

Theoretische Grundlagen

G. Gottwik

- 1.1 **Historischer Rückblick** – 4
- 1.2 **Davanloos neue Metapsychologie** – 6
 - 1.2.1 Struktur der Neurose – 6
 - 1.2.2 Der Traumabegriff in der IS-TDP – 7
 - 1.2.3 Neurotische Kernstruktur – 8
 - 1.2.4 Schichtung des pathogenen Reservoirs des Unbewussten nach Davanloo – 9
- 1.3 **Phänomenologie unbewusster psychischer Reaktionen** – 9
 - 1.3.1 Angst – 10
 - 1.3.2 Abwehrmechanismen – 11
 - 1.3.3 Gefühle, der »Motor« der Neurose – 14
- 1.4 **Spektrum der Störungen** – 16
 - 1.4.1 Spektrum neurotischer Störungen nach Davanloo – 17
 - 1.4.2 Spektrum fragiler Charakterstruktur nach Davanloo – 18
- 1.5 **Indikationen und Kontraindikationen** – 18
- 1.6 **Technik der IS-TDP** – 19
- 1.7 **Übertragung** – 20
- 1.8 **Zentraldynamische Sequenz (»Central Dynamic Sequence«)** – 23
- 1.9 **Ausmaß des Erschließens** – 24
- 1.10 **Funktionen des Erstinterviews** – 25
- 1.11 **Therapieprozess – Durcharbeiten des pathogenen Reservoirs** – 25
- 1.12 **Katamnese** – 26
- 1.13 **Ziele der IS-TDP** – 26
- 1.14 **Ethik in der IS-TDP** – 27
- 1.15 **Weiterbildung** – 27

Die folgende Übersicht behandelt Metapsychologie und Technik von Davanloos Intensiver Psychodynamischer Kurzzeittherapie (IS-TDP, »Davanloo's Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy«; Davanloo 1978, 1990, 1995, 2005, ► A2 1994–2007) und soll als theoretische Grundlage für die folgenden Kapitel dienen. Die Ausführungen enthalten auch neuere Formulierungen Davanloos zur Metapsychologie der »Mobilisierung des Unbewussten und IS-TDP«, die überwiegend aus Davanloos bisher unveröffentlichtem Werk stammen (Davanloo 2005, ► A2 2000–2008).

Nach einem historischen Rückblick folgen Ausführungen zu Davanloos »Neuer Metapsychologie des Unbewussten« mit seiner Phänomenologie der unbewussten Angst, der Abwehrmechanismen und der dahinter liegenden Gefühle. Daran schließen an: Davanloos »Spektrum der neurotischen und fragilen Störungen«, die Technik der Intensiven Psychodynamischen Kurzzeittherapie mit Formulierung der zentraldynamischen Sequenz und schließlich Fragen der Weiterbildung.

In vier weiteren Kapiteln zur Theorie werden spezielle Techniken der Intensiven Psychodynamischen Kurzzeittherapie (Druck, Herausforderung, Head-on-Collision sowie der Umgang mit der Übertragung) behandelt und mit zahlreichen Fallbeispielen veranschaulicht.

1.1 Historischer Rückblick

Freud und die Widerstände

Freud hatte bei Janet über hypnotische Aufträge vertiefte Einsichten in die Wirksamkeit unbewusster Gedächtnisinhalte gewonnen. Später trug er in der »Traumdeutung« (1900), der »Psychopathologie des Alltagslebens« (1904) und »Der Witz und seine Beziehung zum Unbewussten« (1905) viele alltägliche Hinweise zum Unbewussten und zum Phänomen der Verdrängung unangenehmer Inhalte zusammen. Gleichzeitig machte er bei einer Patientin die Erfahrung, dass er durch kreisendes, aber hartnäckiges Befragen nicht nur Widerstände erzeugen, sondern sie auch irgendwann umgehen und die Verdrängung auflösen konnte. Die gleiche Technik wandte er bei weiteren Fällen erfolgreich an, die noch echte Kurzzeittherapien von wenigen

Stunden darstellten. Freuds Patienten schufen für diese Art der Behandlung Bezeichnungen wie »Talking Cure« und »Chimney Sweeping«.

Spätestens ab 1914 meldeten sich bei Freud Zweifel an. Insbesondere Über-Ich-Widerständen gegenüber erklärte er schließlich 1937 sein Scheitern: »Vorläufig beugen wir uns vor der Übermacht der Gewalten, an der wir unsere Bemühungen scheitern sehen« (Freud 1937, S. 89). Über-Ich-Widerstände sind bei klinisch relevanten neurotischen Symptom- und Charakterstörungen häufig anzutreffen. Sie sind besonders bei Patienten mit masochistischen Persönlichkeitszügen schwierig zu überwinden.

Davanloos innovativer wissenschaftlicher Ansatz

Davanloo war im Verlauf seiner psychoanalytischen Ausbildung zu der Überzeugung gekommen, dass der klassische Zugang zum Unbewussten, nämlich freie Assoziation, Deutung und Traumanalyse und vor allem die Entwicklung einer Übertragungsneurose die Neurosen eher verstärken als lösen:

- Freie Assoziation und Deutung fördern Intellektualisierung und Rationalisierung und damit die Verdrängung von Gefühlen.
- Übertragungsneurose schafft Abhängigkeit und kann den Analytiker in das neurotische System des Patienten verwickeln und umgekehrt.

Wie andere neben ihm war er der Meinung, es müsse möglich sein, nonverbale Signale, die man intuitiv mit oft überraschender Treffsicherheit wahrnimmt, zu definieren und zu nutzen. Insbesondere setzte er sich zum Ziel, Über-Ich-Widerstände aus nonverbalen Erscheinungsformen nicht nur rascher und präziser zu erfassen, sondern auch Wege zu finden, sie direkt aufzugreifen und zu überwinden. Zudem war in den 1960er Jahren der Wunsch laut geworden, eine effektive Behandlung in überschaubarer Zeit einer größeren Zahl von Patienten zugänglich zu machen.

Aktuelle Themen der Psychotherapie

Die moderne Psychotherapie schöpft aus einem reichhaltigen wissenschaftlichen Fundus und hat

auf diese Weise eine umfassende Grundlagenforschung betreiben und innovative Behandlungstechniken entwickeln können.

- Hierbei ist die Anwendung der **Videotechnologie** von großem Nutzen, die eine verfeinerte Wahrnehmung und Analyse von therapeutischen Prozessen und Interaktionen ermöglicht.
- Die **Neurowissenschaften** arbeiten mit anderen Fachbereichen zusammen, u. a. mit der Psychologie, und haben nachgewiesen, dass **unbewusste psychische Vorgänge** das menschliche Handeln bestimmen.
- Psychoanalytische und tiefenpsychologische Therapien nutzen die **operationalisierte psychodynamische Diagnostik** (OPD) und beurteilen damit Beziehungsmuster, innere Konflikte und Strukturniveau des Patienten im Sinne einer dimensional und dynamischen Erfassung. Unter anderem erfolgt die **Diagnostik im Hier-und-Jetzt** des therapeutischen Gesprächs.
- Durch Nutzung von **Übertragungspheänomenen im Hier-und-Jetzt** der therapeutischen Sitzung können neurotische Konfliktsituationen reaktiviert und durchgearbeitet werden.
- Das limbische System dominiert über kognitive und exekutive Funktionen. Die **Hervorhebung des Affektiven und Körperlichen** im therapeutischen Prozess gegenüber dem Kognitiven wird somit zum entscheidenden Wirkfaktor der Psychotherapie.
- Aus der **Bindungsforschung** ergeben sich detaillierte Erkenntnisse über die seelische Entwicklung auf dem Boden der frühen Eltern-Kind-Interaktionen.
- Die **Traumaforschung** untersucht die Auswirkungen von Bindungstraumata, Vernachlässigung, sexuellem Missbrauch und Gewalt.
- Seit langer Zeit hat sich eine **ressourcenorientierte Haltung** etabliert, in der der Patient als autonomer, erwachsener Partner gesehen und darin unterstützt wird, seine eigenen Stärken kennen und nutzen zu lernen.
- Die **Psychoeduktion** dient der kognitiven Verarbeitung und Integration unbewusster Prozesse und damit der Erweiterung von Kompetenzen.

- Bei den Behandlungen von Angsterkrankungen kommt den **Expositionsbehandlungen** ein besonderer Stellenwert zu.

All diese Aspekte finden sich als Ergebnis von Davanloos Forschung in der IS-TDP.

Videotechnologie

Anfang der 1960er Jahre begann Davanloo systematisch, Arzt-Patienten-Interaktionen audiovisuell aufzuzeichnen und das Filmmaterial detailliert zu analysieren.

Die Videodokumentation und nachträgliche Auswertung der Therapeuten-Patienten-Interaktionen stellt eine bahnbrechende Neuerung für die Entwicklung der Psychotherapie dar. So konnten durch wissenschaftliche Auswertung der Zustand, die Reaktion und die Belastbarkeit eines Patienten im Hier und Jetzt der therapeutischen Situation mit großer Präzision und Differenziertheit erkannt und benannt werden. Daraus entwickelte Davanloo präzise technische Interventionen, die bereits im Erstinterview eine Überwindung der Widerstände bewirken. Dadurch kann in kurzer Zeit die Beseitigung neurotischer Symptom- und Charakterstörungen erzielt werden.

Davanloos Entdeckungen

Zunächst bemerkte Davanloo, dass seine erhöhte Aufmerksamkeit und Präzision sich intensivierend auf die Beziehung auswirkte. Die Übertragung wurde auf tiefer Ebene emotional gefördert. Dadurch tauchten neue Widerstände in der therapeutischen Beziehung auf. Für den engen Zusammenhang zwischen Übertragung und Widerstand prägte Davanloo die Bezeichnung »Twinfactor«:

Twinfaktor: Übertragung/Widerstand. Die therapeutische Beziehung mobilisiert Übertragungsgefühle, die unbewusst Angst machen und zu vermehrten Widerständen führen (Davanloo 1986a, b).

Triplefaktor: Übertragung/Widerstand/unbewusste therapeutische Allianz. Persistierender Druck auf Übertragungsgefühle und auf die Übertragungskomponente des Widerstandes bringt schließlich die Widerstände zur Erschöpfung. Daraufhin

1

kommt es zum Erleben intensiver Übertragungsgefühle, was wiederum mithilfe der **unbewussten therapeutischen Allianz** (**»Unconscious Therapeutic Alliance«**; Davanloo 1987d, 1989a, 2001) zum **Erschließen des Unbewussten** (**»Unlocking of the Unconscious«**; Davanloo 1975, 1990, 2005) führt.

Das Ausmaß des Erschließens, ob »First Breakthrough, Partial, Major« oder »Extended Major Unlocking of the Unconscious« wird vom Kräfteverhältnis zwischen unbewusster therapeutischer Allianz und Widerständen bestimmt.

Davanloos intensive psychodynamische Kurzzeittherapie

Als Ergebnis des Erschließens und des anschließenden Durcharbeitens des Unbewussten verschwanden neurotische Symptome nach einer oder nach wenigen Sitzungen. Auch Charakterstörungen weichten auf und konnten im Rahmen einer Kurzzeittherapie bis zu 40 h verändert werden. Bei hochgradigen, eingefahrenen Persönlichkeitsstörungen mit strukturellen Defiziten (mangelnde Ich-Stärke, Fragilität) verlängert sich die Dauer der Therapie in Richtung einer Art Kurzzeitanalyse auf 80–100 oder gar mehr Stunden. Die intensivste Form für hochgradig komplex beladene

Strukturen ist die bisher unveröffentlichte »Extended Major Mobilization of the Unconscious and Block Therapy«.

