

Psychotherapie



Allan Abbass

Widerstände überwinden

Fortgeschrittene
psychotherapeutische Techniken

Kohlhammer

Kohlhammer

Der Autor

Allan Abbass, MD, ist Psychiater, Lehrer und Forscher. Er ist Professor für Psychiatrie und Psychologie und Gründungsdirektor des Centre for Emotions and Health an der Dalhousie University in Halifax, Kanada.

Nach seinem Medizinstudium an der Dalhousie University begann Allan eine Karriere als Hausarzt und Notfallmediziner, war aber bald von den Grenzen der üblichen medizinischen Vorgehensweise frustriert. Er stellte fest, dass ein großer Prozentsatz seiner Patienten unter körperlichen und psychischen Symptomen litt, die sich mit Medikamenten nicht behandeln ließen. Also beschloss er, ein Jahr seiner Facharztausbildung zum Allgemeinmediziner an der McGill University zu absolvieren, um eine Form der Kurzzeit-Psychotherapie zu studieren.

Schon bald tauchte er in das Ausbildungs- und Forschungsprogramm von Dr. Habib Davanloo ein, in dem er entdeckte, wonach diese symptomatischen Patienten eigentlich suchten: eine emotional korrigierende Erfahrung mit einem fürsorglichen Fachmann. Bereits bei seinen ersten beiden Patientenkontakten hatte er keinen Zweifel daran, dass die Kraft der menschlichen Beziehung helfen kann, alte Bindungstraumata zu heilen.

Diese Erfahrung hatte eine tiefgreifende Wirkung auf Allan und führte zum Entschluss, ein Psychiatrie-Studium an der Universität von Toronto zu absolvieren, um im Bereich der Psychotherapie zu lehren und zu forschen. Von dort ging er an die Universität von British Columbia, an der er ein universitäres Ausbildungsprogramm für ISTDP aufbaute und eine lokale Tertiärversorgung für Menschen mit schweren Persönlichkeitsstörungen leitete.

1998 kehrte er an die Dalhousie University zurück – zunächst als Leiter der Abteilung für Psychotherapie und dann als Leiter der Ausbildungsabteilung der psychiatrischen Abteilung der Universität. In den ersten sieben Jahren seiner Tätigkeit erhielt er für hervorragende Leistungen in der Lehre Auszeichnungen auf Abteilungs-, regionaler und nationaler Ebene. Im Jahr 2013 wurde er mit dem Douglas-Utting-Preis für seine Beiträge auf dem Gebiet der schweren Depression ausgezeichnet. Sein innovatives Programm zur Diagnose und Behandlung emotionaler Ursachen für medizinisch unerklärliche Symptome in der Notaufnahme wurde mit einem Qualitätspreis und einer nationalen Auszeichnung als »Canadian Leading Practice« prämiert.

Er ist Gastdozent an Institutionen in den Vereinigten Staaten, Italien und England, wo er David Malan Visiting Professor of Psychotherapy am Tavistock College ist.

Seit dem Jahr 2000 wird er von Regierungen, Universitäten und Gesundheitsbehörden in großem Umfang hinsichtlich Kosteneffizienz und Anwendbarkeit von Kurzzeitpsychotherapie konsultiert. Er war weltweit zu mehr als 350 Vorträgen geladen und bietet Fachleuten in mehreren Ländern fortlaufend videobasierte Fortbildungen an. Darüber hinaus hat er über 25 Forschungsstipendien erhalten und über 250 Veröffentlichungen vorgelegt.

Als begeisterter Basketball-Fan und -Spieler verfolgt Allan einen Ansatz, der den Gedanken der kollaborativen Teamarbeit einbezieht: viel üben, anderen helfen, ihr Bestes zu geben, und komplexe Konzepte auf möglichst einfache Weise vermitteln.

Allan Abbass

Widerstände überwinden

Fortgeschrittene psychotherapeutische
Techniken

Deutsche Übersetzung von
Stefan Griengl, Sebastian Pfaundler,
Elisabeth Quade und Eveline Steinmetz

Verlag W. Kohlhammer

Dieses Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwendung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechts ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und für die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Pharmakologische Daten, d. h. u. a. Angaben von Medikamenten, ihren Dosierungen und Applikationen, verändern sich fortlaufend durch klinische Erfahrung, pharmakologische Forschung und Änderung von Produktionsverfahren. Verlag und Autoren haben große Sorgfalt darauf gelegt, dass alle in diesem Buch gemachten Angaben dem derzeitigen Wissensstand entsprechen. Da jedoch die Medizin als Wissenschaft ständig im Fluss ist, da menschliche Irrtümer und Druckfehler nie völlig auszuschließen sind, können Verlag und Autoren hierfür jedoch keine Gewähr und Haftung übernehmen. Jeder Benutzer ist daher dringend angehalten, die gemachten Angaben, insbesondere in Hinsicht auf Arzneimittelnamen, enthaltene Wirkstoffe, spezifische Anwendungsbereiche und Dosierungen anhand des Medikamentenbeipackzettels und der entsprechenden Fachinformationen zu überprüfen und in eigener Verantwortung im Bereich der Patientenversorgung zu handeln. Aufgrund der Auswahl häufig angewendeter Arzneimittel besteht kein Anspruch auf Vollständigkeit.

Die Wiedergabe von Warenbezeichnungen, Handelsnamen und sonstigen Kennzeichen in diesem Buch berechtigt nicht zu der Annahme, dass diese von jedermann frei benutzt werden dürfen. Vielmehr kann es sich auch dann um eingetragene Warenzeichen oder sonstige geschützte Kennzeichen handeln, wenn sie nicht eigens als solche gekennzeichnet sind.

Es konnten nicht alle Rechtsinhaber von Abbildungen ermittelt werden. Sollte dem Verlag gegenüber der Nachweis der Rechtsinhaberschaft geführt werden, wird das branchenübliche Honorar nachträglich gezahlt.

Dieses Werk enthält Hinweise/Links zu externen Websites Dritter, auf deren Inhalt der Verlag keinen Einfluss hat und die der Haftung der jeweiligen Seitenanbieter oder -betreiber unterliegen. Zum Zeitpunkt der Verlinkung wurden die externen Websites auf mögliche Rechtsverstöße überprüft und dabei keine Rechtsverletzung festgestellt. Ohne konkrete Hinweise auf eine solche Rechtsverletzung ist eine permanente inhaltliche Kontrolle der verlinkten Seiten nicht zumutbar. Sollten jedoch Rechtsverletzungen bekannt werden, werden die betroffenen externen Links soweit möglich unverzüglich entfernt.

