

GraduierungsArbeiten

zur "Integrativen Therapie" und ihren Methoden

Aus der Europäischen Akademie für biopsychosoziale Gesundheit,
Naturtherapien und Kreativitätsförderung
sowie dem "Fritz Perls Institut für Integrative Therapie"

02 / 2008

„Integrative Therapie in der Nachsorge psychiatrischer Patienten nach Behandlung in einer allgemein- psychiatrischen Tagesklinik“ *

eingereicht von *Waltraud Etse*

Herausgegeben durch den Prüfungsausschuss der Europäischen Akademie für biopsychosoziale Gesundheit,
Naturtherapien und Kreativitätsförderung von Univ.-Prof. Dr. mult. Hilarion G. Petzold,
Dr.med. Susanne Orth-Petzold, Dipl.-Sup., Prof. Dr. Johanna Sieper

© FPI-Publikationen, Verlag Petzold + Sieper Hückeswagen.
Redaktion: Prof. Dr. phil. Johanna Sieper, Wefelsen 5, D - 42499 Hückeswagen
e-mail: Forschung.EAG@t-online.de

Copyrightinweis: Mit der Veröffentlichung gehen sämtliche Verlagsrechte, insbesondere das der Übersetzung, an die FPI-Publikationen, D-40237 Düsseldorf. Auch der Auszugsweise Nachdruck bedarf der schriftlichen Genehmigung.

* Aus der „Europäischen Akademie für biopsychosoziale Gesundheit“ (EAG), staatlich anerkannte Einrichtung der beruflichen Weiterbildung, Hückeswagen (Leitung: Univ.-Prof. Dr. mult. Hilarion G. Petzold, Prof. Dr. phil. Johanna Sieper, Mail: forschung@integrativ.eag-fpi.de, oder: info@eag-fpi.de, Information: <http://www.eag-fpi.com>). Teilnehmerin der EAG-Weiterbildung zur ‚Integrativen Psychotherapeutin‘.

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	4
1. Einleitung	5
1.1 Vorstellung der Tagesklinik	6
1.2. Konzept der Tagesklinik mit Zielsetzung	7
1.3. Voraussetzung für eine tagesklinische Behandlung	7
1.4. Zugang-/Aufnahmemodus	8
1.5. Zielgruppe	8
1.6. Behandlung und Behandlungsbausteine	8
1.6.1. Diagnostik	9
1.6.2. Milieu-, Ergo-, Bewegungstherapie:	9
1.6.3. Pharmakotherapie:	9
1.6.3. Psychotherapie:	9
1.6.4. Sozialarbeit:	10
1.6.5. Öffnungszeiten – und Krisenbereitschaft nach Dienstschluss:	10
1.6.5. Kooperationen, Vernetzung, Perspektiven:	10
2. Soziotherapie – allgemeine Erklärung	11
2.1. Soziotherapie – als methodischer Ansatz in der Integrativen Therapie	12
2.2. Die Integrative Therapie:	13
2.3. Modell der Persönlichkeit und Identität in der Integrativen Therapie:	15
2.3.1 Die fünf Säulen der Identität in der Integrativen Therapie:	20
2.4. Die anthropologische Grundformel in der Integrativen Therapie:	21
2.5. Die phänomenologische Zugangsweise:	22
2.6. Die Hermeneutische Zugangsweise:	23

2.7	Das Ko-respondenzmodell in der Integrativen Therapie:	24
2.8.	Menschliche Grundfähigkeiten im Heilungsprozess:	25
2.8.1.	Die „vier Wege der Heilung“ in der Integrativen Therapie	27
3.Praxisbeispiel einer Nachsorge-Gruppe nach Behandlung in einer allgemeinpsychiatrischen Tagesklinik der Rheinischen Kliniken Essen unter Anwendung des 3. und 4. Weges der Heilung der Integrativen Therapie im Rahmen der Graduierungsarbeit	29
3.1	Vorbemerkung	29
3.2.	Meine Vorstellung, mein Ansatz, meine Haltung und Prägung bzgl. der	29
3.3.	Methoden – Techniken – Medien der Integrativen Therapie	30
3.3.1.	Gruppentherapie-Setting	31
3.3.2.	Zusammensetzung der Gruppe mit Info an die Teilnehmer	32
3.3.3.	Auswahl der Patienten der Gruppe mit Erkrankungsbild und Dauer der Behandlung während des tagesklinischen Aufenthaltes	32
3.4.	Fragebogen an Patienten der Nachsorgegruppe bzgl. Beweggründe, Wünsche, Bedürfnisse und Vorstellungen an mich gerichtet, bzw. an die Gruppe sowie Bewertung über den tagesklinischen Aufenthalt mit den bisherigen Erfahrungen und Auswirkungen	34
3.4.1.	Rückmeldungen über Fragebogen von Seiten der Patienten der Nachsorge- Gruppe	34
3.5.	Themen der Gruppe - die sich chronologisch aus dem Gruppenverlauf entwickelt haben	37
3.5.1.	Zwischenbemerkung:	39
3.6.	Fragebogen während meiner Urlaubszeit (Patienten trafen sich privat 1 x wöchentlich) mit der Fragestellung: Rückblicke – Ausblicke im Sinne einer Zwischenbilanz	39
3.6.1.	Rückmeldungen des Fragebogens	40
3.7.	Eingesetzte Techniken – Fallbeispiele	42
3.7.1.	Das Lebenspanorama	42
3.7.2.	6. Pat. Frau T. - Lebenspanorama	44
3.7.2.1.	Vorstellung des Lebenspanoramas	44

3.7.3.	8. Pat. Herr W. – Lebenspanorama	45
3.7.3.1.	Vorstellung des Lebenspanoramas	46
3.7.4.	3. Pat. Frau P. - Ressourcen-Analyse	47
3.7.5.	Pat. 2 Herr B. – Lebenspanorama	47
3.7.5.1.	Vorstellung des Lebenspanoramas	47
3.7.6.	4. Pat. Herr P. – Lebenspanorama	48
3.7.6.1	Vorstellung des Lebenspanoramas	49
3.7.7.	5. Pat. Herr Sch. – Lebenspanorama	50
3.7.7.1.	Vorstellung des Lebenspanoramas	50
3.7.8.	7. Pat. Frau R. – Lebenspanorama	51
3.7.8.1.	Vorstellung des Lebenspanoramas	51
3.7.9.	Intermediär-Objekte - Übergangs-Objekt	52
3.7.9.1.	Praxisbeispiel eines Intermediär-Objektes – Übergangsobjektes	52
3.8.	Aus dem Manual zum „Skill-Training“ n. M. Linehan	52
3.8.1.	Anleitungen zur Selbsthilfe - Selbstberuhigung -	53
3.8.1.1.	Rückmeldung über Übungsbogen	53
3.8.2.	Sharing - emotionale Mitteilung - Austausch - durch wechselseitiges Berührtsein	54
3.8.3.	Abschluss-Ritual der Gruppe am Gruppenende	55
3.8.3.1.	Fragen im Abschiedsritual	55
3.8.3.2	Rückmeldungen zum Abschiedsritual	55
3.9.	Fragebogen bezogen auf den 3. und 4. Weg der Heilung sowie der 5 Säulen der Identität der Integrativen Therapie in prozentualer Rangfolge	58
3.9.1.	Auswertung des Fragebogens in % - Anfang/Ende -	61
3.9.2.	Bemerkenswertes bzw. Dynamiken während der Gruppenzeit	74
3.9.3.	Bemerkenswerte Rückmeldungen nach Gruppenende	77
3.9.4.	Legende	78
3.10.	Abschlussgedicht am Abschiedsabend	78
3.11.	Abschlußbemerkungen	80
3.12.	Persönliches Nachwort	81
3.13.	Zusammenfassung /Summary	82
4.	Literaturangabe	83
Abstract...	87

Vorwort

Als ich im Januar 2005 meine Arbeit als Krankenschwester in der Tagesklinik mit der am FPI absolvierten soziotherapeutischen Zusatzausbildung aufnahm, bestand meinerseits die Hoffnung, dass ich Elemente aus der Integrativen Therapie im Rahmen der Gesprächsgruppe, im sozialen Kompetenztraining und im weiteren in einer Nachsorge-Gruppe einbringen könnte.

Dass ich es dann einsetzen konnte verdanke ich den damaligen Oberärzten, Herrn Dr. med. Hashemi und Herrn Dr. med. Nyhuis, der Klinikleitung, dem damaligen Klinikdirektor, Herrn Prof. Dr. med. Gastpar, der Pflegedirektorin Frau Pohl und der Stationsleitung, Frau Schlebusch sowie dem Team der Tagesklinik.

Hinzu kam im Laufe der Behandlungszeit die Beobachtung, dass zu entlassende Patienten oftmals lange Wartezeiten (½ bis 1 Jahr) in Kauf nehmen müssen, bis sie eine ambulante therapeutische Weiterbehandlung in Anspruch nehmen können, sodass für diese Patienten nicht genügend Unterstützung - auch durch ihr Lebensumfeld - besteht und dieses dann zu Schwierigkeiten mit dem Alltag bis hin zu kritischen Situationen führt.

Des Weiteren erhielt das Behandlungsteam von Seiten der Patienten die Anfrage nach einer Nachsorge-Gruppe, sodass ich mit meiner Überlegung, eine Nachsorge-Gruppe für meine noch ausstehende Graduierungsarbeit am FPI zu nutzen, offene Türen hatte.

Im Laufe der Zeit setzte ich dann in Gesprächsgruppen, im sozialen Kompetenztraining in Form des Rollenspiels (i .S. Moreno) und in Bezugs-Einzel-Gesprächen Elemente aus der Integrativen Therapie (5 Säulen der Identität, Lebensspanorama – Ressourcen-Analyse, Übergangs-Objekte als trostpendende Möglichkeiten) ein.

Nach Durch- und Absprache mit dem o.g. Behandlungsteam der Tagesklinik sowie später mit der Klinikleitung begann ich ab April 2006 mit der Nachsorge-Gruppe mit zunächst - angedachten 10 Patienten - schließlich mit 8 Patienten, die 1 x in der Woche in der Zeit von 17.00 bis 18.30 bis Dezember 2006 stattfand.

1. Einleitung

Meine Vorstellung für das Nachsorge-Gruppen-Angebot ist natürlich geprägt durch meine Aus- bzw. Weiterbildung am FPI und der Integrativen Therapie nach Petzold, die durch die **anthropologische Grundformel** eine sehr komplexe Sicht vom Individuum und der Welt entwickelt hat und wie folgt lautet:

„Der Mensch ist ein Körper-Seele-Geist-Wesen in einem sozialen und ökologischen Kontext und Kontinuum“

und:

„Der Mensch ist Leib-Subjekt in der Lebenswelt“ – siehe Anhang (S. 22) – **Anthropologische Grundformel** der Integrativen Therapie.

Diese mehrspektivische Sichtweise hat für den therapeutischen Prozess zur Folge, dass das Therapieverständnis weit gefasst ist. Neben dem Ziel der Heilung hat es das Ziel der Bewältigung (Coping) bei irreversiblen Schäden oder Belastungen und das Ziel der Stütze (Support) in Problemsituationen oder bei Schwierigkeiten in der Lebensführung, die Entwicklung der Persönlichkeit zu fördern; dieses auch im Sinne eines gesundheitsbewußten und gesundheitsaktiven Lebensstils mit **Einbeziehung der kreativen Potentiale eines jeden Menschen**.

Demzufolge steht in dem von mir genannten **3. und 4. Weg der Heilung die Erlebnisaktivierung und Persönlichkeitsentfaltung (3. Weg) und die Solidaritäts-Erfahrung und Engagement (4. Weg)** im Vordergrund.

Die Integrative Therapie hat im Bereich der Soziotherapie ein theoretisch konzeptionelles und methodisch praktisches Angebot, auf das ich situationsgemäß zurückgreifen kann.

Persönlich bin ich im Rahmen meiner Aus- und Weiterbildung in Integrativer Soziotherapie am FPI diesem vielfältigen Angebot begegnet, habe an Körper-Seele-Geist erfahren können, „was die Methode durch die Methode“ vermittelt und konnte begreifen und verstehen im Sinne der hermeneutischen Erkenntnisspirale: **Der hermeneutische Prozess über das Wahrnehmen – Erfassen – Verstehen und Erklären**.

Diese an-, aufregende und erkenntnisfördernde Ausbildung und die **meta-hermeneutischen Betrachtungsweisen** haben mich geprägt und in mir neue Fähigkeiten geweckt – mich aber auch im wirklichen Sinne begeistert – sodass ich mit dieser Graduierungsarbeit einen Einblick geben und somit das gute Erfahrungswissen in meiner Arbeit am Patienten sprechen lassen möchte.

Das bedeutet für mich, dass ich bereits schon im Aufnahmegespräch versuche, neben dem Aufbau

- **einer ko-respondierenden Beziehung** (durch Austausch und Sich-in-Beziehung setzen - Gewährwerden des Anderen in seiner Eigenständigkeit) und
- der **mehr-perspektivistischen Sicht**, dem Erfassen des Patienten in seinem Lebenskontext, seiner Lebensgeschichte und seinem kultur-historischen Hintergrund (dabei sind die **5 Säulen der Identität** zum Erfassen der Identitätsbereiche wertvoll)

dem Patienten mit **einer selektiven Offenheit und Intersubjektivität** zu begegnen (d.h. sich als partnerschaftliches Gegenüber klar und eindeutig zu präsentieren – aber auch in der Haltung, dass der Andere seine Freiheit, seine Individualität und Selbstverantwortlichkeit hat).

Dabei greife ich auf **die hermeneutische Erkenntnisspirale** zurück (Petzold 1992a, S 625) vom szenischen Wahrnehmen und Erfassen bis hin zum Erkennen, Verstehen und Erklären.

Ganz besonders aber wird dazu in der Integrativen Therapie das Augenmerk auf **die Potentiale, Fähigkeiten und Ressourcen** des Patienten gelenkt, den Stärken und Kraftquellen eines Menschen, die für den therapeutischen Prozess und darüber hinaus von großer Wichtigkeit sind.

Dieses möchte ich u.a. in meiner Graduierungsarbeit besonders zum Ausdruck bringen, da es in der Arbeit und im klinischen Umgang am Patienten für mich immer wieder deutlich wurde, wie wichtig neben dem Aufbau einer tragfähigen Beziehung, dem Wissen der Erkrankung und dem Umgang damit der Blick auf die noch vorhandenen, oder vernachlässigten, vergessenen bzw. noch nicht entdeckten Fähigkeiten ist. Die tragfähige Beziehung ist nicht nur energiegebend, sondern baut den Selbstwert und das Selbstbewusstsein (Ich-Stärkung) auf und fördert gleichzeitig die Offenheit, in Kontakt zu gehen und somit die Kommunikation.

Abschließend möchte ich in diesem Zusammenhang ganz besonders meinem Lehrtherapeuten im 3. Ausbildungsjahr - Dr. Waldemar Schuch - meinem Lehrtherapeuten in der Lehreinzelnalyse (bei dem ich mich „bedingungslos angenommen und akzeptiert fühlte i. S. Rogers) - Dr. Hans G. Feindt - und Ilse Orth - Supervisorin während der Supervisionsgruppe, Dank aussprechen, die mir die Methode in so einprägsamer, kompetenter und menschlicher Weise nahe gebracht haben.

1.1 Vorstellung der Tagesklinik

Die Eröffnung der „allgemeinpsychiatrischen Tagesklinik“ der Rheinischen Kliniken in Essen im Oktober 2004 und die tagesklinische Behandlung sollten eine Alternative zur vollstationären Therapie werden, wenn ambulante Therapie (z.B. Hausarzt, Nervenarzt, psychologischer Psychotherapeut) nicht mehr ausreicht und intensivere Therapieangebote

notwendig werden, jedoch der tägliche Kontakt eines psychisch Kranken zu seinen Angehörigen und zu seinem sozialen Umfeld erhalten bleiben soll.

Wesentliche Vorteile einer tagesklinischen Behandlung liegen in der Möglichkeit, an der gegenwärtigen Lebenssituation des Patienten anzusetzen, Bindungen und soziale Kontakte zu erhalten und natürlich auch eine Kostenreduktion zu erzielen.

Die Tagesklinik bietet sowohl in diagnostischer wie auch therapeutischer Hinsicht vergleichbare Leistungen wie die vollstationäre Behandlung an (Pharmakotherapie, Psychotherapie, Soziotherapie sowie die üblichen medizinischen Leistungen wie Laboruntersuchungen, EKG, EEG, Röntgen u.s.w.).

Die allgemeinpsychiatrische Tagesklinik der Rheinischen Kliniken Essen verfügt über 18 Behandlungsplätze.

Die Tagesklinik ist eine 7-Tage-Tagesklinik.

1.2. Konzept der Tagesklinik mit Zielsetzung

Das Behandlungskonzept stützt sich auf das sog. Vulnerabilitäts-Stress-Modell. Demnach kann sich auf dem Boden genetischer, neurobiologischer und lebensgeschichtlicher innerer und äußerer Faktoren (somatische und psychische Entwicklungsschäden) eine sog. Vulnerabilität entwickeln.

Wenn auf eine verletzte (vulnerable Person) innere und äußere Belastungen (seelisch/sozialsomatisch) treffen, können diese akuten oder chronischen Stress auslösen. Bei nicht ausreichender Unterstützung und mangelnden Stressbewältigungsmöglichkeiten können in deren Folge psychopathologische Phänomene als Krankheitssymptome auftreten. Diese wiederum haben im Sinne einer Wechselwirkung Auswirkungen auf die Gesundheit, das Bewältigungsverhalten und die soziale wie berufliche Lebenssituation eines Menschen.

Patientinnen/Patienten sollen gefördert werden, die eigene Erkrankung und deren Folgen sowie die Bedeutung von Behandlung zu verstehen. Früh-Symptome und krankheitsauslösende Faktoren sollen erkannt werden und es soll die Fähigkeit zur Bewältigung aktueller Lebensprobleme wiedererlangt oder bestärkt bzw. ausgebildet werden.

1.3. Voraussetzung für eine tagesklinische Behandlung

Die Patienten sollten in einer gesicherten Wohnsituation leben und auf ein noch ausreichend verfügbares Netz an sozialer Bindung und Unterstützung zurückgreifen können. Patienten sollten des Weiteren in der Lage sein, selbstständig oder mit Hilfe Angehöriger die Tagesklinik zu erreichen.

Die Therapie besteht aus einer komplexen, mehrdimensionalen Behandlung an 5 Werktagen mit täglich 8 Stunden und zusätzlich am Wochenende mit 3 - 4 Stunden.

Die Abend- und Nachtstunden, wie die meiste Zeit der Wochenenden verbringen die Patienten in ihrer gewohnten Umgebung.

1.4. Zugang-/Aufnahmemodus

Der Zugang erfolgt über Zuweisung von niedergelassenen Vertragsärzten über die klinikeigene Instituts-Ambulanz oder über die vollstationären Bereiche der Rheinischen Kliniken Essen.

Vor der tagesklinischen Aufnahme wird ein Informations-Gespräch innerhalb der Tagesklinik durchgeführt.

Die Aufnahme erfolgt in der Regel nach folgenden Verlaufsmerkmalen:

Als Direktaufnahme ohne vorangegangene vollstationäre Behandlung von niedergelassenen Ärzten, oder als Aufnahme nach vorangegangenem längerem vollstationärem Aufenthalt zur weiteren Vorbereitung und Ermöglichung einer anschließenden ambulanten Weiterbehandlung oder Rehabilitation sowie als Aufnahme aus einer anderen psychiatrischen Klinik nach vollstationärer Behandlung.

1.5. Zielgruppe

Zielgruppe sind Menschen mit psychischen Erkrankungen aus der Gruppe affektiver Störungen, Angst-, Zwangs- und somatoforme Störungen, der Psychosen des schizophrenen Formenkreises und der Persönlichkeits-Störungen.

1.6. Behandlung und Behandlungsbausteine

Durch eine adäquate Behandlung soll versucht werden, die psychobiologische Vulnerabilität, die aufgetretene Symptomatik, die eingetretenen psycho-sozialen Einschränkungen und Behinderungen durch milieutherapeutische, psychopharmakologische, psychotherapeutische und psychosoziale Maßnahmen zu heilen oder zu lindern.

Familienangehörige und andere wichtige Bezugspersonen - wenn gewünscht - sollen darin unterstützt werden, den Genesungsprozess zu begleiten und die Wiedereingliederung zu erleichtern.

1.6.1. Diagnostik

Zur Diagnostik gehört:

- die Erfassung der aktuellen Problematik und der Lebenssituation
- die Erhebung der biographischen Anamnese
- die Erhebung der psychiatrischen und somatischen Krankheitsvorgeschichte einschl. selbst- und/oder fremdgefährdender Aspekte
- die Erhebung des psychischen Befundes
- Labor- und andere technische Befunde sowie
- ggf. psychologische Testdiagnostik.

1.6.2. Milieu-, Ergo-, Bewegungstherapie:

- Tägliche medizinisch-klinische Diagnostik (Morgenrunde, Gruppen-/Einzelvisite mit wöchentlicher Oberarztvisite)
- Bezugspflege
- Bewegungstherapie
- Entspannungstraining (musikal.- und Jacobson Entspannung)
- Individuell ausgewählte Ergotherapie sowie Ergotherapie-Projektarbeit
- Soziales Kompetenztraining
- Kognitives Training (Cogpack)
- Gemeinsames Kaffeetrinken
- Hausdienste
- Stationsversammlung

1.6.3. Pharmakotherapie:

- Pharmakotherapie
- Medikamentenvisite

1.6.3. Psychotherapie:

- Psychoedukative Gruppenarbeit zum Verständnis und zur Bewältigung der Erkrankung
- Skill-Module nach Bedarf (nach M. Linehan)
- Soziales Kompetenztraining
- Kognitiv-behaviorale Therapie therapieresistenter Symptomatik

- Angehörigengespräche
- Integrative Einzelgespräche mit psychoedukativen, verhaltenstherapeutischen, klientenorientierten psychodynamischen Elementen

1.6.4. Sozialarbeit:

- Sozialarbeiterische Unterstützung in den Bereichen Wohnen,
- Finanzielles,
- Umgang mit Behörden,
- Ausbildung,
- Arbeit und Beschäftigung,
- Wiedereingliederung am Arbeitsplatz,
- Angehörigenberatung und
- ein Hausbesuch zum unmittelbaren Kennenlernen des Lebensumfeldes sind obligatorische Bestandteile des Konzeptes.

