

Kurzpsychotherapie bei Neurosen

Konzept und Technik nach Habib Davanloo

Heiner Lachenmeier

Das ungünstige Verhältnis zwischen der langen Zeitdauer von Psychoanalysen einerseits und den therapeutischen Resultaten andererseits veranlasste in den sechziger Jahren Habib Davanloo, Professor für Psychiatrie an der McGill Universität in Montreal, die Technik analytischer Psychotherapien zu untersuchen. Die damals neu zur Verfügung stehende Videotechnik erlaubte erstmals eine Selbstkontrolle und die Möglichkeit, die verzerrte Wahrnehmung, der viele Therapeuten hinsichtlich ihrer eigenen therapeutischen Arbeit unterliegen, zu erkennen und entscheidend zu reduzieren.

Die Patienten selbst zeigten keine negativen Reaktionen bezüglich der Aufzeichnungen, so dass Davanloo bei verschiedenen Interventionen die Reaktionen der Patienten inklusive ihrer averbalen Reaktionen studieren konnte sowie deren Zusammenhänge in bezug auf Dauer und Wirksamkeit der Therapien. Er erkannte, dass eines der fundamentalen Probleme in der klassisch psychoanalytischen Technik darin liegt, dass der Therapeut auf den zunehmenden Widerstand des Patienten meist selbst zunehmend passiv reagiert. Dies kann leicht zu unendlichen Analysen führen.

Aufgrund dieser Erkenntnis erprobte Davanloo aktivere Interventionen in der Arbeit mit der Abwehr der Patienten, wobei er detailliert die Beobachtungen auf Video auswertete. Er bemerkte, dass der schnelle Anstieg von Übertragungsgefühlen in der therapeutischen Beziehung ein Schlüsselkriterium für den Erfolg einer Intervention darstellt. Dies führte ihn zur Entwicklung seines Systems der «intensive short-term dynamic psychotherapy» (IS-TDP) [1, 2, 3]. Er begann in den siebziger Jahren seine Methode zu veröffentlichen und an Kongressen zu präsentieren. Seit Anfang der achtziger Jahre finden auch in Europa regelmässig Kongresse dazu statt.

Auf die Präsentation der Arbeit von Davanloo reagiert das Fachpublikum teilweise ablehnend. Beim Mitverfolgen der Therapien und Nachkontrollen per Video wird aber rasch klar, dass Davanloo tatsächlich einen Weg gefunden hat, das Unbewusste von der ersten Sitzung an zugänglich zu machen und diesen Zugang the-

rapeutisch effektiv zu nutzen. David Malan, einer der bekanntesten europäischen Pioniere analytischer Kurzpsychotherapie, beschreibt dies so: «Freud hat das Unbewusste entdeckt, Davanloo hat einen Weg gefunden, es therapeutisch zu nutzen» [4].

Pathophysiologie der Neurose

Davanloo zufolge beruht die Pathophysiologie neurotischen Leidens darauf, dass emotionale Bindungen zu wichtigen Personen früh im Leben traumatisiert werden. Diese Traumatisierung kann im Verlust einer Beziehung beispielsweise durch Tod oder in verschiedenen offenen oder verdeckten psychischen Störungen der Beziehung liegen. Das Trauma löst im Kind nicht nur Trauer über den Verlust beziehungsweise über die Störung der Beziehung aus, sondern auch eine primitive Wut. Diese Wut entfacht dann ihrerseits unbewusste Angst, da die Bezugsperson ja auch geliebt wird. Um die reaktive primitive Wut zu kontrollieren und die unbewusste Angst zu reduzieren, bildet das Unbewusste ein System von Abwehrmechanismen [2, 3]. Die Abwehr zeigt sich auf vielfältige Art wie zum Beispiel durch eine starre, emotional unzugängliche, rein funktionelle und zynische Haltung, oder auch in einem weinerlich vorwurfsvollen, unerschöpflich klagenden Verhalten.

Der Unterschied zur Metapsychologie der klassischen Psychoanalyse liegt darin, dass die Abwehrmechanismen ihren Ursprung nicht im fehlerhaften Verarbeiten angeborener sexueller und anderer Triebe haben [5]. Der Ursprung liegt vielmehr in dieser unbewussten, reaktiven primitiven Wut, die ihrerseits durch die Traumatisierung wichtiger Beziehungen zustande kam.

