

Einführung in die Therapiemethode Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy (IS-TDP)

WWW.ISTDP.CH

Präsentiert von der SCHWEIZERISCHEN GESELLSCHAFT FÜR INTENSIVE KURZPSYCHOTHERAPIE (GIK)

Die IS-TDP ist eine psychoanalytisch orientierte Kurzpsychotherapie, die seit 1984 in der Schweiz durch die GIK vertreten ist. Sie bietet regelmässig Einführungs-, Fortbildungskurse und Supervisionen mit Hilfe von Videoaufnahmen sowie Live-Supervisionen (LMS - Life Monitoring Supervision) an. Als psychoanalytische Methode wendet sie sich direkt an das Unbewusste und arbeitet mit allen dynamischen Kräften.

Die Methode wird erfolgreich eingesetzt bei

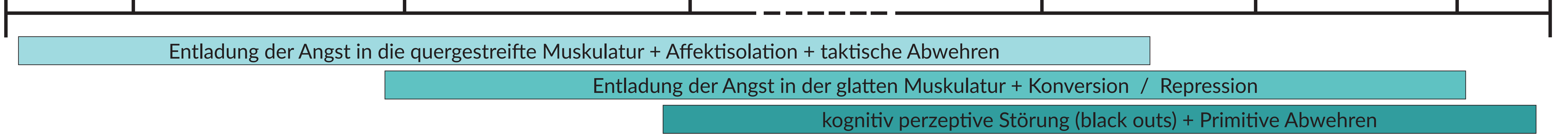
Angststörungen, Beziehungsstörungen, depressiven- und Anpassungsstörungen, psychophysiologischen Störungen, sowie bei Persönlichkeitsstörungen.

SPEKTRUM DER NEUROTISCHEN STÖRUNGEN

sehr milder Widerstand	milder Grad an Widerstand	Hochgradiger Widerstand
Umschriebenes Problem, einzelner Fokus Trauer	Diffuse Symptomstörung Vorhandensein von Charakterstörung Multifokale kernneurotische Struktur	Diffuse Symptom- und Charakterstörung Lebenslange Charakterneurose Selbstdestruktivität

SPEKTRUM DER FRAGILEN CHARAKTERSTRUKTUR

Mild	Moderat	Schwerwiegend / Borderline
------	---------	----------------------------



