

Gerda Gottwik

Wut- und Schuldgefühle in der Intensiven Psychodynamischen Kurzzeittherapie nach Davanloo

Feelings of murderous rage and guilt in Davanloo's Intensive Short-Term Psychotherapy

Zusammenfassung

In der Intensiven Psychodynamischen Kurzzeittherapie nach Davanloo kommt dem Erleben primitiver Wutgefühle in der Übertragung eine Schlüsselrolle zu. Wenn die Wut auf den Therapeuten „wirklich, körperlich, im Detail, dennoch in der Vorstellung“ am Gegenüber erlebt wird, tauchen Bilder von Bezugspersonen der Kindheit aus dem Unbewussten auf, die zu den verdrängten traumatischen Erlebnissen führen. Der Wut folgen Schuld- und schmerzliche Trauergefühle für die geliebten Personen der frühen Bindung. Es kommt zur inneren Aussöhnung mit den introjizierten frühen Bezugspersonen, die den Boden bildet für ein positives Selbstwertgefühl und konstruktive Beziehungsgestaltung im heutigen Leben. Als Ergebnis seiner videogestützten empirischen Forschung hat Davanloo eine detaillierte Diagnostik für Erscheinungsformen von Angst und Abwehrmechanismen entwickelt, die präzise Interventionen zur Förderung einer tragfähigen bewussten und unbewussten therapeutischen Allianz ermöglicht und die zum Aufbau von Ich-Stärke und zum Durcharbeiten pathogener Charakterabwehr erforderlich ist. Das Ziel der IS-TDP ist eine rasche Überwindung von Symptomen und multidimensionale innerpsychische und interpersonelle Strukturveränderungen.

Schlüsselwörter

Durchbruch ins Unbewusste – Erleben von Wut – Mobilisierung des Unbewussten – primitive Wut – Versöhnung der inneren Bezugspersonen

Summary

Primitive transference feelings play a key role in Davanloo's Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy. Experiencing murderous rage towards the therapist – "actually physically, but also in thought and imagination" – is followed by imagery of attachment figures from early childhood emerging from the unconscious and bringing to light repressed traumatic experiences. Primitive rage is followed by painful feelings of guilt and grief towards beloved people of early attachment. Inner re-conciliation is the result, forming the ground for a positive relationship towards the self and the ability to establish constructive relationships in the present life. As a result of his empirical research, based on video technology, Davanloo developed detailed diagnostic skills for unconscious anxiety and defense mechanisms as a base for precise interventions towards a strong conscious and unconscious therapeutic alliance, for restructuring unconscious anxiety and for the mobilisation and resolution of resistances. The aim is to remove the symptoms within a few sessions and to develop multidimensional intrapsychic and interpersonal structural changes.

Keywords

breakthrough to the unconscious – experiencing rage – mobilisation of the unconscious – primitive murderous rage – re-conciliation with inner objects

Wie Freud und andere vor ihm bereits vor 100 Jahren festgestellt haben, bestimmt das Unbewusste unser Denken und unser Verhalten und damit unser Leben. Freuds Verdienst war es, herauszufinden, dass dies nicht nur an tief in unserer Biologie verankerten Trieben und Instinkten liegt, sondern auch an Erinnerungen an belastende Erlebnisse in der Kindheit, die durch Verdrängung im Unbewussten gehalten werden. Von dort aus haben sie eine maligne Wirkung auf die Persönlichkeitsentwicklung und zwischenmenschliche Beziehungsgestaltung, führen zu Symptomentwicklungen und beeinträchtigen die psychosoziale Entwicklung und Adaptationsfähigkeit. Die Dynamik hierzu wird dem Konflikt zwischen

mörderischer Wut und Liebe den frühen Bezugspersonen gegenüber zugeschrieben. Freud entdeckte, dass die Entwicklung und vor allem die Auflösung einer Übertragungsneurose einen wesentlichen, heilenden Faktor in der Psychoanalyse darstellt. Angesichts der „Über-Ich-Widerstände“, die aus Schuldgefühlen erwachsen, erklärte Freud in dieser Aufgabe jedoch sein Scheitern (Freud, 1937).

In den letzten Jahren hat die Neurobiologie dem Studium und der Bedeutung des „Unbewussten“ einen neuen Zugang und eine neue Wertigkeit verschafft.

■ 1. Intensive Psychodynamische Kurzzeittherapie nach Davanloo

Als Ergebnis seiner empirischen Forschung entwickelte Davanloo Interventionen, mit denen Über-Ich-Widerstände im Verlauf einer Sitzung aufgegeben werden (Davanloo, 1988, 2005). Die Entwicklung einer Übertragungsneurose wird vermieden. Getragen von einer starken bewussten und in der Tiefe geweckten unbewussten therapeutischen Allianz (Davanloo, 1978, 1987b), kommt stattdessen eine ganze Palette von Gefühlen zutage, meist zunächst wütende Gefühle, die der Schlüssel zu traumatischen Kindheitserlebnissen sind. Dieser „Durchbruch ins Unbewusste“ („Unlocking the Unconscious“; Davanloo, 1990, 2000) schafft die Verbindung zu einer frühen Bezugsperson, der gegenüber nach der intensiv erlebten primitiven Wut sehr schmerzliche und tiefe Schuldgefühle folgen. Auch die Schuldgefühle sowie andere schmerzliche und liebevolle Gefühle werden nicht nur psychisch, sondern auch körperlich sehr intensiv erlebt.

Das Unbewusste gibt lebhaftere Erinnerungen frei an verdrängte traumatische Kindheitserlebnisse, die auf diese Weise durchgearbeitet werden. In den meisten Fällen werden allmählich mehr und mehr auch positive Szenen erinnert. Es kommt zu einer veränderten, versöhnlichen Sichtweise in Bezug auf die verinnerlichten Objektbeziehungen. Diese bilden die Basis für ein zunehmend positives Selbstwertgefühl und konstruktive Beziehungsgestaltung. Die Angsttoleranz gegenüber verdrängten Gefühlen erhöht sich. Angstsymptome und die pathogenen Abwehrmechanismen können aufgegeben werden.

Durch dieses Vorgehen lösen sich Symptome nach einer oder wenigen Sitzungen, während bleibende Strukturveränderungen innerhalb von (bis zu) 40 Stunden erreicht werden (Davanloo, 2001, 2005).

■ 2. Videotechnologie

Davanloo hat die IS-TDP auf der Basis der Mikroanalyse von audiovisuell aufgezeichneten Arzt-Patient-Interaktionen entwickelt. Er erforschte die Phänomenologie der im Unbewussten miteinander in Wechselwirkung stehenden Erscheinungen von unbewusster Angst, Abwehrmechanismen und darunterliegenden verdrängten Gefühlen.

Arbeit am Widerstand und Videotechnologie

Die Hauptarbeit der IS-TDP ist die Arbeit am Widerstand, das Aufdecken und Durcharbeiten aller Abwehrreaktionen (Verhaltensweisen) und Abwehrmuster (Persönlichkeitsstruktur), die bei der Entstehung, Chronifizierung oder gar Ausbreitung von Symptomen mitwirken und zu Beziehungsstörungen und Selbstsabotage führen (Gottwik, 1998). Ermöglicht wird diese Arbeit durch den aktiven Umgang mit der bewussten therapeutischen Allianz und Wecken der unbewussten Therapeutischen Allianz sowie fortwährenden Strukturaufbau.

Die Effektivität und Effizienz der Methode basiert auf der **diagnostischen Präzision** im Erkennen der unterschiedlichen Angst- und Abwehrreaktionen im therapeutischen Setting. Die fortwährende Mikroanalyse der kontinuierlich aufgenommenen Videofilme schult den Therapeuten darin, die aufkommende unbewusste Angst, die Abwehrreaktionen und die Gefühle zu erkennen und zu benennen und befähigt ihn zu immer exakteren Interventionen.

■ 3. Phänomenologie der Gefühle allgemein

Gefühle steuern unser Verhalten, bevor wir beginnen, durch Verstand und Vernunft Einfluss auf unser Verhalten zu nehmen. Dies bezieht sich nicht nur auf die Entwicklungsgeschichte des einzelnen Menschen (Ontogenese), sondern auch auf die Phylogenese: Lange bevor der Mensch Vernunft und Verstand entwickelte, wurde sein Verhalten von Gefühlen und Trieben bestimmt.

Dies spiegelt sich in der Hirnentwicklung wider: Lange bevor der Mensch begann, kognitive Fähigkeiten zu entwickeln, bestanden schon festgefügte neurologische Muster für das Entwickeln und Erleben von Gefühlen. Je ursprünglicher diese Gefühle sind, je älter die Hirnareale, in denen diese Gefühle aktiviert werden, umso primitiver und umso eindrücklicher werden sie von den Betroffenen (und von dem Gegenüber) erlebt. Bevor ein Kind Verstand entwickelt (etwa ab dem dritten Lebensjahr), bestimmen seine Gefühle, wie es auf Umweltereignisse reagiert. Im Zuge der weiteren Entwicklung ist die Wahrnehmung der Realität zunächst noch geprägt von magischem Denken. Je jünger ein Kind ist, umso mehr sind seine Gefühle verwoben mit der Sinnlichkeit seiner Empfindungen, mit seiner kindlichen Fantasie und seinen kindlichen Gedanken (Roth, 2005). Genauso sind auch die verdrängten Erinnerungen an Erlebnisse dieser Zeit gestaltet.

Areale im Frontalhirn, die Vernunft und Moral repräsentieren, sind erst etwa ab dem 20. Lebensjahr ausgereift und auch phylogenetisch als Letztes entstanden. Erst auf dem Weg zum Erwachsenwerden lernt ein Jugendlicher Gefühle zu kontrollieren, zu bewerten und einzuordnen. Unter starkem Stress setzt auch beim Erwachsenen die Funktion des Frontalhirns aus, und unbewusste Regulationsmechanismen dominieren Wahrnehmung und Verhalten.

Grundgefühle

Bei der Arbeit mit den intensiven Gefühlen werden in der IS-TDP folgende Grundgefühle beobachtet: Zärtlichkeit sowie erotisch gefärbte liebevolle Gefühle, Bewunderung, Schmerz des Traumas, Wutgefühle, Schuldgefühle, Trauerschmerz, später Dankbarkeit.

Andere „Gefühle“ sind Mischungen, z. B. Ekel (Abwehr, Angst und sexualisierte Wut), Scham (Angst, Schuldgefühle, oft sexualisierte Gefühle, Abwehr von emotionaler Nähe).

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 Interventionen, die Davanloo entwickelte, zugänglich wurden (Kässer, 2000).

Affektsystem

Die Begriffe Gefühl, Affekt, Emotion werden häufig synonym gebraucht. Nach neueren Untersuchungen läuft ein System von innerpsychischen und zwischenmenschlichen Reaktionen ab, die bei der Arbeit mit Gefühlen zu beachten und zu trennen sind. Über die innerpsychischen Phänomene schreibt Krause, dass zu jedem Gefühl eine vegetative Körperaktivierung, ein deutlich von außen sichtbarer Affekt (gleichzeitig Signal an das Gegenüber) und ein Handlungsimpuls gehört (Krause, 1998).

