

Aggressive Gegenübertragung in der therapeutischen Beziehung – Fluch oder Segen?

Forum Persönlichkeitsstörungen / Berlin 2016

Dr. Charlotte Ramb

Klinik für Persönlichkeitsstörungen und Traumafolgestörungen

Asklepios Klinik Nord – Ochsenzoll / Hamburg

1

Übertragungs-Gegenübertragungs-Dynamiken

Patienten mit schweren Persönlichkeitsstörungen „verwickeln“ uns. Kontakt und Kommunikation mit ihnen sind typischerweise schwierig, sie reagieren wütend, gekränkt, bedrohlich oder aber überhaupt nicht auf unsere „gut gemeinten“ Interventionen, es kommt zu plötzlichen heftigen Affektausbrüchen usw.

Auf diese Schwierigkeiten können wir unterschiedlich reagieren, oft ängstlich und übervorsichtig, manchmal auch mit großer Verwirrung, aber manchmal eben auch aggressiv ...

Aggressive Gegenübertragungsreaktionen sind gleichermaßen ...

- ... „Fluch“: weil hier auf beiden Seiten viele Komplikationen lauern, die die aggressive GÜ in alle möglichen Richtungen „entgleisen“ lassen können,
- ... und „Segen“: weil in ihnen eine Chance liegen kann, aggressive Problematiken „in die therapeutische Beziehung hinein zu holen“ und sie dort „in vivo“ zu behandeln.

12.11.2016

Dr. Charlotte Ramb | Aggressive Gegenübertragung in der therapeutischen Beziehung – Fluch oder Segen?

2

2

Das Konzept der Übertragung

Definition Übertragung

- Summe der Gefühle, Gedanken, Erwartungen und Verhaltensweisen, die der Patient in Bezug auf den Therapeuten hat.
- **Moderne Variante:** Aktualisierung der inneren Erlebens- und Beziehungsmuster des Patienten, die dieser auf den Therapeuten „überträgt“ und die dadurch die therapeutische Beziehung prägen.

12.11.2016

Dr. Charlotte Ramb | Aggressive Gegenübertragung in der therapeutischen Beziehung – Fluch oder Segen?

3

3

Das Konzept der Gegenübertragung

▪ Ursprüngliches psychoanalytisches GÜ-Konzept:

Die Gegenübertragung ist eine Störungsquelle, von der sich der Therapeut durch eine Selbstanalyse befreien muss, damit er davon völlig unbeeinflusst ist und gleich einer Spiegelplatte nichts anderes zeigt als das, was ihm gezeigt wird (nach Freud 1912).

▪ „Modernes“ GÜ-Konzept:

Gesamtheit aller emotionalen Reaktionen, die beim Therapeuten im Kontakt mit einem Patienten entstehen, mögen sie nun ihren Ursprung im Patienten oder in uns haben (Heimann 1950).

Die Gegenübertragung ist ein wichtiges therapeutisches Instrument, um die innere Welt des Patienten, seine frühen Beziehungserfahrungen und seine Reinszenierungen im interpersonellen Kontext zu verstehen (nach Heimann 1950 und Sandler 1976).

Aber mit Verstehen allein ist es bei schweren PS nicht getan ...

12.11.2016

Dr. Charlotte Ramb | Aggressive Gegenübertragung in der therapeutischen Beziehung – Fluch oder Segen?

4

4

Die vier „Quellen“ der Gegenübertragung (Kernberg et al., 2008)



- ... die Übertragung des Patienten.
- ... die Realität im Leben des Patienten.
- ... die eigenen Übertragungsdiskussionen des Therapeuten.
- ... die Realität im Leben des Therapeuten.

5

Aggressive Regungen und Impulse ...



- ... sind bei Patienten mit PS entweder übersteuert (scheinbar „fehlend“) oder untersteuert („zu viel“), mit abrupten Umschlägen vom Einen ins Andere.
- ... können von Patienten mit PS nicht „gut dosiert“ werden.
- ... können aber auch von Therapeuten nicht immer „gut dosiert“ werden!
- Therapeuten neigen dazu, im Umgang mit Menschen mit PS entweder „überfürsorglich“ oder „zu hart und bestrafend“ zu sein (Adler, 1973; Kernberg, 1981).

6

Aggressive Dynamiken können in der therapeutischen Beziehung „entgleisen“ ...



- ... bei unzureichendem Containment der GA-Affekte!

Containment bezeichnet die Fähigkeit des Therapeuten, die Projektionen des Patienten aufzunehmen und diese zu „verdauen“ und zu mentalisieren, anstatt die entstehenden Gefühle „auszuagieren“ (Bion 1962).

Umgekehrt drohen Therapeuten Aggressions-Problematiken aus der Behandlung auszuklammern ...

