

IVS-Seminar am 29.05.2020

„Die therapeutische Begegnung zur Stärkung des Selbst von jugendlichen Patient*innen“

Inhaltsverzeichnis

1	Zum Begriff des Selbst	
1.1	Selbststrukturen	S. 1 - 2
1.1.1	Praktische Einführung: Brainstorming	
1.1.2	Definition, Aufgaben, Beispiele	
1.1.3	Praktische Übung: Selbststrukturen	
1.2	Das Selbst – Versuch einer Annäherung	S. 3 - 8
1.2.1	Selbst-Begriff in der Psychologie	
1.2.2	Literaturbeispiele	
1.2.3	Integratives Konzept des Selbst	
1.3	Das Konzept der inneren Stimmigkeit	S. 9
1.4	Was ist es, was wir stärken wollen?	S. 9
2	Die selbststärkende therapeutische Haltung	
2.0	Einführung: Ausflug in die PT-Forschung	S. 10 - 11
	Praktische Übung: Bluestanz	
2.1	Ganzheitliches Sehen (auf der Seelenebene)	S. 11 - 12
2.1.1	Exkurs: „Now Moments“	
2.1.2	Praktische Übung: Focusing-Prozess	
2.2	Unvoreingenommenes Zuhören	S. 12 - 13
2.2.1	Praktische Übung Gesprächsführung I: Zuhören	
2.3	Ein authentisches Gegenüber sein	S. 13 - 14
2.4	Haltung der Absichtslosigkeit und des Nicht-Wissens	S. 15
2.5	Bedingungslose Annahme des/r Patient*in	S. 15 - 16
2.6	Zusammenfassung	S. 16
3	Die selbststärkende therapeutische Arbeit	
3.1	Selbststärkung als diagnoseübergreifender Therapieprozess	S. 17
3.2	Selbststärkende Gesprächsführung	S. 17 - 18
3.2.1	Therapeutin als Modell	
3.2.2	Praktische Übung Gesprächsführung II	
3.2.3	Containing als wichtiges Element einer selbststärkenden Therapie	
3.2.4	Praktische Übung Containing	
3.3	Zum Einsatz weiterer Methoden	S. 19 - 20
3.3.1	Praktische Einführung: Brainstorming	
3.3.2	Methodenabgrenzung	
3.3.3	Praktische Übung	
3.3.4	Fallen beim Einsatz von Methoden	
3.3.5	Selbststärkende Interventionen	S. 21 - 25
3.3.5.1	Förderung des Wahrnehmens	
3.3.5.2	Förderung des Annehmens	
3.3.5.3	Förderung des Verstehens	
3.3.5.4	Förderung der Selbstverantwortung und des Bezugnehmens	
3.3.5.5	Fallbeispiele	
Anhang		S. 26 - 34
Literatur		S. 35 - 36

1 Zum Begriff des Selbst

1.1 Selbststrukturen

1.1.1 Praktische Einführung: Brainstorming

Strukturen, die helfen, unser Innerstes zu schützen und zu bewahren

Selbsthass/-ekel
Selbstverleugnung
Selbstverlust
Selbstmord

Selbstentfremdung
Selbstverurteilung
Selbstaufgabe
Selbstbetrug
Selbstkritik
Selbsterniedrigung
Selbstverleugnung
Selbsttäuschung
Selbstverletzung
Selbstüber-/unterschätzung
Selbstaufgabe

Strukturen, die helfen, unserem Inneren Ausdruck zu verleihen

Selbstliebe
Selbstannahme
Selbstakzeptanz
Selbstsicherheit

Selbstlosigkeit
selbstverständlich

Selbstverständnis
Selbstbewusstsein
Selbsterleben
Selbstvertrauen
Selbstverantwortung
Selbstachtung
Selbstaussdruck
Selbstwirksamkeit
Selbstmitgefühl
Selbstwert

Häufig werden die Strukturen der linken Spalte als **dysfunktional** beschrieben. Doch sie haben ihre Aufgaben (siehe 1.1.2).

1.1.2 Definition, Aufgaben, Beispiele

Selbststrukturen sind **psychische Strukturen**, wofür in der psycholog. Fachliteratur etliche weitere Begriffe existieren wie

- Psychische Funktionen
- Ich-Funktionen
- strukturelle Fähigkeiten
- Strukturen oder auch Muster

Gemeint ist immer eine **für jeden typische Art und Weise des Erlebens und Verhaltens** (Wahrnehmen, Denken, Fühlen, Reflektieren usw.). Die Entwicklung der Selbststrukturen geschieht in den ersten Lebensjahren im Erleben mit unserer Umwelt, unseren Bezugspersonen über Bindungs- und Spiegelungsprozesse, über Modelllernen, Internalisierungen usw.

Aufgaben der Selbststrukturen

Die von uns entwickelten Selbststrukturen helfen uns,

- unserem Eigenen, unserem Ursprünglichen, unserem Wesenskern Ausdruck zu verleihen und ein authentisches Selbst zu entwickeln
- unser Innerstes zu schützen, zu bewahren, vor anderen zu verstecken ...
- mit äußeren Eindrücken und innerem Erleben umzugehen,
- das Innere zu ordnen, zu sortieren, zu verstehen usw.,
- mit anderen in Beziehung zu sein.

Wichtig

Selbststrukturen können nicht eingefordert werden
Selbststrukturen brauchen Zeit zu wachsen

Beispiele

- Hinter der Angst vor dem allein sein könnte ein Selbstverlust stehen: Wenn man allein ist, überfällt einen große innere Leere, weil man die Verbindung zur Seele, zum Eigentlichen verloren hat.
- Ablehnung des eigenen Körpers: Hiermit ist in aller Regel eine Struktur der Selbstablehnung verbunden.
- Abhängigkeit von einem Partner: Selbstverleugnung, Selbstaufgabe
- Suchtverhalten (Alkohol, Internet, kaufen, Drogen ...): Selbstkontrolle, Selbsttäuschung
- Große Bedürftigkeit nach Bestätigung von Außen (für eigene Erfolge, für die eigene Schönheit, für die eigene Wichtigkeit etc.): Selbstunsicherheit
- Überflutung von Gefühlen begleitet vom Gedanken „Ich bin so“: Selbsthass, -entfremdung
- Häufige Rat- und Hilflosigkeitsgefühle: Selbstunsicherheit
- Verlust des Selbst in Kontakten: Selbstverlust
- Bedrohungsgefühle in Kontakten: Selbsterniedrigung (alle anderen sind stärker)
- Hohe Kränkbarkeit: Selbstverlust, Selbstunsicherheit
- Fehlen eines inneren Halts: Selbstentfremdung
- Fehlende Impulskontrolle und Selbststeuerung: Selbstentfremdung
- Hoher Energieaufwand wegen des Dauerkampfes um das eigene Selbst: Selbstbedrohung
- Feststecken in um sich kreisenden Grübeleien: Selbstkontrolle
- Vielerlei weitere psychische Symptome

1.1.3 Praktische Übung Selbststrukturen

Beschreibung eines/r Patient*in:

- a) Diagnose der/s Patient*in, Geschlecht, Alter, Vorname (gefaked)
- b) Schildern Sie ein bestimmtes Verhalten/Muster der/s Klient*in, das wiederholt in der Therapiesituation auftritt und bei der/dem Therapeut*in unangenehme Gefühle erzeugt
- c) Um welche Selbststruktur handelt es sich?
- d) Wie entstand diese Struktur im Lebenskontext der/s Patient*in?
- e) Welche Funktion hat(te) diese Struktur für den Klienten / die Klientin?

Beispiel:

- Laura, 17 J.,
 - a) Magersucht und Depression
 - b) Steckt stark in der Struktur der Selbstverleugnung, des Selbsthasses
 - c) Die Struktur des Selbsthasses zeigt sich dadurch:
 - Interpretiert Ereignisse schnell als „ich werde nicht gemocht“ (z. B. wenn sie zu spät kommt und alle rufen erfreut „Werwolf“, ein Spiel, das sie in der Klasse eingeführt hat und mitbringt): „Denen geht es nicht um mich, nur um mein Spiel.“
 - Gibt sich selbst die Schuld bei Konflikten/ Missverständnissen mit anderen (z. B. unterschiedliche Verabredungszeiten)
 - Die Struktur der Selbstverleugnung zeigt sich dadurch:
 - Erlaubt sich eigene Bedürfnisse (z. B. Appetit, Essensgenuss) und „böse Gefühle“ nicht (z. B. Eifersucht und Wut auf eine Mitschülerin, die von dem Jungen, in den sie selbst verliebt ist, gemocht wird. Solche Gefühle werden umgemünzt zu „Eigentlich freue ich mich ja, dass er jemanden hat, für den er sich interessiert“).
 - d) Struktur des Selbsthasses: Verinnerlichung der Aussagen des kritischen Vaters
Struktur der Selbstverleugnung: Wollte durch Anpassung, durch „lieb sein“ und Verleugnung eigener Bedürfnisse die (traumatisierte) Mu. vor Belastungen zu schonen und auch selbst keine Gefahr/Bedrohung für sie darstellen
 - e) Struktur des Selbsthasses: Sicherte sich die innere Solidarität mit Vater (ja, er hat recht), um dadurch das eigene Seelische zu bewahren.
Struktur der Selbstverleugnung: Notwendig, um die Liebe der Mutter zu bekommen

1.2 Das Selbst – Versuch einer Annäherung

Der Begriff des Selbst hat in Philosophie, Psychologie, Pädagogik, Theologie, Soziologie und Literatur eine lange, vielgestaltige Tradition und wird keineswegs einheitlich gesehen.

1.2.1 Selbst-Begriff in der Psychologie

Psychologisches Interesse zurückzuführen auf **William James**. Unterscheidung zwischen dem „I“ (Selbst als Subjekt) und „Me“ (Selbst als Objekt). Das „I“ ist der aktive Part, der für die Konstruktion des „Me“ zuständig ist, also aus unseren Erfahrungen und Erinnerungen unser Selbstbild formt. (James, 1890).

Im Weiteren zitiere ich psychoanalytische Theorien. „Bei Vertretern der Verhaltenstherapie finden sich kaum theoretische Überlegungen zum Selbstwert oder zum Selbst. Sie konzentrieren sich, eher lösungsorientiert, darauf, einen Mangel an Selbstwert oder Selbstvertrauen zu beseitigen.“ (Potreck-Rose, 2016). Während der 1. Welle der VT (Behaviorismus) wurde das Selbst gar nicht thematisiert. In der kognitiven VT (2. Welle) kamen dann Konzepte zum Selbstmanagement (z. B. Kanfer) oder zu Selbstinstruktionen (z. B. Meichenbaum) auf – doch auch hier keine Erläuterungen, was unter dem Selbst zu verstehen ist. Inzwischen befinden wir uns in der sog. 3. Welle der VT mit der Hinwendung zu den Emotionen, der Achtsamkeit und den Themen Selbstzuwendung, Selbstakzeptanz, Selbstvertrauen, Selbstwert etc.: Hier leider keine nähere Beschreibung, Konkretisierung des Begriffes „Selbst“.

- Bedeutsame, psychoanalytische Theorien zum Selbst (siehe ergänzend 1.2.3)

Freud sprach vom „Ich“ als Vermittler zwischen „Es“ und „Über-Ich“ und bediente sich dabei der erworbenen „Ich“-Funktionen (Denken, Fühlen, Wahrnehmen, Interpretieren, Gedächtnis etc.). (Freud, 1923).

Hartmann ergänzte die psychoanalytische Theorie Freuds um den Begriff des Selbst und definierte das Selbst als eine Subinstanz des Ich: Das Selbst entspricht dem Gesamten der Vorstellungen, die ein Mensch sich über sich gebildet hat (= Selbstbild, Selbstrepräsentanzen), und es braucht das kritische Selbst, um dieses Bild realitätsnah zu gestalten, also auch die eigenen Grenzen anzuerkennen. (Hartmann, 1975)

Heinz Kohut, Begründer der Selbstpsychologie, erklärte, das Selbst sei das „Zentrum des seelischen Universums“ jedes Menschen. Er definiert eine eigenständige Entwicklung des Selbst (neben der Entwicklung der Sexualität). Kohut entwirft ein Behandlungskonzept für Störungen und Pathologien in der Entwicklung des Selbst, das narzisstische Bedürfnisse nach Spiegelung, Anerkennung und Wertschätzung nicht mehr a priori als infantile Abwehr von Triebautonomie diskreditiert. Ein intaktes, d. h. ein „autonomes Selbst“ entwickelt das Kind dann, wenn Befriedigung und Frustration dieser Bedürfnisse so gegeneinander ausbalanciert sind, dass es lernt, sich auch aus eigener Kraft zu stabilisieren. Pathologischer Narzissmus entsteht nach Kohut dann, wenn die Responsivität der Eltern entweder chronisch unzureichend oder die Frustration traumatisch ist. Als ein typisches Symptom benannte er das beständige Hungern nach Bewunderung und Wertschätzung. (Kohut, 1976).

- Aktuelle Selbst-Theorien

Das dialogische Selbst (Hermans und Gieser, 2012) postuliert zwei wesentliche Selbst-Aspekte:

1. Dialogizität

Das Gemeinsame geht dem Individuellen voran: „Der Mensch wird am Du zum Ich“, wie Martin Buber es ausdrückte (Martin Buber: Ich und Du. Schocken, Berlin 1936); das Selbst entsteht aus der Interaktion mit den Anderen, „es ist bei der Geburt anfänglich nicht vorhanden, entsteht aber innerhalb des gesellschaftlichen Erfahrungs- und Tätigkeitsprozesses, das heißt im jeweiligen Individuum als Ergebnis seiner Beziehungen“. Kenneth Gergen betont: „Das Wort ‚ich‘ bezeichnet keinen Handlungsursprung, sondern die Errungenschaft

einer Beziehung" (Kenneth J. Gergen: Relational being: Beyond self and community. Oxford University Press, New York 2009).

2. Pluralität

Menschen bilden im Rahmen ihrer Interaktionen mit verschiedenen Anderen sowie im Rahmen verschiedener Interaktionen mit denselben Anderen jeweils unterschiedliche Erlebensweisen ihres Selbst aus. Einfacher gesagt: Ich bin jeweils ein anderes Selbst in Abhängigkeit davon, ob ich mich im Dialog mit Peter oder mit Paula befinde, und ich bin jeweils ein anderes Selbst in Abhängigkeit davon, ob ich mich in einem liebevollen oder in einem kontroversen Dialog mit Paula befinde. Pluralität bedeutet also, dass verschiedene Selbstanteile in uns existieren, die jeweils eine Stimme haben und alle zu Wort kommen wollen.

Fonagy spricht im Zusammenhang mit seinen Darlegungen zur **Theory of Mind (ToM)** von der Entwicklung eines „autobiographischen Selbst“, womit er ein einheitliches Verständnis des Kindes für seine vergangenen Erfahrungen meint. Als notwendige Bedingung für diese Entwicklung sehen Fonagy und Target eine sichere Bindung des Kindes an seine Bezugsperson und gehen von einem dialektischen Modell der Entwicklung des Selbst aus, wozu ganz zentral die Entwicklung der Mentalisierungsfähigkeit genannt wird. (Fonagy et al., 2017)

1.2.2 Literaturbeispiele

Aus Konstantin Wecker: Die Kunst des Scheiterns, 2007 Piper Verlag, München (Anhang 1)

Es werden die Begriffe Selbst, Ich, Persönlichkeit, Person genannt. Er sieht das Selbst als das Wesentliche, das unkorruptierbare hinter dem Ich. Die Persönlichkeit ist lt. ihm etwas zusammen Geschnittenes, nach außen Dargestelltes, also so etwas wie Fassade. Er spricht davon, dass es etwas gibt, das auf das Ich blickt. Damit schließt er sich der oben erwähnten Darstellung des „I“ und des „Me“ von James an.

