

Psychokatalyse

A. Drees

Prismatisch orientierte Gespräche öffnen in Therapien, Supervisionen und Beratungen sowie in Betreuungssituationen und Lernprozessen kreative Ressourcen, in denen sich soziale, kulturelle und Sinnfragen entfalten lassen. Gleichzeitig lassen sich damit belastende Übertragungsprobleme bei Ärzten und Psychotherapeuten, bei Pflegenden und Helfern sowie bei Seelsorgern, Lehrenden und Beratern auflösen. Im Vergleich hierzu fokussiert die Psychoanalyse auf Übertragungsgefühle, um sie in Beziehungsmustern aufzuarbeiten. Analytisch und katalytisch orientierte Gespräche lassen sich aufeinander beziehen und somit ergänzen.

Theoretisch stützt sich die Psychokatalyse auf Vorstellungen, nach denen unser Erleben weitgehend bestimmt wird durch unbewusst miteinander vernetzte, soziale, kulturelle und familiäre Identitätsbereiche und dass unsere Beziehungs- und Ich-Vorstellungen zum grossen Teil in diesen Erlebensmustern eingebunden sind. Während analytisch versucht wird, die familiär bedingten Verhaltenseinengungen zu verstehen und zu lösen ermöglicht die katalytische Lösung und Transformation eine Ich- und Beziehungs-entlastende Entfaltung neuer Freiheits- und Gestaltungsräume, in denen ganzheitliche Wahrnehmungs- und Einfühlungsbereiche sich erschließen lassen und eine Ich-Erweiterung im Sinne einer toleranteren mitmenschlichen Haltung und Bewertung sich entfalten kann. Franco de Masi beschreibt in der Psyche (2003) unterschiedliche Ebenen und Qualitäten des Unbewußten. Er unterscheidet hierbei vor allem die Freudsche Vorstellung des „dynamisch Unbewußten“ von dem sich auf Bion und die heutigen Neurowissenschaften stützenden „emotionalen Unbewußten“. De Masi sieht im emotional Unbewußten, eine zum Teil nicht auflösbare, nicht verstehbare und psychodynamisch nicht zu bearbeitende Ebene, die besondere Behandlungstechniken vor allem für psychotische Patienten erfordert. Wir sehen hierin eine Verwandtschaft zu Castoriadis, der bereits 1984 das gesellschaftlich Unbewußte, als eigentliche Quelle des psychosozialen Verhaltens beschrieb.

In Gesprächen mit psychotischen, psychosomatischen und gewalttraumatisierten sowie mit sterbenden Patienten zeigt sich katalytisches kommunizieren als besonders wertvoll, da hiermit blockierte Erlebensbereiche und Gefühle mobilisiert werden können, ohne dabei auf die Symptomatik und die Beziehungsproblematik des Patienten zu fokussieren. Gleichzeitig läßt sich auf diese Weise die Überforderung von Gesprächspartnern psychotischer und gewalttraumatisierter Patienten reduzieren und damit das Behandlungsklima vor allem in psychiatrischen Kliniken verbessern. Gespräche mit krebserkrankten und sterbenden Patienten lassen sich für Ärzte, Pflegende, Angehörige und helfend Betreuende, katalytisch anreichernd, erleichtern.

*14.6.2002 Überarbeiteter Vortrag im Heidelberger Institut für Tiefenpsychologie

Die Psychokatalyse (Pk) basiert auf sinnlich-intuitive Resonanzprozesse. Die verstärkte Einbeziehung von Empfindungen und Stimmungen sowie die freie Entfaltung von Phantasien, mit denen gesellschaftliche und religiöse, sowie ästhetisch-kulturelle Inhalte den Gesprächsrahmen erweitern helfen, öffneten Einblicke in die Vernetzung von Beziehungsgefühlen mit sozio-kulturellen Begegnungsfeldern. Hierbei werden vom Therapeuten sinnlich-resonant Empfindungen des Patienten wahrgenommen und intuitiv prätraumatische Erlebensbereiche der Patienten erschlossen, die seine augenblickliche Gestimmtheit und Gefühlslage erweitern helfen. Damit lassen sich Kommunikationsmöglichkeiten eines Patienten erweitern und lähmende Übertragungs- und Symptomfixierungen überwinden. Die Ich-Entlastung von Patienten wird hierüber verstehbar. In dem Maße, in dem Patienten ihre Symptom und Beziehungsfixierungen lösen oder zumindestens verringern, finden sie Zugang zu ihren gesunden Ressourcen. Damit gewinnen sie einen grösseren Spielraum für ihre Ich-Entfaltung.

Psychokatalytische Gespräche sind in Resonanzfeldern und nicht in analytischen Übertragungsräumen angesiedelt. Sie variieren dabei Grundvorstellungen der Psychoanalyse zur gleichschwebenden Aufmerksamkeit und zur freien Assoziation. Die detaillierte Schilderung intuitiv gewonnener deutungsfreier Phantasien durch den Therapeuten helfen den Patienten ihr psychisches Leiden und ihre körperlichen Beschwerden ebenfalls detailliert bildsprachlich zu schildern, szenisch auszugestalten und damit in andere Erlebensformen zu überführen.

Damit öffnen sie verstärkt den Zugang zu beziehungsübergreifenden Bereichen. Therapeuten können hierbei ihre intuitiv gewonnenen Einfälle bildsprachlich so ausgestalten, dass sie nicht als symbolischer Ausdruck eines Beziehungs- oder Übertragungsmusters des Patienten verstanden werden. Die sinnlich intuitive Orientierung in der Therapie entspricht dem Versuch, Patienten ganzheitlich anzusprechen zu können. Das ermöglicht Patienten wieder Zugang zu finden, zu ihren, im aktuellen Gespräch nicht zugelassenen Gefühlen. Damit lassen sich verdrängte, abgewehrte und abgespaltene Erlebensbereiche revitalisieren.

Die therapeutische Zielsetzung der Pk besteht also darin, Gefühle und Erinnerungen, die durch Symptomfixierungen und Beziehungsverhakungen blockiert sind, zu mobilisieren. Hierbei entfalten sich sinnlich resonante und Phantasie getragene Austauschprozesse zwischen den Gesprächspartnern. Der Therapeut hat hierbei die Aufgabe, abgewehrte und abgespaltene Ich-Anteile des Patienten intuitiv in sich wahrzunehmen, sie bildsprachlich auszuformen und damit dem Patienten die Möglichkeit zu geben, diese abgewehrten Erlebensbereiche assoziativ ins Gespräch einzubringen. Die sinnliche Resonanzfunktion des Therapeuten ermöglicht einengende und überfordernde Beziehungswünsche des Patienten zu neutralisieren und innovative Ressourcen in ihm wachzurufen. Damit lassen sich lähmende Gesprächs- und Übertragungsblokkaden sowie entsprechende Überforderungen der Therapeuten vermeiden.

Im Verlauf von inzwischen mehr als 20 Jahren entwickelte sich daraus ein spezielles Arbeitsprinzip, das wir vorübergehend Instrumentieren oder Orchestrieren der Arzt-Patient-Beziehungen nannten, in Anlehnung an musiktechnische Begriffe, mit denen die Umsetzung einer Komposition und ihre Einstimmung auf die einzelnen Instrumente eines Orchesters bezeichnet wird. In diesem Vergleich sehen wir die prismatische Balintgruppe wie ein kleines Orchester, das dank unterschiedlicher Instrumente die Höhen, Tiefen und Klangfarben und damit den Umfang der kompositorischen Gestaltungsmöglichkeiten eines Patienten zum Klingen bringt.

In Musik-, Tanz- und Gestaltungstherapien finden sich überwiegend averbale Versuche eingeengte Erlebensformen musisch anzureichern und darüber im Patienten kreative Kräfte freizusetzen. Seelsorger suchen u.a. im Bibliodrama, und in musischen Spielformen sowie in spirituellen Versenkungsübungen gemeinsame Glaubensvorstellungen zu vertiefen und damit Beziehungs- und Ich-entlastend Übertragungsbedingte und Symptom-fixierte Einengungen zu überwinden. In ähnlicher Weise werden inzwischen auch in pädagogischen Bereichen eine Vielzahl von Methoden angeboten, mit denen sich Kommunikationsräume öffnen lassen, in denen gemeinsame kulturelle Werte vertieft werden können. Die psychokatalytische Gesprächsführung erleichtert diese Prozesse.

