

Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy nach Habib Davanloo

Von Freud's Druckprozedur zum analytischen Interventionssystem

Zusammenfassung

Das psychoanalytische, audiovisuell unterstützte Therapiesystem der „Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy“ (IS-TDP) ist nach aufwendigen Vorversuchen während der experimentierfreudigen 70er-Jahre durch Habib Davanloo, Montreal, ausgebaut worden. Sein unkonventionell herausfordernder, aktiver und systematischer Umgang mit Widerständen verabschiedet Vermeidungsrituale und ausufernde Übertragungskomplikationen. Dies leitet drei psychodynamische Veränderungen ein: Verstärkung und strukturierte Verdichtung der Widerstände, markantes Ansteigen gemischter Übertragungsgefühle, Neubelebung latenter(!) Eigenantriebe zur Allianz mit dem Therapeuten. Folge der zunehmend komprimierten Übertragungsdynamik ist ein schließlich widerstandsfreies Hindurchbrechen unbewusster Kerngefühle. Deren komplexe Mischung aus primitiv-aggressiven, warm-zärtlichen und schmerzvollen Komponenten löst sich sukzessive vom Therapeuten ab. In intrapsychisch absorbierten Patientenarbeit schält sich im Verbund mit Früherinnerungen eine historisch wichtige Bezugsperson heraus. Prozessual wiederholtes Durcharbeiten der damit einhergehenden peinvollen Schulerfahrung ist therapeutisch ausschlaggebend. Bereits die zeitverlängerte Initialsitzung bewerkstelligt belangvolle Verbindungen zum Unbewussten. Als erstmalige Prozess Erfahrung prägt sie damit den weiteren Therapieverlauf bis zum nachhaltigen Schmelzen der pathogenen Kerndynamik. Therapiekürzung ist somit Effekt, nicht vorgeplantes Setting.

Schlüsselwörter

Dynamische Psychotherapie · Widerstandsumgang · Therapeutische Allianz · Aktualisierung der Übertragung · Patient als Evaluator

Einleitung und Zielsetzung

Sachkritisch-quellenbezogene Gesamtdarstellungen von Struktur, Leistungsvermögen und Handhabung der IS-TDP, welche ihre psychoanalytische Authentizität und ihre psychodynamischen Besonderheiten berücksichtigen sind auch heute noch ausstehend.¹ Entweder werden die Eigentümlichkeiten ihrer sehr konsequenten Technik isolierend herausgeschnitten oder die einem klassischen psychoanalytischen Arbeitsmodell teilweise widerstrebende Interventionsweise affektbetont reklamiert. Auch das audiovisuelle Festbannen seelischer Intimität wird widersprüchlich bewertet. Bereits das Mitverfolgen kurzer IS-TDP-Therapiesequenzen beschlagnahmt eben nicht nur hoch gradig die Aufmerksamkeit, sondern zeitigt offensichtlich stark polarisierte Urteilsbildungen. Dies nicht zuletzt, weil die eigene Abwehr mobilisiert wird und dabei *spontanintensive Gegenübertragungen* eingeleitet werden (Jordi 1999).

Thematisch strebt der vorliegende Beitrag in erster Linie eine klärende synoptische Auslegung der IS-TDP an; in zweiter Linie fließen langjähriger Eigenpraxis entstammende Wahrnehmungen mit ein. Dies unterlegt dieser Studie das „Wasserzeichen“ eines engagierten, zugleich aber auch kritischen persönlichen Erfahrungsberichtes. Nach einer Sichtung der Grundpositionen der IS-TDP gegenüber wohlbekannten Problemen

psychoanalytischer Therapien schließen sich zwei gekürzte Fallvignetten an, die Segmente der Interventionsmethodik veranschaulichen sollen. Es folgt ein Abriss psychodynamisch regelhafter Vorgänge beim Erschließen unbewusster Konfliktualität mit Hinweisen zur therapeutischen Zieloptimierung. Die prozes-

© Springer-Verlag 2003

Dr. phil. Alfred Jordi-Ratti
Psychotherapie FSP, Thiersteinerrain 54, 4059
Basel, Schweiz
E-Mail: dr.jordi@bluewin.ch

Zu Druckprozedur:

Dieser von Freud geprägte Begriff erinnert an seine voranalytisch erfolgreich eingesetzte Modifikation einer manuellen „Druckprozedur“, „um das abwehrlustige Ich für eine Weile zu überrumpeln“ (Freud 1895, S. 72f). Anregung dazu bot Bernheim in Nancy. Sowohl Freud wie auch Davanloo haben sich gegen Ende ihres vierten Lebensjahrzehnts intensiv mit Fragen einer effektiveren Art der Widerstandsbewältigung beschäftigt. Während Freud den Weg zu indirekten Techniken des Assoziierens und Deutens einschlug, transponierte Davanloo Freud's einfache Beihilfe in ein analytisch differenzierteres System ineinander greifender, vornehmlich aktiv-direkter Adressierungstechniken. Freud's zunehmend resignativere Einschätzung der Aussichten auf erfolgreichen Über-Ich-Abbau haben Davanloo's therapeutisches Credo zudem angespornt, so lange auf Deutungsversuche zu verzichten, bis ergebnismäßig(!) signifikante Verbindungen zum Unbewussten seiner Patienten erarbeitet sind.

Zum Autor:

Schweizerische Gesellschaft für Intensive Kurztherapie-GIK (Fakultätsmitglied, Ausbilder und Supervisor). Gesundheitsamt Basel-Stadt; (Gründungs- und langjähriges Mitglied der kantonalen Fachkommission für die Ausbildungenserkennung von Psychotherapeuten).

¹ Unter den Übersichten, die kein besonderes therapeutisches Fachwissen voraussetzen, fällt die durch ihre Praxisbezogenheit besonders anschauliche Arbeit von Lachenmeier auf (Lachenmeier 1997).

Alfred Jordi-Ratti

Intensive short-term dynamic psychotherapy. Analytical transformation of Freud's pressure technique

Abstract

Essentially the seventies – keen on experimenting – have given birth to the audiovisually supported psychoanalytical system of IS-TDP, developed by Habib Davanloo, Montreal. His unusual active and systematic challenge to the patient's resistances voids the absorbing complications of a transference-neurosis by initiating three psychodynamic changes: intensification and crystallization of the defenses, prominent rise of mixed transference feelings, revival of an unconscious therapeutic coalition. This leads to a highly compressed transference-dynamic that finally discharges into an unresisting breakthrough of deeply repressed feelings: components of primitive rage, tenderness and pain. The patient's intrapsychic process itself replaces the therapist by an important person of the past. Repeatedly working through the emerging guilt is the most determinant factor now and during the whole therapy. The initial-interview already creates valuable connections to the unconscious and designates the further process until the pathogenic core structure is melted. Thus shortness of therapy is a methodical result.

Keywords

Dynamic psychotherapy ·
Handling resistances · Therapeutic alliance ·
Transference updating ·
Patient as evaluator

Originalien

sual unverzichtbare Einbindung der Angst und ihrer Körpersprache wird hervorgehoben, bevor zu Indikations- und Validitätsfragen übergegangen wird. Nach einer Kurzsichtung methodeneigener Chancen und Schwierigkeiten beschäftigt sich ein Nachtrag mit charakteristischen Erschwernissen der Rezeption und der Popularität dieser profilierten Therapietechnik.

Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy im Überblick

Das vor über 3 Jahrzehnten durch Habib Davanloo (Montreal) entwickelte analytische Therapiesystem der IS-TDP („Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy“) ist tief in den metapsychologischen Grundannahmen der Freud'schen Psychoanalyse verwurzelt. Manifestationen der *Abwehr* werden jedoch mit einer ungewohnt direkten Interaktionssprache beantwortet. Von der Interventionsfiligranität der Psychoanalyse auffallend verschieden sind vornehmlich zwei zunächst pragmatisch erarbeitete Neukonzeptionen:

1. Eine *aktive, systematisch-gezielte und inhaltlich vorerst deutungslose(!) Widerstandsbearbeitung*, aus der eine strukturierende Bündelung bzw. Kristallisierung der anfänglich meist auch dem Patienten verhüllten und diffus verstreuten Abwehrtätigkeit resultiert.
2. Eine durch die wachsame Widerstandserkundung und dialogische Unzweideutigkeit des Therapeuten *beabsichtigte Gärungsbeschleunigung der unvermeidbaren (stets projektionsreichen!) Übertragungsvorgänge*.

Beide dieser sorgfältig auf die Patientenreaktionen abgestimmten Interaktionstätigkeiten erzeugen in jedem Sitzungsverlauf eine konzentrierte Ansammlung und individuelle Sättigung der momentan aufgebotenen Widerstände. Zugleich erhalten damit unbewusst angestaute Übertragungsgefühle hochgradig aktualisierten Auftrieb. Letztere brechen schließlich wuchtig durch die überforderte Abwehr hindurch. Komplexes Ergebnis ist ein Innwerden des übertragenen Gefühlsspektrums, dessen prozessuale Vorhut aus fast regelmäßig *primitiv-destruktiven Impulsen* besteht. Diese enthüllen sich als gegen eine ehe-

mals versagend erlebte primäre Bezugsperson gerichtet.

