Psychotherapie)
- Anpassung der therapeutischen Technik und der therapeutischen Haltung
- Besonderheiten der therapeutischen Beziehung

12-Monats-Prävalenz psychischer Störungen bei körperlichen Erkrankungen

Der Bundes-Gesundheitssurvey (GHS-MHS)

Psychische und somatische Morbidität:

Nur jeder 4. Bundesbürger war frei von Krankheit!

12-Monats-Diagnose (N=4181)

körperliche Erkrankung

		nein	ja	Total
<u>Psychische</u>	nein	23,3%	44,4%	67,7%
	<u>Störung</u>	8,2%	24,1%	32,2%
	Total	31,5%	68,5%	100,0%

Anteil aller Untersuchten, die in den letzten 12 Monate die Kriterien für eine oder mehrere Störungsbilder erfüllten – ungeachtet von Dauer, Schwere und Behandlungsstatus!

Wittchen et al.

Welche Psychotherapie in der Arbeit mit körperlich Kranken?

- *Die Therapie muss den Bedürfnissen der Patienten angepasst sein, nicht umgekehrt.*
- *Was ist nun das Besondere der Therapie mit körperlich Kranken?*
 - *Die existentielle Bedrohung*
 - *Leitaffekt Angst*
 - *Krise des Selbstwertgefühls*

Existenzielle Bedrohung

- **(Drohender) Verlust der körperlichen Integrität**
- Der Körper, der üblicherweise eine Quelle für ein ganzheitliches Selbstgefühl (narzisstische Integrität) und für Lebensfreude ist, wendet sich bei einer schweren Erkrankung (wie z. B. Krebs oder einer Autoimmunerkrankung) plötzlich gegen einen selbst.

- *„Es war so schrecklich, der Krebs hat meine Tante von innen aufgeessen“ (Herr T, 49-jähriger Patient mit Melanom)*
- *„Auch wenn alles in meinem Leben schief gelaufen ist, auf meinen Körper hab ich mich immer verlassen können. Auf den war ich stolz. Und jetzt tut er mir das an“ (Frau M, 36-jährige Patientin mit Morbus Crohn und multiplen Fistelbildungen)*

Existenzielle Bedrohung

(Drohender) Verlust der Selbstkontrolle

- Gefühl, die Krankheit selbst nicht beeinflussen zu können
- Angst, dass „alles außer Kontrolle gerät“.
- Besonders ausgeprägt durch eine Hirnerkrankung verursachten kognitiven Einschränkungen.

- *„Die Krebsbehandlung hat mich verstümmelt und kastriert. Durch die Krankheit ist mir das Steuer aus der Hand gerissen worden.“*
(Herr A, 65-jähriger Patient mit Hoden-Ca)
- *„Das Schlimmste ist, dass ich zunehmend meine Emotionen nicht mehr beherrschen kann“*
(Herr F, 74-jähriger Arzt mit M. Parkinson und beginnender Demenz)

Existenzielle Bedrohung

(Drohender) Verlust der Identität:

- Eine schwere Krankheit besetzt alle Bereiche des Selbst.
- Das geänderte Selbstbild beeinträchtigt das Rollenverständnis, die zwischenmenschlichen Beziehungen, die Sexualität und andere soziale Bereiche
- Schuldgefühle, am „Unglück der Familie“ schuld zu sein
- Krise des Selbstwertgefühls

Existenzielle Bedrohung

(Drohender) Verlust des Lebens

- Todesbedrohung
- Angst vor dem letztendlichen Kontrollverlust
- Furcht vor dem Verlassenwerden, die Freud (1926) als die ursprüngliche Quelle von Angst und auch als den Kern der Todesangst betrachtete, reaktiviert.

Leitaffekt Angst

- „**Realangst**“: Genetisch codierter basaler Affekt, der das Überleben sichert. Im Falle von Krankheit, die das Leben potentiell oder real bedroht, wird Angst mobilisiert.
 - Realangst knüpft an **neurotische, irrationale Ängste** an, kann diese verstärken.
 - Verstärkt bei Patienten mit **unsicherer Bindung**.
- **Existenzielle Angst „steckt an“**. Auch Ärzte und Therapeuten müssen ihre existenzielle Grundangst bewältigen, auch sie haben eventuell Erfahrungen von Bedrohung machen müssen.