- ... weil sie die aggressiven Anteile des Patienten schlichtweg nicht bemerken.
- ... weil sie aggressive Reaktionen und Angriffe des Patienten fürchten.
- ... weil sie „die gute therapeutische Beziehung“ nicht belasten wollen.

Gerade diese Fällen bieten einen Nährboden für verdeckte Aggressivität / passive Aggressivität des Therapeuten!

7

Die „gute“ therapeutische Beziehung



Der therapeutischen Beziehung wird heutzutage zu Recht eine hohe Bedeutung beigemessen.

Die inneren Beziehungsbereitschaften bei Menschen mit schweren PS sind aber äußerst fragil, und mit dysfunktionalen, auch aggressiven Dynamiken und Gegenübertragungsreaktionen ist zu rechnen.

Die gute Beziehung kann deswegen nicht die Voraussetzung für eine therapeutische Zusammenarbeit sein, sondern etwas, was sich im Behandlungsverlauf erst ansatzweise entwickeln kann. (Rudolf 2014).

8

Die „Dosierung“ der Mitteilung der aggressiven Gegenübertragung

Aggressive bzw. ärgerliche GÜ-Reaktionen sind nicht unbedingt „etwas Schlimmes“. Sondern unter bestimmten Voraussetzungen können sie wichtige diagnostische und therapeutische Funktionen erfüllen, ...

- ... indem **wir als Therapeuten** auf bisher nicht erkannte Störungsmuster des Patienten aufmerksam werden, z.B. bei einem eigentlich sanft und friedlich wirkenden Patienten.
- ... indem eine „gefilterte“ aggressive Gegenübertragungsreaktion **dem Patienten selbst** zu einer Bewusstwerdung seiner Störungsmuster verhelfen kann und diese dann in der therapeutischen Beziehung behandelt werden können.

Aber **wie** „dosiert“ man die **Mitteilung** der negativen Gegenübertragungsreaktionen? Wann ist es „zu viel“, und wann „zu wenig“? Und wovon hängt es ab, ob diese „Medizin“ dem Patienten hilft oder schadet?

Umgang mit der aggressiven GÜ – Vorsicht bei Komorbiditäten!

Die Art der therapeutischen Interventionen muss sich immer an der externen und internen Komorbidität der PS bemessen.

Welche psychiatrischen Komorbiditäten bestehen? Komplexe posttraumatische Belastungsstörung? Psychotische Episode? Suchterkrankung? Hirnorganische Komorbidität? Etc.

Welche PS liegt vor? Z.B. Paranoide PS? Narzisstische PS mit „malignem Narzissmus“? Antisoziale PS bzw. „Psychopathie“?

Gegenübertragungsmittelungen können in o.g. Fällen **schädlich** bis **gefährlich** sein, wenn sie von den Patienten als **bedrohlich**, **beschämend** oder **als Angriff** erlebt werden und /oder wenn sie „**paranoid verarbeitet**“ werden. Es kann dann zu **gefährlichen impulsiven „Überreaktionen“**, aber auch zu **(Re-) Traumatisierungen der Patienten** kommen!

Wichtige Anmerkung: Riskant sind außerdem nicht nur ironische, zynische Interventionen, sondern auch „**gut gemeinte Scherze**“! Beides wird gerade in affektiv aufgeladenen Situationen nicht „vertragen“!

Mitteilungen der aggressiven Gegenübertragung bei strukturellen Störungen

Die Art der therapeutischen Interventionen und auch die der Mitteilung der aggressiven GÜ müssen sich zudem bemessen ...

... am **Strukturniveau** bzw. an der Manifestationen und am Ausprägungsgrad der beiden **zentralen Störungsbereiche** der PS:

- **Affektregulierungsstörungen**
 - **Interaktionelle Störungen**
- = **Strukturelle Störungen!**

Beide Bereiche sind eng miteinander verwoben und führen zu „**Zündstoff**“ in der therapeutischen Beziehung.

Das psychodynamische Konstrukt der Struktur...

- ... erfasst, inwieweit ein Individuum über **basale psychische Funktionen bzw. Fähigkeiten** verfügt, die für die **Regulierung des Selbst** und **seiner Beziehungen** erforderlich sind.
- ... wird in der OPD (Operationalisierten psychodynamische Diagnostik) auf unterschiedlichen Niveaus konzeptualisiert (Arbeitskreis OPD, 2006).
- OPD und die dazugehörige strukturbezogene Psychotherapie wurden aus der klassischen Psychoanalyse entwickelt, weil Menschen mit PS von dieser nicht gut profitieren (Rudolf, 2006).
- **Persönlichkeitsstörungen sind strukturelle Störungen. Dieses muss in der Therapie berücksichtigt werden!**

Basale psychische Funktionen (Rudolf, 2012)



- differenzierte Selbstwahrnehmung
- differenzierte Objektwahrnehmung
- Fähigkeit zur Selbststeuerung
- Fähigkeit zur Affektsteuerung und Impulskontrolle

Menschen mit schweren PS auf Borderline-Niveau verfügen nicht ausreichend über diese Funktionen! Bei Stress und Konflikten geraten sie in hilflose Verzweiflung, die sie ähnlich einem außer sich geratenen Kleinkind allein nicht bewältigen können.