Obwohl ich bereits in den 70er Jahren in prismatischen Einzel und Gruppengesprächen prismatisierende Arbeitsmethoden einsetzen lernte, war es wohl die Bindung an meine psychoanalytische Heimat, die mich längere Zeit zögern ließ, psychokatalytische Gesprächsformen als eine eigenständige Gesprächs- und Therapiemethode zu beschreiben. Ausschlaggebend wurden schliesslich Erfahrungen, die ich in Fortbildungsveranstaltungen gewinnen konnte. Die Akzeptanz und das Verständnis von Pk

Techniken wurde verbessert, wenn ich sie als ein eigenständiges tiefenpsychologisches Behandlungsverfahren vorstellte.

Helm Stierlin (1977,1994) half mir bereits in den 70er Jahren im Rahmen der Familientherapie meine praktischen und theoretischen Suchbewegungen auch in systemischer Sichtweise zu erproben. Bei Hilarion Petzold (1983, 1988) fand ich vergleichbare Beschreibungen meiner Arbeitsorientierung im gestalttherapeutischen Setting. Bei Leuner (1980) lernte ich, wie sich im katathymen Bilderleben die Phantasieoffenheit von Patienten erweitern läßt. Benedetti (1975,1983,1998) zeigte mir, wie sich Ich-gebundene, krankhaft auseinander gehaltene Erlebensbereiche psychotischer Patienten externalisieren lassen, wenn der Therapeut musisch und sinnlich resonant sich vom Patienten als „Übergangssubjekt“ programmieren läßt. Benedetti beschreibt diesen Vorgang als „Gegenidentifikation“. Bei Nossrat Peseschkian (1980,1995,2000) fand ich schließlich eine verwandte Behandlungsform, die er im Rahmen seiner positive Psychotherapie entwickelte. Vor allem seine transkulturellen Geschichten mit denen er im Patienten kreative Ressourcen und Sinnfindungsprozesse zu entfalten sucht, konnte ich beispielhaft im prismakatalytischen Setting übernehmen.

Soziokulturelle Dimensionen

Nachdem in der Praxis die Freudsche Triebtheorie bereits durch objektbeziehungspsychologische Vorstellungen erweitert wurde und frühkindlichen Bindungsmustern zunehmend mit sozio-kulturellen Aspekten angereichert werden, wächst die Einsicht, dass Erlebensprozesse und Antriebsimpulse des Einzelnen im gesellschaftlichen Raum zu suchen sind. Bereits C. G. Jung (1986) hatte seine Archetypen als „eingewanderte und die Selbstfindung steuernde mythische Gesellen“ beschrieben. In „Triebstruktur und Gesellschaft“ zeichnete Marcuse die gesellschaftliche Dimension des Unbewußten. Castoriadis (1984) beschrieb, anknüpfend an Sartre, die Funktion des gesellschaftlich Imaginären, als die eigentliche Antriebsquelle des Menschen. Ich lernte in prismatischen Balintgruppen in Kuwait (1997) soziokulturelle Rahmenbedingungen bei der Aufarbeitung von Gewalterlebnissen einzusetzen.

Gleichzeitig wurde mit der stärkeren Einbeziehung sozio-kultureller Dimensionen in die Therapie ein notwendiger Anschluß gefunden an postmoderne Vorstellungen heutiger Künstler, Soziologen und Philosophen. Unbewußte Phantasien und abgewehrte Impulse lassen sich damit u.a. als Introjekte der Außenwelt verstehen.

Am Beginn meiner theoretischen Suchbewegungen halfen mir vor allem Schriften von Winnicott (1973,1984), in denen er die Kulturerfahrungen des Menschen als wichtigste Entwicklungsbühne beschrieb. Winnicott entwickelte hierbei den potenziellen Raum als einen "schöpferischen Handlungs- und Spannungsbereich", in dem kulturelle Erfahrungen und kreatives Spiel Trennungs- und Verselbständigungsprozesse ermöglichen. Seine unkonventionellen Theorie und Praxisbeschreibungen erleichterten es mir, Beziehungsübergreifende Subjekt-Objekt-freie Räume als psychotherapeutische Spielwiesen und gleichzeitig als progressiv kreative Entfaltungsräume zu verstehen, in der sich, in seinen Worten, „alle kulturellen Kräfte treffen und mischen“. Winnicott fragte ganz prosaisch, "wo sind wir, wenn wir genießen? Was geschieht mit uns, wenn wir eine Symphonie von Beethoven hören, in eine Gemäldegalerie gehen, abends im Bett lesen oder Tennis spielen?"

Winnicott suchte einen dritten "Erlebens- Erfahrungs- und Handlungsbereich" des Menschen einzuführen, den er von dem der inneren psychischen Welt mit ihren internalisierten und projizierten Anteilen sowie von dem der äußeren Realität mit seinen Sachbezügen als einen eigenständigen potentiellen Raum abgrenzte. Michael Balint (1975) hat einen vergleichbaren Bereich des Schöpferischen beschrieben. Er schrieb, hier sei „Deuten als unangemessen zurückzustellen.“ Wir verstehen die Einfälle aus diesen potentiellen Räumen und aus dieser schöpferischen Welt als freie Phantasien.

Freie Phantasien

Wir beschreiben Phantasien als frei, wenn sie weder in ihrem Entstehungsprozess noch in ihrer Bewertung einseitig subjektbezogen gedeutet werden, sondern wenn sie metaphorisch vieldeutig offen bleiben können. Deutungsfreie Phantasien spielen die Hauptrolle in psychokatalytischen Transformationsprozessen. Sie tanzen durch kaleidoskopisch sich öffnende Räume und verringern dabei Leidenszustände, indem sie Elemente aus den sozialen kulturellen und individuellen Tiefen des Unbewußten künstlerisch ausgestalten. Lebensfreude und übergreifende Sinnfragen lassen sich damit freisetzen. Phantasien, die aus dem dynamisch Unbewußten schöpfen, um sie in Halt gebenden familiären Strukturen zu analysieren, lassen sich katalytisch in freie Phantasien verwandeln, um Kurztherapien zu ermöglichen und um Widerstands- und Übertragungsblockaden in Langzeittherapien aufzulösen. Damit gelangen Subjekt-entlastend und Symptom-lösend poetisch gestaltete Geschichten des Menschseins und Ich-übergreifende sozio-kulturelle Zusammenhänge in die Erlebenswelt eines Patienten, bzw. in supervidierende und Balint-Gruppen-Prozesse. Symptom-, Subjekt- und Beziehungsfixierungen bieten sich damit neue Lösungshorizonte. Wenn Patienten und Therapeuten sich öffnen können für sinnlich-ganzheitliches Erleben im therapeutischen Gespräch und wenn sie ihre Phantasien frei in sich ausgestalten und bewegen, ohne sie subjektbezogen zu fixieren, so wird dank differenter und wechselnder Stimmungsbilder der einzelnen Gesprächsteilnehmer ein vielfältiges Spektrum möglicher Sinnantworten und Bedeutungen entstehen, in dem ein lösender Prozeß für fixierte Stimmungen, Haltungen und Symptome in Gang kommen kann. Drees (1995)

Die Funktion unserer Kultur, und damit künstlerischer, poetisch ästhetischer und religiöser Erlebens- und Gestaltungsfähigkeiten, läßt sich als sinnstiftend und gleichermaßen als Ich-übergreifend verstehen. Sie ist krankheits- und konfliktlösend, in dem sie uns unser Eingebundensein in kosmische, geschichtliche, gesellschaftliche und heutzutage auch ökologische Zusammenhänge näher bringt. Dieses Beziehungs-übergreifende Eingebundensein läßt sich nur unzureichend logisch-kausal verstehen. Es bedarf sinnlich-ästhetischer Erlebensbereitschaft und narrativer Gesprächsoffenheit, um die funktionellen Zusammenhänge der einzelnen Sinnsysteme in den Blick zu bekommen. In den Gedanken Ernst Cassierers (1994): Es sind unsere sinnlich-ästhetischen Erfahrungen, die unser Weltbild und das unserer Patienten erweitern helfen. Die Philosophie Cassierers hat mich angesprochen, weil in ihr sprachliche, künstlerische, technologische ebenso wie mythologische und religiöse Erfahrungs- komplexe als jeweils eigenständige Bereiche menschlicher Welterfahrung interpretiert werden und weil in ihr sinnliches Erleben in bildhafter Gestaltung als Sinnerfüllung beschrieben wird. Einsichten in die Bedeutung metaphorischer Sprache in ihrer ganzheitlichen, "vollmundigen" Ausdruckskraft, gewann ich bei Ernesto Grassi (1979), einem Vertreter der Humanistischen Philosophie.