In die aufgewühlte Wahrnehmung gelangen rasch auch *warme, zärtliche Gefühle* mit inniger Anbindung an positiv erlebte Beziehungsgrundlagen. Meist im Verein mit nun bewusstseinsfähigem Erinnerungsmaterial stellen sich bewegende *Trauer und Schuld* über die emotionale Entstellung oder Auslöschung wichtiger Primärbeziehungen ein.

Die Wiedergewinnung solcher menschlichen Basiserfahrung beruht auf dem krassen Aufeinanderstoßen höchst gegensätzlicher, aus der Verdrängung entlassener Gefühle. Ein korrektivbefreiendes Durcharbeiten antagonistischer Objektbesetzungen im Sinne der Aussöhnung wird nun möglich. *Dieser prozessual wiederholt Schicht für Schicht sich vorarbeitenden intrapsychischen Leistung persönlicher Schulterfahrung kommt nachweislich eine therapeutisch unverzichtbare Bedeutung zu.*

Patientenaussagen gemäß wird diese Methode als ebenso „wahrhaftig“ wie persönlich „hilfreich“ empfunden. Sie gewährleistet eine implizit deutliche Kürzung der erforderlichen Therapiezeit und verbürgt einen verlässlichen Wirksamkeitsstandard im Bereich eines breiten neurotischen Spektrums.

Die methodeneigene audiovisuelle Technik ermöglicht ungefilterten Nachvollzug des gesamten Prozessgeschehens und empirische Validierungen. Trotz Veröffentlichung Dutzender transkribierter Fallstudien ist eine statistisch aufgearbeitete Sichtung des umfangreichen Bandarchives von Davanloo leider (noch) nicht zugänglich (s. Nachtrag).

Angesichts der nachvollziehbaren Eindringlichkeit und informativen Tragweite der von vielen verschiedenen Autoren stammenden Therapieprotokolle muss diesen jedoch die *Qualität hoher evaluativer Wertigkeit* zuerkannt werden. Dafür spricht ihre verlaufsmäßig durchgängige Konkordanz.²

Zwangslagen jeder psychoanalytischen Therapie

Sämtliche Bemühungen um eine verlässliche Wirksamkeitssteigerung der Psychoanalyse in ihren therapeutischen Versio-

² Siehe dazu besonders Abschn. „Indikations- und Validitätsfrage“.



- 1- Affektiv positiv besetzter Bindungskern.
- 2- Mit reaktiv-primitiver Wut durchsetzte Gefühls-/Impulszone; evtl. sadistisch besetzt.
- 3- Mit Schuldablagerungen durchwobene Zone.
- 4- Mit Trauer und Schmerz durchzogene Zone.
- 5- Widerstandsarchitektur, evtl. Charakterpanzerung.
- 6- Widerstände gegen Intimität und emotionale Nähe.

Abb. 1 ◀
Kernneurose.
Diagramm nach
H. Davanloo.
(Mod. nach Jordi)

nen³ waren und sind unausweichlich mit mindestens zwei Grundschwierigkeiten behaftet: Erstens mit der hartnäckigen *Wiederholungstendenz* der vornehmlich unbewussten Widerstände, die bei allen nachhaltigeren Neurosen mit wesentlichen Anteilen des *Über-Ich-Widerstandes* befrachtet sind. Zweitens mit der Etablierung einer *Übertragungsneurose*.

Beide dieser psychodynamisch vorgegebenen Sachverhalte sind äußerst geeignet, die erforderliche Therapiezeit signifikant auszudehnen, oder unter Kurzzeitbedingungen eher selektive, allenfalls nur äußerliche Heilungsergebnisse zu bewirken.

Der bis anhin auch forschungsmäßig bekannteste Kompromiss zwischen prognostisch verlässlich erreichbarbarem Therapieerfolg und dazu erforderlichem Zeitaufwand ist als „Fokalthherapie“ in Literatur, Klinik und Praxis eingegangen (u. a. Malan 1976; Balint et al. 1973; Beck 1974). Allerdings unterliegen diese Therapieart und verwandte Modifikationen infolge der strengen Auswahl ich-stärkerer, hoch motivierter und selbstverantwortlicher Patienten nach wie vor erheblichen Indikationseinschränkungen. Therapieerfolg ist herstellbar, bleibt aber eng gebunden an anspruchsvolle Auswahlkriterien bzw. an die Behandlung leichter, symptomatischer Neurosen.⁴ Im analytischen Therapiem-

feld existiert jedenfalls ein Aufwand-Wirkungs-Dilemma.⁵

Um diese therapeutische Aporie zu mildern, hat längst die Inanspruchnahme betont suggestiver, manipulativer oder integrationsfreudig zusammengemischter Techniken an Boden gewonnen. Aus metapsychologischen Erwägungen bleibt gerade die Psychoanalyse skeptisch sowohl gegenüber autoritätsbetonten⁶ und persuasiven Aktionen, als auch bezüglich selektionierter Anleihen aus andern Therapiemodellen.⁷

Somit stößt man auf eine Schere, die die erstrebte therapeutische Substanz beiderseits bedroht: indikationseinerseitige Auswahlpraxis einerseits, vorpostulierte Zeitkürzung mit empfindlicher Anwendungsschmälerung andererseits. Trotzdem fanden suggestive oder provokative Techniken Eingang in analytische Therapiemanuale.⁸

Darüber beunruhigte Analytiker hielten die heikle Frage wach, ob eine *andersartige Begegnung mit Widerstand und Übertragung* sich nicht doch als therapeutisch wirksamer erweisen könnte. Idealtypisch müssten solche Verfahrensweisen erstens auf ein breites Patientenspektrum anwendbar sein, sich therapeutisch als nachhaltig erweisen

und die verantwortungsbetonte Selbstbestimmung der Patienten fördern.

Zweitens kam es zur Frage, ob die kraftvolle Dynamik des Unbewussten(!) nicht robusterer Therapiestrategien bedarf, um unter Opferhaltungen der Patienten begrabene Heilungspotenziale genügend zu mobilisieren.

Freud selbst zeigt sich in seinen Frühschriften bezüglich der Widerstandsbearbeitung jedenfalls weit optimistischer, direkter und energischer. Die offensichtlich aktive und dezise Art, wie er damals seine *manuelle(!)* „*Druckprozedur*“ eingesetzt hat, fand durch ihn selbst leider keine analytisch-dynamische Fortsetzung. Durch alleiniges Deuten der Widerstände bzw. der abgewehrten Inhalte legte er sich auf eine *indirekte, oft unzulänglich wirksame – wenn auch damals äußerst forschungsergiebige – Technik* fest.

Genau in der Stoßrichtung dieser Fragwürdigkeiten hat der psychoanalytisch orthodox ausgebildete Psychiater Habib Davanloo ein psychodynamisch verdichtetes Behandlungsmodell aufgebaut. Fokussiert auf die Widerstandsbewältigung könnte man sagen, Davanloo habe aus Freud's unzimperlicher „*Druckprozedur*“ ein *effizienteres psychoanalytisches Interventionssystem* entwickelt.

Metapsychologie der „Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy“

Querschnittsschema durch den Schichtenaufbau einer Neurose

Davanloo's metapsychologische Position ist empirisch-prozessbezogen. Er geht von der grundsätzlichen Existenz eines bindungsangewiesenen, vorerst unverletzt-aggressionsfreien psychischen Kernbereiches aus (Abb. 1).

Dieser sei mit dem notwendigen Potenzial zu offenem Angewiesensein, Vertrauen, *Bindung und positiver Affektion* den zentralen Bezugspersonen gegenüber ausgestattet (1 in Abb. 1).

Jede massivere Versagung desorganisiert diesen verletzbaren Kern, lässt reaktiv primitive Wutimpulse entstehen, deren in der Therapie erstmals bewusst erlebte Qualität sich zumeist als *eliminativ, mörderisch* erweist. Je früher, tiefer und anhaltender seelische

³ Als breit angelegte Hintergrundorientierung die Probleme und Chancen von Kurztherapien betreffend vgl. die instruktive Arbeit von Manfred Beutel in dieser Zeitschrift (Beutel 2000).

⁴ Malan selbst hat sich diesem ernüchternden Thema in wissenschaftlicher Redlichkeit gestellt, als er mit der IS-TDP bekanntgeworden ist (Malan 1986b, 1986c).

⁵ Konzeptionell ebenso einleuchtendes wie für die indikationsmäßigen Restriktionen deutliches Beispiel ist die „*time-limited psychotherapy*“ von Mann (Mann 1973).