Oft erreicht diese Wut gegen eine wichtige Person «mörderische» Ausmasse. Dies führt regelmässig auch zur Bildung tiefer unbewusster Schuld. Sie ist der Motor zur selbstbestrafenden Eigenschaft des Abwehrsystems (Über-Ich-Pathologie; Abbildung 1). Denn für das Unbewusste gilt Mord als Mord, egal wie gerechtfertigt er erscheinen mag [6]. Hier besteht ein weiterer Unterschied zur klassischen Analyse,

In den sechziger Jahren begann der kanadische Psychiater Habib Davanloo mit der Erforschung psychoanalytischer Technik. Aufgrund seiner Beobachtungen entwickelte Davanloo die «Intensive Dynamische Kurzpsychotherapie» (IS-TDP), bei welcher im Gegensatz zur klassischen Methode das Abwehrsystem aktiv geklärt und dann herausgefordert wird. Daraus resultiert ein schneller Anstieg verschiedener Übertragungsgefühle, die schon in der ersten Sitzung zum Erleben kommen. Das direkte Erleben und Durcharbeiten dieser Bereiche führt schnell zu Erleichterung und sichtbarem therapeutischen Effekt für den Patienten. Davanloos IS-TDP ist im Gegensatz zu anderen Kurzpsychotherapien keine Fokaltherapie, vielmehr deckt sie die ganze Bandbreite neurotischen Leidens ab.

Der informierte Arzt-Gazette Médicale
18: 9-16, 1997

welche die Bildung der Über-Ich-Pathologie vor allem in der Abwehr verpöner, angeborener sexueller Triebe vermutet.

Das Wesen des neurotischen Leidens ist ein selbstsabotierendes Abwehrverhalten

Die tief sitzende unbewusste Schuld verursacht die selbstbestrafende Eigenschaft des Abwehrsystems, die den Patienten unbewusst dazu führt, sich in verschiedensten Bereichen seines Lebens auf vielfältige Art zu sabotieren [1,2,3]. Eine solche Selbstsabotage zeigt sich vor allem in engen emotionalen Beziehungen. Zum Beispiel bringt ein Patient seinen Partner durch Nörgeln, Argumentieren, dauerndes Klagen oder Unnahbarkeit zur Weissglut, bis die positiven Gefühle absterben und die Beziehung zerbricht oder gar nicht erst entsteht. Diese Selbstsabotage kann sich in allen Lebensbereichen manifestieren, zum Beispiel in subtil provokativem Verhalten am Arbeitsplatz, im Funktionieren weit unter dem Niveau des eigenen Potentials, in der Tendenz sich missbrauchen zu lassen beziehungsweise selbst eine missbräuchliche Haltung einzunehmen oder in mannigfaltigen somatischen und psychischen Symptomen.

Der Therapieansatz

Die unbewusste, reaktive Wut und die daraus folgende unbewusste Schuld müssen verarbeitet werden. Dabei ist es wichtig festzuhalten, dass es sich um tiefe, unbewusste Schuldgefühle handelt, die aufgedeckt und durchgearbeitet werden müssen und nicht um oberflächliche, symptomatische Schuldvorstellungen und Selbstvorwürfe, welche eine Form von regressiven Abwehrmechanismen sind. Um mit dieser unbewussten Schuld in Kontakt zu kommen, muss deren Ursprung, nämlich die unbewusste, reaktive Wut innerlich erlebt werden.

Auf den ersten Blick könnte man annehmen, dass es für den Patienten verheerend sein muss, mit dieser für ihn erschreckenden, unbewussten reaktiven Wut in Kontakt zu kommen. Die Er-

fahrung lehrt jedoch das Gegenteil. In dem Moment, in dem der Patient seine ihm bisher weitgehend unbewusste Wut erlebt, fällt die Angst zusammen und die Gefühle der frühen emotionalen Bindung, die hinter der reaktiven primitiven Wut blockiert waren, werden ebenfalls erlebt. Diese Befreiung der positiven Gefühle zu den Bezugspersonen der Kindheit ist für den Patienten eine tief bewegende Erfahrung. Sie bringt ihn in Kontakt mit seiner unbewussten Schuld, da er auf der einen Seite die Liebe zu der betreffenden Person neu spürt, während er auf der anderen Seite gerade eben die negativen Impulse gegen diesen Menschen erlebt hat.

