Klinische Psychologie Basis - Klinisch- psychologische Interventionen I

B10178

PFH | PRIVATE UNIVERSITY of Applied Sciences

Learning Guide

Klinische Psychologie Basis - Klinisch-psychologische Interventionen I

B10178

Autor:
Carolin Dudda

Modulverantwortung:
Prof. Dr. Youssef Shiban

Herausgeber:
PFH Private Hochschule Göttingen Weender Landstraße 3-7
37073 Göttingen
Tel.: +49 (0)551 54700-0

www.pfh.de/impressum
www.pfh.de/datenschutz

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlags / Herausgebers unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

1. Auflage, Göttingen 2022 | PFH.FLB.404.2204

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis ... 5
Tabellenverzeichnis ... 5

1 Einleitung ... 6

1.1 Thematische Einführung ... 7
1.2 Wegweiser durch den Learning Guide ... 7

2 Psychodynamische Verfahren ... 10

2.1 Das Kathartische Verfahren ... 11
2.2 Die vier Pfeiler psychodynamischer Verfahren ... 11
2.2.1 Triebtheorie ... 12
2.2.2 Ich-Psychologie ... 17
2.2.3 Objektbeziehungstheorie ... 19
2.2.4 Selbstpsychologie ... 20
2.3 Entwicklungen psychodynamischer Verfahren ... 20
2.3.1 Theorie der Intersubjektivität ... 21
2.3.2 Relationale Psychoanalyse ... 21
2.3.3 Mentalisierungsbasierte Psychotherapie ... 22
2.4 Die Schüler Freuds ... 23
2.4.1 Jung und die Analytische Psychologie (AP) ... 23
2.4.2 Adler und die Individualpsychologie ... 24
2.4.3 Reich und die Charakteranalyse ... 25
2.5 Kassenärztliche Leistungen ... 25
2.5.1 Anamnese und Diagnostik ... 25
2.5.2 Kassenärztliche Leistungen ... 28
2.6 Wirksamkeit psychodynamischer Verfahren ... 28

3 Humanistische Psychologie und Psychotherapie ... 31

3.1 Einführung und Geschichte ... 32
3.2 Menschenbild und Störungsverständnis ... 34
3.3 Humanistische Psychotherapieverfahren ... 34
3.3.1 Rogers und die Gesprächspsychotherapie ... 35
3.3.2 Gesprächspsychotherapie und deren Weiterentwicklungen ... 38
3.3.3 Perls und die Gestalttherapie ... 40
3.3.4 Frankls Logotherapie und Existenzanalyse ... 42
3.4 Wirksamkeit humanistischer Psychotherapieverfahren ... 42

4 Zusammenfassung ... 44

Anhang ... 46

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Eisbergmodell nach Freud, Quelle: Eigene Darstellung 12
Abbildung 2: Die psychosexuellen Phasen im Überblick, Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Gerrig & Zimbardo (2018), Helle (2019) 14
Abbildung 3: Das Drei-Instanzen-Modell im Überblick, Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Helle (2019) 16
Abbildung 4: Behandlungsdauer der AP und TP im Vergleich, Quelle: Eigene Darstellung, in Anlehnung an Helle (2019) 28
Abbildung 5: Behandlungssetting der AP und TP im Vergleich, Quelle: Eigene Darstellung, in Anlehnung an Helle (2019) 28
Abbildung 6: Politische und Gesellschaftliche zeitgleiche Gegebenheiten des Humanismus und der Humanistischen Psychologie, Quelle: Eigene Darstellung 33
Abbildung 7: Beeinflussende Strömungen der Humanistischen Psychologie, Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Helle (2019), Goldstein (1959), Störig (1987) 33
Abbildung 8: Phasen der Empathie, Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Book (1988) 37
Abbildung 9: Kontaktzyklus, Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Helle (2019) 41

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Triebmerkmale, Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Helle (2019) 13
Tabelle 2: Psychische Störungen und typische Abwehrmechanismen, Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Klussmann (2000), Mentzos (2000) 17
Tabelle 3: Achsen des OPD-2, Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Helle (2019). 26
Tabelle 4: Ausprägungen des Strukturniveaus, Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Helle (2019) 27
Tabelle 5: Substanzielles und relationales Personenverständnis, Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Schmid (2008) 36

Kapitel

1 Einleitung

1.1 Thematische Einführung

Der Begriff Psychotherapie kann mit einer Unmenge an Verfahren, Techniken, Wegbereitern und Schulen verknüpft werden, sodass ein allgemeiner Blick auf dieses Thema kaum möglich erscheint. Und so unterschiedlich die Methoden auch zu sein scheinen, desto mehr lohnt sich ein genauerer Blick auf deren Ursprünge, ihre größten Unterschiede und die dennoch erkennbaren Gemeinsamkeiten (Caspar et al., 2017; Wampold et al., 2017; zitiert nach Hoyer et al., 2020). Dieser Learning-Guide soll Ihnen in einem ersten Teil zwei von den vier zentralsten Verfahrensrichtungen näherbringen – die Psychodynamischen Verfahren und die Humanistische Psychologie und Psychotherapie. Diese beiden Richtungen (gemeinsam mit der Systemischen Therapie und der Verhaltenstherapie) sollten nicht aus einer konkurrenzbehafteten Sichtweise betrachtet werden, sondern als heute parallellaufende Verfahren, welche sich nebeneinander, wenn auch zeitlich versetzt, entwickelt haben, sich aber dennoch gegenseitig ergänzen und für das breite Spektrum an unterschiedlichen Patienten ihre Daseinsberechtigung haben (Helle, 2019).

Aus den vermittelten Inhalten dieses Learning Guides leiten sich die folgenden Lernziele ab:

- Sie kennen die wichtigsten Grundannahmen und Entwicklungen der psychodynamischen Verfahren und der humanistischen Psychologie.
- Sie kennen die wichtigsten Vertreter der Schulen.
- Sie können die Wirksamkeit der Verfahren und deren heutige Relevanz für die Behandlung psychischer Erkrankungen beurteilen.
- Sie sind in der Lage, die Inhalte der vier Pfeiler psychodynamischer Verfahren zu umreißen.
- Sie kennen die Grundzüge der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD-2).
- Sie können einen Überblick über die zeitliche und geschichtliche Einordnung der Strömungen geben.
- Sie sind in der Lage, Unterschiede und Gemeinsamkeiten zwischen psychodynamischen und humanistischen Verfahren herauszuarbeiten.

1.2 Wegweiser durch den Learning Guide

Der Learning Guide bildet ein zentrales Lernmedium Ihres Moduls und führt Sie durch ausgewählte Kapitel in eBooks, Studien, Überblicksartikel und andere Dokumente. Der Learning Guide gibt Ihnen einen Überblick über das Material (eBooks, Lehrbriefe, Studien, Artikel etc.), welches Sie sich selbstständig in dem Fach erarbeiten. Neben dem Learning Guide stehen Ihnen weitere Medien wie Lernvideos, SpeedLearnings sowie ergänzende Materialien zur Verfügung, die Sie im zugehörigen Modul im E-Campus finden. Passend zu den Inhalten des Learning Guides sind dort zu jedem Kapitel kurze Lernvideos hinterlegt, die zentrale Begriffe, Theorien oder Konzepte erläutern. Sie können so Ihren individuellen Lernmix zusammenstellen und sich damit die Inhalte in Ihrem eigenen Tempo aneignen. Mit

dem Learning Guide und den weiteren Medien haben Sie alle notwendigen Lernmittel in der Hand, um alle erforderlichen Inhalte und Konzepte eines Themas zu erfassen und sich auf die Prüfung vorzubereiten.

Ein Fernstudium bedeutet eigenverantwortliches Lernen. Für ein optimales Gelingen ist dieser Learning Guide in abgeschlossene thematische Kapitel aufgeteilt, die inhaltlich aufeinander aufbauen. Die einzelnen Kapitel sind versehen mit Definitionen, Übungen, Praxisbeispielen und bei Bedarf mit weiterführenden Links und Videos. Auf diese Weise können Sie neuen Lernstoff schnell und effektiv zu Ihrem bereits vorhandenen Wissensgrundstock hinzufügen.

Wenn Sie ein Aspekt oder Thema besonders interessiert, lesen Sie gerne noch die weiterführende Literatur.

Jedes Kapitel schließt mit Fragen zur Selbstkontrolle ab. Mithilfe dieser Reflexionsaufgaben können Sie eigenständig Ihren Wissensstand abprüfen und reflektieren, ob Sie die neuen Inhalte schon verinnerlicht haben.

Im Rahmen von Online-Self-Assessments können Sie Ihr Wissen zu einem Themenkomplex abprüfen und erhalten unmittelbar Feedback zu Ihrem Lernfortschritt. Die Online-Tests können Sie beliebig oft wiederholen.

Damit Sie sich im Learning Guide schnell und einfach zurechtfinden und besonders wichtige Inhalte auf einen Blick erkennen, haben wir im Text Icons für Sie platziert. Diese weisen Sie auch auf weiterführendes Material hin, das für Sie von Interesse sein kann. Halten Sie einfach Ausschau nachfolgenden Icons:

LESELINK

Lesen Sie zu dem Thema die angegeben Seiten

DEFINITION

Wichtige Begriffe werden für Sie auf einen Blick erkennbar.

HINWEIS

Hier werden zusätzliche, wichtige Informationen auf einen Blick für Sie hervorgehoben.

VIDEO

Hier können Sie ein hilfreiches Video anschauen, um Ihr Wissen zu erweitern oder zu festigen.

FALLBEISPIEL

Es wird ein konkreter Anwendungsfall dargestellt, der der Veranschaulichung oder Erklärung dient.

ÜBUNGS- UND TRANSFERAUFGABEN

Die hier gestellten Aufgaben sollten Sie lösen können, sobald Sie das Kapitel durchgearbeitet haben. Die Lösungen sind am Ende dieses Dokumentes aufgeführt.

REFLEXIONAUFGABEN

Zum Abschluss eines Kapitels stellen wir Ihnen mehrere Kontrollfragen. Die Lösungen dazu finden Sie am Ende des Dokumentes

SELF-ASSESSMENT

In einem Quiz auf der Lernplattform können Sie Ihr Wissen je Kapitel testen. Sie erhalten unmittelbar Feedback zu Ihrem Lernfortschritt.

Das in diesem Learning Guide gewählte generische Maskulinum wird aufgrund der besseren Lesbarkeit verwendet. Entsprechende Begriffe gelten im Sinne der Gleichbehandlung grundsätzlich für alle Geschlechter. Die verkürzte Sprachform hat nur redaktionelle Gründe und beinhaltet keine Wertung.

Wir wünschen Ihnen viel Spaß beim Lernen!