„Ein Gefühl“ als umschriebene Größe

Die IS-TDP versteht unter Gefühl ein reaktives Geschehen, das einen Auslöser hat und endlich ist. Ein Gefühl hat demnach definiertes Ausmaß. Zurückgehaltene, verdrängte Gefühle hingegen bleiben schwelend im Unbewussten erhalten und entfalten unter Umständen eine lebenslange Wirksamkeit. Deutlich sichtbar ist dies bei der pathologischen Trauer, die im Gegensatz zu einem natürlichen Trauerprozess eine lebenslange Gefahrenquelle für das seelische Gleichgewicht darstellt.

■ 4. Phänomenologie der Wut

Nur wenige Patienten können bei Beginn einer Therapie ihre Gefühle beschreiben, manche können sie nicht einmal benennen. Insbesondere fällt ihnen die Unterscheidung zwischen Angst und den darunterliegenden Gefühlen schwer, ganz besonders zwischen Angst und Wut. Häufig können die Betroffenen auch nicht zwischen einer wütenden Handlung und einem echten Wutgefühl differenzieren. Gefragt, wie sie ihre Wut spürten, antworten sie, sie seien laut geworden oder sie hätten Geschirr an die Wand geworfen. Oder Patienten nennen, nach dem Gefühl gefragt, den Auslöser ihrer Wut: „Ich fühle mich schlecht behandelt“. Statt ein Gefühl zu beschreiben, benennen sie einen Sachverhalt.

Manche Patienten geben einen Abwehrmechanismus an („Ich fühle mich hilflos“) statt eines Gefühls.

In der Psychoanalyse ist „Ich-Stärke“ unter anderem definiert als die „Fähigkeit, Gefühle kontrollieren zu können“. Ist damit die Verdrängung der Wut gemeint? Ist damit das „Schlucken der Wut“ gemeint, wie der Volksmund sagt? Oder ist damit gemeint, dass ein Mensch „Ich-Stärke“ insofern besitzt, als er seine Gefühle meistert, indem er sie zunächst zulässt, den Affekt wahrnimmt und schließlich die Handlung bewusst steuert? In diesem Fall würde er bei der ausgeführten Handlung umsichtig seine eigene Realität und die seines Gegenübers berücksichtigen.

Von dieser Sichtweise wird in der IS-TDP ausgegangen.

■ Die Diagnostik der Wut in der IS-TDP verlangt folgende Unterscheidungen

Auslöser eines Wutgefühls

Ausgelöst wird „eine Wut“ durch eine Situation, gewöhnlich durch einen Menschen.

Anders ausgedrückt: Eine Wut ist eine Reaktion auf einen Auslöser, nämlich eine verletzende Handlung oder Äußerung einer Person.

Objekt der Wut

Wut ist als Reaktion auf die Person gerichtet, welche die Verletzung verursacht hat. Eine zunächst zurückgehaltene, verdrängte Wut kann aber auch stellvertretend auf eine andere Person, die mit der Verletzung nichts zu tun hat (Prügelknaube), übertragen werden.

Auch Sachgegenstände können Zielscheibe der Wut werden (eine Tür, die kräftig zugeknallt wird). Im Übertragungsprozess nutzt der Psychotherapeut das Phänomen, dass die Wut stellvertretend auf ein anderes Objekt verschoben werden kann. Er bietet sich als Empfänger für die Wut an, er erlaubt und fördert dieses Phänomen.

Ur-Sache einer Wut

Eine negative Situation der Gegenwart kann Ärger oder Wut auslösen. Ein gesunder Mensch nimmt dies wahr und verhält sich der Situation angemessen, er kontrolliert seinen Gefühlsimpuls, denkt nach und handelt umsichtig. Schließlich entscheidet er, ob er die ärgerliche Situation akzeptiert oder verändert.

Situationen, die an alte traumatische Erfahrungen erinnern, die nicht verarbeitet werden konnten, werden vom Individuum weniger gut bewältigt. Neben dem aktuell angemessenen Ärger werden hier verdrängte Wutgefühle getriggert, eine „alte Wut“ wird reaktiviert. Reaktiviert wird jedoch gleichzeitig die mit den kindlichen Wutgefühlen verbundene alte übermächtige Angst: die Angst, die zur Verdrängung geführt hat, die Angst vor dem Ausführen und Zeigen der alten Wut. Es werden also emotionale Prozesse in Gang gesetzt, die in ein früheres Entwicklungsstadium gehören. Unter dem Einfluss dieser Angst sind die kognitiven Funktionen des Frontalhirns, also die Kontrolle durch Vernunft und Verstand, beeinträchtigt.

Noch komplexer ist die Dynamik von **Wiederholungszwängen**: Ein Individuum, das durch vielfache Verdrängung eine neurotische Persönlichkeitsentwicklung durchlaufen oder gar eine Persönlichkeitsstörung entwickelt hat, neigt dazu, retraumatisierende Situationen zu inszenieren – sozusagen um Zielscheiben für sein Reservoir an verdrängter Wut zu kreieren. Davanloo spricht hier vom „Perpetrator of the Unconscious“; er postuliert, dass für den Wiederholungszwang eher die unbewussten und unaufgelösten Schuldgefühle verantwortlich sind als die Wut (Beeber, 1999; Davanloo, 1987a).

„Eine Wut“ ist die jeweils qualitativ und quantitativ umschriebene Art und Menge des Gefühls, das als Reaktion auf eine verletzende Handlung (oder versäumte Handlung) einer Bindungsperson hin entstanden ist. Im therapeutischen Setting fällt auf, dass manche Patienten den Eindruck haben, ihre Wut sei endlos. Dieser Eindruck kann dann entstehen, wenn sehr viel Wut verdrängt wurde und wenn sich ein Mensch mit seiner Wut völlig identifiziert hat („Ich bin böse“). In der Therapie ist es in solchen Fällen besonders notwendig, die unbewusste therapeutische Allianz als heilende Motivationsquelle zu wecken.

Neurobiologie

Die Neurobiologie lehrt uns, dass gerade primitive Gefühle mit charakteristischen körperlichen Empfindungen einhergehen, da im Bereich der Insula Verarbeitungszentren für viszerale Empfindungen und Bereiche der Gefühlswahrnehmung eng miteinander verzahnt sind. Die enge räumliche Nähe der entsprechenden Nervenzellen lässt uns deshalb Gefühle sehr körperlich erleben: Angst als Magenkrampfen, Wut als Wärme im Bauchraum oder im Becken oder als „blitzschnellen“ Energiestrom im Körper.

Affekt

Der Affekt ist eine emotionale Erregung, die dem Ausdruck und der Mitteilung dient. So teilt ein zorniges Gesicht dem Gegenüber Zorn mit. Mit diesem Zorn kann ein Hitzegefühl einhergehen, und Zorn kann das Ziel haben, das Gegenüber zu bestrafen oder einzuschüchtern.

Körperwahrnehmung

Im Zustand einer andrängenden starken Wut erleben Patienten ihren Körper verändert: Bei einer „tierischen Wut“ erleben sie ihren Körper animalisch, sie fühlen z. B. Krallen, Raubtierzähne oder eine Vergrößerung ihres Körpers. Den Patienten ist dabei jedoch jederzeit bewusst, dass es sich nur um einen veränderten Sinneseindruck handelt. Ein empathischer Therapeut teilt häufig diese veränderten Sinneseindrücke in abgeschwächter Form (Gegenübertragung).

Handlungsimpuls

Durch die ausgeprägten emotional und körperlich erlebten primitiven Gefühle werden Handlungsimpulse (z. B. Schlagen oder Beißen) ausgelöst, die im Unbewussten auf frühe Bezugspersonen zielen. Für die Therapie ist wichtig, dass primitives Gefühl und primitiver Handlungsimpuls wahrgenommen werden. Eine tatsächlich ausgeführte Handlung gehört nicht zum Wutgefühl.

Ausleben der Wut

Die tatsächliche Ausführung eines Handlungsimpulses kommt einem Ausleben der Wut gleich. Je nach Menge der Wut kann dies in Form von Beschimpfen stattfinden oder in Form irgendeiner Gewalthandlung.

Beim Ausleben der primitiven Wut bleibt in der Regel hinreichend Impulskontrolle erhalten, so dass das Ausmaß der Handlung nicht der Intensität des zugrunde liegenden Gefühls entspricht. So kann es zum Beispiel sein, dass ein Mensch mörderische Wutgefühle hat, verbunden mit dem Impuls, sein Gegenüber zu würgen, aber seine Wut dann lediglich in bösen Beschimpfungen auslebt. Die Handlung dient nach Art eines Überdruckventils der Entlastung des Systems.

Bricht jedoch die Impulskontrolle völlig zusammen, z. B. in außergewöhnlichen Belastungssituationen oder bei strukturschwachen Menschen oder im Zustand der Dissoziation, dann kann es zu einem vollständigen Impulsdurchbruch kommen und ein tatsächlicher Mord oder Anschlag im Affekt geschehen („Ausrasten“, „Amok laufen“).

Erleben der Wut

Rein intrapsychisch gibt es auch die Möglichkeit, den Handlungsimpuls als Energiestrom zusammen mit dem Affekt durch den Körper in die innervierten Muskeln strömen zu lassen, dabei sozusagen isometrisch eine Handlung an einem vorgestellten Gegenüber („wirklich, real, aber nur in der Vorstellung“) zu vollziehen.

Beim Erleben der Wut entstehen lebhaftere Bildvorstellungen, ein innerer „Film“. Wichtig ist, dass die momentane Wut danach wirklich abgeführt ist. Ähnlich wie bei einer Kinovorstellung sind sich Patienten während des Erlebens ihrer starken primitiven Gefühle immer gleichzeitig auch der äußeren therapeutischen Situation bewusst. Ihre Aufmerksamkeit liegt zwar beim inneren Erleben, aber der Bezug zur Realität bleibt erhalten.

Dieser Vorgang wird umso intensiver und detaillierter erlebt, je weniger Bewegungen tatsächlich ausgeführt werden. Damit unterscheidet sich dieses „Erleben“ grundsätzlich von kathartischem Ausagieren. Das Schlagen auf ein Kissen oder das Boxen auf einen Punching-Ball verhindert, dass der Betreffende mit seinen tiefen Gefühlen in Kontakt bleibt, und dient somit der Abwehr.

Wenn die momentane Wut wirklich abgeführt ist, dient dieser innere Film, vor allem zu Beginn der Therapie, als „Handlauf“ hin zu den schmerzhaften Gefühlen, die hinter der primitiven Wut verborgen sind.

