

Goethe-Universität Frankfurt am Main
FB 03 Gesellschaftswissenschaften
Seminar: Methodik und Praxis des
Beratungsgesprächs
Dozent: Priv.-Doz. Dr. Wolfgang Schrödter
Wintersemester 2019/2020

Beziehung und Intervention

Interaktionsmuster, Behandlungskonzepte und Gesprächstechnik in der Psychotherapie
Jobst Finke (1999)

Stephanie S., Korhan A., Lukas H., Alexia M., Amina L.

Inhaltsverzeichnis

Einleitung

1. Die therapeutische Beziehung als Methode
2. Die Arbeitsbeziehung
3. Die Alter-Ego-Beziehung
4. Die Übertragungsbeziehung
5. Die Dialogbeziehung

Einleitung

- ▶ Integratives Modell: Tiefenpsychologie und 'humanistische' Verfahren → konfliktzentrierte bzw. einsichts- oder klärungsorientierte Verfahren
- ▶ Hohe Wichtigkeit der therapeutischen Beziehung
 - └ Therapeutische Beziehung als Wirkprinzip und Medium
- ▶ Beschreibung des Behandlungskonzeptes auf 2 Ebenen: Therapieprinzipien (Beziehungskonzepte) und Behandlungstechnik
- ▶ Praxisanleitung: Orientierung für Einzelfall
- ▶ Zeitliche Begrenzung: 30 bis 100 Stunden

1. Die therapeutische Beziehung als Methode

1.1 Der Zusammenhang von Beziehungskonzept und Therapietechnik

- ▶ Therapeut*innen gefordert → Freud empfahl 'gleichschwebende Aufmerksamkeit'
- ▶ Stattdessen: Fokussierung der Aufmerksamkeit auf ein abwechselndes Phänomen
- ▶ "Man sieht das, worauf man besonders gut achtet" (Finke 1999:4)

1. Die therapeutische Beziehung als Methode

- ▶ Intervention der Therapeut*innen strukturiert die Beziehung zu Patient*innen
- ▶ Therapeutische Intervention ist nie beziehungsneutral!
 - └ Art des Vorgehens beeinflusst Atmosphäre und schafft Beziehung

Also: Beziehungskonzept braucht Technik/Intervention und jede Technik/Intervention konstellierte best. Beziehung

- ▶ Finke definiert therapeutische Beziehung von seitens der Therapeut*innen

1. Die therapeutische Beziehung als Methode

- ▶ Beziehungsform/Beziehungsebene = Beziehungskonzept/Angebot
- ▶ 4 maßgebliche Beziehungsformen für therapeutischen Prozess
 - ▶ Arbeitsbeziehung
 - ▶ Alter-Ego-Beziehung
 - ▶ Übertragungs-Beziehung
 - ▶ Dialog-Beziehung
- Strukturierungshilfen und Ordnungsraster
- ▶ Wechsel der Rollen während Therapie → Indikationsentscheidung
- ▶ Beziehungsangebot der Patient*innen und Therapiephase sind zu beachten bei Indikationsentscheidung

1. Die therapeutische Beziehung als Methode

Die Gemeinsamkeiten konfliktzentrierter Psychotherapie - Umriss eines integrativen Modells

- ▶ Integratives Modell von Psychotherapie, in welchem nur konfliktzentrierte Verfahren eingeschlossen sind
 - Psychoanalytisch und humanistische Psychotherapie
- ▶ Gemeinsamkeit ist das 'Aufdecken' von latenten Motivzusammenhängen und das Klären unbewusster Wünsche und widersprüchlicher Erwartungen
 - "Klärungstherapie"

1. Die therapeutische Beziehung als Methode

- ▶ Alle Verfahren gehen vom intrapersonalen Konflikt aus
- ▶ Gemeinsamkeiten der konfliktzentrierten Verfahren i.F.v. Grundmustern
 - ▶ Die Konflikthypothese
 - ▶ Die Latenzhypothese
 - ▶ Die entwicklungspsychologische Hypothese
 - ▶ Die Repräsentationshypothese

