

Abb.C6: Studienjahr D

wöchentliche Seminarabende/ Generische Kurse

1. Grundkonzepte, Metapsychologie		2. Störungslehre, Psychoanalytische Krankheitslehre		3. Erstinterview, Diagnostik, Indikation, Behandlungstechnik, Fallbesprechung		4. Theoretiker, Geschichte der Psychoanalyse		5. Entwicklung, Altersspezifische Aspekte		6. Kultur, Soziologie, Forschung, Ethik, Recht, Gesundheitswesen	
1.12 Strukturtheorie, Instanzenmodell	5	2.11 Charakterneurose/ Persönlichkeitsstörungen – mit Kasuistik	7,5	3.18 Beendigung der Behandlung	2,5	4.14 D. Winnicott	2,5	5.9 Kindheit: 5.9.1 Triangulierung 5.9.2 Die Rolle des Vaters 5.9.3 Gleichgeschlechtliche Eltern 5.9.4 Patchworkfamilien 5.9.5 Geschwisterbeziehung	12,5	6.8 Angehörige	2,5
1.13 Projektive Identifizierung	2,5			3.19 Behandlungsabbrüche	5					6.9 Migration/ Fremdenfeindlichkeit (Aggression /Krieg)	2,5
		3.20 Neuere Traumtheorien: Anwendung	5	6.3 Evaluationsabend	2,5						
		3.21 Diagnostik mit DSM-5 / ICD-11	2,5	5.10 Altern: Konflikte des alternden Menschen	5	G4: Generischer Kurs Grundkenntnisse über das Rechts-, Sozial- und Gesundheitswesen und seine Institutionen	8				
3.22 Grundprobleme der psychoanalytischen Psychotherapie am Beispiel von MBT und TFP	2,5										
1.14 Das Haut-Ich	2,5	2.12 Perversion – mit Kasuistik	2,5	3.23 Pharmakotherapie und Dynamik	2,5						
1.15 Konkretismus	2,5	2.13 Masochismus – mit Kasuistik	5	3.7 Fallpräsentation durch TN der PTW	12,5						
1.16 Neuere Traumtheorien	2,5	2.14 Sucht – mit Kasuistik	5	3.8 Der Fallbericht	2,5						
15		20		32,5		2,5		17,5		15,5	

CURRICULUM

1.12: Strukturtheorie

Formal lässt sich das Mentale (die Psyche) unterteilen in Elemente und Teile, die sich in der Zeit verändern und solche mit einer geringen Änderungsrate. Letztere definiert man als Strukturen.

Eine traditionelle Einteilung unterscheidet zwischen den drei Instanzen Ich, Es und Über-Ich. Manche AutorInnen nennen dieses Instanzenmodell die klassische Strukturtheorie. Es ist jedoch nur ein Spezialfall einer allgemeinen strukturellen Auffassung. Innere Objekte zum Beispiel sind ebenfalls Strukturen, weil sie sich in der Zeit als wenig veränderlich erweisen.

1.13: Projektive Identifizierung

Ein jahrzehntealtes Konzept, das in der psychodynamischen Psychotherapie immer wichtiger geworden ist. Ein Beispiel: Nach der Stunde fühlt sich die ursprünglich bestens gelaunte Therapeutin elend – wie ihre Patientin, die inzwischen guter Dinge nachhause gegangen ist: ‚Soll die Therapeutin mal sehen, wie sie mit diesen negativen Gefühlen fertig wird‘.

Der Begriff umschreibt einen subtilen Vorgang, bei dem Aspekte einer unbewussten innerpsychischen Beziehung zwischen Vorstellungen über das eigene Selbst und die Andern (innere Objektbeziehung) in die therapeutische Beziehung ausgelagert werden. Regelmässig geschieht dies durch feine Beziehungsmanipulationen, die einem erst im Nachhinein auffallen.

