

Möglichkeiten thymopraktischer bzw. psychosomatisch orientierter Behandlung in der Integrativen fokalen Kurzzeittherapie (IFK)¹

Alfons Wörmer-Aigmüller, St.Johann i. Pg.

0. Vorwort

Das Angebot einer psychotherapeutischen Begleitung im Erholungs- und Genesungsheim der Salzburger Gebietskrankenkasse in Goldegg, 70 km südlich von Salzburg, wird von überraschend vielen Patienten in Anspruch genommen. Die kurze Verweildauer der Patienten von drei Wochen hat neben der Grenzen psychotherapeutischer Arbeit auch Chancen. Die folgenden Falldarstellungen wurden nach dem Gesichtspunkt hoher Effizienz ausgewählt, Patienten also, mit denen ein vollständiger Therapieverlauf mit Initialphase, Aktionsphase, Integrationsphase und Neuorientierungsphase möglich war. Die Falldarstellungen haben gemeinsam, daß sie erfolgreiche Therapieverläufe sind. Welche Voraussetzungen und Bedingungen dazu geführt haben, möge vorliegende Arbeit veranschaulichen. Ich kann die Arbeit nicht verstehen als grundsätzliche Präferenz von Kurzzeittherapien gegen mittelfristige oder Langzeittherapien. Es bedarf eines Zusammenspiels einer Vielfalt von Faktoren, die eine Kurzzeittherapie rechtfertigen. Am gefährlichsten erscheint mir hier die Gefahr einer malignen Progression.

1. Beschreibung der Einrichtung

Die Salzburger Gebietskrankenkasse betreibt in Goldegg ein kasseneigenes Erholungs- und Genesungsheim. Während eines dreiwöchigen Turnusses werden 25 Versicherte betreut. Insgesamt ist das Haus mit 3 Turnussen, die jeweils um eine Woche verschoben beginnen, mit 75 Patienten belegt.

Ca. 50 % der Patienten werden direkt von einer Krankenanstalt eingewiesen, die andere Hälfte von Vertragsärzten. Diagnostisch führen Erkrankungen von Geschlechtsorganen von vegetativer und körperlicher Erschöpfung, vegetativer Dystonie, Erkrankungen von Magen, Darm, Speiseröhre, Leber, Galle, malignen Neubildungen, v.a. Brusterkrankungen zur Einweisung. Fallweise wird ein Turnus vorwiegend bis ausschließlich mit Krebspatienten besetzt.

Der überwiegende Anteil der Patienten ist älter als 50 Jahre (85 %), der Großteil kommt aus dem Bereich der Stadt Salzburg und deren umliegenden Gemeinden (75 %). Der Anteil der Frauen beträgt ca. 80 %, jener der Männer ca. 20 %.

Die begleitende Betreuung der Versicherten im Erholungs- und Genesungsheim Goldegg durch Psychotherapeuten ergänzt die ärztliche und physiotherapeutische

¹ aus der „Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit“ und dem Fritz Perls Institut, Düsseldorf.
Gekürzte Fassung einer Graduierungsarbeit zum gleichnamigen Thema.

sche Betreuung. Konzeptuell hat die Psychologische Beratungsstelle folgende Ziele:

1. Die Sensibilisierung der Patienten für eine allfällige psychische Mitbedingtheit ihrer Krankheit und eventuelle krankmachende Faktoren in den jeweiligen individuellen Lebens-, Familien- und Arbeitsbedingungen sowie die Sensibilisierung dafür, daß die Krankheit ein ernstzunehmendes Signal für eine notwendige Verhaltensänderung wie Lebensgewohnheiten sein kann. Krankheit soll auch als Chance aufgefaßt werden, bestehende krankmachende Bedingungen und Faktoren zu beeinflussen und so die Krankheit als eine positive Veränderungsmöglichkeit einzuschätzen.
2. Hilfe bei Bewältigung von akuten Krisensituationen, welche durch die Krankheit und die mit der Krankheit und dem Aufenthalt in Goldegg verbundenen geänderten Lebensbedingungen einher gehen kann (Trennung von der gewohnten Umgebung und Tagesablauf).
3. Bewußtmachung der krankmachenden Gewohnheiten und Hilfestellung zur Gestaltung einer gesundheitsbewußten Lebensführung (Ernährung, Trinkgewohnheiten, Rauchen, Bewegung, Streß, etc.).

Als Maßnahmen werden Gruppentermine, Einzeltermine und Autogenes Training angeboten.

Auf den Zimmern liegen Falter auf, die über das Angebot der Psychologischen Beratung vorinformieren (vgl. Beilage). Bei der Begrüßung durch den Leiter des Hauses wird auf die Vorstellung der Psychologischen Beratung aufmerksam gemacht. Je eine/r der drei angestellten PsychotherapeutInnen ist für die Patienten eines Turnusses zuständig, informiert über Ziele, Inhalte, Methoden und Dauer

der Einzel- und Gruppentermine und nimmt die Anmeldungen entgegen.

Ca. 75 % der Patienten eines Turnusses erscheinen zur Vorstellung des psychotherapeutischen Angebotes. Etwa 2/3 von ihnen melden sich entweder für Gruppentermine, Einzeltermine, oder für beides an.

2. Möglichkeiten thymopraktischer bzw. psychosomatisch orientierter Behandlung in der Integration fokaler Kurzzeittherapie

Thymopraktik (griechisch Thymos: eine den ganzen Menschen ergreifende, affektive Leibregung), als Erweiterung der verbalen Psychotherapie, ist Umgang mit Regungen und Empfindungen des Leibes mit den dazugehörigen Stimmungen, Emotionen, Gedanken, Begriffen, Bewertungen, Phantasien und Erinnerungen in ihrer Bezogenheit auf Atmosphären, Szenen, Ereignissen, Menschen und sozialen Zusammenhängen.

Im Sinne der Integrativen Gestalttherapie wird der Leib hier als Symbolträger der Lebensgeschichte, verdichteter Szenen oder Leibwiderfahrnisse verstanden, die in Haltungen, Gesten, Formen und Symptomen leiblich konkreten Ausdruck finden: 'Ein Schreck, der unter die Haut geht'; 'Etwas, das in die Knochen fährt'; 'Ereignisse, die man sich zu Herzen nimmt'; 'Etwas, das sich auf den Magen schlägt' oder 'Etwas, das einem an die Nieren geht'.

Das Leibgedächtnis beinhaltet die 'Partitur des Lebens', selbst wenn es teilweise nicht mehr verfügbar (verdrängt), aber doch präsent ist und wirkt. Leiborientierte psychotherapeutische Arbeit erfordert daher immer auch eine Hermeneutik nichtsprachlichen Ausdrucks.

