

EINFÜHRUNG IN DIE „ISTDP - BASICS“ Metapsychologie nach Davanloo

IM GRUNDLAGEN KURS
gehalten von

Dr. med.
Lothar Matter
Thun

mit Unterstützung aus
Reaching through resistance
Allan Abbass MD, FRCPC
Professor & Program Director
Centre for Emotions and Health,
Dalhousie University, Canada. www.allanabbass.com

sowie mit Quellen aus H. Davanloo (1995, 2000), P. Troendle (2006), Bleuler (?), G. Gottwik Hrsg. (2009), A. Abbass (2012), S. Pfaundler (2015)

EINFÜHRUNG IN DIE „ISTDP - BASICS“ Metapsychologie nach Davanloo

Sie können heute

einen Überblick bekommen was IS-TDP ist.

Ihr eigenes (Profi-)Wissen reflektieren.

Sehen Sie selbst

Als Teilnehmer verpflichten ich mich, während der Kursstunden keinerlei elektronische (Audio/Video) Aufzeichnungen der Patientengespräche zu machen.

Ist Therapie Traum oder Realität ?



*„Well, I do have this recurring dream,
that one day I might see some results“*

Ist Therapie Traum oder Realität ?

Wir alle wissen, dass wir in **20%** der Patienten gute Resultate erzielen, wenn der Patient engagiert, motiviert ist und auf Therapie anspricht. YAVIS

Was ist mit den restlichen **80%** mit multiplen Problemen, Persönlichkeitsstörungen.

47% steigen frühzeitig aus.

8% der Patienten werden unter Therapie sogar schlechter.

Trotz 50 Jahre Therapieforschung und der Entwicklung **von hunderten von neuen Therapiemethoden** haben sich die Resultate nicht wesentlich verbessert.

Emotionsfokussierung ? 3. Welle : emotionale Wende

Lack of emotional awareness and regulation is an underlying factor in all disorders (Barlow et al 2010))

More and more evidence of importance of emotional experience for effectiveness in therapy in short and long term (Abbass,2006; Greenberg and Johnson,1994; Hill, Kiesler, Weiss)

Neurobiological studies suggest that new learning and neural growth are enhanced by experience of anxiety and emotions (Cozolino, 2009)

Dose-response relationship between intensity of felt emotion and relief of symptoms (Abbass, 2006)

High levels of emotional experiencing associated with "significant sessions" and superior outcome (Tang & DeRubeis, 1999; Wisner & Goldfried, 1998)

Patients report this is most important factor (Piriolo, 2004)

kognitiv versus affektiv

„Wir müssen lernen mit den Augen zu hören“

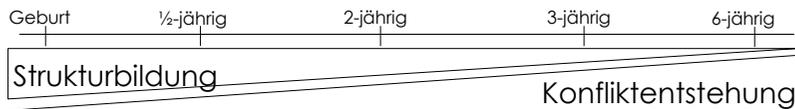
intellektuell	hoch emotional
Einsicht ohne emotionales Erleben	Eröffnen des Unbewussten
längere Therapiedauer Symptomreduktion grössere Gefahr von Rückfall	kürzere Therapiedauer Charakterveränderung geringere Rückfallgefahr

Veränderung der „Persönlichkeitsstörung“

Entwicklung vom „Wurm im Morast“ zum „Adler in den Lüften“

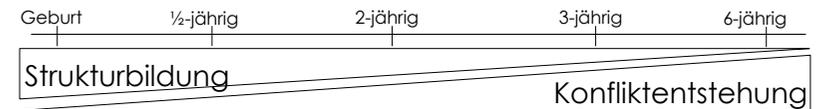
„Hilf dem Patienten, das zu werden, was er gerne sein möchte“, (JW Goethe)

Entwicklung der Struktur und der Konflikthaftigkeit in den frühen Lebensabschnitten



Grundfunktionen	Bindung	Autonomie	Identität
Nähe - Affektgenerierung			
Intentionale Ausrichtung	Selbst-Objekt-Differenzierung	Impulssteuerung	Selbstreflexivität Identität
Näheregulation		Affektregulierung	
kommunikatives Einschwingen gemeinsame Affekte Affektmitteilung Affekte verstehen eigene / fremde Affekte	Objekt-wahrnehmung Empathie Internalisierung Bindung / Lösung	Selbstwertregulierung	realistische Objekt-wahrnehmung psychisches Innen soziales Aussen
		Affekttoleranz	

Entwicklung der Struktur und der Konflikthaftigkeit und ihr Einfluss auf das spätere Leben



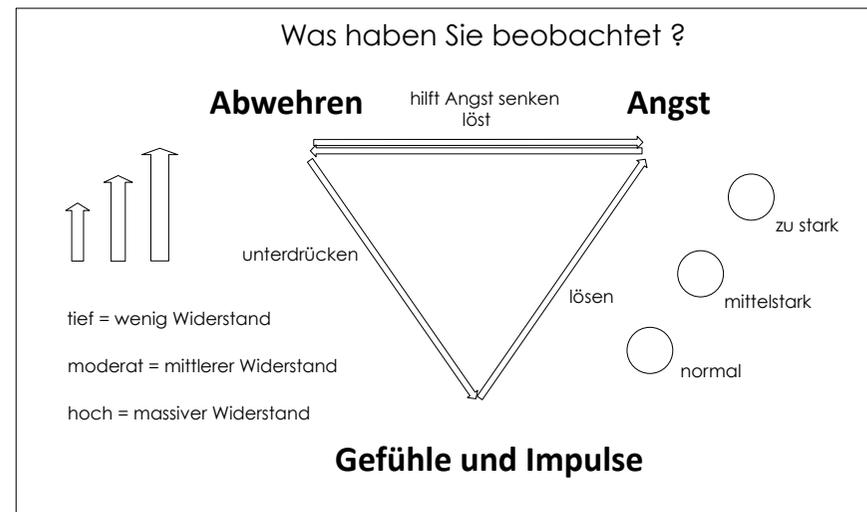
			gerichtete objektbezogene Angst (isolierte Phobien)
		Angst in eine hilflose Situation zu geraten (Agoraphobie)	Isolierte Angstanfälle (Panikattacken)
	Angst um die Existenz bei	Angst vor Krankheiten	
Angst „verrückt“ zu werden oft präpsychotisch	melancholischer Depression	(Hypochondrien)	
frei flotierende Angst (generalisierte Angst) existenzielle Angst			