Die Technik freier Phantasien in Therapien, Beratungen und Supervisionen ist verwandt mit zahlreichen phantasie- und körperbezogenen Arbeitsmethoden, wie dem Kataklysmen Bilderleben, Focussing, Gestalt- und Gestaltungstherapien, sowie meditativen, Entspannungs- und Hypno-Therapien. Im Unterschied zu diesen Verfahren werden freie Phantasien in der Pk jedoch ohne Versenkungstiefe entwickelt. Vor allem jedoch wird das Phantasieprodukt weder als Ausguss des jeweils individuellen Unbewußten noch als Ergebnis spiritueller Energieprozesse bewertet. Freie Phantasien sind eine Weiterentwicklung der Vorstellungen C.G. Jungs zum kollektiven Unbewußten und zur Amplifikation. Sie entsprechen künstlerischen Produktionen, in denen der Künstler einen Ausdruck sucht für die ihn bedrängende sinnliche Erlebensvielfalt. In kreativen Gestaltungsprozessen kann er die durch ihn hindurchgehenden vielseitigen Einflüsse und Spannungen zur Gestalt bringen und sie damit von sich lösen. Grundlage für die Entfaltung freier Phantasien ist dabei die stärkere Zentrierung auf Stimmungen im Gruppenprozess.

Stimmung

Stimmung als haltgebendes Medium, in dem alle Beteiligten empathisch, resonant und kreativ Veränderungsprozesse erleben können, wurde uns von Thure von Uexküll, dem Vater der heutigen Psychosomatik in Deutschland, näher gebracht. Er beteiligte sich aktiv an unseren prismatischen Balintgruppen. Von Uexküll sieht in der Stimmung eine "motivationstragende Vorwirklichkeit", die sich in körperliche Erinnerungsspuren einschreibt, die in entsprechenden Stimmungen reaktiviert werden können (1963, 1982). Wir haben in der pP die Erfahrung machen können, dass die Prozessierung von Stimmungen ein wichtiges Therapeutikum ist, daß in Stimmungs-Prozessen Konflikte und Symptome sich defokussieren, lösen und transformieren lassen. Die Stimmung, vormals lediglich atmosphärischer Hintergrund, avancierte hierüber zu einem selbständigen therapeutischen Zielobjekt, das sich auf den Schienen von Konfliktthemen bewegen läßt. Stimmung bildet einen eigenen therapeutischen Raum, in dem sich, vergleichbar dem potentiellen Raum Winnicotts, Subjekt- und Objekt- übergreifend alle kulturellen Strömungen in eigener Weise mischen können

Inzwischen gibt es eine Vielzahl von Erklärungsmustern, die zumindest eine Annäherung an das Phänomen Stimmung ermöglichen. Stimmung in ihren vielfarbigen Ausdrucksformen umfasst und bestimmt unsere gesamte Lebenswelt. Wir können nicht frei von Stimmungen sein. Leben heißt, gestimmt, bestimmt oder auch verstimmt zu sein. Stimmung ist ein Alltagsbegriff. Unser Alltagswissen enthält eine Vielzahl von Erfahrungen und Begriffen über Rolle und Bedeutung von Stimmungen. Wir kennen die Abhängigkeit unserer Entscheidungen und Motivationen von unseren Stimmungen und deren Beeinflussung von inneren und äußeren Faktoren. Die Werbeindustrie hat die Bedeutung von Stimmungen für Verkaufsstrategien erkannt. Politiker sehen Stimmungen als wahlentscheidend. Trotz alledem ist die Stimmung weiterhin ein Stiefkind psychologischer Forschung. Es ist verblüffend - mit Blick auf die Vielzahl psychotherapeutischer Schulen und Methoden - bis zu welchem Ausmaß Stimmungen die Beziehungs- und Gruppenprozesse bestimmen, ohne dabei in den Blick zu geraten.

Nachfolgend möchte ich an Hand einiger Beispiele sinnlich intuitive Gesprächsmethoden der Pk in Balintgruppen und in Einzelgesprächen skizzieren. Die Reihenfolge der Darstellungen folgt dabei der Entstehungsgeschichte der prismatischen Psychotherapie:

- Eine prismatische Balintgruppe in der Onkologie – Sterben in der Institution
- Psychosomatische Patienten
- Psychotische Patienten
- Sterbende Patienten.
- Eine prismatische Balintgruppe in Kuwait - Gewalttraumatisierung

Prismatische Balintgruppe in der Onkologie der Medizinischen Hochschule Hannover

Erste Erfahrungen mit der prismatischen Arbeitsweise konnten wir in institutionellen Balintgruppen gewinnen, an denen Mitarbeiter aus unterschiedlichen Berufen und Abhängigkeitsbeziehungen teilnahmen. Diese Zusammensetzung blockiert in klassischen Balintgruppen nicht selten den Austausch von Gefühlen im Gruppenprozess. Prismatisch gelingt es, diese Blockaden aufzuheben, indem die unterschiedlichen Erlebensfacetten der Gruppenteilnehmer als unterschiedliche Erlebensanteile eines vorgestellten Patienten verstanden wurden, ohne sie auf ein Beziehungsmuster einzuengen und gruppenspezifisch aufzuarbeiten. Das ist der Grund für ihren erfolgreichen Einsatz in Teamgesprächen und Supervisionen. Die nachfolgende Schilderung beschreibt die Geburtsstunde und das Szenarium einer prismatischen Balintgruppe, wie sie sich in der Praxis herausbilden konnte. Die theoretische Fundierung bedurfte weiterer Jahre. Sie öffnete schließlich das Tor zur prismatischen Psychotherapie.

Prismatik als gruppentechnischen Verfahrensbegriff wurde von W. Loch (1969) übernommen. Er verglich Balintgruppen mit einem Prisma, mit dessen Hilfe sich die Arzt-Patient-Beziehung in einzelne Facetten monochromatischen Lichts auffächern läßt, ohne dass dabei psycho-genetische und Widerstandsarbeit notwendig sei. Wir haben diesen Begriff aufgenommen und weitergesponnen.