1.6.5. Öffnungszeiten – und Krisenbereitschaft nach Dienstschluss:

Da sich ein Teil der Patienten bei der Aufnahme noch in einem instabilen psychischen Zustand mit der Gefahr einer weiteren Dekompensation befindet, wurden die Öffnungszeiten um das Wochenende erweitert.

Die Öffnungszeiten sind von:

Montag bis Freitag von 8.00 bis 16.00 Uhr und an den
Wochenenden von 9.30 bis 13.30 Uhr

Sollte es außerhalb der Tagesklinik-Öffnungszeiten zu akuten und unmittelbar behandlungsbedürftigen Krisen kommen, besteht für Patientinnen und Patienten das Angebot des ärztlichen Bereitschaftsdienstes der Rheinischen Kliniken Essen.

1.6.5. Kooperationen, Vernetzung, Perspektiven:

Die allgemeinspsychiatrische Tagesklinik arbeitet eng zusammen mit niedergelassenen Ärzten und psychologischen Psychotherapeuten, dem Gesundheitsamt (sozialpsychiatrischer Dienst), ambulanten sozial-psychiatrischen Diensten z. B. (Essener Kontakte) und rehabilitativen Einrichtungen z. B. (Übergangsheim Laarmannstraße) und sonstigen Trägern von Versorgungseinrichtungen psychisch kranker Menschen der Stadt Essen.

Die allgemeinspsychiatrische Tagesklinik versteht sich als Institution der Rheinischen Kliniken Essen, die ihrerseits in die Arbeit des Universitätsklinikums Essen integriert ist.

Als universitäre Einrichtung ist die allgemeinspsychiatrische Tagesklinik nicht nur um die Versorgung der Patienten nach dem v. g. Konzept bemüht, sondern setzt darüber hinaus wissenschaftliche Erkenntnisse zeitnah in die Praxis um. Zudem ist es Aufgabe, durch wissenschaftliche Untersuchungen und kontinuierliche Evaluation der eigenen Arbeit selbst zur Verbesserung der Versorgung von psychisch erkrankten Menschen beizutragen.

Patienten kehren nach der tagesklinischen Behandlung zu einem Teil auf den Arbeitsmarkt zurück oder in Arbeits-Maßnahmen der Agentur für Arbeit, zu einem anderen Teil werden Patienten in rehabilitative Einrichtungen vermittelt und/oder in Übergangsheimen zur weiteren Stabilisierung untergebracht.

Nach dem tagesklinischen Aufenthalt besteht für die entlassenen Patienten an den ersten vier Freitagen nach der Entlassung die Möglichkeit, an einem gemeinsamen Kaffeetrinken mit noch vertrauten Mitpatienten teilzunehmen, welches von Team-Mitarbeitern begleitet wird.

2. Soziotherapie – allgemeine Erklärung

Zur Definition: Soziotherapie ist eine nervenärztlich/psychiatrisch verordnete Unterstützung und Handlungsanleitung für chronisch-psychisch Kranke zur Überwindung krankheitsspezifischer Defizite und daraus entstehender Beeinträchtigungen im sozialen Umfeld.

Soziotherapie soll psychisch Kranke dazu befähigen, in möglichst kurzer Zeit von fremder Hilfe unabhängig zu werden.

Der Gesetzgeber hatte schon früh erkannt, dass psychisch Kranke einer besonderen Behandlung bedürfen. Die Expertenkommission des Bundesgesundheitsministeriums hatte schon 1988 die charakteristischen Problembereiche chronisch psychisch Kranker dargelegt.

Diese bestehen in Kontaktstörungen, dem Verlust sozialer Bezüge, der reduzierten Fähigkeit, den Lebensalltag eigenständig zu bewältigen, in Einschränkung der Erwerbsfähigkeit, inadäquatem Hilfesuchverhalten und in sozialer Isolation mit nachfolgenden Rückfällen.

Daraufhin wurde 1989 durch das Gesundheitsreformgesetz im § 27 Abs. 1 SGB V festgelegt, dass dem besonderen Bedürfnis psychisch Kranker Rechnung zu tragen sei, insbesondere bei der Versorgung mit medizinischer Rehabilitation.

Erst im Jahre 2000 kam es zur Einführung des § 37 a SGB V – Soziotherapie – nachdem ein Modellprojekt über 4 Jahre vorausgegangen war, das die Wirksamkeit soziotherapeutischer Maßnahmen aufnahm.

Der Gesetzgeber will mit dieser Neueinführung des § 37 a zwei Dinge erreichen:

1. Den Übergang von der medizinischen Behandlung zur Reintegration verbessern und
2. zur Kostensenkung durch direkte Zuführung geeigneter Behandlungsformen beitragen.

2.1. Soziotherapie – als methodischer Ansatz in der Integrativen Therapie

Definition: Soziotherapie und psychosoziale Beratung wird verstanden als theoriegeleitete, planvolle Arbeit mit Menschen in sozialen Systemen und die Beeinflussung solcher Systeme und Kontexte auf der Mikro- (unmittelbarer persönlicher Bereich) und Mesoebene (das Milieu mit seinen Werten und Normen, die soziale Lage mit ihren beruflichen Perspektiven) durch Interventionsmethoden, die Problemsituationen strukturieren.

Damit sollen die sozialen Fähigkeiten (Kompetenzen) und Fertigkeiten (Performanzen) von Einzelnen und Gruppen für den Umgang mit der persönlichen und gemeinschaftlichen Lebenswirklichkeit im Sinne ihrer Bewältigung, aber auch ihrer Gestaltung gefördert und die Möglichkeiten zu solidarischem Handeln und der Ko-kreativität entwickelt werden.

Auf diese Weise ist es möglich, Institutionen und soziale Felder zu verändern und die in diesem lebenden bzw. arbeitenden Menschen zum Engagement für die eigene Sache, für psychosoziale Gesundheit und eine humane Lebensqualität zu motivieren.

Um diese Zielsetzungen zu erreichen, wird ein breites, multitheoretisch begründetes Modell psychosozialer Interventionen erforderlich, in dem verschiedene, erprobte, methodische Ansätze beratender und therapeutischer Arbeit integriert werden (Petzold1968a, S. 51).

Die Definition ist aus heutiger Sicht ergänzt:

„**Integrative Soziotherapie** (Gestaltsoziotherapie) und eine **integrierte psychosoziale Beratung** (Gestaltberatung) bezieht sich dabei auf den metatheoretischen und theoretischen Fundus der Integrativen Therapie und ihren Quellen sowie auf die ganze Breite ihrer Praxeologie (Prozeßtheorie, Interventionslehre) und Methodenvielfalt (psychodramatisches Rollenspiel, kreative Medien), die durch spezifische Formen der sozialen Interventionen (Netzwerkarbeit, Ressourcen- und Supportmanagement, Copinghilfen etc.) erweitert werden“.

Ursprünglich wurde der Ansatz aus der Arbeit mit Gastarbeitern und Randgruppen entwickelt „und lässt sich für jedwede Arbeit mit belasteten, überlasteten Populationen verwenden“ (Petzold, Petzold Chr. 1993a, S.459).

Aus ihren praktischen Ansätzen heraus richtet sich die Soziotherapie meist auf bestimmte Gruppen von belasteten Menschen und hat für sie ein bestimmtes Instrumentarium an Interventionen entwickelt mit dem Ziel, „integrierte soziale Bezüge, Gewinn von tragfähigen sozialen Netzwerken, Freundschaften, Familien und vielfältigen `social worlds` sowie die Reduktion von Entfremdung und die Steigerung von `social awarness` (zentriert/bewusst) und `consciousness`, aufzubauen wobei `Netzwerktherapie, Soziodrama, Familientherapie, Selbsthilfegruppen, Wohngemeinschaften, Projektarbeit` als methodische Wege verwendet werden“ (Petzold, Petzold Chr. 1993a, S. 459).

Wegen der großen Breite des soziotherapeutischen Berufsfeldes ist das Spektrum der Ausbildungsinhalte nur schwer zu begrenzen. Feldspezifische Spezialkompetenzen zu vermitteln, würde an der Vielfalt des Aufgabengebietes scheitern.

So zentriert sich die soziotherapeutische Ausbildung in der Entwicklung der personalen Kompetenz und Performanz: der Selbstwahrnehmung, der Kenntnis des eignen biographischen Hintergrundes, dem Wissen um die eigenen Potentiale und Defizite, Stärken und Schwächen. Weiterhin sind soziale Kompetenzen und Performanzen wesentlich: die Förderung einer präzisen, sozialen Wahrnehmung, kommunikativer Skills, der Fähigkeiten, soziale Situationen zu handhaben. Es wird Wert auf das Erkennen interaktiver Prozesse in Einzel- und Gruppenarbeit gelegt und auf die Fähigkeit, mit derartigen Prozessen umzugehen.

Die professionelle Kompetenz und Performanz muss einen allgemeinen sozialwissenschaftlichen, psychotherapeutischen und soziotherapeutisch-interventiven Fundus umfassen, der für eine Vielfalt von Feldbezügen umsetzbar ist.

Soziotherapeuten arbeiten als Berater, Projekt- und Gruppenleiter im Grenzbe-
reich von Psychotherapie, in Sozialarbeit, Erwachsenenbildung, Heil- und Sonderpädagogik, Rehabilitation und Randgruppen in Kliniken, Heimen, sozialen und pädagogischen Institutionen.

2.2. Die Integrative Therapie

Der Name für diese Therapieform – das therapeutische Verfahren der Integrativen Therapie – wurde Ende der 60 Jahre von **Hilarion Petzold** entwickelt und geprägt. Es kamen im weiteren Verlauf noch **Hildegund Heintz** und **Johanna Sieper** hinzu.

Die staatlich anerkannte Einrichtung der Weiterbildung **EAG (Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit und Kreativitätsförderung)** in der Trägerschaft des „**Fritz Perls Institut**“ (FPI, gegründet 1972 – aus dem die Akademie hervorging) bekam 1982 durch das Land Nordrhein-Westfalen die staatliche Anerkennung.

2007 konnte die „europäische Akademie für soziale Gesundheit (EAG) auf ein **25jähriges Bestehen** zurückblicken.

„Der Integrative Ansatz ist keine Kombination oder Aneinanderreihung therapeutischer Verfahren und Methoden, sondern er sucht in diesen nach spezifischen und allgemeinen Wirkmomenten und Konzepten, um auf dieser Grundlage eigenständige, schulenübergreifende Theoriekonzepte und Praxisstrategien zu entwickeln, in denen die besten Elemente der traditionellen Schulen – sich wechselseitig ergänzend – einbezogen sind und aus dieser Synergie eine neue, **mehrperspektivistische Sicht** und ein neuer Weg der Behandlung entstehen kann: **Integrative Therapie** (Petzold 1991a, S. 91 - 151)“.

Sie bietet langfristige Weiterbildungen – Aufbau- und Ergänzungs-Studiengänge auf universitärem und postgraduaem Niveau – z. T. in Kooperation mit Universitäten, sowie mittelfristige Weiterbildung und berufliche Fortbildungen.

„Für die Wahl des Namens gibt es historische, theoretische und allgemeinpragmatische Gründe; ich greife auf die Aussage von Dorothea Rahm zurück (Rahm 1993, S.17).

Die historische Begründung: Die Integrative Therapie (IT) basiert auf wesentlichen Konzepten der klassischen Gestalttherapie (Fritz und Lore Perls, Paul Goodman), des Psychodrama (Jacob, Zerka und Florence Moreno) und der Psychoanalyse (insbesondere Sandor Frenzi, Michael Balint und Vlademir Iljine).

Sie erweitert die Ansätze und verbindet sie durch das übergreifende Konzept der Korrespondenz. Dies bedeutet, dass ein Mensch nicht nur zu verstehen und zu behandeln ist, wenn er nicht als ko-existierendes Wesen verstanden und behandelt wird, sondern als Wesen, das immer, auch wenn es allein ist, in Beziehung steht und auf Beziehung angewiesen ist.

Die theoretische Begründung für den Namen liegt außerdem darin, dass wir uns in Theorie und Praxis der Integrativen Therapie mit den verdrängten und abgespaltenen Gefühls- und Erfahrungsbereichen beschäftigen und den vielfältigen Ursachen misslingender Integration nachgehen.

Pragmatisch bedeutet Integration, dass wir unsere Klienten unter verschiedenen Perspektiven sehen (z.B. ihre „innere Dynamik“, ihre Leiblichkeit, ihr soziales Umfeld, ihre Lebensgeschichte) und sie dementsprechend mit unterschiedlichen Methoden behandeln müssen (Rahm u. a., 1993, S.17).

Hilarion Petzold hat die Integrative Therapie Mitte der 60 Jahre **als ganzheitliches therapeutisches Verfahren** begründet, **das die Methoden Psychotherapie, Leibtherapie, Soziotherapie und Arbeit mit kreativen Medien** umfasst. Seitdem wird es von ihm und seinen Mitarbeitern systematisch als methodenübergreifender Ansatz weiter entwickelt. Zum besseren Verständnis möchte ich zitieren, was darunter zu verstehen ist:

„Ausgangspunkt war die Vorstellung, dass der `ganze Mensch` in seinen **leiblichen, emotionalen und kognitiven Realitäten und in seinen sozialen und mikroökologischen Bezügen behandelt werden müsse**, und nicht nur seine `Psyche` - es wird darum auch von einer `Integrativen Therapie` gesprochen“ (Petzold, Sieper, 1993a, S. 17).

„**Als Humantherapie**“ ist sie einer asklepiadischen Therapeutik verpflichtet, d.h. sie versteht sich im Sinne des griechischen „therapeuein“ als Verbindung von Heilkunst, Gesundheitsförderung und Kulturarbeit (Petzold, Sieper, 1993a, S. 18).

Die „**asklepiadische Therapeutik**“, wie sie schon in den Tempelkrankenhäusern der Antike praktiziert wurde, setzt die verschiedenen Zugangsweisen indikations-spezifisch jeweils einzeln, aber auch kombiniert und insgesamt ein, d. h. in differenzieller und ganzheitlicher Art und Weise.

Die an der **Europäischen Akademie** und am **Fritz Perls Institut** angebotenen **Methoden sind dem neuen Integrationsparadigma in der Psychotherapie, der Klinischen Psychologie und Gesundheitspsychologie zugehörig und den Erkenntnissen der Psychotherapieforschung (Baby- und Kleinkindforschung) und den Neurowissenschaften verpflichtet.**

2.3. **Modell der Persönlichkeit und Identität in der Integrativen Therapie:**

In der Integrativen Therapie wird die menschliche Persönlichkeit unter der Perspektive eines „**life-span-development approach**“, einer „**Psychologie der Lebensspanne**“ - als Entwicklung einer Persönlichkeit über die gesamte Lebensspanne - betrachtet.

Die Persönlichkeitstheorie in der Integrativen Therapie umfasst die Dimensionen „**Selbst**“, „**Ich**“ und „**Identität**“ (Petzold 1988, S. 199).
Selbst, Ich und Identität **sind prozessual zu verstehen.**

„**Das Selbst**“ ist Grundlage und Gesamtbereich der Persönlichkeit. Es entwickelt sich von Beginn des Lebens – man kann es sich wie eine Art „Flussbett“ vorstellen, in dem sich viele Einflüsse zu einem Strom vereinigen, so dass er immer wieder etwas Neues und Einzigartiges darstellt“ (Rahm, 1993, S. 93).

Unter dem „Selbst“ wird die umfassende Organisation des Menschen verstanden. Es ist unter anthropologischer Perspektive das reflexive, in gesellschaftliche Prozesse (Zeitgeist, Geschichte) eingebundene Subjekt (Schuch, 2001, S.173).

Das „Leib-Selbst“ wird verstanden als der ursprüngliche Teil der Persönlichkeit. Es ist von Beginn seiner Existenz an Einzelnes und Allgemeines zugleich „Selbst-für-mich-mit-dem-Anderen“. Es schließt die Dimension individueller und kollektiver unbewusster Prozess mit ein. Das ursprüngliche Selbstgefühl entsteht und hat seinen Ort im Inneren des Individuums (Petzold, 1988 S. 303).

Der Körper des Fötus – ausgestattet mit der Fähigkeit wahrzunehmen, Wahrgenommenes zu verarbeiten, zu speichern (Gedächtnis) und auszudrücken, bietet die Grundlage zu Ausbildung **des „archaischen Leib-Selbst“**, das schon im Uterus mit dem Leib der Mutter in Kommunikation steht. Im Zusammenwirken von genetisch vorgegebenen Reifungsschritten und Stimulierungen aus dem Außenfeld unterliegt **das Selbst** der weiteren Entwicklung von Selbstgefühl, Selbstgewissheit, Selbstbestärkung, Selbstwertgefühl bis zur Selbstsorge und Selbstgefährtschaft. Dieses bildet sich insbesondere von Seiten der Mutter oder des Vaters als weitere Dimension der Persönlichkeit zu einem **„Ich“** (Petzold, 1988, S. 31 – 38).

Das **„Ich“** bildet sich im Zusammenwirken von bewusstem Wahrnehmen, Verarbeiten und Handeln auf dem Boden des Leib-Selbst zum **„Ich-Selbst“** heraus. Das **Ich** nimmt das **Selbst** in den Blick, es reflektiert in der Selbstreflexion, es ist auf den Anderen bezogen, identifiziert sich und es entstehen Identifikationen, woraus sich Differenzierungen entwickeln (Schuch, 2001, S. 174).

Die Gesamtheit aller Ich-Funktionen (d.h. Wahrnehmen, Fühlen, Wollen, Denken, Entscheiden, Handeln) führt in die dritte Dimension der Persönlichkeit, der **„Identität“**, wodurch der Übergang vom **archaischen zum reifen „Leib-Selbst“** vollzogen ist.

Im Konzept der Identität, die sich im Zusammenwirken von Leib und Kontext im Zeitkontinuum entwickelt und aus dem Miteinander im sozialen Netzwerk, dem Selbsterleben, dem Sich-selbst-identifizieren zur Selbst-Identifikation wird und zu Zuschreibungen von Außen, ihren Bewertungen und ihren Verinnerlichungen, entsteht, die bis in die konkrete Leiblichkeit hineinwirken, zeigt sich somit die leibhaftig formende Wirkung derartiger Einflüsse für die Persönlichkeit über ein Leben hin. Erkenntlich wird es z. B. durch Rollen, die einem „auf den Leib geschrieben“ wurden, die man „verkörpert hat“.

„Damit wir Identität entwickeln können, müssen „die Anderen“ anerkennen, dass wir „ein Anderer sind“. Ohne diese Bestätigung können wir kein sicheres Gefühl des „Ich-Selber“ entwickeln. Ist die Selbsteinschätzung konträr mit der Einschätzung von Bezugspersonen, kann es zu schweren Störungen und Veränderungen im eignen Entwicklungsprozess führen“ (Rahm, 1993, S. 151).

Selbst ein therapeutischer Prozess, der Verunsicherung auslösen kann und durch Abwehrverhalten und Widerstand durch eine starre Haltung sichtbar wird, auch wenn es eine vom Therapeuten positiv zugeordnete Intervention ist, kann für den Patienten eine Krise auslösen, weil er von „Sich-Selber“ ein anderes, so festes Bild hat. Dieses Bild von „Sich-Selber“, welches ihm Halt gibt und ihn dann so tief verunsichert, ihn haltlos macht mit dem Gefühl, in diesem Moment nicht mehr zu wissen, wer er nun „wirklich“ ist, macht deutlich, dass Identität intersubjektive Prozesse braucht, und damit auch in der Therapie Einflussmöglichkeiten bestehen, die zu Identitätsveränderungen führen.

„Zur Identität eines Menschen gehört auch sein Gewissen, sein **Über-Ich**“.
Durch seine Bezogenheit auf andere übernimmt er Werte und Normen ebenso selbstverständlich und eignet sich diese an, wie alle anderen Beziehungsmuster. Es werden einerseits Werte und Normen vermittelt, die zur sozialen Identität seiner Beziehungsgruppe gehören, die ihn prägen (z.B. Familienkultur, christliche Werte etc.) und die im Kontakt mit der sozialen Umwelt zu neuen Erfahrungen führen, die aber andererseits unterschiedliche Wertemuster aufzeigen, und nun z. B. in der Pubertät entweder übernommen – oder verteidigt – oder bekämpft werden.

Schwieriger wird es, wenn es in einer sozialen Gruppe unterschiedliche Wertestrukturen gibt im Sinne von „gesagten“ und „gehandelten“ Werten“ (Rahm, 1993, S. 154 – 155).

„In der Integrativen Therapie - Persönlichkeitstheorie - wird die Persönlichkeit nicht nur als „Individualität“ gesehen, sondern im Netz der Relationen als **„soziales Atom“** (in Petzold 1992 a, Seite 535). Die entwicklungsbezogene Sicht der Persönlichkeit verlangt, dass **der Mensch als „soziales System“** der - um die radikale Formulierung Morenos zu gebrauchen - ein „soziales Atom“ ist (nicht etwa hat), sich in lebenslanger Entwicklung befindet und seine Netzwerke mit ihm.“

Das bedeutet, dass in der „Integrativen Therapie“ z. B. bei einem Menschen, der in seiner Ko-repondenzfähigkeit eingeschränkt ist, in der Kontaktaufnahme versucht wird, intersubjektiv - d.h. durch wechselseitige Bezogenheit - in Kontakt zu treten mit dem Ziel, in einen heilsamen Ko-respondenzprozess zu kommen und mit ihm gemeinsam die dysfunktionalen Strukturen zu verstehen (Petzold 1990, S. 626).

In der „Integrativen Therapie“ wird das Augenmerk gelenkt auf die Leitfragen:

- Was ist gesund?
- Was ist gestört, was geschädigt?
- Was ist defizient?
- Was ist ungenutzt?

Die Diagnostik am FPI geht von den Phänomenen aus, von dem was im Vordergrund steht, was zunächst im „Hier und Jetzt“ gezeigt wird.

Es wird versucht, nicht zu einer festgeschriebenen Diagnose zu kommen, sondern zum Wahrnehmen, Beschreiben und möglichst ganzheitlichen Erfassen.

Wichtig wird dabei, dass Bewusstsein entsteht und dass Therapeut und Klient zum Beobachter ihrer selbst werden.