Im ersten Patientenbeispiel folgt die Schilderung eines Patienten zu dem beschriebenen **Vorgang des Erlebens der Wut:**

■ Patient 1

Dieser Patient hatte die Eigenart, sich real in Gewaltsituationen zu begeben, um ein Ventil zu finden für sein angepasstes Verhalten im „frommen“ Elternhaus. Von früher Jugend an bis in eine Zeit, als er selber Vater von drei Kindern war, hatte er ein Doppelleben geführt. So war er zu Hause kirchlich und sozial engagiert, an Wochenenden gehörte er gewalttätigen Straßengangs, später Motorradcliquen an. Seine Aggressionen hatte er immer ohne Affekt ausgelebt.

Der Patient war nun sehr beeindruckt davon, wie er in der Therapie seine Wut ohne Dissoziation erleben konnte. Ebenso beeindruckte ihn, dass es ihm unmöglich war, die nachfolgenden Schuldgefühle zu unterdrücken.

Die Therapeutin fordert den Patienten auf, das Erleben seiner Wut noch einmal zu schildern.

T.: Wie haben Sie diese Zerstörung an meinem Körper körperlich erlebt? Dieses Wutgefühl und dieses Zerstören meines Körpers. Was haben Sie erlebt? Damit wir das noch einmal klarbekommen.

P.: Das ist eine Verbindung zwischen dem Hinfassen, also dem Anfassen, dem das In-die-Hand-Nehmen, dem Weg- oder Auseinanderziehen, Zerreißen oder Kaputtmachen, in irgendeiner Form Zerstören, das also wirklich zu spüren, also wirklich taktil zu spüren, aber auch in dem Moment auch in diesem Gefühl, in dieser Emotionalität ein-

fach. Ja dieses taktile Zerstören, verbunden mit dieser Emotionalität.

T.: Und das haben Sie an meinem Körper erlebt?

P.: Nein, das war nicht mehr Ihr Körper.

T.: Ach so? Das ist jetzt auch wichtig, an welcher Stelle das dann nicht mehr mein Körper war.

P.: Gekippt ist es in dem Moment, in dem der ... ja, wie soll ich sagen, das Ausholen zu diesem Stoß galt noch Ihrer Figur, Ihrer Person, aber das Eindringen war schon ..., waren nicht mehr Sie, war schon vorbei.

T.: War schon jemand anders?

P.: Ja, das betraf meine Mutter vorhin, das hat mich ver..., hat mich ... (sehr bewegt)

T.: ... erschüttert?

P.: Ja.

T.: Ach so, das war ja dann von einer großen Heftigkeit, das war ja sogar mit Zittern und einer großen Angst vermischt. Ja?

P.: Ich ... im normalen Leben begegnet mir das nicht, weil ich das nicht zulasse.

T.: Aber das ist jetzt auch interessant, dass das Zittern und die Angst eigentlich mehr an den schmerzlichen Schuldgefühlen hängen als an dem Zerstören, oder es geht so schnell, an dem Übergang kann man sagen?

P.: Ja, ich kann mir solche Gewalttätigkeiten auch vorstellen, aber immer unter der Kontrolle meiner Gefühle dabei. Also es fällt mir, glaub ich, nicht so schwer zu zerstören, wenn ich nicht fühle. Dann kann ich auch ohne Reue destruktiv sein, aber in dem Moment, in dem ich etwas fühle, dann geht das eigentlich nicht. Es fühlte sich sehr real an.

Nachdem der Zusammenhang mit der Lebensgeschichte des Patienten klargeworden war, sagt der Patient:

P.: Mit diesem Gefühl oder mit diesem Bewusstsein, dass ich vor diesen Erwartungen stehe, aber daraus nicht in eine Situation komme, in der ich ihre Erwartungen erfüllen kann. Daraus kam für mich, wenn ich vor meiner Mutter stehe, immer eine ungeheure Aggression. Ich erinnere mich an meine Kindheit, an die Schulzeit, an die frühe Schulzeit. Aber es war nie zu artikulieren.

T.: Das war die Wut, die Sie oft hatten, die Sie dann in sich hatten.

P.: Zum einen war es nicht statthaft, so eine Wut zu zeigen, zum anderen gestehe ich mir auch nicht zu, emotional diese Wut zu artikulieren. So und das ...

T.: ... und wenn wir jetzt gucken, in Wirklichkeit, innen, da ist nicht nur Wut, sondern tierische, zerstörerische Wut, destruktive Wut, dann macht es noch einmal mehr Sinn.

P.: Was mich einfach vorhin traurig gemacht hat in diesem Moment: Es ist ja nicht nur eine Zerstörung und Trauer oder Schmerz, die ich in einer Kombination sehr intensiv und einfach sehr authentisch fühle, sondern es sind ja eigentlich auch schöne Dinge, die mir verloren gehen, wenn ich das nicht habe.

Quantität einer Wut

Das Ausmaß des **wütenden Affekts** wird von Patienten mit unterschiedlichen Bezeichnungen versehen: Sie sprechen z. B.

von Irritation, Genervtsein, Ärger, Wut, Zorn, Mordswut, tierischer Wut, Hass, Quälen, Zerstören, Vernichten, Auslöschen.

Primär und parallel zur kognitiven Wahrnehmung des Affekts wird die „mobilisierte Wut“ als intensive körperliche Aktivierung im Bauch gespürt: Die Patienten sprechen von Druck, von einem Stein, von Wärme, Hitze oder einem Feuerball oder sogar von einer Atombombe. Entsprechend findet sich nachfolgend eine mehr oder weniger aggressive Handlungsvorstellung.

Die Quantität der Wutreaktion ist abhängig:

- von der Intensität der auslösenden Verletzung oder Bedrohung,
- von der Stärke oder Schwäche der Ich-Struktur und vom Abwehrsystem, das die Körperreaktion abfängt oder gar verhindert,
- und dies wiederum ist abhängig von der Reife des „psychischen Apparats“: ein kleines Kind, das noch nicht über Vernunft und Verstand verfügt, reagiert emotional-körperlich. Wut oder auch Freude werden ganzkörperlich erlebt.

Qualität der Wut

Die Qualität der Wut wird von Patienten unterschiedlich beschrieben. Sie sprechen von Heimzahlen, Strafen, Wehtun, Quälen, lustvollem Quälen, langsamem Töten. Die Qualität der Wut entspricht der Qualität der erlebten Traumatisierung.

Es fällt auf, dass sich die Gewalt je nach Art der Traumatisierung auf bestimmte Körperteile richtet. Wenn ein Patient das Weggehen einer frühen Bezugsperson erdulden musste, so kann der Handlungsimpuls z.B. in einem Abtrennen der Beine bestehen. Wenn ein Patient sexuellen Missbrauch erleiden musste, kann sich das Bedürfnis einstellen, die Genitalien der vorgestellten Person zu zerstören.

Bei „sexualisierter Wut“ (die nichts mit erotisch liebevollen Gefühlen zu tun hat) ist häufig die Scham (als Ausdruck des Widerstands gegen emotionale Nähe – RAEC) und das Kontrollbedürfnis sehr hoch. Denn sexualisierte Wut stellt eine besonders intime Regung dar, und die Verlaufskurve des Gefühls geht genau wie auch beim sexuellen Erleben mit orgasmischem Kontrollverlust einher. Wenn die sexualisierte Wut in vollem Ausmaß erlebt wird, ereignet sich regelmäßig körperliche Erregung in den Genitalien.

Das pathogene Reservoir

Zusammen mit der verdrängten Erinnerung an verschiedene schmerzliche Erlebnisse werden auch die daran geknüpften Gefühle „geschluckt“ und gespeichert. Zum Prozess des Durcharbeitens wird auf die folgenden Seiten verwiesen.

■ 5. Phänomenologie der Schuldgefühle

Patient 1 schildert eindrücklich, wie das der primitiven Wut nachfolgende Schuldgefühl ebenfalls körperlich erlebt wird. Schuldgefühle fließen in Form von Wellen ab, begleitet von schluchzendem Weinen und von Gedanken wie: „Es tut mir

leid!“, „Verzeih mir!“. Die Schuldgefühle sind ebenfalls auf die in der Vorstellung vom Patienten verletzte oder gemordete Bezugsperson gerichtet. Fremden Personen gegenüber werden vergleichsweise wenig Schuldgefühle empfunden.

Als Ergebnis seiner jahrzehntelangen empirischen Forschung formulierte Davanloo die Theorie, dass zurückgehaltene Reuegefühle maßgeblich beteiligt sind an neurotischen Entwicklungen und an destruktivem Verhalten. Die verdrängten Schuldgefühle sind der Faktor, der im Unbewussten eine böartige Wirkung entfaltet. Davanloo nennt diesen Faktor „Perpetrator of the Unconscious“ (Davanloo, 1988).

So wie der Mensch im Alltag manchmal die Tendenz hat, Bedauern in Anklagen zu transformieren, so geschieht dies in wesentlich zersetzenderer Form auch im Unbewussten: Schuldgefühle werden durch Vorwürfe und neue Wut abgewehrt. Durch die inneren bösen Anklagen den frühen Bezugspersonen gegenüber vermehren sich jedoch die Schuldgefühle und damit die Tendenz zu destruktivem Verhalten und Selbstbestrafung.

■ 6. Phänomenologie der liebevollen Gefühle

Auch liebevolle Gefühle sind mit jeweils quantitativ und qualitativ umschriebenen Körperreaktionen verbunden. In der Handlungsvorstellung zeigen sich liebevolle Gefühle z.B. als ein Halten und Gehaltenwerden oder als zärtliches Streicheln der geliebten Bindungsperson, die in einem bestimmten Lebensalter wichtig war.

Mit dem Erleben der liebevollen Gefühle werden „tote“ Beziehungen wiederbelebt. Bindungstraumata heilen, und die innerpsychische Beziehungslandschaft verändert sich positiv. Davanloo formuliert dies als „Re-unification and Reconciliation with the genetic figure“ („Wiedervereinigung und Versöhnung der Introjekte“; Davanloo, 2005).

Wenn Bindungstraumata heilen, heilen gleichermaßen das Selbstgefühl und Selbstwertgefühl, und die reale gegenwärtige Beziehungsgestaltung ordnet sich neu und in sehr erfreulicher positiver Weise.

■ 7. Phänomenologie der Angst und der Abwehrmechanismen

Zunächst begegnen uns Patienten jedoch mit Angst und Abwehrmechanismen. Die Phänomenologie der Angst und der Abwehrmechanismen wurde an anderen Stellen beschrieben (Davanloo, 1995; Gottwik, 2009).

Der Umgang mit den Widerständen, das ständige Achten auf die momentane Angsttoleranz des Patienten und der Umgang mit der bewussten und unbewussten therapeutischen Allianz stellen die Hauptarbeit in der IS-TDP dar.