Videosequenz



Was beobachten Sie

Psychodiagnostik



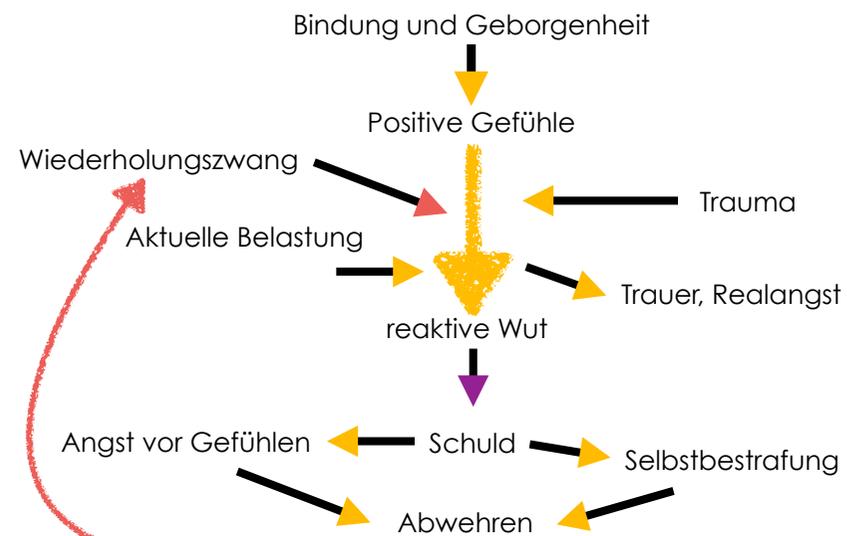
Davanloo (2001), Troendle (2006), Gottwik Hrsg. (2009), Abbass (2012), Pfaundler, Matter (2016)

Entwicklung der Bindung in den frühen Lebensabschnitten

frühe Bindung



PATHOGENESE DER NEUROSE



Schema: Dr. med. Rudolf Bleuler, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, 9052 Niederteufen

Störung der Bindung

in den Lebensabschnitten

frühe Bindung



Schmerz, Angst

mörderische Wut,
Schuldgefühle wegen der
mörderischen Wut

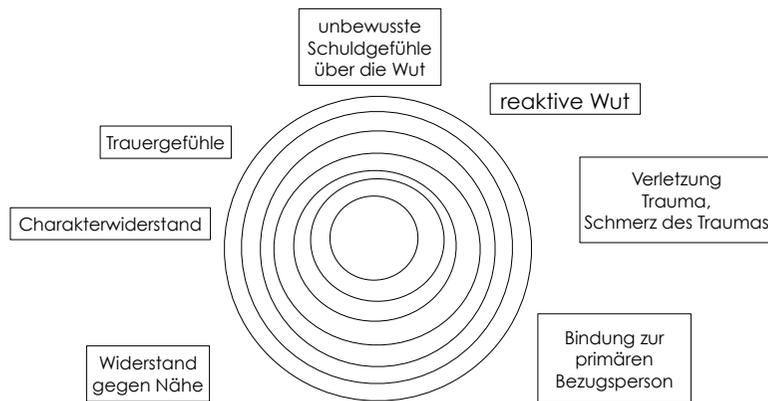
selbstdestruktive Symptome bis Somatisation

TRAUMA - wiederholte Traumata

The Stillface Experiment



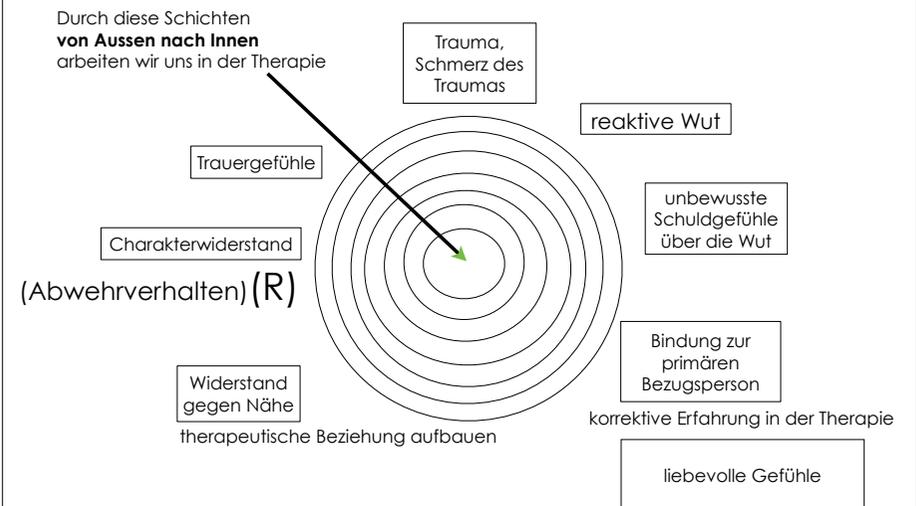
Das Neurosen-Modell nach Davanloo



Struktur der pathogenen Organisation des Unbewussten

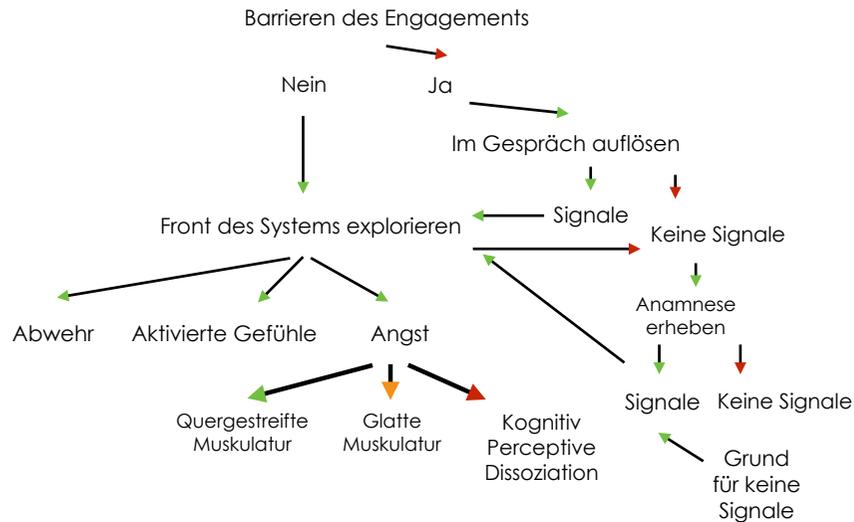
Davanloo (2001), Troendle (2006), Gottwik Hrsg. (2009), Abbass (2012), Matter (2016)

