

Planung für das 5. Modul

Freitag von 09:30 bis 13:00

- ✚ Organisatorisches, Check-in, Einführung
- ✚ Unser Konzept vom Leben - Lebensaufgaben
- ✚ Selbsterfahrung – die eigenen Polaritäten

Freitag von 14:15 bis 17:45

- ✚ Übung: Willentliche Bewegung im Dienste von Interesse und Neugierde
- ✚ Unser Konzept vom Tod aus dem Leben heraus
- ✚ Umgang mit suizidalen Patient*innen
- ✚ Bindungsangebote
- ✚ Check-out

Samstag von 09:30 bis 13:00

- ✚ Check-in und Fragen
- ✚ Geburtstraumata
- ✚ Heilsame Geburtsszenen

Samstag von 14:15 bis 17:45

- ✚ Body Parts
- ✚ Übungen
- ✚ Heilsame Szenen halten
- ✚ Check-out

Sonntag von 09:30 bis 13:00

- ✚ Check-in und Fragen
- ✚ Supervision – Patient*in bestimmt das Tempo
- ✚ Ausblick und Check out

Selige Sehnsucht - Goethe

Sagt es niemand, nur den Weisen,
Weil die Menge gleich verhöhnet,
Das Lebend'ge will ich preisen,
Das nach Flammentod sich sehnet.
In der Liebesnächte Kühlung,
Die dich zeugte, wo du zeugtest,
Überfällt dich fremde Fühlung
Wenn die stille Kerze leuchtet.
Nicht mehr bleibest du umfängen
In der Finsternis Beschattung,
Und dich reißet neu Verlangen
Auf zu höherer Begattung.
Keine Ferne macht dich schwierig,
Kommst geflogen und gebannt,
Und zuletzt, des Lichts begierig,
Bist du Schmetterling verbrannt.
Und so lang du das nicht hast,
Dieses: Stirb und Werde!
Bist du nur ein trüber Gast
Auf der dunklen Erde.

Über das Leben, über den Tod

Das Suizidthema: der „Werther-Effekt“ und der „Papageno-Effekt“.

Welche Patienten kommen in die Psychotherapie?

Viele Menschen hatten oder haben aktuell Suizidgedanken, einige haben auch schon einen Suizidversuch unternommen.

Es geht um das Leben, es geht um den Tod.

Persönliche und fachliche Entwicklung von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten.

Für die Menschen, die zu uns kommen, bieten wir ein Lebenskonzept an.

Pforte der Hoffnung:

Wir Menschen sind dazu gemacht und dazu fähig, glücklich und zufrieden zu sein in einer unvollkommenen Welt, die sich endlos entfaltet. Wir sind die irdischen Agenten dieser kosmologischen Entwicklung.

Übung: Willentliche Bewegung im Dienste von Interesse und Neugierde

Qualität der Übung: projektiver Test – Projektion heißt hinauswerfen

Was in uns vor sich geht, wird in den Raum – vor allem in Menschen oder Dingen hineinprojiziert – was wir im Raum, in Menschen oder Dingen sehen, hat mit uns und unserer Lebensgeschichte zu tun.

Aufgabe hier in unserem Mikrokosmos: Schaut euch im Raum um und findet heraus, welche Gegenstände bei euch Interesse oder Neugierde wecken.

Geht in vier Schritten vor:

1. **Entscheidung:** Welcher Gegenstand weckt mein Interesse oder meine Neugierde?
2. **Plan:** Stellt euch konkret mit inneren Bildern/Szenen vor, wie ihr zu diesem Objekt hingehet – schnell, langsam, zielstrebig usw.
3. **Durchführung:** Ihr tut das, was ihr euch vorgestellt habt.
4. **Überprüfung:** Wie habe ich meinen Plan umgesetzt? Wurde mein Interesse oder meine Neugierde befriedigt? Was habe ich erlebt?

Unsere Wahrnehmung wählt aus gemäß unseres gelebten Lebens. Jede*r sieht einen anderen Raum. In unseren Wahrnehmungen sind Erwartungen verborgen. Wir suchen Befriedung oder die Passform dazu.