Kapitel

2 Psychodynamische Verfahren

Lernziele des Kapitels

Nach der Lektüre dieses Kapitels werden Sie…

- die wichtigsten psychodynamischen Verfahren wiedergeben können
- die vier Pfeiler psychodynamischer Verfahren erläutern können
- neuere Entwicklungen psychodynamischer Verfahren beschreiben können
- die drei bekanntesten Schüler Freuds und ihre psychodynamischen Ausrichtungen kennen
- die analytische Psychologie (AP) und die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (TP) vergleichen und voneinander abgrenzen können
- die OPD-2 und ihr multiaxiales System kennen und anwenden können
- sich einen eigenen Überblick über die empirisch bestätigte Wirksamkeit psychodynamischer Verfahren geschaffen haben

2.1 Das Kathartische Verfahren

Noch vor der Einführung des Begriffs "Psychoanalyse" im Jahr 1886 ging Sigmund Freud (1856-1939) davon aus, dass die psychischen Störungen seiner Patienten auf schwere, sexuelle Traumatisierungen zurückzuführen seien. Trotz fehlender Erinnerung an das Ereignis, zeigt sich demnach eine Symptomatik (Ängste, Krampfanfällen, Lähmungen). Freud übernahm als adäquate Heilmethode die erst entwickelte Hypnosetechnik von Josef Breuer (1842-1925). Das Wiedererinnern und Durchleben traumatischer Ereignisse verbunden mit emotionalen Reaktionen deutete Freud als Reinigung und Befreiung (griech.: Katharsis; Helle, 2019).

HINWEIS

Traumata in der Kindheit, die verdrängt wurden, konnten demnach emotional nicht bewältigt werden und äußern sich in unterschiedlicher Symptomatik. Das Zurückerinnern und Durchleben der Emotionen durch Hypnose nutzte Freud als Heilmethode (Freud, 1914). Parallelen zum Kathartischen Verfahren (inkl. Traumaexposition) können zur heute bewährten Traumatherapie gezogen werden (Helle, 2019).

Später erkannte Freud, dass seine ursprüngliche ätiologische Vorstellung sich nicht vollumfänglich beweisen ließ, da weder die Symptomatik seiner Patienten nachhaltig remittierte, noch alle berichteten sexuellen Missbrauchserfahrungen tatsächlich passiert waren. Die Entstehung der psychischen Störungen seiner Patienten führte er nun auf die Kombination von Erlebnis und Fantasie zurück, sodass seine neue ätiologische Annahme auf bedrohlich erlebten, konflikthaften, frühkindlichen Fantasien und Wünschen basierte. Der Patient, der zuvor als Opfer sexueller Übergriffe gesehen wurde, wandelte sich zum putativen Täter, der in seiner sexuellen Fantasie die Eltern verführen oder beseitigen wollte (Helle, 2019).

HINWEIS

Sowohl Trauma bedingte psychische Störungen als auch das reale Auftreten sexuellen Missbrauchs, speziell im kindlichen Alter, wurde durch diese Perspektive unterschätzt und geleugnet. Freud erntete hierfür viel Kritik (Helle, 2019).

Ins Zentrum rückte mit dem neuen Ätiologie Verständnis der ödipale Konflikt als entwicklungspsychologische Hürde mit Verlagerung von der Ontogenese in die Phylogenese. Daraus ergab sich ein Umbruch in der Behandlungstechnik, welcher zudem den Beginn der Psychoanalyse markierte (Helle, 2019).

2.2 Die vier Pfeiler psychodynamischer Verfahren

Es werden nun die vier Grundpfeiler psychodynamischer Verfahren vorgestellt: Triebtheorie, Ich-Psychologie, Objektbeziehungstheorie und Selbstpsychologie.

LESELINK

Grundlage dieses Learning-Guide-Kapitels stellen die eBook-Kapitel “2.3.1 Triebtheorie”, “2.3.2 Ich-Psychologie”, 2.3.3 Objektbeziehungstheorie” und “2.3.4 Selbstpsychologie” von Helle (2019) dar. Lesen Sie sich diese eBook-Kapitel durch, bevor Sie mit der weiteren Bearbeitung dieses Learning Guides starten.

eBook: Helle, M (2019): *Psychotherapie.* Berlin: Springer

2.2.1 Triebtheorie

Der zentrale Gedanke verschob sich von Konfrontation mit traumatischen Erlebnissen zum gezielten Hervorrufen von unbewussten, frühen Fantasien und Vorstellungen. Dies verlangte ein Niederlegen der Hypnosetechnik, sodass die Patienten über die Technik der freien Assoziation aktiv teilnehmen konnten und dem Psychoanalytiker Zugang zu unbewussten Erinnerungen boten (Helle, 2019).

2.2.1.1 Topografisches Modell

Unbewusste Prozesse fand Freud neben seiner psychotherapeutischen Tätigkeit verstärkt interessant, sodass er 1900 das topografische Modell entwickelte (Freud, 1900). Er vergleicht hier die menschliche Psyche mit einem Eisberg. Die Spitze, die aus dem Wasser herausragt, stellt das Bewusste dar. Das Unbewusste, die Hauptmasse des Eisbergs, bleibt unter dem Wasserspiegel verborgen (Helle, 2019).

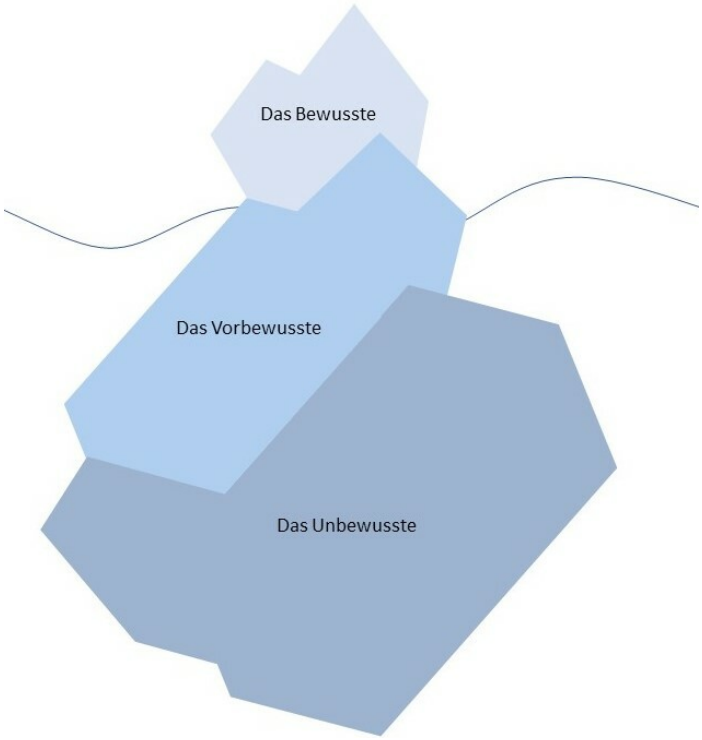

Abbildung 1: Eisbergmodell nach Freud, Quelle: Eigene Darstellung

Der Kerngedanke ist, dass Motivationen und Intentionen von Handlungen unbewusst sein können. Dies lässt sich auf die Symptomatik von Patienten übertragen. Die Ursache einer Angst ist unbewusst, im Handeln und Erleben allerdings wirksam. Das bewusste Differenzieren und Auseinanderhalten von dem Bewussten und dem Unbewussten bzw. Vorbewussten (latente Vorstellungen, die immer wieder bewusstwerden können) erfordert einen stetigen Aufwand von Energie, was sich in Widerstand oder Abwehr äußert. Ziel in dieser Phase der Psychoanalyse war es, einen Zugang zum Unbewussten zu erlangen, da psychische Aktivitäten im Großen und Ganzen unbewusst sind. Abhängig von deren Bedeutung und wie energieaufwändig es ist dagegen anzukämpfen, können die diese Aktivitäten (vor)bewusstwerden oder unbewusst bleiben (Helle, 2019).

VIDEO

Für einen tieferen Einstieg in das Eisberg-Modell, schauen Sie sich das folgende Video an:

go.pfh.de/786

2.2.1.2 Der Trieb

Insgesamt entwickelte Freud drei Versionen der Triebtheorie. Auf die Letzte wird nun näher eingegangen. Unterschieden werden hier äußere und innere Reize, welche beide das psychische Erleben beeinflussen. Den Trieb ordnet Freud den inneren Reizen (Triebreizen) zu, die eine kontinuierliche Kraft, mal stärker, mal schwächer, bilden. Die Wahrnehmung des Triebs ist primär nicht möglich, sondern nur die Vorstellungen, Fantasien und die emotionale Verfassung, die der Trieb auf psychischer Ebene auslöst (Helle, 2019). Der Trieb ist somit die Verbindung des Somatischen mit dem Psychischen (vgl. Freud, 1915).

Merkmal eines Triebs	Beschreibung
Drang	Das Motorische und das Spannungsvolle, wie z. B. Körpergefühle oder eine innere Anspannung
Ziel	Immer die Befriedigung eines Triebs, um eine Reduktion der Anspannung zu erreichen
Objekt	Variabel; stellt aktuell eine Triebbefriedigung dar
Quelle	Körperlicher Ursprung; erogene Zone

Tabelle 1: Triebmerkmale, Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Helle (2019)

2.2.1.3 Lebens- und Todestrieb

Es ist bekannt, dass das Leben für höhere Lebewesen durch Alterungsprozesse endlich ist, für alle Einzeller aufgrund der Zellteilung jedoch theoretisch unendlich.

Freud schuf daher die Begriffe Lebenstrieb und Todestrieb. Ersterer strebt im Wesentlichen danach, etwas Neues zu erschaffen. Oppositär steht der Todestrieb, der den Tod herbeiführt (äußert sich z. B. in Stillstand, Neid, Hass). Durch einen Wiederholungszwang, welcher sich über das Lustprinzip hinwegsetzt, entsteht hier der innere Drang einen früheren Zustand durch Regression wiederherzustellen. Beide Triebe lassen sich nie als alleiniger Trieb absolut beobachten, sondern immer in Kombination. Demnach lässt sich menschliches Handeln und Erleben als Vermischung des Lebenstriebs und des Todestriebs verstehen (Helle, 2019; Freud, 1920).

2.2.1.4 Psychosexuelle Phase

Freud blickte auf die einzelnen Phasen seiner Phasentheorie vor allem aus triebtheoretischer Sicht - heute wurden diese durch Ansichten aus der Ich-Psychologie, der Objektbeziehungstheorie und der Selbstpsychologie erweitert. Das sexuelle Leben, beginnend mit der Geburt, beinhaltet demnach die Lustgewinnung aus verschiedenen Körperzonen. Das Sexualleben versteht Freud dabei dualistisch: Einerseits die vorpubertäre Zeit mit Anlehnung an eine essentielle Körperfunktion, welche autoerotisch ist (Ziel der Befriedigung ist abhängig von der spezifischen erogenen Zone; vgl. Freud, 1905). Andererseits die genital geprägte Sexualität, in der die Partialtriebe in einen Sexualtrieb inkludiert werden und die Funktion der Fortpflanzung erfüllt werden soll. Als Libido beschreibt Freud die Kraft des Sexualtriebs, welcher nicht nur genital-bezogene Sexualität, sondern Lüste jeglicher Art umfasst (z.B. Essen; Gerrig & Zimbardo, 2018; Helle, 2019).