Die Gruppe traf sich 14tägig für mehr als 2 Jahre. Sie bildete einen Kreis mit ihrem Chefarzt, zwei Oberärzten, 5 Assistenzärzten, 3 Krankenschwestern und einem Seelsorger. Der Neuanfang begann damit, daß ein Stationsarzt von seinem Problem berichtete, auf Zimmer 23 keine Visite machen zu können. Es ginge um Frau M., die mit ihrem inoperablen Carcinom seit bereits 5 Wochen da liege. Sie werde wahrscheinlich noch einige Wochen leben. Aber, es falle ihm schwer, in das Zimmer zu gehen. Die Patientin schaue ihn mit so flehenden Augen an. Er wisse nicht, was er ihr noch sagen solle. Sie täte ihm ja leid. Aber, alles sei bereits gesagt. Es folgt ein längeres Schweigen. Der Leiter der Abteilung war ein sehr engagierter, von religiösen Vorstellungen getragener Arzt. Er versuchte die Situation zu retten. Er berichtet von seinem letzten Urlaub in einem Kloster und von der Bedeutung des Glaubens als Gesprächsgrundlage. Ein akzeptierendes Schweigen breitete sich aus. Ich erlebte Ratlosigkeit. Als der Chefarzt erneut seine Gedanken zu vertiefen suchte, unterbreche ich ihn mit der Bitte zu schildern, wie es ihm jetzt gehe, hier in der Gruppe. Wie er sich stimmungsmäßig fühle. Nach einigem Zögern berichtet er, daß er sich wie in einem Nebel fühle. Er käme hier heute wohl nicht richtig an. Ich bitte ihn daraufhin, detailliert den Nebel zu beschreiben. Ich erfrage dabei Farbe, Dichte und Temperatur des Nebels und schließlich: könne er durch den Nebel hindurch den Himmel sehen oder Bäume? Wie sei der Boden unter ihm? Er antwortet gewissenhaft. Jemand zitiert Hermann Hesse. „seltsam im Nebel zu wandeln.....“. Es war eigenartig. Die Stimmung in der Gruppe veränderte sich zunehmend. Die Gesichter der Gruppenteilnehmer erschienen mir neugieriger und offener. Ich war fasziniert. Ich fragte den nächst besten, ob er sich auch wie im Nebel erlebe. Seine Antwort: „Nee, ich habe an meinen letzten Urlaub gedacht.“ Auf näheres Nachfragen schilderte er dann detailliert eine ausgelassene Strandszene. Ich fragte dann zunehmend mutiger jeden einzelnen Gruppenteilnehmer wie er sich fühle und welche Szene, welches Erinnerungsbild oder welchen Einfall er habe, ohne dabei den Sinn der jeweiligen bildsprachlichen Äußerungen zu hinterfragen.

Als psychodynamisch trainierter Gruppenleiter reagierte ich anfangs verblüfft bis skeptisch auf diese neue Arbeitsorientierung. Ich fragte mich, was denn mit diesen frei flottierenden Phantasien, die nicht auf eine vorgetragene Beziehungsstörung gedeutet wurden, anzufangen sei. Ich war gewohnt, die symbolische Bedeutung von Phantasien und Träumen im Unbewußten und in den Beziehungsmustern von Patienten und Supervisanten zu suchen. In der konsequenten Fokussierung auf sinnliche Gefühle und Phantasien war ich anfangs ratlos. Es kam jedoch ein farbiger und kreativer Prozeß in Gang. Aber, was sagte mir zum Beispiel ein galoppierendes Pferd, die Phantasie eines Gruppenteilnehmers, auf den Bericht des Arztes über Kommunikationsprobleme mit seiner sterbenden Patientin? Sollte ich das bedrohliche Tempo des herannahenden Todes oder die übereilte Du-mußst-sterben-Nachricht dahinter suchen? Sollten Gruppenassoziationen zu diesem Pferd, zu dieser sterbenden Patientin, zu dieser blockierten Arzt-Patienten-Beziehung, gesucht werden?

Wir erprobten in der Gruppe diese neue Arbeitsmethode einmal konsequent durchzuhalten und das beinhaltete, ausschließlich bildsprachlich und mit der eigenen Befindlichkeit und Gestimmtheit zu antworten und alle Deutungen und symbolische Zuschreibungen zurückzustellen. Jetzt wurde die Szenerie noch unverständlicher. Stimmungsschilderungen von zähflüssiger Müdigkeit, lustigen Clownerien und erotischer Träume wechselten ab mit Berichten über wärmendes Wohlgefühl und traurigem Weltschmerz. Diese Stimmungsschilderungen wurden angereichert mit Bildern von rotglühender Lava, von einem glücklich sich anschniegender Säugling, von gefährlichen Schluchten,

verlockenden Hexenhäusern und leeren, angstvoll weiten Augen. Am Schluß der Stunde waren alle positiv überrascht über den Bilderreichtum und die Lebendigkeit während des Gruppenprozesses. Aber, wir fragten uns, was hatte das zu tun mit der geschilderten Gesprächsblockade bei der sterbenden Patientin?

Der den Problemfall schildernde Stationsarzt berichtete in der nächsten Gruppensitzung ganz enthusiastisch, das sei schon eine verrückte Methode. Er sei bereits wenige Stunden nach unserer letzten Sitzung, ohne lange zu überlegen, in das Zimmer der Patientin gegangen und habe sich auf ihr Bett setzen können mit der Frage, wie es ihr heute gehe und, ganz erstaunlich, die Patientin habe über ihre Flitterwochen gesprochen. Und, was noch erstaunlicher gewesen sei, besonders wehmütig habe sie dann von ihrem Felix, einem Araberhengst erzählt, der vor einigen Jahren gestürzt sei und dann erschossen werden mußte. Die Patientin habe dabei traurig vor sich hingeweint. Wir hätten doch in der letzten Gruppensitzung über ein Pferd phantasiert. Und dann habe die Patientin von sich aus über ihre Trauer gesprochen und schließlich auch über die Wahrscheinlichkeit ihres Sterbens. Sie bat mich dann, doch wieder zu kommen. Der Stationsarzt zeigte sich noch sichtlich bewegt von diesem Erlebnis.

Was war geschehen? Die Gesprächsblockade zu einer sterbenden Patientin war durch die Ausfaltung unterschiedlicher Stimmungsbilder in der Gruppe wie weg gezaubert. Erinnerungen wurden bei der Patientin wachgerufen. Und das alles ohne deutendes Hinterfragen. Wir lernten Schritt für Schritt dieses Nebeneinander von Stimmungsbildern, das wir schließlich als prismatisches Prozeßgeschehen bezeichneten, noch farbiger zu gestalten, indem wir auf Detailbeschreibungen der vorgestellten Bilder Wert legten. Also, am obigen Beispiel: War das galoppierende Pferd schwarz oder braun? Wo galoppierte es? Hierbei wurde eine genaue Beschreibung der Landschaft, des Himmels, der Jahreszeiten und der Stimmung des Bildes, gesucht. Wir lernten schließlich, dass die Transformation gerichteter Beziehungsgefühle in sinnliche und stimmungsbezogene Gefühle des Selbsterlebens beziehungsübergreifende, ganzheitliche, humorvolle, musische und sinnsuchende, insgesamt sinnlich-gestimmte Kommunikationsprozesse ermöglicht, in denen sich intuitive Einfälle entfalten können.

Zum Teil war mir diese Arbeit bereits aus der Psychosomatik vertraut, in der sich körperliche Verspannungen über eine detaillierte metaphorische Phantasiegestaltung beeinflussen ließen. Focusing und gestalttherapeutische Methoden suchen auf diesem Weg den Zugang zu körperlich fixierten Erlebenskomplexen. Und doch reichten diese Erklärungsmuster nicht aus, um das freie Schwingen einer Vielzahl von unterschiedlichen Stimmungen und Phantasien im Gruppenprozess in ihrer Funktion zu verstehen und Kommunikationsblockaden aufzulösen.

Wir hatten in der Gruppe die einzelnen Stimmungen und Phantasien in ihrer symbolischen Bedeutung nicht diskutiert. Und doch veränderte sich die Situation des nicht-miteinander-sprechen-könnens entscheidend. Waren es die unterschiedlichen Stimmungsphasen, die im Gruppenprozess durchlaufen werden mussten, um eine neue Kommunikationsebene zu öffnen? Dienen Phantasien, wie Thure von Uexküll schreibt der bildhaften Ausgestaltung einer Stimmung, um sie darüber aufzulösen und Erlebensräume zu öffnen für eine neue Stimmung?

Eine Vielzahl von Fragen entstand. Vor allem als es gelang, Erfahrungen aus diesen Balintgruppen als prismatische Psychotherapie für gewalttraumatisierte und psychotische Patienten zu entwickeln. Was sind Stimmungen und welche Funktion haben sie? Gestalten sie nur den Hintergrund unserer Erlebenswelt, oder bestimmen sie, mehr als wir zuzugeben bereit sind, unsere Wahrnehmungen, die Motivation unseres Handelns sowie unsere jeweiligen Denkprozesse? Wie läßt sich die Spannungs-lösende Umwandlung von beziehungsbezogenen Emotionen in Stimmungs-bezogene

Empfindungen verstehen? Ist es vorstellbar, daß emotional nicht lösbare Konflikte als körperlich fixierte Verspannungen und Leidenszustände über sinnliche Stimmungskanäle transportiert werden? Musische, körperbezogene und gestalttherapeutische Techniken sprechen dafür.

