

Gerda Gottwik

Einführung in Metapsychologie und Technik der Intensiven Psychodynamischen Kurzzeittherapie nach Davanloo

Der vorliegende Aufsatz gibt eine grobe Übersicht über wichtige Aspekte der Intensiven Psychodynamischen Kurzzeittherapie nach Davanloo. Folgen soll eine Serie von Aufsätzen, die sich dem Thema „Spezielle technische Interventionen in der IS-TDP“ widmen. Die Technischen Interventionen

- Druck (englisch: Pressure),
- Herausforderung (englisch: Challenge),
- Head-On Collision (HOC)

sind die besonderen Werkzeuge, durch die es in der IS-TDP gelingt, bereits in der ersten Sitzung das Unbewusste des Patienten zu erschließen und Einblick in den neurotischen Kern zu gewinnen, in all die Kräfte und Zusammenhänge, die ursächlich für das Leiden des Patienten verantwortlich sind (Davanloo 6, 13, 14). Die Aufsätze basieren auf klinischen Vorträgen mit Videodemonstrationen, die während des 4. Würzburger Immersion Kurses im Juli 2011 gehalten wurden.

Voraussetzung für die Anwendung dieser wirkungsvollen Interventionen ist, dass die **Dynamische Diagnostik** grünes Licht für den direkten Weg zum Unbewussten gegeben hat. Insbesondere die Diagnostik bezüglich der Angsttoleranz eines Patienten ist Voraussetzung für die sichere Anwendung von Druck, Herausforderung und Head-On Collision (HOC). Der Therapeut muss jederzeit erkennen, ob der Patient in der Lage ist, dem therapeutischen Prozess Folge zu leisten. Dazu muss der Therapeut das Zusammenspiel der psychischen Kräfte präzise einschätzen. Er muss in erster Linie das Ausmaß der momentan mobilisierten unbewussten Angst des Patienten im Verhältnis zu seiner Angsttoleranz erkennen, aber ebenso die Qualität und das Ausmaß der Abwehrmechanismen und der im Kern des Unbewussten gespeicherten, bzw. momentan mobilisierten, archaischen Gefühle und Impulse erfassen. Die Tragfähigkeit der therapeutischen Allianz, insbesondere der „Unbewussten Therapeutischen Allianz“ (UTA) (3, 5, 10) bestimmt Einsatz und Stärke bei der Anwendung von Druck, Herausforderung und HOC. Voraussetzung für eine starke Mobilisierung des Unbewussten sind eine hinreichende Angsttoleranz des Patienten und eine tragfähige UTA.

Für einen detaillierten und vollständigen Überblick der IS-TDP nach Davanloo verweise ich auf die Einführungen an anderer Stelle. Im Folgenden sollen einige Highlights der IS-TDP kurz beleuchtet werden.

Am Ende des vorliegenden Aufsatzes werden die Dialogausschnitte aus einer laufenden Therapie einige wichtige Aspekte des Themas verdeutlichen.

1. Überblick über Formen der Intensiven Psychodynamischen KZT nach Davanloo

Hier ein Überblick über Formen der IS-TDP zum heutigen Zeitpunkt. Davanloo ist weiterhin sehr engagiert der Forschung verschrieben und entwickelt seine Methode laufend weiter.

**IS-TDP nach Davanloo:
Intensive Short-Term
Dynamic Psychotherapy**

**IS-TDP – Standardtechnik: bis zu 40 Stunden für
neurotische Symptomstörungen**

**Ausgedehnte Mobilisierung des Unbewussten und IS-TDP
– analytische Version: 80 bis 100 Stunden
für Symptom- plus Persönlichkeitsstörungen**

**Extended Major Mobilization of the Unconscious
and Block Therapy**

Vertical Major Extended Mobilization of the Unconscious

Deutsche Gesellschaft für IS-TDP Würzburg Immersion 2010

Zu unterscheiden sind im Wesentlichen folgende Versionen der IS-TDP:

1. Standardtechnik

Die Standardtechnik wird bei Patienten mit umschriebener Symptomatik und einer geringen Beteiligung von Charakterpathologie angewendet. Sie löst neurotische Symptome in wenigen Stunden. Eine dauerhafte Lösung von Symptomen, die wesentlich in Charakterabwehr eingebettet sind, kann bis zu 40 Therapiestunden erfordern.

In den Weiterbildungsseminaren des German Institute of IS-TDP wird die Anwendung der Standardtechnik vermittelt.

2. Ausgedehnte Mobilisierung des Unbewussten und IS-TDP - Analytische Version

Eine „Ausgedehnte Mobilisierung des Unbewussten und IS-TDP“ (15, 17) ist erforderlich bei Patienten mit einer ausgeprägten und chronifizierten neurotischen Symptomatik, eingebettet in größere Probleme der Persönlichkeitsstruktur. Diese Form der IS-TDP kann eigentlich nicht als Kurzzeittherapie beschrieben werden. Es handelt sich eher um eine intensive Langzeittherapie von 100 bis 150 Stunden, man könnte sie auch „Intensive Dynamische Kurzzeitpsychoanalyse“ nennen.

Die Charakterabwehr bei Persönlichkeitsstörungen ist im Wesentlichen unbewusst. Um diese Abwehrmechanismen und deren Destruktivität für den Patienten deutlich zu machen, ist es nötig, das Unbewusste des Patienten in der Übertragungssituation zu aktualisieren, um dann die Übertragungskomponente des Widerstands („TCR“, Transference Component of Resistance“) aufzudecken und zu überwinden (17). Dies ist nur mit Einsatz von Druck, Herausforderung und HOC erreichbar.

Bei dem Patientenbeispiel, das am Ende ausführlich behandelt wird, handelt es sich um die 30. Sitzung einer analytischen Psychotherapie bei einem Patienten mit ausgeprägter neurotischer Symptom- und Charakterpathologie.

3. Erweiterte ausgedehnte Mobilisierung des Unbewussten und Block Therapie

Davanloo hat bereits vor über 20 Jahren Patienten, die von weit her kamen, blockweise jeweils über einen Zeitraum von 3 Tagen therapiert. Um in drei Tagen eine wesentliche Aufarbeitung der destruktiven Kräfte des Unbewussten sowie strukturelle Veränderungen zu erreichen, ist ein breiter Zugang zum Unbewussten, zu Beginn eines jeden Blocks, unverzichtbar.