Konsequenz: Sie brauchen bzw. „strapazieren“ andere Menschen und manchmal auch die therapeutische Beziehung.

Strukturelle Störungen werden als biographisch früh erworbene Störungen der Persönlichkeitsentwicklung angesehen.

Die „Big 4“ –



Evidenzbasierte Verfahren für Borderline-Störungen

- DBT – Dialektisch Behaviorale Therapie
- TFP – Übertragungsfokussierte Psychotherapie (transference focused psychotherapy)
- SFT – Schemafokussierte Therapie
- MBT – Mentalisierungsbasierte Therapie

Alle vier Verfahren fokussieren auf eine Verbesserung sog. **struktureller Störungen**, auch wenn keines dieser Verfahren, auch nicht die beiden psychodynamischen Verfahren, diesen Terminus benutzen.

Einteilung struktureller Störungen auf verschiedene Stufen



OPD-Strukturachse (nach Rudolf)	Persönlichkeitsorganisation (nach Kernberg)	Mentalisierungsstörung (nach Fonagy)
Gut integriert	„Normales“ Organisationsniveau	Reflektionsmodus
Gut bis mäßig integriert	Neurotisches Organisationsniveau	Als-Ob-Modus
Mäßig bis gering integriert	Borderline-Organisationsniveau („Identitätsdiffusion“)	Äquivalenzmodus
Desintegriert	Psychotisches Organisationsniveau	Teleologischer Modus

Zur Theorie der TFP (Übertragungsfokussierte Therapie / Transference focused Therapy, Kernberg et al., 1989)



- Aus der **Objektbeziehungstheorie** (= psychoanalytisches Konstrukt) entwickelt zur Behandlung schwerer Persönlichkeitsstörungen
- Menschen mit **Borderline-Persönlichkeits-Organisation** haben kein zusammenhängendes Selbstbild (**keine „integrierten Selbstrepräsentanzen“**) und keine zusammenhängenden inneren Bilder von wichtigen anderen Menschen (**keine „integrierten Objektrepräsentanzen“**).
- Die Betroffenen erleben und bewerten sich selbst und andere deswegen extrem wechselhaft, „mal so, mal so“ (**„Spaltung“**). Entsprechend dysfunktional und chaotisch sind die Beziehungsmuster. Auch die Meinungen, Einstellungen und Ziele sind wechselhaft und „gespalten“, „ohne roten Faden“. Aus allem ergibt sich eine sog. **„Identitätsdiffusion“**.

Das Prinzip der TFP

- Fokussiert auf das Übertragungs-Gegenübertragungs-Geschehen, auf das „Lebendig-Werden“ der verinnerlichten dysfunktionalen Beziehungsmuster des Patienten (sog. „Objektbeziehungsdynaden“ bzw. „Objektbeziehungs-Paare“). Typischerweise weist der Patient sich selbst und dem Therapeuten bestimmte Rollen zu, wobei es zu raschen Wechseln der Rollen und der sehr gegensätzlichen Seiten des Patienten kommt. Dieses geschieht meistens unbewusst.
- Der Therapeut versucht das Störungsgeschehen mittels seiner **Gegenübertragungsreaktionen** in Kombination mit einem sog. **Containment** zu verstehen. Dabei versucht er, **Äquidistanz** zu den unterschiedlichen „Seiten“ des Patienten zu wahren.
- Im sicheren Therapieraum sollen die unterschiedlichen „Seiten“ des Patienten, die Rollenzuschreibungen und die dazugehörigen Affekte nach und nach identifiziert und bewusst gemacht werden.
- Hierdurch soll der Patient seine gespaltenen und fragmentierten Selbstbilder/ Persönlichkeitsanteile und Objektbilder besser integrieren (weniger „schwarz weiß“). Er soll lernen, seine innere Welt besser zu verstehen.
- Bei **negativen Gegenübertragungsgefühlen**: „Containment“ und „dosierte“ Gegenübertragungsmitteilung.

Kombination von Übertragungsbeziehung und Arbeitsbeziehung in der TFP (...und nicht nur dort ...)