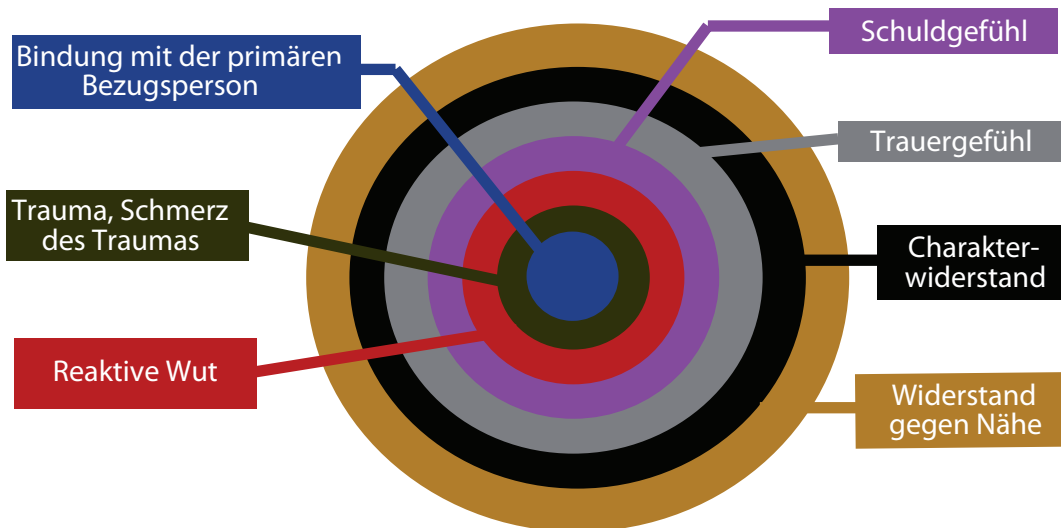
Davanloo investierte viele Jahre in die systematische detaillierte Auswertung des Zusammenspiels zwischen Therapeut und Patient. Mithilfe der Patienten definierte er immer effizientere und differenziertere Interventionen, die er schließlich in seiner Formulierung der **»zentraldynamischen Sequenz«** (**»Central Dynamic Sequence«**; Davanloo) systematisierte und konzeptualisierte.

Davanloo stellte 1975, 1976 und 1978 diese Arbeit auf drei internationalen Tagungen der Fachwelt vor.

1.2 Davanloos neue Metapsychologie

1.2.1 Struktur der Neurose

Aus Davanloos Forschungsarbeit ergab sich folgendes Modell neurotischer Entwicklungen (■ Abb. 1.1 Struktur der pathogenen Organisation des Unbewussten nach Davanloo (► A2 Davanloo 1991a)):



■ **Abb. 1.1.** Struktur der pathogenen Organisation des Unbewussten nach Davanloo (► A2 Davanloo 1991a). (Abdruck mit freundlicher Genehmigung von Dr. H. Davanloo)

Der Mensch wird geboren mit Bindung an die Mutter, die gefühlsmäßig aufgeladen ist mit zärtlicher Zuneigung, Wärme, Gehaltenwerden. Weitere wichtige Bezugspersonen der ersten Jahre kommen hinzu, verbunden auch mit anderen positiven Gefühlen, insbesondere von Anerkennung oder Bewunderung (der »Glanz im Auge der Mutter«, Kohut 1976) sowie mit erotischen Liebesgefühlen.

Verletzungen der Bindung lösen schmerzliche und wütende Gefühle aus. Bei starker und früher Verletzung haben die wütenden Gefühle primitiv-mörderische Qualität und ziehen Schuldgefühle nach sich. Wenn eine schützende und haltende Umgebung in der traumatischen Situation fehlt, können Gefühle nicht geäußert werden, sondern unterliegen der Verdrängung und bleiben demnach lebenslang gespeichert. Aus Angst vor neuen Verletzungen sowie Angst vor einer Aktivierung dieser starken Gefühle werden verschiedene Abwehrmechanismen gebildet. Die wütenden, aber auch alle anderen Affekte lagern sich im Unbewussten ab und werden mehr und mehr von einem Panzer der Charakterabwehr in der Verdrängung gehalten. Die äußerste Schicht dieses Panzers bilden Widerstände gegen emotionale Nähe (»Resistance against Emotional Closeness«; Davanloo 1990, 2005).

1.2.2 Der Traumabegriff in der IS-TDP

Davanloo kam zu einem erweiterten Verständnis des seelischen Traumas:

Schwere seelische Traumatisierung kann durch tatsächlichen brutalen Missbrauch körperlicher oder auch sexueller Natur in der frühen Kindheit verursacht werden bzw. durch frühe tatsächliche Verluste einer Bezugsperson (Tod, räumliche Trennung). Aber es gibt auch verdeckte Traumatisierung (»covert trauma«): die Atmosphäre von Gewalt, der erlebte »Verlust« nach Geburt eines Geschwisters oder durch die depressive Erkrankung der Bezugsperson, seelische Grausamkeit gegen das Kind oder eine Atmosphäre von Gewalt zwischen den umgebenden Erwachsenen. Das Gleiche gilt für sexuelle Gewalt: frühe

Verführung durch verdeckte Erweckung von erotischen Gefühlen im Kind ist kaum zu unterscheiden von tatsächlichem sexuellem Missbrauch. Ob eine Handlung ausgeführt oder beobachtet, erinnert oder selbst vorgestellt wird, im Gehirn werden dabei immer die gleichen Signalwege aktiviert, lediglich die Stärke der Aktivierung differiert.

In der neurobiologischen Forschung wird die Existanz von Spiegelneuronen (»Mirror Neurons«) diskutiert und für dieses Phänomen verantwortlich gemacht (Rizzolatti 1996).

Gerhard Roth sprach in seinem Seminar »Das limbische System – Sitz des Psychischen« bei den 55. Lindauer Psychotherapiewochen im April 2005 über das Gedächtnis:

Hippokampus und umliegende Rinde legen fest, in welche Schubladen etwas abgespeichert wird in der riesigen Großhirnrinde. Das bedeutet, dass die Wahrnehmung, die wir mit unserer Großhirnrinde tun, der Ort unseres Gedächtnisses ist, also auch der Ort der Erinnerung und auch der Ort unserer Vorstellungen. Die gleichen Bahnen und Netzwerke werden für die bewusste Vorstellung und die bewusste Erinnerung benutzt. Allerdings sind die Netzwerke bei der Wahrnehmung am deutlichsten aktiviert, weshalb Wahrnehmungen am lebhaftesten sind. Erinnerungen und Vorstellung sind blasser, weil sie nur zum Teil die entsprechenden Netzwerke aktivieren (Roth 2005).

Verdrängte Traumaerinnerung mit beinhaltender reaktiver kindlicher Wut und schmerzlichen Gefühlen im Unbewussten

Aus Davanloos Arbeit wurde deutlich, dass körperliche oder seelische Verletzungen nicht nur intensive schmerzliche Gefühle und Angst verursachen, sondern reaktiv auch primitive Wutgefühle. Die Wut ist von der Schwere der Traumatisierung, aber auch vom Entwicklungsstand des psychischen Apparates abhängig: die reaktiven Gefühle sind umso primitiver und undifferenzierter je früher im Leben sie entstanden. Bei länger andauernden traumatisierenden Kindheitssituationen nimmt die Wut eine rachsüchtige und quälende Qualität an. Zur Verdrängung und damit zu latenter Wirksamkeit kommt es, weil die zerstörerischen Gefühle auf geliebte frühe Bezugspersonen gerichtet und dadurch mit Schuldgefühlen beladen sind

und wenn die Umgebung nicht hinreichend geeignet war, diese Gefühle zum Zeitpunkt der Traumatisierung verständnisvoll aufzufangen.

Patient 1: Beispiel einer gesunden Entwicklung

Ein eindrucksvolles Beispiel für eine »gesunde« Begebenheit erzählte Marianne Fuchs, die die funktionelle Entspannung entwickelt hat:

Ein etwa 10-jähriger Junge wollte partout nach dem Mittagessen zum Spielen zu seinen Kameraden auf die Straße, zumal deren fröhliches Lärmen in der Wohnung bereits zu hören war. Seine Mutter verlangte, dass er zuerst Hausaufgaben machte, und schickte ihn dazu an den Esstisch. Als sie nach einigen Minuten ins Esszimmer ging, um nach ihm zu schauen, hatte er von der Wand ein Schwert genommen und stand mit erhobener Waffe vor ihr – offenbar gerade im Begriff, der in seiner Fantasie vor ihm stehenden Mutter den Schädel zu spalten. Als sie tatsächlich vor ihm stand, fiel er vor ihr auf die Knie und schluchzte bitterlich. Sie blieb ruhig, legte schweigend ihre Hand auf seinen Kopf, bis er sich ausgeweint hatte und an seine Aufgaben ging. Diese Mutter hatte sehr wichtige Voraussetzungen für ihr verständnisvolles Tun: die Reife, angesichts des gegen sie erhobenen Schwerts nicht zu erschrecken, den mörderischen Affekt ihres Sohnes nicht als tatsächliche Lebensgefahr zu erleben. Außerdem hatte sie das

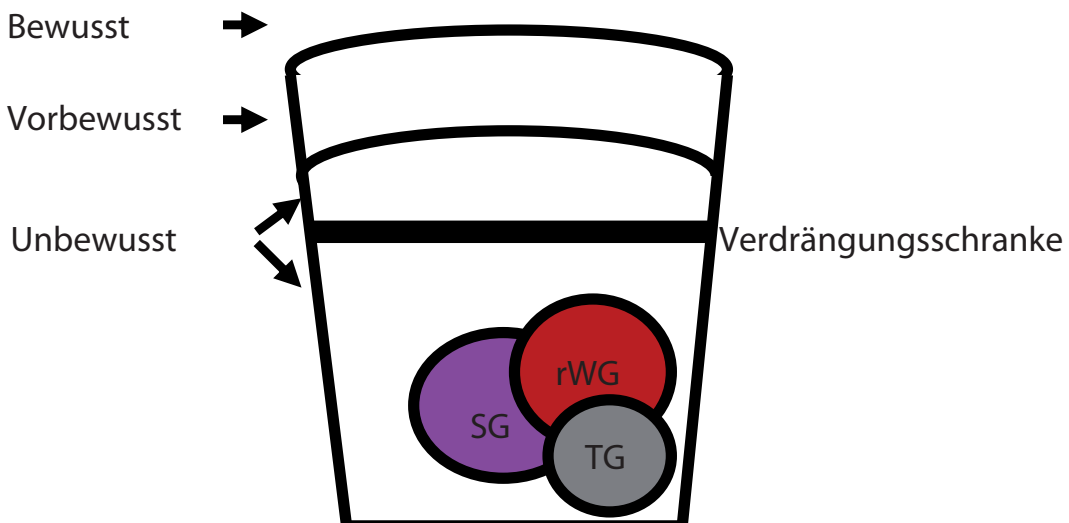
natürliche Wissen, dass für ihren Sohn der fantasierte Mord Tatsächlichkeitscharakter hatte, so dass für ihn seine Schuldgefühle angemessen waren und von ihr angenommen werden mussten, damit er diesen Vorfall ad acta legen konnte.

Auch ermöglichte diese Mutter ihrem Kind die Erfahrung, dass das Erleben heftiger Affekte in vertrauter Umgebung gezeigt werden kann und nicht abgewehrt werden muss. Solche Erfahrungen unterstützen emotionales Lernen und Ausbildung von Affekttoleranz und Affektsteuerung, und sie fördern die Differenziertheit der Wahrnehmung, das Unterscheiden von Realität und Fantasie. Auf diese Weise entwickelt das Kind sichere Ich-Strukturen und ein gesundes Selbstbewusstsein.

1.2.3 Neurotische Kernstruktur

Die folgenden beiden Abbildungen (▣ Abb. 1.2 und 1.3) dienen einer Veranschaulichung der psychodynamisch wirksamen pathogenen Kräfte des Unbewussten, die es in der Therapie durchzuarbeiten gilt.

In ▣ Abb. 1.2 zeigen die oberen beiden Querlinien die Schranken zwischen bewusst zugänglichen Gedanken und Gefühlen und vorbewussten



▣ Abb. 1.2. Pathogene dynamische Kräfte des Unbewussten nach Davanloo (▶ A2 Davanloo 1989) Neurotische Kernstruktur. rWG reaktive Wutgefühle, SG Schuldgefühle, TG Schmerz, Trauergefühle. (Abdruck und Übersetzung mit freundlicher Genehmigung von Dr. H. Davanloo)

1.3.1 Angst

Phänomenologie der Angst

Für weitere Ausführungen zum Thema verweist die Autorin auch auf ► Kap. 6.

Angst kann bewusst auftreten, bleibt jedoch in Bezug auf verdrängte Inhalte weitgehend unbewusst.