Fragen: Hat diese Erfahrung etwas mit eurem Leben zu tun? Lebensmuster: Enttäuschung, sich gestört fühlen usw.

Grundsätzliches

- ✚ Keine dezidierte Weltanschauung und kein exaktes Menschenbild anbieten.
- ✚ Einen Rahmen mit unserem persönlichen Leitfaden sichtbar machen, mit dem wir Behandlungen durchführen. Es soll deutlich werden, was unser menschliches und psychotherapeutisches Denken und Fühlens ausmacht und dass darin ein Gesundheitsbegriff enthalten ist.
- ✚ Unser Gegenüber ermutigen, die persönlichen Hintergründe der Fragen aufzuspüren. Oft gibt es eine lebensgeschichtliche Begründung.
- ✚ Theoretische Konflikte münden oftmals in Rechthaberei ein. Wir wollen uns möglichst nicht daran beteiligen, legen aber unseren „Rahmen“ dar und halten mögliche Lösungen in der Schwebe.
- ✚ Unser humanistisches Menschenbild unterstützt die individuellen Wege der Teilnehmer*innen und die Beschäftigung mit Konzepten/Theorien, um zu helfen, dass die Personen eigene Konturen entwickeln.
- ✚ Hauptaspekt unseres Pesso-Boyden-Konzepts und der Phänomenologie: Bedürfnisbefriedigung des Ungeborenen/Kindes/Jugendlichen. Das ist auf dem Hintergrund der faktischen Realität eine symbolische Vorgehensweise, die auch nur symbolisch so radikal angewendet werden kann, wie wir es tun. Es dürfen vom Beginn des Lebens an keine Brüche in der Entwicklung des Lebendigen vorhanden sein.
- ✚ Die gesellschaftliche Realität steht im krassen Gegensatz zu unseren heilsamen Szenen. Aber auch in unserem symbolisch ausgeführten Antidot sind Ansätze der gelebten realen Lebenswelt vorhanden. Die stellt immer noch die Grundlage für die Verwirklichung der Wünsche in dieser unvollkommenen Welt dar.
- ✚ Mit unseren therapeutischen Möglichkeiten der personalen Passform, die in der Regel im Aufzeigen von Zusammenhängen besteht („teaching“), unterstützen wir unser Gegenüber darin, im symbolischen Raum neue Erfahrungen zu machen. So kann unsere Methode für die Patient*innen die beste Wirksamkeit entfalten.

Die Bedeutung des Todes im und für das Leben

- Alles, was wir tun, wie wir denken, fühlen und handeln, findet im Leben und aus den Leben heraus statt.
 - Als Polarität dargestellt: Die Gewissheit unsere Sterblichkeit an uns heranlassen oder abwehren.
 - Der eigene Tod: Die ursprüngliche Einheit zur Mitwelt ist unterbrochen. Der Tod individualisiert.
 - Sich der Angst vor dem Tod stellen? Was ist der „Gewinn“?
 - Was bewirkt die Abwendung oder Abwehr vor der Endlichkeit des Lebens? Zwei zentrale Abwehrstrategien, die wir unbewusst einsetzen: Aus den Kindheitsbedingungen tief verankerte Glaubenssysteme:
 1. Der Glaube an den magischen Schutz durch einen „letzten Retter“, der uns vor dem Untergang im Tod bewahren kann – symbiotisch-dependente (abhängige) Abwehr.
 2. Der Glaube an die eigene Besonderheit und Unverletzlichkeit – narzisstische Abwehr.
 - Ursprünge der Todesabwehr aus dem Leben heraus - der idealisierte Andere und das idealisierte Selbst: frühkindliche, oftmals traumatische Erfahrungen. Hintergründe:
 - Bedrohung der körperlichen Integrität in Verletzung und Schmerz, der Selbstverlust im Schlaf, vor allem aber die mit Trennungen verbundenen Ängste, Alleingelassen sein, Liebesverlust, heftige Beschämung, grausame Bestrafung u.a. - Herausfallen aus der liebevollen Gemeinschaft mit den Eltern - **todesähnliche Erfahrungen oder Nahtoderlebnisse**, aus denen sich später die eigentliche Todesangst entwickelt.
- Verschiedene Wege, den Schrecken zu bannen:
1. Das ängstliche Anklammern mit einer unermesslichen Lebensangst und der unbewussten Weigerung, erwachsen und autonom zu werden.
 2. Die Erhöhung des eigenen Selbst mit Selbstüberschätzung, zwanghaftem Ehrgeiz und mangelnder Beziehungsfähigkeit. Nicht selten wird der Tod herausgefordert, um immer wieder über die eigene verdrängte Todesangst zu triumphieren.

