

Fokussierte Psychotherapie (FAP): Akzeptanz- und Achtsamkeitsbasierte Psychotherapie

von Univ. Prof. Dr. Erich W. Burrer

1. Einführung

Das Prinzip der *Akzeptanz und Achtsamkeit* findet sich in vielen bekannten Techniken wie von T. Heidenreich u. J. Michalak beschrieben. Achtsamkeit ist grundsätzlich das Bemühen, sich dem „Hier und Jetzt“ mit möglichst großer Aufmerksamkeit und Offenheit zuzuwenden. Besonders in den letzten Jahren wurde dieses, ursprünglich vor allem im Rahmen von Meditationsansätzen kultivierte Prinzip deshalb in andere, z.B. psychodynamische Behandlungsansätze eingefügt, ebenso Handlungsmodelle [Bohus, Huppertz 2006] entwickelt, um auf der einen Seite Ichstärkung zu verdichten und auf der anderen Seite dadurch neurotisches Beharren zu mindern.

Eine von Akzeptanz und Achtsamkeit geprägte *fokussierte Psychotherapie* (hier »FAP« genannt) ist sehr darauf ausgerichtet, Affekte und Gedanken eines Patienten nicht nur »achtsam« zu validieren und zu deuten, sondern zu fokussieren (also zu verdichten) und eine vom Patienten mitgetragene Zielsetzung (Handlungsabsicht) zu erarbeiten. Dazu bedient sie sich auch vieler Erkenntnisse, wie sie besonders in der übertragungsfokussierten Psychotherapie [TFP, O. Kernberg] beschrieben werden.

Indikationen für die FAP sind chronisch psychische und psychosomatische Erkrankungen auf mittlerem Strukturniveau zum Beispiel Depressionen, Angststörungen oder Schmerzstörungen, besonders diejenigen, die ausgeprägte therapeutische Widerstände zeigen.

2. Theorie

Aus bindungstheoretischer Sicht [Ahnert, L. 2004] ist *Akzeptanz* ein Spiegel früher Bindung an ein mütterliche Person, bzw. deren Würdigung ihres Kindes. Sie ist für dieses Grunderfahrung. Je nachdem wie die Bindungskonstanz möglich ist, verinnerlicht es jene.

In psychodynamischem Sinne ist Akzeptanz in einer psychotherapeutischen Behandlung *gleichschwebende Aufmerksamkeit* dem Patienten gegenüber. »Gleichschwebende Aufmerksamkeit« ist

auch ein Begriff, der auf Sigmund Freud [1915] zurückgeht. Er sah die gleichschwebende Aufmerksamkeit als eine wichtige Haltung des Psychoanalytikers, die Neutralität und Bindung zwischen sich und dem Patienten ermöglicht.

»Gleichschwebende Aufmerksamkeit« des Analytikers erinnert uns natürlich auch an Konzepte der *Achtsamkeit*. Das Bewusstsein des Behandlers ist für das Unbewusste des Patienten achtsam „auf Empfang gestellt“ (Bindung). Der Patient wiederum assoziiert frei, das heißt, er spricht aus, was ihm in den Sinn kommt und als „seine Wirklichkeit“ von ihm »beachtet« wird.

Die »FAP« versucht, den Patienten darin zu ermutigen, seine dabei auftretende Abwehr (z.B. Hemmung, z.B. Rationalisierung) als Ichleistung zu erleben und zu akzeptieren. Wenn dadurch das Beharren seiner Abwehr nachlässt, kann seine Bereitschaft zunehmen, dahinter stehende unangenehme Empfindungen zuzulassen — „als das, was sie sind (seelische Verletzungen), nicht als das, was sie zu sein vorgeben (Symptomatik).

Hierbei helfen Techniken des freien Assoziierens, die eine Deutung ermöglichen (z.B. sagt der Patient: „Immer wenn ich bei Ihnen bin, denke ich ans Einkaufen und ans Autofahren“. Darauf antwortet der Therapeut z.B.: „Sie wollen vielleicht nicht so gerne kommen und schnell wieder weg?“ Der Patient meint z.B.: „Ja, es macht mir Angst, hier zu sein, usw. ...“).

Deutung beinhaltet Arbeit am Beziehungsprozess, bzw. an der Übertragung, um Wahrnehmung des ursächlichen Schmerzes zu ermöglichen. Es wird deshalb nicht versucht, einen kognitiven Anspruch auf eventuell mögliche Veränderung zu formulieren (z.B. „negative“ durch „positive“ oder „irrationale“ durch „rationale“ Gedanken zu ersetzen). Solche Versuche führen zu einem „therapeutischen Widerstand“. Dieser wiederum führt zur Stärkung der zugrundeliegenden Abwehr mit dem Effekt, dass sie an Intensität der Symptomatik zunimmt.