1. Die therapeutische Beziehung als Methode

- ▶ Widerstands- und Übertragungsanalyse als Kernkonzepte der psychoanalytischen Therapietheorie
- ▶ Widerstandsanalyse abzuleiten aus Latenz- und konflikthypothese
- ▶ Übertragungsanalyse abzuleiten aus Entwicklungspsych.- und Repräsentationshypothese
- ▶ Grundentwürfe der Konzepte der Widerstands- und übertragungsanalyse:

2. Die Arbeitsbeziehung

- ▶ Gemeinsames Fundament der anderen 3 Beziehungsformen
- Hat 2 unterschiedliche Haltungen und Funktionen

Charakteristik der Arbeitsbeziehung

- ▶ Prinzipieller Konsens zw. Therapeut*in und Patient*in über Ziele und Methoden = Arbeitsbeziehung bzw. Arbeitsbündnis
- ▶ Wird als stabile Beziehung betrachtet; Aushalten von Konfliktsituationen

Leitfrage:

"Mit welcher Einstellung bzw. aus welcher Rollenposition und mit welcher Suchhaltung tritt hier der Therapeut dem Patienten gegenüber?" (Finke 1999: 14)

2. Die Arbeitsbeziehung

Fördernde Haltung

- ▶ Haltgebend/ermutigend/motivierend
- ▶ Indirekt und nichtsprachlich, durch Zugewandtheit, Gestik und Mimik und anteilnehmende Art der Intervention
- ▶ Verdeutlicht den Patient*innen Wohlwollen und Interesse an Entwicklung

Beobachtende Haltung

- ▶ vergleichend/schlussfolgernd

2. Die Arbeitsbeziehung

Die Funktion der Arbeitsbeziehung

- ▶ Arbeitsbeziehung ist gem. Hintergrund, um Eindrücke aus 3 Beziehungsformen zu vergleichen → Diagnostik
 - └ Bearbeitung des gewonnenen Materials
- ▶ Therapeut*in entwirft hypothetisches Modell (Vorannahmen)
 - vorläufige Aussagen über Persönlichkeitsstruktur, Grundkonflikt(e), Thematik
- ▶ Erfahrungen auf anderen Beziehungsformen abgleichen und ggfs. Korrigieren (auf der Arbeitsbeziehung)
- ▶ Durcharbeiten → Schwingen/"Oszillieren" zwischen verschiedenen Erkenntnis- und Beziehungsebenen

2. Die Arbeitsbeziehung

Leitlinien der Arbeitsbeziehung

- ▶ Die haltgewährende Zuwendung
Haltgebende Funktion motivierend für Patient*in
- ▶ Die Abstinenz
Grundverpflichtung: eigene Intentionen und Neigungen mit dem Ziel auf Patient*in
- ▶ Neutralität
"Äquidistanz", aber nicht durchgehend
- ▶ Beobachten, Analysieren, Interpretieren
Therapeut*in als Außenbeobachter*in, Patient*in wissenschaftlich-distanzierte Betrachtung

2. Die Arbeitsbeziehung

Die Praxis der Arbeitsbeziehung

- ▶ Das konfrontierende Hinweisen
Therapeut*in macht auf bestimmte Verhaltensweisen aufmerksam
- ▶ Das klärende Fragen
Zusammenhang von biographischen Ereignissen wird erfragt
Therapeut*in an Informationen für Diagnose interessiert
- ▶ Das Erklärende Deuten
Ursache-Wirkungs-Zusammenhang wird aufgezeigt
Entlastend durch Objektivierung
Eher selten

2. Die Arbeitsbeziehung

Widerstandsanalyse in der Arbeitsbeziehung

- ▶ Analysieren von Widerstandsphänomenen Aufgabe der Arbeitsbeziehung
- ▶ Intervenieren/Bearbeiten von Widerstandsphänomenen auf jeder Beziehungsform möglich
- ▶ Intervenieren auf der Arbeitsbeziehung aber oft ängstlich/beschämend für Patient*innen
 - hohe Anforderungen an Angst- und Spannungstoleranz der Patient*innen
- ▶ Daher eher nur unter besonderer Konstellationen intervenieren