4. Vertikale erweiterte ausgedehnte Mobilisierung des Unbewussten

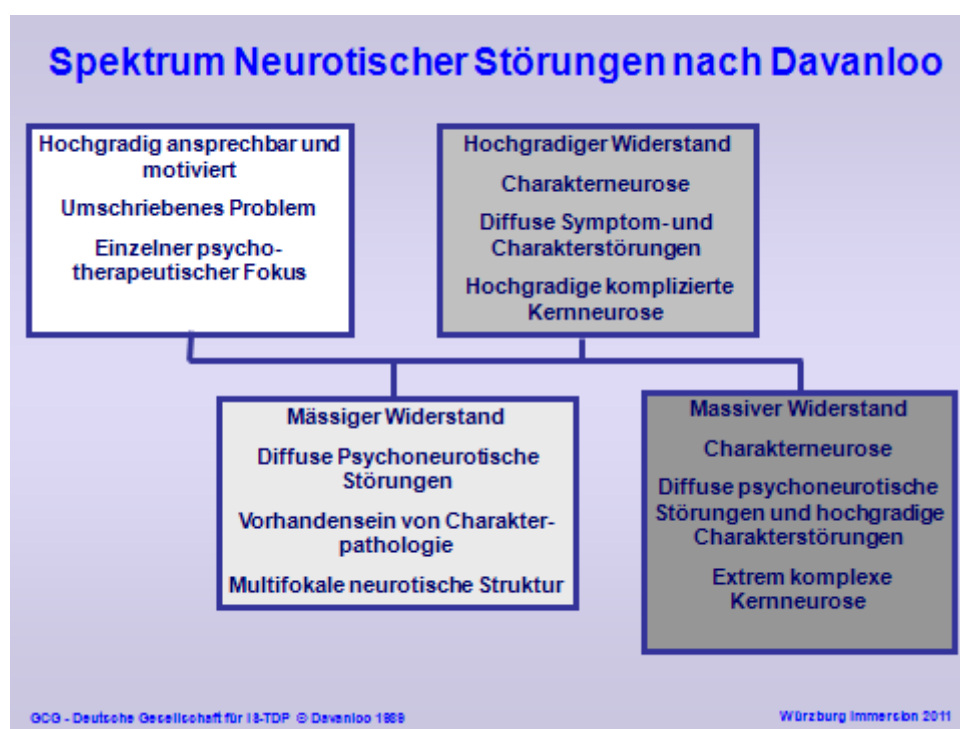
Die Technik der „Vertikalen ausgedehnten Mobilisierung des Unbewussten“ (14), die Davanloo in den zurückliegenden fünf Jahren erforscht und etabliert hat, dient Lernenden der IS-TDP zur Selbsterfahrung. Ziel ist nicht primär die therapeutische Behandlung von Symptomen oder von Charakterpathologie. Ziel ist vielmehr die Auflösung von Blockaden und Ängsten für Therapeuten, die IS-TDP anwenden möchten. Es wird hierdurch eine

„Fluidity of the Unconscious“ (16, 17), eine „Durchlässigkeit des Unbewussten“, ermöglicht. Als Nebeneffekt erleben Kollegen häufig eine tiefgreifende und befreiende Veränderung ihres alltäglichen Lebens.

„Block Therapy“ und „Vertical Mobilization“ zur Selbsterfahrung werden zum jetzigen Zeitpunkt ausschließlich von Dr. Davanloo selbst angewandt. Keiner seiner Schüler verfügt bislang über eine hinreichende Weiterbildung in diesen Verfahren.

2. Davanloos Spektrum Neurotischer Störungen

Länge und Intensität einer Therapie richten sich nach der Pathologie des Patienten, aber auch nach Ausbildung und Können des Therapeuten.



Ganz links in „Davanloos Spektrum der neurotischen Störungen“ (7, 10) befinden sich Patienten, die umschriebene neurotische Symptome aufweisen, z.B. einzelne Panikattacken. Oder, wie bei Davanloos „Prototyp“, ein isoliertes Zwangssymptom: Ein Mann, der beruflich mit Buchhaltungslisten zu tun hatte, quälte sich nach der Arbeit zwanghaft mit dem Gedanken, er habe einzelne Zahlen vergessen. Das Symptom war wenige Monate alt, nicht chronifiziert und in klarem Zusammenhang mit einem Anlass, nämlich einem Geplänkel mit seiner Schwägerin. Der Patient hatte diesen Flirt bereits beendet und seiner Frau gebeichtet,

und sie hatte ihm verziehen. Gleich im Erstinterview wurde aufgedeckt, dass die Schwägerin Ähnlichkeiten mit der Mutter des Patienten aufwies. Der Patient hatte seiner Mutter die Geburt eines Geschwisterkindes verübelt. Der quälende Kontrollzwang des Patienten verschwand nach dieser einen Sitzung und war, wie der Patient in einem Katamnesegespräch angab, nie wieder aufgetaucht (7). Zusammenfassend handelte es sich hier um ein umschriebenes Symptom, die Dynamik war mittels einer kurzen Mobilisierung von Übertragungsgefühlen frei zugänglich geworden und dynamisch relevant war ein einzelner umschriebener Fokus im Unbewussten des Patienten im Zusammenhang mit einer frühen Bezugsperson.

Anders verhält es sich bei dem bereits erwähnten 45jährigen Patienten, der am Ende dieses Aufsatzes als Fallbeispiel dient. Er litt seit seiner Kindheit unter Ängsten, Depressionen und Somatisierungsstörungen. Hinzu kamen Selbstsabotage bei der Arbeit und erhebliche Beziehungsstörungen. In Davanloos Spektrum Neurotischer Störungen ist er rechts der Mittellinie anzusiedeln.

Patienten rechts im Spektrum weisen ausgeprägte Persönlichkeitsstörungen mit schweren interpersonellen Problemen auf, was sie im Arbeitsleben und in ihren engen Beziehungen immer wieder scheitern lässt. Sie sind entweder extrem eingeschränkt in ihrem Fühlen und Denken, oder sie leiden an einer breit gefächerten Symptomatik.

Neben dem „Spektrum der Neurotischen Störungen“ hat Davanloo das „Spektrum fragiler Störungen“ (9, 15) beschrieben. Dieses erfasst Patienten mit strukturellen Schwächen oder gar Defiziten, etwa Borderline Patienten. Diese Patienten benötigen zur Strukturbildung eine Abwandlung der Techniken der IS-TDP, die an anderer Stelle abgehandelt wird.

3. Struktur der Neurose und Psychopathologische Entwicklung nach Davanloo

Ein unverarbeiteter traumatischer Verlust im Alter von sechs Jahren war für den Patienten des Fallbeispiels lebensbestimmend. Die Psychodynamik eines derartigen Erlebnisses und die nachfolgende Struktur der Neurose ist in folgendem Diagramm veranschaulicht (7, 9).