Viele Patienten im Erholungs- und Genesungsheim Goldegg zeigen sich dem Verfahren der Integrativen thymopraktischen Gestalttherapie gegenüber aufgeschlos-

sen. Folgende Fallberichte dokumentieren die Möglichkeit psychotherapeutischer Arbeit im extrem kurzen fokalthérapeutischen Setting von ca. drei Stunden, aufgeteilt auf drei Wochen.

Die Auswahl fiel auf Patienten, bei denen eine Indikation zur Kurzzeittherapie in Form intakter Ich-Funktionen, Ich-Stärke, Introspektionsfähigkeit, reife Abwehrmechanismen, ein hohes Maß an Wahrnehmungs- und Integrationsvermögens, gegeben war.

Es sei an dieser Stelle ausdrücklich erwähnt, daß fokale Kurzzeittherapie längst nicht für alle Patienten indiziert ist! Besonders, wenn hinter der aktuellen Symptomatik schwerwiegende Mangelserfahrungen, durchgehende Defizite in vitalen Entwicklungsphasen liegen, die die Persönlichkeit im Selbst, Ich oder der Identität langfristig geschädigt haben, indem sie ihre leib-seelische Entwicklung verhindern oder maligne beeinträchtigen. In diesen Fällen kann nicht kurativ fokalthérapeutisch gearbeitet werden, sondern höchstens stützend und motivierend für eine mittelfristige, bzw. Langzeittherapie.

3. Fallbeispiele

Die Auswertung der Fälle orientiert sich an folgenden Kriterien:

- ◆ Therapeutisches Ergebnis
- ◆ Vier Wege der Heilung:
 - * 1. Bewußtseinsarbeit, Sinnfindung, emotionales Verstehen, Evidenz
 - * 2. Nachsozialisation, Grundvertrauen, Beelterung, Nachbeelterung (parentage, reparentage)
 - * 3. Erlebnisaktivierung, Persönlichkeitsentfaltung
 - * 4. Solidaritätserfahrung, Intersubjektivität
- ◆ Modalitäten:
 - * übungszentriert-funktional
 - * erlebniszentriert-stimulierend

- * konfliktzentriert-aufdeckend
- ◆ Therapeutische Wirkfaktoren:
 - * einfühlendes Verstehen
 - * emotional Annahme und Stütze
 - * Hilfe bei der realitätsgerechten praktischen Lebensbewältigung
 - * Förderung des emotionalen Ausdrucks
 - * Förderung von Einsicht, Sinnerleben und Evidenzerfahrung
 - * Förderung kommunikativer Kompetenz und Beziehungsfähigkeit
 - * Förderung der leiblichen Bewußtheit, Selbstregulation und psychophysischer Entspannung
 - * Förderung von Lernmöglichkeiten, Lernprozessen und Interessen
 - * Förderung kreativer Erlebnismöglichkeiten und Gestaltungs Kräften
 - * Erarbeiten von positiven Zukunftsperspektiven
 - * Förderung eines positiven persönlichen Wertebezuges
 - * Förderung eines prägnanten Selbst- und Identitätserlebens
 - * Förderung tragfähiger sozialer Netzwerke
 - * Ermöglichung von Solidaritätserfahrung
- ◆ Techniken und Medien
- ◆ Stile als Qualitäten der Intervention im Rahmen der Integrativen fokalen Kurzzeittherapie, z.B. direktiv/ nondirektiv, abstinent/zugewandt, aufdeckend/stützend
- ◆ Strategien:
 - * präventiv
 - * reparativ
 - * evolutiv
 - * supportiv
 - * politisch
 - * infrastrukturell
- ◆ Rückmeldung:
 - Die Patienten wurden gebeten, in einem Zeitraum von einem halben bis

einem Jahr der Behandlung eine schriftliche Rückmeldung über den Gesundheits- bzw. Genesungsverlauf nach dem Aufenthalt in Goldegg zu machen. Die Rückmeldung ist der Auswertung der Fallbeispiele angefügt.

Fallbeispiel Nr. 1

In der Gruppe stellt sich Frau B. folgendermaßen vor: Sie ist verheiratet und hat eine 19jährige Tochter. Nach der Geburt ihrer Tochter hatte sie 3 Fehlgeburten. „Dann war Ruhe.“ Jetzt kommt sie nach einer Totaloperation vom Krankenhaus. Am zweiten Tag des Krankenhausaufenthaltes wird sie von der Firma gekündigt. Die Patientin ist jetzt ratlos und weiß nicht, wie es weitergehen soll. Sie kann sich schwer konzentrieren, ihr ist oft übel und schwindelig und sie hat Angst, ohnmächtig zu werden.

Nach der Entspannungsübung erzählt sie, daß es ihr dabei gut gegangen ist. Sie ist in Gedanken auf einer Blumenwiese gelegen und hat es genossen.

In der Einzelstunde erzählt die Patientin von ihrem Gebärmutterkrebs, der Operation und der Kündigung seitens des Arbeitgebers zwei Tage später. Im Krankenhaus lag sie neben einer Schwangeren und das war schlimm. Sie leidet darunter, kein Kind mehr bekommen zu können.

B: (Patientin) „Über die Kündigung brauchen wir nicht reden, da hilft mir mein Schwager ... Ich kann ganz schlecht schlafen, weil ich immer Albträume habe. Manchmal 3 Mal in der Nacht.“

T:(Therapeut): *(Ersucht einen Traum zu erzählen).*

B: „Es ist immer der selbe Traum: Ich liege am OP-Tisch. An Händen und Füßen angeschnallt ... Ohnmächtig ... wehrlos ... das ist das hauptsächliche Gefühl dabei ... Und ich will etwas sagen ... Als die Ärzte das merken, erhöhen sie die Betäubung und ich merke nichts mehr.“

Dann wache ich auf.“

T: „Ich mache Ihnen ein Angebot, diesen Traum zu bearbeiten. *(Frau B. willigt ein).* Zeichnen Sie diesen Traum auf.“ *(Frau B. malt unter mehrmaliger Beteuerung, nicht malen zu können.)*

(T u. B sehen das Bild gemeinsam an)

T: „Was sehen Sie?“

B: „Eine Figur liegend. Man sieht sie von oben. Rundherum sind 7 Ärzte. Der Bauch ist aufgeschnitten. Viel Rot. Die Arme und Beine sind mit Eisenmanschetten gefesselt. Und eine Katze sitzt auf dem Brustkorb.“ *(schüttelt den Kopf und hebt die Schultern)*

„... Ich weiß nicht, was die schwarze Katze bedeutet.“

T: „Ich auch nicht. Wollen Sie sie fragen?“

B: „Irgendwie ist sie ja notwendig die Operation. Und sie gibt mir die Narkose. Sie paßt aber auf, daß es nicht zu viel ist und daß mir nichts passiert.“

Frau B. erzählt, daß sie eine Totgeburt hatte. Die habe sie bis heute noch nicht überwunden. Im 6. Schwangerschaftsmonat hatte sie Blutungen und kam ins Spital. Als Wehen einsetzten, glaubten ihr das die Schwestern nicht: 'Das gibt es nicht'. Sie habe beteuert, daß sie schon ein Kind geboren habe und wisse, was Wehen sind. Aber die Schwestern schenkten ihr keinen Glauben. Es folgt ein Blutsturz und eine Frühgeburt im Krankbett. Es war alles voller Blut und die sie glaubte, das Kind würde verbluten. Herbeigerufene Schwestern brachten das Kind weg. Das war an einem Freitag. Ihr wurde nichts gesagt und sie wurde getröstet, sie müsse bis Montag warten, wo Untersuchungen am Kind durchgeführt würden. Bis dahin würde sie ihr Kind nicht sehen.