Unlocking the unconcious nach Davanloo



Davanloo (2001), Troendle (2006), Gottwik Hrsg. (2009), Abbass (2012), Matter (2016)

Ablauf des initial Prozesses



Der ISTDP Diagnose- und Therapieprozess

- Angst und Abwehrmechanismen monitorieren = FRONT OF THE SYSTEM**
diagnostizieren
- Angsttoleranz = Kapazität abschätzen** - Kapazität aufbauen, sofern nötig
- Versuchen eine **(TA)** Therapeutische Allianz - **Beziehung aufzubauen**
- Auf die **vermiedenen Gefühle** fokussieren
- Komplexe Gefühle (CF)** im Zusammenhang mit alten Beziehungserfahrungen **suchen**
- Unbewusste Ängste (A)** und Abwehren **(R)** **mobilisieren** = herausfordern
- Komplexe Übertragungsgefühle (CTF)** **ermöglichen** / zulassen helfen
- Stärken der** unbewussten Therapeutischen Allianz **(UTA)**

Davanloos Entdeckung (1): „Twinfactor“ (R) & (CTF)

Das Fokussieren auf die

Widerstände (Abwehrverhalten) **(R)** esistance
im Hier - und - Jetzt der Übertragung **(T)**

aktiviert (mobilisiert) komplexe (positiv und negative)
Übertragungsgefühle **(CTF)**

und aktiviert gleichzeitig mehr und mehr Widerstände **(R)** in der
Übertragung - gegenüber dem Therapeuten

Davanloos Entdeckung (2): „Tripplefactor“ (R) & (CTF) & UTA

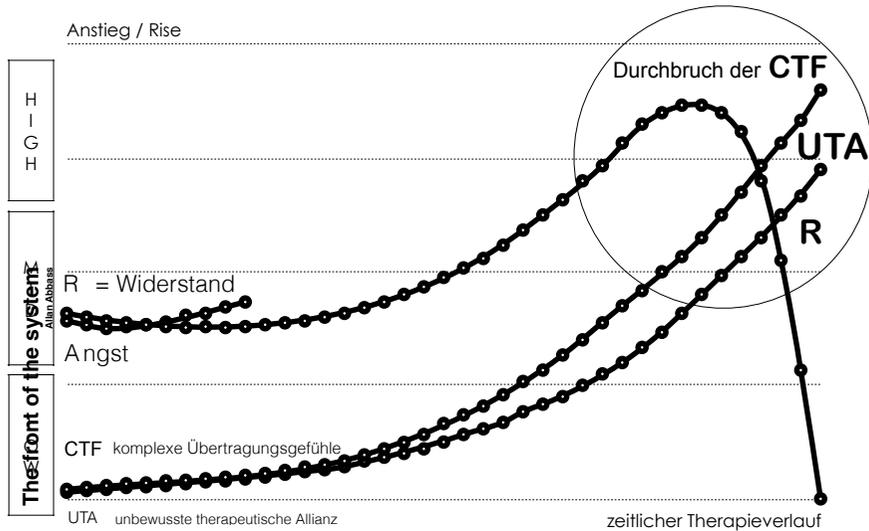
Das Fokussieren auf die

Widerstände (Abwehrverhalten) **(R)** esistance
im Hier - und - Jetzt der Übertragung **(T)**

aktiviert (mobilisiert) Übertragungswiderstände
und gleichzeitig komplexe (positiv und negative)
Übertragungsgefühle **(CTF)**

sowie Hoffnung, die sogenannte **Unbewusste Therapeutische Allianz (UTA)**

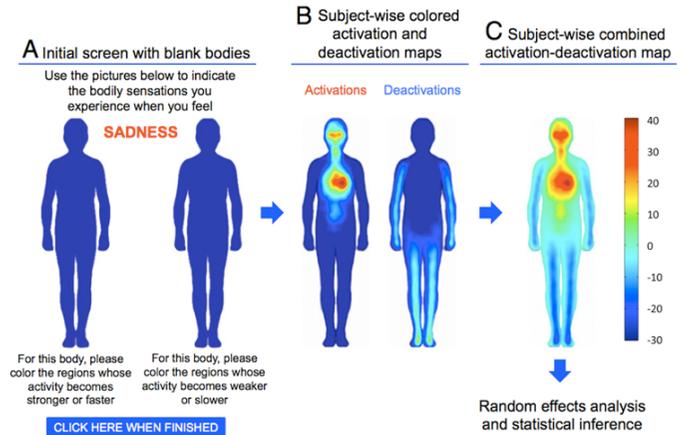
Zusammenspiel dieser vier Faktoren im zeitlichen Ablauf



Davanloo (2001), Troendle (2006), Gottwik Hrsg. (2009), Abbass (2012), Matter (2016)

Physiologie der Gefühle

Wie werden Emotionen erlebt und wie zeigen Sie sich im Körper



<http://www.pnas.org/content/111/2/646.abstract> (2013)

Physiologie der Gefühle

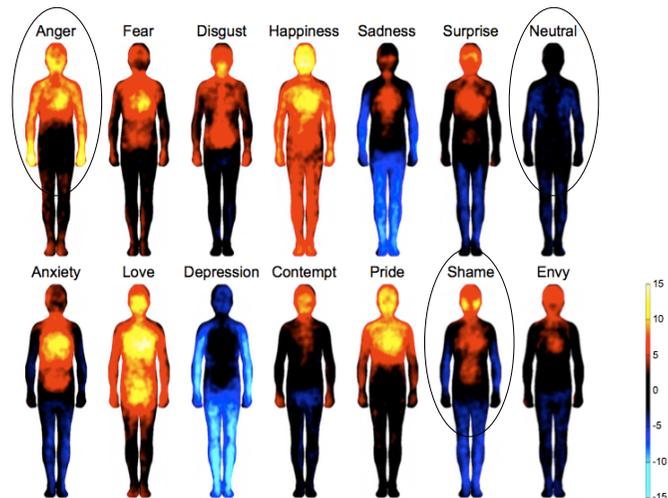


Fig. 2. Bodily topography of basic (Upper) and nonbasic (Lower) emotions associated with words. The body maps show regions whose activation increased (warm colors) or decreased (cool colors) when feeling each emotion. ($P < 0.05$ FDR corrected; $t > 1.94$). The colorbar indicates the t-statistic range.