Es wird in der Integrativen Therapie davon ausgegangen, dass Diagnostik ein intersubjektiver Prozess ist. Das bedeutet, dass wir den Klienten als Mitsubjekt betrachten und mit ihm gemeinsam diagnostizieren. In diesem „prozessualen Verlauf“ wird sich also einerseits auf den zwischen Klient und Diagnostiker ablaufenden Prozess bezogen, der transparent gemacht wird, zum anderen darauf, dass in jedem gegenwärtigen Geschehen die Vergangenheit und im antizipierenden Sinn auch die Zukunft mit einbezogen wird.

Von der phänomenalen Ebene der ablaufenden Prozesse schließen wir auf sinnhafte Strukturen. Strukturen sind nicht sichtbar, sie müssen hypothetisch erschlossen und überprüft werden.

In der Integrativen Therapie werden Diagnostik und Therapeutik in einem Prozess gesehen (Petzold 1992a, S. 592 – 611).

2.3.1 Die fünf Säulen der Identität in der Integrativen Therapie:

In der Integrativen Therapie orientieren wir uns in der therapeutischen Behandlung an dem Identitätskonzept der fünf Säulen, auf denen die Identität des Menschen ruht:

- 1. Säule – Leiblichkeit:** Gesundheit/Krankheit (z B. Süchte/ Abhängigkeiten) Körperwahrnehmung, Körperbild, Körperausdruck, körperliche Aktivitäten, körperliche Leistungsfähigkeit, Sexualität.
- 2. Säule – Beziehungen/soziales Netz:** Familie, Partner, Freunde, Kollegen, das soziale Netzwerk eines Menschen, in denen er sich in interaktiven Prozessen mit seinem Mitmenschen austauscht, in denen er sich erkennt – und von denen er erkannt wird, dem er zugehört - und sich zugehörig empfindet.
- 3. Säule – Arbeit, Leistung und Freizeit:** Arbeit und Leistung sind nicht nur identitätsbewahrend, sie sind auch eine Bereicherung und dienen der persönlichen Entfaltung und sind somit identitätsfördernd im Sinne von sich selbst verwirklichen – und durch die ich identifiziert werde.
- 4. Säule – Materielle Sicherheit:** Materielle Sicherheit meint die ökonomische Absicherung wie Besitz, Geld, Güter - aber auch das milieu-ökologische Eingebundensein des Menschen wie mein Haus, meine Heimat, mein Verhältnis zur Natur.
- 5. Säule – Wertorientierungen:** Werte und Normen werden gesellschaftlich vermittelt (Religion, Idole etc.). Der Mensch wird durch kulturelle und gesellschaftliche Normen identifizierbar und kann sich mit anderen Menschen über Werte identifizieren; darüber erhält er seine stabile dauerhafte Identität. Sinnleere, Beziehungs- und Orientierungslosigkeit führen zur Bedrohung der Identität (Petzold, 1980 b, S. 234 ff, Kames, S. 367 – 378).

Anhand der Säulen der Identität können wir in der Integrativen Therapie feststellen, wo es in der Identitätsentwicklung zu Schädigungen und Brüchen gekommen ist, aber auch, wo es stabile, sichere Bereiche gibt, auf die wir zurückgreifen können - mit denen wir arbeiten können - wo der Klient/Patient sich selbst stabil erlebt, wo er seine Ressource - Kraftquelle hat.

Ressourcen: Definition 3: „*Ressourcen sind gute Quellen, aus denen die Kreativität schöpft, die einerseits Belastungen und Probleme abpuffern kann, zum anderen aber Grundlage für Potentiale (sie sind mit dieser nicht gleichzusetzen) bietet. Ressourcen stehen der Person oder Personengruppe zur Lebensbewältigung wie auch zur ko-kreativen Lebensgestaltung zur Verfügung*“ (Petzold 1971j, S. 15 in Petzold 1997, S. 441).

2.4. Die anthropologische Grundformel in der Integrativen Therapie:

In der Integrativen Therapie wird in den Aussagen von Petzold auf zwei anthropologische Grundformeln zurückgegriffen:

„Der Mensch ist ein Körper-Seele-Geist-Wesen in einem sozialen und ökologischen Umfeld“, und „der Mensch ist Leib-Subjekt in der Lebenswelt“ (Petzold 1988, S. 185 - 190 f).

„Das Menschenbild der Integrativen Therapie bezieht sich vor allem auf die Philosophie bzw. Soziologie, insbesondere auf Gabriel Marcel, Merlau-Ponty, Plessner, auf Martin Buber und Hermann Schmitz sowie auf die Soziologie von G.H. Mead (vergl. Joas), Paul Goodman und schließlich Norbert Elias“.

Dieser philosophisch-soziologische Bezug schließt die empirischen anthropologischen Basiswissenschaften nicht aus.

Das Leibkonzept der Integrativen Therapie übergreift die Körper-Seele-Trennung, ohne sie aufzuheben.

Was in diesem Sinne „leiblich“ ist, können wir am besten erfahren in Zuständen wie Ruhe oder Unruhe, Angst, Schmerz, Müdigkeit, Spannung, Konzentration, Tatendurst, Behaglichkeit und Ekstase.

Diese Zustände sind weder „körperlich“ noch „seelisch“, sondern beides und doch eins. Das Gefühl der Unruhe ist nicht vorstellbar ohne die körperliche Komponente, der Zustand der Entspannung nicht zu beschreiben ohne die seelische Komponente (in Rahm 1993, S. 73 – 76).

Integrative Therapie – anthropologische und therapeutische Grundpositionen			
Der MENSCH ist ein	BEREICHE	INSTRUMENTE	ZIELE
KÖRPER-	Körpertherapie	Integrative Bewegungs- u. Tanztherapie, thymopraktische Leib- und Atemtherapie, Expression Corporelle, Diätetik	<i>Integrierte Leiblichkeit</i> Gewinn von Mitte, Gesundheit, Sensibilität, Spannkraft, Anmut, Kongruenz innerer und äußerer Haltung – body awareness
SEELE-	Psychotherapie	aktive Analyse, narrative Praxis, Gestalttherapie, Psychodrama, intermediale Kunstpsychotherapie	<i>Integrierte Emotionalität</i> Gewinn an Selbstregulation, Selbstverwirklichung, Spontaneität, Kreativität, Empathie, emotionale Flexibilität u. Differenziertheit – complex awareness & consciousness
GEIST-	Noothérapie	Meditative Wege der Besinnung, Betrachtung, Versenkung, dialogisches Sinngespräch, kreative Medien	<i>Integrierte Existenz</i> Gewinn von Positionen zu den Fragen nach Lebensinn u. -zielen, nach Werten, der Liebe, dem Tod, der Transzendenz – ontological awareness & consciousness
WESEN (= Leib – Subjekt) im			
SOZIALEN und	Soziotherapie	Netzwerktherapie, Soziodrama, Familientherapie, Selbsthilfegruppen, Wohngemeinschaften, Projektarbeit	<i>Integrierte soziale Bezüge</i> Gewinn von tragfähigen sozialen Netzwerken, Freundschaften, Familien, von vielfältigen „social worlds“, Reduktion von Entfremdung – social awareness & consciousness
ÖKOLOGISCHEN KONTEXT UND KONTINUUM (= Lebenswelt)	Ökotherapie	Interventionen auf der Mikro-, Meso-, Makro- u. Supraebene, environmental modelling, Projektarbeit	<i>Integrierte ökologische Bezüge</i> Bewahrung und Gestaltung des Wohn- und Lebensraumes – ecological awareness & consciousness

Anthropologische und therapeutische Grundpositionen
Petzold- 1988 – Seite 188- Integrative Therapie.

Das Schaubild zeigt die mehrdimensionale Perspektive nachvollziehbar auf und veranschaulicht das multimodale Vorgehen in der Integrativen Therapie.

Die von Petzold in der **Integrativen Therapie** entwickelten „**Vier Wege der Heilung**“ machen ein weit gefasstes Therapieverständnis deutlich und zeigen neben dem gewünschten Ziel der Heilung auch Bewältigungsmöglichkeiten (**coping**) auf, mit dem Ziel zu stützen (**support**) und einen Klienten wieder auf seinen Weg zu bringen, damit er selbstbestimmt leben kann.

„Therapie bedeutet dann, jemanden auf den Weg bringen, ihm einen Weg bereiten oder widersprüchliche Wege (Konflikte) zu klären und ihn so lange begleiten, ihm Weggefährte im Konvoi auf der Lebensstrecke zu sein, bis er allein weitergehen kann“ (Petzold 1988, S 217).

2.5. Die phänomenologische Zugangsweise:

Phänomenische Erkenntnis beginnt mit der Wahrnehmung. Phänomene werden in der **Philosophie von Merleau Ponty (*1964) und Schmitz (1989)**, auf die sich die Integrative Therapie bezieht, als „Erscheinung von Realität“ verstanden.

Erkenntnis ist an leibliche Funktionen gebunden – an das Nervensystem und an die Sinnesorgane, an ihre Fähigkeit zur Wahrnehmung des eigenen Leibes in der Welt. Ich habe als **primäre Grunderkenntnis die Sicherheit, dass ich körperlich da bin. Dieses „Ich“, das diese Erkenntnis hat, sieht und spürt sich („ich denke – also bin ich“, Descartes). Das Ich, das denkt, sieht und spürt, ist nicht vorzustellen ohne Leib, der Leib ist also Voraussetzung des „Ich“, ohne Leib wäre keine Erkenntnis möglich** (*in Petzold 1992, S. 487 – 490).

Merleau-Ponty spricht vom „wilden Geist“. Er meint damit u. a. Wahrnehmungsstrukturen, z. B. das leibliche Wissen und Schwerkraft, oder Ursache und Wirkung, Farbe, Helligkeit, Rhythmus, Gestalt-Qualitäten. Es sind also Wahrnehmungsstrukturen, die wir bei der Geburt mitbringen oder ganz früh entwickeln.

„**Dieses Leibwissen**“ bildet die Grundlage für unsere bewusste Erkenntnis. Phänomene sind nicht oder primär Einzel-Reize, Phänomene sind z. B. Gestalten, aber auch Atmosphären. Phänomene werden zunächst ganzheitlich erfasst. Phänomene sind z. B. alle verbalen und nicht-verbalen Lebensäußerungen, die wir bei uns oder anderen Personen selbst wahrnehmen können wie z. B. Reflex, Mimik, Gestik, Laute, Sprache.

Wir gehen in der Integrativen Therapie von den Phänomenen zu den Strukturen.

Die Struktur „hinter“ den Phänomenen zu finden und die in ihnen enthaltenen Zukunftsentwürfe zu erkennen bedeutet, ihren Sinn zu finden.

Persönlichkeitsstrukturen sind Erlebens- und Verhaltens-Dispositionen, sind fließend und veränderbar.

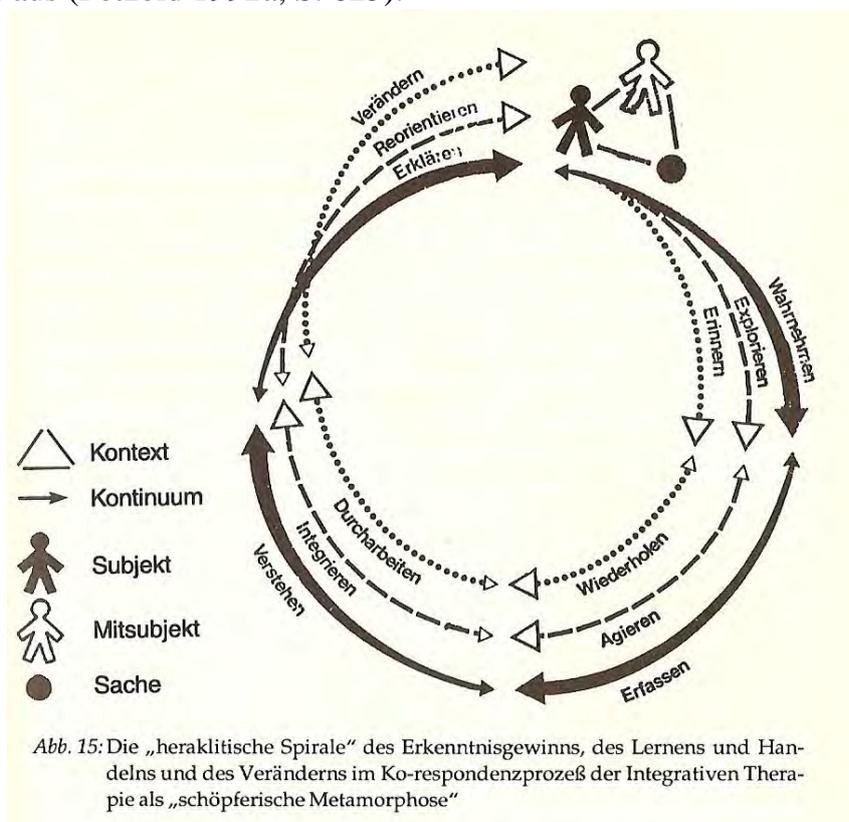
2.6. Die Hermeneutische Zugangsweise:

In der Hermeneutik („Kunst der Auslegung“) haben wir es mit Bedeutungen zu tun, verschlüsselten Botschaften und dem „Sinn“, dem „eigentlich Gemeinten“. Die Grundannahme der **therapeutischen Hermeneutik** besteht darin, dass dem Menschen die Bedeutung und der Sinn seines Verhaltens in den meisten Fällen und in wesentlichen Aspekten **unbewusst ist**, dass er **selbst nur teilweise versteht, dass er sich selbst, meist mit Hilfe seiner Mitmenschen, sein Verhalten und seine Motive erst deuten muss**. Hierzu muss er „in die Tiefe“ seiner Entwicklungsgeschichte zurückgehen. (**Darum sprechen wir auch in therapeutischen Zusammenhängen von Tiefenpsychologie und Tiefenhermeneutik.**) Die Phänomenologie und die Hermeneutik ergänzen einander. Das Phänomenologische betont eher den Standpunkt des Beobachtens.

„Von den Phänomenen zu den Strukturen“ bedeutet dann: von den Äußerungen eines Menschen in Worten und Verhalten, dem Ausgedrückten, zu ihrem Sinn und ihrer Bedeutung im Zusammenhang dieses Menschen zu kommen“.

Erkenntnis gewinnt man im hermeneutischen Prozess über **Wahrnehmen, Erfassen, Verstehen und Erklären**.

Die hermeneutische Spirale als Modell des Erkenntnisgewinnes nach Petzold – Abb. aus (Petzold 1992a, S. 625).



2.7 Das Ko-respondenzmodell in der Integrativen Therapie:

Auf der Grundlage der gemeinsamen Ko-existenz mit unseren Mitmenschen in dieser Welt treten wir **in Ko-respondenzprozesse ein durch Begegnung, Austausch, Auseinandersetzung, die zum Konsens als gemeinsam geschöpftem Sinn führen.** Dieses kann sich zu Konzepten verfestigen, die handlungsleitend für gemeinsames Tun, für Ko-operation werden, bis dass ein neuer Ko-respondenzzyklus Konsens über neue Wahrheiten schafft und die alten Konzepte verändert oder überprüft.

Das Ko-respondenzmodell erweist sich somit als Kernstück in der Metatheorie der Integrativen Therapie, das bis in die Praxeologie hinwirkt (Petzold 1991e, 1991a, S.52 - 55).

Petzold bezeichnet wiederholt das Ko-respondenzmodell als „Herzstück“ (z. B. Petzold 1991a, S.7) oder „Kernstück“ (z. B. Petzold, 1991a, S.20) oder auch als „zentrales Konzept“ für den integrierten Ansatz (Petzold 1991a, S.20). Er selbst bringt den Bezug dieses Begriffes zum alltagssprachlichen „Korrespondieren“ im Sinne von „entsprechen, in Beziehung setzen, in Austausch treten“ (Petzold 1991a, S.53). **Petzold** markiert einen spezifischen Bedeutungssinn, den er durch die besondere Schreibweise **„Ko-respondenz“** hervorhebt.

Wie von der alltagssprachlichen Bedeutung hebt er diesen Begriff auch ab vom „dual festgelegten, mit sprachlicher Verständigung konnotierten **Begriff `Dialog`** (Buber) und dem wissenschaftlich belegten `Diskurs` (Habermas, Foucault) “(in **Petzold 1991a, S.53**).

Im **Intersubjektivitätskonzept** wird das Modell der Ko-respondenz als Methode der Konsensfindung, Konzeptbildung und Vorbereitung von Kooperation dargestellt und wie folgt beschrieben (Petzold 1991a, S.54/55):

„Ko-respondenz ist ein synergetischer Prozess direkter und ganzheitlicher Begegnung und Auseinandersetzung zwischen Subjekten auf der Leib-, Gefühls-, und Vernunftebene über ein Thema unter Einbeziehung des jeweiligen Kontext/Kontinuums.“

„Ziel von Ko-respondenz ist die Konstituierung von Konsens, der in Konzepten Niederschlag finden kann, die von Konsensgemeinschaften getragen werden und für diese zur Grundlage für Kooperation werden.“

„Voraussetzung für Ko-respondenz ist die in der prinzipiellen Koexistenz alles Lebendigen gründende, wechselseitige Anerkennung subjektiver Integrität, die durch Konsens bezeugt wird, und sei es nur der Konsens darüber, miteinander auf der Subjektebene in den Prozess der Ko-respondenz einzutreten und konsensuell Dissens festzustellen und als solchen zu respektieren.“

„Scheitern von Ko-respondenz führt zu Entfremdung, Frontenbildung, Krieg.“

„Wenn ich versuche, einen anderen Menschen zu verstehen, verändern wir uns beide – indem ich ihn verstehe, verändere ich mich; indem er verstanden wird, ist auch er verändert: und indem ich versuche, ihn zu verstehen, kann ich mich wiederum besser verständlich machen. In diesem Prozess gibt es nicht „die objektive Wahrheit“, z. B. über diesen Klienten, der wir uns annähern können: Der Verständnis- und Verständigungsprozess hat seine Gültigkeit und seinen Wert in jeder Phase des Spiralprozesses. „Die Wahrheit“ erscheint als Bedeutung, die immer komplexer, immer umfassender und immer klarer wird. Sie entwickelt sich und wandelt sich auch im gemeinsamen Prozess“ (Rahm, 1993, S. 36).

2.8. Menschliche Grundfähigkeiten im Heilungsprozess:

Die Integrative Therapie stützt sich im Wesentlichen auf vier Grundfähigkeiten des Menschen. Ich greife dabei u. a. auf Rahm, 1993, S. 328-329, zurück. Die Entwicklung dieser Fähigkeiten ist immer gleichzeitig Ziel und – zumindest in minimaler Ausprägung - Voraussetzung der Therapie:

1. Die Ko-respondenz des Menschen mit seiner sozialen und ökologischen Umwelt. (Wer durch „schlechte Umwelten“ und Beziehungen krank geworden ist, kann durch gute gebessert oder sogar geheilt werden.)

2. Das spontane, kreative Potential, die Fähigkeit zu Wahrnehmung, Ausdruck und Gestaltung, die Fähigkeit, Neues zu erproben.

3. Die Fähigkeit zu Exzentrizität, d. h. die Fähigkeit sich selbst und seine Umwelt in Vergangenheit und Gegenwart bewusst erleben, reflektieren und relativieren zu können, und dadurch - zumindest in der Phantasie - alternative Entwürfe entwickeln zu können, ohne den Gegenwartsbezug zu verlieren.

4. Die Fähigkeit des Menschen zu Regression. Diese ermöglicht, emotional in frühere Szenen und Beziehungen zurückzugehen, so „als-ob-sie-heute-wären“, und eröffnet damit die Chance einer emotionalen Neuerfahrung auf dem Hintergrund der alten Szene. Letztlich ist es diese Fähigkeit zu Regression, die es ermöglicht, den Sinn heutiger Gefühle und Symptome zu verstehen, indem diese Gefühle und Symptome mit den damaligen Szenen in Verbindung gebracht werden.

Diese Art des emotionalen Verstehens (Evidenz) geht über das rein kognitive Verstehen hinaus.

Diese 4 Grundfähigkeiten spielen in jedem therapeutischen Prozess in unterschiedlicher Zusammensetzung und Gewichtung eine Rolle.

Der Therapeut wird in der Therapie je nach Bedürfnissen und Fähigkeiten des Patienten das Vorgehen mehr auf die eine oder mehr auf die andere Grundfähigkeit stützen.

In dem v. g. therapeutischen Prozess geht es natürlich auch darum, den Patienten in seiner Lebenswelt zu begreifen und dort abzuholen, wo er gerade steht.

Dazu ist es ebenso wichtig, seine Beziehungsfelder, die sich auch über zeitliche Räume erstrecken, in den Blick zu nehmen.

In der Integrativen Therapie wird es anschaulich durch ein Schaubild, in dem schematisch die Perspektiven in den Begriffen von Kontext und Kontinuum aufgezeigt werden, d.h. die gesamte Lebenswelt, die sich durch die Vergangenheit, Gegenwart und den zukünftigen Projektionen erstreckt und durch die Brille der persönlichen Lebensgeschichte erlebt, gedeutet und bewältigt wird.

Schematisch werden die beiden Perspektiven in folgendem Schaubild dargestellt:

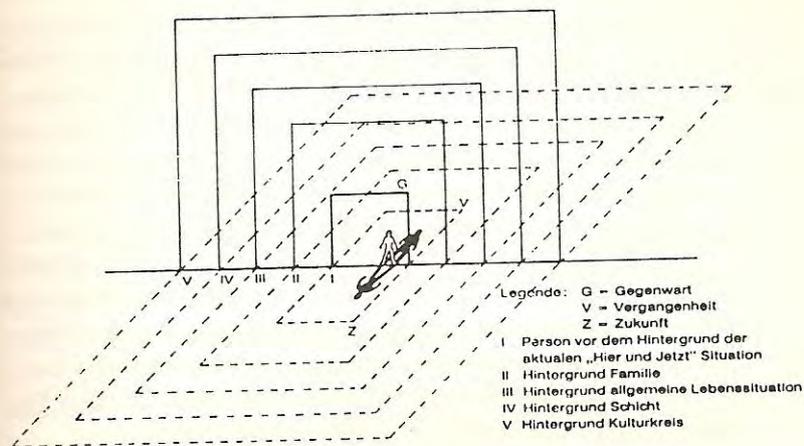


Abb: Die Person und ihr Umfeld als räumlich und zeitlich gestaffelte Figur/Hintergrund-Relation (= Kontext/Kontinuum) (aus: *Hilarion Petzold, Integrative Bewegungs- und Leibtherapie*, Junfermann, Paderborn 1988)

2.8.1. Die „vier Wege der Heilung“ in der Integrativen Therapie

Aus der Vielzahl therapeutischen Vorgehens hat Petzold (1988, S. 173 - 283) vier Grundstrategien, vier Prototypen des therapeutischen Handelns herausgearbeitet, die die vier v. g. Grundfähigkeiten in unterschiedlicher Weise betonen:

Die „Vier Wege der Heilung“

1. Der 1. Weg der Heilung - Bewusstseinsarbeit/Sinnfindung/emotionales Verstehen

Im ersten Weg der Heilung geht es vor allem um emotionales Verstehen der Problematik und der Wiederherstellung von Sinn durch Klärung unbewusster Störungen und Konflikte durch ausgeblendete schmerzhaft Gefühle und Erinnerungen, die durch die mehrperspektivische Einsicht zu neuen Bewältigungsstrategien führen kann. Der Prozess wird von Seiten des Therapeuten schützend und anregend begleitet (Rahm u. a., 1993, S. 330).