Unser Konzept vom Tod aus dem Leben heraus - die Arbeit mit suizidalen Klient*innen

- ❖ Krisen bringen Suizidgedanken mit sich - die Menschen ringen mit den Themen Leben und Tod.
- ❖ Weil hier religiöse Fragen mitschwingen, dürfen wir uns religiös nicht festlegen. Wir können mit Menschen aus allen Kulturen arbeiten.
- ❖ Unsere Worte und Metaphern müssen angemessen, hilfreich und archetypisch sein und an den Glaubensprinzipien unserer Gegenüber andocken. Für Klient*innen, die nicht religiös sind, benutze wir Worte wie: Kosmos, Natur, das große Ganze usw.
- ❖ Unser symbolisches Arbeitsmodell – wie Spinoza verwende ich die Gleichsetzung von Gott und Natur:
- ❖ Bevor wir geboren werden, vor unserer Existenz, befinden wir uns in den Armen Gottes/als Möglichkeit im Universum/im Nichts. Wir können nicht sterben, weil wir noch nicht geboren wurden, nicht verletzt werden, weil wir „unantastbar“ sind, nicht verloren gehen, weil wir noch keine getrennten Wesenheiten sind.
- ❖ Um uns von Gott/der Natur zu lösen, um bereit zu sein, auf einer anderen Ebene – die der Realität - zu leben, auf der Erde, um mit Fleisch und Blut geboren zu werden, müssen wir mit Wohlbehagen, Sicherheit und Schutz versorgt werden, die ähnlich sind, wie das, was wir in den Armen Gottes/der Natur erfahren haben: unendliche Liebe, Wärme, Sicherheit und Glückseligkeit. Denn warum sollten wir sonst auf die Erde kommen wollen und leben wollen?
- ❖ **Erster Übergang und Geburt der Person:** Der Uterus bildet eine wunderbare Brücke zwischen der Wärme und Liebe Gottes/der Natur. Eingebettet in eine warme und geborgene, sich nach dem Kind sehnenden Mutter und sehnenden Vaters, bemerkt das Wesen kaum, dass es nun auf der Erde ist und nicht mehr im Himmel/Universum.
- ❖ **Zweiter Übergang und das Eintauchen in die interaktive Welt:** Nachdem das Kind geboren wurde, müssen die Arme, die Herzen und Augen der Eltern den Effekt des Geborgenheits-spendenden Uterus fortsetzen. Die Eltern lassen das Kind wissen, dass Gott/die Natur auch in ihren Armen, Herzen und Blicken wohnt. Denn das Kind hat ja nichts anderes gekannt und wird sich danach zurücksehnen, wenn es diese Qualitäten nicht auf der Erde vorfindet.
- ❖ Diese Bilder haben klinische Relevanz, denn wenn die Erfahrung des Klienten im Uterus schlecht war und die Arme und Augen der Eltern ablehnend, möchte der Klient wieder nach Hause zurück, wo die Dinge am richtigen Ort waren. Der Organismus weiß, was sein **Geburtsrecht** ist und sucht nach Wegen, zurückzukehren.

Warum kommt es zu Suizidgedanken und –handlungen?