Englische Originalausgabe:

Reaching through Resistance: Advanced Psychotherapy Techniques

Alle Rechte vorbehalten

© Allan Abbass, Seven Leaves Press

Für die deutschsprachige Auflage:

1. Auflage 2022

© W. Kohlhammer GmbH, Stuttgart

Gesamtherstellung: W. Kohlhammer GmbH, Stuttgart

Print:

ISBN 978-3-17-037555-0

E-Book-Formate:

pdf: ISBN 978-3-17-037556-7

epub: ISBN 978-3-17-037557-4

Inhalt

Danksagungen	10
Einleitung	13
Teil 1 Eine neue Metapsychologie des Unbewussten	
1 Bindungstrauma, Übertragung und Gegenübertragung.....	19
Übertragung	20
Gegenübertragung	21
2 Unbewusste Angst und Abwehrmechanismen	23
Unbewusste Angst in der quergestreiften (willkürlichen) Muskulatur	24
Affektisolation	26
Unbewusste Angst in der glatten Muskulatur	26
Verdrängung	29
Denk- und Wahrnehmungsabbruch.....	29
Projektion, Projektive Identifikation und Spaltung	31
Motorische Konversion	32
Hauptwiderstand gegen Schuldgefühle	34
Zusammenfassung: Hauptabwehr und korrespondierende Körpermuster	35
Taktische Abwehrmechanismen	35
Bewusste versus unbewusste Gefühle und Angst.....	37
3 Für ISTDP geeignete Patienten	39
Spektrum der psychoneurotischen Störungen	40
Spektrum der Patienten mit fragiler Charakterstruktur	41
Kontraindikationen für eine ISTDP Erstsitzung (»Probetherapie«) ..	42
Vorsichtsmaßnahmen bei der Anwendung von intensiver dynamischer Kurzzeitpsychotherapie	42
4 Komplexe Übertragungsgefühle und die unbewusste therapeutische Allianz	44
Drei zentrale Faktoren	44
Komplexe Übertragungsgefühle.....	44
Unbewusste therapeutische Allianz	45

	Arbeiten mit der unbewussten therapeutischen Allianz.....	49
	Unbewusste therapeutische Allianz versus Psychose	50
5	Körperliches Erleben der Emotionen	51
	Positive Gefühle.....	51
	Wut	51
	Schuldgefühle	52
	Trauer	52
	Ein Kontinuum zwischen Gedanken und Gefühlen	52

Teil 2 Klinische Anwendung

6	Beginn der Behandlung	57
	Schritt 1: Überwinden anfänglicher Barrieren	57
	Schritt 2: Erkennen der Phänomene im Vordergrund	61
	Schritt 3: Psychodiagnostik	63
	Fünf Parameter zur Wahl der richtigen Interventionen	65
	Exploration	66
7	Wenn die Signale fehlen	68
	Fehlen eines unbewussten Problems	68
	Unbewusste Angst nimmt andere Wege	68
	Charakterabwehr blockiert den Anstieg komplexer Übertragungsgefühle	69
	Organische, zerebrale und weitere Ursachen	70
	Projektion, projektive Identifikation oder Spaltung.....	70
	Verdrängung	71
	Selbstmordabsichten oder Mordpläne	71
	Technische Probleme	72
8	Mobilisierung in der Übertragung (gering-, mittel-, hochgradig)	73
	Geringgradige Mobilisierung	74
	Mittelgradige Mobilisierung der komplexen Übertragungsgefühle ..	75
	Hochgradige Mobilisierung: Widerstand in der Übertragung.....	75
9	Druck: Den Widerstand überwinden.....	77
	Druck versus Herausforderung.....	77
	Beispiele für die Applikation von Druck.....	77
	Die Wirkungen von Druck entlang der Spektren geeigneter Patienten	80
	Der richtige Zeitpunkt für Druck	81
	Technische Schwierigkeiten bei der Applikation von Druck	82
10	Klärung und Herausforderung	84
	Der richtige Zeitpunkt für Klärung.....	84
	Auswirkungen der Klärung	84

	Herausforderung	85
	Der richtige Zeitpunkt für Herausforderung	85
	Wirkung der Herausforderung	85
11	Vollkonfrontation	89
	Die Beschaffenheit der Vollkonfrontation	89
	Die Funktion der Vollkonfrontation	91
	Verschiedene Formen der Vollkonfrontation	91
12	Patienten mit geringem Widerstand: die offene Türe	100
	Behandlungsablauf bei Patienten mit geringem Widerstand	101
	Herausforderungen bei der Arbeit mit Patienten mit geringem Widerstand	104
	Ergebnisse	105
13	Patienten mit mäßigem Widerstand: der bewachte Keller	106
	Behandlungsphasen bei Patienten mit mäßigem Widerstand	107
	Erstsitzung bei Patienten mit mäßigem Widerstand	107
	Teilweise versus weitgehende versus umfassende Erschließung des Unbewussten	109
	Herausforderungen in der Arbeit mit Patienten mit mäßigem Widerstand	130
	Gegenübertragung bei Patienten mit mäßigem Widerstand	133
	Ergebnisse	133
14	Patienten mit großem Widerstand: die befestigte Burg	135
	Behandlungsphasen bei Patienten mit großem Widerstand	136
	Erstsitzung (»Probetherapie«)	137
	Behandlungsverlauf nach der Erstsitzung	183
	Die Phase des wiederholten Erschließens	184
	Das Durcharbeiten	186
	Der Abschluss	187
	Herausforderungen bei der Arbeit mit Patienten mit großem Widerstand	188
	Gegenübertragung	191
	Ergebnisse	191
15	Patienten mit großem Widerstand und Verdrängung: der gelähmte Gefangene	193
	Überlegungen zur Behandlung	194
	Behandlungsphasen	194
	Typische Erscheinungsformen	194
	Ersteinschätzung	195
	Fallvignette: Anfängliche Barrieren bei schwerer Depression	196
	Psychodiagnostik	197
	Fallvignette: Psychodiagnostische Untersuchung	197

	Das abgestufte Format der ISTDP	199
	Technische Aspekte für die Anwendung des abgestuften Formats ...	200
	Fallvignette: Die vierte einstündige Sitzung	204
	Fallvignette: Die achte einstündige Sitzung	207
	Leitlinien für das Zusammenfassen	210
	Auswirkungen der ersten Erschließung des Unbewussten	211
	Weitgehende Erschließung: Durchtritt von Schuldgefühlen	211
	Verbesserung der unbewussten therapeutischen Allianz: wiederholtes Erschließen des Unbewussten	231
	Beschaffenheit der Interventionen	233
	Verbleibender Behandlungsprozess	241
	Herausforderungen bei der Arbeit mit Patienten mit großem Widerstand und Verdrängung	242
16	Fragile Charakterstruktur: Terror im Verlies	244
	Metapsychologie von Patienten mit fragiler Charakterstruktur	244
	Spektrum der Patienten mit fragiler Charakterstruktur	246
	Behandlungsphasen bei Patienten mit leicht bis mäßig fragiler Charakterstruktur	247
	Phase 1: Ersteinschätzung	248
	Fallvignette: Fragile Charakterstruktur: 45-jähriger Geschäftsmann ..	249
	Phase 2: Stufenweises Vorgehen – Bringt strukturelle Veränderungen	265
	Phase 3: Erste Durchbrüche und Erschließungen des Unbewussten .	283
	Phase 3: Siebente Therapiesitzung – Strukturelle Veränderungen und Erschließung	305
	Phase 3–5: Leicht bis mäßig fragile Charakterstruktur	322
	Herausforderungen bei der Arbeit mit Patienten mit fragiler Charakterstruktur	323
	Ergebnisse	325
17	Schwerfragile Charakterstruktur: Gebrochen und verängstigt ..	326
	Behandlungsphasen bei schwerfragiler Charakterstruktur	327
	Phase 2: Multidimensionale Strukturveränderung	330
	Aktivität der Therapeuten	331
	Psychische Integration Vignette 1: Arbeiten mit projektiven Identifikationen	333
	Psychische Integration, Vignette 2: Arbeit mit Selbsthass und Projektion	337
	Deaktivieren sie selbsteskalierende projektive Prozesse: Schuldgefühle	344
	Die Selbsteskalation unterbrechen: Vignette 1	344
	Unterbrechung von Selbsteskalation: Vignette 2	347
	Ergebnisse der Arbeit in Phase 2: Mehr Integration	350
	Phase 3–5 bei schwerfragiler Charakterstruktur	350
	Schlussfolgerung	354