2. Die Arbeitsbeziehung

Indikation und Risiken der Arbeitsbeziehung

- ▶ Indikationsfrage bei beobachtender Haltung
- ▶ Erkenntnishaltung
 - Kritische Beobachtung und Beurteilung während gesamten Prozess, aber unterschiedlich stark
 - Aktualisierung je nach Therapieprozess
 - Reflektieren, falls Therapeut*in häufig und/oder lange in der Rolle ist
- ▶ Handeln/Intervenieren
 - Distanz, daher begrenzt → Klärendes Fragen z.B. auf Alter-Ego-Beziehung
 - Nach längerem Arbeiten auf einer BF, Erarbeitetes resümieren

3. Die Alter-Ego-Beziehung

- ▶ eng mit Empathie-Konzepten bzw. Theorien der Einfühlung verbunden
- ▶ Therapeut bemüht sich um eine gleichsam identifikatorische Teilhabe am Erleben des Patienten
- ▶ Erkundet innere Welt des Patienten und regt Patienten gleichermaßen dazu an
- ▶ Beziehung wird aufgebaut, in dem Therapeut als eine Art Doppel-Ich des Patienten erscheint
- ▶ Therapeut klammert sich hierbei selbst als Person aus und versucht, die Innensicht des Patienten zu erlangen, zu spüren
→ „konkordante Identifizierung“ nach Racker: bewusste Absichtlichkeit und zeitliche Begrenztheit
- ▶ Therapeut soll durch Innensicht in eine emotionale Resonanz mit dem vorherrschenden Affekt des Patienten gelangen (auch unbewusste Anteile)

3. Die Alter-Ego-Beziehung

- ▶ Beispiel: „Und das hat Sie damals sehr wütend gemacht.“
 - Therapeut will Affekterleben aktivieren und Patienten anregen, Verbindung zu verschiedenen Bedürfnissen und Intentionen zu verdeutlichen
 - Therapeut spricht solche Gefühle aus einem Mitvollzug heraus an als das verständige und tolerante Selbst des Patienten
 - Patient kann sich diese Gefühle zugestehen, sie bewusst wahrnehmen, dem belastenden Affekt stellen und auseinandersetzen

3. Die Alter-Ego-Beziehung

Die einsichtsvermittelnde Funktion der Alter-Ego-Beziehung

- ▶ Therapeut nimmt Bezug auf zentrale Konzepte des Patienten
- ▶ Er versucht, die Rede des Patienten auf dessen Bewertungen, Normen und selbst-konzeptbezogene Affekte hin zu verstehen
- ▶ In Interventionen versucht der Therapeut, den Zusammenhang herzustellen zwischen:
 - berichteten Erleben und Verhalten
 - leitender Perspektive des Patienten
- ▶ Rolle des Dolmetschers: vermittelt zwischen beiden Konfliktseiten durch Wechsel der „Fronten“
- ▶ Patient soll seine Perspektive und Bedeutungszuschreibungen erkennen und sich mit diesen auseinandersetzen
- ▶ Über Missverständnisse des Therapeuten kann Patient auch seine eigene Perspektive hinterfragen und verdeutlichen

3. Die Alter-Ego-Beziehung

Die einsichtsvermittelnde Funktion der Alter-Ego-Beziehung

- ▶ Patienten für unbewusste Aspekte anregen und öffnen
- ▶ Lebenspraktisches Vorwissen des Therapeuten als Voraussetzung
- ▶ Solches Vorwissen dient zur Ergänzung der Perspektive des Patienten
- ▶ Ziel ist die Angleichung und damit ein ständiges Abgleichen und Aushandeln der Konzepte des Therapeuten und des Patienten
- ▶ Die Überschreitung der Alter-Ego-Beziehung ist auch gleichzeitig die Einleitung der Prozesse:
 1. Einseitige Übernahme der Perspektive
 2. Prozess des Abgleichens
 3. Aushandelns von Sichtweise

