

Freie Psychotherapie € 7,50

MITGLIEDERMAGAZIN DES VERBANDES FREIER PSYCHOTHERAPEUTEN, HEILPRAKTIKER FÜR PSYCHOTHERAPIE UND PSYCHOLOGISCHER BERATER E. V.

VFP-Mitglieder-Magazin „Freie Psychotherapie“

Erscheinung 4x jährlich,
68 Seiten, A4, 4-farbig,
Auflage 8.000 Stück

Produktion des Magazins
inklusive Konzeption, Layout,
Textverarbeitung, Auswahl
und Beschaffung der Fotos,
Bildbearbeitung, Text-
korrektur, Konvertierung
der Druckdatei, Druck- und
Versandüberwachung

VFP FORUM 83

Dr. Regine Mahlmann

Lebens-Ziel? Lebens-Vision?

Karin von Wolf

**Psychosomatische Energetik
in der Psychotherapie-Praxis**

Dr. Elmar Nordmann

**Abrechnung mit privaten
Krankenversicherungen**

Aus dem Inhalt

Therapie und Beratung

- Psychosomatische Energetik in der Psychotherapie-Praxis** Karin von Wolff 4
- (S)elektiver Mutismus** Sven Stümpfig 10
- Bereitschaftsdienst für Menschen in Not** 13
- Lebens-Ziel? Lebens-Vision?** Dr. Regina Mahlmann 14
- In einem anderen Land** Michael Roth 18
- 40 Jahre Ehe am Abgrund** Miti Herwig 22

Praxisfragen

- Steuern** 28
- Seminargestaltung** Jörg Lukas Hanke 29
- Von großen Plänen und kleinen Erfolgen** Verena Körner 36
- Abrechnung mit privaten Krankenversicherungen** Dr. Elmar Nordmann 38
- Rechnungsstellung und Sitzungsprotokolle** AK Stuttgart 41

Verbandsaktivitäten

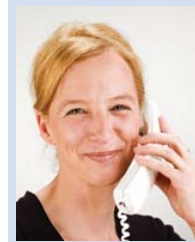
- Psychotherapie-Symposium, Mannheim, 24. – 26. Okt. 2008** 49

Sonstiges

- Buchbesprechungen** 42
- Glückwünsche** 44
- Rechtsfragen** 46
- Werbung** 52
- Pressemeldungen** 54
- Sonderseminare** 56
- Angebote der Deutschen Paracelsus Schulen** 57
- Prüfungsprotokolle** 64
- Arbeitskreise des VFP** 66

Geschäftsstelle

Telefon 05 11/3 88 64 24
info@vfp.de



Martina Mußmann

Betreuung der Mitglieder und der Arbeitskreise

Montag – Donnerstag
9.30 – 14.30 Uhr
Telefon 05 11/3 88 64 24

Dringende Anfragen bitte per E-Mail:
info@vfp.de

Mehr Informationen zum VFP unter
www.vfp.de

Impressum

Herausgeber und Redaktion

HP Eckhardt W. Martin, Dipl.-Kaufmann
Dr. Werner Weishaupt, Therapeut und Dozent
Teo Tiveg, Rainer Beckröge, Redakteure
Martina Mußmann, Redaktionsassistentin

Träger

Verband Freier Psychotherapeuten,
Heilpraktiker für Psychotherapie und
Psychologischer Berater e.V. (VFP)
Lister Straße 7, 30163 Hannover
Telefon 0 18 03 / 21 02 17, Telefax 05 11 / 3 88 49 40
info@vfp.de, www.vfp.de

Layout und Produktion

P&S Werbeagentur GmbH, Hannover
Telefon 05 11 / 90 91 98 30, mail@pus-werbung.de

Redaktionsschluss

1.2./1.5./1.8./1.11. des Jahres

Auflage

8.000

Verkaufspreis

€ 7,50

Copyright

VFP e.V.

Namentlich gekennzeichnete Beiträge geben nicht in jedem Fall die Meinung des Herausgebers wider. Für unverlangt eingesandtes Material übernimmt der Herausgeber keine Gewähr. Wir behalten uns vor, Leserbriefe und Artikel zu kürzen.

Die in dieser Zeitschrift veröffentlichten Beiträge sind urheberrechtlich geschützt. Übersetzungen, Nachdruck (auch von Abbildungen), Vervielfältigungen auf fotomechanischen oder ähnlichen Wegen sowie Speicherung in Datenverarbeitungsanlagen – auch auszugsweise – bleiben vorbehalten. Von einzelnen Beiträgen oder Teilen von ihnen dürfen nur einzelne Kopien für den persönlichen und sonstigen Gebrauch hergestellt werden.

Mitgliederservice

Telefon 0 18 03 / 21 02 17 (9 Cent/Min.)



Dr. Werner Weishaupt

Präsident des VFP

Montag
11.00 – 12.30 Uhr

Supervisions-Sprechstunde, nach Vereinbarung

Donnerstag, 17.00 – 18.30 Uhr

Sprechstunde für allgemeine und persönliche Verbandsfragen, Anregungen und Vorschläge zur Verbandsarbeit.



Dr. Hartmut Gutsche

Mitglied des wissenschaftlichen Beirats

Montag
16.30 – 19.30 Uhr

Supervision (nach Vereinbarung): alle Praxisfragen zur Eröffnung und Führung einer psychologischen Praxis, von A – wie Anträge bis Z – wie Zielorientierung.



Angelika Baudisch-Kunze

Dienstag
17.00 – 19.00 Uhr

Supervision (nach Vereinbarung): alle Fragen zu Klienten, Beratungs- und Therapieproblemen.



Alexander B. Schadow

Dienstag
11.00 – 12.30 Uhr

Supervision (nach Vereinbarung): alle Fragen rund um die Kunst- und Gestaltungstherapie.



Tanja Schnura

Mittwoch
16.00 – 18.00 Uhr
Supervision für Zertifizierungsanwärter

Auf ein Wort



Liebe Leserinnen und Leser,

in diesem Heft stellen wir Ihnen ein neues Projekt vor, mit dem wir einen Vorschlag aus Ihren Reihen aufgreifen. Da wir wissen, dass sich gesundheitliche oder seelische Probleme nicht an Geschäftszeiten halten, wollen wir mit Ihrer Hilfe im Internet einen **Bereitschaftsdienst** für Menschen in Not einrichten. Die technischen Voraussetzungen dafür sind geschaffen, sodass Rat- und Hilfesuchende nun zu fast jeder Zeit die Möglichkeit haben, BeraterInnen und Therapeuten aus dem Kreis unserer Mitglieder zu kontaktieren, um sich eine erste Unterstützung zu holen. Wie das Ganze funktioniert? Lesen Sie bitte den Überblick auf **Seite 13** dieses Heftes! Und engagieren Sie sich bei diesem Projekt des VFP!

Immer wieder erreichen uns Fragen zum Thema **Rechnungsstellung** und **Abrechnung** mit privaten und gesetzlichen Krankenversicherungen. Unser Kollege Dr. Elmar Nordmann, Leiter des Arbeitskreises in Münster, hat nach einem Seminarbesuch diese Fragen weiter recherchiert und die Antworten und Empfehlungen auf den **Seiten 38 – 40** übersichtlich zusammengestellt.

Für diejenigen unter Ihnen, die die Überprüfung zum Heilpraktiker für Psychotherapie noch vor sich haben, bringen wir regelmäßig **Prüfungsprotokolle** von Kolleginnen und Kollegen, die diese Hürde erfolgreich gemeistert haben, diesmal auf den **Seiten 64 und 65**. Gleichzeitig rufen wir Sie dazu auf, uns weiterhin Ihre persönlichen Prüfungsberichte zuzuschicken, damit wir diesen Service weiterführen können.

Wer vor der **Praxisgründung** steht oder sich noch in der Anfangsphase befindet, tut gut daran, sich auch durch entsprechende **Seminare** kundig zu machen. Auf **Seite 56** geben wir einen Überblick darüber, wann und wo in den verschiedenen Regionen dazu Gelegenheit besteht. Die Seminare unseres Kooperationspartners für die Aus- und Fortbildung, die Deutschen Paracelsus Schulen, finden Sie ab **Seite 57**.

Ebenfalls gemeinsam veranstalten wir wieder das nächste Psychotherapie-Symposium vom 24. bis 26. Oktober 2008 in Mannheim. Das Thema lautet diesmal:

„Die Qual der Wahl“ oder „Aus der Fülle schöpfen“ – Welche Therapie oder Methode eignet sich als Spezialisierung? Ausführliche Informationen dazu finden Sie in diesem Heft wie auch auf unserer Homepage www.vfp.de. Dort können Sie sich auch gleich für die zahlreichen Vorträge und Workshops anmelden. Wir würden uns freuen, Sie in Mannheim persönlich begrüßen zu können!

Mit den besten Wünschen

Eckhardt W. Martin und Dr. Werner Weishaupt

Karin von Wolff: Vortrag beim Expertentreffen der Psychosomatischen Energetik, 8. Juni 2008, Bad Kissingen

Psychosomatische Energetik in der Psychotherapie-Praxis

Anlässlich dieses Vortrages habe ich mich mit meinem Eindruck auseinandergesetzt, dass Psychotherapien bei Patienten, die parallel mit der PSE behandelt werden, erfolgreicher und schneller verlaufen. Das Ergebnis möchte ich Ihnen gern vermitteln und etwas von den theoretischen Hintergründen erörtern, die zum Verständnis wichtig sind. Ich möchte vorwegschicken, dass meine psychotherapeutische Arbeit tiefenpsychologisch und hypnotherapeutisch (nach Milton H. Erickson) ausgerichtet ist.

In der Psychotherapie geht man davon aus, dass psychische Probleme in aller Regel ihren Ursprung in der Kindheit haben. Wenn ein Kind massive Beeinträchtigungen seiner psychischen Entwicklung hinnehmen muss, versucht es, die negativen Erfahrungen aus seinem Bewusstsein zu verbannen. Man kann sich das so vorstellen, dass es Teilbereiche seiner Seele einzäunt und mit einem Schild versieht: **Verbotene Stadt – Betreten strengstens untersagt** und verschiedene Schutzmechanismen einrichtet, um ein Betreten zu verhindern. Das bedeutet auch, dass dieser Mensch sich in den betreffenden Bereichen nicht so weiterentwickelt wie in anderen.