Physiologie der Gefühle

Wie werden Emotionen erlebt und wie zeigen Sie sich im Körper?

ANGST	TRAUER	WUT	SCHULD	LIEBE	SCHMERZ
(unangenehm) Herzklopfen, Hitze im Körper	inhaltlich steht der Verlust im Zentrum	(angenehm) innere Energiesensation fegt die Angst weg	(schmerzhaft) Enge in der oberen Brust bis zu Schmerz	Wärme auf der Brust	Trauma schmerz
Enge auf der Brust, Atemnot Seufzer „keine Luft bekommen“	schmerzt in der Kehle nach Davanloo	Vulkan, tief vom Bauch in die Brust und den Nacken sich ausbreitend	kann nicht mehr sprechen - verschlägt die Stimme	„chrüsälä“	heftig
innere Nervosität, Zittern, Schwäche, weiche Knie	wellig, aber nicht schmerzhaft	Kraft, die in die Hände ausbrechen will	intensive, Schuldgefühle	Leichtigkeit des Seins	zerreissend windend
SCHWITZEN Übelkeit, Erbrechen	STILLE TRÄNEN >		<— Wellen von Tränen	FREUDE	
Konzentrations- mangel, Schwindel, Wegdriften	ist weich, seelisch, ruhig, körperlich nicht so heftig wie bei der Schuld	Drang zu GREIFEN oder Gewalt zuzufügen	mit Reuegefühlen über das Geschehene	Drang zum Umarmen	Stimme aus der Zeit des Traumas. z.B. kindlich

Wenn Gefühle bewusst erlebt werden, sind sie nicht somatisiert.

Das Personen-Dreieck

Konzept ursprünglich von K. Menninger (Triangle of Insight (1958), in der Folge modifiziert von H. Davanloo u. D. Malan (1995)

Das Zeit-Dreieck

In Alltagsbeziehungen

(C)urrent life



Personen in der Vergangenheit

(P)ast Relation

in der Übertragung auf den Therapeuten im Hier und Jetzt (T)ransference

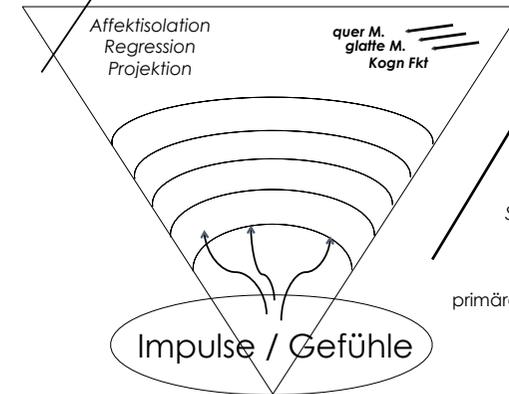
Das Konflikt-Dreieck

Konzept ursprünglich von H. Eziel (1952), in der Folge modifiziert von H. Davanloo u. D. Malan

(R) ABWEHR



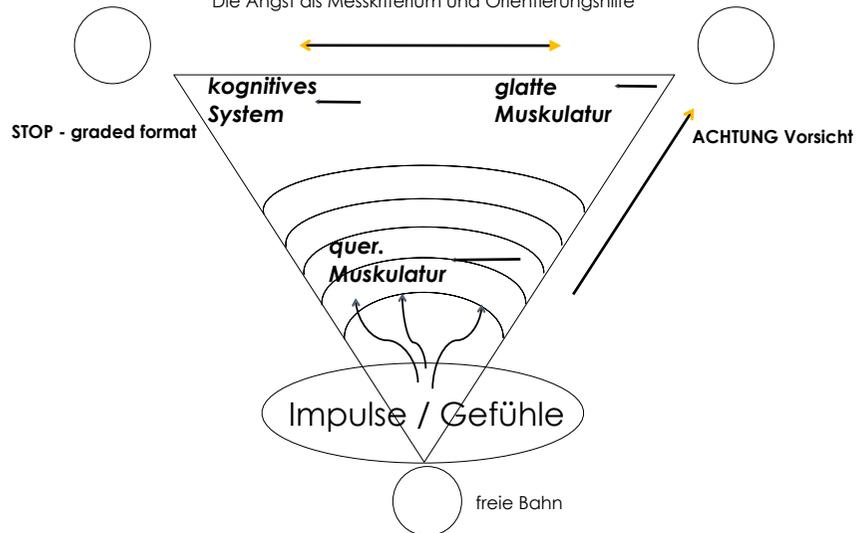
(A) ANGST



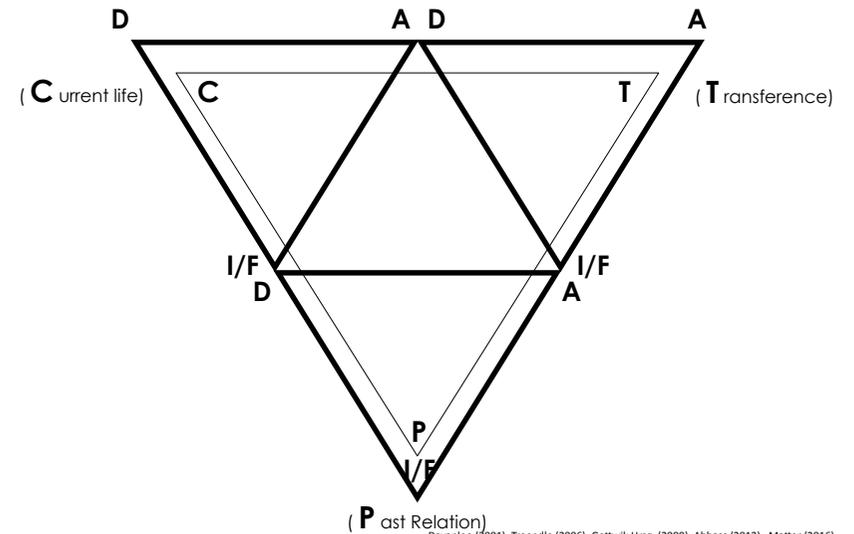
Wut
Schuldgefühle
Schmerz
Trauer
Liebe
primäre, existentielle Angst