Ursache von Angstgefühlen

Angstgefühle werden durch äußere Gefahren ausgelöst (**Realangst**). Weitaus häufiger vermischt sich die Einschätzung einer heutigen Situation als gefährlich mit einer geweckten Erinnerung an eine ähnliche, frühere Situation (**Signalangst**). Dies trifft besonders dann zu, wenn diese als überwältigend, bedrohlich oder ambivalent, gleichzeitig mit liebevollen und zerstörerischen Gefühlen beladen ist und daraufhin verdrängt wurde. Je nach Intensität und damit Bedrohlichkeit der reaktivierten Affekte, aber auch je nach Reife eines psychischen Apparats zum Zeitpunkt der frühen Traumata wird die zugehörige Angst auf verschiedene Art und Weise mit gewissen Körpererscheinungen abgeführt.

Angstabfuhr über die quergestreifte Muskulatur

Chronische Muskelverspannungen können organische Ursachen haben (Verletzungen, degenerative Erkrankungen des Bewegungsapparats). Häufig sind sie jedoch durch chronische Angstzustände verursacht und können dann ihrerseits das Skelettsystem schädigen.

In der therapeutischen Beziehung, die, wie oben angeführt, Druck auf das Unbewusste ausübt, steigt mit den komplexen Übertragungsgefühlen die unbewusste Angst und verursacht eine Muskelanspannung, die im Körper einen bestimmten Weg nimmt. Für das Gegenüber wird die Zunahme der Muskelanspannung wie folgt sichtbar:

- Anspannungen im Bereich der Pronatoren/Supinatoren der Unterarme führen zu charakteristischen Daumenbewegungen.

Mit weiter ansteigender Angst wächst die Anspannung nacheinander in folgenden Bereichen:

- Schultermuskulatur,
- Hals- und Nackenmuskeln (gut sichtbar der M. sternocleidomastoideus),
- Gesichtsmuskeln (Mund, Augen, Masseteren),
- Bauchwand,
- Brustkorb und zuletzt
- Beinmuskulatur.

Sind die Interkostalmuskeln betroffen, kommt es zu Seufzern. Aus der Frequenz der Seufzer lässt sich Anstiegsgeschwindigkeit und Menge der Affektmobilisierung sogar indirekt messen, ebenso aus der Frequenz des Lidschlags.

Patienten mit Angstabfuhr über die quergestreifte Muskulatur stellen die Gruppe der reiferen Ich-Strukturen dar. Ein »vertikaler Zugang zum Unbewussten« ist bei ihnen möglich (Davanloo 1988d, 1989a).

Angstabfuhr über die glatte Muskulatur

Patienten mit weniger reifen Strukturen reagieren über die glatte Muskulatur mit Reaktionen im Bereich der inneren Organe. Viele kennen die Neigung, vor Prüfungen Bauchschmerzen zu bekommen oder Harn-Stuhl-Verhaltungen. Um derartige Symptomstörungen (Durchfall, Asthmaanfall) in der Sitzung zu verhindern, muss der Therapeut mit diesen Körperreaktionen von Angst vertraut sein. Er muss von Beginn der Therapie an auf die diagnostische Einordnung der Angsttoleranz des Patienten achten und sein Vorgehen entsprechend dosieren können.

Fragilität

Besonders wichtig ist das rasche Erkennen von fragilen Erscheinungen. Die Ursachen sind unreife Ich-Strukturen, die bei Belastung Störungen der Wahrnehmung und des Denkens zur Folge haben, wie plötzliche Sehstörungen (»Schnee« vor den Augen), Ohrgeräusche, Driften oder schwerwiegende Dissoziation sowie Mangel an Impulskontrolle. Schwere Gewalthandlungen werden häufig in einem Zustand des Aussetzens kognitiver Funktionen verübt. Versagen aller Ich-Funk-

tionen führt zu Ohnmacht. Manche Patienten kommen wegen Schwindelgefühlen oder Ohnmachtsanfällen, für die keine organische Ursache nachweisbar ist, in Behandlung (► Kap. 7). Die Exploration der auslösenden Situation gibt oft erste wichtige Hinweise auf Art und Ausmaß der psychischen Zusammenhänge.

Für diese Patienten hat Davanloo eine Modifikation seiner Methode entwickelt, die eine Umstrukturierung ermöglicht, bevor ein Zugang zum pathogen wirksamen Unbewussten möglich wird.

1.3.2 Abwehrmechanismen

Systematik der Abwehrmechanismen und Charakterwiderstände

Abwehrmechanismen werden weitgehend unbewusst eingesetzt. Als **Charakterabwehr** sind sie als Teil der Persönlichkeit **synton**, »eingefleischt«, treten also völlig unbewusst und automatisch auf. Durch eine Mobilisierung des Unbewussten können sie durch therapeutische Interventionen in der Übertragung aktualisiert werden. In dieser Situation werden sie **Widerstände** genannt.

Die gleichen Widerstände können taktisch eingesetzt werden und sind dann leicht überwindbar. Wenn sie tief verankert der Verdrängung dienen, sind sie Hauptwiderstand (»Major Resistance«) und gleichzusetzen mit Über-Ich-Widerständen.

Diagnostik der Widerstände

Die Widerstände präzise zu diagnostizieren, ist, wie die Diagnostik vor jedem medizinischen Eingriff, von großer Bedeutung für das therapeutische Vorgehen. Die exakte Benennung eines Widerstandes in der Interaktion mit dem Patienten fördert die unbewusste therapeutische Allianz, denn der Patient fühlt sich tief verstanden. Gleichzeitig ist dies dem Patienten unangenehm, so dass ambivalente Gefühle wach werden, die die Übertragung weiter aktivieren.

Widerstand bei Sitzungsbeginn

Bei Beginn einer Sitzung ist zu explorieren, ob die initialen Widerstände in der Charakterorganisation

verankert sind, einer Situation außerhalb der Therapie gelten oder bereits der therapeutischen Situation, also direkt der Person des Therapeuten. Häufig ist insbesondere beim Erstinterview ein Übertragungsgeschehen bereits im Vorfeld aktiviert.

Einteilung der Abwehrmechanismen nach ihrer Reife

Die Abwehr lässt sich je nach Reife in folgende 10 Kategorien ordnen:

1. Zwanghafte Abwehrmechanismen

- Intellektualisierung und Rationalisierung,
- Isolierung vom Affekt,
- Ungeschehenmachen,
- Reaktionsbildung,
- Zwangerscheinungen des Grübelns, sich aufdrängende Gedankeninhalte und Zwangshandlungen.

2. Regressiv-depressive Abwehrmechanismen

- Weinerlichkeit, Selbstmitleid,
- Sich-Hilflos-Machen,
- depressiver Rückzug,
- Resignation und
- innere Totheit,

3. Maligne Trotzreaktionen

- Trotz, Sturheit, Bockigkeit,
- Verweigerung,
- Eigensinn,
- Ironie, Sarkasmus, Zynismus,
- Provokation und
- Opponieren.

Maligne werden diese Mechanismen dadurch, dass sie direkt beziehungszerstörend wirken und zu zunehmenden interpersonellen und intrapsychischen Störungen führen.

4. Unreife Abwehrmechanismen

- Unreife Abwehrmechanismen sind sehr früh entstandene Mechanismen der
- Projektion,
 - projektiven Identifikation und
 - Impulsdurchbrüche.

Unreife Abwehrmechanismen sind meist so früh angelegt und so sehr mit intensiven frühkindlichen verdrängten Gefühlen verknüpft, dass sie nicht mit gängigen psychotherapeutischen Techniken ins Bewusstsein gebracht werden können. Der konsequente Druck auf die zugrunde liegenden Gefühle und das Erleben dieser Gefühle in der Übertragung erlaubt den Patienten schließlich dennoch, auch diese Mechanismen aufzugeben. Er fühlt sich dann nicht mehr symbiotisch verschmolzen oder gar von projizierten Aggressionen bedroht, sondern nimmt sich zum ersten Mal mit autonomer Identität und mit vollständiger Selbstwirksamkeit wahr.

5. Somatisierung

Somatisierungsstörungen bedürfen der Differenzierung:

- Bei unreifer Angstabfuhr können Somatisierungsstörungen aus Angst entstehen.
- Davanloo hat festgestellt, dass körperliche Symptome oft auf **projektiver Identifikation und Symptombildung** (**»Projective Identification in Symptom Formation«**; Davanloo 1995c, 2005) beruhen und dann eine Abwehr von Schuldgefühlen darstellen. Es handelt sich in aller Regel um körperliche Schmerzen oder Lähmungserscheinungen. Diese treten entweder in dem als »Waffe« eingesetzten Körperteil auf (Schmerz oder Lähmung in einem Arm und in der Schulter) oder der Patient leidet an dem Körperteil, den er in seiner Vorstellung an seinem Gegenüber verletzt hat (z. B. am Kopf oder in der Herzgegend).

Im Folgenden werden komplexe Abwehrsysteme behandelt, die das pathogene Reservoir zur destruktiven Organisation des Unbewussten (**»Destructive Organization of the Unconscious«**) machen und eine große Herausforderung für Therapeuten darstellen.

6. Über-Ich-Widerstände

Komplex sind Über-Ich-Widerstände, vor denen Freud kapitulierte.

- Sie dienen der Angst und der Abwehr von aggressiven Gefühlen.
- Sie gestalten Beziehungen so, dass sie indirekt, gleichzeitig mit der positiv bewerteten Zuwendung, den Wunsch nach Rache und Strafe befriedigen und damit einen Teil der abgewehrten Aggressionen abführen.
- Für die inneren Bezugspersonen dienen heutige Bezugspersonen als Stellvertreter, so dass häufig durch reales Handeln die Dynamik lebenslang neu aufgeladen wird.
- Da der Patient sich durch diese Mechanismen meist selbst schädigt, befriedigt er sein Bedürfnis nach Selbstbestrafung und die Mechanismen dienen damit einer gewissen Abfuhr und Erleichterung seiner Schuldgefühle.
- Auch die Schuldgefühle werden nur teilweise abgeführt, bleiben überwiegend in der Verdrängung und somit psychodynamisch weiterhin wirksam.
- Da Selbstschädigung, etwa in Form von Selbstsabotage, Selbstverletzung, selbst zugefügtem Leiden oder jeglicher Art, zerstörerisch ist, werden auch in diesen Mechanismen Aggressionen abgeführt (Davanloo 1987c, 1988a).

Auf dem Boden dieser komplexen Dynamik ist es verständlich, dass Über-Ich-Widerstände schwer zu behandeln sind. Nahezu unbehandelbar sind Patienten, die nicht nur intrapsychisch, sondern real einen Sekundärgewinn aus der Verwendung ihrer Mechanismen ziehen, sei es direkt durch Erpressung ihrer Umwelt oder indirekt in Form einer Renten neurose.

7. Masochistische Abwehrmechanismen

Eine besonders schwierige Form der Über-Ich-Pathologie stellt der Masochismus dar. Hierbei ist die Verletzung als quälend, gemein, sadistisch, sexualisiert erlebt worden. Daraus hat die reaktive Wut eine sexuell befriedigende Qualität angenommen. Auch das Leiden bringt geheimen Lustgewinn und dient der gemeinen Bestrafung der Bezugsperson – im Unbewussten der internen frühen Bezugsperson, real einem heutigen Stellvertreter.

8. Der Rächer im Unbewussten

Ein besonders komplexes Abwehrsystem stellt der »Rächer im Unbewussten« (»Perpetrator of the Unconscious«; Davanloo 1995a, 2005) dar.

Die unter 6. und 7. beschriebenen Über-Ich-Mechanismen sind geeignet, in der Bezugsperson reaktiv Wut- und Schuldgefühle zu erzeugen. Besonders die **Schulduweisungen** lösen im Gegenüber wiederum rachsüchtige gemeine Wut aus. Deshalb sind diese Abwehrmechanismen hochgradig maligne und stehen im Dienst des Perpetrators und der generationenübergreifenden Pathologie (s. unten).

Diese Abwehrmechanismen verursachen beim Patienten und seinen Bezugspersonen im realen Leben tatsächlich Leiden.

Sowohl aufgrund der hiermit verbundenen realen Schuld, als auch aufgrund der realen sadistischen Befriedigung bildet sich im Unbewussten ein Teufelskreis, der sich immer mehr auflädt. Diesen einmal eingeschlagenen Lebensweg zu verlassen, ist für einen Menschen, der unter der Sklaverei seines rachsüchtigen Unbewussten lebt, genauso schwer wie für einen Gefangenen im Straflager oder für einen Terroristen.

