

Psychotherapie



Allan Abbass/Howard Schubiner

Psychophysiologische Störungen

Ein Leitfaden für Diagnose,
Psychotherapie und
psychosomatische Grundversorgung

Kohlhammer

Kohlhammer

Allan Abbass, Howard Schubiner

Psychophysiologische Störungen

Ein Leitfaden für Diagnose, Psychotherapie
und psychosomatische Grundversorgung

Deutsche Übersetzung und Einführung
von Matthias Michal, Florian Kopper,
Pierre-Alain Emmenegger und Lothar Matter

Verlag W. Kohlhammer

Gewidmet John E. Sarno, Arzt und Pionier der Psychosomatischen Medizin (1923–2017)

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

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

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

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

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

Englische Originalausgabe:

Hidden from View: A clinician's guide to psychophysiologic disorders

Alle Rechte vorbehalten

© 2018 Allan Abbass, Howard Schubiner, Psychophysiologic Press.

Für die deutschsprachige Ausgabe:

1. Auflage 2020

© W. Kohlhammer GmbH, Stuttgart

Gesamtherstellung: W. Kohlhammer GmbH, Stuttgart

Print:

ISBN 978-3-17-036732-6

E-Book-Formate:

pdf: ISBN 978-3-17-036733-3

epub: ISBN 978-3-17-036734-0

mobi: ISBN 978-3-17-036735-7

Die Autoren

Allan Abbass, MD, ist Psychiater und Professor. Gründungsdirektor des Centre for Emotions and Health an der Dalhousie University in Halifax, Kanada. Er studierte psychosomatisch basierte Therapie an der McGill University bei Dr. Habib Davanloo. Im Jahr 2002 gründete er das Zentrum für Emotionen und Gesundheit zum Studium der Psychosomatik. Dr. Abbass hat abteilungsbezogene, regionale und nationale Auszeichnungen für hervorragende Leistungen in der Bildung erhalten.

Sein innovatives Programm zur Diagnose und Behandlung der emotionalen Auslöser von medizinisch unerklärlichen Symptomen in der Notfallaufnahme wurde mit einem Qualitätspreis ausgezeichnet und er erhielt die nationale Auszeichnung als »Canadian Leading Practice«. Er wurde von Regierungen, Universitäten und Gesundheitsbehörden umfassend konsultiert und hat auf Einladung über 300 Präsentationen auf der ganzen Welt gehalten. Er bietet Fachleuten in mehreren Ländern der Welt fortlaufend videobasierte Psychotherapie-Schulungen an.

Darüber hinaus erhielt Dr. Abbass 17 Forschungsstipendien und hat über 250 Publikationen veröffentlicht. Sein erstes Buch *Reaching through Resistance* wird allgemein als Meilensteinwerk in der aktuellen beschleunigten dynamischen Therapiemethode angesehen.

Howard Schubiner, MD, ist Facharzt für Innere Medizin und Direktor des Mind Body Medicine Program am Providence Hospital in Southfield, Michigan.

Er ist klinischer Professor an der Michigan State University, College of Human Medicine. Er hat in mehr als 100 Publikationen geforscht und mehr als 250 Fachvorträge im In- und Ausland gehalten. Dr. Schubiner ist im Vorstand der Gesellschaft für Psychophysiologische Erkrankungen und ist Oberlehrer für Achtsamkeitsmeditation. Seit 2003 steht er auf der Liste der besten Ärzte Amerikas. Seine anderen Bücher beinhalten *Unlearn Your Pain* (Verlerne den Schmerz) und *Unlearn Your Anxiety and Depression* (Verlerne die Angst und Depression). Dr. Schubiner lebt mit seiner Frau im Raum Detroit und hat zwei erwachsene Kinder.

