



**Dr. med. Alfons Lindemann**

Psychotherapeutisch tätiger Arzt  
Facharzt für Allgemeinmedizin, Psychotherapie  
Privatpraxis für Einzel-, Paar-, Gruppen-Psychotherapie,  
Coaching und Supervision

Am Hain 2  
35444 Biebertal  
Tel: 06409 – 7076  
Mail: info@lindemann-coach.de  
Web: www.lindemann-coach.de

## Psychotherapie – Versuch einer Beschreibung

(Aus schreibtechnischen Gründen sind hier mit der männlichen Schreibform alle anderen Geschlechter selbstverständlich auch gemeint; ebenso meint der Begriff >Patient< ebenso Klient, Therapieaufsuchender oder Berater – die Begrifflichkeiten sind in unterschiedlichen Therapieschulen unterschiedlich üblich; in der Regel, um Stigmatisierungen und fixe diskriminierende Rollenzuschreibungen zu vermeiden.)

**Zu einer Psychotherapie treffen sich** zwei (Einzel-) oder mehrere (Paar- oder Gruppentherapie) Menschen in den Rollen >Patient und Experte<, um sich eine als problematisch erlebte Situation oder schwierige Lebensverhältnisse des Beratung und Unterstützung Suchenden anzuschauen, zu verstehen und alternative Umgehensweisen für eine bessere Lebensqualität des Patienten zu finden und „unter Laborbedingungen“ auszuprobieren, um Taugliches in den Alltag zu übernehmen.

Im **Vordergrund** steht dabei immer **die aktuelle Thematik** und das Erkennen von **Wechselwirkungen**; wobei im **Hintergrund** sowohl das soziale Umfeld, als auch geschichtliche Zusammenhänge berücksichtigt werden, wie auch **unbewusste** (dem Patienten nicht bekannte, abgespaltene oder verdrängte) **Dynamiken**, die für eine bewusste Bearbeitung zugänglich gemacht werden sollen.

**Der therapeutische Prozess** gliedert sich, wie jeder Kontakt, in der einzelnen Begegnung, wie im Gesamtverlauf, in drei Phasen:

1. **Herstellen von Verbundenheit** – beschreiben, Befunde zusammentragen und diagnostische Abklärung
2. **Arbeit an Ziel und Differenzierung** – fühlen, einordnen, verstehen, würdigen und benennen können; integrieren, strukturieren, regulieren
3. **Ablösung** und neue Eigenständigkeit in der Aufgabenbewältigung – Autonomiegewinnung

Diese Kontaktstadien lassen sich zeitlich und inhaltlich auch auf größere Zusammenhänge beziehen; sie werden dann mit bestimmten Fragen untersucht:

- Vergangenheit – **WAS ist geschehen? In WELCHEM Kontext?**
- Gegenwart – **WIE gehe ich damit um?**
- Zukunft – **WOZU mache ich das? bzw. WOHIN führt das?**
- Sinnfrage: **WILL ich das? WOFÜR?**

**Das Verhältnis der Beteiligten** ist bei der Arbeit asymmetrisch und per Definition eine ungleiche. Denn der Therapeut erfährt sehr viel über sein Gegenüber; umgekehrt ist dies nicht der Fall, da der Experte ja für die Bereitstellung seiner Zeit und die Bearbeitung der Themenstellung des Patienten bezahlt wird – nicht um eigene Themen zu klären.

Dennoch ist **der Therapeut** auch ein Mensch, so dass es selbstverständlich sein kann, dass in einem Therapieprozess auch seine Themen getriggert werden. Um solche Punkte nicht mit der Behandlung des Patienten zu vermischen, ist seine eigene Therapie oder die fortlaufende Supervision des Therapeuten zuständig, in der er das eigene Handeln reflektiert.

Allgemein lässt sich sagen, dass der **Experte** (franz. - „sachkundig, erfahren“) jemand ist, der über mehr Wissen und Fähigkeiten als die meisten anderen Menschen in einem bestimmten Fachgebiet verfügt. Dennoch ist auch seine Sicht auf die Dinge nur eine von vielen möglichen Betrachtungsweisen; er ist vor allem nicht Allwissend oder im Besitz „der Wahrheit“ oder irgendwie zaubermächtig.

Weil sich **Information** nicht übertragen lässt, es keinen „Nürnberger Trichter“ gibt, ist der Erfolg der gemeinsamen Arbeit immer vom Eigenengagement des Patienten, aber auch von der Passung – in Punkto Sympathie und gemeinsamer Sprache – von Patient und Therapeut abhängig.

Denn selbst wenn alle Beteiligten die gleiche Sprache sprechen, sind doch, aufgrund unterschiedlicher Lebenserfahrungen und Bildungshintergründe, die Bedeutungen der Worte im Verständnis der Beteiligten nicht unbedingt gleich. Und auch aus unterschiedlichen Perspektiven, mit differierenden Motivationen oder Zielen wird die gleiche Situation von verschiedenen Personen unterschiedlich wahrgenommen. Zudem ist, bei genauem Hinschauen, Wahrnehmung kein passives Geschehen, sondern immer eine aktive „**Wahrgebung**“. Ihr liegt ein vielfältiger Prozess aus Aufmerksamkeitsfokussierung, Auswahl von Vorder- und Hintergrund, Bewertung und Bedeutungsgebung usw. zugrunde.

Ereignisse sind einfach Ereignisse und auch Informationen sind an sich wertneutral, ohne innewohnende Bedeutung; die **Deutung** kommt erst durch den Empfänger der Information hinzu.