B: (weint:) „Die haben mir einfach mein Kind weggenommen!“

Frau B. ahnte schon Schlimmstes. Zwei Schwesternschülerinnen kamen nichtsah-

nend ins Krankenzimmer und unterhielten sich über ein neugeborenes Kind im Glaskasten 'für Versuchszwecke' wohl. Die beiden wußten nicht, daß die Klientin die Mutter war. Das tat unwahrscheinlich weh. (Frau B. versucht, sich zu sammeln; beißt Zähne zusammen).

T: „Das tut jetzt beim Erzählen auch noch weh, oder?“

B: „Ja“.

T: „Und Sie reißen Sich recht zusammen?“

B: „Mhm.“ (Nickt)

T: „Ich habe hier eine Packung Taschentücher. Die können Sie alle aufbrauchen.“ (beide schmunzeln)

B: „Ich habe gleich den Verdacht gehabt, daß es tot ist.“

T: „Ich habe eine Idee: (Ich hole ein rosa und ein hellblaues Kissen und lege eine Matte auf den Boden.) „Wußten Sie, ob es ein Bub oder ein Mädchen war?“

B: „Nein“.

T: „Wählen Sie einen Polster, legen Sie ihn vor sich auf die Matte und setzen Sie sich davor.“ (Frau B. wählt den rosa Polster.)

T: „...Stellen Sie sich vor, das ist Ihr Kind!“

(Frau B. schluchzt auf und weint. Ich reiche ihr ein Taschentuch. Frau B. bedankt sich und weint lange.)

T: „Ich lege eine Hand auf Sie, damit Sie spüren, daß ich da bin.“ (Frau B. nickt. Sie schaut lange wortlos auf das Kissen und beruhigt sich mit der Zeit.)

T: „Ich nehme einen Impuls Ihrer Hände wahr (zucken). Was möchten die denn?“

B: „Ich möchte es in die Arme nehmen.“ (Nickt mit dem Kopf.) „Mhm.“ (Zögert aber und schaut nur schweigend.)

T: „Soll ich es Ihnen in die Arme legen oder nehmen Sie es selbst?“

B: „Ich will es selber nehmen.“ (Frau B. nimmt das Kissen auf, legt es in ihre Arme und wiegt es. Beginnt heftig zu weinen. Frau B. schüttelt den Kopf und sagt

immer wieder:) „Die haben mir mein Kind weggenommen!“

Frau B. wiegt ihr Kind bis zum Ende der Stunde. Allmählich wird sie ruhiger, sieht mich an, atmet tief durch, richtet sich auf und schmunzelt, trocknet sich die Augen und bedankt sich.

T: „Jetzt verändert sich etwas.“

B: „Ja, es wird leichter.“

T: „Wonach ist Ihnen?“

B: „...Ich möchte mein Kind bei meinen Liebsten begraben wissen.“

T: „Schauen Sie sich im Raum und suchen Sie sich einen geeigneten Platz.“

(Frau B. sieht sich um und legt den Polster auf den Boden. Ich gehe mit ihr und stelle mich neben sie.)

„Gehen Sie einen kleinen Schritt rückwärts und beobachten Sie, wie das ist.“

B: (Geht einen Schritt zurück, der Therapeut geht mit.) „Es ist gut so.“

(So gehen wir Schritt für Schritt weiter zurück, bis sich Frau B. abwenden kann.)

T: „Wo liegt das Kind?“

B: „Zwischen beiden Großvätern.“

T: „Da hat es ja einen guten Platz.“

B: (Lächelt und nickt.) Zurück auf die Stühle

B: „Das hat so gut getan. Ich glaube, ich habe noch nie so richtig trauern können.“

T: „Wie geht es Ihnen jetzt?“

B: „Ich bin erleichtert.“

Frau B. bedankt sich. Ende der Stunde.

In der zweiten Gruppenstunde erzählt Frau B., daß sie überglücklich ist, weil es ihr so gut geht.

B: „Es ist wie ein Wunder.“

T: „Was meinen Sie damit und was haben Sie dazu beigetragen?“

B: „Ich kann wieder schlafen. Seit dem Gespräch mit Ihnen habe ich keine Schmerzen mehr. Ich hatte keinen Albtraum mehr und kann sogar ohne Schlaf-tabletten gut schlafen.“

T: „Worauf führen Sie das zurück? Was

haben Sie in der Einzelstunde geleistet?“

B: „Ich habe mein Kind losgelassen ... Vom Körper, aus dem Körper gegeben ... Nicht mehr im Körper getragen, sondern weggelegt ... Hätte ich früher so einen Menschen gehabt, ich hätte mir die Zysten sparen können ... Es war 17 Jahre keine Trauer möglich.“

T: „... und Ihr Unterleib war Grab. Immer angeregt und in Spannung gehalten.“

In der zweiten Einzelstunde geht es Frau B. sehr gut. Es ist wie ein neues Leben. Sie erzählt, daß sie sich nach dem ersten Einzelgespräch auf dem Zimmer umgezogen und nur Schwarz getragen hat: den ganzen Nachmittag und Abend lang.

Frau B. hat Tagebuchaufzeichnungen mitgebracht, die sie vorliest:

Überschrift: „**Nach 17 Jahren**“

Do.: Es hat mich noch sehr beschäftigt ...

Das Loslassen von meinen Kinderln. Besonders Totgeburt. Ich trug anschließend sogar noch alles in Schwarz. Ich habe seit der Operation vor vier Wochen das erste Mal gut geschlafen.

Der Herr Mag. hat mir viel, viel aufgelöst ... und ein großes Verständnis gezeigt. Zugleich kommen mir die schönsten Gedanken in meinem Leben. Und zwar, als ich meine liebe Tochter nach der Geburt so richtig an mein Herz drücken durfte vor fast 19 Jahren.