Auf die Dauer wird die Abwehr der Traumatisierungen – die ursprünglich sinnvoll war, um eine junge Seele möglichst frei zu halten von überfordernden Erfahrungen – selbst zu einem großen Problem. Ich möchte das anhand eines Beispiels verdeutlichen. Wenn ein Kind unerwünscht bei lieblosen Eltern aufwächst, die ihm nicht die positive Spiegelung, die weitgehend bedingungslose Annahme und die Verlässlichkeit geben, die es für eine gesunde Entwicklung braucht, löst dies starke Angst aus, weil das Kind von den Eltern absolut abhängig ist. Hinzu

kommt, dass ein kleines Kind sozusagen nur **Schwarz oder Weiß, Gut oder Böse** sehen kann, keine Zwischentöne. Stellen Sie sich vor, wie es wäre, vollkommen in der Hand von Menschen zu sein,

die durch und durch schlecht sind – das wäre selbst für Erwachsene höchst ängstigend. Insbesondere wäre es unter solchen Bedingungen lebensgefährlich, die Wut zuzulassen, die man sicherlich hat – so fühlt es sich auch für das Kind an. Mit einer massiven Angst lässt es sich aber schlecht leben,

weshalb man versucht, sie abzustellen oder zumindest zu reduzieren. Die Lösung liegt darin, die Negativerfahrung aus dem Bewusstsein zu verdrängen, zu leugnen, was man erlebt hat und ggf. sich selbst als denjenigen anzusehen, der schlecht ist. Das reduziert die Angst, denn man kann sich ja

vornehmen, von jetzt an nur noch „gut“ zu sein – zumindest in der kindlichen Vorstellung.

Da die traumatisierenden Erfahrungen und die daraus entstandenen Überzeugungen aus dem Bewusstsein verbannt sind, weiß man später nicht mehr, warum man von sich selbst grundsätzlich eine schlechte Meinung hat und warum es einem schwer fällt, sich adäquat zu wehren. Vielleicht fällt es einem nicht mal selber auf, dass man kaum wütend wird, wo andere explodieren. Die Wendung der Aggressionen gegen die eigene Person – wie diese Abwehr im Fachjargon genannt wird – hat jedoch gravierende Konsequenzen: Aufgrund der unbewussten, aber wirksamen Überzeugung, schlecht zu sein und selbst die Schuld zu haben, kann man früher oder später eine Depression entwickeln, wenn die Lebensumstände einen wiederholt mit der entsprechenden Thematik in Berührung bringen.

Ich möchte kurz etwas über die wichtigsten Abwehrmechanismen erzählen, die oft zusammenfassend als **Verdrängung** beschrieben werden.

Alle Unterformen der **Verdrängung** dienen dazu, die eigentlichen Inhalte unbewusst werden oder bleiben zu lassen. Wie gesagt, entwickelt die Seele seit früher Kindheit „Abwehrmechanismen“, d.h. Fähigkeiten, unerträgliche Erfahrungen aus dem Bewusstsein fernzuhalten, um das seelische Gleichgewicht so weit wie irgend möglich aufrechtzuerhalten. Das kleine Kind verfügt nur über unreife Abwehrformen wie z.B. **Spaltung**. Wir kennen das von kleinen Kindern: Eine Bezugsperson ist entweder gut oder schlecht – manchmal beschwert sich das Kleinkind bei der „guten Mama“ über die „böse Mama“, die ihm etwas verboten hat. Im Laufe einer gesunden seelischen Entwicklung nimmt ein solches „Schwarz-Weiß-Denken“ zugunsten einer differenzierteren Betrachtungsweise ab. Das heißt, man kann zunehmend erkennen und ertragen, dass jeder Mensch – auch man selbst – gute und schlechte Eigenschaften hat. Als Therapeuten sehen wir Spaltungen gehäuft bei sogenannten „Frühgestörten“ – Paradebeispiel: Borderline-Patienten. Spaltung bedeutet nicht nur Schwarz-Weiß, es werden oft auch ganze Erfahrungssequenzen abgespalten, unbewusst gemacht. Die wichtigsten weiteren Abwehrmechanismen möchte ich kurz beschreiben:

✘ **Projektion** bedeutet: Ich sehe das, was ich an mir selbst nicht akzeptieren kann,

nicht bei mir, sondern bei einem anderen Menschen, den ich dann entsprechend erlebe, z.B. aggressiv oder faul. Diese Abwehrform gilt auch noch als relativ „unreif“, zumindest, wenn sie sehr oft angewandt wird und wenn die Inhalte schwer bewusstseinsfähig sind.

✘ **Die Wendung gegen das Selbst** hatte ich schon erklärt: Wenn ein Mensch glaubt, dass seine Aggressionen eine lebenswichtige Beziehung (wie die als Kind zu den Eltern) gefährden, betrachtet er sich selbst als schlecht und bestraft sich selbst, d.h. Autoaggression.

✘ **Leugnung**: Man gaukelt sich vor, das Problem gäbe es nicht, man habe sich getäuscht, es sei doch alles in Ordnung.

✘ **Bei der Verschiebung** wird die Emotion – z.B. Angst – von ihren ursprünglichen Inhalten verlagert auf weniger bedeutsame Situationen oder Gegenstände. Klassisches Beispiel ist die Phobie, wo die massive Angst z.B. davor, von lebenswichtigen Bezugspersonen fallengelassen zu werden, auf Brücken oder sonstige Höhen verschoben wird.

✘ Mit der sogenannten **Reaktionsbildung** versucht der Mensch, massive Aggressionen, die ihm Angst machen, dadurch abzuwehren, dass er sich besonders intensiv um die betreffende Person bemüht (der er eigentlich den Hals umdrehen möchte).

✘ Auf eine **Somatisierung** greift die Seele aus psychoanalytischer Sicht dann zurück, wenn alle anderen Versuche, inkompatible Inhalte abzuwehren, zu scheitern drohen.

Zum einen ist es also so, dass die Seele versucht, unerträgliche Inhalte zu verdrängen. Zum anderen zeigt die Erfahrung, dass solche Themen versuchen, an die Oberfläche – sprich: ins Bewusstsein – zu drängen, wenn auch meistens nicht klar erkennbar. Freud hat folgende Metapher benutzt, um dieses Phänomen zu veranschaulichen: Ein Mann hält eine Rede. Er wird immer wieder gestört von einem Zuhörer, der mehr oder weniger

laut unpassende Äußerungen tätigt. Der Redner verbittet sich dies zunächst höflich, später etwas weniger freundlich. Als alles nichts nützt, wirft er den Störenfried schlicht und einfach raus. Der kommt jedoch nach kurzer Zeit wieder rein und macht weiter mit seinen Störungen. Daraufhin wirft ihn der Redner erneut raus und schließt die Tür ab, was den Störenfried dazu veranlasst, an die Tür zu klopfen und an der Klinke zu rütteln. Der Redner wirft ihn auch aus dem Vorraum und schließt diesen ab. Nun erscheint der Störenfried laut schimpfend draußen vor den Fenstern. Auch das Schließen der Fenster und das Zuziehen der Gardinen kann die Störungen nicht ganz eliminieren – zumal mittlerweile sowohl der Redner als auch die Zuhörer dafür ziemlich sensibilisiert sind, d.h. schon auf leiseste Störungen reagieren.

Das, was wir nicht wahrhaben wollen als Teil unserer Erfahrung oder unserer Person, drängt in unser Bewusstsein, z.B. in Träumen oder auch in Form von Symptomen. Wir alle projizieren unsere inneren Erfahrungen, Bilder, Gefühle usw. nach außen. Wenn wir verliebt sind, erscheint uns die ganze Welt rosarot, alles ist wunderbar, die anderen Menschen kommen uns freundlich und angenehm vor. Ganz anders hingegen ein Mensch mit Depressionen, der überall Schreckliches sieht. Der kleinkarierte Mensch, der ständig Fehler sucht, findet sie auch. Dabei ist die äußere Welt, in der sie dies erleben, die gleiche!

Tiefenpsychologisch ausgerichtete Psychotherapie versucht, die **verbotenen Städte** aufzuspüren und die abgewehrten kindlichen Erfahrungen bewusst zu machen. Sie bietet dem Patienten die vertrauensvolle Beziehung, die es ihm ermöglicht, sich den schmerzhaften Erfahrungen jetzt zu stellen und sie zu verarbeiten. Dadurch werden nicht nur viele Energien frei, die der Mensch bislang benötigt hat, um die Abwehr aufrechtzuerhalten, sondern er reift auch in den Bereichen nach, in denen er bislang in seinen unbewussten kindlichen Gefühlen und Abwehrmechanismen stehen geblieben war.

Ich möchte kurz beschreiben, wie man als tiefenpsychologisch orientierter Psychotherapeut klassischerweise die relevanten Themen ausfindig macht.

Man lässt sich vom Patienten schildern, worunter er leidet und erfragt seine Lebensgeschichte, insbesondere bezüglich seiner



Schwarz	Weiß
Gut	Böse

Psychosomatische Energetik

Emotionale Konflikte und zugehörige Energiezentren

nach Dr. med. Reimar Banis



© Rubimed AG Schweiz 2006

Kindheit. Dabei lässt man nicht nur auf sich wirken, *was* der Patient einem erzählt, sondern auch *wie* er es schildert. Man achtet z.B. darauf, wo Gefühle wie Trauer, Schmerz, Wut offenbar fehlen oder aber überbetont ausgedrückt werden. Das heißt man hält Ausschau nach dem, was vermutlich abgewehrt wird, da dies einen Hinweis darauf gibt, wo „der Hase im Pfeffer liegt“.

Daneben gibt es – nach inzwischen 100 Jahre an Erfahrung seit Freud – Theorien über die Entstehung bestimmter Störungsbilder. Beispielsweise geht man in der Psychoanalyse und den tiefenpsychologischen Verfahren davon aus, dass bei Angsterkrankungen Defizite in der frühen Elternbeziehung insbesondere unter dem Aspekt „Haltgebung“, Verlässlichkeit eine Rolle spielen. Wir entwickeln innere Abbilder (sogenannte „Introjekte“) von den Menschen, die für uns wichtig sind. Ein Mensch, der als Kind eher unzuverlässige, wenig einfühlsame Eltern hatte, kann dann in seinem späteren Leben nicht in ausreichendem Maße auf Halt gebende Introjekte zurückgreifen, sondern fühlt sich in Angst auslösenden Lebenssituationen wie ein kleines Kind, das im Dunkeln allein gelassen wird.



Ein ganz zentraler Aspekt bei den meisten psychischen Störungsbildern ist nach den Erkenntnissen der letzten Jahrzehnte nicht – wie Freud annahm – die Sexualität, sondern es sind die Aggressionen, die als äußerst bedrohlich erlebt und deshalb verdrängt werden.