So ist es immer der Empfänger einer Botschaft, der – je nach seinem Erfahrungshorizont – über den Inhalt des Auf- und Angenommenen bestimmt. Das heißt in Lernsituation: was gelehrt und gelernt wurde, bestimmt der Schüler – ganz unabhängig von den Bemühungen des Lehrers.

Denn jeder Mensch ist ein autonomes Wesen und tut, was er tut, in erster Linie für sich selbst.

**So muss in jeder Beziehung erst eine gemeinsame Basis erarbeitet werden.** Sonst besteht, auch in der therapeutischen Beziehung, wie in jedem anderen Verhältnis, eine hohe Wahrscheinlichkeit von **Missverständnissen**.

**Störungen haben daher Vorrang.** Denn wer abgelenkt ist, hat die Konzentration zumindest nicht mehr voll beim aktuellen Geschehen; die nächsten Verstörungen sind vorprogrammiert. Sobald also Unstimmigkeiten, welcher Art auch immer, von wem auch immer, bemerkt werden, sollten diese unbedingt zeitnah angesprochen und aufgeklärt werden.

Im therapeutischen Setting kann man zumindest sicher sein, dass der Therapeut sich auch nach einer Auseinandersetzung in der nächsten Therapiestunde wieder mit einem zusammensetzt.

**In den ersten Sitzungen** geht es um einen ersten Eindruck und die Einschätzung von Sympathie und Passung, um die Erhebung von ersten diagnostisch wichtigen Daten, das Besorgen von Unterlagen, die Auftragsklärung und die Abklärung, ob Erwartungen und Ziele von Patient und Therapeut zusammen gehen; sowie um die Herstellung einer Arbeitsbeziehung – oder, um ein würdiges Auseinandergehen.

Als Patient sollte man sich die Zeit nehmen, so viele Therapeuten kennen zu lernen, bis man sich sicher ist, mit wem man zusammenarbeiten möchte; wo man sich erlauben würde, sich zu zeigen. In den ersten Stunden soll, nach dem **Patientenrechtgesetz** von 2013, auch eine Aufklärung durch den Therapeuten stattfinden – über das, was sicher, wahrscheinlich und möglicherweise im Verlauf der Therapie auf den Patienten zukommt.

Alle diese **Sitzungen >auf Probe<** (bis zu 5 pro Therapeut) werden von den Krankenkassen ohne Antrag bezahlt.

**Die eigentliche Therapie** beginnt danach, wenn sich Patient und Therapeut darüber einig geworden sind; bzw., **wenn die Behandlung über eine Krankenkasse finanziert werden soll**, nachdem die Krankenkasse eine Kostenzusage erteilt hat.

Die grundsätzlichen Klärungen finden also vor der eigentlichen Therapie statt.

**Sollte sich herausstellen, dass die Betroffenen nicht miteinander können oder wollen**, sollte man sich nicht einfach verdrücken, sondern sich mit offenen Worten voneinander verabschieden.

**Sinn von Hausaufgaben** (die evtl. vom Therapeuten angeregt werden) ist es, den Patienten zur Eigenarbeit und zu neue Erfahrungen zu motivieren, ihn zu aktivieren. Es soll angeregt werden, sich Situationen, Umstände und Wechselwirkungen genauer anzuschauen; Selbstreflexionsprozesse sollen angestoßen und geübt, Ressourcen und Stärken bewusst gemacht oder auch Muster unterbrochen werden.

Schon mit der **Anamnese** (griech. – „Erinnerung“) – etwa zu Beschwerden, Lebensgewohnheiten und früheren Erkrankungen – beginnt die Auseinandersetzung des Patienten mit seinem Selbstverständnis und seinen Erlebens- Deutungs- und Handlungsmustern. Gerade auch die Beschreibung der eigenen Gefühle in bestimmten Situationen oder das Benennen der gedanklichen Konzepte zu früheren und aktuellen Lebensumständen, Träumen und Zukunftsvisionen sowie die Beschreibung der als problematisch erlebten Situation und auch der Ausnahmen, in denen das zu Erwartende erstaunlicherweise nicht stattfindet, wie die Auseinandersetzung mit dem Arbeitsauftrag an den Therapeuten sind wichtige Schritte, um Muster und Lebenslinien zu erkennen.

Gleichzeitig versetzen diese Informationen den Experten in die Lage, erste Phantasien zu einem **Verständnis der aktuellen** sowie **der Grundthematik** des anderen zu finden, um Strategien für eine Verbesserung der Situation daraus abzuleiten.

Selbstverständlich müssen diese Ideen im Prozess fortlaufend korrigiert und im Austausch mit dem Patienten immer wieder angepasst werden. Ebenso können Arbeitsauftrag und Zielvorstellungen im Verlauf einem Wandel unterliegen.

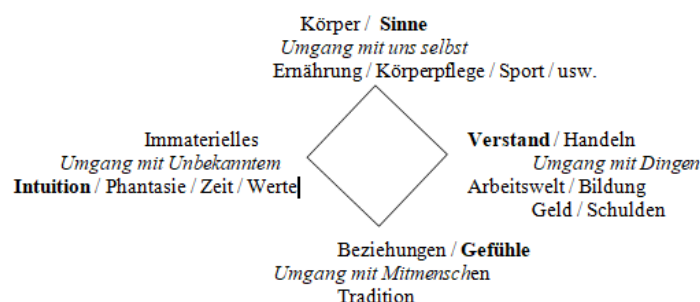
Zudem, **bei einer krankenkassenfinanzierten Therapie**, bilden all diese Informationen die Grundlage für das anonymisiert zu erstellende **Gutachten** - das also von der Krankenkasse nicht einzusehen und vom begutachtenden Facharzt oder Diplompsychologen keiner konkreten Person zuzuordnen ist.