3. Die Alter-Ego-Beziehung

Verstehen ist kein Billigen und kein Bestärken

- ▶ Unterschied zwischen Verstehen und Anerkennen - Billigen und Befürworten
- ▶ Anerkennen bedeutet, ein Phänomen innerpsychisch verständlich hinzunehmen, welches man auch später ändern kann → Voraussetzung für ein Zugeständnis und die Auseinandersetzung auf Seiten des Patienten
- ▶ Erleben des Patienten soll in vielen Facetten vergegenwärtigt werden, Konflikte können durch therapeutische Teilhabe anerkannt und überwunden werden
- ▶ Das einführende Verstehen ist somit kein Bestärken

3. Die Alter-Ego-Beziehung

Das Konzept der Alter-Ego-Beziehung in verschiedenen Psychotherapieverfahren

- ▶ Psychoanalyse
- ▶ Analytische Psychologie
- ▶ Individualpsychologie
- ▶ Gesprächspsychotherapie
- ▶ Gestalttherapie
- ▶ Katathym-imaginative Psychotherapie
- ▶ Psychodrama

3. Die Alter-Ego-Beziehung

Leitlinien der Alter-Ego-Beziehung

- ▶ Sich selbst gleichsam in den Anderen verwandeln
- ▶ Sich von der Erzählung des Patienten inspirieren lassen
- ▶ Die Wirkung der Körpersprache beachten
- ▶ Die eigene Erfahrung befragen
- ▶ Auf lebenspraktische und theoretische Vorannahmen zurückgreifen

3. Die Alter-Ego-Beziehung

Die Praxis der Alter-Ego-Beziehung

- ▶ Das umakzentuierende Wiederholen
- ▶ Konkretisieren und Klären
- ▶ Das zentrale Erleben fokussieren
- ▶ Das Aufgreifen der selbstreflexiven Affekte
- ▶ Das Aufgreifen haltungsprägender Affekte

3. Die Alter-Ego-Beziehung

Widerstandsanalyse in der Alter-Ego-Beziehung

- ▶ Es stellt sich die Frage, ob der Therapeut, wenn er die Perspektive des Patienten übernimmt, die Selbsttäuschung seitens des Patienten übersieht?
- ▶ Therapeut arbeitet detektivisch und sucht nach Täuschungsmanövern
- ▶ Widerstandsanalyse keine direkte Konfrontation des Patienten mit seinen Verleugnungen eher den Patienten dazu anregen, seinen eigenen Widerstand nachzuerleben und seine Sicht zu hinterfragen (-> Ansatz der Alter-Ego-Beziehung)

3. Die Alter-Ego-Beziehung

- ▶ Widerstandsanalyse: zuerst Schwierigkeiten klären, die der Patient bei der Auseinandersetzung mit sich selbst und der therapeutischen Situation hat
- ▶ logisches Problem eines unendlichen Regresses: jede Selbstaussage des Patienten sei einerseits Ausdruck seines Widerstandes, aber wiederum werde mit jeder Inhaltsdeutung wieder indirekt ein Widerstand angesprochen
- ▶ Für Therapeuten bedeute dies, dass sie keine kriminalistische Suchhaltung einnehmen müssen

3. Die Alter-Ego-Beziehung

- ▶ 1) affirmativer Ansatz nach Schafer (1983): der Therapeut solle die Motive des Widerstande verstehen und sich bemühe, Abwehrprozesse zu bewältigen und diese Bemühungen dem Pateinten deutlich mache
- ▶ 2) Mt.-Zion-Gruppe fügt hinzu, der Therapeut solle davon ausgehen, dass der Patient von sich aus seine Widerstände überwinden möchte

3. Die Alter-Ego-Beziehung

- ▶ in Kurztherapie-Verfahren wurde herausgefunden, dass widerständiges Verhalten des Patienten oft auch durch ein unangemessenes Therapeutenverhalten begünstigt wird
- ▶ Widerstandsanalyse immer in Bezug auf den zeitlichen Rahmen
- ▶ Ziel der Widerstandsanalyse: dem Patienten die Gelegenheit geben, seine Widerstände zu erfahren, ohne sich dabei rechtfertigen zu müssen -> Selbstanalyse von Abwehrvorgängen