Abwehrmechanismen

- Verdrängung der Angst in das Unbewusste
- Rationalisieren
- Isolierung des Affekts

- Entwicklung von Allmachtsvorstellungen
- Suche nach einem Retter

(Aries 1995, Yalom 2004)

Narzisstische Kränkung

- Der Körper wird von einer zuverlässigen „Heimat unseres Selbst“ (Sartre) und einer Quelle der Lust zu einer Quelle von Unsicherheit, Angst und Schmerz
- Pat. spalten den kranken Körper, der den Pat. im Stich lässt und quält, aus ihrem Selbst ab.

- *„Ich versuche, meine untere Körperhälfte so wenig wie möglich wahrzunehmen, mich mit der gesunden oberen Körperhälfte zu beschäftigen. (...) Ich lebe im Kopf, beschäftige mich mit Literatur und Kunst und den schönen Dingen des Lebens.“*

(Frau B, 58-jährige Patientin mit Multipler Sklerose)

Narzisstische Kränkung

- Patienten erleben den Körper oder zumindest den schmerzenden oder behinderten Teil als von sich abgetrennt, als Feind.
- Der Körper wird zum Objekt (Hirsch 1989), das der Arzt heilen soll

Das Bedürfnis nach Sicherheit und Geborgenheit

- Bewältigung der existentiellen Krise (Leitaffekt Angst)
 - Bewältigung schwerwiegender Verlusterlebnisse
- **„Magische Heilserwartung“ als Ausdruck der Regression**
 - Phantasien nach „heilem paradiesischem Urzustand“ und narzisstischer Allmacht (*Wesiack 1980, Rodewig 1997*)
 - Der Arzt/Therapeut wird als allmächtig phantasiert, als Mutter- oder Vaterfigur der Kindheit, die Schmerzen nehmen und trösten kann.
 - Der Patient nimmt die hilflose, passive, leidende Rolle ein, desjenigen, der sich behandeln lässt und auf Heilung hofft und wartet.

Das Bedürfnis nach Kontakt und Beziehung

- Bewältigung der Angst vor dem Verlassenwerden
- Hospitalisierung
- gesellschaftliche Stigmatisierung
- Schamgefühle
- narzisstische Krise

„Es kostet mich immense Überwindung, um die Ecke zum Bäcker zu gehen. Ich hab das Gefühl, alle schauen mich mitleidig an. Das ertrag ich nicht.“ Herr F, 74-jähriger Arzt mit M. Parkinson

Das Bedürfnis nach Wissen und Sinn

- Bedürfnis nach einem größeren Sinnzusammenhang
- Frage nach der persönlichen Bedeutung der Krise
- „Sense of coherence“
(Antonovsky 1997)

Das Bedürfnis nach Hoffnung

- Hoffnung bezieht sich auf die Zukunft, sie ist ein Stück antizipierter Wunscherfüllung
- Gegenpol zur Angst
- Leben **ohne** Krankheit: Narzisstische Phantasien nach „heilem Zustand“, Arzt und Psychotherapeut soll dazu verhelfen
- Lebenswertes Leben **mit** der Krankheit

• *„Die Hoffnungslosigkeit ist selber, im zeitlichen wie sachlichen Sinn, das Unaushaltbarste, das ganz und gar den menschlichen Bedürfnissen Unerträgliche“ (Bloch 1959)*

„Es geht um das Aufspüren aller verfügbaren Ressourcen [...]. Letztendlich geht es darum, dem Leben außerhalb der Erkrankung eine Chance zu geben“ (Gutberlet 2009)

Lebenskrise und Chance zur Veränderung

- Durch „**dringliche Erfahrung**“, wie die Konfrontation mit der Endlichkeit des Seins, die Möglichkeit **aus einem Zustand des „Vergessens des Seins“ in einen Zustand der „Bewusstheit des Seins“** zu gelangen (Heidegger „Sein und Zeit“ 1927).
- Persönlichkeitsentwicklung als sprunghaftes Geschehen, in dem **Reifungsschritte durch Lebenskrisen angestoßen** werden (Cullberg 1980).
- Die Konfrontation mit der Endlichkeit des Seins und die damit verbundene Krise ermöglichen eine **Radikalität des Denkens**, Prioritäten und Wertmaßstäbe verschieben sich und der Kranke empfindet mehr innere Freiheit. Dies ermöglicht manchmal ein intensiveres Leben im Hier und Jetzt, eine gesteigerte Wahrnehmung und Lebensfreude.