Phase	Lebensjahr	Erogene Zonen	Aufgabe in der Entwicklung	Charakteristika von Erwachsenen, die als Kind auf diese Phase fixiert blieben
Oral	1.-2.	Mund, Lippen, Zunge	Entwöhnung	Orales Verhalten wie Rauchen, Völlerei; Passivität und Leichtgläubigkeit
Anal	2.-3.	Anus	Sauberkeitserziehung	Ordentlichkeit, Gründlichkeit, Sturheit oder das Gegenteil
Phallisch	3.-5.	Genitalien	Ödipuskomplex	Eitelkeit, Rücksichtslosigkeit oder das Gegenteil
Latenz	ab 5. bis Eintritt in Pubertät	Keine spezifische erogene Zone	Entwicklung der Abwehrmechanismen	-
Genital	ab Erreichen der Geschlechtsreife	Genitalien	Reife sexuelle Intimität	Mit erfolgreicher Integrierung aller vorherigen Phasen sollte eine reife Sexualität mit aufrichtigem Interesse für andere entstanden sein.

Abbildung 2: Die psychosexuellen Phasen im Überblick, Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Gerrig & Zimbardo (2018), Helle (2019)

Orale Phase. In der ersten Phase ist die Befriedung der erogenen Zonen (Mund, Lippen und Zunge) mit der Nahrungsaufnahme verknüpft. Das Saugen an der Brust, zunächst als überlebenswichtige Körperfunktion, wird als lustvoll erlebt, weswegen weitere Befriedigungsmöglichkeiten dieser Zonen vom Säugling ausgeschöpft werden (z. B. Daumenlutschen). Denken Sie an einen schreienden Säugling und die oft schlagartige Spannungsreduktion bei Gabe eines Schnullers. Freud nannte die orale Phase auch oral-kannibalistische Phase, da das Objekt der Begierde vernichtet wird, wie z. B. ein begehrtes Nahrungsmittel ("jemanden zum Fressen gernhaben"). Bindungserfahrungen mit der Bezugsperson, mit der der Säugling ein affektives Kommunikationssystem bildet, können in dieser Phase stimulierend, befriedigend oder frustrierend wirken (Helle, 2019). Der Begriff der "Oralität" bezieht sich heute nicht mehr nur auf die orale Befriedigung, sondern auch auf das Gefühl und das Bedürfnis nach Sicherheit, Geborgenheit und (sicherer) Bindung (Helle 2019; vgl. Mentzos, 1996).

Anale Phase. Die erogene Zone dieser Phase stellt die Afterzone dar. Die Ausscheidung durch After und einhergehender Reizung der Afterschleimhaut wird als lustvoll erlebt. Als Entwicklungsaufgabe dieser Phase wird die Sauberkeitserziehung verstanden, die das Ausscheiden als Anpassung und das Zurückhalten als Trotzreaktion annimmt. Themen dieser Phase sind Reinlichkeit, Besitz, Autonomie, Geben und Zurückhalten (vgl. Freud, 1905). Freud nannte diese Phase anal-sadistische Phase, da sich hier destruktive und libidinöse Bedürfnisse vermengen ("Beschiss", "auf etwas scheißen"; vgl. Quint, 2000). Mit sprachlicher Weiterentwicklung und gesteigertem Bewusstsein der eigenen Person nehmen Autonomiebestrebungen zu, die noch als Trotzreaktionen betrachtet werden. Entwicklungspsychologisch ist man sich heute einig, dass Autonomiebestrebungen, welche sowohl Sicherheit als auch Einschränkungen mitbringen, Fokus dieser Entwicklungsphase sind (Helle, 2019; vgl. Quint, 2000).

Phallische Phase. Sie bildet den Höhepunkt infantiler Sexualität. Der Penis beim Jungen und die Klitoris beim Mädchen rücken als Quelle des Lustempfindens in den Vordergrund. Voyeurismus und Exhibitionismus sind Charakteristika dieser Phase. Das Bewusstsein über die Geschlechtszugehörigkeit besteht für den Jungen aus der Kastrationsangst und für das Mädchen aus dem Penisneid. Der Phallus ist für beide der Mittelpunkt. Als Entwicklungsaufgabe dieser Phase lässt sich der ödipale Konflikt festmachen, welcher aus der Rivalität des Jungen und des Vaters um die Liebe der Mutter bzw. des Mädchens und der Mutter um die Liebe des Vaters besteht. Die libidinöse Objektbesetzung des Elternteils verschwindet und an die Stelle tritt die Identifikation. Die Wünsche erfüllen sich nicht und so verabschiedet sich der Ödipuskomplex. Dieser hat heute einige Ergänzungen erfahren: die bestehenden Autonomiebestrebungen äußern sich nicht nur in der Autonomie des Kindes, sondern auch in dem Verständnis über die Autonomie der Eltern, welche eine eigene Beziehung ohne das Kind führen (Triangulierung). Sowohl die Beziehung zur Mutter als auch die zum Vater lernt das Kind zu pflegen, wobei diese wiederum eine eigene Beziehung pflegen. Heute ist man der Ansicht, dass diese innere Repräsentation des Beziehungsdreiecks Voraussetzung für das erfolgreiche Durchlaufen des Ödipuskomplexes ist (Helle, 2019; Lang, 1992).

Latenzphase. Die Latenzphase geht einher mit der Verdrängung und dem Überstehen des ödipalen Konflikts (vgl. Freud, 1924). Freud räumt ein, diese Phase nicht in vollem Umfang verstanden zu haben. Das Kind lernt libidinöse Bedürfnisse zu verdrängen und stattdessen die sexuelle Energie in soziale Beziehungen zu stecken.

Genitale Phase. Die Partialtriebe vereinigen sich zu einem Sexualtrieb, welcher die Funktion der Fortpflanzung erfüllen soll (vgl. Freud, 1923). Der Mensch sucht ab der Vorpubertät Personen für seine sexuelle Befriedigung außerhalb des Familienkreises. Die zwischenmenschliche Partnerschaft rückt in den Fokus (Helle, 2019).

2.2.1.5 Drei-Instanzen-Modell

Einige Jahre später entwickelte Freud das Drei-Instanzen-Modell und legte damit die Basis für die psychoanalytische Strömung der Ich-Psychologie. Der älteste Part der drei Instanzen war das Unbewusste, welchem Freud den Begriff "Es" zuschrieb. Das Bewusste und Vorbewusste bilden Vorstufen des "Ich". Das „Über-Ich" repräsentiert Werte und Normen. Mit diesem Strukturmodell konnte nun die Dynamik innerhalb der Topografie der einzelnen Instanzen dargestellt werden, wie Verdrängung von Erfahrungen oder Emotionen, die nicht bewusstwerden dürfen (Greve & Thomsen, 2019; Helle, 2019).

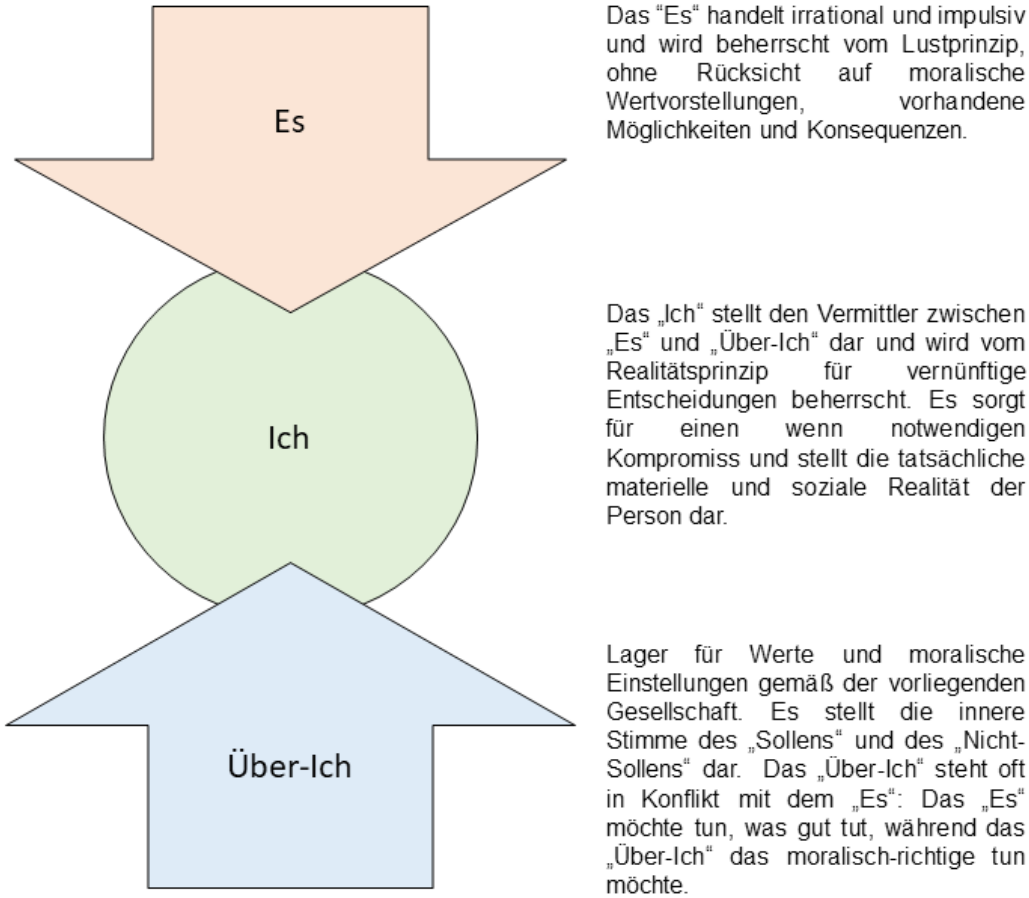

Abbildung 3: Das Drei-Instanzen-Modell im Überblick, Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Helle (2019)

LESELINK

Für einen tieferen Einstieg in Freuds Phasenmodell und für eine kritische Betrachtung der empirischen Überprüfbarkeit des ödipalen Konflikts lesen Sie das Kapitel 2.2 von Greve & Thomsen (2019).

eBook: Greve & Thomsen (2019). *Entwicklungspsychologie. Eine Einführung in die Erklärung menschlicher Entwicklung.* Wiesbaden: Springer

ÜBUNGS- UND TRANSFERAUFGABEN

1. Stellen Sie sich vor Sie sind Therapeut und haben sich auf psychodynamische Verfahren spezialisiert. Ihre Patientin Frau P. ist 34 Jahre alt und von Beruf Erzieherin, leicht übergewichtig. Sie kommt nun seit ca. zwei Monaten aufgrund einer depressiven Symptomatik zu Ihnen, berichtet jedoch zudem über großen Appetit auf Süßigkeiten und Fastfood. Im Gespräch schildert sie Ihnen dies wie folgt: *„Ich weiß, dass ich aufgrund meines Gewichts nicht noch mehr zunehmen sollte. Aber wenn dann etwas Süßes daheim herumliegen, fällt es mir schwer mich zurückzuhalten. Manchmal habe ich dann so einen Appetit, dass ich mehrere Tafeln Schokolade auf einmal esse. Oder auch mal 1-2 Tüten Chips. Irgendwann denke ich mir, es ist ja jetzt eh schon egal. Aber im Nachhinein kommt dann das schlechte Gewissen.“*

   Analysieren Sie das Essverhalten von Frau P. aus Sicht von Freud mithilfe des Drei-Instanzen-Modells. Berücksichtigen Sie hierbei die Ausprägungen aller Instanzen.