Anhang Empirische Grundlagen von psychodynamischer Kurzzeitpsychotherapie und intensiver dynamischer Kurzzeitpsychotherapie	355
Prozesstudien	355
Ergebnisforschung von Fallserien	355
Randomisierte kontrollierte Studien	357
Meta-Analysen	358
Kosteneffektivität	359
Literatur	361
Stichwortverzeichnis	365

Danksagungen

Dieses Buch basiert auf Fallstudien aus einem Zeitraum von mehr als 20 Jahren und dem Studium der Arbeit von Dr. Habib Davanloo und derer von Kollegen¹. Mein erster Dank gilt Dr. Davanloo, dass er mich über die letzten 20 Jahre gelehrt und diese seine Methode über nun mehr als 40 Jahre entwickelt und verbreitet hat. Unter anderen Pionieren psychodynamischer Kurzzeittherapie möchte ich außerdem Dr. David Malan für seine Unterstützung und Ermutigung danken, diese Methode beforscht und gelehrt zu haben. Weiterer Dank geht an meine Forscherkollegen aus verschiedensten Regionen der Welt, mit denen ich das Privileg hatte, zusammen zu arbeiten und von ihnen zu lernen: Dieses Netzwerk war mir eine großartige, warmherzige und unterstützende Familie.

Ich hatte das Privileg mit vielen Patienten und Lernenden zu arbeiten, die mir persönlichen Gewinn und Freude bereitet haben, indem ich ihre Entwicklung bezeugen und nebenbei meinen eigenen Entwicklungsprozess vollziehen konnte. Ich möchte jedem einzelnen für die Erlaubnis danken, diese Reise mit Ihnen zu machen.

Viele meiner früheren Schüler weltweit sind nun versierte Lehrer geworden und ich bin sehr stolz, Teil ihrer Entwicklung gewesen zu sein; So wie mir einst David Malan geschrieben hat: »Ich bestärke Dich auf Deinem Weg vorwärts«.

Ebenso möchte ich meinen internationalen Kollegen dafür danken, dass sie mich ermutigt haben, mein Denken zu erweitern und die Wichtigkeit bestimmter Faktoren im Behandlungsprozess der intensiven psychodynamischen Kurzzeittherapie zu berücksichtigen. Im Besonderen haben mehrere Kollegen Modelle entwickelt, die die Wichtigkeit von positiven Gefühlen und Selbstmitgefühl innerhalb des Behandlungsrahmens betonen. Diese und andere Einflüsse haben meine Art zu lehren und meinen Umgang mit Patienten verändert und Sie werden herausfinden, dass sich dies auch in diesem Buch widerspiegelt. Weiters habe ich intensive dynamische Kurzpsychotherapie sowie generell Psychotherapie kennengelernt als Akt der Liebe; diese Tatsache hat sich in meinem Denken über die letzten 15 Jahre immer mehr herauskristallisiert.

Ich möchte mich bei meiner liebevollen Familie bedanken, dass sie mir erlaubt hat, diesen Behandlungsansatz zu meistern und zu verbreiten, auf Kosten von gemeinsamer Zeit und mit viel Abwesenheiten. Ein besonderer Dank gilt Jon Frede-

1 Zugunsten einer lesefreundlichen Darstellung wird in der Regel in der deutschen Übersetzung die neutrale bzw. männliche Form verwendet. Diese gilt für alle Geschlechtsformen (weiblich, männlich, divers).

rickson (2013) für das große Ausmaß an Beratung, die er mir, nach seiner erfolgreichen Veröffentlichung von *Co-Creating Change*, hat zukommen lassen. Auch möchte ich jenen danken, die das Manuskript geprüft haben, unter anderem meinen Kollegen Jason Elliott, Dion Nowoweiski und Joel Town sowie meiner Schwester, der Autorin Lori Gosselin.

Einleitung

Es freut mich, Ihnen dieses Buch vorlegen zu können, welches Ihr Verständnis und Ihre Arbeit mit psychoneurotischen und fragilen Patientengruppen unterstützen wird. Diese Patientenkollektive sind überaus häufig und stellen mehrheitlich die therapieresistenten Patienten in psychiatrischen Kliniken dar. Meist handelt es sich um Menschen, die aufgrund psychischer und körperlicher Beschwerden dauerhaft Medikamente einnehmen.

Diese aus unterschiedlichen Gründen chronisch leidenden Menschen pendeln oft zwischen verschiedensten medizinischen und psychiatrischen Einrichtungen hin und her, was auch mit erheblichen Kosten für die Gesellschaft einhergeht. Knapp gehaltene medizinische Beurteilungen und Therapien maskieren oft das Ausmaß des Leidens, sodass oft nur der Patient selbst und dessen Familie vom chronischen Leiden wissen. Diese Patienten fristen meist ein zurückgezogenes, einsames Dasein, das nicht selten im Gefängnis oder in Anstalten endet. Nachdem diese Menschen in ihrer Kindheit jahrelang Vernachlässigung und Missbrauch erfahren haben, scheitern auch deren gesellschaftliche Bindungsbemühungen und vergrößern das Leiden.

Schließlich landet der Patient bei Ihnen. Mit sich bringt er eine ganze Palette voller Leiden, Symptome und verschiedenster Abwehrmechanismen, mit welchen er Sie auf Abstand hält und sich selbst schädigt. Sie spüren die ganze Schwere, die der Patient auf seinen Schultern trägt. Er ist glücklich auf Sie zu treffen, wenn auch eventuell nur für wenige Sitzungen und der Therapieprozess kann beginnen.

Wie können Sie mitfühlend eine korrigierende Erfahrung anbieten, um ihm zu helfen, etwas von seiner Belastung los zu werden? Wie können Sie jene Person erreichen, die er ursprünglich war, vor all dem Elend?

In diesem Buch werden wir detailliert theoretische Grundlagen und Schritte besprechen, die Sie unternehmen können, um zur Person unter dem Widerstand vorzudringen. Zur Anwendung kommen spezifische Behandlungselemente, die auf jahrzehntelanger fallbezogener Forschung beruhen.

Das Modell der intensiven psychodynamischen Kurzzeittherapie (ISTDP) konzentriert sich auf allgemeine Schlüsselbestandteile moderner Psychotherapie; dazu gehören: die Durchführung von Videoaufnahmen der Therapiesitzungen zur Qualitätsverbesserung, ein schneller Evaluationsprozess, kognitive Restrukturierung wenn erforderlich, ein hohes Maß an emotionalem Engagement sowie ein Fokus auf das Hier-und-Jetzt.