Inhalt

Einführung der Übersetzer	13
Zum Hintergrund des Praxismanuals	13
Zur Begriffswahl »psychophysiologische Störungen«	13
John E. Sarno	14
Emotionsfokussierte Psychotherapie	15
Terminologie in der deutschsprachigen Übersetzung und im englischen Original	20
Anmerkungen zur Übersetzung	21
Danksagung der Autoren	22
1 Psychophysiologische Störungen – eine Übersicht	23
1.1 Übersicht	23
1.2 Multifaktorielles Ursachenspektrum	24
1.3 Lernerfahrungen	25
1.4 Unbewusste Konflikte	25
1.5 Ein Kontinuum	26
1.6 Settingfaktoren und Interventionen	26
1.7 Die zentrale Rolle einer vertrauensvollen Beziehung	26
1.8 Zusammenfassung	27
2 Diagnostik bei Patienten mit psychophysiologischen Störungen	28
2.1 Typische Klinik, typische Probleme	28
2.2 Die Neurophysiologie der psychophysiologischen Störungen	30
2.3 Den Weg vorbereiten	32
2.4 Erste klinische Überlegungen	33
2.5 Anamneserhebung	35
2.6 Körperliche Untersuchung und Bewertung der Untersuchungsergebnisse	38
2.7 Symptomchecklisten	41
2.8 Erfassen der Kindheitserfahrungen	42
2.9 Die Verknüpfung psychophysiologischer Störungen mit aktuellen Belastungen	43
2.10 Persönlichkeitsmerkmale	44
2.11 Die Diagnose stellen	45
2.12 Rekapitulation und partizipative Entscheidungsfindung	46
2.13 Zusammenfassung	48

3	Psychophysiologische Störungen erklären	49
3.1	Aufbau der therapeutischen Beziehung	50
3.2	Überprüfung der Befunde	51
3.3	Wenn es Unsicherheiten gibt	52
3.4	Das Konzept der psychophysiologischen Störung einführen	53
3.5	Neuronale Verschaltungen erklären	53
3.6	Patienten helfen, das Gehirn besser zu verstehen	54
3.7	Personalisieren der Informationen	56
3.8	Ergebnis der Patientenaufklärung	57
3.9	Psychophysiologische und organpathologische Faktoren	58
3.10	Ein Beispielskript für eine kurze Psychoedukation am Beispiel von Schmerzen (für andere Symptome entsprechend abzuändern)	59
3.11	Zusammenfassung	60
4	Kognitiv-behaviorale Interventionen	61
4.1	Grundlagen der Anwendung kognitiv-behavioraler Interventionen	61
4.2	Symptomauslöser identifizieren	62
4.3	Entängstigung durch Vermittlung einer anderen Sichtweise auf psychophysiologische Symptome	63
4.4	Der Tyrann: Wie psychophysiologische Symptome als Peiniger verstanden werden können	64
4.5	Top-Down Interventionen	65
4.6	Verhaltensorientierte Interventionen	66
4.6.1	Beispiel einer Anleitung zur Reduzierung psychophysiologischer Symptome	68
4.6.2	Beispiel einer Anleitung für den Abbau des Vermeidungsverhaltens	68
4.7	Meditation und Achtsamkeitsübungen	69
4.8	Selbstmitgefühl	72
4.9	Expressives Schreiben	74
4.10	Emotionale Aufmerksamkeit	76
4.11	Überprüfen der Lebensumstände	77
4.12	Das Leben wieder in die Hand nehmen	77
4.13	Strukturierung des Patientenkontaktes	78
4.14	Zusammenfassung	81
5	Physiologie und Psychologie der Emotionen	82
5.1	Bindung	82
5.2	Bindungstrauma	83
5.3	Übertragung	84
5.4	Körperliche Ausbreitungswege unbewusster Angst	85
5.5	Ausbreitung der unbewussten Angst in die quergestreifte Willkürmuskulatur	86
5.5.1	Selbstreflexion über emotionale Zustände	87