- ❖ Wenn diese beiden Übergänge nicht mit dem „Geburtsrecht“ des Fötus/Säuglings übereinstimmen.
- ❖ Diesem grundlegenden Lebenswillen „Leben will mehr Leben“ wurde/wird von außen zuwidergehandelt: Kind aus Vergewaltigung, Abtreibungsversuch, ungewolltes Kind, schädigende Einflüsse für den Fötus, Brutkasten, frühe OP, Verluste, Defizite, Traumata, holes in roles der Eltern und später des Kindes usw.
- ❖ Diese **Nahtod-Erlebnisse** trennt sie von ihren Körpern und hält sie davon ab, ihren Eltern zu vertrauen. Diese Kinder sind im Kern erschüttert. **Es ist so, als seien sie mit dem Tod vertraut und näher bei Gott/der Natur als im Leben.**
- ❖ Oftmals sind sie deswegen weniger verbunden und interessiert am Leben und den irdischen Zusammenhängen. Sie haben weniger Interesse an der realen Welt, scheinen weit weg zu sein und sich nach einem anderen Ort zu sehnen. Als Erwachsene, wenn sie den Effekt des frühen Traumas nicht überwunden haben, werden sie unter Umständen Träumer, phantasieren von anderen Welten, oder sie beten zu Gott als wäre er real. Sie fühlen sich weder in ihren Körpern noch im Leben, noch auf Erden wirklich zuhause.
- ❖ Suizidale Klienten wollen nicht einfach nicht mehr leben, sie wollen noch einmal die Zufriedenheit erleben, von der sie fühlen, dass sie sie schon einmal hatten. Sie antizipieren das Ende der Schmerzen in das Ende des Lebens. Sie sehnen sich nach dem Frieden, den sie erfahren, wenn sie tot sind. Aus tiefer Verzweiflung glauben nicht mehr daran, dass das Leben ihnen geben kann, wonach sie sich sehnen.

Unterscheidung - zwei Arten, suizidal zu sein:

1. Probleme mit dem Ort, der Welt, den Menschen (unerwünschtes Kind, Missbrauch usw.): sich an einem anderen Ort wünschen.
2. Probleme mit der eigenen Wut oder dem eigenen Sexuellen – „heißer“ Suizid aufgrund von aggressiver oder sexueller Überladung und Schuldgefühlen: Den Körper hassen und ihn verlassen wollen – Drogen nehmen mit der Gefahr der Überdosierung oder Alkohol trinken bis zum Blackout – Versuch, vom Körper, von der Sexualität, von der zerstörerischen Aggression wegzukommen - die einzige Möglichkeit, der Wut zu entkommen, sich von der Sexualität zu befreien, wird darin gesehen, sich selbst zu töten, um andere nicht zu töten/zu vergewaltigen – zu einem Ort gehen ohne Aggressionen und Sexualität.

Novum: Unser psychotherapeutisches Konzept

- ❖ Bei solchen Klienten - die real und symbolisch unterscheiden können - kann mit aller Vorsicht versucht werden, ihnen die Möglichkeit zu geben, in einer Struktur symbolisch zu sterben. Wir nutzen damit die Energie des Impulses hinter dem suizidalen Akt für ein positives therapeutisches Ergebnis. Natürlich ermutigen wir diese Klienten nicht, sich tatsächlich umzubringen. Noch möchten wir, dass sie den Akt des symbolischen Sterbens wie eine Probe verstehen vor dem richtigen Suizid. Auf keine Weise unterstützen wir die tatsächliche suizidale Tendenz, denn wir glauben an das Leben und möchten nicht, dass sie die Hoffnung im Leben aufgeben.
- ❖ Das Wesentliche für uns ist, elementares Vertrauen in die Energie im Körper als heilende Quelle zu haben, selbst wenn diese Energie sich auf der bewussten Ebene in Richtung Tod zu bewegen scheint.
- ❖ Der erste Schritt: Herauszufinden, um welche Art von Suizidgedanken es sich handelt. Wenn es sich um die „heiße Art“ handelt (Schuldgefühle, Wut, sexuelle Aufladung), darf man sie nicht symbolisch sterben lassen. Bei „dem Schmerz entfliehenden“-Menschen oder „das Leben ist einfach scheiße“-Menschen kann mit dem symbolischen Tod gearbeitet werden, um ein Bedürfnis zu befriedigen.