■ Patient 2

Transkript eines Erstinterviews

Es handelt sich um einen Patienten mit vielseitigen Symptomen. Der erste Zugang zum Unbewussten gestaltete sich bei

diesem Erstinterview einfach. Der Zugang gelang über eine kombinierte Arbeit an seinen Widerständen und am Druck auf die Gefühle im Hier und Jetzt. Der spätere Therapieverlauf war vergleichsweise schwieriger, denn der Patient litt unter weit in die Kindheit zurückreichenden schweren Störungen mit hartnäckigen Abwehrmechanismen und einem sehr beladenen Unbewussten.

Der 50-jährige, alleinstehende, seit 1 Jahr berentete kaufmännische Angestellte kommt auf Empfehlung seines Arztes in erster Linie wegen anhaltender Rückenbeschwerden.

Am Ende des Erstinterviews ergab sich folgender Befund:

- A. Multiple Somatisierungsstörungen
 1. Rückenbeschwerden
 2. Epicondylitis (Tennis-Elbbogen, mit OP Termin)
 3. Bluthochdruck
 4. Glaukom
 5. Tinnitus, Hörsturz, Otitis externa
- B. Angststörungen (chronische Anspannung, soziale Ängste und Vermeidungen)
- C. Schwere Schlafstörungen
- D. Alkoholmissbrauch (zur Schlafinduktion und als Mittel zum Kontaktaufbau in Kneipen)
- E. Nikotinmissbrauch
- F. Schwere Beziehungsstörungen
- G. Selbstsabotage im Beruf

Vorgeschichte

Herr T. sei der ältere von 2 Geschwistern. Vom Äußeren her gleiche er seinem Vater.

Der Vater des Patienten sei im Krieg „Stukapilot“ gewesen, man habe ihn damals als Held verehrt. Nach dem Krieg sei er jedoch am Leben gescheitert. Die Familie der Mutter habe ihn nicht akzeptiert. Er habe in den Kellerräumen der Familie gehaust, bis er die Familie verließ und im Alter von 45 Jahren an den Folgen seines Alkoholmissbrauchs starb.

Herr D. habe seinen Vater oft gesucht. Er habe ihn häufig von Weitem beobachtet, z. B. wenn er mit anderen Männern oder Frauen den Tag über trinkend in einem Schrebergarten verbrachte.

Die Mutter des Patienten sei ihrerseits sehr an ihren Vater gebunden gewesen. Dieser sei ein tyrannischer Mann gewesen, der von der Familie idealisiert worden sei.

Um sich und die Kinder zu ernähren, sei die Mutter arbeiten gegangen. Sie habe sich in ihrem Leben auf keinen Mann mehr eingelassen. Herr D. habe immer wieder den Eindruck gehabt, dass die Mutter ihn als Lebenspartner ansehe.

Ab seinem 5. Lebensjahr sei Herr D. während der Woche im Heim untergebracht gewesen. Im Heim habe er seelische und körperliche Grausamkeit und auch sexuellen Missbrauch erleiden müssen.

Beginn des Erstinterviews

T.: Können Sie mir sagen, was Sie hierher führt? Was für Probleme bringen Sie hierher?

P.: (ängstlich-angespannt, leichter Seufzer)

T.: Wie geht's Ihnen im Moment?

P.: Ich bin nicht unzufrieden.

- T.: Wie fühlen Sie im Moment?
 P.: Ich war sehr gespannt auf Sie zunächst einmal.
 T.: Ja? Gespannt? Können wir uns das einmal angucken? Also Sie sind mit gespannten Gefühlen hierhergekommen? Auf mich? Sie sagen, Sie waren gespannt auf mich.
 P.: Ich war neugierig. Auf Sie, ja.
 T.: Wie hat sich das vom Gefühl her bemerkbar gemacht, weil „neugierig“ ist ja erstmal ein Begriff, von den Gedanken her. Aber gespannt heißt ja ... War da eine Anspannung?
 P.: Eine flachere Atmung vielleicht.
 T.: Flachere Atmung. Eine körperliche Anspannung.
 P.: Ich steh im Moment sowieso unter Druck, muss ich sagen. (Patient ändert seinen Tonfall in Richtung Erzählstil)

Die Therapeutin hatte den neugierigen Blickkontakt des Patienten und seine körperliche Anspannung sowie einen begleitenden leichten Seufzer bemerkt. Sie griff das deutliche Übertragungsangebot auf, fokussierte dabei auf die Gefühle im Hier und Jetzt und das körperliche Erleben der Gefühle. In diesem Fall beschreibt der Patient zunächst körperliche Phänomene von Angst in der Beziehung zur Therapeutin mit Anspannung der quergestreiften Muskulatur, insbesondere der Interkostalmuskulatur.

Phase des Drucks: Druck auf Gefühle in der Übertragung Wiederholtes Benennen der therapeutischen Aufgabe und der Zusammenarbeit

Die Differenzierung von Gedanken und Gefühlen ist bei allen Patienten erforderlich. Bei zwanghaften Personen, die zu Intellektualisierung, Rationalisierung und Isolierung von Affekt neigen, ist sie ganz besonders zu betonen. Das direkte Ansprechen der therapeutischen Aufgabe und auch indirekter Druck auf die therapeutische Allianz („wir“, „wir gucken“) sind hervorstechende Merkmale der IS-TDP. Dadurch werden im Unbewussten positive Gefühle geweckt. Gleichzeitig ist aber der anhaltende Druck auf Gefühle in der Übertragung unangenehm und weckt daher negative Gefühle. Im Fallbeispiel versucht der Patient den anwachsenden Übertragungsgefühlen auszuweichen, indem er ansetzt, seine lange Symptomgeschichte zu erzählen. Er will vom affektiven Erleben und der Nähe mit der Therapeutin ablenken und sich lieber kognitiv mitteilen und der Beziehung ausweichen. An dieser Stelle ist es die einzige Aufgabe der Therapeutin, auf die Übertragungsgefühle fokussiert zu bleiben und, sobald Ärger genannt ist, auf den Ärger zu fokussieren. Gleichzeitig muss sie auf die therapeutische Allianz achten und darauf, dass sie den Patienten nicht überfordert. Überfordert wäre der Patient, wenn er Zeichen der Angstabfuhr über die glatte Muskulatur oder kognitiv-perzeptive Funktionseinbußen zeigen würde. Da dieser Patient jedoch mit einer ansteigenden Muskelspannung der quergestreiften Muskulatur reagiert (zum Beispiel der Interkostalmuskulatur[Seufzen], Kaumuskulatur), zeigt dies, dass er dem Anstieg seiner Gefühle gewachsen ist.

- T.: Können wir gucken bei uns noch mal? Wenn Sie angespannt sind, dann haben Sie in der Begegnung mit mir Gefühle gehabt. Oder haben Gefühle.

- P.: Ja.
 T.: Was sind das für Gefühle? Mir gegenüber. Neugier ist mehr ein Gedanke. Aber was sind da für Gefühle?
 P.: Zunächst mal natürlich eine gewisse Hoffnung. Hoffnung, dass ich bei Ihnen an der richtigen Adresse bin. Das ist das eine ...
 T.: Das ist etwas Positives.
 P.: Etwas Positives zum einen. Zum andern ... Ich hab mit Herrn T. gesprochen (ändert wieder den Tonfall Richtung Geschichtenerzählen), im Sommer mal, und hab zu ihm gesagt ...
 T.: O.K. Aber können wir gucken, mit was für einem Gefühl, „zum andern“? Das verliert sich sonst. Positiv ist eins, und zum andern ...
 P.: Positiv ist eins, zum andern (zögert) ... hab ich versucht zu spüren, was SIE für ein Gefühl haben im ersten Moment.
 T.: Wenn Sie das versucht haben zu spüren, dann muss ja bei Ihnen auch ein Gefühl sein im Moment.
 P.: Ich habe die Erfahrung gemacht, dass es Frauen gibt, die, wenn sie mich wahrnehmen, eine gewisse Angst haben und bei mir eine gewisse Aggression wahrnehmen.
 T.: ... die SIE nicht wahrnehmen?
 P.: Die ich selber kaum wahrnehme.
 T.: Kaum, also Sie nehmen sie wahr!
 P.: Ich nehm sie gelegentlich wahr, z.B. wenn ich bei meiner Mutter bin, ansonsten nehme ich sie nicht wahr. Hab aber immer wieder von Frauen die Rückmeldung gekriegt, dass sie bei mir eine starke Aggression gespürt haben und dass sie ein bisschen (macht energisch abwehrende Handbewegungen) zurückweichen.

Die Therapeutin blockt auch den erneuten Versuch des Patienten, ins (kognitive) Erzählen abzuweichen. Sie bleibt auf die affektive Beziehung fokussiert. Das führt dazu, dass der Patient Mechanismen seiner Persönlichkeitsstruktur benennt, die auf frühe Abwehrmechanismen der Projektion und projektiven Identifikation hinweisen. Der Patient spricht seine starke Abwehr gegen emotionale Nähe an. Allerdings überträgt er diese Abwehr auf sein Gegenüber, indem er zum Beispiel sagt, dass Frauen vor ihm zurückweichen würden, weil sie seinen aggressiven Impuls spürten.

Im Folgenden fragt die Therapeutin weiter nach den vom Patienten selber benannten Aggressionen. Sie erntet einen ersten Widerstand gegen Nähe direkt in der Übertragung, und zwar in Form eines amüsiert ironischen Lächelns und später einer leicht sarkastischen Bemerkung („mich auf jeden Fall nicht!“).

- T.: Nun sind SIE ja hier, nicht die Frauen. Das ist ja das Problem der Frauen.
 P.: Ja. Aber das ist auch MEIN Problem, es schafft Distanz und verhindert Kontakte. Insofern bin ich für solche Rückmeldungen natürlich auch dankbar.
 T.: Aber was ja interessant ist, dass die Frauen Aggressionen wahrnehmen, die sind ja in Ihnen. Die müssen dann auch auf dem Weg hierher mir gegenüber da gewesen sein.
 P.: Die sind schon in mir. (lächelt mokierte, ironisch) Gegen

Sie habe ich natürlich keine Aggression. Ich kenne Sie ja nicht.

T.: Sie kennen mich nicht, aber Sie machen so (imitiert seine abweisende Handbewegung)

Sie haben gesagt, Sie hätten einerseits Hoffnung, und andererseits ... Und Sie kannten mich noch gar nicht und dachten schon, ich hätte so was. (ablehnende Handbewegung)

P.: Ja, das ist eine Erfahrung von mir, ganz einfach.

T.: O.K. Wieso sagen Sie so schnell, Sie hätten mir gegenüber keine Aggressionen?

P.: Ich kenn Sie nicht.

T.: Aber wir reden ja von Aggressionen, mit denen Sie rumlaufen, und die jetzt hier auf mich kommen. Je schneller wir da hinkommen, desto besser ...

P.: (bewegt Unterkiefer und Masseteren, lächelt wieder leicht amüsiert, unterbricht energischer) Ich denk, dass ich ...

T.: Wie fühlen Sie im Moment?