STRUKTUR DER PATHOGENEN ORGANISATION DES UNBEWUSSTEN

Bindung mit der primären Bezugsperson

Trauma / Schmerz des Traumas

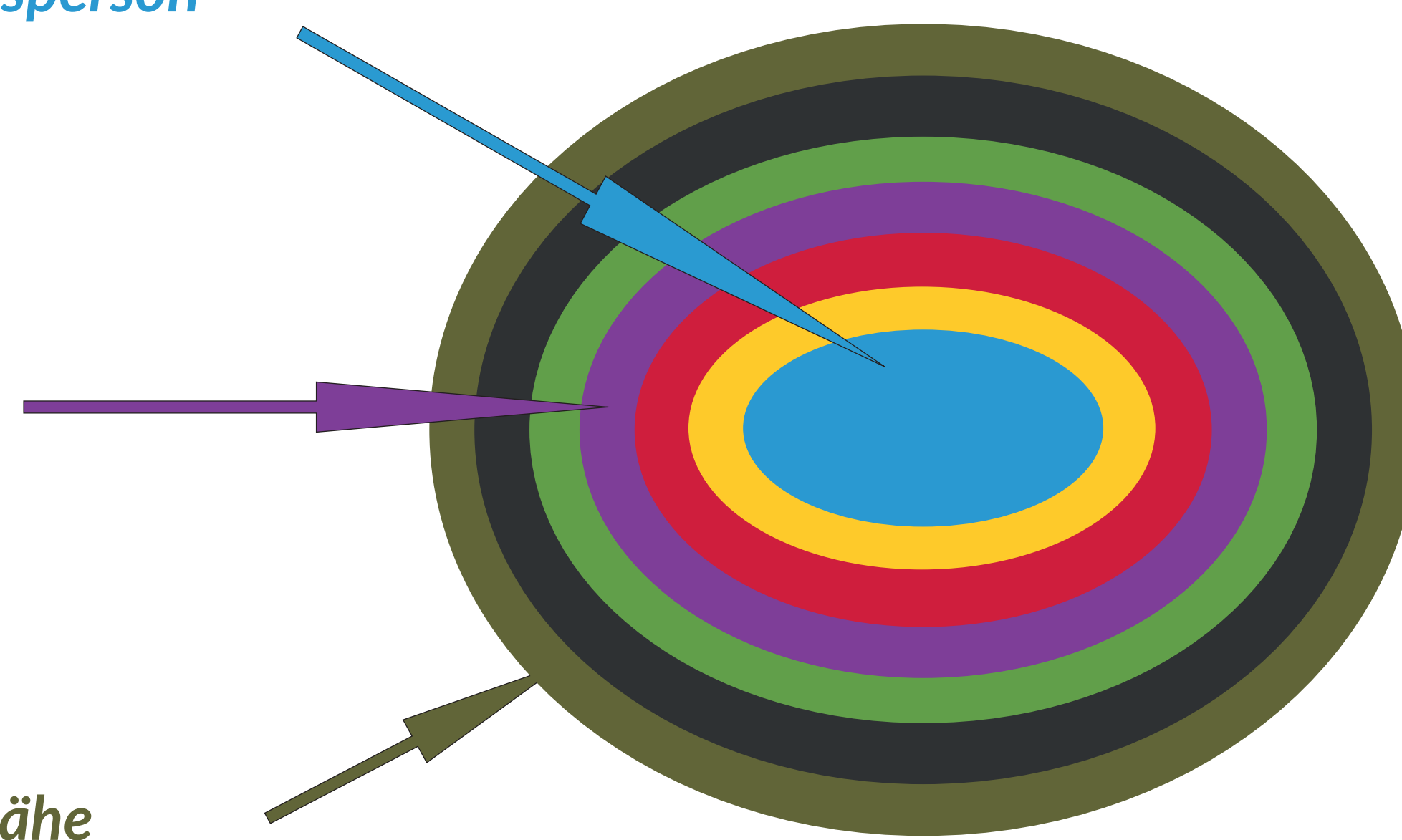
Reaktive Wut

Schuldgefühle

Trauergefühle

Charakterwiderstand

Widerstand gegen emotionale Nähe



Davanloo geht davon aus, dass jedes Kind mit einem Bedürfnis nach liebender Bindung zur Welt kommt. Die Bindung, welche das Kind zu anderen Menschen – zu Beginn des Lebens sind es meist die Eltern – eingeht, wird oft verletzt.

Eine Verletzung der Bindung löst im Kind eine Wut aus. Nun befindet sich das Kind in einem inneren Konflikt. Es ist wütend auf einen Menschen, den es liebt. Ist die Wut zu stark, löst das im Kinde schmerzliche Gefühle aus.

Da diese nicht auszuhalten sind und das Kind auf die Liebe der Eltern angewiesen ist, löst es diesen innerseelischen Konflikt, indem es Schutzmechanismen aufbaut, um die Wut und diese schmerzlichen Gefühle nicht mehr spüren zu müssen.

Das Trauma kann als erste Reaktion nicht nur Wut oder Trauer auslösen, sondern auch existentielle Angst.