Das Angst-Dreieck

Konzept ursprünglich von H. Eziel (1952), in der Folge modifiziert von H. Davanloo u. D. Malan
Die Angst als Messkriterium und Orientierungshilfe



Konflikt & Personendreieck



Die Neurobiologie der Angst

Das Sicherheitsleitsystem: Diagnose- und Monitoring System

In der ISTDP verstehen wir die Angst als bio-physiologisches Aktivierungsmuster des Körpers. Die Angst ist Messkriterium und Orientierungshilfe.



1/6

Davanloo (2001), Troendle (2006), Gottwik Hrsg. (2009), Abbass (2012), Pfandler (2014), Matter (2016)

Kanäle der Angst nach Davanloo

Unbewusste Angst

Kanal 1
Die Angst fließt vom Entstehungsort im Gehirn durch das willkürliche Nervensystem in die **quergestreifte Muskulatur**

Ampel auf Grün
Hinweis auf hohe Angsttoleranz, - Kapazität

Es entsteht Anspannung, Verspannung, Zunahme des Tonus. Wir achten nicht auf Bewegung sondern auf :

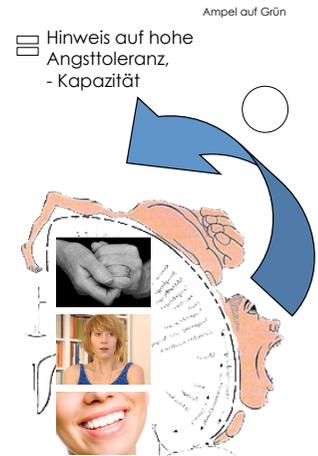
gegeneinander gepresste Daumen, Hände (**clenching**)

Arm, Schulter, Nackenanspannung

auf die intercostal Muskulatur: **SEUFZER**, tiefe Atemzüge, belegte Stimme

ein **erzwungenes Lächeln**.

Mit clenching meinen wir nicht Spannungsabfuhr



Homunculus - motorischer Cortex

2/6

Kanäle der Angst nach Davanloo

Unbewusste Angst

Kanal 1
Die Angst fließt vom Entstehungsort im Gehirn durch das willkürliche Nervensystem in die **quergestreifte Muskulatur**

Ampel auf Grün
Hinweis auf hohe Angsttoleranz, - Kapazität

Der Tonus nimmt zu. Es entsteht Anspannung und Abfuhr. Wir achten weiter auf :

Bein und Fussbewegungen

Kniebewegungen - Ranggä

Reiben mit den Händen

Herzklopfen, gespannter Gesichtsausdruck

Aufrichten mit der Rückenmuskulatur



3/6

Kanäle der Angst nach Davanloo

Unbewusste Angst

Kanal 2
Die Angst fließt durch das vegetative Nervensystem in die **glatte autonome Muskulatur** Darm - Bronchien

Ampel auf Orange
Hinweis auf reduzierte Kapazität

Es entsteht Anspannung, Verspannung im Inneren. Wir achten auf :

Schwitzen

Darmgeräusche

belegte Stimme

Husten



4/6

Kanäle der Angst nach Davanloo

Unbewusste Angst

Ampel auf ROT

→ Kanal 3
Die Angst beeinträchtigt
kognitive und/oder sensorische Funktionen

☰ Hinweis auf fragile Ich - Struktur

Es ist zu suchen nach, wir achten auf :
„Go flat“
zusammensacken des Muskeltones

Konzentrationsstörung, blackouts

verschwommenes Sehen
Mühe mit Hören
Schwindel / dizzines

bis zu Halluzinationen



5/6

Kanäle der Angst nach Davanloo Diagnose- und Sicherheitsleitsystem

Unbewusste Angst

→ Kanal 1
sieht man

☰ Hinweis auf hohe Toleranzkapazität



→ Kanal 2
können Pat meistens sagen oder hört man

☰ Hinweis auf reduzierte Kapazität



(husten - räuspern - darmgurgeln)

→ Kanal 3
muss man suchen, danach fragen (unangenehm)

☰ Hinweis auf fragile Ich - Struktur



Depersonalization, Derealisation, diffuses Lahm werden, Verlangsamten Wegdriften - „go flat“

6/6

Abwehren unter formalem Aspekt

taktische Widerstände		hochgradige Abwehren oder major defenses		
nonverbale	verbale	obsessive	regressive, depressive	maligne regressive
Arme kreuzen	Ambivalenz	Affektisolierung	instant repression *3	anklagendes Entwerten, Provozieren
Augenkontakt meiden	argumentieren	verschieben	Hilfflosigkeit, sich aufgeben	Arroganz
Beine kreuzen	Deckwörter	RAEC *1	Opferhaltung	Depersonalisation
den Körper abwenden	rationalisieren	RAEI *2	Projektion	Dissoziation
lächeln, lachen	Redeflug	Über-Ich Widerstand	Passivität	Trotz
seufzen	Unbestimmtheit, vage bleiben	verleugnen	Willfährigkeit, Unterwürfigkeit	Sarkasmus
Weinerlichkeit	Weitschweifigkeit	Selbstsabotage	Spaltung	Psychosen

* 1 Widerstand gegen emotionale Nähe

* 2 Widerstand gegen das Erleben des Impulses

* 3 sofortiges Verdrängen in den Körper, sogar ohne Anzeichen von Angst



Zustand der (R) Abwehr

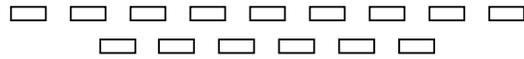
Ich < synton	Der Patient ist mit der Abwehr identifiziert. Sie wird als Teil der Persönlichkeit wahrgenommen und nicht als Problem erkannt.
Ich > dyston	Der Patient nimmt die Eigenschaften der Abwehr als störend wahr.

