

# 1

---

## Zwischen Unsicherheit und Verstehen

Julia Hristov

### 1.1 Die ersten Schritte

In meiner ersten Therapiestunde war ich mindestens so angespannt und nervös wie mein Patient, wahrscheinlich sogar noch mehr. Bei meinem Gegenüber handelte es sich um einen großen, kräftigen 16-jährigen, gleichgültig und abgebrüht wirkenden Jugendlichen, der mich kritisch und erwartungsvoll musterte. Er hatte einen Schulverweis bekommen, war wegen kleinerer Einbrüche und Schlägereien polizeibekannt. Die Eltern beschrieben ihn in einem gemeinsamen Aufnahmegespräch als aufbrausend und grenzüberschreitend, aber phasenweise auch antriebsarm und bedrückt.

Seinen Blick auf mir spürend, überlegte ich, ob ich autoritär genug wirkte, er mir zuhören würde, wie ich mich ihm entgegenstellen könnte. Trotz vieler besuchter Psychologie- und Therapieseminare und eines gro-

ßen Stapels studierter Fachliteratur, wünschte ich mir nichts sehnlicher, als ein Manual, auf das ich mich hätte beziehen können, eines, in welchem ich schrittweise Handlungsvorgaben vorfinden würde. Obwohl ich hartnäckig versuchte, seinen Panzer zu durchbrechen, machte der Jugendliche es mir nicht leicht, mit ihm ins Gespräch zu kommen und mehr über ihn zu erfahren. Und dennoch: Er blieb 50 Minuten lang und erschien auch zu den weiteren Terminen.

Im Nachhinein ist mir bewusst, wie eindrücklich und aussagekräftig die erste Begegnung mit meinem Patienten war – wie viel sie über den Patienten, unsere Beziehung und auch über mich aussagt. Sie führt mir meine eigene Unsicherheit als angehende Therapeutin vor Augen. Sie lässt mich den unausgesprochenen Erwartungsdruck des Patienten spüren, der mich musterte, als wollte er herausfinden, was ich ihm als Therapeutin bieten konnte. Der erste Termin zeigt mir auch, dass der Patient einen hohen Leidensdruck hatte, Hilfe suchte und auf seine Art sehr wohl in Beziehung ging. Wie leicht hätte er aufstehen, das Gespräch vorzeitig beenden und gehen können. Selbst wenn ich gewollt hätte, ich hätte ihn nicht aufhalten können. Am stärksten haben mich aber sein Auftreten und seine einschüchternde Ausstrahlung beschäftigt, was diese bei mir ausgelöst hatte und wohl auch bei anderen auslösen würde.

Ein wichtiger Aspekt, der das tiefenpsychologische Arbeiten für mich auszeichnet und spannend macht, ist es, das Augenmerk darauf zu haben, was sich weit über das Gesagte hinaus zwischen Patient\*in und Therapeut\*in abspielt. Lorenzer führte hierfür das Konzept des Szenischen Verstehens ein (Lorenzer, 2006). Dabei beschreibt der Psychoanalytiker und Soziologe vier Ebenen des Verstehens in Interaktionen. Zum einen ein logisches Verstehen, das sich auf den Inhalt des Gesprochenen bezieht, die Informationen, die sich daraus ergeben. Des Weiteren ein psychologisches Verstehen, das der Beziehung der Interaktionspartner\*innen einen emotionalen Wert verleiht. Das szenische Verstehen erfasst die Situation im Gesamten mit allen Umgebungsbedingungen und Äußerungen über das Gesagte hinaus. Das tiefenhermeneutische Verstehen schließlich liefert über die dargebotene Szene einen Zugang zu verborgenen Wünschen und Abwehrmechanismen. In Bezug auf die Therapiesituation lässt sich festhalten, dass vieles, das sprachlich nicht ausgedrückt werden kann, dennoch Eingang in die Interaktion zwischen Therapeut\*in und Patient\*in findet. Dies geschieht in der Form, dass verdrängte Erlebnisse und Erfahrungen der Patient\*innen in der therapeutischen Beziehung ausagiert werden, ein Gegenüber in die Inszenierung eingebunden und ihm eine Rolle zugewiesen wird. Ein Verstehen dieser Dynamik kann dysfunktionale Beziehungsmus-

ter der Patient\*innen aufzeigen und diese erlebbar sowie korrigierbar machen.