Abschiedlichkeit

- Zum Bewusstsein der Endlichkeit gehört auch „dass man sich zum Dasein entschließt“, zu Offenheit und Verantwortlichkeit (Weischedel 1980).
- „Abschiedliches Leben [braucht] die Bindung, die Beziehung, die Nähe“ (Kast 2012). Es bedeutet ein sich Einlassen und wieder loslassen.

- **„Krankheit als Selbstheilung“**
(Beck 1980, Terzani 2006)
- **Posttraumatic Growth** (Tedeschi & Calhoun 1995)
- Krankheit zwingt dazu, neue Werte und Bedeutungen für die eigene Existenz (Meaning) im Leben zu finden.
- Therapeuten können/sollen diesen Prozess unterstützen

Welche Psychotherapie in der Arbeit mit körperlich Kranken?

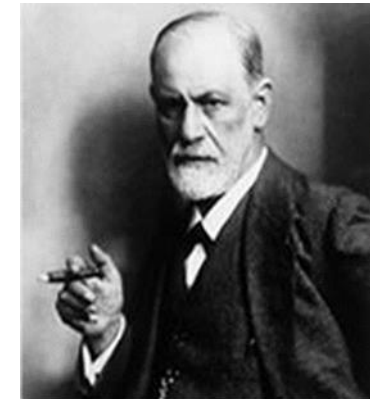
- *Die Therapie muss den Bedürfnissen der Patienten angepasst sein, nicht umgekehrt.*
- *Was ist nun das Besondere der Therapie mit körperlich Kranken?*
 - *Die existentielle Bedrohung*
 - *Leitaffekt Angst*
 - *Krise des Selbstwertgefühls*

- Die haltende Beziehung (das supportive Element in der Therapie)
- Beachtung der Körperlichkeit
- Techniken zur Reduktion von Angst
- Aufgreifen existentieller Themen

Psychoanalyse bei körperlich Kranken

- *„Von solchen Untersuchungen (gemeint ist die Psychoanalyse bei körperlich Kranken, Anm. W.S.) musste ich die Analytiker aus erziehlichen Gründen fernhalten, denn Innervationen, Gefäßerweiterungen, Nervenbahnen wären zu gefährliche Versuchungen für sie gewesen, sie hatten zu lernen, sich auf psychologische Denkweisen zu beschränken. Dem Internisten können wir für die Erweiterung unserer Einsicht dankbar sein“.*

Freud (1932/1947) Brief an Viktor von Weizsäcker



Das „reine Gold“ der Psychoanalyse und das „Kupfer der Suggestion“

- *„Wir werden auch sehr wahrscheinlich genötigt sein, in der Massenanwendung unserer Therapie das reine Gold der Analyse reichlich mit dem Kupfer der direkten Suggestion zu legieren ... Aber wie immer sich auch diese Psychotherapie fürs Volk gestalten, aus welchen Elementen sie sich zusammensetzen mag, ihre wirksamsten und wichtigsten Bestandteile werden gewiß die bleiben, die von der strengen, der tendenzlosen Psychoanalyse entlehnt worden sind“*



Freud: Wege der psychoanalytischen Therapie, 1919, GW XII,
S.119

Supportive versus aufdeckende (expressive) Psychotherapie

- **Supportiv**

- Ziel: Bewältigung aktueller Probleme vor dem Hintergrund lebensgeschichtlich erworbener Muster der Problembewältigung
- Methoden: **Ressourcenförderung** – Nutzen positiver Übertragung (Holding function) – Reduktion von Angst – Förderung von Einsicht
- Benennen - Klären – Deuten (containing-contained; selten Übertragungsdeutungen) - Durcharbeiten

- **Aufdeckend (expressiv)**

- Ziel: Aufdeckung und Bearbeitung unbewusster Konflikte
- Methoden: **Regressionsförderung** – Reaktualisierung der Konflikte in der Übertragung; Konfrontation -
- Konfrontieren - Klären - Deutung (inkl. Übertragungsdeutungen) - Durcharbeiten

Supportiv versus aufdeckend?

- Die existentielle Bedrohung, welche schwer und chronisch Kranke erleben, erfordert eine **besondere Beachtung der haltgebenden und unterstützenden therapeutischen Beziehung**. Gleichzeitig kann es sinnvoll und nötig sein, überdauernde Konflikte, welche die aktuellen Beziehungen beeinträchtigen, zu bearbeiten.
- **Beispiel:** Herr A

- *„Jeder Krise (körperliche Erkrankung) provoziert auch eine [latente] Neurose (Ferenczi).*
- Insbesondere bei Menschen mit unsicherer Bindungsrepräsentation.