Ich will das Genannte an einem Beispiel aus meiner Praxis aus der Zeit vor meiner Arbeit mit der Psychosomatischen Energetik verdeutlichen: Eine junge Frau kommt zur Psychotherapie wegen einer schweren Bulimie, unter der sie seit ihrem 16. Lebensjahr leidet. Die äußerlich attraktive, schlanke, beruflich erfolgreiche Frau berichtet, sich ganz schnell sehr dick und damit absolut unattraktiv zu fühlen, sobald sie ihr Gewichtslimit auch nur minimal überschreite. Sie beschäftige sich fast permanent mit den Themen Figur, Abnehmen, Essen. Sie traue sich auch sonst im Leben wenig zu, sei ganz schnell verunsicherbar, wenig durchsetzungsfähig. In der Beziehung zum Ehemann fühle sie sich einerseits geliebt, andererseits habe sie ständig Ängste, der Partner könne andere Frauen attraktiver finden und sie betrügen oder gar verlassen.

Zur Vorgeschichte erfahre ich, dass sie ein vermutlich ungewolltes Kind war von Eltern, die wegen der Schwangerschaft geheiratet hatten. Die Mutter habe mehrfach geäußert, dass sie den Vater ansonsten wohl nicht

geheiratet hätte. Die Eltern seien zwar immer noch zusammen, aber „nicht gerade glücklich“ miteinander. Die Mutter leide „schon ewig“ unter Depressionen, sei ein „total lieber Mensch“, „viel zu gut für diese Welt“. Auf meine Nachfrage: Auf unerwünschtes Verhalten der Patientin habe sie niemals mit Wut reagiert, nie geschrien oder gar geschlagen. Sie sei ganz traurig geworden, wenn die Patientin sich „schlecht betragen“ habe. Der Vater hingegen wird als „grober Klotz“ beschrieben, der mit der Sensibilität seiner Frau gar nicht umgehen könne. Er kommandiere alle herum, werde oft laut, manchmal auch jähzornig. Die Patientin sei ein angepasstes und liebes Kind gewesen, auch in der Pubertät nicht rebellisch geworden. Ihr Mann sei ihr erster fester Partner gewesen. Sie habe sich sehr schwer damit getan, die Mutter „allein zu lassen“, als sie anlässlich ihrer Heirat (mit 21 Jahren) ausgezogen sei. Sie telefoniere jeden Tag mit ihr, mache sich viele Gedanken um die Mutter.

Für einen therapeutisch Geschulten liegen einige Thesen förmlich auf der Hand:

- ✘ Da die Patientin ungewollt und die Schwangerschaft mit ihr der Grund für die unglückliche Ehe war, war die Beziehung der Mutter zur Patientin in deren Kindheit bzw. schon vor deren Geburt vermutlich hochambivalent.
- ✘ Somit hat sie vermutlich Defizite in den Grundanforderungen eines kleinen Kindes an die Mutter-Kind-Beziehung erlitten, insbesondere bzgl. einer Halt und Wert gebenden Beziehung.
- ✘ Die Mutter benutzt bzw. missbraucht die Patientin vermutlich als jemanden, der sie bestärkt, beschützt und ihr Halt gibt.
- ✘ Aus diesen Gründen ist mit Sicherheit anzunehmen, dass die Patientin eine immense Wut auf die Mutter hat. Diese Wut – von der sie befürchtet, dass sie alles zerstören würde – ist vollkommen abgespalten und abgewehrt, u.a. durch Reaktionsbildung und Wendung gegen das Selbst.
- ✘ Um ihre Wut nicht spüren zu müssen, verschiebt die Patientin sie auf ihren Körper. Sie betrachtet *ihn* als nicht in Ordnung, versucht ihn zu kontrollieren.
- ✘ Die Bulimie ermöglicht ihr gleichzeitig, ihren immensen „Hunger nach guten Gefühlen“ zu stillen und ihre Wut „rauszukotzen“.

Bei äußerst vorsichtiger Exploration bestätigt sich meine Vermutung, dass die junge Frau überhaupt keinen Zugang hat zu ihren Aggressionen. Einem erfahrenen Therapeuten ist klar, dass es sich hier um eine schwerwiegende Problematik handelt, deren Therapie viel Zeit benötigen wird. Insbesondere bedarf es eines guten Fingerspitzengefühls, um die richtige Dosis zu finden, die Patientin mit ihren Aggressionen zu konfrontieren.

Grundsätzlich besteht bei einer Psychotherapie das Dilemma, dass ich dem Patienten zwar aufzeigen muss, wo bei ihm „der Hase im Pfeffer liegt“, aber dass ich damit in eine „verbotene Stadt“ eindringe, d.h. Widerstand erzeuge. Durch eine begleitende PSE kommen die relevanten Themen ans Tageslicht, ohne dass ich als Therapeutin diejenige bin, die den Patienten direkt damit konfrontiert und dadurch dessen Abwehr oder eine negative Übertragung provoziert wie z.B.: „Sie meinen, meine Mama ist eine schlechte Mutter?“ (So war es bei dieser Patientin.) Wenn ich beispielsweise bei dieser Frau parallel eine PSE-Behandlung beginne und als ersten Konflikt Emvita 17 (Schock, frozen feelings) finde mit einem Kausalwert von 70, kann ich einfach die These in den Raum stellen: „Es könnte ja sein, dass Ihre Ankunft auf dieser Welt nicht so war, wie man sie sich wünschen würde, nämlich: sehnelich erwartet, überglücklich, dass man da ist.“ Das konfrontiert nicht direkt, aber lenkt in die Richtung, in die ich die Patientin bringen möchte: dass sie beginnt zu hinterfragen. Bei dieser Patientin hatte ich diese Chance leider noch nicht.

Als hilfreich habe ich die PSE auch erlebt, um weitgehend verborgene Aspekte zu entdecken wie in folgendem Fall:

Die Patientin, Mitte 30, kam aufgrund von Depressionen, Ängsten, etlichen psychosomatischen Symptomen und einer fast hypochondrischen Ängstlichkeit in Bezug auf den eigenen Körper zu mir in psychotherapeutische Behandlung. Ein sehr wichtiges Thema in der Therapie war die im Prinzip unglückliche Ehe mit einem zwar netten Mann, mit dem aber kein Austausch über Gefühle und andere wichtige persönliche Themen möglich war. Insbesondere konnte sie mit ihm trotz aller Bemühungen keine Konflikte klären; er reagierte auf entsprechende Äußerungen der Patientin immer mit Fragen wie: „Bin ich denn kein guter Mann für dich?“

Sie litt sehr darunter, dass er neben der Ehe im Prinzip sein Junggesellenleben weiterlebte, sie viel allein ließ, wenn auch andere Frauen wohl keine Rolle spielten. Durch psychotherapeutische Vorbehandlungen konnte sie ihre Aggressionen bereits relativ gut zulassen und konstruktiv ausdrücken.

Die Patientin war vor Therapiebeginn mit einem anderen Mann eine außereheliche Beziehung eingegangen, die ihr wesentlich mehr von dem bot, was sie in der Ehe vermisste: intensive Gespräche, Interesse an ganz persönlichen Themen, eine befriedigende Sexualität.

Als der Ehemann einen Unfall erlitt, trennte sie sich vom Freund und „beichtete“ dem Ehemann ihr Verhältnis. Dieser war schockiert, drückte erstmalig aus, wie wichtig sie ihm sei, flehte sie an, bei ihm zu bleiben. Er gelobte Besserung in Bezug auf sein „Junggesellen-Verhalten“. In der Folge änderte sich allerdings gar nichts. Die außereheliche Beziehung der Patientin wurde nicht mehr erwähnt, alle Versuche ihrerseits, mit dem Ehemann aufzuarbeiten, warum sie sich dem anderen Mann zugewandt hatte, schlugen fehl.

Die Patientin nahm irgendwann entgegen ihrem Versprechen wieder Kontakt mit dem Freund auf und lebte also weiterhin in einer Dreiecksbeziehung.

In der PSE behandelte sie folgende Konflikte, allesamt sehr groß: Emvita 28 (Festhalten an alten Überzeugungen), 17 (Schock), 11 (hungrig) und 15 (gebrochenes Herz, verängstigt).

Sie gewann zunehmend an Klarheit, Selbstwertgefühl, erwachsenen Kompetenzen wie der, sich selbst beruhigen zu können. Ihre Depressionen und Ängste nahmen kontinuierlich ab, an der äußerlichen Situation änderte sich jedoch nichts. Die Patientin klagte weiterhin darüber, wie unbefriedigend ihre Ehe sei, konnte und konnte sich jedoch nicht zur Trennung entschließen – weder vom einen, noch vom anderen.

Es war für mich äußerst interessant, als sich als Zentralkonflikt Emvita 26 zeigte. Mit der Interpretation: „das Leben als Kampf – nichts gelingt auf Anhieb“ konnte sie sehr viel anfangen – das war ihr als Grundgefühl im Leben sehr vertraut.

Für mich wurde über diesen Zentralkonflikt die schizoide Seite der Patientin offensicht-

lich, die man bei dieser klinisch depressiven, (scheinbar) Nähe fordernden Frau leicht übersehen konnte. So wurde verständlich, dass die Dreiecksbeziehung für sie – zumindest vorerst – ideal war: Dadurch bekam sie Nähe, ohne sich wirklich binden zu müssen.

Um meinen Eindruck, dass eine begleitende PSE-Behandlung für eine Psychotherapie von Vorteil ist, mehr zu objektivieren, habe ich eine befreundete Psychologin und Psychotherapeutin (Frau M.) – die selber seit längerem bei mir in PSE-Behandlung ist – gebeten, mir aus ihrer Sicht über die „gemeinsamen“ Patienten zu berichten, die von ihr psychotherapeutisch und von mir mit PSE behandelt werden. Von der nicht geringen Zahl – profitiert haben offensichtlich alle! – habe ich mich auf diejenigen konzentriert, die der Psychologin entweder bereits aus einer früheren Psychotherapie oder schon längere Zeit vor Beginn der PSE-Behandlung bekannt waren. Meine Fragestellung lautete, worin die Psychotherapeutin die Unterschiede in der Psychotherapie mit PSE sieht im Vergleich zu der ohne PSE. Aus Zeitgründen stelle ich Ihnen nur einige exemplarische Fälle vor.

