

**Über die Bedeutung der therapeutischen Beziehung
im Rahmen einer psychodynamischen Psychotherapie
am Fallbeispiel einer strukturell gestörten Patientin**

Schriftliche Arbeit zum zweiten Teil
der Facharztprüfung Psychiatrie und Psychotherapie

Autorin: Dr. med. Selma Baldursson

Datum der Abfassung: November 2019

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	2
1.1. Theoretischer Kontext und Problemdefinition.....	2
1.2. Methodenspezifische Theorie.....	3
1.3. Hypothesen.....	3
1.4. Eigener Standort als Therapeutin.....	4
2. Patientin und Behandlungsmethode(n)	5
2.1. Fallpräsentation.....	5
2.1.1. Zuweisungsumstände/ Behandlungsanlass.....	5
2.1.2. Biografische Anamnese (inkl. psychiatrischer und Substanzanamnese).....	5
2.1.3. Psychopathologischer Befund nach AMDP bei Behandlungsbeginn.....	7
2.2. Beschreibung der Behandlungsmethode(n) und des Behandlungssettings.....	7
3. Ergebnisse	8
3.1. Behandlungsverlauf und selektive Behandlungsausschnitte.....	8
3.2. Erreichte Veränderung/ Reflexion des Behandlungsverlaufs und der Ergebnisse.....	12
4. Diskussion	14
4.1. Reflexion/ kritische Auseinandersetzung mit den Ergebnissen.....	14
4.2. Diskussion der Ergebnisse im Hinblick auf theoretischen Kontext und Hypothesen.....	15
5. Schussfolgerung	16
6. Literaturverzeichnis	18

1. Einleitung

1.1. Theoretischer Kontext und Problemdefinition

In Zeiten zunehmender Ökonomisierung der medizinischen Versorgung gewinnt der Nachweis der Wirksamkeit psychotherapeutischer Massnahmen mehr an Gewicht. Kostenträger erwarten die Anwendung evidenzbasierter Methoden nach State of the Art, deren Wirksamkeit durch die empirische Psychotherapieforschung belegt ist.

Die systematische empirische Psychotherapieforschung entwickelte sich ab ca. 1950 zunächst mit der Erforschung der allgemeinen und später der spezifischen Wirksamkeit von Psychotherapien. Es wurde unter anderem versucht, Wirkfaktoren zu definieren, die in "störungsspezifische" und "unspezifische, allgemeine" eingeteilt wurden. In der vorliegenden Arbeit möchte ich mich vor allem mit dem Wirkfaktor "therapeutische Beziehung" auseinandersetzen, der der Kategorie "unspezifisch, allgemein" zugeordnet wird. Es wurden Messinstrumente konstruiert, die die Qualität der therapeutischen Beziehung und ihren Bezug zum Outcome erfassen sollten. Die drei bekanntesten psychometrischen Messinstrumente zur Beurteilung der therapeutischen Beziehung sind die Fragebögen: California Psychotherapy Alliance Scale (9), Working Alliance Inventory (10) und Penn Helping Alliance Questionnaire (15). Zur Beurteilung des Outcomes wurden in der Forschung verschiedene Kriterien definiert, z. B.: Therapieabbruchraten (12), Rehospitalisierungsraten (4), Funktionsniveau (18) und Lebensqualität (17), um nur einige zu nennen.

Mittlerweile wird die klinische Erfahrung, dass die therapeutische Beziehung ausschlaggebend für das Outcome der Behandlung ist, von der wissenschaftlichen Psychotherapieforschung bestätigt (16;11) und sie wird sogar als zentraler, grundlegender Wirkfaktor bezeichnet (8). Luborsky et al. stimmten dem 1936 von S. Rosenzweig aufgestellten "Dodo-Bird-Verdikt" zu, indem sie 1975 in einer Therapievergleichsstudie konstatierten, dass die verschiedenen Psychotherapieverfahren zu vergleichbaren Behandlungsergebnissen kamen, wofür sie vor allem die Qualität der therapeutischen Beziehung verantwortlich machten (19;14).

Es kann also festgehalten werden, dass sich die Fachwelt über die schulübergreifende Wirksamkeit und Relevanz der therapeutischen Beziehung einig ist. Es bleibt jedoch die Frage, wodurch sie dies erreicht. Welche Faktoren beeinflussen die Qualität der therapeutischen Beziehung und erhöhen ihre Wirksamkeit? Transferiert in die klinische Praxis zeigt die Beantwortung der Frage, wie die therapeutische Beziehung gestaltet werden kann, um für den Patienten möglichst hilfreich zu sein und das Outcome zu verbessern.

1.2. Methodenspezifische Theorie

In den psychoanalytischen und psychodynamischen Psychotherapien nimmt die therapeutische Beziehungsgestaltung einen zentralen Stellenwert ein, da der therapeutische Prozess selber aus der Bearbeitung der vom Patienten unbewusst inszenierten therapeutischen Beziehung besteht. Vom Patienten werden internalisierte Subjekt-Objekt-Erfahrungen innerhalb der therapeutischen Beziehung externalisiert und dabei die inneren Objektbilder auf den Therapeuten projiziert (2). Dabei kann sich der Therapeut bewusst als Projektionsfläche anbieten und die Projektionen vor dem Hintergrund des Wissens über die Kindheitserfahrungen des Patienten analysieren und deuten. Denn hierbei handelt es sich um unbewusste Anteile des Patienten, unter denen er zwar leidet, die von ihm jedoch nicht verbalisiert sondern nur durch Agieren reinszeniert werden können (2) – ein Vorgang, der von Freud als "Wiederholungszwang" bezeichnet wurde. Die Übertragung vom Patienten auf den Therapeuten lösen beim Therapeuten wiederum Gegenübertragungsgedanken und -gefühle aus, die in der psychoanalytischen und psychodynamischen Therapie für den therapeutischen Prozess genutzt werden. Dies setzt voraus, dass der Therapeut bereit ist, die in ihm entstehenden Gegenübertragungsphänomene zuzulassen und wahrzunehmen, um sie anschliessend analysieren zu können. Es inkludiert auch die reflexive und kritische Auseinandersetzung mit dem eigenen therapeutischen Handeln. Die Übertragung und Gegenübertragung sowie deren Analyse und die Durcharbeitung der interpersonellen Prozesse ist also Gegenstand der psychoanalytischen/ psychodynamischen Therapie. Dabei findet die Bearbeitung nicht nur auf der verbalen, sondern vor allem auf non-verbalen Ebenen im Rahmen des intersubjektiven Beziehungsfeldes statt.

1.3. Hypothesen

Die unter 1.2. formulierten theoretischen Grundlagen führen zu dem Schluss, dass die therapeutische Beziehung in einer psychoanalytischen/ psychodynamischen Therapie der zu bearbeitende Gegenstand ist. Meines Erachtens kann sie daher nicht von der Therapie selber abstrahiert werden. Es stellt sich somit die Frage, ob die Bezeichnung der therapeutischen Beziehung als "unspezifischer, allgemeiner Wirkfaktor" im Rahmen einer psychoanalytischen/ psychodynamischen Therapie zutreffend ist oder ob sie in diesem Rahmen nicht eher den entscheidenden methodenspezifischen Wirkfaktor darstellt, der schliesslich die Qualität der Behandlung ausmacht.