2.2.2 Ich-Psychologie

Das “Ich” wird durch Anna Freud (1895-1982) zum neuen Hauptaugenmerk. In der Ich-Psychologie wird der Fokus auf die unbewussten Wünsche gelegt, welche vom Bewusstsein ferngehalten werden. Anna Freud postulierte, dass man durch das “Ich” die Triebregungen des “Es” und die moralischen Vorstellungen des “Über-Ich” kennenlernt. Wird die Impulsivität der Triebe des “Es” zu groß, reagiert die Person mit Angst, welche eine Unluststeigerung darstellt und daher verhindert werden muss. In der Folge entstehen Abwehrmechanismen. Kann die Angst nicht abgewendet werden, entsteht eine Symptomatik als Mittelweg von Wunsch und Abwehr. Anna Freud sprach von zehn Abwehrmechanismen (Freud, 1936/2010, S. 51), welche heute um einige mehr ergänzt wurden. Differenziert wird zwischen reifen (wirkt sich lediglich sekundär belastend auf soziale Beziehungen des Individuums aus) und unreifen Abwehrmechanismen (enorme Belastung der sozialen Beziehungen; Helle, 2019).

Psychische Störung	Zentrale Abwehrmechanismen
Hysterie	Verdrängung, Verleugnung, Projektion, Identifikation;
Phobie (ursprüngliche Selbstverlustangst)	Verschiebung
Zwangsstörung	Intellektualisierung, Rationalisierung, Reaktionsbildung, Isolierung vom Inhalt und vom Affekt, Ungeschehen machen, Verdrängung, Sublimierung, Regression

Psychische Störung	Zentrale Abwehrmechanismen
Neurotische Depression (Herabsetzung der Selbstachtung)	Identifizierung mit dem Aggressor, Wendung gegen das Selbst, Autoaggression, Introjektion, Regression, Projektion, Verdrängung
Paranoide Persönlichkeitsstörung	Projektion
Schizoide Persönlichkeitsstörung	Projektion, Isolierung, Rationalisierung, Intellektualisierung, Regression
Borderline-Persönlichkeitsstörung	Spaltung, Verleugnung, primitive Idealisierung, Projektion, projektive Identifizierung
Psychose (fehlende Identität)	psychotische, wahnbildende Projektion, psychotische Verleugnung, Spaltung, Introjektion

Tabelle 2: Psychische Störungen und typische Abwehrmechanismen, Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Klussmann (2000), Mentzos (2000).

LESELINK

Grundlage der nächsten Übungs- und Transferaufgabe ist die Tabelle 2.1 aus dem Kapitel "Ich-Psychologie" von Helle (2019). Lesen Sie sich diese Tabelle durch, bevor Sie die Bearbeitung dieses Learning-Guides fortsetzen.

eBook: Helle, M. (2019). *Psychotherapie.* Berlin: Springer

ÜBUNGS- UND TRANSFERAUFGABEN

2. In einer weiteren Sitzung mit Frau P. berichtet diese von einer Situation, die sie beschäftige. Sie habe sich vor einigen Tagen mit einer Freundin zum Essen verabredet, diese habe sie jedoch über eine halbe Stunde vor dem Restaurant warten lassen und habe sich, als sie dann kam, nicht einmal entschuldigt. Auf die Frage, wie Frau P. daraufhin reagiert habe, antwortet sie: *"Ich habe nichts dazu gesagt. Um ehrlich zu sein war ich den ganzen Abend nett und überschwänglich und habe meine Freundin sogar zum Essen eingeladen."*

   Beschreiben Sie den Abwehrmechanismus, den Sie hier vermuten könnten, und bringen Sie diesen in Zusammenhang mit einer psychischen Erkrankung.

Heinz Hartmann (1894-1970) verstand das "Ich" als autonom wirkende Instanz, die der adäquaten Adaption des Individuums an die reale Umwelt dient. Der Mensch war mehr als ein konfliktbehaftetes Lebewesen, sondern mit Fähigkeiten ausgestattet, um sich konfliktfrei an die Umwelt anpassen zu können (Helle, 2019).

HINWEIS

Heute versucht die OPD-2 psychodynamische Theorien und Psychotherapie reliabel zu erfassen. Mit standardisierten diagnostischen Gesprächen werden Bereiche wie z. B. die Beziehungsebene oder die psychische Struktur einer Person auf fünf Achsen dargestellt. Sie wurde vor allem für die Therapieplanung und Veränderungsmessung weiterentwickelt. (Cierpka & und der Arbeitskreis OPD, 2006)

2.2.3 Objektbeziehungstheorie

Im Mittelpunkt der Therapie stand hier die Therapeut-Patient-Beziehung. Nach Freuds triebtheoretischer Basis erlebten Patienten die pathologischen Erscheinungen wie Ängste und Zwänge als ich-dyston - dieses Störungsverständnis beinhaltete das Scheitern an der Bewältigung des Ödipuskomplexes. In der Objektbeziehungstheorie dagegen stehen präödipale Störungen im Mittelpunkt mit ich-syntonen Symptomen. Psychische Störungen entstehen demnach durch Bereiche, in denen Bezugspersonen dem sich entwickelnden Kind eine adäquate Stütze bieten sollten, wie z. B. bei der Emotionsregulierung oder der Beziehungsgestaltung. Über Interaktionen entwickelt sich eine eigene Identität und das Selbsterleben. In belastenden Situationen helfen diese frühen Interaktionen, um das innere Objekt der Bezugsperson (innere Repräsentanz der äußeren Realität) zu aktivieren und es unterstützend wirken zu lassen. Objektbeziehung meint demnach statt einer realen, eine fiktionale Beziehung. In Therapien mit objektbeziehungstheoretischer Perspektive wird das aktuelle pathologische Beziehungserleben im Alltag mit frühkindlichen Erfahrungen in Verbindung gebracht. Das Differenzieren von Innen und Außen und das Integrieren von guten und schlechten Anteilen eines Objekts sind Fähigkeiten, welche in diesem Entwicklungsprozess erworben werden und beispielsweise bei Menschen mit emotional-instabiler Persönlichkeitsstörung nur begrenzt vorhanden sind. Die Folgen sind chaotische Beziehungsgestaltungen und -erfahrungen (Helle, 2019; Mahler et al., 2008).

ÜBUNGS- UND TRANSFERAUFGABEN

3. Frau P. berichtet von Ihrer Partnerschaft mit ihrem 12 Jahre älteren Mann, dass sie innerhalb der Beziehung dazu tendiere, sich unterwürfig zu verhalten, ihre eigenen Bedürfnisse zurückzustellen und es ihrem Partner zu jeder Zeit recht machen zu wollen, obwohl dieser das gar nicht von ihr verlange. Sie wolle dennoch auf keinen Fall etwas falsch machen, aus Angst von ihm verlassen zu werden.

   Entwickeln Sie eine mögliche Theorie zu diesem Verhaltensmuster aus objektbeziehungstheoretischer Perspektive.

2.2.4 Selbstpsychologie

Die Selbstpsychologie, welche Heinz Kohut (1913-1981) in den 1970er Jahren ins Leben rief, visierte das Selbst einer Person, deren subjektives Selbsterleben und das Bedürfnis nach Selbstanerkennung und anerkennender Spiegelung an. Das Zentralmotiv eines jeden Menschen sieht Kohut in der Verwirklichung des Selbst und nicht in der Triebbefriedigung. Ein Scheitern am Durchleben des ödipalen Konflikts führte Kohut auf früh gemachte Beziehungserfahrungen und eine nicht ausreichende Selbststruktur zurück (Helle, 2019; Kohut, 1987).

Kohut sieht als Grundlage für ein gesundes und kritikfähiges Selbstwertgefühl eine ausreichend gute und stabile Qualität von frühen interaktionellen Prozessen. Innerhalb der Selbstpsychologie kann von einer gelungenen Therapie gesprochen werden, wenn der Patient dazu in der Lage ist, seinen Therapeuten als Selbstobjekt zu nutzen (Selbstobjektübertragungen), um so die eigenen Selbststrukturen durch die Beziehungserfahrungen mit dem Therapeuten reifen zu lassen (Helle, 2019). Als Selbstobjekt wird ein Objekt bezeichnet, welches für das Selbst wertvoll und bedeutend ist und als Folge dessen für Stabilität und Struktur sorgt. Kohut differenziert drei Ausprägungen von Selbstobjektübertragungen: Spiegelübertragung, Zwillingsübertragung/Alter-Ego-Übertragung, Idealisierende Selbstobjektübertragung (Helle, 2019).

FALLBEISPIEL

Während einer Therapiesitzung mit Frau P., fängt diese bei einem emotionalen Thema an zu weinen. Sie als Therapeut/in reagieren feinfühlig, indem Sie ihr ein Taschentuch reichen und empathisch mitschwingen (Spiegelübertragung). Gegen Ende der Stunde beschließen Sie mit Ihrer Patientin noch eine entspannende Atemübung zu machen, die Sie beide gemeinsam durchführen (Zwillingsübertragung). Bei der Verabschiedung wendet sich Frau P. noch einmal an Sie und sagt: *"Ich bin sehr froh bei Ihnen in Behandlung zu sein, sie machen wirklich einen super Job."* (Idealisierende Selbstobjektübertragung).

Als oberstes Therapieziel wird das Annehmen des Selbst, sowie auf Seiten des Therapeuten, das Vermögen einer empathischen Begleitung des gesamten Prozesses gesehen. Menschenbild und Behandlungsansatz weisen Parallelen zu der Gesprächspsychotherapie nach Rogers auf (Helle, 2019).