1.14: Das Haut-Ich

Die Haut ist ein multifunktionales Sinnesorgan. Das kleine Kind, so der französische Psychoanalytiker D. Anzieu, bildet in der frühen Entwicklung so etwas wie ein *moi-peau*, ein Haut-Ich aus. Das klinische, innovative Konzept „Haut-Ich“ liegt zwischen Metapher und Begriff. Es bezieht sich auf die Entstehung einer psychischen Membran (*interface*) zwischen Ich und Nicht-Ich, zwischen Innen und Aussen, also auf die sensorische Erfahrung: dort beginne ich. Das Haut-Ich Anzieus rekonstruiert früheste Erfahrungen, die mit der intersubjektiven Entstehung des Körperselbst zu tun haben. Es besteht eine Verwandtschaft zu T. Ogdens Konzept der autistisch-berührenden Position.

1.15: Konkretismus

Der Terminus hat neben einer psychiatrischen eine spezielle psychodynamische Bedeutung. Zum Mainstream-Vokabular gehört er nicht. Konkretismus meint „situationstheoretische Mentalisierung“. Voraussetzung für ein Verständnis des Bedeutungskerns sind Grundkenntnisse des Regulationsmodells affektiv-kognitiver Prozesse von U. Moser et al.

Die situationstheoretische Mentalisierung hat klinische und technische Folgen für die Arbeit mit frühen Störungen. Mittels anderer Konzepte ausgedrückt: Es liegt eine beeinträchtigte Symbolisierung vor. In der Übertragungs-Gegenübertragungsbeziehung existiert kaum Raum (*space*). Viele regressive klinische Phänomene, die man aus der Arbeit mit Frühstörungen (z.B. Borderlinefällen) kennt, werden in dieser Perspektive mit Konkretismus in Verbindung gebracht.

1.16: Neuere Traumtheorien

Nach Freud ist die psychoanalytische Traumforschung auf verschiedenen Wegen erfolgt. In Zürich z.B. gingen U. Moser et al. der Fragestellung nach, wie Träume entstehen und sich verändern. Das Traumcodierungssystem von Moser beruht auf der Integration von psychoanalytischer Traumtheorie und klinisch-psychoanalytischer Forschung mit Erkenntnissen aus der evidenzbasierten Entwicklungsforschung, der Kognitiven Wissenschaft, den Neurowissenschaften u.a.m. Ins Zentrum rückt bei Moser das Konzept der Mikrowelt. Geträumte Träume verhalten sich als Entwürfe einer subjektiven, affektregulierten Mikrowelt. Affektsysteme regulieren das Entstehen von Symbolisierungen, sie modulieren das emotionale Erleben im Traum.

2.11: Persönlichkeitsstörung/Charakterneurose

Den Persönlichkeitsstörungen kann man eine vereinfachende Definition zugrunde legen: Wenn eine Persönlichkeitsstruktur so zugespitzte Merkmale hat, dass sich hieraus ernsthafte Leidenszustände oder/und Konflikte ergeben, spricht man von einer Persönlichkeitsstörung. Klassifikatorisch und nosologisch ist der Begriff ein Sammelsurium (F6) ohne Top-Down-Theorie. Ältere Bezeichnungen sind Psychopathie oder Charakterneurose. Psychodynamisch kennzeichnend für die Interaktion mit persönlichkeitsgestörten Menschen ist die bewusste/unbewusste negative Gegenübertragung. Für die narzisstische und die Borderline-Persönlichkeitsstörung entwickelten Psychoanalyse und Psychodynamik Modelle und teilweise manualisierte Therapieangebote.

2.12: Perversion – mit Kasuistik

In der Aussenperspektive der Klassifikationssysteme der ICD und DSM kommt die Perversion als Begriff nicht mehr vor. Dagegen kennt die funktionell-dynamische Innenperspektive der Psychoanalyse Mechanismen wie perverse Abwehren, perverse Fantasien, perverse Arten der Bezogenheit, perverse Übertragungen und Gegenübertragungen und perverse Charakterstrukturen.