Stattdessen wird versucht, durch Deutung erkennbare Gefühle zu fokussieren bzw. zu präzisieren. Der Patient wird in die Lage versetzt, sie gleichmütig (achtsam) und möglichst ichdysthon (im Sinne einer therapeutischen Ichspaltung und einer Ambivalenzfähigkeit) zu betrachten und als authentische Anteile des Ich's zu *beachten* (z.B. möchte ein Patient progredieren und auch regredieren, „er möchte vielleicht der Direktor sein, der er ist und gleichzeitig ein kleines Kind seiner verinnerlichten Eltern bleiben“).

Es wird herausgearbeitet, was den Patienten belastet. Dabei wird zwischen „realisiertem“ und „nicht realisiertem emotionalen Schmerz“ unterschieden. Nicht realisierter emotionaler Schmerz entsteht durch den Versuch des Patienten, mit Hilfe seiner verschiedenen Abwehrmechanismen (spannungsreduzierende Wege: Argumentieren, übertriebenes Sicherheitsverhalten, Rituale, Flucht, Rückzug, Betäubung, etc.) unangenehme innere Erlebnisse zu vermeiden. Diese Abwehr funktioniert nicht mehr gut und ist dadurch mit negativen Konsequenzen für die Lebensführung (Stress) verbunden.

In der Folge werden die hinter der Abwehr stehenden Affekte, Gefühle und Gedanken validiert (z.B. Trauer) und *fokussiert* (z.B. Empörung gegen das eigene einengende Über-Ich).

Zuletzt werden Handlungsabsichten vereinbart (Ichstärkende Maßnahmen wie Selbstfürsorge, Behauptungswille, Toleranz, Autonomie zum Beispiel, ...). Änderung (Vertrauen statt Angst, Handlung statt Beharren) ist möglich durch Prinzipien der Selbstregulation: Handlungsabsicht ↔ Handlung ↔ Rückmeldung ↔ Vergewisserung ↔ Handlung.

Damásio [2014] beschreibt diesen Änderungs- bzw. Anpassungsprozess sehr anschaulich in seinem Buch mit dem Titel, der für sich spricht: »Ich fühle, also bin ich«. Oder anders ausgedrückt: „Ich fühle, also bin ich und lerne aus Erfahrung.“ [s.a. Bandura 1994, Bion 1992, Geißler 2004, Schiepek 1999].

Das übergeordnete Ziel der Behandlung ist es, Bereiche der Objektbeziehung so zu verändern, dass affektiv-kognitive und (für diese Störung charakteristische) wiederholende, maladaptiven Verhaltensauffälligkeiten sichtbar werden.

Von einem objektpschoanalytischen Standpunkt aus könnte man diesen Prozess wie folgt beschreiben: Verdrängte Objektbeziehungen werden in eine reifere, integrierte und flexiblere Formen überführt. Dies geschieht in einer von Akzeptanz und Achtsamkeit geprägten Arbeit an der Übertragung und am Widerstand (durch Deutung). Sie ermöglichen in der Folge Realisierung verdrängter oder abgespaltener Anteile und einer Validierung bzw. Integration derselben.

Vertreter eines psychoanalytische Behandlungsansatzes bei Persönlichkeitsstörungen und Borderline-Syndromen [Kernberg 1975, 1980] haben besonders in den letzten Jahren Versuche unternommen, Kriterien zu formulieren, die der Forschung genügen [Clarkin, Koenigsberg et al. 1992] und die Therapie in Richtung einer lern- und lehrbaren Manualisierung entwickeln lassen [Clarkin, Yeomans u. Kernberg 1999].

Die hier vom Verfasser beschriebene Behandlung stützt sich zum Teil auf deren Grundprinzipien, die R. J. Waldinger [1987] beschrieb, da sie sich für die Manuale auf Grund ihrer hierarchischen Struktur anbietet. Im Folgenden wird diese Technik, angepasst an die Erfordernisse der »FAP« modifiziert wiedergegeben.

Grundprinzipien der Behandlung (in Anlehnung an Waldinger, 1987)

- **Behandlungsrahmen:**
Konzentration auf einen Behandlungsrahmen, der vom Patienten akzeptiert wird. Dies umfasst Erarbeitung des Behandlungsauftrages, den zeitlichen Rahmen, die Bereitschaft zur Arbeit an der Übertragung und den daraus resultierenden Handlungsabsichten).
- **Affekte:**
Die Behandlung betont bzw. fokussiert die Affekte, da diese gewissermaßen der »Motor« selbstregulativer affektiv-kognitiver Prozesse sind. Ohne Affekt ist weder physiologisch noch sozial menschliche Beziehung möglich. Nur durch Affekte [Krause, R. & Merten, J., 1998]

werden *Bindungswunsch*, *Kreativität*, emotional geprägte Sinninhalte und auch *Motivation* möglich.