(Konzept ursprünglich von H. Davanloo Wiley 2000 Fig 1 S. 102, modifiziert von Gerda Gottwik Hrsg (2009) nach Davanloo A2 1991a und übernommen von Dres. med. Emmenegger Pierre-Alain, Matter Lothar)

DAS KONFLIKTDREIECK beim psychoneurotischen Patienten

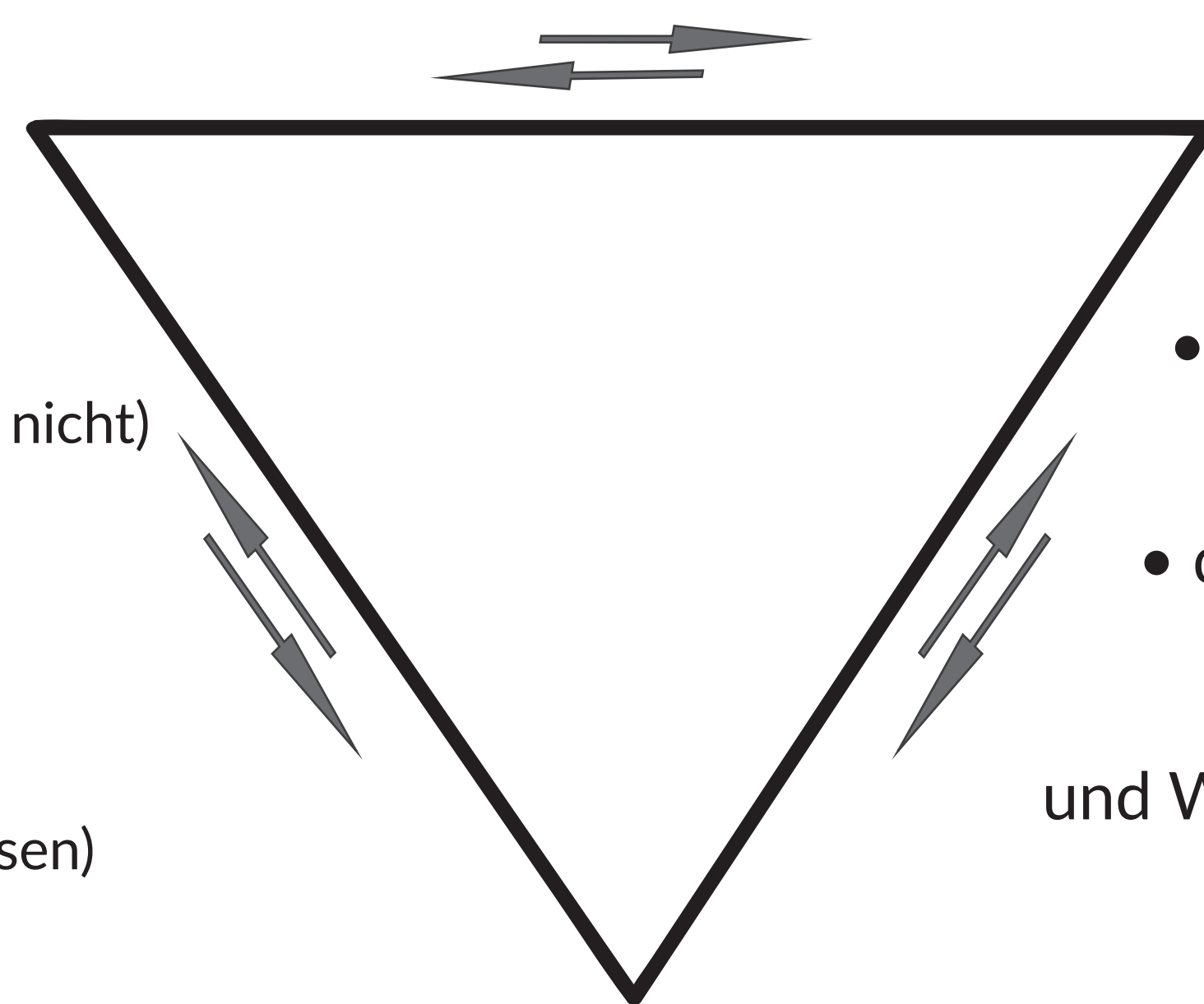
(Konzept ursprünglich von Henry Ezriel (1952) und K. Menninger (Triangle of Insight (1958), in der Folge modifiziert von D. Malan (1979) und übernommen von H. Davanloo.)