Do. auf Fr.: Ich habe großteils gut geschlafen. Traum - Ein Umzug, aber nicht ein Trauerumzug. Am Tag etwas geschlafen ohne Traum. Ansonsten sehr gut.

Fr. auf Sa.: Kurzer Traum. Ausschnitt von Film am Vorabend. Ich bin so glücklich. Fast schmerzfrei, immer längere Spaziergänge. Keine Tabletten! Gute Laune!! Ich fühle mich, als ob sich eine riesige Last (wie Stein, Klumpen) von mir seit Do. gelöst hat. Hätte ich das Gespräch mit einem so verständnisvollen Menschen früher gehabt, hätte ich sicher so einiges besser verkraftet.

Mittags ½ Std. sehr gut geschlafen. Ohne Traum.

Sa. auf So.: Super geschlafen. Ohne Traum

So. auf Mo.: Schlecht geschlafen. Von Krampus geträumt. Bin davongelaufen (keine Angst) Plakat. Geldnot.

Ab da immer gut geschlafen.

Frau B. faßt den `Heilungsweg` der ersten Stunde nochmals zusammen.

Frau B. erzählt von 2 `normalen` Träumen: Der erste handelte von einem Umzug. Es war kein Trauerzug, sondern lustig: ähnlich einem Erntedankfest mit vielen Brauchtumsgruppen.

Im zweiten Traum kamen Perchten vor. Sie wollten ins Haus. Frau B. ließ sie nicht hinein, sperrte die Türe zu und lief davon, ohne gefaßt zu werden.

Das Gespräch über die Zusammenhänge bzw. Veränderungen zum in der ersten Stunde geschilderten Albtraum macht deutlich, daß es jetzt die Klientin ist, die bestimmt, wer und wann jemand in ihr Haus (= Körper) eindringt. Die Perchten stehen für Gewalt Frau B. ist nicht mehr ohnmächtig oder willenlos angekettet, sondern ist handlungsfähig. Und es gibt ein Fest. Ähnlichkeit mit Trauerzug, aber es ist ein Fest. Wie Erntedank.

Frau B. geht übergücklich und dankbar.

◆ Ergebnis:

- * Beschwerdefreiheit im somatischen Bereich: Keine Konzentrationsstörungen, Übelkeit, Schwindel, Angst vor Ohnmacht, Schlafstörungen und Albträumen.
- * Vollzogene Trauerarbeit: Trauer um das vor 17 Jahren durch Fehlgeburt verlorene Kind. Abschied und Loslassen.
- * Die Patientin erkennt den psychischen Hintergrund ihres Gebärmutterkrebses: Das Kind, das sie nie in den Händen halten konnte, trug sie 17 Jahre lang in ihrem Unterleib mit sich. Die Gebärmutter blieb eine wunde und angespannte Stelle.
- * Ohnmacht wandelt sich in Handlungsfähigkeit.

◆ Erster Weg der Heilung:

- * Bewußtseinsarbeit durch hermeneutischen Gewinn von Einsicht in ursächliche Zusammenhänge durch

aufdeckende, konfliktlösende Arbeit.

- * Nach einer komprimierten Exploration des aktuellen Kontextes der Patientin in der ersten Gruppensitzung und in der Anfangsphase der dyadischen Sitzung berichtet die Patientin von ihrem immer wiederkehrenden Albtraum. Ausgehend von der Erzählung des Traumes über die bildliche Gestaltung gelangt die Patientin zum Hauptfokus: Der Verlust ihres Kindes vor 17 Jahren. „Die haben mir einfach mein Kind weggenommen!“
- * Die Patientin wandelt Ohnmacht in Handlungsfähigkeit, indem sie nicht vollzogene Trauer und Abschied nachholt: Nehmen, Wiegen und Weglegen des rosa Kissens (Kindes), schwarze Trauerkleidung und Tagebuchaufzeichnungen.
- * Das Erkennen des Unterschiedes „Die haben mir mein Kind weggenommen!“ zu „Ich lasse meine Kinder los“, das emotionale Erleben von Trauer, Abschied, Loslassen und die körperliche Empfindung von Nehmen, Halten, Wiegen und Loslassen bedeuten für die Patientin ein Erlebnis von vitaler Evidenz.
- ◆ **Konfliktzentriert-aufdeckende Modalität:**
 - * Auffinden und Bearbeiten des Traumas der Totgeburt, das in den Leib verdrängt wurde und seinen leiblich-konkreten Niederschlag fand.
- ◆ **Therapeutische Wirkfaktoren:**
 - * Der therapeutische Prozeß stützt sich in erster Linie auf
 - * Einführendes Verstehen
 - * Emotionale Stütze
 - * Förderung des emotionalen Ausdrucks
 - * Förderung von Evidenzerfahrung
 - * Förderung leiblicher Bewußtheit

- * Techniken:
 - * Entspannungsübung in der Gruppe
 - * Traumarbeit
 - * Aufmerksammachen und Benennen von Gefühlen: „Das tut jetzt beim Erzählen auch noch weh, oder?“ „Jetzt verändert sich etwas.“
 - * Nachfragen: „Was haben Sie dazu beigetragen?“
 - * Stabilisierung von Verhaltensänderung: Die Patientin zieht aus exzentrischer Position Resumé: Die Patientin bestimmt, wer und wann jemand in ihr Haus (Körper) eindringt.
- ◆ **Medien:**
 - * Papier, Farbe, Kissen
- ◆ **Stil:**
 - * Zugewandt, stützend, begleitend
- ◆ **Strategien:**
 - * **Reparativ:** Heilung der somatischen Symptome durch Bewußtseinsarbeit und leiblich konkreter Trauerarbeit.
- ◆ **Rückmeldung nach einem Jahr:**

„Danke, ich habe die Kinder losgelassen. Danke, ich habe keine schlechten Träume mehr. Danke, ich habe keine Schmerzen im Unterbereich. Meine schlechten Erinnerungen habe ich bis heute losgelassen. Ich bin Ihnen so dankbar für Ihre Hilfe. Ich kann inzwischen sogar Filme mit Zusammenhängen ohne Tränen etc. sehen. Ich brauche keine Nerventabletten mehr.“
(Auszug aus Brief.)

Fallbeispiel Nr. 2

Herr D. ist geschieden, beruflich ist er angestellt und selbständig. Aufenthalt hier wegen Bluthochdruck, Schlafstörungen und Erschöpfung.

In der ersten Einzelstunde zeigt Herr D. mir gleich eine Landkarte von Goldegg und Umgebung, in die er alle Wanderungen eingezeichnet hat, die er bereits gegangen ist.