- **Beziehung:**
Interpersonelle *Akzeptanz*, selbstregulierende und fremdregulierende Prozesse gehören in einer *achtsamkeitsorientiert-fokussierten* Psychotherapie zusammen. Selbstregulation setzt dabei Beziehung zu Bezugspersonen voraus (in der Entwicklung ist es die primäre Bezugsperson, im therapeutischen Kontext ist es der Psychotherapeut). Die Möglichkeiten der Ressourcen bzw. der durch sie möglichen Selbstorganisation und Selbstregulation waren deshalb für die psychoanalytische Selbstpsychologie, die humanistische Therapieformen und die Säuglingsforschung ein großes Anliegen).
- **Holding:**
Fokussierung auf das Holding meint die *Akzeptanz* „feindlicher“ Aspekte des Patienten, die sich in der negativen Übertragung manifestieren und mit denen gearbeitet wird.
- **Dialog:**
Verhaltensänderung wird beim Konzept der Akzeptanz und Achtsamkeit durch den Dialog (Dialog ↔ Selbstregulation) und Handlung (Handlung ↔ Selbstregulation) angestrebt, da beide durch das Prinzip der Rückbezüglichkeit [Bion, 1992] wirken bzw. »*Selbst-Bewusstsein und Realitätsbewusstsein bewirken*«.
- **Redundanz:**
Aufgrund der refraktären Haltung und Tendenz unserer Patienten zur Projektion ist der therapeutische Umgang aktiver und fokussierter als bei psychodynamisch geprägten Therapien üblich. Er ist von einer redundanten Verbalisierung, Klarifikation, Deutung und Betonung der Handlungsabsichten geprägt.
- **Hier und Jetzt:**
Fokussierung auf Deutungen im Hier und Jetzt, weniger auf genetische (d.h. auf die Vergangenheit bezogene) Aspekte.
- **Belassen:**
Neurotische Verhaltensweisen werden nach Klärung und Deutung betont, aber belassen, wenn der Patient auf ihnen noch beharren sollte. Sinngemäß könnte man sagen: „Wo kein Gegner ist, wird Beharren sinnlos“.
- **Brücken:**
Von Toleranz und Akzeptanz der Abwehr geprägte Deutungen werden verwandt, um dem Patienten zu helfen, Brücken zwischen seinen Gedanken, widersprüchlichen Gefühlen und Handlungen zu errichten (z. B. Herstellung einer Brücke zwischen Aggression und Angst).

- **Lebensziele:**
Einen großen Raum beansprucht neben Deutung die Erarbeitung von ichstärkenden Werten (*Selbstakzeptanz*) und von ichstärkende Lebenszielen (Vorstellungen, Ideale, Bedürfnisse), aus denen konkrete Handlungsabsichten abgeleitet werden können (z.B. Beziehungen, Beruf, kreative Tätigkeiten).
- **Rezidive:**
Rezidive werden dadurch begrenzt, dass mit dem Patienten von ihm erarbeitete und von ihm emotional akzeptierte Handlungsabsichten umgesetzt werden (Handlungsabsicht → Entscheidung → Handlung → Handlungskontrolle → Handlungsabsicht; usw.).
- **Gegenübertragungsgefühle:**
Beachtung der Gegenübertragungsgefühle erfolgt beim Psychotherapeuten, um seine Neutralität nicht zu gefährden.

Bemerkung: Neben der Anwendung in der Rückfallprophylaxe werden mögliche erweiterte Optionen der Integration von Achtsamkeit bei unterschiedlichen Settings und unterschiedlichen Störungsbildern inzwischen diskutiert.

3. TFP, Hirnforschung

Die »FAP« ist der Ichpsychologie und dem von objektpsychoanalytischen Theoriegebäude von Otto Kernberg [TFP, 1992] verpflichtet, da die Strukturen der TFP auf eine akzeptanzbasierte und achtsamkeitsbasierte Psychotherapie bei Übungsanteilen zum Teil übertragbar sind. Die TFP, Kernbergs Ansatz entwickelte sich aus der Tradition der Objektpsychologie [Fairbairn, Guntrip] und aus der triebpsychologischen und später ich-psychologische Tradition der Therapie schwerer Störungen, wie sie besonders in den 1960er und 1970er Jahren in den Vereinigten Staaten (etwa der Menninger Clinic) entwickelt wurden.