Rückblickend erscheint es mir noch verständlicher, dass eine Therapieform, die den Einfluss von zwischenmenschlicher Beziehung so stark betont, nicht alleine durch Fachliteratur und Seminare verstanden werden kann, sondern in der Beziehung zu einem Gegenüber erlebt werden muss. Wenn uns frühe Beziehungserfahrungen prägen und entscheidend dafür sind, wie wir mit anderen Menschen in Kontakt treten, wie wir mit Problemen und Schwierigkeiten umgehen und wie wir uns selbst oder andere erleben, muss man auch als Therapeut\*in in Beziehung gehen, um dies zu spüren, zu erkennen und bewusst zu machen.

## 1.2 Die Macht des Unbewussten

Wie schon deutlich wurde, gestalten neben bewussten Vorgängen auch unbewusste Prozesse die Beziehung zwischen Patient\*in und Therapeut\*in. Am bedeutsamsten sind hier die Übertragung und Gegenübertragung, erstmals von Freud beschrieben. So werden (oftmals unbewusste) Erwartungen und Wünsche der Patient\*innen auf Therapeut\*innen übertragen, in der Hoffnung, dass diese von ihnen erfüllt werden (Übertragung). Therapeut\*innen kann dabei die Rolle einer Person zugeschrieben werden, mit der Patient\*innen einen Konflikt hatten oder haben, ihn aber nicht lösen können. Ein junger erwachsener Mann, der in seiner Kindheit wiederholt von seiner psychisch kranken Mutter alleine gelassen wurde, kann unbewusst den Wunsch nach Zuwendung und Fürsorge auf seine Therapeutin übertragen, gleichzeitig aber auch die Angst, von ihr verlassen zu werden. Dieser Wunsch und das Gefühl gelten eigentlich der Mutter, durch die Übertragung auf die Therapeutin lassen sie sich jedoch im Hier und Jetzt in der Therapie bearbeiten. Ebenso kann eine erwachsene Frau mit einem kritischen, abwertenden und von hohen Ansprüchen geprägten Vater in der Therapie bemüht sein, dem männlichen Therapeuten zu gefallen und ihm alles recht zu machen, um Anerkennung und Lob zu erhalten, was sie von ihrem Vater nicht bekommen hat.

Bei Therapeut\*innen entstehen wiederum Erwartungen, Wünsche und Gefühle als Reaktion auf Patient\*innen (Gegenübertragung). Eine Therapeutin fühlt sich durch ihre Patientin nicht wahrgenommen, da diese ihr oftmals ins Wort fällt und über Fragen und Einwürfe hinweggeht. Einem

anderen Patienten gegenüber hegt sie dagegen mütterliche Gefühle, möchte ihn beschützen und schonen. Um diese Reaktionen effektiv in den therapeutischen Prozess einbinden zu können, muss gut unterschieden werden, ob sie durch Patient\*innen oder die eigene Lebensgeschichte hervorgerufen werden.

Unbewusst kann der Therapieprozess auch behindert werden, was sich in Form von ständigem Zuspätkommen, kurzfristigen Terminabsagen, »keine Ahnung«- und »ich weiß nicht«-Antworten oder einem Ausweichen manifestieren kann und als Widerstand bezeichnet wird. Dieser sollte Patient\*innen gegenüber in einer für sie angemessenen Form aufgegriffen und gedeutet werden, um eine effektive Weiterarbeit nicht zu gefährden.

Am eindrücklichsten habe ich die Macht des Unbewussten in einer Supervisionsstunde erlebt. Dort habe ich meiner Supervisorin von den vorangegangenen Terminen mit einer 7-jährigen Patientin berichtet – sich immer wiederholende Spielsequenzen im Puppenhaus, die ich nicht deuten konnte. Während des Berichtens wurde ich plötzlich sehr traurig und merkte, dass mir Tränen in die Augen stiegen. Auch der Supervisorin blieb dies nicht verborgen. Sie sprach mich darauf an und fragte, ob dies mit mir, meiner aktuellen Lebenssituation oder meiner Familie zu habe. Ich verneinte, versicherte, dass bei mir alles gut sei. Das Berichten über die Patientin und unsere letzten Stunden hatte mich traurig gemacht, und obwohl mir ein traumatisches Erlebnis in ihrer Vorgeschichte bekannt war, die Patientin seit einigen Monaten häufig gedrückt und traurig zu mir kam, konnte ich mir nicht erklären, warum ich gerade in diesem Moment so reagierte. Nach kurzem Schweigen fragte die Supervisorin, ob es sein kann, dass sich der Todestag der älteren Schwester meiner Patienten jähre, die bei einem Verkehrsunfall ums Leben gekommen war. Ich war völlig irritiert und verblüfft, blätterte aber umgehend in meinen Unterlagen nach. Die Supervisorin hatte recht. Im Gegensatz zu mir hat sie die Traurigkeit nicht nur gespürt, sondern konnte sie auch zuordnen. Mir war nicht bewusst, dass der Todestag so nah war, die Patientin hatte dies nicht angesprochen. Vermutlich hatte ich es wohl auch verdrängt, um mich nicht dem Schmerz der Patientin stellen zu müssen. Und dennoch war er da. Mir hat das Verstandenwerden durch die Supervisorin Erleichterung gebracht. In den folgenden Therapiestunden konnte ich dann meine Patientin besser verstehen, ihr mitfühlend und tröstend begegnen, denn ich hatte wirklich gespürt, was sie bewegt, aufwühlt, abwehrt und was sie nicht in Worte fassen konnte, was sie aber immer begleitet hat und auch in den Therapieterminen anwesend war. Wir konnten gemeinsam um ihre Schwester trauern.