2.3 Entwicklungen psychodynamischer Verfahren

LESELINK

Grundlage dieses Learning-Guide-Kapitels, in welchem neuere Entwicklungen psychodynamischer Verfahren angerissen werden, stellt das eBook-Kapitel "2.4 Neuere Entwicklungen" von Helle (2019) dar. Lesen Sie sich dieses eBook-Kapitel durch, bevor Sie mit der weiteren Bearbeitung dieses Learning Guides starten.

eBook: Helle, M. (2019). *Psychotherapie.* Berlin: Springer

2.3.1 Theorie der Intersubjektivität

Die Theorie der Intersubjektivität kann insgesamt als Progression der Selbstpsychologie verstanden werden. Kohut, der zwar die Wichtigkeit der Bindungen und deren Bedeutung für die Selbststrukturformung erkannte, ließ den Therapeuten dennoch in einer externen Position. Grundlegend für den Paradigmenwechsel war die Erkenntnis, dass das Selbsterleben die Folge einer Dynamik des Austauschs von Subjektivitäten ist (Helle, 2019). Eine autonome Psyche gilt ab hier als reines Wunschdenken. Die therapeutische Beziehung gestaltet sich nun als intersubjektives System, in dem sowohl Übertragungs- als auch Gegenübertragungsprozesse beider Parteien stattfinden (Stolorow und Atwood, 1996). Im Fokus steht die Therapeut-Patient-Beziehung mit Empathie und Introspektion (Helle, 2019).

2.3.2 Relationale Psychoanalyse

Greenberg und Mitchell (1983) versuchten jegliche psychodynamischen Ansätze dieser Zeit zu vereinen (engl.: "relational school"), was letzten Endes jedoch wieder zu einer gespaltenen Version in "Trieb-Struktur-Modell" und "relational-strukturelles Modell" führte (Helle, 2019).

DEFINITION

Trieb-Struktur-Modell: Der Mensch ist durch seine Triebe biologisch determiniert. (Helle, 2019)

Relational-strukturelles Modell: Der Mensch gilt als interpersonales Wesen. (Helle, 2019)

Mitchell postuliert 1988, dass das zentrale Motiv eines Menschen nicht in der Triebbefriedigung liegt, sondern „sich auszudrücken, sich zu erschaffen und wieder zu erschaffen". In der relationalen Psychoanalyse gilt derjenige als gesund, der anpassungsfähig ist und sich dadurch auf unterschiedliche Beziehungen einstellen kann. Als Ursache psychischer Störungen gilt die Inflexibilität bei Beziehungen. In der Therapie geht es auch hier um empathische Begleitung des Patienten und sich als relationalen Teil in dessen Welt einzufügen, sodass Beziehungserfahrungen korrigiert und durch Selbstreflexion erweitert werden können (Helle, 2019).

HINWEIS

Die Theorie der Intersubjektivität und die der relationalen Psychoanalyse weisen starke Gemeinsamkeiten auf (Helle, 2019). Ihre größte Diskrepanz liegt in der Betrachtungsweise von Realität und Fantasie. Intersubjektivistisch betrachtet, grenzt sich die Realität konsequent von der Fantasie ab, während sich relational betrachtet beide vermengen und voneinander profitieren (Mitchell, 1998).

2.3.3 Mentalisierungsbasierte Psychotherapie

Die mentalisierungsbasierte Psychotherapie als integrativer Ansatz inkludiert neueste Forschungserkenntnisse aus dem Gebiet der Entwicklungspsychologie und leitet daraus therapeutische Interventionen ab (Helle, 2019).

LESELINK

Um ein tieferes Verständnis für die mentalisierungsbasierte Psychotherapie, und ihre heutigen breiten Anwendungsfelder zu erlangen, empfehle ich Ihnen, sich folgende Artikel durchzulesen:

Stoffers-Winterling, J., Storebø, O. J., Simonsen, E., & Lieb, K. (2020). Störungsspezifische Psychotherapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung: Evidenz zu Dialektisch-Behavioraler und Mentalisierungsbasierter Therapie. Psychotherapeut, 65(5), 344–350. Springer.

Zeeck, A., Flößer, K., & Euler, S. (2018). Mentalisierungsbasierte Therapie für Essstörungen. Psychotherapeut, 63(2), 129–134. Springer.

Bark, C. (2013). Mentalisierungsbasierte Mutter-Kind-Therapie in der frühen Kindheit: Fallstudie und Therapiekonzept. Psychotherapeut, 58(4), 388–394. Springer.

Sachs, G., & Felsberger, H. (2013). Mentalisierungsbasierte Psychotherapie bei schizophrenen Psychosen. Psychotherapeut, 58(4), 339–343. Berlin Heidelberg: Springer

Grundlage für diesen Ansatz ist die frühmenschliche Entwicklung, welche durch die Qualität der psychischen Repräsentanzen der Umwelt geprägt ist, die sozialen Beziehungen und die eigene Person. Besonders die primäre Bezugsperson nimmt in den ersten Lebensjahren einen Stellenwert ein, der grundlegend für eine adäquate Entwicklung der Mentalisierungsfähigkeit ist (Helle, 2019).

DEFINITION

Mentalisierung: beschreibt die Fähigkeit, das innere Erleben mit der Außenwelt in eine kreative Beziehung zu stellen. Die Qualität der vorhandenen Mentalisierungsfähigkeit ist ausschlaggebend für eine entsprechende Wahrnehmung und Regulierung von Bedürfnissen und Emotionen (Helle, 2019).

Im therapeutischen Prozess dient der Therapeut als eine Person, die sich ein Kind als Bezugsperson wünschen würde. Er bietet eine Stütze, indem er versucht den Zustand seines Patienten in Worte zu fassen. Daraus resultiert die Fähigkeit, Gedanken als Vorstellung zu betrachten, um so differenziert vorzugehen und eine Verbindung zur inneren Welt herzustellen (Helle, 2019; Fonagy et al., 2015).

2.4 Die Schüler Freuds

LESELINK

Grundlage für dieses Learning-Guide-Kapitels stellt das Kapitel "2.5 Die Schüler Freuds" von Helle (2019) dar. Lesen Sie sich dieses Kapitel mit seinen jeweiligen Unterkapiteln durch, bevor Sie die Bearbeitung des Learning-Guides an dieser Stelle fortsetzen.

eBook: Helle, M. (2019). *Psychotherapie.* Berlin: Springer

2.4.1 Jung und die Analytische Psychologie (AP)

Carl Gustav Jung (1875-1961) erweiterte Freuds Unbewusstes mit dem kollektiven Unbewussten. Jung verstand das Unbewusste nicht nur als Lebenserfahrungen des Einzelnen, sondern als etwas, was voll von psychischen Wahrheiten war, welche alle Menschen miteinander teilten. Dies wiederum erklärt unser instinktgesteuertes Verständnis von primitiven Mythen, Kunstformen und Symbolen, was Jung als die "universellen Archetypen des Daseins" bezeichnet (Gerrig & Zimbardo, 2018; Helle, 2019).

DEFINITION

Archetyp/Ur-Bild: primitive symbolische Repräsentation einer Erfahrung oder eines Objekts, assoziiert mit einer intuitiven Tendenz, diesen zu erleben oder über ihn nachzudenken (Gerrig & Zimbardo, 2018).

Jung postulierte, dass das Konstrukt Persönlichkeit aus verschiedenen inneren Kräften besteht, die in dynamischer Balance sind (AP). Die von Freud angenommene Libido wies Jung ab und schuf zwei neue Bedürfnisse: das Bedürfnis zu schaffen und das Bedürfnis der Individuation (Gerrig & Zimbardo, 2018). Letzten Endes zielt die AP auf persönliches Wachstum mit einhergehender Reife und Verantwortungsbewusstsein ab. Sie ist als eigenständiger, psychodynamischer Ansatz zu verstehen und kann heute als kassenärztliche Leistung abgerechnet werden (Helle, 2019).

LESELINK

Schlegel, M. (2004). *Die therapeutische Arbeit am Sinn: Weg zur Stärkung der selbstheilenden Kräfte am Beispiel der Analytischen Psychologie von C. G. Jung. Psychotherapie Forum*, *12*(1), 36–47

2.4.2 Adler und die Individualpsychologie

Alfred Adler (1870-1937) konnte sich mit der triebtheoretisch-pessimistischen Perspektive von Freud nicht identifizieren, da er den Menschen als ein freies Lebewesen verstand, welches in der Lage ist, das Leben konstruktiv zu bewältigen. Den nach Freud vorhandenen Sexualtrieb ersetzte Adler durch einen Minderwertigkeitskomplex, welcher für die psychische Dynamik verantwortlich ist. Um diesen Minderwertigkeitskomplex auszugleichen, strebt das Individuum nach Macht, Geltung und Sicherheit. Dieser Prozess der Kompensation hat als Ziel entweder die Erlangung von Gefühlen der Gleichwertigkeit oder die Überkompensation, mit dem Versuch der Überlegenheit (Gerrig & Zimbardo, 2018). Adler sah als Ursache für psychische Störungen vermeintlich falsche Antworten auf die gegebenen Anforderungen des Lebens. Anzumerken ist, dass Adler nicht nur die psychischen Störungen per se in den Fokus stellte, sondern auch psychische Gesundheit (Helle, 2019).

LESELINK

Für einen tieferen Einblick empfehle ich Ihnen folgenden Zeitschriftenartikel:

Wood, A. (2003). *Alfred Adler's Treatment as a Form of Brief Therapy*. *33*, 287–301.

Um Ihr Wissen hinsichtlich der Individualpsychologie Adlers zu erweitern, empfehle ich Ihnen folgende Videosequenzen:

VIDEO

Individualpsychologie nach Adler – Teil 1

go.pfh.de/702

VIDEO

Individualpsychologie nach Adler – Teil 2

go.pfh.de/703

2.4.3 Reich und die Charakteranalyse

Wilhelm Reich (1897-1957) hat mit seinen Arbeiten einen elementaren Beitrag zur Progression der körperpsychotherapeutischen Ansätze geleistet. Reich hielt im Gegensatz zu vielen anderen an Freuds postulierten Sexualtrieb fest und wies die fokussierte Besinnung auf Ich-Funktionen zurück (vgl. Kriz, 2014). Sein Steckenpferd war die Beziehung von Libido (als biologische Energie) und den daraus resultierenden körperlichen Reaktionen. Er umschrieb diese Fähigkeit, Aufbau und Abbau von Energie zuzulassen, als "orgastische Potenz". Als Ursache für Neurosen sah er eine chronische Sexualstauung ("orgastische Impotenz"). Die Unterdrückung sexueller Energie mache die Menschen rigider und unflexibler, was sich somatisch als Muskelverspannungen äußert. Seine Vegetotherapie löst diese bspw. durch Massagen wieder auf. Emotionen kommen durch somatische Arbeit ebenso auf, frühkindliche Erlebnisse können so ins Bewusstsein gerufen werden (Helle, 2019).