Dieses innerliche, vollständige Durchleben der sehr unterschiedlichen Gefühle eröffnet die Möglichkeit, innerlich gegenseitig Vergebung und Frieden mit der internalisierten Person zu finden. Es zeigt sich, dass damit sowohl die reaktive primitive Wut wie auch die damit zusammenhängende Schuld und Trauer überwunden werden, was zu einer Auflösung der Über-Ich-Problematik führt [3]. Oft tauchen verdrängte, positive wie traumatisierende Erinnerungen an die ursprüngliche Beziehung spontan wieder auf. Das extensive Durcharbeiten dieser bisher verdrängten Erinnerungen im Zusammenhang mit den erlebten Impulsen und Gefühlen inklusive der sexualisierten Inhalte und dem daraus gebildeten Abwehrsystem bildet eine weitere zentrale Komponente zur Auflösung des selbstsabotierenden Abwehrsystems des Patienten. Die frühe Bezugsperson kann schliesslich ohne Verzerrung in positiven wie negativen Aspekten wahrgenommen werden. Das entspannt auch die aktuelle Beziehung zu ihr. Die Überwindung der Schuld beendet schlussendlich den Zwang zur Selbstbestrafung.

Die Beziehungen zu den Bezugspersonen der Kindheit verbessern sich rasch. Weiterhin verschwindet durch die Auflösung der Übertragung ungelöster Gefühle auf den Partner (oder Vorgesetzten etc.) dessen verzerrte Wahrnehmung, worauf sich der Patient weniger defensiv in die betreffende Beziehung einlassen kann. Gerade das konstruktivere und nicht mehr klagend vorwurfsvolle oder starr unflexible

Um einem häufigen Missverständnis vorzubeugen, sei darauf hingewiesen, dass Impulse und Gefühle erlebt werden müssen. Sie sollen weder ausagiert noch lediglich intellektuell-kognitiv wahrgenommen werden. Dieser Unterschied ist theoretisch nicht einfach zu vermitteln, für den Patienten während des Durchbruchs der Gefühle aber klar erfahrbar. Im Video ist dieser Vorgang deutlich sichtbar und zeigt ein typisches physiologisches Muster.

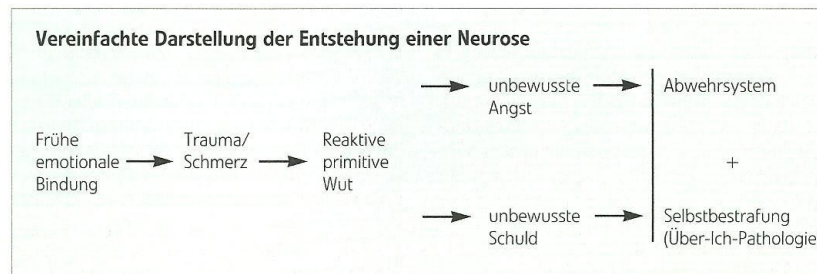


Abbildung 1

Psychiatrie

Durchsetzen zeigt sich häufig auch im beruflichen Umfeld des Patienten.

Davaloos Therapie ist im Gegensatz zu den meisten Kurzpsychotherapien keine Fokalthherapie. Vielmehr deckt sie die ganze Breite des verdrängten emotionalen Lebens des Patienten auf. Das Ziel ist eine vollständige Symptomlösung wie auch eine weitgehende Auflösung der neurotischen Charakterpathologie, damit sich der Patient nicht mehr «selbst im Wege steht».

Ein Erschliessen des Unbewussten erfolgt bereits in der ersten Therapiesitzung

Zu Beginn einer IS-TDP steht immer eine Probe-Therapiesitzung [2,3,7,8,9]. Deren Ziel besteht vorerst in einer präzisen dynamischen Psychodiagnostik. Dynamisch bedeutet, dass nicht lediglich aufgrund anamnestischer Angaben und passiver Beobachtung des Verhaltens diagnostiziert wird, sondern dass die Reaktionsweise und die emotionale Pathophysiologie des Patienten aktiv in der Aktualität der Therapiebeziehung geprüft werden. Dabei gilt ein besonderes Augenmerk dem Registrieren der Kanäle, welche die unbewusste Angst körperlich beziehungsweise geistig wählt sowie den verschiedenen Mustern von Abwehrmechanismen, die beim Hochkommen von Gefühlen auftreten. Aufgrund dieser Ergebnisse wird ein Erschliessen des Unbewussten mit einer direkten Sicht der Kräfte angestrebt, die zur Bildung der Neurose geführt haben. Erst nach dem Erschliessen des Unbewussten wird die Anamnese systematisch vervollständigt, dann allerdings ohne jene die Sicht verzerrenden Abwehrmechanismen. Zum Abschluss der Probe-Therapiesitzung wird gemeinsam mit dem Patienten der Therapieplan aufgestellt.