Unbewusste Abwehr

Affektisolation
(kann Gefühle nennen, spürt sie nicht)

Repression
(merkt Gefühle gar nicht)

Projektion
(verlagert sein Inneres nach Aussen)



Angst

• in der quergestreiften Muskulatur

• der glatten Muskulatur

• in Form von Denk- und Wahrnehmungsstörung

Impulse / Gefühle

Wut, Schuldgefühle / Schmerz, Trauer, Liebe, primäre / existentielle Angst

Um das Ziel der zunehmenden Symptombefreiheit zu erreichen, arbeiten wir mit dem Konfliktdreieck.

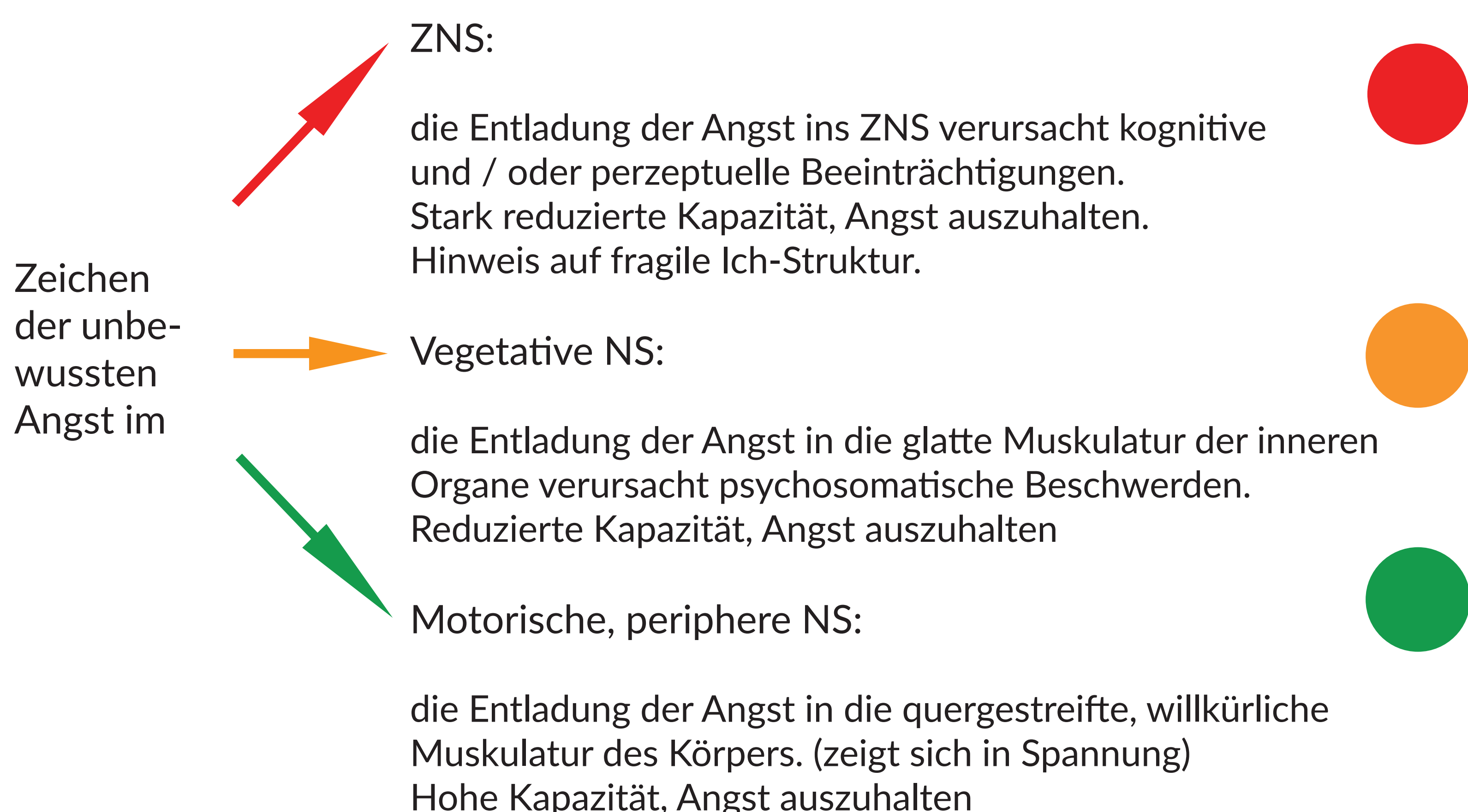
Wir zeigen dem Patienten auf, dass die unbewussten Gefühle Angst erzeugen und die Angst ihre Abwehr aktiviert. Die Funktion der Abwehr ist es, die Angst zu senken und die Gefühle im Unbewussten zu halten.