Die vorliegende Arbeit ist die klinische Untersuchung der Bedeutung der therapeutischen Beziehungsgestaltung im Rahmen einer psychodynamischen Psychotherapie mit einer strukturell gestörten Patientin. Ich gehe zunächst von der Hypothese aus, dass die therapeutische Beziehung in diesem Fallbeispiel der Hauptwirkfaktor war. Des Weiteren halte

ich die gewählte Behandlungsmethode verantwortlich für die Qualität der therapeutischen Beziehung und somit für ihre Wirksamkeit. Beispielhaft möchte ich an dem Behandlungsverlauf aufzeigen, dass die therapeutische Beziehung im Rahmen einer psychodynamischen Therapie nicht von der Behandlungstechnik (vor allem der Übertragungs- und Gegenübertragungsanalyse und -deutung) abstrahiert werden kann. Die Behandlungsmethode ist daher verantwortlich für die Qualität der Beziehung. Im Rückkehrschluss bedeutet dies, dass die therapeutische Beziehung im Rahmen einer psychoanalytischen/ psychodynamischen Therapie kein unspezifischer sondern einen methodenspezifischer Wirkfaktor ist.

Zur Beurteilung des Therapieerfolgs werde ich die unter 1.1. genannten Outcome-Kriterien berücksichtigen. Ferner dient mir im Folgenden die reflexive Auseinandersetzung mit dem Therapieverlauf sowie mit dem eigenen therapeutischen Handeln als Instrument zur Beurteilung des Fallbeispiels. Dabei werde ich mich an operationalisierten Kriterien orientieren.

1.4. Eigener Standort als Therapeutin

Grundlage für mein therapeutisches Arbeiten bildet die psychoanalytische/ psychodynamische Theorie mit den Erklärungsmodellen psychoanalytischer Theoretiker und deren Weiterentwickler (v.a. S. Freud, M. Klein, D. Winnicott, W. Bion, A. Green, O. Kernberg, P. Fonagy). Die Einflüsse der Objektbeziehungstheorie, der intersubjektiven Wende sowie der Arbeit Kernbergs halte ich als Erweiterung der klassischen Theorien für wichtig. Insbesondere der Analyse der Struktur des Patienten gemäss OPD-2 vor dem Hintergrund frühkindlicher Beziehungserfahrungen kommt in meiner Arbeit eine Schlüsselrolle zu, da ich hieraus mein Krankheitsmodell und -konzept und somit die Behandlungsplanung und -gestaltung beim jeweiligen Patienten entwickle. Je niedriger das Strukturniveau des Patienten, desto supportiver ist mein anfängliches Vorgehen. Hierbei arbeite ich eklektisch, gehe eher mentalisierungsbasiert und/ oder mit verhaltenstherapeutischen Interventionen (z.B. Skills zur Emotions- und Stressregulation) vor. Höher strukturierten Patienten mute ich mehr Konfrontation - d.h. auch mehr Deutungen - zu.

Mein grundsätzliches Anliegen ist es, den Patienten Raum und Unterstützung für das Erkennen und die Bearbeitung der eigenen unbewussten psychodynamischen Vorgänge zu geben. Meine Grundhaltung ist dabei empathisch, authentisch und wertschätzend. Ich lasse mich im Sinne eines intersubjektiven Arbeitens in die entstehende Dynamik ein und nutze die Analyse der Übertragung und Gegenübertragung als Behandlungsinstrument. Konklusiv würde ich mich als psychodynamisch arbeitende Therapeutin mit methodenintegriertem Vorgehen bezeichnen.

Gleichwohl sehe ich mein therapeutisches Arbeiten als einen Prozess, der sich in der

Weiterentwicklung befindet und den ich durch das Erlernen weiterer therapeutischer Techniken zu vertiefen beabsichtige. Der im Folgenden beschriebene Behandlungszeitraum, der sich insgesamt über fast 4 Jahre erstreckte, war nicht nur von der im therapeutischen Prozess begleiteten Entwicklung der Patientin sondern auch von meiner fachlichen Weiterbildung geprägt. Zu Behandlungsbeginn befand ich mich am Anfang der Ausbildung zur Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie im zweiten fachspezifischen Jahr auf der Akutabteilung einer kantonalen stationären psychiatrischen Einrichtung, noch vor dem Beginn der ärztlichen Psychotherapieausbildung. Während des Behandlungszeitraumes schloss ich eine dreijährige Psychotherapieausbildung an der Universität Zürich ab, die konzeptuell aus einem modellübergreifenden, integrierten und einem modellspezifischen Ausbildungsteil besteht. Als modellspezifischen Teil wählte ich den psychoanalytischen Track. Somit fand während des Behandlungsverlaufs ein Teil der Formung meiner psychotherapeutischen Identität statt, was immer wieder auch auf die Behandlung Einfluss nahm.

2. Patientin und Behandlungsmethode(n)

2.1. Fallpräsentation

Bei strukturell gestörten Patienten besteht in der Regel aufgrund frühkindlicher Beziehungserfahrungen ein ausgeprägtes Defizit in der Beziehungsgestaltung. Dies erschwert und intensiviert die psychotherapeutische Beziehung und sollte durch sie im Sinne einer korrektiven Beziehungserfahrung behandelt werden. Aus diesem Grund wurde in der vorliegenden Arbeit die Behandlung einer strukturell gestörten Patientin als Fallbeispiel gewählt. Bei der vorliegenden Fallbeschreibung wird ein therapeutischer Prozess dargestellt, der sich über einen fast 4jährigen Zeitraum von November 2015 bis September 2019 erstreckte.

2.1.1. Zuweisungsumstände/ Behandlungsanlass

Die Zuweisung zum stationären Aufenthalt erfolgte per FU vom diensthabenden Notfallpsychiater aufgrund eines psychotischen Zustandsbildes mit nicht auszuschliessender Selbstgefährdung. Zu Behandlungsbeginn bestand bei der Patientin weder Krankheitseinsicht noch Therapiemotivation. Nach Abklingen des akuten Zustandsbildes wurde offenbar, dass die psychotische Episode als Regression auf ein tieferes Ich-Strukturturniveau mit beginnender Auflösung der Ich-Struktur im Rahmen einer strukturellen Störung zu interpretieren war. Die Patientin zeigte sich im weiteren Verlauf introspektionsfähig und motiviert für ein therapeutisches Arbeiten an der strukturellen Problematik.

2.1.2. Biografische Anamnese (inkl. psychiatrischer und Substanzanamnese)

(Zum Schutz der Patientin erfolgt für die Publikation eine Anonymisierung und Kürzung der anamnestischen Angaben, Anm. der Ref.) Die Patientin (Fr. X.) sei 1984 als einziges Kind ihrer