Darüber hinaus beinhaltet dieses Therapiemodell ganz neue Prozesse, wie das Beobachten unbewusster Körpersignale, das rasche Bearbeiten von Abwehrmechanismen, das Fördern des körperlichen Erlebens der Gefühle und die zentrale, heilend wirkende Kraft: die *unbewusste therapeutische Allianz* (Davanloo 1987a).

Allgemeine Psychotherapiefaktoren sind mit diesen spezifischen Komponenten zu einer homogenen Struktur zusammengesetzt, die Ihnen das Arbeiten mit einem sehr breiten Spektrum von Klienten erlaubt. Um die 40 veröffentlichte Forschungsstudien weisen die ISTDP als hocheffektiv für die Mehrzahl der psychiatrischen Patienten aus, mit Erfolgen, welche in Langzeitkontrollen beständig sind (Abbass et al. 2012, 2013e). Es handelt sich somit um ein Diagnosen übergreifendes Behandlungsmodell, bei dem davon ausgegangen werden kann, dass es auf jene unterschiedlichen Hirnregionen Einfluss nimmt, die bei verschiedenen psychischen Störungen für dysfunktionale Prozesse eine Rolle spielen. Eine effiziente Behandlung therapieresistenter und komplexer Patientengruppen ist mit diesem Therapieansatz möglich (Winston et al. 1994; Abbass 2006; Abbass et al. 2008c; Abbass et al. 2013d; Solbakken und Abbass 2014). Darüber hinaus lässt sich ein direkter Zusammenhang zwischen spezifischen Bestandteilen dieser Behandlung, wie der Arbeit am emotionalen Erleben und den Abwehrmustern, und den Ergebnissen der Behandlung nachweisen (Abbass 2002a; Town et al. 2013; Johansson et al. 2014).

Zahlreiche Studien weisen diese Behandlung als kosteneffizient aus, im Besonderen wenn berücksichtigt wird, welche enormen Kosten diese Patienten sonst im Medizin-, Arbeits- und Sozialsystem verursachen (Abbass und Katzman 2013; Abbass et al. 2013d).

Sollte dieser Behandlungsansatz für Sie neu sein, hoffe ich, Ihnen diesen verständlich vermitteln zu können, ohne Sie mit allzu viel neuem Fachvokabular zu belasten. Falls Sie einen kognitiv-behavioralen Therapiehintergrund haben, kann es hilfreich sein, diesen Ansatz als besonderes Expositionsmodell zu verstehen, mit Elementen von kognitiver Restrukturierung und Reaktionsverhinderung. Es handelt sich hierbei um eine Exposition gegenüber dem Erleben von Gefühlen, was zu weitreichenden Verbesserungen führen kann. Wenn Sie von anderen psychodynamischen Schulen herkommen, vertraue ich darauf, dass Kernelemente und Prozesse genug Ähnlichkeiten aufweisen, um den Brückenschlag zu den neuartigen, beschleunigenden Bestandteilen dieses Therapieansatzes zu ermöglichen. Eine psychodynamische Therapie, die durch rasche Mobilisierung des Unbewussten wirkt, fußt auf den hier beschriebenen allgemeinen Therapiebestandteilen, unabhängig von der jeweiligen Therapieschule.

Ich werde spezifische Interventionen vorstellen, welche unterschiedliche neurobiologische und psychologische Wirkungen entfalten. Es gibt Interventionen, um Fähigkeiten bzw. Kapazität des Patienten aufzubauen, wie das *Verknüpfen* und das *Zusammenfassen*, während andere, wie *Klärung*, *Herausforderung* und *Vollkonfrontation*, zum Überwinden von Abwehrverhalten dienen. Das Applizieren von *Druck* ist die bedeutsamste Intervention überhaupt, um den Menschen hinter dem Widerstand zu erreichen bzw. einen Widerstand zu überwinden helfen. Auf Basis von Selbstmitgefühl soll der Patient im Rahmen der Behandlung zum größtmöglichen Einsatz für sich selbst ermutigt werden. Mit den dargestellten Interventionen stehen Ihnen Werkzeuge zur Verfügung, dem Patienten zu helfen, psychische Stärke aufzubauen, seine Beziehungsfähigkeit zu verbessern, schwierige Gefühle zu ertragen und sich aus festgefahrenen, selbst-zerstörerischen Mustern zu befreien.

Das Buch ist in zwei Hauptteile gegliedert. Der Erste bespricht eine neue Meta-psychologie des Unbewussten, abgeleitet von Tausenden von Fallstudien, und geht

sehr detailliert auf die theoretischen und technischen Grundlagen dieser Methode ein. Der zweite Teil fokussiert sich auf die klinische Anwendung dieser Metapsychologie, beginnend mit dem Anfang des Therapieprozesses einschließlich der Psychodiagnostik, gefolgt von der Mobilisierung und der Arbeit mit dem Unbewussten des Patienten. Es ist möglich, die Patienten einem von zwei Krankheitsspektren zuzuteilen. Im Anhang des Buches wird die gegenwärtige Evidenzlage für psychodynamische Kurzzeitpsychotherapie und intensivedynamische Kurzzeitpsychotherapie dargestellt.

Ich hoffe, dass dieses Buch Ihre Fähigkeit fördern wird, jene Menschen zu unterstützen, die sich Hilfe suchend an Sie wenden. Im Besonderen soll es Sie bei der Herausforderung unterstützen, sich selbst als therapeutisches Instrument einsetzen zu können.

Teil 1 Eine neue Metapsychologie des Unbewussten

1 Bindungstrauma, Übertragung und Gegenübertragung

Stellen Sie sich eine Mutter Angesicht zu Angesicht mit ihrem Baby vor; das ganze Gesicht des Babys strahlt vor Freude als Reaktion auf eine freundliche, zugewandt agierende Mutter. Wenn Sie dies sehen, fühlen Sie sich gut. Weshalb? Es geschieht etwas Gutes: Bindung, mit all dem biologischen und psychologischen Nutzen, der daraus resultiert. Ein Kind, das mit intakter elterlicher Bindung aufwächst, wird fähig sein, eine Beziehung zu anderen Menschen einzugehen, ohne übermäßige Furcht, Angst oder Abwehrhaltung.

Aber was passiert, wenn diese Bindung durchbrochen wird, sei es durch Tod, Missbrauch, Trennung oder durch eine mentale Erkrankung eines Elternteils? Dieses Bindungstrauma verursacht schmerzhaft Gefühle. Wenn ein Kind diesen Schmerz mithilfe einer geliebten Bezugsperson verarbeiten kann, wird es sich normal entwickeln und später im Leben nahe Beziehungen eingehen. Wenn aber für die Verarbeitung der schmerzhaften Gefühle nicht die Unterstützung einer nahestehenden Bezugsperson zur Verfügung steht, wird das Kind diese Gefühle genauso vermeiden wie die Art von Beziehungen, welche solche Gefühle auslösen. Es wird unter Ängsten vor Nähe und Intimität leiden.