Im zweiten Abschnitt bringt er Herz und Seele zusammen und erzählt, was sich bei ihm zeigte, als er verlassen war und die Persönlichkeit, das Ich aufgegeben hatte: „Nun hatte ich mich Selbst verloren“ schreibt er und dass das Selbst erst gefunden wird, wenn man sich nicht mehr an der Persönlichkeit festhalten kann.

Mitunter sind es die sehr schwierigen Situationen im Leben, die uns dazu bringen, über das Selbst, über uns selbst, nachzudenken oder – hoffentlich – und das betrifft uns KJP – die Pubertät.

Aus Thomas Melle: Die Welt im Rücken. Die Chronik einer manisch-depressiven Erkrankung, 2016 Rowohlt, Berlin (Anhang 5)

Auch er spricht ebenso wie Konstantin Wecker von einem Selbstverlust, schreibt dem Selbst eine verlässliche Leitfunktion zu, setzt das Selbst mit dem Ich und der Person gleich. Der zweite Absatz beschreibt Schritte „raus aus dem Selbstverlust“, die wenig mit therapeutischem Handeln zu tun haben (!).

1.2.3 Integratives Konzept des Selbst

Der von mir angenommene Begriff des Selbst beruft sich auf

- Eva Neuner (Dipl.-Pädagogin, KJP, Systemische Therapeutin, Supervisorin)
- meine Erfahrungen mit mir und meinen Patient*innen
- verschiedene Psychologie-Wissenschaftler (Praktiker), allesamt Psychoanalytiker

Fairbairn (1930er Jahre): Er war der Erste, der von einer „inneren Welt“ des Kleinkinds sprach, deren Gestaltung er als Reaktion der kindlichen Erfahrungen auf seine Bezugspersonen sieht. Eine Theorie, die im Weiteren aufgegriffen, erforscht und weiterentwickelt wurde.

John Bowlby (1940er Jahre): Nahm den Begriff des „Selbst“ auf: Die Selbstentwicklung hängt primär ab von der interaktiven emotionalen Bindungserfahrung des Kindes mit der Bezugsperson (meist der Mutter). Im Weiteren erforschte und beschrieb er die Bindungsarten, die noch heute Basiswissen aller Therapeut*innen darstellen.

Winnicott (1965): Das Selbst bezeichnet nach Winnicott eine Ganzheit im subjektiven Erleben eines Menschen, die mit einer persönlichen Identität und einer Trennung von Innen und Außen einhergeht (Winnicott, 1988). Ausgehend von einem von Geburt an vorhandenen „primären Selbst“ entwickelt sich durch eine zuverlässig haltende Umwelt eine Selbststärkung, die etwa die Mutter dadurch leistet, dass sie das Kind als ganzen Menschen wahrnimmt. So findet im Kontext einer Bindungsbeziehung eine zunehmende Integration innerer Zustände statt, woraus sich ein „kohärentes Selbst“ entwickelt, was gemäß Winnicott die Grundlage seelischer Gesundheit ist. Er unterschied bereits 1965 das „wahre“ und das „falsche Selbst“. Das „wahre Selbst“ war für ihn das anlagebedingte individuelle Potenzial des Menschen, das nach Entwicklung strebt. Das „falsche Selbst“ wird entwickelt, wenn das „wahre Selbst“ durch den Zwang, sich der Bedürfnisse der Umwelt anzupassen, unterdrückt werden muss. Es wird als Überlebensstrategie entwickelt, um das „wahre Selbst zu schützen.“ (Winnicott, 1965).

Kohut (1976): Das Kind ist von Geburt an existenziell darauf angewiesen, in seiner Eigenart von der Umwelt wahrgenommen und wertgeschätzt zu werden durch soziale Spiegelung, die die Entwicklung der Emotionen ermöglicht und den Selbstwert begründet.

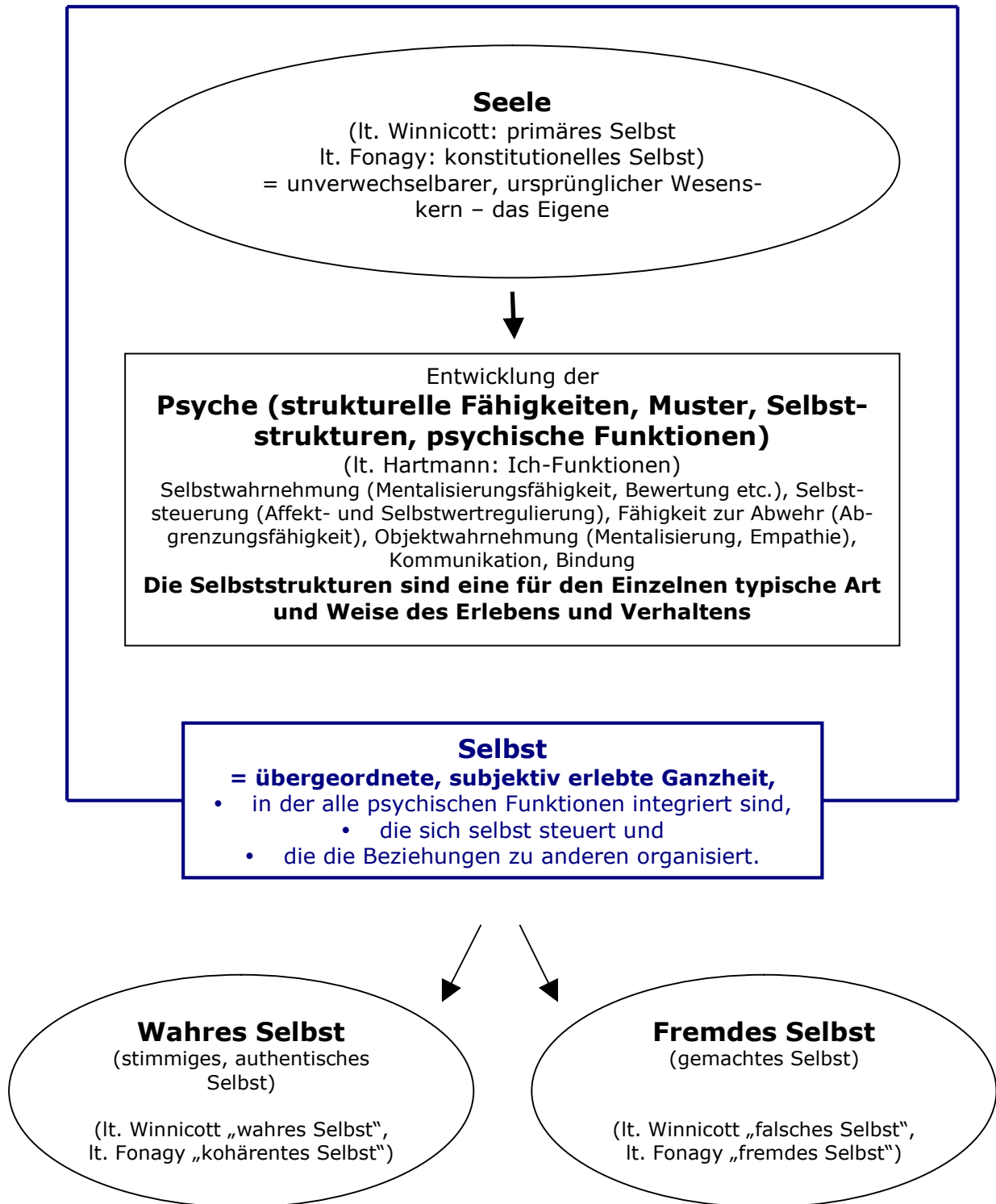
Postulate von **Alice Miller (1979, 1980):**

- Menschen müssen (Teile von) sich verleugnen, um sich aus Überlebensgründen der Umwelt anzupassen
- Kinder sind hoch sensible Wesen (hochbegabt) und passen sich an die emotionalen Bedürfnisse der Eltern an, um zu überleben
- Eltern projizieren ihre emotionalen Bedürfnisse auf die Kinder und nehmen ihnen damit die Chance, ihre eigenen Gefühle zu fühlen
- Psychische Erkrankung ist die Konsequenz einer emotionalen Selbstentfremdung

Fonagy und Target (Anfang/Mitte der 90er Jahre):

- Entwickelten Winnicotts Theorien weiter
- Postulieren wie Winnicott die Existenz eines primären bzw. konstitutionellen Selbst, welches die tatsächlichen inneren Zustände eines Kindes darstellt, dessen sich der Säugling zunächst aber nicht gewahr ist.
- Zentraler Faktor für die Entwicklung eines „kohärenten Selbst“ (in sich stimmiges, nachvollziehbares Selbsterleben) ist die Mentalisierungsfähigkeit (ToM), die sich aufgrund der frühen Erfahrungen (Spiegelungsprozesse) in einer Bindungsbeziehung entwickelt. Mentalisierung ist die erlernte Art und Weise, Beziehungserfahrungen zu interpretieren und zu erleben.
- Ein fehlendes kohärentes Selbsterleben wird kompensiert durch die Entwicklung eines „fremden Selbst“. (Fonagy et al., 2017)

Das Selbst – Versuch einer Annäherung
(mein persönliches Konstrukt, ein integrativer Ansatz)



Erläuterungen zum Diagramm

Die Seele

Was Winnicott das „primäre Selbst“ und Fonagy das „konstitutionelle Selbst“ nennen, ist in meinem Verständnis die **Seele**. Die Seele gemeint als Wesenskern, als authentischen inneren Kern eines Menschen, den er bereits mit auf die Welt bringt. Ich führe diesen Wesenskern nicht allein zurück auf die Konstitution oder die Genetik eines Menschen, sondern schließe mich hier Neuner an: „Eine Seele geht über alles Irdische hinaus Sie verbindet uns mit unserer Herkunft, dem Ewigen, das das wahre Zuhause bildet, aus dem wir kommen und wohin wir gehen. Und sie enthält Botschaften, die ... helfen, auf der Erde anzukommen, zur jeweils eigenen Form und Gestalt zu finden und ein wahres Selbst zu leben.“ (Neuner, 2017). Es geht hier also auch um eine spirituelle Dimension.

Die Psyche

Aus diesem primären Selbst, unserer Seele heraus entwickeln wir in den ersten Lebensjahren im Erleben mit unserer Umwelt, unseren Bezugspersonen (Spiegelungsprozesse, Bindung) eine **Psyche**, womit ich die **psychischen Strukturen** meine. Im besten Fall ermöglichen die entwickelten Strukturen, unserem Eigenen gemäß zu leben.

Letztlich geht es bei der Entwicklung von Selbststrukturen stets um

- die Notwendigkeit, Zuwendung und Liebe zu bekommen,
- den Sinn, das seelische Überleben zu sichern,
- das große Potential, das Eigene zum Wachstum bringen zu wollen.

Das Selbst

Das **Selbst** sehe ich als übergeordnete, subjektiv erlebte Ganzheit, in der alle psychischen Funktionen integriert sind, die sich selbst steuert und die Beziehungen zu anderen organisiert.

Da niemand von uns zu 100 % feinfühlig Spiegelungsprozesse erlebt hat, weisen wir alle Lücken im authentischen Selbst-Erleben auf. Unser Selbst ist also mehr oder weniger in der Verbindung mit unserer Seele verankert. Somit leben wir alle mehr oder weniger in einem **wahren Selbst** und mehr oder weniger in einem **fremden Selbst** – je nachdem, inwieweit wir hilfreiche psychische Strukturen entsprechend unserer Seele entwickeln konnten.

Der Begriff „**wahres Selbst**“ beschreibt den Teil des Selbst eines Menschen, der mit seinem ursprünglichen Wesenskern in Verbindung steht, der stimmig und authentisch erlebt wird. Das „**fremde Selbst**“ wäre eher der angelernte oder (von anderen) übernommene Teil des Selbst, der nicht im Seelischen verankert ist. Man könnte es auch „gemachtes Selbst“ nennen, um zu verdeutlichen, dass etwas von Außen Veränderungen initiiert hat, die nicht von innen gewachsen sind. Es wurde etwas „gemacht“ im Gegensatz zu „es hat sich etwas entwickelt“ oder „es ist etwas gewachsen“. Ich habe bewusst nicht den Begriff „falsches Selbst“ gewählt, weil dies als Wertung aufgefasst werden könnte.

Aspekte des wahren, stimmigen, authentischen Selbst

- Ein **stimmiges Selbst** ist die Verkörperung unserer Seele mittels der Psyche. Man kann es auch poetisch sagen: „Die Psyche haucht der Seele den Atem ein, den diese zum leben braucht.“ (Psyche altgriechisch: Atem, Hauch).
- Das individuelle Selbst kann an sich nicht dargestellt oder beschrieben werden, sondern nur durch seine Ausdrucksformen erschlossen werden. Das Selbst ist keine Konstante; es verändert sich. Es kann nicht als ewiger Zustand beschrieben werden, findet seinen Ausdruck jedoch in unserer Lebensgestaltung, wenn wir einen Bezug dazu haben und im Authentischen verankert sind. Oder es findet seinen Ausdruck in einzelnen Situationen, wenn wir „aus uns selbst heraus“ handeln. Das Selbst stellt die (im Hier und Jetzt) verkörperte äußere Form der Seele dar. Wir lernen, uns von anderen zu trennen und ein Selbst zu werden. Auf der Seelenebene sind wir alle miteinander verbunden; um ein Selbst zu werden braucht es Abgrenzung.
- Das Erleben unseres „authentischen Selbst“ verleiht uns ein Gefühl von innerer Stimmigkeit. Wir sind dann mit ganz ursprünglichen und grundlegenden Bedürfnissen, Gefühlen,

Motivationen, mit unserer Intuition und einer uns innewohnenden schöpferischen Kraft verbunden.

- Mit dem Eigenen verankert zu sein, gibt ein Gefühl von Sicherheit, das von innen fühlbar wird und nicht der äußeren Bestätigung bedarf. Ich kann dann verschiedene Rollen einnehmen, ohne dass ich zu diesen werde bzw. dass sie mich verunsichern oder aus meinem Selbstbezug herausreißen.
- Wenn ich mit meiner Seele verbunden bin, werde ich ein tiefes Gefühl der Selbst-Zufriedenheit erleben, das auch ein Wohlgefühl mit meinem Körper beinhaltet.

Aspekte des fremden Selbst

- Wenn ich nicht im Eigenen, in meinem Ursprünglichen verankert bin, ist das, was ich lebe Schein, Fassade, Maskerade, Rolle und kann mehr oder weniger bewusst sein. Ist es nicht bewusst, können Menschen so stark mit ihrer Fassade identifiziert sein, dass sie selbst nicht spüren, was es ist, das ihnen fehlt, das sie schmerzt oder woran sie leiden. Diese Menschen meinen, das zu SEIN, womit sie sich identifiziert haben.
- Je weniger wir im Eigenen verankert sind, je mehr wir also im „fremden, gemachten Selbst“ leben, desto unsicherer werden wir sein und werden Sicherheiten im Außen suchen (in guten Leistungen, in unseren Partner*innen, im Aussehen, in unserer Beliebtheit usw.) und damit umso fremdbestimmter sein.
- Im fremden Selbst fühlen wir uns häufig mit unserem Aussehen, unserer Figur, unserem Körper unwohl und unzufrieden. Überhaupt werden Momente und Phasen der Unzufriedenheit häufiger sein in unserem Leben.

Wichtig: Das „fremde, gemachte Selbst“, die uns fremde, gemachte Psyche, ist nicht schlecht oder abzulehnen; beides diene dem Schutz und der Bewahrung der Seele angesichts von Umgebungsbedingungen, die nicht optimal, bedrohlich oder gefährdend waren. Beides dient(e) dazu, Liebe und Nähe und Zuwendung zu bekommen, also dem psychischen Überleben.