⁶ Freud hat immerhin in seiner therapeutischen Frühperiode(!) „*die persönliche Geltung des Arztes*“ als therapeutisch wichtiges Suggestionsmittel hervorgehoben (Freud 1895, S. 75).

⁷ Das „*Discountprofil*“ vieler heutiger Therapieangebote verwechselt nicht nur methodische Anhäufung mit Integralität, sondern verkennt die den Patienten selbst inwohnende Integrationsfähigkeit.

⁸ Zum Beispiel Ferenczi's Gebote, Verbote und Ratschläge (Ferenczi 1970/72, II, S. 74–91), oder etwa Watzlawick's „*Kunst des sanften Umdeutens*“ bzw. der paradoxen Intervention.

Verletzungen (oder deren in der Phantasie gebildete Entsprechungen) stattgefunden haben, desto zwingender bildet sich ein unbewusstes Depot an aggressiv-destruktiven Objektpräsenzen.

Als mehr oder weniger dichtgefügte reaktiv-sadistische Schichtung (2 in Abb. 1) überlagern diese destruktiv besetzten Internalisierungen die Zonen der bedrohten oder verstümmelten Bindung.

Die Erfahrungszugänglichkeit für empfangene Liebe schrumpft ein. Reaktiv-primitive Vergeltungsgewut und positive „Bindungs-Erinnerungen“ verweben zu einem verdrängten *Klima peinvoller Trauer und Schuld* (3/4 in Abb. 1).

Um diese schmerzhaften, komplex vermischten Gefühlsbezirke wird als stabilisierendes Verdrängungsgefüge früh und in fortlaufender Ergänzungsarbeit ein *Abwehrsystem* (5 in Abb. 1) errichtet. Schwierigere Therapien stehen vor einem entsprechend armierten Geflecht defensiver Reaktionsbereitschaften und Widerstandstaktiken. Jede aktuelle Annäherung bzw. Neubelebung der affektiven Verwundungsdramatik des damaligen Kindseins beantwortet der Patient mit *Angst* und energischer *Widerstandsverstärkung* (auch Angst als Widerstand!).

Deshalb umrandet fast ausnahmslos jede Neurosenkonfiguration auch eine Art präventiver Angst vor *Intimität und emotionaler Nähe* (6 in Abb. 1; „resistance against intimacy and emotional closeness“). Ihrer dringlichen Bearbeitung in der Übertragung gebührt Vorrang. Andernfalls verhindert diese vorerst oft völlig diffuse Abwehr – Pausen, Langsamkeit, Wegblicken, *Détailversessenheit*, Diversifikation, Vielreden, lockere Freundlichkeit etc. – innerstes Offensein zum Therapeuten (vgl. Abschn. „Anfangssequenzen zweier Erstsitzungen“, Fallbeispiel B). Sollten sich derartige Abriegelungen als Wiederholungsmuster auf der Übertragungsebene der Erstbegegnung einnisten, behalten Gefühlsdistanzierungen zum Nachteil der Patienten die Oberhand: keine intim-emotionale Tiefe, keine Verletzungsgefahr. Übrigens pegeln sich Patienten sehr leicht auf solche „kommoden“ Distanzierungen ein. Zusammengefasst sind das Verdrängungsausmaß, *ein über Jahre oder Jahrzehnte ausgebautes Sicherungssystem*

verzahnter Abwehrmechanismen und *der Wiederholungszwang* die Hauptwidersacher in jeder analytischen Therapie.

Konsequenzen einer neu durchdachten Widerstandsauffassung

Seit Freud's Hinwendung zu den Ich-Funktionen lautet der psychoanalytisch unveränderte methodologische Kanon so, dass mit Analyse Widerstandsanalyse gemeint ist. Metapsychologisch und praktisch fundiert ist die spezielle Erkenntnis, dass der Über-Ich-Widerstand *die denkbar fatalste Widerstandslegung* repräsentiert. Das oft „schicksalhaft“ getragene Elend eines wiederkehrend neurotischen Opferseins stellt sich in der Regel als über-ich-diktierter Zwang zum Leiden heraus: „Es kommt nämlich nur darauf an, dass man elend sei...“ (Freud 1938, S. 418/419).

Einige Folgen dieses unbewussten Vereitelungsdranges: Klagende, „geschlagene“, zu kurz gekommene, ewig vergeblich bemühte, „aufopferungssüchtig“ missbrauchte – oder in harten Reaktionsbildungen erstarrte Patienten mit häufig psychosomatischem Leidensbild. Nahe liegender therapeutischer Reflex: gelangweiltes bis selbstaufopferndes Eingehen auf das bedrückende Leidensgewebe, verbunden mit bemühtem Deutungsaktivismus, aggressiver Gegenübertragung – allenfalls sogar passiv-resignativer „Hütendienst“ (Jordi 1999). Der *Mechanismus der unbewussten Leidenswahl* als Wissenskomponente aller Analytiker kann aus eigener Ohnmacht eine Langzeitunternehmung insinuieren, statt dass sie zur Höchstaktivierung der Patientenressourcen wird.

Von Freud vorgebahntes, durch Davanloo pragmatisch umgesetztes Ergebnis ist die psychodynamische Gleichung, dass *eine positive Korrelation zwischen dem Grad der unbewussten Zerstörungsgewut und dem Vergeltungsformat des Über-Ichs* besteht. Im Extremfall diktiert diese unbewusste Kontrollinstanz engste Erlaubnisgrenzen für den möglichen Lebens-, Liebes-, Leistungs-, Verantwortungs- und Genusspielraum. Lebenszeit neigt damit unaufhaltsam in Buss-Zeit zu verebben! Schwerwiegend ist die Tatsache, dass jede Über-Ich-Pathologie es zu schaffen vermag, auch den Therapieprozess durch *unbewusste Vereitelungsmanöver* gründlich zu unterhöheln.

Freud's frühe Empfehlungen die analytische Widerstandsarbeit betreffend lauten folgendermaßen: Neben „geduldigem Warten“, dem „Ansprechen des intellektuellen Interesses“ beim Patienten soll vor allem „der stärkste Hebel“ zum Zuge kommen, nämlich „die Motive der Abwehr zu entwerten oder selbst sie durch stärkere zu ersetzen“ (Freud 1895, S. 75 f.).⁹

Davanloo hat sich mit diesem „stärksten Hebel“ eingehend beschäftigt und daraus seine betroffenen machende, im Kern ultimative Dialogtechnik entwickelt.¹⁰ Ihr Grundsystem besteht aus *Druck* auf verstellte Gefühle, aus knappnüchterner *Klärung* der aktuellen Abwehrbausteine und aus systematischer *Herausforderung* repetitiver Widerstände.

Grundriss der technischen Trias

Druck („pressure“): Sehr präzise Fragestellungen/Anfordern von Spezifikation/Fokussierung auf problematische Themenbereiche/Aufgreifen angstbesetzter Themen/Frage nach bestimmten Gefühlen und/oder Phantasien/Einbezug der Körpersprache etc.

Beispielssequenz (Spezifikation):

T: „Sie sagen, Ihr Betriebsleiter lehne Sie ab.“

P: „Ja, er ist mit allen Mitarbeitern sehr unfreundlich.“

T: „Wir sprechen jetzt aber von Ihnen.“

Herausforderung („challenge“): Aufmerksam machen auf Unklarheiten/Infragestellung unbestimmter Formulierungen/Aufzeigen von Wiederholungstendenzen/Unterbrechen von Eloquenz etc.

Beispiel (Infragestellung):

T: „Verwirrung ist bloss ein Wort und verdeutlicht nicht, wie Sie sich wirklich fühlten.“

⁹ Die hier vorgebrachte Abwehrentwertung bzw. die Ersetzungsversuche lassen sich als anfänglich suggestives „Ausreden“ (mit Druckanwendung), später als deutungsorientierte Angebote identifizieren.

¹⁰ Freud's schließlich resignative Position bezüglich einer wirksameren Überwindungschance von Über-Ich-Widerständen war Davanloo selbstverständlich bekannt.

Klärung („clarification“): Während Druck und Herausforderung Erlebnisausdrücke herauschälen, sorgt Klärung für kognitive Vergewisserung.

Beispielssequenz (dynamische Verketzung der Modi; hier: auffällige Blickvermeidung, Schematisierend gerafft):

T: „Merken Sie, dass Ihre Augen mir ausweichen, sobald ich Sie anspreche?“ <“clarification“>. (P vermeidet weiter.)

T: „Sie ziehen es offenbar vor, weiterhin mit dem Teppich oder mit der Wand zu kommunizieren“ <“challenge“>. (P beginnt nervös zu lächeln.)

T: „Was gedenken Sie jetzt gegen Ihr Ausweichverhalten mir gegenüber zu unternehmen?“ <“pressure“>. (P holt tief Luft.)