Ein typisches, im Volksmund geläufiges Beispiel, steckt in dem Satz »*Es geschieht meinem Vater recht, wenn meine Finger erfrieren, warum kauft er mir keine Handschuhe?*«. Dadurch, dass die Bestrafung des Vaters in der Selbstbestrafung (kalte Finger) liegt, werden eigene Schuldgefühle vermieden. Diese unerledigten Schuldgefühle schaffen das Bedürfnis nach fortwährender Selbstbestrafung und Bestrafung anderer und damit einen malignen Teufelskreis. Dazu gehören auch **soziale Ängste** und **Phobien, Beziehungsunfähigkeit** durch **destruktives Beziehungsverhalten**, wie sie regelmäßig bei Traumatisierten vorkommen, die in diesem Rachefeldzug oder Selbstbestrafungsfeldzug gefangen sind.

Das Unbewusste inszeniert das Leben eines verfolgten Übeltäters: verdrängte frühkindliche seelische Verletzungen und eine dazu reaktive »Mördergrube des Herzens« verursachen den gleichen Lebensweg, der für einen tatsächlichen Straftäter vorgezeichnet ist.

Verstärkt wird diese Dynamik durch den Schwur in alle Ewigkeit: »*Das verzeih ich Dir nie*«

oder »*Das kann mir keiner verzeihen, ich mir auch nicht*«. Liegt intrapsychisch eine solche Konstellation vor, sorgt sie für das Phänomen, dass sich Menschen in ihren Beziehungen vom Regen in die Traufe manövrieren. Dies ist mit Regelmäßigkeit im Alltag zu beobachten, vom eskalierenden Streit unter Nachbarn bis zu tödlich verlaufenden Familiendramen.

Mehrfach wird im klinischen Material der folgenden Kapitel auf den Perpetrator des Unbewussten (»Perpetrator of the Unconscious«) verwiesen. Eine sehr gute, mit Fallbeispielen belegte Übersicht hat Beeber in einer Serie von drei Aufsätzen veröffentlicht (Beeber 1999). Er stellt darin im ersten dieser Aufsätze klassische Begriffe wie Über-Ich-Pathologie, Wiederholungszwang, Retraumatisierungen bei PTBS und innerer Saboteur der Konzeptualisierung Davanloos gegenüber.

9. Generationenübergreifende Pathologie

Ein weiteres Phänomen ist die generationenübergreifende Pathologie (»Intergenerational Transmission of Pathology«) mit unerledigten Konflikten oder Traumata über mehrere Generationen. Auch hierbei spielen aufgetauter Hass und unerledigte Schuldgefühle in der Dynamik eine entscheidende Rolle. Im Durcharbeiten des Unbewussten kann diese Dynamik aufgedeckt und damit der Fluch aufgelöst werden (► Kap. 15).

10. Widerstand gegen emotionale Nähe

Menschen mit neurotischem Kern umgeben sich mit einer Schale. Falls bewusst, nennen sie diese ihre Schutzhülle. Sie haben Angst vor emotionaler Nähe. Relativ nah am Bewusstsein ist die Angst, wieder verletzt zu werden. Der Widerstand gegen emotionale Nähe (»Resistance against Emotional Closeness«; Davanloo 1995a, 2001, 2005) ist jedoch tief verwurzelt im komplexen System verdrängter Gefühle: Nähe mobilisiert neben dem Schmerz auch die verdrängte mörderische Wut. Viele Menschen haben erlebt, wie sie gerade diejenigen verletzen, die ihnen besonders lieb sind, z. B. ihre eigenen Kinder schlagen, wenn sie selbst als Kind geschlagen wurden.

Zur Verdeutlichung der metapsychologischen Zusammenhänge verwendet Davanloo das Bild von den im Unbewussten gemordeten und bisher unversöhnten Eltern, die nichts Gutes erlauben, weder Erfolg noch menschliche Wärme. Die wichtigste heilende Wirkung hat das Erleben der Schuldgefühle.

1.3.3 Gefühle, der »Motor« der Neurose

Wichtig zu unterscheiden sind die einer Situation angemessenen Gefühle von neurotischen Überreaktionen.

Einer heutigen Situation angemessene Gefühle des Erwachsenen dürften keine Angst und keine mörderische Wut erzeugen, es sei denn, die auslösende Situation ist lebensbedrohlich. Die Gefühle sollten in den zu ihnen gehörenden Komponenten des Affektsystems wahrnehmbar sein (nach Krause 1998). Dazu gehören:

- eine neurovegetative Aktivierung im Körper,
- ein Energiestrom,
- ein Handlungsimpuls mit zugehöriger Handlungsvorstellung und
- ein nach außen sichtbarer Affekt.

Wichtig ist dabei auch, dass der Erwachsene insofern Kontrolle über sein Gefühl hat, dass er die Freiheit hat, den unmittelbaren Impuls zu unterdrücken und dafür eine der heutigen Situation angemessene Handlung auszuüben. Er müsste sogar in der Lage sein, Äußerungen von Ärger oder Wut gänzlich zu unterdrücken, sollte dies vorteilhaft erscheinen, z. B. gegenüber Kunden oder Vorgesetzten. Auch gehört unbedingt die Fähigkeit dazu, den momentanen Zustand seines Gegenübers zu sehen und zu berücksichtigen, z. B. ein bereits verzweifertes, schuldbewusstes Kind nicht noch zu beschimpfen. Dazu gehört auch, dass im Fall einer Handlung, die für den Erwachsenen angemessene »Handlung« in der Regel verbaler Natur ist.

Es gibt im Erwachsenenalter Situationen, in denen Gefühle häufig zunächst gänzlich vermieden werden, z. B. beim plötzlichen Tod eines Angehörigen oder bei einem schweren Verkehrsunfall. Beide Situationen erfordern kühles Handeln.

Wenn die Betroffenen »vergessen«, Schmerz oder Angst (Realangst) nachzuholen, kann es auch hier zu Störungen kommen, z. B. zu Schlafstörungen oder zu einer pathologischen Trauerreaktion über reale und fantasierte Verluste (► Kap. 10).

Bei der Behandlung neurotischer Störungen beschäftigen die Therapeuten überwiegend kindliche **Gefühle aus dem pathogenen Reservoir des Unbewussten**. Diese stellen die Dynamik der Neurose, deren Motor, dar. Die Gefühle sind auf traumatische Situationen in der Kindheit zurückzuführen, in denen eine hinreichend gute Mutter oder eine andere haltende Beziehung (»holding environment«; Winnicott 1958, 1973) fehlte, die erlaubt und ermöglicht hätte, Gefühle zu äußern. Entsprechend sind die neurotischen, vermiedenen Gefühle kindlich intensiv, **abhängig von der psychischen Entwicklung zum Zeitpunkt der Verdrängung**. Zum Durcharbeiten des pathogenen Reservoirs ist es erforderlich, die Gefühle in der ursprünglichen Intensität zu mobilisieren und durcharbeiten.

Die Intensität der in den Therapiesitzungen der IS-TDP nach Davanloo geäußerten Affekte ist für viele Kollegen zunächst erschreckend, wenn nicht sogar abschreckend. Nach Art einer Exposition hat das wiederholte Betrachten der Videoaufnahme einer Passage primitiver Wut einen desensibilisierenden Effekt und ist deshalb vor der folgenden Sitzung mit dem selben Patienten nützlich.

Mobilisierung von Gefühlen

In der Mobilisierung des Unbewussten erfolgt mit der Mobilisierung der Übertragung zunächst die Aktualisierung oder Mobilisierung der bisher vermiedenen Übertragungsgefühle. Nur Personen mit Strukturdefiziten oder solche mit dem depressiven Mechanismus der »instant repression« (► Kap. 9) übergehen diesen Schritt. Alle anderen erleben im Verlauf der Mobilisierung ihres Unbewussten ihre Wut körperlich zunächst z. B. als »Wut im Bauch«, »wie ein Stein in der Magengegend«, oder »ein Brodeln im Bauch« mit genauer Lokalisation: »unterm Zwerchfell« oder sogar »tief im kleinen Becken«. Bei großer Intensität primitiver Wut beschreiben Patienten einen »Feuerball«, wie ein »Vulkan vor dem Ausbruch«.

Diese körperliche Mobilisierung der verdrängten primitiven zerstörerischen Gefühle kann plötzlich erfolgen »wie ein Blitz«, oder »wie ein Schmerz in den Gedärmen, aber kein Schmerz, sondern Wut«, oder sehr allmählich stattfinden.

Die Gegenübertragung ist ein sehr wichtiger Indikator für mobilisierte Gefühle. Therapeuten, mit freiem Zugang zu ihrem Unbewussten spüren im Gegenüber mobilisierte Gefühle oft schon bevor sie dem Patienten bewusst sind.

Bei einer Mobilisierung anderer Gefühle ist die Körperreaktion weniger intensiv. Bei mobilisierten liebevollen Gefühlen kann die Herzgegend warm werden oder die Hände sich streichelnd bewegen, auf schmerzliche Gefühle würde ein Kloß im Hals, ein Brennen in den Augen oder ein Schlucken hinweisen.

Bevor die eigentlichen Gefühle in Erscheinung treten, wird zunächst Angst mobilisiert, hörbar an der belegten Stimme oder sichtbar an Seufzern oder einer ängstlich-hilflosen Haltung. Viele neurotische Menschen können Angst und Ärger nicht unterscheiden. Sie haben ihr Leben lang ihre Angst für Ärger gehalten.

Wenn die Angst aufgebraucht oder zusammen mit anderen Widerständen mit Entschiedenheit vom Patienten bekämpft ist, kommt es zum nächsten Schritt, der Aktivierung der neurobiologischen Bahnen, dem eigentlichen »Erleben« des Gefühls.

Tatsächliches körperliches Erleben des Gefühls über neurobiologische Abfuhrbahnen

Patienten lernen in der Therapie, dass Gefühle mit ihren Handlungsimpulsen »tatsächlich, wirklich, in der Vorstellung, aber innerlich körperlich erlebt« und dadurch abgeführt werden können. Dies ist kein lauter oder mit viel äußerlich sichtbarer Körperreaktion ablaufender Prozess. Patienten lernen außerdem, dass zu jeder erlebten Situation ein umschriebenes Gefühl von bestimmter Qualität und auch endlicher Quantität gehört. Überzeugungen von Patienten, ihre Wut oder ihr Schmerz seien »unendlich« oder »grenzenlos«, beruhen auf Irrglauben, Angst oder dem Wunsch nach Vermeidung.

Für Therapeuten ist es wichtig, sich mit dem Phänomen des »tatsächlich körperlichen Erle-

bens« von Gefühlen vertraut zu machen. Hierfür ist neben der Selbsterfahrung das eingehende Betrachten von Videosequenzen hilfreich (Sporer 2005). Die geschilderten Affekte können auch von unabhängigen, d. h. nicht mit der IS-TDP vertrauten Personen als solche identifiziert werden. Kässer wies in einer empirischen Studie nach, dass die Emotionen darüber hinaus eindeutig durch die dafür von Davanloo entwickelten Interventionen zugänglich wurden (Kässer 2000, 2002).

Ein Gefühl wird nur dann erfolgreich abgeführt, wenn

- der Affekt sichtbar und spürbar ist,
- das Gefühl körperlich fließt,
- die Impulse mit einer inneren Handlung an einer anderen Person vollzogen werden und
- von einer Vorstellung, einem Bild bzw. einem inneren Film begleitet werden.

Nicht hinreichend sind

- Gedanken,
- ausschließlich »Kraft«,
- auch Fantasien ohne körperlich Erlebtes, um das bisher Vermiedene zu erledigen. Der reine Gedanke an einen Affekt bewirkt keine ausreichende Erleichterung.

! Davanloo konnte zeigen, dass der Therapieerfolg vom Überwiegen des Affektiven über das Kognitive abhängt.

Das Verhalten wird vom limbischen System (und von motorischen Zentren) kontrolliert, aber nur zu einem sehr geringen Anteil von den kortikalen Strukturen. Handlungsimpulse gelangen von den unbewussten subkortikalen Teilen des limbischen Systems in den orbitofrontalen Kortex und werden dort bewusst (Roth 2005).