alkoholabhängigen Eltern geboren. Die Trennung der Eltern sei 1990 erfolgt, danach sei Fr. X. 6 Monate bei der Mutter geblieben und dann zum Vater und dessen neuer Lebensgefährtin und ihrem Kind aus einer vorherigen Beziehung gezogen. Aufgrund familiärer Schwierigkeiten sei sie 1995 in ein Kinderheim gekommen. Im Anschluss Aufenthalte bei verschiedenen Pflege- und Tagesfamilien, zu denen kein Kontakt mehr bestehe. Aufgrund von Verwahrlosung und "Schule-schwänzen" habe sie schliesslich in ein Schul- und Wohnzentrum eintreten müssen, wo sie psychische und physische Gewalt durch andere Jugendliche erfahren habe. Fr. X. gibt an, damals Cannabis (wenige Male) und Alkohol konsumiert und sich selbst verletzt zu haben. Es persistieren multiple, vorwiegend parallel angeordnete Narben von Schnittverletzungen an den Unterarmen beidseits. Zudem begann die Patientin damals mit dem Nikotinabusus, der sich bis zum aktuellen Zeitpunkt fortsetzt. Der Aufenthalt in einem Therapieheim von 1998 bis 2001 schien der Patientin erstmals die Möglichkeit einer positiven Entwicklung geboten zu haben. Sie habe die Realschule abschliessen sowie im Anschluss eine Lehre als Logistikkassistentin beginnen können. Nach dem ersten Lehrjahr habe sie aufgrund interpersoneller Schwierigkeiten die Lehre abgebrochen, sie jedoch nach einiger Zeit in einem anderen Kanton fortsetzen und nach einem Jahr zum Abschluss (EBA) bringen können. Während des zweiten Lehrjahres habe sie mit ihrem damaligen Partner zusammengelebt, der ihr gegenüber körperliche Gewalt ausgeübt habe (u.a. Schläge, Drosseln, sexuelle Gewalt). Sie habe sich nur durch einen anderen Mann von ihm lösen können und sei 2010 wieder zur ihrer Mutter gezogen. 2011 sei es aufgrund einer psychotischen Dekompensation bei psychosozialer Belastungssituation zur ersten Klinikeinweisung gekommen. Zwar sei sie in ambulanten psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlungen gewesen (insgesamt bei zwei niedergelassenen Psychiatern), habe jedoch die Termine nicht regelmässig wahrgenommen. In den folgenden Jahren habe sich die Patientin nochmals stabilisieren, in eine eigene Wohnung ziehen und sich auf eine Partnerschaft einlassen sowie arbeiten können. Nach Beendigung der Beziehung und aufgrund einer Karzinomkrankung der Mutter sei Fr. X. Jedoch erneut zur Mutter gezogen, um diese zu unterstützen. Dies habe nochmals zu Dekompensationen geführt, die in Klinikeinweisungen per FU jeweils aufgrund einer akuten Psychose im Februar 2014 sowie im November 2015 gemündet hätten.

Im Januar 2016 erfolgte der Austritt aus der psychiatrischen Klinik. Fr. X. wohnte zunächst in einem Traversa-Wohnhaus und konnte schliesslich ab Frühjahr 2019 eigenständig wohnen. Es fanden berufliche Massnahmen mit Hilfe der IV statt mit dem Ziel der Wiedereingliederung in den ersten Arbeitsmarkt. Sie habe sich einen Freundeskreis aufgebaut und sei eine Beziehung zu einem um 20 Jahre älteren Mann eingegangen. Die Mutter der Patientin sei im März 2017 an dem Karzinom, das ins Gehirn metastasiert sei, verstorben. Zum weiterhin alkoholabhängigen Vater bestehe regelmässiger Kontakt. In psychischen Belastungssituationen griff auch die

Patientin zu Alkohol als dysfunktionale Lösungsstrategie, war sich jedoch des Problems bewusst. Unter einer monatlichen Depotinjektion mit Abilify Maintena 400 mg kam es zu keiner erneuten psychotischen Episode. Die Injektion wurde vom Hausarzt durchgeführt, um die therapeutische Beziehung zur Referentin nicht durch eine invasive körperliche Grenzverletzung zu belasten.

2.1.3. Psychopathologischer Befund nach AMDP bei Behandlungsbeginn

31jährige Patientin in regelhaftem Allgemein- und Ernährungszustand. Im äusseren Erscheinungsbild von kleinem Wuchs und jugendlich-burschikos gekleidet, dabei deutlich jünger, fast kindlich wirkend. Im Kontakt zurückhaltend, paranoid-misstrauisch, teilweise mutistisch. Die Patientin ist wach und bewusstseinsklar. Die Orientierung zu Person und Ort ist erhalten, es besteht jedoch eine situative und zeitliche Orientierungsstörung. Aufmerksamkeit und Mnestik sind ebenfalls gestört. Psychopathologisch imponieren vor allem inhaltliche Denkstörungen in Form eines Wahnsystems mit hoher Wahndynamik. Die Patientin leidet unter Verfolgungs- und Beziehungswahn sowie Wahnwahrnehmungen. Das Wahngebäude ist jedoch nicht vollständig konsistent und für die Patientin teilweise irritierend, da ihr nicht alle Wahrnehmungen verständlich und erklärbar erscheinen. Sinnestäuschungen und Halluzinationen können nicht sicher ausgeschlossen werden. Im formalen Denken ideenflüchtig und vorbeiredend, sprunghaft. Die Patientin berichtet von Gedankendrängen und Gedankenabriss. Im Affekt angespannt und ängstlich, dabei affektstarr. Der affektive Rapport ist nicht herstellbar und die Patientin nicht schwingungsfähig. Psychomotorisch angetrieben. Ausgeprägte Insomnie seit mehreren Wochen. Kein Hinweis auf Femdgefährdung. Von Suizidgedanken kann die Patientin sich distanzieren, sie gibt jedoch an, am liebsten "fortgehen" oder sich "auflösen" zu wollen.

2.2. Beschreibung der Behandlungsmethode(n) und des Behandlungssettings

Der Behandlungsbeginn erfolgte im stationären Setting auf einer Akutstation - der Behandlungsschwerpunkt war somit zunächst ein akut- und sozialpsychiatrischer. Nach der Entlassung der Patientin wurde die Therapie im ambulanten Setting mit wöchentlichen 50-minütigen Einzelgesprächen fortgesetzt. Hierbei stellte die Referentin - wie bereits unter 1.4. beschrieben – eine prozesshafte Veränderung aufgrund der therapeutischen Entwicklung der Patientin und der fachlichen Entwicklung der Referentin fest. Es konnte der Fokus, der anfänglich auf der Installation äusserer Lebensbedingungen zur Stabilisierung der Patientin lag, allmählich auf die inneren Prozesse verlagert und die Introspektionsfähigkeit der Patientin ausgebaut werden.

Somit fand neben dem Wechsel des Behandlungssetting von akut-stationär auf ambulant

(jeweils im Einzelsetting) auch eine prozesshafte Entwicklung der therapeutischen Beziehung statt. Von Seiten der Referentin wurde versucht, methodenintegriert zu arbeiten (siehe 1.4.), wobei das psychodynamische therapeutische Denken stets die Grundlage bildete.