5.6	Unbewusste Angst in der glatten Muskulatur	88
5.6.1	Repression	88
5.7	Unbewusste Angst im kognitiven und perzeptiven System ..	89
5.7.1	Projektion	89
5.8	Motorische Konversion	90
5.9	Welche Patienten sind für eine emotionsfokussierte Diagnostik geeignet?	90
5.9.1	Patienten mit leichtgradigem Widerstand	91
5.9.2	Patienten mit mittelgradigem Widerstand	91
5.9.3	Patienten mit hochgradigem Widerstand	92
5.9.4	Fragile Charakterstruktur	92
5.10	Emotionen erleben	93
5.10.1	Positive Gefühle	93
5.10.2	Wut	93
5.10.3	Schuldgefühle angesichts der Wut	94
5.10.4	Trauer	94
5.11	Zusammenfassung	94
6	Psychodiagnostik	95
6.1	Erläuterung der Vorgehensweise	95
6.2	Aktivierung vermiedener Gefühle durch Fokussierung	96
6.3	Gefühle, Angst, Abwehr und Gedanken differenzieren	96
6.4	Zusammentragen der Befunde: Verknüpfungen erarbeiten ..	97
6.4.1	Einordnen des Ansprechens auf die Interventionen	100
6.4.2	Repression	101
6.4.3	Körperliche Ausbreitungswege der Angst	101
6.5	Vorgehen bei Angstausbreitung in die glatte Muskulatur	102
6.5.1	Projektion	104
6.5.2	Motorische Konversion	104
6.6	Ansprechen auf Fokussierung im Prozess	105
6.7	Die Angst in die quergestreifte Muskulatur lenken	106
6.8	Abwehrmechanismen unterbrechen	107
6.9	Hinweis auf ein Nachlassen der Abwehr	110
6.10	Passen Sie Ihre Aktivität der Aktivität der Abwehr an	110
6.11	Wahrnehmen der somatischen Ausbreitungswege der Gefühle	113
6.12	Schuld, somatische Symptome und gegen sich gerichtete Wut	113
6.13	Interventionen zur Angstreduktion	115
6.14	Rekapitulieren und Überprüfen	119
6.15	Interpretation der Ergebnisse	121
6.16	Wann muss der Patient an eine Fachklinik überwiesen werden?	122
6.17	Zusammenfassung	122

7	Modifizierte ISTDP für Ärzte und Psychologen	123
7.1	Voraussetzungen	123
7.2	Kerninhalte der Behandlung	124
7.3	Ablauf der therapeutischen Sitzung	125
7.4	Orientierungsphase	126
7.5	Den Prozess einleiten	126
7.5.1	Vorgehen, wenn Angst im Vordergrund steht	126
7.5.2	Vorgehen, wenn Abwehrmechanismen im Vordergrund sind	126
7.5.3	Vorgehen, wenn Gefühle in den Vordergrund treten	128
7.5.4	Vorgehen, wenn keine Signale zu erkennen sind ...	128
7.6	Mobilisierung vermiedener Emotionen beim Erarbeiten des Behandlungsziels	130
7.6.1	Reaktion 1: Spürbares Erleben von Gefühlen	130
7.6.2	Reaktion 2: Zunahme der Abwehr	130
7.6.3	Reaktion 3: Aktivitätsverlust »Going Flat«	131
7.7	Das Erleben der Gefühle	131
7.8	Erkunden der mit der Vergangenheit verknüpften Emotionen	132
7.9	Rekapitulieren	132
7.10	Die therapeutische Beziehung nutzen	133
7.11	Die Natur der komplexen Gefühle	134
7.12	Selbstwahrnehmung im therapeutischen Prozess	134
7.12.1	Sich von eigenen Emotionen leiten lassen	135
7.12.2	Überprüfen, ob Gefühle erlebt werden	135
7.12.3	Eigene Gefühle bearbeiten	135
7.12.4	Burnout-Prävention	135
7.13	Die zentrale Bedeutung der Schuld	136
7.13.1	Ist es legitim, auf die Gefühle zu fokussieren, obwohl der Patient Abwehren dagegen zeigt?	138
7.13.2	Umgang mit Wendung gegen das Selbst	139
7.13.3	Gefühle mit den Symptomen verbinden	140
7.13.4	Der somatische Ausbreitungsweg der Wut	140
7.13.5	Der Wut Ausdruck verleihen	141
7.13.6	Verbindung zu gegenwärtigen Verlusten	142
7.13.7	Verbindung zur Vergangenheit	143
7.13.8	Ende der Sitzung und Nachbereitung	143
7.13.9	Entscheidungspunkt im therapeutischen Vorgehen	144
7.13.10	Porträtieren der Wut	145
7.13.11	Schuldgefühle	146
7.13.12	Übertragung: Verbindung zu alten Gefühlen	146
7.13.13	Erforschen von anderen alten, verbundenen Gefühlen	146
7.13.14	Zusammenfassung	147
7.13.15	Planung weiterer Sitzungen	147