Colitis Ulcerosa

Ich möchte beispielhaft einen Behandlungsabschnitt aus der tiefenpsychologischen Therapie eines Colitis Patienten vorstellen, weil ich hier erstmals die Grenzen klassischer Behandlungstechniken zu übersteigen wagte.

Der 25-jährige Patient legte sich dankbar einmal die Woche auf die Couch. Wir sprachen die ersten 6 Wochen wenig miteinander. Er erzählte Tagesereignisse, die von mir als unproblematisch aufgenommen wurden. Meine Stimmung war dabei erstaunlich gut. Der Patient vermochte weder Träume noch Phantasien zu entwickeln. Ich fühlte mich dabei nicht gelangweilt, oder gequält und dachte, so sieht also eine tragende lebenslange supportive Therapie aus. Der Patient war nicht unzufrieden. Wir bewegten uns, wie ich später bei Michael Balint zu verstehen suchte, im Bereich der primären Liebe, in dem der Therapeut dem Patienten so etwas ist, wie die notwendige Luft zum atmen. In einer Sitzung, nach etwa 6 Wochen, fühlte ich plötzlich und überraschend das deutliche Anwachsen meiner linken Brust. Die Brustwarze wurde hierbei in meiner Phantasie zu einer hochragenden Funkantenne und meine Empfindung der noch immer wachsenden Brust erinnerte mich an einem Hügel im Schwarzwald, den ich einst durchwandert hatte und der beglückende Erlebnisse in mir wach rief. Ich schilderte dem Patienten, analytisch völlig unvorschriftsmäßig, meine Körperempfindungen sowie meine Phantasien und Erinnerungen und öffnete damit dem Patienten und mir neue therapeutische Wege und Kommunikationsbereiche.

Der Patient schilderte daraufhin lustvoll eine von ihm geplante Party, die ihm aber Angst machen würde, da er Freunde aus unterschiedlichen Lebensabschnitten eingeladen habe und nicht wisse, wie er seine Einstellung zu einem Freund aus der Schulzeit mit seiner inzwischen veränderten Einstellung zu seinem jetzigen Studienfreund auf einen Nenner bringen könne. Ohne Übergang fallen ihm jetzt Beispiele aus der Kindheit ein. Er erzählt im Einzelnen das beglückende und harmonische Gefüge zwischen Eltern und Geschwistern. Nein, Spannungen habe es da nie gegeben. Die Mutter habe zwar häufiger Migräne gehabt. Da sei dann alles abgedunkelt worden und man habe sich leiser bewegen müssen. Aber, insgesamt.... Der Patient wiederholt erneut das wohlwollende Klima zu Haus. Auf meine Bitte, eine Phantasie für seine augenblickliche Stimmung zu bringen, schildert er eine Wüstenlandschaft, über der ein milchiger Nebel lagere, in dem irgendwie eine zerfließende Sonne eingelagert sei. Ich gerate dabei in eine beglückende Aufbruchstimmung und imaginiere Bilder von wild dahin ziehenden Wolken und schildere dem Patienten die Konturen einzelner Wolkenfetzen.

Ohne Deutungsversuch endete diese Sitzung, zur vollen Zufriedenheit für beide Teilnehmer. Ein Neuanfang war gefunden. Es dauerte einige Wochen, bis die in einer der nächsten Stunden auftauchenden gesichtslosen Höhlenbewohner Gesichter gewannen. Danach konnten erschreckende Bilder wach werden. Märchen und Geschichten stellten sich zunehmend einfallsreicher ein. Die Behandlung kam in Bewegung und konnte nach etwa einem Jahr erfolgreich abgeschlossen werden.

Was war geschehen? Was war das Wesentliche bei dieser Neuorientierung? Waren es meine eigenen körperlich sinnlichen Erlebnisse während der Sitzungen, die ich dem Patienten kommentarlos zur Verfügung stellte? Waren es meine Phantasie Einfälle, die

ich ebenfalls ohne Deutungsambitionen dem Patienten erzählte? Oder und, war es das sinnliche Mitschwingen und damit verbunden der partnerschaftliche Zugang, der es dem Patienten ermöglichte, auch seine Phantasien angstfrei zu äußern, da sie nicht bewertet und eingeordnet wurden. H. Freyberger, ein psychosomatischer Spezialist für Colitis Patienten, sah in den Phantasieeinfällen meiner Patienten Ausgeburten meiner Phantasiewelt. Das half mir, eigene Vorstellungen weiter zu entwickeln, in denen ich das körperlich-sinnliche Erleben des Therapeuten sowie seine Phantasieeinfälle als resonant und intuitiv gewonnene Erlebenselemente des Patienten zu verstehen suchte.

Später fand ich bei Freud den Satz, daß der Therapeut sein Unbewußtes dem Patienten wie ein Instrument zur Verfügung stellen solle. Ja, das war es wohl: unsere Sinne und unsere Phantasiearsenale sind Instrumente des gemeinsamen Unbewußten, auf denen der Patient eingeladen ist zu spielen, bis er schließlich in sich selbst eigene und gemeinsamen Quellen dafür zu entdecken vermag.

Magenbeschwerden

Mit dem nachfolgenden Beispiel aus der Kurztherapie eines Magenpatienten möchte ich eine weitere Facette dieser sinnlich und Phantasie getragenen katalytischen Arbeitsform darstellen, mit der es gelingt, die in körperliche Symptome verdrängten Erlebensbereiche eines Patienten zu transformieren und damit ausgeblendete Erlebensbereiche ins Gespräch zu bringen.

Der Patient berichtete über erhebliche Magenbeschwerden, die sich erneut eingestellt hätten, nachdem seine Mutter wieder verstärkt in sein Leben eingegriffen habe. Er berichtet im Einzelnen von den häufigen Telefonaten und Besuchen der Mutter, die er doch nicht abwehren könne, da seine Mutter unter ihrer Isolierung leide. Auf meine Frage nach dem wie und wo seiner Schmerzen, schildert der Patient jetzt detailliert die Qualität und den Austragungsort seiner Beschwerden. Über detailliertes Nachfragen schildert er schließlich, dass auf seinem Magen etwas liege wie ein kalter, ekeliger grün-grauer Stein mit rauher, glitschiger Oberfläche, der unter dem Rippenbogen nach oben drücken würde.

Nachdem sich auch bei mir ein unangenehmer Magendruck eingestellt hat, gewinne ich intuitiv das Bild einer Kirche. Ich forme in mir das Bild einer kleinen Wallfahrtskirche und schildere dem Patienten detailliert die Landschaft, eine kleine Anhöhe und eine breite Wiese, auf der ein Prozessionszug mit schwarz gekleideten Nonnen und einem Priester im weißen Kleid zur Kirche emporsteigt. Es sei sonnig und Herbst.

Der Patient berichtet daraufhin, dass seine Magenbeschwerden schon weniger geworden seien, nachdem er seinen ekeligen Stein auf einer Wiese abgelegt habe. Er sei aber wirklich erstaunt darüber, wie ich zu meiner Phantasie gekommen sei. Er habe vor etwa 10 Jahren auch unter erheblichen Magenbeschwerden gelitten. Aber damals habe seine Mutter überhaupt keinen Anteil daran gehabt. Er wolle über die Zusammenhänge ein anderes Mal sprechen. Wichtig sei ihm, dass er damals über eine Ordensschwester zu einer kleinen Wallfahrtskirche gekommen sei und eine Wallfahrt mitgemacht habe. Diese Kirche, in der Nähe von Koblenz, sei so ähnlich gewesen, wie ich sie geschildert hätte. Auf Nachfrage schildert er schließlich, dass er dort seine Beschwerden verloren habe. Er habe seinen Glauben in der letzten Zeit wohl auch vernachlässigt. Vielleicht solle er erneut eine Wallfahrtskirche besuchen, die hier im Rheinland von dem gleichen Orden unterhalten werde. Seine Magenprobleme seien wohl nicht nur Mutter bedingt. In den nachfolgenden Stunden ließen sich seine religiösen und Selbstwertzweifel ansprechen und vertiefen.