## 1.3 Der Weg zu einem Symptom

Einige Patient\*innen berichten, dass sie »plötzlich« bemerkten, dass etwas nicht in Ordnung war, sie sich ängstlich, traurig, wütend fühlten, scheinbar aus dem Nichts heraus. Andere wiederum beschreiben einen schleichenden Beginn oder benennen einen konkreten Auslöser, der zum Ausbilden einer psychischen Symptomatik geführt hat. Oftmals ist der Weg bis zum Auftreten eines Symptoms ein langer, meist unbewusster, auf dem versucht wird, Kummer und Schmerz abzuwehren, in Schach zu halten oder zu verdrängen, bis sie schließlich doch ausbrechen. Der Auslöser scheint mitunter nicht in Relation zur Wucht der Symptomatik zu stehen, diese wird aber verständlich, wenn man sich anschaut, was dem zugrunde liegt.

Die Abwehr erfolgt über Abwehrmechanismen. Diese dienen dazu, unbewusste, seelische Konflikte zu lösen und das psychische Gleichgewicht aufrechtzuhalten. Sie sind meist unbewusst und unterscheiden sich daher von bewussten Problemlösestrategien. So können innere Wünsche abgewehrt oder verleugnet werden oder sich in körperlichen Symptomen manifestieren. Eine umfassende Übersicht zu den Abwehrmechanismen findet sich bei Anna Freud (1984).

Betrachtet man genauer, wie es zur Entstehung eines Symptoms kommt, sollte man auch einen Blick auf die Neurosendisposition des Patienten werfen. Dieser Begriff wurde von Boessmann und Remmers (2008) geprägt und bezieht sich auf das Konzept der Neurosenstruktur von Schultz-Hencke. Eine Neurosendisposition ist jedem Menschen eigen und hat zunächst einmal keinen Krankheitswert. Das frühe Erleben und Empfinden, Beziehungserfahrungen sowie Konflikte und deren Lösungsversuche führen bei jedem Menschen zu einem spezifischen Muster, wie jemand mit bestimmten Situationen umgeht, sich selbst und andere erlebt. Insgesamt listen Boessmann und Remmers zehn Neurosendispositionen auf und geben damit ausreichend Möglichkeit, auch sich selbst in einer oder mehreren wiederzufinden.

Belastende Situationen, Verluste, Entwicklungsaufgaben oder Konflikte können dazu führen, dass Neurosendispositionen die Entstehung einer psychischen Störung begünstigen, weil Lösungsversuche und Abwehrmechanismen nicht mehr greifen. Das Erkennen einer patient\*innenspezifischen Neurosendisposition aufgrund einer biografischen Anamnese und des im Erstkontakt erhobenen psychischen Befundes gibt Aufschluss über die Psychodynamik, die einem Störungsbild zugrunde liegt und liefert somit Behandlungsansätze.

Dies mag sich für manche\*n Leser\*in sehr komplex anhören, da doch die meisten Prozesse unbewusst ablaufen. Jedoch wird in den nachfolgenden Kapiteln aufgezeigt, wie spannend es ist, das »Unbewusste« zu erforschen und mit diesem zu arbeiten.

## 1.4 Unsicherheit überwinden

Viele Therapieinteressierte und angehende Psychotherapeut\*innen stellen sich nun wahrscheinlich die Frage, wie sie die oben kurz angeführten Konzepte und Grundgedanken der tiefenpsychologisch- psychodynamischen Sichtweise im therapeutischen Setting, d. h. im direkten Patient\*innenkontakt, ganz konkret umsetzen können. Sie fühlen sich oftmals unsicher, in ihrer Position verantwortlich für die Beziehungsgestaltung und erleben den eingangs erwähnten Erwartungsdruck durch die Patient\*innen.