Die moderne Hirnforschung [Breibach, O., 1997] verdeutlicht dabei sehr anschaulich, dass Wahrnehmungen und Erkenntnisse in sehr komplizierten Strukturen des Gehirns geordnet und registriert werden. Kranke können je nach Erkrankungsform (mehr oder weniger) aus negativer Sicht oder aus traumatischer Erfahrung heraus bestimmte Gedanken nicht mehr akzeptieren, wahrnehmen (Isolierung des Affekts, Reaktionsbildung, Ungeschehenmachen) ordnen (Intellektualisierung, Verdrängung, Rationalisierung, Sublimierung) oder integrieren. (Entwertung oder Idealisierung, Reaktionsbildung, Regression, Verschiebung, Verneinung).

Gedanken und Gefühle können sich z.B. in ihren zerebralen Strukturen und deren Netzwerken verlieren (Ichdiffusion), besonders wenn damit einhergehenden Affekte oder Impulse innerlich blockiert werden (Verleugnung, Spaltung, Verneinung, Ungeschehenmachen). Erfahrungen werden z.B. nicht ausreichend verarbeitet. Es kommt z.B. zur Verdrängung von Angst bereitenden Zuständen. Emotional werden

deshalb – zum Schutz – nicht integrierbarer oder nicht differenzierbarer Objekt- und Selbstrepräsentanzen diese wie erwähnt durch Idealisierung oder Entwertung partialisiert und auf die eigene Person oder eine andere projiziert. Dadurch lassen sich zahlreiche klinisch auffällige Symptome, besonders bei Frühstörungen, bei Sucht, bei Persönlichkeitsstörungen (z.B. emotionale, also intrapsychische / interpersonelle Instabilität) erklären.

Ausgangspunkt der TFP, der besonders für das Konzept der »FAP« gilt, ist die Vorstellung, Schwierigkeiten des Patienten als *im Hier und Jetzt* erfolgende unbewusste Wiederholungen von pathologischen Beziehungen aus der Vergangenheit zu verstehen. Dabei bleiben unbewusste Konflikte in der Persönlichkeit des Patienten eingebettet oder werden projiziert. Dadurch sind diese bis in die Gegenwart nicht nur wirksam, sondern werden in Form einer vom Patienten erlebten inneren Wirklichkeit immer wieder neu belebt (Wiederholungszwang).

Die Behandlungstechnik der TFP, der die »FAP« sich anschließt, geht davon aus, dass sich mit dem zunehmenden Verstehen und Integrieren der Partialobjekte oder projizierten Objektbeziehung das Verhalten verändern lässt. Sogar Folgephänomene tiefer liegender Probleme sind gut beherrschbar und durch das Setting, mit einem „Vertrag“ gut handhabbar. Wie bei gesunden Personen weisen auch die internalisierten Objektbeziehungen dabei eine gewisse Stabilität auf. Sie umfassen positive und negative Aspekte der Partialobjektbeziehungen.

Die Behandlung der TFP geht davon aus, dass die für eine Therapie geeigneten Patienten in ihrer Emotionsstörung nicht regressiv steckenbleiben und auch eine *Überführung in ein höheres strukturelles Niveau* möglich ist. Die Therapie bietet dem Patienten deshalb auf dieser Ebene Vermittlung von Fertigkeiten an. [Damit können Erkrankungen auf mittlerem Strukturniveau erreicht werden].

Die TFP zeichnet sich durch ein aktives Vorgehen aus, das die »FAP« übernimmt:

- durch ein Training,
- die Supervision [mit Videoaufnahmen] sowie
- die Verwendung von Instrumenten, welche die Manualtreue und die Kompetenz der Therapeuten im Umgang mit dem Manual überprüfen.

Wir verwenden modifiziert das hierarchische Vorgehen der TFP.

- Insbesondere konstruktive Gedanken bzw. Handlungsabsichten und Handlungen des Patienten werden fokussiert.
- In beiden Verfahren wird „therapieschädigendes Verhalten“ beachtet.
- Auch arbeiten wir wie die TFP mit einem Therapievertrag, allerdings nur mündlich, um den therapeutischen Widerstand des Patienten nicht zu verstärken und dadurch die Achtsamkeit bzw. Akzeptanz und Verantwortlichkeit für die Abwehr nicht zu stören.
- Auch werden wie in der TFP, da das Verfahren von der „reinen“ technischen Neutralität abweicht, Methoden wie aktives Verständnis, Ermutigung angewandt, nicht Ratschläge erteilt oder empathisch kritisiert.