In einer vorbereitenden Phase zu Beginn der Probe-Therapie steht üblicherweise eine kurze Exploration der Bereiche, in denen der Patient aktuell Schwierigkeiten hat. Der Therapeut registriert schon in dieser Phase sorgfältig die Abwehrmechanismen des Patienten, die in der Folge mit ihm geklärt werden. Diese Klärung der Abwehr mobilisiert unbewusste Angst im Patienten, die ihrerseits weitere Abwehrmechanismen auslöst. Diese werden wiederum geklärt bis der Patient mit seinem Abwehrsystem vertraut ist und dessen selbstdestruktive Qualität erfasst. Durch das volle Erkennen des Abwehrsystems und dessen katastrophaler und lähmender Wirkung auf sein Leben kehrt sich der Patient selbst gegen sein Abwehrsystem – sein Wille ist bewusst und unbewusst mobilisiert [3,10].

Dies ist von entscheidender Bedeutung, da ohne diese Voraussetzung die nachfolgende Heraus-

forderung der Abwehr und der Druck auf die Abwehr nicht appliziert werden können, ohne den Patienten zu verwirren und eine Missallianz hervorzurufen. Wenn der Patient aber seine Abwehr erkennt und sich selbst dagegen gekehrt hat, nimmt er den Therapeuten als Mitsstreiter in der Aufgabe wahr, seine selbstsabotierende Abwehr zu überwinden. Es entsteht eine hochwirksame, unbewusste therapeutische Allianz [11].

Häufig führt diese unbewusste therapeutische Allianz zu einer bedeutungsvollen Kommunikation. So berichtet der Patient etwa plötzlich, wie er mit eben dieser Abwehr – zum Beispiel trotzigem Schweigen – seinen Partner auf Distanz hält und ärgert, während er zuvor nur projektiv über das Unverständnis seines Partners geklagt hatte. Andererseits werden durch das Herausfordern der Abwehr (nicht des Patienten!) und den Druck auf die Abwehr diejenigen ungelösten Impulse und Gefühle mobilisiert, die durch die Abwehr seit ihrem Entstehen in Schach gehalten werden. Dies wiederum löst weitere Angst aus, was vorerst zu weiterer Intensivierung der Abwehr mit neuen Mechanismen führt.

Der Patient muss seine Eigenverantwortung erkennen

Diese fortwährende Arbeit an der Abwehr wird durch die Nachfrage ergänzt, ob der Patient selbst weiter diese Abwehrschranke überwinden will. Nur der Patient selbst kann diesen Entscheidung fällen. Der Therapeut muss sich davor hüten, den Patienten zur Überwindung seiner Abwehr zu drängen, denn das wäre erstens unethisch und könnte zweitens Trotz – eine äusserst maligne Abwehr – mobilisieren. Die Erkenntnis, dass die Entscheidungsverantwortung über sein Leben beim Patienten selbst liegt, ist eine entscheidende Voraussetzung für den therapeutischen Prozess. Auf diese Weise bleibt der Patient aktiver Teilnehmer am Prozess und nutzt optimal seine eigene Kapazität. Zudem ist die Arbeit am Willen des Patienten notwendig, um jegliche Ansprüche auf Omnipotenz des Therapeuten zu unterbinden.

Der Patient muss klar erkennen, dass der Therapeut ihn zu seinem Glück weder zwingen kann noch will und dass auf der anderen Seite er selbst den Prozess durch seine Abwehr tatsächlich zum Erliegen bringen kann. Es ist erstaunlich, wie selbst sehr regressive Patienten unter dieser realitätsbezogenen und den jeweiligen Signalen des Unbewussten des Patienten angepassten Arbeit an der Abwehr schnell das Optimum ihrer verborgenen Kapazitäten mobilisieren können.

Zu diesem optimalen Nutzen der Kapazität des Patienten selbst durch adäquat dosierten Druck auf seine Abwehr besteht eine schöne Analogie

aus der Chirurgie: Lange Zeit galt die Belastung einer ossären Frakturstelle als Kunstfehler, bis entdeckt wurde, dass gezielt dosierter Druck auf die Bruchstelle die Aktivität der Osteoblasten stimuliert und die Heilung schnell sowie ohne Umweg über einen Kallus erfolgt.