Im Zentrum und zu Beginn des Lebens liegt die Bindung an die genetischen oder an sonstige nahe Bezugspersonen der ersten Lebensjahre, die mit positiven Gefühlen von zärtlicher Zuneigung, warmer körperlicher Zuwendung mit Gehalten- und Beschützt-Werden aufgeladen ist. Jede Traumatisierung, ob Verlust oder Gewalt, löst als Reaktion auf den Schmerz Wut aus. Bei frühen Störungen ist die Wut archaisch, in der Regel mörderisch oder gar vernichtend. Mörderische Wut auf eine geliebte Person löst im Alter des magischen Denkens große Angst aus. Denn der „gefühlte Mord“ wird als real erlebt.

Neueren neurophysiologischen Erkenntnissen zufolge hat das vermutlich damit zu tun, dass durch die Affekte und die dazu gehörende Handlungsplanung Hirnströme verursacht werden, die kaum von Hirnströmen tatsächlich ausgeführter Handlungen unterscheidbar sind. Wir wissen heute, dass allein das Beobachten von Handlungen eines anderen Menschen die gleichen Hirnstrommuster erzeugt wie eigene ausgeführte Handlungen. Das deckt sich mit der Erfahrung, dass in der Kindheit nicht nur reale Gewalt, sondern auch die Atmosphäre von Gewalt traumatisierend wirkt. Je früher ein Ereignis, je unreifer das Gehirn, desto realer werden die „gefühlten Handlungen“ erlebt und damit auch abgespeichert. Deshalb schlummert im Unbewussten nicht nur die Angst vor erneutem Verletzt-werden, sondern auch die große Angst vor dem Wachwerden der verdrängten reaktiven archaisch-mörderischen Impulse. Unter diesen lagern verschüttete liebevolle Gefühle den gleichen Bezugspersonen gegenüber und dadurch bedingt sehr heftige Reuegefühle. Es ist insbesondere der Schmerz

der Reuegefühle, der die Verdrängung verstärkt und maligne Abwehrmechanismen wie Trotz, Sturheit, Rechthaberei und lebenslange Vorwurfshaltung antreibt.

Um den Kern aus verdrängten Gefühlen und Abwehrmechanismen herum bildet sich ein Panzer aus Angst und Widerstand. Der Betroffene fürchtet und vermeidet emotionale Nähe. Denn jede Annäherung an das System beunruhigt den verdrängten Kern und ruft demzufolge das Abwehrsystem auf den Plan. Jede emotional intensive Annäherung bringt dennoch die innersten Schichten der verdrängten Gefühle in Unruhe. Unerfüllte frühe Sehnsüchte nach Liebe, mörderische Wut und Schuldgefühle werden wach, ein Phänomen welches ubiquitär zu beobachten ist und in der IS-TDP systematisch genutzt wird. Speziell die Interventionen des Drucks, der Herausforderung und der Head-On Collision sind geeignet, diese inneren Schichten in Unruhe zu versetzen.

4. Entdeckung des „Triple Factor“

Davanloo begann vor 50 Jahren, audiovisuelle Aufnahmen therapeutischer Interaktionen mikroskopisch genau und detailliert zu analysieren. Das intensive Studium der Details verschiedener Interaktionen führt regelmäßig zu einem sprunghaft präziseren Erkennen und Benennen von Widerständen. Etwa 1965 entdeckte Davanloo auf dieser Basis den Zugang zum Unbewussten im Erstinterview (2, 6).

**Davanloos Entdeckung
„Triplefactor“**

Fokussieren auf die **Widerstände** im Hier-und-Jetzt der Übertragung **aktiviert (mobilisiert)**
Übertragungswiderstände

und gleichzeitig **komplexe (positiv-negative)**
Übertragungsgefühle

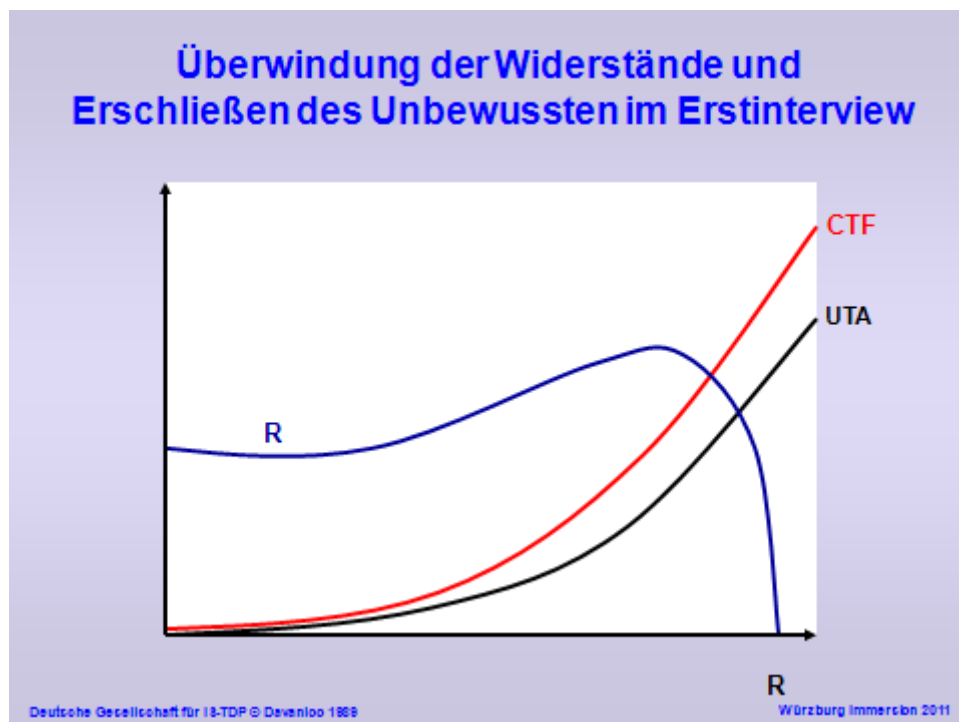
sowie **Hoffnung**
Unbewusste Therapeutische Allianz

Deutsche Gesellschaft für IS-TDP Würzburg Immercibn 2010

Davanloo bezeichnet es immer noch als seine wesentliche Entdeckung, dass die Fokussierung auf die Übertragungswiderstände und Übertragungsgefühle zunächst rasch weitere Widerstände auftreten lässt (Twinfactor) (2, 8). Je mehr Abwehrmechanismen sich im Hier-und-Jetzt zu Widerständen formen, umso günstiger ist dies für den Verlauf der Therapie. Weitere Voraussetzung ist jedoch, dass auch die dritte Kraft im Unbewussten hinreichend geweckt wird, die „Unbewusste Therapeutische Allianz“ („Triple Factor“) (6, 14). Wenn diese Bedingungen erfüllt sind schmelzen die Widerstände allmählich oder sie brechen sogar dramatisch zusammen. Die zugrunde liegenden archaischen wütenden oder schmerzlichen Emotionen treten sodann, auf den Therapeuten gerichtet, auf den Plan. Die Unbewusste Therapeutische Allianz verhilft dem Patienten dazu, hinter dem Therapeuten die frühe Bezugsperson und die jeweilige bislang unverarbeitete Kindheitsszene deutlich zu erkennen. Dadurch wird es möglich, dass der Patient Zugang zu den liebevollen Gefühlen und zu den Schuld- und Reuegefühlen bekommt, die unter den mörderischen Gefühlen vergraben waren. Ein heilsamer Versöhnungsprozess mit den inneren Objekten kommt nun in Gang.