D: „Ich glaube, ich muß einen Vogel haben, daß ich so weit herumrenne, aber ich kann nicht vorm Kastl (Fernsehen) sitzen.“

Er zeigt mir einen Zeitungsausschnitt über ein Patent, das er angemeldet hat. Es sind kleine Kunstwerke, die er mit seiner patentierten Technik herstellt. Er arbeitet viel in der Nachtschicht, dann kann er tagsüber an seinen Kunstwerken arbeiten. Oft schläft er dadurch nicht mehr als 16 Stunden in der Woche.

Lebensgeschichtlicher Hintergrund: Herr D. stammt aus Jugoslawien. Deutschstämmig. Als er ein Jahr alt war, mußte der Vater in den Krieg, wo er - wie die fünf Brüder - gefallen ist. So wuchs er ohne Vater auf. Die Mutter arbeitete bei Bauern und ist 1947 ausgewandert. Herr D. 'hat es zu etwas gebracht': zog nach Amerika, wo er nach wenigen Monaten Vorarbeiter in der Metallbranche wurde, dann Leiter eines größeren Deutsch-Clubs. Wegen seiner Gattin kam er wieder zurück, ließ sich mit 25 Jahren sterilisieren, da seine Frau mit 20 Jahren bereits vier Schwangerschaften hatte. In Österreich katapultierte er sich in kürzester Zeit auf eine Chefstelle, war beruflich dauernd unterwegs, auch an Wochenenden. Dabei hatte er auch Kontakte zu mehreren Frauen. Seine Gattin verließ ihn und ging ins Kloster. Herr D. gibt sich selbst Schuld daran. Seine Aggression habe er im Alkohol zu ersaufen versucht. Im alkoholisierten Zustand hat er dann randaliert. Nach acht Jahren hatte seine Frau eine 'Zurückleuchtung' und sie verließ das Kloster wieder. 'Sie muß mich wirklich geliebt haben, sonst wäre sie nicht ins Kloster gegangen, sondern zu einem anderen Mann.'

Herr D. will über seinen Hochdruck Bescheid wissen. Jetzt, wo er Medikament nimmt, ist es besser.

D: „Weshalb bin ich so blöd und tue Sachen, die ich gar nicht bräuchte? Ich bin ja abgesichert! Ich habe vier Autos, kann aber ohnehin nur mit einem fahren. Das letzte hat mich S 600.000,- gekostet!“

T: „Welche Redewendungen kennen Sie denn für Ihren gesundheitlichen Zustand?“

D: (*Überlegt*) ... „'Unter Druck stehen'... 'einen Vogel haben'... Die anderen sagen auch, ich hätte einen Vogel. Ich glaube auch schon, daß ich irgendetwas im Kopf

habe, da kann etwas nicht stimmen. Kann man so etwas mit dem Röntgen feststellen?“

T: „Einen Vogel wohl nicht, hirnorganische Abweichungen schon. Die sollten Sie zu Ihrer Beruhigung auch einmal anschauen lassen. Hier können wir schauen, von welchem Vogel Sie sprechen.“

D: „Ja, das interessiert mich.“

T: „Setzen Sie in Gedanken Ihren Vogel auf diesen Stuhl und fragen Sie ihn, was für ein Vogel er ist.“

D: „Wer bist Du?“ (*Wechselt Platz und ist dann Vogel.*)

Vogel: „Geltungssucht“ (*Platzwechsel*).

D: „Ich will Dich nicht mehr ... Wie kriege ich Dich weg?“

Vogel: „Soll ich Dir helfen oder hilfst Du Dir selbst?“

D: „Wenn Du mir sagst, was ich tun soll, helfe ich mir selbst ...“

D: „Können wir hier abrechnen?“ (*Sehr betroffen; gebrochene Stimme, zittrig*)

T: „Wie geht es Ihnen?“

D: „... Das gibt mir ganz schön zu denken ... Der Vogel bin ich (*traurig*).“

T: „Jetzt hat Ihr Vogel einen Namen gekriegt.“

D: „Ja, 'Geltungssucht' ...“

T: „Was nehmen Sie mit aus dieser Stunde?“

D: „Ich gehe erst einmal in den Wald und ordne meine Gedanken. Mir ist es erst zu dicht geworden (*zeigt mit Handfläche von Bauch bis Kopf*). Jetzt brauche ich zuerst ein bißchen Zeit.“

In der zweiten Einzelstunde erzählt Herr D., daß er wieder zittert. Von innen. Teilweise am ganzen Körper. Es ist, weil ihm die Medikamente ausgegangen sind. Im übrigen geht er sehr viel, er hat schon 120 km abgspult. Alleine, weil da kein anderer mithält.

D: „Überprüfen Sie einmal, wie folgende Beobachtung auf Sie wirkt: Ich habe aus der letzten Stunde, besonders vom An-

fang, den Eindruck, daß Sie sich über Leistung definieren. Sie stellen sich mit Ihren Leistungen vor: Wanderungen, Patent.“

D: „Ja, ich leiste viel (*stolz*) und ich bekomme genug Geld dafür.“

T: „Es geht nicht nur um Geld!

Ich schlage vor, daß wir unsere Plätze und Rollen tauschen.“

T als D: (*Imitation der Sitzhaltung des D. Verstärkung des Zittern in den Händen*) „Ich habe bereits 120 km abgespult. Vielleicht schaffe ich es bis zum Turnusende auf 250 km, könnte sich ausgehen!“

D als T: (*Nickt und spitzt anerkennend den Mund*).

T: „Stop: Was sollen Sie, wenn Sie T sind, über mich denken?“

D als T: „Daß Sie Anerkennung wollen? ... Sie heischen nach Anerkennung! Ist es das, was Sie mir sagen wollen?“ (*nachdenklich und betroffen*).

(*Platzwechsel und ursprüngliche Rollen*).

T: „Ja, es geht um Thema Anerkennung ...“

D:... durch Leistung!