3. Ergebnisse

3.1. Behandlungsverlauf und selektive Behandlungsausschnitte

Der grundsätzlich psychodynamische Therapieansatz der Referentin forderte bei Behandlungsbeginn zunächst aufgrund des paranoid-ablehnenden Verhaltens der psychotisch dekompenzierten Patientin viel Containment von Behandlerseite (6). Fr. X. verweigerte anfänglich Gespräche, musterte die Mitmenschen misstrauisch mit halb zugekniffenen Augen und schlich eng an die Wände gedrückt über die Flure der Akutabteilung. Vorwiegend war sie der Referentin gegenüber mutistisch. Wenn sie überhaupt etwas sagte, dann nur flüsternd mit verängstigten Blicken zu allen Seiten - als wolle sie überprüfen, ob es ungebetene Mithörer gebe. Die kleine, dunkelhaarige, jugendlich aussehende Frau wirkte dabei wie ein verlorengegangenes Kind, das verzweifelt versucht, die fremde Welt um sich herum, von der sie nichts Gutes zu erwarten habe, zu begreifen. Von Beginn an vermochte Fr. X. bei der Referentin starke Übertragungs- und Gegenübertragungsgefühle auszulösen: in der Übertragung wurde die Hilflosigkeit wahrgenommen, in der Gegenübertragung der Wunsch, Protektion zu bieten. Trotz des paranoiden und ablehnenden Verhaltens der Patientin hielt die Referentin ihr Beziehungsangebot aufrecht, lud Fr. X. immer wieder zu Gesprächen im geschützten Rahmen ein. Durch diese erste Intervention des "Haltens" gemäss Winnicott (7) gelang es, Zugang zu Fr. X. zu gewinnen und damit den therapeutischen Prozess anzustossen. Als es schliesslich zum ersten Einlassen der Patientin auf das Gesprächsangebot kam, entlud sich die Anspannung von Fr. X. gewehrsalvenartig, die Referentin wurde von der ad hoc logorrhöischen Patientin überschüttet mit inkohärenten, wirr durcheinander hüpfenden Gedanken, die teilweise zu einem Wahnsystem miteinander verwobenen waren und teilweise losgelöst ohne Verbindung zueinander fragmentarisch abgespalten um die Aufmerksamkeit der Patientin konkurrierten. Fr. X. war offensichtlich aus mir zum damaligen Zeitpunkt unbekanntem Gründen vollständig überfordert und befand sich in der Auflösung ihrer Ich-Grenzen. Die Referentin sah ihre Aufgabe vor allem darin, der Patientin ein verlässliches Gegenüber in der Welt des Chaos zu bieten. Schliesslich konnte die Referentin die Patientin überzeugen, Neuroleptika einzunehmen, was in der Folge die Zustandsbesserung forcierte. Es folgte eine Phase der psychischen Erschöpfung bei der Patientin und schliesslich eine Phase, die vom Ordnen und Organisieren anstehender Lebensthemen dominiert war, v. a. der Wohn- und Versicherungssituation sowie der finanziellen Situation. Auch bzgl. dieser pragmatischen Lebensthemen haltgebend und supportiv zur Seite zu stehen empfand die Referentin als eine therapeutische Aufgabe im Rahmen sozialpsychiatrischer Institutionen. Auch in unangenehmen, belastenden Situationen weiterhin

für eine therapeutische Besprechung des Erlebten zur Verfügung zu stehen stärkt den therapeutischen Effekt im Sinne des "limited reparenting" (24) und trägt zur Vertrauensfestigung bei. In der Situation mit Fr. X. ging es zusätzlich noch darum, ein Netzwerkgespräch zu initiieren, zu dem auch die seit der Kindheit involvierte Beiständin sowie der Sozialdienst des Spitals miteinbezogen wurden. Das therapeutische Ziel der Referentin dabei war, die Aussenwelt für Fr. X. als unterstützend erlebbar zu machen und die sie belastenden Themen, die zu ihrer Dekompensation beigetragen hatten, zu bündeln und damit ihr die Möglichkeit zu geben, sie als bewältigbar zu erleben. D.h. letztlich in Anlehnung an Bion die "unreifen Beta-Elemente" in "reife Alpha-Elemente" umzuwandeln (5).

Beim Austritt aus der Klinik waren die inhaltlichen und formalen Denkstörungen sistiert. Die Patientin konnte den stationären Rahmen nutzen, um aus der Psychose zu kommen und ihre Ich-Strukturen wieder zu festigen, jedoch lag nun die Arbeit an den strukturellen Störungen vor uns. Es wurde die Weiterführung der Behandlung im ambulanten Rahmen vereinbart. Es zeigte sich deutlich, dass Fr. X. zunächst Mühe hatte, die Orientierung im Leben ohne den stützenden stationären Rahmen aufrecht zu halten. Sie war in ein Wohnheim der Traversa gezogen und hatte eine vom Sozialamt vermittelte Tätigkeit bei der Caritas in der Logistik übernommen. In beiden Bereichen fühlte sie sich jedoch "deplatziert" und nutzte die Sitzungen bei der Referentin dazu, beharrlich ihren Unmut darüber zu äussern. Häufiges Verschlafen mit Verspätungen am Arbeitsplatz waren Folgen der inneren Abwehr gegen die unliebsame Situation, die sie - gemäss des von Freud postulierten Wiederholungszwanges - selbst reinszenierte und als Fortsetzung der ungewollten Platzierungen in der Kindheit erlebte. Immer wieder kam es zu Situationen, die zeigten, wie schwer es der Patientin fiel, das Objekt als sicher zugewandt zu internalisieren. Die therapeutische Beziehung wurde von Seiten der Patientin daher mehrmals auf die Probe gestellt. Um dies therapeutisch nutzen zu können, wurde der Patientin das Verhalten gespiegelt. Fr. X. wurde ermutigt, ihre Kritik am Objekt (d.h. an der Referentin) zu äussern, um exemplarisch zu erfahren, dass dies keinesfalls einen Beziehungsabbruch bedeuten muss, sondern produktiv genutzt werden kann, um weitere Entwicklungen zu ermöglichen. Dadurch wurde an der Integration der abgespaltenen Anteile gearbeitet. Es wurde deutlich, dass die Regulationen ihres Selbstwertes und ihrer Affekte über Beziehungen stattfand. Die Projektion der Unzufriedenheit mit ihrer eigenen Situation auf die therapeutische Beziehung konnte bearbeitet werden.

Auch bei der Beziehungsgestaltung ihrer Partnerschaften zeigte sich die Patientin im Konflikt Abhängigkeit versus Autonomie gemäss der OPD-2-Konflikt-Achse hauptsächlich im passiven, mitunter aber auch im aktiven Modus. Über mehrere Monate stand die Arbeit an der Gestaltung der Partnerschaft im Vordergrund. So erschien Fr. X. zu einer Sitzung affektiv aufgewühlt, mit zu