5. Verlauf der Parameter Unbewusste Angst, Abwehrmechanismen, UTA im Erstinterview

Der Verlauf dieses Prozesses lässt sich in der folgenden Graphik zeichnen (2).



(CTF = Complex Transference Feelings = Komplexe Übertragungsgefühle, R = Resistance = Widerstand)

Jeder Patient kommt mit den für ihn typischen Charakterwiderständen in die Begegnung mit dem Therapeuten. Insbesondere im Erstinterview hat der Patient in der Regel keine Vorstellung davon, was in der Therapie auf ihn zukommt. Er bringt häufig keine bewusste Therapeutische Allianz mit, umso weniger eine Unbewusste Therapeutische Allianz (UTA). Er empfindet in der Regel auch keine auf den Therapeuten gerichteten Gefühle. Je präziser der Therapeut jetzt auf die Problematik des Patienten, auf seine Störungen und auf deren dynamische Zusammenhänge eingeht, desto wirkungsvoller kann er eine bewusste therapeutische Allianz schaffen und desto rascher wird er auch im Unbewussten ein wirksames Arbeitsbündnis wachrufen. Gleichzeitig entsteht emotionale Nähe und dadurch verbreitet sich Unruhe im System der verdrängten Emotionen. Dies wiederum macht Angst, weshalb neue Widerstände auftauchen. Auch eingefleischte, ich-syntone Abwehrmechanismen, die die Persönlichkeit des Patienten charakterisieren, werden als Widerstände gegen den Therapeuten sichtbar. Mit der für die IS-TDP charakteristischen Respektlosigkeit dieser Abwehr gegenüber kann der Therapeut nun die Intervention „Herausforderung des Widerstands“ einsetzen. Er fordert den Patienten auf, seine lebenslangen, an Krankheit, Selbstsabotage und Vorwurfshaltung festhaltenden Widerstände aufzugeben. Die Head-On Collision hilft dem Patienten schließlich, klar vor sich zu sehen, dass er sich zwischen dem Festhalten an Angst und eingefahrenen Störungen einerseits und dem Sich-Befreien von alten destruktiven Abwehrmechanismen (Haltungen und Verhaltensweisen) andererseits entscheiden kann und muss. Mit dem Aufgeben der Widerstände treten die verdrängten Gefühle zutage, diese sind in der Regel zunächst auf den Therapeuten gerichtet. Danach kommt es zu einem Transfer von der bildlichen Vorstellung des verletzten Therapeuten zur bildlichen Vorstellung einer frühen Bezugsperson und der dazu gehörenden traumatischen Erlebnisse, was weitere verdrängte kindliche Gefühle freisetzt.

6. Zentraldynamische Sequenz

Bei der Analyse einer Vielzahl solcher Verläufe beobachtete Davanloo, dass sich in einer erfolgreichen Sitzung acht verschiedene Phasen beschreiben lassen, welche er „Central Dynamic Sequence“ (1, 10, 18, 20) nannte. Einzelne Phasen der Zentraldynamischen Sequenz (ZDS) können sich zirkulär wiederholen.

Zentraldynamische Sequenz

Phase 1: Dynamische Befragung, Diagnostik

Phase 2: Druck

Phase 3: Herausforderung der Widerstände

Phase 4: Übertragungswiderstand

Phase 5: Direkter Zugang zum Unbewussten

Phase 6: Systemat. Analyse der Übertragung

Phase 7: Dynamische Exploration

Phase 8: Konsolidierung, Therapieplanung

Deutsche Gesellschaft für IS-TDP

Würzburg Immerborn 2010

Von Beginn des Interviews an führt der Therapeut den Patienten hin zu den dynamischen Zusammenhängen seiner Beschwerden. Mit einer „dynamischen Befragung“ exploriert der Therapeut die Zusammenhänge der geschilderten Beschwerden und Symptome im Hinblick auf zwischenmenschliche Konflikte. Die Diagnostik bezüglich der Angsttoleranz des Patienten ist von großer Bedeutung, um Fragilität, also Störungen in den kognitiven Funktionen, frühzeitig zu erkennen und einzuschätzen und um das weitere Vorgehen entsprechend einzurichten. Direkter Druck ist bei fragilen Patienten kontraindiziert. Es muss auch geprüft werden, ob unreife Mechanismen der Angstabfuhr vorliegen, beispielsweise Somatisierungstendenzen, welche in der Sitzung oder nach der Sitzung Probleme verursachen können.

7. Ausmaß des Erschließens

Ausmaß des Erschließens

- Tiefgreifendes Erschließen („major unlocking“)
- Weitgehendes Erschließen („extended unlocking“)
- Mehrfach tiefgreifend und weitgehendes Erschließen („multiple major extended unlocking“)
- Vertikales Erschließen („vertical unlocking“)
- Stufenweises Erschließen („gradated unlockg“)

Deutsche Gesellschaft für IS-TDP

Würzburg Immersion 2010

Beim Einsatz der technischen Interventionen Druck, Herausforderung und Head-On Collision muss der Therapeut wie in jeder anderen Therapie Timing und Intensität titrieren können.

Die Dosierung richtet sich nach den Gegebenheiten des Patienten, aber auch nach dem Therapieziel.