Im ersten Weg der Heilung bezieht sich die Regression mehr auf die punktuelle Arbeit an bestimmten Szenen und Symptomen im Rahmen einer „erwachsenen Beziehung“ zwischen Therapeut und Patient.

2. Der 2. Weg der Heilung- Nachsozialisation/Bildung von Grundvertrauen/„Nach-Beelterung“

Im 2. Weg geht es um emotionale Differenzierungsarbeit, Vermittlung von Grundvertrauen durch korrigierende emotionale Erfahrungen in guten „als-ob-Eltern-Beziehung“ mit dem Ziel, das Grundvertrauen und das Bild, den Klang eines „guten inneren Anderen“ nachzuentwickeln. Das eigentlich Heilsame am zweiten Weg der Heilung ist aber die Erfahrung, wirklich regredieren zu dürfen im Sinne von Sich-Anvertrauen und Abhängig-Sein.

Im zweiten Weg der Heilung geht die Regression weiter, der Therapeut bietet sie zumindest eine Zeitlang als Beziehungsangebot an, sodass die Regression selbst eher ein strukturelles Merkmal in der therapeutischen Beziehung durchläuft, in der der Patient eine Zeit „des Nachnährens“ erleben kann.

Die regressive Beziehung ist immer eine Teilregression: In Therapien mit Schwergewicht auf „der Nach-Beelterung“ ist immer auch der erwachsene Mensch anwesend.

3. Der 3. Weg der Heilung - Erlebnisaktivierung/Persönlichkeitsentfaltung

Beim 3. Weg der Heilung geht es um die Entwicklung persönlicher und gemeinschaftlicher Potentiale (z. B. Kreativität, Phantasie, Sensibilität etc.) durch

Bereitstellung einer „fördernden Umwelt“ mit neuen und/oder alternativen Beziehungs- und Erlebnismöglichkeiten, in denen die Grundqualitäten Wachheit, Wertschätzung, Würde und Wurzeln erfahrbar werden.

„Mittel hierzu sind Erlebnisaktivierung und multiple Stimulierung in erlebniszentrierten und übungszentrierten Angeboten der kreativen Therapien und Kulturarbeit sowie das gezielte Einbeziehen des Alltagslebens als Experimentier- und Übungsfeld“ (Petzold 1988d, S. 250).

Dieser Weg (wie auch der 4. Weg) setzt die Fähigkeit zur Erfassung der eignen Situation, also der Exzentrizität, voraus.

4. Der vierte Weg der Heilung – Solidaritätserfahrung / Engagement

Im 4. Weg der Heilung geht es um die Erfahrung von Solidarität, Mitmenschlichkeit, Mitgefühl, von miteinander Handeln und Arbeiten im Alltag. Diese Erfahrung macht den Kern von Intersubjektivität aus und ist eine Grundsäule von Therapie.

Menschen, die leiden, mangelt es oder hat es gemangelt an Solidaritätserfahrung im Alltagsleben.

Wenn jemand in innerer oder äußerer Not ist, braucht er jemanden, der ihn versteht, ihm zur Seite steht, sich um Hilfe bemüht.

Wenn das soziale Netzwerk, aus welchen Gründen auch immer, brüchig geworden ist (Eltern, Kinder, Nachbarn, Freunde nicht „da“ sind), muss ein neues Netz aufgebaut werden.

Die Vermittlung alltagspraktischer Hilfen und die Förderung der Bildung psycho-sozialer Netzwerke (Petzold 1988, S. 260) sind ein wichtiger Bestandteil in der therapeutischen bzw. soziotherapeutischen Arbeit und zentrale Zielsetzung in der „Integrativen Therapie“.

Keiner dieser Wege schließt den anderen aus, im Gegenteil. In jeder Therapie ist jeder, wenn auch in unterschiedlicher Gewichtung, enthalten.

3. Praxisbeispiel einer Nachsorge-Gruppe nach Behandlung in einer allgemeinpsychiatrischen Tagesklinik der Rheinischen Kliniken Essen unter Anwendung des 3. und 4. Weges der Heilung der Integrativen Therapie im Rahmen der Graduierungsarbeit

3.1 Vorbemerkung

Die Patienten der zusammengesetzten Nachsorgegruppe stammten bis auf 2 Patienten, die schon Wochen zuvor entlassen waren, aus dem beendeten aktuellen Tagesklinikaufenthalt und waren sich dadurch teils vertraut, wenngleich sie nicht in einer gemeinsamen Gruppe waren.

Des Weiteren ist zu erwähnen, dass das Therapie-Setting in der Tagesklinik überwiegend gruppenorientiert ist d.h., dass neben dem Angebot der Bezugspflege zum Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung und Begleitung während des tagesklinischen Aufenthaltes ein ärztliches Gesprächsangebot nach Vereinbarung besteht, jedoch vorrangig die Gruppe durch das multiprofessionelle Team vertreten wird.

Das bedeutet auch, dass Patienten durch den in der Tagesklinik durchgeführten kognitiv-verhaltenstherapeutisch, milieuthérapeutisch, lösungs- und ressourcenorientierten Behandlungsstil geprägt sind und somit eine Offenheit für die Interventionen, Techniken und Methoden der Integrativen Therapie mitbringen, da diese z. T. im sozialen Kompetenztraining, dem Rollenspiel sowie in einzelnen Fällen des Lebenspanoramas angewandt werden.

3.2. Meine Vorstellung, mein Ansatz, meine Haltung und Prägung bzgl. der Leitung der Nachsorge-Gruppe

Wie schon in der Einleitung dargestellt, möchte ich durch das Gruppenangebot zur weiteren Stabilisierung der Patienten beitragen.

Ein wichtiger Faktor der Stabilisierung des psychischen sowie auch körperlichen Wohlbefindens ist das soziale Netzwerk, das weiter ausgebaut werden soll und die Gruppe über die Gruppenerfahrung ein Bewusstsein entwickelt, welches sich auf die Alltagsbewältigung auswirkt.

Des Weiteren wurden Erfahrungen gemacht, dass die Umwelt weitgehend unverändert geblieben ist und es darum notwendig wird, durch eine kritische Selbstreflexion Fähigkeiten zu entwickeln, um den Alltag zu meistern und mit den gelernten und entwickelten Kompetenzen sich auf die reagierende Umgebung einzustellen, sich auseinandersetzen und zu lernen, sich selbst mit eigenen Verhaltensintentionen zu verstehen.

Dazu ist es von übergeordneter Wichtigkeit, in einem guten Korrespondenz-Austausch zu sein und zu bleiben, d.h. eigene Grenzen wahrzunehmen und zu

kommunizieren, aber auch im Sinne einer kreativen Anpassung (nach Moreno) das Optimale für sich selbst herausholen, nicht starr zu sein, um dann die eigene Grenze klar zu definieren.

Meine Herangehensweise ist insbesondere durch die „Integrative Therapie“ geprägt, d.h. dass ich mein Beziehungsangebot „ko-respondierend“ im Sinne der Bezogenheit und Interaktion gestalte, dabei dem Patienten Sympathie und Verständnis entgegenbringe im Sinne von Ferenczi („ohne Sympathie keine Heilung“). Dieses bedeutet zunächst, dass ich jeden Patienten versuche da abzuholen, wo er gerade steht, um mit ihm in einen dialogischen Austausch im „**Hier und Jetzt**“ zu kommen (Petzold 1991a, S. 53/54). Im weiteren geht es darum, dass Grundvertrauen zu stärken, die Identität zu fördern und durch die gemeinsamen Erfahrungen, das Vertrauen zu den personalen, sozialen und lebenspraktischen Kompetenzen zu entdecken und weiterzuentwickeln. Dabei greife ich auf die in der Integrativen Therapie angewandten Interventionen und Techniken zurück, die durch „gemeinsames Erleben (z. B. im Rollenspiel, Lebenspanorama sowie die 5 Säulen der Identität in Blick nehmend) und Umsetzen im Lebensalltag“ im weiteren Verlauf auch zur lebenspraktischen Umsetzung führen sollen.

Ein weiterer Punkt von sehr großer Wichtigkeit bei allem Wissen von Kompetenzen und Strategien sollte die Entwicklung und Förderung von Achtsamkeit und das Wecken der Lebensfreude durch die noch brach liegenden Talente, Begabungen und Fähigkeiten sein. Diese dann als Ressourcen wahrzunehmen, wertzuschätzen und sie lebendig werden zu lassen in guten tragfähigen Beziehungen und sozialen Netzwerken, dies ist u. a. der besondere Ansatz der ganzheitlichen Gesundheitsförderung in der Integrativen Therapie und sollte darum auch in meiner Arbeit in der Gruppe zum Tragen kommen (siehe auch Seite 7 >Einleitung).

3.3. Methoden – Techniken – Medien der Integrativen Therapie

In meinem Praxisbeispiel habe ich auf folgende **Interventionen und Techniken** der **Integrativen Therapie** zurückgegriffen:

**Ressourcenanalyse bzgl. Talente entdecken
Begabungen fördern
Fähigkeiten wertschätzen**

Lebenspanorama - Lebensvisionen - Lebensentscheidungen

Übergangs-Objekte (Trost spendende Möglichkeiten)

Sharing – emotionale Mitteilung durch wechselseitiges Berührtsein

Das soziale Atom sowie die Identitätssäulen – Kreise – Skulpturen

kamen nicht zum Einsatz, weil es oftmals durch aktuelle Thematiken, die Patienten in die Gruppe brachten, nicht genügend Zeit und Raum gab.

Ebenso war es durch die aktuellen Themen schwierig, genügend Zeit für **das Lebenspanorama, die Ressourcenanalyse und die Lebens-Visionen- Lebensentscheidungen während der Nachsorgegruppe zu finden**, so dass ich Patienten dieses als Hausaufgabe mit der Bitte mitgab, unbedingt zu Hause, allein und in ungestörter Atmosphäre mit Zeit nach eigenem Bedürfnis (d.h. malen – oder aufschreiben) dieses fertig zu stellen. Patienten erhielten dazu eine kurze schriftliche Anleitung (siehe Vordruck S. 43).

Es wurde dann mit Patienten vorher eine Absprache getroffen, wann eine Arbeit in der Gruppe vorgestellt wird. Jeder Patient konnte somit selbst entscheiden, wann er sich in der Lage sah, sich der Aufgabe zu stellen. Dabei konnte ich in den Blick nehmen, inwieweit sich der jeweilige Patient seiner eignen Problematik stellte, ob es genügend eigene Wichtigkeit und Wertschätzung gab oder ob es abgewehrt werden musste aus welchen unterschiedlichen Beweggründen auch immer, die es erstmal zu akzeptieren gab.

3.3.1. Gruppentherapie-Setting

Da es bereits in der Tagesklinik Gruppenregeln gab, entschied ich auch für die jetzige Gruppe auf das gewohnte Gruppensetting, der Befindlichkeitsrunde, zurückzugreifen.

Es wird dabei zunächst die Befindlichkeit in der Skala 1 – 10; d.h. 1 = sehr gut und 10 = sehr schlecht, erfragt mit anschließender inhaltlicher Begründung und ggf. mit Einbringen des eigenen Themas in die Gruppe.

Es zeigt sich u.a. dabei, inwieweit die eigene Bewertung der Befindlichkeit des jeweiligen Patienten eingeschätzt wird und wie er sie selbst begründet.

Es werden dann Themen gesammelt, die in gemeinsamer Abstimmung zum Entscheidungsprozess führen und sich schließlich zum Gruppenthema durchsetzen.

Neben den üblichen Gruppenregeln wurden von mir danach in Form eines Anfangsrituals die Fragen gestellt:

„Was war in der letzten Woche positiv. ...? Was war schwierig...mit welchen Erfahrungen...?“

Am Ende der Gruppenstunde gab es dann das „Abschlussblitzlicht“ mit Befindlichkeit und Rückmeldung, was hilfreich ...oder gar schwierig war mit entsprechender Erklärung.

Eine in der Integrativen Therapie angewandte Form der Wahrnehmungsübung als „Technik des Aufmerksam-Machens“ im Sinn einer Konzentrations- bzw. Meditations-Übung (warm-up) zur besseren Wahrnehmung zu Beginn der Gruppenstunde

anzuwenden, gestaltete sich schwierig, weil zu einem Teil unbekannt (nicht in der Tagesklinik praktiziert wird), zum anderen Teil eine Abwehr bestand, so dass ich mich dann entschied, nur in einzelnen Situationen, z. B. beim Vortragen des Lebenspanoramas, davon Gebrauch zu machen und es nicht ins Gruppensetting am Anfang mit aufzunehmen.

3.3.2. Zusammensetzung der Gruppe mit Info an die Teilnehmer

Nach der schon v. g. Gruppenzusammensetzung in Absprache mit dem Team und im weiteren Verlauf durch Absprache mit den jeweiligen Patienten entwickelte ich ein Anschreiben für die Patienten, in dem die Möglichkeit der Nachsorge-Gruppe für ein 3/4 Jahr festgelegt wurde mit der ausdrücklichen kontinuierlichen Teilnahme an der Gruppe, den festen Gruppenzeiten und dem Gruppensetting.

Von den angedachten 10 Patienten nahmen 8 Patienten das Nachsorgegruppen-Angebot an.

3.3.3. Auswahl der Patienten der Gruppe mit Erkrankungsbild und Dauer der Behandlung während des tagesklinischen Aufenthaltes

Die in Absprache zusammengesetzte Pat.-Gruppe ergab eine nicht homogene Pat.-Klientel mit 4 weiblichen und 4 männlichen Teilnehmern in nachfolgender Reihenfolge:

- | | |
|--|---|
| 1. Frau B., 27 Jahre
ledig,
leitende
Schneiderin im
Theater | rezidiv. Depressive Störung
(mittelgrad. Episode)
(ICD10:F33.10)
emotional instabile Persönlichkeits-
Störung v. Borderline-Typ
(ICD10:F60.31)
57 Tage in der Tagesklinik |
| 2. Herr B., 41 Jahre
verheiratet
2 Kinder
12 und 15 Jahre
Kaufm. Lehre
z. Zt. Schichtarbeit | rezidiv. Depressive Störung
(mittelgrad. Episode)
(ICD10:F60.10)
soziale Phobie, (ICD10:F40.1)
ängstlich vermeidende
Persönlichkeitsstörung (ICD10:F60.6)
Schädlicher Gebrauch von Alkohol |

- (ICD10:F10.1)
46 Tage in der Tagesklinik
3. **Frau P., 32 Jahre ledig berufliche Rehabilitat.-Maßnahme** bipolare affektive Störung, gegenwärtig schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen (ICD10:F31.5)
72 Tage in der Tagesklinik
 4. **Herr P., 44 Jahre getrennt lebend 17jähr. Sohn Polizeikommissar** rezidiv. depressive Störung, gegenwärtig mittelgrad. Episode (saisonal bedingte Depression (ICD10:F33.10)
47 Tage in der Tagesklinik
 5. **Herr Sch., 30 Jahre ledig abgeschloss. Sport-Studium Zusatzausbildung z. Physiotherapeut.** rezidiv. Depressive Störung, gegenwärtig mittelgrad. Episode (ICD10:F33.10) (saisonal abhängige Depression)
59 Tage in der Tagesklinik
 6. **Frau T., 39 Jahre ledig Justizangestellte** mittelgrad. depressive Episode (ICD10:F32.1)
65 Tage in der Tagesklinik
 7. **Frau R., 49 Jahre verheiratet 2 Söhne 17 u. 21 J. Steuerfachgehilfin z. Zt. ohne Arbeit (selbst gekündigt)** mittelgrad. depressive Episode (ICD10:F32.10)
Agoraphobie mit Panikstörung (ICD10:F40.01)
soziale Phobie (ICD10:F40.1)
Alkoholmissbrauch (aktuell schädlicher Gebrauch) (ICD10:F10.1)
Nikotinabhängigkeit (ICD10:F17.25)
62 Tage in der Tagesklinik
 8. **Herr W., 29 Jahre ledig Werbekaufmann seit 2005 gekündigt berufsrehabilit. Maßnahme** rezidiv. depressive Störung, gegenwärtig mittelgrad. Episode (ICD10:F33.10)
Migräne „on A“ (ICD10:G43.9)
Dysthymia (ICD10:F34.1)
44 Tage in der Tagesklinik

3.4. Fragebogen an Patienten der Nachsorgegruppe bzgl. Beweggründe, Wünsche, Bedürfnisse und Vorstellungen an mich gerichtet, bzw. an die Gruppe sowie Bewertung über den tagesklinischen Aufenthalt mit den bisherigen Erfahrungen und Auswirkungen

Um Einblick zu bekommen, welche Wünsche und Vorstellungen an mich und die Gruppe gestellt werden bzw. was noch offen geblieben ist einerseits, aber auch, wie sich der Verlauf nach dem tagesklinischen Aufenthalt entwickelt hatte und wo jeder einzelne Patient steht - wo ich ihn abholen kann - , entwickelte ich den folgenden Fragebogen.

FRAGEBOGEN ZUR NACHSORGE - GRUPPE

1.) Was hat Sie veranlaßt, an dieser Nachsorge-Gruppe teilzunehmen?

2. Was sind Ihre Wünsche, gibt es besondere Vorstellungen an die Gruppe bzw. an mich - und wenn ja, welche?

3.) Sie waren zuvor Patient/in in der Tagesklinik, was konnten Sie in dem Zeitraum erarbeiten - was ist noch offen geblieben - bzw. was konnten Sie nach der Tagesklinik umsetzen - und womit haben Sie noch Schwierigkeiten?

4.) Was waren Ihre wichtigsten Erfahrungen während des tagesklinischen Aufenthaltes - was war hilfreich und wie hat sich das auf Ihr persönliches Leben ausgewirkt?

3.4.1. Rückmeldungen über Fragebogen von Seiten der Patienten der Nachsorge-Gruppe

1. Pat. Frau B.: „Vertrauen zu mir selbst und auch zur Gruppe entwickeln,
Kraft und Frieden zu mir selbst.
Begleitung und Ratschläge durch die Gruppen-
Leitung,

Versuch über meine Probleme zu reden,
mich selbst – so wie ich bin – zu achten und
zu schätzen, auch meine Gedanken
Ich möchte an mir arbeiten – und die Gruppe hören
und mit der Gruppe zusammenarbeiten.
Über meine Probleme und Sorgen reden.
Ich mache nichts mehr kaputt und rede nicht mehr
über die Dinge, die ich nicht ändern kann.
Möchte meine Vergangenheit noch bearbeiten“.

- 2. Pat. Herr B:** „Weitermachen wie bisher,
ich brauche Freundschaft mit Gleichgesinnten,
gute Gespräche, die mich befreien,
wenn möglich, immer Zeit zum Entspannen finden
(mit Musik o. ä.),
mit dem Druck in Gebäuden – und mit fremden
Leuten umzugehen“.
- 3. Pat. Frau P.:** „Im Kontakt zu anderen sein, Tipps und Erfahrungen mit
anderen Mitpatienten austauschen.
Im Moment habe ich noch akute Stimmungsschwankun-
gen, komme dann schlecht in eine bessere Phase.“
- 4. Pat. Herr P.:** „Stärkung des Selbstbewusstseins, Stärkung des Selbst-
wertgefühls,
Angst abbauen (vor anderen Menschen),
andere Vorstellungen kennenlernen,
andere Formen der Verarbeitung, gewisse Kontrolle
meiner Person bzw. meiner Erkrankung.
Meine Erkrankung überhaupt annehmen,
wieder Verantwortung für mich übernehmen,
einen Teil meiner Ängste abbauen,
aus der Isolation herauskommen,
keine kontinuierliche Beziehungsfähigkeit,
Verluste verarbeiten.
Neugier und Zusammengehörigkeit zu der Leitung
Aber auch zu den anderen Teilnehmern“.
- 5. Pat. H. Sch.:** „Das Thema „Langeweile“ ist mein Thema (weiß
nicht, warum ich mich so schlecht beschäftigen kann!)
Den weiteren Kontakt zu anderen Menschen,
das Thema Aggression, ich reagiere aggressiv, wenn
ein Nein meinerseits nicht akzeptiert wird oder

wenn mir ein fremder Wille aufgezwängt wird.
Normales Aggressionsverhalten entwickeln,
Abhängigkeitsverhalten zu meinen Eltern bzw.
vorwiegend zu meiner Mutter, was sich inzwischen
zu einer normaleren Beziehung entwickelt hat, zu
verstehen und weiterzuentwickeln.“

- 6. Pat. Frau T.:** „Praxis- und alltagsnahe Problemlösungsstrategien entwickeln an konkreten Beispielen.
Von mir selbst – aktive Teilnahme und dass ich meine Ansichten und Erfahrungen äußere.
„STOPP“ zu sagen, wenn ich beginne zu grübeln.
Mit meinen Gefühlen und Stimmungen angenehmer umzugehen und mir „glückliche Pausen“ zu schaffen.
Behördenkram-Pflichten zuerst zu erledigen, nicht liegen zu lassen.
Offen geblieben ist der Umgang mit meinen Gefühlen Patienten gegenüber; vielleicht neue Einsichten gewinnen“.
- 7. Pat. Frau R.:** „Themen aus dem täglichen Leben zu besprechen und diskutieren.
Probleme und Situationen Einzelner zu erörtern (Arbeit und Privatleben).
Als Möglichkeit, die Übergangszeit bis zur ambulanten Therapie zu überbrücken und Hilfe bei unerwarteten Problemen bzw. Schutz vor einem Rückfall zu bekommen.
Von der Leitung Tipps, Anregungen und Denkanstöße zu bekommen.
Habe während der Ergotherapie gelernt, mit der Zeit zu arbeiten – und nicht gegen die Zeit.
Meine privaten Erlebnisse aus der Kindheit/Jugend sind aufgebrochen und noch nicht verarbeitet.“
- 8. Pat. Herr W.:** „Kontinuierlichkeit entwickeln, die Wichtigkeit dieser Gruppe bei allen Teilnehmern und der Erfahrungsaustausch.
Leute, die nachvollziehen können, was in einem vorgeht und Rat und Hilfe bei Problemen.
Erkennen von Frühwarnzeichen.
Es ist wichtig, sich abzugrenzen, Grenzen zu setzen, leider klappt das zu selten.