2.13: Masochismus – mit Kasuistik

„Warum gerate ich immer wieder in die gleichen schmerzlichen Umstände?“ lautet eine Frage nicht weniger PatientInnen. Eine mögliche psychoanalytische Antwort hat Freud mit dem „moralischen Masochismus“ gegeben: Es handle sich um selbstschädigende Tendenzen ohne bewusste sexuelle Konnotation. Die „Selbsterstörung der Person“ (Freud) erfolgt allmählich und kumulativ. Die negative Lebensbilanz – eine Folge der Selbsterstörung – leistet mit steigendem Lebensalter Hoffnungslosigkeit, Trauer, psychischen und somatoformen Symptomen Vorschub. Natürlich hat Masochismus zudem die übliche sexuelle Bedeutung (Sadomaso-Praktiken).

2.14 Sucht – mit Kasuistik

Das Seminar beschäftigt sich mit den Besonderheiten der Abhängigkeitserkrankungen und versucht über die Diagnostik in das tiefere Verständnis der Dynamik dieser Erkrankungsgruppe einzuführen.

3.18: Beendigung der Behandlung

In psychoanalytischen Psychotherapien werden in der Regel diejenige Symptomatik und deren unbewusste Dynamik bearbeitet, die im Vordergrund der Erkrankung steht. Deshalb bestimmt sich das Ende der Behandlung auch von der Bearbeitung der Krankheitssymptomatik her. Hat der Patient oder die Patientin hier eine Linderung seiner/ihrer Symptome erfahren, kann die Beendigung der Behandlung begonnen werden.

Dabei interagieren die Bedingungen des äusseren Behandlungsrahmens mit dem inneren Behandlungsrahmen, und bestimmen auf unterschiedliche Weise die Bearbeitung des Endes der Behandlung.

Diese Einflussfaktoren werden dargestellt, wie auch die wichtigsten Elemente des Behandlungsendes, also z.B. die Trennungsvorbereitungen, die Phantasien über das Ende, die Einschätzung der erreichten Ziele und deren Bewertung, aber auch mögliche Enttäuschungen über die Behandlung.

Ausgewählte empirische Studien zur Untersuchung des Behandlungsendes werden diskutiert.

3.19: Behandlungsabbrüche

Unilaterale Beendigungen können sowohl von Seiten der Klient*innen als auch durch die Behandler*innen erfolgen. Neben Behandlungsabbrüchen aus äusseren Gründen (z.B. Umzug, Stellenwechsel etc.) ist hier besonders der Abbruch einer Behandlung aus Krankheits- und Altersgründen bzw. aus Gründen der Beendigung der professionellen Tätigkeit zu nennen. Diverse Formen von Acting-In bzw. Acting-Out, die zum Behandlungsabbruch führen, z.B. Transgressionen, also Übergriffe von Seiten der Behandler*innen, sexueller und/oder aggressiver Art, werden sowohl auf dem Hintergrund individueller, spezifischer Behandlungssituationen dargestellt als auch durch die Vermittlung ausgewählter empirischer Studien zu diesem Thema verständlich gemacht.

3.20: Neuere Traumtheorien - Anwendung

Neuere Traumtheorien finden einerseits in der Forschung, andererseits in der klinischen Praxis, hier vor allem in der Therapie mit sogenannten frühen Störungen Anwendung.

Affektregulierungen im Traum und Affektregulierungen in der therapeutischen Situation sind vergleichbar. Die Muster der Beziehungsregulierung bilden sich auch im manifesten Traum ab. Bei sogenannten frühen Störungen spielt die Regulierung von Sicherheit eine herausragende Rolle. Spezifischen Untergruppen von frühen Störungen lassen sich spezifische Abwehrmuster zuordnen. Sie lassen sich von Mustern der neurotischen Regulierung unterscheiden.

Ein Traumgenerierungsmodell, basierend auf dem manifesten Traum, und ein daraus abgeleitetes Kodiersystem erlaubt eine systematische Untersuchung von Träumen zu Forschungszwecken.

3.21: Diagnostik und DSM-5/ ICD-11

Sinn und Unsinn von Diagnosen in Medizin, Psychiatrie und Psychoanalyse. Die historische Entwicklung der Diagnosesysteme und ihrer Unterschiede in der Psychiatrie der USA und in der übrigen Welt. Die spezifischen Probleme und Fehleinschätzungen des Diagnostizierens in Psychoanalyse und Psychotherapie. Berechtigte und unberechtigte Kritik an den Diagnosesystemen insbesondere seit den Neufassungen von DSM V und ICD 11.