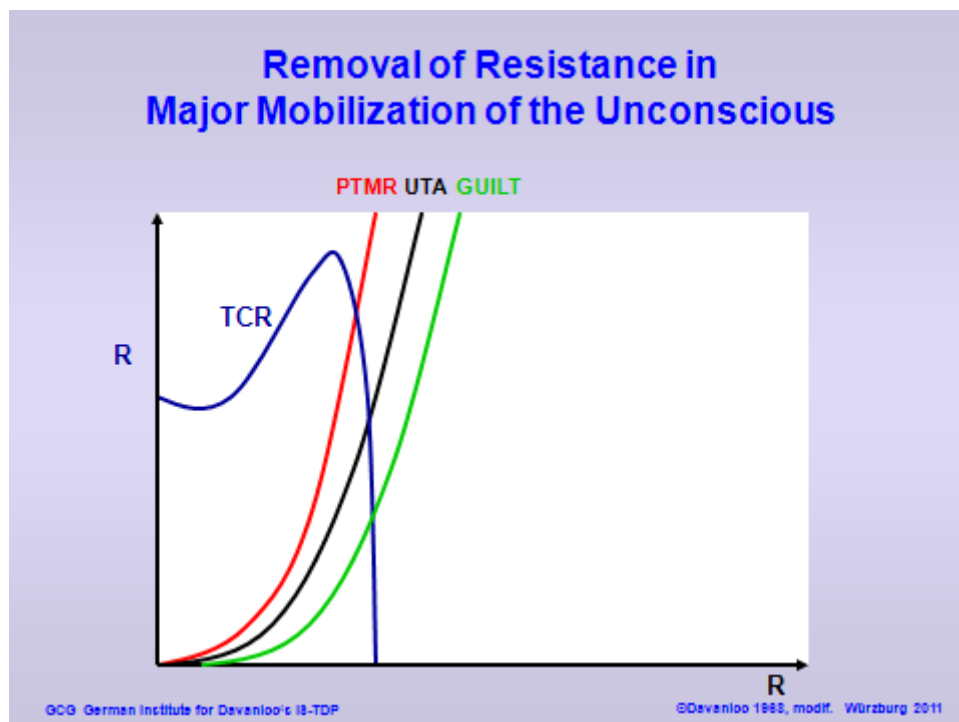
Bei einem Weiterbildungskandidaten in einem „Closed-Circuit Training Workshop“ (20) wird man eine „Major Mobilization of the Unconscious“ anstreben, also die bei weitem kraftvollste Mobilisierung des Unbewussten. Hier wird besonders rasch zu Challenge (Herausforderung) und zur HOC mit RAEC (Resistance Against Emotional Closeness – Widerstand gegen emotionale Nähe) übergegangen.

Im Unterschied dazu wird bei einem Patienten mit geringer Angsttoleranz, bzw. wenn der Patient zur Angstabfuhr über die glatte Muskulatur, also z.B. zu Asthma oder Colitis, neigt, ein stufenweiser Zugang angestrebt. Dabei wird der Patient Schritt für Schritt mit seinen verschiedenen Abwehrmechanismen vertraut gemacht, der Verlauf der ZDS ist zirkulär und der Zugang zum Unbewussten erfolgt hier manchmal zunächst über Trauergefühle. Diese Art des Zugangs ist auch dann sinnvoll, wenn der Therapeut seinerseits noch sehr viel Angst vor intensiven Gefühlen hat.

Bei Patienten mit starker Charakterabwehr kann der stufenweise Zugang hingegen kontraproduktiv sein, weil die destruktiven Kräfte im Unbewussten durch die langsamere Herangehensweise Gelegenheit bekommen, die Abwehr taktisch zu verstärken und den

Zugang völlig zu sabotieren. Der Therapeut wird in diesen Fällen einen vertikalen Zugang anstreben.

Beim Standardverfahren stellt die weiter oben gezeigte Graphik den Verlauf der Kräfte des Unbewussten dar. Bei einer vertikalen Mobilisierung wäre der Verlauf eher wie in der folgenden Graphik dargestellt:



(PTMR = Primitive Murderous Rage, TCR = Transference Component of Resistance = Übertragungswiderstand)

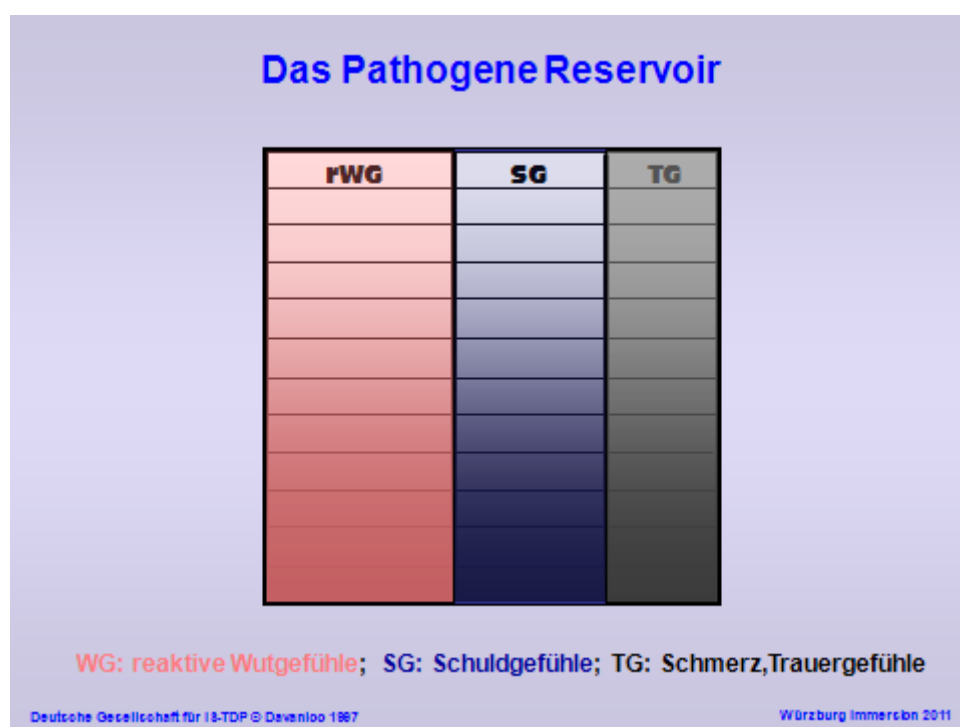
Ein höheres Ausmaß an Druck, Herausforderung und HOC lässt die Übertragungskomponente der Widerstände und auch die UTA rascher ansteigen, mörderische Wut und insbesondere Schuldgefühle lösen sich mit weit größerer Intensität. Diese intensivere Passage kindlicher Gefühle deckt in der unbewussten Landschaft oft eine ganze Serie von frühen traumatischen Szenen auf, häufig unter Beteiligung von mehreren, komplex miteinander verbundenen Bezugspersonen.

8. Therapieverlauf

Alle weiteren Therapiesitzungen verlaufen in einem ähnlichen Muster. Wie bereits erwähnt, kann ein erster Zugang zum Unbewussten kann bei Patienten links im Spektrum in wenigen Minuten erreicht werden. Beim späteren Fallbeispiel des 45jährigen Patienten, der rechts im

Spektrum einzuordnen ist, wird eine Sitzung aus dem Therapieverlauf beschrieben, bei der der Zugang zum Unbewussten innerhalb von 15 Minuten erreicht worden war.

Davanloo hat im Verlauf seiner Arbeit festgestellt, dass im Unbewussten je nach Kindheitsgeschichte ein mehr oder weniger großes Reservoir an vermiedenen, verdrängten kindlichen Gefühlen gelagert ist („Pathogenic Reservoir“) (11). Dieses „Reservoir“ ist vergleichbar mit Sedimentgestein. Bei gut strukturierten Patienten scheint es eine zeitliche Schichtung zu geben und im Verlauf der Therapie kommen sukzessive immer weiter zurück liegende Erlebnisse zutage.



