

**Aus: Textarchiv H. G. Petzold et al. Jahrgang 1977**

<http://www.fpi-publikationen.de/textarchiv-hg-petzold>

© FPI-Publikationen, Verlag Petzold + Sieper Düsseldorf/Hückeswagen.

## ***Petzold, H.G.(1977i): Krisenintervention und Krisenprävention\****

Seminarmitschrift - erstellt von Alexander Rauber, Bern

In diesem Internet-Archiv werden wichtige Texte von Hilarion G. Petzold und MitarbeiterInnen in chronologischer Folge nach Jahrgängen und in der Folge der Jahrgangssiglen geordnet zur Verfügung gestellt. Es werden hier auch ältere Texte eingestellt, um ihre Zugänglichkeit zu verbessern. Zitiert wird diese Quelle dann wie folgt:

**Textarchiv H. G. Petzold et al.**

<http://www.fpi-publikationen.de/textarchiv-hg-petzold>

---

\* Aus der „**Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit**“ (EAG), staatlich anerkannte Einrichtung der beruflichen Weiterbildung (Leitung: Univ.-Prof. Dr. mult. Hilarion G. Petzold, Prof. Dr. phil. Johanna Sieper, Düsseldorf, Hückeswagen <mailto:forschung.eag@t-online.de>, oder: [EAG.FPI@t-online.de](mailto:EAG.FPI@t-online.de), Information: <http://www.Integrative-Therapie.de>).

Seminar K R I S E N I N T E R V E N T I O N

Hilarion PETZOLD 20.3.1977 - 24.3.1977 Im Haus der Begegnung,  
Königstein, Taunus

Arbeitszeiten:

09.30 - 12.00, 14.00 - 16.00, 16.30 - 18.30

19.30 - 21.30 Kleingruppenarbeit und Selbsterfahrung

I. Teil

Zur Definition der Krise

Krisen als Identitätskrisen oder Systemkrisen lassen sich schlecht katalogisieren, sie stellen sich immer und zu jeder Zeit unter anderem Aspekt dar. Ein Katalog ist sinnlos. Als Übergreifende Theorie zur Erklärung der Krise bietet sich die Gestalttheorie, neuer die Systemtheorie an.

Bei allen komplexen Systemen (sozialer und personaler Art) geht es um:

Erhaltung von Identität und Entfaltung von Identität

(Der alte biologistische Ansatz der "Lebenserhaltung" genügt allein nicht mehr).

GOLDSTEIN: Der Organismus muss sich selbst aktualisieren, oder

PERLS: Der Organismus muss wachsen.

Die Krise: kann verstanden werden als Gefährdung von Identität; Gefährdung der Dynamik, die meine Identität verwirklicht und wachsen lässt.

Identität: Gemeint ist die Identität personaler und sozialer Systeme; diese ist nie isomorph wie technische Systeme und damit nie absolut identisch.

Identität bedeutet demnach Einzigartigkeit, deren Darstellung und Grenzziehung.

Ein personales System entsteht auch durch Grenzziehung gegenüber anderen Systemen. Grenze ist dabei zu verstehen als Abgrenzung gegenüber Anderen und Kontakt mit Anderen zugleich.

(In diesem Sinne versteht die Existenzphilosophie Bewusstsein als Mitsein).

Fast alle psychopathologischen Bilder zeigen den Verlust der Fähigkeit zu Kontakt und Grenzziehung.

Je reicher und besser der Kontakt, je prägnanter die Kontaktpunkte, desto besser die Identität des personalen Systems. Fehlen von Kontaktpunkten führt zu Identitätsverlust, zu pathologischen Erscheinungen.

Kontakt haben und mit Kontakt umgehen ohne die eigenen Grenzen zu verletzen, ohne an der Psyche oder am Körper Schaden zu nehmen, geschieht durch Komplexitätsreduktion.

(PERLS dazu "Nahrung aufnehmen, zerkleinern, verdauen, ist eine Notwendigkeit zum Wachsen").

Es geht um

- a) Entfaltung der Identität und
- b) Bewahrung der Identität durch Komplexitätsreduktion

Komplexitätsreduktion geschieht wesentlich im kognitiven Bereich des Wahrnehmens, Speicherns und Wiedergebens. (Siehe Theorie I : Genese psychischer Störungen).

#### Grundelemente der Identität

(auch Konstituanten oder Basis des Prozesses der Identität)

Identität kann nicht als Zustand sondern muss als permanenter Prozess verstanden werden.

Grundelemente dieses Prozesses sind

- a) mein Körper (der Leib). Ich beginne und ende mit dem Körper. Der Körper ist der Ansatzpunkt meiner Identitätsgewinnung. Bei Verlust der Körperfunktionen erlebe ich einen Identitätsverlust in der Bedeutungsreihenfolge: Gesicht, Hände, Genitalbereich, übriger Körper. In Krisen ist therapeutisch am besten am Körper anzusetzen.
- b) Das Selbst als Konstituente der Identität. Selbst kann verstanden werden als die Gesamtheit aller meiner Erfahrungen, Erinnerungen, Fähigkeiten und Fertigkeiten, sowie der sozialisierten Emotionen. (Das Ich ist die Performanz, die Durchführung des Selbst).

## II. Teil

### A. Das System der Person

Das System der Person (Persönlichkeit) kann grundsätzlich als Zusammenwirken der folgenden Elemente beschrieben werden:

- somatische Grundlagen. (Gesundheit, vgl. Theorie I + II)
- psychische Funktionen - besonders der "Ich-Funktion"
- Werte und Normen der Person, welche deren Identität stabilisieren. Dieser, oft in der Psychotherapie vernachlässigte, Bereich wird vor allem von der Daseinsanalyse beschrieben (vgl. FRANKL: "noogene Neurose"). In den interiorisierten Werten und Normen liegt eine wesentliche Orientierungshilfe des Systems begründet.

Werte müssen als solche erfahren, erlebt werden. Aufgeprägte Normen (PERLS = talking about, mind-fucking) können nicht interiorisiert werden. Diese Erfahrung entsteht aus der intersubjektiven Beziehung und Kommunikation (Eltern-Kind, Therapeut-Patient).

Normen sind nur in Bezug, nur auf etwas hin möglich, nur im zwischenmenschlichen Dasein sinnvoll (vgl. MARCEL Über Hoffnung: "Hoffnung ist nur in einem Bezug auf etwas hin möglich. Ich kann nur hoffen, dass, nie aber hoffen an sich!)