Supportive Therapie: interaktionell und ressourcenorientiert

- **Winnicott (1969):** „*to make use of an object*“ (Möglichkeit der korrigierenden emotionalen Erfahrung)
- **Fürstenau (1977):** „beidäugiges Sehen“ in der psychodynamischen Therapie: Wahrnehmen von Problemen *und* Stärken des Patienten.
- **Horowitz (1976):** „*psychoedukative Deutungen*“
- **Heigl, Heigl-Evers (1983):** Interaktionell-analytische Therapie: „*Prinzip Antwort statt Prinzip Deutung*“
- **Reddemann (2003):** Herstellen einer „ambivalenzfreien Beziehung“ zum Patienten, um - verbündet mit dem Erwachsenen-Ich des Patienten und seinen Ressourcen – die in der Kindheit erlebten traumatischen Erlebnisse bewältigen zu können.
- **Rudolf (2004) Strukturbezogene Psychotherapie:** interaktionszentriertes Vorgehen, Zur-Verfügung-Stellen eines Hilfs-Ich, haltende und spiegelnde therapeutische Haltung

Der Körper in der psychodynamischen Therapie

*„Das **Ernstnehmen körperlicher Erkrankungen**, anstatt diese in einem unverantwortlichen Panpsychismus zu psychologisieren, und die **analytische Bearbeitung der subjektiven Krankheitstheorien** des Patienten gibt der psychoanalytischen Methode einen großen Spielraum. Vom Befinden des Patienten und seinem **Körperbild** ausgehend, kann die Fürsorge des Analytikers bei körperlichen Erkrankungen sehr viel weiter gehen, als es ein **falsch verstandenes Abstinenzprinzip** zulässt.“*

Thomä & Kächele 1990, S. 572

Triadischer Prozess zwischen Patient, Therapeut und Krankheit (*Buchholz 1993*)

- Das Selbst muss im Prozess der Heilung „den abgespaltenen Körper wieder in sein Selbst integrieren“
- **Anfängliche Idealisierung des Therapeuten:** Die negative Selbstanteile werden auf den kranken Körper, die positiven Selbstanteile auf den Therapeuten projiziert.
- **Idealisierung** muss vom Therapeuten zunächst **angenommen** werden.
- Im Laufe einer Psychotherapie: Entidealisierung des Therapeuten, auf den sich nun die narzisstische Wut statt auf den eigenen Körper richten kann.

Aktivere Haltung des Therapeuten

- Statt abwartend-distanzierter Haltung und Förderung der Regression und der intrapsychischen Konflikte in der Übertragung – aktive Haltung des Therapeuten.
- Förderung positiver Übertragungsanteile, Containing negativer Übertragungsanteile
- Liebevolle Zuwendung zum kranken Körper fördern statt den Körper bestrafen
- Taktvolle Fragen danach, was Pat. in seinem/ihrem Körper mag, was er/sie für den Körper tut, was vernachlässigt wurde

Angstreduzierende Techniken

- Entspannungstechniken
 - (Geleitete) Imagination
 - Arbeit mit Symbolen, Träumen, Mythen und Märchen
 - Kreative Verfahren (Zeichnen, Malen, Gestalten, Musik)
- Primär Angstreduktion
 - aber auch Hilfe beim Ausdruck von Gefühlen
 - Nutzen, um aktuelle noch nicht verbalisierte Ängste und Themen zu erkennen
 - Integration in den therapeutischen Dialog

Angstreduzierende Techniken

- Entspannungstechniken
 - **(Geleitete) Imagination**
 - Arbeit mit Symbolen, Träumen, Mythen und Märchen
 - Kreative Verfahren (Zeichnen, Malen, Gestalten, Musik)
- Anleihen aus der Katathym-imaginativen Psychotherapie: „Sicherer Ort“
 - Anleihen aus der Traumatherapie nach Reddemann (z. B. Tresorübung)

Angstreduzierende Techniken

- Entspannungstechniken
- (Geleitete) Imagination
- **Arbeit mit Symbolen, Träumen, Mythen und Märchen**
- Kreative Verfahren (Zeichnen, Malen, Gestalten, Musik)