Eigene Bedürfnisse wahrnehmen, zu äußern und diese dann auszuführen.“

Es wurde bei den Rückmeldungen insbesondere in den Bereichen **S 1 Leib** (Stärkung des Selbstwertgefühl, des Selbstbewusstsein, Förderung von Selbstakzeptanz in der Krankheitsbewältigung und Selbstregulation in Überlastungssituationen sowie Eigenverantwortlichkeit. Entwicklung von Problemlösungskompetenz, Konfliktfähigkeit und Anregungen bzgl. Entspannung, eigene Bedürfnisse wahrnehmen und Durchsetzen sowie Erkennen von Frühwarnzeichen), **S 2 So. K.** (Wunsch nach Austausch und Anteilnahme, Solidaritätsgefühl, Beziehungsfähigkeit/ Beziehungsgestaltung, Ausbau von sozialen Netzen), **Ressourcen** (Entdecken bzw. Wiederentdecken von Fähigkeiten), den **3.W.** und **4. W.** der Heilung betreffend, Wünsche nach Verbesserung deutlich gemacht.

3.5. Themen der Gruppe - die sich chronologisch aus dem Gruppenverlauf entwickelt haben

Themen:

Veränderung durch die Therapie - auf nicht verändertes Umfeld.
(Familie und Arbeitsplatz)

Vertraute Symptome - gegen unvertraute Herausforderung.

Grenzen finden - Grenzen achten – Grenze einfordern.

Selbst - Verständnis, Selbst - Achtsamkeit.

Alleinsein genießen - Freiräume entwickeln.

Angstbewältigungsstrategien vertiefen.

Eigene Wünsche erfüllen - statt Erwartungen von Anderen.

Ungleichgewicht - eigene Abwertung - Aufwertung v. Anderen.

Trennung vom Lebenspartner - Gefühle von Traurigkeit zulassen
(Kontakt mit dem „inneren Kind“ bekommen - auch die Literatur dazu)

Formen von Selbstverletzung (Alkohol, Essen, Hungern, Kopf an die Wand)
Selbst-Wiedergutmachung (Ressourcen entdecken , Selbst-Verwöhnung)

Liebe - oder Abhängigkeit in einer Beziehung.

Verlassen - Loszulassen - Zulassen - Ärger - Traurigkeit.

Neuen Erfahrungen trauen?

Absichtslos verletzen - den Mechanismus verstehen.
(Abwertung - Aufwertung)
Kränken - und kränkbar sein.

Missverständnisse ansprechen - statt sich verletzt zurückziehen.

Distanz nehmen zu Verwandten, die verletzen - Wahl-Verwandte suchen,
die unterstützen.

Anerkennung suchen - Ablehnung bekommen.

Sehnsüchte haben - nach einer Beziehung und Bezogenheit

Selbst-Verantwortung für Freiheit – und sich noch nicht frei fühlen.

Verantwortung für Andere - Eigenverantwortung abgegeben.

Ausprobier-Phase die verunsichert - auch die „selbstbewussten“ Partner.

Fallenlassen - überlassen - Nähe (Sexualität leben?)

Konkurrenz - Neid - Ungerechtigkeit

Rücksichtnahme - statt Selbstverwirklichung

Streit - aggressive Durchbrüche - dahinter: sich nicht verstanden fühlen.

Rituale finden für sich selbst - mit dem Partner.

Unsicherheit aushalten - Autonomie gewinnen.

Selbstsicherheit - Selbstbewusstsein - und stolz sein auf sich selbst.

Trotz als Widerstand gegen das Erwachsenwerden.

Respekt haben - Respekt bekommen.

Machtkampf führen - Eigenverantwortung erkennen.

Flucht in eine Beziehung - Angst vor dem Alleinsein.

Abschiednehmen - wie geht es weiter?

3.5.1. Zwischenbemerkung

Es war für mich eindrucksvoll, mitzubekommen, dass Patienten sich mit ihren Themen gegenseitig berührten und durch dieses wechselseitige Berührtsein „**Intersubjektivität**“ im Sinne des wechselseitigen Begreifens entstand (Petzold 1991a, S. 159), wodurch die Gruppe gemeinsam profitieren konnte. Durch diese Eigendynamik wurde allmählich die Abwehr gelockert und es entwickelte sich eine aufbauende vertrauensvolle Atmosphäre, sich den eigenen Thematiken stellen zu wollen.

Dieses zeigte sich auch durch entstandenen Wunsch der Patientengruppe, sich während meines Urlaubs privat zu treffen.

Des Weiteren wurde anhand der Themen deutlich, dass die Wechselwirkung zwischen Gruppenerfahrung und Alltagserfahrung einen identitätsstärkenden Effekt hatte im Sinne des „sich-selbst-im-Anderen-erkennen“ durch die in der Integrativen Therapie bereits genannten „**5 Säulen der Identität**“ (siehe 2.3.1.) aber auch durch die **Solidaritäts-Erfahrung** ein Gruppengefühl und eine Gruppenidentität entstand, die sich auf die **Persönlichkeitsentfaltung** auswirkte.

3.6. Fragebogen während meiner Urlaubszeit (Patienten trafen sich privat 1 x wöchentlich) mit der Fragestellung: Rückblicke – Ausblicke im Sinne einer Zwischenbilanz

Rückblicke-Ausblicke:

Was war in der letzten Woche gut...und wodurch habe ich es wahrgenommen..?

Was war neu für mich....und wodurch wurde es mir bewusst..?

Was war für mich überraschend...und welche Erkenntnisse habe ich dadurch über mich gewonnen..?

Was könnte besser werden....und was sollte mir besser gelingen..?

Welchen neuen Schritt will ich wagen....und warum ist er so wichtig für mich..?

Wie könnte ich offen für Neues/Überraschendes werden...was fehlt mir dazu....was/wer könnte mir dabei helfen..?

3.6.1. Rückmeldungen des Fragebogens

1. **Frau B. (1. Pat.)** hatte sich erinnert, mehr auf ihren Notfallkoffer, auf Skill-Training zurückgreifen zu wollen.
Sie wollte lernen, die Vergangenheit loszulassen und sich auf die Gegenwart zu konzentrieren.
Sie möchte privat glücklich werden und erkennt an, dass sie für sich ein Stück weiter gekommen und dabei ist, eine neue Lebensform zu finden.
(S 1 Leib, S 2 So K, Ress.)
2. **Herr B. (2. Pat.)** hatte die Patientengruppe zu sich privat nach Hause eingeladen, hat angegeben, dass er sogar Mut bekommen habe zu tanzen und das Gefühl, neue Freunde gefunden zu haben.
Er will lernen, seine Arbeit nicht mehr so sehr in den Mittelpunkt zu stellen und dafür mehr Freundschaften zu pflegen.
(S 1 Leib, S 2 So K, S 3 A + L, Ress.)
3. **Frau P. (3. Pat.)** hatte es geschafft, allein auf ihrem Balkon zu sitzen und konnte es sogar genießen. Langsam bekommt sie ein positives Gefühl für ihre eigene Wohnung, die ihr immer mehr gefällt. Sie erkennt an, dass sie sich selbst immer mehr annehmen kann und keine anderen Leute „zur Stimulierung braucht“.
Inzwischen kann sie allein ins Cafe und Kino gehen und die Zeit genießen.
(S 1 Leib, Ress.)
4. **Herr P. (4. Pat.)** war während meiner Urlaubszeit selbst im Urlaub und berichtete dann in der Gruppe.
Er hatte die Erfahrung gemacht, dass er es genießen konnte, allein auf seinem Boot zu sein.
Er stellte sich die Frage, ob die jetzige Trennungssituation und die Schwierigkeiten, sich von seiner Frau zu trennen eher Abhängigkeit sind, als noch positive Gefühle - Liebe.
Er möchte nochmals ein Wochenende allein verbringen und in sich hineinhören.
(S 1 Leib, S 2 So K, Ress.)
5. **Herr Sch. (5. Pat.)** hat die Arbeit in der Klinik aufgenommen und positive Resonanz bekommen, dass war eine wichtige Erfahrung.
Er lernt auf Grenzen zu achten und setzt sich selbst ein „Stopp-Wort“, hat meistens Erfolg damit.
Er hat sich vorgenommen offener zu kommunizieren, hat die Erfahrung gemacht, dass es ihm dann besser geht.
(S 1 Leib, S 2 So K, S 3 A + L, Ress.)

- 6. Frau T. (6. Pat.)** hatte ein gutes Gespräch zwecks Wiedereingliederung mit ihrem Arbeitgeber. Sie hat ein positives Gefühl bzgl. des Neubeginns. Mit ihrem Partner macht sie eine neue Erfahrung, hat das Gefühl, dass sich die Beziehung intensiviert hat und sie immer mehr zusammenwachsen. Sie hat einen Heirats-Antrag bekommen und erkannt, dass ihr der Partner „das Wichtigste“ ist und nicht mehr die Arbeit. In Zukunft möchte sie sich nicht mehr für alles verantwortlich fühlen, z. B. am Arbeitsplatz. Sie hat sich entschieden, zu heiraten. Sie ist offen für Neues und Überraschendes.
(S 1 Leib, S 2 So K, S 3 A + L, Ress.)
- 7. Frau R. (7. Pat.)** hat die Einladung zum gemeinsamen Fußballspiel gucken auch ohne Alkohol genossen. Dabei hatte sie sogar ein gutes Gefühl. Sie hat die Erkenntnis gewonnen, dass sie noch mehr Struktur am Tage entwickeln muss und weiterhin Kontakte pflegen will. Das Gruppen-Erlebnis hat sie als Überraschung erlebt.
(S 1 Leib, S 2 So K, Ress.)
- 8. Herr W. (8. Pat.)** war ebenfalls selbst im Urlaub. Nach Rückkehr in der Gruppe schildert er, dass der Urlaub ein Desaster war. Er hatte mit Lebenspartner, Eltern und „Schwiegereltern“ ein Ferienhaus gemietet, was zu Konflikten führte aufgrund von Desorganisation. Der Patient nahm daraufhin die Organisation in die Hand, hat sich zudem selbst einen Wunsch erfüllt, war allein einen Tag in Amsterdam. Er hat Ärger nicht wirklich zulassen können, möchte sich selbst mehr Raum schaffen.
(S 1 Leib, S 2 So K, Ress.)

Die Zwischenbilanz zeigte positive Veränderungsprozesse in den Bereichen **S 1 Leib, S 2 So K, S 3 A + L, Ress.** auf und somit den **3. und 4. Weg der Heilung** betreffend.

3.7. Eingesetzte Techniken – Fallbeispiele

3.7.1. Das Lebenspanorama

*Das Lebenspanorama ist ein diagnostisches Instrument aus der **Integrativen Therapie nach Petzold/Heinl 1983** (in Rahm 1993, S. 420.)*

Es ist eine entwickelte Technik, die die Möglichkeit bietet, verschiedene themenspezifische Lebenssituationen und Lebensbefindlichkeiten im Lebensganzen verstehen zu lernen, d.h. dass sie sich retrospektiv auf die Vergangenheit bezieht, aspektiv die Gegenwart ausleuchtet und prospektiv die Zukunft antizipatorisch vorwegnimmt (Petzold/Orth 1990, S. 624-636).

Sie wird z. B. eingesetzt als Gesundheits-/Krankheitspanorama, Arbeitspanorama, Familienpanorama und zur Ressourcenanalyse, zur Wiederentdeckung bzw. Entdeckung von Talenten, Begabungen und Fähigkeiten.

L e b e n s p a n o r a m a

Die Lebensweltanalyse/Ressourcenanalyse ist ein diagnostisches Instrument (aus der Integrativen Therapie nach Petzold/Heinl 1983 - in Rahm 1993, S. 420).

Es geht hier um die Wiederentdeckung bzw. Entdeckung von eignen Ressourcen:

T a l e n t e B e g a b u n g e n F ä h i g k e i t e n

und um diese zu
schätzen und zu fördern

1. Lebensvisionen:

Was waren die Wünsche – Vorstellungen – Fähigkeiten – Talente...?

Wovon haben Sie geträumt ...?

Was wollten Sie unbedingt ausprobieren.....erlernen.....können...?

2. Lebensentscheidungen:

Welche Ereignisse traten ein.....und Sie mussten einen anderen Weg wählen...bzw. gehen...?

Welche Faktoren waren störend...,

verhinderten, dass Sie ihre Vorstellungen nicht umsetzen konnten...?

Nehmen Sie sich ein Blatt Papier und bunte Farben/Buntstifte oder eine geeignete Schreibmöglichkeit. Wählen Sie dann eine ruhige Rückzugsmöglichkeit, wo Sie in Ruhe ...und ungestört sitzen können.

Bis auf eine Patientin **Frau B.**(die sich nicht in der Lage fühlte - und wo es kontraindiziert gewesen wäre - weil sie zu instabil war) und **Frau P.**(die nur die Ressourcen-Analyse machte) haben alle das Lebenspanorama - Lebensvisionen > Lebensentscheidungen bezogen auf Talente und Fähigkeiten - durchgeführt.

Dabei machten die Patienten nach anfänglichen Ängsten die Erfahrung, dass sie sich selbst viel besser im Lebenszusammenhang mit ihren Schwierigkeiten, aber auch mit ihren Stärken verstehen konnten und zudem herausfanden, dass neue Energien freigesetzt wurden und so wurde es scheinbar als Herausforderung gesehen, die sich lohnt.

Die Patienten zeigten sich zudem bei den Feedbacks gegenseitig auf, dass sie nun auch den jeweiligen Mitpatienten viel besser mit seinen Verhaltensweisen nachvollziehen und begreifen könnten und dass sie ihre Ressourcen wieder entdeckten und sich traute, diese wieder aufzunehmen.

Die Patienten wollten trotz Anregung nicht mit Farben gestalterisch das Lebenspanorama aufmalen.

Das jeweils aufgeschriebene und vorgetragene Lebenspanorama - von 2 Patienten (siehe Kopie) - von 4 weiteren nur in Form der Vorstellung

3.7.2. 6. Pat. Frau T. - Lebenspanorama

	Lebensvisionen	Lebensentscheidungen
7	hoffe mich an meine Visionen erinnern, lässig sein, spielen, lernen	Scheidung als Eltern; Umzug nach Essen; Trennung von Freunden + Vater
14	würde Ökologie studieren	Eltern haben kein Geld, um Studium zu finanzieren; Vorbereitung auf Scheitern und Überleben
21	würde eigene Wohnung haben und alleine leben	Brüder ist verstorben; konnte meine Mutter nicht alleine lassen
jetzt	Wünsche + Bedürfnisse neu definieren; private + berufliche Veränderung beibehalten	Liebe Brd. sterben; Trauma aufgearbeitet + gelöst; Bedürfnis meines Aufgabengebiet
nahe Zukunft	Wohnung / Hausbau mit Garten evtl. Arbeitszeit reduzieren + Hund	
ferne Zukunft	glücklich + gesund bleiben; weiterhin viel reisen	

3.7.2.1. Vorstellung des Lebenspanoramas

Frau T. schildert anschaulich, wie schön und idyllisch sie als Kind in einem villaähnlichen Haus gewohnt und diesen Status genossen habe bis zum Zeitpunkt der Scheidung ihrer Eltern. Den Vater habe sie liebevoll in Erinnerung, durch den Umzug sei sie nicht nur von ihrem Vater getrennt worden, sondern auch von ihren Freunden, mit denen sie bis

zur 2. Schulklasse aufgewachsen war. Sie sei dann zusammen mit ihrem Bruder zu ihrer Mutter in eine 3 1/2 Zimmerwohnung nach Essen gezogen. Dort sei sie schnell in die Situation gekommen, Verantwortung für ihren Bruder übernehmen zu müssen ohne Anerkennung oder liebevolle Zuwendung ihrer Mutter, auch nicht über ihre guten Leistungen in der Schule.

Sie habe sich Geld über Nachhilfe hinzuverdient und sich dadurch ein Fahrrad selbst erarbeitet.

Ihr großes Interesse sei Ägypten gewesen, sie habe Ägyptologie studieren wollen, was aus finanziellen Gründen – aber auch aus Rücksichtnahme aufgrund von Verantwortung für Bruder und Mutter – nicht realisiert wurde.

Sie habe sich dann zusammen mit einer Freundin als Verwaltungsangestellte im Gericht beworben, sei angenommen worden und habe sich damit dann auch OK gefühlt.

Die Patientin nimmt beim Schildern selbst wahr, wie ungerecht oftmals Situationen waren bzgl. ihres Bruders, der einfach Dinge geschenkt bekam. (Neid wurde nicht geäußert!)

Die Patientin gibt weiterhin an, dass sie aus Rücksichtnahme ihrer Mutter gegenüber nicht aus der gemeinsamen Wohnung ausgezogen sei, um diese nicht allein zu lassen.

Die Patientin reflektiert selbst, dass sie immer gelernt habe, den Blick für Andere zu haben, weg vom eigenen Gefühl, „das sei ein erlernter Modus“.

Es habe dann die 1. Liebe gegeben zu einem Nachbarn, die sich ganz langsam entwickelt habe, die sich dann durch sein Studium (er habe sich selbst verwirklicht) in eine freundschaftliche Beziehung verwandelt habe.

Die Patientin zeigt auf, dass sie durch frühe Schwierigkeiten finanzieller Art gelernt habe, zielstrebig und sparsam zu sein. Die Arbeit habe viel Raum in ihrem Leben gehabt und sie sei dabei über ihre eigenen Grenzen gegangen, um nicht zu fühlen (Trauer, Ärger etc.):

Sie sei über Anerkennung und Verantwortung geprägt gewesen.

Sie habe dann im Weiteren ihren jetzigen Ehemann kennen gelernt, auch diese Beziehung habe sich langsam entwickelt.

Durch ihre Überforderungssituation habe sich im Sinne des Burnout-Syndrom ihre Krankheit entwickelt, die sie als Chance erkenne.

Sie achte jetzt immer besser auf ihre Grenzen, sei dabei sehr an ihre Gefühle gekommen, habe Lebenssinn und -freude entwickeln können und gelernt, sich selbst wichtig zu nehmen.

(Der Patient reflektierte und differenzierte in der Rückschau insbesondere die Säulen **S 1 Leib bis S 5 W + N** sowie **Ress.**)

3.7.3. 8. Pat. Herr W. – Lebenspanorama

Lebenspanorama

	Lebensvisionen	Lebensentscheidungen
7 Jahre	In der Grundschule nannte man mich den Reporter, ich wusste immer alles als Erster. Kaum eine Nachricht von der ich nicht wusste. Wollte auf das Gymnasium. Die Welt erkunden.	Lehrerin und meine Eltern schickten mich auf die Gesamtschule. Potenzial und Noten für das Gymnasium vorhanden. Ehrgeiz leider nicht (wurde behauptet).
14 Jahre	Internat. Studium im Ausland. Arbeiten im Ausland. Die Welt erkunden. Journalist, Autor, Visionär, Ästhet.	Einzelgänger da ausgegrenzt. Oberstes Ziel: Anpassung und Angleichung. Wollte kein Streber mehr sein.
21 Jahre	Die Welt der Werbung, Glamour, Ästhetik, Schick. Arbeiten im Ausland. Wenigstens eine Fremdsprache fließend und verhandlungssicher sprechen und schreiben.	Studium VWL (abgebrochen). Studium Kommunikationswirt (abgeschlossen), Ausbildung zum Werbekaufmann (abgeschlossen)
Jetzt	Arbeitsfähigkeit erreichen/ wiederherstellen. Sich Selbst finden. Niederländisch lernen. Geld sparen. Festen Arbeitsplatz. Glückliche Partnerschaft. Leidenschaft, Spontaneität und finanzielle Unabhängigkeit. Spannende und aufregende Bekanntschaften.	BTZ, VHS-Kurs Niederländisch, Yoga
Zukunft nah		
Zukunft fern	Arbeiten im Ausland. Karriere. Selbstständigkeit. Leben ohne/ mit Depressionen Gesundheit, Glück, glückliche Partnerschaft, entspannten und sicheren Lebensabend	

3.7.3.1. Vorstellung des Lebenspanoramas

Herr W. gibt an, dass man ihn früher in der Schule „den Reporter“ genannt habe, weil er viel redete, von den Neuigkeiten berichtete und ihn alles interessierte.

In der Pubertät sei er dann still und zurückhaltend geworden.

Es habe von Seiten seiner Mutter viele Erwartungen gegeben, er habe sich nicht entscheiden können. Seine Homosexualität habe er im Kreis seiner Gemeinschaft dann „bunt und aktiv“ auffällig ausgelebt, was dann aber nicht ausgereicht hätte.

Es sei der Wunsch nach einer Beziehung entstanden, die ihm Halt und Sicherheit geben sollte in seinem „etwas chaotischen Leben“. Dieses sei auch zunächst in seiner Beziehung der Fall gewesen. Inzwischen erlebe er aber seine Beziehung als starr, rigide und lieblos und fühle sich nicht mehr wohl.

Durch das Aufschreiben im Lebenspanorama sei ihm deutlich geworden, dass Veränderungen anstünden.

Er habe entdeckt, dass er wieder an seine Wünsche und Vorstellungen kommen müsse.

Er wolle niederländisch lernen, plane in geraumer Zeit nach Holland zu gehen und dort zu leben.

Er möchte sich weiter für Design interessieren.

Er stellt die Überlegung an, allein zu leben, was er noch nie in seinem Leben geschafft habe, sondern er sei abhängig gewesen.

(Es wurden durch das Lebenspanorama insbesondere die Säulen **S 1 Leib. bis S 5 W + N** sowie **Ress.** reflektiert und angeregt.)

3.7.4. 3. Pat. Frau P. - Ressourcen-Analyse

Die Patientin gibt an, dass sie als kleines Mädchen viele Tagträume gehabt, vor sich hin gesessen habe und dabei in andere Welten verschwunden sei.