- soziale Identität (vgl. Wir sind Körper, wir haben Körper. Wir sind unser "soziales Atom", MORENO). Besonders bei alten Menschen wird dieses Element der Person deutlich sichtbar; beim Verlust zugeschriebener sozialer Rollen leidet die Identität des alten Menschen (vgl. Lit. am Schluss des Protokolls).

Im System der Person sind folglich die vier Aspekte des Körpers, der Emotionen, des Geistes und des sozialen Kontextes (inklusive ökologische und ökonomische Gesichtspunkte) wesentlich. Dieses System bestimmt das Erlebnis der Identität, macht diese aus. Ich bin durch mich und im Bezug zur Umwelt in meinem Identitätserleben bestimmt. (Vgl. Feldtheorie und Systemtheorie). Im Sinne dieser Dynamik bin ich als Mensch immer sowohl Organismus, als auch Umfeld. Das System der Person ist somit nicht geschlossen (vgl. Kybernetik/ naturwissenschaftliche Systeme), sondern offen und dynamisch. (Gestalt-Therapie will daher nicht nur "creative adjustment" PERLS, sondern vielmehr "creative change" PETZOLD).

Ein kybernetisches, oder geschlossenes System folgt den Gesetzen der Homöostase; darauf beruht seine permanente Erhaltung im Sinne eines status quo (ante).

Auf personale und soziale Systeme ist die rein homöostatische Erklärung zur Systemstabilisierung nicht anwendbar, weil:

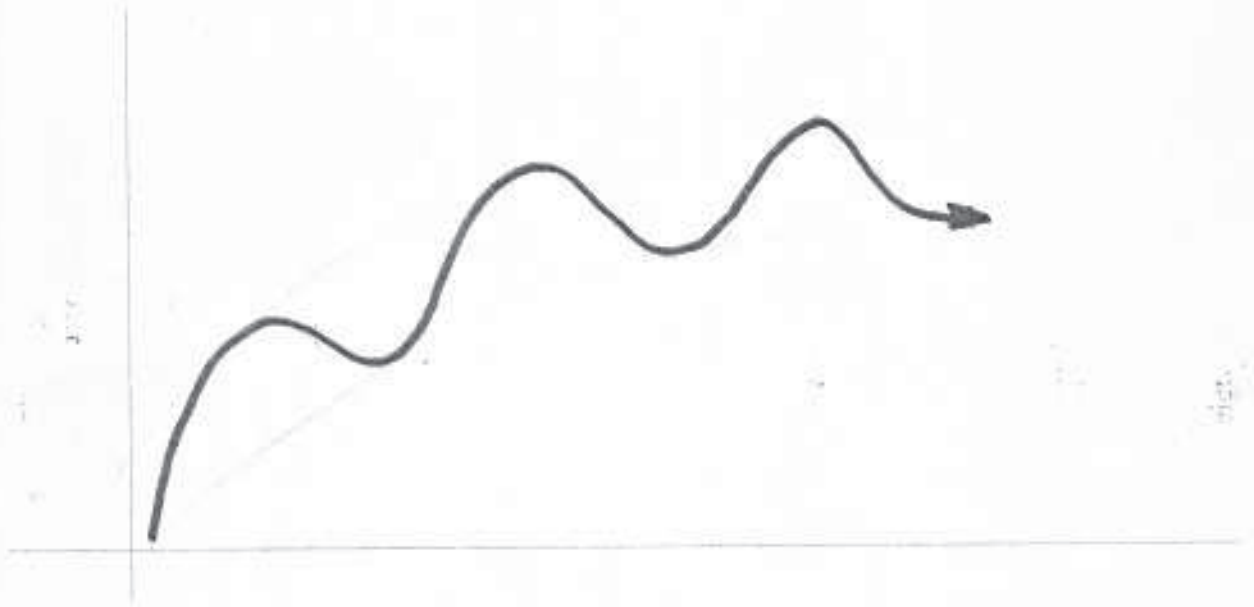
- a) Prozesse der Selbstverwirklichung und der Entwicklungsdynamik systemimmanente Grössen sind! Das personale System "Mensch" ist nicht ausschliesslich (aber auch) auf Erhaltung eines "Gleichgewichtes" begründet, sondern ebenso auf einer dynamischen Entwicklung. Ziel des menschlichen Daseins und der Kultur ist die Selbstverwirklichung des Individuums. Im Gegensatz zum kybernetischen System sind im dynamischen System der Person diesbezüglich keine präzisen teleologischen Aussagen möglich.
- b) Werte und Normen (siehe oben) der konkreten inhaltlichen Füllung bedürfen Erleben von Inhalt, ist jedoch individuell, personal, im jeweiligen Jetzt des Menschen begründet.

Weil Gestalt- und Systemtheorien als funktionalistische Handlungstheorien zu verstehen sind, ist aus ihnen keine Aussage über Werte und Normen oder antropologische Grundlegung ableitbar. Die Theorie der Gestalttherapie benötigt eine Ergänzung durch antropologische Aussagen (vgl. Existentialismus).

#### Mobilisierung und Labilisierung des Systems der Person:

Die Grundlegung eines dynamischen Identitätsbegriffes (siehe oben) impliziert wechselnde Perioden wechselnder Prägnanz der Identität des Menschen. Identität ist einem dauernden Prozess unterworfen, welcher mithin stark von zugeschriebenen sozialen Rollen abhängt. Menschliche Sozialisation ist als lebenslänglicher, dynamischer Prozess zu verstehen, welcher in gewissen Lebensabschnitten als prägnanter, heftiger und nachhaltiger imponiert.

Die Identität eines "gesunden" Erwachsenen ist wohl relativ stabil und prägnant. (Pension = Verlust der "sozialen Potenz" PETZOLD). Dieses über Jahre stabil erscheinende Sein lässt jedoch die Annahme einer Isomorphie der Person (KOEHLER) nicht zu. (Begründung siehe oben). Die Dynamik der Lebenslinie hat lediglich mehr oder weniger deutliche Prägnanzen.



Die Identität des Menschen ist nie stabil, gleich. Im theoretischen Ansatz wenigstens ist der Mensch heute nie derselbe wie gestern, nie derselbe, der er morgen sein wird (vgl. dazu die Problematik unumstößlich richtiger psychiatrischer Diagnosen!)(vgl. Gesundheitsbegriff, Theorie I + II).

Je mehr die Identität des Menschen aus dem Haben (Besitz) erlebt wird, desto krisenanfälliger ist sie! Umwelt-support ist bedeutend schwächer und anfälliger als self-support (PERLS).