Bei jedem Zugang zum Unbewussten wird eine Schicht dieser Gefühle gelöst und abgeführt. Bei einem ausgedehnten breiten Erschließen des Unbewussten wird eine dickere Schicht mobilisiert und durchgearbeitet.

9. Indikationen und Kontraindikationen der IS-TDP

Bevor wir uns den Dialogen des Fallbeispiels zuwenden folgt nun eine Auflistung der Indikationen und Kontraindikationen der Intensiven Psychodynamischen Kurzzeittherapie nach Davanloo.

Indikationen:

© 2012 Gerda Gottwik (siehe urheberrechtliche Angaben am Schluss des Textes)

Alle neurotischen Symptom- und Persönlichkeitsstörungen:

- **Angst- und Panikstörungen**
- **Zwangserkrankungen**
- **Depressive Störungen**
- **Somatisierungsstörungen**
- **Posttraumatische Belastungsstörungen**
- **Suizidalität**
- **Essstörungen**
- **Störungen der Sexualität**
- **Beziehungsstörungen**
- **Soziale Phobien**
- **Arbeitsstörungen**
- **Burnout Syndrom**

Fragilität (Borderline Störung) kann mit einer modifizierten Technik behandelt werden.

Kontraindikationen

- **Psychosen**
- **Lebensbedrohliche körperliche Erkrankungen**
- **Schwere körperliche und seelische Abhängigkeit**
- **Schwere antisoziale Persönlichkeitsstörung**

**10. Multidimensionale intrapsychische und interpersonelle
Strukturveränderungen als Ziel der Intensiven Psychodynamischen
KZT nach Davanloo**

Die Ziele der Intensiven Psychosomatischen KZT nach Davanloo sind umfassend und beachtlich:

- **Symptomauflösung**
- **Aufhebung einer Persönlichkeitsstörung („vom Wurm im Morast zum Adler“)**
- **Strukturveränderungen bezüglich der Angsttoleranz: Meistern von Angst und Gefühlen (Ich-Stärke)**

- **Durcharbeiten des pathogenen Reservoirs verdrängter mörderischer Wut und Schuldgefühle**
- **Versöhnung und Wiedervereinigung mit den internen frühen Bezugspersonen**
- **Durcharbeiten von Näheangst und masochistischer Beziehungsgestaltung**
- **Aufhebung von kognitiven Störungen (z.B. Gedächtnisstörungen oder Denkblockaden) und von vegetativen Blockaden (z.B. Glasaugen, Weinen ohne Tränen)**
- **Aufhebung von Sabotage und Selbstsabotage. Sich und anderen Menschen Erfolg gönnen können**
- **Verantwortung für sich selbst, für das unmittelbare Umfeld und für die Gesellschaft übernehmen**

Über jedes einzelne dieser Ziele ließe sich ein spezifisches Kapitel schreiben.

11. Patientenbeispiel

Der 45jährige Diplom-Ingenieur wird als Angestellter eines großen Konzerns gerade zum dritten Mal, kurz vor Beendigung eines vielversprechenden Projekts, wegen Schwierigkeiten mit dem Chef degradiert. Er muss sein Projekt, sozusagen „sein Kind“, zurücklassen und sich um eine neue Stelle bemühen. Der Patient gibt an, dass eine im Jahr zuvor begonnene Psychotherapie an den Krankheitsausfällen einer Kollegin gescheitert sei. Seine letzte Partnerbeziehung sei vor vier Jahren gescheitert.

Der Patient leidet seit seiner Kindheit unter depressiven Symptomen und Ängsten, sowie unter somatischen Störungen der Atemwege und der Haut im Genitalbereich. Der Patient neigt zu Selbstsabotage und weist auf dem Boden seiner Persönlichkeitsstörung ausgeprägte Wiederholungszwänge mit projektiver Identifikation und Selbstsabotage in der Objektwahl auf. Dieses Muster zeigt sich sowohl bei der Arbeit als auch im Privatleben. In Davanloos Spektrum Neurotischer Störungen ist er rechts der Mittellinie anzusiedeln.

In erster Linie ist für die Störungen ein nicht verarbeiteter und nicht bewusster traumatischer Verlust von frühen Bezugspersonen verantwortlich: Bis zur Einschulung des Patienten hatte die Mutter mit ihren beiden Kindern immer wieder mehrere Wochen in ihrem Heimatdorf verbracht. Der Patient und seine zwei Jahre ältere Schwester hatten hier in ländlicher

Abgeschiedenheit eine intakte Großfamilie mit Obstgarten und Bienenstöcken kennengelernt und unbeschwert im Kreis vieler vergnügter Kinder ein Kinderparadies erlebt. Als der Patient sechs Jahre alt war, „entführte“ der Vater die Kinder in einer Nacht-und-Nebelaktion in die Anonymität einer Großstadt. Seine mütterliche Verwandtschaft hat der Patient danach nie mehr wieder gesehen. Die Mutter war den Kindern zuliebe mit in die Großstadt gekommen, wurde hier jedoch depressiv, sogar suizidal. Sie wurde vom Vater übel behandelt und vor den Kindern erniedrigt.

Diese Erlebnisse haben im Unbewussten des Patienten den Niederschlag von schuldbeladener pathologischer Trauer gegenüber Großvater, Urgroßvater, Großmutter, Onkel, Tante und Cousinen verursacht. Das Introjekt der Mutter war mit primitiver, sexualisierter Wut beladen. Das Introjekt des Vaters war mit quälender primitiver mörderischer Wut beladen, aber auch mit intensiven liebevollen Gefühlen und mit Mitleid für dessen eigene Geschichte. Der Patient entwickelte einen undurchdringlichen Abwehrpanzer, bestehend aus zwanghaften, regressiven und malignen Abwehrmechanismen, gepaart mit einer masochistischen Unterwerfungshaltung und einem beständigen Trotz dem tyrannischen Vater gegenüber.

Es folgen Ausschnitte aus dem Dialog der audiovisuellen Aufzeichnung der 30. Stunde dieser analytischen Version der IS-TDP.

Der Patient beginnt die Sitzung wie folgt

P Heut will ich nicht trödeln

T Wie fühlen Sie?

P Ein bisschen komisch

T Ängstlich?

P Ja, weil mein Körper so heftig reagiert in den letzten Tagen: allergisch, die Bronchien, so verschleimt.

Der Patient selbst spricht zu Beginn der Stunde das „Zeit-Vertrödeln“ an, eine Charakterabwehr, welche ihm als solche in der bisherigen Arbeit bewusst geworden ist. Daraufhin fokussiert die Therapeutin direkt auf seine momentanen Gefühle. Als der Patient seine körperlichen Beschwerden zum Thema macht, reagiert die Therapeutin mit einer kurzen Exploration der erwähnten Symptome, sie erfragt deren Ausprägung und die dynamischen Zusammenhänge:

T Wird das auch bedrohlich? Hatten Sie je einen Asthmaanfall?