1. Frau A., Anfang 60, war im Zuge einer Trennungssituation zur Psychotherapie gekommen wegen massiver depressiver Symptomatik sowie panikartiger Angst vor dem Alleinsein. Die Patientin – selbst Psychotherapeutin – erschien auffallend unfähig, Wut oder auch nur Empörung zu fühlen, geschweige denn auszudrücken. Durch die tiefenpsychologisch fundierte Langzeittherapie, in der schwerpunktmäßig mit dem „inneren Kind“ gearbeitet wurde, verschwand die depressive Symptomatik weitgehend. Allerdings kam es im Rahmen von beruflicher Überforderung, mit der die Patientin schon immer ihre Angst vor Einsamkeit abzuwehren versuchte, zu Bluthochdruckkrisen. Daneben reaktivierte eine neue Partnerschaft mit einem offenbar schwer gestörten Partner nicht nur ihre Angstsymptomatik, sondern auch ihre Unfähigkeit, in engen Beziehungen konstruktiv aggressiv zu sein. Zum Zeitpunkt der hypertensiven Krisen begann Frau A. mit der PSE-Behandlung und arbeitete folgende große Konflikte ab: Emvita 17 (Schock, frozen feelings), 25 (Misstrauen), 6 (Angst, die in den Körper gefallen ist) und schließlich 9 (unterdrückte Wut) als Zentralkonflikt.

28 Konfliktthemen der psychosomatischen Energetik	Unterdrückte Emotion	Kompensierendes Verhalten	Erneut traumatisierende Situation (Pechsträhne)	Lösung des Problems
1. Selbstständigkeit 2. Konzentrationsmangel 3. Ausgeliefert 4. Extrem selbstbeherrscht	Schwach, nicht gut genug geerdet, zerstreut hilflos, schwach, Gefühle völlig unterdrücken	Rückzug, Abkapselung, unnahbar, lebt in Phantasiewelten, Weltflucht, arrogant, schüchtern, zaghaft	Angst zu versagen, zu hohe Forderungen erfüllen zu wollen, ein „Trottel“ zu sein, in paralyisierende Situationen geraten („schachmatt“)	Eigene Kraft anerkennen, man ist o.k., so wie die anderen o.k. sind, lernen, sich zu behaupten, lustvoll leben, Gefühle wahrnehmen lernen
5. Hektisch 6. Nicht durchhalten können 7. Vermeinliche Stärke	Aufgeregt, verängstigt, unsicher	Scheinbar Ruhe und Kraft ausstrahlend (Maskerade), undurchschaubar sein, den Clown spielen	In ängstigende, beunruhigende Situationen geraten, das Gefühl haben, ständig kämpfen zu müssen	Vertrauensvoll sich selbst gegenüber und anderen zu sein, Zuversicht haben, innerlich ruhig und stark sein
8. Isoliert 9. Explodieren 10. Mehr haben wollen 11. Hungrig	Entfremdet, leblos, allein, wütend, zornig, unglücklich, unzufrieden	Zu anpassungsbereit, zu rücksichtsvoll, zu aufopfernd für andere (karitativ)	Hilflos Aggressionen ausgesetzt sein, ums Überleben kämpfen müssen	Nein sagen lernen, eigene Autonomie schützen, inneres Glück und Harmonie finden
12. Geistig überanstrengt 13. Zurückgezogen 14. Eingeschlossen 15. Verängstigt 16. Panik	Sorgenvoll, rühelos, zutiefst gekränkt, zurückgewiesen, Schock, völlig überfordert, bedroht, furchtsam, Todesangst	Sich äußerlich nichts anmerken lassen (Maskerade), es aber real nicht sein, äußerlich entspannt und souverän wirken	Einer lebensbedrohlichen Situation hilflos ausgeliefert sein, gerät öfter in Extremsituationen, Fluchtintendenzen	Die richtige Balance zwischen Herausforderung und Rückzug (Autonomie) finden, seine Lebensaufgabe und seine innere Mitte finden
17. Gefühlsleere 18. Hastig	Unerträglich, muss es sofort verdrängen, verängstigt, rühelos	Pedantisch, akribisch, verlangsamt und zäh, hartherzig, erbarmungslos	Alles verlieren, was einem wichtig ist, nicht zur Ruhe kommen, immer kämpfen müssen	Entspannt und gleichzeitig konzentriert sein, unabänderliche Dinge hinnehmen lernen
19. Zaghaft 20. Selbstgenügsamkeit 21. Körperlich überanstrengt 22. Unruhe 23. Angespannt 24. Unbehagen	Unsicher, ängstlich, erschöpft, nervös, verkrampft, extreme Schmerzen, Missempfindung	Stark wirken und andere betören, das Maximum aus allem herausholen, seine Grenzen ständig überschreiten	Sich nicht wirklich anerkannt und geliebt fühlen, sich nie ganz sicher fühlen, der Überlebenskampf hört nie auf	Zwischen Lust und Arbeit die gute Mitte finden, sich selbst lieben lernen
25. Misstrauen 26. Haben über Sein stellen 27. Realität nicht sehen wollen 28. Falsch denken	Enttäuscht, verbittert, verhärtet, konfuse innere Bilder, sehnsüchtig, ideologisch irreführt, orientierungslos	Zu naiv und treuherzig, kopflastig, sich ausbeuten lassen, letztlich zählt nur, was man in der Hand halten und sehen kann, man darf niemandem wirklich trauen	Befürchtung, wieder betrogen zu werden, ausgenutzt zu werden, anfällig für Ideologien und Utopien, Realitätsflucht, zu hohe Risikobereitschaft	Realistische Verhaltensweisen, klare Weltsicht und vernünftige Standpunkte

Unter der Behandlung nahm die Bluthochdrucksymptomatik parallel zur Reduktion der Angst ab. Durch die Behandlung des Zentralkonflikts bekam die Patientin (laut eigener Aussage als sehr therapeuerefähre Therapeutin) *erstmalig* Zugang zu ihrer Wut. Dies empfand sie als äußerst hilfreich nicht nur, um sich letztendlich aus der unbefriedigenden Partnerschaft lösen zu können, sondern auch für ihre allgemeine Abgrenzungsfähigkeit.

2. Frau B., Anfang 50, eine vorzeitig pensionierte Lehrerin mit anhaltender Erschöpfungsdpression und subjektiver Schwindelsymptomatik ohne organisches Korrelat, erwies sich in der Psychotherapie als Mensch mit selbstunsicherer Persönlichkeit mit erheblichen Abgrenzungsschwierigkeiten, massiven

autoaggressiven Tendenzen und Verlassenheitsängsten. In der PSE wurden folgende große Konflikte abgearbeitet, die die immense Erschöpfung der Patientin gut erklärten: Emvita 6 (Angst, die in den Körper gefallen ist), 21 (körperlich überanstrengt), 5 (ständig unter Strom stehen) sowie 26 (das Leben als Kampf). Auch ihr Zentralkonflikt war Emvita 9 (unterdrückte Wut). Frau B. berichtete von kontinuierlicher Verbesserung bzgl. Offenheit, Abgrenzungsfähigkeit, Klarheit in der Kommunikation insbesondere mit dem Ehepartner (der auch sehr erfolgreich bei mir in PSE-Behandlung ist) – die Veränderungen sind sowohl mir als auch Frau M. sehr eindrücklich wahrnehmbar.

Psychotherapie ist auch deshalb sehr hilfreich, weil der Mensch nicht nur unter den

Traumatisierungen und Defiziten seiner Kindheit leidet, sondern oft noch mehr an den Folgen seiner Abwehr. Wie gesagt, wird heute die Unfähigkeit, Aggressionen auf angemessene Weise zu integrieren, als ein zentraler Aspekt bei der Entstehung psychischer Störungen angesehen. Die betreffenden Menschen verinnerlichen meistens sehr früh, dass sie ihre Aggressionen um jeden Preis abwehren müssen, um nicht die ohnehin zu geringe Zuwendung der Eltern zu verlieren. Sehr häufig sehen wir in der Psychotherapie, dass der Patient sich als Opfer anderer Menschen erlebt, wobei er offensichtlich eigene Aggressionen projiziert. Wenn es in der Therapie mit Hilfe einer tragfähigen Beziehung gelingt, dass der Patient sich den eigenen ängstigenden Anteilen stellen kann, ist dies außerordentlich hilfreich. Ich möchte exemplarisch einen Fall schildern, von dem die Psychologin den Eindruck hatte, dass insbesondere dieser Aspekt durch die PSE sehr viel leichter zu bearbeiten war.

3. Frau C., Ende 30, hatte nach einer lebensbedrohlichen Komplikation ihrer Kaiserschnittentbindung mit der Psychotherapie begonnen. Frau M. diagnostizierte eine erhebliche Selbstwert- und Beziehungsproblematik mit immer wieder auftretenden Gefühlen des Bedroht- und Abgelehntwerdens sowie Unverständnis. Ihr und auch mir zu Beginn der PSE-Behandlung fiel eine starke latent aggressiv-anklagende Haltung der Patientin auf, die offensichtlich die eigenen massiven Aggressionen – die ihr weitestgehend unbewusst waren – projizierte. Mir war sofort klar, dass sie mit ihrer vorwurfsvollen Haltung z.B. bei Ärzten genau die Ablehnung provozierte, die sie zu vermeiden versuchte. In der PSE wurden folgende große Konflikte behandelt: Emvita 6 (Angst, die in den Körper gefallen ist), 7 (stärker erscheinen, als man ist), 23 (angespannt) und derzeit Emvita 1 (nicht gut genug). Durch die Behandlung wurde bereits eine deutliche Reduktion der latent aggressiven, dabei ängstlichen Grundhaltung erreicht; Frau D. hat außerdem selbst erkannt, dass sie sich oft wie ein „Angstbeißer“ verhalten hat.