Nach PETZOLD muss Mobilität von Labilität des Systems der Person unterschieden werden. Im Sinne eines dynamischen Systembegriffes ist die Mobilität der Person ein Charakteristikum ihrer Offenheit, welche auf Selbstverwirklichung angelegt ist. Sozialisation bedeutet Veränderung des Systems, bedeutet Mobilität. Konstruktive Krisen (in der Entwicklungspsychologie, oder in der Psychotherapie) führen zu einer erwünschten Mobilisierung des Systems. Pathologische Krisen führen zur Labilisierung und bedürfen daher der Therapie.

## B. Modell eines Krisenverlaufs

Allgemeine Begriffe des "Problems", des "Konflikts", der "Krise".

Problem = unspezifische, landläufige allgemeine Formulierung zur Umschreibung aktueller Schwierigkeiten.

Konflikt = (allgemein gefasst): Das Aufeinandertreffen gegenläufiger Kräfte (vgl. Konfliktmodelle von PETZOLD).

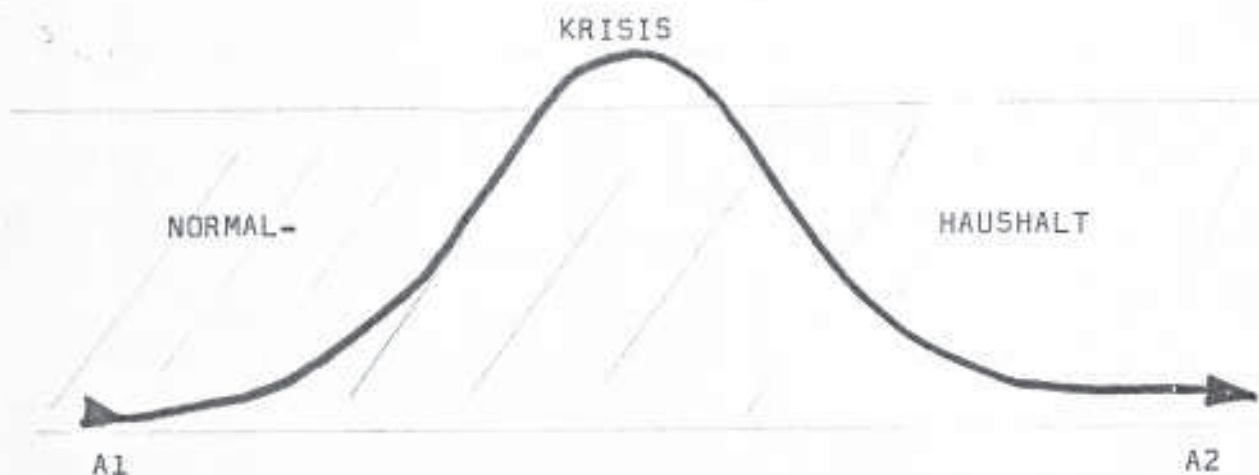
Krise = (allgemein gefasst): Die Labilisierung eines Systems (z.B. der Person, vgl. oben) mit der Gefahr des Verlustes seiner Identität.

Krisis kann paradigmatisch beschrieben werden nach dem von LEWIN vorgeschlagenen Prozessmodell des "unfreezing - change - refreezing".

- eine gegebene Ausgangslage eines Systems (Person) erfährt eine Veränderung (oder wird zu einer solchen gezwungen)  
= u n f r e e z i n g
- Das betroffene System reagiert mit Labilisierung und /oder Regression. Merkmale sind beispielsweise Agitiertheit oder Aggression. Ein Zwang zu c h a n g e ist gegeben!
- Der Veränderung im/des Systems folgt seine Neuorientierung, seine Restitution = r e f r e e z i n g.

Nach diesem Paradigma lassen sich grundsätzlich alle Krisen beschreiben; ebenso richten sich danach die meisten psychotherapeutischen Ansätze (vgl. z.B. FREUD). Das tetradische System nach PETZOLD orientiert sich mit Initialphase / Aktionsphase / Integrationsphase / Neuorientierung ebenfalls an diesem Modell.

Schematische Darstellung eines Krisenverlaufs:



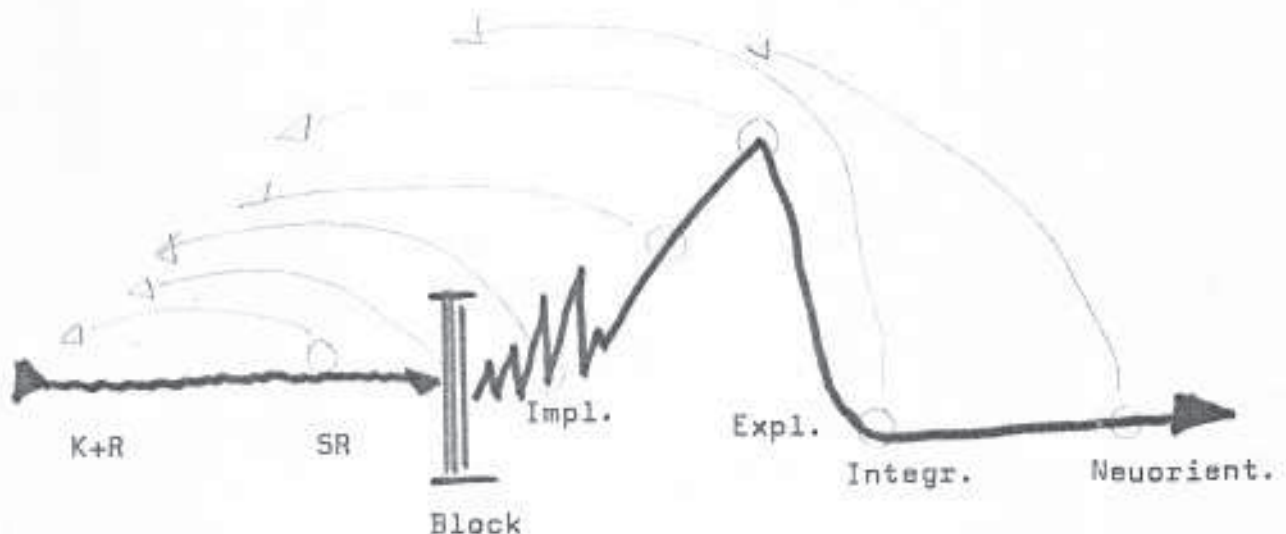
Krisis bedeutet Mobilisierung und Dynamisierung (vgl. dieses Prot., II. A) des Systems der Person über die Grenzen des physischen und psychischen "Normalhaushaltes" hinaus. Die Identität der Person bleibt wohl erhalten ( $A = A$ ), jedoch im Krisenverlauf nie isomorph ( $A_1 / A_2$ ).