P Nein. Und dann hab ich noch einen Hautausschlag, vor allem am Penis. Das kommt von innen, eine Autoimmunsache. Das sind keine Zufälle, ich hatte das schon mal in Zusammenhang mit Therapie.

T Haben Sie Gedanken dazu?

P Vielleicht durch die Freundin, eine Art Ablehnung. Eine Abwehr von mir zu ihr. Sie hängt so an mir.

T Haben Sie Gefühle der Freundin gegenüber?

Die Therapeutin versichert sich, dass in der Vergangenheit kein Asthmaanfall stattgefunden hat. Sie weiß nun, dass kein Risiko für einen Asthmaanfall besteht und fährt mit der direkten Erforschung der dynamischen Kräfte fort. Als der Patient den zwischenmenschlichen Kontext benennt, kann der Fokus über die jetzige Bezugsperson auf die zugrunde liegenden Gefühle gelenkt werden. Der Patient reagiert zunächst ausweichend mit Vorwürfen der Partnerin gegenüber und benennt dann Wut.

T Haben Sie Gefühle der Freundin gegenüber?

P Sie ist mir zu viel. Ich habe Zweifel an der Beziehung.

T Was haben Sie für Gefühle, wenn sie Ihnen zu nah kommt?

P Wut.

T Können wir uns die Wut näher anschauen?

P Ich wollt auch mit dem Käfer weiter kommen.

Hier bezieht sich der Patient auf die vorangegangene Sitzung, bei der er mit einer quälend mörderischen Wut seinen Eltern gegenüber in Kontakt gekommen war. Für die Wut hatte er die Symbolfigur eines bösen Käfers eingeführt, der die Eltern mit einem großen Stachel ansticht und auf diese Weise tötet. Jetzt erinnert er diese Wut auf kognitiver Ebene, das intensive affektive Erleben der Wut fürchtet er noch. Um die bewusste und die unbewusste therapeutische Allianz (UTA) zu stärken erinnert die Therapeutin noch einmal das größere Ziel der Arbeit, um dann wieder auf den aktuellen Fokus zu lenken. Damit hilft sie dem Patienten, den Affekt der Wut zu mobilisieren. Der Patient geht darauf ein indem er eine aktuelle Situation mit der Partnerin schildert, die zur Mobilisierung von Wut geführt hat.

T Vordergründig scheint es mit der Wut auf Ihre Freundin zu tun zu haben. Aber die Freundin ist nur ein Nebenschauplatz. Können wir der Wut auf den Grund gehen? Gibt es eine aktuelle Situation?

P Letzte Nacht. Ich habe bei ihr übernachtet. Sie kuschelt sich ran. Das bringt mich in Bedrängnis.

T Sie machen ihr einen Vorwurf, aber wo ist Ihre Wut? Sie haben ein Bedürfnis, jemanden zu finden, dem Sie Vorwürfe machen können.

Die Therapeutin benennt im Folgenden wiederholt und detailliert die von dem Patienten bevorzugte masochistische Charakterabwehr und seinen Wiederholungszwang („ein Bedürfnis...“). Allmählich verhält sich der Patient der Therapeutin gegenüber ausweichend und vage. Jetzt hat sich der Prozess in Richtung auf die Therapeutin gewendet.

T Jetzt! Hier! Sie vermeiden hier!

P Das kann sein.

T Eins ist, dass die Wut kurz ist, das andere, dass es schwierig für Sie ist, ihre Gefühle mit mir hier zu teilen.

P Ich weiß nicht, warum.

T Diese Mauer ist negativ hier.

P Ich hab immer alles in mich reingefressen. Die Mutter wusste nie etwas über mich. Ich habe niemandem erzählt.

T Sehr negativ, diese Mauer der Mutter gegenüber.

P Die Mauer ist so entstanden durch die familiären Zerwürfnisse.

T Und jetzt, hier ist die Mauer gegen mich gerichtet.

An dieser Stelle wird das Problem der Nähe zur Therapeutin deutlich, das aufgrund der Mobilisierung seines Unbewussten aktualisiert ist. Deshalb ist an dieser Stelle eine HOC mit

emotionaler Nähe erforderlich. Der Patient antwortet mit der Erkenntnis, dass er seine Mutter seit seiner Kindheit nicht an sich herangelassen hat und wie dies Folge des elterlichen Zerwürfnisses war.

Diese Einsicht könnte an dieser Stelle zu Trauergefühlen führen. Um zunächst an die viel schwierigere, weil schuldbeladene destruktive Dynamik im Kern der Neurose zu gelangen, ist es nötig, im Hier und Jetzt der therapeutischen Beziehung zu bleiben. Nur dadurch kann die notwendige Entmischung von Wut- und Schuldgefühlen erzielt werden, die dem Patienten die Begegnung mit seinen verdrängten Gefühlen ermöglicht. Damit stellt die HOC eine „Major HOC“ dar, die den Durchbruch zum pathogenen Kern des Unbewussten herbeiführt.

Die HOC benennt den Widerstand und die Destruktivität dieses Widerstandes, es wird der Widerstand gegen emotionale Nähe jetzt und früher hervorgehoben, Selbstsabotage und Sabotage werden betont, die Probleme und die therapeutische Aufgabe werden hervorgehoben und es wird Druck auf das Aufgeben des Widerstands und Druck auf das Erleben des Wutgefühls gemacht.

Es folgen Ausschnitte aus einer über mehrere Minuten gehenden HOC.

T Wir haben ein schwerwiegendes Anliegen. Körperlich haben Sie diese Probleme der Verschleimung der oberen Luftwege und das Ekzem am Penis. Wir wissen, Ihre Störungen gehen weit in die Kindheit zurück. Sie haben gemischte Gefühle Ihrer Mutter gegenüber. Die Aufgabe und die Möglichkeit ist, dass Sie Ihre Probleme nicht mit Ihrer Freundin wiederholen müssen.

P Ich weiß, ich kenne die Zusammenhänge.

T Kognitiv ja, aber Ihre Gefühle wissen wir nicht. Und bei mir hier haben Sie diese Mauer, da müssen auch Gefühle sein. Wenn Sie so mauern, kommen wir da nicht hin.

P Ja (seufzt) Warum?

T Das Grübeln bringt Sie nicht weiter. Sie haben Wut. Was haben Sie für eine Wut auf mich?

P Da ist ein kurzer Impuls.