2.5 Kassenärztliche Leistungen

LESELINK

Grundlage dieses Learning-Guide-Kapitels stellt das eBook-Kapitel "2.6 Psychoanalytisch begründete Verfahren in der kassenärztlichen Versorgung" von Helle (2019) dar. Lesen Sie sich dieses eBook-Kapitel durch, bevor Sie mit der weiteren Bearbeitung dieses Learning Guides starten.

eBook: Helle, M. (2019). *Psychotherapie.* Berlin: Springer

2.5.1 Anamnese und Diagnostik

Die psychodynamische Anamnese und Diagnostik zielen auf objektive Daten des Patienten wie konkrete Fakten und Ereignisse ab. Ziel ist die Stellung einer gesicherten Diagnose nach dem gängigen Klassifikationssystem. Während der Diagnostik versucht der Therapeut Hypothesen über unbewusste/vorbewusste Prozesse und deren Entwicklung aufzustellen. Hilfreich ist z. B. das Übertragungs-Gegenübertragungsgeschehen oder die Art und Weise, wie der Patient erzählt. Essentiell für diesen Teil des therapeutischen Prozesses ist Vertrauen, Empathie und Freiraum zur Entfaltung des Patienten. Bedeutsam in der Anamnese sind vor allem die Lebensjahre 3 bis 5 (Objekt- und Selbstrepräsentanzen, sekundäre Repräsentanzen, Bindungserfahrungen; Helle, 2019).

2.5.1.1 Operationalisierte psychodynamische Diagnostik (OPD-2)

Sie bildet als halbstrukturiertes Interview und multiaxiales System eine gute Basis zur Beurteilung von Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzungen (Achse I), Beziehung (II), Konflikt (III), Struktur (IV) und psychische und psychosomatische Störungen nach Kapitel V (F) der ICD-10 (Hogrefe Testzentrale; Helle, 2019).

I	Krankheitserleben und Behandlungs-voraussetzungen	• Schwere der Störung • Dauer der Erstmanifestation • Krankheitserleben • subjektive Ätiologie Vorstellung & Vorstellung über die Behandlung • Einschätzung der Veränderungsressourcen des Patienten • mögliche Veränderungshemmnisse • Funktionalität
II	Beziehung	• basiert auf Zirkumplexmodell nach Benjamin • Exploration wie Patient andere und sich selbst erlebt und wie andere Patient und sich selbst mit ihm in Kontakt erleben • Abbildung der Dynamik von (un)bewussten Beziehungswünschen und Ängste/Befürchtungen vor Reaktionen des Gegenübers
III & IV	Konflikt & Struktur	• bedeutsamste Achsen innerhalb der Diagnostik (s.u.)
V	psychische und psychosomatische Störungen	• Diagnostik zu psychischen Störungen, Persönlichkeitsstörungen und somatischen Erkrankungen

Tabelle 3: Achsen des OPD-2, Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Helle (2019).

2.5.1.2 Konflikt- und Strukturpathologie

Eine konfliktpathologische Symptomatik kann sich nur auf der Basis eines höheren Strukturniveaus entwickeln, ergo ungelöste Konflikte, welche nach der frühen Individuation aufgetreten sind. Kennzeichnend für die Konfliktstörung ist die primäre innerpsychische und sekundäre intrapsychische Belastung. Je nach Entwicklungsabschnitt existieren bestimmte Konfliktthemen, welche durchlebt werden müssen. In der OPD-2 werden die folgenden Grundkonflikte formuliert:

- Individuation vs. Abhängigkeit
- Autarkie vs. Versorgung

- Dominanz vs. Unterwerfung
- Selbstwert (Eigenwert vs. Fremdwert)
- Schuld (egoistische vs. prosoziale Tendenzen)
- Ödipal-sexuelle Konflikte
- Identitätskonflikte (Arbeitskreis OPD, 2006)

ÜBUNGS- UND TRANSFERAUFGABEN

4. Frau P. berichtet während des Therapiegesprächs, dass sie sich als Kind immer nach der Liebe und Anerkennung ihres Vaters gesehnt habe, der sich ihr gegenüber jedoch stets distanziert und desinteressiert gezeigt habe. Heutzutage definiere sich Frau P. sehr durch ihre Partnerschaft. Die Beziehung bezeichnet sie als ihren wichtigsten Lebensinhalt, ohne ihren Partner fühle sie sich wert- und sinnlos. Wenn ihr Mann nicht bei ihr und sie alleine sei, habe sie häufig Angstzustände. Erstaunlicherweise schildert sie jedoch generell die Beziehung als wenig befriedigend. Oft ärgere sie sich über ihren Mann, schlucke die Wut jedoch runter.

   Entwickeln Sie vor dem Hintergrund dieser Schilderungen eine mögliche Theorie zur Konfliktpathologie von Frau P.

Strukturstörungen basieren auf einem Mangel von basalen regulierenden psychischen Strukturen. Im Fokus stehen keine entgegengesetzten psychischen Zustände, sondern deren Desintegration (Helle, 2019).

gut integriertes Strukturniveau	• autonomes Selbst • verfügt über wesentliche regulierende Funktionen, sodass Konflikte möglich sind
mäßig integriertes Strukturniveau	• unsichere Identität • kann zu Impulsdurchbrüchen kommen
gering integriertes Strukturniveau	• Identitätsdiffusion • erheblich eingeschränkte regulierende Funktionen
desintegriertes Strukturniveau	• diffuse Selbst-Objekt-Grenzen • psychotisches Erleben kann im Vordergrund stehen

Tabelle 4: Ausprägungen des Strukturniveaus, Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Helle (2019)

2.5.2 Kassenärztliche Leistungen

Die AP als kassenärztliche Leistung muss sich auf die Behandlung einer psychischen Störung mit Krankheitswert beschränken. Sie unterscheidet sich zur TP auf den Ebenen der Behandlungsdauer und des Behandlungssettings (Helle, 2019).

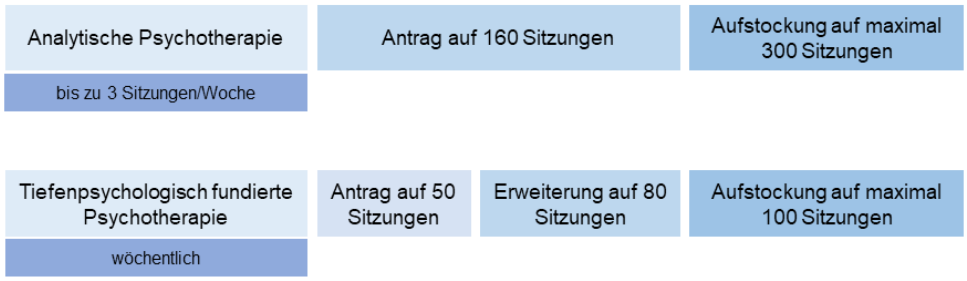

Abbildung 4: Behandlungsdauer der AP und TP im Vergleich, Quelle: Eigene Darstellung, in Anlehnung an Helle (2019)

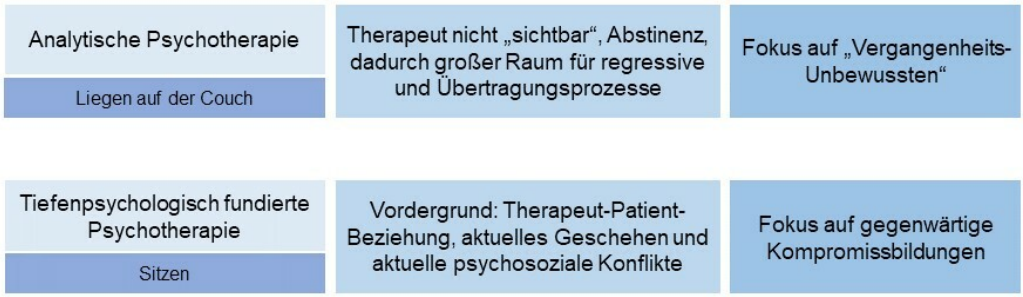

Abbildung 5: Behandlungssetting der AP und TP im Vergleich, Quelle: Eigene Darstellung, in Anlehnung an Helle (2019)

2.6 Wirksamkeit psychodynamischer Verfahren

LESELINK

Grundlage dieses Learning-Guide-Kapitels stellt das eBook-Kapitel "2.7 Zur Wirksamkeit psychodynamischer Verfahren" von Helle (2019) dar. Lesen Sie sich dieses eBook-Kapitel durch, bevor Sie mit der weiteren Bearbeitung dieses Learning Guides starten.

eBook: Helle, M. (2019). *Psychotherapie.* Berlin: Springer

Die Wirksamkeit psychodynamischer Verfahren kann durch viele Studien und Metaanalysen heute empirisch nachgewiesen werden. Es ist festzuhalten, dass sie anderen Therapieverfahren weder vorzuziehen ist, sie jedoch auch in nichts nachsteht (Helle, 2019). Eine psychodynamische Therapie kann bei Störungen wie Depressionen, Angst, Substanzabhängigkeit, somatoformen Störungen, Essstörungen sowie einer Reihe von Persönlichkeitsstörungen angewendet werden (Shedler, 2011). Mit Blick auf die

Behandlungsdauer stehen die Kurzzeittherapien mehr im Vordergrund als die Langzeittherapien, obwohl es Hinweise auf die Wirksamkeit von längeren psychodynamischen Therapien gibt (Helle, 2019).

LESELINK

Um sich ein eigenes Bild dieser Wirksamkeit zu machen, empfehle ich Ihnen, sich folgende Studien sowie Metaanalysen anzuschauen:

Rabung, S., & Leichsenring, F. (2016). *Evidenz für psychodynamische Langzeittherapie: Überblick über vorliegende Reviews. Psychotherapeut*, *61*(6), 441–446.

Shedler, J. (2011). *Die Wirksamkeit psychodynamischer Psychotherapie. Psychotherapeut*, *56*(3), 265–277.

Leibing, E., Rabung, S., & Leichsenring, F. (2005). *Ist psychodynamische Kurztherapie eine wirksame Behandlungsform bei psychischen Störungen? Forum der Psychoanalyse*, *21*(4), 371–379.

Neumann, E., Kanyi, C., Wulf, M.-A., & Tress, W. (2014). *Psychodynamische Kurzzeittherapie bei dependenter und vermeidender Persönlichkeitsstörung. Psychotherapeut*, *59*(5), 392–398.

Wiegand-Grefe, S., Weitkamp, K., Lauenroth, K., Baumeister-Duru, A., Hofmann, H., Timmermann, H., Wulf, A., & Romer, G. (2016). *Langfristige Wirksamkeit psychoanalytischer Therapien von Kindern und Jugendlichen: 3-Jahreskatamnese der Längsschnittstudie zu Angsterkrankungen, Depressionen und externalisierenden Störungen. Psychotherapeut*, *61*(6), 491–498.