Sie habe Gedichte geschrieben und gerne Volleyball gespielt, das habe ihr Spaß gemacht.

Sie habe ein Pferd gehabt, womit sie sehr beschäftigt war, sich auch sehr verbunden fühlte.

Der Patientin wurde deutlich, dass sie wieder sportliche Aktivitäten, Volley-Ball im Verein - bekam ein Angebot durch Gruppenmitglied - aufnehmen möchte.

Sie überlegt, inwieweit sie wieder Kontakt zu Pferden aufnehmen will.

Sie möchte ausprobieren, ob Gedichte schreiben eine Möglichkeit ist, wenn sie Zuhause allein ist.

Sie hat für sich erkannt, dass sie viel zu wenig eigenen Wünschen Raum gibt und ist über sich selbst erstaunt, was sie durch die Ressourcen-Analyse entdeckt hat.

(Es wurden bei der Reflexion insbesondere die Säulen **S 1 Leib** und **S 2 So K** sowie **Ress.** berührt und inspiriert.)

3.7.5. Pat. 2 Herr B. – Lebenspanorama

3.7.5.1. Vorstellung des Lebenspanoramas

Herr B. schildert, dass er mit 4 Jahren seine Mutter verloren habe, sein Vater sei dann mit ihm in das Haus seiner Großeltern umgezogen.

Dort habe er oftmals geweint und geschrien, wenn sein Vater in der Nacht arbeitete.

Seine Großeltern: Die Oma hörte es, ließ ihn aber allein.

Er habe damals schon große Ängste gehabt und sich allein gefühlt. Sein Großvater sei ein strenger und dominierender Mensch gewesen, es habe viel Ärger zwischen seinem Vater und ihm gegeben. Er habe sich oftmals so „dazwischen“ gefühlt, aber auch wohl bei seinen Großeltern.

Dann habe sein Vater seine Stiefmutter kennen gelernt, die eine 11-jährige Tochter mitbrachte, die dann viel Aufmerksamkeit vom Vater bekommen habe.

Er selbst habe zu ihr und zu seiner Stiefmutter keinen Kontakt haben wollen, dadurch sei der Kontakt zum Vater auch weniger geworden, er habe sich von ihm alleingelassen gefühlt.

Er hatte auch kaum Kontakt zu Mitschülern gehabt.

Er habe begonnen in Kaufhäusern zu stehlen, sei aufgefallen, habe zunächst eine Verwarnung, später eine Anzeige bekommen.

In der Schule habe er große Schwierigkeiten gehabt, dafür habe er aber das Fußballspielen entdeckt, was vom Großvater gefördert worden sei. Er habe dadurch Anerkennung bekommen.

Mit 15 Jahren habe sein Alkoholkonsum begonnen mit Bier und Wodka. Es habe aber auch glückvolle Momente gegeben durch die gute Beziehung zum Großvater. Dieser sei ein Mann mit Einfluss im Ort gewesen, er habe auch über ihn die Lehre bei VEBAG vermittelt bekommen, was für ihn ein Glücksfall gewesen sei.

Der Alkoholkonsum sei dann nur noch auf das Wochenende verlegt worden, dafür aber exzessiv.

Mit 20 Jahren habe er seine jetzige Frau kennen gelernt, die einen guten Einfluss auf ihn gehabt habe.

Er sei dann nicht mehr allein gewesen und habe sich von ihr verstanden gefühlt, jedoch erst nach ca. einem ½ Jahr sei Liebe entstanden. Er habe zuvor nur kurzfristige Beziehungen gehabt, habe sich nicht entscheiden können. Die Frauen seien ihm nicht seriös genug gewesen, keine Frauen zum Heiraten.

Zu dem Zeitpunkt habe er dennoch immer recht viel getrunken und sein Großvater sowie seine Familie hätten das mit Sorge betrachtet. Dann habe ihn sein Großvater vor die Frage gestellt, ob er Interesse habe ein bald leer werdendes großes Haus zu kaufen, an dem der Großvater sich zu einem Teil beteiligen wolle unter der Bedingung, dass er keinen Alkohol mehr tränke und allein die Verantwortung für das Haus habe. Er habe eine Bedenkzeit bekommen, sei dann darauf eingegangen und das sei somit eine sehr wichtige und gute Entscheidung für sein Leben geworden.

Er habe keinen Alkohol mehr getrunken, in 3 Schichtdiensten hart gearbeitet und werde das Haus 2009 abbezahlt haben.

Seine 2 Töchter wurden geboren, sind jetzt 13 und 15 Jahre, denen versuche er, ein guter Vater zu sein.

Zeigt dann auf: „Schule ist nicht alles - ein Ziel haben ist wichtig“.

Der Patient schildert im Weiteren, dass seine Ehefrau für ihn ein sehr wichtiger Mensch in seinem Leben sei. Sie gebe ihm Halt und Sicherheit; obwohl es in den letzten Jahren viel Streit gegeben habe, z. B. wegen unterschiedlicher Erziehungsstile. Er fühle sich durch die Ängste seiner Ehefrau eingeschränkt, wünsche sich, dass sie einer Arbeit nachgehen würde, was sie aber zu verhindern wisse. Dennoch liebe er seine Frau, wenngleich er auch manchmal das Gefühl des „Nebeneinanderher-lebens“ habe, im Moment sei es wieder besser.

Er hoffe, dass er weiter arbeiten könne, damit das Haus bezahlt würde und dass er gesund bleibe, um noch sein Leben mit seiner Familie genießen zu können.

(Die Säulen **S 1 Leib bis S 5 W + N** sowie **die Ress.** wurden bei der Rückschau insbesondere reflektiert und berührt.)

3.7.6. 4. Pat. Herr P. – Lebenspanorama

3.7.6.1 Vorstellung des Lebenspanoramas

Herr P. schildert eindrücklich, dass er nicht das haben werden können, was er gewollt hatte. Sein Vater habe darauf bestanden, dass er schon vor Schulbeginn das ABC lerne, er sollte besonders schlau werden, damit er es besser haben würde als sein Vater. Ihm habe das keinen Spaß gemacht, er erinnere sich noch daran, dass er zum Teil unter Tränen an einer Kinderschultafel gestanden und das ABC geübt habe.

Für Fehler sei er getadelt, angeschrien und unter Druck gesetzt worden mit Sprüchen wie: „Stell dich nicht so an, du kannst das, konzentriere dich“.

Er sei dabei oftmals sehr nervös geworden, habe Ängste gehabt, sogar Versagensängste bekommen.

Er habe diese Dinge immer wieder erleben müssen, sein Vater habe die Meinung vertreten, dass seine Hausaufgaben verbesserungswürdig seien, er musste dann seitenweise aus Pitje Puck Büchern abschreiben, um seine Schrift zu verbessern.

Es habe aber auch zu der Zeit positive Dinge gegeben, er habe sich am 1. Schultag in eine Heike verliebt. Diese Verliebtheit habe 7 Jahre lang angehalten und sei immer ein Grund gewesen, warum er gerne in die Schule gegangen sei, aus diesem Grund sei er auf die gleiche weiterführende Schule gegangen wie sie.

Er habe mit der Zeit gelernt, Dinge zu tun, um Lob und Anerkennung von seinen Eltern zu bekommen, er sei dann „der Beste“ für sie gewesen. Insgesamt habe er das Gefühl, dass er möglicherweise schon im Vorfeld sich Dinge zurechtgelegt habe, warum er was gemacht habe, weil er ja gewusst habe, welchen Bewertungen er unterliegen würde.

So habe es ständige Diskussionen und Kämpfe gegeben, sei es nun wegen seiner langen Haare - er sei ein Zausel und Nichtsnutz - oder wegen Jeans, da habe er sich dann aber durchgesetzt und sei stolz auf seine 1. Wrangler gewesen.

Als Kind sei es sein Traum gewesen, als Tarzan in den Dschungel zu gehen und ein starker Held zu sein.

Als er eine Art Jugendgruppe gründete, wäre er gerne der Chef gewesen, es sei aber nicht so gekommen.

Er habe gut klettern können und sei auch gut in Körperbeherrschung und Turnen gewesen. Er sei gerne Fahrrad gefahren, habe Völkerball und Fußball gespielt, aber sich ungern geprügelt, dafür lieber mit Mädchen Glanzbilder getauscht. Im Weiteren habe er Gitarre gelernt, in einer Rockband gespielt und davon geträumt, ein bekannter Gitarrist und Sänger zu werden und dadurch Bewunderung zu bekommen.

Es habe sich aber auch langsam der Wunsch breit gemacht, endlich freier leben zu können und nicht den ständigen Kämpfen und Zwängen unterworfen zu sein, darum habe er dann auch von Zuhause ausziehen wollen.

Seine berufliche Ausbildung habe mit 16 Jahren begonnen. Er habe sich bei der Polizei beworben, dieser Beruf habe ihn schon immer gereizt. Außerdem sei er durch das hohe Anfangsgehalt schnell seinem Wunsch nahe gekommen, bei seinen Eltern ausziehen. Er sei dann in den mittleren Dienst gegangen, um Kommissar zu werden.

Privat habe er dann seine Frau kennengelernt, mit ihr sei es im Oktober 2005 nach 19 Ehejahren zur Trennung gekommen; die Trennung sei von seiner Frau ausgegangen.

Seine Frau habe ihm vorgeworfen, dass es immer mehr emotionale Distanz gegeben habe und er oftmals gereizt und unzufrieden gewesen sei. Er selbst habe im Laufe der Zeit immer mehr seine Gefühle zurückgehalten, habe Schuldgefühle entwickelt, die im Weiteren zu einer Depression geführt hätten.

Herr P. gibt an, dass er im Laufe der Zeit gelernt habe, seine Gefühle immer besser zuzulassen. Zudem habe er neue Aktivitäten entdeckt, die ihm Freude machten, wie z. B. Kochen, Malen und Musizieren und er könne das Segeln auch ganz allein genießen.

Er möchte einfach noch ganz viel Dinge ausprobieren, sich seinen Wünschen und Gefühlen überlassen und gesund und aktiv leben, aber besonders das Gefühl haben und sich selbst den Raum dazu lassen > „ich darf so sein - wie ich bin“.

(Die Säulen **S 1 Leib**, **S 2 So K** sowie **Ress.** wurden durch die Reflexion insbesondere berührt.)

3.7.7. 5. Pat. Herr Sch. – Lebenspanorama

3.7.7.1. Vorstellung des Lebenspanoramas

Herrn Sch. schildert, dass Sport schon als Kind seine große Leidenschaft gewesen sei – und noch ist. Er habe Rennsport bereits im Alter von 7 Jahren begonnen und dieses ca. 14 Jahre ausgeübt. Er sei in dieser Zeit mit sich zufrieden gewesen, habe Freunde gehabt, eine Liebesbeziehung zu einer Frau..

Er habe sich auch von seinen Eltern unterstützt gefühlt, sei nicht belastet gewesen. Auch als er das Studium „Sport“ aufgenommen habe, sei noch alles gut gegangen, er habe den Abschluss gemacht. Schwierig sei es geworden, als er dann keine Arbeit bekam. Er habe ein Praktikum in der Klinik sowie den Zivil-Dienst im Krankenhaus gemacht. Er möchte wieder im Sportwesen etwas machen, seine Wohnung gemütlicher gestalten, wieder mit dem Schreiben anfangen und eine „Liebesbeziehung“ leben. Er freut sich, dass er wieder im Arbeitsleben angekommen ist, möchte sich evtl. mal selbstständig machen.

Es sei ihm während des Aufschreibens deutlich geworden, dass ihm seine Ressourcen bewusster seien, dass habe ihm neues Selbstvertrauen gegeben mit Energiezuwachs.

Für die Zukunft wünscht er sich Erfolg im Arbeitsleben, will den Radsport wieder aufnehmen und möchte eine Familie gründen.

(Es wurden in der Reflexion insbesondere die Säulen **S 1 Leib**, **S 2 So K S 3 A + L** sowie **Ress.** berührt.)

3.7.8. 7. Pat. Frau R. – Lebenspanorama

3.7.8.1. Vorstellung des Lebenspanoramas

Frau R. macht deutlich, wie sehr sie durch die Angst beeinflusst gewesen sei, ihr Lebenspanorama vorzustellen.

(Dabei gestaltete sie es recht authentisch, nah bei ihren Gefühlen - berührend, aber durchaus nicht ängstlich wirkend, man hörte ihr spannend zu.)

Die Patientin gab an, dass sie schon als Kind Ängste gehabt habe und eine Mutter, die ihre Ängste nicht angenommen, sie sogar lächerlich gemacht habe.

Sie habe als Kind die Erfahrung gemacht, dass es sich nicht lohne, Wünsche zu äußern. Es seien ihr stattdessen Dinge übergestülpt worden, die ihr dann auch keinen Spaß oder Freude gemacht hätten. Zudem sei hinzu gekommen, dass sie noch zusätzlich Ärger und Druck bekommen habe, es sei ihr Dummheit unterstellt worden.

Sie habe ihren Beruf nicht selber wählen können, habe Steuerfachgehilfin werden müssen, dafür sei sie richtig gewesen, für ihren Berufswunsch jedoch zu dumm.

Sie habe dann später die Fachschulreife nachgeholt, habe sich dann selbst die Frage gestellt: „Da war ich dann ja doch nicht zu dumm?“

Sie habe dann ihren Ehemann kennengelernt, könne selbst sagen, dass es eine Flucht gewesen sei, von Zuhause wegzukommen.

Sie habe nie wirklich allein gelebt und sich dann auch vom Ehemann bestimmen lassen.

Dann seien ihre Kinder gekommen. Sie habe nebenbei hinzuverdient, der Ehemann ein Studium gemacht.

Die Patientin, kann sehen, dass sie selbst auf der Strecke geblieben ist.

Es habe dann mal einen Flirt mit einem Mann aus dem Freundeskreis gegeben, der jedoch nicht weiter intensiviert worden sei. Sie habe es allerdings ihrem Ehemann gesagt, woraufhin ein großer Konflikt entstanden sei. Er habe ihr Schuldgefühle gemacht, es dem Freundeskreis erzählt, obwohl besagter Mann geheiratet habe.

Sie habe darunter sehr gelitten, sich geschämt, habe nicht zu ihren eigenen Gefühlen stehen und sie genießen können, habe die Schuld nur bei sich gesehen.

Ihr Ehemann hingegen habe sie in dieser Zeit viel allein gelassen, viel gearbeitet und so habe sie sich immer mehr zurück gezogen, sich isoliert, dabei hätten sich dann auch ihre Ängste verstärkt.

Im weiteren Verlauf habe sie dann eine ½ Stelle in der Buchhaltung angenommen, dort habe sie dann mehr und mehr Verantwortung übernommen, habe fast Prokura gehabt, für die Bank unterschrieben, Gehälter ausgezahlt, alles bis zum Zeitpunkt gemacht, als die Firma habe Konkurs anmelden müssen.

Die Patientin gibt an, dass sie während dieser Zeit sogar noch kurze Zeit weitergearbeitet, sogar eigenes Geld mitgebracht habe, damit die Angestellten hätten bezahlt werden können.

Mit ihrem Ehemann habe sie nicht darüber gesprochen, „der hätte mich da herausgeholt“.

Sie sei darüber zunehmend kränker geworden, habe Ängste gehabt, oftmals falsche Angaben für die Firma machen müssen, habe sich sehr schlecht gefühlt dabei.

Die Patientin kann sehen, dass sie aus der Krankheit gelernt hat.

Sie möchte jetzt erstmal für sich selbst da sein, eigene Wünsche erfüllen. Sie will Gitarre lernen, Dinge tun, die ihr Freude machen und hat sich vorgenommen nur Schritte zu tun, die sie wirklich tun möchte.

(Es wurden insbesondere die Säule **S 1 Leib und die Ress.** berührt.)

3.7.9. Intermediär-Objekte - Übergangs-Objekt

Übergangsobjekte werden in der Entwicklungspsychologie als „Tröster“ definiert, als das Vertraute, das das Kind zum Einschlafen braucht, um über das Weggehen der z. B. Mutter hinweggetröstet zu werden und es somit überwinden kann (Winnicott 1974 in Rahm 1993, S. 213).

*In der **Integrativen Therapie** (Petzold 1987a; Ramin/Petzold 1987 in Petzold 1993a, S. 1120) werden sie auch als Intermediärobjekte bezeichnet, weil sie die Funktion haben, eine Verbindung zu schaffen und sie in der Beziehung zu halten. Dieses kann in der Beziehung des Patienten zum Therapeuten sein aber es kann ebenso ein Zugang sein zu früheren Erinnerungen, die Trost spendeten und somit schwierige Zeiten überbrücken konnten und können.*

3.7.9.1. Praxisbeispiel eines Intermediär-Objektes – Übergangsobjektes

1. Pat. - Frau B. war kurz vor meinem Urlaubsbeginn in einer instabilen Phase. Sie konnte in einem kurzen Einzelgespräch nach der Gruppensitzung sagen, dass sie mich vermissen würde, zudem sei ihre Betreuerin in Urlaub. So sprach ich mit der Patientin Möglichkeiten durch, die neben dem ihr bekannten Skill-Training noch Hilfe, Unterstützungsmöglichkeiten und Trost geben könnten.

Eine Idee meinerseits, ihr meine Holzarmbandkette während meines Urlaubs zur Verfügung zu stellen, nahm die Patientin dankbar an. Dieses schien zusammen mit den Anleitungen zur Selbsthilfe, der Anregung, auf das ihr bereits bekannte Skill-Training zurückzugreifen und den mit ihr in Verbindung stehenden einzelnen Gruppenmitgliedern hilfreich gewesen zu sein, die Patientin konnte es ohne Selbstverletzung überbrücken und schilderte mir dies auch nach meiner Rückkehr.

(Es wurden insbesondere die Säulen **S 1 Leib, S 2 So K, Ress** berührt.)

3.8. Aus dem Manual zum „Skill-Training“ n. M. Linehan

(Dialektisch Behaviorale Therapie DBT Research Unit Freiburg 2002)

DBT-Grundregeln - Innere Achtsamkeit

- Seite 10 - 15
- Stresstoleranz - Seite 16 - 44
- Notfallkoffer - Seite 43 – 44

3.8.1. Anleitungen zur Selbsthilfe - Selbstberuhigung -

Entdecken von Ressourcen als Heilfaktor im Sinne der Integrativen Traumatherapie und Trostarbeit (Petzold 2004/03).

Mit Frau B. wurde nach der Gruppenstunde ein beruhigendes und sie stützendes Gespräch geführt. Dabei wurde Frau B. angeregt, wie sie sich selbst beruhigen kann bzw. geklärt, wo sie noch Hilfestellung braucht, welche Ressourcen noch vorhanden sind, die ihr in der jetzigen Anspannungssituation helfen können.

Frau B. erhielt von mir einen Übungsbogen, auf dem sie ihre persönlichen Erfolge - ihr "Erfolgs-Profil" - erstellen sollte und was ihr Trost gab und gibt, um in belasteten Situationen darauf zurückgreifen zu können:

1. Welches sind Ihre ganz persönlichen Erfolge – offizielle, private oder individuelle aus ihrer Biographie?
2. Welche Gründe haben zu den Erfolgen geführt, dass Sie den Erfolg erreicht haben?
Welche Fähigkeiten und Fertigkeiten haben dazu beigetragen?
3. Stellen Sie fest, welches Ihre persönlichen Erfolgsgeheimnisse sind?
4. Wie können Sie nun dazu beitragen, dass Sie mit der von Ihnen wieder entdeckten Fähigkeit „sich selbst Gutes tun“?
5. Wer oder was hat Ihnen in der Vergangenheit geholfen?
Schreiben Sie es bitte auf und nehmen Sie unbedingt diese wichtige Möglichkeit als Hilfe und Trost auf und setzen sie in eine aktive Handlung um... "ganz besonders in Krisen".

3.8.1.1. Rückmeldung über Übungsbogen

Frau B. hatte es leider nicht geschafft, die Fragen zu Papier zu bringen, brachte es aber in die Gruppe ein.

Von Frau P. (ein Gruppenmitglied) wurde zunächst zurückgemeldet, dass sich v. g. Patientin bei ihr telefonisch gemeldet habe. Dieser aktive Schritt wird von der Gruppe gelobt.

Die Patientin hat ihren Notfallkoffer ausprobiert, d.h. sie hat Musik gehört, traurige Gedichte geschrieben (die, die Patientin nicht zeigen möchte), telefoniert und Spaziergänge gemacht.

Die Patientin plant, einen Führerschein zu machen, ist bereits zu den Theoriestunden gegangen.

Die Patientin hat mich vor vollendete Tatsachen gestellt, will allein in die Türkei fahren und dort u.a. das Grab ihrer Mutter besuchen (Sie gibt an, dass sie sich das jetzt zutraut - und es für sie wichtig sei).

Ich war nicht so sicher, ob sie das nicht zu sehr labilisieren könnte, äußerte vorsichtig meine Bedenken in Frageform, „ob sie sicher sei, dass es der richtige Zeitpunkt ist und das ich es günstiger fände, wenn sie in Begleitung fahren würde?“

Die Patientin will über meine Bedenken nachdenken.

Die Patientin setzt ihr Vorhaben dann in der nächsten Woche um, ihre Betreuerin informiert mich, dass die Patientin nicht allein führe, sondern mit einer Bekannten. Sie wohne im Gästehaus ihrer Eltern wisse bei aller Schwierigkeit, dass ihr der Aufenthalt in der Türkei viel Ruhe, Energie und Entspannung geben würde.

(Ich hatte ein mulmiges Gefühl, die Patientin überraschte mich. Meine Sorge war, dass sie über ihre Grenzen gehen könnte, sich schadet im Sinne von Selbstverletzung.)

Mir wurde dadurch auch deutlich, dass es immer wieder um diese Gratwanderung ging (Rückmeldung nach Urlaubs-Rückkehr siehe > 42).

(Die Rückmeldung berührten insbesondere die Säulen **S 1 Leib**, **S 2 So K** und **die Ress.**)

3.8.2. Sharing - emotionale Mitteilung - Austausch - durch wechselseitiges Berührtsein

Im **Sharing** wird in der Integrativen Therapie auf die im Psychodrama (Moreno) bzw. Therapeutischen Theater (Iljine 1972, in Petzold/Orth1990 , S. 871) therapeutische Wirksamkeit durch eine „gespielte Szene“, die in der Wiederholung durch erlebte Erzählung (und im Spiel) emotional mitgeteilt wird, und zum wechselseitigen Berührtsein der zuschauenden Gruppenmitglieder führt, zurückgegriffen.