Diese hart wirkende, aber unzweideutig ankommende Sprache berührt letztlich die unterirdischen „Rhizome“ der Widerstandsrigidität. Ihr individuelles Ansprechen übergibt dem Patienten angemessene Verantwortlichkeit für sein Tun und Lassen und fordert seine verfügbare Persönlichkeitskompetenz an. Derart unausweichliche Bearbeitungsstrategien fördern nachhaltige Widerstandsbearbeitung, weil

- a) die latente Beschaffenheit der gegenwärtigen Abwehrlandschaft in den Schärfebereich rückt,
- b) die lähmende Abwehrdominanz vom Patienten selbst als Eigenverhinderung eingesehen wird, derer er sich nun mitbeteiligter erwehrt („turning the patient against his own resistances“),
- c) die Wiederholungsmisere plakativ auf das ihr zugehörige Wirklichkeitsniveau gestellt wird.

Das Zusammenspiel dieser Komponenten nährt unbewusste Antriebe zu selbstbefreiender therapeutischer Allianz („unconscious therapeutic alliance“) – ein potentes, über das Arbeitsbündnis markant hinausgehendes Phänomen.

Dynamik des Erstinterviews

Anfangssequenzen zweier Erstsitzungen

Zum Standard der IS-TDP gehört eine zeitverlängerte initiale Probesitzung von 1,5- bis zu 5-h-Dauer („trial-therapy“).¹¹ Den Zeitaufwand bestimmt die kasuistische Komplexität. Obwohl eine anamnestiche Erhebung im Sinne eines ätiologischen Entwicklungslängsschnitts ein professionelles Vorgehen ist, bleibt es beschreibend und begrenzt die Interaktionserfahrung für beide Parteien. Schon in der Proberotherapie bedient sich die IS-TDP deshalb der bereits angesprochenen Widerstands- und Übertragungsarbeit.

Entweder erweist sich dabei ein Patient in der Lage, seine Widerstände so weit anzugehen, dass seine Aussagen gehaltvoll sind und unter Anwendung dieser Technik umweglos in eine Kernthematik führen (vgl. nachfolgendes Beispiel A). Bringt ein Patient diese schwierige Leistung trotz professioneller Mithilfe nicht zustande, wird die Widerstandsarbeit vordringlich (vgl. Beispiel B).

Zwei minimal gekürzte Prozessanfänge von Patienten, deren Abwehrbesetzung extrem differiert:

- ▶ A (31-jährig/♀) zeigt eine hoch motivierte, wenig neurotische, kollaborative Patientin mit geringfügigen Widerständen.
- ▶ B (46-jährig/♂) zeichnet einen provokativen Patienten mit obsessiver Abwehr und erheblicher Über-Ich-Pathologie.

Patientin A

T: „Was sind Ihre Probleme?“

P: „Ich denke, vor allem meine Eifersucht.“

T: „Eifersucht auf wen?“ (Vom Allgemeinen weg zur Personalisierung)

P: „Vor allem auf meinen Freund.“

T: „Also Ihre Eifersucht gegenüber Ihrem Freund ist für Sie ein Problem. Haben Sie noch andere Probleme, die Sie mit mir behandeln möchten?“ (Einkreisen des Probleminventars)

P: „Nein, das ist für mich das Störendste und macht meine Beziehung kaputt. Natürlich bin ich nur selten wirklich eifersüchtig, denn ich kann mich oft....“ <T unterbricht.>

T: „Wie oft spielt hier für uns keine Rolle, denn Sie sagen mir, Ihre Eifersucht sei für Sie ein Problem.“ (Verhindern möglichen Diversifizierens)

P: „Ja, das ist so, obwohl ich andererseits...“ <T unterbricht.> (Relativierende Diversifikation)

T: „Können wir miteinander ein konkretes Beispiel Ihrer Eifersucht anschauen, oder ist das Problem für Sie so minimal, dass Sie es zu Recht wiederholt abschwächen?“ („Challenge“ via Spezifikation)

P: „Oh nein, im Gegenteil wäre ich froh, darunter nicht so zu leiden.“

T: „Das kann ich verstehen; aber Ihr Bagatellisieren bringt uns keine Klarheit.“ („Challenge“)

P: „Ja, ich saß letzten Samstag mit meinem Freund und dessen Schwester zusammen“ <gelangt via Beispiel rasch zu einer hoch affektiv besetzten Beziehungsstelle: eifersüchtige Wut auf Freund wegen seiner ihr selbst gegenüber „unbekannt“ verständnisvollen Art vis à vis seiner Schwester.>

T: „Was taten Sie dann?“ (Eruieren der Aktionen und der allenfalls abgewehrten Gefühle)

P: „Nichts, ich redete fast nichts mehr und fühlte mich plötzlich todmüde.“ (Regressive Abwehr)

T: „Sie schnitten auf eine Art Ihre Beziehung zu den Beiden ab?“ (Identifizierung der Abwehr)

P: „N..., ja doch, das könnte eigentlich stimmen.“

T: „Sie sagen ‚könnte eigentlich‘. Schnitten Sie nun ab, oder taten Sie es nicht? Sie müssen das entscheiden. Sie kennen sich besser, als ich Sie kenne.“ („Challenge and pressure“)

P: <sehr ernsthaft und bestimmt> „Ja, Beide waren für mich erledigt.“

T: „Dann müssen Sie es innerlich sicher mit starken Gefühlen zu tun bekommen haben und nicht nur ‚todmüde‘ gewesen sein.“ („Clarification“ und „pressure“ auf Gefühle)

P: „Doch, es hat mir abgestellt, aber natürlich war ich sehr enttäuscht, dass er mich überhaupt nicht so rücksichtsvoll behandelt.“

T: „‚Abgestellt‘ und ‚enttäuscht‘ sind Deckworte für Ihr offensichtliches Gelähmt- und Abgeschnittensein. Sie sagen aber nicht, wie Ihre wirklichen Gefühle x gegenüber waren. Sie sag-

¹¹ Vergleiche dazu Davanloo 1980, S. 99–128.

ten ja, ‚beide waren für Sie erledigt‘.
(„Challenge and pressure“)

P: „Ich hatte eine Stinkwut in mir, weil...“ <T unterbricht.>

T: „Gehen wir nicht zum ‚weil‘; und auch ‚Stinkwut‘ ist bis jetzt bloss ein Wort. Wie erlebten Sie nun aber Ihre Wut innerlich und körperlich?“ („Pressure“ auf authentisches Erleben der Gefühle)

P: <Kommt mit ihrem Oberkörper nach vorn und erhebt die rechte Hand> „Ich hätte ihm ins Gesicht schlagen können!“ <Mit lauterer Stimme> Bei dieser nur leicht neurotischen Patientin ist hier insgesamt die Stelle erreicht, an der die Art ihrer unverstellten Gefühle erlebnisnah exploriert werden kann. Dies ist möglich durch ihren raschen emotionalen Anschluss, der auch in physiologischen Korrelaten überzeugend vorhanden ist (s. Abschn. „Körpersprache: Angstphänomene als Wegweiser ins Unbewusste“) sowie durch ihr müheloses Problembewusstsein und ihre geringfügigen, vor allem taktischen Widerstände. Die bei ihr sofort sichtbare, dystone Abwehr benötigt kaum Nachdruck, so dass größere Übertragungsarbeit dahinfällt.

Patient B (laut Telefonat wiederholt beruflicher Misserfolg u. Scheitern seiner Ehe).

T: „Was sind Ihre Probleme?“

P: „Zuerst möchte ich Sie etwas fragen, nämlich kann man hier eigentlich rauchen, oder vielleicht sind Sie ja Nichtraucher?“

T: „Ich wäre froh, wenn Sie das bis zur Pause aufschieben würden.“ (P reagiert mit Nervosität.) „Können Sie mir aber – um gleich zu beginnen – sagen, welches Ihre Probleme sind?“

P: „Tja, das ist eine sehr komplizierte Geschichte, – auch für Psychologen.“ (Lächelt provokativ)

T: „Das können Sie natürlich besser beurteilen, aber ich nehme an, dass Sie bestimmte Probleme haben, die Sie mit meiner Mithilfe besser verstehen und wenn möglich zu lösen versuchen möchten.“

P: „Was heißt schon lösen; ich suche vielleicht eher meine innere Identität, verstehen Sie, jeder Mensch hat doch...“ <T unterbricht.>

T: „Was meinen Sie mit ‚innerer Identität‘?“

P: (P lächelt) „Das sollten Sie als Fachmann eigentlich besser wissen.“ (Provokativ)

T: „Es ist ganz wichtig, dass ich die Dinge so sehe, wie Sie sie persönlich sehen, so dass ich Sie kennenlernen kann – o. K.?“ (P lächelt weiterhin.)