Sinnlich intuitives Gespräch mit einem psychotischen Patienten

Nachdem die neue Facharztausbildung für Psychiater eine tiefenpsychologisch orientierte Selbsterfahrung und Therapeutik erfordert, sind Denkmodelle notwendig, die anknüpfen an dem bereits vorhandenen Erfahrungsreichtum und an die Methodenvielfalt in der Psychiatrie. Katalytische Gespräche haben den Vorzug, in allen Behandlungsverfahren zur Anwendung kommen zu können und damit den unterschiedlichen Berufsgruppen Entlastung, Anregungen und neue Gesprächsformen zu vermitteln.

In psychiatrischen Kliniken bedarf vor allem die Gruppe psychotischer und gewalttraumatisierter Patienten, über den vertrauten tiefenpsychologischen und körperbezogenen Behandlungsrahmen hinaus, Gesprächsangebote, mit denen sich, Regressions- und deutungsfrei, die jeweilige Befindlichkeit und Gestimmtheit eines Patienten in einem intuitiven Dialog entfalten kann. Die klassischen Regressionsorientierten Übertragungs- Vorstellungen lassen sich hierüber anreichern mit Beziehungs- übergreifenden, sinnlich kreativen, potentiellen Übertragungsmöglichkeiten. Benedetti hat in seinen zum Teil heroischen Analysen Übertragungsprozesse bei Psychosen als Gegenidentifikation beschrieben, als Spiegelung der chaotischen Innenwelt des Patienten im Therapeuten.(1975, 1983) Wir haben diese Überlegungen weitergeführt. In Gesprächen mit psychotischen, sterbenden und gewalttraumatisierten Patienten haben wir gelernt, daß auch deren blockierte Ressourcen vom Therapeuten intuitiv erfasst werden können und daß sich darüber die kreativ gestaltenden Anteile eines Patienten mobilisieren lassen. Die in mehr als 20 Jahren gewonnenen Erfahrungen mit dieser Arbeitsmethode sind von mir in folgenden vier Büchern (1995, 1996, 1997, 2001, 2002) zusammengefasst. Die intuitiv orientierten Supervisions- Team- und therapeutischen Gruppengespräche werden hierin detailliert beschrieben. Ich kann in diesem Rahmen jedoch nur ein Beispiel eines sinnlich-intuitiven prismatisch orientierten Einzelgesprächs vorstellen.

Das nachfolgende Beispiel soll zeigen, daß auch in Situationen, in denen ein Patient noch nicht in der Lage zu sein scheint, seinen augenblicklichen Zustand zu schildern und ihn in Bildern zu beschreiben, eine Schwester oder ein Arzt diese Aufgabe für ihn übernehmen kann.

Ein 24jähriger Wohnheimpatient kommt erneut in einem akut psychotischen Zustand mit angstvoll-autistischer Abwehr zur Aufnahme. Der aufnehmende Arzt kann im Erstkontakt den starren Blick des Patienten nur schwer aushalten. Ein Gespräch ist nicht möglich. Er versucht sich sinnlich auf seinen Patienten einzustellen. Er fühlt sich dabei unsicher, wie schwimmend oder schwebend, ohne Halt. Es ist ihm dabei, als ob irgend etwas wie wild in ihm hin und her jage. Relativ rasch entsteht in ihm das Bild eines Scheibenwischers, der wie wild gegen die Regenmassen auf der Frontscheibe seines Autos ankämpft. Der Arzt öffnet dieses Bild sofort in ein Halt gebendes Gesprächsangebot an den Patienten und sagt: "Also, eigenartig, ich habe das Gefühl, wir zwei sitzen gemeinsam in einem Auto. Es regnet in Strömen. Die Scheibenwischer rasen wie wild über die Scheiben. Das Auto steht jedoch sicher. Wir sind an die Seite gefahren. Aber die aufblitzenden Lichter des Gegenverkehrs wirken weiterhin beängstigend." Hiernach entkrampft sich der Blick und die Haltung des Patienten und er fragt überraschend: „woher wissen Sie, daß ich zu Haus eine Autosammlung habe?“ Er beginnt dann stockend zu erzählen, daß er viele kleine Autos und Autobilder im Wohnheim in seinem Zimmer habe. Eigentlich habe er jedoch Angst um sein Kaninchen, das er im Garten halte. Er wolle doch gern im Zoo oder im Zirkus Tierwärter werden, am liebsten für Löwen. Die Stimmung wird jetzt wärmend vertrauensvoll.

Diese Form der Kommunikation mit ihren sinnlich-intuitiven und Phantasie orientiertem Einfühlungsmöglichkeiten reicht von humorvollen Konflikt Lösungen bis in komplexe therapeutische und supervidierende Gruppenprozesse. Sie ermöglicht psychiatrisch Tätigen sich empathisch und zugleich angstfreier psychotischen Patienten zu nähern und quälende Übertragungsfixierungen rascher zu lösen. Für Patienten eröffnen sich hierüber

Möglichkeiten, partnerschaftlicher mit ihren Bezugstherapeuten zu sprechen und Konflikt entlastet, ihre sozio-kulturellen und innovativen Ressourcen zu mobilisieren sowie vor allem damit auseinandergefallene Ich-Bereiche zu integrieren..

Sterben

Sterben und Tod sind in dieser Gesellschaft, in unserer Medizin ein Tabu. Trauer, Verzweiflung, depressive Krisen und infantile Proteste der Patienten verunsichern Angehörige wie ärztliche und pflegerische Betreuer. Sie lassen den Sterbenden häufig allein, zum Teil würdelos, unter inhumanen Bedingungen. Tod und Sterben scheinen ein Anachronismus in unserer Zeit. Sie machen uns jedoch kaum noch betroffen. Der Tod scheint besiegt. Die Medizin übernimmt ungewollt eine fatale Rolle. Auf dem Höhepunkt ihres Erfolges, im Kampf gegen die Seuchen, in ihrer operativen Universalität hat sie die Fiktion aufrechtzuerhalten, daß der Tod besiegt, daß Krankheit lediglich eine Betriebsstörung und daß Gesundheit durch ein Auswechseln schadhafter Teile wiederherstellbar sei. Gleichzeitig werden immer mehr Sterbende in unsere Krankenhäuser abgeliefert mit der Bitte, sie "nicht mehr zu lange zu quälen", wächst die Anzahl subakut und chronisch Sterbender, die maschinell oder medikamentös ihr Leben auf Zeitraten bei uns erhalten, die von uns abhängig bleiben. ÄrztInnen und KrankenpflegerInnen, Zeitgenossen der ihnen zum Sterben anvertrauten Patienten, fühlen sich nicht selten hilflos und überfordert. Die Berufsausbildung hatte ihnen nichts gesagt vom Tod, vom Umgang mit Sterbenden. Ihr Beruf sei die Überwindung von Tod und Leid, ihr Selbstverständnis das positivistische Weltbild des heutigen Menschen, der Glaube an die umfassende Heilkunst der Medizin.

Sterbende und krebskranke Patienten finden in unserer Gesellschaft, so auch in der heutigen Medizin kaum Gesprächspartner. Auch Psychotherapeuten und Theologen tun sich schwer mit dem Trauma des "Sterben müssen's". Dieses Trauma zu überwinden und Facetten gelebten Lebens wieder zu erinnern, kann mit Hilfe einer Gesprächsführung gesucht werden. In prismatischen Balintgruppen, sowie in Supervisions- Hospiz- und Selbsthilfegruppen lassen sich diese Prozesse in gleicher Weise entwickeln.

Katalytisches Kommunizieren mit sterbenden Patienten bringt nicht selten erstaunliche Ergebnisse. Der Therapeut gewinnt hierbei die Möglichkeit, sich intuitiv auf seinen Patienten einzustellen und das Gespräch partnerschaftlich zu gestalten. Er öffnet damit dem Patienten Bereiche gelebten Lebens, die durch das Trauma des „Sterben müssen“ verschlossen sind und ermöglicht damit Prozesse des Abschiednehmens. Hier gelingt es, die blockierte Kommunikation zwischen Patienten, Angehörigen, Therapeuten und Helfern in der Sterbeszene aufzulösen. Der Horizont bisher gelebten Lebens sterbender Patienten läßt sich hierüber entfalten.