In diesem **Antrag auf Kostenerstattung** werden die aktuelle Symptomatik, vor dem Hintergrund der lebensgeschichtlichen Erfahrungen und den erhobenen Befunden, zu ersten Hypothesen (latein. – „Unterstellung“, „unbewiesene Annahmen“) über die wirkende Psychodynamik zu Diagnosen (griech. – „Unterscheidung“, „Entscheidung“) verdichtet. Daraus werden das Behandlungskonzept und eine Prognose in Bezug auf die zu erwartende Bearbeitungsdauer und die Verbesserungsaussichten abgeleitet.

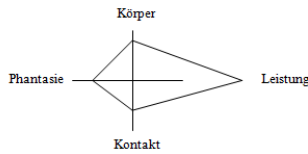
**Eine Diagnose**, das gilt es für den Patienten immer zu bedenken, entsteht durch eine zusammenfassende Gesamtschau und Beurteilung der erhobenen Befunde. Das heißt aber nicht dass der Patient, das hat, was da als Arbeitshypothese formuliert wurde. Höchstens beschreibt die Diagnose einen aktuellen Seinzustand, aber kein „Haben“ oder gar „immer haben“, im Sinne eines Besitzes; vor allem ist eine Diagnose ein Hilfsmittel, um erste Behandlungsstrategien zu unterstützen und ein Rechtfertigungsmoment gegenüber Krankenkassen.

Findet der Gutachter die Darstellung schlüssig, empfiehlt er der Kasse die Kostenzusage für die Therapie. **Nun kann die Behandlung beginnen.**

Die beleuchteten Aspekte der gemeinsamen **Selbsterforschung** können alle „Medien der Erkenntnis“ umfassen. Diese **räumliche Art der Darstellung** kann wie ein **Kompass** benutzt werden:



Wird in dieses doppelte Balance-Modell die subjektive Einschätzung der eigenen Aufmerksamkeitsverteilung eingetragen, zeigt sich schnell, welche Bereiche im Leben eines Patienten überbetont (hier z.B. Leistung) und welche unterbetont und damit mehr oder weniger „in den Schatten gefallen“ sind



... und wo Korrekturen sinnvoll wären.

Für **die zeitliche Dimension** hier einige grundsätzliche Erwägungen, die für den therapeutischen Prozess bedeutsam sind:

Schon die Personen und Umstände der **Zeugung** haben Einfluss auf die Möglichkeiten, in denen sich ein Mensch entwickeln kann. Je nachdem, welche genetischen Informationen sich kombinieren, sind die ererbten Pfade, Grenzen und Chancen bestimmt, mit denen das entstehende Leben startet. Ebenso haben die (ernährungsbedingten, emotionalen, hormonellen, immunologischen usw.) Bedingungen im Mutterleib wesentlichen Einfluss auf die Entwicklung des Kindes; z.B. welches Geschlecht sich ausbildet. Auch die **Geburtserfahrung** hinterlässt bleibende Spuren, oft im Sinne von unbewussten Erwartungen. Des Weiteren sind es insbesondere die frühen **Bindungserfahrungen**, die grundlegende und mächtige Bedeutung für die weitere Entwicklung eines Kindes haben; sie beeinflussen z.B. über epigenetische Prozesse sogar Grundhaltungen, die über mehrere Generationen vererbt werden können.

Um solch abstrakte und komplexe Sachverhalte, wie das Zusammenspiel im Körper oder in Beziehungen darzustellen und in eine vorstellbare Gestalt zu bringen, benutzte man in den Anfangszeiten der Psychologie Bilder vom Uhrwerk oder Dampfdruck, so wie es in der Technik zu der Zeit modern war. Heute werden neue Bilder benutzt, die die Vorgänge auch nicht wirklich treffend beschreiben: während am Anfang des Lebens sozusagen die „Hardware“ aufgebaut wird, kommt dann immer mehr „Software“ ins Spiel, um die Anforderungen des Lebens zu meistern.

**Qualität geht dabei über Quantität;** wobei erst die Wiederholungen und Rituale dem Kind ermöglichen, Strukturen zu erkennen, um sich allmählich orientieren zu können.

Unterscheidungen treffen und sich orientieren können, ist die Bedingung für's Handeln können und sich ein Bild von etwas machen können. Dabei spielen die Menschen der Umgebung mit ihrer Art des Umganges mit sich, untereinander, mit den Dingen und mit Sprache die entscheidende Rolle für die Ausrichtung des Kindes; wie in seinem Selbsterleben.

**Als Erwachsener muss man sich vor Augen führen,** dass, je kleiner das Kind, umso weniger praktische Erfahrungen und Informationen hat es, umso weniger kann es unterscheiden, sich orientieren und damit erkennen, zuordnen oder gar zu Gruppen zusammenfassen und strukturieren oder Ziele verfolgen. Zeit z.B. kann anfänglich nicht eingeschätzt werden, so dass jedes Unbehagen „ewig“ dauert und das Kind sich wünscht, dass Bedürfnisse deshalb „sofort“ erfüllt werden sollen. Bedürfnisaufschub wird erst mühsam gelernt, wenn hinreichend Sicherheit da ist; weil die Hoffnung auf spätere Befriedigung oft genug erfahren wurde.

Je kleiner das Kind, desto mehr ist es darauf angewiesen, dass es mit Pflege und Informationen, auch emotionalen und sprachlichen, versorgt wird. Im Laufe der Zeit entwickelt sich die Lebensbewegung dann immer mehr in Richtung Autonomie, um dann wieder nach Beziehung zu streben usw.; ähnlich wie sich Dicken- und Längenwachstum in der Kindheit mehrfach abwechseln.