- *Herr A träumt am **Abend vor der ersten onkologischen Kontroll-Untersuchung**: Zwei Straßen neben dem Elternhaus seiner Kindheit stürzt ein Flugzeug ab. Es ist eine schreckliche Katastrophe, Häuser brennen, überall liegen tote Kinder. Sein Vater kommt und nimmt ihn an der Hand. Sie stellen Notzelte für die Verletzten auf.*

Angstreduzierende Techniken

- Entspannungstechniken
 - (Geleitete) Imagination
 - Arbeit mit Symbolen, Träumen, Mythen und Märchen
 - **Kreative Verfahren** (Zeichnen, Malen, Gestalten, Musik)
- Zwischen den Sitzungen **drei Zeichnungen**: Vergangenheit - Gegenwart – Zukunft
 - Freie Assoziation zu den Bildern
 - gleichschwebende Aufmerksamkeit des Therapeuten Patient und Bildern gegenüber
 - auf einzelne Symbole, auf abgeschnittene oder fehlende Bildanteile hinweisen und assoziieren lassen
 - Position des ICH im Bild klären, ev. "den Patienten sich ins Bild setzen lassen"

Eingangszzeichnung: symbolisiert den Prozess der Symptombildung und des Coping

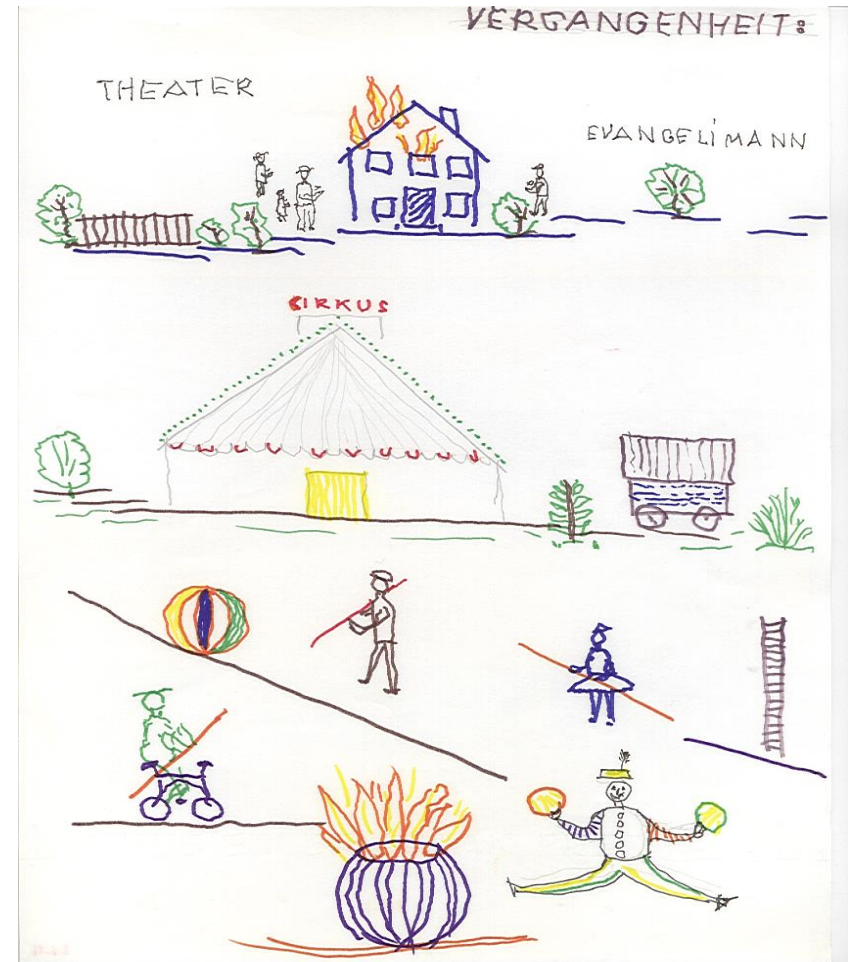
Besuch der Oper "Evangelimann" mit der Tante:

Herr A: "...ein Mann begeht ein
Verbrechen, zündet daraufhin sein
Haus an, aber leugnet seine
Vergehen. Deshalb muss er
schrecklich leiden und büßt für seine
Verbrechen ... Noch heute bin ich
von der Oper so beeindruckt ... Ich
kann die Szenen wie vor meinen
Augen sehen"

"Meine Tante starb an Unterleibskrebs,
sie verfaulte innerlich".