Hintergründe und Vorgehensweise

- In der Therapie mit suizidalen Patient*innen geht es darum, die Symbole ausfindig zu machen, an die sich das Kind gewandt hat, mag es das Licht sein, der Himmel, Jesus, die Wolken, das Wasser, das Alleinsein im Zimmer oder in der Natur, ein Tier, einen Heiligen usw. Ohne dass diese kindlichen, lebensrettenden Privat-Symbole in der Struktur lebendig gemacht werden, wird der Klient echte zwischenmenschliche Wärme, Geborgenheit, Nähe und Intimität nicht annehmen können. Neben diesen rettenden Privat-Symbolen ist aber bereits das andere Teil-Selbst gestorben. In Krisenzeiten reicht diese halbe Kraft/Energie nicht aus, und es soll nun das Gesamt-Selbst ausgelöscht werden. Darum arbeiten wir mit dem Symbol des Todes, in das die Verheißung von Ruhe, Heimat, Platz, Verbundenheit, Geborgenheit und Frieden projiziert wird. Wir nutzen dafür die in der Kindheit selbstgefundenen und zum Überleben notwendig gewesenen Privat-Symbole.
- In der Struktur folgen wir ihrer Energie. Wir sagen: „Okay, ein Teil von dir sehnt sich nach dem Tod, also lass uns dieser Energie zu einem symbolischen Tod folgen.“ Aber wir müssen immer wieder betonen, dass der Tod in dieser Therapie nur symbolisch ist und wir nicht für den wirklichen Tod üben. Wir sagen: „Ich möchte nicht, dass du das wörtlich tust“. Dann gehen sie in den Tod, ins Jenseits oder wohin auch immer ihr Metaphern-System sie führt. Solange es sich um einen Ort handelt, kann er benannt werden. Und jetzt beachten wir, dass der Ort, solange er benannt werden kann, zu einer Quelle der Interaktion werden kann. Ein Ort, um die Therapie zu beginnen. Wir denken an die Reihenfolge: Energie, Aktion, Interaktion, Bedeutung. Wir versuchen, die Möglichkeit der Interaktion zu schaffen.
- Was wir also tun, ist eine Interaktionsquelle zu schaffen, selbst wenn es als Tod bezeichnet werden muss. Sobald die Interaktion beginnt, wird der Körper eine gewisse Befriedigung bekommen, da körpereigene Hormone ausgeschüttet werden. Und sobald das entsteht, werden die Patient*innen beginnen, neue Gefühle und vielleicht Hoffnung zu haben. Aber Sie brauchen einen Ort, an dem Sie anfangen können.

Weitere Themen rund um Suizidgedanken

- Manche Patient*innen haben schon seit der Kindheit Suizidgedanken. Sie haben schon lange angefangen, sterben zu wollen, um an den anderen Ort zu gehen, der nach dem Leben kommt, wo sie glauben, dass sie Befriedigung bekommen oder zumindest den Schmerz beenden werden. Das Leben hängt manchmal am „seidenen Faden“.
- Wenn die Bereitschaft vorhanden ist, damit zu arbeiten, dann schlagen wir vor: „Tu, was immer du Sterben nennst.“ Sie könnten so etwas tun, wie einfach umzufallen. Das heißt, wir schaffen ihnen einen symbolischen Ort, den wir Tod oder Jenseits nennen können. Der Ort soll im Raum abgegrenzt sein, wie die Kante eines Teppichs. Die Klientin begibt sich dort hinein. Sie sagt dann vielleicht: „Was für eine Erleichterung.“ Wir lassen sie erst einmal hineinspüren, bleiben aber durch gelegentliche Fragen im Kontakt: Was passiert? Dann kommt vielleicht die Verzweiflung, der Lebensschmerz, die Tränen. Wir fragen: Brauchst du jemanden? Das kann ein Symbol aus der Kindheit sein – ein Tier, ein Engel, Gott, Buddha, das Nichts. So wird der symbolische Tod interaktiv und nicht einsam und isoliert und es gibt die therapeutische Möglichkeit, dass sie einen Dialog mit dieser Figur haben können, die den Ort repräsentiert, an den der Tod sie bringt.
- Während der Klient im Gefühl des Gestorben-Seins bleibt, kann die Erleichterung und das angenehme Gefühl im Körper überraschend für ihn sein, denn bis jetzt waren solche Gefühle im wahrsten Sinne des Wortes für ihn gestorben. Dieses neue, angenehme Gefühl bringt Klient*innen in einen Konflikt. Denn wenn sie sich jetzt für das Leben entscheiden, warum sollte es besser sein als vorher? Wird es nicht gleich wieder schrecklich, schwarz und schlecht schmeckend werden, so wie das Leben bis jetzt eben war? An dieser Weggabelung kann eine liebende ideale Figur erfunden werden, die sagt: „Ich werde Dich bei mir bleiben lassen und Dich nicht zurück auf die Erde gehen lassen, bevor ich nicht die genau richtige Mutter und den richtigen Vater gefunden habe, denen ich Dich übergeben kann“.