P.: Ich werd ein bisschen wütend langsam.

T.: Ach ja? Können wir uns das angucken?

Druck auf wütende Gefühle in der Übertragung

Wichtige Anmerkung: Es ist obsolet, dem Patienten Gefühle einzureden. Aber es ist essentiell und unumgänglich, am Gefühl dranzubleiben, wenn der Patient auszuweichen versucht. Ebenso essentiell sind Interventionen zur Förderung der bewussten therapeutischen Allianz: die Formulierung der therapeutischen Aufgabe („Wir sind hier, um Ihre Probleme zu verstehen und um an den Motor Ihrer Störung zu kommen“) wie auch Interventionen zur Förderung der unbewussten therapeutischen Allianz: Betonen, dass ein Überwinden der Störung möglich ist, oder erinnern an das „Wir“, auch die Unterwanderung von Trotz und therapeutischer Grandiosität bzw. abhängiger Elternübertragung („IHR Erfolg oder Misserfolg“).

Danach beziehen sich die Interventionen wieder auf die Exploration körperlichen Erlebens.

P.: Ja.

T.: Sie werden ein bisschen wütend, heißt, Sie sind's noch nicht?

P.: Ich bin's möglicherweise. Vielleicht gestatte ich's mir auch nicht, vielleicht hab ich Angst, dass Sie mich wegschicken.

T.: Aber unsere Aufgabe ist ja, an den Kern Ihrer Probleme zu kommen. (Formulierung der therapeutischen Aufgabe) Und da sind wir ja gerade an einem ganz wichtigen Kern: das ist Ihre Wut. Offenbar.

P.: Ja. (ernst)

T.: Und wenn wir jetzt hier weiterkommen, könnten wir ganz schnell an den Kern kommen, an das Ziel, dass wir Ihre Probleme verstehen. (Formulierung der therapeutischen Aufgabe)

P.: Das Ziel ... (dem Tonfall nach ein neuer Anlauf, ausführlich seine Krankengeschichte zu erzählen)

T.: Wenn Sie sagen, Sie werden wütend ... Wenn wir an dem Faden dranbleiben ... Ich meine, es ist IHR Erfolg oder Misserfolg. (Unterwanderung von Trotz und therapeuti-

scher Grandiosität bzw. abhängiger Elternübertragung) Woher wissen Sie, dass Sie wütend sind?

P.: Ich merk, dass ich flacher atme, dass die Brust enger wird, die Hände unruhiger.

T.: Das ist Angst, das sagt noch nicht, wie Ihre Wut ist. Angst, Zurückhaltung ... Wo ist die Wut? Woran merken Sie, dass Sie wütend sind?

P.: Das ist ja eben eines meiner Hauptprobleme, dass ich Wut kaum merk, und dass es sich dann zunehmend in körperlichen Symptomen äußert.

T.: „Kaum merken“. Also Sie merken. Woran merken Sie?

P.: Ich merk's ein bisschen.

T.: Also woran merken Sie? Was merken Sie da im Moment?

P.: (tiefer Seufzer, Hände ineinander)

T.: Ihre Stimme war etwas lauter ...

P.: Die Stimme wird lauter, der Puls beschleunigt sich möglicherweise. (legt Hand aufs Herz)

T.: Also dann kriegen Sie auch wieder Angst, wenn der Puls sich beschleunigt.

P.: Das ist Ihre Interpretation. Es kann auch sein, dass es eine Wut ist. Ich weiß nicht, ob bei mir grad die Angst im Vordergrund steht oder ob ich an eine alte Wut herankomme. Das ist keine aktuelle Wut, ich kenn Sie nicht, aber wie gesagt, ich hab (tiefes Hüsteln) ein Riesenaggressionspotential in mir.

T.: Was spüren Sie davon?

P.: Mein Tinnitus wird lauter, ich spür einen Druck auf den Augen. (Räuspern)

T.: Das ist Angst.

P.: Ich spür hier eine Enge. (deutet auf seine Kehle)

T.: Das ist alles Angst, noch nicht die Wut. Was spüren Sie von der Wut? Sie haben gesagt, Sie spüren Wut und vermuten sogar, dass da alte Wut hochkommt?

P.: Natürlich alte Wut, was sonst? Ja. Em. (Seufzer, Patient wird langsam)

T.: Gut, das ist Ihnen klar.

P.: Das ist mir klar.

T.: Aber im Moment wissen wir noch nicht, was für eine Wut da ist. Jetzt hier mir gegenüber.

P.: Hm. Hm.

T.: Und Sie lenken auch ab mit „alte Wut“. Sie haben auf mich im Moment Wut. Haben Sie gesagt ... Da kommt auf mich Wut hoch ... Haben SIE gesagt!

P.: Hm.

T.: Jetzt werden Sie langsam. Sie werden sehr langsam.

P.: (richtet sich auf und schaut in die rechte Zimmerecke) Ich fühl mich ein bisschen in die Enge getrieben. (kratzt sich an der Nase und schaut in die linke Zimmerecke)

T.: Das sagt nicht, was Sie fühlen. Sie kommen doch hierher mit dem Anliegen, dass wir hier durchkommen, dass wir weiterkommen. Und Sie bringen ein wichtiges Thema. (Förderung der unbewussten therapeutischen Allianz)

P.: Ich komm, em, mit dem Anliegen, em, zu Ihnen, em, rauszufinden, was hinter diesen körperlichen Symptomen steht, die sich zunehmend über die letzten Jahre entwickelt haben.

Ein Tinnitus auf beiden Ohren, ein starker Augendruck, ein Augeninnendruck, ein Glaukom seit einigen Monaten

(holt tief Luft, wie zu einer längeren Arie), ein Blutdruck kürzlich von 180 zu, em, noch was, wobei er sonst eher zu niedrig ist. Ja. Ich war jetzt zwei Wochen im Krankenhaus. Ich bin grad erst entlassen worden.

T.: Zur Abklärung des Blutdrucks? (T. lässt sich ablenken, da ihre Neugier überwog)

P.: Nein, ich hatte eine Infektion im rechten Innenohr. Das Ohr ging über Nacht zu, ich konnte nichts mehr hören. Ich war noch bei der Ohrenärztin am, em, 3. Dezember, die meinte, es sei ein Hörsturz. Und die hat mich dann eingeliefert. Und es war ein Erguss hinterm Trommelfell, der musste dann antibiotisch und mit Cortison behandelt werden und wurde dann jetzt am Montag das Trommelfell eingeschnitten (beschreibt genau mit untermalenden Handbewegungen) und dieses Sekret abgesaugt. Am Dienstag wurde ich entlassen.

T.: Also Sie haben wirklich massive körperliche Probleme. Hauptsächlich im letzten Jahr...?

Mit dem Blutdruck und ...

P.: Nee, das ging los mit einem Hörsturz. (fängt offenbar etwas Längeres an)

T.: Aber wir kommen im Moment zu sehr ab. Da sind körperliche Probleme, und unsere Aufgabe ist, an die Wurzel zu kommen. (T. kehrt zurück zum Fokus Gefühl)

P.: Ja.

T.: Und jetzt haben Sie gleich das Thema Wut hereingebracht.

P.: Ja.

T.: Sie wissen, Sie sitzen auf viel Wut

P.: Ja. Und ich merk, dass sich diese Wut gegen mich selbst richtet.

T.: Ja. Oder dass Sie auch andere Leute dazu kriegen, Frauen, dass diese so (T. zeigt abwehrende Handbewegung) machen.

P.: Ja.

T.: Dass Sie damit auch Menschen vertreiben.

P.: Ja. Genau.

T.: Und hier haben wir schon gesehen, Sie merken, Sie werden wütend, und Sie fühlen sich in die Enge gedrückt. Was fühlen Sie, wenn ich Sie in die Enge drücke? Was spüren Sie mir gegenüber, wenn ich Sie in die Enge drücke? Was spüren Sie von Ihrer Wut?

P.: Ich spüre hauptsächlich Angst, Sie haben recht, Angst und Wut (lehnt sich zurück und hält die Hände vor den Mund)

T.: Können wir auf den Wut-Teil gehen? Wenn Sie jetzt wütend würden, körperlich, mir gegenüber?

P.: Wenn ich jetzt körperlich wütend würde, Ihnen gegenüber?

T.: Nur in der Vorstellung

P.: Was dann passieren würde, könnte ... (lange Pause)

T.: Was Sie tun würden mit mir? (P. zurückgenommen) Nur die Vorstellung!

P.: (Pause) Vielleicht würd ich Sie beschimpfen, was ich mich wahrscheinlich nicht trauen würde, aber ...

T.: Selbst da hätten Sie Angst ... aber ...

P.: (tiefer Seufzer)

T.: Sie sagten, der Tinnitus wird lauter. Was merken Sie noch von der Angst? Anfangs sagten Sie noch, dass die Angst steigt.

P.: Dass ich zurückgehe. Ich merk meinen Fluchtimpuls. Ich hab im Moment auch jemand andern vor mir.

Die Aussage „Ich hab im Moment auch jemand andern vor mir“ erfordert einen Kommentar. Der Transfer des Gesichts der Therapeutin in das Bild einer frühen Bezugsperson kommt gelegentlich bereits in der Phase intensiven Drucks auf das unbewusste System vor. An dieser Stelle ist der Umschlag verfrüht und muss als Abwehrmechanismus behandelt werden. Metapsychologisch spielen hier zwei unterschiedliche Faktoren eine Rolle: Das mit viel Schuldgefühlen beladene Unbewusste erlaubt die Nähe zum Therapeuten nicht, genauso wenig wie zu den Menschen im Alltag. Das Leben dieses Patienten war von dieser Dynamik besonders bestimmt: Eine geplante Hochzeit war wegen eines Clusterkopfschmerzes geplatzt, der nach drei Wochen dadurch aufhörte, dass er die Beziehung zu seiner Braut beendete. Mit der mörderischen Wut steigen projektive Ängste an: Der Patient (bzw. das „Kind im Patienten“) fürchtet aufgrund seines magischen Denkens, dass er etwas Zerstörerisches tun könnte oder von der Mutter (aus Gegenwehr) zerstört werde. Diese projektive Angst erfordert die Anwesenheit eines angstfreien Therapeuten, der die Wut ungezwungen anspricht und frei exploriert und damit die Passage der mörderischen Wut ermöglicht.

T.: Also fliehen Sie wirklich vor mir? Sie vermeiden den Kontakt mit mir – solche Angst haben Sie – vor Ihrer Wut. Und was merken Sie von Ihrer Wut? Sie haben gesagt, da ist eine Mischung von Angst und Wut. Haben Sie eben irgendetwas von Wut gemerkt?

P.: (tieferer Seufzer) Ich hab keinen Zugang dazu. Und das ist ja eines meiner Hauptprobleme, wegen derer ich hier bei Ihnen sitze. Das ist ja einer der Knackpunkte, dass ich keinen Zugang dazu habe, dass sie sich gegen mich selber richtet, dass ich mich körperlich zugrunde richte und zunehmend Probleme bekomme.