Abgrenzungen

- **Ich, Selbstbild, Selbstkonzept**

Nach meinem Verständnis beinhaltet das Selbst auch das uns selbst bewertende Ich, das ein Selbstbild oder ein Selbstkonzept entwickelt (Selbstbewertung als psychische Struktur). Im Ggs. zu anderen Theorien (Hartmann, 1975) ist also das Selbst NICHT gleichzusetzen mit dem Selbstbild oder auch dem Selbstkonzept, das jemand von sich hat. Dieses Bild kann, muss aber nicht begründet sein in der Verbundenheit mit der Seele und kann auch immer nur eine Momentaufnahme sein, da die Seele keine Konstante, sondern wandelbar ist. Schon der Begriff weist darauf hin, dass es sich hier um ein Bild des Selbst handelt, nicht um das Selbst, das wir in Stimmigkeit mit uns erleben.

- **Persönlichkeit**

Das Selbst ist nach meinem Verständnis nicht das, was wir die Persönlichkeit eines Menschen nennen. Die Persönlichkeit eines Menschen beinhaltet auch alle Rollen, die er im Außen präsentiert und die nicht seinem Selbst entsprechen müssen, aber können.

- **Selbstwertgefühl**

= subjektive Bewertung und Wahrnehmung der eigenen Person. Diese Bewertung ist natürlich wiederum von Außen, vom Gelernten bestimmt.

1.3 Das Konzept der inneren Stimmigkeit: Wie können wir unterscheiden lernen, ob wir im fremden oder im wahren Selbst leben?

Innere Stimmigkeit ist das Signal, das uns sagt, dass es „so für uns stimmt, richtig ist und passt“. Es ist ein inneres ‚Ja‘, das wir z. B. erleben, wenn wir etwas vergessen haben und darauf kommen, was es ist. Oder wenn wir eine schwierige Entscheidung zu treffen haben, und schließlich eine überraschend gute Lösung finden. Oft stellt sich dieses stimmige Gefühl zusammen mit einem Gefühl der Erleichterung ein. Die innere Stimmigkeit ist letztlich der Wegweiser zu unserem wahren Selbst. Sie weist hin auf das Wesentliche, geht über Interessen, Gefühle, Wünsche etc. hinaus.

Die innere Stimmigkeit ist der Weg zum Kontakt mit unserem Seelischen. Sie schenkt uns Wahrhaftigkeit und Authentizität, signalisiert, wenn wir im wahren Selbst Zuhause sind. Innere Stimmigkeit hat stets mit Bewusstheit zu tun. So kann es auch stimmig sein, gerade in Unstimmigkeit zu sein: Wenn wir dies bemerken, sind wir aufgefordert, wieder in Stimmigkeit zu kommen. Ein Gefühl der Unstimmigkeit kann zeigen, dass

- unser Gegenüber gerade nicht stimmig ist,
- die Geschichte, die uns erzählt wird, nicht stimmt,
- wir selbst über unsere Grenze gegangen und nicht in unserer Mitte sind,
- in der Beziehung etwas nicht stimmt usw.

Um zur inneren Stimmigkeit zu finden, helfen uns Symptome, Krankheiten, Körperempfindungen, Träume, aber v. a. unsere alltäglichen Gefühle. All dies sind Botschaften der Seele. So kann etwa

- Wut auffordern, sich abzugrenzen oder seine Meinung zu vertreten,
- Trauer dem Schmerz Raum geben, etwa um einen Abschied zu vollziehen,
- Verletztheit anzeigen, dass wir bedroht sind, uns zu verlieren.

In innerer Stimmigkeit zu leben bedeutet auch Verzicht: Schon Tage freuten wir uns auf eine Verabredung, doch am Tag zuvor erfahren wir von der Erkrankung eines Freundes, was uns traurig und besorgt macht. Nun kann es sein, dass es innerlich nicht mehr stimmt, die Verabredung einzuhalten. Wenn es für uns stimmt, die Verabredung abzusagen, ist es in der Regel nicht mehr schmerzlich, sondern geht wie oben beschrieben einher mit einem Gefühl der Erleichterung oder des erlebten inneren JA dazu.

1.4 Was ist es, was wir stärken wollen?

In der Psychotherapie sind es die psychischen Strukturen, die wir betrachten, annehmen, verstehen, woraus Entwicklung wachsen kann.

Doch ebenso wichtig erscheint es mir, die Seele unserer Patient*innen zu erreichen, weil Selbst-Stärkung bedeutet, den Kontakt der Patient*innen mit ihrem Ursprünglichen, ihrem ganz Eigenen zu unterstützen. Dann kann aus dem eigenen Inneren Sicherheit und Halt bezogen werden, und die Patient*innen können immer besser ihr wahres Selbst finden.

Selbststärkend ist eine Therapie dann, wenn sie die Verbindung des/r Patient*in zu seinem/ihrer Seelischen fördert.

2 Die selbststärkende therapeutische Begegnung

2.0 Einführung: Ausflug in die PT-Forschung (vgl. Anhang 6)

Vorstellung einer Metaanalyse von Wampold, Imel & Flückiger, in die über 80000 Patient*innen aus über 500 Studien einfließen und zu folgenden Resultaten kommt:

Faktoren (-gruppe)	Variablen	Studien	Patienten	Effektstärke*
Wirkung von PT	Psychotherapie	>500	>80.000	0,80
Kontextuelle Faktoren = unspezifische Therapievariablen = verfahrensunabhängige Merkmale der therapeutischen Beziehung	Allianz	190	>14.000	0,57
	Empathie	59	3.599	0,63
	Zielkonsens/Zusammenarbeit	15	1.302	0,72
	Wertschätzung	18	1.067	0,56
	Kongruenz/Echtheit	16	863	0,49
	Kulturelle Adaptation der Therapie	21	950	0,32
	Person des Psychotherapeuten	29+17	14.519	0,35-0,55
Spezifische Wirkfaktoren	Unterschiede zwischen Fachrichtung	295	>5.900	<0,20
	Spezifische Techniken	30	871	0,01
	Adhärenz	28	1.334	0,04
	Kompetenz für störungsspezifische Therapie	18	633	0,14

* 0,1 = geringe ES; 0,3 = mittlere EF; 0,5 = hohe ES

Zahlen von oben nach unten:

- Die hohe Wirksamkeit von PT liegt mit 0,80 höher als die der meisten Arzneimittel.
- Unter Allianz wird die „therapeutische Arbeitsbeziehung“ verstanden, u. a. wie stark sich der Patient vom Therapeuten unterstützt fühlt und welche Erwartungen er an diesen knüpft.
- Mit „Person des Psychotherapeuten“ sind Persönlichkeitsmerkmale gemeint, die neben der Empathiefähigkeit, der Echtheit und der Wertschätzung bestehen. Also z. B. dessen Werte, dessen Menschenbild, dessen Temperament etc.
- Unter Adhärenz versteht man die Übereinstimmung des therapeutischen Handelns etwa mit einer Leitlinie oder einem Behandlungsmanual, also inwieweit sich der Therapeut so verhält wie er es einmal gelernt hat.

Wichtig:

- Das Therapieergebnis wird deutlich stärker von kontextuellen Faktoren bestimmt denn von Faktoren, die mit den einzelnen Verfahren und Methoden assoziiert sind.
- Die einzelnen PT-Verfahren unterscheiden sich in ihrer Wirksamkeit kaum.

Im Weiteren ergeben die Arbeiten von Wampold et al. sicher:

- Therapeuten werden mit zunehmender Erfahrung nicht besser (bezüglich des Therapieergebnisses)
- Sowohl die spezifische Kompetenz (bezüglich eines PT-Verfahrens und einer bestimmten Störung), die Adhärenz sowie spezifische Techniken haben nur einen geringen Einfluss auf das Behandlungsergebnis.
- Strukturierte/fokussierte Behandlungen sind wirksamer.

In dem Artikel, auf den ich mich beziehe – Sie finden eine Zusammenfassung davon in Ihrem Handout, Anhang 6 – geht es nicht um diese Ergebnisse, sondern um die Methoden der PT-Forschung, was uns hier nicht weiter interessiert. Trotzdem der Vollständigkeit halber: Wampold et al. zeigen auf, dass die Wirkung der PT eigentlich nicht mit dem üblichen „Goldstandard“, also mit randomisierten kontrollierten Studien zu beforschen ist, sondern sie schlagen

ein sog. „Kontextuelles Metamodell der PT“ vor, das die Wirkung der Interaktion zwischen Therapeut und Patient besser erfassen kann.

Des Weiteren hat sich gezeigt, dass man aus der Forschung einen psychotherapeutischen Prototyp ableiten kann, mit dem der Therapieerfolg vorhersagbar ist. So wie auch in anderen Disziplinen wie etwa der Medizin oder Lehramtstudium eine professionelle Haltung gelehrt wird, wäre dies in der PT auch möglich – und zwar unabhängig vom jeweiligen PT-Verfahren. Deshalb leitet der Autor in seinem Artikel aus der Forschung die Forderung ab, „die Entwicklung einer psychotherapeutischen Haltung müsse auch Teil der Ausbildung ... sein, ..., wozu auch der Erwerb von Kenntnissen der Philosophie, Anthropologie und Ethik sowie die dazugehörigen Fähigkeiten zur kritischen (Selbst-)Reflexion ... gehören. Leider war nicht möglich, hierüber einen Konsens mit den Hochschullehrern der Psychologie zu erzielen.“

Zur therapeutischen Haltung gibt viel Geschriebenes aus der Gestalttherapie (Pearls), aus der personenzentrierten Gesprächspsychotherapie nach Rogers, aus der Psychoanalyse oder dem Selbstmanagement-Ansatz nach Kanfer, Schmelzer, Reinecker usw. (vgl. Anhang 2). In diesem Seminar geht es um fünf Aspekte einer therapeutischen Haltung über alle Schule hinweg, die sich aus mehreren Theorien speist, die außerdem der dargestellten Selbsttheorie entspricht und das Selbst der Patient*innen stärkt in dem o. g. Sinne.

Mit der Entwicklung meines Konzeptes einer **verfahrensunabhängigen Haltung für die Profession des/r Psychotherapeut*in** beziehe ich mich auf

- die Theorien von Eva Neuner zur Begegnung aus dem Selbst heraus,
- die focusing-Therapie nach Gendlin, eine der humanistische Psychotherapieformen,
- psychoanalytische Theorien,
- eigene therapeutische Beobachtungen, Erfahrungen, Reflexionen mit mir als Therapeutin und mit mir als Patientin.

Jenseits alles Geschriebenen und Erforschten zur therapeutischen Beziehung/Haltung gibt es eine Art der Begegnung, die ohne jedes Erforschte selbststärkend wirkt so wie auch die frühen Erfahrungen mit Bezugspersonen helfen, das Eigene eines Kindes zur Entwicklung zu bringen, ohne dass Mütter, Väter oder andere Bezugspersonen eine therapeutische Schulung mitgemacht hätten. Neben all unserem Wissen zur „therapeutischen Beziehung“ ist die Begegnung zwischen Klient*in und Therapeut*in auch eine menschliche, die bereichert werden kann durch unser fachliches Know-how, unser therapeutisches Wissen.

Wie sieht eine professionelle psychotherapeutische Haltung aus, die eine selbststärkende Begegnung auf der Seelenebene fördert?

Praktische Übung: Bluestanz oder „Über die Gemeinsamkeit von Blues und Psychotherapie“

2.1 Ganzheitliches Sehen (auf der Seelenebene)

... meint die Bereitschaft, bei meinem Gegenüber das Eigentliche, sein Wesen jenseits aller Symptome, Muster, Stärken, jenseits aller Bewertung von gut und schlecht erkennen zu wollen. Wenn ich mein Gegenüber spiegeln kann in seinem Wesen, also auf einer Seelenebene, hilft ihm dies, für sich selbst wahrnehmbar und erkennbar zu werden.

.... bedeutet auch, mein Gegenüber über das kognitive und das emotionale Verstehen hinaus erkennen zu wollen.

Abgrenzung vom kognitiven und emotionalen Verstehen

Beispiel: Die junge Erwachsene Cora schildert immer wieder Situationen tiefer Einsamkeit:

- **Verstehen auf der kognitiven Ebene:** Ihr Erleben im genannten Kontext als nachvollziehbar und verständlich begreifen.
- **Verstehen auf der emotionalen Ebene:** Empathisch mitschwingen und mitfühlen, dasselbe oder ein ähnliches Gefühl in sich spüren.
- **Verstehen auf der Seelen-Ebene** führt darüber hinaus: Der/Die Therapeut*in lässt sich berühren, das Herz „geht auf“, es entsteht (keine persönliche) Liebe und Verbundenheit.

Ich sehe bei meinem Gegenüber nicht nur die Einsamkeit und das Leid darum, sondern kann auch in dieser Situation den ganzen Menschen, eine Ganzheit, eine Ganzheitlich wahrnehmen. Im Allgemeinen entsteht bei einer seelischen Berührung ein Gefühl der Verbundenheit oder Erfüllung, so wie wir dies auch in der Natur, beim Hören von Musik oder beim Betrachten eines Bildes erleben können ... Verbundenheit mit dem Leben, der Welt, allen Menschen ...

Daniel Siegel (Bindungsforscher) nennt es „sich einstimmen“ auf einen Menschen, nicht nur auf dessen Verhalten und Gefühle, sondern auch auf dessen Intentionen.

Praktische Übung: focusing-Prozess zum ganzheitlichen Sehen

2.1.1 Exkurs: „Now Moments“

In der Psychoanalyse gibt es den Begriff der „Now Moments“. Er wurde von Daniel Stern, einem Psychoanalytiker, geprägt, der sich wiederum auf die Theorie der Resonanzerlebnisse des Soziologen Hartmut Rosa bezieht.

Kennzeichen dieser Momente:

- Es handelt sich immer nur um Momente.
- Es sind Momente der Berührung und Ergriffenheit, in denen sowohl der/die Therapeut*in als auch der/die Patient*in sich selbst näher sind und beide sich verbunden fühlen.
- Diese Momente werden körperlich erfahren: Uns steigen Tränen in die Augen, wir werden weich, unser Herz öffnet sich, es entsteht ein Kribbeln auf der Haut usw.
- Lt. Stern sind es diese Momente, die **Veränderung geschehen lassen** – bei beiden Beteiligten und in der Beziehung.
- Diese Momente sind NICHT MACHBAR. Es können nur gute Voraussetzungen für sie geschaffen werden.

Aufgabe: Suchen Sie nach Beispielen solcher Momente in Sitzungen mit Patient*innen, in eigenen Therapien oder im persönlichen Bereich

2.1.2 Praktische Übung: Focusing-Prozess

2.2 Unvoreingenommenes Zuhören

Unvoreingenommenes Zuhören ist ein Hören, das nicht

- sofort weiß, was der andere meint,
 - kategorisiert,
 - bewertet,
 - beurteilt,
 - sofort Antworten oder Lösungen kennt,
 - vergleicht,
 - in Opposition geht,
- usw.

Sichtbares Verhalten des/r Therapeut*in kann sein

- Blickkontakt
- Bestätigungen („mmh“, „ja“, „verstehe“ usw.)
- Mimisches spiegeln
- Wohlwollender Blick (lächeln)
- Entspannte Körperhaltung
- Bedeutsame Worte wiederholen

Die grundsätzliche Haltung beim Zuhören ist das, was Freud die **gleichschwebende Aufmerksamkeit** nennt, einen Zustand der Entspannung und Aufnahmebereitschaft, bei der man nicht den persönlichen Neigungen und Erwartungen folgt, weil man sonst Gefahr läuft, niemals etwas anderes zu sehen als das, was man schon weiß. Sogar begründete Annahmen und theoretisches Wissen sei während der Sitzung auszuschalten und auch kein Mitschreiben erlaubt. Es geht nicht darum, sich etwas zu merken.