Behandlungsbeginn unterschwelliger und bei fortschreitendem Sitzungsverlauf immer stärker zu Tage tretender Aggression, die sich teilweise auch in gereizten Äusserungen gegenüber der Referentin entlud. Der innere Wunsch, mich dieser unangenehmen Situation auf wundersame Weise entziehen zu können, und die Genervtheit über meine Patientin, die mich in eine solch unangenehme Lage gebracht hatte, wurde von mir ruhig zur Kenntnis genommen - im Wissen, sie mit meinen Übertragungs- und Gegenübertragungsgefühlen aktuell nicht belasten zu können, da sie ja bereits mit ihren eigenen Affekten überfordert war. Ich konzentrierte mich darauf, die dominante und die abgewehrte Dyade (gemäss TFP nach Kernberg) in dieser Sitzung erkennen zu können (3). Vor mir sass eine rohrspatzartig schimpfende Patientin, die sich über ihren Partner beschwerte. Meine Versuche, ihre wütenden Äusserungen in affektiv neutrale Anliegen umzuformen, wurden verärgert von ihr abgeschmettert. Unter den ausgelebten Aggressionen wurde der Wunsch der Patientin nach Zuwendung, nach Nähe und Umsorgt-sein deutlich. Nach dem Erkennen des eigentlichen Bedürfnisses der Patientin wurde mir die Verletztheit von Fr. X. klar, die daraus entstand, dass sie von dem Menschen (ihrem Partner), von dem sie sich eine symbiotische Nähe ersehnte, restriktiv behandelt und ihr dadurch eine Zuwendung in einem für sie sättigendem Mass verwehrt wurde. Zusätzlich nutzte der Partner die Bedürftigkeit der Patientin, um seine Forderungen zu stellen: er verbot ihr, ihm nach 22 Uhr abends eine Sms zu schreiben, andernfalls werde er sie für mindestens 24 Std nicht kontaktieren; er treffe sich nur 2 Mal wochentags mit ihr, mehr dürfe sie nicht fordern; sie dürfe beim Ausgehen mit ihm keinen Alkohol konsumieren, andernfalls werde er sie die restliche Woche nicht mehr treffen; usw.. Fr. X.s Partner erwies sich als erfinderisch, was die Reglementierung der Beziehung nach seinem Gusto betraf. Und sie fügte sich seinen Regeln - aus Angst, ihn andernfalls möglicherweise zu verlieren. Die Anpassung an die Wünsche des Partners führte dazu, dass Fr. X. ihre eigenen Bedürfnisse verleugnete, und die Verleugnung der Bedürfnisse wiederum dazu, dass Fr. X. keine Befriedigung in der Beziehung fand, so wie bereits in der Kindheit ihre Bedürfnisse nicht durch eine sichere Bindung zu den Eltern befriedigt werden konnten. Die Referentin arbeitete zunächst daran, Fr. X. das Erkennen der Psychodynamik hinter der aktuellen Paarsituation zu ermöglichen. Es konnte herausgearbeitet werden, was genau der Partner von der Patientin verlangte, was dies in ihr auslöste und wie genau sie sich in der Folge ihm gegenüber äusserte und verhielt. Im Anschluss wurde Fr. X. von der Referentin mit den offensichtlich bestehenden Widersprüchen konfrontiert: "Sie sagen, dass Sie es gut finden, dass Ihr Freund Ihnen klare Grenzen setzt und Sie diese Klarheit als positiv und wertschätzend bewerten - aber jetzt im Moment erlebe ich Sie verärgert darüber, dass er Ihnen begrenzte Aufmerksamkeit gibt und Sie sich dadurch vernachlässigt fühlen. Können Sie mir das erklären?" Fr. X. konnte ihre Zerrissenheit zwischen dem Wunsch, es ihm recht machen und sich seinen Forderungen anpassen zu wollen und den eigenen Bedürfnissen nach Nähe und Zuwendung erkennen. Im Anschluss wurde mit der Patientin am Erkennen und Benennen

der eigenen Bedürfnisse gearbeitet. In den darauf folgenden Sitzungen teilte Fr. X. mit, dass es ihr gelungen sei, ihre Bedürfnisse dem Freund mitzuteilen. Sie habe jedoch den Eindruck, dass er nicht auf sie eingehe, ihre Bedürfnisse seien ihm egal. Da die Patientin dies nahezu emotional unbeteiligt berichtete, fast so, als ginge es nicht um sie, bot die Referentin eine "Hilfs-Ich"-Funktion an, in dem sie ersatzweise emotional reagierte: "das würde mich aber verletzen, wenn ich den Eindruck hätte, dass meinem Partner meine Bedürfnisse völlig egal wären!" Schliesslich konnte die Patientin ihre Trauer darüber zeigen, dass sie sich erneut als nicht angenommen erlebte, und konnte die von der Referentin gewagte biografische Deutung, die auf die Parallele zur in der Kindheit erlernten Beziehungsgestaltung zielte, nachvollziehen. Die folgende Sitzung eröffnete Fr. X. mit den Worten: "Mein Freund will nicht, dass ich in der Therapie über ihn oder die Beziehung spreche." Da meinem Klärungsversuch "wieso nicht?" keine Antwort folgte, fragte ich "und was jetzt?" - damit wollte ich der Patientin die Verantwortung für die Entscheidung des weiteren Vorgehens überlassen. Sie entschied sich für ihre Bedürfnisse und sprach erneut über den Freund und die Beziehung. In der kommenden Woche jedoch begann sie unvermittelt ein völlig neues und fremdes Thema. Daraufhin konfrontierte ich sie direkt mit meiner Vermutung, dass sie das Thema Partner und Partnerschaft vermeiden wolle, weil sie in dem Konflikt sei, sich zwischen den Forderungen des Freundes und den eigenen Bedürfnissen entscheiden zu müssen. Dies bestätigte sie mir. Es folgte die Klärung, was dies für sie bedeute und die Konfrontation mit ihrem Wunsch nach einer symbiotischen Dyade, für die sie bereit ist, Ich-Anteile und eigene Bedürfnisse aufzugeben.

Fr. X. entschloss sich zwar, die Beziehung wie gehabt fortzuführen, fing aber in der Folge an, zusätzliche 'Affären' einzugehen, um ihr Bedürfnis nach mehr Nähe befriedigen zu können. Dabei handelte es sich um Männer, mit denen sie bisher nur befreundet gewesen war und die sie sporadisch immer wieder traf, um mit ihnen auch intim zu werden. Fr. X. berichtete, dass es ihr nicht um die Sexualität ginge, sondern nur um die Nähe und das Gefühl des Geborgen-Seins, sie jedoch den Geschlechtsverkehr vollzog, weil der jeweilige Mann es so wolle. In manchen Sitzungen schien die Patientin mich zu moralischen Äusserungen provozieren zu wollen. Dies sprach ich direkt an: "Fr. X., ich habe den Eindruck, dass Sie von mir eine moralische Haltung hören wollen. Vielleicht möchten Sie, dass ich einen elterlichen strafenden Part übernehme. Meiner Meinung nach geht es nicht um eine Bewertung Ihres Verhaltens sondern um die Frage, warum Sie sich so verhalten und was das mit Ihnen macht." Damit wollte ich dem erneuten Spaltungsversuch der Patientin mit dem Ziel, bei mir eine projektive Identifikation entweder mit ihrem inneren strafenden oder dem vernachlässigenden Objekt zu provozieren, entgegen wirken und durch eine nicht-wertende und gleichzeitig kümmernde Haltung die Integration ihrer abgespaltenen Anteile fördern. Dies konnte die Patientin annehmen. Sie konnte sich das Offensichtliche erarbeiten: sie suchte in den 'Seitensprüngen'

das, was sie in der Beziehung nicht bekam. Ein schlechtes Gewissen hatte sie nicht. Aber sie merkte, dass dies sie dem Partner entfremdete. Sie wurde ihm gegenüber misstrauisch und stellte seine Treue in Frage. Sie distanzierte sich von ihm. Es kam die Frage auf, ob sie sich von ihm distanzierte, um sich Autonomie zu wahren. Im weiteren Behandlungsverlauf lag weiterhin ein Fokus der Therapie darauf, mit ihr zu erarbeiten, wie sie ihre fragmentierten Selbstanteile und ihr dichotomes Erleben von verfolgendem und vernachlässigendem Objekten zusammenführen und wie sie die eigenen Grenzen und Bedürfnisse mit denen der ihr nahestehenden Personen in Einklang bringen konnte.