Übertragungsbeziehung:

- **Gemeinsames Erleben** der Reinszenierung von gestörten Beziehungsmustern
- **Hierfür ist ausreichendes Containment der GÜ-Affekte notwendig!**
- Unreflektiertes Mitagieren kann und muss nicht immer verhindert werden, aber der Th. muss schnellstmöglich in einen reflektierten bzw. mentalisierten Modus zurückkehren.

Arbeitsbeziehung:

- **Gemeinsames Reflektieren** auf einer „partnerschaftlichen Ebene“: Th. und Pat. unterhalten sich „wie Zuschauer in einem Theater“ darüber, was sich in der therapeutischen Übertragungsbeziehung, aber auch in den Außenbeziehungen des Patienten abspielt.
- „Lautes Miteinander Nachdenken“. Auch die aggressiven GÜ-Reaktionen können thematisiert werden.

Die Wechsel zwischen Erleben und Reflektieren sind das Entscheidende! Sie regen die reflektierende Meta-Ebene des Pat. an.
(nach Lohmer, 2011)

Zur Theorie der Mentalisierung (Bateman und Fonagy, 1999)

Beeinflusst durch **Bindungs- und Säuglings-Forschung**, „Theory of Mind“ und Psychoanalyse.

Mentalisierungsfähigkeit:

- Über sich selbst nachdenken können und sich in das Denken des Anderen hineinversetzen können, auch in emotional belastenden Situationen.
- Wird in der Kindheit in den frühen Bindungsbeziehungen erworben.

Im Rahmen ausreichend gelingender und liebevoller Mutter-Kind-Interaktionen, mit Feinfühligkeit der Mutter für die Bedürfnislagen des Säuglings / Kleinkindes und Spiegelung seiner Affekte, kann sich das Kind nach und nach seiner eigenen Affekte bewusst werden, diese aushalten und steuern lernen und ein reflexives Bewusstsein seiner selbst entwickeln.

Umgekehrt entstehen bei fortgesetzt stressvollen und traumatischen Erfahrungen und misslingenden AffektAbstimmungen **Mentalisierungsstörungen** und **Bindungsstörungen**, mit Störungen der **Selbst- und Affektregulierung**. Affekte können nicht „gedacht“ werden!

„Therapeutisches Dilemma“ (nach Euler und Schultz-Venrath, 2014)

MBT ist eine Haltung, die von Therapeuten aller Schulen eingesetzt werden kann, um folgendem **therapeutischen Dilemma** zu begegnen:

In psychotherapeutischen Begegnungen wird das **Bindungssystem aktiviert**

...

ABER !!!

... wenn bei Menschen mit schweren PS das Bindungssystem aktiviert wird, **bricht die Mentalisierungsleistung zusammen!**

Die Patienten werden von Affekten überflutet, sie geraten in sog. „prämentalistische Zustände“ und in **desorganisierte Bindungsmuster** („Bindungsmuster D“).

Aber Mentalisierung ist die Voraussetzung für die Wirksamkeit von Psychotherapie ... (?)

Genau dieses therapeutische Dilemma nutzt die MBT als Chance!

Teleologischer Modus (zielgerichtetes Denken)

Die Beziehungsgestaltung ist von eigenem Wunschdenken geprägt, mit Gleichsetzung von Wunsch und Wirklichkeit! Einsatz manipulativer Verhaltensweisen, um innere Spannungszustände und zwischenmenschliche Konflikte zu lösen.

Es kommt zu sehr schweren Verkennungen der Situation und der Motive anderer Menschen.

Äquivalenzmodus (konkretistisches Denken)

Erschreckende Gefühle und Fantasien bekommen Realitätscharakter. Von eigenem innerpsychischen Erleben wird auf die äußere Realität geschlossen.

Die Perspektive des Anderen kann nicht wahrgenommen werden.

Es kommt zu schweren Fehlinterpretationen der Situation und der Motive anderer Menschen.

Als-ob-Modus (psychologisierendes, rationalisierendes Denken)

In der Psychotherapie kommt es zu Gesprächen über Gedanken und Gefühle, ohne dass eine „echte innere Berührung“ oder echte Erkenntnisse und Veränderungsprozesse erfolgen.

Insbesondere bei Verwendung einer „psychologisierenden“ Sprache kommt es zu einem „Pseudomentalisieren“.

Prämentalistische Modi können auch bei Therapeuten auftreten!