3. Die Alter-Ego-Beziehung

Fenichels Stufenmodell

- ▶ Modus (das „Wie“) des Widerstandes: Therapeut kann als Außenbeobachter distanziert darauf aufmerksam machen (Beispiel S. 55)
- ▶ Motiv (das „Warum“) des Widerstandes: meist aufgrund von Scham, Peinlichkeit und Angst vor Entblößung und Enttäuschung, der Therapeut kann das „geheime“ Motiv wie selbstverständlich und direkt ansprechen
- ▶ Ursache (das „Was“) des Widerstandes: Triebimpulse, Phantasien, Wünsche, „kindliche“ Wünsche nach Geborgenheit etc., diese kann der Therapeut mehr oder weniger distanziert und diagnostizierend ansprechen
- ▶ -> aus der Alter-Ego-Beziehung heraus, ohne Wörter wie „weil“

3. Die Alter-Ego-Beziehung

Risiken auf seiten des Patienten

- ▶ Es kann für den Patienten schwierig sein, für ihn wichtige Beziehungserwartungen deutlich zu machen

Risiken auf seiten des Therapeuten

- ▶ Ängste vor Identitätsverlust, wenn der Patient Themen anspricht, die auch für den Therapeuten konflikthaft sind
- ▶ Verschmelzungserleben, wobei der Therapeut zu unreflektierten Parteinahmen neigen kann

4. Die Übertragungsbeziehung

- ▶ Die Beziehung von Therapeut und Patient selbst als Gegenstand der therapeutischen Arbeit werden zu lassen
- ▶ Heute: die Wiederholung früh geprägter Beziehungserwartungen mit der aktuellen Therapeut-Patient-Interaktion
- ▶ „Übertragungs-Beziehung“: das Verhältnis zwischen Therapeut und Patient ist immer auch durch außertherapeutische Einflüsse, sowohl gegenwärtige, als auch vergangene, bestimmt

4. Die Übertragungsbeziehung

- ▶ Der Therapeut versucht die Erwartungen an ihn zu verstehen und zu deuten
- ▶ Nie „reine Übertragung“, sondern vom Therapeuten auch bewusster und unbewusster Ebene, mitgestaltet
- ▶ Auffällige Verhaltensweisen des Therapeuten (Zimmereinrichtung, Kleidung), aber auch seine Phantasien und unbewusste Haltungen
- ▶ Therapeutische Beziehung als Thema des Therapiesgesprächs
- ▶ Grundannahme, dass die Konflikte des Patienten sich auch in der therapeutischen Beziehung abbilden

4. Übertragungsbeziehungen

- ▶ Der Therapeut solle sich als „Konfliktpartner“ zur Verfügung stellen
- ▶ Therapeutische Suchhaltung als Fremd- und Selbstempathie
- ▶ Therapeut bemüht sich, sich selbst aus der Sicht des Patienten zu sehen -> konkordante Identifizierung
- ▶ Therapeut versucht herauszufinden, welche Rolle ihm der Patient zuschreibt
- ▶ schwebt zwischen konkordanter und komplementärer Identifizierung, Fremd- und Selbstempathie

4. Übertragungsbeziehungen

Funktionen der Übertragungsbeziehung

- ▶ Aufmerksamkeit des Therapeuten auf die Beziehungserwartungen des Patienten
- ▶ Intrapersonalen Konflikte werden interpersonal, in der therapeutischen Beziehung erlebt und ausgetragen -> so kann über die Klärung der therapeutischen Beziehung eine Lösung gefunden werden
- ▶ Der Patient übertrage seine frühen Beziehungserwarten nicht auf den Therapeuten, sondern die eigene Verarbeitung und Erfahrung mit dieser Konfliktdynamik