- Wenn der Therapeut den inneren Wunsch hat, stützend tätig zu werden, wird er zuerst versuchen, Gegenübertragungsreaktionen zu verstehen (z.B.: warum will ich als Therapeut Ratschläge erteilen?).
- Bemerkt er dieses Verhalten erst später, bearbeitet er es in einer Supervision.

4. Therapeutische Regeln

Die Therapie orientiert sich sehr an der emotionalen Funktionsfähigkeit des Ichs, des Weiteren und besonders an seiner Belastungsfähigkeit bzw. an seiner Integrationsfähigkeit extra- oder intrapsychischer Impulse. Der Patient sollte nach Erklärung des Settings auch in der Lage sein, eine fiktive therapeutische Beziehung (mit Übertragungsphänomenen) von einer wirklichen Beziehung (Partner, Eltern z.B.) unterscheiden zu können.

Vermeidung eines emotionalen Widerstands: Es sollte nicht zu Affektüberflutung des Patienten durch ausgeprägte Empathie (Nähe) des Therapeuten (Ichdiffusion), zum Sistieren therapeutischer Entwicklung (Regression) oder zur Spaltung der Partialobjekte kommen.

Vermeidung eines kognitiven Widerstands: Die vom Prinzip der emotionalen Akzeptanz und der Achtsamkeit bestimmte »FAP« geht von der psychoanalytischen Erkenntnis aus, dass logische Analysen, rationale Erklärungen und Einsichten nicht ausreichen, um in einer therapeutischen Beziehung bzw. einer Übertragung Verhalten zu ändern oder Partialobjektbeziehungen zu integrieren. Ohne die emotionale Beteiligung des Patienten bleibt Erkennen nur eine von *therapeutischem Widerstand* geprägte Haltung des Patienten und letztlich auch des Therapeuten. (hier eine von vielen möglichen Erklärungen, wenn Kognition keine Änderung bewirkt: „Patient ist nicht therapierbar.“)

5. Therapeutische Ziele der »FAP«

1. Bereitwilligkeit:

Bereitwilligkeit des Patienten sollte in einer Behandlung bestehen, die unangenehme bzw. schmerzliche innere Erfahrungen zu akzeptieren und zu trauern.

2. Psychische Flexibilität:

Psychische Flexibilität bedeutet, dass eine Person in einem von innerlichen oder äußerlichen Konflikten verursachten Stresszustand bei sich bleiben kann und sie sich gleichzeitig an Situationen anpassen kann, ohne ihre Ichstruktur zu gefährden. Psychische Flexibilität ist in einer Therapie kein absolutes Ziel, sondern sie steht im Dienst dessen, was die Ichstruktur des Patienten ermöglicht und das, was diese affektiv-kognitiv toleriert (z.B. kann ein Trauma zunächst nicht ohne weiteres toleriert werden, da es mit Flashbacks einhergeht).

3. Homöostase:

Ziel ist es auch, durch psychische Flexibilität Homöostase des Affektes (z.B. Regulation von Impulsen), des Weiteren von Beziehung und Handlung (z.B. Konfliktfähigkeit) im Umfeld zu erhöhen.

4. Ambivalenzfähigkeit:

Die eigenen (erarbeiteten) sozial konformen emotionalen Ziele werden durch den Therapeuten belassen – als Gegensatz zu den erarbeiteten, besonders validierten destruktiven oder den trieborientierten Impulsen (Ambivalenzfähigkeit).

5. Relativierungsfähigkeit:

Im Übertragungsprozess ermöglichen sehr geduldige ichdystone Deutungen Relativierungsfähigkeit (Patient kann relativieren, abstrahieren, objektivieren).

6. Manual:

Das Manual umfasst *Handlungsabsichten und Übungen* (z.B. Ichstärkende Maßnahmen wie Selbstfürsorge, Behauptungswille, Toleranz, Autonomie, ...).

A) Positive Selbstwahrnehmung:

Übungen der positiven Selbstwahrnehmung sollen ermöglichen, sich in seinen Affekten, Emotionen, Überichstrukturen und den Überschneidungen dieser „positiv“ wahrzunehmen, bzw. dadurch die Fähigkeit zu erleben, sich seiner selbst in kreativer Form bewusst zu werden. In depressiver Hinsicht geschieht Selbstwahrnehmung z.B. wie folgt: „Ich bin in meinen Augen nichts wert, ich verliere selbst beim Tennisspielen“, usw. Bei der Deutung fokussiert man sich jetzt nicht mehr empathisch auf Negatives z.B.: „Ich glaube, Sie leiden darunter...“, sondern auf Positives, z.B.: „Es macht Ihnen vielleicht mehr Freude, ohne Wettbewerb Tennis zu spielen. Dann sollten Sie es tun. Oder gehen Sie Wandern, da es Ihnen Freude macht.“ Damit akzeptiert man erstens das, was ist, die Handicaps. Man fokussiert zweitens positive Fähigkeiten. Negatives Erleben kann in positives Erleben umgeformt werden. Kreativität wird möglich [siehe B].