- Fokussiert auf die **Herstellung von Mentalisierungsfähigkeit, nicht auf die Beziehungsdynamik.**
- **Einfache Interventionen und einfache Fragen** aus einer natürlichen und respektvollen Haltung des „Nicht-Wissens“ („Moment, das habe ich jetzt nicht verstanden...“)
- Vermeidung von komplexen Fragen und von „Warum-Fragen“
- **WICHTIG: Die therapeutische Bindungsbeziehung darf nicht zu „intensiv“ werden!** Sie darf nicht durch zu viel Aggressivität, aber auch nicht durch zu starke **Anteilnahme oder durch zu viel Empathie „angeheizt“ werden**, weil hierdurch das Bindungssystem zu stark aktiviert würde, mit resultierendem desorganisierten Bindungsmodus und entsprechenden Komplikationen! Der Therapeut muss darauf achten, **dass (auch positive!) Emotionen nicht zu stark werden!** „Mittlere Betriebstemperatur“!

Nutzung der aggressiven GÜ: TFP und MBT im Vergleich

- TFP **aktiviert** die therapeutische (Übertragungs-)Beziehung.
- MBT **deaktiviert** die therapeutische (Bindungs-)Beziehung.

Je niedriger das Strukturniveau und je schwerer die Bindungstraumatisierungen in der Kindheit, desto heftiger und unkontrollierter die affektiven Entgleisungen in bindungsrelevanten Situationen!

Konsequenzen für die (aggressive) Gegenübertragung ...

- ... bei der TFP: „Containment“ und „dosierte“ Gegenübertragungsmitteilung.
- ... bei der MBT: „Containment“ und **keine** Gegenübertragungsmitteilung. Die Gegenübertragung „muss unter Quarantäne gestellt werden“.

Beispiel für MBT-Intervention:

„Ich merke, dass Sie meine Bemerkung als Kritik aufgenommen haben. Das tut mir leid, das wollte ich nicht. Können Sie mir das verzeihen?“ (Ermann, 2010)

- ... **offen aggressivem Verhalten des Patienten:** Herablassendes, entwertendes Verhalten, offene Provokationen, Beschimpfungen, Drohungen, Tätlichkeiten, ...

Weitere Situationen mit negativer GÜ: Wenn der Patient ...

- ... zu viel und zu chaotisch redet. (z.B. „chaotisches Narrativ“ bei Mentalisierungsstörung, komplexer PTSD, psychotischem Einbruch?)
- ... schweigt. (z.B. „passiv aggressiv“? Dissoziativ? Manipulativ? Wahnhaft?)
- ... extrem bedürftig, fordernd, vereinnahmend und „nie zufrieden“ ist. (z.B. strukturelle Störung? Narzisstische Pathologie?)
- ... sich hartnäckig selbstverletzt. (z.B. Affektregulierungsstörung? Selbstbestrafung bei PTSD? Bewusstseinsnaher „Machtkampf“?)
- ... chronisch suizidal ist bzw. „suizidal agiert“. (z.B. prämentalistische Konfliktlösungs- und Kommunikationsstrategien / „Acting out“ bei einem Unvermögen zu reiferen Strategien?)

Banale, aber bedeutsame Frage: „Kann“ oder „will“ der Patient nicht anders?

Fazit: Voraussetzungen für einen förderlichen Umgang mit der aggressiven GÜ sind, ...

- ... die eigenen GÜ-Dispositionen zu kennen und sie von den Übertragungen des Pat. unterscheiden zu können. Wichtigkeit von Selbsterfahrung und Supervision!
- ... heftige GÜ-Affekte bei sich selbst zu „containen“ und schnellstmöglich zu reflektieren. **Eigene Mentalisierungsfähigkeit herstellen!**
- ... „Äquidistanz“ zu den unterschiedlichen, teils „zu friedlichen“, teils zu aggressiven Anteilen des Patienten zu wahren! **Technische Neutralität!**
- ... GÜ-Mitteilungen verträglich zu dosieren bzw. wegzulassen, unter Berücksichtigung der strukturellen Möglichkeiten und der psychiatrischen Komorbiditäten des Menschen mit PS.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Aggressive Gegenübertragung in der therapeutischen Beziehung – Fluch oder Segen?

Das psychodynamische Modell der Gegenübertragung hat gegenüber seiner ursprünglichen Konzeption einen Wandel durchgemacht: Während die Gegenübertragung früher als eine Störungsquelle im therapeutischen Prozess galt, wird sie heute als eine Art diagnostisches und therapeutisches Instrument angesehen, mit dem die Störungsdynamiken gerade bei Persönlichkeitsstörungen besser verstanden werden können.

Wie aber gehen wir als Therapeuten damit um, wenn wir von heftigen Gegenübertragungsgefühlen des Ärgers und der Wut auf den Patienten erfasst werden? Wie verträgt sich dieses mit der verbreiteten Auffassung, dass eine therapeutische Beziehung "gut" zu sein hat, um erfolgreich zu sein?