Das empathische Einfühlungsvermögen der Mutter und dann auch weiterer Bezugspersonen ist entscheidend für die sich entwickelnde Selbstwahrnehmung des Kindes. Je offener die Personen für

ihre eigenen Emotionen sind, umso eher kann ein Kind die Fähigkeit lernen, Gefühle anderer zu deuten. Wichtig ist immer wieder auch das Zuordnen und Erklären. Denn die Art und Weise, wie das Miteinander geschieht, hat erhebliche Auswirkungen auf die weiteren Möglichkeiten, sich zu entwickeln und in der eigenen Körperlichkeit zu Hause zu sein. Je sicherer sich ein Kind in seinen Beziehungen fühlt, umso eher erkundet es die Welt, umso mehr Informationen sammelt es, umso differenzierter wird sein Bild von der Welt und umso sicherer wird es allmählich auch in sich, über sein da sein dürfen und in seinen Bewegungen in der Welt.

**Je kleiner das Kind, desto größer die Konsequenzen** – auch wenn die frühen Erfahrungen später kaum mehr bewusst gemacht werden können, der **kindlichen Amnesie** anheimfallen. Sie wirken dennoch weiter, sind in der Körperstruktur und in den Spannungsmustern z.B. der Muskeln gespeichert, die bestimmte Bewegungen erlauben oder auch nicht. Parallel damit einher geht die Möglichkeit bestimmte Erwartungen zu haben oder auch nicht, bestimmte Gefühle zuzulassen oder auch nicht, im Dauerstress aktiviert zu sein oder auch nicht, letztlich mit Auswirkungen auf unser Immunsystem, auf Hormone, usw. usw. bis hin zu Auswirkungen auf unsere Lebenserwartung.

Die Weichenstellungen für viele Entwicklungen passieren also schon in den **lebensgeschichtlich frühen Beziehungserfahrungen** und deren emotionaler Atmosphäre. Darauf bauen alle weiteren Erfahrungen und Annahmen auf.

Die Eltern, Geschwister, andere Angehörige und nahe Bezugspersonen sind die Liebes- und Hassobjekte, auf die sich alle emotionalen Regungen richten und an deren Verhalten sich das Kind orientiert und lernt, was es als „normal“ ansieht. Für lange Zeit, da es ja wenig anderes kennt, stellt es dieses „normal“ auch nicht in Frage; es ist seine Welt – gut oder schlecht, spielt da für das Kind erst mal keine Rolle. Es muss sich an die gegebenen Umstände erst einmal anpassen, muss mit ihnen für Jahre auskommen.

Das Kind bildet, ausgehend von seinen lückenhaften Kenntnissen, Konzepte, wie man die Welt bewältigt, wie man überlebt oder auch sich selbst darin verwirklicht. Dabei muss es Grenzen und sich regulieren lernen, muss unterscheiden, strukturieren und integrieren lernen, muss aushalten und mit Frust umgehen lernen. Dazu braucht es immer wieder das beschützend lenkende, mitfühlende, spiegelnde, tröstende und erklärende **Gegenüber**, das im besten Fall einen einschätzbaren, sicheren, liebevoll unterstützenden, wie herausfordernden Rahmen bietet und gleichzeitig Raum lässt, in dem sich das Kind selbst erfahren und ausprobieren kann. Dabei ist anfänglich das **Lustprinzip** - ohne Rücksicht auf andere Interessen - eine wichtige treibende Kraft, die auch das Vermeiden von Unlustserfahrungen einschließt, so dass das Kind von den erfahrenen Erwachsenen die sichernden Grenzen und die Anleitung zur Integration in eine Gemeinschaft benötigt.

Die Erwachsenen sind derweil in gesellschaftliche und kulturelle Bedingungen eingebunden, die sich mit der Zeit verändern. Überdauernd bleibt es als **Aufgabe der Eltern**, mit viel Geduld, Wohlwollen und Klarheit in der eigenen Haltung, insbesondere

- **die vitale Versorgung zu gewährleisten** (Grundlage zur Entwicklung des Körper selbst),
- **bei der Unlustregulierung zu helfen** (Grundlage für Selbstberuhigung und Affektregulierung),
- **eine emotionale Kommunikation zu ermöglichen** (Grundlage von Affekterleben, Gefühle angemessen äußern können und Affektverständnis, Empathie, Kommunikation nach außen und Selbstwertgefühl),
- **die Sprachfertigkeiten zu fördern** (Grundlage für Selbstreflexion, Affektdifferenzierung, Selbst-Objekt-Differenzierung, Kommunikation nach innen, Mentalisierung, Entstehung eines psychischen Binnenraums, in dem man etwas halten und aushalten kann)

Ist das elementare **Bedürfnis nach Zugehörigkeit** gesichert, lernt das Kind sich im Laufe der Zeit selbst zu schützen und die eigenen Autonomiestrebungen gesellschaftsverträglich umzusetzen. Das anfängliche Zweipersonenverhältnis weitet sich im Wachstumsprozess auf immer mehr Personen aus. Das Lernen durchläuft im Laufe der Kindheit verschiedenste **Entwicklungsphasen**, in denen bestimmter Herausforderungen zu meistern sind. Dafür bietet das Gehirn zu den entsprechenden Zeiten sehr viele Nervenverbindungen an, die bei passender Förderung bestehen bleiben oder zurückgebaut werden. Alle Entwicklungen erweitern den Radius und die Fähigkeiten des Kindes und führen – wenn alles gut läuft - zu einem frei fließenden, pulsierenden Kontakt mit sich und der Welt und zu gelingenden Kooperationen.