An der Peripethie der Krisis (vgl. Dramaturgie) entscheidet sich:

- ein möglicher Rückfall nach  $A_1$
- ein möglicher Durchbruch nach  $A_2$
- ein "Herausfallen" und damit ein Identitätsverlust des Systems.

Die Krisis setzt dann ein, wenn die dem System bekannte, normale Reaktionsstrategie zur Bewältigung eines Problems (einer Situation) nicht mehr ausreicht.

Im Verlauf einer Modellkrisis können die folgenden Phasen unterschieden werden:



- Phase der Klischee und Rituale. (Eine solche Phase wird von PERLS im therapeutischen Prozess abgelehnt, PETZOLD betont ihre Wichtigkeit zur Komplexitätsreduktion).
- Rollenphase. Das "Spielen" sozialer Rollen ist Bestandteil des Lebens. Diese geben Sicherheiten und dienen auf diese Weise der Komplexitätsreduktion; sie stützen die Identität der Person. Ein Wegfallen sozialer Rollen kann - begleitet von Angst - Krisen auslösen.



- Implosionsphase (PERLS). Phase der existentiellen Konflikte (PETZOLD).
- Explosionsphase (PERLS). Das System "fällt auseinander" und wird damit labil und plastisch. Die Kräfte eskalieren, brechen ev. aus, oder auch zusammen.
- Integrationsphase (PETZOLD). (Integrierende Arbeit ist im Modell von PERLS nicht enthalten). PETZOLD betont die therapeutische Wichtigkeit der kognitiven und emotionalen Integration des Geschehens. Daran schliesst an:
  - Phase der Neuorientierung.

Im Prozess der Therapie (Einzelsitzung wie Langzeittherapie) lassen sich die gleichen Phasen aufzeigen: Klischees und Rituale finden sich in der Anfangssituation; (Hot-seat: "Wie fühlst Du Dich?") die Rollenphase wird durch Spiele und Rollentausch durchlebt; etc, bis zur Integration und Neuorientierung, welche dem Patienten die wichtigen emotionalen Erfahrungen der Therapie aufzeigen soll.

BLOCKIERUNGEN sind grundsätzlich in allen Phasen (der Krise, wie des therapeutischen Prozesses) möglich! Noch bei der Integration des Erfahrenen kann der Patient an eine Blockierung stossen: "Ich wollte mal auf die Matte hauen", statt "Ich habe mich mit meinem Vater auseinandergesetzt"!

Weil die Therapie eine Veränderung von Haltungen und Verhalten intendiert, sind Blockierungen im Verlaufe von einzelnen Sitzungen oder ganzen Therapien immer wieder aufzugreifen und zu bearbeiten. Der Therapeut soll eine Krise, angekündigt durch einen Block, welche in der Regel zu Veränderungen führen kann, nicht bremsen oder gar abbrechen! Er soll vielmehr Entwicklungen fördern und nicht zudecken.

Vgl. PERLS : TO SUFFER ONE'S DEATH AND TO BE REBORN IS NOT EASY!

Im therapeutischen setting arbeitet Gestalt vorallem mit induzierten Krisen. Das "Sicherheitsnetz", über welchem der Patient arbeitet, ist die Beziehung (vgl. Uebertragung in der Analyse, intersubjektive Beziehung bei MARCEL) zum Therapeuten.

Durch induzierte Krisen ermöglicht der Therapeut seinem Patienten eine Labilisierung seiner Identität, eine neue Integration und Stabilisierung seines Systems.

Die fachliche Befähigung des Therapeuten ist begründet in:

- eigenen (bewältigten) Lebenskrisen
- eigener Selbsterfahrung, unter kompetenter Führung
- therapeutischer Erfahrung
- professioneller Kompetenz (durch Ausbildung).

Protokoll: Alexander Rauber (März 1977)

III. Teil

Konflikttheorie und Konfliktmodelle

Bekannte Konfliktmodelle:

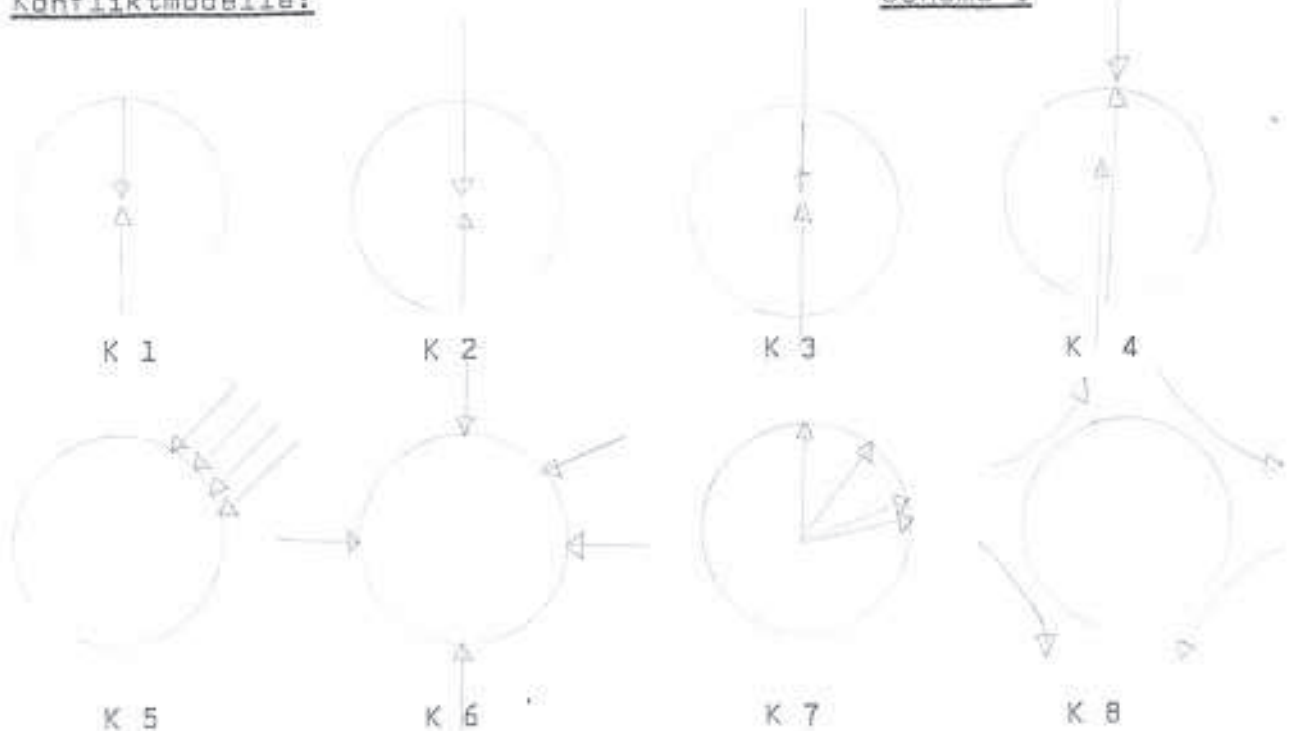
- 1) Sozialpsychologisch: Appetenz - Appetenzkonflikt
- 2) Soziologisch: Rollenkonflikte. Für Therapie wichtig: Interrollenkonflikte (zwei Rollen in mir, die ich ausführen will), Intrarollenkonflikt (Konflikt des Vorerbeiters).
- 3) Psychoanalyse: Es-Über-Ich Konstellation. Nach psychoanalytischer Definition spielen sich Konflikte in der Person ab, der Intrarollenkonflikt wird nicht beschrieben.
- 4) MORENO unterscheidet somatische, psychische und soziale Rollen (ev. zusätzlich integrative Rolle) "A Role is a conserved unit of behaviour".