Katalytische Stationsvisite mit einer sterbenden Patientin.

Der Stationsarzt einer benachbarten Klinik hatte von mir einen Vortrag gehört und bittet mich telefonisch mit meiner „verrückten Phantasiemethode“ ihn einmal zu besuchen. Es ginge um eine 54-jährige krebskranke Patienten, die seit 3 Wochen nicht mehr sprechen würde. Er habe alles versucht. Die Patientin wisse um ihre unheilbare Erkrankung. Sie habe jedoch noch mit niemandem über ihre Ängste sprechen können. Auch die Angehörigen hätten Angst vor dieser Aussprache. Er sei regelrecht gehemmt "bei dieser sprachlosen Frau, eine Visite zu machen". Ich besuche ihn mit einer katalytisch ausgebildeten Krankenschwester.

Der Stationsarzt versucht mich der Patientin vorzustellen. Die Patientin fragt daraufhin den Stationsarzt nach ihren letzten Laborwerten. Ich suche den Blick der Patientin und frage, wie es ihr gehe, wie sie sich fühle. Die Patientin starrt mit leerem Blick wie ins nichts. Keine Antwort. Es folgt eine bedrückende Stille. Ich äußere mein Erschrecken über die Kargheit des Zimmers. Keine Bilder, nicht einmal Blumen, es sei alles trostlos.

Auch draußen sei das Wetter trostlos und traurig. Ich erkläre der Patientin, daß ich von der Schwere ihrer Krankheit erfahren habe und auch von ihrer Sprachlosigkeit und deshalb sei ich hier. Ich sähe, wie blass und grau und erstarrt ihr Gesicht sei. Ich fühlte mich davon regelrecht angesteckt. Und nach einer kurzen Pause: „Ich möchte Ihnen meine Phantasieeinfälle schildern, die durch diese Stimmung hier in mir wach geworden sind. Ich sähe in meiner Phantasie einen langen Zug von Menschen in grauen Kutten durch eine weite Ebene ziehen, vielleicht wie ein Wallfahrtszug. Beim genaueren Hinsehen sähe ich, daß sie an einem langen Stacheldrahtzaun vorbei ziehen würden. Dahinter ständen Holzkreuze, ohne Namen, grau. Eine Unzahl von Holzkreuzen, ganz ungeordnet.“ An dieser Stelle unterbricht mich die Krankenschwester. In einem fröhlichen, fast sprudelndem Ton bringt sie sich ein: Eigenartig. Bei ihr sei es am Anfang auch dunkel und grau und neblig-verhangen gewesen. Dann habe sie sich jedoch an ihren letzten Urlaub erinnert.

Sie sei damals mit ihrem Mann und ihren zwei Kindern im Gebirge in ein Gewitter geraten und sie hätten Schutz unter einem Felsvorhang gesucht. Es sei wirklich bedrohlich gewesen. Sie hätten sich aneinander gepresst. Aber nach wenigen Minuten sei das Gewitter vorbeigezogen. Sie seien nur wenig nass geworden und sie hätten dann einen herrlichen Blick tief in das Tal gehabt. Sie hätten.....An dieser Stelle beginnt die Patientin zu sprechen. Ihr laufen die Tränen herunter und gleichzeitig lächelt sie. Sie berichtet, wie sie mit ihrem Mann jedes Jahr in die Berge gefahren sei: "Ja, damals bis vor vier Jahren..."

Auf Nachfrage erzählt sie, daß ihr Mann vor vier Jahren an einem Herzinfarkt gestorben sei. Seit dieser Zeit sei sie nicht mehr in den Bergen gewesen. Sie schildert jetzt zunehmend lebendiger ihre Erlebnisse in Udorf. Sie beschreibt im einzelnen ihre gute Beziehung zu der Wirtin, zu der sie seit Jahren gefahren seien. Der müsse sie endlich einmal schreiben. Noch immer laufen die Tränen über ihre Wangen. Gleichzeitig strahlt ihr Gesicht in glücklichen Erinnerungen. Dem Stationsarzt fällt vor Überraschung der Schlüsselbund auf den Boden. Daraufhin lächelt die Patientin und berichtet, wie ihr Mann bei einer Bergwanderung die Autoschlüssel eine Schlucht habe hinunterfallen lassen. Das hätte den Urlaub um zwei Tage verlängern helfen. Die Stimmung im Krankenzimmer hat sich fühlbar entspannt. Die Patientin wirkt erschöpft, aber dankbar. Sie bittet den Stationsarzt, er könne ihr doch den Priester schicken: "Wissen Sie, den Kurzhaarigen, der immer so ein verschmitztes Lächeln im Gesicht hat".

Der Stationsarzt berichtet später, er sei schon erstaunt über unsere Phantasiemethode. Er habe auf die Uhr geschaut. Es habe genau 7 Minuten gedauert, bis die Patientin zu sprechen begonnen habe. Er könne es noch immer nicht richtig verstehen. Er habe übrigens in den nachfolgenden Gesprächen mit der Patientin den Tod ihres Mannes besprechen können. Die dort frei werdende Trauer habe dann den Weg gebahnt, für Gespräche über den eigenen Tod.

Eine prismatische Balintgruppe in Kuwait

Die Aufarbeitung der Folter in einer klassischen Übertragung ist meines Erachtens eine Überforderung für Patienten wie für Therapeuten. Das ist wohl auch der Grund dafür, daß gewalttraumatisierte Patienten sich nicht selten der therapeutischen Aufarbeitung entziehen und daß nur wenige Therapeuten bereit sind, sich dieser Aufgabe zu stellen. Tilman Moser (1993,1994) beschreibt ähnliches. Er favorisiert "die Verwendung der Inszenierung statt der Übertragung", verbunden mit der Hoffnung, "der Psychoanalyse

ihre politische Dimension wiederzugeben."

Ich muß gestehen, daß wir längere Zeit zögerten, bis wir den Mut fanden, in den Gesprächen mit gewalttraumatisierten Patienten freie Phantasieeinfälle zuzulassen. Denn, läßt sich verstehen und vertreten, wenn im Rahmen erinnelter Foltererlebnisse lustvolle, tanzende, zärtlich gestimmte und farbenfrohe Vorstellungsbilder auftauchen? Wir fragten uns, kann ein Patient das verkraften, muß er das nicht als fehlendes Einfühlungsvermögen erleben? Die Ergebnisse jedoch waren verblüffend. Patienten, die ihre Berichte angstvoll und körperlich angespannt vortrugen, konnten über die farbigen Bildberichte der jeweils anderen ihre angespannte Körperhaltung aufgeben und ihre angstvolle Spannungen lösen. Einigen Patienten gelang es, Galgenhumor freizusetzen. Wir suchten diese Haltungsänderung so zu verstehen: Folteropfern gelingt es in einem gemeinsamen Stimmungsfeld, die Phantasiebilder der jeweils anderen erstaunt wahrzunehmen, als eine Welt außerhalb ihrer inneren Gefängnisse. Es gibt ja noch immer Sonne, Blumen, vorbeiziehende Wolken und spielende Kinder, und: In diesen Bildern leuchten eigene, durch die Foltererlebnisse blockierte prätraumatische Erlebnisse auf.

Wir sind in einem höheren Maße, als es uns unser beziehungsbezogenes Einfühlungsvermögen ermöglicht, in der Lage, blockierte Erlebensanteile eines Patienten in uns wachzurufen, wenn wir uns stimmungorientiert auf ihn einstellen. Dabei können gesunde, reife, beziehungsübergreifende und sinntragende Erwachsenenanteile eines Patienten in uns wach werden und die ihn beherrschenden Gefühlsfixierungen lösen helfen. Der Patient kann sich in uns, symptom- und Konflikt-defokussierend, in seiner ganzen Persönlichkeits- und kulturellen Erlebensbreite wiedererkennen und akzeptieren lernen. Seine prätraumatische Gefühlswelt kann im Therapeuten erlebt und abgerufen werden. Auf dieser Basis kann er sich dann schrittweise seinen quälenden Foltererlebnissen öffnen.