Ganz allgemein gesprochen geht es während des ganzen Lebens um die Herstellung von:

- **Nähe und Beziehung**  
(großes Thema im ersten ¼ Jahr; bleibt lebenslang wichtig)
- **Objektbindung, zu einem reagierenden Partner** (real oder phantasiert)  
(das Beziehungssystem entwickelt sich im und ab dem 1.-2. Lebensjahr)
- **Autonomie**  
(ab 2.-4. Lebensjahr entwickeln sich neue Möglichkeiten Beziehungen selbst zu gestalten)
- **Identität**  
(ab 4.-6. Lebensjahr Aufbau realistischer Vorstellungen von der eigenen Person und ihrer Stellung in der Welt, mit der man umgehen, sich austauschen möchte)

**Störungen der Entwicklung, wie auch Verletzungen**, haben, je nach Alter, in dem die Störung oder die Traumatisierung auftritt, unterschiedlich gravierende Auswirkungen.

Der Experte unterscheidet „**frühe / strukturelle Störungen**“ und „**konfliktneurotische Dynamiken**“:

↓	↓
<b>Bedürfnisdynamik:</b> (Was will das Subjekt von den Objekten (Personen wie Dingen)?)	
Es erwartet (passiv) von anderen Bedingungen, unter denen es strukturell funktionieren kann Unlustvermeidung	Es sucht (aktiv) Befriedigung für Wünsche, Triebregungen, Impulse und dadurch Lustgewinn bzw.
<b>Dynamik der kognitiven Überzeugungen:</b> (Wie reagieren die Objekte im Erleben des Subjekts?)	
(In der eigenen Phantasie) reagieren sie überwältigend, bedrohend, verfolgend, zerstörend, vernachlässigend	Sie reagieren versagend, strafend, ängstigend, beschämend, fordernd
<b>Affektdynamik:</b> (Wie reagiert das Subjekt emotional auf die erlebte Situation?)	
Es reagiert mit diffuser emotionaler Überflutung (arousal) oder Entleerung und mit maladaptiven Emotionen wie Verzweiflung, Schmerz, Enttäuschung, Gekränktheit, Empörung	Es reagiert mit objektgerichteten Emotionen wie Angst, Scham, Schuld, Ärger
<b>Dynamik regulierender Prozesse:</b> (Wie steuert das Subjekt seine Emotionen?)	
Es reagiert kurzfristig mit Notfallmaßnahmen der Selbstschädigung, Selbstentleerung, Suchtentwicklung, destruktive Beziehungsgestaltungen. Langfristig reagiert es mit der Ausbildung neurotischer Bewältigungsmuster, z.B. schizoid, narzisstisch	Es reagiert durch Sich anpassen, Sich unterordnen, Verzichten, Sich auflehnen; ferner durch Aktivierung von Abwehrmechanismen, so dass die verdrängte Konfliktdynamik unbewusst wirksam bleibt

Wie man aus der Tabelle oben (Rudolf, 2004 / 2013) sieht, stehen Personen, deren grundlegenden Bedürfnisse im frühen Leben nicht erfüllt wurden, die **strukturellen Fähigkeiten**, sich selbst und ihre Beziehungen zu regulieren, unter den real gegebenen Bedingungen des Erwachsenenlebens nicht zur Verfügung. Zudem bilden sich wenig hilfreiche Überzeugungen aus, die extrem negatives von anderen erwarten, während man sich selbst als hilflose Person konzeptualisiert. Das wird durch die Defizite der eingeschränkten Affektdynamik scheinbar bestätigt. Kennzeichnend sind die immer wieder aktivierten Notfallreaktionen, die das eigene Verhalten und die Beziehungsgestaltungen mehr und mehr destruktiv und selbstschädigend gestalten (eben, wie man es von früher kennt – die Abwehrfigur: „Identifikation mit dem Aggressor“ z.B., half das bedrohte Selbst schützen). Beziehungen sollen hier kompensatorisch wirken; sind damit über kurz oder lang jedoch überfordert. *Willi* hat das 1975 / 1999 als **Kollusionskonzept** beschrieben.

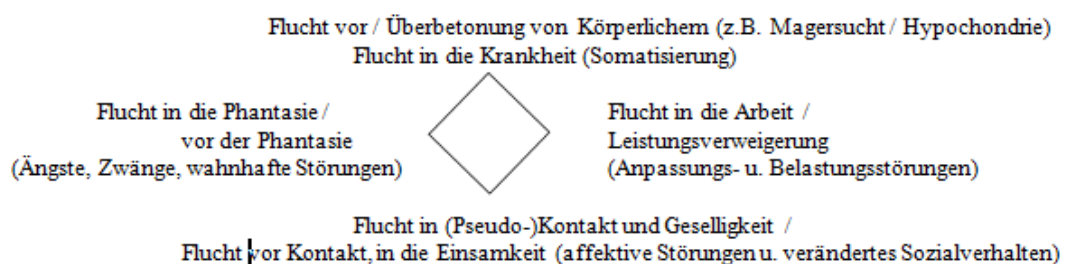
Eine echte **Nachreifung** und die Entwicklung von Verständnis für das eigene Erleben und Handeln, sowie das der anderen, muss erarbeitet werden, um dem erhalten gebliebenen Bedrohungserleben zu entkommen und gesündere Umgangsformen zu entwickeln.

**Die späteren konfliktneurotischen Muster** bauen einmal auf besser gelungene Früherfahrungen auf und haben zudem mehr und differenziertere Reaktionsmöglichkeiten zur Verfügung. Trotzdem gibt es natürlich auch in der weiteren Entwicklung unerfüllte Bedürfnisse, die oft verdrängt werden müssen, um daran nicht zu zerbrechen. Zudem werden aus kindlich-naivem, mangelhaftem Wissen Überzeugungen aufgebaut, die sich später als problematisch erweisen können, auf die es jedoch nachhaltig emotionale Antworten gibt, die auf die subjektiv erlebten Defizitsituation reagieren. Das kann zu dysfunktionaler Regulation führen. Insbesondere in passenden Auslösesituationen kommt es immer wieder zu Fehlleistungen.