3.2. Erreichte Veränderung/ Reflexion des Behandlungsverlaufs und der Ergebnisse

Strukturelle Fähigkeiten werden in der frühesten Kindheit (in den ersten 6 Lebensjahren) entwickelt. Fehlentwicklungen entstehen, wenn die Versorgungsmöglichkeiten der Eltern den Grundbedürfnissen der Kinder nicht gerecht werden können (20). Bei Fr. X. waren beide Elternteile dem Alkoholismus verfallen, d.h. sie mussten selber zu dysfunktionalen Strategien zur Bewältigung ihrer Defizite greifen. Es ist also davon auszugehen, dass schon die Bewältigung des eigenen Lebens ihnen Probleme bereitete und daher die Verantwortungsübernahme für die Erziehung eines Kindes sie überforderte. Die Beziehungsgestaltung der Patientin zeugte davon, dass in der frühesten Kindheit keine Objektkonstanz aufgebaut und die Fähigkeiten zur Distanz-Nähe- und Selbstwert-Regulierung nicht entwickelt werden konnte. Eine vollständige Entwicklung des Identitätssystems wurde nicht vollzogen. Dies hatte eine strukturelle Störung zur Folge, die sich in Defiziten bei der Steuerungsfähigkeit (Selbstregulierung, Regulierung des Objektbezugs), der Kommunikation (nach innen/nach aussen) und der Bindung (an innere/an äussere Objekte) äusserte (nach OPD-2). Die Therapieplanung erfolgte grösstenteils auf dem Hintergrund dieses Problemverständnisses. Nach G. Rudolf geht es in der strukturbezogenen Psychotherapie kurzfristig darum, den „Patienten in der Bewältigung aktueller (...) Befindlichkeiten (zu) unterstützen“, mittelfristig sollte ein „Hilfs-Ich“ als Ersatz defizitärer Strukturen angeboten werden und langfristiges Therapieziel ist, „strukturelle Funktionen zu entwickeln“ (21).

Die Länge des Therapieverlaufs wurde durch den Entwicklungsprozess der Patientin und der Referentin geprägt und erforderte dadurch immer wieder Neudefinitionen des Standortes mit Anpassungen der Therapieplanung. Anfänglich stand bei psychotischem Zustandsbild mit paranoidem Verarbeitungsmuster der Vertrauensgewinn der Patientin im Zentrum. Von Seiten der Referentin war insbesondere ein Containment gemäss Bion resp. eine "Funktion des Haltens" gemäss Winnicott erforderlich sowie ein empathisches Beziehungsangebot gemäss Ferenczi. Im weiteren Verlauf, nach Austritt aus dem stationären Rahmen, konnte eine Konsolidierung durch supportives Verhalten der Referentin erreicht werden. Im dritten Schritt

der Therapieplanung konnte die Arbeit an psychotherapeutischen Themen beginnen - das Vertrauen von Fr. X. war nun solide genug, um die Arbeit an ihren strukturellen Defiziten zulassen zu können ohne sich bedroht zu fühlen. Dabei ging es der Referentin vorrangig um die Ermöglichung "therapeutischer Erfahrungen, in denen der Patient erleben kann, dass gleichzeitig Bindung und Autonomie, positive Selbsteinschätzung und positive Objekteinschätzung möglich und verwirklicht sind" (13).

Beim Behandlungsverlauf von Fr. X. zeigte sich deutlich die Schwierigkeit in der psychotherapeutischen Arbeit mit strukturell stark beeinträchtigten Patienten. Eine Nachreife der strukturellen Entwicklung erforderte sowohl von der Seite der Patientin als auch der Referentin vor allem Zeit und Geduld. Es wurde versucht, die Interventionsformen der Entwicklung der Patient anzupassen. Therapeutische Teilziele konnten erreicht werden und eröffneten somit immer wieder den Weg zu weiterführenden Therapiezielen. Nach Erreichen der ersten Therapieziele konnte durch das Anbieten von Hilfs-Ich-Funktionen eine Konsolidierung erreicht werden, so dass schliesslich die differenziertere Arbeit an den strukturellen Funktionen möglich wurde. Zwar bestand bei Fr. X. aufgrund der fehlenden basalen Erfahrung eines angemessenen Versorgt-Seins und daraus folgender Schwierigkeit bei der Internalisierung guter Objekte weiterhin eine defizitäre Folgeentwicklung, die sich insbesondere durch eingeschränkte Fähigkeiten zur Selbstwert- und Affektregulierung äussern, jedoch zeigte der Behandlungsverlauf gesamtheitlich, dass die Arbeit an den strukturellen Einschränkungen zu einer klinischen Besserung führen und das Integrationsniveau der Patientin anheben konnte. Die durch die Therapie erreichte Stärkung der Ich-Struktur zeigte sich vor allem in der Entwicklung der Fähigkeit, sich auf persönliche Beziehungen einzulassen (neben der Aufrechterhaltung der Partnerschaft gelang der Patientin auch eine soziale Reintegration mit dem Aufbau freundschaftlicher Beziehungen) und einer regelmässigen Tagesstruktur nachzugehen. Vor allem erschien bemerkenswert, dass es im Behandlungszeitraum nicht wieder wie im Zeitraum zuvor zur psychotischen Dekompensation mit Auflösung der Ich-Struktur kam, obwohl die Patientin mehrmals psychosozialen Belastungssituationen ausgesetzt war und in deren Folge psychosensitiven Wahrnehmungsstörungen entwickelte.

Insgesamt beurteile ich den Behandlungsverlauf daher als positiv. Es konnte erreicht werden, dass die Patientin keinen erneuten Rückfall in eine psychotische Episode - so wie in den Jahren zuvor (2011, 2014, 2015) - erlebte. Es gelang ihr, sich verbindlich auf die Therapie bei der Referentin einzulassen. Es kam zu keiner erneuten Hospitalisierung. Als weitere Auswirkungen der erreichten Stabilisierung der Ich-Struktur ist die gelungene soziale Integration sowie der Aufbau einer Partnerschaft zu nennen. Auch ist es Fr. X. seit dem Frühjahr 2019 gelungen, ihren Wunsch nach eigenständigem Wohnen erfolgreich umzusetzen. Der Versuch der

beruflichen Reintegration in den ersten Arbeitsmarkt mit Unterstützung der IV ist im Frühjahr 2019 von Seiten der IV zwar beendet worden, doch hat es von 2 der 4 Arbeitgeber während des Integrationsversuchs positive Rückmeldungen zur Leistung der Patientin gegeben. In den therapeutischen Sitzungen wurde die Patientin von der Referentin als zunehmend selbstbewusster und besser reflektiert erlebt. Die Selbstwahrnehmung wurde differenzierter und die Beziehungsgestaltung bewusster wahrgenommen.

4. Diskussion

4.1. Reflexion/ kritische Auseinandersetzung mit den Ergebnissen

Meiner Beurteilung nach war im beschriebenen Fallbeispiel die therapeutische Beziehung der entscheidende Wirkfaktor für den insgesamt positiven Verlauf. Wesentlich für die therapeutische Beziehung erschien mir die Psychodynamik zwischen der Patientin und mir. Wie bereits beschrieben nahm ich von Beginn an starke Übertragungs- und Gegenübertragungsgefühle wahr (in der Übertragung nahm ich die Hilflosigkeit und den Wunsch nach einem sich kümmernden Objekt wahr, in der Gegenübertragung meine Reaktion des Beschützen-wollens). Ich entschied mich, das mir von der Patientin unbewusst zugetragene Rollenangebot bewusst partiell anzunehmen (22). Ich gestaltete die therapeutischen Sitzungen zunächst supportiv, übernahm Hilfs-Ich-Funktionen – und erfüllte damit (zumindest teilweise) das Bedürfnis der Patientin, versorgt zu werden. Dies ermöglichte ihr, sich verbindlich auf die therapeutische Beziehung einzulassen und dadurch eine korrektive Beziehungserfahrung zu machen (1). Ich bot ihr ein zuverlässiges Objekt, das auch in Krisensituationen weiterhin zur Verfügung stand. Immer wieder projizierte die Patientin auch auf mich das vernachlässigende Objekt, das ihr nicht ausreichend geben konnte, was sie zu brauchen meinte. Daraus erwuchs in ihr auch immer wieder eine Unzufriedenheit, die sie jedoch aus Angst vor dem Verlust des Objekts mir gegenüber nicht zu verbalisieren wagte. Hier sah ich meine Aufgabe, sie darin zu unterstützen, dies zu erkennen und aussprechen zu können. Die offen gelegte Kritik konnten wir konstruktiv nutzen, um sowohl ihre Erwartungen an mich als auch meinen Umgang mit ihr auszujustieren. Wichtig erschien in mir in diesem Prozess, dass sie in ihren Anliegen und Bedürfnissen wahrgenommen wurde. Die zwei kontroversen und für die Patientin nicht zu vereinbarenden Seiten der Sehnsucht nach dem Objekt und der Kritik am Objekt konnten als integrierbar und nebeneinander existent erlebt werden.