4. Übertragungsbeziehungen

- ▶ Therapeut verfolgt die Darstellung dieser Konfliktdynamik, daraufhin wird versucht, den aktuellen Teil dieser Genese zu klären
- ▶ Im weiteren Schritt erst Zusammenhang zwischen dieser Dynamik und Kindheitserinnerungen
- ▶ Dafür gibt es nicht immer Kapazitäten, nur in besonderen Fällen

4. Übertragungsbeziehungen

- ▶ **Ausdrucks- und Kontaktverhalten des Therapeuten**
 - ▶ Therapeut kann und soll sich selbst als Person nicht isolieren
 - ▶ Seine eigene Art soll bestimmte Beziehungsfantasien anregen
- ▶ **Außertherapeutische Beziehungserfahrungen**
 - ▶ Die Einstellung gegenüber des Therapeuten wird durch Erfahrungen mit nahestehenden Bezugspersonen beeinflusst (z.B. Ehepartner), vor allem wenn diese konflikthaft sind/waren
 - ▶ Das Nichterfüllen der Beziehungserwartungen durch den Therapeuten kann dazu führen, dass der Patient zu einer „Erfahrungseinsicht“ kommt
- ▶ **Frühe Beziehungserfahrungen**
 - ▶ Intensive Bezugnahme auf Erlebnisse aus der Kindheit und Jugendzeit aus zeitlichen Gründen nur in besonderen Fällen möglich und sinnvoll

4. Übertragungsbeziehungen

Übertragungsbeziehung in der Psychoanalyse

- ▶ Die Übertragung des Patienten in wenigen Fällen eine unveränderte Reaktion auf seine Kindheitserfahrungen, sondern viel mehr auch durch aktuelle Beziehungserfahrungen geprägt -> vielfältigen Quellen der Übertragung
- ▶ Therapeut nicht dazu fähig, wo die Grenzen der Übertragung liegen, und wo die Realität beginnt

4. Übertragungsbeziehungen

Gegenübertragung als Reaktion und als Übertragung

- ▶ Der Therapeut ist nicht Spiegel der Übertragung des Patienten und seine Gegenübertragung kann nicht nur als Reflex der Übertragung des Patienten darstellen
- ▶ Therapeut ist auf bewusster und unbewusster Ebene als Mitagierender zu betrachten
- ▶ Unterschied zwischen psychoanalytischer Therapie und Psychoanalyse: Psychoanalyse über mehrere Jahre dauernde Therapie
- ▶ Übertragungsanalyse als Kernstück der Psychoanalyse, fast sogar als Synonym

4. Übertragungsbeziehungen

- ▶ Frühere Erfahrungen von Menschen (alte Gefühle, Erwartungen, Fantasien, Wünsche und Ängste) werden in aktuellen Beziehungen reaktiviert
- ▶ Übertragung findet in jeglicher Form von Kontakt zwischen Menschen statt
- ▶ Alte Beziehungsmuster werden in der therapeutischen Beziehung reaktiviert
 - ▶ Übertragung und Gegenübertragung
 - ▶ Dynamik zwischen dem Patienten und Therapeuten

4. Übertragungsbeziehungen

- ▶ Entdeckt durch Sigmund Freud in Situationen, in denen Patienten sich in den Therapeuten verliebten
- ▶ Wiederholung früherer Bindungswünsche oder traumatischer Ängste (bspw. in Bezug auf den Vater oder die Mutter)
- ▶ Abbildung der Schwierigkeiten des Patienten in der therapeutischen Beziehung

Diese kann zwei Züge annehmen:

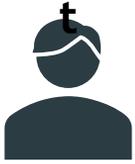
- ▶ positive Übertragung (Zuneigung, Zärtlichkeit, Liebe)
- ▶ negative Übertragung (Hass, Misstrauen)