Während des Prozesses der Klärung, Herausforderung und Druck-Ausübung auf die Abwehr muss der Therapeut nicht nur die Abwehr beobachten, sondern auch das Verteilungsmuster der Kanäle der unbewussten Angst erfassen. Davanloo entdeckte bei der Auswertung der Therapievideos ein System von verschiedenen Signalen und Mustern der unbewussten Angst, die das Ausmass der vorhandenen Angsttoleranz präzise anzeigen [2, 3] (Abbildung 2). Die Entdeckung dieses höchst verlässlichen Signalsystems der unbewussten Angst und der Kapazität, diese zu ertragen, erlaubt zusammen mit der unbewussten therapeutischen Allianz erst die Applikation dieses hohen Ausmasses der Herausforderung und Druckausübung auf die Abwehr ohne Risiko. Denn der Therapeut kann zu jeder Zeit seine Interventionen entsprechend der vorhandenen Signale ausrichten und dosieren.

Der Durchbruch unbewusster Gefühle

Nach einiger Zeit konzentriert sich die Abwehr auf die Beziehung zum Therapeuten (Übertragungswiderstand). Verschiedene positive wie negative Gefühle steigen aus dem Unbewussten des Patienten hoch und übertragen sich auf den Therapeuten. Häufig kommen die negativen Impulse zuerst, werden aber durch die Abwehr zurückgehalten. Weiteres Herausfordern und Druck-Ausüben auf die Abwehr sowie Druck in Richtung Erleben der aufkommenden Impulse und Gefühle führen einerseits zu einer Erschöpfung der Abwehr. Auf der anderen Seite

ist sie nicht mehr nötig, da die Angsttoleranz des Patienten durch die Arbeit an der Abwehr zugenommen hat und er fähig geworden ist, dem Druck der unbewussten Gefühle für den Moment standzuhalten. Die Impulse brechen im Rahmen der Übertragungsbeziehung ins bewusste Erleben durch.

Das Durchbrechen der primitiven reaktiven Wut ins Bewusste heisst nicht, dass der Patient diese Wut ausagiert, sondern dass er sie innerlich und körperlich mit grosser Intensität erlebt.

Auf Video ist dieser Vorgang deutlich erkennbar. Er zeigt ein typisches Muster von aus dem Abdominalraum aufsteigender, sich in die Extremitäten ausbreitender Kraft. Typischerweise verschwindet in diesem Moment die Angst und damit zusammenhängend die muskuläre Angstspannung. So wird zum Beispiel eine zuvor durch angespannte Stimmbänder gedrückte Stimme frei und kräftig. Gefühlsmässig völlig absorbiert schildert der Patient die Impulse der Wut; die dazugehörigen Bewegungen werden unwillkürlich in der Luft angedeutet. Spontan berichtet er den Ablauf der innerlich erlebten Aktion, bis die Passage der Wut vorbei ist. Dieser Vorgang, der höchstens einige Minuten dauert, steht im krassen Gegensatz zu dem uns allen bekannten unerschöpflichen vorwurfsvollen Schimpfen, einer Form regressiver Abwehr. Am Ende des Durchbruchs der reaktiven primitiven Wut brechen die anderen Übertragungsgefühle ebenfalls durch, nämlich positive Affekte, Schuld und Trauer.

An diesem Punkt findet üblicherweise eine spontane Transformation im Patienten statt: weg von der Übertragung hin zu einer wichtigen Person aus dem vergangenen oder jetzigen Leben des Patienten, mit der diese durchgebrochenen Impulse und Gefühle zusammenhängen. Der Patient sieht nicht mehr den Therapeuten vor seinem inneren Auge, sondern diese andere Person, tot oder verletzt durch seine Attacke. Die Schuld wird noch intensiver erlebt. Interessanterweise schildern Patienten häufig zu Beginn des Erlebens der Schuld, dass sie Vorwurf oder Ablehnung in den Augen ihres Opfers sehen. Mit zunehmender Dauer der Passage der Schuld ändert sich dieser Ausdruck in Zuneigung und Versöhnung, bis sich schliesslich die Schuld völlig auflöst; bei diesem Vorgang kann man direkt die Auflösung des entsprechenden Anteils an Über-Ich-Pathologie mitverfolgen. Der Patient findet innerlich gegenseitig Vergebung und Frieden mit dieser Person. Die Trauer über die verpassten Beziehungsgelegenheiten mit dieser Person wird ebenfalls durchlebt. Bedeutsame, oft völlig vergessene Situationen werden spontan erinnert – die Erschliessung eines Bereiches des Unbewussten ist erreicht.