Gefühle, die von Patienten auf die beschriebene Weise erlebt werden

1. Reaktive Wut

Verletzende Situationen lösen spontan Angst und Schmerz, dann aber regelmäßig Wut aus. Unterdrückte wütende Gefühle bleiben im Unbewussten, d. h. in subkortikalen Schichten gespeichert. Je nach Ausmaß des verursachten Schmerzes ist die Wut mehr oder weniger heftig. Je früher in seinem Leben ein Mensch traumatisiert wurde, desto

heftiger und pauschaler, primitiver, undifferenzierter und vernichtender ist seine mörderische Wut. Bei länger andauernder Verletzung und quälend strafenden oder sadistischen Bezugspersonen ist die Qualität der reaktiven Wut ihrerseits mehr oder weniger strafend, verletzend, quälend oder auch sexualisiert.

Aufgrund der kindlichen Unreife der neurobiologischen Strukturen kann die Unterscheidung zwischen Fantasie und Wirklichkeit je nach Alter erheblich beeinträchtigt sein. So kann der wütende Affekt einer Bezugsperson oder eine angedrohte Verletzung vom Kind als reales Trauma erlebt werden (s. oben Abschn. »Verdrängte Traumaerinnerung mit beinhaltender reaktiver kindlicher Wut und schmerzlichen Gefühlen im Unbewussten«).

2. Schuldgefühle

Da kindliche Wut immer überschießend und meist auf geliebte Personen gerichtet ist und wegen des magischen Denkens als real ausgeführt erlebt wird, hat sie Schuldgefühle zur Folge. Das Erleben von Schuldgefühlen geschieht in Form von stoßweisem Schluchzen, von Wellen schmerzlicher Gefühle, die im oberen Thoraxbereich abgeführt werden. Schuldgefühle sind von Trauergefühlen qualitativ zu unterscheiden. Wichtig ist, dass die Schuldgefühle entsprechend den wütenden Gefühlen auf neurobiologisch definierten Bahnen körperlich erlebt und nicht nur gedacht werden.

! Das Zurückhalten der Schuldgefühle hat einen negativen therapeutischen Effekt und ist deshalb unbedingt zu vermeiden.

3. Schmerzliche Trauer

Schmerzliche Trauergefühle haben mehr die Form gleichmäßigen Weinens aus dem Bauchraum heraus. Der Schmerz ist mit Gedanken an einen Verlust verknüpft. Bei intensivem Erleben ist die Dauer des Gefühls auf 2–5 min beschränkt. Durch die zeitliche Begrenzung und genaue Zuordnung unterscheidet sich das Gefühl von ängstlich-hilflosem **regressivem** Weinen oder Selbstmitleid.

4. Liebevolle, zärtliche Gefühle

Auch liebevolle Gefühle verschiedener Qualität und Quantität haben körperliche Abfuhrwege und sind mit einer jeweils spezifischen vorgestellten

Handlung verbunden. Je nach Situation ist die Handlung zärtlich streichelnd, haltend, schützend oder erotisch getönt.

5. Fusion von Wut bzw. Zärtlichkeit mit sexuellen Gefühlen

Sowohl die Wut als auch die liebevollen Gefühle können mit sexuellen Gefühlen verwoben sein. Dann sind Körpererscheinungen sexueller Erregung bis zum Orgasmus mit der Passage der Wut verknüpft, mit Handlungsimpulsen in Form von jeglicher Art von Sadismus. Nach einer Serie solcher Erlebnisse tritt eine Entmischung ein und Sexualität kann frei von Gewalt erlebt werden. **Ekel** ist kein reines Gefühl im beschriebenen Sinn, sondern eine Mischung aus Angst und sexualisierter Wut.

1.4 Spektrum der Störungen

Zur Klassifizierung neurotischer Störungen verwendet Davanloo Parameter, die im therapeutischen Prozess jeder Stunde zu beobachten sind:

- Durchlässigkeit des psychischen Apparats (Introspektionsfähigkeit, Zugänglichkeit der Konflikte, Stärke der Verdrängungsschranke, Fixierung der Charakterstruktur),
- Angsttoleranz (Ich-Stärke bzw. Ich-Schwäche),
- Abwehrsystem, einschließlich Nähetoleranz,
- Primitivität verdrängter Gefühle und
- Komplexität des Unbewussten.

Da wesentliche psychische Funktionen unbewusst sind, kann sich die Diagnose nicht nur auf die Selbstdarstellung des Patienten stützen, sondern muss vom Kliniker im Interaktionsprozess diagnostiziert werden. Auch ist erst nach einem Durchbruch ins Unbewusste eine aussagefähige Diagnose der unbewussten Strukturen möglich. Deshalb hat das Erstinterview diagnostische Funktionen. Eine genaue Einschätzung der neurotischen Kernstruktur ist erst nach einem breiten Durchbruch ins Unbewusste möglich.

Davanloo definiert das »Spektrum der neurotischen Störungen« und das »Spektrum von Fragilität« wie folgt:

1.4.1 Spektrum neurotischer Störungen nach Davanloo

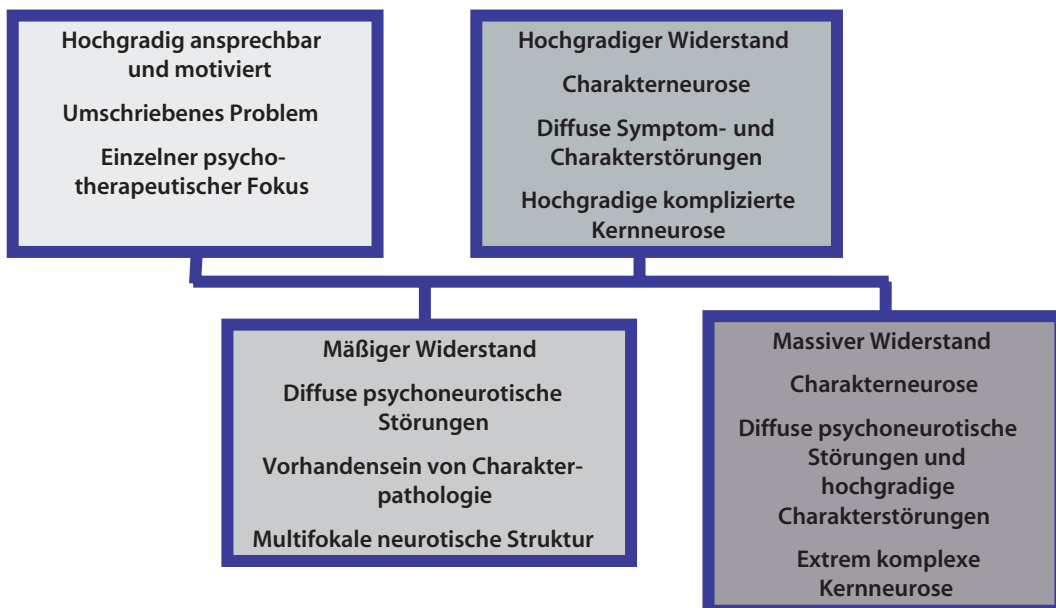
Extrem links in Davanloos Spektrum neurotischer Störungen. Hier sind Patienten angesiedelt, deren Unbewusstes »durchlässig« ist, die auf Fragen des Therapeuten ohne Ausweichen reagieren und klar und nachvollziehbar antworten, frei ihre psychischen Probleme schildern (nicht lediglich ihre Situation und die Probleme ihrer Mitmenschen) und ihr persönliches Erleben auch ihrer Vergangenheit im Gedächtnis verfügbar haben. Sie können auch über angst- und schambesetzte Themen weitgehend offen sprechen und ihre Ambivalenz, d. h. gemischte, positive und negative Gefühle, ein und derselben Bezugsperson gegenüber ertragen.

Sie leiden gewöhnlich an umschriebenen neurotischen Symptomen (Phobien, Zwängen, funktionellen Störungen) mit klarem Auslöser. Charakterprobleme sind, falls vorhanden, von geringfügiger Bedeutung. Im neurotischen Kern befindet sich ein umschriebener Fokus gegenüber einer Bezugsperson, allerdings keine mörderische Wut und deshalb auch keine Schuldgefühle.

Es gibt tatsächlich sehr wenige solcher Patienten.

Halblinks im Spektrum. Hier sind Patienten einzuordnen, die ihre Probleme nicht ganz so frei darlegen, also mäßig viel Widerstand zeigen. Sie kommen meist wegen diffuser neurotischer Symptomatik in Behandlung, die bereits länger besteht, und haben auch eine gewisse Störung der Charakterstruktur. Ihr Kern ist komplexer beladen und enthält mörderische Gefühle, Schuldgefühle und Trauer zwei oder mehr Bezugspersonen gegenüber.

In der Mitte des Spektrums. Hier befinden sich Patienten, die symptomatisch sind, aber auch einen erheblichen Anteil neurotischer Charakterstörungen zeigen. Ihr neurotischer Kern ist komplex, beladen mit mörderischer Wut und entsprechenden Schuld- und Trauergefühlen mehreren Bezugspersonen der frühen Kindheit gegenüber. Gleichzeitig besteht tendenziell eine Verschmelzung von Wut und sexuellen Gefühlen und ein gewisser Anteil masochistischer Charakterzüge. Sie stellen die zweitgrößte Gruppe von Patienten dar.



■ **Abb. 1.4.** Spektrum der neurotischen Störungen nach Davanloo (► A2 Davanloo 1989). (Abdruck und Übersetzung mit freundlicher Genehmigung von Dr. H. Davanloo)

Mitte-rechts des Spektrums. Weitaus die meisten Patienten haben eine lange Vorgeschichte diffuser neurotischer Störungen, sowohl auf der Ebene der Symptomstörung, als auch auf der Ebene der Persönlichkeitspathologie. Oft lassen sich die Störungen weit zurück in die Kindheit verfolgen.

Sie haben hochgradige Widerstände. Im Unbewussten lagern primitive mörderische Wut, Schuldgefühle und Trauer beiden Eltern gegenüber. Es hat sich ein Perpetrator des Unbewussten ausgebildet. Wenn vorhanden, sind unaufgelöste sexualisierte Gefühle tief mit mörderischer Wut verschmolzen.

Extrem rechts im Spektrum. Diese Patienten haben sehr komplexe Charakterstrukturen mit höchstgradig syntonen Charakterwiderständen. Sie zeigen diffuse neurotische Persönlichkeits- und Symptomstörungen mit massiven masochistischen Tendenzen, einem harsch strafenden Über-Ich entsprechend. Ihre neurotische Kernstruktur ist komplex beladen mit quälerischer primitiver mörderischer Wut, intensiven schmerzlichen Schuld- und Trauergefühlen allen frühkindlichen Bezugspersonen gegenüber. Hinzu kommen unaufgelöste sexualisierte Gefühle, die verschmolzen sind mit primitiver mörderischer Wut im Unbewussten.

Die Forschung hat gezeigt, dass Patienten mit schweren Persönlichkeitsstörungen ohne Ausnahmen frühe Traumatisierungen erlitten haben, entweder in Form von Missbrauch oder in Form von frühen Trennungen oder Verlusten, verknüpft mit einem pathogenen Umfeld in den ersten Lebensjahren. Eine kompensierend heilsam wirkende Bezugsperson (z. B. Großmutter, Großvater oder Tante) fehlte meist.

1.4.2 Spektrum fragiler Charakterstruktur nach Davanloo

Fragilität bezeichnet die Unfähigkeit, Angst und intensive Gefühle auszuhalten, d. h. wahrzunehmen, zu unterscheiden und zu steuern. Nach Davanloos Beobachtungen ist Fragilität (und damit auch Ich-Stärke) ein funktioneller Begriff und von

der Intensität anstürmender Gefühle abhängig. Die Erscheinungsformen sind in ► Kap. 6 u. 7 beschrieben.

Davanloo unterscheidet drei Schweregrade:

1. milde Fragilität,
2. mäßige Fragilität,
3. hochgradige Fragilität.

Patienten mit hochgradiger Fragilität können im Erstgespräch ihrem Unbewussten nicht standhalten. Sie weisen dort und in der Vorgeschichte eine Unzahl primitiver Abwehrmechanismen auf wie Wutausbrüche, explosives Ablassen von Affekt, geringe Impulskontrolle, Projektion, projektive Identifikation und doppelte projektive Identifikation.

Sie werden häufig überflutet von Panikzuständen. Ihre kognitiven und Wahrnehmungsfunktionen sind unterbrochen. Sie neigen zu halluzinatorischen Erscheinungen.