7.13.16	Patienten mit hochgradigem Widerstand	148
7.13.17	Sicherheitshinweise	148
7.13.18	Depression und Suizidgedanken	148
7.13.19	Paranoide Gedanken	149
7.13.20	Entwicklung neuer körperlicher Symptome	149
7.14	Zusammenfassung	149
8	Das gradierte Format der ISTDP	151
8.1	Zusammenfassung	159
9	Synthese und Schlussfolgerung	161
9.1	Der Prozess der Evaluation, Psychoedukation und Behandlung psychophysiologischer Störungen	161
9.1.1	Schritt 1: Evaluation	161
9.1.2	Schritt 2: Psychoedukative, kognitiv-behaviorale Interventionen	163
9.1.3	Schritt 3: Psychodiagnostische Evaluation und ISTDP-orientierte Behandlung	164
9.1.4	Schritt 4: Intensive psychodynamische Kurzzeit- therapie (ISTDP)	164
9.1.5	Wann überweisen?	164
9.1.6	Zusätzliche Informationen	164
9.2	Zusammenfassung	165
Anhang	167
	Auflistung von Instrumenten, die für die Diagnosestellung bei psychophysiologischen Störungen eingesetzt werden können ...	167
	Anamnese	167
	Symptomcheckliste	169
	ACE Fragebogen zu Belastungsfaktoren in der Kindheit	171
	Beschreibung Lebensverlauf Interview	172
	Persönlichkeitsmerkmale, die oft mit PPS in Verbindung gebracht werden	173
Literatur	174
Stichwortverzeichnis	183

Einführung der Übersetzer

Zum Hintergrund des Praxismanuals

Dieses Praxismanual ist im Rahmen eines Versorgungsforschungsprojekts in Neuschottland (Kanada) zur Verbesserung der Behandlung von Patienten mit »medizinisch nicht erklärbaren« bzw. psychosomatischen Beschwerden entstanden (Cooper et al., 2017), nachdem die grundsätzliche Wirksamkeit dieses emotionsfokussierten Psychotherapieansatzes in mehreren klinischen Studien auf überzeugende Weise gezeigt werden konnte (Lilliengren et al., 2016; Abbass et al., 2009b). Geprüft wird derzeit ein gestuftes Versorgungsmodell, das von der hausärztlichen Praxis bis hin zur Fachpsychotherapie und stationären psychosomatisch-psychotherapeutischen Versorgung reicht (Cooper et al., 2017). Das Praxismanual ist die Frucht der intensiven Schulungsmaßnahmen für die teilnehmenden Ärzte, Psychologen, Pflegekräfte und Sozialarbeiter. Die Übersetzer nehmen deshalb an, dass dieses Manual für eine breite Gruppe von Angehörigen der Gesundheitsberufe in den deutschsprachigen Ländern hilfreich ist. Ärzte in der Primärversorgung, die mit der psychosomatischen Grundversorgung betraut sind, Lehrende im Bereich der Psychosomatischen Medizin und auch Fachpsychotherapeuten, die einen beobachtungs- und praxisnahen Leitfaden für die Behandlung dieser Patienten suchen, werden von diesem Praxisleitfaden profitieren. Es sei an dieser Stelle noch erwähnt, dass, auch wenn der hier dargestellte emotionsfokussierte Ansatz der Intensiven Dynamischen Kurzzeitpsychotherapie bisher wenig in den deutschsprachigen Ländern wahrgenommen wurde, er in der S3-Leitlinie »Funktionelle Körperbeschwerden« (AWMF-Reg.-Nr.051-001) ausgiebig rezipiert wird und Standards für die moderne evidenzbasierte Psychotherapie setzt.

Zur Begriffswahl »psychophysiologische Störungen«

In der Übersetzergruppe entschieden wir uns für den im Deutschen wenig gebräuchlichen Begriff der »psychophysiologischen Störungen«, der im ICD-10 nur in Bezug auf die psychophysiologische Insomnie gebraucht wird. Als Alternative stand der Begriff der »funktionellen Störung« zur Debatte, denn das Gros der im Praxisleitfaden abgebildeten Störungsbilder entspricht den in der

S3-Leitlinie »Funktionelle Körperbeschwerden« (AWMF-Reg.Nr. 051-001) beschriebenen Krankheitsbildern, die kriteriengemäß als somatoforme Störungen (ICD-10) oder neuerdings als somatische Belastungsstörung und verwandte Störungen (Krankheitsangststörung; Konversionsstörung; Psychologische Faktoren, die eine körperliche Krankheit beeinflussen; DSM-5, ICD-11) verschlüsselt werden.