Durch dieses Teilnehmen an der Erfahrung des anderen und durch Rückmeldung über das eigene Erleben entsteht im Austauschprozess „**Intersubjektivität**“ im Sinne des wechselseitigen Begreifens und Verstehens (Petzold 1991a, S. 59).

Diese gemeinschaftliche Erfahrung führt zu persönlicher und gemeinschaftlicher Bewusstheit, ist identitätsfördernd, stärkt das Potential des solidarischen Miteinanders und fördert somit Beziehungsfähigkeit, die zu guten zwischenmenschlichen Begegnungen und Beziehungen führen kann.

Diese übergreifende Methode kam teils in den Gruppenstunden, insbesondere aber bei den Vorstellungen der Lebenspanoramen und auch im Abschluss-Ritual zur Anwendung.

3.8.3. Abschluss-Ritual der Gruppe am Gruppenende

Es fand 1 Woche vor der Abschiedsfeier statt.

Das Ritual des Abschiedes ist bereits in der Tagesklinik ein fester Bestandteil des sozialen Kompetenztrainings.

Es fällt dabei immer wieder auf, dass große Schwierigkeiten mit dem Abschiednehmen bestehen, dass es aber ein Stück des Lebens und des Lebensalltags ist, den es zu verstehen gilt. Es ist aber auch für jeden offen, wie er es nach seinen Möglichkeiten gestalten möchte.

Dieses Ritual ist ebenfalls eine lange und gute Erfahrung während meiner Ausbildungszeit aber auch in allen sämtlichen Seminaren innerhalb des Institutes des FPIs.

3.8.3.1. Fragen im Abschiedsritual

Wie ging es mir am Gruppen-Anfang...?

Was hat sich im Laufe der Zeit verändert...?

Wie geht es mir jetzt..?

Auf wen.....oder was kann ich zurückgreifen, falls ich mal in eine schwierig Phase komme...?

Was lasse ich zurück...?

Und wie geht es weiter...?

3.8.3.2 Rückmeldungen zum Abschiedsritual

1. Pat. Frau B. macht deutlich, wie wichtig ihr die Gruppe geworden sei. Anfangs sei es für sie schwer gewesen, sie habe aber Vertrauen fassen können.

Sie hoffe und wünsche sich, weiter im Kontakt zu bleiben. Sie spricht dabei Frau T. und Herrn P. an, habe sich von ihnen immer mehr verstanden gefühlt. Anfangs sei Frau T. für sie schwierig gewesen, habe ihr Angst und Druck gemacht (vor Enttäuschung und Nähe).

Herr P. habe ihr einen wichtigen Tipp gegeben: „Die Angst zu Umarmen“, sie habe es ausprobiert – und es habe ihr geholfen.

Sie kann sagen, dass sie traurig ist, weil sie sich von mir trennen müsse und dass wir keinen Kontakt mehr haben würden.

Die Patientin bedankt sich bei mir und zeigt auf, dass sie mich jetzt schon vermisse und dass ich für sie wichtig gewesen sei.

Die Patientin schildert dann, dass sie sich seit 2 Tagen innerlich ruhig fühle, das selber gar nicht glauben - aber genießen könne ohne zu wissen, was kommen würde.

(S 1 Leib, S 2 So K und Ress.)

- 2. Pat. Herr B.** gibt an, dass ihm die Gruppe wichtig geworden sei, es hätten sich für ihn schöne und wichtige Kontakte entwickelt. Er habe erfahren, dass reden entlaste, das könne er mit seinen Kumpels nicht machen. Er habe mit der Gruppe viel teilen können, hoffe, dass der Kontakt weiter gehe.

(S 1 Leib, S 2 So K und Ress.)

- 3. Pat. Frau P.** zeigt auf, dass sie mit viel Power – aber auch mit schwerer Last gekommen sei, die Trauer und viel Entwertung beinhalteten. Nach schmerzvoller Erfahrung habe sie sich entschieden, Grenzen zu setzen, sich nicht mehr verletzen zu lassen und mit sich achtsam zu sein.

Sie habe eine Aufgabe im BTZ (Berufliches Trainingszentrum) gefunden, das gebe ihr Zuversicht.

Sie gibt an, sich deutlich stabiler zu fühlen, sich bewusster über ihre Potentiale zu sein, hoffe, dass der Kontakt zur Gruppe weiterhin bestehen bleibe und bedankt sich bei mir mit dem Wunsch, dass ich die Gruppe, die sich weiter im Cafe treffen will, mal privat besuchen solle.

(S 1. S 2 So K, S 3 A + L und Ress.)

- 4. Pat. Herr P.** macht deutlich, wie wichtig für ihn die Gruppe geworden sei, hebt dabei besonders Frau T. hervor, die kritisch die Position seiner „Ex-Frau“ vertreten und ihn dadurch angeregt habe, wofür er sich bedanke. Er habe sich sicher oftmals viel Raum genommen, das sei ihm bewusst geworden, es habe ihm aber auch sehr gut getan.

Durch die verschiedenen Lebenspanoramen sei er an verschiedene eigene Punkte seines Lebens gekommen, teils, indem er dankbar gewesen sei, dass er sie nicht gehabt habe, oder wo er sich sehr verbunden gefühlt habe.

Er habe gelernt, sich selbst besser zu verstehen, seine Gefühle zuzulassen und das Lebenspanorama habe noch mehr zu einem Verständnis für sich selbst geführt. Er könne jetzt sehen, warum es für ihn in manchen Situationen schwierig

gewesen sei, dass er Geduld für sich brauche und lernen wolle, sich weiter zu verstehen und zuzulassen.

(S 1 Leib, S 2 So K und Ress.)

5. **Pat. Herr Sch.** gibt an, dass er leider zwischendurch habe fehlen müssen durch seine Arbeitssituation - Schichtdienst - .
Er sei manchmal sehr berührt gewesen, habe sich dann nicht getraut, darüber zu sprechen. Er habe sich dann zurückziehen müssen, sei für die Gruppe dann nicht so offen gewesen.

Das Lebenspanorama habe ihm deutlich gemacht, dass er, wenn er wirklich etwas wolle - wie z. B. beim Sport - auch ans Ziel kommen könne.

Er sei froh, dass er die halbe Stelle als Betreuer im Heim habe und wolle sich ein 2. Standbein ausbauen in dem er Nachhilfe als Sportlehrer gäbe, habe schon ein Konzept entwickelt, würde diesbzgl. von seiner Schwester beraten und unterstützt.

Der Patient gibt an, dass er weiteren Kontakt zur Gruppe halten möchte.

(S 1 Leib, S 2 So K, S 3 A + L und Ress.)

6. **Pat. Frau T.** spricht an, dass für sie die Gruppe sehr wichtig gewesen sei, was ihr anfangs nicht leicht gefallen sei nach dem Tagesklinikaufenthalt-Abgang. Es sei für sie viel passiert, sie sei wieder nach der Wiedereingliederung auf dem Arbeitsplatz angekommen, wie sie es sich gewünscht habe.

Sie habe geheiratet, sei glücklich. Sie habe seit kurz vor der Hochzeit keinen Kontakt zu ihrer Mutter, das sei im Moment gut so, wie es weiter gehe, sei noch für sie offen.

Sie habe allerdings z. Zt. noch ungeklärte Kopfschmerzen, die noch abgeklärt werden müssten.

Sie habe sich selbst auch durch das Lebenspanorama besser verstehen können, habe nach Anerkennung gesucht, sei über ihre Grenzen gegangen und sei durch die Angst zu sich selber gekommen.

Sie wolle weiter auf ihre Grenzen achten, achtsam mit sich sein.

Sie bedankt sich sehr herzlich und persönlich bei mir, möchte den weiteren Kontakt zur Gruppe halten.

(S 1 Leib, S 2 So K, S 3 A + L und Ress.)

7. **Pat. Frau R.** macht deutlich, wie schwer für sie die Anfangszeit in der Gruppe gewesen sei. Sie habe große Schwierigkeiten gehabt mit den vielen neuen Gesichtern, über sich selbst zu sprechen und zu sich selber zu stehen.

Sie habe die Erfahrung gemacht, dass Reden gut tut- aber auch das Hören, dass es anderen ebenso geht.

Auch hätten die persönlichen Kontakte Verbundenheit geschaffen. Zudem hätten ihr die Rückmeldungen, wie auch das Lebenspanorama geholfen, mehr Verständnis für sich zu entwickeln. Sie habe es anfänglich gar nicht geglaubt, sich noch erinnern zu können. Sie habe durch ihre Ängste gelernt, über sich

selbst hinauszuwachsen, nehme jetzt ihre Power wahr, wolle eine Teilzeitbeschäftigung annehmen.

Sie freue sich auf weiteren Kontakt mit der Gruppe und bedankt sich sehr herzlich bei mir.

(S 1 Leib, S 2 So K., S 3 A + L und Ress.)

8. **Pat. Herr W.** gibt an, dass er sich oftmals zwischen dem kleinen Jungen „Peter Pan“ und pubertär gefühlt habe, nicht erwachsen werden wollte. Durch das Lebenspanorama sei er wieder an seine Wünsche und Vorstellungen erinnert worden, habe gesehen, was er jetzt damit machen könne. Das Yoga entspanne ihn und die niederländische Sprache mache ihm Freude. Er entwickle langsam die Idee, sich im graphischen Bereich selbstständig zu machen.

In seiner Beziehung fühle er sich gut, in Beziehungen zu Freunden hingegen entstünden Auseinandersetzungen, gegenüber seiner Mutter habe er mehr Distanz. Er wolle ebenfalls weiter mit der Gruppe in Kontakt bleiben, habe sich mit ihnen wie unter Geschwistern gefühlt.

(S 1 Leib, S 2 So K, S 3 A + L und Ress.)

3.9. Fragebogen bezogen auf den 3. und 4. Weg der Heilung sowie der 5 Säulen der Identität der Integrativen Therapie in prozentualer Rangfolge

00% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

Beginn:

Ende:

5 Säulen der Identität

- 1. Leiblichkeit:**
- A.) Ich fühle mich in meinem Körper wohl und mag mich, wenn ich in den Spiegel schaue.
 - B.) Ich bin in gutem Gleichgewicht mit Aktivitäten und Erholungspausen und achte und Sorge für genügend Ruhe/Entspannung.
- 2. Sozialer Kontext:**
- A.) Im zwischenmenschlichen Kontakt fühle ich mich meist gut und selbstbewusst - kann persönliche Nähe zu anderen Menschen herstellen.
 - B.) Ich kann mich in der Sexualität einem anderen Menschen ganz hingeben und es genießen.
- 3. Arbeit und Leistung:**
- A.) Mein Beruf/Ausbildung entspricht meinen Neigungen und Fähigkeiten - was ich erarbeite bzw. herstelle – betrachte ich als wichtig und sinnvoll.
 - B.) Ich fühle mich an meinem Arbeitsplatz wohl und bin in gutem Kontakt zu meinem Arbeitsumfeld.
- 4. Materielle Sicherheit:**
- A.) Ich bin zufrieden mit meiner Wohnsituation und mit meinem Wohnungsumfeld.
 - B.) Meine finanziellen Perspektiven sind gut, ich habe einen sicheren Arbeitsplatz, bin finanziell abgesichert und sehe keinen bevorstehenden Belastungen entgegen.
- 5. Werte und Normen:**
- A.) Es gibt Vorbilder, Prägungen und Ideale (religiöse, philosophische) für mich, an denen ich mich orientieren kann.

B.) Ich habe für mich ein Lebensmotto gefunden, was mir immer wieder in schwierigen Situationen hilft.

Ressourcen:

A.) Ich bin mir meiner Fähigkeiten, Talente, Begabungen und Potentiale bewusst.

B.) Ich habe ein gutes soziales Netz mit guten Freunden/Freundinnen und Menschen, die mir gut tun.

C.) Ich weiß auf wen – oder was ich in schwierigen Lebensphasen zurückgreifen kann.

D.) Ich bin im Augenblick zufrieden mit meinem Leben.

F.) Ich erlebe mein Leben sinnvoll.

G.) Im Kontakt zu anderen Menschen habe ich keine Schwierigkeiten.

H.) Ich habe gute Freizeitmöglichkeiten, die mich ins Gleichgewicht bringen mit Körper-Seele-Geist?

I.) Ich habe im Rahmen meiner Erkrankung gute Erfahrungen im Austausch mit Mitpatienten in Gesprächsgruppen gemacht.

J.) Meine Erfahrungen im Laufe meiner Therapien mit Therapeuten / Therapeutinnen waren hilfreich und haben mein Wohlergehen gefördert.

3.9.1. Auswertung des Fragebogens in % - **Anfang**
imponierende Werte ab 20 +/- - **Ende**

Die Auswertungen des Fragebogens am Anfang und Ende haben sich im Vergleich zu den persönlichen Aussagen im Abschieds-Ritual in der Bewertung zu einem überwiegenden Teil gedeckt.

Bei den Abweichungen bzw. Verschlechterungen ist zu bedenken, dass es durch Zuwachs von Selbstvertrauen, Selbstwert, eigener Achtsamkeit zu Grenzsetzungen kam, die wiederum Veränderungsprozesse in Bewegung setzten und im sozialen Umwelt nicht ohne Folgen blieben.

Ebenso ist erwähnenswert, dass die sensibilisierte Selbstwahrnehmung nicht nur positive Realitäten aufzeigte, die noch nicht in wünschenswerten Schritten veränderbar waren, aber dennoch fühlbar wahrgenommen wurden und somit am Ende in der Bewertung als eher negativ betrachtet wurden.

Dieses zeigte sich z. B. auch im Bereich der 1. Säule – der Leiblichkeit, wo es zu somatischen Erkrankungen kam, die dadurch ebenfalls die Bewertung im Vergleich zum Anfang veränderten.

Im Bereich der „fünf Säulen der Identität“ gab es bei der

1. Säule - Leiblichkeit: in der A - Frage überwiegend Verbesserungen im Vergleich zum Anfang;
in der B - Frage gab es kaum Veränderung,
teils sogar Verschlechterung.

Auswertung:

1. Pat. – A – Frage	+ 30 %	Selbstakzeptanz
3. Pat. – A – Frage	+ 50 %	Selbstwert/Bewußts.
2. Pat. – B - Frage	- 50 %	Ehekonflikt/Stress
6. Pat. - B - Frage	- 30 %	Veränderungszeit - privat/Arbeitsplatz

2. Säule - Soz. Kontext: in der A - Frage stellten sich überwiegend positive Veränderungen ein,
in der B-Frage überwiegend keine Veränderung bis Verschlechterung.

Auswertung:

3. Pat. – A – Frage	- 20 %	verbess.Selbstwahn.
4. Pat. – A - Frage	+ 20 %	Selbstbewußtsein
5. Pat. – A - Frage	+ 20 %	Selbstbewußtsein
6. Pat. – A – Frage	+ 20 %	Selbstachtsamkeit
7. Pat. – A – Frage	+ 20 %	Selbstw./Selbstbew.
8. Pat. – A – Frage	+ 20 %	Selbstw./Selbstbew.
7. Pat. – B – Frage	- 20 %	verbess.Selbstwahn. Trennungssituation

3. Säule - Arbeit/Leist.: in der A- Frage gibt es überwiegend positive Veränderungen,
in der B – Frage gibt es zur Hälfte positive Veränderungen,
teils keine Veränderung bzw. Verschlechterung.

Auswertung:

1. Pat. – A – Frage	+ 20 %	Selbstbewußts.
3. Pat. – A – Frage	+ 50 %	berufl. Perspektive
7. Pat. – A – Frage	+ 20 %	Selbstw./Selbstbew.
8. Pat. – A – Frage	+ 30 %	berufl. Perspektive
1. Pat. – B – Frage	- 20 %	Veränderungswunsch

- 3. Pat. – B – Frage + 100 % Selbstbewußtsein
- 4. Pat. – B – Frage + 40 % Selbstwahn.-Bew.
- 6. Pat. – B – Frage + 60 % Selbstwahn.-Bew.
- 7. Pat. – B – Frage - 20 % noch ohne Arbeit

4. Säule - Mat. Sicherh.: in der A – Frage gab es teils Verbesserung, teils Verschlechterung, teils Stillstand .
in der B – Frage traten teils Verbesserung, teils Stillstand und teils Verschlechterung auf.

- Auswertung:**
- 1. Pat. – A – Frage – 30 % priv.Veränderungsw.
 - 3. Pat. – A – Frage + 70 % pos.Selbstwahrnehm.
 - 4. Pat. – A – Frage + 40 % Selbstakzept.-Wahn.
 - 6. Pat. – A – Frage – 60 % priv.Veränd.Hochzeit
 - 8. Pat. – A – Frage – 20 % Selbstwert-Bewußts.
 - 2. Pat. – B – Frage – 40 % Selbstwahn.Bewußts.
 - 3. Pat. – B – Frage + 30 % berufl. Perspektive
 - 5. Pat. – B – Frage + 20 % berufl. Perspektive
 - 6. Pat. – B – Frage – 20 % körperl.Beschwerden

5. Säule - Werte/N.: in der A – Frage gab es zur Hälfte positive Veränderungen,
die andere Hälfte zeigt z. einem Teil Stillstand, zum anderen Teil Verschlechterung auf.
in der B – Frage gab es überwiegend positive Veränderungen.

- Auswertung:**
- 2. Pat. – A – Frage – 50 % SelbstwahnSelbstw.
 - 3. Pat. – A – Frage + 30 % Selbstwahn-Erfahr.
 - 5. Pat. – A – Frage + 40 % Selbstbew.-Erfahr.
 - 1. Pat. – B – Frage + 30 % Selbstbew.-Gruppe
 - 2. Pat. – B – Frage + 30 % Selbstw.-Gruppe-Erf.
 - 3. Pat. – B – Frage + 60 % Selbstw.-Gruppe-Erf.
 - 5. Pat. – B – Frage + 20 % Selbstw.-Gruppe-Erf
 - 7. Pat. – B – Frage + 20 % Selbstw.Selbstbew.u. Gruppen-Erfahrung

Im Bereich der **Ressourcen** gab es in den Auswertungen in der:

A – Frage: überwiegend positive Veränderungen

Auswertung: 2. Pat. + 30 % SelbstwertSelbstbewGruppe-Erf.
6. Pat. + 20 % LebenspanorSelbstbewußtsGr.Erf.
7. Pat. + 20 % LebenspanorSelbstwahn.Gr.Erf.
8. Pat. + 20 % LebenspanorSelbstwahnGr.Erf.

B – Frage: ebenfalls überwiegend positive Veränderungen

Auswertung: 1. Pat. + 30 % SelbstwahnSelbstbewGr.Erf.
2. Pat. + 40 % Selbstwahn.Selbstw.Gr.Erf.

C – Frage: überwiegend positive Veränderungen

Auswertung: 7. Pat. + 2 % SelbstwSelbstbewGr.Erf.
8 Pat. + 20 % SelbstwSelbstbewGr.Erf.

D – Frage: zur Hälfte eine positive Veränderung,
die andere Hälfte - 2 x Stillstand –
2 x Verschlechterung.

Auswertung: 2. Pat. – 30 % priv.KonfliktsSelbstwahn.
4. Pat. – 20 % Trennungss.Selbstwahn.
6. Pat. – 20 % körperl.BeschwSelbstwahn.
7. Pat. + 20 % SelbstwSelbstbew.Perspekt.

E – Frage: teils positive Verbesserung, teils Still-
stand, teils Verschlechterung.

Auswertung: 3. Pat. + 20 % SelbstwahnSelbstbewPersp.
5. Pat. + 30 % SelbstwSelbstbew.Perspekt.

F – Frage: gemischt von Verbesserung bis Stillstand
und Verschlechterung.

Auswertung: 2. Pat. – 20 % SelbstwSelbstbewGr.Erfahr.
7. Pat. + 20 % SelbstwSelbstbewGr.Erfahr.

G – Frage: teils Verbesserung, teils Stillstand.
teils Verschlechterung.

Auswertung: 1. Pat. – 20 % Selbstwahrn.persVerändWünsch.
4. Pat. – 20 % SelbstwahrnSelbstbew.Veränder.
5. Pat. + 20 % SelbstwSelbstbew.beruflPerspekt.
6. Pat. – 30 % Selbstwahrn.körpl.Beschw.
7. Pat. + 20 % SelbstwahrSelbstbewGrupp.Erf.
8. Pat. + 30 % SelbstwahrSelbstbewEigenverant.

H – Frage: überwiegend Verbesserung, teils Stillstand,
teils Verschlechterung.