In diesem Vortrag soll es darum gehen, welche Voraussetzungen beim Patienten, aber auch beim Therapeuten sowie innerhalb der therapeutischen Beziehung erfüllt sein müssen, damit eine "therapeutische Arbeit mit der aggressiven Gegenübertragung" gelingen kann.

Dr. Charlotte Ramb

Filmabend

zum **Forum für Persönlichkeitsstörungen** am Freitag, den 11.11.2016 um 18 Uhr im Hörsaal 1B der Silberlaube.

Ausschließlich für TeilnehmerInnen des Forums Persönlichkeitsstörungen: „**Gone Girl**“ von David Fincher. Inklusive Einführung und abschließende Podiumsdiskussion.“

Freie Universität Berlin, Silberlaube, HS 1b
Habelschwerdter Allee 45, 14195 Berlin

Das Forum für Persönlichkeitsstörungen ist eine Gemeinschaftsveranstaltung von:



Klinik und Hochschulambulanz für
Psychiatrie und Psychotherapie
Charité - Campus Benjamin Franklin



IVB Institut für Verhaltenstherapie
Berlin GmbH, Staatlich anerkannte
Aus- und Weiterbildungsstätte



Humboldt-Universität zu Berlin,
Institut für Psychologie
ZPHU - Zentrum für Psycho-
therapie, Staatlich anerkannte
Ausbildungsstätte für
Psychologische Psychotherapie



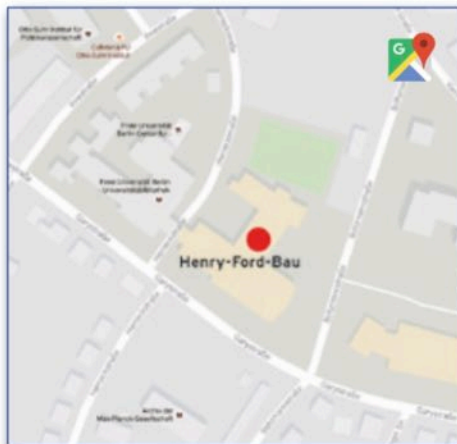
Freie Universität Berlin, Hochschul-
ambulanz für Psychotherapie, Dia-
gnostik und Gesundheitsförderung



Kammer für Psychologische
Psychotherapeuten und
Kinder- und Jugendlichenpsycho-
therapeuten im Land Berlin

Weitere Informationen finden Sie auf der
Website: www.forum-f60.de

Mit 6 Fortbildungseinheiten zertifiziert



Veranstaltungsort:

Max-Kade-Auditorium
der Freien Universität Berlin
Henry-Ford-Bau
Garystraße 35
14195 Berlin

Wenn Sie den
QR-Code scannen,
kommen Sie direkt
zu Google Maps.



Titellustration: Steve Soon, Gewaltten

Forum für Persönlichkeits- störungen



12. Symposium

Persönlichkeitsstörungen und Aggression

Sonnabend, 12. November 2016
von 10.00 bis 16.00 Uhr

Max-Kade-Auditorium der
Freien Universität Berlin
Henry-Ford-Bau

NEU

NEU



Mit 6 Fortbildungseinheiten zertifiziert

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

wir laden Sie herzlich zum 12. Forum für Persönlichkeitsstörungen ein, in diesem Jahr mit dem schwierigen - aber auch spannenden - Thema: **Persönlichkeitsstörungen und Aggression**.

Aggression ist Teil der menschlichen Natur. Ohne die Fähigkeit zur Aggression hätte sich der Homo Sapiens in der Evolution nicht durchsetzen können. In der Menschheitsgeschichte verursachte die Fähigkeit zur Aggression aber auch eine unübersehbare Zahl an Opfern. Auch viele zivilisatorische Bemühungen durch Gebote und Gesetze („Du sollst nicht töten!“) reich(t)en nicht aus, um Aggression und Gewalt einzudämmen. Zwar haben die gewaltsamen Konflikte und Kriege in Mitteleuropa seit Ende des 2. Weltkrieges abgenommen und offene Gewalt oder aggressive Auseinandersetzungen erleben wir seltener und vorrangig als Konflikte zwischen Individuen oder kleinen Gruppen. Dieses Bild hat sich jedoch in den letzten Monaten auch in Europa deutlich gewandelt.

Die Regulation aggressiver Affekte stellt ein zentrales Problem bei vielen Menschen mit Persönlichkeitsstörungen dar. Dabei lassen sich vordergründig zwei Aggressionstypen beschreiben: Zum einen unterregulierte aggressive Affekte (Fremdaggression, Selbstverletzung) zum anderen Überregulation von aggressiven Affekten. Menschen, die ihre aggressiven Affekte überregulieren, haben große Schwierigkeiten diese überhaupt wahrzunehmen und/oder sie sozial angemessen zu kommunizieren. Psychotherapeutisch stellen aggressive Patientinnen die therapeutische Identität der Handelnden in Frage. Die HelferInnen drohen angesichts offener Aggression aus der Rolle der Verstehenden zu fallen. Konfrontiert mit unter Umständen starken eigenen Affekten, müssen sich BehandlerInnen mit eigenen verletzlichen Anteilen auseinandersetzen.