Der Patient hat einen kurzen Wutimpuls auf die Therapeutin hin gespürt, kurzfristig ist der neurophysiologische Abfuhrweg frei gewesen, die Angst war für einen Moment überwunden. Das ist ein Hinweis darauf, dass die Entmischung der fusionierten Wut- und Schuldgefühle stattgefunden hat. Jetzt gilt es, durch weiteren Fokus auf diesen Wutimpuls einen breiten Zugang zu schaffen. Die Überwindung projektiver Angst wird u.a. über die Frage nach Symbolen für die primitive oder gar quälende Wut erreicht.

P Ha, da kann schon was passieren

T Das ist vage

P Ich hab's unter Kontrolle, es gärt

T Ist das ein Vulkan, oder eine Bestie? Was haben Sie für Gefühle? Dass Sie so leiden müssen? Was hat die Bestie gemacht?

T Was ist der Film mit der Freundin? In Gedanken und Vorstellungen?

P Wegschieben

T Wegschieben?

P Ja, und schlagen

T Wie? Und übrigens, was für eine Bestie?

P Bestie passt nicht, eher ein Gnom.

T Wenn Sie sich nicht klein machen – und wenn der Gnom riesig würde?

P Wie ein Flaschenteufel. Und wieder würgen am Hals

T Wenn Sie völlig ohne Schranken wären

P zu blöd

T Machen Sie Rückzieher – Haben Sie solche Angst?

Kurz vor dem Zugang zu der verdrängten Dynamik macht der Patient einen Rückzieher. Dieses „Doing and Undoing“, etwas in den Raum zu stellen und dann wieder zurückzuziehen, ist typisch für zwanghafte und masochistische Charaktere. Die Therapeutin verstärkt jetzt noch einmal das Übertragungsverhalten und den Druck auf die dazu gehörenden Gefühle, indem sie energisch die Destruktivität des Rückziehers benennt, das Hier und das Draußen in Zusammenhang bringt, und indem sie Druck auf das Aufgeben des Widerstands macht. Darauf bekennt sich der Patient erneut zur primitiv mörderischen Wut der letzten Sitzung.

P Ich bin der Teufel.

T Wenn der Teufel auf mich käme?

P Der würde wie im Märchen, von oben...das Herz – verschmorzeln, so.....Tot!

Im Unbewussten hat der Patient nun seine Mutter ermordet. Statt daraufhin unmittelbar zur schmerzlichen Reue zu finden, ist der Patient aber wie gelähmt. Aus früheren Sitzungen weiß die Therapeutin, dass auf der Bühne des Unbewussten jetzt der rachsüchtige despotische Vater auftaucht ist, und dass der Patient aus Loyalität zu ihm keine liebevollen Gefühle der Mutter gegenüber zulassen will.

T Machen Sie sich frei vom großen Vater!

P Das hab ich auch grad gedacht. Er steht dahinter, verbietet, dass ich hingehe.

T Sie sind völlig gelähmt, weil er dahinter steht.

P Blöd, das ist gegen meinen Willen.

T Also Sie bleiben ein Sklave Ihres Vaters, unfrei. Dann ist der Flaschenteufel Vaters Gefühl. Vater hat Sie benützt, Mutter zu quälen.

P Schlimm für Mutter, dass sie...

T Entscheiden Sie, ob Sie frei zu Mutter gehen, oder erst den Flaschenteufel auch noch auf den Vater einsetzen müssen.

P (Schmerz) Ich halt Mutter fest

T Wie viele Jahrzehnte haben Sie das nicht gespürt?

P Ich wollte hin, aber hab mich nicht getraut.

T Sie waren der Sklave Ihres Vaters.

P (schluchzt frei)

T Was haben Sie mit ihr gemacht: gequält! ihr Herz verschmort!

P (erneute tiefe Welle von Schuldgefühlen)

Später entwirft die Therapeutin im Rahmen der systematischen Analyse dieser Sitzung eine ausführlichere Skizze der „Landschaft des Unbewussten“: Die Probleme mit emotionaler Nähe der Therapeutin und der Partnerin gegenüber sind Ausdruck der Verhinderung von Nähe mit der Mutter. In der realen Welt hatte der Patient seine Mutter seit der Kindheit verstoßen, wie auch der Vater die Mutter verstoßen hatte. Im Unbewussten hat der Patient seine Mutter grausam ermordet. Die Sexualisierung der primitiv mörderischen Wut, im Symbol des „Stachels“ als Waffe hier nur angedeutet, wird in späteren Sitzungen sehr deutlich werden. Schuldgefühle hatte der Patient bis jetzt verdrängt, die Nähe mit allen weiteren Bezugspersonen, hier mit der Therapeutin, hat er sich genauso lange versagt. Mit der primitiven Ermordung der Mutter im Unbewussten hat der Patient als „Sklave“ seines Vaters agiert. Damit konnte er die Verantwortung auf den Vater schieben und gleichzeitig die Schuldgefühle, die er dem Vater gegenüber angesammelt hatte, abdienen. In früheren Sitzungen war bereits zutage getreten, dass der Patient den Vater innerlich mit primitiver quälender Wut getötet, aber auch genauso intensiv geliebt hat. Denn er war dankbar für die

vielfache väterliche Zuwendung und gleichzeitig voller Mitgefühl über die kriegsbedingten Traumatisierungen des Vaters.

In den hier wiedergegebenen Ausschnitten aus der 30. Sitzung der Langzeittherapie eines Patienten mit multiplen Symptom- und Charakterstörungen sollten einige Grundelemente der technischen Interventionen des Drucks und der HOC dargelegt werden. Es wurde weiterhin eine kurze dynamische Exploration dargestellt, die das Ziel hatte, bei diesem Patienten mit seinen deutlichen Somatisierungstendenzen mehr Struktur zu schaffen. Überdies wurde gezeigt, wie die Therapeutin durch Druck auf Gefühle weitere Abwehrmechanismen heraufbeschwört, welche ab einem gewissen Zeitpunkt unweigerlich auf die Therapeutin gerichtet werden, und wie die Therapeutin nun diese Situation nutzt, um den Prozess durch eine HOC zum Höhepunkt, bzw. zur inneren Krise zu führen, welche wiederum dem Patienten ermöglicht, seine bis zu diesem Moment verdrängten Gefühle preis zu geben.

Die Versöhnungsarbeit im Unbewussten zeigt den Effekt, dass der Patient davon ablassen kann, seine traumatischen Kindheitssituationen unbewusst aber permanent im Arbeitsleben und im Privatleben zu re-inszenieren.

Urheberrecht

Dieser Artikel unterliegt dem deutschen Urheberrecht. Die Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und jede Art der Verwertung außerhalb der Grenzen des Urheberrechtes bedürfen der schriftlichen Zustimmung von Frau Dr. Gerda Gottwik. Downloads und Kopien dieser Seite sind nur für den privaten, nicht kommerziellen Gebrauch gestattet.