Zusammenfassend kann ich folgende Faktoren benennen, die mir geholfen haben, meine anfängliche Unsicherheit zu überwinden und meinen Patient\*innen weiterhin mit Neugier, Interesse, Wertschätzung und Mitgefühl, aber auch mit mehr Gelassenheit und Vertrauen in ihre Fähigkeiten und den therapeutischen Prozess zu begegnen:

- ♦ *In Beziehung gehen mit den Patient\*innen:* Das ist wohl der wichtigste Faktor, nicht nur, weil man aus eigenen Erfahrungen bekanntlich am meisten lernt, auch weil das tiefenpsychologische Arbeiten das Einlassen auf eine Beziehung voraussetzt. Dabei kann nicht im ersten Termin die gesamte, meist unbewusste Dynamik sofort verstanden werden, auch müssen nicht Symptome nach einem Termin verschwinden. Es ist erstaunlich zu erleben, wie sich für die Patient\*innen typische Beziehungsmuster auch in den Therapiestunden zeigen und in der direkten Beziehung aufgegriffen werden können und wie hartnäckig Kinder wieder und wieder dieselben Spielsequenzen wiederholen, bis sie schließlich irgendwann durch die Therapeut\*innen verstanden werden.
- ♦ *Supervision/Intervision und der Austausch mit Kolleg\*innen:* Es ist lehrreich, aufmunternd und ermutigend, sich mit angehenden und erfahrenen Kolleg\*innen darüber auszutauschen, wie es ihnen mit ihren ersten Patient\*innen erging, was ihnen Orientierung gegeben hat, welche Erfahrungen für sie wertvoll waren. Supervision ermöglicht es, das eigene therapeutische Vorgehen, die Dynamik zwischen Therapeut\*in und Patient\*in zu

reflektieren, Rückmeldungen und neuen Input (ganz konkret, in Form einer Sicht von außen oder durch das Verstehen bestimmter Szenen) für die weitere Behandlung zu bekommen.

- ♦ *Selbsterfahrung*: Sowohl einzeln als auch in der Gruppe war dies eine wertvolle Erfahrung für mich. Selbsterfahrung dient dazu, sich seiner Lebensgeschichte, eigener Themen und Beziehungsmuster bewusst zu werden – damit verbunden auch der eigenen Verletzlichkeit, erlebter oder befürchteter Kränkungen, Ängste und Themen, die man vielleicht aus Scham oder Schuldgefühlen meidet. Sich bewusst über seine eigene Geschichte, sein Erleben und seine Prägung zu sein, hilft wiederum, diese nicht in der Therapiesitzung auf die Patient\*innen zu übertragen oder ihnen gar aufzudrängen, sondern als Eigenes wahrzunehmen.
- ♦ *Fachliteratur*: Viel zu lesen (und damit auch nie aufzuhören) ist unabdingbar, um sich einen Überblick über therapeutische Konzepte, Wirkmechanismen, aktuelle Forschungsergebnisse etc. zu verschaffen und ein theoretisches Fundament für das eigene Arbeiten aufzubauen. Sowohl Wöller und Kruse (2018) als auch Rudolf (2019) geben in ihren Fachbüchern einen leicht zugänglichen und verständlichen Überblick über die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie. Gleichzeitig ermöglicht das Lesen von Fachliteratur und Eintauchen in Fallbeispiele aus Sicht verschiedener Therapeut\*innen, ihre Ansätze und ihr Vorgehen und damit ein therapeutisches Vorbild kennen zu lernen.

Der erste Punkt scheint mir dabei gleichzeitig am wichtigsten und am unkontrollierbarsten, für angehende Therapeut\*innen spannend und zugleich verunsichernd – mitunter aufgrund der empfundenen Verantwortung gegenüber den Patient\*innen und dem Wunsch, diese möglichst schnell zu entlasten, ihnen zu helfen. Auch um einen fantasierten Beziehungsabbruch zu vermeiden, die Befürchtung, die Hilfesuchenden könnten sich anderswo Unterstützung holen, wenn nicht möglichst schnell eine Besserung eintritt. In den nachfolgenden Kapiteln möchten wir ermutigen, die anfängliche (und immer wieder auftauchende) Unsicherheit anzunehmen und sie reflektiert in die therapeutische Arbeit einfließen zu lassen und gleichzeitig aufzeigen, welche lohnenswerten Erfahrungen in der Therapeut\*in-Patient\*in-Beziehung entstehen können.