Bevor die Abwehr konfrontiert und herausgefordert wird,

muss sie in der Übertragung kristallisiert sein. D.h., der Patient muss sich gegen seine Abwehren auflehnen wollen. Dadurch wird er dyston.

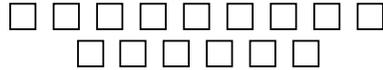
Sonst entsteht eine Missallianz.

Zustand der (R) Abwehr bei Ich-syntonen Patienten



oberflächliche
taktische Abwehren

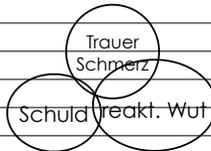
Widerstand gegen das Erleben von Nähe (RAEC)



taktische
Abwehren
gegen die Folgen
des früheren Traumas

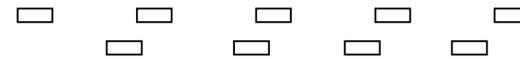
Widerstand gegen das Erleben des Impulses (RAEI)

major Resistance
Hauptabwehren
sind Strategien die
die Charakter
Abwehr
ausmachen.



Davanloo (2001)
Abbass (2012)

Zustand der (R) Abwehr bei Ich-dystonen Patienten



oberflächliche
taktische Abwehren

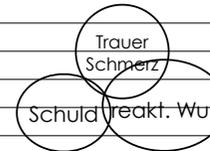
Widerstand gegen das Erleben von Nähe (RAEC)



weitere
Taktische Abwehren

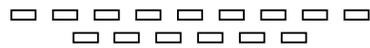
Widerstand gegen das Erleben des Impulses (RAEI)

major Resistance

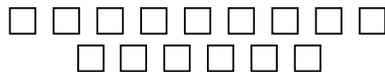


Davanloo (2001)
Troendle (2005)
Gottwik (2009)
Abbass (2012)

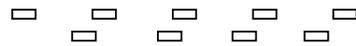
Ich-synton versus Ich-dyston



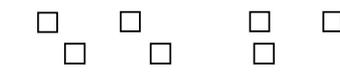
(RAEC)



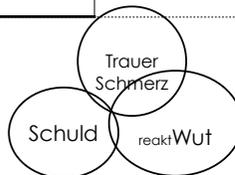
(RAEI)



(RAEC)



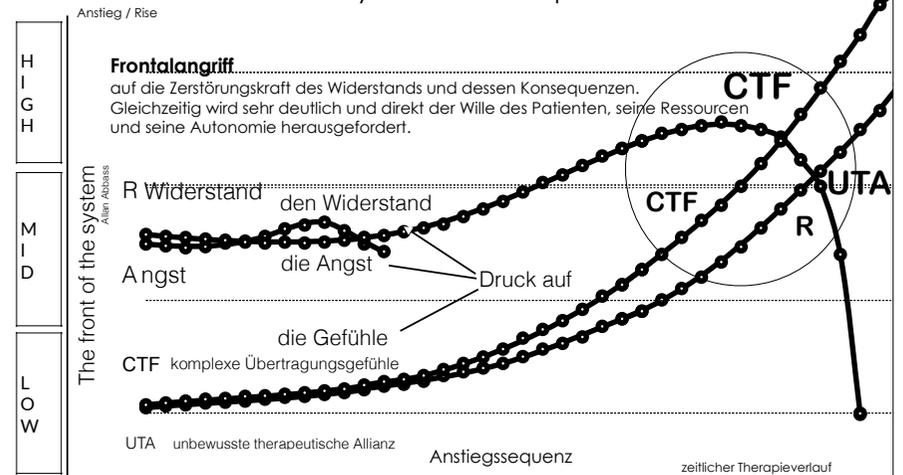
(RAEI)



Davanloo (2001), Troendle (2006), Gottwik Hrsg. (2009), Abbass (2012), Matter (2016)

das Prinzip der unmittelbaren Erfahrung oder der **prozessualen Aktivierung**

Zentraldynamische Sequenz



Einstieg in Stunde Phase 1+2 Phase 2 Phase 3 Phase 4 Phase 5 Phase 6 + 7

Interventionen: Befragung + **Druck** + **Druck** + **Herausforderung** HOC Durchbruch der Gefühle Analyse der Stunde
= alles was dem Patient hilft, weiter zu = dem Patient sagen, etwas nicht zu tun

Zentraldynamische Sequenz

Phase 1: dynamische Befragung, Diagnostik

Strukturiertes Interview mittels dynamischer Befragung
der Funktions- und Strukturanalyse

„Können Sie mir sagen, was das Problem ist, wofür sie hier Hilfe suchen?“

„Was ist Ihrer Meinung nach das Problem, wofür sie hier bei mir Hilfe suchen?“

	Angststruktur	- A -	Angstniveau abschätzen
The front of the system	Abwehrstruktur	- R -	Widerstände explorieren
	Abwehr aufzeigen	- RAEC -	gegen emotionale Nähe

Druck - **alles was dem Patient hilft, etwas zu tun.**

Herausforderung - **dem Patient sagen, etwas nicht zu tun.**

Dynamisches Psychodiagnostik-Dreieck nach Davanloo & Abbas

ABWEHR

Affektisolation
(kann Gefühle nennen, spürt sie aber nicht)

Affektunterdrückung
(spürt Gefühle gar nicht)
Alexithymie

Projektion
(verlagert sein Inneres nach Aussen)