Im weiteren Verlauf sah ich mich jedoch zunehmend mit dem Problem konfrontiert, nicht in der Übernahme der zugeschriebenen Rolle stecken zu bleiben, damit sich keine Verstrickung entwickeln konnte. Hatte ich mich zu sehr mit der von der Patientin auf mich projizierten Rolle projektiv identifiziert? Hatte ich mich bereits in ein Übertragungsmuster verwickeln lassen und agierte zu sehr mit der Patientin mit? Trotz supervisorischer Begleitung wurden diese Fragen

mit fortschreitender Behandlungsdauer drängender und schwieriger zu beantworten. Ich stellte mir immer öfter die Frage, ob die Bedürfnisse der Patientin in der Übertragung von mir erfüllt oder frustriert werden sollten (1). Wissend, dass die Frustration der Bedürfnisse notwendig ist für die weitere Reifung höherer Ich-Funktionen. Immer wieder war die Herausforderung, in der Beziehungs- und damit Therapiegestaltung die Balance zwischen dem Containing und der Konfrontation zu finden. Gemäss Bettighofer gilt "das Nichterfüllen von Bedürfnissen des Patienten (...) als Voraussetzung, den dadurch inszenierten Konflikt zu konfrontieren und dem Patienten bei der Verarbeitung der dadurch abgewehrten Affekte und Lebensaufgaben zu unterstützen" (1). Zwar mutete ich Fr. X. Frustrationen und Konfrontationen zu, doch im Vergleich mit der Behandlung anderer Patienten blieb ich bei ihr bis zum Behandlungsende eher zurückhaltend damit, da ich ihr zu wenig Ich-Stärke zur Bewältigung zutraute und eine psychische Dekompensation mit der Gefahr der Regression auf ein schwächeres Ich-Funktionsniveau, das eine erneute psychotische Ich-Auflösung zur Folge haben könnte, bei ihr vermeiden wollte.

Im Nachhinein bleibt die Frage offen, ob die Entscheidung für mein Verhalten "richtig" war. Habe ich sie damit vor einer erneuten Destabilisierung geschützt? Oder habe ich sie unterschätzt und zu protektiv behandelt? Habe ich ihr damit die Möglichkeit genommen, sich weiter zu entwickeln und eine stärkere Ich-Struktur zu erlangen?

Mit der Unbeantwortbarkeit der Frage werde ich umgehen müssen, darin sehe ich die Aufgabe an mich im Rahmen der kritischen Auseinandersetzung mit meinem therapeutischen Arbeiten. Sie leitet mich, in der therapeutischen Beziehung stets die unbewusst vom Patienten inszenierte Dynamik zwischen Patient und mir mit der daraus entstehenden Rollenübernahme meinerseits wahrzunehmen und zu analysieren. Die Gefahr einer unbemerkten projektiven Identifikation bleibt insbesondere bei Patienten mit einem niedrigen Strukturniveau eine Herausforderung für mich als Therapeutin. Ebenso bleibt es schwierig, die Balance zwischen konfrontativem und supportivem Vorgehen in der Arbeit mit strukturschwachen Patienten zu finden. Orientierung bieten hier vor allem die theoretischen Ausrichtungen (Vertreter der Mentalisierungsbasierten Therapie gehen supportiver vor, Vertreter der Übertragungsfokussierten Therapie konfrontativer) sowie die klinische Erfahrung.

4.2. Diskussion der Ergebnisse im Hinblick auf theoretischen Kontext und Hypothesen

Bezug nehmend auf die eingangs ausgeführten theoretischen Überlegungen stehen aus ökonomischer Sicht die Fragen nach der Wirksamkeit sowie nach dem Grund für die Wirksamkeit der therapeutischen Massnahmen im Vordergrund. Zur objektiven Beurteilung der Wirksamkeit, gemessen am Therapieerfolg, können die unter 1.1. genannten Outcome-Kriterien

genutzt werden. Dabei zeigt sich, dass bei Fr. X. in allen unter 1.1. genannten Parametern (Therapieabbruchraten (12), Rehospitalisierungsraten (4), Funktionsniveau (18) und Lebensqualität (17)) im Behandlungsverlauf eine Besserung eingetreten ist im Vergleich zum Verlauf vor der Behandlung. Somit kann der Erfolg der Therapie objektiv nachgewiesen werden.

Die Frage nach dem Grund des positiven Therapieverlaufs, die der Frage nach dem Hauptwirkfaktor entspricht, ist schwerer objektivierbar. Es kann konstatiert werden, dass es im Therapieverlauf zu Wechseln im Setting kam sowie teilweise zum eklektischen therapeutischen Vorgehen auf der Basis psychodynamischen Denkens (s.o.). Die einzig solide konstanten Faktoren scheinen die Patientin und die Therapeutin gewesen zu sein. Daher liegt die Schlussfolgerung nahe, dass die therapeutische Beziehung der Hauptwirkfaktor war.

Es bleiben die Fragen offen, wodurch die therapeutische Beziehung wirksam wurde und welche Rolle in diesem Zusammenhang die Arbeit an der Psychodynamik zwischen Patientin und Therapeutin gespielt hat. Unbestritten benötigt eine positive therapeutische Beziehung Empathie, Kongruenz und Wertschätzung von Seiten des Therapeuten. Welche weiteren Faktoren die Qualität der therapeutischen Beziehung beeinflussen, ist Gegenstand der Therapieforschung. Jede therapeutische Beziehung in einer psychoanalytischen oder psychodynamischen Therapie gestaltet sich aufgrund der eingangs beschriebenen interpersonellen Dynamik individuell, grösstenteils auch über nonverbale und unbewusste Interaktionen. Dieses prozessorientierte, intersubjektive Arbeiten kann nur eingeschränkt mit objektiven, validen, reliablen Messinstrumenten erfasst werden. Hierin liegt die Schwierigkeit in der Beurteilung dieses spezifischen therapeutischen Vorgehens. Nachgewiesen werden konnte gemäss Shedler, dass der therapeutische Effekt nach einer psychodynamischen Psychotherapie längerfristig nachwirkt und psychodynamische Therapien nicht nur zur Symptomremission führen, sondern auch Ressourcen fördern und die Lebensqualität verbessern können (23).