4. Sehr interessant ist die Entwicklung von Frau D., Ende 50, die unter einem schweren Weichteilrheumatismus litt. Auffällig war für die Psychologin, dass ihre Lebensgeschichte voller Erfahrungen von Ungeborgensein war, auf die sie seit der Kindheit mit

einem ausgeprägten Einzelkämpfertum reagierte. Sie managte nicht nur den Haushalt und die Betreuung ihrer drei Kinder, sondern organisierte auch die Zahnarztpraxis ihres Ehemannes – und all dies sicherlich perfekt. In der Ehe wiederholte sich ein großer Teil ihrer kindlichen Erfahrung, nicht wahrgenommen zu werden. Frau M. berichtete, dass es der Patientin zunächst nur schwer möglich war, Zugang zu finden zu ihren weitgehend verdrängten Verletzungen und erst recht zu den dadurch ausgelösten Aggressionen. Nach Aufnahme der PSE-Behandlung wurde dieser Zugang nach Einschätzung der Psychologin erheblich erleichtert. Frau D. behandelte folgende große Konflikte: Emvita 17 (Schock), 4 (extrem selbstbeherrscht) und als Zentralkonflikt Emvita 6 (Angst, die in den Körper gefallen ist) und fühlte sich deutlich besser. Als ich sie vor wenigen Tagen erneut sah, berichtete sie von einer aktuellen Krise mit einer Zunahme der rheumatischen Beschwerden. Auslöser war nicht nur das Sterben der Mutter, sondern noch viel mehr die Erfahrung, dass der Stiefvater ihr eröffnete, sie dürfe sein Haus nicht mehr betreten – somit konnte sie sich nicht von der Mutter verabschieden. Der Stiefvater sagte ihr schonungslos, er habe sie und ihren Bruder nie haben wollen, immer als Schmarotzer empfunden. Die Patientin, die zusammen mit der Mutter und dem 7 Jahre älteren Bruder zu ihm gekommen war, als sie 2 Jahre alt war, hatte ihre Kindheit immer als schön und intakt erinnert und fiel nun aus allen Wolken. Als aktiven Konflikt fand ich Emvita 27 (die Realität nicht sehen wollen) mit einem Kausalwert von 60 – zum Glück sage ich meinen Patienten immer, dass ich „blind“ teste, so dass sie wissen, dass nicht *ich* dieses Thema ausgesucht habe, sondern sie.

Die letzte Patientin, die ich noch als besonders interessanten Fall vorstellen möchte, ist Frau E., Anfang 40, die aufgrund von Depressionen bereits seit längerer Zeit bei Frau M. in psychotherapeutischer Behandlung war. In der Vorgeschichte der Patientin fand sich ein jahrelanger Alkohol- und Drogenmissbrauch (Captagon und Valium), auch ansonsten zeigte die Patientin erhebliche autoaggressive Tendenzen. Während ihrer Schwangerschaft in 2002 wurde eine chronische Hepatitis C diagnostiziert, trotzdem trank die Patientin nach der Schwangerschaft wieder zu viel Alkohol. Während die Psychotherapie langsam auslief, begann Frau E. mit

der PSE-Behandlung. Bei ihr fanden sich als große Konflikte sowohl Emvita 11 (hungrig nach guten Gefühlen) als auch 10 (mehr haben wollen), 14 (in sich selbst gefangen) und als Zentralkonflikt Emvita 23 (angespannt, unfähig zu entspannen) – allesamt prädisponierend für Süchte aller Art. Unter der Behandlung tauchten interessanterweise viele wichtige Erinnerungen aus ihrer Kindheit auf, die vollkommen verschüttet gewesen waren. Es ging der Patientin kontinuierlich besser – auch wenn die Behandlung sie phasenweise arg „beutelte“ –; sie entwickelte insbesondere einen wesentlich liebevolleren Umgang mit sich selbst. Auch die Beziehungen mit den ihr nahestehenden Personen gestalteten sich deutlich stabiler und verlässlicher. Aktuell fand sich kein Konflikt mehr bei der „normalen“ Testung. Da es ein Anliegen der Patientin ist, wegen ihrer chronischen Hepatitis möglichst keinen „Energieläuber“ mehr zu haben, testete ich sie mit den Chavita+-Ampullen und fand Chavita 7+, als Konflikt Emvita 27 (die Realität nicht sehen wollen). Auf dem Hintergrund ihrer Suchtanamnese finde ich äußerst interessant, dass sie auch noch einen riesigen passiv-karmischen Konflikt hat, der eine Suchtentwicklung fördern kann. Außerdem war dies der erste Konflikt, den ich bei ihrem 6-jährigen, hoch schwingenden Sohn gefunden und behandelt hatte!

Zusammenfassend möchte ich feststellen, dass sowohl die Psychologin Frau M. als auch ich die Kombination einer Psychotherapie mit PSE als wesentlich effektiver und befriedigender beurteilen als Psychotherapie allein. Psychotherapie ist eine anstrengende und oft schmerzhaft Angelegenheit; schon Freud hat erkannt, dass ein „Leidensdruck“ nötig ist, damit der Mensch sich seinen abgewehrten Erfahrungen und den damit verbundenen Gefühlen stellt. Offenbar ist es nicht so, dass die PSE den notwendigen Leidensdruck nimmt, aber dass die psychotherapeutische Behandlung leichter wird. Möglicherweise werden die *verbotenen Städte* unbewusst weniger bedrohlich erlebt in dem Maße, in dem die Konflikte „abgeschmolzen“ werden. Die Patienten verändern sich in der Regel schneller und eindrucksvoller als die Patienten „ohne PSE“ bis hin zu einem deutlich veränderten, leichteren, weichen Körperausdruck.

Ich persönlich habe den Eindruck, dass die PSE bei den Patienten am effektivsten und

befriedigendsten ist, die entweder in Psychotherapie sind bzw. waren oder die sich auf einem spirituellen Weg befinden und sich von daher intensiv mit sich selbst auseinandersetzen. Solche Menschen sind offener für den Prozess, der oft längere Zeit in Anspruch nimmt, und nehmen die Veränderungen meistens intensiver wahr als Patienten, die nur darauf achten, ob lästige Symptome verschwinden oder nicht.

Grundsätzlich finde ich es wichtig, den Patienten zu vermitteln, dass sie für die Veränderungen ein Bewusstsein entwickeln sollten. Ich erkläre ihnen, dass die Summe der Lösungssätze eine ausführliche Beschreibung eines psychisch gesunden Menschen darstellt. Jeder Konflikt setzt uns eine Brille auf die Nase, durch die wir die Welt verzerrt wahrnehmen. Wenn diese Brille verschwindet, sollte man offen sein für das, was man dann verändert sieht – und nicht nur seine Aufmerksamkeit dem nächsten Problem widmen.



Karin von Wolff geb. 1957, Medizinstudium in Aachen. Nach einigen Jahren in der Organ- und

Schulmedizin (Anästhesie, Innere Medizin, Allgemeinmedizin) Psychotherapieausbildung. Von 1991 bis 2000 Kassenpraxis für tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, ein wesentlicher Schwerpunkt: Hypnotherapie nach Milton Erickson. Ende der 90er Jahre Weiterbildung in Naturheilverfahren. 2000 Aufgabe der Kassenpraxis, seitdem Privatpraxis für Naturheilverfahren und Psychotherapeutische Medizin. Seit 2003 im Praxisgemeinschaft mit meinem Mann (Allgemeinmediziner), Energetische Therapieverfahren wie EFT/Energetische Psychotherapie nach Gallo („Meridian Klopfen“). Diverse Ausbildungen in manueller Therapie (SMT nach Dr. Graulich, Dorn-Hock, Dr. Furter), aber mein Interesse geht immer mehr in Richtung energetisch-spirituelle Heilung. Seit 2004 intensive Arbeit mit der Psychosomatischen Energetik, die für mich den Brückenschlag zwischen meinen verschiedenen Behandlungsmethoden bedeutet. Karin von Wolff, Ärztin für Naturheilverfahren und Psychotherapeutische Medizin-Große Straße 56, D-27356 Rotenburg

Wir unterscheiden in der Kinder- und Jugendmedizin zwischen verschiedenen Ursachen, wann und warum Kinder nicht sprechen bzw. nicht sprechen können – also mutistisches Verhalten zeigen.

(S)elektiver Mutismus

Sven Stümpfig

Neuropädiatrisch kommen zum Beispiel in Betracht:

- Aphasien (hirnorganische Erkrankungen mit Sprechverlust)
- partielle oder totale Taubheit
- Audimutitas (Hörstummheit)

Psychogener Mutismus unterscheidet sich jedoch von all diesen Formen durch ein „dauerhaftes und wiederkehrendes Schweigen in bestimmten Situationen (z. B. im Kindergarten) und gegenüber bestimmten Personen (z. B. Erzieherinnen, Verwandten ...) trotz eines intakten Hör- und Sprachvermögens“ (zitiert nach Bahr, 2002).

Gegenüber vertrauten Personen im familiären Umfeld ist die Redebereitschaft in aller Regel vorhanden. Gleichzeitig stellt der psychogene Mutismus die häufigste Ursache der genannten Formen dar.

Unter psychogenem Mutismus versteht man demnach ein Nichtsprechen trotz vorhandenem Sprachvermögen und intaktem Sprachwerkzeug.

Formen: Wir unterscheiden einen selektiven (oder auch elektiven) Mutismus von einem totalen (oder auch universellen) Mutismus. Der Begriff „elektiv“ stellt eine frühere Bezeichnung der Störung dar (Tramer, 1934) und steht lediglich für ein Synonym von „selektiv“. In beiden Fällen wird zum Ausdruck gebracht, dass das Kind sich sozusagen „aussucht“, mit welchen Personen es flüssig, wenig oder gar nicht spricht. Beim wesentlich seltener vorkommenden totalen (universellen) Mutismus hingegen verweigert das Kind das Sprechen gegenüber jeglichen Personen.

Ätiologie: Nach bisherigem Stand der wissenschaftlichen Untersuchungen gibt es eine Kombination von verschiedenen Faktoren, welche zur Entstehung der Störung beitragen:

- Die **Persönlichkeit** mutistischer Kinder kennzeichnet sich – auch schon vor dem Einsetzen der Störung – durch äußerst scheues, ängstliches, schüchternes, sensibles und zurückgezogenes Verhalten. Nahezu ausschließlich wird eine über-

durchschnittlich starke Bindung zur Mutter beobachtet, deren Folge auch immer wieder Trennungsängste und Trennungsprobleme sind.

- Mehr oder weniger ausgeprägte **Entwicklungsverzögerungen** (Retardierungen), entweder generell und/oder (meist jedoch besonders) im sprachlichen Bereich („Dysphasien“)
- Bezüglich der **Familienpathologie** finden sich in Familien mutistischer Kinder überdurchschnittlich häufig psychische Erkrankungen der Eltern oder Persönlichkeitsstörungen im familiären Umfeld. Das familiäre Milieu ist zudem nicht selten (jedoch nicht ausschließlich) durch ein hohes Maß an Disharmonie gekennzeichnet.
- **Externe Belastungssituationen**, wie z. B. der erstmalige Kindergartenbesuch oder die Einschulung, sind nicht die direkte Ursache der Störung, vielmehr der Auslöser und der Grund für die Manifestation der Symptomatik.