Warum bin ich so blöd? Ich sage es Ihnen ja, ich habe einen Vogel. Vielleicht habe ich einen Gehirntumor, das werde ich tatsächlich gleich abklären lassen. Warum habe ich sonst vier Autos, wenn ich eh nur mit einem fahren kann. Die anderen sagen auch, daß ich deppert bin.“

T: „Das sage ich nicht!“

D:... Sie fallen mir auch nicht herein ... Ich kann Ihnen nicht imponieren ... Den anderen imponiere ich-

... Sagen Sie mir, was ich tun soll.“

T: „Sage ich Ihnen nicht, Sie würden es ohnehin nicht befolgen.“

D:(*Schmunzelt*) ... „Da haben Sie recht. Das wäre wie bei meinem Arzt ... Aber was soll ich wirklich tun? Autogenes Training? ... Eine Psychotherapie in der Stadt? ... Wenn Sie mein Freund wären, Sie könnten mir viel helfen! ... Weil Sie mir oft sagen würden, 'Du Trottel, wieso

strengst Du Dich schon wieder so an.' ... Wir könnten fischen gehen und einen gemütlichen Nachmittag haben.“

T: „Wieso wir? Ich würde einen gemütlichen Nachmittag haben, während Sie damit beschäftigt wären, den größten Fisch im Gewässer zu fangen!“ (*beide lachen*)

D:„Da haben Sie auch recht ... So bin ich (*sinkt in sich zusammen und schüttelt den Kopf*).“

T: „Und ich als Freund würde sagen: 'Setze Dich lieber gemütlich zu mir ans Ufer. Es ist doch gar nicht wichtig, ob wir überhaupt einen Fisch fangen. Ich stehe mehr auf einen erholsamen Nachmittag.“

Ich mache ihm das Angebot, die Entspannungsübungen in der Gruppe in Anspruch zu nehmen. Der K sagt zu, hat aber abwehrende Mimik.

T: „Was ist?“

D:„Die Gruppe ist, glaube ich, nicht so gut für mich. Da muß ich zu lange warten. Da kommen die Probleme der anderen auch noch dazu. Und ich glaube dann, jemanden helfen zu müssen ...“

T: „Weshalb sagen Sie dann nicht einfach 'Nein!', wenn es für Sie so deutlich ist?“

D:(*ganz irritiert*) ...“Gut, dann sage ich nein! (*grinst, ist zufrieden*) ... In der Gruppe habe ich so viele Gegner, hier ist es nur einer.“

T: „Das ist mir ein ganz neuer Gedanke, daß ich Ihr Gegner sein könnte!“

D: „Sie haben mich falsch verstanden.“ (*verärgert*)

T: „Ich habe verstanden, daß Sie hier in mir nur einen Gegner haben.“

D:(*Aufbrausend zornig*) „Gut, dann habe ich mich falsch ausgedrückt! Jetzt steigen Sie endlich herunter von dem Wort.“

T: „Es kränkt mich, wenn Sie mich als Gegner bezeichnen. Und mir ist es wichtig, meine Kränkung gleich los zu werden, weil ich sie nicht in den Nachmittag, Abend oder das nächste Treffen mit-

schleppen möchte. Ich will nicht hinunterschlucken!“

D: *(nickt nachdenklich)* ... „Das möchte ich auch können ... Gut, Sie haben das gelernt ...“

T: „Wie werden Sie jetzt weggehen?“

D: „Sie können einem ganz schön zu denken geben.“

(Erkundigt sich, ob er eventuell den Aufenthalt um eine Woche verlängern könnte.)

In der dritten Einzelstunde Herr D. bringt einen Artikel aus einer Tageszeitung mit: 'Krank, weil die Seele leidet.' Er meint, das wäre interessant für mich.

T: „Was hat Sie am Artikel am meisten angesprochen?“

D: „Daß das Körperliche und das Seelische zusammenhängen.“ ...

T: „Jetzt sind Sie bereits in der dritten Woche. Was hat sich in den drei Wochen in Goldegg für Sie verändert?“

D: „Ich schlafe länger. Auch mal tagsüber hingelegt. Ich denke jetzt mehr an die Entspannung. Das probiere ich auch tagsüber.“

Ich frage mich jetzt noch mehr, warum ich so blöd bin und etwas tue, was ich nicht tun brauche ... Ich beobachte mich mehr und komme z.B. drauf, daß ich als erster vom Frühstück gehe und daß ich als erster bei der Ärztin zur Untersuchung anstelle. Die anderen sitzen währenddessen immer noch gemütlich beim Frühstück.

Ich will mir zu Hause mehr Zeit nehmen.“

T: „Wie geht es Ihnen mit mir?“

D: „Gut.“

T: „Ich habe Sie letzte Stunde ganz schön konfrontiert.“

D: „Das war gut so! Sie sind mir nicht hereingefallen. Und Sie haben so recht mit dem, was Sie mir gesagt haben.“

T: „Aber ich habe Ihnen gerade nicht gesagt, was Sie tun sollten.“

D: „Ist es vielleicht, weil ich selber wis-

sen muß, was ich tun soll? ... *(nickt mit dem Kopf)* ... Mensch, Sie haben mir die Augen ganz schön geöffnet!“

T: „In welcher Richtung?“

D: „Daß es klar ist, daß ich einen hohen Blutdruck haben muß. Ich stehe ja unter permanenten Druck. Das ist rein psychisch. Klar, daß die Medikamente nur begrenzt wirken, wenn ich die Ursache nicht ändere.“

Herr D. erkundigt sich, ob er bei mir in weitere Therapie gehen kann. Ich gebe ihm Adressen von Kollegen in der Stadt.

◆ Ergebnis:

- * Der Patient erkennt den psychischen Hintergrund seiner organischen Krankheit: „Der Bluthochdruck ist mein Vogel. Der ist die Geltungssucht. Und der Vogel bin ich.“ Er steht unter permanentem Bluthochdruck, weil er seine Anerkennung und Beziehungsaufnahme über Leistung und Imponiergehabe definiert bzw. gestaltet.
- * Alternative Erfahrung zu seinem gewohnten Beziehungsverhalten (narrativ) im Korrespondenzgeschehen mit dem Therapeuten:
- * Es entsteht ein Kontakt zwischen Therapeuten und Klienten, aber nicht aufgrund der Bewunderung der Leistung des Patienten. Und nicht aufgrund der Verbündung durch dieselbe Abwertung seiner Geltungssucht.
- * Der Therapeut gibt nicht Ratschläge, sondern macht Angebote.
- * Der Therapeut nimmt sowohl die Gefühle des Klienten („Warum sagen Sie nicht einfach 'Nein!'“, wenn Sie nicht in die Gruppe gehen wollen?“), als auch die eigenen Gefühle („Es kränkt mich, wenn Sie mich als Gegner bezeichnen.“) ernst und konfrontiert den Patienten damit,

statt sie zu übergehen oder zu bagatellisieren („Steigen Sie von dem Wort herunter!“)

- * Der Patient zieht eine weitere Therapie in Erwägung.

◆ Erster Weg der Heilung:

- * Bewußtseinsarbeit durch hermeneutischen Gewinn von Einsicht im Zusammenhang von Körper-Seele-Geist.

- * Ausgehend vom Scheitern seines gewohnten Beziehungsmusters (Imponieren durch Leistung) über die konfrontierende Erfahrung, daß er auch so ernst genommen wird, gelangt der Patient zum Evidenzerlebnis, daß er nicht nur eine Krankheit hat, sondern auch diese Krankheit ist („Der Vogel bin ich.“), verbunden mit der Hoffnung auf Beziehungserfahrungen, die sich nicht nur über Leistungen definieren (z.B. Fischen gehen)

◆ Konfliktzentriert-aufdeckende Modalität:

- * Arbeit an der Beziehung Patient-Therapeut im Hier und Jetzt.