Wichtig ist die integrative Rolle des Alters. Die gelungene Lebenssynthese führt zu Weisheit und Gelassenheit. Diese helfen dem alten Menschen, andere Rollenkonflikte zu vermeiden, der Mensch soll beim Abschluss seines Lebens eine geschlossene Gestalt erreichen, (vergleiche philosophische Ansätze).

- 5) Modelle der TA (transaktionale Analyse): Ausgehend vom Eltern-Ich, Erwachsenen-Ich und Kind-Ich. Die transaktionale Analyse setzt gewissermassen ein fraktioniertes Ich voraus.

Konfliktmodelle:

Schema I



## 2. Schema Konfliktmodell nach PETZOLD

- K 1 = intraorganismischer Konflikt (Appetenz - Appetenzkonflikt)  
z.B. Gleichzeitigkeit von Hunger- und Geschlechtstrieb
- K 2 = Es-Über-Ich-Konflikt. Innere Strebung gegen internalisierte  
Strebung.
- K 3 = Konflikt zweier widersprüchlicher internalisierter Normen  
(Double bind) Sämtliche Wert- und Normenkonflikte.
- K 4 = Konflikt eines organismischen und/oder internalisierten Be-  
dürfnisses mit der Aussenrealität (Ausseninteressen, Aussen-  
bedürfnisse).
- K 5 = Einseitige Ueberstimulierung, Ueberbelastung des Systems.
- K 6 = Vielfältige Ueberstimulierung, Ueberbelastung des Systems.
- K 7 = Vielfältige Ueberbelastung des Systems von Innen, Zusammen-  
brechen des Ichs (Reaktion in der Regel psychotisch).
- K 8 = Reizentzug, Stimulierungsentzug (führt zum Zusammenbruch des  
Systems in Halluzinationen, Depersonalisation etc. (Zur Ab-  
wehr produziert der Körper vorerst Halluzinationen).

PETZOLD unterscheidet sensorische, perzeptuelle und soziale  
Depravation.

Reizentzug und homogene Stimulierung bei typischer sozialer  
Depravation im Falle von Alten, Gefängnis, Randgruppen,  
Kaserne, Fließbandarbeitern etc.

Die häufigsten Konflikte sind K 2 und K 4, sehr oft in der Therapie  
ist die Arbeit mit K 6.

#### IV. Teil

##### Therapeutische Tiefungen

Vergleiche PETZOLD H. : Integrative Bewegungstherapie in PETZOLD "Psychotherapie und Körperdynamik", Junfermann, 1974, S. 334 ff.

##### Die vier Ebenen der Therapeutischen Tiefungen

Vergleiche ebenfalls Protokoll des Kriseninterventionsseminars vom 27. - 30. Mai 1975 (inkl. Ergänzungen).

#### V. Teil

Psychotherapie und Soziotherapie (Beratung) und ihre Abgrenzungen  
Psychotherapie und Soziotherapie unterscheiden sich dem Wesen nach nicht.

In aller Psychotherapie geht es um Systemerhaltung und Systementfaltung.

Dies wird erreicht durch Veränderung von Haltungen und Verhalten, als Lernprozess durch Bereitstellung spezifisch strukturierter Erfahrung.

Bei jeder Therapieform ist die Matrix die intersubjektive Beziehung (MARCEL).

Soziotherapie lässt sich von Psychotherapie lediglich graduell abgrenzen. Durch: das Setting, die Intensität der Arbeit, die Zielgruppe, die Wahl der Methode.

##### Soziotherapie:

Ist methodisch weniger uebertragungsintensiv.

Sie arbeitet mit den therapeutischen Tiefungen der Ebene II a+b und III, jedoch nie auf der Ebene der autonomen Körperreaktionen (für diese Tiefung fehlt dem Soziotherapeuten die Ausbildung durch Medizin oder Psychologiestudium, sowie durch Eigenanalyse).

Soziotherapie soll nie mit Körperarbeit und imaginativem Bilderleben arbeiten (beide Verfahren bergen in hohem Masse die Gefahr der Dekompensation).