Fragilität kann Teil der Persönlichkeitsstruktur sein und in unterschiedlichsten Situationen bei jeglicher Art auch geringer Belastung auftreten, wie bei Borderline-Störungen, oder Abwehrcharakter haben, also nur dann auftreten, wenn dynamisch wirksame »Themen« das Unbewusste mobilisieren.

1.5 Indikationen und Kontraindikationen

Indikationen der IS-TDP

Die IS-TDP ist bei allen neurotischen Symptom- und Charakterstörungen anwendbar und wirksam:

- Angst- und Panikstörungen sowie Phobien,
- Zwangserkrankungen und zwanghafte Persönlichkeitsstörungen,
- depressive Störungen,
- Somatisierungsstörungen,
- posttraumatische Belastungsstörungen,
- Suizidalität,
- Essstörungen,
- Störungen der Sexualität,
- Fragilität (modifizierte Technik) und
- Abhängigkeitserkrankungen.

Kontraindikationen der IS-TDP

Kontraindikationen sind:

- Psychosen,
- schwere depressive Episode (mit oder ohne psychotische Symptome),
- fortgeschrittene körperliche Abhängigkeit von Alkohol oder Drogen,
- lebensbedrohliche psychosomatische Erkrankungen,
- Unfähigkeit, ohne Unterstützungssystem zu leben und
- schwere psychopathische Charakterzüge.

1.6 Technik der IS-TDP

Besondere technische Interventionen

Davanloo hat besondere Techniken zur Erzielung eines raschen direkten Zuganges zum Unbewussten entwickelt, von denen Druck, Herausforderung und Head-on-Collision gleichzeitig Hauptmerkmale der z. T. nach ihnen benannten Phasen der zentraldynamischen Sequenz sind. Diesen Phasen sind drei eigene Kapitel des Lehrbuchs gewidmet.

Es sei noch einmal herausgestellt, dass diese Techniken in langjähriger empirischer Forschung entwickelt und anschließend in prospektiven Ansätzen validiert wurden. Dabei nutzte Davanloo Rückmeldungen von Patienten. Viele der verwendeten technischen Begriffe waren von Patienten aufgrund ihres Erlebens benutzt worden, bevor Davanloo sie als termini technici eingeführt hat.

Zu beachten ist, dass jede Intervention sich nach dem momentanen bewussten, aber insbesondere unbewussten Ich-Zustand des Patienten richtet.

Es werden zunächst einige technische Interventionen aufgezählt, bevor Davanloos Formulierung des typischen Verlaufs, die zentraldynamische Sequenz, abgehandelt wird.

Formulierung der therapeutischen Aufgabe

Besonders zu Beginn einer Therapie, aber auch immer wieder im Verlauf, wenn die therapeutische Allianz Unterstützung benötigt, wird die therapeutische Aufgabe wie folgt formuliert: »Wir sind

hier, Ihre Schwierigkeiten genauer zu untersuchen und an die Wurzeln Ihrer Probleme zu kommen«. Der erste Teil der Formulierung bezieht sich auf die genaue Erarbeitung der Angsttoleranz und der pathogenen Abwehrmuster, der zweite Teil auf die zugrunde liegenden pathogenen verdrängten Gefühle.

Druck

Druck auf das psychodynamisch wirksame Unbewusste erfolgt in verschiedener Form und Direktheit:

- a) Bereits der Wunsch, Hilfe zu suchen, wirkt mobilisierend.
- b) Bei der ersten Begegnung mit dem Therapeuten ist dadurch häufig eine Übertragungsreaktion entstanden.
- c) Falls dies nicht der Fall ist, wird die dynamische Befragung, das Fokussieren auf auslösende Situationen und betroffene Mitmenschen, für die geklagten Störungen eingesetzt.
- d) Mit der Frage »**Wie fühlen Sie mir gegenüber?**«

Für den direktesten Weg zum Unbewussten ist die wiederholte Frage »*Was fühlen Sie?*« oder »*Wie fühlen Sie mir gegenüber?*« die herausragende Intervention und die Zielfrage, um möglichst direkt und ohne Umschweife die Mobilisierung in der Übertragung zu erzielen. Hierbei werden zwei Prinzipien deutlich, die die IS-TDP zu einer so wirksamen Methode machen:

1. In der IS-TDP wird das Augenmerk weg vom kognitiven zum affektiven Bereich gelenkt (vom Großhirn zu den subkortikalen Arealen des limbischen Systems). Dort, wo Gaillard vor vielen Jahren die Ursachen der Blockaden des emotionalen Erlebens in einer mangelhaften wechselseitigen Interaktion der beiden Hirnhälften vermutet hat, postuliert Davanloo heute, dass die Blockade emotionalen Erlebens auf einer mangelhaften Interaktion zwischen Großhirnrinde und subkortikalen Bereichen des limbischen Systems beruht (Gaillard 1987, 1992; Davanloo 2005, ► A2 2003, 2007).
2. Das Phänomen wird genutzt, dass emotionale Nähe verdrängte Gefühlskonflikte mobilisiert.

3. Den Patienten wird eine große Direktheit zugemutet und auch zugetraut.

Im deutschen Sprachgebrauch ist »*Wie fühlen Sie mir gegenüber?*« eine zunächst ungewöhnliche bis befremdliche Fragestellung. Im Alltag oder in der therapeutischen Situation würde man eher fragen: »*Wie geht es Ihnen mit mir?*« »*Was denken Sie?*« Die erste Formulierung ist eher vage und verallgemeinernd, die zweite zielt auf die kognitive Ebene und lädt zur Abwehr der Intellektualisierung ein. Davanloos Formulierung »*Wie fühlen Sie mir gegenüber?*« ist im amerikanischen Sprachraum eine durchaus übliche Frage (»*How do you feel about this or that ...?*«). Obwohl ungebräuchlich, wird sie vom Unbewussten unserer Patienten durchaus verstanden und mobilisiert verdrängte Gefühle. Davanloo drückt die Metapsychologie der Mobilisierung des Unbewussten wie folgt aus: die Frage wecke die ermordeten Eltern in ihren Grufte. Patienten berichten, sie würden nach einer Weile die Stimme ihrer Vorfahren wie ein fernes Echo rufen hören »*Wie fühlst Du zu mir?*«.

Herausforderung – »Challenge«

Unter dem Schutz eines gewissen Anstiegs der therapeutischen Allianz kommt eine hinterfragende bis kritische Note in die Interaktion: Eine bewusst gewordene Abwehr wird unmissverständlich als störend bis destruktiv bezeichnet und daran hält der Therapeut beharrlich fest, bis der Patient bereit ist, den auch von ihm selbst als pathogen erkannten Widerstand aufzugeben. Hier ist es besonders wichtig, den Triplefaktor zu beachten. Es muss bereits ein Anstieg des Arbeitsbündnisses vorliegen, damit der Patient klar erkennt, dass nicht er als Person, sondern seine Verhaltensweise infrage gestellt bzw. sogar kritisiert wird. Da der Patient mit seiner Charakterabwehr identifiziert ist, fällt es ihm schwer, sich von ihr zu trennen. Deshalb löst diese Intervention erneut ärgerliche bis wütende Gefühle aus, die den Prozess fördern.

Head-on-Collision

Die stärkste Form des Drucks stellt die Head-on-Collision dar. Der Patient wird hier vor die Wahl gestellt, ein Abwehrverhalten beizubehalten – und

sich damit für ein Beibehalten seiner neurotischen Störungen zu entscheiden – oder es aufzugeben – was bedeutet, sich seinen vermiedenen angstzeugenden Gefühlen auszusetzen und den Weg in die Freiheit zu wählen. Im Unbewussten ist dies eine schwierige Entscheidung, da der Patient sich innerlich gleichzeitig gegen seine internalisierten Elternfiguren und für den Therapeuten entscheidet.

Wichtige Bestandteile der Head-on-Collision sind folgende, die in der Therapie wenn immer angezeigt Anwendung finden:

Herausforderung des eigenen Willens

Als Bestandteil der Head-on-Collision aber auch sonst im Verlauf ist es immer wieder entscheidend, den eigenen Willen des Patienten herauszufordern. Dies dient der Vermeidung einer Elternübertragung und der Mobilisierung der Kräfte des autonomen Selbst der Person des Patienten.

Untergraben von therapeutischer Grandiosität und Omnipotenz, Übertragungsabhängigkeit und Trotz (»Undoing of Transference«, »Undoing of Defiance«)

Formulierungen wie die Folgenden sind immer wieder erforderlich, um eine Elternübertragung zu vermeiden oder frühzeitig aufzulösen »*Ihr Leben ist Ihr Leben. Wenn ich helfen kann, gut. Wenn nicht, wird es mir leidtun, aber mein Leben wird weiter gehen. Aber können Sie sich das Fehlschlagen der Therapie leisten?*« Oder sehr wichtige Formulierungen, die nicht nur den Patienten an die fehlende Omnipotenz des Therapeuten erinnert: »*Ich kann nicht immer erfolgreich sein*«, »*Ich kann Ihnen den Weg weisen, aber nicht abnehmen*«, »*Ich kann Sie nicht den Berg hinauftragen*«... (► A2 Davanloo 1994–2007)

1.7 Übertragung

! Beziehung bewirkt die Mobilisierung der Abwehrmechanismen und der dahinter liegenden verdrängten Dynamik, d. h. Angst und Affekte.

1.7 · Übertragung

In weitaus größerem Ausmaß, als es einem selbst bewusst ist, tragen heutige Erlebnis- und Beziehungsmuster den Stempel der eigenen Kindheit. Verdrängte unglückliche Verhältnisse haben einen besonderen Hang dazu, Wiederholungen zu erzwingen. Man sucht und findet mit großer Treffsicherheit Partner, die den frühen Objekten ähneln oder sich in die Richtung drängen lassen. Die Fähigkeit des Unbewussten, der Umgebung Rollen des eigenen inneren Theaters aufzuzwingen, ist sehr ausgeprägt.

Jede psychoanalytische, tiefenpsychologisch orientierte oder psychodynamische Psychotherapie nutzt die Tatsache, dass Übertragung automatisch und in allen Lebenssituationen auftritt. Die Art und Weise, in welcher der Patient die Beziehung mit dem Therapeuten gestaltet, ist meist ein Abbild seiner Beziehungsgestaltung außerhalb der Therapiesituation, in seinem täglichen Umfeld.

In der therapeutischen Beziehung ist daher jede erkennbare Störung der Übertragungsbeziehung nicht nur als Widerstand gegen die Beziehung, sondern als ein Angebot der unbewussten therapeutischen Allianz («Message of the Unconscious Therapeutic Alliance»; Davanloo 1989c, 1995d) anzusehen. Es hat sich gezeigt, dass Patienten im Erstinterview solche Angebote besonders reichlich machen. Unbewusst breiten sie vor dem Therapeuten die ganze Szenerie ihrer Störungen aus. Es ist deshalb nützlich, diese Angebote unmittelbar, achtsam und präzise wahrzunehmen und auch zu nutzen.

Auch Argelander hat beschrieben, dass Patienten solche Angebote im Erstinterview besonders reichlich inszenieren (Argelander 1970).

Übertragung in der IS-TDP

Während in der IS-TDP die Übertragungsneurose vermieden wird, wird die Übertragung intensiv in jeder Stunde genutzt. Dies geschieht durch Fokussieren auf die Widerstände, die in die Übertragung auftreten und auf Gefühle im Hier-und-Jetzt der Übertragung. Bei der intensiveren Form der Mobilisierung des Unbewussten und IS-TDP (Davanloo 2005, ► A2 2007a, b, 2008) wird von vorn herein auf die Gefühle in der Übertragung fokussiert mit der persistierenden Frage »Wie fühlen Sie mir gegenüber?«. Beim Auftreten von Widerständen

wird Druck auf das Aufgeben dieser Widerstände ausgeübt. Je mehr es sich dabei um syntone Charakterabwehr handelt, also Mechanismen, die eingeleistet Teil der Persönlichkeitsstruktur des Patienten sind, umso mehr kommt die Head-on-Collision zum Einsatz, die das Destruktive dieser Abwehr »draußen« sowohl als besonders im Hier-und-Jetzt vor Augen führt.

! Diese Mobilisierung und Intensivierung des Widerstands mit Auftreten immer neuer Übertragungskomponenten des Widerstands, die schließlich zur Überwindung des Widerstands führt, bezeichnet Davanloo als das Revolutionäre seiner Entdeckung und das Wesen der IS-TDP. Eine weitere Entdeckung ist, dass die Übertragungskomponente des Widerstands verdrängte kindliche Gefühle auf neurobiologischen Bahnen aktiviert.