Umgang mit geliebten Verstorbenen:

- ❖ Klient: Mein Großvater ist gestorben und ich vermisse ihn. Klient will zum toten Großvater ins Totenreich.
- ❖ Frage: Was ist das Thema für den Klienten? Konnte er seine Liebesgefühle zu Lebzeiten nicht zeigen? Wurden diese vom Großvater nicht erwidert? - Dann muss ein idealer Großvater in der vorgestellten Kindheit erfunden werden.
- ❖ Will er im Totenreich noch nachträgliche Bestätigung? Auch hier: Bestätigung kommt von den Lebenden, nicht von den Toten. Eine tote Person kann keine Bestätigung geben. Wir müssen eine Struktur mit den Lebenden beenden. Wenn er also Kontakt zu jemandem braucht, der tot ist, dann kann der Tote symbolisch auf die Erde kommen und der Klient kann sich verabschieden oder seine nicht ausgedrückte Liebe „nachreichen“.
- ❖ Es ist besser, mit einem Teil seiner Liebe in Kontakt zu treten, mit der er den Großvater liebte, damit er diese Liebe in sich gebunden hat und in seinen Körper bekommen kann. Wenn er sich also von einem verstorbenen Verwandten verabschieden will, ist es vielleicht ein Versuch, „Auf Wiedersehen“ zu sagen, um anzuerkennen, dass er tot ist, und sich von der besonderen Beziehung zu verabschieden. Dies ist notwendig, damit er eine Beziehung zu anderen haben kann und sich nicht mehr zurückhalten muss.

Tod einer geliebten Person – Problem der Nachfolge mit Suizidgedanken

- ❖ Auch: Überlebensschuld – ein Teil-Selbst geht mit in den Tod – Lebenskraft und –mut sind gering.
- ❖ Vorgehensweise mit Platzhaltern von geliebter verstorbener Person im Jenseits – Prinzip des Teil-Selbts wird auf die verstorbene Person im Jenseits gelegt. Am Ende der Struktur eventuell von idealen Eltern ihm zurückgegeben.