Psychophysiologische Störungen umfassen nach Schubiner und Abbas neben chronischen Schmerzbildern (z. B. Fibromyalgie, Migräne, Morbus Sudeck) auch andere Syndrome wie das chronische Erschöpfungssyndrom, chronische Nesselsucht, Tinnitus, depressive Störungen, Angststörungen, Zwangsstörungen, Essstörungen, Persönlichkeitsstörungen und Störungen im Zusammenhang mit psychotropen Substanzen. Das Spektrum ist also sehr breit und umfasst letztendlich alle Störungen, für deren Entstehung mehr oder weniger schwerwiegende Bindungstraumatisierungen und unverarbeitete Emotionen relevant sind. Die Zusammenfassung all dieser o. g. Störungen unter dem Dach der »psychophysiologischen Störung« erscheint auch insofern naheliegend, da zwischen den »funktionellen Störungen« und den im engeren Sinne »psychischen Störungen« eine sehr hohe »Komorbidität« besteht. Außerdem betont der Begriff der »psychophysiologischen Störungen« weit stärker als das Konzept der somatischen Belastungsstörung die direkten physiologischen Auswirkungen unverarbeiteter bzw. konflikthafter Gefühle auf den Körper. Die obengenannten Krankheitsbilder sind nicht nur die Folge dysfunktionaler Kognitionen (Abbas et al., 2018), sondern gehen auf direkte physiologische Effekte des überaktivierten Angst-Abwehrsystems zurück.

John E. Sarno

Der Praxisleitfaden wurde John Ernest Sarno (1923–2017), einem im angloamerikanischen Sprachraum bekannten Psychosomatiker, gewidmet. Sarno war Professor of Rehabilitations Medicine an der New York University School of Medicine. Er hat mehrere Bücher zur Mind-Body-Medicine veröffentlicht, zuletzt im Jahr 2006 »The Divided Mind: The Epidemic of Mindbody Disorders«. Einen Eindruck von seinem Schaffen vermittelt auch der Dokumentarfilm »All the Rage« aus dem Jahr 2016, der sich mit der Schmerzepidemie in den USA und der daraus folgenden Opiatsucht befasst. Er vertritt als Rehabilitationsmediziner einen durchweg psychodynamisch-psychosomatischen Ansatz und sieht insbesondere unbewusste Wut, auch getriggert durch die gesellschaftlichen Verhältnisse, als ursächlich für die Schmerzepidemie in den USA an. Sarno vertritt wie die Autoren die These, dass erlernte zentralnervöse Prozesse als Reaktion auf unverarbeitete komplexe angstmachende Emotionen für die psychosomatischen Beschwerden verantwortlich sind. Das Gehirn generiert quasi die unterschiedlichen Beschwerden, um die Person vor den darunterliegenden Gefühlen zu »schützen«. Die Symptome dienen dabei der Ablenkung von den eigentlichen Ursachen: »Physi-

cal symptoms, of either the hysterical conversion or psychosomatic variety, are intended to divert attention from emotions in the unconsciousness so that they will not become overt and thereby known to the conscious mind« (Sarno, 2007, S. 50).

Emotionsfokussierte Psychotherapie

Grundlage der in der zweiten Buchhälfte vorgestellten emotionsfokussierten Psychotherapie ist die Intensive Dynamische Kurzpsychotherapie, ISTDP (*Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy*), die von Prof. Dr. med. H. Davanloo begründet wurde. Er war ursprünglich Neurochirurg, wechselte in die Psychiatrie, erlebte seine eigene Analyse bei Helene Deutsch und nutzte die Psychoanalyse als therapeutische und wissenschaftliche Grundlage für sein Wirken als Lehrstuhlinhaber an der McGill Universität in Montréal. Von 1960 an zeichnete er seine Therapien audiovisuell auf. Anhand der Videos studierte er akribisch, welche Interventionen erfolgreicher waren als andere. Auf der Basis seiner Videoanalysen entwickelte er die ISTDP, welche eine einfache und verständliche Neurosenlehre mit differenzierten psychotherapeutischen Interventionstechniken verbindet. Die Anwendung dieser hochwirksamen Therapie erfordert ein hohes Maß an Supervision und Selbstüberprüfung, sodass auch für die Evaluation des Therapieprozesses die Dokumentation der Behandlungsstunden mittels Ton- und Bildaufzeichnung erforderlich ist. Bei der Datenspeicherung sind höchste Anforderungen an die Datensicherheit zu stellen.