B) Aktivierung von Ressourcen:

Die Existenzanalyse [Frankl, V. 1959] hat die Entfaltung der Offenheit (Ressourcen) und der *Eigenaktivität* der Hingabefähigkeit und des Erlebens zum Ziel. Sie bietet in diesem Sinne auch für uns Möglichkeiten für ein ressourcenorientiertes Handeln, wenn Selbstentfaltung durch seelische Krankheiten und *Störungen verschüttet* sind. Ressourcen können für die Heilung eine entscheidende Wendung geben (Malen, Musizieren, Gestalten, Bewegung, Natur usw.).

C) Dialogfähigkeit:

Der sich aus der Übertragung ergebende Dialog ermöglicht *rekursive* Interaktion bzw. Beziehung, damit Klärung, Vergewisserung, Änderung und Flexibilität.

D) Realismusfähigkeit:

Beziehung bewirkt im dialogischen und im therapeutischen Sinne Wirklichkeit, die als Selbstorganisation [Geißler 2004, Schiepek 1999] und Autopoiesie [Maturana u. Varela 1980] rückbezüglich wirkt.

E) Anpassungsfähigkeit:

Im rekursiven Sinne gibt es nur Anpassung oder Nichtanpassung an die Wirklichkeit, jedoch kein »richtig« oder »falsch«. Dialog, und damit emotionaler und kognitiver Austausch, ermöglicht somit Anpassung an eigene Bedürfnisse und an soziale Erfordernisse.

F) Lebensziele:

Es werden mit dem Patienten inhaltliche Lebensziele vorsichtig erarbeitet (z.B. Friedfertigkeit oder Durchsetzungsfähigkeit oder Toleranz etc.), die dazu dienen, sein Selbstwertgefühl und seine Ichstruktur zu fördern (innere Stimmigkeit).

G) Sinninhalte:

Sinnorientiertes Handeln bedeutet die Analyse der Bedingungen für ein menschenwürdiges, werterfülltes und selbstgestaltetes Leben.

- a. Unter Sinninhalten bzw. Werten oder Symbolen, die Werte repräsentieren, verstehen wir in einer Therapie auch klare und fassbare geistige Inhalte. Sie sagen etwas aus, wie ein Mensch lebt und wie er Prioritäten setzen will (z.B. Ehrlichkeit, z.B. Religion, z.B. Treue). Sie sagen etwas über die Ich-Funktionen aus, die für ihn selbst von Bedeutung sind und die er verinnerlichen will.
- b. Sinninhalte haben oft ideellen Wert und sind deshalb nicht immer erreichbar. Sie dienen der inneren und äußeren Orientierung und Struktur (z.B. gebraucht werden, helfen, sich durch Handlung selbst bestätigen – Metapher: „Welchen Berg wir im Leben besteigen, ist unwichtig. Es sollte nur einer sein“).
- c. Sinninhalte werden in einer Behandlung mit der Wirklichkeit abgeglichen. Dazu bedarf es der Bearbeitung und Validierung. Beispiel: „Dass Ihr Sohn Sie angelogen hat, ist für Sie schmerzlich, aber Wirklichkeit. Ich verstehe sehr gut, dass Sie enttäuscht sind. Es passen Ideale und Wirklichkeit eben nicht immer zusammen. Belassen Sie es bei einem Gespräch mit Ihrem Sohn und drücken Ihre Hoffnung aus, dass er das nächste Mal nicht lügen muss, weil er bei Ihnen zu sich selbst stehen kann.“ (Metapher: „Wir haben Ideale, wissen aber, dass wir sie nicht immer erreichen.“).

H) Identifikation als therapeutischer Prozess:

Es geht darum, dass der Patient sich mit eigenen Zielen identifizieren kann und diese (soweit es möglich ist) erreichen kann. Es können aber nur Ziele sein, die mit dem *Selbst* konform gehen.