Vielschichtige Bindungsangebote in der LPP

- ❖ Bezeugung: Spüren die Patient*innen die Emotionen, mit denen sie etwas aussprechen? Muss der Prozess verlangsamt werden durch direkte Pilotenaktivierung, durch eine*n Rollenspieler*in als Zeugenfigur, durch mehr Sicherheit und Kontrolle im Therapiesetting?
- ❖ Platzhalter: Was passiert bei der Auswahl? Ist deutlich, dass der Platzhalter keine reale Person ist, sondern nur Träger von Informationen?
- ❖ Fragmentfiguren: Erstes symbolisches „Nähe-Angebot“ und Test, ob etwas angenommen werden kann.
- ❖ Traumathema: Zuerst Schutzfigur anbieten, damit die Rezeptivität erhöht werden kann.
- ❖ Berührungen: Immer mit Kontrolle der/des Betreffenden – Sicherheit und gesunde Autonomie.
- ❖ heilsame Szenen mit idealen Figuren: Werden die realen Personen „eingeschmuggelt“? Unter welchen Bedingungen können ideale Figuren angenommen werden? Findet eine „Als-ob“-Struktur statt? Patient*innen tun es uns zuliebe oder weil andere Gruppenmitglieder (-geschwister) es (angeblich) können. Wie kann die mentale Stärke zur sinnvollen therapeutischen Regression erhöht werden, die mit dem Kindheitsschmerz und –trauma verbunden ist?
- ❖ Verkörperungen: Stufen der Annäherung finden und den Patient*innen die Verantwortung überlassen. Sie sorgen für ihr „gutes Ende“.
- ❖ Trauma-Amnesie: Welche Hinweise gibt es trotzdem?
- ❖ Trauma und heilsame Szenen: Rezeptivität ist aus Schutzgründen eingeschränkt – Angst vor Retraumatisierung – sie haben den Eltern bei der Traumaverarbeitung geholfen (holes in roles), Angst vor dem Trauma-Schmerz und vor Kontrollverlust, Überflutungsangst, „Berührung als Angriff“, peinliche sexuelle oder aggressive Regungen - zu große Offenheit.

Heilsame Szenen symbolisch halten, festhalten und körperlich in Erinnerung behalten

- ❖ In aktuellen Krisen mit Verzweiflung und Symptomen, in brisanten Paar- oder Berufskonflikten hilft das Hervorrufen von heilsamen Szenen selten. Auch lässt sich mit Hilfe der idealen Figuren nichts „machen“. Es kommt vielmehr darauf an, weiterhin an der Empfänglichkeit für das Heilsame dieser Szenen in den Strukturen zu arbeiten, die „Natur“ der kindlichen guten Abhängigkeit anzunehmen, die realen schmerzhaften Situationen mit den realen Eltern anzusehen und zu erleben, um die symbolische Erfüllung der Entwicklungsbedürfnisse in Empfang zu nehmen. Drei Zeit-Einheiten aufspüren:
- ❖ Aus der Gegenwart heraus sich an die Struktur erinnern: Die Erlebnisse, Eindrücke und Erfahrungen der heilsamen Szenen symbolisch (in Vorstellung und Erinnerung) als Bilder, Szenen, Berührungen, Atmosphäre, mit den Blicken, den Stimmen und dem Körperkontakt der idealen Eltern oder als Gesamtheit halten, innerlich festhalten, körperlich in Erinnerung behalten und immer wieder darauf zurückkommen. Das ist der „Übungsteil“ unserer Methode.
- ❖ Sich in Erinnerung rufen, auf welchen Wegen (Gegenwartssituation, Bezeugungen, Stimmen, Platzhalter, Prinzipien, Fragmentfiguren) es zur heilsamen Szene gekommen ist. Welche eigenen Erlebnisse, Emotionen, Gedanken, Körperspannungen und welcher Schmerz war damit in der Struktur-Zeit verbunden?
- ❖ Worin besteht der Zusammenhang mit Kindheitserfahrungen (historische Szenen), mit erlebten Defiziten (z. B. als nicht gewolltes Kind oder durch mangelnden Schutz), mit traumatischen Erschütterungen oder mit „holes in roles“? Welche inneren kompensatorischen Umkehrungen/Reaktionen sind daraufhin erfolgt, so dass ich so geworden bin, wie ich bin?
- ❖ Nun können wieder die Schritte zu den heilsamen Szenen nachvollzogen werden. Eine Stabilisierung der gefühlten Gewissheit von dem, was wir gebraucht hätten, stellt sich ein und erzeugt eine veränderte Wahrnehmung in der Gegenwart für die Zukunft. Anders wahrnehmen ist anderes wahrnehmen. Wir haben vielleicht weiterhin (abgeschwächte) Symptome und Einseitigkeiten – aber wir leben intensiver, bewusster, mit erweitertem Horizont!