P: „Ja, da muss ich weit zurück in die Kindheit, aber das hab ich ja alles anderswo schon mal erzählt.“ (Lehnt im Stuhl weit zurück.) <T entscheidet sich, diesem „anderswo“ im Moment nicht nachzugehen, weil bis jetzt noch gar nichts über die Probleme von P bekannt ist.>

T: „Nun, das Eine scheint was mit Ihrer Kindheit zu sein; was aber bringt Sie denn gerade jetzt als erwachsener Mann zu mir?“

(Die eindeutige Hinlenkung auf Gegenwartsexploration verhindert eine ausweichende epische Fernwanderung in das vorderhand weit zurückliegende Dickicht der Verdrängungen, fördert jedoch die Realistik von Aktualität und Jetzt-Übertragung.)

P: „Ich suche, wie man so sagt, die Koexistenz mit mir selbst, man ist schließlich schon über vierzig.“ (Intellektualisiert weiterhin.)

T: „Können wir etwas klären, was die Beziehung zwischen Ihnen und mir betrifft, sind Sie damit einverstanden?“

P: „Warum auch nicht.“ (Schaut lächelnd gegen Zimmerdecke.)

T: „Warum auch nicht, sagen Sie und wenden dabei Ihren Blick weg von mir gegen die Zimmerdecke.“

P: „Zuhörerposition.“ (Lächelt) „Man darf sich doch noch entspannen und konzentrieren.“

T: „Sehen Sie, wir sind jetzt zwar erst einige Minuten zusammen. Ich versuche Sie kennen zu lernen, indem ich Sie nach Ihren Problemen frage, denn hätten Sie keine Probleme, dann säßen Sie mir jetzt hier nicht gegenüber, o. k.? – Nun sind Sie bis jetzt aber total vage, holen weit aus und bleiben völlig unbeteiligt und abstrakt im Allgemeinen, was meine Frage an Sie betrifft. Auf diese Weise werde ich für Sie nicht von Nutzen sein können, und Ihr Hiersein wird auch bei mir zum Misserfolg, denn mir scheint – darin mag ich mich aber täuschen –, dass ein größerer Teil in Ihnen gleich-

sam dafür sorgt Ihre Bemühungen im Nichts versanden zu lassen.“ (Wird nach der letzten Bemerkung plötzlich erstmals ernsthaft aufmerksam.)

(Diese Großintervention (Patient B) ist eine Frontalherausforderung („head-on collision“) gegenwärtiger Abwehrmechanismen wie: Generalisierung, Intellektualisierung, Distanzierung, mit einer Adressierkomponente an sein Unbewusstes (→sabotierender Über-Ich-Widerstand.) Zugleich ist sie gezielter Versuch, dieses Patienten mutmaßliche Abwehrsyntonizität eine Spur dyston, d. h. seiner Selbstwahrnehmung bewusst und damit „fragwürdig“ zu machen.)

Eine direkte Erschließung unbewusster Kernstrukturen („unlocking“) ist bei Patientin A gemäß ihrer Reaktionen im Prozess gradlinig und damit kurzfristig möglich. Die Behandlung ist nach dieser Langsitzung entweder bereits auf einem künftigen Evaluationsniveau, oder wenige Folgesitzungen sind angezeigt.

Beim äußerst abwehrversierten, zynischen Patienten B hingegen stehen in dieser Initialsitzung sehr zähe Sequenzen systematischer Widerstandsarbeit in der Übertragung bevor, um seelische Kernverhältnisse zu ergründen.

Übergreifende Zielsetzungen des Erstinterviews

Die Probertherapie bringt wegleitende Bewegung in neurotisch betonierte Positionen. Sie erweist sich als unerwartet „aufstörende“ und erfahrungsreiche Weichenstellung insbesondere für ichsyntone „Abwehrpatienten“, die bereits diverse Therapieanläufe hinter sich haben.

Metapsychologisch zeitigt sie praktisch ausnahmslos Veränderungen der dynamischen Besetzungsverhältnisse in der Psyche, deren typisches Zusammenspiel die Abb. 2 veranschaulicht.

Eingezeichnet sind Widerstandsverlauf (R), Ausmaß der anzeichenmäßig einschätzbaren Übertragungsgefühle (CTF) und der Zustand der unbewussten therapeutischen Allianz (UTA).

Gewöhnlich kommen alle Patienten mit einem einerseits habituellen, andererseits situativ bedingten mehr oder weniger mobilisierten Widerstandslevel zu uns. Mit Hilfe der Klärung, vor allem aber dynamisch durch Herausforderung

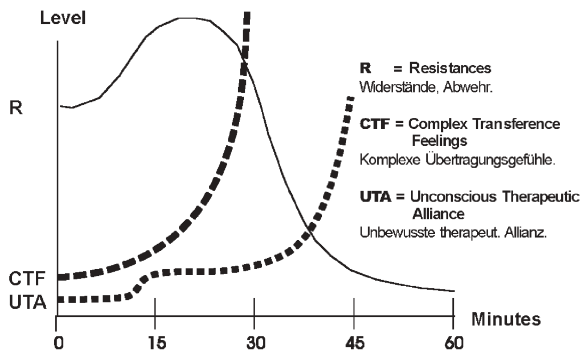


Abb. 2 ◀ Prozessdynamik in der „trial-therapy“. Initiale Probetherapie nach H. Davanloo. (Mod. nach Jordi)

und Druck steigert sich R auf ein Maximum, erschöpft sich aber allmählich. Schließlich erliegt er dem zunehmenden Auftrieb („triggering mechanism“) und Durchbruch („breakthrough“) der einflutenden CTF, während die UTA mehr und mehr ihr Optimum erreicht.

Konkreter: Die Übertragungsgefühle (CTF), deren Komplexität aus positiven und negativen Anteilen, wie Misstrauen und Anerkennung, Angst und Hoffnung, Wut und warmer Verbundenheit etc. besteht, brechen schließlich unentstellt in das Beziehungserleben hinein.

Erinnert wird nochmals an den Primärauftritt meist reaktiv-primitiver, eliminativer Wut oder sogar sadistischer Grausamkeit dem Therapeuten gegenüber.

Nach dieser emotionalen, aber auch physiologisch(!) mitgeprägten Erfahrung schrumpft die Übertragungsrolle des Therapeuten ein. Sie wird aufgrund der kraftvoll angestiegenen therapeutischen Allianz (UTA) durch aufsteigende innere Bilder (oft Gesichts-, Haar-, Haut-, Kleidungscharakteristika) einer primären Bezugsperson ersetzt („transformation“), → Mutter, Vater, Geschwister... Während dieser widerstandsfreien Passage äußerst absorbiertes Innenarbeit liegt der Prozess fast ausschliesslich in den Händen des Patienten(!): Realisieren seiner eigenen frühen Verhärtung wichtigen Primärpersonen gegenüber, in Wellen erlebte Trauer und ergreifende Schuld über die eliminierende Reaktion, Offenwerden für intensiv positive, zärtliche Gefühle aufgrund von Früherinnerungen, Aussöhnungsbedürfnis.

Der Patient befindet sich hier auf der *prozessualen Spitze* seiner intrapsychischen Aktivität; erlebte Bedeutung erübrigt hier reflektierende Deutung. Die mitbetroffene Therapeutenhaltung

verweilt empathisch; Nachfragen da und dort, allenfalls Ermunterungen zur emotional vollen Ausschöpfung der momentan zugänglichen Kernzone. Anamnestische Daten werden eindrücklich gegenwärtigte Teilgeschichte und erfahren erst nachfolgend deutende Integration in die bewusste Ich-Struktur sowie eine Analyse der Psychodynamik.

Die Probetherapie endet mit der Entscheidungsfrage nach systematischer Durchführung dieser Arbeitsstruktur und mit allfälliger Planung. Ein erfolgreicher Verlauf führt fast ausnahmslos zu motivierter Zustimmung, selbst wenn eine längere Wartezeit ansteht.

Introspektive Assistenz für den Therapeuten

Die patientenseits besonders anfänglich zunehmende Widerstandsheftigkeit setzt zugunsten erhöhter Anwendungskompetenz der IS-TDP ein Abfedern können der Eigenirritierung voraus.

Bis zum Breakthrough bewegen wir uns gemeinsam durch besonders schwieriges Gelände. Abbruchimpulse bis hin zu Vergeltungswünschen vermögen sich als *negative Gegenübertragungen* einzunisten. Einer dadurch möglichen Odyssee wird durch zweierlei professionelle Achtsamkeiten vorgebeugt:

1. Durch ein prozessbegleitendes Imaginieren der von Malan, dann von Davanloo systematisch verwendeten „Dreiecke“, die Menninger zu didaktischen Zwecken entwickelt hat (Menninger 1973).
2. Durch subtiles Wahrnehmen und sinnvolle Prozessintegration der psychodynamisch ausgelösten *Angstphänomene*.