3.22: Grundprobleme der psychoanalytischen Psychotherapie am Beispiel der Therapieverfahren Mentalisierungs-basierte Therapie (MBT) und Übertragungsfokussierte Psychotherapie (TFP)

Die Mentalisierungstheorie von Anthony W. Bateman, [Peter Fonagy](#) (2008) stellt eine Theorie dar, die aus Bindungstheorie, analytischer Philosophie und evolutionärer *Theory of Mind* entstanden ist und psychoanalytische Elemente (Selbstpsychologie, aber auch Bion) umfasst.

Nach dieser Theorie kommt es beim Versagen im *Reflective Functioning* der primären Bezugspersonen zu späteren Schwierigkeiten in der Mentalisierungsfähigkeit, was besonders bei Persönlichkeitsstörungen deutlich wird. Aufgaben der Therapeuten ist es diese massiven Defizite durch ein übendes Mentalisieren (Perspektivenübernahme des anderen, supportive Techniken, Erklärungen etc.) verbessern zu helfen.

Dem entgegengesetzt erklärt die Übertragungsfokussierte Psychotherapie (TFP) nach John F. Clarkin, [Frank E. Yeomans](#) und Otto F. Kernberg (2018) Phänomene mit schweren Identitätsproblemen und dahinterliegenden Spaltungsphänomenen. Die Autoren vertreten die Auffassung, dass mit Deutungen Einsicht erzeugt werden kann und die Repräsentanzen durchaus ausgebildet sind. Allerdings werden durch die Technik der Klärung ebenfalls Mentalisierungstechniken bei Defiziten in der Symbolisierung angewandt.

3.23: Pharmakotherapie und Dynamik

Das Verschreiben von Psychopharmaka im Rahmen einer Psychotherapie ist eine Ergänzung der „*talking cure*“ durch konkretes Handeln – auch wenn dieses an eine externe Fachperson delegiert ist. Medikamente als Teil des Behandlungssettings beeinflussen die Vorstellungen der PatientIn in Bezug auf Ursache und Schwere ihres Leidens und dessen Heilung. Damit diese bewussten und unbewussten Phantasien den psychotherapeutischen Prozess nicht stören, bedürfen sie der aktiven Bearbeitung. Das Vermitteln von Basiswissen über Indikation, Wirkweise und Nebenwirkungen der drei grossen Klassen von Psychopharmaka (Neuroleptika, Antidepressiva und Beruhigungsmittel) ist ebenfalls Bestandteil dieser Einheit.

3.7: Fallpräsentationen durch TN PTW

Teilnehmerinnen und Teilnehmer der PTW präsentieren Sequenzen aus eigenen Behandlungen. Die mündliche Präsentation stellt im Hinblick auf den Kontakt zum Publikum andere Anforderungen als ein schriftlicher Bericht. In Absprache mit den zuständigen Dozierenden werden integrale Behandlungen oder ausgewählte Behandlungssequenzen präsentiert und in der Gruppe diskutiert. Abhängig vom präsentierten Material bietet sich die Möglichkeit, spezifische Behandlungsaspekte zu vertiefen, wie beispielweise der Umgang mit dem Agieren des Patienten oder die Reflexion von Gegenübertragungsreaktionen auf Seiten des Therapeuten mit dem Ziel, zu hilfreichen Interventionen zu finden.

3.8: Der Fallbericht

Im Laufe der postgradualen Weiterbildung in psychoanalytischer Psychotherapie müssen 10 Fallberichte als Dokumentationen eigener supervidierter psychoanalytisch psychotherapeutischer Behandlungen geschrieben werden. Diese Berichte folgen bestimmten Vorgaben, die im Leitfaden festgelegt sind. Im Seminar zum Fallbericht werden Fälle und Fallberichte im Hinblick auf die Erfüllung dieser Kriterien besprochen, beispielsweise die Beschreibung von Therapiesequenzen mit dem Ziel, die Reaktionen des Patienten auf bestimmte Interventionen der Therapeutin nachvollziehbar darzustellen.