Auch kann der intensive Schmerz starke Gefühle von Wut auf den verlorenen, abwesenden oder missbrauchenden Elternteil auslösen. Außerstande, sich bei der Verarbeitung seiner Gefühle auf diesen Elternteil verlassen zu können, ist das Kind mit seiner noch unreifen seelischen Entwicklung stattdessen auf seine Abwehrmechanismen angewiesen. Die bewusst wahrgenommenen Wutgefühle verursachen Leid, daher wird das Kind diese leidvollen Gefühle letztendlich in das *Unbewusste* verschieben. Das Kind differenziert nicht zwischen seinen Gefühlen und wirklichen Taten: es wird die starken Wutgefühle als real erleben, ganz so, als hätte es tatsächlich seine Eltern verletzt oder ermordet. Als Folge davon entstehen komplexe gemischte Gefühle von Liebe, Schmerz, Wut, Sehnsucht und Schuldgefühle über diese Wut. Das Kind wird daher versuchen, Situationen oder Personen zu vermeiden, die diese komplexen schmerzhaften Gefühle aktivieren könnten.

Ein Kind, das seine komplexen Gefühle unterdrückt, kann zu einem Jugendlichen werden, der zwischenmenschliche Beziehung vermeidet und selbstzerstörerisches Verhalten oder psychische Erkrankungen wie Angst, Depression oder Anorexie entwickelt. Je früher das Trauma erfolgt ist, desto intensiver werden Schmerz, Wut und Schuldgefühle erlebt, und umso stärker ausgeprägt werden folglich die Abwehrmechanismen und der Hang zur Selbstzerstörung sein (► Kap. 3). Der Zusammenhang zwischen diesen Traumata und langanhaltenden Schwierigkeiten wurde in verschiedenen Studien über schädigende Kindheitserfahrungen beobachtet (Felitti et al. 1998).

Wenn ein Elternteil auf sein Kind nicht eingehen kann oder will, bleiben die Bindungsbedürfnisse des Kindes unbefriedigt. Kinder ohne sichere Bindung entwickeln krankhafte Muster, wie zum Beispiel eine fragile Charakterstruktur (Davanloo 1995a) oder eine Borderline-Persönlichkeitsorganisation (Kernberg 1976). Sie werden infolge ihrer frustrierten Bindungsbemühungen unter den Folgen von massivem Schmerz, Wut und Schuldgefühlen leiden. Sie sind auf sogenannte primitive Abwehrformen wie Projektion, Spaltung oder projektive Identifikation angewiesen und in ihrer Fähigkeit beeinträchtigt, ein integrierendes Selbst aufrecht zu erhalten. Unbewusste Angst zeigt sich bei ihnen in Verwirrheitszuständen und zahlreichen neurologischen Symptomen, man spricht dann von verminderter Angsttoleranz.

Übertragung

Aktuelle Beziehungen mobilisieren die von einem Bindungstrauma herrührenden komplexen Gefühle; das gilt im Besonderen für die Psychotherapie. Weshalb ist das so? Sie als Therapeut sind eine fürsorgliche Person, die dem Patienten Bindung anbietet und Achtung entgegenbringt. Wenn Sie ihm diese therapeutische Beziehung anbieten, wird dies den Patienten an seine früheren gescheiterten Bindungen und seine missglückten Bindungsbemühungen erinnern. Bei diesem Prozess der Emotionsaktivierung handelt es sich um eine Übertragung, bei welcher frühere Gefühle, Angst und Abwehrmechanismen durch die aktuelle therapeutische Beziehung aktiviert werden. Auch wenn der Übertragungsprozess nicht den Ursprung sämtlicher emotionalen Reaktionen des Patienten darstellt, so ist er doch der zentrale Fokus der ISTDP und der meisten Arten psychodynamischer Therapien.

Zur Vereinfachung der Terminologie verwendete Habib Davanloo (1990) den Begriff Übertragung auch zur Beschreibung der therapeutischen Beziehung überhaupt. Sie ist das *T* des klassischen *Personendreiecks* (Malan 1979), in dem *C* für Personen im aktuellen Leben und *P* für Personen aus der Vergangenheit steht (► Abb. 1.1).

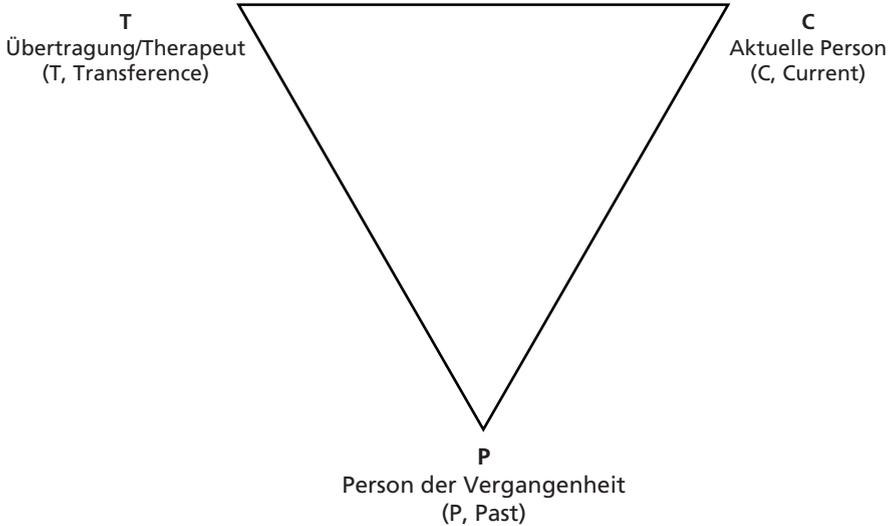


Abb. 1.1: Das Personendreieck

Gegenübertragung

Der Begriff *Gegenübertragung* hat viele verschiedene Bedeutungen. Otto Kernberg schlägt eine umfassende Definition von Gegenübertragung vor, indem sie für alle Gefühle steht, die ein Therapeut mit einem Patienten erleben kann. Er beschreibt drei Arten von Gegenübertragung, die alle für ISTDP hochrelevant sind:

- *Objektive Gegenübertragung*: Der Patient ruft im Therapeuten emotionale Reaktionen hervor, welche die meisten Menschen haben würden. Würde beispielsweise ein Patient wiederholt fluchen, wären die meisten Therapeuten wie auch andere Menschen aufgrund eines solchen Verhaltens objektiv verärgert.
- *Subjektive Gegenübertragung*: Der Patient ruft im Therapeuten Gefühle hervor, die dem Therapeuten etwas über das Innenleben des Patienten sagen. Kernberg (1965) beschreibt zwei Arten von subjektiver Gegenübertragung.
 - Bei der *konkordanten Gegenübertragung* identifiziert sich der Therapeut mit dem Erleben des Patienten. Dieser Prozess ist Produkt der empathischen Einstimmung und ermöglicht dem Therapeuten zu fühlen, was der Patient selbst fühlt. Als soziale Wesen sind wir in der Lage, Gefühle anderer Menschen zu fühlen und können, bis zu einem gewissen Grad, diese auch körperlich erleben. Beispielsweise kann Ihnen als Therapeut das Gefühl im eigenen Magen Hinweis geben, dass die Angst des Patienten gerade in die glatte Muskulatur seines Magens kanalisiert wird. Oder Sie können Wut in

Form von aufsteigender Hitze in Ihrer Brust fühlen, als Zeichen, dass die Wut des Patienten an die Oberfläche kommt.