- a. Damit dies gelingt, werden Erkenntnisse, die sich aus einer Beziehungsarbeit ergeben, aus verschiedenen Blickwinkeln betrachtet und nach Möglichkeiten des Patienten in Handlung umgesetzt. Zu diesem Zweck werden Muster, die sich aus Bedürfnissen ergeben, mit dem Patienten erarbeitet und versucht umzusetzen. Beispiel: Ein Patient will eine bestimmte Tätigkeit wie Arbeit mit Ton ausführen, da er sich in dieser spüren und erleben kann.
- b. Auch basale Bedürfnisse werden erwogen, mit denen er sich identifizieren kann. Diese (z.B. Behauptungswille oder Geborgenheitssuche) müssen reflektiert werden und so umgesetzt werden, wie es geht, nicht wie es perfekt wäre (wie jemand kommuniziert, ist z.B. zweitrangig, wenn es ihm Freude bereitet; wichtig ist primär, dass die emotionale Akzeptanz durch das soziale Umfeld *für ihn selbst* dabei gewährleistet wird).
- c. Herausarbeiten muss man, ob er sich auch wirklich mit seinen Zielen identifizieren kann, ob diese nur Über-Ich geprägt sind („ich muss meine Pflicht tun“) oder eine Abwehr emotionaler Bedürfnisse darstellen („ich werde Mönch, weil ich Angst habe, meine Sexualität zu leben“).

I) Achtsamkeit:

Sie kann als Form der Aufmerksamkeit im Zusammenhang mit einem sensiblen Wahrnehmungs- und Bewusstseinszustand verstanden werden, sie bietet aber auch die Möglichkeit, Erleben, Wissen, Sinninhalte und Realität für eine gewisse Zeit fokussierter wahrzunehmen.

- a. Von großer Bedeutung ist, von hoher Aufmerksamkeit begleitete Prozesse in einer Therapie vorsichtig und *empathisch* zu verstärken und die subjektive Wahrnehmung des Patienten zu validieren (Metapher: "Die Welt ist objektiv eine Kugel, subjektiv bleibt sie für Sie eine Scheibe"). Dieses Vorgehen scheint schwierig, ist es aber nicht, wenn Redundanz des Therapeuten Validierungen achtsam verstärkt.
- b. Achtsamkeit bietet eine Möglichkeit, *Sinninhalte, Werte und Handeln fokussiert zu »beachten«* und in ihrer Widersprüchlichkeit zu *»belassen«* (Ideale versus Wirklichkeit).
- c. Es geht primär um die Bereitschaft und Fähigkeit, der *Ambivalenz*, die jede Persönlichkeit auszeichnet, *Beachtung* zu schenken, sie zu akzeptieren und zu tolerieren.
- d. *Selbstfürsorge*: Bereitschaft, *auf sich* in besonderer Weise in klar umrissenen Zeiten zu achten (Essen, Schlafen, Bewegung usw.), mit sich selbst bei Verletzbarkeit und Bedürftigkeit äußerst sorgsam umzugehen.

J) Differenzierung:

Heilung bzw. Differenzierung und Realitätsfähigkeit oder »Erkennen« im psychodynamischen Sinne

ist möglich, wenn der Patient auch seine innere und seine äußere Wirklichkeit zulässt, bzw. als deren Widersprüchlichkeit annehmen kann.

7. Indikationen

Indikationen für die FAP sind chronisch psychische und psychosomatische Erkrankungen auf primär mittlerem Strukturniveau z.B. Depressionen, Angststörungen oder Schmerzstörungen, die therapeutische Widerstände zeigen und in Kurztherapien behandelt werden sollen / müssen.

8. Andere Verfahren

Der Ansatz von Rockland [1992] unterscheidet sich von unseren Behandlung dadurch, dass dort mehr stützende Therapien eingebaut sind – wie auch bei anderen Therapien [Masterson, 1976, von Buie und Adler, 1982, Linehan, 1993]. Der Patient kann z.B. den Therapeuten anrufen, wenn er sich in einer Notsituation befindet. Dies bietet sich manchmal für den stationären und auch tagesklinischen Übergangsbereich an. Letztlich haben supportive Techniken aber ein Problem: sie *stärken* die *Autonomie* des Patient *nicht*.