Die „**unvollendeten Gestalten**“ streben nach Vollendung, damit sie sozusagen aus der „Wiedervorlage“ in die „Ablage“ der Erinnerung einsortiert werden können. Ohne es zu wollen, erleben sich diese Menschen unter dem Druck von verdrängten, unbewussten Bedürfnissen, die sie noch immer gegenüber bestimmten Objekten haben, getrieben, bestimmte Dinge zu tun, die situativ oft unpassend erscheinen. Sie sind Ausdruck der unbewussten **Konfliktsituation**, etwas haben zu wollen, das verboten oder nicht erreichbar ist.

Die Versuche des Nachholens von Erfahrungen scheitern meist am (mindestens zeitlich) falschen Objekt, können allerdings auch, durch aktuelles Erleben auf symbolischer Ebene, als echte Heilung gelingen oder abgeschlossen werden, wenn es ein echtes Einverständnis gibt, die nicht realisierten Ziele als unwiederbringliche, reale Verluste zu betrachten.

Grob lassen sich vier Formen der Konfliktverarbeitung, als Ausdruck von Über- bzw. Unterbetonung oder Über- bzw. Unterdifferenzierung, benennen:



Wie immer in diesem Modell lässt sich die Wichtigkeit der Körpers oben, auf der Grundlage der Beziehungen unten auf der horizontalen Achse sehen, während die Modellierungen über die vertikale Achse hinzukommen und alles wechselwirkt; dennoch liegt oft ein wichtiger Beweggrund für die Ausprägung eines Symptoms auf den gegenüberliegenden Seite der Achse.

**Wenn es in der Therapie gut läuft**, erlebt man: da interessiert sich jemand wirklich für mich, für meine Interessen und Nöte, da wendet sich mir jemand wertschätzend und liebevoll zu, da traut mir jemand etwas zu und ermutigt mich, kritisiert mich jedoch auch, wo es sinnvoll ist. Da will ein Gegenüber wissen, wann es mir gut geht und wie es dazu kommt und auch das Gegenteil wird genauestens erforscht und besprochen, um Zusammenhänge aufzudecken, um mehr pulsierenden „flow“ in das eigene Körpererleben und in die Lebenszusammenhänge des Patienten zu bringen und um mit ihm mehr Wahlmöglichkeiten zu erarbeiten, die Grenzen klären und Freiheiten ermöglichen.

Dabei zeigen sich immer wieder, als Widerspruch in sich und als **strukturelle Themen des Settings**: die gleichberechtigte **Augenhöhe**, die aufgrund des asymmetrischen Verhältnis einerseits per se unmöglich ist und zugleich von Patient wie Therapeut mit ihrer Arbeit angestrebt wird und: die entgegengebrachte **Sympathie**, die sicherlich echt ist, aber ebenso doch auch dem Arbeitszusammenhang entspringt. Dabei dürfen und sollen Gefühle und assoziative Verknüpfungen in der therapeutischen Situation da sein; sie sind sogar wichtig, um zu verstehen, wie jemand geworden ist, was er ist.

Daneben werden Körpersymptome und –signale oder in Szene gesetzte Beziehungskonstellationen, Leistungsansprüche an sich und andere und auch Sinn- wie Zukunftsvorstellungen, Versprecher wie auch Schweigen oder die Anfangsworte einer Stunde beachtet, da in ihnen etwas zum Ausdruck gebracht werden kann, für das der Patient zum Teil (noch) keine Worte hat.

Denn neben Offensichtlichem sind es gerade unbewusste Antriebe und Manöver, die im Alltag quer schießen und Schwierigkeiten bereiten.

Weil: **was einem nicht bewusst ist**, bringt man unbewusst, also nicht wissend, nicht willentlich und nicht aktiv steuerbar, bei passend erscheinender Gelegenheit ins Erleben. Man ist dem dann passiv ausgesetzt. „Wer nicht hören will, muss fühlen“, hieß es früher, um Gehorsam zu erzwingen, doch wirklich meint es: „Wer sich nicht zuhört, nicht in sich geht, muss fühlen“.

Um diesem Zwang zu entgehen, will Therapie das Eigene in die persönliche **Steuerungsmächtigkeit** bringen. Statt durch Schmerz zu lernen, könnte dann aus Einsicht und intelligent gehandelt werden.

Alle möglichen Ereignisse können in der Arbeit aufschlussreich für den Verständnisprozess und für Lösungsansätze sein. Das heißt, alles darf und soll ruhig da sein, darf und kann in diesem Verhältnis aber nicht ausgelebt werden. Denn **der entscheidende Unterschied zur Alltagssituation** ist, dass in der Therapie das **Agieren**, also unbewusstes Tun, mit dem Zweck, ebenfalls unbewusste psychische Konflikte handelnd (neu) zu inszenieren, aufgedeckt werden soll, um die unbewussten Motive zu erkennen und einen bewussten, heilsamen Umgang damit zu finden.

Dafür setzen sich Therapeut und Patient **auf der erwachsenen Ebene** zusammen, um die sich zeigenden (kindlichen?) innere Anteile, Situationen, Konzepte und Gefühle als „Objekte“, also als einen Untersuchungsgegenstand, gemeinsam „im Labor“ zu betrachten. Wenn nun zwei oder, bei der Gruppenarbeit, mehrere Beobachter auf einen Prozess schauen, um ihre Beobachtungen auszutauschen, kommen neue Perspektiven und Sichtweisen zu der eigenen hinzu. Dadurch kann sich der Eindruck von der beobachteten Situation (Objekt) verändern oder vervollständigen; neue Wahrnehmungen und Bedeutungsgebungen können entwickelt werden, ein anderes Verständnis kann sich enthüllen, um eine bessere, mehr Optionen zulassende Umgehensweise mit sich und der Umwelt daraus abzuleiten.