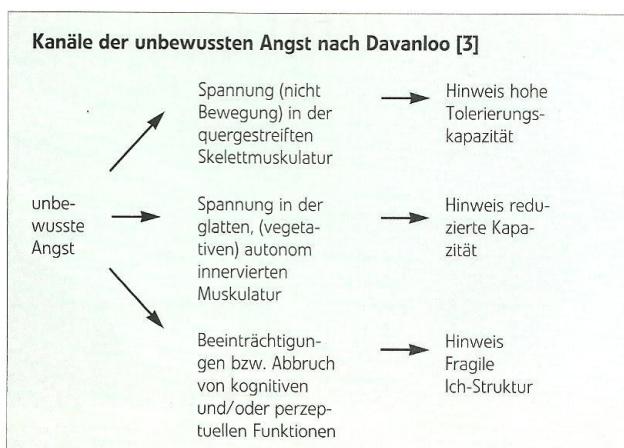


Abbildung 2

Davanloos klinische Forschung zeigt, dass in dieser gleichzeitigen Erfahrung kognitiver Erinnerung mit dem entsprechenden emotionalen Erleben aller damit zusammenhängender Affekte ein wesentlicher therapeutisch wirksamer Faktor liegt. Rein kognitiv-intellektuelles Erkennen ohne aktuelles emotionales Erleben ist lediglich auf symptomatischer Ebene teilweise wirksam, nicht aber in bezug auf die Charakterpathologie. Da die aufgetretenen Übertragungsgefühle ins Erleben durchbrechen und deshalb in derselben Sitzung gelöst werden, ist auch keine therapeutische Notwendigkeit mehr gegeben für den langdauernden, iatrogenen Aufbau einer Übertragungsneurose. Darin liegt ein weiterer zeitsparender Faktor der IS-TDP.

Am Ende der ersten Sitzung steht der Therapieplan

Im Anschluss an die Erschliessung des Unbewussten wird das Erlebte detailliert sowohl im Konfliktdreieck wie im Personendreieck durchgearbeitet (Abbildung 3), die Symptombildung sowie das Entstehen der Charakterpathologie wird anhand des eben Erlebten nachvollzogen. Oft interpretiert der Patient selbst dabei wichtige Zusammenhänge. Dieses Durcharbeiten stellt einen weiteren wichtigen Faktor für die Auflösung des Abwehrsystems und die Lösung sowohl der neurotischen Symptome wie der Charakterpathologie dar. Anschliessend wird eine ausführliche Lebensgeschichte erhoben, inklusive medizinischer und sozialer Anamnese. Anhand des erlebten emotionalen Ablaufs kann der Patient schon am Ende der Probestherapie selbst einschätzen, ob ihm diese Art Therapie nutzen kann. Die Sitzung schliesst mit dem gemeinsamen Aufstellen des Therapieplanes, falls der Patient die Therapie aufnehmen will.

Davanloos nennt die prinzipiellen Schritte der Probestherapie «central dynamic sequence». Selbstverständlich werden diese Schritte nicht schematisch durchgegangen, sondern auf die Situation und die Reaktionen (bewusste wie unbewusste) massgeschneidert. Dieses Massschneidern anhand der Reaktionen des Patienten ist sehr anspruchsvoll und verlangt neben einer soliden Ausbildung auch eine hohe emotionale und intellektuelle Präsenz des Therapeuten. Die Länge einer Probestherapiesitzung ist offen und dauert zwischen einer und fünf Stunden.

Die Fortsetzung der Therapie

Schicht um Schicht des Unbewussten wird in wöchentlichen Sitzungen von etwa einer Stunde erschlossen. Der Ablauf ist ähnlich der Probestherapie. Der Therapeut drängt nie in eine spezifische Richtung, sondern folgt unbeirrt den

Signalen des Unbewussten des Patienten, nämlich der Angst, den Manifestationen der Abwehr und den zunehmend freigesetzten Erinnerungen und Gefühlen, bis alle wesentlichen Schichten an ungelösten Gefühlen durchbrochen und verarbeitet sind. Die Dauer der Therapie beträgt bis zu 40 Sitzungen, beim Vorliegen fragiler Ich-Strukturen oder psychosomatischer Erkrankungen bis zu 120 Sitzungen (diese Zahlenangaben beziehen sich auf sehr gut in IS-TDP ausgebildete, erfahrene Therapeuten). Während der Sitzungen werden keine Notizen gemacht oder Telefongespräche entgegengenommen. Der Therapeut konzentriert sich intellektuell und emotional ausschliesslich auf den Patienten und den Therapieprozess.