Bei unserem Blick auf den/die Klient*in steht uns ja oft das Bild, das wir bereits von ihm/ihr haben, im Weg: Wir haben schon Urteile, sind voreingenommen, wissen Bescheid usw. Es geht bei der freischwebenden Aufmerksamkeit darum, diese Vorurteile zu bemerken, um nicht mit ihnen identifiziert zu sein, sondern wieder einen Schritt zurückgehen zu können und somit die Nachteile der Vorurteile aufzulösen

2.2.1 Praktische Übung: Gesprächsführung I (Zuhören)

2.3 Ein authentisches Gegenüber sein

Dies bedeutet, aus meiner Therapeut*innenrolle herauszutreten und mich auch als Mensch zu zeigen. Damit gebe ich ein Modell als „echtes Gegenüber“ ab, das aus seinem eigenen Seelenbezug heraus präsent, also im wahren Selbst verankert ist und kommuniziert. Dies bedeutet auch, **die eigenen Grenzen zu achten und dem/r Klient*in gegebenenfalls gegenüber zu vertreten.**

Die klassische Psychoanalyse als Gegenbeispiel: Die Psychoanalyse baut durch das Setting und die Methode Grenzen auf, die den Therapeuten in einer „sicheren Distanz“ lassen.

„fifty-fifty-Regel“ des focusing: „Sei zu 50% bei dir und zu 50% beim Klienten“ oder „Sei genauso bei dir wie beim anderen“. D. h. wir sollten fähig sein, gleichzeitig das eigene und das andere Selbst sehen zu können.

Signale, die mir als Therapeut*in helfen zu erkennen, dass die Beziehung gerade gefährdet ist, ich nicht mehr in mir selbst verankert bin bzw. meinem Gegenüber nicht mehr offen und empathisch begegnen kann. Beides bedeutet einen Mangel an Präsenz:

- Ungeduld, Genervtheit, Ärger
- Unsicherheit, Zweifel, Resignation
- Wenn ich urteile, bewerte, abwerte, kritisiere, vergleiche, beschäme
- Wenn ich deute, interpretiere
- Wenn ich Ratschläge gebe
- Wenn ich zu Veränderungen dränge
- Wenn ich in Opposition oder Kampf gehe
- Wenn ich die Antwort schon kenne, es besser weiß
- Wenn ich mein Gegenüber zu einer Entscheidung drängen will (Bevormundung, Manipulation)
- Wenn ich den Unterschied nicht stehen lassen kann
- Wenn ich mich vom/von der Patient*in enttäuscht oder gekränkt fühle
- Wenn Klient*in nicht NEIN sagen darf
- Wenn ich nicht mehr akzeptieren, verstehen kann
- Wenn ich meine Grenzen nicht ziehen kann
- Wenn ich Fehler nicht zugeben kann
- Wenn ich nach Methoden suche, um weiter zu kommen
- Wenn ich mich an Methoden festhalte
- Wenn ich Methoden anwende, hinter denen ich nicht stehe
- Wenn ich mich selbst nicht mehr stimmig fühle
- Wenn ich in richtig und falsch, in gut und schlecht etc. spalte

Hilfen, wieder zur eigenen Mitte zu finden

In der Stunde kann helfen:

- Liebevoll annehmen, was ich gerade bemerke: „Ja, so ist es jetzt“, seinem Inneren ein Schmunzeln senden
- Mich auf den Atem konzentrieren, tief durchatmen
- Meinen Kontakt zum Stuhl wahrnehmen, Gewicht abgeben
- In ein inneres Bild für Zentrierung gehen, das auch an der Wand hängen könnte
- Einen kurzen Körpercheck durchführen, die Sitzposition verändern, die Schultern sinken lassen u. ä.
- Kurz auf die Toilette gehen

- Falls es gerade passt: Gemeinsam mit dem/r Klient*in eine Wahrnehmungsübung durchführen
- Sich zurücknehmen (bei ausschweifenden Erklärungen, Bevormundung u. ä.)

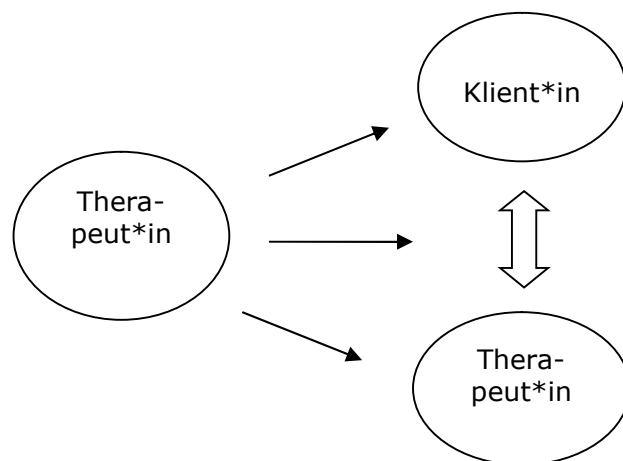
In den Stundenpausen kann helfen:

- Körperübungen („No water in the waterfountain“, Atemübung „Ich gehe den Berg hinauf“, auf den Boxsack boxen, Kissen schlagen, Seil hüpfen, Yogaübung etc.)
- 5 Min. liegen und ruhen
- Etwas essen oder trinken
- Auf die Toilette gehen
- Hände waschen
- Fenster öffnen, frische Luft einatmen, die Umgebung ansehen
- Die Eindrücke der Stunde niederschreiben
- Vorstellung eines sicheren Ortes oder ähnliches
- Musikstück hören

In der Freizeit kann helfen:

- Sport
- Naturerleben (wandern, spazieren gehen, auf der Wiese liegen, Sonnenuntergang betrachten, Tiere beobachten, Vögeln zuhören, Sport in der Natur etc.)
- Sich einem Tier zuwenden
- Dem eigenen Empfinden nachspüren
- Supervision, um die Beziehung zu klären für sich, Verständnis zu gewinnen, Grenzen zu erkennen
- Reflexionen über sich und/oder den/die Patient*in, um Verständnis zu gewinnen
- schlafen
- Entspannungsübungen
- meditieren
- Gespräche
- Gutes Essen
- Pause, nichts tun, Abstand von Menschen
- Putzen, aufräumen
- Kreatives Arbeiten (tanzen, malen, basteln, dichten ...)
- Gartenarbeit
- Lesen
- Fernsehen, (berührende) Filme sehen
- Musik hören
- Urlaub

Jede/r Therapeut*in ist gefordert, für sich einen Weg zu finden, wie er/sie einerseits bei sich bleiben, sich spüren und wahrnehmen kann und andererseits empathiefähig, innerlich offen bleiben und sich berühren lassen kann, damit er seinem Gegenüber authentisch begegnen kann. Es ist wichtig, sich selbst und die therapeutische Beziehung immer wieder zu reflektieren.



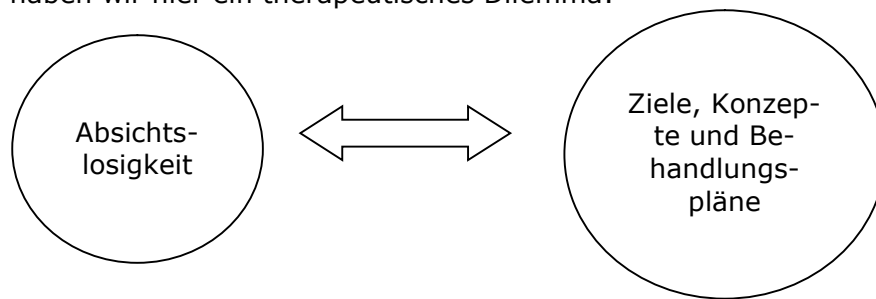
2.4 Haltung der Absichtslosigkeit und des Nicht-Wissens

Zitat Margrit Mattern (focusing-Therapeutin, focusing-Journal, Heft 35/2015, S. 29):

„Dem zehntausendsten Schmerzpatienten so begegnen, wie wenn es der erste Mensch wäre, der mein Behandlungszimmer betritt! Ohne vorher definiertes Ziel, ohne Diagnoseraster und Erwartungen in den Kontakt gehen, mich einfach dazusetzen und schauen, lauschen, wirken lassen ... und mich dem Menschen in diesem Augenblick mit offenem Gewahrsein zuwenden.“ Nur wenn die Patient*innen die „freie Wahl“ der Entwicklung haben, nichts Vorgegebenem, keiner Form folgen müssen, keinen Erwartungen und keinem Druck ausgesetzt sind, entsteht der innere Freiraum, unserem ganz Eigenen gemäß zu wachsen. In der Haltung der Absichtslosigkeit geben wir unserem Gegenüber die Erlaubnis, in allen Facetten sein und werden zu dürfen.

Das Nicht-Wissen ist die Voraussetzung für Offenheit für den/die Patient*in. Es ermöglicht die Entdeckung von Neuem, bisher Unbekanntem. Jedes Wissen ist nur Teilwissen, und jede/r Patient*in letztlich unergründlich.

Eine solche Herangehensweise widerspricht der Anforderung, bereits zu Beginn der Therapie eine Diagnose zu stellen, ein Konzept über den/die Patient*in vorzulegen, Ziele und Methoden der Behandlung zu formulieren. Wenn wir also tatsächlich das Selbst unserer Patient*innen stärken wollen, haben wir hier ein therapeutisches Dilemma:



Es ist Aufgabe des/r Therapeut*in, diese Dualität auszuhalten und uns immer wieder in die Haltung der Absichtslosigkeit zu bringen bzw. sie zu bewahren.

2.5 Bedingungslose Annahme der/s Patient*in

Jeder Mensch braucht die (frühkindliche) Erfahrung der bedingungslosen Annahme, damit ein „wahres Selbst“ wachsen kann. Eine dem „wahren Selbst“ dienende Therapie lässt diese Erfahrung erleben bzw. nachholen. Und die bedingungslose Annahme gibt dem/r Patient*in Halt und Sicherheit, um sich auf die Therapie einlassen und sich öffnen zu können. Es bedeutet „Der/Die Patient*in darf alles“ und „Ich bin ganz auf deiner Seite“.

Bedingungslos bedeutet „ohne Bedingung“ mit zwei Einschränkungen:

- Selbstverständlich – und dies ist für die Beziehung essentiell wichtig – darf und soll der/die Therapeut*in seine/ihre (im Sinne der Authentizität) Grenzen achten und gegebenenfalls auch aufzeigen (vgl. 2.3).
- Auch für die Therapie gibt es einige wenige Bedingungen, die ich in den Therapie-Basics (s. Anhang 4) zusammengefasst habe.

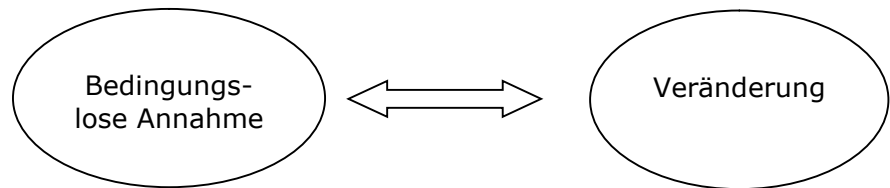
Bedingungslose Annahme bedeutet also unter Umständen:

- Der/Die Patient*in darf sich weiter ritzen
 - Der/Die Patient*in darf weiter abnehmen
 - Der/Die Patient*in darf in jeder Weise fühlen
 - Der/Die Patient*in muss nicht in die Klinik gehen
- usw.

Wenn all dies der/die Patient*in darf, komme ich gelegentlich in ein weiteres therapeutisches Dilemma: Ich sehe als Therapeut*in, dass ein Verhalten dem/r Patient*in nicht gut tut, z. B.

die häufigen Wutausbrüche oder der Selbsthass oder das Vermeidungsverhalten etc. Und dann wollen wir das einerseits verändern, das dysfunktionale soll durch funktionales Verhalten ersetzt werden. Und andererseits wollen wir den/die Patient*in aber annehmen, wie er ist.

Therapeutisches Dilemma



Gefahr: Wir verstärken das Innensystem der Selbstablehnung unserer Patient*innen positiv, indem wir verändern wollen, denn somit erklären wir etwas für nicht gut. Wir spalten in Gut und Böse.

Hilfen, dieses Dilemma zu tragen:

- Die Psyche meines Gegenübers verstehen als Überlebensstrategie der Seele (vgl. 1.1.2): Wenn ich mir klar mache, wozu der/die Patient*in dieses Verhalten erworben hat, wobei es ihm hilft, wofür es wichtig für ihn ist, dann hilft mir das oft, wieder Verständnis aufzubringen und das Verhalten anders zu sehen, es nicht mehr abwehren zu müssen, sondern im Gegenteil, damit zu arbeiten.

Wichtig:

Jugendliche brauchen es oft, zunächst in ihrem fremden Selbst und in ihren für die Entwicklung und den Ausdruck wenig hilfreichen psychischen Strukturen (dem ewigen Schimpfen, der Pseudo-Coolness, der Abhängigkeit vom Partner, dem Ritzen etc.) begleitet zu werden, weil es noch überlebenswichtig ist. Dazu ist es nötig, dass wir in der Lage sind, diesen Überlebensweg der/s Patient*in liebevoll zu sehen, denn dann lernt der/die Jugendliche ebenfalls, liebevoll mit sich und seinen/ihren Strategien umzugehen. Dadurch entsteht ein anderer Bezug zu sich und etwas Neues kann wachsen.

- Den/Die Patient*in wieder als Menschen in seiner Ganzheit sehen (vgl. 2.1): Wenn wir uns dem ganzen Menschen, dem Ursprünglichen zuwenden, uns unserem Gefühl dafür annehmen (und weniger den Symptomen, den Defiziten, Mängeln etc.), dann laufen wir weniger Gefahr, uns zu sehr mit Konzepten, Methoden, Mechanismen zu beschäftigen.
- Vertrauen, in das Potential der Selbstentwicklung (mitunter auch wider scheinbar bessere fachliche Erkenntnis): Dem/r Klient*in zu vertrauen bedeutet,
 - zu wissen, dass etwas in deinem/r Klient*in weiß (was gerade ist, was er/sie fühlt, was er/sie braucht, welches der nächste Schritt ist, was richtig ist usw.)
 - dein Gegenüber darin zu bestärken und zu ermutigen, seinem Inneren zu vertrauen
 - in der Therapie transparent zu sein, mögliche Methoden zu benennen bzw. vorzuschlagen und sich hierfür das Einverständnis einzuholen bzw. den/die Klient*in wahrnehmen zu lassen, ob das Vorgeschlagene für ihn/sie passt und als gangbarer Weg möglich erscheint.

2.6 Zusammenfassung

Wesentliche Aspekte einer das Selbst stärkenden therapeutische Haltung sind:

1. Ganzheitliches sehen (sehen auf der Seelen-Ebene)
2. Unvoreingenommenes Zuhören
3. Ein authentisches Gegenüber sein („fifty fifty“-Regel)
4. Haltung der Absichtslosigkeit und des Nicht-Wissens
5. Bedingungslose Annahme des/r Patient*in

Sich dem Gegenüber in dieser Haltung zuzuwenden bedeutet eine Stärkung seines Selbst (ohne Einsatz jeglicher Methoden), so dass das Selbst des/r Patient*in aus dem Inneren heraus wachsen kann und die heilenden Schritte geschehen oder gegangen werden können.