Patienten beschreiben Sensationen im Körper, vom Solarplexus entlang der Wirbelsäule durch den Körper aufsteigend in Kopf und Arme gehend. Damit verbunden sind lebhaftere Bilder der erlebten wütenden oder liebevollen Handlungen an der Person des Therapeuten, die wie ein Film vor den Augen des Patienten ablaufen. Beim Fokussieren auf das Bild des Therapeuten wandelt sich dieses in das Bild einer früheren Bezugsperson mit genauer zeitlicher Zuordnung. Der kindlichen Wut folgen Schuldgefühle, die gleichfalls körperlich erlebt werden und mit Tränen oder Schluchzen einhergehen.

Die Übertragungskomponenten der Widerstände sind am Ende jeder Stunde aufgelöst und die komplexen Übertragungsgefühle vollständig durchlebt. Tragendes Element sind jetzt angemessene positive Gefühle in der realen therapeutischen Beziehung. Der Therapeut wird als »Bergführer« auf dem Weg in die Freiheit oder als unerschütterlicher Begleiter in die »Untiefen, die Hölle des Unbewussten« erlebt.

Gegenübertragung in der IS-TDP

Davanloo versteht den Begriff Gegenübertragung in der ursprünglichen Bedeutung als Blockade des Therapeuten aufgrund eigener ungelöster neurotischer Kerne.

Zum heute verwendeten Begriff der therapeutisch genutzten Gegenübertragung verwendet Davanloo die Beschreibung »mit dem Unbewussten des Patienten in Kontakt sein« (»being in tune with the unconscious of the patient«). Dies setzt voraus, dass der Therapeut bei seinen Gefühlsreaktionen unterscheiden kann, ob diese aus seinem eigenen neurotischen Unbewussten kommen, oder ob er Gefühle des Patienten spürt, die evtl. noch gar nicht sichtbar oder für den Patienten noch nicht spürbar sind.

Gegebenenfalls benötigt der Therapeut eine Selbsterfahrung in Form einer Mobilisierung des Unbewussten und Blocktherapie zur Erlangung der erforderlichen Durchlässigkeit seines Unbewussten (»to create fluidity in the unconscious of the therapist«).

Übertragungsneurose

Werden diese Angebote der neurotischen Beziehungsgestaltung nicht aufgelöst, verstricken die Patienten den Therapeuten in das Netzwerk ihrer Abwehr. Sie »schieben ihn in die Schuhe der Eltern« und machen ihn so zu einer weiteren Person nach dem Muster der Vergangenheit. Die Elternperson wird ersetzt durch die des Therapeuten. Nach Davanloo ist dann eine Situation entstanden, in der der Patient auf eine Neurose eine weitere pflöpft. Dies schafft nicht Befreiung, sondern eine neue Fessel und Abhängigkeit.

! Deshalb ist es unbedingt notwendig, die neurotischen Beziehungsangebote (Widerstände) rasch aufzudecken, klar zu benennen und als destruktiv zurückzuweisen.

Dadurch werden wiederum Übertragungsgefühle mobilisiert, die zunächst neue Widerstände auf den Plan rufen.

Therapeutische Haltung

Die IS-TDP begegnet dem Patienten in einer doppelten Haltung: voll Respekt vor dem Menschen, völlig ohne Respekt vor seinen Abwehrmechanismen. Auch hat der Therapeut Mitgefühl mit dem verletzten Kind, aber kein Mitleid mit dem erwachsenen Menschen, der heute freiwillig in der beschädigten Opferrolle verharrt.

Bei aller Empathie und allem Mitgefühl mit dem verletzten Kind erweist sich Mitleid mit dem erwachsenen Patienten bei dem Versuch, ihm aus der Neurose herauszuhelfen, als eher hinderlich. Je resoluter der Therapeut einer destruktiven »defekten« Selbsteinschätzung mit Respektlosigkeit und Entschlossenheit entgegentritt, desto besser kann er dem Patienten verhelfen, aus der »Sklaverei der Neurose« heraus zu finden.

Strukturelle Defizite (nach Davanloo: fragile Ich-Strukturen) können systematisch abgebaut und übel überwunden werden.

Menschenbild

Da in der IS-TDP nach Davanloo sehr viel Gewalt aus dem Unbewussten der Patienten zum Vorschein kommt, mag der Eindruck entstehen, Davanloo habe ein sehr negatives Menschenbild. Davanloo selbst äußert sich zu diesem Thema immer wieder entschieden dahingehend, dass der Mensch vom Wesen her kein Untier sei, sondern er werde als unschuldiges, liebebedürftiges und liebesfähiges Wesen geboren. Erst Erlebnisse von Gewalt oder Deprivation verursachen reaktive mörderische Wut. Neurotische Störungen entwickle der Mensch gerade deswegen, weil er mit einem starken Gewissen ausgestattet sei, die Mordimpulse zurückhalte und Schuldgefühle sogar über seine zerstörerischen Fantasien hege.

Ein weiteres wichtiges Ergebnis von Davanloos Forschung ist, dass der neurotisch leidende Mensch kein »rohes Ei« ist. Er ist nicht defekt, sondern destruktiv, er hat aus seinem destruktiven Unbewussten heraus das Bedürfnis zu leiden, sich zu sabotieren oder andere in dieses destruktive System einzuspannen. Dies geschieht mit erschreckender Konsequenz, indem sogar die eigenen Kinder involviert werden (»intergenerational transmission«, Generationenkette; ► Kap. 15).

Das Bedürfnis, sich als defekt, benachteiligt oder schwach, weil leidend zu sehen, wird in der IS-TDP als depressive oder masochistische Abwehr gesehen. Patienten sind als Erwachsene nicht krank, weil sie beschädigt sind, sondern weil sie aufgrund ihrer verdrängten pathogenen Organisation unbewusst das Bedürfnis haben, ihre traumatische Kindheit zu re-inszenieren, um sie beizubehalten.

1.8 Zentraldynamische Sequenz (»Central Dynamic Sequence«)

Für den Zugang zum Unbewussten im Erstinterview sowie auch in jeder weiteren Therapiesitzung lassen sich verschiedene Phasen erkennen, die Davanloo wie folgt formuliert:

Phase 1: Befragung (»Inquiry«) – dynamisches Interview (»Dynamic Interview«)

Solange der Patient klar und sinnvoll antwortet, wird er nach seinen Schwierigkeiten befragt, für die er Hilfe sucht. Die genauere Exploration neurotischer Störungen erfolgt nach dynamischen Kriterien, nach Auftreten der Störungen in bestimmten gefühlsbeladenen zwischenmenschlich für diesen Patienten signifikanten Umständen.

Wann immer möglich, wird nach einer spezifischen auslösenden Situation der jüngeren Vergangenheit gefragt und auf dieses Ereignis fokussiert.

Parallel muss der Therapeut von Anfang an alle diagnostischen Parameter beachten, besonders strukturelle Defizite beurteilen und sein Vorgehen danach ausrichten.

Phase 2: Druck (»Pressure«)

Früher oder später, wenn klar ist, dass die Strukturen des Patienten ein solches Vorgehen tolerieren, fragt der Therapeut direkt nach gefühlsbeladenen Situationen oder noch direkter nach den Gefühlen in einer bestimmten Situation oder sogar nach Gefühlen in der Übertragungssituation im Hier-und-Jetzt.

Dies führt – als Folge der Mobilisierung des Unbewussten – zur Mobilisierung von komplexen Gefühlen und dadurch zum Auftreten von Widerständen. Das Auftreten der Widerstände folgt den gleichen Mustern wie die Abwehrmuster, die der Patient auch im täglichen Leben einsetzt und mit denen er auch dort in Schwierigkeiten gerät bzw. denen er sich entzieht. Möglichst rasch sollte der Therapeut aus den taktischen Abwehrmechanismen die Charakterwiderstände des Patienten erkennen und ihm spiegeln. Dieses Vorgehen ruft natürlich wiederum einen Anstieg von Übertragungsgefühlen mit weiteren Widerständen hervor,

die sich allmählich gegen den Therapeuten richten. Die mobilisierten Übertragungsgefühle sind ihrer Natur nach komplex, d. h. gemischt positiv und negativ. Dem Aufgreifen der Übertragungsgefühle ist ► Kap. 4 gewidmet

Sehr wichtig ist die **diagnostische Funktion dieser Phase**: Gleichzeitig mit dem Wachwerden verdrängter komplexer Übertragungsgefühle kommt es zum Ansteigen von unbewusster Angst und erst hierbei kann das eventuelle Vorliegen und Ausmaß von fragiler Ich-Struktur erkannt bzw. ausgeschlossen werden.

! Bei Patienten, die im Widerstand zur Sitzung kommen oder aus Gründen ihrer Persönlichkeitsstörung im Widerstand sind, ist diese Phase extrem wichtig: die zwischenmenschliche Verhaltensstörung wird in der Übertragungsbeziehung offenkundig.

Parallelen zu Gegenwartsbeziehungen können hergestellt und der psychodynamische Zusammenhang erforscht werden.

Phase 3: Herausforderung (»Challenge«) – den Patienten mit seiner Charakterabwehr vertraut machen

- Herausforderung der Widerstände ohne Respekt vor der Abwehr;
- Herausforderung des Arbeitsbündnisses;
- Vertrautmachen mit der Abwehr, die den Patienten schon lange behindert bis gelähmt hat;
- partielle Head-on-Collision mit dem Übertragungswiderstand, speziell mit Widerstand gegen Nähe in der Übertragung, um den Prozess zu beschleunigen;
- Kristallisation der Charakterwiderstände in der Übertragung;
- Den Patienten gegen seine eigenen Widerstände wenden. Er muss dabei klar erkennen, dass die Herausforderung **nicht** seiner Person gilt, sondern den Widerständen, die sein Funktionieren lähmen.

Phase 4: Übertragungswiderstand (»Transference Component of Resistance«)

- Erhöhte Herausforderung des Übertragungswiderstandes;
- Erhöhte Übertragungsgefühle;

- das Selbstzerstörerische der Widerstände vor Augen führen;
- Mobilisierung der therapeutischen Allianz gegen die Widerstände;
- das psychische System lockern, um einen Durchbruch zu ermöglichen.

**Phase 5: Direkter Zugang zum Unbewussten:
Erschließen des Unbewussten**
(»Unlocking the Unconscious«)

- Kristallisation und hoher Anstieg der Übertragungsgefühle und Übertragungswiderstände;
- intrapsychische Krise: Hoher bis maximaler Spannungszustand zwischen Widerstand und unbewusster therapeutischer Allianz;
- Dominanz der unbewussten therapeutischen Allianz über die Kräfte der Widerstände;
- Passage komplexer Übertragungsgefühle: der Triggermechanismus für das Erschließen des Unbewussten;
- Direkter Einblick in die psychopathologischen, dynamisch wirksamen Kräfte, die die Symptom- und Charakterstörungen des Patienten verursachen.

Phase 6: Systematische Analyse der Übertragung
(»Systematic Analysis of the Transference«)

- Systematischer Rückblick auf den Verlauf der Sitzung, insbesondere auf das Erleben der Widerstände und Gefühle im Hier-und-Jetzt auf den Therapeuten gerichtet, das den Zugang zu den verdrängten Gefühlen den Bezugspersonen der Kindheit gegenüber verschaffte.
- Besonders in den ersten Sitzungen wiederholtes Durchsprechen des körperlichen »Erlebens« intensiver Gefühle – im Gegensatz zum »Ausleben« von Gefühlen, das für fast alle Patienten eine neue Erfahrung darstellt.
- Dadurch Psychoedukation und Förderung der Strukturbildung bzw. der Fähigkeit, Gefühle wahrzunehmen und zu steuern.
- Weitere Analyse des Erlebten bzgl. der Unterscheidung von Gedanken, Fantasien und körperlichem Erleben von Affekten.
- Vollständiges Auflösen von Übertragungsresten durch gemeinsame Analyse des Prozesses.
- Stärkung der therapeutischen Allianz.

**Phase 7: Dynamische Exploration
des Unbewussten** (»Dynamic Exploration
of the Unconscious«)

- Spontanes Erinnern von verdrängten traumatischen Erlebnissen, gefolgt von zu diesen gehörenden schmerzlichen Gefühlen.
- Ergänzung weiterer psychodynamisch relevanter Details zur Anamnese.