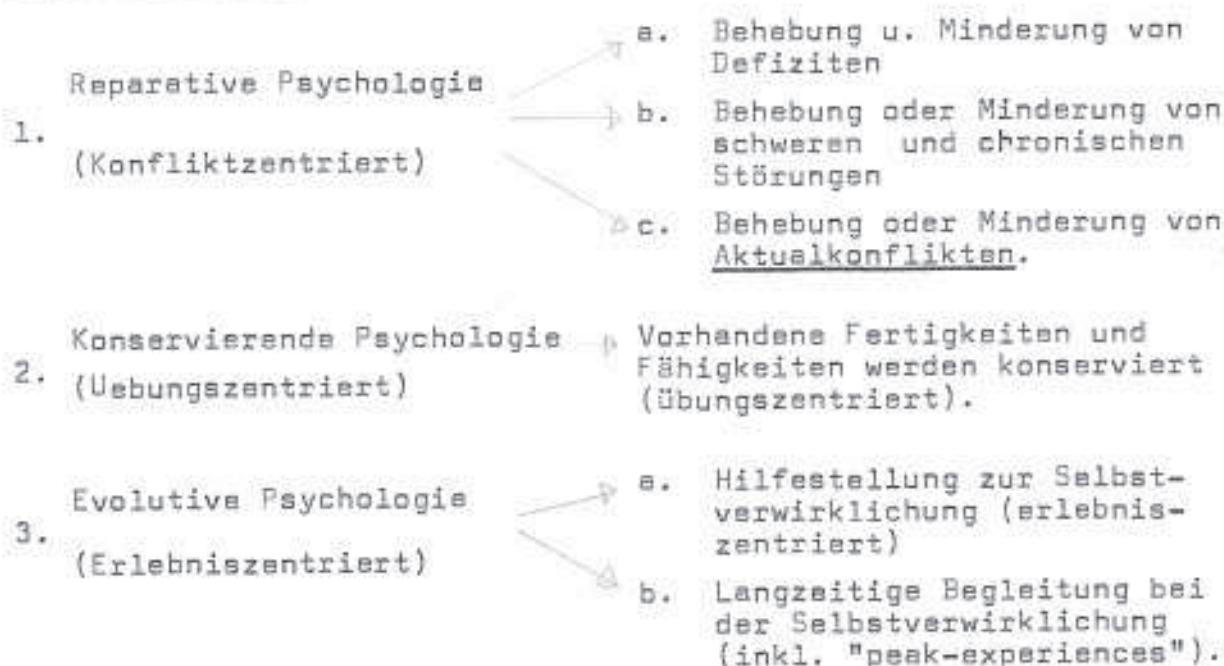
Klassische soziotherapeutische Arbeit geschieht auf dem Wege der Kommunikation, im "Hot seat", durch Rollentausch und mit verbaler Gestalt.

Schematische Darstellung

Schema II

Psychotherapie:

Soziotherapie:



## VI. Teil

### Gestalttherapie und Suizidalität

Wesentlich zu unterscheiden sind die folgenden drei Bereiche:

- A) Suizidalität bei Depression
- B) Suizidalität bei schwerer neurotischer Depression
- C) Suizidalität bei Psychosen

#### Zu A) Suizidalität bei Depressionen

Die primäre Suizidgefahr besteht aufgrund reaktiver depressiver Prozesse. Diese stellen einen Einbruch in die Identität des Menschen dar; erlebt wird immer ein nicht kompensierbarer Identitätsverlust. Dies vor allem bei Verlust von:

- a) geliebten Personen
- b) Werten (auch der Ehre)
- c) Materiellen Gütern
- d) von geistigen und körperlichen Potentialen (auch durch Vorwegnahme bei Lues, Krebs, MS und Amputationen etc.)

Der Depressive leidet an einer Verletzung seiner physischen, psychischen, sozialen und/oder geistigen Identität.

#### Interventionen:

Primär muss versucht werden, eine Beziehung zum Klienten aufzubauen, eine "Schneise" in das Wirrwarr seiner Gefühle zu finden und zu halten.

- a) Kontakt aufbauen und halten (klar und deutlich, jedoch warm ansprechen). Komplexität reduzieren. Beruf und Funktion nennen, Namen des Patienten nennen, ev. Körperkontakt.
- b) Sich einen kurzen Ueberblick über die Situation verschaffen. Was war vor der Krise, wie wurde sie ausgelöst.
- c) Durch a) und b) sinkt der Erregungsspiegel des Patienten. Diese Funktion muss durch das stützende Eltern-Ich des Therapeuten verstärkt werden. Indiziert ist die Technik der inneren Distanzierung. Den Patienten symbolisch auf den Berg seiner Last führen und ihm die Perspektive seines Lebens aufzeigen. Dem Patienten ein Stück bewältigtes Leben vor Augen führen (wegen 5000 Fr. bringt man sich nicht um).  
Konkrete soziotherapeutische Hilfe anbieten (Sozialarbeit, Fürsorge, Institution etc.).

Bei akuten Verlusten, muss der Therapeut in erster Linie sich selbst als Beziehung anbieten.

(Davon ausgehen, dass jeder Mensch ein Recht auf Selbstmord hat!) Ein Vertrag ist nur über die Beziehung möglich. ("Ich verbiete den Selbstmord" (als Befehl); oder "Dein Selbstmord würde mich sehr kränken" (als Appell). Neurotisch Suizidale darf man unter keinen Umständen allein lassen.

Der Verlust soll durch Gestalttrauerarbeit aufgearbeitet werden. (Siehe Theorie 2). Dies gilt sowohl für die akute Krise wie für den Trauerprozess (Bedarf ca. 1 Jahr Arbeit).

Patienten mit einer starken religiösen Stütze ist diese zu belassen. Besser zum Pfarrer schicken (vgl. ROHRACHER: Psychologie kann dem Menschen als Trost gar nichts geben).

#### Zu B) Suizidalität bei schwerer neurotischer Depression

Integrative Therapie ist ein multimodales Vorgehen (ev. inkl. Pharmakotherapie).

Der Patient ist durch ein dichtes Beziehungsnetz zu aktivieren, Besuche organisieren, Programme machen.

Der Therapeut soll eine intersubjektive Beziehung (MARCEL) aufbauen und stark mit Uebertragung arbeiten. Gute Intervention: "Wenn Du dich umbringst, werde ich eine Weile traurig sein, ich werde aber weiterleben". Nie unehrliche Phrasen dreschen.

#### Zu C) Suizidalität bei Psychosen

(nur in der Klinik)

Wer von Suizid spricht, damit droht, davon träumt, ist immer als hochgefährdet zu betrachten und zu behandeln.

Alarmzeichen:

1. Suizidale Phantasien (Sog in die Tiefe, Über die Brücke springen, in der Kurve geradeausfahren etc.).
2. Suizidale Träume (auch verschlüsselte, wie Abgründe, Höhe, Berge etc.) Tod anderer Menschen, Unfälle, Symbolische Zerstörung.
3. Veränderung im Lebensstil eines Patienten (in der Klinik oft eine Randbedingung; Verlegung in eine andere Station, andere Beschäftigungstherapie. Wichtig: Entlassung aus der Klinik).