## Literatur

- Boessmann, U. & Remmers, A. (2008) *Behandlungsfokus*. Bonn: Deutscher Psychologenv Verlag.
- Freud, A. (1984). *Das Ich und seine Abwehrmechanismen* (24. Aufl.). Frankfurt a.M.: Fischer.
- Lorenzer, A. (2006). Szenisches Verstehen. Zur Erkenntnis des Unbewußten. In U. von Prokop & B. Görlich (Hrsg.), *Kulturanalysen* (Bd. 1). Marburg: Tectum.
- Rudolf, G. (2019). *Psychodynamisch Denken – tiefenpsychologisch Handeln. Praxis der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie*. Stuttgart: Schattauer.
- Wöller, W. & Kruse, J. (2018). *Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie. Basisbuch und Praxisleitfaden*. (5. Aufl.) Stuttgart: Schattauer.

# 2

---

## Die ersten Begegnungen in der Psychotherapie

Kerstin Neuthe

*Eine junge Patientin sprach erstmals über dramatische Erinnerungen und wollte sich ihrer endlich entledigen, indem sie versuchte, alles zu erzählen und sich nicht mehr stoppen konnte. – Eine Frau hielt ihrem stattlichen Mann im Wartezimmer die Hand mit den Worten »Damit er auch wirklich mit reingeht« und er stand zögernd auf. – Eine ältere Patientin gab mir gleich nach der Begrüßung ihren Klinikbericht in die Hand.*

Aus diesen einzelnen Szenen meiner ambulanten psychotherapeutischen Praxis lässt sich erahnen, wie lebendig die Begegnung zwischen Patient\*in und Therapeut\*in in den ersten Psychotherapiestunden sein kann. Die ersten Kontakte in der Psychotherapie sind außergewöhnlich und intensiv: Zwei Unbekannte treffen aufeinander und eine\*r spricht über sich.

Für Psychotherapeut\*innen hingegen nimmt mit jeder der vielen ersten Begegnungen die Erfahrung zu und es sinkt die Unsicherheit gegenüber

dieser besonderen menschlichen Situation. Über die Berufsjahre hinweg ertappe ich mich immer wieder dabei, die Brisanz – vor allem der allerersten Begegnung – für die Patient\*innen zu unterschätzen.

Doch was genau passiert in den ersten Begegnungen in der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie? Was gibt den Anstoß für einen inneren Entwicklungsprozess und lässt unsere Patient\*innen irgendwann sagen: »Dieses Gefühl quält mich nicht mehr.« »Jetzt verstehe ich, was ich da tue.« »Die Therapie ist wie eine zweite Geburt.«

Es ist schwierig, in Worte zu fassen, was genau heilsam ist. Heilsam ist nicht allein die Intervention – Heilung oder Entwicklung hängt vorrangig mit der therapeutischen Beziehung zusammen, dem wichtigsten Wirkfaktor der Psychotherapie. Wie Forschungsergebnisse belegen und in diversen Psychotherapielehrbüchern (Boessmann & Remmers, 2018; Körner, 2018) herausgearbeitet ist, hat die Qualität der Therapiebeziehung – aus Patient\*innersicht – den höchsten Einfluss auf das Ergebnis der Behandlung. Die hilfreiche therapeutische Beziehung ist wie ein unsichtbares Fundament, es wird in den ersten Begegnungen gelegt und trägt über die gesamte Zeit der Behandlung.

In den folgenden Ausführungen verdeutliche ich die Bedeutung der ersten psychotherapeutischen Begegnungen und beschreibe weniger theoretische Inhalte, sondern mehr den praktischen Umgang.

Anfangs spanne ich den therapeutischen Beziehungsraum auf, veranschauliche den auftauchenden Konflikt zwischen Versuchung und Versagung und die besondere therapeutische Haltung. Im Mittelteil charakterisiere ich – ohne Anspruch auf Vollständigkeit – wesentliche Bestandteile der ersten Begegnungen, die einen Zugang zur unbewussten Psychodynamik begünstigen: das Verstehen von Szenen, von Übertragungs- und Gegenübertragungsdynamiken sowie die Anwendung der Probetherapie. Schließlich geht es im letzten Teil um das Zeichnen eines Bildes.

## **2.1 Aufspannen des therapeutischen Beziehungsraums**

### **2.1.1 Versuchung und Versagung**

Der Beginn einer Psychotherapie ist eine regelrechte Zumutung für Patient\*innen. Einesteils kann es für sie eine offensichtliche Kränkung und