Abstraktionen: Menninger's Dreiecke als therapeutischer Kompass

Verbindungsaufnahme mit der Intimität der Innerlichkeit (I/F) des Patienten heißt zugleich Annäherung an Verdrängtes, damit Belebung unbewusster Konfliktualität, folglich Mobilisierung von Angst (A).

Sofortige Kontrollversuche äußern sich meist in sichtbaren muskulären Spannungen bzw. als spannungsregulierende Lösungsmechanismen („nervöse“ Motorik, tiefes Atemholen etc.; Abb. 3).

Die „Wiederbelebung“ unbewusster Inhalte (I/F) „ruft“ via Angsterhöhung (A) zudem einem verstärkten Gegenruck via neuer, wirksamerer Abwehrmechanismen (D).

Ansteigende Angst und Widerstandszunahme sind somit willkommene „Transmitter“ zur Lenkung von Art und Richtung der therapeutischen Interventionen. Zugleich bestätigen sie deren dynamische Relevanz oder Bedeutungslosigkeit. Jede patientenseits auftretende Schwierigkeit also, einem fokussierten Konfliktanlass zugrunde liegende Gefühle unverstellt zu eruieren, sollte(!) therapeutenseits ein *wiederholt zirkuläres Vorgehen* veranlassen: Druck auf I/F und Herausforderung von D. Durch diese realistische(!) Hartnäckigkeit des „unbequemen“ Therapeuten drifft der Konflikt schließlich weg vom umkreisten Aktualbeispiel (C) und wird zum *Übertragungskonflikt* (T). Die aufgrund gesteigerten Widerstandsaufkommens (R) unbewusst gleichsam empfohlene Weiterführung der Interventionsrunden auf der nun aktualisierten Übertragungsebene wächst sich zum entscheidenden Breakthrough aus. Nur bei den eher selten anzutreffenden sehr leichten Neurosen ist ein Durchbruch unbewussten Materials auch bei Verbleib im Konfliktbeispiel (C) voll möglich (s. obiges Beispiel A). Ein Memorieren des Konfliktdreiecks erhöht also psychodynamisch systematisches Vorgehen und vermindert thematisch abschweifende Beliebigkeit.

Das Personendreieck als introspektiv vergegenwärtigter Orientierungskode andererseits unterstützt das Vollständige der Prozessanalyse. Diese sollte ausnahmslos die Endphase des Erstinterviews einleiten und regelmäßig die Abruendungssequenz der Folgesitzungen bestimmen.

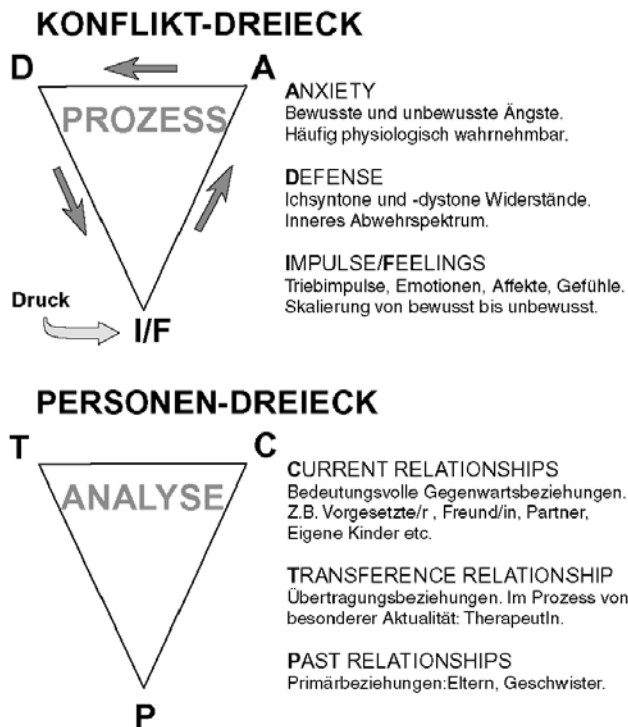


Abb. 3 ◀ **Menninger's
Dreiecke. Version nach
H. Davanloo.
(Mod. nach Jordi)**

Die zurückliegenden individuellen *Abwehrmuster* (A, D) zur Fernhaltung der Pein und Schmerzhaftigkeit *früher Kindheitsdramen* (P) sind bekanntlich gesetzmäßig identisch mit der Abwehr oder Sabotage *wichtiger Gegenwartsbeziehungen* (C) des Erwachsenen.

Ebenso erweist sich die abwehrende Beziehungshandhabung in der *Übertragung* (T) als analoger Vorgang. Diese Entsprechungen werden den Sektoren des Personendreiecks gemäß systematisch analysiert; dies geht bei vorläufig abwesenden Widerständen(!) und angeschlossenen Gefühlen sehr mitbeteiligt vor sich.

(Zum Beispiel vermag ein in der Kindheit wutverdrängender Rückzug in willig-braves Gehorchen und Weinerlichkeit (D im P) mit der aktuell durchsetzungsgelähmten, übereilfertigen und selbstmitleidigen Untertänigkeit dem Chef gegenüber verglichen (D im C) und mit der ängstlich-unterwürfigen, opferbereiten Wutabwehr in der Übertragung (A+D im T) verknüpft zu werden.)

Solche nun tief erfahrenen und „begriffenen“ Sinnverbindungen“ dringen tief in die Kernpathologie ein und wandeln neurotisch verbaute Strukturen sukzessive um. *In jeder Sitzung gibt das Unbewusste dem Ich sozusagen eine weitere Parzelle frei, bis die neurotisch maßgebenden Verdrängungsschichten abgetragen sind.*

Körpersprache: Angstphänomene als Wegweiser ins Unbewusste

Jeder Arbeitsprozess in der IS-TDP bedient sich auftretender *Angstzeichen als Wegmarken im Nebel des Unbewussten*. Ein zwangloses Registrieren ihres körperlichen Ausdrucks setzt in dieser dynamischen Technik oft sogar eindeutiger Interventionsleitlinien als die sprachliche Aussageebene allein. Angst ist insofern *ein exzellentes Diagnostikum*, als sie die jeweilige Involvierung unbewusster Prozesse unbestechlich spiegelt. Ihr Auftreten ist der absolut unvermeidbare „Eintrittszoll“ am Grenzübergang vom Bewussten ins Unbewusste. Erschließbar sind ihre Modulationen entweder exploratorisch (z. B. Magendruck, Nackensteife, erhöhter Puls, feuchte Hände, Mundtrockenheit...) oder visuell aufgrund von Angstentlastungszeichen (z. B. tiefes Atemholen, plötzliche Veränderungen der Körperhaltung, „nervöse“ Fingerbewegungen, rotierende Füße etc.). Das Erfassen ihrer jeweiligen *Kanalisation* liefert einen aktuellen Schlüssel zur Abstimmung der individuellen und situativen Zuträglichkeit.

Ist die *quergestreifte* Muskulatur „Ausdrucks-Organ“ aktualisierter Angst (meistens sichtbar der Fall), erlaubt dies ein direktes, stärkere seelische Belastun-

gen risikolos verkräftbares therapeutisches Arbeiten an der Abwehr. Erzeugt druckvolle Widerstandsherausforderung („challenge and pressure“) jedoch keine sichtbare Veränderung des Tonus, ist unklar, in welcher Weise Angst abgeleitet wird. Gerät dabei vornehmlich die *glatte* Muskulatur ins Spiel, könnte eine Körpersymptomatik ausgelöst werden, mit der der Patient auch im Alltag zu tun hat (etwa eine Darmkolik). Äußerstenfalls mag ein unsichtbar überhöhter Angstpegel dekompensierend z. B. in Aufmerksamkeitsstörungen oder Angstprojektionen einmünden. Die iatrogene Auslösung solcher störenden Erscheinungen ist unschwer vermeidbar: Angstverminderung wird durch Exploration der physischen Empfindungen, durch Verlassen des Übertragungsfokus oder durch Themawechsel verlässlich erreicht.

Dass jedoch mit dem *individuell erträglichen Höchstmaß an Angst* gearbeitet wird, um die Verdrängungsauflösung zu bewältigen, ist Spezifikum der IS-TDP. Ihre Methodik restrukturiert die „Angststätte ICH“ durch Erhöhung der Angsttoleranz. Das Diagnostizieren der jeweiligen Angstkanalisation spielt dabei immer eine unerlässliche Rolle.¹²

Schwierigkeiten, Chancen, Fallstricke

Erstpräsentationen und Einführungskurse belegen regelmäßig, wie lebhaft sich vertiefende Auseinandersetzungsbedürfnisse mit der IS-TDP anmelden. Manche Teilnehmer reagieren vorerst ambivalent und geraten genauso in Abwehrhaltungen von unkritischer Faszination und/oder verneinendem Widerstand wie Patienten (s. Abschn. „Einleitung und Zielsetzung“). Diese – eine sachliche Methodenrezeption erschwernenden – inneren Ereignisse müssen kurz nachbeleuchtet werden.