Die meisten Patienten kommen in Therapie, weil sie leiden. Sei dies psychisch oder rein körperlich. Bei vielen Körperbeschwerden wird kein körperlicher Auslöser für das Leid gefunden. Die Ursache der Symptome liegt oft in unbewussten Gefühlen, die mithilfe von Abwehren verdrängt werden. In der Kindheit hat das geholfen, sich besser an die Umgebung anzupassen, Spannungen weniger bedrohlich werden zu lassen, Situationen zu deeskalieren und existenzielle Konflikte mit den primären Bezugspersonen zu vermeiden. Auf Dauer können diese Anpassungsmechanismen zu Symptombildung und einem Andauern des Leidens führen.

Das neugeborene Kind sucht die liebende Verbindung zu seinen Bezugspersonen, den Eltern. Wird die Liebe durch Vernachlässigung, körperliche oder seelische Verletzungen gestört, reagiert das Kind, das im frühen Alter nur emotional und nicht kognitiv gesteuert kommunizieren kann, mit Trauer und Wut. Die Wut wiederum löst Schuldgefühle aus, denn es ist wütend auf einen Menschen, den es liebt und braucht, der durch sein Verhalten seine Liebe verletzt hat. Das Kind in der frühen Entwicklungsstufe kann wütende Impulse in seiner Erinnerung nicht von aggressiven Taten unterscheiden, sodass bereits aggressive Handlungsphantasien als reale Tat wahrgenommen werden und zu massiven Schuldgefühlen führen können. Dies geschieht insbesondere dann, wenn die Be-

zugsperson das Kind durch seine eigene Präsenz und Zuwendung nicht von seiner lebendigen Unversehrtheit überzeugt, sondern sich entzieht.

Das Kind macht die unbewusste Erfahrung, dass es mithilfe von Abwehrstrategien seine gemischten Gefühle vermeiden kann und dadurch nicht mehr von diesen bedrängt wird. Dieser seelische Vorgang hilft ihm auch, sich an die Situation zu adaptieren und die lebensnotwendige Bindung aufrechtzuerhalten. Da der Mensch auf liebende Verbindungen angewiesen ist, sucht er auch als Erwachsener danach. Dadurch setzt er sich der Gefahr aus, alte Erfahrungen zu wiederholen und erneut verletzt zu werden. Durch das Bedürfnis nach zwischenmenschlicher Nähe werden nicht nur die gemischten Gefühle aus der zurückliegenden Lebensgeschichte mobilisiert, sondern auch die Angst davor und damit die in der Kindheit gelernten Abwehrstrategien. Werden die Abwehrstrategien aktiviert, führen sie oft zu einer Einschränkung der Lebensentfaltung, zu seelischen Leiden und körperlichen Symptomen.

Zu Beginn der Therapie steht die Exploration der Symptome. Dabei versucht der Therapeut zu erfahren, seit wann die Symptome bestehen, wie oft und wie stark sie den Patienten beeinträchtigen und unter welchen Umständen sie auftreten. Während der Exploration erlebt der Therapeut, welche Gefühle der Patient meidet, welche Abwehrstrategien er dazu einsetzt und wie hoch seine Angst ist, wenn es darum geht, mit seinen Gefühlen wieder in Kontakt zu kommen. Wir laden den Patienten ein, sich für sein körperliches Erleben seiner Emotionen, seiner Ängste und Abwehrstrategien zu interessieren. Gelingt es dem Patienten, die Angst vor seinen Gefühlen zu überwinden, seine Abwehrstrategien zu erkennen und abzubauen, kann er seine eigenen Gefühle erleben. Das führt dazu, dass seine Angst im Alltag und mit ihr die Symptome zurückgehen oder sich vollständig zurückbilden. Er lernt, seine Gefühle adäquat zu erleben, ohne sie ausleben zu müssen oder in Form der selbstdestruktiven Abwehrmuster gegen sich selbst zu richten.

Eine wichtige Orientierungshilfe in der ISTDP ist das Konfliktdreieck nach Ezriel (1952) und Malan (1979), das von H. Davanloo und A. Abbass übernommen wurde. Dabei stellt sich stets die Frage: Was zeigt der Patient im Kontakt mit dem Therapeuten? Sind es Gefühle, eine Angst oder eine Abwehrstrategie?