4.14: Donald W. Winnicott (1896-1971)

Donald W. Winnicott (1896-1971), englischer Psychoanalytiker und Kinderarzt, hat die psychoanalytische Theorie und Klinik wie auch unser Verständnis der kindlichen Entwicklung tiefgehend erneuert. Er hat die psychische Geburt des Kindes und dessen frühe Entwicklung in einfacher und persönlicher Sprache beschrieben und dabei neue bedeutungsvolle psychoanalytische Konzepte kreiert, wie das «Uebergangsobjekt», den illusionären «Uebergangsraum» etc. Sein Verständnis von «antisozialem Verhalten» oder der «primären Mütterlichkeit» bilden heute gemeinsam mit anderen Winnicott'schen Konzepten Eckpfeiler psychoanalytischen Wissens.

5.9.1: Kindheit: Triangulierung

Das Kind entwickelt sich in einer triadischen Beziehungswelt und verinnerlicht diese als innere triadisch strukturierte Objektwelt. Diese triadische innere Objektwelt ermöglicht integrative Leistungen angesichts präödipaler und ödipaler Konflikte. Ein wesentlicher Faktor ist die triadische Kompetenz der Eltern, d. h. die Kompetenz von Vater und Mutter triadische Beziehungen zu gestalten, ihre zukünftigen familialen Beziehungen zu antizipieren und dem Kind als dem «Dritten» einen Platz in der eigenen fantasierten Beziehungswelt einzuräumen. Es liegen wissenschaftliche Untersuchungen zur Auswirkung der triadischen Kompetenz auf die Entwicklungsmöglichkeiten von Kindern vor (s. von Klitzing, K. (2002)).

5.9.2: Kindheit: Die Rolle des Vaters

In der Entwicklung spielt der Vater in dreierlei Hinsicht eine bedeutsame Rolle: als reale Person, als inneres Bild und als symbolisches Strukturelement. Ist die Beziehungsregulierung in der Triade gestört, hat dies ein verzerrtes Bild des Vaters zur Konsequenz. Symptombildungen können die Folge sein. Oft sind psychische Störungen zurückzuführen auf dysfunktionale Vater-Kind-Beziehungserfahrungen und entsprechende Repräsentanzen.

5.9.3: Kindheit: Gleichgeschlechtliche Eltern

Familiäre Strukturen haben sich geändert: dass ein Kind in der sexuellen Beziehung zwischen Vater und Mutter gezeugt wird, ist heute keine selbstverständliche Voraussetzung mehr für die Geburt eines Kindes. Es gibt soziale Elternschaft auch ohne biologische Elternschaft. Dies fordert uns heraus die Frage der Elternschaft neu zu reflektieren. Ebenso müssen entwicklungspsychologische Konzepte der klassischen Konflikt- und Triebtheorie überdacht werden, um der Frage nachgehen zu können, welche Integrationsarbeit ein Kind leistet, das bei gleichgeschlechtlichen Eltern aufwächst, und wie die Themen integriert werden, die das Kind aus seiner Herkunftsfamilie mitbringt.

5.9.4: Kindheit: Patchworkfamilien

Patchworkfamilien stellen in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen eine häufige Herausforderung dar. Kinder und Jugendliche sind oft sehr damit beschäftigt, sich ein Bild der innerfamiliären Beziehungen zu machen und darin ihren eigenen Platz zu finden. In Patchworkfamilien ist diese Auseinandersetzung oft besonders kompliziert. Häufig gibt es auch grössere Schwierigkeiten in der Regulierung von Nähe und Distanz mit einem erhöhten Risiko für inzestuöse Entgleisungen wie auch für einen Mangel an Nähe.

5.9.5: Kindheit: Geschwisterbeziehung

Die Beziehungen unter Geschwistern gehören zu den prägenden frühen Beziehungen, die in jeder Psychotherapie, von Kindern oder von Erwachsenen, einen wichtigen Platz einnehmen. Dies gilt auch oder sogar besonders dann, wenn die Geschwisterbeziehung zu Beginn bedeutungslos scheint. Hass und Rivalität kommen ebenso vor wie Liebe und Abhängigkeit, häufig sind auch sehr ambivalente Beziehungen. Hier liegt die Notwendigkeit einer psychotherapeutischen Bearbeitung auf der Hand. Hinter diesen Konflikten werden dann die Konflikte mit den Elternfiguren sichtbar. Im gesamten Lebenszyklus haben Geschwisterbeziehungen eine wechselnde, häufig grosse Bedeutung.