◆ Therapeutische Wirkfaktoren:

Der therapeutische Prozeß stützt sich in erster Linie auf

- * Förderung von Einsicht, Sinnerleben und Evidenzerfahrung
- * Förderung kommunikativer Kompetenz und Beziehungsfähigkeit
- * Einführendes Verstehen
- * Positive Zukunftsaussichten

◆ Techniken:

- * Aufmerksam machen: „Welche Redewendungen kennen Sie für diesen Zustand?“
- * Leerer Stuhl: Vogel
- * Konfrontieren: Definierung über Leistung als Feedback und Spiegelung des Therapeuten; Freund sein ohne Konkurrenz beim Fischen; Gegner?

- * Rollenspiel: Rollentausch zwischen Therapeut und Klient.

- * Übertreiben: Therapeut in der Rolle des Klienten: Sitzhaltung, Verstärkung des Zitterns, Imponieren mit Wanderleistung.

- * Stabilisierung von Verhaltensänderung: Der Patient zieht Resumé aus exzentrischer Position: „Was hat sich in den drei Wochen für Sie verändert?“

◆ Medien: Keine

◆ Stil: Zugewandt, konfrontativ

◆ Strategie:

- * Präventiv: Förderung des konstruktiven Umganges mit der Krankheit

- * Reparativ: Heilungsschritte zur Senkung des Bluthochdrucks durch Bewußtseinsarbeit.

- * Supportiv: Ernstnehmen der Gefühle des Patienten und seines Wunsches nach Anerkennung/ Wertschätzung.

◆ Rückmeldung nach knapp einem Jahr: ‘Die Behandlung bei Ihnen hat bei mir anfangs körperlich als auch seelisch positive Entwicklungstendenzen hervorgerufen. Nach einem halben Jahr hatte ich dann aber einen Rückfall durch einen Unfall in der Firma. Nach einem längeren Spitalsaufenthalt habe ich meinen sämtlichen Leiden: Bluthochdruck, Schlafstörungen, Geltungssucht und spezielle meinem ‘Vogel’ den totalen Kampf angesagt. Ich nehme jetzt wieder eine Menge Psychopharmaka. Die Schlafgewohnheiten haben sich normalisiert. Ich habe meine Arbeitszeiten umgestellt, keine Schicht mehr. Ich bin seit kurzem in Behandlung bei einem Psychotherapeuten.’ (Auszug aus Brief.)

4. Schlußfolgerungen

4.1. Motivation und Vorarbeit zur Integrativen fokalen Kurzzeittherapie im Erholungs- und Genesungsheim Gol-

degg

Es ist immer wieder zu beobachten, daß den Patienten Vieles vorbewußt ist, was selbst im Rahmen einer fokalen Kurzzeittherapie leicht und rasch ins Bewußtsein gehoben werden kann. Fokalisierende Emotionsarbeit im Sinne thymopraktischer Aktivierung bzw. emotionale Differenzierungsarbeit ist meist bereits in der ersten Stunde möglich.

Viele der Patienten sind auf krankmachende Erlebnisse in ihrer Biographie sensibilisiert, vor allem, wenn sie während stationären Aufenthaltes im Krankenhaus mit Fragen beschäftigt sind, wie: 'Weshalb ist ausgerechnet mir das passiert? Woher kommt meine Krankheit? Was hat mich krank gemacht? Hat nicht mein Körper schon lange vor der Operation Signale gegeben, die ich nicht oder zu wenig beachtet habe? Wie geht es weiter? Was kann ich tun, daß es mir nicht wieder so schlecht geht?'

Die meisten Patienten finden in dieser Vorarbeitszeit Ursachen, die ihre Krankheit erklären. Zumindest liegt es fast ausnahmslos nach der ersten Therapiestunde auf der Hand. Und fast immer sind es psychische Belastungen, Konflikte, Störungen, Defizite oder Traumata, die Patienten angeben.

In die Phase der Vorarbeit fallen Informationen seitens des Heimes bzgl. Psychotherapeutischen Angebotes mittels aufliegender Handzettel und mündlicher Information des Heimleiters bei der Begrüßung. Das wirkt zumeist verdichtend, da die Patienten die Möglichkeit sehen, mit ihren Fragen und Vermutungen nicht alleingelassen zu sein, sondern stützende Begleitung zu bekommen, in der auch einmal der ganze Kummer herausgeweint werden kann.

4.2. Fokusfindung

Durch die Vorarbeit der Patienten vor dem ersten Setting ist es möglich, in kur-

zer Zeit zu den wesentlichen Themen oder überhaupt zum zentralen Thema samt seiner emotionalen Besetzung und leiblichen Prägung zu gelangen. Im Fall Frau B. ist der erste Gruppentermin noch ein Vorspüren, ein Sondieren der Themen und eine Annäherung an den Therapeuten. Das Thema 'Fehlgeburt' ist bereits im ersten dyadischen Setting Hauptfokus. Herr D. stellt sich mit seinem Hauptthema regelrecht vor: Ein immenser Leistungsanspruch, der ihn - auf sein gesamtes Leben bezogen - unter Druck setzt mit entsprechenden somatischen Symptomen.

Die Fokusfindung ist unlösbar mit der Patienten-Therapeuten-Beziehung verbunden. Es ist immer auch der Patient, der sich an den Therapeuten herantastet, ihn prüft und von dessen Verhalten abhängig macht, ob er noch einen Schritt weiter geht bzw. vom Nebenfokus zum Hauptfokus wechselt.

Besonders deutlich ist das bei Frau B. zu beobachten: Sie erzählt von der Kündigung, ihren Problemen damit, klammert es aber als Nebenfokus aus dem Setting aus, da sie dafür ihren Schwager um Hilfe ersucht.

Sie wechselt den Fokus und kommt zur Aktualbefindlichkeit der Schlafstörungen und Albträume. Die Arbeit am Traum dient als Vorbereitung und Einschätzen der therapeutischen Beziehung, des Abtastens der Kompetenz und des Stiles des Therapeuten, seiner Fähigkeit des Einfühlens, der empathischen Resonanz und der Atmosphäre des 'gut Aufgehobenseins', um - gleichsam nach dieser 'Generalprobe' - den Hauptfokus der Totgeburt zu wählen.

Hier verdichtet sich ein Therapieprozeß, der bei mittelfristig angelegten Therapien über mehrere Wochen und Monate gehen kann - und durchaus seinen Sinn hat, da nur langfristig eine zusätzliche therapeutische Qualität aufgebaut werden kann, die relational von Kontakt über Begegnung

zu Beziehung oder gar Bindung wachsen kann.