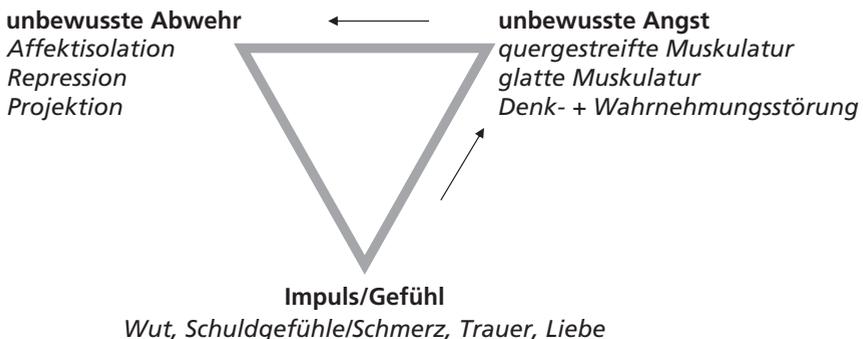


Abb. 1: Das Konfliktdreieck

Zu den Gefühlen zählen wir: Wut, Schmerz, Trauer, Liebe, existentielle Angst.

Angst betrachtet die ISTDP als Aktivierungsmuster des Körpers. Davon werden einerseits Ängstlichkeit und Befürchtungen abgegrenzt, die als Gedanken und Kognitionen eingeordnet werden. Andererseits die existentielle Angst, welche im Zusammenhang mit einer lebensbedrohlichen Situation auftritt. Das Erleben von Angst hat ein körperliches Korrelat. Wenn wir Angst spüren, sind das somatische und das autonome Nervensystem aktiviert. Eine wichtige Entdeckung von Davanloo sind die drei unbewussten Ausbreitungswege der Angst.

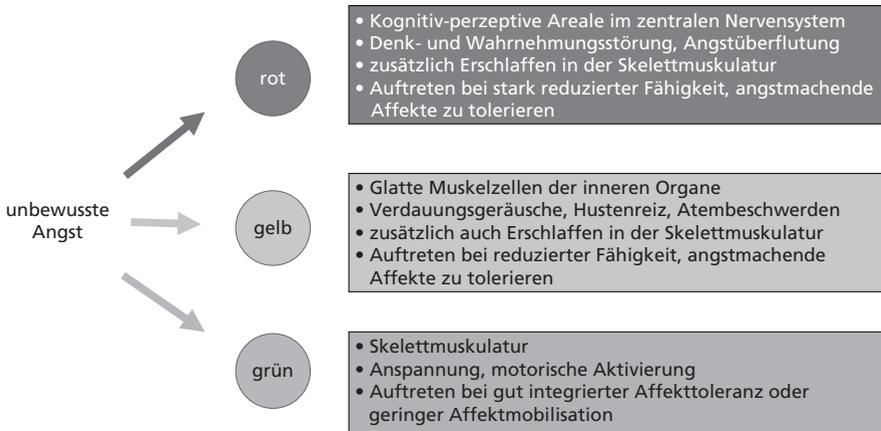


Abb. 2: Ausbreitungswege und Symptome unbewusster Angst (modifiziert nach Pfaundler und Quade 2014)

Die Angst kann sich in der quergestreiften Muskulatur niederschlagen (willkürliches Nervensystem), eine Modulierung der Aktivität der glatten Muskulatur (autonomes Nervensystem) bewirken oder sich als eine kognitiv-perzeptive Störung (zentrales Nervensystem) zeigen. Es ist für die Behandlung von fundamentaler Bedeutung, den Ausbreitungsweg der Angst zu erkennen, denn die Auswahl der Interventionen in der ISTDP hängt unmittelbar davon ab. Ist der Therapeut damit vertraut, seine Interventionen auf die körperliche Manifestation der Angst abzustimmen, kann die ISTDP mit ausreichender Sicherheit angewendet werden.