Phase 8: Konsolidierung, Therapieplanung (»Phase
of Consolidation and Therapeutic Contract«)

- Erneutes Herausheben wichtiger Momente im Prozess der zurückliegenden Sitzung.
- Erneutes Darstellen des Zusammenhanges zwischen gegenwärtigen Störungen, Störungen im Übertragungsgeschehen und der Vergangenheit.
- Dadurch völliges Auflösen der Übertragung und Bestärkung der therapeutischen Allianz.
- Klares Aussprechen, dass das Erlebte nur ein Anfang sein konnte (»die Spitze des Eisberges«).
- Angebot einer weiterführenden Therapie.
- Erste Einschätzung über die voraussichtliche Dauer der Therapie.

Nachgespräch

Nach dem intensiven Vorgehen beim Erstinterview sollte der Patienten möglichst bald Gelegenheit bekommen, sich erneut zu seinem Erleben und Befinden zu äußern. Bei diesem telefonischen oder persönlichen Gesprächskontakt innerhalb von 2–3 Tagen wird der Patient noch einmal gebeten, sich für oder gegen eine weitere Therapie zu entscheiden.

1.9 Ausmaß des Erschließens

Davanloo hat mehrere Vorgehensweisen für die **Mobilisierung des Unbewussten** und das **Erschließen des Unbewussten** beschrieben:

- partielles Erschließen,
- tiefgreifendes Erschließen,
- weitgehendes Erschließen,
- mehrfach tiefgreifend und weitgehendes Erschließen,
- vertikales (direktes) Erschließen und
- stufenweises Erschließen.

Welche Vorgehensweise nun zu einem bestimmten Zeitpunkt angewendet wird, richtet sich nach Anliegen und Strukturen des Patienten, nach seinen Störungen wie auch seinen Fähigkeiten und seinen äußeren Realitäten. Ebenso spielen die Fähigkeiten und äußeren Realitäten des Therapeuten eine Rolle. Falls der Therapeut den Patienten auf seine Warteliste setzen muss, ist ein partielles Erschließen angezeigt (► Kap. 8)

1.10 Funktionen des Erstinterviews

Beim Erstinterview hat der Therapeut die schwierige Aufgabe, umfassend Psychopathologie und Psychodynamik zu diagnostizieren, die Grundlage für ein gutes Arbeitsbündnis zu schaffen und einen ersten Zugang zum Unbewussten zu erreichen.

Der Therapeut sollte am Ende Folgendes beschreiben können

- Symptomstörungen
- Charakterstörungen
- Art der Widerstände
- Platzierung im Spektrum neurotischer Störungen
- Einschätzung von Art und Fixierung der unbewussten Abwehrmuster
- Einschätzung der Fähigkeit des Patienten, sich schmerzlichen Gefühlen zu stellen
- Einschätzung, mit welcher Geschwindigkeit der Patient sich seinem Unbewussten stellen kann
- Festlegung einer Route ins Unbewusste (»Roadmap to the Unconscious«)
- Die Struktur des Unbewussten, mit einer ersten Einschätzung der komplexen Gefühlsladungen allen wichtigen frühen Bezugspersonen gegenüber und deren Zusammenhänge mit den neurotischen Symptom- und Charakterstörungen
- Außer bei einem sehr komplexen Unbewussten und sehr starken Charakterwiderständen sollte eine Aussage über die voraussichtliche Länge der Therapie gemacht werden können

Der Patient sollte Folgendes gewonnen haben

- Einblick in seine Symptom- und Charakterstörung
- Einsicht in die selbst- und fremddestruktiven Auswirkungen seiner Störung
- Die Erfahrung, dass er seine Ressourcen mobilisieren und seine Widerstände überwinden kann
- Einen Einblick in die dahinter liegende Dynamik seiner Störung
- Eine erste positive Erfahrung der partnerschaftlichen Zusammenarbeit mit dem Therapeuten

Im Unbewussten des Patienten sollten entscheidende Veränderungen stattgefunden haben:

- Schwächung des Verdrängungswiderstandes
- Überwiegen der bewussten und unbewussten therapeutischen Allianz über die Kräfte des Widerstandes
- Erste strukturelle Veränderungen, z. B. eine erhöhte Toleranz gegenüber menschlicher Nähe

1.11 Therapieprozess – Durcharbeiten des pathogenen Reservoirs

Am Anfang des Therapieprozesses verlaufen Sitzungen ähnlich dem Erstgespräch. Auch hier sind die beschriebenen Phasen der zentraldynamischen Sequenz zu beobachten. Über die Mobilisierung der Übertragungswiderstände im Hier-und-Jetzt dem Therapeuten gegenüber kommt es zum Erleben der Übertragungsgefühle und zu Durchbrüchen ins Unbewusste. Wenn die Angst vor diesen Gefühlen und die ersten Charakterwiderstände weitgehend überwunden sind und die unbewusste therapeutische Allianz durchgängig die Oberhand gewonnen hat, kann der Zugang zum Unbewussten über ein Erlebnis im täglichen Leben des Patienten (oft auf dem Weg zur Sitzung) erreicht wer-

den. An längst vergangenen Situationen hängende, bisher vermiedene Gefühle werden so systematisch durchgearbeitet. Die Reihenfolge der aus dem Unbewussten auftauchenden Bezugspersonen der Kindheit und die dazu gehörenden Erlebnisse sind nicht logisch vorhersagbar, sondern folgen den Gesetzen des Unbewussten.

Im Verlauf des Durcharbeitens gewinnen Patienten einen umfassenderen und versöhnlichen Blick auf frühe Bezugspersonen und manche der traumatisierenden Situationen erscheinen in einem anderen Licht. Patienten sagen am Ende der Sitzungen, am Ende der Therapie oder in den Katamnese-sitzungen »*der Hass in mir ist weg*«. Auch Liebesbedürfnisse unterschiedlicher Art können in der vorgestellten Beziehung zur ursprünglichen Bezugsperson der Kindheit erlebt und nach und nach die heute nicht mehr erfüllbaren kindlichen Bedürfnisse verabschiedet werden. Im Verlauf des Therapieprozesses nehmen Trauerarbeit über Versäumtes und Schuldgefühle über die tatsächlichen eigenen Anteile an misslungenen Beziehungen immer mehr Raum ein.

Der Prozess führt mehr und mehr zur **Versöhnung und Wiedervereinigung** mit den verinnerlichten frühen Bezugspersonen (»**Re-conciliation and Re-unification**«, Davanloo 2005, ► A2 2003, 2005 and 2006, 2007b). Sogar im Fall schweren Missbrauchs ermöglicht die Fähigkeit zu Mitgefühl mit den meist selbst traumatisierten Eltern das Zulassen liebevoller Gefühle, das Aufgeben der ewigen Rache und inneren Frieden.

Sind die Eltern bereits verstorben oder immer noch hochgradig missbräuchlich, wird an der Erschaffung einer »Wunschmutter«, eines »Wunschvaters« gearbeitet. Dadurch wird eine heilende innere Instanz geschaffen und die Fähigkeit erworben, allein zu sein, ohne sich einsam zu fühlen. Mit dieser Basis können heutige Beziehungen liebevoll und gleichzeitig unabhängig gestaltet werden.

1.12 Katamnese

Ein, drei und fünf Jahre nach Beendigung der Therapie ist ein Nachgespräch vorgesehen. Anfang der 1970er Jahre führte Davanloo ein, dass hierbei der Patient zum Hauptbeurteiler von Therapie-

prozess und Ergebnis wird. Der Patient kommentiert Videoausschnitte aus dem Erstinterview und der frühen Behandlungsphase. Er beurteilt den Therapieverlauf und die erzielten Veränderungen. (► Kap. 19)

1.13 Ziele der IS-TDP

Ziel der IS-TDP ist Symptomfreiheit und eine multidimensionale, intrapsychische und interpersonelle Strukturveränderung:

- Intrapsychische Veränderungen: Durcharbeiten des pathogen wirksamen Reservoirs vermiedener verdrängter Gefühle und der destruktiven selbstsabotierenden bzw. masochistischen Charakterabwehr;
- Interpersonell: Durcharbeiten der Widerstände gegen emotionale Nähe bzw. beziehungszerstörenden Charakterabwehr;
- Aufhebung von Blockaden zentralnervöser Funktionen: Fähigkeit, intensive Gefühle zu »erleben«, Aufhebung der Alexithymie;
- Aufhebung von neurovegetativen Blockaden, z. B. der Unfähigkeit, mit Tränen zu weinen und von sexuellen Störungen;
- Erweiterung kognitiver Fähigkeiten;
- Durchlässigkeit des Bewussten und Unbewussten (»Fluidity of the Unconscious, Including Fluidity of Character Structure«; Davanloo 2005, ► A2 2001c, 2006b), damit ein Gefühl von Kontinuität des Selbst im Zusammenhang mit der Lebensgeschichte entsteht, sogar der Geschichte der Vorfahren, Wissen um die Eigenverantwortung in der Gestaltung auch der Vorgeschichte, besonders aber der Gegenwart, was immer die traumatischen Zusammenhänge gewesen waren, Unterscheidungsmöglichkeit von im Heute angemessenen Gefühlsreaktionen und Überreaktionen, die sich aus der Vergangenheit ergeben, die dadurch die Möglichkeit bieten, heutige Verhaltensweisen angemessen zu steuern;
- Sich und anderen Erfolge zutrauen, gönnen und genießen;
- Verantwortung für sich selbst, sein unmittelbares Umfeld und die Gesellschaft übernehmen.

Je nach Erfahrung und Fähigkeit des Therapeuten in der Anwendung der IS-TDP wird eine bleibende Symptombefreiung und Umstrukturierung innerhalb von 40–100 h erzielt.

1.14 Ethik in der IS-TDP

Ethik der Videoaufnahme

Die Videoaufnahme der therapeutischen Sitzung erfüllt mehrere Funktionen:

- Qualitätskontrolle,
- Selbstkontrolle des Therapeuten,
- Supervision
- Forschung und
- Lehre.

Davanloo hat sich eingehend mit den ethischen und rechtlichen Implikationen befasst.

Die Grundvoraussetzungen sind in folgenden Regeln festgelegt:

- umfassende Information und schriftliche Zustimmung des Patienten zu Aufnahme und Verwendung der Videoaufzeichnungen.
- Die Videoaufnahmen verbleiben persönlicher Besitz des Therapeuten und dürfen nicht vervielfältigt oder aus der Hand gegeben werden.
- Bei Verwendung in Supervision und Lehre verpflichtet sich der Therapeut sicherzustellen, dass nur Fachkollegen anwesend sind und keine elektronischen Aufzeichnungen angefertigt werden.

1.15 Weiterbildung

Die wichtigsten Elemente der Weiterbildung sind:

- Das Erlernen der Metapsychologie nach Davanloo:
Metapsychologiekurse werden in unterschiedlicher Intensität angeboten als Symposien, Immersion Courses, Metapsychology Courses;
- **Supervisionen** auf der Basis von audiovisuellen Aufzeichnungen;
- **Selbsterfahrung** der Therapeuten in IS-TDP in Form von »Davanloo's Major Mobilization of the Unconscious and Block Therapy« (bisher noch nicht schriftlich von Davanloo veröffentlicht);
- **Closed-Circuit Live-Supervision:**
Der Supervisor verfolgt im Nebenraum via Videoübertragung den therapeutischen Prozess. Jeweils nach 15–30 min unterbricht der Therapeut. Der Patient nimmt im Wartezimmer Platz, während der Therapeut zusammen mit dem Supervisor, evtl. auch mit Weiterbildungsteilnehmern, den bisherigen Verlauf analysiert. Zur Erfassung der momentanen metapsychologischen- und technischen Situation kann die Videoaufzeichnung des zurückliegenden Therapieabschnitts genutzt werden. Der Therapeut setzt die Arbeit mit detaillierten Vorschlägen zum weiteren Vorgehen fort. Der Patient ist über das Setting informiert und hat vorher sein schriftliches Einverständnis gegeben. Die Closed-Circuit Live-Supervision ermöglicht das Erkennen und die Korrektur technischer Schwierigkeiten eines Therapeuten. Aber auch Blockaden aus dem Unbewussten des Therapeuten können von einem erfahrenen Supervisor aufgegriffen und, wenn sie nicht zu tiefgreifend sind, bearbeitet werden.