Beispiel: Text Momo (siehe Anhang 3)

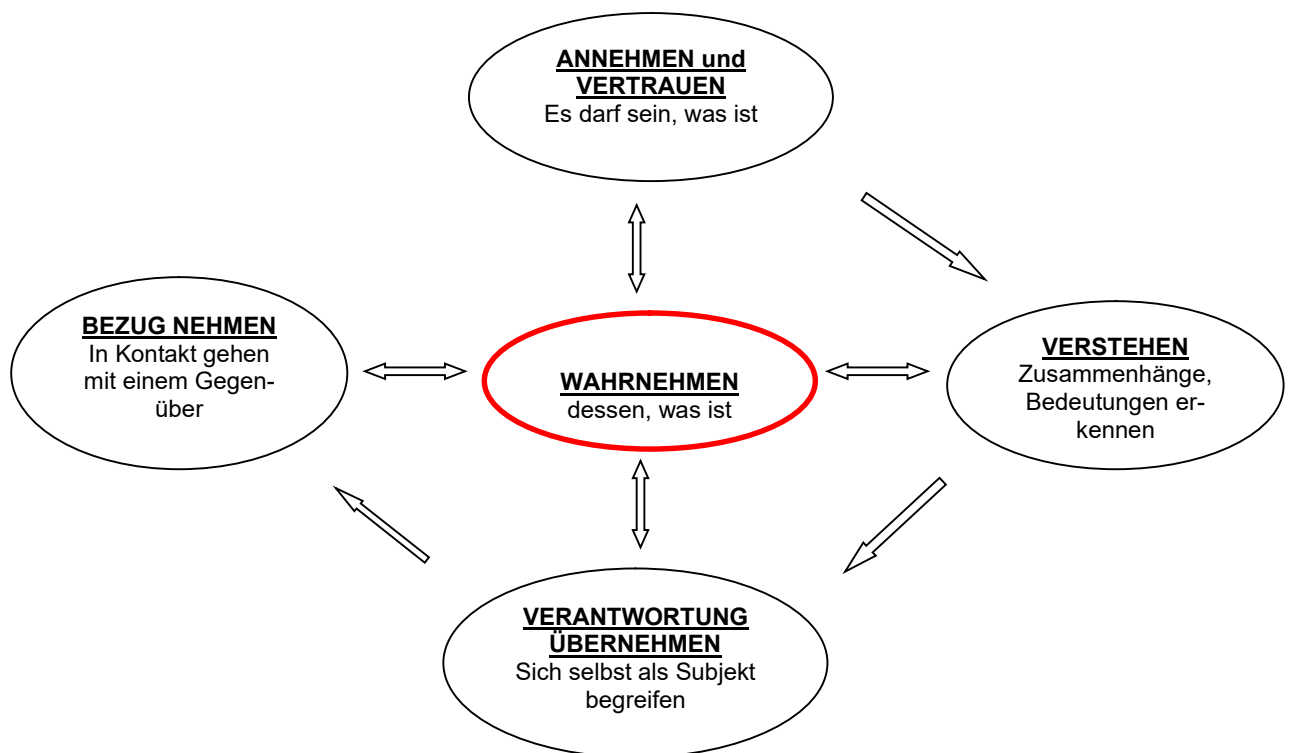
3 Die selbststärkende therapeutische Arbeit

3.1 Selbststärkung als diagnoseübergreifender Therapieprozess

Die Stärkung des wahren Selbst, also des Lebens in Verbundenheit mit dem ganz Eigenen, dem Seelischen, bedeutet für Klient*innen, dass sie

- einen Innenbezug finden,
- im eigenen Inneren Halt und Sicherheit erfahren,
- lernen, die Sprache und Signale der Seele (Gefühle, Assoziationen, Körperempfindungen, Symptome, Träume, innere Stimmigkeit etc.) zu verstehen,
- lernen, sich an diesen Signalen zu orientieren, darauf zu vertrauen und aufbauend auf diesem Innenbezug
- psychische Strukturen entwickeln, dem Selbst entsprechend im Außenbezug zu leben.

Schritte, die immer wieder zu gehen sind in einem selbststärkenden therapeutischen Prozess:



3.2 Selbststärkende Gesprächsführung

3.2.1 Therapeutin als Modell

3.2.2 Praktische Übung Gesprächsführung II

Durchführung eines Therapiegesprächs und Anwendung der Techniken

- Wahrnehmungsvalidierung
- Spiegeln
- Gefühlsfokussierung: Gefühle nachfragen, Gefühle anbieten, eigene Gefühle rückmelden
- Auf die Körperebene gehen
- Im JETZT arbeiten

3.2.3 Containing als wichtiges Element einer selbststärkenden Therapie

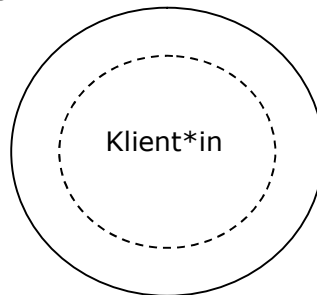
Containing ist ein Konzept des Psychoanalytikers Bion. Es bedeutet lt. Bion „**verstehend in uns halten, was der andere anbietet, seine Gefühle mittragen und da sein lassen, auch da, wo der/ die Klient*in dies noch nicht selbst vermag**“. Und mitunter auch, was ihm selbst nicht bewusst ist.

Wir sind während des Containings ein Container für die Inhalte, die der/die Patient*in da hinein leert, wobei der Container eigentlich das Bewusstsein ist und damit mehr als das, was er enthält. Dadurch findet schon eine Erweiterung statt. Beispiel: Wütende/r Patient*in – ich spüre die Verzweiflung und den Schmerz dahinter oder eine Traurigkeit und halte auch dieses noch-nicht-Gespürte.

Containing bedeutet auch, das von der Klient*in/vom Klienten Geäußerte einerseits nicht abzuwehren und andererseits sich auch nicht mitreißen zu lassen oder emotional zu agieren. Beispiel: Eine Patientin ist wütend auf ihre Mutter, und die Therapeut*in schimpft mit ihr gemeinsam.

Die Begegnung während des Containings ist nicht auf Augenhöhe:

Therapeut*in



Es geht beim Containing jedoch nicht nur um die Annahme des Status Quo, sondern auch um eine Entwicklung, einen nächsten Schritt gemäß des zweiten Teils des Bion'schen Konzeptes: „**Inhalte vorverdauen und dem/r Patient*in in leichter, verdaulicher Form zurückgeben.**“ Dies meint, die Grenze auszuloten, zu erweitern, dem/r Patient*in einen Schritt zu eröffnen, den sie/er vllt. gehen kann oder auch nicht. Z. B. Bewusstheit schaffen, verstehen, annehmen.

Wichtig

Die eigene Grenze beachten: Wann können wir nicht mehr containen? Dann muss der andere selbst stehen.

Beispiele, wann das Containing in der Waage zwischen „Halten“ und „Erweitern“ schwierig werden kann:

- Der/Die Patient*in schimpft jede Stunde wieder über seine/ihre Mutter
- Der/Die Patient*in klagt ein ganzes Jahr lang fast ausschließlich über ihre Schmerzen und Erkrankungen
- Der/Die Patient*in vermittelt mir immer wieder aufs Neue, dass er/sie gar nicht möchte, dass es ihm/ihr besser geht, dass er/sie die Therapie als kleinstes Übel annimmt
- Der/Die Patient*in weint über lange Zeit nahezu jede Stunde heftig
- Der/Die Patient*in gibt sich immer wieder total cool
- Der/Die Patient*in vermittelt stets „Mir kann sowieso keiner helfen“

3.2.4 Praktische Übung Containing

3.3 Zum Einsatz weiterer Methoden

3.3.1 Praktische Einführung: Brainstorming

Sammlung aller Methoden, die den Teilnehmer*innen bekannt sind

- Kognitive Umstrukturierung
- Expositionen, Konfrontationen (Angst, Zwang, Trauma)
- Imaginationen
- Aktivitätenplanung
- Tagesstrukturierung
- Kreative Methoden (malen, tonen, schreiben ...)
- Positive Verstärkung
- Skillsliste und deren Anwendung
- Psychoedukation
- Positive Verstärkung
- Innere-Teile-Arbeit
- Achtsamkeits-, Wahrnehmungs- und Körperübungen
- Biografiearbeit
- Einübung positiver Selbstgespräche
- Rollenspiele
- Fokussierung auf Gefühle

usw.

Welche der genannten Methoden wirken selbststärkend, welche nicht, kann das überhaupt so unterschieden werden?

Als **Hilfe zur Beantwortung der Frage:**

3.3.2 Methodenabgrenzung

Es geht um verändern.	Es geht um annehmen und verstehen.
Wollen etwas Gutes im Patienten fördern, spalten damit oft in gut und schlecht: Schlecht sind die Symptome, das falsch Gelernte, das negative Muster, die dysfunktionale Gedanken ...	Lassen Dualität da sein: Verhalten ist sowohl gut als auch schlecht für den/die Patient*in. Verhalten darf sein.
Fordern auf zu MACHEN	Fordern auf zu SEIN
Versuchen meist, von außen etwas zu verändern, zu implantieren	Lassen von Innen wachsen unabhängig davon, was im Außen ist
Sind gut umsetzbar, konkret, fördern schnelle Veränderung	Sind weniger konkret, brauchen Zeit, um zu wirken
Wirken eher kurzfristig	Wirken eher nachhaltig

Als **zweite Entscheidungshilfe für die formulierte Frage** könnte man auch schauen, wie hilfreich die jeweilige Methode bezüglich der Prozessschritte ist.

3.3.3 Praktische Übung:

Diagnose übergreifende Methoden, die selbststärkend wirken

Die Aufgabe ist es, die o. g., im Brainstorming gesammelten Methoden den einzelnen Prozessschritten zuzuordnen.

3.3.4 Fallen beim Einsatz von Methoden

1. Eine im Kopf geplante Methode kann den authentischen Kontakt, die sehende Begegnung stören oder gar verhindern. Sie kann meine Offenheit einschränken, so dass ich den Menschen oder das Selbst hinter der Fassade in dieser Situation nicht mehr sehen kann, denn ich möchte ja meinen Plan erfüllen.

Dies kann bereits mit dem Stundenbeginn einsetzen: Anstatt auf das heutige Anliegen, das heutige Da-Sein meines/r Patient*in einzugehen, frage ich danach, wie es mit den Hausaufgaben war oder beziehe mich auf andere Aspekte der letzten Stunde, nachdem ich die Fortsetzung bereits geplant habe.

Wie kann ein Stundenbeginn aussehen, der den/die Patient*in ankommen und zum „nach Innen schauen“ und „zu sich kommen“ einlädt?

- „Wie geht es dir?“
- „Wie fühlst du dich?“
- „Wie bist du heute da?“
- „Was beschäftigt dich?“
- „Magst du erstmal ankommen?“
- „Vielleicht erstmal tief durchatmen?“
- Beispiel „Insel Therapie“

2. Nicht jede Methode passt zu mir, zu meiner Art des Arbeitens. Eine Methode ist für mich nur anwendbar, wenn sie eingebunden ist in meine therapeutische Grundhaltung. Jede Methode ist nur so hilfreich wie die Haltung, mit der ich zu der Methode stehe und mit der ich sie einsetze. So kann es für manchen schwierig sein, mit „inneren Teilen“ zu arbeiten, wenn er den Menschen als Ganzes sieht. Und strukturierte Verfahren (wie etwa EMDR) passen evtl. nicht zu mir, wenn ich ein sehr intuitiver Mensch bin.
3. Eine Methode hilft nicht bei jedem Menschen: Häufig erleben wir eine große Begeisterung, wenn wir eine neue Intervention, ein neues Therapiemodell kennen lernen und wollen die neue Methode am liebsten gleich allen Patient*innen zukommen lassen. Dann folgen im Therapeutenalltag die Ernüchterungen (gut so!), weil wir nicht gesehen haben, dass das neue Wundermittel nicht zu DIESER Patientin passt oder der Zeitpunkt nicht der richtige war. Die Sehnsucht nach dem Wundermittel, nach einer (Allheil-)Methode ist oft ein Hinweis darauf, dass wir (noch) nicht auf unser Inneres vertrauen, nicht darauf vertrauen, dass die Begegnung die größte Kraft überhaupt ist, die wir einsetzen können. Dann setzen wir Methoden ein, weil sie uns Halt geben. Wenn wir uns nicht vertrauen (was absolut in Ordnung ist), fällt es auch schwer, auf die innere Kraft unserer Patient*innen zu vertrauen. Manche Menschen brauchen „nur“ eine Bestärkung ihres Selbst, können mit nahezu keiner Methode etwas anfangen.

Am Beispiel EMDR: Es ist gar nicht so leicht, sich diesem Sog der Supermethode zu entziehen: Jeder schwärmt, tolle Erfolge werden publiziert. Auch hier gilt: Den Mut haben und auf die eigene Stimmigkeit hören.

Wann wird eine Methode gut eingesetzt?

- Etwas in mir spürt im Kontakt mit der/m Patient*in, dass diese Intervention jetzt passen könnte. Meistens ist es dann so, dass uns „plötzlich“ eine Idee kommt, eine Methode von selbst einfällt – vielleicht sogar eine, an die wir schon länger nicht mehr gedacht hatten.
- Oder ich komme in der Therapie an einen Punkt, wo mir mein Inneres sagt, dass nun etwa Expositionen anstehen könnten. Ich bespreche dies mit dem/r Patient*in und es stößt bei ihr/m auf ein inneres JA. Dann können wir gemeinsam planen und vielleicht sogar den Plan umsetzen, sofern er auch in der geplanten Stunde noch passt.

3.3.5 Selbststärkende Interventionen

3.3.5.1 Förderung des Wahrnehmens (Selbst-Wahrnehmung)

Die Selbstwahrnehmung des/r Klient*in wird grundsätzlich dadurch gefördert, dass wir gemeinsam mit ihr/m in die Beobachtung des inneren Erlebens gehen, indem wir darüber sprechen, wodurch

- inneres Erleben überhaupt erst spürbar wird und ein Bewusstwerdungsprozess einsetzen kann, der die Verbindung mit der Seele stärkt und ein wahres Selbst wachsen lässt,
- Abstand geschaffen wird zum inneren Erleben, wenn dieses den/die Patient*in mitreißt,
- der/die Klient*in lernt, inneres Erleben zu beobachten, während es spürbar ist,
- der/die Patient*in Kontrolle zurück gewinnt (Förderung der Selbststeuerung),
- allmählich die Angst vor Gefühlen verliert,
- neue Aspekte sichtbar werden durch die „Draufsicht“ (ganzheitlicher Blick), usw.

Beispiel

Die jugendliche Maria weint jede Stunde sehr viel, wird mitgerissen von ihren Tränen, kann sich kaum beruhigen. Wenn ich beginne, mit ihr darüber zu sprechen, was sie bewegt, lernt sie zu beobachten während sie weint, also gleichzeitig sowohl im Spüren zu sein als auch im Beobachten des Spürens.

In diesem Beispiel schafft die gemeinsame Beobachtung also einen Abstand zum inneren Erleben, in anderen Fällen hingegen – wenn der/die Patient*in noch keinen Innenbezug hat – ist es wichtig, sich dem Innenleben zuzuwenden.

Das „darüber sprechen“ ist also bereits eine Form des Beobachtens und fördert die Selbstwahrnehmung, ist also bereits Teil eines heilenden Prozesses!