Patienten, bei denen die quergestreifte Muskulatur aktiviert wird, sind in der Sitzung angespannt. Die hauptsächliche Abwehrstrategie ist die Isolierung des Affektes. Diese Menschen wissen z. B., dass sie wütend sind. Ihre Körper sendet aber Angstsignale aus. Ihre Symptome zeigen sich v. a. in der Skelettmuskulatur, was zu Beschwerden im Bewegungsapparat führt. Die Patienten sind in der therapeutischen Situation in der Lage, einen hohen Anstieg an Gefühlen zu tolerieren. Der Therapeut hat also grünes Licht für die weitere Fokussierung auf das emotionale Erleben, da die Gefahr einer psychischen Dekompensation nicht gegeben ist.

Patienten, deren Angst sich in das autonome Nervensystem entlädt, leiden an Symptomen der inneren Organe wie Migräne, Magen-Darm-Störungen, Störungen

gen des Urogenitaltraktes und andere. Die hauptsächliche Abwehrstrategie ist die Repression, die Verdrängung oder Unterdrückung der Gefühle, was mit einer Beeinträchtigung der Selbstwahrnehmung einhergeht. Diese Menschen spüren und merken nicht, dass sie wütend sind. Sie zeigen auch keine Zeichen der Angst in der quergestreiften Muskulatur, sondern sie aktivieren unmittelbar bei einer Änderung der Gemütsbewegung psychische Symptome und körperliche Reaktionen. In dieser Konstellation ist es unabdingbar, bei der Fokussierung auf das emotionale Erleben und der Gefahr einer Angstüberflutung immer wieder durch kognitive Einordnungen eine Entlastung des Patienten herbeizuführen und damit zunehmend eine Desensibilisierung gegenüber seinen gefürchteten Affekten zu erreichen. Der Therapeut muss die weitere Fokussierung sehr zurückhaltend anwenden und gegebenenfalls angstsenkende Methoden einsetzen, da eine Überforderung durch zu intensive Fokussierung zu einer Verschlimmerung der Körpersymptomatik führen kann.

Patienten, deren Angst sich ins zentrale Nervensystem entlädt, zeigen Wahrnehmungsstörungen wie verschwommenes Sehen, Tunnelblick, auditive oder haptische Phänomene und kognitive Beeinträchtigungen in Form von Konzentrationsstörungen, Gedankenabreißen, Blackout oder dissoziativen Symptomen. Auch diese Menschen merken nicht, dass sie wütend sind. Sie sind bereits bei geringer Affektmobilisation von Angst überflutet und können nicht mehr funktionieren. Es liegt auch hier eine Beeinträchtigung der Selbstwahrnehmung vor, Impulse können häufig nicht ausreichend wahrgenommen und in der Folge nicht kontrolliert werden. Die Kommunikation nach innen gelingt kaum. Hier liegt oft eine erhebliche Beeinträchtigung der strukturellen Integration im Sinne der OPD-2 (Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik, 3. Auflage, Huber) vor. Die hauptsächlichen Abwehrstrategien sind unreife, d. h. entwicklungsgeschichtlich frühe Abwehrstrategien: Projektion, Externalisierung, Spaltung. Bei diesen Patienten kommen wir rasch in eine rote Zone mit Gefährdung der inneren Kohäsion. Das heißt, wir müssen den Prozess stoppen, die Abläufe gemeinsam mit dem Patienten kognitiv analysieren, damit dieser einen Überblick und eine Orientierung über seine inneren Abläufe gewinnen kann. Diese Menschen geraten durch die Fokussierung auf die Gefühle sehr rasch in eine Angstüberflutung und können dann nicht mehr auf perzeptive, kognitive und exekutive Funktionen zugreifen.

Während die Patienten mit aktivierter quergestreifter Muskulatur eine hohe Toleranz haben, Angst auszuhalten, benötigen Patienten mit Angstentladung in das autonome Nervensystem oder mit kognitiv-perzeptiver Störung zunächst die Fähigkeit, sich vor einer Angstüberflutung schützen zu können. Ihre Ich-Struktur ist zu zerbrechlich und bedarf zunächst eines Aufbaus und einer Stärkung der Abwehrstruktur. Dieses Merkmal wird als Fragilität bezeichnet.

In der psychotherapeutischen Arbeit begegnen uns eine Vielzahl von Abwehrstrategien. Gewisse sind offensichtlicher, andere verborgen.

Die etwas leichter zu erkennenden Abwehrstrukturen sind:

- *Obsessive Abwehren*: Intellektualisieren, Ruminieren, Rationalisieren, Verneinen. Affekt und Kognition sind voneinander isoliert.