4. Übertragungsbeziehungen

Unterscheidung zwischen

- ▶ komplementärer Identifizierung (als Interaktionspartner bzw. Objekt des Patienten)
 - ▶ Was löst der Patient in mir aus?
 - ▶ Zu welcher Handlung fühle ich mich ihm gegenüber gedrängt?
- ▶ konkordanter Identifizierung
 - ▶ Identifizierung mit dem Patienten
 - ▶ Emotionales und empathisches Aufgreifen der Anspielungen
- ▶ Möglicherweise können Eigenübertragungen des Therapeuten auf den Patienten stattfinden

Patient



Therapeutin



therapeutische
Beziehung deuten



Übertragungsbeziehung
als mehrstufiger
Prozess

Kindheitsbeziehungen
und -situation deuten



außertherapeutische
Beziehung deuten



4. Übertragungsbeziehungen

Grundsätzlich dient die Übertragungsbeziehung zur Erreichung folgender Ziele:

- ▶ Mitteilung von Beziehungserwartungen anregen
- ▶ Unbewusste Beziehungserwartungen und Verhaltensmuster aufrufen
- ▶ Entstehung dieser Erwartungen und Muster klären

5. Die Dialogbeziehung

- ▶ Die Dialogbeziehung zeigt den größten Unterschied zu allen anderen hier geschilderten Beziehungsformen, da sie in gewisser Hinsicht am meisten der Alltagskommunikation ähnelt.

Merkmale der Dialogbeziehungen

- ▶ Dialog. Ein wichtiges Kriterium des Dialogs ist die relative Gegenseitigkeit und "Gegenständigkeit"
- ▶ Durch den Dialog soll der Patient die Verschiedenheit des Therapeuten erleben, um sein eigenes Ich schärfer wahrnehmen zu können

5. Die Dialogbeziehung

Merkmale der Dialogbeziehungen

- ▶ Die Dialogbeziehung zeichnet sich durch relative Wechselseitigkeit aus (der Therapeut stellt nicht wie in der Übertragungsbeziehung Gegenfragen sondern antwortet mit seiner persönlichen Stellung.)
- ▶ Therapeut: Authentisch, konfrontiert den Patienten unmittelbar mit seiner persönlichen Reaktion
- ▶ Subjektivität: wohldosiert, rational abgewägt, mit Fachwissen verglichen

5. Die Dialogbeziehung

Merkmale der Dialogbeziehungen

- ▶ Bevor der Therapeut einen Sachverhalt offen deutet, teilt er seine Beobachtungen mit
- ▶ Meinung des Therapeuten kann durch stellvertretende Introspektion vermittelt werden
- ▶ Bei Patienten ohne Zugang zu eigenem Affekt und Selbstwahrnehmungstörung

5. Die Dialogbeziehung

Merkmale der Dialogbeziehungen

- ▶ Patient soll nicht auf Reaktionsweise verpflichtet, sondern nur auf deren Möglichkeit hingewiesen werden
- ▶ Resonanz: vom Therapeuten so formuliert, dass der Patient indirekt nachdrücklich mit der Wirkung seines Verhaltens konfrontiert wird, damit die Intervention nicht als Schuldzuweisung verstanden wird
- ▶ Patient soll Intervention nicht abwehren müssen, sondern diese zur Selbstauseinandersetzung nutzen

5. Die Dialogbeziehung

Merkmale der Dialogbeziehungen

- ▶ Therapeut muss sich vom Patienten beeinflussbar zeigen um seine Empathie-Fähigkeit anzuregen
- ▶ Therapeut übernimmt situativ die Ich- Funktionen der Patienten
- ▶ Therapeut muss sich mit der Spiegelung seines Widerstandes im Anderen auseinandersetzen
- ▶ Gefahr Dialogbeziehung: wenn sie nicht in der richtigen Dosierung sowie zum falschen Zeitpunkt erfolgt, oder wenn der Patient die Formulierung nicht annehmen kann

5. Die Dialogbeziehung

Funktionen der Dialogbeziehungen

- ▶ Therapeut macht sich als reale Person kenntlich und beeinflusst so das Übertragungsgeschehen
- ▶ Indem der Therapeut authentisch reagiert, macht er sich in seiner Alterität deutlich und hilft dem Patienten, zwischen Real-Objekt und dem externalisierten pathologischen Objekt zu unterscheiden
- ▶ Authentizität des Therapeuten stärkt Ich- Grenzen des Patienten und dessen Vertrauen