Diesem Spannungsfeld zwischen schwieriger Symptomatik und therapeutischer Herausforderung wollen wir uns in diesem Jahr mit sechs ausgewiesenen ExpertInnen nähern. Wir freuen uns, dass Herr Prof. Dr. Thomas Bronisch, Herr PD Dr. Gerhard Dammann, Herr Prof. Dr. Peter Fiedler, und Frau Dr. Charlotte Ramb unseren Einladungen gefolgt sind. Außerdem werden mit Herrn PD Dr. Stefan Röpke, Herrn Dipl.-Psych. Rolf Kromat und Herrn Dipl.-Psych. Horia Fabini drei der Veranstalter vortragen. Die Moderation wird Frau Prof. Dr. Babette Renneberg übernehmen. Die Veranstaltung ist wie jedes Jahr durch die Psychotherapeutenkammer zertifiziert.

Herzlich willkommen!

Programm (Änderungen vorbehalten)

Persönlichkeitsstörungen und Aggression

Moderation: Prof. Dr. Babette Renneberg

10.00 Uhr **Begrüßung**

10.15 Uhr Dipl.-Psych. Rolf Kromat und
Dipl.-Psych. Horia Fabini:

Erscheinungsformen der Aggression bei Persönlichkeitsstörungen. Fallbeispiele aus der klinisch-psychologischen Perspektive.

11.00 Uhr PD Dr. Stefan Röpke:

Was geht in diesem Kopf vor? Neurobiologie der Aggression.

11.15 Uhr Prof. Dr. Peter Fiedler:

Kommen Aggressionen eigentlich bei allen Persönlichkeitsstörungen vor? Überlegungen zur Prävention und Behandlung aus verhaltenstherapeutischer Perspektive.

12.00 Uhr **Pause**

13.00 Uhr Dr. Charlotte Ramb:

Aggressive Gegenübertragung in der therapeutischen Beziehung - Fluch oder Segen?

13.45 Uhr Prof. Dr. Thomas Bronisch:

Persönlichkeitsstörungen und suizidales Verhalten

14.30 Uhr PD Dr. Gerhard Dammann:

Selbst- und Fremdaggression bei Persönlichkeitsstörungen aus psychodynamischer Perspektive.

15.15 Uhr **Podiumsdiskussion**

16.00 Uhr **Abschluss**

Für Aktualisierungen schauen Sie bitte auf www.forum-f60.de

Anmeldung

Da wir daran interessiert sind, trotz steigender Kosten, den Preis des Forums für Sie auch im 12. Jahr so konstant wie möglich zu halten, sind Anmeldungen ausschließlich durch Eingabe Ihrer Daten in die Eingabemaske auf www.forum-f60.de ohne zusätzliche Bearbeitungskosten möglich. Falls Sie sich dennoch per Post anmelden möchten, so können Sie dies gegen eine Bearbeitungsgebühr tun. Eine Anmeldung per E-Mail oder per Fax ist ausgeschlossen. Bei Fragen können Sie sich gerne per E-Mail an uns wenden: fabini@ivb-berlin.de

Wichtige Hinweise

Sie sind erst angemeldet, wenn wir den Eingang Ihrer Teilnahmegebühren überprüft und verbucht haben. Sie erhalten dann eine Zahlungsbestätigung per E-Mail zugeschickt. Diese ist gleichzeitig der Beleg für Ihre verbindliche Anmeldung. Ausschlaggebend für die erfolgreiche Anmeldung ist ausschließlich das Datum des Gebühreneingangs auf unserem Konto.

Das vollständige Ausfüllen der Eingabemaske auf forum-f60.de ist zwingend notwendig - ansonsten können wir Ihre Überweisung nicht zuordnen und ihre Teilnahme am 12. Forum für Persönlichkeitsstörungen nicht bestätigen. Die Teilnahme an der Filmvorführung vom 11.11.2016 ist ausschließlich TeilnehmerInnen des 12. Forum für Persönlichkeitsstörungen vorbehalten - und für diese kostenlos.

Gebühren

Anmeldungen bis zum 12.10.2016
via Webseite 59 Euro, per Post 69 Euro.

Anmeldungen nach dem 12.10.2016
via Webseite 69 Euro, per Post 79 Euro.