Der therapeutische Prozess verläuft vornehmlich im Hier und Jetzt, in der aktuellen Beziehung zwischen Patient und Therapeut.

Die Gefühle müssen sich nicht in der aufgezählten Reihenfolge zeigen.

DIE NEUROBIOLOGIE DER ANGST - DAS SAFETY-SYSTEM

Davanloo (2000) entdeckte drei wesentliche unbewusste körperliche Entladungswege der Angst. In der ISTDP verstehen wir die Angst als bio-physikalisches Aktivierungsmuster des Körpers. Die Angst als Messkriterium und als Sicherheitsleitsystem - Ampel



(Konzept ursprünglich von H. Davanloo, modifiziert von S. Pfandler (1995) und übernommen von Dres. med. Emmenegger Pierre-Alain, Matter Lothar)

Wenn Patienten ängstlich werden, kann sich die Angst in der quergestreiften Muskulatur, in der glatten Muskulatur oder in einer kognitiv / perzeptuellen Wahrnehmungsstörung äussern. Jedes dieser Entladungsmuster hat eine wichtige Bedeutung hinsichtlich des therapeutischen Vorgehens.

Patienten, deren Angst sich in das motorische Nervensystem, d.h. in die quergestreifte Muskulatur entlädt, werden in der Sitzung angespannt und seufzen, wenn man sie nach emotional wichtigem Material fragt. Diese Patienten sind sich üblicherweise ihrer Angst bewusst und wissen, wodurch diese getriggert wird. Sie sind in der Lage, einen starken Anstieg der Gefühle zu ertragen.

Bei der zweiten Gruppe von Patienten entlädt sich die Angst in das vegetative Nervensystem, d.h. in die glatte Muskulatur. Sie leiden psychophysiologische Störungen, an Migräne, Magenverstimmung und Durchfall.

Eine dritte Gruppe von Patienten erlebt, wie sich ihre Angst direkt in das zentrale Nervensystem entlädt, d.h. zu einer kognitiven und perzeptiven Störung führt. Sie zeigen Denk- und Wahrnehmungsstörungen wie Konzentrationsstörung, Blackouts, Dissoziation, Sehstörungen, Schwindel, Ohrgeräusche, Dysästhesien etc.

Die Patienten, deren Angst sich ins vegetative oder direkt ins zentrale Nervensystem entlädt, bedürfen einer Angstsenkung, bevor wir ihre Gefühle explorieren und deren Widerstände herausfordern können. Die Ampel steht auf Rot ! Da wir auf der Basis des Willens des Patienten arbeiten, können wir in diesem psychischen Zustand nicht auf seine Gefühle fokussieren, denn bei einer Angstüberflutung ist der Wille für den Patienten nur noch eingeschränkt zugänglich.

Wichtig ist, dass alle Gefühle entsprechend den neurobiologisch definierten Bahnen körperlich erlebt und nicht nur gedacht werden.