Besuch eines Zirkus:

Ausdruck der Vitalität und des Humors
des Patienten (Ressourcen)



Symptome und Ressourcen: Grand Canyon

Gefragt, wohin er sich selbst ins Bild zeichnen würde: *“ganz am Grund des Canyons..dort ist es dunkel und neblig...darüber kreisen die Kondore”.*

Assoziation: *Roter Felsen - Gefahr und Gefühl, dass der schwere Fels auf seiner Brust liege.*

Konfrontation mit dem Widerspruch *grüne und blühende Bäume am Boden des dunklen und furchteinflössenden Canyons:* Er reagierte erstaunt, begann den Canyon nicht nur als Bedrohung zu sehen, sondern auch als Schutz, wo ihm die Kondore nichts anhaben konnten.



W.
Söllner,
Nürnberg

Abschlussbild: symbolisiert die Beziehung zum Symptom, den therapeutischen Prozess und die Beziehung zum Therapeuten

Ein Fahrradausflug:

Herr A wird von einem Schäferhund verfolgt, als er an einem Bauernhaus vorbeifährt

“Ich hatte furchtbare Angst, dass er mich beißen würde. Dann sagt ich mir: Bleib stehen, Du kommst nicht davon.. Ich stieg ab. Auch der Hund blieb stehen. Wir schauten uns an. Er beruhigte sich und lief zum Hof zurück.”

Assoziation: “Der Hund ist wie mein Melanom”

Deutung: “Diese Zeichnung drückt vielleicht auch aus, wie Sie mit Ihrer Krankheit und den damit verbundenen Ängsten umgehen”



Herr A: “Ja, ich hab gelernt, dass es nichts nützt, davonzulaufen. Dass es mehr bringt, stehen zu bleiben, der Krankheit ins Gesicht zu schauen. Dann lässt die Angst nach”.

Dialogische Haltung (Buber)

„Damit ist der zentrale Heilungspunkt aufgezeigt, der in der psychotherapeutischen Behandlung primär zu konstellieren ist: das ‚Auge in Auge‘, die partnerische Konfrontierung, die der Arzt in personaler Begegnung hervorruft und dank welcher die Wiederherstellung der Begegnungsfähigkeit des Patienten in Gang kommt.“

(Hans Trüb, Heilung aus der Begegnung, 1951)



„Doppelfunktion der therapeutischen Beziehung“

- Balint M: Der Therapeut müsse zwar einerseits ein **„bedürfnisverstehendes Beziehungsobjekt“** sein, das dem Patienten aus der Distanz des beobachtenden Analytikers seine Erkenntnisse in Form von Deutungen anbiete, andererseits aber auch ein **„bedürfniserkennendes und manchmal sogar bedürfnisbefriedigendes“ Beziehungsobjekt**, d. h. für den Patienten als Person zur Verfügung sein (Therapeutische Aspekte der Regression 1973, S. 193.209)
- Yalom: **Transparency**



Typische Übertragungskonstellationen

- **Die Suche nach dem „Retter“**
(mütterliche/ väterliche beschützende Figur)
 - Abwehr der Ohnmacht durch
 - **Idealisierung**
 - **Wut/Aggression** (Umschlagen der „Heilungsphantasie“)
 - **Neid** auf den/die phantasiert gesunden Therapeuten/in (Beispiel Herr A: Eifersuchtsphantasie auf den makellosen Nebenbuhler)
- *„Herr Dr. Sie müssen mir helfen. Ich verlass mich auf Sie. Ich will wieder laufen können“* (Frau B., 59-jährige Selbständige mit MS)
 - Konkordante oder komplementäre Gegenübertragung beim Therapeuten

Beachten und Nutzen der Gegenübertragung

- Bedeutung der Wahrnehmung der Gegenübertragung („*Hören mit dem dritten Ohr*“, Reik 1948)
- Reflexion der **eigenen** Befindlichkeit, Ängste, Ohnmachtsgefühle und des tlw unbewussten Umgangs damit (der Gegenübertragung UND der eigenen Übertragung)
- Herstellen einer haltenden therapeutischen Beziehung; **Containing negativer Übertragungsanteile**
- Unterstützung beim Verstehensprozess (Deutung) hilft Schuldgefühle zu reduzieren