Die weltweiten Studien bezüglich der Erforschung von Zusammenhängen zwischen **sexuellem Missbrauch** und Mutismus verliefen insgesamt ergebnislos, sodass dies als Mitursache weder ausgeschlossen noch bestätigt werden kann. Ein erhöhtes Risiko scheinen **Migrationskinder** aufzuweisen. Aus persönlicher Erfahrung finden sich bei Kindern osteuropäischer Aussiedler vermehrt Mutisten. Auch Bahr stellte 2002 ähnliche Spekulationen auf.

Epidemiologie: Obgleich schon vor dem Eintritt in den Kindergarten Hinweise auf das Störungsbild bestehen, wird es erst dann (oder bei Schuleintritt) bemerkt. Zum Zeitpunkt der Diagnosestellung sind die Kinder also etwa zwischen vier und neun Jahre alt. Hinsichtlich der Verbreitung schwanken die Zahlen angegebender Studien leider erheblich (zwischen einem und sieben Kindern von 1000). Weitgehende Einigkeit zeigen die Studien bezüglich des Geschlechterverhältnisses, nachdem Jungen und Mädchen etwa gleichermaßen betroffen sind.

Klinisches Bild: Neben den bereits beschriebenen Persönlichkeitsmerkmalen und der familiären Dynamik samt Trennungsängsten kann man bei den meisten mutistischen Jungen und Mädchen eine vorangegangene **Sprachentwicklungsverzögerung** als typisches Merkmal feststellen. In familiärer, vertrauter Umgebung spricht das Kind. Betritt nun jedoch eine außerfamiliäre Person den Raum, so schweigt das Kind meist sofort.

Zur Diagnosestellung ist freilich eine gewisse Konstanz und Persistenz der Symptomatik erforderlich, es darf sich also nicht nur um einen situationsbedingten, vorübergehenden Zustand handeln. Die beschriebenen möglichen hirnorganischen Faktoren müssen ausgeschlossen werden.

Umgang mit mutistischen Kindern: Die Arbeit und Alltagsbewältigung mit mutistischen Kindern stellt für alle Beteiligten eine hohe Herausforderung dar und gibt Lehrern, Erziehern, aber auch Eltern und Therapeuten nicht selten große Rätsel auf.

Vorweg möchte ich ein paar Grundsätze zum Umgang und zur Therapie mit mutistischen Kindern nennen:

- Es gibt keinen fest umrissenen, systematischen Therapieplan oder konzeptionelle Therapieprogramme. Die Behandlung und der Umgang mit Mutisten erfolgt

individuell auf das jeweilige Kind abgestimmt und setzt an den jeweiligen unterschiedlichen Stärken, Fähigkeiten und Ressourcen des Kindes an. Viele Entwicklungserfolge erreicht man mit individuellem „Ausprobieren“.

- Geduld lautet das oberste Gebot. Oft sind es kleine Entwicklungsschritte, welche sich erst im Laufe der Jahre zu einem großen Schritt retrospektiv zusammenfassen lassen.
- Gelassenheit müssen Erwachsene üben! Dies gilt für Eltern, Erzieher, Lehrer und Therapeuten. Nicht selten muss man – so schwer es manchmal ist – einfach akzeptieren, dass man an das Kind eben „gerade mal nicht herankommt“. Keinesfalls sollte man jedoch gekränkt reagieren oder die kindliche Reaktion persönlich nehmen.
- So paradox es klingt – der Erfolg der Therapie oder des geschickten Umganges mit mutistischen Kindern darf nicht daran gemessen werden, ob man das Kind zum Sprechen bringt, wie oft oder mit wem es spricht. Entsteht beim Kind nämlich genau der Eindruck dieser Erwartungshaltung, so wird eher genau das Gegenteil eintreffen. Kinder, welche diesem Druck nicht ausgesetzt werden, sind weitaus mehr bereit zu sprechen.
- Ebenso wie bei den somatisch bedingten mutistischen Störungen (z. B. Stummheit, Taubheit ...) kann Förderung auch bedeuten, andere Ebenen der (nonverbalen) Kommunikation mit dem Kind zu entwickeln oder zu fördern (z. B. schriftlich oder durch Gestik). Auch dieser kommunikative „Zwischenschritt“ stellt eine sinnvolle Brücke zum späteren Sprechen dar.
- Mutistische Kinder sind Gefahren ausgesetzt! Gegebenenfalls werden sie in Notsituationen niemanden um Hilfe bitten oder um Hilfe rufen, auch kein Telefon bedienen. Bei ausreichendem Vertrauensverhältnis zwischen Kind und Bezugsperson ist dies vorrangig vor allen anderen Zielen zu behandeln. Zum Beispiel ob das Kind eine Trillerpfeife mit sich führt oder einen Handynotruf aktiviert.

Tip: Ich habe persönlich sehr gute Erfahrungen damit gemacht, das Schweigen mutistischer Kinder nicht als Handicap, sondern als Fähigkeit zu betrachten und den Kindern dies auch als solches zu vermitteln. Ich

erzähle gern von Kindern, die Erwachsenen „zu viel“ reden, unangemessen reden oder „schlimme Worte“ benutzen. Die Kinder erlebe ich als sehr überrascht, wenn ihr Schweigen erstmals in ihrem Leben als „Fähigkeit“ bewertet wird. Dies schafft Vertrauen und somit die Basis für Erfolge. In jedem Falle wird das Schweigen des Kindes bedingungslos akzeptiert. Gerne sage ich z. B.: „Du musst auch nicht reden, wir werden sicher trotzdem viele tolle gemeinsame Stunden erleben. Es gibt genug Spiele, bei denen du nicht zu reden brauchst (z. B. *Mensch ärgere dich nicht*).“

Beratung/Therapie:

Im Erstgespräch mit den Eltern sind folgende Erhebungen sehr wichtig und bilden die Grundlage des weiteren Vorgehens:

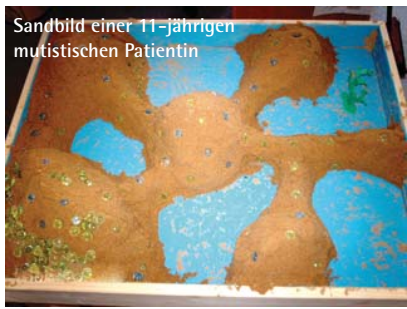
- Wann und mit wem spricht das Kind?
- In welchen Situationen, wann verweigert es das Sprechen?
- Welche Faktoren spielen hierbei eine Rolle?

Wir sprachen über die unterschiedlichen Bedingungen, die bei der Ursache der Störung eine Rolle spielen. Daher erfolgt die Therapie ebenso mehrdimensional:

- Sprachentwicklungsstörungen oder -retardierungen sollten logopädisch oder durch Fachtherapeuten in Sprachheilzentren angegangen werden.
- Familiendynamisch sind vor allem die Faktoren zu benennen und zu verändern, welche die Symptomatik aufrechterhalten. Hier geht es darum, dem Kind mehr soziale Kompetenz und Verantwortung zuzutrauen, die Eltern sollten dem Kind auf keinen Fall „alles abnehmen“. Hierbei sollte nicht mit dem „Gießkannenprinzip“ verfahren werden, sondern behutsam sukzessiv Schritt für Schritt geplant werden.



Im Kleinkindalter dominieren Ängstlichkeit und Probleme bei der Trennung von der Mutter.



- Verhaltenstherapeutisch wird von guten Erfolgen berichtet. Ein operantes Konditionieren des Sprechens sollte in jedem Falle versucht werden, d. h.
 - Operantes Konditionieren des Sprechens: Jegliches Sprechen außerhalb der vertrauten Umgebung wird belohnt.
 - Beginn mit Verstärkung nonverbaler Kommunikation: Jegliche alternative Kommunikation zum Sprechen wird belohnt.

Über die Wirksamkeit des positiven Verstärkens gibt es unterschiedliche Erfahrungsberichte. In jedem Falle sollte man diese Möglichkeit jedoch nicht unversucht lassen.

- Angstmildernde Maßnahmen: Therapeutisch werden nach genauesten anamnestischen Erhebungen schrittweise und systemisch die angstauslösenden Bedingungen versucht zu eliminieren (sofern möglich). Bei Kindern, denen z. B. vor allem das Reden in größeren Gruppen Schwierigkeiten bereitet, empfiehlt sich der Besuch einer Kleingruppe, um Sicherheit zu gewinnen und das Sprechenlernen einzüben.
- Training mit sozial unsicheren Kindern nach Petermann: Spezielles Therapieprogramm, mit welchem ich persönlich sehr gute Erfahrungen sammeln konnte. Hierbei spielt das Verhalten und die Kommunikation gezielt in gewissen Alltagssituationen eine Rolle.
- Familienberatung, aufrechterhaltende Bedingungen eliminieren: Die Familienberatung zielt vor allem darauf ab, dem Kind mehr Sicherheit und Selbstständigkeit zu übertragen, um seine Angst zu überwinden. Die Mutter muss schritt-

weise angeleitet werden, das Verhalten des Kindes möglichst nicht aufrechtzuhalten, z. B. indem sie sich nicht als „Sprachrohr“ des Kindes versteht, sondern immerzu das Kind dazu anleitet, selbst Initiative zu ergreifen.

- Psychosoziale Interventionen bzw. Integrationen: Hierbei ist die Aufnahme von Tätigkeiten außerhalb des familiären Umfeldes gemeint, z. B. der Besuch eines Turnvereines, Musikschule, Volkshochschulkurs ... nach Möglichkeit in einer Kleingruppe.

Prognose:

Von den behandelten mutistischen Kindern zeigten – je nach Studie – zwischen 30 und 50% binnen 5 bis 10 Jahren ein normales Sprechverhalten. In dieser Gruppe gab es auch Spontanremissionen. Bei allen anderen wurde zumindest eine mehr oder minder deutliche Besserung beobachtet, jedoch weiterhin mit Kommunikationsstörungen, scheuem Verhalten und Angst vor zwischenmenschlichen Beziehungen im weiteren Leben.