Indikationen, Kontraindikationen, Nachkontrollen und Risiken

Davanloos intensive dynamische Kurzpsychotherapie ist im gesamten Spektrum neurotischer Erkrankungen von Neurosen ohne Charakterpathologie bis Charakterneurosen anwendbar [3]: bei Patienten mit Beziehungsschwierigkeiten, Phobien, Angst- und Panikstörungen, Zwangserkrankungen und neurotischen Schlafstörungen. Bei Menschen, die an Depression, funktionellen Beschwerden, psychosomatischen Erkrankungen oder Ich-Fragilitäten leiden, muss die Technik insofern modifiziert werden, dass vor der Mobilisierung tieferer Schichten des Unbewussten die Kapazität, unbewusste Angst zu ertragen sowie das Abwehrsystem entsprechend umstrukturiert werden (wiederholtes Annähern an die Toleranzgrenze mit nachfolgender Durcharbeitung) [3, 6]. Bei diesem Format kann die Therapiedauer bis zu 120 Sitzungen betragen.

Kontraindikationen sind schwerer Alkoholismus und Drogenabusus. In gewissen Fällen kann nach einem Entzug eine Behandlung mit IS-TDP erfolgen. Absolute Kontraindikationen sind soziopathisches Verhalten, manische Erkrankungen und alle schizophrener Erkrankungen.

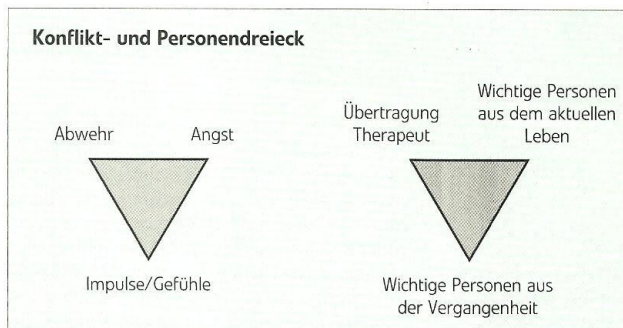


Abbildung 3

Davanloo hat Nachkontrollen bis mehr als zehn Jahre nach Abschluss der Therapien durchgeführt. Die Heilung der Symptome und der Charakterpathologie sind dauerhaft [3,6]. Die Spezifität des therapeutischen Effektes wurde unter anderem dadurch aufgezeigt, dass Gruppen von Patienten mit Wartefrist nach der Probetherapie mit solchen ohne Wartefrist verglichen wurden. Bei Patienten, welche direkt die Therapie begannen, traten schnell neben der Symptomentlastung auch Charakteränderungen auf. Bei der Vergleichsgruppe war nach der Probetherapie eine oft nur kurzfristige, mässige Symptomentlastung festzustellen ohne nennenswerte Änderung von Charakterabwehren. Nach Beginn der Therapie traten auch in dieser Gruppe in beiden Bereichen schnelle und dauerhafte Verbesserungen auf.

Wie bei jeder hochwirksamen Methode besteht bei fehlerhafter Anwendung technischer Elemente auch die Gefahr einer Verschlimmerung der Lage des Patienten. Zum Beispiel können bei inkorrektem Vorgehen Panikattacken zunehmen oder akute depressive Krisen ausgelöst werden [6, 13]. Dies spricht jedoch nicht gegen die Methode, sondern verlangt vielmehr, wie generell in der Medizin üblich, nach fundierter und kontrollierter Ausbildung (hier inklusive audiovisueller Supervision) und der Möglichkeit, die Arbeit der Lehrer direkt zu beobachten. Dank des Entgegenkommens vieler Patienten, welche mit der Präsentation der Videos ihrer Therapien zu Ausbildungszwecken von Fachleuten einverstanden sind, ist die Voraussetzung dazu gegeben.