Durch die geschilderte Dynamik im vorliegenden Fallbeispiel sehe ich die eingangs aufgestellten Hypothesen untermauert. Denn zwischen der Patientin und mir entstand eine Übertragungs-Gegenübertragungs-Dynamik durch die Reaktivierung ihrer Beziehungsmuster aus der Kindheit, die zu bearbeiten sowohl für sie als auch für mich eine Herausforderung darstellte. Somit war unsere therapeutische Beziehung geprägt von einer durch die Behandlungsmethode entstandenen Intersubjektivität und durch diese wirksam (siehe 4.1.).

5. Schussfolgerung

Nicht nur zur Qualitätssicherung einer professionellen Behandlung sondern auch aufgrund des

wachsenden ökonomischen Drucks in der Psychiatrie und Psychotherapie ist es nachvollziehbar, dass die Psychotherapieforschung sich mit dem Nachweis der Wirksamkeit von Psychotherapien befasst. Hierfür gelten randomisierte kontrollierte Studien (RCTs) als Goldstandard der Evidence Based Medicine (EbM). Da sich in den RCTs häufig störungsspezifische Verfahren als überlegen zeigen, sind die von Leitlinien empfohlenen Behandlungsmethoden oft fokussiert auf störungsspezifisches Vorgehen, bereits der Aufbau der Leitlinien erfolgt anhand der Störungsbilder. Durch die RCTs werden jedoch störungsspezifische psychotherapeutische Verfahren bevorteilt, da sie von den in der Forschung gängigen Gütekriterien Validität, Reliabilität und Objektivität besser erfasst werden können als einige einflussnehmende Faktoren der psychodynamischen Therapieform, während die Gesamtheit therapeutisch wirksamer Faktoren - vor allem bei Langzeitverläufen – nur schwer beurteilt werden kann. Insbesondere das Ausmass der therapeutischen Beziehung im Rahmen einer psychodynamischen Therapie sowie der in dem Fallbeispiel entstandene interpersonelle Prozess können bisher durch Messinstrumente nicht adäquat abgebildet werden. Hier zeigt sich also ein Mismatch zwischen der empirischen Forschung und der klinischen Praxis.

Ich vertrete die Haltung, dass gerade bei komplexen Störungen (v.a. bei strukturellen Störungen) der Patient und nicht das Störungsbild behandelt werden muss, um eine nachhaltige Wirksamkeit zu erzielen. Aufgrund meiner klinischen Erfahrung und der theoretischen Grundlagen bin ich von der Wirksamkeit und Nachhaltigkeit psychodynamischer Therapiemethoden überzeugt. Das vorgestellte Fallbeispiel erscheint mir exemplarisch für die Behandlung einer komplexen Störung durch die methodenspezifische Gestaltung der therapeutischen Beziehung. Es zeigt, dass die intersubjektive Beziehungsgestaltung bei strukturschwachen Patienten zu einem Prozess der Nachreifung führen kann. Denn bei der Behandlung dieser Patienten geht es insbesondere um die Bearbeitung der Subjekt-Objekt-Beziehung, die sich aufgrund des frühkindlichen Beginns der Störung vor allem auf der präverbalen Ebene in Form von prozeduralen Übertragungen zeigt. Daher ist die therapeutische Beziehung in einer psychodynamischen Therapie durch die Nutzung als intersubjektives Beziehungsfeld der methodenspezifische Hauptwirkfaktor.

6. Literaturangabe

- (1) Bettighofer S (2015): Psychoanalyse und psychodynamische Therapie: Die therapeutische Beziehung zwischen Retraumatisierung und korrigierender emotionaler Erfahrung. Psychotherapie 20.Jahrg., Bd 20-2.
- (2) Bettighofer S (2016): Supervision in intersubjektiven Kontext von Übertragung und Gegenübertragung. Psychotherapie 21.Jahrg., Bd 21-2.
- (3) Clarkin J F, Yeomans F E, Kernberg O F (2001): Psychotherapie der Borderline-Persönlichkeit: Manual zur psychodynamischen Therapie. Schattauer, Stuttgart, S101.
- (4) Fakhoury, W K, White, I, Priebe, S (2007): Be good to your patient: how the therapeutic relationship in the treatment of patients admitted to assertive outreach affects rehospitalization. J Nerv Ment Dis 195: 789-791.
- (5) Fonagy P, Target M (2015, 4. Auflage): Psychoanalyse und die Psychopathologie der Entwicklung. Klett-Cotta, S 173.
- (6) Fonagy P, Target M (2015, 4. Auflage): Psychoanalyse und die Psychopathologie der Entwicklung. Klett-Cotta, S 173.
- (7) Fonagy P, Target M (2015, 4. Auflage): Psychoanalyse und die Psychopathologie der Entwicklung. Klett-Cotta, S 196 – 197.
- (8) Frank, J D, Frank, J B (1991): Persuasion and healing: A comparative study of psychotherapy. Baltimore, MD, US: Johns Hopkins University Press.
- (9) Gaston, L (1991): Reliability and criterion-related validity of the California Psychotherapy Alliance Scales - patient version. Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology, 3(1): 68-74.
- (10) Horvath, A O, Greenberg, L S (1989): Development and validation of the Working Alliance Inventory. Journal of Counseling Psychology, 36(2): 223-233.
- (11) Horvath, A O, Symonds, B D (1991): Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. J Couns Psychol 38: 139-149.
- (12) Johansson, H, Eklund, M (2004): Helping alliance and ward atmosphere in psychiatric inpatient care. Psychol Psychother 77: 511-523.
- (13) Kernberg O, Dulz B, Sachsse U (2000): Handbuch der Borderline-Störung. Schattauer, Stuttgart, S
- (14) Luborsky L, Singer B (1975): Comparative Studies of Psychotherapies: Is It True That "Everyone Has Won and All Must Have Prizes"? Arch Gen Psychiatry 32(8):995–1008.
- (15) Luborsky, L et al. (1996): The Revised Helping Alliance Questionnaire (Haq-II). Psychometric Properties. J Psychother Pract Res, 5(3): 260–271.
- (16) Martin, D J, Garske, J P, Davis, M K (2000): Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: a meta-analytic review. J Consult Clin Psychol 68: 438-450.
- (17) McCabe, R, Roder-Wanner, U, Hoffmann, K, Priebe, S (1999): Therapeutic relationships and

quality of life: association of two subjective constructs in schizophrenia patients.

Int.J.Soc.Psychiatry 45: 276-283.

- (18) Neale, M S, Rosenheck, R A (1995): Therapeutic alliance and outcome in a VA intensive case management program. Psychiatr Serv 46: 719-721.
- (19) Rosenzweig, S. (1936): Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy. American Journal of Orthopsychiatry, 6(3), 412-415.
- (20) Rudolf G (2013, 3. Auflage): Entwicklung struktureller Fähigkeiten. In: Strukturbezogene Psychotherapie. Schattauer, Stuttgart, S 10-24.
- (21) Rudolf G (2013, 3. Auflage): Manual zur strukturbezogenen psychodynamischen Therapie: Allgemeine Strategien und spezifische Interventionen. In: Strukturbezogene Psychotherapie. Schattauer, Stuttgart, S 118-184.
- (22) Sandler J (1976): Gegenübertragung und Bereitschaft zur Rollenübernahme. Psyche, 30. Jahrgang, Heft 4, 297-305.
- (23) Shedler J (2011): Die Wirksamkeit psychodynamischer Psychotherapie. Psychotherapeut 56:265–277.
- (24) Young J E, Klosko J S, Weishaar M E (2008, 2. Auflage): Schematherapie. Junfermann Verlag, S 89.