**Das sind intensive Prozesse**, wie sie die meisten Menschen aus ihrem Alltag kaum kennen. Durch die sich im Verlauf entwickelnde Vertrautheit können sich in solch einer besonderen Beziehung Empfindungen, Phantasien, Bedürfnisse und „Wünsche nach“ bzw. „Ängste vor“ einer engeren



Verbindung einstellen – insbesondere, wenn im aktuellen Alltag der Beteiligten ein Mangel an solchen Erfahrungen besteht oder in der Kindheit bestanden hat bzw. Übergriffe ein Thema sind. Das kann innerpsychisch zu heftigen Gefühlsturbulenzen führen; weil Bedürfnisse oder Befürchtungen angesprochen werden, die in dem Setting >Psychotherapie< immer als Teil der Therapie betrachtet werden.

Sie gehören also **baldigst ausgesprochen**, um dann im „Labor“ erst einmal beleuchtet, untersucht und zu verstehen gesucht werden, statt in unheilvolles Tun zu geraten. Denn es ist davon auszugehen, dass Menschen in der hergestellten Situation >Therapie< letztlich nicht anders reagieren, als in anderen Lebenssituationen.

**Die Sicherheit**, dass der Therapeut diese **wichtige Grenze** in der Arbeitsbeziehung, die keine Freundschaft und schon gar nicht mehr sein kann, aufrechterhält, ist die Bedingung, unter der zugelassen werden kann, dass sich Reste aus früheren Beziehungen in der aktuellen Situation re-inszenieren. Denn Übertragungen\* sind in Beziehungen weit verbreitet und weitestgehend normal, treten dann aber zeitweilig und mit wechselnden Rollen zwischen den Partner auf.

(\* **Übertragung** beschreibt einen Vorgang, bei dem ein Mensch frühere – oftmals verdrängte, unbewusst gemachte, aber in der Psyche eben dennoch weiter wirkende – Gefühle, Affekte, Erwartungen, Wünsche und Befürchtungen aus der Kindheit oder einer anderen Beziehung reaktiviert und unbewusst auf eine neue Beziehung überträgt, so dass er das frühere Geschehen, das er in sich aktuell für real hält, im Außen re-inszeniert.)

Unangemessen und unpassend erscheinen die übertragenen Gefühle in einer Beziehung, wenn sie dort zu erheblichen Problemen und Spannungen, z.B. wegen Rollenkonflikten, führen würden.

**In der Arbeit** muss also zwischen Fühlen und Besprechen ... und Handeln ein deutlicher Unterschied gemacht werden. Die Intention des Handelns muss, zumindest auf Seiten der Therapeuten, klar und möglichst transparent und auf beiden Seiten wirklich freiwillig sein ... Fragen „ob etwas OK ist“, ist also Standard. Auch die Rahmenbedingungen (Setting, Zeiten, Ort, Grenzen, Kostenklarheit) und die Einhaltung des Gebotes der Schweigepflicht, dienen dem **Schutz des Patienten** vor Übergriffen und bewussten Verletzungen, innerhalb und außerhalb der Sitzungen.

Würden die Beteiligten in die Falle gehen und dem Gefühl folgen (**agieren**), statt es anzuschauen, stellt sich am Ende nahezu regelhaft die Wiederholung einer Enttäuschung oder einer Verletzung heraus. Denn beim genauen Beleuchten, Analysieren und Besprechen wird sich die Gefühlslage in der Regel als eine Übertragung herausstellen ... auch wenn durchaus reale Anteile dabei sein werden. Aber in dieser ungleichen Konstellation Therapeut – Patient wäre eine Doppelbotschaft wirksam: eine an das Kind oder eine frühere Beziehungsperson und eine an das aktuelle Gegenüber; es käme lediglich ein Pseudokontakt zustande und keine wirkliche Lösung.

Im Gegenteil wird durch das Agieren, im Bann eines unbewussten **Wiederholungszwanges**, wird hier eine Lösung, Ablösung, Autonomiegewinnung und Individuation eindeutig verhindert. Das gilt in einer Gruppentherapie ebenso, wenn sich zwei Teilnehmer (heimlich) mit „Verliebtheit“ aus dem Prozess verabschieden. Solche Aktionen schaden dann, statt zu helfen ... auch wenn man anfänglich regelmäßig in der Phantasie lebt, dieses Mal ist es ganz anders.

Dennoch kann die Zusammenarbeit von Patient und Therapeut zeitweilig einer Eltern-Kind-Liebesbeziehung – mit all den dort gebotenen Tabus und Notwendigkeiten an zeitweiliger Fürsorge und Nähe – gleichen. Hier ist es die Aufgabe des Therapeuten, mit einer klaren Haltung von Respekt, die Würde des Gegenübers zu achten. Erst in solcher **Sicherheit** können Nachreifungsprozesse stattfinden.

**In der Praxis** gibt es da viele individuelle Wendungen und Bedingungen, so dass die therapeutische Begleitung als eine Form der Kunst angesehen wird. Wie dort, gibt es geniale Werke, solch die gefallen und solche, die weniger oder gar nicht gefallen.