- Um *komplementäre Gegenübertragung* handelt es sich, wenn der Therapeut die Gefühle des Patienten im Übertragungswiderstand des Patienten fühlt. Zum Beispiel: der Patient lehnt Sie ab sowie er selbst abgelehnt worden ist und Sie nehmen ähnliche Wutgefühle wahr, wie der Patient sie hatte, als er in der Vergangenheit abgelehnt worden war.
- *Neurotische Gegenübertragung*: Der Therapeut hat Gefühle dem Patienten gegenüber, die aus dem eigenen ungelösten Bindungstrauma des Therapeuten herühren. Im Besonderen werden die aus der Vergangenheit stammenden ungelösten Gefühle im Therapeuten aktiviert, wenn er sich mit dem Patienten emotional verbindet und sie zeigen sich in einer Kombination aus unbewusster Angst und Abwehr.

Therapeuten, die intensive Therapien anbieten, müssen sich dieser Reaktionen bewusst sein, um sie therapeutisch nutzen und negative Konsequenzen für die Patienten vermeiden zu können. Mit Gegenübertragung zusammenhängende Schwierigkeiten werden unter Bezug auf verschiedene Patientenkategorien in den Kapiteln 13–17 besprochen.

Ein Bindungstrauma stellt für eine Reihe von Krankheiten die zentrale pathogene Kraft dar. Übertragung bedeutet, dass ungelöste Gefühle eines Patienten aus der Vergangenheit in der aktuellen Beziehung zum Therapeuten oder zu anderen Personen aktiviert sind. Von objektiver Gegenübertragung spricht man, wenn der Patient beim Therapeuten Gefühle hervorruft, die bei den meisten Menschen ausgelöst würden. Subjektive Gegenübertragung stellt das Auslösen von Gefühlen beim Therapeuten dar, die im Zusammenhang mit dem individuellen inneren Erleben des Patienten stehen. Bei neurotischer Gegenübertragung werden vom Therapeuten unbewusst eigene ungelöste Gefühle auf den Patienten übertragen. Gegenübertragungsantworten können hilfreiche Hinweise sein und den Therapeuten bei der Auswahl psychotherapeutischer Interventionen leiten.

2 Unbewusste Angst und Abwehrmechanismen

Unbewusste Wut, Schmerz und Schuldgefühle, die auf einem Bindungstrauma basieren, lösen unbewusste Angst und unbewusste Abwehrmechanismen gegen diese Angst aus. (► Abb. 2.1) Dieser Zusammenhang wird im *Konfliktdreieck* (Malan 1979) elementar dargestellt. Unbewusste Angst und Abwehrmechanismen sind somit Hinweise und *Signale* für unbewusste Gefühle.

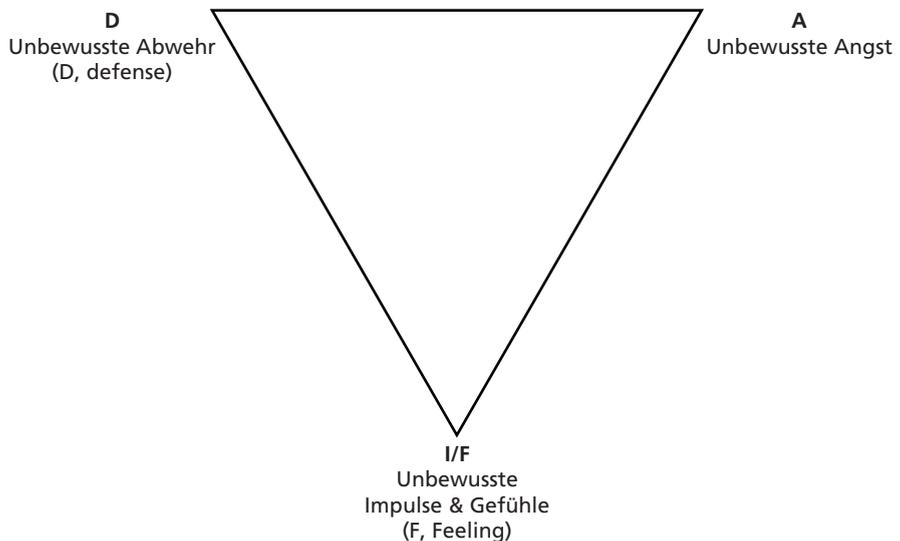


Abb. 2.1: Das Konfliktdreieck

Daraus lassen sich nun unterschiedliche Muster unbewusster Angst und Abwehrmechanismen ableiten.

Unbewusste Angst in der quergestreiften (willkürlichen) Muskulatur

Das erste Muster ist *unbewusste Angst in der quergestreiften Muskulatur* (Davanloo 2001; Abbass 2005). Die quergestreifte Muskulatur ist jene Muskulatur des Körpers, die sich willkürlich bewegen lässt. Der Ausbreitungsweg der Angst in der quergestreiften Muskulatur beginnt bei den Daumen, steigt über Hände, Arme, Schultern und Nacken auf und setzt sich über Brust, Bauch, Beine und Füße fort. Dieser neurobiologische Prozess folgt der an der Seite aufsteigenden Erregung des zerebralen Kortex. Sichtbar werden dann ein Kneten der Hände und tiefe Seufzer, wenn sich die Muskeln von Brust und Zwerchfell zusammenziehen und wieder entspannen.

Eine Person, die unbewusste Angst vorwiegend in die Skelettmuskulatur ableitet, kann unter Schmerzen oder Krämpfen leiden, wie sie bei chronischen Kopf-, Rücken-, Nacken- und Schulter-, Brust- und Bauchschmerzen oder Fibromyalgie zu sehen sind. Des Weiteren können Atemnot, Hyperventilation mit Schwindel und Taubheitsgefühl in Händen und Füßen auftreten und zum Erleben von Panikzuständen führen. Unbewusste Angst in der quergestreiften Muskulatur kann auch Erstickungsgefühle, Stimmprobleme, Tics und Zittern auslösen oder verschlimmern. Eine Auswahl häufig auftretender medizinischer Probleme ist in der Tabelle 2.1 aufgeführt.

Tab. 2.1: Symptome bei Angst in der quergestreiften Muskulatur

Spannungskopfschmerz	Brustschmerzen
Kieferschmerzen, Zähneknirschen	Kurzatmigkeit
Erstickungsgefühle	Schmerzen der Bauchwand
Vokale und andere Tics	Beinschmerzen
Nackenschmerzen	Krämpfe
Fibromyalgie	Zittern
Rückenschmerzen	

Fallvignette: Unbewusste Angst in der quergestreiften Muskulatur

Es handelt sich um eine Therapiesitzung mit einem Mann mit Fibromyalgie und chronischen Schmerzen aufgrund verspannter Muskulatur, der mit zusammengeballten Fäusten dasitzt, während er von einem Konflikt mit seiner Frau berichtet.