Im Hier und Jetzt beginnt der Patient mit dem Therapeuten über seine Krankheit, seine Gefühle, seine biographischen Zusammenhänge in Ko-respondenz zu treten. Der Therapeut gibt ihm aus einer exzentrischen Position Hilfestellung, in den Prozeß des atmosphärischen und szenischen Erfassens und Verstehens einzutreten. Dies wird auch der intersubjektiven Grundhaltung des Integrativen Gestaltansatzes gerecht, in der zwei Subjekte in Beziehung treten.

Die Fokusfindung im Modell der Integrativen fokalen Kurzzeittherapie läßt sich als ein Ko-respondenzprozeß zwischen Therapeut und Klient, als eine Suchbewegung intersubjektiver verbaler und non-verbaler Hermeneutik kennzeichnen.

4.3. Eingriffsbreite und emotionale Tiefung

Die Eingriffsbreite und emotionale Tiefung wird vom Therapeuten aufgrund der Vorinformationen (Vordiagnosen), wesentlich aber aufgrund des ersten Eindrucks bei der Anmeldung zur Therapie und beim Ersttermin bestimmt. Petzold (1993) nennt diese Eindrücke 'Fünf-Zehntel-Sekundendiagnostik', in der der Patient mit einem Blick in seiner Mimik, Gestik, Haltung, Bewegungsqualität, Kleidung - in seinem Gesamteindruck also - wahrgenommen und erfaßt wird.

Vor allem beim Erstkontakt zeigt sich die homologe Struktur von Szenen besonders deutlich. Es gilt vom Therapeuten die Ganzheit des Patienten als Leibsubjekt mit all seinen Ausfaltungen in Sprache, Bewegung, Gestik, Stimme, Mimik, sowohl szenisch als auch atmosphärisch zu erfassen. Als sinnhafte phänomenologische Wahrnehmung der Szene und ihrer amnestischen Resonanz und als Erkennen von vielfältigen Sinnstrukturen, von Sinn und Bedeutung des Wahrgenommenen

durch Synopse, einer Zusammenschau des Ganzen der Wahrnehmungen und der in ihnen gewonnenen Erkenntnisse, das mehr und etwas anderes ist, als die Summe der Teilwahrnehmungen und der damit verbundenen Teilerkenntnisse.

Und es gilt, vom Therapeuten seine Verhaltensresonanz, die der Patient bei ihm auslöst, wahrzunehmen und zu nutzen: Zugewandtheit, Fürsorge, Zurückhaltung, Konfrontation, Abgrenzung usw. als spontane und aktiv gesteuerte Gegenübertragungsrisonanz.

4.4. Prozessuale Diagnostik von den Phänomenen zu den Strukturen in der holographischen Evokation

Mit nur drei Sitzungen würde die Zeit nicht reichen, das gesamte biographische Material zu erheben. Es reicht nicht einmal die Zeit, die gesamte Krankengeschichte in allen Details zu erfassen. Es ist vor allem die begrenzte Zeit, die nach Prägnanz drängt.

Hier kommt uns das Modell der holographischen Evokation zugute. Wir bewegen uns prozeßualdiagnostisch von den Phänomenen zu den Strukturen. Wir betrachten zuerst einmal das, was uns der Patient im Hier und Jetzt in seinem Verhalten, Sprechen und seinem Interaktionspotential zeigt und was wir darauf als Resonanz erleben. Da die gesamte Lebensgeschichte in den 'Archiven des Leibes' aufgezeichnet ist, zeigt sich im Hier und Jetzt immer auch die Lebensgeschichte. Hier zeigt sich die Stärke der holographischen Evokation: Da jedes Detail in Verbindung zur Ganzheit (griechisch holon) steht, verweist jede Szene in jeder Sequenz auf den Gesamtkontext. In jedem Detail ruht das Ganze, d.h. aber auch, daß das Ganze ~~So wie jedes Detail wird in dem Phänomen~~ ~~So wie jedes Detail wird in dem Phänomen~~, daß er beim Erstkontakt die Landkarte mit den Wanderungen, die er bereits gegangen ist, präsentiert, und den Zei-

tungsausschnitt mit der Dokumentation seines Patenten, die Struktur deutlich, daß er Anerkennung durch Leistung sucht.

Holographische Evokation, atmosphärisches und szenisches Erfassen und Verstehen machen es möglich, unmittelbar zum Eigentlichen zu gelangen, ohne erst eine Fülle biographischen Materials sammeln zu müssen.

Wir können davon ausgehen, daß im Hier und Jetzt die Strukturen des Dort und Dann anwesend sind und erkannt werden können. Der Leib bzw. das 'Leibgedächtnis' wird als Reservoir derartiger Strukturen aufgefaßt. Von der phänomenologischen Ebene der mit den Sinnen wahrnehmbaren Prozesse können wir die zugrundeliegenden Strukturen - maligne und benigne - erschließen.

4.5. Therapeutische Techniken und Interventionsstile

Die therapeutische Technik kann im Psychosomatischen Therapiekonzept m.E. nicht anders sein als aktiv und elastisch (nach Ferenczi, Iljine und Petzold), Therapie als interaktionales Geschehen, das die Interaktionspartner ganzheitlich einbezieht, d.h., verbal, nonverbal, körperlich, seelisch und geistig in intersubjektiver Kommunikation auf dem Boden wechselseitiger Empathie.

Das führt zu höchst individualisierten Behandlungsplänen und zu differenzierten Interventionen für die jeweils einzigartige biographische Lage.

Seitens des Therapeuten erfordert es zudem ein entsprechendes Maß an selektiver Offenheit und partiellem Engagement als Interventionsstil. Wenn sich der Therapeut durch selektive Offenheit als Leib-Subjekt spürt und spüren läßt, wenn der Therapeut durch partielles Engagement mitbeteiligt und berührt ist, ohne konfluent oder zur Gänze involviert zu sein, wird Intersubjektivität als Weg und Ziel von Therapie möglich.

Literatur

Petzold H.: Thymopraktik als Verfahren Integrativer Therapie, in: Petzold H.: Integrative Bewegungs- und Leibtherapie Bd. 2, Jufermann Verlag, Paderborn 1988, 341-407

Petzold H.: Integrative fokale Kurzzeittherapie (IFK) und Fokaldiagnostik - Prinzipien, Methoden, Techniken, in: Petzold H., Sieper J.: Integration und Kreation (Band 2), Junfermann Verlag, Paderborn 1993, 267-341

Anschrift des Verfassers:

Alfons Wörmer-Aigmüller
Stefflmoosstraße 31,
A-5600 St.Johann i. Pg
Österreich