T.: Aber jetzt hier mit mir. Wenn Sie jetzt fliehen, kommen wir nicht weiter. Und einfach zu erklären, Sie haben keinen Zugang, bringt uns auch nicht weiter.

P.: (zurückgelehnt, Lippen aufeinandergepresst)

T.: Wenn Sie jetzt hier fliehen, bringt uns das auch nicht weiter.

P.: Mich auf jeden Fall nicht. (lehnt sich wieder vor, sehr involviert)

T.: Ha?

P.: (bestimmter, lauter) Mich in jedem Fall nicht! (sarkastisch)

Der Patient zeigt hier Widerstand gegen Nähe in Form der leicht sarkastischen Bemerkung „Mich in jedem Fall nicht!“.

T.: Bringt SIE nicht weiter! Was ist das für eine Wut in Ihnen, dass Sie so fliehen wollen, dass Sie Angst kriegen und in diese fürchterlichen Symptome ausweichen?

P.: (lauter) Vielleicht ist es auch Angst vor meiner eigenen Aggression – ich ahne es.

T.: Aber was ist das für eine Aggression?

P.: Ja, das ist ein mörderischer Hass, den ich in mir hab.

T.: Ja? Was spüren Sie von diesem Hass? Jetzt seufzen Sie tief? Ihre Stimme war jetzt noch lauter.

P.: (wieder zurück zur Stuhllehne, Gesicht gesenkt)

T.: Jetzt sacken Sie zusammen. Wir sind doch immerhin schon

so weit, dass Sie sich darauf einlassen, dass Sie hier mir gegenüber Wut spüren, entwickeln und vielleicht sogar mörderischen Hass hochkommen lassen mir gegenüber.

P.: Nicht Ihnen gegenüber. Ich habe gesagt, dass ich mörderischen Hass in mir trage. Möglicherweise. Aber wie könnte ich auf Sie einen mörderischen Hass haben, ich kenne Sie nicht. Ich habe von Ihnen nur Gutes gehört, also ...

T.: Aber wir sind ja hier zusammen, dass Sie einen Weg finden, wie Sie über Ihre Behinderung hinwegkommen, die ja darin liegt, dass Sie Ihren Hass auf sich richten. Ja? Also müssen wir jetzt gucken, hier mir gegenüber, was fühlen Sie? (Pause)

Und wenn wir einen Weg finden, die Wut hier zu untersuchen, sind wir einen großen Schritt weiter. Aber jetzt sind Sie total abgestellt, jetzt haben Sie Angst gekriegt. Davor war Ihre Stimme etwas lauter, als Sie gesagt haben, vielleicht Hass. (P. legt Finger auf den Mund) Was haben Sie da erlebt? Als Ihre Stimme lauter war, Sie wissen wann ich meine?

P.: Ja. Ja, ja.

T.: Was haben Sie da erlebt? Wenn Sie mit Ihrem mörderischen Hass in dem Moment ... Haben Sie erlebt, dass da Dampf kommt?

P.: Ja.

T.: Ja? Reine Vorstellung! Sie haben gesagt, mörderischer Hass, reine Vorstellung: Wie wäre der Mord an mir? Welche Form würde der annehmen?

Da eben vor 2 Minuten ...

P.: (legt Hand an seine Kehle) Würgen (dann wieder Finger auf den Mund gepresst)

T.: Also, der Dampf, der da durchkam, wär: erwürgen?

P.: Ja, in meiner Vorstellung.

T.: Wie geht es Ihnen, wenn Sie das aussprechen?

P.: Besser. Entspannter. Ich werd ruhiger. (lächelt) Ich war jetzt gerade überrascht. Da war ein Gurgeln in der Magengegend oder im Darm, das ist ein Zeichen von Entspannung. Und dass das jetzt gerade aufgetreten ist, nachdem ich das ausgesprochen habe!

T.: Da waren Sie erstaunt. Und Sie hatten solche Angst davor, sich das vorzustellen und das auszusprechen.

P.: Ja. (geht wieder zurück, bekommt feuchte Augen)

T.: Was sind die feuchten Augen? Sie haben etwas feuchte Augen? Woher kommen die?

P.: Ich weiß nicht. (seine Augen füllen sich zunehmend mit Tränen)

T.: Haben Sie eine Vorstellung, wenn Sie mich erwürgt hätten, eben, und ich würd da liegen, schauen Sie da runter, und ich lieg da. Können Sie sich das vorstellen? Ich weiß nicht, ob der Impuls stark genug war.

P.: Ich kann mir's vorstellen.

T.: Beschreiben Sie, wie ich da liege. Wenn Sie von dem Dampf, den Sie gespürt haben, ausgehen.

P.: Ja ich spür eine Trauer.

T.: Schauen Sie da hinunter, stellen Sie sich vor, ich wär tot, aber ich könnte Ihnen in die Augen gucken.

P.: Ja, ich seh' meine Mutter da liegen, ich seh nicht Sie, es tut mir leid.

T.: Sie sehen schon Ihre Mutter da liegen? Daher die Trauer!

Weil ..., ich sitz ja hier!

P.: Ich seh' meine Mutter da liegen.

T.: Stellen Sie sich vor, Sie hätten sie erwürgt, aber sie würde Sie trotzdem angucken. Mit welchem Ausdruck würde Mutter Sie angucken?

P.: Ich würde das bei ihr sehen, was ich bei mir wahrnehme, die Liebe und den Hass, beides. Das ist auch, was uns verbindet.

T.: Heißt das, dass Sie im Moment jetzt, da ja Schmerz hochsteigt, doch noch einen Hass auf sie spüren im Moment?

P.: Nein, sie ist ja tot.

T.: Also, wenn Sie sich jetzt auf sie einstellen.

P.: Dann hab ich ein warmes Gefühl.

T.: Wenn Sie dem nachgeben würden, was würden Sie machen?

P.: Ich würde ihre Hände nehmen.

Druck auf die schmerzlichen Gefühle

Das Erleben tiefer schmerzlicher Gefühle über den gerade in seinem kindlichen Ich-Zustand erlebten „Verlust seiner Mutter“, aber besonders aus Reue über den „Mord“ erfordert zunächst eine Zurücknahme der therapeutischen Aktivität. Die Therapeutin lenkt die Aufmerksamkeit des Patienten auf das auf den Fußboden projizierte Bild und fördert die Kontaktaufnahme mit der „ermordeten“ Elternfigur.

Der Patient ist bewegt, die Augen sind voller Tränen, sein Kinn zittert, er weint schließlich still.

Analyse der Übertragung

Die Gefühle sind abgeführt (die mörderische Wut) bzw. abgesackt (ein größerer Teil der intensiven schmerzlichen Gefühle). Jetzt ist es zur Bahnung des weiteren Prozesses wichtig, das eben Erlebte zusammen mit dem Patienten noch einmal Revue passieren zu lassen.

T.: O.K. Aber im Moment ist es wichtig, dass wir den Prozess in Gang bekommen. Und dafür ist es wichtig zu gucken, was wir in der letzten Viertelstunde zusammen erlebt haben. Wenn Sie sich hier von dem Bild Ihrer Mutter lösen können.

P.: Ja.

T.: Da ist zu sagen, dass wir am Anfang sind, die Spitze vom Eisberg berührt haben. Und da ist es wichtig, dass wir gucken, wie das hier verläuft, damit Sie auch wissen, worauf Sie sich einlassen, und auf den Prozess hier einstellen können. Es ist ja erstaunlich, wir sind eine knappe Viertelstunde zusammen, und Sie haben schon eine erste Erleichterung erlebt.

Sie sind mit einer Anspannung hierhergekommen. Sie haben sich sehr schnell drauf eingelassen zu sagen, da sind positive Gefühle. Sie haben auch gesagt, da ist eine Anspannung, und Sie haben geguckt, wie ich mich fühle.

P.: Ja.

T.: Und wir sind drauf gekommen, da sind Aggressionen in Ihnen, die andere spüren. Sie wissen, dass Sie voller Aggressionen sind. Die werden natürlich auch hier reinkommen, wie in jede Beziehung.

Die Therapeutin beschreibt dann noch einmal das Erleben der mörderischen Wut in der Übertragung, dem das Bild der ermordeten Mutter folgte und nach Überwindung letzter Widerstände (Projektion weiterer Wut und Trotz) der Zugang zu liebevollen Gefühlen mit nachfolgenden Schuld- und Trauergefühlen. Dann folgte die Phase der Konsolidierung mit Erhebung eines weiteren Teils der Vorgeschichte und Aufzeigen der Zusammenhänge zwischen der Symptomatologie und der aufgedeckten Dynamik. Danach formuliert die Therapeutin das Therapieangebot.

Später berichtet der Patient, dass er wenige Stunden nach der Sitzung aufhören konnte, Augentropfen zu verwenden. Sein Augeninnendruck hatte sich dauerhaft normalisiert.

Auch sein Tennisellbogen war für eine Zeit lang fast schmerzfrei.

■ 8. „Struktur der Neurose“ nach Davanloo

Zur Veranschaulichung seiner Konzeptualisierung der „Metapsychologie des Unbewussten“ zeichnet Davanloo folgendes Diagramm (Abb. 1) zu Entwicklung und Struktur der Neurose (Davanloo, 1991):

Bindungsgefühle

Bei der Geburt und in der ersten Lebenszeit ist die Bindung an die frühen Bezugspersonen aufgeladen mit liebevollen Gefühlen verschiedener Qualität: Halten, Streicheln, liebevolles Anschauen. Zu diesen Gefühlen kommen in den folgenden Jahren erotisch gefärbte Gefühle und Gefühle der Bewunderung für Leistungen („das Strahlen in den Augen der Mutter“; Kohut, 1976).

Jede **Traumatisierung der Bindung** löst Angst, dahinter aber auch reaktiv Wut aus.

Traumatisierungen können durch Verluste entstehen, seien es reale Verluste (Tod, Trennungen von der Bezugsperson, auch kurze Zeit) oder erlebte Verluste (Geburt eines Geschwisters oder Depression der Bezugsperson). Weiterhin werden Traumatisierungen durch Gewalt verursacht, durch körperlichen, psychischen und sexuellen Missbrauch.

Je jünger das Kind, umso mehr erlebt es bereits eine Atmosphäre von Gewalt oder bedrängender Sexualität als tatsächlichen körperlichen Übergriff. Spiegelbildlich lösen gemeine, sadistisch gefärbte sexualisierte Gefühle auch wieder entsprechend gefärbte Gefühle im Kind aus.