4. Plötzliche Stimmungsschwankungen, vor allem plötzliche Hoffnungen oder Euphorie.
5. Emotional besetzte Jahreszeiten und Feiertage, besondere Anlässe (Geburtstag, Weihnachten etc.).
6. Veränderungen in der Übertragungssituation. Die Beziehung zum Therapeuten wechselt (plötzliche Hostilität und/oder grosses Anklammern, Aggression).
7. Ende eines depressiven Schubes. Den plötzlich Gesunden darf man nicht aus den Augen lassen! Er braucht in dieser Zeit sehr intensive Psychotherapie.
8. Wetterumschlag (Föhn, Vollmond)
9. Gruppendynamische Schwierigkeiten in der Gruppentherapie
10. Menses bei Frauen

Wesentliche Intervention und Therapie ist das unablässige Realitäts-training. Im Realitätstraining soll der Therapeut von seinem persönlichen Realitätsbegriff ausgehen. Wichtig ist eine klare Sprache, Körperkontakt, klare Weisungen; der Patient soll mit seinem Namen laut und deutlich angesprochen werden. Nicht fragend, sondern imperativ mit dem Patienten reden. Zunächst keinen Augenkontakt (hängtst noch mehr). Ev. kann, als Realitätsbezug, ein kleiner Schmerz gesetzt werden, (wenn möglich nicht im Gesicht). Allfällige Suggestionen sind lege-artis zurückzunehmen.

## VII. Teil

### Der aggressive Raptus (Tobsuchtsanfall)

Aggressiven Kontrollverlust finden wir vorallem bei drei Menschentypen

- a) bei Körperverletzern (oft Vorbestrafte)
- b) den echten aggressiven Raptus (Volksmund: Tobsuchtsanfall)  
Während des Tobens hat der Patient keinen Kontakt zur Umwelt.  
Vorkommen bei Alkoholikern und Drogenabhängigen (harte Drogen, Amphetamins, jedoch nicht Hasch und LSD). In der Klinik bei Debilen, Epileptikern, Psychotikern.
- c) Intervention:

bei a) Paradoxe Intervention

bei b) klar, laut und deutlich im Befehlston "anschnauzen". Damit eine Schneise in das Bewusstsein des Patienten brechen. Zurufen von lautem, klarem Stop oder Halt. Ev. auch mit dem Patienten zusammen Stop rufen.

bei c) Typen dieser Art reagieren höchst unberechenbar und sind schwer zu handhaben. Flexible Gesprächsführung, dauernd auf den Patienten einreden. Betrunkene und Drogenabhängige müssen zunächst ausnüchtern. Körperkontakt nicht indiziert, (Vorsicht vor Schlägereien). Bei Rauschen aller Art ist immer ein Arzt beizuziehen. Alkoholiker müssen interistisch versorgt werden, sie sterben sonst oft in der Ausnüchterungszelle. Ein Horrortrip muss auf jeden Fall vom Arzt gesehen werden, Prüfung der Körperfunktionen. Schwere Psychotiker im Raptus muss man körperlich fixieren und medikamentös beruhigen.

### - Exkurs: Umgang mit aggressiven Kindern

Kinder, die schlagen, kann man leicht zurückschlagen, um sie erleben zu lassen, was sie anderen angetan haben. Das Kind kann die Frage: "was hast du gemacht"? in der Regel nicht beantworten. Nach einem Schlag des Therapeuten wird die Frage: "was habe ich gemacht" einfühlbar. Auf diese Weise ist Realitätstraining möglich.

- Exkurs: Aggressives Ausflippen in Selbsterfahrungsgruppen

Vom Körper wegstehen, seitlich an das Gruppenmitglied herangehen. Flachen, kurzen Schlag auf die untere Rippe, in den Rücken oder in die Magengrube. Dem Gruppenmitglied bleibt zunächst die Luft weg. In diesem Moment klar und deutlich ansprechen. Verbal beruhigen, Realitätstraining.

## VIII. Teil

### Krisenintervention in Grenzsituationen

Beim Bilderleben und imaginativen Übungen können vor allem die folgenden zwei Grenzsituationen auftreten:

- a) sich verselbständigende Bilder
- b) sich fixierende, nicht verschwindende Bilder

Intervention zu a): Der Therapeut soll "zaubern"; suggestiv alle möglichen Dinge herzaubern, die das fliehende Bild zum Stehen bringen. Zum Beispiel in einer Fallkrise alle möglichen Bilder hinzaubern, die aufhalten.

Das Fallen soll nach Möglichkeit aufgehalten werden, ausser bei Fallträumen (diese sind aufzuarbeiten). Bei Gedankenzerreissen und akuter Verwirrtheit nur Realitätstraining.

Grundsatz: Was als Prozess auf dem Hot Seat beginnt, kann in der Regel auf dem Hot seat beendet werden.

### Intervention zu b):

1. Befehl "Augen auf", laut und deutlich. Falls das Bild bleibt, sofort
2. Augen wieder zu (wirkt beruhigend).
3. Körperkontakt aufnehmen, Rapport herstellen ("das kann vorkommen, das geht auch wieder weg"). Patienten an den Rand des Bildes führen und dieses nach Möglichkeit suggestiv in Bewegung versetzen. Realitätstraining. Immer wahnimmanent arbeiten, denn der Wahn ist die Realität des Patienten.

## IX. Teil

### Krisenprävention

(auch Früherkennung von Ausnahmezuständen inkl. Borderline-Patienten)

Wichtigstes Diagnosemittel ist des Therapeuten eigenss Gefühl von Gesundheit. Besonders gefährdete Gruppen in der ambulanten Therapie sind:

a) Mitarbeiter aus dem kirchlichen Bereich: (Diakone, Schwestern, Gemeindeglieder etc.)

Diese haben an sich eine relativ enge, rigide Norm und Lebenshaltung. Ihre Wertstruktur kann leicht gefährdet werden.

b) Polizisten und mittlere Beamte:

Verfügen in der Regel über starre, korrekte Normen, eher rigide Persönlichkeiten, welche schon durch harmlose Übungen leicht gefährdet werden können.

Beide Gruppen sollen nicht mit Gefühlen überschüttet werden, nicht nur der "grosse Lärm" hat therapeutischen Wert.

### 1. Prinzip:

"Don't push the river, it flows by itself" (PERLS)

Der organismischen Reaktion des Patienten folgen ("was ist jetzt")?

### 2. Prinzip:

Keine kognitiven Dissonanzen setzen. Die Gruppen sind so zusammenzustellen, dass keine emotionalen Ausbrüche auf unvorbereitete Leute stossen.

### 3. Prinzip:

Für das Seminar selbst gilt der Prozess des "unfreezing, changing, refreezing" (LEWIN). Ein Seminar muss abgeschlossen, aufgearbeitet und durchbesprochen werden. Kognitives Bilanzziehen am Schluss ist nötig. Keine grosse Schau, sondern sharing und feed-back.

### 4. Prinzip:

IMMER WIEDER SHARING UND FEED-BACK!