Möglichkeiten der Förderung

a) Psychoedukation

Vorsicht vor all zu viel Erklärungen! Doch mitunter macht Psychoedukation Sinn, etwa

- Psychoedukation zum Sinn der Wahrnehmung von Gefühlen, Gedanken, Körperempfindungen, Impulsen, Bedürfnissen, Grenzen, Motivationen etc. Schon allein die Vorstellung, sich seinem Innenleben zuwenden zu sollen, macht vielen Patient*innen Angst. Angst, die wiederum auch oft sinnvoll ist. Oft bleiben wir lange ausschließlich im Kognitiven (auch Gedanken sind ein Teil des inneren Erlebens), bevor wir uns anderen Erlebensformen zuwenden können.
- Psychoedukation zur Unterscheidung von ‚im inneren Erleben sein‘ und ‚das innere Erleben beobachten‘ und wozu es Sinn macht, sein inneres Erleben nicht nur wahrzunehmen, sondern auch zu beobachten (siehe Einführung 3.3.1)
- Psychoedukation zur Unterscheidung von „gedachten“ und „gespürten“ Gefühlen
- Psychoedukation zur Unterscheidung von Gefühlen und Realität, von Impulsen und Verhalten, von Wahrnehmung und Handlung ...
- Psychoedukation zur Richtigkeit von Gefühlen (es gibt keine falschen Gefühle, Gefühle weisen uns den Weg, wollen uns etwas verdeutlichen, Gefühle sind Hilfen, uns mit unserem Innersten zu verbinden usw.)

b) Wahrnehmungsvalidierung

= Bestätigung der subjektiven Wahrnehmung, wenn eine solche deutlich wird

Beispiele

- „Dass dich das ärgert, kann ich gut nachvollziehen“
- „... und das ist einfach verletzend für dich“

c) Das Wahrgenommene spiegeln und damit dem/r Klient*in zurückgeben, falls diese/r nicht bemerkt oder versteht, was das in ihm ist: Bereits lt. Winnicott (1967!!) ist die Spiegelung der Gefühlsäußerungen durch die Mutter (affectmirroring) die Grundlage für das emotionale Selbstverständnis.

Beispiele

- „Deine Stimme klingt so, als würde dich das sehr überraschen“
- „Ich glaube, das fühlt sich jetzt enttäuschend an“
- Wenn Tränen kommen: „ ... und das tut weh“
- „Ich habe den Eindruck, dass dich das ganz schön ärgert. Stimmt das?“

d) Auf Gefühle fokussieren (siehe auch Körperwahrnehmung)

- Nach dem inneren Erleben fragen

Beispiele

- „Was löst es aus in dir, wenn du jetzt darüber sprichst?“
- „Wie fühlt sich das gerade an?“

- Fühlweisen anbieten

Beispiele

- „Ich habe den Eindruck, dass dich das ganz schön ärgert. Stimmt das?“
- Wenn Tränen kommen: „ Sind das eher Wut- oder Traurigtränen?“
- „Ich an deiner Stelle wäre da vielleicht enttäuscht...?“

- Eigene Gefühle rückmelden

Beispiel

- „Wenn du das erzählst, merke ich, dass ich richtig wütend werde. Wie ist das bei dir?“

e) Auf die Körperebene gehen und so den Bezug zwischen Selbst- und Körperbewusstsein herstellen

Beispiele

- „Wie merkst du das im Körper, dass du sauer bist?“
- „Fühlst du das gerade in dir oder ist es eher ein Wissen darum, dass du das fühlen könntest oder solltest oder üblicherweise in solchen Situationen fühlst?“
- Auf der Metaebene: Ein Körperbild mit Gefühlen, Stimmungen, Schmerzen malen, was ich gerne bei mit körperlichen Symptomen assoziierten Erkrankungen einsetze, z. B. Somatisierungen, Essstörungen
- Angeleitete Selbstbeobachtungen: „Achte doch mal auf deine Atmung Und wenn du so nach Innen spürst – hin zu deinem Brust-/Bauchbereich ... was bemerkst du da, wenn wir gerade über [den Tod deiner Oma] sprechen?“. Häufig werden dann körperliche Eindrücke wie „es drückt in der Brust“, „im Hals wird's eng“ etc. geschildert, die vielleicht sogar einer Emotion zugeordnet werden können. Oft gibt es aber auch keine Worte für das Innenleben, dann gelingt es manchmal, einen „Griff“ zu finden.
- „Einen Griff finden“, wie es im focusing heißt, bedeutet, dem Etwas im Inneren auf anderen Ebenen als der verbalen näher zu kommen.

Beispiele

- Einen stimmigen Vergleich finden:
 - Es fühlt sich an als ob [ein Tunnel in mir wäre]
 - Es fühlt sich an wie wenn ... [ein Stein auf meine Brust drückt]
- Ein inneres Bild zu diesem „etwas in mir“ finden (Landschaft, Symbol, Gegenstand)
- Ein passendes Musikstück zu einer Stimmung finden
- Landschaftsbilder vorlegen und eines auswählen lassen, das zum eigenen inneren Klima passt

f) Mit (nicht-direktiven) Achtsamkeitsübungen können wir grundsätzlich fördern, uns unserem Inneren (urteilsfrei) zuzuwenden und darauf zu hören.

g) Arbeiten im JETZT: Die Selbstwahrnehmung des/r Patient*in wird eher geschult durch die Konzentration auf die Gegenwart

Beispiele

- „Wie geht es dir heute damit, wenn du an ... [den Tod deiner Oma] denkst?“ statt „Wie ging es dir gestern, als ... [deine Oma starb]?“
- Um dem/r Patient*in das Hineinversetzen in die vergangene Situation zu erleichtern, kann diese vom/von der Therapeut*in noch mal wiedergegeben werden.

- h) Wann immer es um die Selbst-Wahrnehmung geht, geht es auch um die Wahrnehmung der inneren Stimmigkeit, denn nur sie (und nicht der/die Therapeut*in) kann uns bestätigen, dass das, was wir innerlich wahrnehmen, für uns so „stimmt“. Dieses Konzept kann den Patient*innen erklärt und in einer Übung demonstriert werden, um zu ermutigen, uns im Authentischen zu verankern.

3.3.5.2 Förderung des Annehmens und Vertrauens (Selbst-Annahme, Selbst-Vertrauen)

- a) Liebevolle Hinwendung zu dem Ausgedrückten oder auch dem nicht Ausgedrückten, das spürbar wird. So erfährt der/die Patient*in von Außen den liebevollen Umgang mit seinen Gefühlen, Bedürfnissen usw. und die Fürsorge, die er/sie sich selbst noch nicht geben kann (Therapeut*in als Modell, siehe auch Containing).
- b) Vertrauen auf den angelegten, in allem Lebendigen inne wohnenden Wachstumsdrang, der auch in den Patient*innen lebt. Unser Vertrauen spendet Zuversicht und hilft, selbst zu vertrauen.
- c) Erlauben, dass Annehmen und Vertrauen noch nicht möglich sind (Containing, s. o.)
- d) Immer wieder explizit Erlaubnis für die erlebten Gefühle, Wünsche, Bedürfnisse etc. geben (siehe Psychoedukation)
Beispiele
- „Wir dürfen so fühlen“
 - „Es ist ganz in Ordnung, dass du dich ärgerst“
 - Containing (siehe 3.4)
- e) MSC-Interventionen (vgl. Neff, 2014 und Bluth, 2017)

3.3.5.3 Förderung des Verstehens (Selbst-Verständnis)

- a) Psychoedukation:
Erläutern, was Psyche heißt, dass sie uns helfen soll, unserer Seele eine lebbare Form zu geben. Beispiele für hilfreiche und weniger hilfreiche psychische Strukturen geben. Erläutern, dass schwierige Verhaltensweisen Überlebensstrategien darstellen, die unsere Seele geschützt und bewahrt haben.
- b) Biografische Arbeit, um die entwickelten Strukturen, individuellen Erlebens- und Denkweisen nachvollziehen zu können und auf diese Weise verstehbar zu machen.
- c) Muster, Verhalten etc. gemeinsam beobachten, damit der/die Jugendlicher lernt, Distanz zu gewinnen (siehe oben bei Wahrnehmung).
- d) Immer wieder situativ gemeinsam schauen, was will mir dieses Gefühl in diesem Kontext sagen, wobei will es mir helfen, was brauche ich jetzt, um wieder zu mir zu kommen, meine Mitte zu finden usw.
- e) Affektbrücken: Ein im JETZT erlebter Affekt fühlt sich genauso an wie „damals“ und gibt somit Aufschluss über Zusammenhänge.
- f) Einsatz kreativer Mittel
Der Einsatz kreativer Mittel hilft oft, sich vom Kognitiven zu entfernen, halb bewusstes oder unbewusstes sichtbar zu machen und damit einen neuen Blick und ein anderes Verständnis zu finden.
- Malen
 - Tönen, kneten
 - Skulpturarbeit (besonders beim Verstehen von Beziehungserleben)
- usw.

g) Mentalisierungsprozesse anstoßen (vgl. Taubner, 2015)

Wichtig: Manches ist nicht verstehbar (z. B. weil frühkindliche Ereignisse nicht erinnert werden, weil transgenerationale Traumata vorliegen, die keiner kennt usw.)! Manches ist einfach, wie es ist, und wir können es nur annehmen lernen, uns ihm liebevoll zuwenden, denn es ist ein Teil von uns, der auch angenommen sein will.

3.3.5.4 Förderung der Selbstverantwortung und des Bezugnehmens

Selbstverantwortung bedeutet, dass man für sich selbst, für das, was einen bewegt, Antworten findet, dass man aus einem Innenbezug heraus, aus einem gefühlten inneren Verstehen heraus sein Da-Sein gestaltet. Dann stellt sich ein, dass

- ich meinen Gefühlen nicht mehr aus dem Weg gehe, sondern sie ernst nehme und mit ihnen sein möchte,
- ich meine Grenzen anerkenne,
- es mir ein ernstes Anliegen ist, für mich zu sorgen,
- ich in der Lage bin, um meiner Selbst willen zu verzichten,
- ich Wege suche und finde, meiner Seele entsprechend zu handeln,
- ich bemerke, wenn ich in Gefahr bin, mich zu verlieren,
- ich um Hilfe bitte, wenn ich sie brauche,
- ...

Mit der Fähigkeit zur Selbstverantwortung stellt sich ein, dass ich damit auch in Bezug mit anderen trete. Mit anderen auf Grundlage eines Innenbezugs zu sein bedeutet, dass

- ich JA sage, wo ein JA ist, ein NEIN sage, wo ein NEIN ist, ein VIELLEICHT sage, wo ein VIELLEICHT ist und ein ICH WEISS NICHT sage, wo ein ICH WEISS NICHT ist,
- anderen gegenüber eine Rolle einnehmen kann, ohne die Rolle zu werden,
- ich meine Anliegen anderen gegenüber formuliere, wenn ich das möchte und mich auch dagegen entscheiden darf,
- ich andere sein lassen kann wie sie sind, ohne mich bedroht zu fühlen,
- ich authentische Begegnungen erlebe,
-

Möglichkeiten der Förderung

- a) Alles, was unter 3.3.5 bis 3.3.7 bereits angeführt wurde
- b) Die Erlaubnis geben zur eigenen Bedürfnis-Erfüllung (Gespenst des Egoismus).
- c) Menschen ermutigen, zu ihrer Authentizität zu finden und zu sich zu stehen.
- d) Helfen, stimmige Ich-Sätze zu finden für Bedürfnisse, Gefühle, Grenzen. Jeder stimmige Ich-Satz stärkt das Selbst.
- e) Reflexionen von Beziehungserleben, Fokus dabei auf das Selbsterleben richten, weniger auf das Fühlen und Denken des Gegenübers.
- f) Betonen der Unterscheidung von DU und ICH, von der Verschiedenheit der Menschen.

3.3.5.5 Fallbeispiele

- a) Lea, 16 J., Diagnosen: Magersucht und Depression (siehe 1.0.3)
Lea lernt allmählich, sich Einstellungen, Gefühle und Empfindungen zu erlauben, die zunächst nicht in ihr Selbst-Bild passten. Lernt, sich Bedürfnisse nach Liebe und Zuwendung einzugestehen. Lernt, ihre „bösen“ Gefühle zu verstehen ohne sich abwerten zu müssen. Gewinnt neue Freunde und Freundinnen, mit denen sie „ehrlicher“ sein kann, denen sie

sich zeigen kann. Lernt, sich weniger über andere zu definieren (wie komme ich an? was denken die von mir?), sondern gewinnt immer mehr Halt in sich, so dass sie besser zu ihren Bedürfnissen stehen kann und sich auch „Egoismus“ erlauben kann. Die Arbeit mit ihrer Mutter (und ihr) hilft beiden, weniger auf den anderen, mehr auf sich zu achten. Die Mutter wird dabei ein günstigeres Modell für Lea.

- b) Sybel, 19 J., Diagnosen: Borderline PS, Depression, undifferenzierte Somatisierungsstörung

Ist stark mit Erkrankungen und Schmerzen und überhaupt mit „mir geht es schlecht“ identifiziert, momentan scheinbar ihre einzige Möglichkeit, Aufmerksamkeit und Zuwendung zu bekommen. Dies geht so weit, dass sie tatsächlich permanent erkrankt ist, was bis hin zu Operationen führt. Erkrankungen und Schmerzen waren in der Kindheit die einzige Möglichkeit, die Fürsorge und das Wohlwollen der Mutter zu erfahren.

Nach einem Jahr verändert sich die Lebenssituation von Sybel: Sie wohnt jetzt allein und spürt ihre Einsamkeit immer stärker. Zunächst werden die Erkrankungen und Schmerzen noch schlimmer, eine Operation wird durchgeführt. Doch in der tiefsten Verzweiflung erklärt sie mir eines Tages, dass sie stets über Erkrankungen und Schmerzen reden müsse, weil sie sonst wohl keiner beachten würde. Es sei „schon immer“ so gewesen. Von nun an gelingt es ihr zunehmend, sich ihren Gefühlen und Bedürfnissen zuzuwenden. Und ab und zu lässt sie auch mich zu Wort kommen, nachdem ich ein Jahr nur der Container für ihre Klagen war. Meine Empfehlung einer Homöopathin folgt sie und macht erstmals gute Erfahrungen (Knoten in der Brust werden kleiner). Immer wieder steht unsere Beziehung im Mittelpunkt des Geschehens – diese Stunden erscheinen die wertvollsten zu sein. Sie scheint zu erleben, dass sich jemand ernsthaft mit ihr und dem Beziehungsgeschehen befasst. Schließlich stimmt sie einem Aufenthalt in einer psychosomatischen Klinik zu und beginnt eine realistische Zukunft zu planen.

- c) Lina, 22 J., Diagnose: Depression, abhängige Persönlichkeitsstörung

Kann sich keine eigenen Bedürfnisse, Wünsche, Grenzen gestatten, wenn der Partner dagegen ist, um die Ablehnung und den Verlust des Partners sowie Verlorenheitsgefühle zu vermeiden. Übernahm die Verletzung der Mutter, die bereits kurz nach Lisas Geburt vom Vater verlassen wurde, was nie betrauert und verarbeitet wurde. Wuchs ohne Vater auf, lebt in großer Bedürftigkeit nach Fürsorge. Beides zusammen führt zu abhängigem Beziehungsverhalten als Lösung, Liebe zu bekommen.

Lina beginnt zu verstehen, was ihre heutige Abhängigkeit mit ihrer Lebensgeschichte zu tun hat. Sie sucht im Internet heimlich ihren Vater, der in den USA im Gefängnis ist, und tritt mit ihm in Kontakt. Die Briefe verdeutlichen ihr, wie wenig Interesse der Vater wirklich an ihr hat und ihr wird immer deutlicher, wie wütend sie ist. Schließlich trennt sie sich von ihrem Freund.

Anhang 1

Aus:

Konstantin Wecker: Die Kunst des Scheiterns
2007 Piper Verlag GmbH München

Konstantin Wecker zur Frage, wer er ist (S. 74/75)

Wenn ich alte Filme von mir sehe, dann ist dieser junge, faltenlose Mann mit seinem beneidenswert dichten Haarwuchs so weit entfernt von mir, dass es schwerfällt, mich mit ihm auch nur ein kleines bisschen zu identifizieren.