Angst, Patienten mit tödlicher Erkrankung in Therapie zu nehmen

- Kann ich Patienten bis zum Tod und auch im Sterben begleiten?
 - **Eigen-Übertragung:** Abwehr der Rolle des Retters oder Überidentifikation mit dieser Rolle
 - **Gegen-Übertragung:** Abwehr der übertragenen/projizierten Allmachtsphantasie des Patienten
- Folgen der unreflektierten Eigen-/Gegenübertragung im Therapieverlauf:
 - Ablehnung der Therapie
 - Nachgeben des Drangs, etwas TUN zu müssen
 - Beispiel Herr A:
 - „beide stellen Notzelte auf“
 - Hin und Her zwischen Omnipotenzphantasie und Akzeptanz der Bedrohung

Abstinenz

- *„Die abstinente Haltung des Analytikers beruht ... im wesentlichen auf dessen Fähigkeit, sich in seine Patienten einzufühlen, ohne dabei in unreflektierte Austauschprozesse mit ihnen zu geraten bzw. auf der Fähigkeit, solche Verwicklungen zu spüren, zu reflektieren und immer wieder an ihrer Auflösung zu arbeiten.“*

(Thea Bauriedl, Auch ohne Couch, 1994, S. 35)



Aufgreifen existentieller Themen

Vier existentielle Grundfragen:

- die Frage der menschlichen Einsamkeit (,isolation')
- die Frage nach dem Sinn (,meaning')
- die Frage der Freiheit (,freedom')
- die Frage des Todes

(Yalom 1980)

- **Fragen:** Warum gerade jetzt? Warum gerade ich? Welche Bedeutung hat die Erkrankung für mein Leben? Was ist der Tod? Gibt es ein Nachher?
- Eine schwere Krankheit zwingt uns, zu **entscheiden**, wie wir leben wollen, ob wir so weiter leben wollen wie bisher oder ob wir etwas ändern wollen.

Qualifikation von Psychotherapeuten

Fort- und Weiterbildung:

- Wissen um die Erkrankung und deren Behandlung
- Methoden, die Angst reduzieren und den Ausdruck von Gefühlen fördern (Entspannungs- und imaginative Verfahren)
- Spezielle Anforderungen an „holding function“
- Spezielle Anforderungen an die Arbeit mit älteren Patienten

Gleichgewicht von Identifizierung und Abgrenzung

- Eigene Erfahrungen reflektieren
- Reflexion gemeinsam mit Kollegen
- Balintgruppe
- Selbsterfahrung
- Literatur

Anforderungen an die Persönlichkeit/ Psychohygiene des Therapeuten

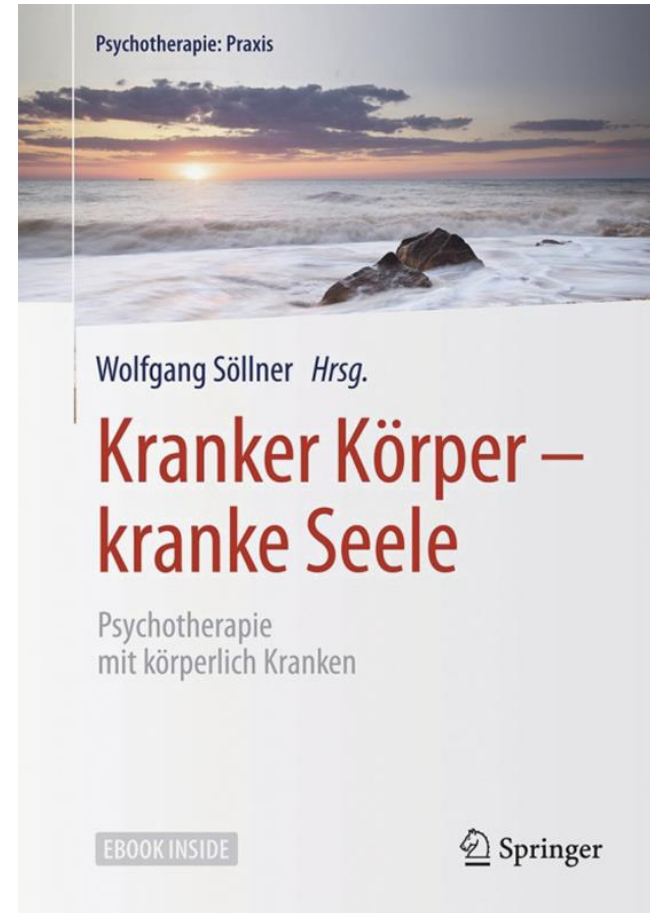
Auseinandersetzung mit existentiellen Fragen