Die Gefühlsreaktionen ihrerseits sind auf jeden Fall überschießend und ungebremst (phylogenetisch bestimmt), und wegen des fehlenden Realitätssinns und der magischen Schuldgefühle lösen sie Angst aus. Im Unbewussten sind die mit den Gefühlen verbundenen Impulse ausgeführt, d. h., für das Kind fühlt es sich so an, als ob der reaktive Mord (falls die Wutgefühle eine solche Intensität hatten) tatsächlich stattgefunden hätte. Aufgrund der liebevollen Gefühle folgen Schuldgefühle, die auch wieder zurückgehalten werden. Auch real erleiden die Beziehungen aufgrund dieser weitgehend unbewussten inneren Prozesse einen gewissen Bruch. Viele Patienten sagen, sie fühlten sich dauernd schuldig, sie lebten „das Leben eines Mörders“ ohne (aufgrund der Verdrängung) zu wissen, warum. Nach Aufdecken der mörderischen Wut im Unbewussten und Erleben der Schuldgefühle verschwindet (diese Grundhaltung) „dieses permanente schlechte Gewissen“. Auch das Empfinden innerer Verlassenheit löst sich. Um diese hoch beladenen Gefühlskerne legen sich Schalen von **Charakterabwehr**: Verdrängung, Intellektualisierung, Isolierung von Affekt, Ungeschehenmachen, Verkehrung ins Gegenteil, Verleugnung, Projektionen, regressiv-depressiver Rückzug.

Ganz außen herum legt sich eine weitere Schale von Angst vor bzw. von Widerständen gegen **emotionale Nähe**.

■ 9. Mobilisierung des Unbewussten und Intensive Psychodynamische Kurzzeittherapie

In den letzten Dekaden hat Davanloo den Einsatz der von ihm entwickelten technischen Interventionen präzisiert. Die effektivste, intensivste Möglichkeit der Mobilisierung der unbewussten Dynamik und der Strukturen liegt in der konsequenten Fokussierung auf die Übertragungsgefühle und den Widerstand gegen Nähe. Dies erfordert eine genaue Beachtung der Angsttoleranz und der Übertragungskomponente der

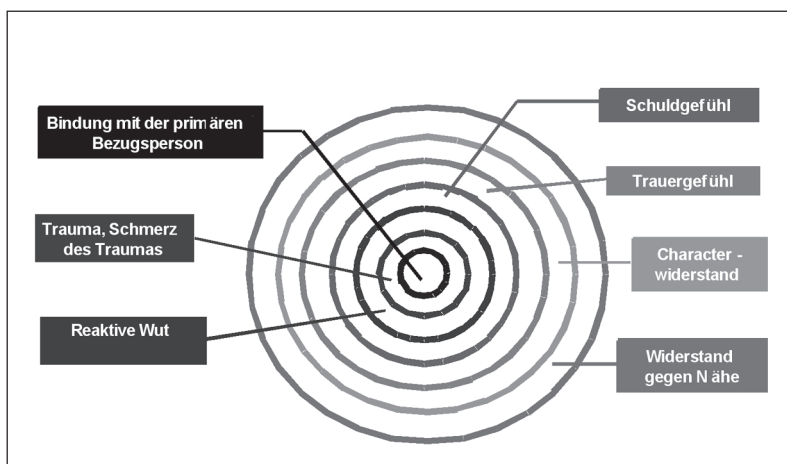


Abbildung 1

Widerstände (Davanloo, 2005).

Die schriftliche Veröffentlichung seiner neuen „Technik der Mobilisierung des Unbewussten und IS-TDP“ ist in Vorbereitung. Weiterbildungskurse haben in Kanada begonnen und sind auch in Europa geplant.

■ 10. Weiterbildung in der IS-TDP

Für Therapeuten ist es wichtig, sich mit dem Phänomen des „tatsächlich körperlichen Erlebens“ von Gefühlen vertraut zu machen. Hierfür ist neben der Selbsterfahrung das eingehende und vielfach wiederholte Betrachten von Videosequenzen hilfreich (Sporer, 2005).

Ein- bis zweitägige Symposien, mehrtägige Metapsychologiekurse und Supervisionen in der IS-TDP basieren grundsätzlich auf audiovisuell aufgezeichneten Therapiesitzungen.

■ 11. Multidimensionale intrapsychische und interpersonelle Strukturveränderungen

Ziel der IS-TDP sind multidimensionale Strukturveränderungen:

Dazu gehören insbesondere:

- intrapsychische Veränderungen, sowohl der pathologischen Abwehrmechanismen und der Angsttoleranz als auch ein Durcharbeiten des „pathogenen Reservoirs“ vermiedener Wut-, Schuld- und anderer schmerzlicher Gefühle.
- Aufbau von Ich-Stärke
- Aufhebung von Denk- und Gefühlsblockaden
- Aufhebung von neurovegetativen Blockaden (etwa der Unfähigkeit, mit Tränen zu weinen)
- Interpersonell gehören hierzu Fähigkeiten, Beziehungen gewinnbringend für die Partner zu gestalten

■ 12. Das pathogene Reservoir

Bei der Behandlung neurotischer Störungen beschäftigen uns 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) fehlte. 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 auf der Basis einer halt gebenden therapeutischen Beziehung in der ursprünglichen Intensität zu mobilisieren.

Während sich im Lauf der Jahrzehnte klar gezeigt hat, dass es die vermiedenen, oft heftigen schmerzlichen Reuegefühle (Schuld) sind, welche die endgültige Überwindung des Leidens ermöglichen, nimmt hierzu die Arbeit an der Wut den größten Raum ein: Die Arbeit an der Fähigkeit der Patienten, sich ihren intensiven, oft frühkindlichen Wutgefühlen zu stellen, und das exakte Durcharbeiten einer breiten Palette quantitativ und qualitativ unterschiedlicher Wutgefühle.

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 und
- von einer Vorstellung, einem Bild bzw. einem „Film“ begleitet werden.

Nicht hinreichend sind

- Gedanken,
- ausschließlich „Kraft“,
- auch Fantasien ohne körperlich „Erlebtes“ sind ungeeignet, das bisher Vermiedene zu erledigen. Der reine Gedanke an einen Affekt bewirkt keine ausreichende Erleichterung.

Die Intensität der in den Therapiesitzungen der IS-TDP nach Davanloo geäußerten Affekte ist für viele Kollegen zunächst erschreckend, wenn nicht sogar abschreckend. Wiederholtes Betrachten von Videos der Passage primitiver Gefühle ist hilfreich, weil es desensibilisiert.

■ 13. Katamnese

Im folgenden Fallbeispiel berichtet eine Patientin bei der Katamnese 3 Jahre nach Beendigung einer IS-TDP von den Veränderungen ihrer Wut und ihrem Umgang mit Wut sowie von den Auswirkungen auf ihre Beziehung zum Ehemann und zur Mutter

■ Patientin 3

Frau B., eine 50-jährige Verkäuferin, war wegen zunehmend depressiver Symptomatik in Behandlung gekommen, wegen funktionellen Magenbeschwerden und Eheproblemen (Kobhängigkeit mit alkoholkrankem, depressivem Ehemann, dem gegenüber sie sich kontrollierend und streitsüchtig verhalten hatte), sowie wegen sexueller Probleme.

Der Ehemann hatte an einer klinisch relevanten Depression gelitten, für die er zeitweise Antidepressiva verordnet bekommen hatte. Außerdem hatte er regelmäßig (und aus Trotz gegen das kontrollierende Verhalten seiner Frau zunehmend) zu viel Alkohol getrunken.

Jahre vor Therapiebeginn hatte die Patientin eine Affäre mit einem Vorgesetzten gehabt. Suchtartig hatte sie sich mit ihm perversen sexuellen Szenarien hingegeben. Die Affäre hatte damals mit dem Suizid des Mannes ihr Ende gefunden.

Frau S. war Kriegskind, sie war als Säugling geprügelt worden. Erste Erinnerungen hatte sie an Fluchten in den Bunker und an Bombenbeschuss. Ihr Vater war ein Alkoholiker gewesen, der viele Affären gehabt hatte. Ihre Mutter hatte sich narzisstisch und depressiv verhalten, als Kind und Jugendliche hatte die Patientin für die Mutter als Prügelknabe herhalten müssen.

P.: Ja, mir geht es sehr gut. Ich hab jetzt zu meinem Mann ein ganz anderes Verhältnis: Die Streitereien, was damals so war, das ist einfach nicht mehr. Also ich find, da hat sich

sehr viel verändert. Ich muss nicht mehr das Recht-Haben und das Hin und das Her. Das ist nicht mehr.

T.: Obwohl der Mann derselbe ist?

P.: (lacht) Ja, ich kann mehr lassen bei ihm. Wenn er das halt so macht, dann macht er das halt so.

P.: Auch zu meiner Mutter. Kann mir das fast heute nicht mehr vorstellen, was ich für Hassgefühle zu ihr gehabt habe. Ich weiß ja, was da war.

T.: Und das ist auch wichtig, dass Sie nicht vergessen.

P.: Doch, ich weiß genau, und ich erinner mich auch noch daran, aber es ist für mich im Augenblick – nicht unbegreiflich, aber ich kann mir das nicht mehr vorstellen. Ich hab auch für sie, wenn sie da ist ... Ich ärger mich schon noch über sie, wenn sie wieder anfängt ... so ist das nicht. Aber die Hassgefühle, wo ich auf sie hätte losgehen können, die sind nicht mehr da, die sind nicht mehr da. Ich hab keinen Hass mehr, wo ich auf andere losgehen muss (macht eine Handbewegung vom unteren Bauch hoch über den Kopf hinaus), die sind nicht mehr da, die sind nicht mehr da. Ich kann mir das nicht mehr vorstellen.

T.: Das ist erstaunlich – nach all den Erlebnissen, die Sie in der Kindheit hatten und wie Mutter heute noch war.

P.: Dass ich sie in den Arm nehm, war für mich unvorstellbar. Allein schon, wenn ich sie hätte anlangen müssen, das war für mich undenkbar (macht eine heftig abgrenzende Bewegung). Ich kann sie in den Arm nehmen. Also ich nehm sie nicht ständig in den Arm, das ist nicht meine Art. Aber wenn's ihr schlecht geht, dann kann ich das. Und ich bin sehr froh darüber.

T.: Das tut Ihnen auch gut?

P.: Ja, ich hab insgesamt zur Familie ...

T.: Können wir kurz noch bei Ihrer Mutter bleiben. Sie sagten, Sie ärgern sich schon noch. Wahrscheinlich ärgern Sie sich besser ...

P.: Ja, wenn sie wieder das Negative, wenn sie so über Leute herzieht. Das ärgert mich einfach, die Art von ihr.

T.: Und wie gehen Sie mit Ihrem Ärger um?

P.: Ich sag das dann zu ihr, dass mir das nicht gefällt oder dass es mich ärgert, wenn sie über andere so negativ spricht.

T.: Haben Sie das früher auch gemacht?

P.: Nein, das hab ich ausgehalten, ich hab das immer so mit geballten Fäusten über mich ergehen lassen (zeigt geballte Fäuste), und irgendwann bin ich explodiert. Jetzt sag ich dann schon, du das gefällt mir nicht. Und ich sag ihr auch, wie es mir geht, dass es mich beeinträchtigt. Wenn sie über meine Kinder so negativ spricht, dann geht es mir nicht gut danach.