5. Die Dialogbeziehung

Funktionen der Dialogbeziehungen

- ▶ Fokus der Beziehung: nicht die innere Welt, sondern die Wirklichkeit zwischen Therapeuten und Patienten
- ▶ Unerwartete therapeutische Interaktion eröffnet dem Patienten die Möglichkeit eines "Neubeginns" in seinen Beziehungserwartungen
- ▶ Unerwartete therapeutische Interaktion eröffnet P. die Möglichkeit eines "Neubeginns" in seinen Beziehungserwartungen
- ▶ Aufgabe Therapeut: Überwindung der starren Rollenverteilung

5. Die Dialogbeziehung

Funktionen der Dialogbeziehungen

- ▶ Freud: Therapeut zeigt dem Patient wie ein Spiegel nur das, was ihm gezeigt wird
- ▶ Spiegel: nie völlig "Unverschmiert", Therapeut muss bei dieser Methode seinen Einfluss auf den Patienten besonders gut reflektieren
- ▶ Therapeut: nicht nur anonymer Techniker, da er hier auf seine professionelle Autorität verzichtet
- ▶ Unmittelbare Therapeuteninteraktion: Katalysator für die Introspektion des Patienten

5. Die Dialogbeziehung

Leitlinien der Dialogbeziehungen

- ▶ Bevor der Therapeut seine Gegenübertragung zur Verfügung stellt, muss er sie sich vorher deutlich machen (warum bewegt der Patient welche Emotionen?--> Bezug auf eigene Lebensgeschichte)
- ▶ Therapeut soll offen direktiv, aber auch stützend- ermutigend vorgehen. Er muss frei von unbewussten Widersprüchen sein um eine Kongruenz zu entwickeln
- ▶ "Container-Contained- Prinzip" (Induzierte Affekte abmildern, bevor man sie "zurückgibt")

5. Die Dialogbeziehung

Leitlinien der Dialogbeziehungen

- ▶ Gegenübertragung soll keine Objektivität beanspruchende Waffe, sondern ein subjektiv erscheinendes Angebot zur selbstverantwortlichen Auseinandersetzung sein
- ▶ Therapeut soll Patienten nicht mit Aussagen unterwerfen, sondern ihn lediglich Widerspruch ermöglichen
- ▶ Mitteilung an den Patienten soll nicht kränkend, muss aber dennoch ein Impuls zur Auseinandersetzung sein

5. Die Dialogbeziehung

Praxis von Dialogbeziehungen

- ▶ Bei Patienten ohne Zugang zu eigenem Affekt und Selbstwahrnehmungsstörung
- ▶ Beziehung zum Patienten durch bedingungsfreies Akzeptieren bzw. diatrophische Haltung
- ▶ Therapeut sollte Patienten zustimmen ohne in "gönnenhaften Ton" zu verfallen
- ▶ Wohlwollen und Interesse am Patienten geschieht weitestgehend subtil durch Nuancen in der Sprache und nonverbalem Verhalten

5. Die Dialogbeziehung

Praxis von Dialogbeziehungen

- ▶ Bei Patienten mit gestörtem Urvertrauen muss der Therapeut die Bedürf-, und Erlebnisse ausdrücklich bestätigen und anerkennen um ihnen Mut zur (Selbst-)Verwirklichung zu geben
- ▶ Therapeut muss den Patienten aber auch auf Widersprüche bspw. in verbalem und nonverbalem Verhalten hinweisen sowie auf Sachverhalte aufmerksam machen, die außerhalb der Selbstwahrnehmung liegen

5. Die Dialogbeziehung

Praxis von Dialogbeziehungen

- ▶ Bevor der Therapeut einen Sachverhalt deutet, teilt er seine Beobachtungen mit
- ▶ Der Therapeut muss sehr behutsam und reflektiert einer therapeutischen Rollendiffusion entgegenwirken