¹² Bloß angedeutet wird, dass nur eine sorgfältige „Dosierungstechnik“ die Behandlung z. B. von Patienten mit fragiler Ich-Struktur oder von Borderlinepersönlichkeiten erlaubt („graded technique“). Ungenügende Angsttoleranz wird durch zyklisches Arbeiten prozessual bearbeitbar, schließlich dauerhaft handhabbar.

Schwierigkeiten

Stark ambivalente Ersteindrücke können erfahrungsgemäß zweierlei Auswirkungen haben:

1. Im Falle der *Faszination* Aufleben eines neuen Motivationschwunges, der auch wohlinstallierte Therapeuten zu einem übereilten Verändern ihrer vertrauten Vorgehensweisen „verführen“ könnte. Der Irrtum hier ist die Naivität, eine relativ einfache Methodenapplikation vor sich zu haben.
2. Im Falle *offensiver Ablehnung* z. B. Reaktionsbildung durch intellektualisierende Wegrationalisierung jeder offensichtlichen Beeindruckung („Ungeschehenmachen“). Der Irrtum hier ist ein Kurzschließen des Abwägens durch die Verknennung der Macht mobilisierter Eigenwiderstände. Auch weggedrängte Verunsicherungen bezüglich der eigenen Arbeitsoptimierung können hinzukommen.

In beiden Extremfällen vermögen Widerstände die aufwendigere Sach-Wahrnehmung zu verhindern, dass eine vertiefte Auseinandersetzung mit dieser Methode ein ebenso schwieriges wie ertragsreiches Unternehmen sein kann. Im heute sehr ausgefransten und „erlebnisexternalisierten“ Psychotherapiebetrieb ist ihr Erwerb jedenfalls ein spürbares und umstellungsreiches „opus contra naturam“.

Chancen

Durch das methodisch wirkungsvolle Vorgehen erleben sich auch bis anhin über Jahre anderweitig „*therapieabonnierte*“ Patienten akut vor eine krisenhaft erfahrene Wahl gestellt: Sollte und könnte ihr destruktives Widerstandsmaterial nicht doch zugunsten von menschlicher Entfaltung und erarbeiteter Versöhnlichkeit verabschiedbar sein?

Früh schon im therapeutischen Prozess lässt sich erstes Erstarken von Hoffnung und Wille zur Selbstveränderung belegen. Nachevaluierte Patienten beantworten die Frage nach den therapeutenseits hilfreichsten Haltungen zu meist so: *hartnäckiges Hinterfragen, fordernde Unbestechlichkeit, hellwachtes Mitgehen, beidseitige „Knochenarbeit“ und prozessuales Verstehen.*

Patientenseits schließlich nährt sich die Chance insgesamt aus den zuneh-

mend verwirklichten Erfolgsschritten. Deren Qualität weist in der Regel auf eine *Erreichbarkeit struktureller Persönlichkeitsänderung* hin, mit bewussteren, freiheitlicheren und zugleich verpflichtenderen Formen konstruktiver Lebensbewältigung.

Technische Fallstricke

Infolge der prägnanten Interventions-technik der IS-TDP zeigen sich Erfolg oder Misserfolg sehr konturiert. Falls letzterer eintritt, ist bei Patienten zumindest ein redlicheres Bewusstsein über die aufzubringende Veränderungsenergie vorhanden. Masochismus oder illusionäre Heilungssehnsüchte werden dadurch nicht gefördert.

Weil therapeutische Erfolgseinschränkungen, sowie die eher seltenen Therapieabbrüche erfahrungsgemäß immer auch methodischen Mängeln zuzuschreiben sind¹³, werden die gängigsten Probleme summarisch angetippt. Sackgassen sind:

1. *Verkannte Abwehr negativer Gegenübertragungen* erzeugt z. B. belehrenden, moralisierenden Duktus (nahe liegend bei provokativen Patienten).
2. *Unstabile Verankerung einer aufgabenverteilten therapeutischen Gemeinschaftlichkeit*; Tätigkeit „voreilig-zupackender“ oder konfliktmildernder Interventionen. Zu aktiver Therapeut.
3. *Fehleinschätzung der kardinalen Widerstände* regt mühselig-wirkungslose Scharmützel mit irgendeinem Überbau der Abwehr an (Verhinderung des Übertragungsanstiegs).
4. *Rechtfertigungsdialektik statt Schaffen von prozessualen Erfahrungsbedingungen* (mindert den Anstieg unbewusster Übertragungsgefühle).
5. Solide Widerstandsarbeit missverstehendes „*Jagen*“ nach negativen Patientengefühlen, statt neutralem Druck auf die Art der unklaren Gefühle.
6. *Ängstliches Vermeiden der Übertragung*, obwohl diese durch das Patien-

¹³ Vergleiche dazu: Magnavita 1994, S.213–228.

¹⁴ Vergleiche auch: Davanloo H (1978) Principles and techniques of short-term dynamic psychotherapy. Spectrum, New York.

tenverhalten nahe gelegt wird. Gegensatz: *Forcieren der Übertragung*, bevor affektive Besetzungsanzeichen deutlich sind.

7. *Unkritische Konzessionen an gutgemeinte supportive Gesten* komplizieren eine wahrhaftige Exploration schwieriger Gefühle (formalisierter Respekt, Routinefreundlichkeit...).

Indikations- und Validitätsfrage

Nach über 15 Jahren audiovisueller Therapieresercherche am „Montreal General Hospital“ bilanzierte Davanloo drei ab 1962 laufende systematische Forschungsprogramme (insgesamt 172 involvierte Personen), die sich auf ein breites Patientenspektrum beziehen (Davanloo 1980, xi, 45/46, 53/54, 69–77).¹⁴ Zwei der wichtigsten Ergebnisse: Der schließliche Therapieerfolg korreliert direkt mit *sehr hohem Anstieg der Übertragungsgefühle* bereits im Erstinterview und während der nächsten paar Sitzungen. Gleichzeitig ist dieses typische Phänomen mit einer entscheidenden *Motivationssteigerung* und tragenden *Allianz* mit dem Therapeuten verknüpft.

Die Herstellung dieser Bedingungen ist methodisches Rückgrat der IS-TDP.

Bis zu 5 Jahre nach Therapieende vorgenommene *Nachuntersuchungen* bestätigten eine nachhaltige Auflösung der Kernneurose und daraus erfolgte konstruktive Charakterveränderungen. Die Patienten selbst fungierten dabei als *Evaluatoren*, indem sie unvorbereitet Gelegenheit bekamen, verschiedenen Vignetten aus ihrer Eigetherapie zu beurteilen.

Verfeinerungen des metapsychologischen Verständnisses erlaubten Davanloo eine Ausweitung der vorerst begrenzteren Indikationsstellung bis zum Standard seiner heutigen Position: Die IS-TDP ist im *gesamten Neurosenspektrum* anwendbar. Dies dokumentieren viele klinisch orientierten Autoren, sowie psychologische Therapeuten aufgrund zahlreicher und diagnostisch breit gestreuter Einzelfallstudien.¹⁵ Bei mittelschweren Neurosen, wie generalisierten Phobien, Panikattacken, starken reaktiven und charakterogenen Depressionen, ausgeprägter Charakterpathologie, funktionellen Beschwerden etc., beträgt die Therapiedauer bei erfahrener Methodenanwendung ca. 40–60 h.¹⁶ Erfolgreiche Therapien von Patienten

mit fragiler Ich-Struktur und Borderlineformen beanspruchen gut den doppelten Zeitaufwand. Diese Werte sind empirische Annäherungen. Die Schwere der Über-Ich-Pathologie (nebst Patientenalter) sind allenfalls maßgebender für die Behandlungsdauer als die nosologische Kategorie selbst.

Kontraindikation für die Anwendung von IS-TDP sind (Davanloo 1990a, 102): affektive, manisch-depressive und schizophrene Psychosen, klinische Depressionen mit medikamentöser Abhängigkeit, chronifizierter Drogen- und Alkoholabusus, langjährig bestehende soziopathische Persönlichkeitsstruktur, lebensbedrohliche psychosomatische Konditionen (z. B. schwere Colitis ulcerosa).