P.: Aber ich hab nicht die Wut mehr, also den Hass. Es war Hass. Das hab ich nicht mehr.

T.: Das passt ja so zusammen, dass Sie mit dem Ärger angemessen umgehen können. Aber dass Sie gleichzeitig nicht jedes Mal, wenn Sie sich ärgern, hassen müssen.

P.: Das Wort Hass kenn ich nicht mehr. Hass auf andere, da ist immer so viel hochgekommen, so viel Wut. Das ist weg. Ich hab keinen Hass mehr.

T.: Ist in Ihrem Innern wirklich Frieden, es ist ganz anders.

P.: Ja. Ich leb auch mit mir im Großen und Ganzen in Harmonie.

■ 14. Schlussfolgerungen

- In der IS-TDP wird streng zwischen Wut als Gefühl und aggressivem Verhalten unterschieden.
- Bei aggressivem Verhalten, das einer Situation nicht angemessen ist oder durch das andere Personen geschädigt werden, liegt häufig ein neurotischer Konflikt zugrunde, oder es kann Ausdruck einer neurotischen Persönlichkeitsstörung sein.
- Im Fall neurotischer Störungen ist aggressives Verhalten, sei es in Form von direktem Ausleben von wütenden Impulsen oder in Form von indirekt für die Beziehung destruktivem, auch selbstschädigendem Verhalten, Teil der neurotischen Abwehrmechanismen und/oder Ausdruck unbewusster Angst.
- Die eigentliche Dynamik neurotischer Störungen liegt in den verdrängten kindlichen Gefühlen, vor allem in reaktiver Wut und Schuldgefühlen.
- Als Ergebnis seiner empirischen Forschung zeichnet Davanloo ein Bild der neurotischen Entwicklung in Form von konzentrischen Kreisen: Im Kern der konzentrischen Kreise ist die Bindung an frühe Bezugspersonen dargestellt, die aufgeladen ist mit liebevollen Gefühlen. Die Verletzung der Bindung (Verlust oder Gewalt) führt zu Traumaschmerz. Der zugefügte Schmerz führt zu reaktiver primitiver Wut und zu Schuldgefühlen, die mit einer Schicht von Abwehrmechanismen zurückgehalten werden. Der äußerste Kreis stellt die Abwehr gegen emotionale Nähe dar.
- Jegliche emotionale Nähe bringt Unruhe in das System, erregt den innersten Kern und macht deshalb Angst. Dieses Phänomen, das jeglicher Übertragung zugrunde liegt, wird von der IS-TDP intensiv genutzt.
- Bei korrekter, dem jeweiligen Zustand des Patienten angepasster Anwendung der in der IS-TDP zur Verfügung stehenden technischen Interventionen wird die reaktive kindliche Wut im Hier und Jetzt dem Therapeuten gegenüber erlebt.
- Das reaktive Wutgefühl ist zunächst hauptsächlich ein körperliches Phänomen, neuromuskuläre Bahnen werden aktiviert, und zusammen mit einem erlebten und nach außen sichtbaren Affekt wird das Gefühl abgeführt. Dazu treten lebendig erlebte Handlungen, die mit plastischen Vorstellungen in Form von lebhaften „Filmen“ oder Bildern verbunden sind und die zu lange zurückliegenden verdrängten Ereignissen führen.
- Für die Symptomauflösung und für bleibende Strukturveränderungen ist wesentlich, dass auch die Reuegefühle abfließen, was in Form von schmerzlichen Wellen geschieht.
- Zu jedem Erlebnis gehört eine quantitativ und qualitativ umschriebene Menge eines Wutgefühls. Die Abläufe und dazugehörigen Vorstellungen gestalten sich sehr individuell und variieren nach Lebensalter, Art des Traumas und nach Dauer der traumatischen Beziehung.
- Die Meisterschaft besteht in der IS-TDP darin, Gefühle über die Arbeit an den Widerständen, insbesondere in der Arbeit am Widerstand gegen emotionale Nähe, zu mobilisieren.

- Das Erlernen der IS-TDP besteht zu einem großen Teil im Umgang mit der Gegenübertragung. Hierzu ist die regelmäßige, ausdauernde Videoanalyse der Sitzungen, die ja auch Basis der empirischen Entwicklung der Methode darstellt, sehr hilfreich. Sehr nützlich ist außerdem die eigene „Mobilisierung des Unbewussten“.
- Ziel der IS-TDP ist eine multidimensionale Strukturveränderung. Dazu gehört das Erlernen des „Erlebens der Wut“ und anderer Maßnahmen, die zu verbesserter Ich-Stärke führen. Wichtigstes Ziel der IS-TDP stellt das Durcharbeiten des pathogenen Reservoirs, also der dynamisch wirksamen Kräfte, insbesondere vermiedener Wut-, Schuld- und Trauergefühle, dar. Das gleichzeitige Durcharbeiten pathogener Abwehrstrukturen und die Veränderung der introjizierten Objekte führt zu „Versöhnung und Wiedererweckung der frühen inneren Bezugspersonen“. Diese Veränderung der inneren Beziehungslandschaft verbessert entscheidend das Selbstwertgefühl und die Fähigkeit, gegenwärtige Beziehungen positiv zu gestalten. Der Betroffene entwickelt eine verantwortliche Persönlichkeit und ist in der Lage, all seine Energien und Fähigkeiten gewinnbringend zu nutzen.
- Die Bearbeitung von Wutgefühlen nimmt einen großen Raum in der IS-TDP ein und macht sowohl dem Patienten als auch professionellen Betrachtern, die zum ersten Mal Kontakt mit der Methode haben, anfangs sehr viel Angst.

Die Bearbeitung von Wut umfasst in der Intensiven Psychodynamischen Psychotherapie nach Davanloo den Erwerb der Fähigkeit, auch intensive Wut als Gefühl wahrnehmen und erleben zu können, Wut von einer Vielfalt von Auswirkungen von Wut unterscheiden zu lernen und die im Unbewussten gespeicherte verdrängte Wut mit dazugehörigen anderen intensiven Gefühlen, besonders den Schuldgefühlen, den traumatischen Erlebnissen der Vergangenheit zuzuordnen und durcharbeiten. Im komplexen System der IS-TDP stellt der Umgang mit Wut einen Teilbereich dar.

(Die in diesem Aufsatz dargelegten Gedanken und Befunde sind Ergebnis von Davanloos Forschung und stammen aus seinem veröffentlichten und auch noch nicht veröffentlichten Werk. Begriffe wie unbewusste therapeutische Allianz [„Unconscious Therapeutic Alliance“], Widerstand gegen emotionale Nähe [„Resistance Against Emotional Closeness“], pathogenes Reservoir, „Perpetrator of the Unconscious“ sind geistiges Eigentum von Davanloo. Die Autorin dankt Dr. Davanloo für jahrzehntelange intensive innovative Forschung und Lehre. Dank gebührt außerdem ihrer Kollegin Frau Angela Schmitt für die Unterstützung bei der Erstellung des Manuskripts.)

■ Literatur

Beeber AR (1999): The perpetrator of the unconscious in Davanloo's New metapsychology: Part I: Review of Classic Psychoanalytic Concepts, Part II: Comparison of the Perpetrator to Classic Psychoanalytic Concepts, Part III: Specifics of Davanloo's Technique. *Int J IS-TDP* 13:151-189

- Davanloo H (1978): *Basic Principles and Techniques in Short-Term Dynamic Psychotherapy*. Spectrum: New York
- Davanloo H (1987a): Clinical manifestations of superego pathology. Part I. *Int J Short Term Psychother* 2(4):225-254
- Davanloo H (1987b): Unconscious therapeutic alliance. In: Buirski P (ed.): *Frontier of dynamic psychotherapy*. New York: Mazel & Brunner, pp. 64-88
- Davanloo H (1988): Clinical manifestations of superego pathology. Part II. The resistance of the superego and the liberation of the paralyzed ego. *Int J Short Term Psychother* 3(1):1-24
- Davanloo H (1990/1995): *Unlocking the unconscious*. Wiley: New York: (dt. Übers. 1995)
- Davanloo H (1991): *Proceedings of the 9th Summer Killington Institute on the Metapsychology of the Process of Working Through*. Part II. Killington, Vt., USA, July 21st-24th, 1991
- Davanloo H (1995/1990): *Schlüssel zum Unbewussten. Leben lernen 103*. München: Pfeiffer (engl. Original 1990)
- Davanloo H (2000): *Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy*. Chichester, England: Wiley
- Davanloo H (2001): *Intensive short-term dynamic psychotherapy: Extended major direct access to the unconscious*. *Eur Psychother* 2(2):25-70
- Davanloo H (2005): *Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy*. Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry. 8th ed., vol. 2. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, pp. 2628-2652
- Freud S (1937): Die endliche und die unendliche Analyse. *GW Bd. 16*, S. 59-99. Frankfurt/Main: Fischer
- Gottwik G (1998): *Intensive psychodynamische Kurzzeittherapie nach Davanloo*. In: Sulz SKD (Hrsg.): *Kurzzeitpsychotherapien*. München: CIP-Medien, S. 43-83
- Gottwik G (Hrsg.) (2009): *Intensive Psychodynamische Kurzzeittherapie nach Davanloo*. Heidelberg: Springer
- Kässer J (2000): *Durch spezifische psychotherapeutische Interventionen zum tiefen Erleben von Affekten*. (Technik der intensiven psychodynamischen Psychotherapie nach Davanloo und empirische Ergebnisse). In: Sulz SKD (Hrsg.): *Von der Kognition zur Emotion*. München: CIP-Medien, S. 357-406
- Kohut H (1976): *Narzissmus. Eine Theorie der psychoanalytischen Behandlung narzisstischer Persönlichkeitsstörungen*. Frankfurt/Main: Suhrkamp
- Krause R (1998): *Allgemeine psychoanalytische Krankheitslehre*. Stuttgart: Kohlhammer
- Roth G (2005): *Schriftliche Aufzeichnungen (A. Schmitt). „Das limbische System – Sitz des Psychischen“ bei den 55. Lindauer Psychotherapiewochen, April 2005*
- Sporer U (2005): *Videoanalyse körperlicher Signale von Gefühlen und Gefühlsvermeidungen bei der Intensiven Psychodynamischen Kurzzeittherapie nach Davanloo*. In: Sulz SKD et al. (Hrsg.): *Die Psychotherapie entdeckt den Körper. Oder: Keine Psychotherapie ohne Körperarbeit?* München: CIP-Medien, S. 217-232
- Winnicott DW (1958): *Von der Kinderheilkunde zur Psychoanalyse*. Frankfurt/Main: Fischer

■ Korrespondenzadresse

Dr. Gerda Gottwik
Wackenroderstr. 11 | 90491 Nürnberg