Quellenverzeichnis:

Bahr, Reiner: Wenn Kinder schweigen – Redehemmungen verstehen und behandeln, Walter Verlag, Düsseldorf und Zürich, 1. Auflage, 2002

Linderkamp, Friedrich (Hrsg.): Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen, Psychologie Verlags Union, Weinheim, 1. Auflage, 2001

Petermann Ulrike & Franz: Training mit sozial unsicheren Kindern, Psychologie Verlags Union, Weinheim, 7. Auflage, 2000

Remschmidt, Helmut: Kinder- und Jugendpsychiatrie, Thieme Verlag, Stuttgart/New York, 3. Auflage, 2005



Sven Stümpfig
Heilpraktiker für Psychotherapie
Kinder- und Jugendpsychotherapie
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger
Psychologische Praxis Calw (HPG)
Lederstraße 58, 75365 Calw
PsychPraxis@aol.com
www.psychologische-praxis-calw.de

Bereitschaftsdienst für Menschen in Not

Psychologischer Bereitschaftsdienst des VFP schafft eine Internetplattform für Menschen, die auch außerhalb der „Geschäftszeiten“ akuten Rat und Hilfe benötigen

Mit diesem Webservice schaffen wir jetzt eine Möglichkeit, BeraterInnen und Therapeuten aus dem Kreis der VFP-Mitglieder auch außerhalb normaler Arbeitszeiten zu kontaktieren, um sich eine erste Unterstützung zu holen. Denn seelische Probleme halten sich nicht immer an die üblichen Geschäftszeiten, sie werden vielmehr überdurchschnittlich häufig abends, nachts, an Sonn- und Feiertagen akut.

Der rat- und hilfeschuchende Mensch erkennt auf einer Übersichtskarte an roten Symbolen, wo aktuell Therapeuten Bereitschaftsdienst haben. Durch Klick auf das Symbol gelangt er zu den Kontaktdaten (Mobil- und/oder Festnetznummer) und zu weiteren hinterlegten Informationen des ausgesuchten Therapeuten. Ruft er beim Therapeuten im Bereitschaftsdienst an, wird das Problem besprochen und vereinbart, in welcher Form geholfen werden kann – natürlich auch, wie die Honorarfrage geregelt wird.

Als Therapeut (nur VFP-Mitglieder haben Zugang zu diesem Service) melden Sie bitte die Zeiten, an denen Sie Bereitschaftsdienst machen wollen, über den internen Mitgliederzugang unserer homepage www.vfp.de an. Sie können die Eintragungen auch sehr kurzfristig einplanen und sie jederzeit wieder ändern. Bis zu 25 Einträge sind im Voraus in Ihrer persönlichen Bereitschaftsdatei möglich. Die Eintragung in diesen Bereitschaftsdienst ist kostenfrei.

Wir versprechen uns von diesem ersten bundesweiten Psychotherapie-Bereitschaftsdienst eine große Medienaufmerksamkeit, denn wir werden diesen Dienst, sobald er die ersten Bewährungstests bestanden hat, auch entsprechend medial bewerben.

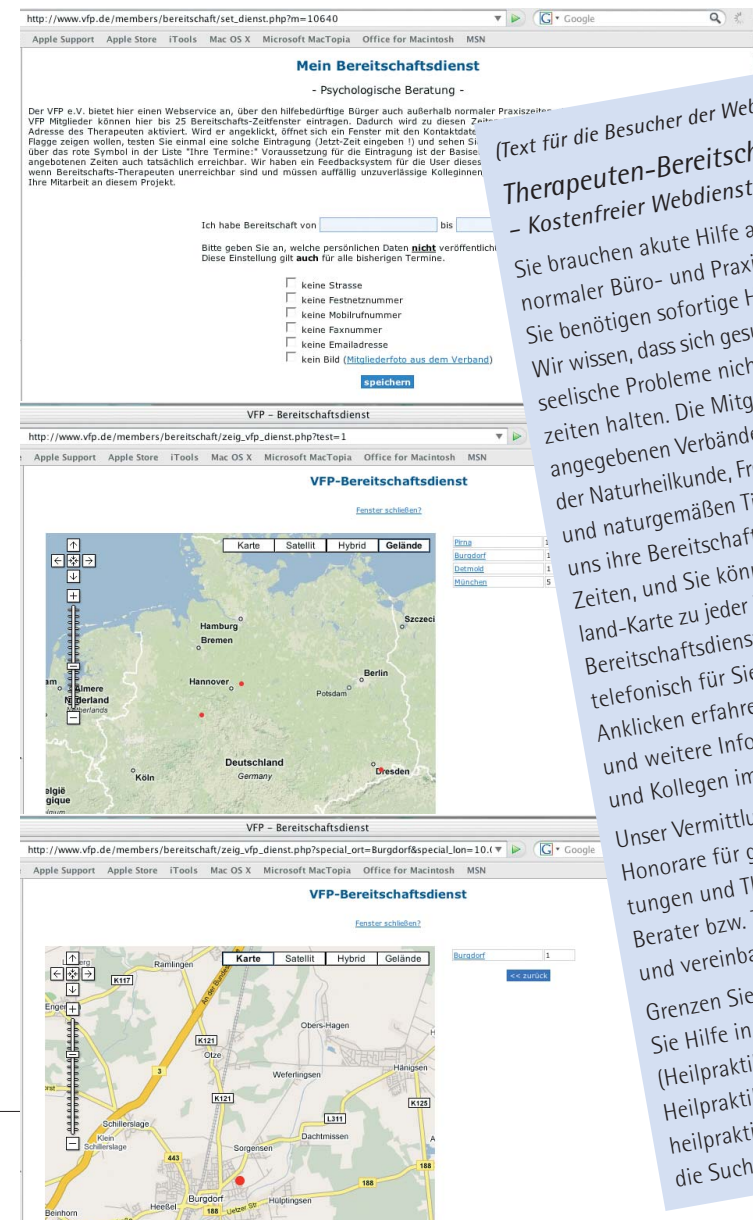
Wir bitten aber ausschließlich Kolleginnen und Kollegen, sich in den Bereitschaftsdienst einzutragen, die schon ausreichende Erfahrung als Psychologische Berater, Psychotherapeuten und/oder HP für Psychotherapie sammeln konnten. Der Bereitschaftsdienst ist kein Übungsplatz für Neueinsteiger, denn wir erwarten entsprechend akute und dringliche Fälle.

Wenn Sie hier Flagge zeigen wollen, testen Sie einfach, wie es funktioniert. Voraussetzung ist ein Basiseintrag in der Therapeuten-Datenbank. Danach machen Sie einen Testeintrag mit Jetzt-Zeit-Angabe im Bereitschaftsdienst und sehen, wie sich das in der Karte darstellt. Aktualisieren Sie ggf. Ihre Angaben in der Therapeuten-Datenbank. Löschen Sie bitte Ihre Testtermine über das rote Symbol in der Liste „Ihre Termine“ wieder. Danach können Sie jederzeit Ihre „echten“ Bereitschaftsdienstzeiten eingeben.

Bitte seien Sie zu den angebotenen Zeiten auch tatsächlich erreichbar. Wir haben ein Feedbacksystem eingebaut, über das uns gemeldet werden soll, wenn Bereitschafts-Therapeuten trotz Eintrags nicht erreichbar sind.

Auffällig unzuverlässige Kolleginnen/Kollegen werden dann für künftige Eintragungen gesperrt. Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit an diesem Projekt!

Eckardt W. Martin und Dr. Werner Weishaupt



Therapeuten-Bereitschaftsdienst – Kostenfreier Webdienst –
 Sie brauchen akute Hilfe auch außerhalb normaler Büro- und Praxiszeiten? Oder Sie benötigen sofortige Hilfe für Ihr Tier? Wir wissen, dass sich gesundheitliche oder seelische Probleme nicht an Geschäftszeiten halten. Die Mitglieder der unten angegebenen Verbände, Freien Psychotherapie und naturgemäßen Tierheilkunde melden uns ihre Bereitschafts- und Notdienstzeiten, und Sie können in der Deutschland-Karte zu jeder Zeit sehen, wer gerade Bereitschaftsdienst hat und zumindest telefonisch für Sie erreichbar ist. Durch Anklicken erfahren Sie die Kontaktdaten und weitere Infos über die Kolleginnen und Kollegen im Bereitschaftsdienst.
 Unser Vermittlungs-Service ist kostenfrei. Honorare für ggf. anschließende Beratungen und Therapien müssen mit dem Berater bzw. Therapeuten besprochen und vereinbart werden.
 Grenzen Sie bitte zunächst ein, von wem Sie Hilfe in Anspruch nehmen möchten (Heilpraktiker/Psychotherapeut/Tierheilpraktiker) und aktivieren Sie dann die Suche.

Ich möchte VFP-Mitglied werden

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Verband Freier Psychotherapeuten, Heilpraktiker für Psychotherapie und Psychologischer Berater e. V. als ordentliches Mitglied.

- Praktizierende Mitglieder**
€ 130,-* jährlich
- Mitglieder ohne Praxis**
€ 100,-* jährlich
- für Mitglieder in Ausbildung**
€ 75,-* jährlich
- Zusätzlich € 13,- Aufnahmegebühr**
* Beitragshöhe bei Bankeinzug – bei Zahlung durch Rechnungsstellung

Name, Vorname	
PLZ, Ort	
Straße, Hausnr.	
Geburtsdatum	
Telefon	
E-Mail	
Berufsbezeichnung/Institut/Praxis	
Bitte reichen Sie Ihre Ausbildungsunterlagen vollständig mit ein. Der Mitgliedsbeitrag wird einmal jährlich fällig und soll von meinem Konto abgebucht werden.	
Bank	
BLZ	Konto-Nr.
Ort, Datum	Unterschrift

Lebens-Ziel? Lebens-Vision?

Ein Diskussionsappell zum Unbehagen an der Forderung nach Ziel-Orientierung

Dr. Regina Mahlmann

„Neulich fragte mich ein Freund, welche Lebensziele ich hätte. Als ich ihm antwortete, ich hätte keine, reagierte er völlig entsetzt: „Wie – du hast keine Lebensziele?!“ – Ich habe aber wirklich keine konkreten Lebensziele. Was ich habe, ist eine Ahnung davon, was ich ungefähr gerne möchte, eher eine Art Vision, aber eben keine Ziele. Ist bei mir da etwas falsch?“

Diese Art von Fragen begegnet mir immer häufiger, und die psychische Dringlichkeit, mit der sie formuliert werden, lässt mich aufhorchen.

DAS ZIEL-PATHOS

Ziele haben Konjunktur: Ratgeber-Literatur, Berater, Therapeuten, Coaches drängen dazu, in Zielen zu denken, zu fühlen und zu handeln, sein Leben auf einer Zielgeraden abzubilden: „Wer kein Ziel hat, ist orientierungslos“, wird lauthals verkündet. Wer kein Ziel hat, lebt chaotisch, verschwendet wertvolle Ressourcen und landet nur zufällig dort, wo es ihm behaglich, vage wünschenswert erscheint. Wer kein Lebensziel definiert, lebt richtungslos, und wer das tut, mit dem stimmt etwas nicht.