Wenn ich alte Schallplatten höre, erkenne ich die eigene Stimme nicht wieder. Von meinen Aufnahmen mit der Knabenstimme ganz zu schweigen.

Sind mir meine Kinder nicht viel ähnlicher als dieser Fremde aus einer vergangenen Welt?

Warum behaupte ich, das sei ich?

Weil mein Name unter dem Foto steht?

Weil ich Geheimnisse dieser Person weiß, die anderen verborgen sind?

Da kommen wir der Sache schon näher.

Es sind die Abgründe, die uns verbinden, diesen anderen, der meinen Namen trägt, und mich. Ganz bestimmt sind es nicht die Lügen, die man der Gesellschaft von sich auftischt. Die sind austauschbar, derer bedient sich jeder. Schneidert sich doch jeder eine Persönlichkeit zusammen, je nach seiner handwerklichen Fähigkeit matt oder schillernd und nicht selten nach einem Schnittmuster, das die Außenwelt anbietet, trotz aller scheinbaren Individualität doch mehrheitskompatibel, nicht wirklich kantig, nicht wirklich angreifbar.

Ich habe nicht viele Menschen getroffen, die diese Kritik auf sich selbst bezogen zugelassen hätten, so stark ist die Angst davor, vielleicht doch kein eigenes, einem ganz allein selbst gehörendes Ich zu besitzen, am Ende verwechselbar zu sein, gar austauschbar, unwichtig.

Und doch glaube ich, ist genau diese Erkenntnis, das Ich in Frage zu stellen, unerlässlich, um das Wesentliche, Un-

korruptierbare dahinter, das manche als das Selbst bezeichnen, zu finden.

Manche Meditationsmeister fordern einen ausschließlich nur zu dieser einen Frage auf: »Wer bin ich?«

Stundenlang, jeden Tag, ein Leben lang: »Wer bin ich?«

Wer ist der, der den betrachtet, der diese Frage stellt.

Und es scheint so, als sei dies nur als Koan zu verstehen, als eine Frage, deren Beantwortung letztlich nicht durch die Ratio möglich ist. Eine paradoxe Aufgabe, durch die der Übende bis auf die Grenze seines Denkens geführt werden soll, um zu zeigen, dass echte (Zen-)Erfahrung jenseits des Intellekts liegt. Wie die berühmte Frage von Meister Hakuin: »Was ist das Klatschen einer Hand?«

74

Über seine Zeit im Gefängnis, nachdem er 1995 wegen Drogenbesitzes verhaftet wurde, schreibt Wecker über seinen „Abgrund“, in dem er sich damals befunden habe (S. 113/114):

„.... Mit diesem zerschlagenen Herzen ist nach meiner Erfahrung die seelische Verfassung eines Menschen gemeint, der so viel verloren hat, dass er an sich selbst nichts mehr beschönigen kann. Der tiefste Abgrund des menschlichen Daseins, des Verlassenseins: Man hat kein Ich mehr, an das man sich klammern könnte, keine Persönlichkeit mehr, in die man sich flüchten könnte, der letzte Rest von Hochmut ist dahin.“

Und dazu, wie er in den Abgrund kam, schreibt er (S. 116/126/127):

„Zu vieles war verhärtet in diesen Jahren des Erfolges, der mir zu selbstverständlich geworden war. Denn statt mir meines Selbst bewusst zu werden, wurde ich selbstherrlich“

„Ich war sechsundvierzig Jahre alt, erfolgreich und berühmt und nicht mehr in der Lage, mit mir auszukommen... Zum ersten Mal in meinem Leben war ich nicht mehr echt. Wenn ich auch früher manchmal unglaubliche Dummheiten gemacht habe – ich *war* dieser Mensch in diesem Moment. Ich musste ihn nicht spielen. Ich hätte gar nicht gewusst, wie das geht.
Nun hatte ich mich selbst verloren.
Ich war nicht mehr identisch mit mir.

Und als Fazit seiner Ausführungen über die Erziehung zu Anstand, Benehmen, Wohlerzogenheit und Funktionieren schreibt Wecker (S. 165):

„Bei diesem Benimmquatsch geht es doch ausschließlich um einstudierte Umgangsformen, um Methoden, wie man am besten seine aufrichtigen Gefühle verbirgt.
Gerade der übermäßige Wert, der auf gutes Benehmen gelegt wird, vermittelt dem Kind, dass Verhalten wichtiger sei als Sein. Ein folgenschwerer Irrtum, der zwar angepasste Bürger hervorbringt, aber fremdbestimmte Menschen.“

Anhang 2

Bedeutsame Aussagen zur „therapeutischen Haltung/Beziehung“

1. Personenzentrierte Psychotherapie (Rogers)
 - WEE = Wärme, Echtheit, Empathie
 - Wärme = Bedingungslose, akzeptierende Wertschätzung
 - Echtheit = Selbstkongruenz des/r Therapeuten/in, Authentizität, die auch Transparenz beinhaltet
 - Empathie = einführendes, nicht-wertendes Verstehen
2. Gestalttherapie (Perls)
 - Präsenz des/r Therapeut*in
 - Zugewandtheit
 - Authentizität
 - Seelisches Berührt-sein
 - Inneres Erleben
 - Demut in der Arbeit
3. Psychoanalyse
 - Abstinenz
 - Gleichschwebende Aufmerksamkeit
4. DBT (Bohus et al.)
 - „Mischung aus Durchhaltevermögen, Engagement und Demut“
5. Selbstmanagement-Ansatz (Kanfer, Schmelzer, Reinecker, 1996)
 - unterstützende bzw. beratende Funktion
 - „Geteilte Verantwortung“ (Klient als Experte)
 - „Arbeitsbündnis“ mit spezifischer Rollenverteilung (Professioneller Helfer/ Hilfesuchender);
 - Therapeut „befolgt das 'Prinzip der minimalen Intervention', welches besagt, dass Klienten nur mit den jeweils geringstmöglichen Mitteln geholfen werden sollte, welche ausreichen, damit sie wieder autonom leben können.
 - In Krisensituationen übernimmt der Therapeut eine aktive 'zupackende' Haltung
 - Der Therapeut ist also ein Modell für den Klienten
 - Professionelles Interaktionsverhalten: Emphatisches Verstehen, Arbeit an Veränderung, maximale Objektivität, Neutralität bzw. Allparteilichkeit und distanzierte Anteilnahme
 - Klient bekommt ein Maximum an Selbstbestimmung und Mitentscheidung
 - Transparenz des Vorgehens, Informationen über alle ablaufenden und geplanten Maßnahmen und gemeinsam getroffene Entscheidungen über Probleme, Ziele und Lösungswege
 - Was die Therapeut-Klient-Beziehung nicht sein sollte:
 - Keine alltägliche Freundschaftsbeziehung;
 - Keine orthodox-medizinische Arzt-Patienten-Rollenverteilung;
 - Keine Situation völlig bedingungslosen Akzeptierens;
 - Kein Selbstzweck bzw. Ersatz für im Alltag fehlende soziale Beziehungen
 - Therapeuten-Verhalten
 - Verhalte dich konsistent (Echtheit)
 - Reflektiere dein Verhalten
 - Interessiere dich für subjektives Erleben
 - Sei offen für eigensinnige Lebensentwürfe und Lösungsideen
 - Vermittle Vertrauen in Ressourcen
 - Vermittle Wertschätzung
 - Übernimm Verantwortung für die Prozessgestaltung
6. „Funktionale Beziehungsgestaltung“ (Zimmer und Zimmer, 1996)
 - empathisch-validierend vs. strukturierend-anleitend
 - akzeptierend-schonend vs. konfrontativ-fordernd
 - einsichtsorientiert-klärend vs. veränderungsorientiert
 - Verantwortung übernehmend vs. Verantwortung übergebend

Anhang 3

Aus:

Michael Ende: Momo, S. 15/16

Thienemann Verlag, 1973

Was die kleine Momo konnte wie kein anderer, das war: Zuhören. Das ist doch nichts Besonderes, wird nun vielleicht mancher Leser sagen, zuhören kann doch jeder.

Aber das ist ein Irrtum. Wirklich zuhören können nur ganz wenige Menschen. Und so wie Momo sich aufs Zuhören verstand, war es ganz und gar einmalig.

Momo konnte so zuhören, daß dummen Leuten plötzlich sehr gescheite Gedanken kamen. Nicht etwa, weil sie etwas sagte oder fragte, was den anderen auf solche Gedanken brachte, nein, sie saß nur da und hörte einfach zu, mit aller Aufmerksamkeit und aller Anteilnahme. Dabei schaute sie den anderen mit ihren großen, dunklen Augen an, und der Betreffende fühlte, wie in ihm auf einmal Gedanken auftauchten, von denen er nie geahnt hatte, daß sie in ihm steckten.

Sie konnte so zuhören, daß ratlose oder unentschlossene Leute auf einmal ganz genau wußten, was sie wollten. Oder daß Schüchterne sich plötzlich frei und mutig fühlten. Oder daß Unglückliche und Bedrückte

zuversichtlich und froh wurden. Und wenn jemand meinte, sein Leben sei ganz verfehlt und bedeutungslos und er selbst nur irgendeiner unter Millionen, einer, auf den es überhaupt nicht ankommt und der ebenso schnell ersetzt werden kann wie ein kaputter Topf – und er ging hin und erzählte alles das der kleinen Momo, dann wurde ihm, noch während er redete, auf geheimnisvolle Weise klar, daß er sich gründlich irrte, daß es ihn, genauso wie er war, unter allen Menschen nur ein einziges Mal gab und daß er deshalb auf seine besondere Weise für die Welt wichtig war.

So konnte Momo zuhören!

Anhang 4

Therapie-Basics

Nicht für jeden Menschen ist eine ambulante Psychotherapie der geeignete Weg, um seine Probleme und Schwierigkeiten zu bewältigen. Um zu beurteilen, ob es ein Weg für Dich ist, habe ich hier die wichtigsten Basics, die Du „drauf haben“ solltest, zusammengestellt.

Absprachefähigkeit

Jede Therapie kann individuell gestaltet werden: Die meisten Jugendlichen kommen ganz regelmäßig an einem festen Tag immer zur gleichen Uhrzeit für 50 Minuten zu mir. Einige kommen - ebenfalls zu einem vereinbarten festen Termin - 14-tägig. Dann gibt es noch wenige, die nur bei Bedarf zu mir kommen. Doch was allen gemeinsam ist: Die **Regelung der Häufigkeit haben wir gemeinsam vereinbart**, so dass ich die Termine entsprechend reservieren kann und für den Klienten/die Klientin einen ganzen, einen halben oder einen viertel Therapieplatz zur Verfügung halte. Du solltest also **absprachefähig** sein.

Strukturiertheit

Wichtig ist für den Therapieerfolg auch, dass du soweit strukturiert bist, dass du Deine **regelmäßigen Termine** einhalten kannst.

Terminabsage

Wenn Du einen Termin nicht einhalten kannst, dann solltest du ihn bis **spätestens 24 Std. vorher absagen!!** Ansonsten berechne ich ganz unabhängig von Deinem Grund 40,-- Euro, die Du selbst zahlen musst, weil die Krankenkasse diese Kosten nicht erstattet.

Eigenverantwortung

Wenn Ferien- oder Krankheitszeiten sind oder wir aus einem anderen Grund noch keinen weiteren Termin vereinbart haben, liegt es in **Deiner Verantwortung**, Dich um einen neuen Termin zu kümmern. Tust Du dies nicht, gehe ich davon aus, dass Du kein weiteres Interesse hast und vergebe Deinen Therapieplatz neu. Ich selbst habe nicht die Zeit, Dich an neue Terminvereinbarungen zu erinnern.

Sonderregelungen

Manchmal braucht es in einer Therapie auch individuelle **Sonderregelungen**, z. B. wenn Du eine Therapiepause möchtest, weil die Schule gerade so stresst oder Dir alles zuviel ist. Dann **sprich mit mir** darüber - wir finden einen Weg.

Prüfe Dich selbst, ob Du diese Rahmenbedingungen einhalten magst und auch kannst. Wenn Dir das zu schwierig vorkommt, kann es sein, dass Du etwas anderes brauchst als eine ambulante Therapie. Auch in diesem Fall: **Sprich mit mir!**

Anhang 5

Aus:

Thomas Melle: Die Welt im Rücken. 2016

Die Chronik einer manisch-depressiven Erkrankung

Ausschnitt, der einen seiner ersten Klinikaufenthalte beschreibt:

„... Man tritt mit den anderen von hier nach da, reißt die albernsten Therapiestunden ab, wartet auf das Essen, schlägt die Zeit mit Rauchen tot. Es ist neu, zu den ganz Elenden zu gehören. Es ist neu, sich selbst überhaupt nicht zu verstehen, sich so völlig abgesetzt, von allen Funktionen freigestellt, aller gedachten Ämter enthoben zu sehen, so willenlos irgendwo gelandet zu sein. Keiner ist oder war je Herr im eigenen Haus. Das Unverständnis der eigenen Existenz gegenüber ist universal. Ich war geschockt von dem Einschlag des Irrsinns in mein Leben, von der Zerstörungskraft, der Verwüstung. Ich wusste noch nicht, dass die letzte Stufe noch lange nicht erreicht war, ahnte nicht, wie verheerend die Krankheit in den nächsten zehn Jahren noch wüten und toben und marodieren würde, auch rein materiell. Aber der erste Verlust war geschehen, *the first cut is the deepest*. **Die größte Erschütterung dabei: mein Selbst verloren zu haben.** Theoretisch ein Konstrukt, praktisch aber eine ganz verlässliche Leitfunktion, war das Ich weg, zerstört, genullt. Ich sah, weil ich keine Person mehr war, auch keine Zeit, keine Zukunft mehr vor mir und keine Möglichkeit, aus diesem Schacht je wieder herauszuklettern.“ (S. 122/123)

Schritte aus dem Selbstverlust heraus

„Man kann es nicht Geduld nennen, was mich überleben ließ, eher ein tierisches Ausharren, eine Duldungsstarre, ein bloßes Weiterdämmern im Neonlicht: Die Atemfunktion macht einfach weiter. Die Angst vor dem Schmerz des Sterbens gewährt Aufschub. Die tausendste Zigarette hilft über die nächsten fünf Minuten Abgrund hinweg. Und irgendwann beginnt der Blick sich wieder zu regen, etwas aufzunehmen, sich vom inneren Nichts abzuspalten. ...“ (S. 123)

„Ich begann, wieder im Netz zu lesen, dann erste Zeilen in den alten Büchern. Manch ein Satz brachte ganz entfernt in mir etwas zum Klingen.... Das war schon sehr viel. Ohne dass ich mir dessen bewusst wurde, besserte sich mein Zustand.“ (S. 125)

„Die erste Willenskraft erwacht, tastend findet das Ich sich wieder, langsam festigen sich Körper und Geist,“ (S. 127)

Anhang 6 (3 Seiten)

Zur Wirksamkeit von Psychotherapie: Zusammenfassung des Artikels „Zur Diskussion gestellt: Perspektiven der Psychotherapie – ein Blick zurück in die Zukunft“ (Psychotherapeutenjournal 3/2019, 276-281)

Worum es geht: Randomisierte kontrollierte Studien (RCT) gelten als anerkannter wissenschaftlicher „Goldstandard“ für den Wirksamkeitsnachweis medizinischer Behandlungsmethoden und wird trotz regelmäßiger Kritik von Psychotherapeuten auch in der PT-Forschung angewendet. Eine Forschergruppe um die Amerikaner Bruce Wampold und Zac Imel entwickelte aus dem jetzigen Forschungsstandard heraus den Vorschlag für ein neues „kontextuelles Metamodell der Psychotherapie“ als Grundlage zur Erforschung der Wirksamkeitsfaktoren der Psychotherapie. Diesem Metamodell fügt der Autor zwei Vertiefungsvorschläge hinzu, aus denen sich die Forderung ergibt, „die Entwicklung einer psychotherapeutischen Haltung müsse auch Teil der Ausbildung ... sein, ..., wozu auch der Erwerb von Kenntnissen der Philosophie, Anthropologie und Ethik sowie die dazugehörigen Fähigkeiten zur kritischen (Selbst-)Reflexion ... gehören. Leider war nicht möglich, hierüber einen Konsens mit den Hochschullehrern der Psychologie zu erzielen.“

Während ihrer Forschungen beantwortete die Gruppe Wampold sehr ausführlich die Frage nach den Wirkfaktoren der PT mit Hilfe von Metaanalysen, die auf „hundertenden von Wirksamkeitsstudien mit tausenden von Patienten beruhen“ (vgl. Wampold, B. E., Imel, Z. E. & Flückiger, C. (2018). Die Psychotherapie-Debatte. Was Psychotherapie wirksam macht. Bern; Hogrefe sowie Strauß, B. (2019). Innovative Psychotherapieforschung: Wo stehen wir und wo wollen wir hin? Psychotherapeutenjournal 1/2018, 4-10).