5.10: Altern: Konflikte des alternden Menschen

Die spezifischen Probleme von Alterspsychiatrie und Alterspsychotherapie werden unter psychoanalytischen Gesichtspunkten untersucht und die Möglichkeiten und Grenzen von psychoanalytischen Psychotherapien und hochfrequenten Psychoanalysen im Alter diskutiert.

Spezielle Themen sind u.a.: spezifische Ängste und Depressionen inkl. Suizidalität; Demenz; Trennungen und Verluste von Beziehungen und Fähigkeiten; narzisstische Selbstwertregulation; altersspezifische Rollenerwartungen; spezielle psychosoziale Aufgaben.

6.8: Angehörige

Häufig stellt sich in der Psychotherapie die Frage nach dem Einbezug von Angehörigen – insbesondere in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen, aber auch bei Patienten mit geistiger oder körperlicher Beeinträchtigung, bei Paarkonflikten oder bei familiären Schwierigkeiten. In solchen Situationen ist es wichtig, genau zu überlegen, ob, weshalb und wie ein Einbezug Angehöriger erfolgen soll, um sich nicht unversehens in familiäre Konfliktkonstellationen verstrickt zu finden. Die Regulation von Nähe, Distanz und Grenzen ist in solchen Fällen häufig ein wichtiges Thema, das dann der psychotherapeutischen Bearbeitung bedarf.

6.9: Arbeit mit dem Fremden. Migration aus psychodynamischer Sicht

Migration, Vertreibung, Flucht und Exil sind seit jeher Teil der Zivilisation und Kultur. In zahlreichen Mythen und Geschichten aller Kulturen tauchen diese Themen auf.

Migration als Verlust und Trennung wiederholt und variiert zentrale Erfahrungen des Menschseins: Geburt als Ausstossung aus dem Mutterleib, Entwöhnung als Trennung von der Mutterbrust, Ödipuskomplex als Konflikt mit mehreren, ambivalent besetzten Objekten und als Suche nach der Identität, Adoleszenz als Wiederaufnahme kindlicher Konflikte, Trennung vom Elternhaus, Findung einer eigenen sozialen und beruflichen Identität, Konflikt zwischen Individuum und sozialem Über-Ich, Schuldgefühle und Loyalitätskonflikte.

6.3: Evaluationsabend

Der Weiterbildungsgang in psychoanalytischer Psychotherapie wird regelmässig evaluiert, damit die Qualität der Weiterbildung gesichert und kontinuierlich weiterentwickelt werden kann.

Ein Instrument sind die zweimal jährlich stattfindenden Evaluationsabende zwischen PTK und Weiterbildungsteilnehmern. Gegenstand der Evaluation durch die Weiterbildungsteilnehmer sind die Qualität der Seminarinhalte, die Zufriedenheit mit den Dozierenden und die Angemessenheit und Qualität der didaktischen Mittel. Die PTK wertet die Resultate dieser Befragungen aus und kommuniziert die Ergebnisse u.a. an die Dozierenden. Die Evaluationsabende werden vorbereitet durch die Analyse eines spezifischen Evaluationsbogens für jeden Kursblock.

G4: Grundkenntnisse über das Rechts-, Sozial- und Gesundheitswesen und seine Institutionen

Inhalt:

Ob wir in einer Institution oder in der Privatpraxis arbeiten; schwere Krankheitsverläufe können zur Invalidisierung unserer PatientInnen führen, die die Zusammenarbeit mit verschiedenen Institutionen und Akteuren des Sozial- und Gesundheitswesens erfordern. Wie können wir diese unterstützend für unsere eigene Tätigkeit nutzen und zugleich hilfreich zum Wohle der PatientInnen gestalten?