Optimierung des Könnens durch Video-Einsatz

Jede Sitzung wird aufgezeichnet. Auch für Erfahrene ist die Auswertung des Videos – oft zusammen mit Berufskollegen – ein wichtiger Bestandteil der Optimierung jeder einzelnen Therapie. Erstaunlicherweise ist diese zeitaufwendige Arbeit im Dienste des Patienten noch immer explizit von der Leistungspflicht der Krankenkassen ausgenommen [14], obwohl dadurch die Therapieeffizienz bei Verkürzung der Therapiezeiten entscheidend gesteigert werden kann.

Videokontrollen und Nachkontrollen sind auch für Lernende der IS-TDP ausserordentlich wichtig [1, 2, 15]. Das Erkennen der spezifischen Signale und Muster benötigt viel Übung, die erst die Aufzeichnungen ermöglichen. Ebenso kann die Verzerrung der Selbstwahrnehmung des Therapeuten bezüglich des eigenen therapeutischen Verhaltens vor allem auf Video deutlich werden. In der rein verbalen, auf Erinnerung und Notizen beruhenden Supervisi-

on dagegen ist diese Verzerrung nicht ausgeschlossen, und eine Fülle von notwendigen Informationen über verbale und averbale Reaktionsweisen von Patient wie Therapeut geht verloren. Der Verzicht auf die audiovisuelle Aufzeichnung ist vergleichbar mit dem Verzicht auf Aufzeichnungen während einer arteriellen Kontrastmittelpassage, bei der eine zuverlässige Auswertung rein auf Erinnerungsbasis auch nicht möglich ist.

Interessanterweise haben die Patienten offenbar keine Probleme mit den audiovisuellen Aufzeichnungen, die Kamera wird rasch vergessen. Demgegenüber scheint auf Therapeutenseite mehr Angst vor der Kontrolle der eigenen Arbeit vorzuherrschen. Aus ethischer Sicht sollte aber die Nutzung der Selbstkontrollmöglichkeiten mit der Videotechnik im Dienste des Patienten zwingend sein. Schon deshalb, weil das präzisere Arbeiten zu kürzeren Therapien führt, was nicht nur kostengünstiger ist, sondern vor allem die Leidenszeit der Patienten verkürzt. ■

Literatur:

1. *Davanloo H: Basic Principle and Technique in Short-Term Psychotherapy.* Spectrum, New York, 1978
2. *Davanloo H: Short-Term Dynamic Psychotherapy.* Aronson, New York, 1980
3. *Davanloo H: Unlocking the Unconscious.* Wiley & Sons, New York, 1990
4. *Malan D: The Most Important Development Since the Discovery of the Unconscious.* In Davanloo Habib, Ed. *Short-Term Dynamic Psychotherapy*, 13-23. Aronson, New York, 1980
5. *Freud S: Der Untergang des Oedipuskomplexes.* Gesamtwerk Band 13. Fischer Verlag, Frankfurt am Main, 1924
6. *Davanloo H: Seventh European Immersion Course on Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy.* Genf, 1991
7. *Gaillard J M: Trial Therapy Model of Initial Interview and its Major Functions: Part I Int J of Short-Term Psychotherapy 4: 195-215, 1989*
8. *Gaillard J M: Trial Therapy Model of Initial Interview and its Major Functions: Part II Int J of Short-Term Psychotherapy 4: 285-312, 1989*
9. *Gaillard J M: Trial Therapy Model of Initial Interview and its Major Functions: Part III Int J of Short-Term Psychotherapy 5: 107-119, 1990*
10. *Konzelmann C: Head-On Collision with Resistance Against Emotional Closeness in Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy.* Int J of Short-Term Psychotherapy 10: 35-51, 1995
11. *Davanloo H: Unconscious Therapeutic Alliance.* In *Frontier of Dynamic Psychotherapy*, 64-88. Mazel & Brunner, New York, 1987
12. *Malan D: Individual Psychotherapy and the Science of Psychodynamics.* Butterworths, London, 1979
13. *Lachenmeier H: Factors of Change in Symptom and Character Pathology; Davanloo's IS-TDP with Panic Disorder.* Int J of Short-Term Psychotherapy 8: 133-159, 1993
14. *Eidgenössisches Departement des Innern: Verordnung 9 des EDI. Über die Leistungspflicht der anerkannten Krankenkassen für bestimmte diagnostische und therapeutische Massnahmen 15, 1994*
15. *Lachenmeier H: Precision, Extension and Timing of Interventions in the Course of IS-TDP.* Int J of Short-Term Psychotherapy 7: 211-229, 1992

Autor:
Dr. med. Heiner Lachenmeier,
Spezialarzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie,
CH-8910 Affoltern/Albis