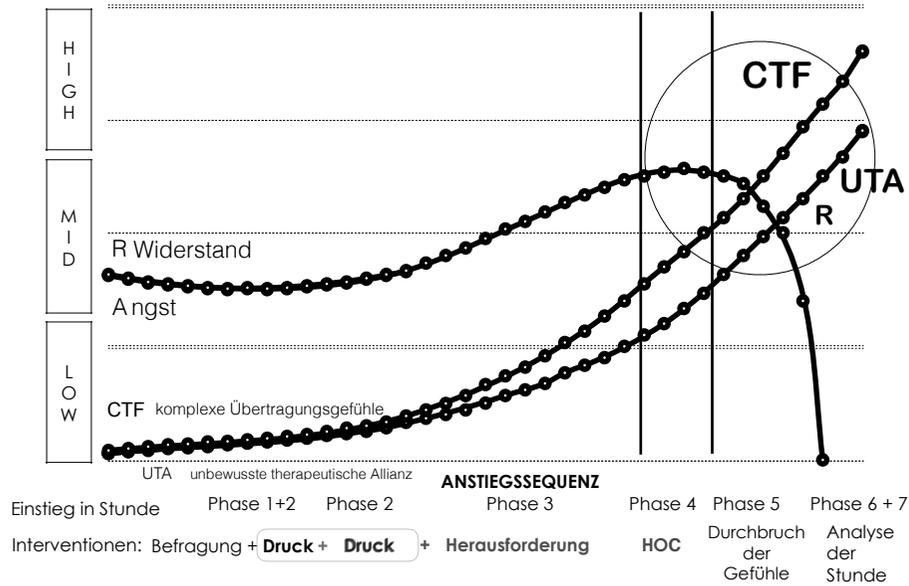
Wir fokussieren auf die Gefühle oder die Abwehr

Interventionen des Drucks

- Strukturiertes Interview
- Befragung dynamisch durchführen
- Um spezifische Antworten bitten
- Nach spezifischen konkreten Beispielen fragen
- Nachfragen
- Bereiche genauer erfragen
- Auf Gefühle in diesem Bereichen fokussieren
- Auf das tatsächliche Erleben von Gefühlen fokussieren / „wie fühlen sie das?“
- Gefühlsimpulse aufgreifen und Details genau erfragen
- Klärende Bemerkungen ergänzen
- Tatsachen kommentieren, die der Patient nicht wahrhaben will
- Die Frage wiederholen, um Ablenkungsmanöver (R) zu blockieren
- Auf Vorstellungen fokussieren
- Ein angstbesetztes Thema einführen
- Den Patienten auf verharmlosende Wortwahl aufmerksam machen
- Klarstellen, was der Patient eigentlich sagen will, aber vermeidet
- Gefühle des Patienten aufgreifen, die er vermeiden will
- Die Aufmerksamkeit des Patienten auf sein non verbales Verhalten lenken
- Durch - „nicht beantworten“ - blockieren
- Gespräch auf Bereiche lenken, mit denen der Patient Mühe hat
- Direkt auf die Übertragungsgefühle fokussieren

„ Wie fühlen sie mir gegenüber ? “

Zentraldynamische Sequenz im zeitlichen Ablauf



Zeichen der (UTA) unbewussten therap. Allianz

Die **UTA** stellt ein **starkes, unsichtbares Band** zwischen dem Patient und dem Therapeuten dar.

Die **UTA** stärkt die **Sicherheit und das Selbstvertrauen** des Patienten, ...

R << UTA
Images Transfer Guilt and Rage
Wut, Schuldgefühle, Bildtransfer

R < UTA
Grief and Clear Links
Trauer und klare Verbindungen zur Vergangenheit

R > UTA
Negation & Dreams
Benennung in Form von Verneinung und **Nachträumen**

R >> UTA
Whispers from the UTA
Seufzer aus dem Unbewussten

... dass er sich so seinen intensiven, verdrängten und den frühen traumatischen Erfahrungen stellen kann.

Wie die UTA stärken

Wichtiges Element des Aufbaus der UTA ist, dass der Patient nur auf Abwehren die in der Übertragung kristallisiert sind hingewiesen wird.

Wenn der Therapeut dem Patient aufweist, wie destruktiv sabotierend seine Abwehren sind.

Wenn der Therapeut immer wieder Appelle an die UTA macht warum wollen sie sich so schaden? womit haben sie das verdient?

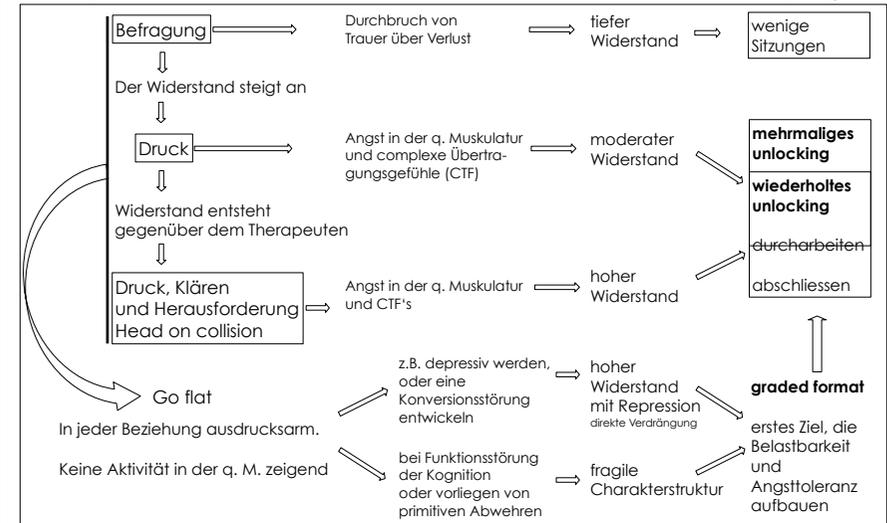
Wiederholtes hervorheben der absoluten Freiwilligkeit jeglicher Zusammenarbeit.

kristallisiert heisst, dass sich die Abwehren / Reaktion in der Übertragung zeigen auf Intervention des Therapeuten hin und sich wiederholen.

Psychodiagnostischer Algorithmus

Ist der Patient gewillt, sich auf die Therapie einzulassen?

Therapeutische Intervention - Reaktion im somatic pathway - Widerstand - Ablauf / Prognose



Abbass (2017)

What makes IS-TDP effective?

.. the actual experience of his true feelings
about the past and the present..