Tageskarten vor Ort, am 12.11.2016 79 Euro.

Bitte überweisen Sie den Betrag mit dem Verwendungszweck „Forum“ und Ihren Vor- und Nachnamen auf folgendes Konto: IVB Berlin, IBAN DE38 1001 0010 0484 9341 02, Postbank

Organisation, Durchführung und Postanschrift

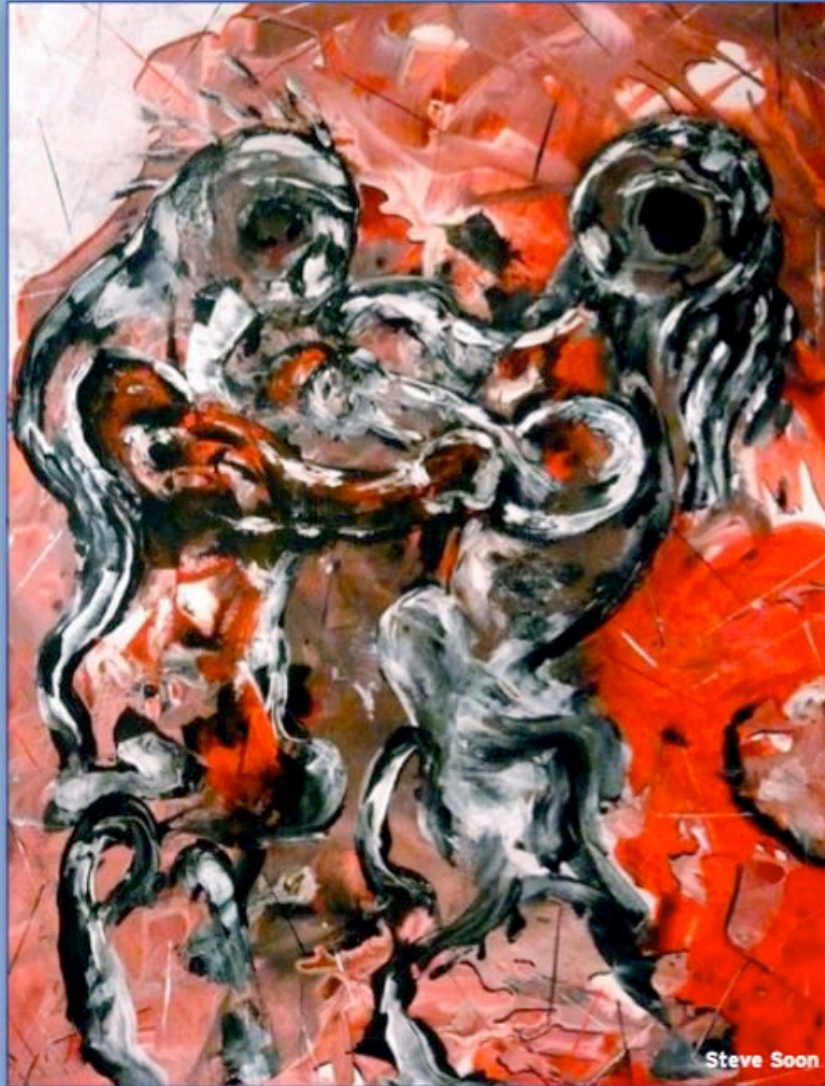
Herr Dipl.-Psych. Horia Fabini
Psychologischer Psychotherapeut | Notfallpsychologe
Weiterbildungsleiter Gruppen-VT | Organisationsleitung Forum F60
fabini@ivb-berlin.de

IVB Institut für Verhaltenstherapie Berlin GmbH
Hohenzollerndamm 125-126 | 14199 Berlin

Organisation und Durchführung der wissenschaftlichen Tagung im Auftrag und auf Rechnung der Professur Psychotherapie und Somatopsychologie am Institut für Psychologie der Humboldt- Universität zu Berlin.

**Fortbildungsveranstaltung
Psychologische und ärztliche Psychotherapie
Forum für Persönlichkeitsstörungen
12. Symposium**

Persönlichkeitsstörungen und Aggression



Die Referenten

**Prof. Dr. Thomas Bronisch · PD Dr. Gerhard Dammann
Dipl.-Psych. Horia Fabini · Prof. Dr. Peter Fiedler
Dipl.-Psych. Rolf Kromat · Dr. Charlotte Ramb
PD Dr. Stefan Röpke**

Weitere Informationen finden Sie auf der Website: www.forum-f60.de

Sonnabend, 12. November 2016 von 10.00 bis 16.00 Uhr

NEU Max-Kade-Auditorium der Freien Universität Berlin **NEU**
Henry-Ford-Bau, Garystraße 35, 14195 Berlin