Validitätsbelege: *Die Auswirkungen aller Interventionstechniken lassen sich protokollarisch und audiovisuell Schritt für Schritt ebenso deutlich ermitteln, wie die patientenseits bereits im ersten Sitzungsverlauf auftretenden psychodynamischen Veränderungen.* Diese betreffen: große Erleichterung durch intensive Begegnung mit Anteilen der begrabenen Gefühle, Aufbau eines klaren Verständnisses für Auswirkungen früh erworbener Muster auf Entwicklung und jetzige Lebensführung, schmerzliches Realisieren verpasster Lebenschancen infolge eigener „Abschottung“, frühzeitiger Symptomabbau oder -auflösung, markante Motivationssteigerung für weitere Zusammenarbeit, Wertschätzung der beidseitigen Leistung und Dankbarkeit dem Therapeuten gegenüber. *Die in den katamnesticen Patientenaussagen vorzufindende Konstanz solcher Therapiereaktionen gehört zwar zu einem statistisch noch nicht edierten, aber jederzeit nachvollziehbaren Methodenbefund.*

¹⁵ Abgesehen von Davanloo's eigenen Buchveröffentlichungen ist die umfangreichste, von verschiedenen Autoren angereicherte Fallsammlung in den Jahrgängen der seit 1986 vierteljährlich erscheinenden Zeitschrift *International Journal of Short-Term Psychotherapy* zugänglich (seit 1998 konzentriert sich das Fachblatt mit entsprechend ergänztem Titel „intensive“ und „dynamic“ auf die IS-TDP).

¹⁶ Anlässlich verschiedener Metapsychologiekurse haben wir mitverfolgt, wie Davanloo selbst mit oben erwähnten mittelschweren Neurosen nach 25 Sitzungen zu überzeugenden Therapieabschlüssen gelangt ist.

Nachtrag

Nach Ansicht des Autors sind drei Sachverhalte für die Gefahr einer verzerrenden Methodenrezeption und für den Mangel an professionell vermehrt wünschbarer Popularität auszumachen:

Der publizistisch gemiedene wissenschaftliche Diskurs

Der innovative Begründer der IS-TDP, Habib Davanloo, hat sich mit größter Vordringlichkeit auf die Darstellung einer beeindruckenden Fülle diagnostisch reichhaltiger Falldarstellungen verlegt. *Die grundlegende Kongruenz mit der psychoanalytischen Metapsychologie wird dabei zu wenig gewürdigt.* Dafür unterliegen die scheinbaren und/oder offensichtlichen Unterschiede zur psychoanalytischen Technik einer ausgesprochenen Abgrenzungsbetonung. Allerdings hat Davanloo seine zweifellos eindrucklichsten und unermüdlichsten Aktivitäten der Optimierung seiner eigenen Therapeutenaktivität, den mutigen audiovisuellen Präsentationen und seinem Ausbildungscredo zugeeignet.

Auf einem Hintergrund weitgehend kanonisierter Psychoanalysetechnik ist das profilierende Anliegen verständlich, seine eigenschöpferische Leistung mit einem Bedürfnis nach scharfer Abgrenzung und Autorenschutz zu legieren. Einer offenen Theoriediskussion sind jedoch solche Reservationen zumal im Wissenschaftsbetrieb abträglich.

Risiken einer audiovisuellen Präsentationspraxis

Der mit dem IS-TDP-System forschungsmäßig und praktisch innig verbundene audiovisuelle Begleitrahmen erzeugt bei Präsentationen der affektiv stimulierenden Eindrücklichkeit wegen gerne *extremere Kontroversen*. Zwei Lager tendieren sich auszuformen: Eines aus positiv berührten, prospektiv überzeugten Anhängern, ein anderes aus latent oder unmittelbar vor den Kopf gestoßenen künftigen Gegnern. Gemäß psychoanalytischer Erfahrung ist dies zwar vorerst eine Unvermeidbarkeit. Ein derart erlebnisbetontes Setting bedürfte deshalb dringlich methodisch hinterfragender und vergleichender Brückenschläge.

Diese kommen aber bei einführenden Erstpräsentationen aufgrund der beehrten Gewährleistung audiovisuell kontinuierlicher Prozessverfolgung oft unbedacht zu kurz.

Widerstandsmobilisierung durch ungewöhnliche Interventionsmethodik

Ausbildungskurse und Supervisionen erhärten die unbequeme Tatsache, dass eine zugunsten struktureller Heilungschancen gekonnt angewendete IS-TDP-Methode eher *schwierig* und *rein kognitiv nicht erlernbar* ist. Ihre äußerlich bescheiden mitunter „simpel“ erscheinende Art konfrontativer Interventionsmanöver etwa, oder das als rigid empfindbare Vokabular begünstigen Blendungen in Form *negativ fixierender Gegenübertragung*.

Im Gegensatz dazu sind insbesondere Neulinge von der wiederkehrend mitverfolgten Erschließung unbewusster Patientenbereiche derart berührt, dass sie die Subtilität der „Interventionsgrammatik“ übersehen.

Ebenso werden Anforderungen, wie therapeutisch flexible Koordination mit den individuellen „Mitteilungen des Unbewussten“ der Patienten (Davanloo 1990b), emotionale Belastungsfähigkeit des Therapeuten oder die Präzision des prozessualen „timings“ (Lachenmeier 1992), gerne unterschätzt. *Nur ein audiovisuell unterstütztes Supervisionstraining vermag deshalb jene Therapietechnik instruktiv zu vermitteln, die ein verlässliches Vorgehen in großer dynamischer Dichte analytischen Arbeitens gewährleistet.*

Fazit für die Praxis

Das auf Prozessverdichtung, persönlichen Erfahrungsgehalt und therapeutisch nachhaltige Wirksamkeit ausgerichtete analytische Therapiesystem von Habib Davanloo wird synoptisch dargestellt. Aufgezeigt werden seine bereits im Erstkontakt mit Patienten eingesetzte systematische Technik der Widerstandsbearbeitung, die damit verbundene Ausbreitungsverhinderung einer „hungrigen“ Übertragungsneurose und die Funktionsprinzipien einer dynamisch aktualisierten Übertragung. Zwei initiale Therapiesequenzen dienen der einstiegsmäßigen Veranschaulichung technisch und metapsychologisch innovativer Modalitäten. Bemerkenswert an dieser Methode sind Indikationsbreite und ihr kasuistisch belegtes Potenzial zu stabiler Strukturveränderung auch jahrzehntelanger Neurosenpathologie. Ohne audiovisuell intensive Supervisionstechnik sind die subtilen Schwierigkeiten ihrer Aneignung nicht zu leisten.

Literatur

- Balint M et al. (1973) Fokalthherapie. Suhrkamp, Frankfurt
- Beck D (1974) Die Kurzpsychotherapie. Huber, Bern
- Beutel M (2000) Psychodynamische Kurztherapien. Psychotherapeut 45:203–213
- Davanloo H (1980) Short-term dynamic psychotherapy. Aronson, Northvale New Jersey London
- Davanloo H (1990a) Unlocking the unconscious. Selected papers. Wiley, Chichester England
- Davanloo H (1990b) Intensive short-term psychotherapy with highly resistant patients. I. Handling resistance. In: Davanloo H (ed) pp 2–8
- Ferenczi S (1970/72) Schriften zur Psychoanalyse I+II. Fischer, Frankfurt
- Freud S (1895) Zur Psychotherapie der Hysterie. Studienausgabe, Ergänzungsband, S 72
- Freud S (1919) Wege der psychoanalytischen Therapie. Studienausgabe, Ergänzungsband, S 241–249
- Freud S (1938) Die psychoanalytische Technik. Studienausgabe, Ergänzungsband, S 409–421
- Freud S (1989) Freud-Studienausgabe. Fischer, Frankfurt
- Gottwik G (1996) Intensive Psychodynamische Kurztherapie nach Davanloo. In: Hennig H, Fikentscher E, Bahrke U, Rosendahl W (Hrsg) Kurzzeit-Psychotherapie in Theorie und Praxis. Pabst, Lengerich Berlin, S 206–217
- Jordi A (1999) Omnipotenz muss weichen. Z Föderation Schweiz Psychologinnen Psychologen 4:22–25
- Lachenmeier H (1992) Precision, extension and timing of interventions in the course of IS-TDP. Int J Short-Term Psychother 7:211–229
- Lachenmeier H (1997) Kurzpsychotherapie bei Neurosen. Gazette Médicale. Der informierte Arzt 1. Medical Tribune, Basel, S 9–16
- Magnavita JJ (1994) Premature termination of short-term dynamic psychotherapy. Int J Short-Term Psychother 9:213–228
- Malan DH (1976) Toward the validation of dynamic psychotherapy. Plenum Press, New York London
- Malan DH (1986a) Beyond interpretation. Part I/II. Int J Short-Term Psychother 1:59–106
- Malan DH (1986b) The most important development since the discovery of the unconscious. In: Davanloo H (ed) pp 13–23
- Malan DH (1986c) Interview with David Malan, M.D.: Thirty years of clinical research. Int J Short-Term Psychother 1:31–41
- Mann J (1973) Time limited psychotherapy. Harvard University Press, Cambridge
- Menninger K (1973) Theory of psychoanalytic technique. Basic books, New York, pp 151–152