Davanloo (1986)

.. Es war Ihre Hartnäckigkeit, Ihr Angebot für mich,
Sparringspartner zu sein, mit Herz..

eine Patientin (2017)

Literatur und Unterlagen zu „ISTDP - BASICS“

Metapsychologie nach Davanloo

Überblick auf : <http://www.istdp.ch>

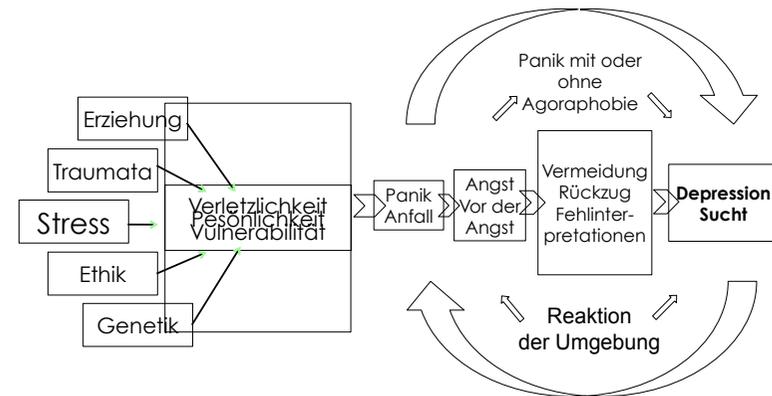
ARTIKEL zum runterladen : <http://www.istdp.ch/downloadfiles>

BÜCHER : <http://www.istdp.ch/buecherliste>

Habib Davanloo	Habib Davanloo	Paul Troendle	Gerda Gottwik	Allan Abbass

Tack Vielen Dank
 Obrigado
 Merci ありがとうございます
 Bedankt Takk 感謝您
 谢谢 Terima Kasih Grazie
 ขอบคุณ
 Спасибо Thank You
 Kiitos Tak
 Teşekkür Ederiz 감사합니다
 Gracias
 Dziękujemy Σας ευχαριστούμε

Angstentwicklung



Hier ein schematisches Beispiel für eine **Head-on Collision** mit dem Widerstand gegen Nähe, wie sie häufig zu Beginn einer Therapie angewandt wird: englische version zitiert nach H. Davanloo aus [23]

Anhang zur HOC

1. **This huge problem you have**
„Offensichtlich haben Sie schwerwiegende Probleme.
 2. **In your own free will**
Ich gehe davon aus, dass Sie aus freiem Willen zur Therapie gekommen sind. Ist das richtig?
 3. **Task: core and engine of your problem destructive forces from the past to get there together with your help and my help**
Unsere gemeinsame Aufgabe ist es, zum Kern und zum Motor Ihrer Probleme vorzudringen, die von zerstörerischen Kräften aus Ihrer Vergangenheit herrühren.
 4. **Undoing transference and omnipotence**
Dahin möchten wir zusammen kommen, mit Ihrer und mit meiner Hilfe.
 5. **your destructive pattern here with me, putting up a wall by doing a) b) c).....**
Aber wenn Sie sich das zerstörerische Verhaltensmuster hier anschauen, das Sie gerade mir gegenüber entfalten, wie Sie mich auf Abstand halten, mir nicht erlauben, Ihnen wirklich nahe zu kommen, was passiert dann bis zum Ende dieser Stunde? Es wird mir nicht möglich sein, Sie wirklich zu verstehen. Und ich werde Ihnen keine Hilfe sein können.
 6. **Your destructive pattern with other persons**
Und ich vermute, ich bin nicht der einzige Mensch, den Sie so auf Distanz halten. Prüfen Sie das mal, Sie kennen Ihr Leben viel besser als ich.
 7. **Destructiveness of the wall in relation to the therapeutic process:**
as long as you keep up this wall
as long as you keep up this inside of you
not to let me into your intimate thoughts and feelings
this process is doomed to fail.
- Solange Sie diese unsichtbare Wand aufrecht erhalten, solange Sie an diesem Bedürfnis festhalten, mir nicht zu erlauben, Ihnen wirklich nahe zu kommen, solange droht dieser Prozess hier zu scheitern.
 Und warum sollten Sie das zulassen?
 Lassen Sie uns sehen, was wir beide, und was Sie jetzt hier gegen diese Wand unternehmen!^[23]
- Die Head-on Collision soll:
- das Problem des Patienten enthalten
 - seinen freien Willen feststellen
 - die therapeutische Aufgabe ausführen
 - Übertragungstendenzen und Omnipotenzansprüche des Patienten deaktivieren
 - seinen Widerstand gegenüber dem Therapeuten korrekt benennen
 - die selbst- und beziehungszerstörerische Dimension dieses Widerstands klar legen
 - Verbindungen aufzeigen, wie dieser Widerstand auch in Alltagsbeziehungen (in Gegenwart und Vergangenheit) in zerstörerischer Weise regiert
 - den bewussten Willen und das unbewusste Arbeitsbündnis (Unconscious Therapeutic Alliance, abgekürzt UTA) des Patienten stärken und gegen den Widerstand aktivieren
 - den Patienten vor die Wahl stellen, sich seiner Charakterabwehr weiter zu unterwerfen oder dagegen zu kämpfen
 - die Waage zugunsten des Wunsches nach Autonomie und Freiheit vom pathogenen inneren System senken (Überwiegen der UTA über den Widerstand)

[23] Davanloo, H. (2001) *Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy: Extended Major Direct Access to the Unconscious. European Psychotherapy, vol 2 no 2, 37 ff.*

Das Senken der Angst

d.) Das sehr **ruhige**, empathische Mitgefühl.

Die Stimme des Therapeuten ist sehr wichtig. Sie muss ruhig sein, keine Hast. Therapeut muss sich sicher fühlen, da der Patient jede Unsicherheit mitbekommt und dies die Angst erhöht.

e.) Gemeinsam **bewusst**

die quergestreifte Muskulatur zu innervieren

indem man „Turnübungen“ vorschlägt: Die Hände gegeneinander drücken, fest Fäuste machen, die Füße in den Boden drücken. Sich auf mit den Händen auf den Stuhllehnen abstützen und dann den gesamten Körper mitsamt den Füßen ein wenig abheben. Anschließend nachprüfen wie es um die Angst steht.