Die (hinlänglich bekannten) Ergebnisse dieser Metaanalysen:

1. Psychotherapie IST wirksam.
2. Veränderungsprozesse dauern unterschiedlich lange.
3. Psychotherapeuten unterscheiden sich in ihrer Effektivität.

Folgende Effektstärken, bei der die Autoren die in Studien wiederholt untersuchten Wirkfaktoren neu geordnet haben, zeigen sich (nach Wampold et al. 2018, S. 324):

Faktoren (-gruppe)	Variablen	Studien	Patienten	Effektstärke*
Wirkung von PT	Psychotherapie	>500	>80.000	0,80
Kontextuelle Faktoren	Allianz	190	>14.000	0,57
	Empathie	59	3.599	0,63
	Zielkonsens/Zusammenarbeit	15	1.302	0,72
	Wertschätzung	18	1.067	0,56
	Kongruenz/Echtheit	16	863	0,49
	Kulturelle Adaptation der Therapie	21	950	0,32
	Person des Psychotherapeuten	29+17	14.519	0,35-0,55
Spezifische Wirkfaktoren	Unterschiede zwischen Fachrichtung	295	>5.900	<0,20
	Spezifische Techniken	30	871	0,01
	Adhärenz	28	1.334	0,04
	Kompetenz für störungsspezifische Therapie	18	633	0,14

* 0,1 = geringe ES; 0,3 = mittlere EF; 0,5 = hohe ES

Anmerkungen zur Tabelle:

- Mit kontextuellen Faktoren sind die sog. unspezifischen Therapievariablen, die verfahrens-unabhängige Merkmale der therapeutischen Beziehung beschreiben, gemeint. Die spezifischen Faktoren sind demgegenüber die verfahrensabhängigen Faktoren.
- Unter Allianz wird die „therapeutische Arbeitsbeziehung“ verstanden, u. a. wie stark sich der Patient vom Therapeuten unterstützt fühlt und welche Erwartungen er an diesen knüpft.
- Mit „Person des Psychotherapeuten“ sind dann wohl Persönlichkeitsmerkmale gemeint, die neben der Empathiefähigkeit, der Echtheit und der Wertschätzung bestehen. Also z. B. dessen Werte, dessen Menschenbild, dessen Temperament etc. Was die Nennung 29 + 17 bei Anzahl der Studien in diesem Fall bedeutet, hat sich mir nicht erschlossen.
- Unter Adhärenz versteht man die Übereinstimmung des therapeutischen Handelns etwa mit einer Leitlinie oder einem Behandlungsmanual, also inwieweit sich der Therapeut so verhält wie er es einmal gelernt hat.

Der Tabelle entsprechend sind drei Befunde zu nennen:

- Die hohe Wirksamkeit von PT (0,80) ist höher als die der meisten Arzneimittel.
- Das Therapieergebnis wird deutlich stärker von kontextuellen Faktoren bestimmt denn von Faktoren, die mit den einzelnen Verfahren und Methoden assoziiert sind.
- Die einzelnen PT-Verfahren unterscheiden sich in ihrer Wirksamkeit kaum.

Im Weiteren ergeben die Arbeiten von Wampold et al. sicher:

- Therapeuten werden mit zunehmender Erfahrung nicht besser (bezüglich des Therapieergebnisses)
- Sowohl die spezifische Kompetenz (bezüglich eines PT-Verfahrens und einer bestimmten Störung), die Adhärenz sowie spezifische Techniken haben nur einen geringen Einfluss auf das Behandlungsergebnis.
- Strukturierte/fokussierte Behandlungen sind wirksamer.

Fazit von Wampold und Kollegen:

Nur die spezifischen Faktoren sind mit dem medizinischen/pharmakologischen Meta-Modell kompatibel. Da es bei Psychotherapie nicht die spezifischen Faktoren, sondern die kontextuellen sind, die mit dem Behandlungserfolg assoziiert sind, lassen sich in der Logik des medizinischen Metamodells die psychotherapeutischen Behandlungserfolge und Wirksamkeitsunterschiede verschiedener Psychotherapien nur unzureichend abbilden. Die spezifischen Faktoren lassen sich einem Behandlungsmodell zuschreiben; die kontextuellen (daher der Name) nur im Zusammenhang mit der individuellen Behandlung. Beim medizinischen Behandlungsmodell spielen kulturelle Kontexte, die Wertschätzung des Behandlers, dessen Empathie oder das Vertrauen des Patienten, Aspekte wie Selbstwirksamkeit, freier Wille, soziale Unterstützung usw. keine Rolle. Deshalb braucht es zur Erforschung von PT ein neues Modell, wofür Wampold et al. das „kontextuelle Metamodell der Psychotherapie“ vorschlagen, das durch folgende verfahrenunspezifische Wirkfaktoren charakterisiert wird:

- Die menschliche Interaktion Patient - Therapeut
- Die therapeutische Allianz und die damit verbundenen Erwartungen des Patienten
- Die vertrauensvolle Teilnahme des Patienten an psychotherapeutischen Methoden.

Dieses Modell ergänzt der Autor um zwei psychodynamische Komponenten:

- Der o. g. Begriff der „menschlichen Interaktion“ müsse ausdifferenziert werden, da nicht klar sei, was unter einer „therapeutischen Beziehung“ zu verstehen sei und das Geschehen zwischen zwei Menschen stets ein dynamisches sei (Was ist der Unterschied zwischen therapeutischer und normaler zwischenmenschlicher Beziehung? Wenn es Momente einer normalen Beziehung innerhalb der PT gibt – wurde in diesen Momenten dann der professionelle Rahmen verlassen? Oder lässt sich dies fachlich begründen? Welche Gründe sind es dann, die ein Verlassen des Professionellen Rahmens fordern?).
- Unbewusste Phänomene beim Patienten und beim Therapeuten, die mit Hilfe der bewussten Reflexion eigener Affekte und der Gegenübertragung erschlossen und genutzt werden.

Im Weiteren greift der Autor auf Untersuchungen der Forscher Ablon und Jones (1998) sowie Shedler (2011) zurück. Sie untersuchten die Unterscheidung in Praxis und Theorie zweier Prototypen von Psychotherapeuten, nämlich dem psychodynamischen und dem kognitiv-verhaltenstherapeutischen Prototyp. Beide wurden theoretisch mit Hilfe von verfahrensspezifischen Elementen beschrieben. Danach bestimmten die Autoren für alle untersuchten Psychotherapien, nach welchem Prototyp die Therapeuten handelten – ohne jedoch das jeweilige Behandlungsmodell des Therapeuten zu kennen. Sie stellten fest, dass sich der Behandlungserfolg durch den psychodynamischen Prototyp vorhersagen ließ – auch dann, wenn nach kognitiv-verhaltenstherapeutischen Verfahren behandelt wurde. Umgekehrt hatten Psychodynamiker dann weniger Erfolg, wenn sie dem Prototyp der kognitiven Verhaltenstherapie entsprachen.

Fazit

Nachdem die psychotherapeutische Haltung auch Teil der kontextuellen Faktoren ist, da sie unmittelbar auf die dynamische Beziehung zwischen Patient und Therapeut Einfluss hat, scheint folgender Schluss zulässig: Eine professionelle psychotherapeutische, die dem Therapieerfolg förderlich ist, ist unabhängig von spezifischen Faktoren, also dem therapeutischen Verfahren und den spezifischen Methoden. Somit erscheint es sinnvoll, eine „psychotherapeutische Haltung“ mit verfahrensunabhängigen Kennzeichen für die Profession des Psychotherapeuten zu definieren, um den Therapieerfolg zu sichern.

Prof. Dr. Rainer Richter ist PP und war ehemals Präsident der BPtK und der PtK Hamburg sowie Leiter des Instituts für Psychotherapie der Universität Hamburg (TP). Als ausgebildeter Psychoanalytiker war er in verschiedenen Verbänden (DPTV, DGPT) aktiv. Seine Forschungsschwerpunkte liegen in der Psychophysiologie und Psychodynamik der psychosomatischen Erkrankungen sowie in der Psychotherapieforschung. In der BPtK war er Mitglied einer Arbeitsgruppe, die sich im Zuge der Ausbildungsreform PT mit den Inhalten der PT-Ausbildung beschäftigte.

Literatur

- Ablon, J. S. & Jones, E. E. (1998). How expect clinicians' prototypes of an ideal treatment correlate with outcome in psychodynamic and cognitive-behavioral therapy. *Psychotherapy Research*, 8(1), 71-83
- Shedler, J. (2011). Die Wirksamkeit psychodynamischer Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 56, 265-277
- Wampold, B. E., Imel, Z. E. & Flückiger, C. (2018). *Die Psychotherapie-Debatte. Was Psychotherapie wirksam macht*. Bern: Hogrefe

Literatur

Zur Theorie des Selbst

- Freud, Sigmund: Das Ich und das Es (1923), in: Studienausgabe, Bd. III: Psychologie des Unbewußten, Frankfurt am Main: Fischer 1975
- James, William: The principles of psychology. Henry Holt, New York 1890
- Fonagy, Peter et al.: Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst, 2017
- Hartmann, Heinz: Ich-Psychologie und Anpassungsproblem [1939], 3. unveränd. Aufl., Stuttgart : Klett, 1975
- Hermans, Hubert J. M. und Gieser, T. Gieser (Hrsg.): Handbook of dialogical self theory. Cambridge University Press, Cambridge 2012
- Kohut, Heinz: Die Heilung des Selbst, Suhrkamp Taschenbuch Wissenschaft, 1981
- Kohut, Heinz: Die Heilung des Selbst, Suhrkamp Taschenbuch Wissenschaft, Frankfurt/M., 1981
- Kohut, Heinz: Narzissmus. Eine Theorie der psychoanalytischen Behandlung narzisstischer Persönlichkeitsstörungen. Suhrkamp, Frankfurt/M. 1976
- Miller, Alice: Das Drama des begabten Kindes und die Suche nach dem wahren Selbst, 1979
- Miller, Alice: Am Anfang war Erziehung, Suhrkamp Verlag, Frankfurt am Main, 1980
- Neuner, Eva: Die innere Stimmigkeit: Philosophische Texte, 2017
- Neuner, Eva: Das Wörterbuch zum Selbst, Bordon Design, Nürnberg 2013
- Neuner, Eva: Die Seele und das wahre Selbst, Dezember 2017, www.eva-neuner.de
- Neuner, ,Eva: Sich aus dem Selbst heraus begegnen, Bordon Design, Nürnberg, 2013
- Potreck-Rose, Friederike und Jacob, Gitta: Selbstzuwendung, Selbstakzeptanz, Selbstvertrauen, Klett-Cotta, Stuttgart 2016
- Rudolf, Gerd: Strukturbezogene Psychotherapie. Leitfaden zur psychodynamischen Therapie struktureller Störungen, 2009
- Staemmler, Frank-M.: Das dialogische Selbst: Postmodernes Menschenbild und psychotherapeutische Praxis, 2015
- Wardetzki, Bärbel: Weiblicher Narzissmus: Der Hunger nach Anerkennung, 2007
- Winnicott, Donald W.: Reifungsprozesse und fördernde Umwelt, Psychosozial-Verlag, Gießen 2006 (ursprünglich 1965)

Zur therapeutischen Haltung/Begegnung

- Crepaldi, Gianluca: Containing, Psychosozial-Verlag, 2018
- Fonagy, Peter: Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst, 2017
- Hartmann, Heinz: Ich-Psychologie und Anpassungsproblem [1939], 3. unveränd. Aufl., Stuttgart : Klett, 1975
- Preß, Hans und Gmelch, Markus: Der Klient als Experte! Eine therapeutische Haltung, die Selbstmanagement ernst nimmt. In systema 1/2014 · 28. Jahrgang · Seite 34-50
- Zimmer, D. & Zimmer, F. T.: Das Konzept der funktionalen Beziehungsgestaltung in der Verhaltenstherapie. In H. S. Reinecker D. Schmelzer (Hrsg.), Verhaltenstherapie, Selbstregulation, Selbstmanagement (S. 131-143), Göttingen, Hogrefe 1996
- Kanfer F.H., Reinecker H., Schmelzer D. (1996): Selbstmanagement-Therapie. 2. überarb. Aufl. Springer Verlag
- Stern, Daniel N.: Der Gegenwartsmoment – Veränderungsprozesse in Psychoanalyse, Psychotherapie und Alltag. Aus dem Amerikanischen von Elisabeth Vorspohl, Verlag Brandes & Apsel, Frankfurt am Main 2005
- Winnicott, D. W. : Mirrorrole of Mother and Family in Child Development, published in P. Lomas (ed), The Predicament of the Family: A psycho-analytical Symposium (1967, S. 26-33), London: Hogarth
- Winnicott, D.W.: Reifungsprozesse und fördernde Umwelt. Studien zur Theorie der emotionalen Entwicklung. Psychosozial-Verlag, Gießen 2002. Übersetzung von: The Maturational Processes and the Facilitating Environment. Studies in the Theory of Emotional Development. International Universities Press, New York 1965

Zu den therapeutischen Interventionen

- Bluth, Karen: the self-compassion workbook für teens – in engl. Sprache, Raincoast Books Canada, 2017

- Coutre, Christine le: Focusing zum Ausprobieren – Eine Einführung für psychosoziale Berufe, Reinhardt-Verlage München 2016
- Diedrich, Alice: Mitgefühl fokussierte Interventionen in der Psychotherapie, hogrefe, Göttingen 2016
- Engelberger, Uschi: „Sex and the Girls“ – sexuelle Themen in der psychotherapeutischen Arbeit mit Mädchen, veröffentlicht in Dorrman et. al: Sexuelle Probleme bei Kindern und Jugendlichen (S. 115-148), Psychotherapie-Verlag 2018
- Neff, Kristin: Selbstmitgefühl – Schritt für Schritt, Buch und 4 CDs, arbor 2014
- Potreck-Rose, Friederike und Jacob, Gitta: Selbstzuwendung, Selbstakzeptanz, Selbstvertrauen, Klett-Cotta, Stuttgart 2016
- Renn, Klaus: Dein Körper sagt dir, wer du werden kannst – Focusing. Weg der inneren Achtsamkeit, Herder Verlag, Freiburg im Breisgau 2017
- Storch, Maja: Die Kraft aus dem Selbst – Sieben PsychoGyms für das Unbewusste, hogrefe, Göttingen 2017
- Taubner, Svenja: Konzept Mentalisieren – Eine Einführung in Forschung und Praxis, Psychosozial-Verlag 2015