Sollte der Patient den Eindruck haben, etwas tue ihm nicht gut, gilt es, dies zeitnah mit dem Therapeuten zu besprechen, um es „im Labor“ gemeinsam anzusehen. Es kann durchaus so sein, dass es dem Patienten zeitweilig schlechter geht, bevor es ihm besser geht; denn wenn all die in den Bereich des Schattens verschobenen Erfahrungen wieder an's Licht kommen, werden auch die Umstände und Schmerzen bewusst, die aus Selbstschutzgründen damals zur Verdrängung geführt hatten. Werden diese Erinnerungen aktualisiert, ist die aufkommende Angst die gleiche wie damals; dennoch ist seitdem Zeit vergangen, die eigenen Kompetenzen sind gewachsen, so dass der Patient – zumal dieses Mal nicht allein – sich der Aufdeckung stellen und davon sehr profitieren kann.

Dennoch können natürlich auch aktuelle Vorkommnisse durch Missverständnisse oder anderes verletzend wirken. Um das aufzuklären, sollte der eigene Eindruck und auch die bedingenden Umstände unbedingt und bald mit dem Therapeuten besprochen werden, um passende Maßnahmen zu ergreifen.

Oft hilft schon **die Beobachtung der Symptome und Umstände, unter denen sie auftreten**, um zu beschreiben und aufzudecken, was ist. Damit ist dann schon ein wichtiges Stück heilsamer Weg gegangen: **anzunehmen, was ist**, statt sich dagegen zu wehren. Denn **Heilung**, Ganzwerdung, erfolgt immer im Miteinander, nicht im Gegen- oder Ohne-Einander.

**Kraft hat man** eben nur da wo man ist; nicht dort, wo man gerne sein will oder meint sein zu sollen. Zudem schafft das **Beobachten**, auch über die Versprachlichung, ein Stück **Distanz** zur aktuellen Belastung. Abstand bedeutet, zumindest die Möglichkeit zu schaffen, einen Überblick zu gewinnen, sich nicht mehr vollständig ausgeliefert zu fühlen, sich Selbstwirksam zu erleben.

An vielen Stellen wird so sichtbar, wie jedermann selbst **Probleme konstruiert** – und darin meist wesentlich kreativer ist, als in der Verfolgung von Lösungen und in der Übernahme der Eigenverantwortung.

Leiden macht – phantasiert zumindest – weniger Arbeit, als (folgerichtiges) Handeln.

Bei der Problemkonstruktion ist die Orientierung an dem ausgerichtet, was man meint, dass sein soll. Das wird dann jedoch nicht als **Leitbild** und echte Orientierung genommen, sondern über Wege, die nicht zielführend sind, zu einem echten **Leidbild**.

In solch einer Situation ist man oft auf eine außenstehende Person angewiesen, die von den eigenen Tabus des Patienten und seiner Umgebung frei ist und so erkennen kann, wo es hakt.

Gemeinsam lassen sich dann Lösungswege finden, die zunächst in der sicheren Umgebung der „Laborsituation“ ausprobiert werden können, um sie dann in den Alltag zu übertragen.

**Psychotherapeutische Interventionen**, wie sie das Dt. Ärzteblatt, Jg. 110, Heft 15, 12.4.2013, S. 266 für die kognitiv-behaviorale und die psychodynamischen = tiefenpsychologischen Therapieform aufführt; hier zum Vergleich und um sich ein eigenes Bild zu machen:

**1. Kognitiv-behaviorale Interventionen** (eine Form der Verhaltenstherapie)

- Erarbeiten von Frühwarnzeichen auf der Ebene der Gedanken, der Gefühle, des Körpers und des Verhaltens durch Führen eines Symptomtagebuches
- Erhöhung der Kontrolle über Dissoziation durch Aufmerksamkeitslenkung auf starke Sinnesreize
- Senken der emotionalen Verwundbarkeit durch gesunde Ernährung, ausreichende Bewegung und Schlaf

- Verbesserung der Gefühlsregulation durch Erlernen von Strategien zur Gefühls- und Spannungsregulation
- Vermittlung von Problemlösetechniken und Trainieren sozialer Kompetenz
- Exposition und Reizdiskrimination zum Aufbau von Vermeidungsverhalten

## 2. Psychodynamische Interventionen (tiefenpsychologische und analytische Therapie)

- Bearbeitung unbewusster, interpersoneller, vergangener und aktueller Konflikte
- Therapeutische Arbeit an strukturellen Beeinträchtigungen
- Spezifische Bearbeitung der Traumaerlebnisse, z.B. durch psychodynamisch imaginative Traumatherapie
- Erarbeiten und Verändern von dysfunktionalen interpersonellen Beziehungsmustern aus Vergangenheit und Gegenwart
- Herstellung von Zusammenhängen zwischen dem Auftreten unangenehmer Gefühle in der Gegenwart mit negativen Erfahrungen in der Vergangenheit
- Aufklärung der Zusammenhänge zwischen dysfunktionalen Beziehungsmustern und der Anfallssymptomatik
- Nutzung der therapeutischen Beziehung (Übertragung und Gegenübertragung)
- Förderung der Übertragung bei neurotischer Genese, Begrenzung der Übertragung bei traumatischer Genese

Gewinnt der Patient dabei immer mehr Sicherheit und traut sich zu, wieder auf eigenen Füßen zu stehen, kann die Therapie allmählich **zu ihrem Ende kommen**.

Selbstverständlich gibt es immer Gründe und Projekte, die man sich „im Labor“ noch anschauen könnte, doch >Therapie< ist eine Verabredung auf eine begrenzte Zeit, eine „Weiterbildungsmaßnahme“, die die „Hilfe zur Selbsthilfe“ als Ziel hat.

**Es ist durchaus empfohlen**, privat und mit anderen, das neu entdeckte Hobby der Selbsterforschung und Reflektion eigener wie gesellschaftlicher Zusammenhänge weiter führen.