- Therapeut (Th):* Um welchen Konflikt handelte es sich?
Patient (Pt): Hm, Probleme mit dem Nachbarn. Meine Frau war der Ansicht, dass ich zu viel Zeit damit verbringe, mit diesem Mann zu streiten und vielleicht hatte sie ja recht.
- Th:* Es ging bei diesem Konflikt also um dieses Thema? [*Druck, konkret zu sein.*]
- Pt:* Hmm.
Th: Und was haben Sie dabei gefühlt? [*Druck, Gefühle zu erkennen.*]
- Pt:* Nun, ich bin es leid, diesen Vorwurf schon wieder zu hören.
Th: Wie fühlen Sie ihr gegenüber? [*Druck, Gefühle zu erkennen.*]
- Pt:* [*Seufzt tief.*] Ich bin sauer.
Th: Sauer, meinen Sie verärgert? [*Klärung.*]
- Pt:* Ja, verärgert.
Th: Wie spüren Sie den Ärger innerlich, direkt in ihrem Körper? [*Druck, Wut zu spüren.*]
- Pt:* Ich bin sehr, sehr angespannt.
Th: Diese Anspannung, das ist Angst. [*Klärung.*]
- Pt:* Ja das stimmt, da ist Angst.
Th: Aber wie haben Sie den Ärger ihr gegenüber gespürt? [*Druck, Wut zu spüren.*]
- Pt:* Das ist schwer zu erklären.
Th: Sie wurden ängstlich, nicht wahr? [*Klärung.*]
- Pt:* Ja, das stimmt.
Th: Sie werden also angespannt, wenn Sie verärgert sind? Der Ärger in Ihnen macht Sie ängstlich? [*Klärung.*]
- Pt:* Ja, und dann fange ich an, sie zu ignorieren.
Th: Diesen Mechanismus verwenden Sie, um den Ärger runter zu drücken? [*Klärung.*] Aber wie spüren Sie den Ärger, der darunter liegt? [*Druck, Wut zu spüren.*]
- Pt:* Wie schon gesagt, es ist wirklich schwer, das in Worte zu fassen. Aber ich werde richtig sauer.
Th: Sie meinen, sie werden richtig wütend?
- Pt:* Ja, es ist wie Wut.
Th: Wie spüren Sie die Wut? [*Druck, Wut zu spüren.*]
- Pt:* [*Seufzt tief.*]

Das Fokussieren auf Gefühle des Patienten zu seiner Frau hat unbewusste Angst in der quergestreiften Muskulatur ausgelöst: Anstelle des Spürens seiner Gefühle wurde er lediglich angespannt und bekam Schmerzen.

Affektisolation

Konnte dieser Mann verstandesmäßig die Gefühle seiner Frau gegenüber erkennen? Wie lautete seine Antwort auf die Frage nach den Gefühlen? Er sagte »sauer«.

Er ist also in der Lage, sein Gefühl verstandesmäßig einzuordnen, aber spürt er das Gefühl in seinem Körper? Nein, er wird lediglich starr vor Anspannung. Nimmt er dies bewusst wahr? Nein. Er kann zwar die verstandesmäßige Bezeichnung (Ärger), nicht aber das körperliche Erleben seines Gefühls beschreiben. Dies bezeichnet man als *Affektisolation*. Kann ein Mensch seine Gefühle verstandesmäßig erfassen und vom Spüren distanzieren, entsteht unbewusst Angst, die in die quergestreifte Muskulatur abgeleitet wird. Diese Kapazität beruht, parallel zur Selbstreflexionsfähigkeit, auf einer Aktivierung des dorsolateralen präfrontalen Kortex. Bei Davanloo werden Abwehrmechanismen gegen das Spüren von mörderischer Wut in Therapiesitzungen *Hauptwiderstände* genannt. Die Affektisolation ist von diesen der Erste.

Angst in der quergestreiften Muskulatur stellt grundsätzlich das beste Muster der Angstableitung dar, hat im Falle dieses Patienten aber aufgrund der ausgeprägten chronischen Anspannung viele Muskelschmerzen verursacht. Nachdem er die darunter liegenden Wut- und Schuldgefühle gespürt hatte, nahmen Anspannung und Schmerzen rasch ab.

Unbewusste Angst in der glatten Muskulatur

Der zweite Ausbreitungsweg unbewusster Angst läuft über die *glatte Muskulatur*. Glatte Muskulatur ist unwillkürliche Muskulatur, kann also vom Menschen nicht kontrolliert werden und findet sich in Atemwegen, Darm, Harnblase und Blutgefäßen. Menschen, die Angst hauptsächlich in die glatte Muskulatur ableiten, leiden unter zahlreichen körperlichen Symptomen und suchen Hilfe bei Ärzten aus verschiedenen Fachbereichen. Eine Auswahl häufiger Symptome ist in Tabelle 2.2 aufgelistet.

Tab. 2.2: Symptome bei Angst in der glatten Muskulatur

Medizinisches Fachgebiet	Krankheitsbilder bei Angst in der glatten Muskulatur
Kardiologie	Hypertonie, Koronarspasmen, Erröten, Hypotonie mit Kollapsneigung
Pneumologie	Asthma, Husten, Erstickungssymptome
Gastroenterologie	Reizdarmsyndrom, gastroösophageale Refluxkrankheit, funktionelles Erbrechen, nicht erklärbare Bauchschmerzen
Urologie	Harnblasen-Dysfunktion, interstitielle Zystitis
Neurologie	Migräne

Fokussiert der Therapeut auf die Gefühle und der Patient leitet seine unbewusste Angst in die glatte Muskulatur ab, so findet sich keine Anspannung in der quergestreiften Muskulatur. Aufgrund dieser fehlenden Anspannung wirken die Patienten nicht ängstlich und landen aufgrund ihrer körperlichen Symptome oft bei somatischen Spezialisten anstatt in psychologischen Praxen. Patienten mit unbewusster Angst auf diesem Ausbreitungsweg haben vielfach zwei oder mehrere der oben aufgelisteten Leiden. Beispielsweise fand sich in einer großen Stichprobe bei der Hälfte der Patienten mit Migräne auch ein Reizdarmsyndrom (Johansson et al. 2014).

Fallvignette: Unbewusste Angst in der glatten Muskulatur

Wir befinden uns in einer Konsultation mit einer Frau mittleren Alters, die unter Migräne und Reizdarmsyndrom leidet. Sie wirkt sehr ruhig, eine Anspannung in der Muskulatur ist nicht beobachtbar.