Benecke, C. (2017). *Konfliktorientierte Therapie. Psychotherapeut*, *62*(2), 98–105.

Frank, J., & Huber, D. (2021). *Naturalistische Studie zur Wirksamkeit stationärer psychodynamischer Psychotherapie: Veränderung von Symptomatik, Mentalisierungsfähigkeit und struktureller Beeinträchtigung. Forum der Psychoanalyse*, *37*(2), 217–234.

Franz, M., Jenett, D., Seidler, D., Schäfer, R., Wutzler, U., Kämmerer, W., Deters, M. A., Schauenburg, H., Becher-Dortschy, N., Frommhold, K., Keller, W., Gosda, J., Zeller, A., Beutel, M., Langenbach, M., Hoffmann, T., Haberger, R., & Hartkamp, N. (2020). *Wirksamkeit stationärer psychodynamischer Psychotherapie bei Depressionen: Veränderungen der depressionstypischen Symptomlast und psychodynamischer Zielmaße. Psychotherapeut*, *65*(5), 390–397.

REFLEXIONAUFGABEN

1. Erklären Sie das Strukturmodell und die Bedeutung der einzelnen Instanzen.
2. Erläutern Sie die drei Formen der Selbstobjektübertragung und entwickeln Sie jeweils ein eigenes Beispiel, z. B. aus Ihrem Alltag.
3. Nennen und charakterisieren Sie die fünf Achsen der OPD-2.

SELF-ASSESSMENT

In einem Quiz auf der Lernplattform können Sie Ihr Wissen je Kapitel testen. Sie erhalten unmittelbar Feedback zu Ihrem Lernfortschritt.

go.pfh.de/700

Kapitel

3 Humanistische Psychologie und Psychotherapie

Lernziele des Kapitels

Nach der Lektüre dieses Kapitels werden Sie…

- den Ursprung und die Entwicklung der Humanistischen Psychologie, auch hinsichtlich der politischen und gesellschaftlichen Ereignisse sowie einflussreichen Strömungen, nachvollziehen können.
- das Menschenbild und das Störungsverständnis der Humanistischen Psychologie und Psychotherapie erörtern können.
- die Gesprächspsychotherapie nach Rogers und ihre Weiterentwicklungen verstehen und erklären können.
- die Gestalttherapie nach Perls sowie die Logotherapie und Existenzanalyse nach Frankl kennengelernt haben.
- sich einen Überblick über die Bedeutung und Wirksamkeit Humanistischer Psychotherapieverfahren gemacht haben.

Grundlage dieses Learning-Guide-Kapitels stellt das eBook-Kapitel "3. Humanistischen Psychologie und Humanistischen Psychotherapie" von Helle (2019) dar. Lesen Sie sich dieses eBook-Kapitel durch, bevor Sie mit der weiteren Bearbeitung dieses Learning Guides starten.

eBook: Helle, M. (2019). *Psychotherapie.* Berlin: Springer

Um Ihr Wissen und Verständnis hinsichtlich der Humanistischen Psychologie zu vertiefen, empfehle ich Ihnen folgende Literatur:

Rauthmann, J. F. (2017). *Humanistisches Paradigma*. In J. F. Rauthmann, *Persönlichkeitspsychologie: Paradigmen – Strömungen – Theorien* (S. 141–174). Springer Berlin Heidelberg.

Schneider, K. J., Pierson, J. F., & Bugental, J. F. T. (Hrsg.). (2015). *The handbook of humanistic psychology: Theory, research, and practice* (Second Edition). Sage Publications.

3.1 Einführung und Geschichte

LESELINK

Grundlage dieses Learning-Guide-Kapitels sind die eBook-Kapitel "3.1 Einleitung" und "3.2 Geschichte" von Helle (2019). Lesen Sie sich dieses eBook-Kapitel durch, bevor Sie mit der weiteren Bearbeitung dieses Learning Guides starten.

eBook: Helle, M. (2019). *Psychotherapie.* Berlin: Springer

Kernpunkte des Humanismus sind die Entität, Freiheit, Selbstbestimmtheit und Eigenständigkeit sowie die Würde eines jeden Individuums. Optimismus sowie die fehlende Aufspaltung in gut und böse sind kennzeichnend für das humanistische Menschenbild (Assen, 2016). Die Humanistische Psychologie stellte sich sowohl gegen die akademische Psychologie mit dem Behaviorismus als auch gegen das Menschenbild der Psychoanalyse. In den 60er Jahren zielte die darauf ab, einen Wendepunkt zu signalisieren und nach höheren Errungenschaften des Menschen zu forschen. Sie veränderte sowohl die akademische Psychologie und das psychotherapeutische Verständnis als auch die Gesellschaft aus politischer und sozialer Perspektive, wobei diese dadurch mitgeprägt wurde (Helle, 2019).

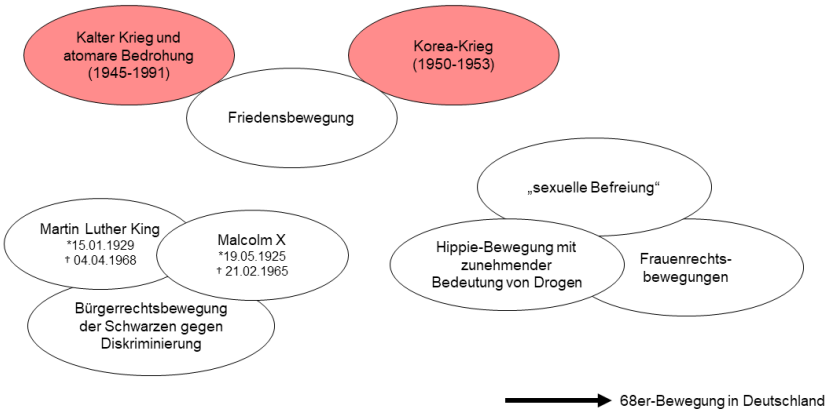

Abbildung 6: Politische und Gesellschaftliche zeitgleiche Gegebenheiten des Humanismus und der Humanistischen Psychologie, Quelle: Eigene Darstellung

Die Etablierung der Humanistischen Psychologie erfolgte bis in die 80er Jahre hinein, wobei diese mit der Weiterentwicklung der Klinischen Psychologie und Psychotherapie allmählich von der Bildfläche verschwand. Aus den vielen Ansätzen, welche sich aus der Humanistischen Psychologie entwickelt hatten, blieb lediglich die Gesprächspsychotherapie seit 2002 als zugelassenes Verfahren für Erwachsene übrig. Befürworter der Logotherapie, Gesprächspsychotherapie, Gestalttherapie, Körpertherapie, Psychodramas und der Transaktionsanalyse schlossen sich zusammen (Arbeitsgemeinschaft Humanistische Psychotherapie). Im Januar 2018 wurde der Antrag auf Anerkennung der Humanistischen Psychotherapie als anerkanntes Richtlinien- und Vertiefungsverfahren an den Wissenschaftlichen Beirat (PsychThG) abgelehnt (Helle, 2019).

Um die Entstehung der Humanistischen Psychologie nachvollziehen zu können, gilt es auch parallellaufende Strömungen zu betrachten. Die Gestaltpsychologie sah jedes Individuum als Ganzes und nicht in seinen einzelnen Aspekten. Die Existenzphilosophie rückte das Individuum noch mehr in den Fokus. Sartre sah den Menschen als ein zur Freiheit verurteiltes Lebewesen. Und letztlich war es die Phänomenologie, die vertrat, dass Vorannahmen und Erklärungssätze stets vorhanden sind und Phänomene nur in ihrer reinen Wirklichkeit wahrgenommen werden können, wenn all dies ausgeklammert werden würde (Helle, 2019).

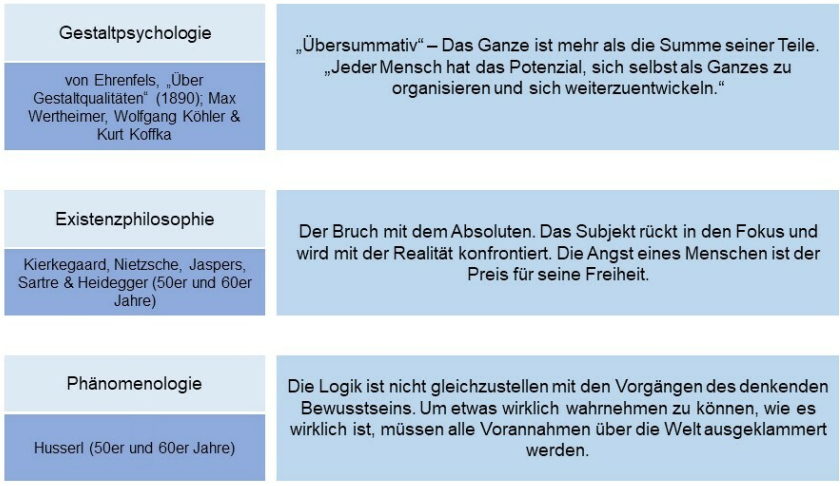

Abbildung 7: Beeinflussende Strömungen der Humanistischen Psychologie, Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Helle (2019), Goldstein (1959), Störig (1987).

3.2 Menschenbild und Störungsverständnis

LESELINK

Grundlage dieses Learning-Guide-Kapitels stellt das eBook-Kapitel "3.3 Menschenbild und Störungsverständnis" von Helle (2019) dar. Lesen Sie sich dieses eBook-Kapitel durch, bevor Sie mit der weiteren Bearbeitung dieses Learning Guides starten.

eBook: Helle, M. (2019). Psychotherapie. Berlin: Springer

Der Mensch hat aus humanistischer Perspektive verschiedene Bestrebungen. Eine Aktualisierungstendenz sorgt für ein Streben, eigene Fähigkeiten und Potenziale stets weiterzuentwickeln. Hierunter fallen Selbstverwirklichung, Wünsche, Sehnsüchte und Begabungen. Trotz einiger Einschränkungen, welche bspw. durch genetische Dispositionen determiniert sind, ist das Individuum Herr seines eigenen Lebens und ausnahmslos als Ganzes zu betrachten. Die Emotionen und das Körperliche dürfen nicht getrennt werden. Das Individuum ist stets in seinem sozialen Kontext zu betrachten. Wertschätzung und Integration sind für einen Menschen von großer Bedeutung, wohingegen z. B. Grausamkeit und Bosheit keine Eigenschaften per se sind, sondern als Reaktion auf Frustration zu verstehen sind. Für den therapeutischen Prozess bedeutet dies, dass der Therapeut seinen Patienten begleiten und unterstützen soll, einen für ihn individuell passenden Weg in seinem Leben zu finden (Helle, 2019).