9. Literatur

- Ahnert, Liselotte (2004), Frühe Bindung. Entstehung und Entwicklung. Reinhardt, München.
- Bandura A. (1994) Lernen am Modell, Klett Verlag, "Selbstregulation und Selbstwirksamkeit"
- Beutel M. E. & Huber M. (2006), Neurobiologische Grundlagen der psychodynamischen Psychotherapie pp 23-35, Lehrbuch der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapieverfahren, Springer
- Bion, Wilfred (1992) Lernen durch Erfahrung, Übers. Erika Krejci, Frankfurt
- Bohus, M., & Huppertz M. (2006) Wirkmechanismen achtsamkeitsbasierter Psychotherapie, Zeitschrift f. Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie, Verlag Verlag Hans Huber, Heft 54, Nr.4 / S. 265-276
- Clarkin, Yeomans u. Kernberg (2008), Psychotherapie der Borderline-Persönlichkeit, Manual zur psychodynamischen Therapie, 2. Auflage, Schattauerverlag
- Descartes, René, (17.Jhd.), Philosophische Schriften in einem Band, Hrsg. 1996 Felix Meiner Verlag Hamburg, (franz. und dt. Text parallel) "Discours de la methode", Teil 4, Abschnitt 3, S. 55.
- Damásio, António R. (2014) Ich fühle, also bin ich: Die Entschlüsselung des Bewusstseins, Ullstein
- Epstein, M. (2000) Gedanken ohne d. Denker. Das Wechselspiel v. Buddhismus und Psychotherapie. Fischer, Ffm.
- Foerster von, Heinz & Glaserfeld von, Ernst (2007) "Wie wir uns erfinden."
- Frankl, V. (1959), Grundriß der Existenzanalyse und Logotherapie, in: Frankl, V. ([1959] 2010), Logotherapie und Existenzanalyse. Texte aus sechs Jahrzehnten, Beltz
- Freud, Sigmund (1915). Triebe und Triebchicksale.. Psychologie des Unbewußten, Studienausgabe, Band III, Fischer, Frankfurt am Main, Sonderausgabe 2000, S. 87
- Geißler Peter (2004) Was ist Selbstregulation?, Eine Standortbestimmung, Psychosozial-Verlag

- Haken, H. & Schiepek G. (2005): Synergetik in der Psychologie
- Heidenreich, T. & Michalak, J. Achtsamkeit und Akzeptanz in der Psychotherapie, Ein Handbuch
- Heigl Evers, A.& Nitschke B. (1991) Das Prinzip Deutung und das Prinzip Antwort in der psychoanalytischen Therapie Zeitschrift Psychosomatische Medizin 37; S.115-127
- Kernberg, Otto F., 1981: Objektbeziehungen und Praxis der Psychoanalyse, Stuttgart : Klett-Cotta,
- Kernberg, Otto F., 1980: Borderline-Störungen und pathologischer Narzissmus, Frankfurt am Main : Suhrkamp, 4. Aufl., 5. - 6. Tsd.
- Krause, R.&J. Merten (1998). Affekte, Beziehungsregulierung, Übertragung und Gegenübertragung. In: Rohde-Dachser, Ch. (Hrsg.) Verknüpfungen. Psychoanalyse im interdisziplinären Gespräch. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, S.181-207
- Krause, R. (2002) Psychoanalytische Affektforschung: Anwendungen auf die psychoanalytische klinische Arbeit. In Psychoanalyse im Dialog der Wissenschaften (Giampieri - Deutsch, P. Hrsg.), Stuttgart: Kohlhammer, S.279-307
- Krause, Rainer: Allgemeine psychodynamische Behandlungs- und Krankheitslehre. Grundlagen und Modelle. Kohlhammer, Stuttgart 2012
- Mainzer, K. (1997) Gehirn, Computer, Komplexität — Komplexität neuronaler Netze, S.143-161
- Maturana, H.R.,Varela,F. (1990): Der Baum der Erkenntnis: Wurzeln d. menschl. Erkennens Scherz, Bern - München
- Maturana H.R., Varela, F. (1980): Autopoiesis and Cognition: The Realization of the Living. Boston: D. Reidel
- Reddemann, Luise (2007) Wozu Achtsamkeit in der Psychotherapie, Psychologie des Bewusstseins Band 6, LIT Verlag Münster
- Schiepek, Günter: Die Grundlagen der Systemischen Therapie, Vandenhoeck & Ruprecht, 1999
- Spitzer, Manfred (2002) Lernen: Gehirnforschung und die Schule des Lebens, Gebundene Ausgabe, Spektrum, Akademischer Verlag
- Winnicott, D. W., (1994) Kinder, Gespräche mit Eltern. Klett-Cotta, Stuttgart 1994, Aus dem Englischen von Ulrike Stopfel, 1. Aufl.
- Waldinger (1987) in M. Lohmer 2002, Borderlinetherapie, Schattauer-Verlag

Erich W. Burrer, Univ. Prof. Dr. med. Dr. h. c.

Facharzt für Psychosomatik, Psychiatrie u. Psychotherapie, Neurologie

Psychoanalyse, Paar- und Familientherapie

Direktor der Sigma-Akademie

© Jedwede Veröffentlichung, auch in Auszügen, bedarf in jedem Fall der Genehmigung durch den Autor und der vollständigen Zitierung.