Fast schon bedrohlich klingt die „Diagnose“ und mit ihr die Tendenz zu Neurotisierung und Psychopathologisierung: Wer ziellos lebt, hat ein Defizit in der Selbstführungs-kompetenz, läuft Gefahr, an der Ziellosigkeit zu erkranken, weil er sich verzettelt und er keine Antwort auf die Frage nach dem Wohin und Wozu hat. Uns wird emphatisch empfohlen, die persönliche Lebensführung in ein großes Ziel zu kleiden, dies wiederum in Tages-, Wochen-, Monats-, Jahresziele zu gliedern, damit wir innerlich „aufgeräumt“ sind, Richtung in unsere Handlungen bringen. Wir sollen unser Leben über direktiv wirkende Ziele „im Griff“ haben, damit wir unser Po-

tenzial effektiv und effizient einsetzen und eine Chance haben, unser Leben sinnvoll zu gestalten.

FRAGE UND EINLADUNG

Ziele und Sinn – bezogen auf die persönliche Lebensspanne – bilden sie ein Junktim, eine unauflösbare, zwangsläufige Verbindung?

Ich möchte Sie einladen, eine gedankliche Skizze, eine essayistische Annäherung an diese Fragestellung mit zu vollziehen. Die Überlegungen beziehen sich auf Lebensziel(e) und möchten der Ziel-Propaganda mit einem philosophierenden und kritischen Staunen und Fragen begegnen.

MENTALE GRUNDFIGUR „ZIEL“

Begeben wir uns für einen Moment in den mentalen Raum, der die Grundfigur des Denkens in Zielen demonstriert: Die Zieldiskussion entlehnt wesentliche Kriterien der Ordnungsmetapher, der Metapher der (geplanten) Reise sowie der Nutzenmentalität.

Ein Ziel hat, wer sich auf eine Reise begibt, deren Ankunftsort ihm insofern bekannt ist, als er ihn vor Beginn der Reise definiert hat. Ein Ziel hat, wer eine bestimmte Aufgabe, einen Auftrag erledigen und ein bestimmtes, vorher festgelegtes Ergebnis formuliert. Ein Ziel bringt Ordnung, Übersicht, Überblickbarkeit ins Leben, weil es als Bezugspunkt der Anstrengungen und zugleich als Maßstab für Aktivitäten und Fortschritt dient.

Der Begriff des Ziels, so, wie er in beraterischen, professionellen Kontexten verwendet wird, ist beschrieben mit der Formel: Ein Ziel im strikten Sinn ist ein in Gedanken, in der Vorstellung vorweggenommenes Ergebnis. (Hinzu kommen Ziel-Kriterien wie Zeitpunkt oder -raum, Realisierbarkeit, Erkennbarkeit etc.). Ein Ziel hat, wer auf die Frage eine Antwort weiß: Woran erkenne ich, dass ich meinem Ziel näher gekommen bin bzw. es erreicht haben werde, also auf der „Ziel-Geraden“ bin?

Ziel-Denken ist wirtschaftlichem und utilitaristischem Denken verbunden. Das Kosten-Nutzen-Kalkül oder, mit der Frankfurter Schule, die instrumentelle Logik richtet unser

Denken, Fühlen und Handeln an der Frage aus, inwiefern Kosten und Nutzen, Einsatz und Gewinn, Input und Output, Engagement und (Be-)Lohn(-ung) in einem – nach Möglichkeit vertretbaren – Verhältnis stehen (Proportionalität); ferner an der Frage, inwiefern wir unsere „Ressourcen“ (Kraftquellen, Energie, Fähig- und Fertigkeiten, Wissen und Können) sinnvoll einsetzen. Hier geraten die Kategorien des Funktionalen (Wofür?), des pragmatisch Sinnvollen (Wozu? Warum?) sowie des „Vernünftigen“ (Rationalität als Rationellität, Effektivität und Effizienz) in den Blick. Die Einschätzung der Erfolgswahrscheinlichkeit gibt im Rahmen dieser Logik den Ausschlag, ein Ziel zu formulieren bzw. sich für ein Ziel zu engagieren. Ergebnisrelevanz bildet die Messlatte dieses pragmatischen Ziel-Begriffs.

Ebenfalls handlungsrelevant und die ökonomistische Architektur aufweisend, indes dies weniger offensichtlich, ist eine Überlegung, die Ziel-Denken als einen geradlinig verlaufenden Selbstbezug entlarvt: Es geht aus vom Ich, behält dies, den Zielformulierer und Wächter, als Fokus (Ausgangs- und Endpunkt) im Visier, misst Lebensäußerungen daran und fließt dorthin zurück. Es zeichnet einen in sich geschlossenen Bogen und mutet totalitär und blind an.

Totalitär: Das Ich und sein explizites Wollen (Ziel-Erreichung) fungieren als Maßgabe aller Initiative. Das persönliche Leben wird umfassend, vollkommen durchherrscht von einem Denk- und Handlungstypus, der das eigene Leben in Schablonen der Ökonomie realisiert: „Es zählt, was sich bezahlt macht.“ Es ist ein – mit Martin Heidegger gesprochen – berechnendes Denken; mit Theodor W. Adorno und Max Horkheimer: ein instrumentelles Denken.

Wer von Zielen spricht, bewegt sich in einem linearen Denken, bewegt sich auf eine ganz

bestimmte Zukunft hin; ist dominiert von einem Denken in Prognose, in Planbarkeit einer vorweggenommenen Zukunft. Er spricht von Berechenbarkeit, von Kontrollierbarkeit; von der Annahme, dass wir uns grundsätzlich sämtliche für eine Zielerreichung erforderlichen Informationen besorgen, und dann, wenn wir über sie verfügen, sicher planen und Schritte einleiten können, das Ziel zu verwirklichen.

Blind: Was aber ist, so eine immer lauter werdende Frage, mit dem uns allen bekannten Zufälligen, dem Glück oder Pech, dem Überraschenden und Plötzlichen, das uns widerfährt? Wo bleibt Raum für Ungeplantes? Für Verlockungen und Verführungen? Für unvorhergesehene und unvorhersehbare Attraktionen, die Impulse setzen und unsere Ausrichtung mitbestimmen? Und wie begegnen wir dem? Es sei betont, dass diese Fragen im Leben mehr oder etwas anderes sehen, als das Realisieren von Zielen und Erfolgen. Die Fragen sind motiviert von einer Überzeugung, einem Glauben oder einer Grundauffassung, die im menschlichen Leben auch das Nichtgewollte, das Zufallende, das Überraschende, das Spontane, das Intuitive schätzen, weil diese Dimension eine für wertvoll gehaltene Reichhaltigkeit und Vielfalt eröffnet und somit Erfahrungen ermöglicht, die eben gerade nicht im Fokus des Bewussten und Gewollten liegen.

WEITERE FRAGEN

Das Postulat, das eigene Leben in Ziel-Facetten zu gliedern, wird normativ eingebettet. Wir sollen(!) unser Leben in Zielen strukturieren, um – ja, um was? Um unser Leben „sinnvoll“ zu machen? Um uns vor Überraschungen zu feien? Um Sicherheit herzustellen? Um uns vor allzu viel Grübeleien zu schützen? Um uns handlungsfähig zu halten oder zu machen? Und wie verträgt sich diese Norm mit der Rhetorik: Die einzige Konstante sei die, dass alles inkonstant, turbulent, nicht vorhersehbar, instabil, kontingent sei? Und auch: Wie verträgt sich die Norm mit dem Umstand, dass wir uns mit unseren Zielen „identifizieren“, also diese Ziele selbst sein sollen? Wären nicht – zusammen mit der Veränderungsausprägung unserer Lebenswelt – Identitätskonflikte in einem Ausmaß vorprogrammiert, das den Einzelnen zu überfordern, zu zerreißen droht? Darüber und über die damit einhergehenden Zumutungen und Strategien wäre zu reden!

Es geht mir nicht um eine Bewertung, ob Ziele gut oder schlecht sind – zumal Ziele praktisch wertvolle Dienste leisten. Meine Aufmerksamkeit gebührt jenen Fragen, die sich an das Postulat der Ziel-Formulierung wenden, sofern es die persönliche Lebensgestaltung, das individuelle In-der-Welt-Sein meint:

☞ Braucht jeder Mensch ein Lebensziel oder gar Lebensziele (zu unterscheiden von: Ziele in seinem Leben)? Worin können wir die Vorzüge erkennen? Wobei helfen sie? Woran hindern sie?

☞ Inwiefern verträgt sich das Reden von Zielen und damit von Planung und Prognose mit der viel zitierten Komplexität, in der wir leben? Mit dem Ruf nach Flexibilität und Mobilität? Dem Gebot, lebenslang zu lernen und sich als fähig zu erweisen, sich permanent verändernden Bedingungen anzupassen?

☞ Inwiefern ist es überhaupt sinnvoll, funktional, vernünftig und auch leistbar, das eigene Leben in Begriffen von Zielen zu entwerfen?

☞ Und was wäre eine Alternative?

Diese und andere Fragen leiten uns in philosophische Gefilde. Etwa der Anthropologie und Lebensphilosophie: Was ist der Mensch, und wozu ist er in der Welt? Was treibt ihn an? Die Philosophie des Glücks oder des guten Lebens eröffnet weitere Frageräume. Auf diese Expansion in das Grundsätzliche möchte ich in diesem Aufsatz nur verweisen. Kehren wir zurück zu der Denkfigur des Ziels.

SCHATTENSEITEN

Die Ziel-Euphorie betont Orientierung, Überschaubarkeit, Sicherheit, Überprüfbarkeit, Erfolgserlebnis bei Vollzug. Sie blendet aus, dass Ziele begrenzen, Wahrnehmung und Blick fokussieren, den Horizont schmälern, Erlebbares und Erfahrbares reduzieren, Schöpfer-tum einengen. Indem wir uns konzentrieren, schließen wir das, was nicht im Ziel-Horizont liegt, in der Ausrichtung unseres Wahrnehmens aus: Wir haben „keinen Blick“ für Anderes und Andere. Gänzlich Neuartiges und Fremdes werden übersehen; Abweichungen werden unwahrscheinlich oder gelten als katastrophal; Korrekturen werden schwieriger, weil psychisch aufwändiger. (Die Psychologie der Kognitiven Dissonanz liefert hier theoretischen Ansatz und empirische Erkenntnisse.)