Als Ursache für psychische Störungen wird die Unterdrückung und Manipulation der Entfaltungsmöglichkeiten eines Individuums gesehen. Diese Beschränkungen können sowohl von intrapsychischen als auch Faktoren der sozialen Umwelt (oder eine Kombination beider) abhängig sein. Für eine adäquate Wahrnehmung einer emotionalen Erfahrung muss das organismische Erleben symbolisiert werden. Als Ursprung einer psychischen Störung wird die Inkongruenz von organismischem Erleben und Selbstkonzept gesehen (Helle, 2019).

DEFINITION

Organismisches Erleben: jegliche Erfahrungen, welche sich innerhalb eines Organismus abspielen und dem Bewusstsein theoretisch zugänglich sind. (Helle, 2019)

Selbstkonzept: Verbindung von Selbstbild und Selbstideal. (Helle, 2019)

3.3 Humanistische Psychotherapieverfahren

Verfahren, welche aus der Humanistischen Psychologie hervorgegangen sind, werden als "humanistisch-erfahrungsorientierte Psychotherapieverfahren" zusammengefasst. Ihnen gemeinsam sind das Schätzen einer empathischen und wertschätzenden Therapeut-Patient-Beziehung sowie als zentraler Kernpunkt das subjektive Erleben des Patienten. Im Folgenden werden einige Verfahren aufgefasst und beschrieben. Zu Beginn jedes dargestellten Verfahrens finden Sie ausgewählte Literaturempfehlungen, da in diesem Learning-Guide die einzelnen Verfahren lediglich angerissen werden können (Helle, 2019).

LESELINK

Grundlage dieses Learning-Guide-Kapitels stellt das eBook-Kapitel "3.4 Ausgewählte Verfahren der Humanistischen Psychotherapie" von Helle (2019) dar. Lesen Sie sich dieses eBook-Kapitel durch, bevor Sie mit der weiteren Bearbeitung dieses Learning Guides starten.

eBook: Helle, M. (2019). *Psychotherapie.* Berlin: Springer

3.3.1 Rogers und die Gesprächspsychotherapie

LESELINK

Kirschenbaum, H., & Jourdan, A. (2005). *The Current Status of Carl Rogers and the Person-Centered Approach*. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, *42*(1), 37–51.

Overholser, J. (2007). *The Central Role of the Therapeutic Alliance: A Simulated Interview with Carl Rogers. Journal of Contemporary Psychotherapy*, *37*(2), 71–78.

Goldfried, M. R. (2007). *What has psychotherapy inherited from Carl Rogers? Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, *44*(3), 249–252.

Rohr, D. (2017). *Der Gesprächsansatz nach C. Rogers.* In B. Szczyrba, T. van Treeck, B. Wildt, & J. Wildt (Hrsg.), *Coaching (in) Diversity an Hochschulen* (S. 121–135). Springer Fachmedien Wiesbaden.

Die von Carl Rogers (1902-1987) entwickelte Gesprächspsychotherapie stellt in Einklang mit den vorherrschenden politischen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen den Patienten sowie die Therapeut-Patient-Beziehung in den Mittelpunkt und schuf damit einen völlig neuen therapeutischen Ansatz (Helle, 2019). Das daraus resultierende Menschenbild beinhaltete ein Individuum, welches den inneren Wachstumskräften bedingungslos vertraut. Während eine Person stets die Tendenz hat sich weiterzuentwickeln (Aktualisierungstendenz), strebt diese den Idealzustand als "fully functioning person" an (Rogers, 1962). Neben der Aktualisierungstendenz bringt Rogers die Selbstaktualisierungstendenz ins Spiel. Diese Weiterentwicklung richtet sich auf die Selbststrukturen. Sind Aktualisierungstendenz und Selbstaktualisierungstendenz inkompatibel, können neu gemachte Erfahrungen nicht mehr adäquat integriert werden (Inkongruenz; Helle, 2019).

Hinsichtlich des Personenorientierten Ansatzes griff Schmid (2008) zwei unterschiedliche Perspektiven auf:

Substanzielles Personenverständnis	Relationales Personenverständnis
Autonomie, Einzigartigkeit und Freiheit	Beziehungsangewiesenheit einer Person
alle Potenziale sind in einer Person bereits verankert	Existenz einer Person ist abhängig von Beteiligtsein in Beziehungen
Therapeutische Haltung: Therapeut soll Patient als einzigartiges, autonomes Individuum sehen.	Therapeutische Haltung: Mit Patient in Kontakt treten durch nicht-direktive Aufmerksamkeit und Absichtslosigkeit, sodass eine Begegnung möglich wird und auf einer anderen Ebene eine empathische und wertschätzende Haltung zum Vorschein bringt.
Therapeutische Haltung: Sowohl ein "Mit-Sein" (Empathie für Patienten-Erleben) als auch ein "Gegenüber-Sein" (Fokus auf eigenes Selbsterleben).	Therapeutische Haltung: Sowohl ein "Mit-Sein" (Empathie für Patienten-Erleben) als auch ein "Gegenüber-Sein" (Fokus auf eigenes Selbsterleben).

Tabelle 5: Substanzielles und relationales Personenverständnis, Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Schmid (2008)

Ein zentraler Unterschied zwischen der Gesprächspsychotherapie und anderen Psychotherapieverfahren ist die Therapeut-Patient-Beziehung: sie ist keine Bedingung für die Therapie - sie selbst ist die Therapie (Auckenthaler, 2008). Rogers (1957) leitet sechs Beziehungsbedingungen für das Ermöglichen von Persönlichkeitsentwicklung ab:

1. Zwei Personen befinden sich in psychologischem Kontakt
2. Der Patient ist inkongruent (verletzbar bzw. ängstlich)
3. Der Therapeut ist in der therapeutischen Beziehung kongruent
4. Der Patient erfährt vom Therapeuten bedingungsfreie positive Beachtung
5. Der Therapeut versteht empathisch den inneren Bezugsrahmen des Patienten
6. Der Patient nimmt diese positive Beachtung und das Verständnis des Therapeuten wahr (Helle, 2019)

Rogers betonte außerdem die notwendige Selbsterfahrung als Bedingung für Selbstentwicklung. Dieser Prozess geschieht allein durch den Patienten selbst. Die Rolle des Therapeuten versteht sich als Schaffer von guten, unterstützenden Rahmenbedingungen. Es entstanden die drei voneinander unabhängigen "Rogers-Variablen": Kongruenz, Empathie und Wertschätzung (Helle, 2019).

ÜBUNGS- UND TRANSFERAUFGABEN

5. Stellen Sie sich vor Sie sind Therapeut und haben sich auf Gesprächspsychotherapie spezialisiert. Ihr Patient Herr H. ist 62 Jahre alt und frühberentet. Er kommt nun seit kurzem aufgrund einer depressiven und Schmerzsymptomatik zu Ihnen. Er berichtet: *„Ich habe gar keine Hoffnung, dass es mir noch einmal bessergehen wird. Meine Schmerzen werden immer schlimmer, manchmal komme ich kaum aus dem Bett raus, weil meine Knie zu steif sind. Und wenn es nicht die Knochen sind, dann sind es die Kopfschmerzen, die mir das Leben schwermachen. Mein Hausarzt kann mir auch nicht helfen, im Gegenteil, er behauptet, das sei alles nur psychisch.“*

   Erläutern Sie, wie sie als Therapeut auf diese Aussage reagieren könnten, wenn sie sich an den drei Variablen der Gesprächsführung orientieren möchten. Formulieren Sie beispielhaft eine Antwort.

Der Empathie schreibt Rogers eine besondere Rolle im therapeutischen Geschehen zu. Book (1988) unterteilt die Empathie in zwei Phasen.

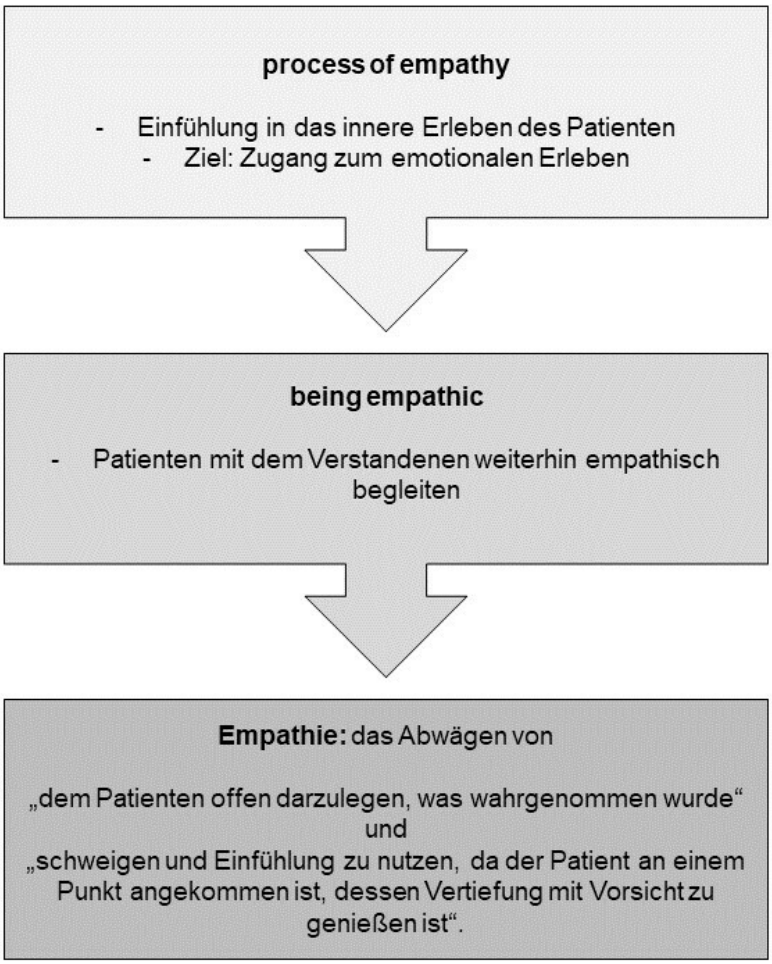

Abbildung 8: Phasen der Empathie, Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Book (1988).

PFH | PRIVATE UNIVERSITY of Applied Sciences

Sie sind neugierig geworden?

Dann nutzen Sie jetzt Ihre Gelegenheit! Sichern Sie sich Ihren Studienplatz für Ihr **FERNSTUDIUM** und starten Sie Ihr Traumstudium.

Unser Beratungsteam für Ihr Fernstudium

Sie haben noch offene Fragen zum Psychologie Studium?

Ob persönlich, telefonisch oder digital –
wir stehen Ihnen gerne beratend zur Seite!

Anrufen **+49 (0)551 54700-600**

WhatsApp Chat **0151 55001803**

E-Mail **beratung@pfh.de**

Sie erreichen uns: **Mo – Do 08:00 – 18:00 Uhr sowie Fr 08:00 – 16:30 Uhr**

PFH Private Hochschule Göttingen
Weender Landstraße 3-7, 37073 Göttingen

www.pfh.de