Damit verknüpft konnten wir uns schrittweise der Vorstellung nähern, dass die durchlittenen Folterqualen eines Menschen individuell erlebte, zum Teil sich lebenslang in ihm festsetzende individualisierte Repräsentanzen gesellschaftlicher Gewalt darstellen. Tilmann Moser spricht in diesem Zusammenhang von Dämonie-Speichern, die aus verdrängten, geschichtlich-sozialen Quellen gespeist, im einzelnen Individuum abgelagert wurden und die in einem hohen Maße seine Wahrnehmung und seine Motivation beherrschen können.

Am Beispiel einer Balintgruppentagung in Kuwait möchte ich aufzeigen, dass intuitive Dialoge vor allem in fremden Kulturen Verständigungsprobleme zu überwinden helfen. Im moslemischen Kulturbereich stoßen Balintgruppen auf spezifische Schwierigkeiten, wenn sie sich nicht den soziokulturellen Besonderheiten des jeweiligen Landes anzupassen vermögen. Ich habe entsprechende Erfahrungen in Kuwait, in Indien und Syrien und in der Türkei gewinnen können, die mir in der eigenen Klinik halfen Therapien mit gewalttraumatisierten ausländische Patienten zu gestalten.

Auf Einladung des Social Development Office of Kuwait konnte ich im Verlauf einer sechstägigen prismatischen Balint-Gruppen-Tagung mit täglich drei Doppelstunden erproben, inwieweit sinnlich-metaphorische Arbeitsmethoden von den kuwaitischen Gruppenteilnehmern verstanden und angenommen werden. Die 15 Teilnehmer waren Psychologinnen, Sozialarbeiter und Krankenschwestern. Ziel war die Aufarbeitung der im Golfkrieg erlittenen gewalttraumatischen Erlebnisse bei Patienten sowie, für mich unerwartet, die der Gruppenmitglieder und ihrer Familienangehörigen. Hierbei ist wichtig zu wissen, daß durch den Golfkrieg etwa 70% der Familien von Trennungen betroffen waren. Fast ein Drittel der Bevölkerung floh ins Ausland. Die übrigen hatten eine Vielzahl von Bedrohungen, Erschießungen, Vergewaltigungen und Folterungen zu

erleiden, so daß Ausprägungsformen des Posttraumatic Stress Syndroms (PTSD) in der Bevölkerung sehr häufig zu finden sind.

In der Gruppe wurde englisch/arabisch mit Simultanübersetzung gesprochen. Das Gruppenklima war von Beginn an vertrauensvoll, warm, herzlich und familiär. Die Teilnehmer zeigten sich im Rahmen der sinnlichen und Phantasie orientierten Arbeit offen auch für individuelle und familiäre Probleme. Diskussionen über die Funktion des Glaubens und die Bedeutung einzelner Suren des Koran vor allem im Sterbeprozess spielten dabei eine wichtige, die moslemische Identität der Gruppenteilnehmer bestätigende Rolle. Die Reduzierung kritisch hinterfragender und individueller Motivationsuche im Gruppenprozess bildete eine weitere wichtige Voraussetzung.

Als Beispiel kann die Symptomlinderung eines Gruppenmitgliedes gleich zu Beginn der Tagung in Kuwait dienen. Er berichtete, daß er als Sozialarbeiter zahlreiche Patienten betreue, die seit dem Krieg unter ausgeprägten depressiven und Angstsymptomen sowie unter Schlafstörungen und Antriebslähmungen litten. Er schildert dabei die Qualen einer etwa 50jährigen Frau, die erleben mußte, wie vor ihren Augen ihr Mann und ihr 16jähriger Neffe mit dem Beil erschlagen wurden. Das Blut, der Anblick und ihre lähmende Verzweiflung gingen ihr wohl nicht mehr aus dem Kopf. An dieser Stelle beginnt er stockend in arabischer Sprache von seinem eigenen Leiden zu berichten. Er habe seit vielen Monaten starke Magenschmerzen und Schlafstörungen. Bei ihm sei es wohl der Verlust der Mutter während des Krieges. Darüber wolle er hier jedoch nicht reden. Ihm ging es darum - und jetzt wieder in englischer Sprache - er wolle fit sein für seine Aufgabe. "My job is my life, you know", und energisch: „you have to know doctor."

Die Gruppe reagiert betroffen, stellt sich jedoch rasch auf das bereits trainierte sinnliche und Phantasie Setting ein. Lähmende, lustlose und ekelerregende Empfindungen und Stimmungsbilder werden wach. Eine abgeschlagene blutende Hand tanzt durch ein Gewirr von Schiffsmasten, "wie ein Derwisch mit wehendem Schweif. Die Blutstropfen tanzen mit, färben das Meer". Kopfschmerzen und Magenbeschwerden stellen sich ein. Dann folgen Erlebnisse und Bilder von brennenden Ölfeldern, "die wie Kerzen eine Hochzeitsfeier beleuchten". Viel Volk, Tanz und lustige Musik. Die Stimmung öffnet sich jetzt für friedliche Kamelkaravane im Gegenlicht der untergehenden Sonne. Verträumte Meeresstimmungen und zärtliches Wiegen eines Säuglings kontrastieren mit grauen Nebelfeldern. Eine riesige Moschee ragt in den Himmel, in vorbeijagende Wolken, "it's like a sword or a bow of a ship". "On the trip in a nowhere land" ergänzt lachend eine Psychologin, die als Religionslehrerin tätig ist.

Der Sozialarbeiter greift die einzelnen Stimmungsbilder auf und sucht sie assoziativ mit eigenen sozio-familiären Erlebnisfeldern zu verknüpfen. Im Sinne intuitiver Selbsterfahrung, in der die Äußerungen weder individuell noch gruppenspezifisch vertieft, hinterfragt oder gedeutet werden, gelingt es dem Gruppenmitglied, das wechselseitig sich tragende Leiden zwischen seiner 50jährigen Klientin und dem eigenen familiären Belastungshintergrund zu verstehen und es im Kontext eines gemeinsamen soziokulturellen und religiösen Eingebundenseins zu mildern. In der letzten Gruppensitzung, vier Tage später, berichtet der Sozialarbeiter, daß seine Magenschmerzen bereits seit Tagen verschwunden seien. "They just flew away." Wichtig sei ihm jedoch zu berichten, daß er bei seiner Klientin eine ganz neue Gesprächsbasis gefunden habe. Er sei

jetzt lockerer und könne mit ihr über familiäre und lebenspraktische Fragen sprechen.

Zusammenfassung:

Psychokatalyse lässt sich verstehen als eine, von Empfindungen, Stimmungen und Phantasien getragene Gesprächsform. In Psychotherapien können damit kreative Ich Bereiche angeregt und Konflikt und Beziehungsblockaden aufgelöst werden. In Supervisionen, Beratungen und Balintgruppen können Pk Gespräche relativ rasch das Gesprächs- und Arbeitsklima verbessern und burn-out Symptome verringern helfen. Grundsätzlich scheint die Funktion unserer Kultur, unserer poetisch-ästhetischen und religiösen Erlebens- und Gestaltungsfähigkeit darin zu bestehen, sinnstiftend und gleichermaßen Ich-übergreifend uns unser Eingebundensein in kosmische, geschichtliche, gesellschaftliche und heutzutage auch in ökologische Zusammenhänge näherzubringen. Unsere emotional gewebten Beziehungsmuster können dabei Halt und Sicherheit gebend unsere Kreativität und Neulandsuche ermöglichen und begrenzen. Es bedarf jedoch sinnlich-ästhetischer Erlebensbereitschaft und narrativer Gesprächsoffenheit, um ganzheitlich diese Zusammenhänge in den Blick zu bekommen.

Prof. Dr. med. Alfred Drees
Friedrich Ebert Straße 26, 47799 Krefeld
Tel. 02151/503922 Fax: 02151/503955
Email: info@alfred-drees.de
Homepage: www.alfred-drees.de