- Konfrontation mit der Endlichkeit des Seins = „dringliche Erfahrung“ (*Heidegger*)
- Möglichkeit zum persönlichen Wandel, existentielle Krise als „Entwicklungskrise“ (*Cullberg 1980*)

Dem Psychotherapeuten stellen sich dieselben Fragen wie dem Patienten:

- Was ist mir wirklich wichtig im Leben?
- Was möchte ich nicht aufschieben?
- Verschiedene Seiten in sich fördern: Suche nach Anerkennung – Bedürfnis nach Austausch in Beziehungen („Ganzheit“)

- *„Niemand ist nach einer Krebserkrankung derselbe wie vorher. Aber das hat auch Vorteile: Im beruflichen Alltag bin ich gelassener, kann relativieren, was wichtig ist für mich. Zum Beispiel der Kontakt zu meinen Kindern, da verwende ich jetzt mehr Zeit dafür. ... Ich bin gleichzeitig ängstlich und wachsam. Das hält mich aktiver, lebendiger.“* (Herr A., 65-jähriger Patient mit Hoden-Ca)



2018. 149 S. Book + eBook.
(Psychotherapie: Praxis) Geb. ISBN
978-3-662-54657-4 € 39,90

Literatur I

- Balint M (1973) Therapeutische Regression, primäre Liebe und Grundstörung. In: Balint M (Hrsg) Therapeutische Aspekte der Regression. Rowohlt, Hamburg, 193-209
- Bauriedl T (1994) Auch ohne Couch. Psychoanalyse als Beziehungstheorie und ihre Anwendungen. Verlag Internationale Psychoanalyse, Stuttgart
- Bion WR (1997) Lernen durch Erfahrung. Suhrkamp, Frankfurt a. M.
- Buchholz MB (1993) Dreiecksgeschichten – Eine klinische Theorie psychoanalytischer Familientherapie. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen
- Ferenczi S (1933) Sprachverwirrung zwischen den Erwachsenen und dem Kind. Bausteine III, 511–525
- Freud S (1919) Wege der psychoanalytischen Therapie. GW XII. S. Fischer Verlag, Frankfurt a.M., 183-194
- Fürstenau P (2007) Psychoanalytisch verstehen, systemisch denken, suggestiv intervenieren. Reihe „Leben lernen“ (Vol. 144). Klett-Cotta, Stuttgart
- Gutberlet S (2009) Psychotherapie mit Krebspatienten: Erfahrungen mit stationärer und ambulanter Psychoonkologie. Psychologische Medizin 20(3)
- Heim E (1980) „Stütztherapie“ – neu entdeckt? Plädoyer für adaptive Psychotherapien. Psychotherapie und Medizinische Psychologie 30:261-273

Literatur II

- Reddemann L (2004) Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie (PITT). Das Manual. Pfeiffer, Stuttgart
- Rodewig K (1994) Körperliche Krankheit in Übertragung und Gegenübertragung. Z Psychosom Med Psychoanal 564-580
- Rodewig K (Hrsg) Der kranke Körper in der Psychotherapie. *Vandenhoeck & Ruprecht*, Göttingen, 1997
- Rudolf G (2004) Strukturbezogene Psychotherapie: Leitfaden zur psychodynamischen Therapie struktureller Störungen. Schattauer, Stuttgart
- Söllner W (2016) Psychotherapie mit körperlich Kranken aus psychodynamischer Perspektive - Vom Umgang mit existentieller Bedrohung. *Psychotherapie im Dialog* 1:38-42
- Söllner W (2018) Kranker Körper – kranke Seele: Psychotherapie mit körperlich Kranken. Springer, Heidelberg-Berlin (*auch als eBook erhältlich: <https://doi.org/10.1007/978-3-662-54658-1>*)
- Trüb H (1951) Heilung aus der Begegnung. Klett, Stuttgart
- Vogel RT (2013) Existentielle Themen in der Psychotherapie. Kohlhammer, Stuttgart
- Winnicott DW (1969) The use of an object. Int J Psychoanal 50: 711
- Yalom ID (1980) Existential Psychotherapy. Basic Books, New York
- Yalom ID (2004) Liebe, Hoffnung, Psychotherapie. Btb, München