Frühmerkmale einer Krise (oft psychotischer Schub)

- a) plötzliche regressive Wünsche, starke Uebertragung auf den Therapeuten. (Wünsche an die Gruppe).
- b) emotionales Ueberschiessen, wie Übergrelles Lachen, panische Angst, Stimmungsschwankungen.
- c) plötzliches Zurückziehen, wie Desinteresse, sich Abpalten, sich Abwenden, sich körperlich aus der Gruppe distanzieren, oder sich körperlich vom Therapeuten abwenden während der Arbeit.
- d) Grimassieren und Knautschen im Gesicht.
- e) Grauslige oder komische Träume.

Intervention in diesem Fall: Arbeit auf einem mittleren Stimulierungsniveau, den Traum Stück für Stück desensibilisieren. Patienten immer wieder in die Realität zurückführen. Realitätstherapie durch Unterscheidungstraining von Phantasie und Realität.

Leitsatz:

Die grossen Auftritte (Schreien und Toben) sind an sich sinnlos und keine gute Therapie, wenn sie nicht einer momentanen Prägnanz im Leben des Klienten entsprechen. Also nie eine Schau abziehen, nie unnötige Provokationen ("don't push the river" ...).

Allgemeine Diskussion, verschiedene Diskussionspunkte

Nach der Arbeit in einer Gruppe, mit einem Einzelnen, empfiehlt sich vorerst sharing und erst anschliessend feed-back.

Das sharing ermöglicht den einzelnen Gruppenteilnehmern, ihre eigenen Anteile einzubringen ohne diese in pseudo-feed-back zu verpacken.

Das feed-back als solches soll nicht nur darstellend (vergleiche Gruppendynamik) sondern therapeutisch, dh. deutend und interpretierend sein.

Die Aufarbeitung in der Gruppe erfolgt demnach nach dem Muster sharing, anschliessend feed-back, anschliessend Analyse, anschliessend Deutung.

Eine Rückfrage beim Klienten, wenn der Therapeut etwas nicht verstanden hat, ist durchaus zulässig und therapeutisch richtig.

Körperarbeit: Bei Körperarbeit soll zunächst ein Impuls gesetzt werden. Dieser kann kurz einwirken und anschliessend wiederholt werden. Impuls setzen bedeutet nie Schmerz setzen. PETZOLD geht von dem aus, was er sieht, was er mit den Händen fühlt. (Keine bioenergetische Aura). Dieser Impuls kann von einer Person (Therapeut) gesetzt werden, falls der Klient mit einer Person (Vater, Mutter, Freund etc.) arbeitet und soll von der ganzen Gruppe gesetzt werden, wenn der Klient Sozietät meint.

PETZOLD selbst arbeitet in der Körpertherapie auf einem mittleren Stimulierungsniveau.

Funktionale Körperarbeit (Entspannung, Atemtherapie etc.) ist nützlich zum Einstieg in die Therapie, bringt aber keinen bleibenden Erfolg.

Integrale Körperarbeit ermöglicht dem Patienten die Entdeckung der Grundlage seiner Verspannung und bietet Raum für neue Lernmuster durch Umlernen.

Integrative Therapie will nicht zudecken, sondern neue Lernprozesse ermöglichen. Die alten Engramme werden nicht gelöscht, sondern durch neue ergänzt.

Körpergedächtnis (nach REICH): Die Engrammierung geschieht ausschliesslich kortikal, ev. teilweise spinal. Eine Engrammierung im restlichen Organismus ist nicht nachweisbar!

Muskuläre Verspannungen sind folglich zentral bedingt, ausgelöst und gesteuert, und nicht durch das lokale Körpergedächtnis zu erklären.

Die Reichsche Theorie der Charakterpanzerung kann wohl beibehalten werden, muss aber als zentral gesteuert verstanden werden.

Hyperventilation: Hyperventilation ist eine Art therapeutischer Nebeneffekt und sollte aus diesem Grunde unterbunden werden. Hyperventilation ist ohne therapeutisches Resultat und zudem angstauslösend. Gefährlich ist sie lediglich bei Herz- und Kreislaufstörungen sowie bei Adipösen. Auch Infarktpatienten sollten lediglich durch einen Arzt behandelt werden. Hyperventilation darf nicht als Sauerstoffüberfluss, sondern muss als  $CO_2$ -Defizit verstanden werden, daher ist tiefes Durchatmen kontraindiziert.

Kognitive Kontrolle: Die kognitive Kontrolle des Patienten bleibt in der Regel vorhanden. Diese ist feststellbar durch den Rapport zum Therapeuten. (Durch Ansprechen). Bei Rapportverlust muss dieser durch Körperkontakt des Therapeuten verstärkt werden.

Lachen und Ekel sind an sich potente Gefühle zum Therapieeinstieg, allerdings auch gefährlich, da psychosegefährdend. Sie sind daher als Mittel in der Therapie nicht einzusetzen. Lachen, Depression, Ekel und Psychosegefühle wirken zudem in Gruppen ansteckend, damit hätte die Gruppe zu viele Protagonisten.

#### Zur Arbeitsmethode:

Die Arbeitsmethode der integrativen Therapie ist das bewusste Setzen von Stimulierungen, die zu starken Emotionen führen.

Der Therapeut und die Gruppe macht diese Erregung in der Regel auch mit. Der Therapeut kann seine Regung zwar dämpfen, aber nicht unterdrücken. In der Gruppe geschieht vikarielles Lernen und Gruppenkatharsis. Alle Gruppenmitglieder vollziehen mit. Dies hat grosse therapeutische Wirkung, weil der Prozess der Problemlösung mitvollzogen wird. Dies führt zum Lernen des Problemlösungsprozesses.

Der Therapeut meistert sein Erregungsniveau durch Selbsterfahrung, selektive Offenheit und partielles Engagement. Therapeutische Intuition bedeutet: Zulassenkönnen von Gefühl ohne von diesem weggeschwemmt zu werden.



Der Therapeut muss seinen Körper und sein Selbst so gut kennen, dass er damit umgehen kann. Therapeuten, die ausschliesslich Therapie machen und sich nicht selbst entlasten, werden langsam zit.: "sanft bescheuert".

Ausbildung in Gestaltpsychotherapie:

Die Ausbildung ermöglicht Gestalterbeit, jedoch keine gezielte Körperarbeit, ebenfalls nicht konfliktorientierte, sondern bestenfalls unterstützend funktionale Ausübung von Thymporaxis Bioenergetik, oder Atemtherapie, erfordert eine eigene spezifische Ausbildung.

J. Ramm  
April 1977