- Th:* Können Sie mir von einem typischen Konflikt berichten, damit wir beobachten können, wie das ihre Symptome beeinflusst? [*Druck, konkret zu sein; Druck auf den Auftrag.*]
- Pt:* Gerade ich mit jemandem in Konflikt, bekomme ich Kopfschmerzen. [*Hinweis auf eine Verbindung zu gemischten Gefühlen.*]
- Th:* Können Sie von einem konkreten Vorfall berichten? [*Druck, konkret zu sein.*]
- Pt:* Es passiert manchmal mit meinem Mann.
- Th:* Haben Sie ein bestimmtes Beispiel einer solchen Situation? [*Druck, konkret zu sein.*]
- Pt:* Ja, einmal gab mein Mann während einer Reise unser gesamtes Geld aus, sodass wir nichts mehr für unsere Miete übrig hatten. Ich war derart sauer, dass ich ihn angeschrien habe. Etwas später bekam ich Kopfschmerzen und Übelkeit.
- Th:* Sie reagierten also mit Schreien darauf, aber wie fühlten Sie ihm gegenüber? [*Klärung von Handeln versus Fühlen; Druck, Gefühle zu erkennen.*]
- Pt:* Ich dachte mir, »Ich bin aber keine gute Frau.« [*Kein Anzeichen für Angst in der quergestreiften Muskulatur.*]
- Th:* Sie haben sich also selbst kritisiert? [*Klärung.*]
- Pt:* Ja, das habe ich. Jetzt im Moment fühlt sich mein Magen gerade gar nicht gut an.
- Th:* Was passiert mit Ihrem Magen gerade? [*Verstandesmäßiges Überprüfen, um Angst zu senken und Gefühle zu isolieren.*]
- Pt:* Hier sind gerade Krämpfe, so als ob Blähungen hochkämen. [*Zeigt mitten auf ihren Bauch.*]
- Th:* Wenn wir also über diese Konfliktsituation und Frustration reden, reagiert ihr Magen. Ist es das, was gerade abgelaufen ist? [*Zusammenfassen: Gefühle-Angst.*]
- Pt:* Ja, das scheint so zu sein.
- Th:* Die Frustration über ihren Mann schlägt Ihnen gewissermaßen auf den Magen oder führt zu Kopfschmerzen. Denn auch hier reagiert ihr Magen,

sobald Sie über den Ärger ihm gegenüber sprechen und damals bekamen Sie Kopfschmerzen. [*Wiederholen der Zusammenfassung.*]

Pt: Ja, genau das passierte.

Th: Wollen Sie verstehen, was hier abläuft? [*Druck auf Aufgabe und Wille der Patientin.*]

Pt: Ja, das möchte ich auf jeden Fall.

Überwachen der Reaktion

Der Therapeut beobachtet, dass die Patientin völlig entspannt aussieht, ohne Anspannung in der quergestreiften Muskulatur. Die unbewusste Angst dieser Frau entlädt sich nicht in die quergestreifte Muskulatur, sondern wird in die glatte Muskulatur des Magen-Darmtrakts *verdrängt*. Beim aktuellen Ereignis scheint die Angst bei ihr Kopfschmerzen zu erzeugen. Die Patientin tendiert auch dazu, sich selbst zu kritisieren, sobald sie jemand anderem gegenüber Ärger empfindet, ein typischer Befund bei Patienten mit *Verdrängung*. Um zu verifizieren, dass die Angst in die glatte Muskulatur kanalisiert wird und um die Schwelle der Angsttoleranz dieser Patientin zu ermitteln, wiederholt der Therapeut den Prozess mit einem anderen Fokus.

Th: Was passiert bei Ihnen, wenn wir hier zusammenkommen? Welche Gefühle entstehen hier mit mir, während wir miteinander reden? [*Druck, Gefühle zu erkennen.*]

Pt: Nun, ich weiß es nicht. [*Lächelt, zeigt aber keine sichtbare Anspannung.*]

Th: Lassen Sie uns erkunden, welche Gefühle hier hochkommen und diese Auswirkung auf Ihren Magen haben. [*Wiederholte Applikation von Druck.*]

Pt: Bei mir...mein Magen reagiert wieder. [*Wieder wirkt sie völlig entspannt, ohne Reaktion in der quergestreiften Muskulatur.*]

Th: Wenn Sie über Gefühle reden, reagiert Ihr Magen also wieder mit Krämpfen. [*Zusammenfassung, Verknüpfen von Gefühlen und Angst.*]

Beurteilung

Der Therapeut konnte somit bestätigen, dass sich die unbewusste Angst dieser Frau anstatt in die quergestreifte Muskulatur in die glatte Muskulatur ihres Darms entlädt. Sie zeigte nur eine begrenzte Fähigkeit zur Affektisolation, konnte ihre Gefühle also nur unzureichend verstandesmäßig erfassen. Aufgrund dieses Befundes ist davon auszugehen, dass eine rasche Mobilisierung unbewusster Gefühle mit zu viel Angst einhergeht und ihre Magen-Darm-Symptome verschlimmern könnte, sobald die Grenze ihrer Angsttoleranz überschritten würde. Folglich muss der Therapeut, bevor er ihr helfen kann, ihre unbewussten Gefühle zu tolerieren, ihre Angsttoleranz durch das *stufenweise Vorgehen von ISTDP* aufbauen, wie es in Kapitel 15 besprochen wird. (Davanloo 1995b, c; Whittemore 1996; Abbass und Bechard 2007).

Verdrängung

War die Frau aus der Fallvignette in der Lage, ihre Emotionen zu erkennen? Nein. Sie begann über ihren Ärger zu sprechen und endete dort, wo ihre Gefühle hingehen – beim Magen. Die Gefühle wurden *sofort verdrängt*. Sie erreichten das Bewusstsein nicht, sondern wurden unmittelbar im Körper verdrängt. Neueste Forschung legt nahe, dass dieser Prozess zumindest teilweise durch den subgenualen Teil des vorderen cingulären Kortex vermittelt wird. Depressive Patienten mit Überaktivität in dieser Hirnregion sprechen nicht auf kognitive Therapie, kognitive Verhaltenstherapie oder bestimmte Antidepressiva an (Abbass et al. 2014b).

Der Mechanismus der Verdrängung stellt die zweite Kategorie der Hauptwiderstände dar. Verdrängung ist ein unbewusster Prozess, bei dem Gefühle aus dem Bewusstsein weggeschoben werden. Es besteht ein Unterschied zur *Unterdrückung*, bei welcher der Patient Gefühle bewusst vermeidet.

Denk- und Wahrnehmungsabbruch

Beeinträchtigt die unbewusste Angst Sinne und Denkfähigkeit eines Menschen, spricht man in der ISTDP vom Denk- und Wahrnehmungsabbruch. Dieser Ausbreitungsweg der Angst ins ZNS kann auf vielerlei Weise erkennbar werden, beispielsweise in Form von Seh- oder Hörstörungen, bekannt auch als *sensorische Konversion*. Der Betroffene kann vorübergehend vollständig blind oder taub werden. Er kann von einem »leeren« Kopf berichten oder sogar das Bewusstsein verlieren im Sinne eines Ohnmachtsanfalls oder eines psychogenen nichtepileptischen Anfalls. Auch können sich Halluzinationen oder vorübergehend psychotische Symptome zeigen. Diese Patienten werden oft beim Neurologen vorstellig, gefolgt von spezialisierten Untersuchungen wie beispielsweise einer Magnetresonanztomografie. Nicht selten wird die Fehldiagnose einer Psychose gestellt. Eine auszugsweise Liste von klinischen Phänomenen bei Denk- und Wahrnehmungsabbruch ist in Kasten 2.1 aufgeführt.

Kasten 2.1: Symptome bei Denk- und Wahrnehmungsabbruch

Verschwommenes Sehen, Sehverlust, Tunnelblick
 Hörstörung oder Hörverlust
 Gedächtnisverlust, Verwirrtheit
 Bewusstseinsverlust
 psychogener nichtepileptischer Anfall
 Dissoziation
 Halluzinationen in allen fünf Sinnen