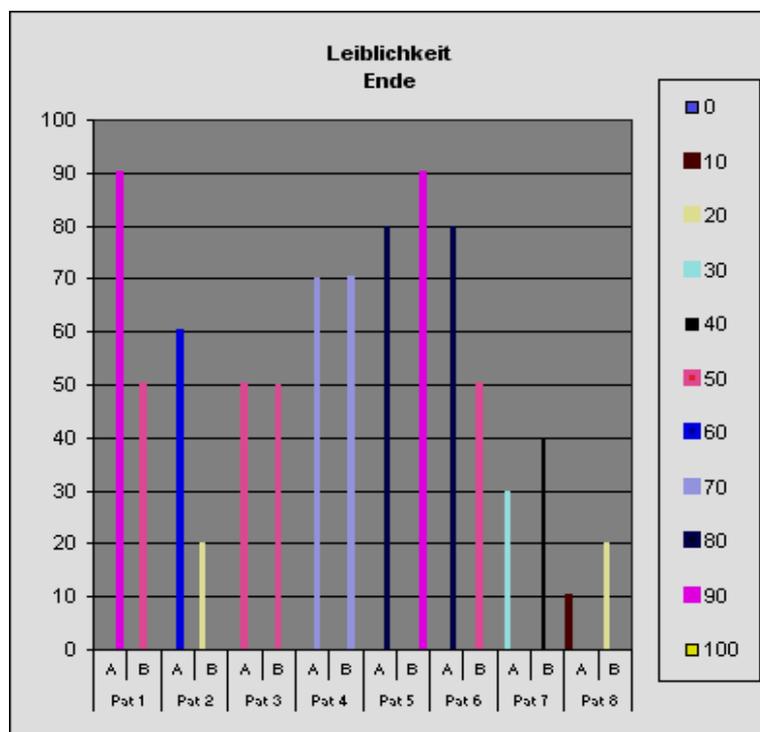
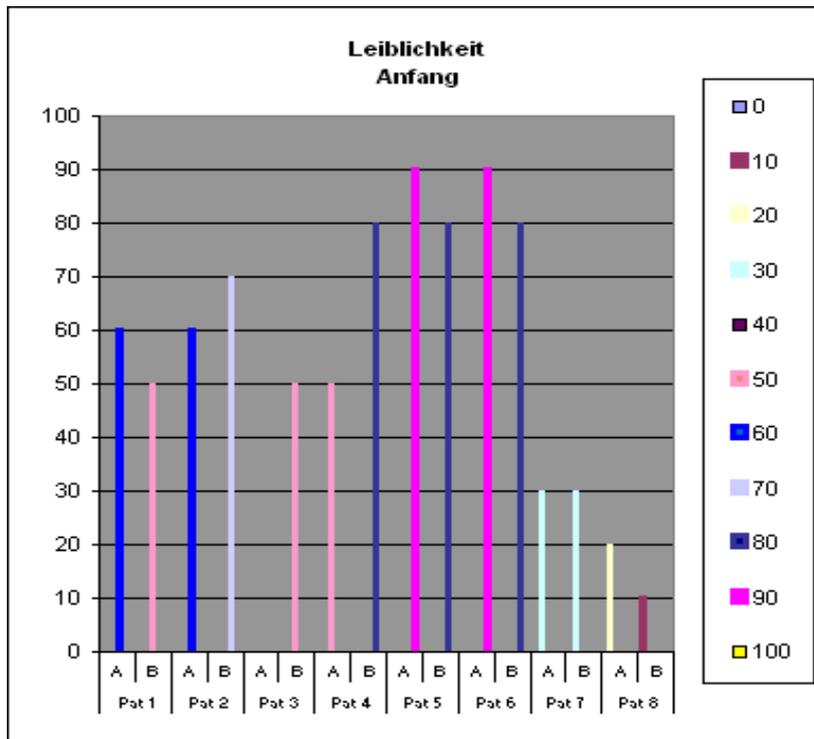
Auswertung: 1. Pat. + 30 % SelbstakzeptSelbstwahrnGr.Erf.
7. Pat. + 50 % SelbstwahrnSelbstw.Grupp.Erf.
8. Pat. + 40 % SelbstwahrnSelbstbew.Eigenverantwortung,
Grupp.-Erfahrung

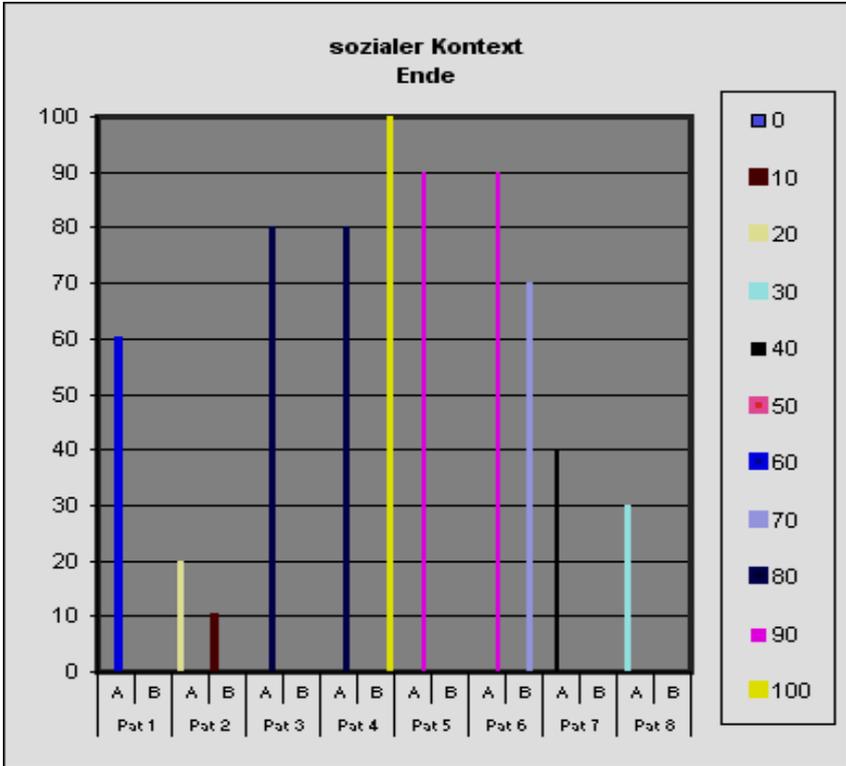
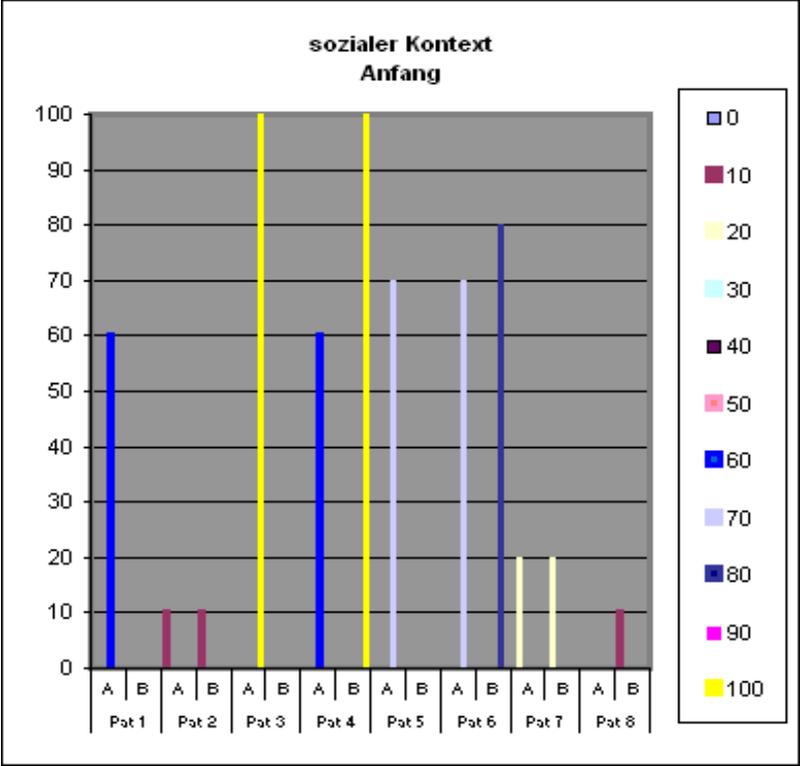
I – Frage: teils Verbesserung – teils Stillstand

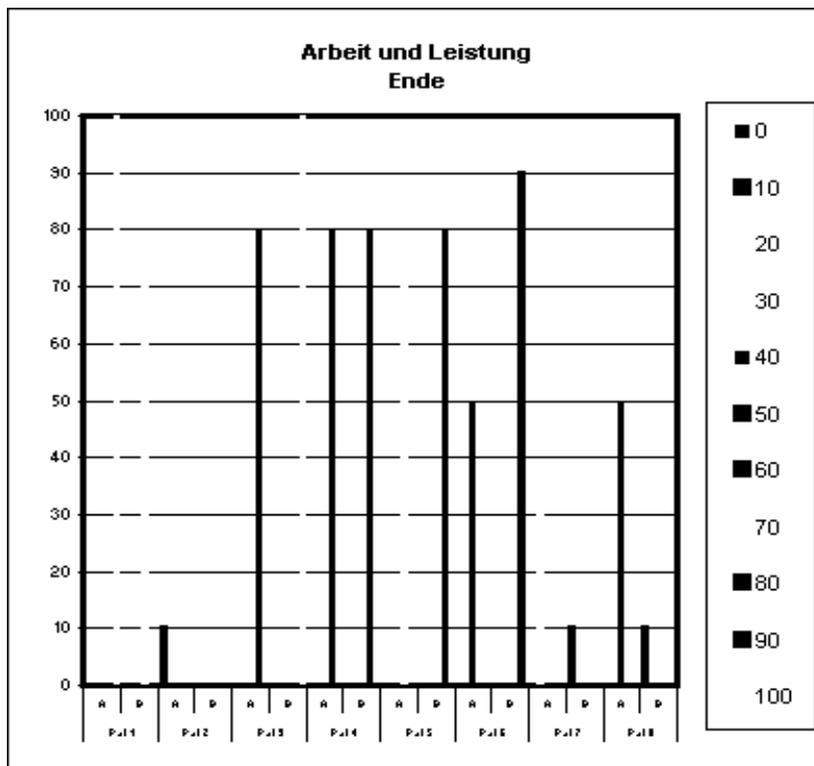
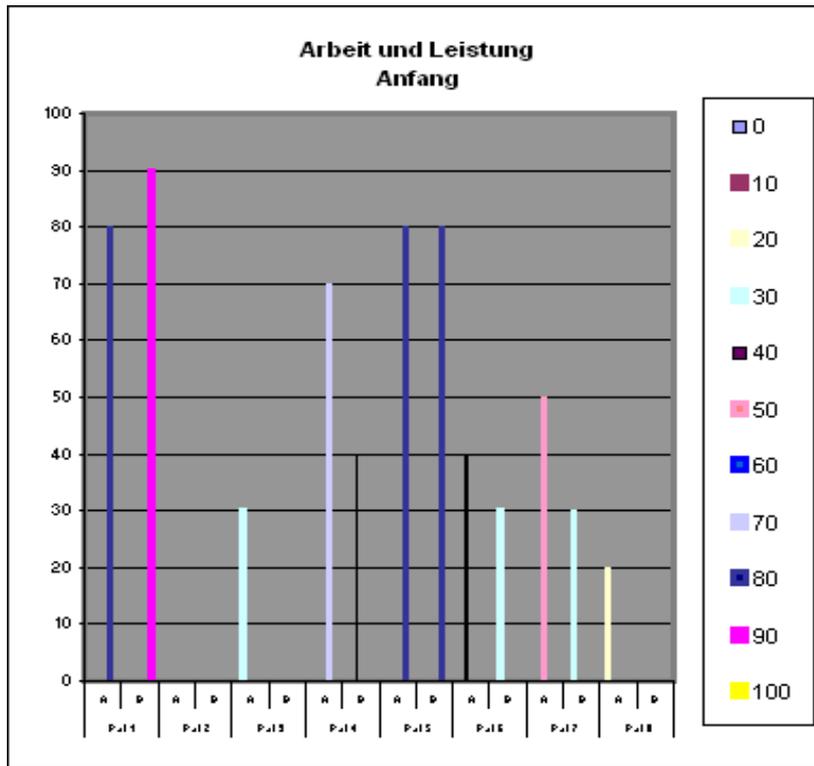
Auswertung: 6. Pat. + 20 % Erkenntnisprozesse gefördert.
7. Pat. + 70 % Verständnis/Akzeptanz-Umgang.
8. Pat. + 20 % positiv annehmend – gesehen/gespiegelt/ kon-
frontiert werden

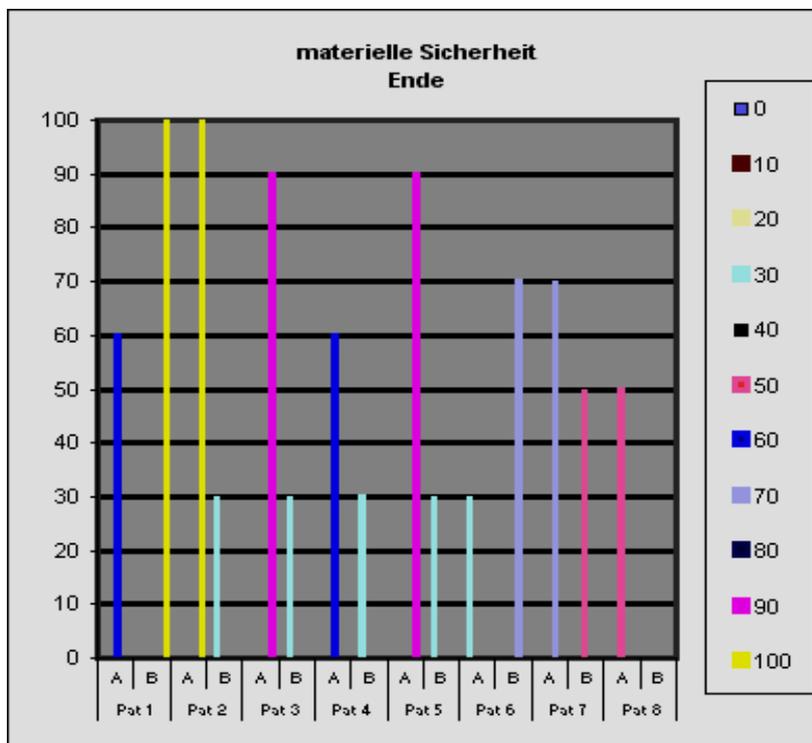
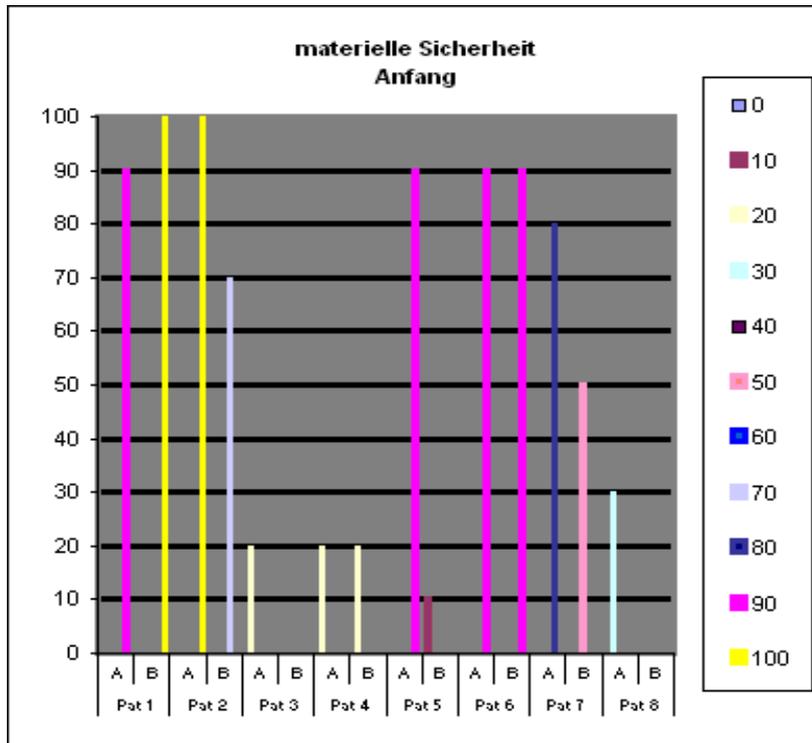
			Pat 1		Pat 2		Pat 3		Pat 4	
			Anfang	Ende	Anfang	Ende	Anfang	Ende	Anfang	Ende
1.	Leiblichkeit:	A	60	90	60	60	0	50	80	70
		B	50	50	70	20	50	50	80	70
2.	Sozialer Kontext:	A	60	60	10	20	100	80	60	80
		B	0	0	10	10	0	0	100	100
3.	Arbeit und Leistung:	A	80	100	0	10	30	80	70	80
		B	90	70	0	0	0	100	40	80
4.	Materielle Sicherheit:	A	90	60	100	100	20	90	20	60
		B	100	100	70	30	0	30	20	30
5.	Werte und Normen:	A	70	60	50	0	0	30	70	80
		B	60	90	20	50	0	60	70	80
Ressourcen:		A	100	100	20	50	50	50	80	70
		B	70	100	70	80	100	100	90	80
		C	60	70	70	80	100	100	80	80
		D	50	50	50	20	80	80	50	70
		E	50	50	50	40	80	100	80	80
		F	50	60	40	20	100	100	80	80
		G	50	30	80	80	50	50	100	80
		H	70	100	80	80	100	100	100	100
		I	100	100	80	80	100	100	100	100
Summe 1 - 5		A	360	370	220	190	150	330	300	370
Durchschnitt		A	72	74	44	38	30	66	60	74
Summe 1 - 5		B	300	310	170	110	50	240	310	360
Durchschnitt		B	60	62	34	22	10	48	62	72
Summe 1 - 5 Gesamt			660	680	390	300	200	570	610	730
			132	136	78	60	40	114	122	146
Summe Ressourcen			600	660	540	530	760	780	760	740
Durchschnitt			66,7	73,3	60,0	58,9	84,4	86,7	84,4	82,2
Summe Gesamt			1320	1360	780	600	400	1140	1220	1460
Durchschnitt			69,5	71,6	41,1	31,6	21,1	60,0	64,2	76,8

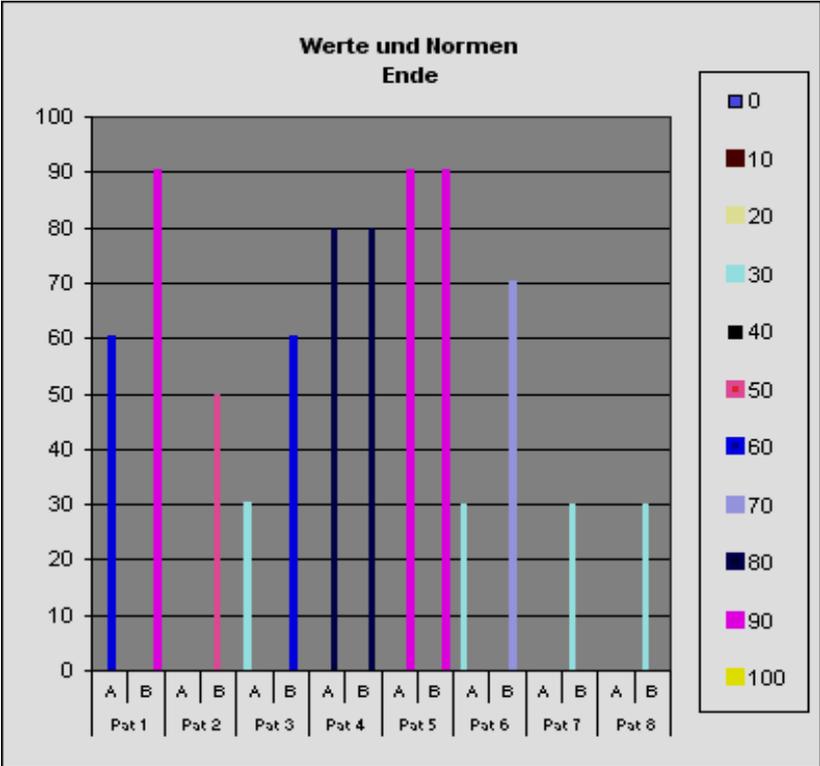
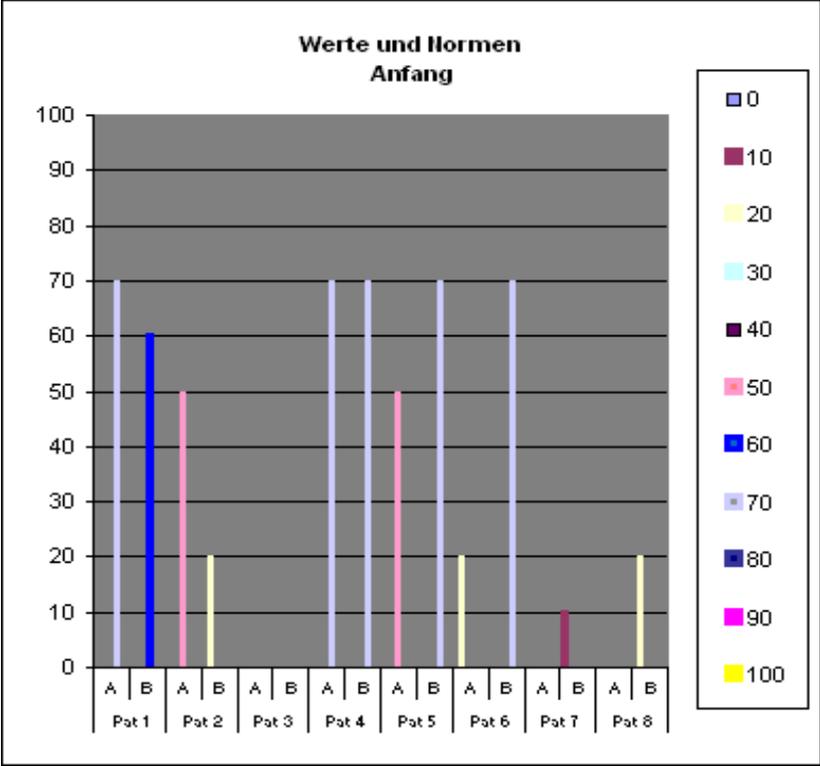
		Pat 5		Pat 6		Pat 7		Pat 8		
		Anfang	Ende	Anfang	Ende	Anfang	Ende	Anfang	Ende	
1.	Leiblichkeit:	A	90	80	90	80	30	30	20	10
		B	80	90	80	50	30	40	10	20
2.	Sozialer Kontext:	A	70	90	70	90	20	40	0	30
		B	0	0	80	70	20	0	10	0
3.	Arbeit und Leistung:	A	80	70	40	50	50	30	20	50
		B	80	80	30	90	30	10	0	10
4.	Materielle Sicherheit:	A	90	90	90	30	80	70	30	50
		B	10	30	90	70	50	50	0	0
5.	Werte und Normen:	A	50	90	20	30	0	0	0	0
		B	70	90	70	70	10	30	20	30
Ressourcen:		A	70	80	70	90	10	30	0	20
		B	90	100	90	100	10	50	60	70
		C	80	70	90	100	20	40	50	70
		D	60	70	90	70	30	50	0	10
		E	40	70	80	70	20	20	0	10
		F	90	90	90	80	0	20	20	20
		G	70	90	90	60	0	20	10	40
		H	90	100	80	90	50	100	40	80
		I	100	100	80	100	30	100	30	50
Summe 1 - 5		A	380	420	310	280	180	170	70	140
Durchschnitt		A	76	84	62	56	36	34	14	28
Summe 1 - 5		B	240	290	350	350	140	130	40	60
Durchschnitt		B	48	58	70	70	28	26	8	12
Summe 1 - 5 Gesamt			620	710	660	630	320	300	110	200
			124	142	132	126	64	60	22	40
Summe Ressourcen			690	770	760	760	170	430	210	370
Durchschnitt			76,7	85,6	84,4	84,4	18,9	47,8	23,3	41,1
Summe Gesamt			1240	1420	1320	1260	640	600	220	400
Durchschnitt			65,3	74,7	69,5	66,3	33,7	31,6	11,6	21,1

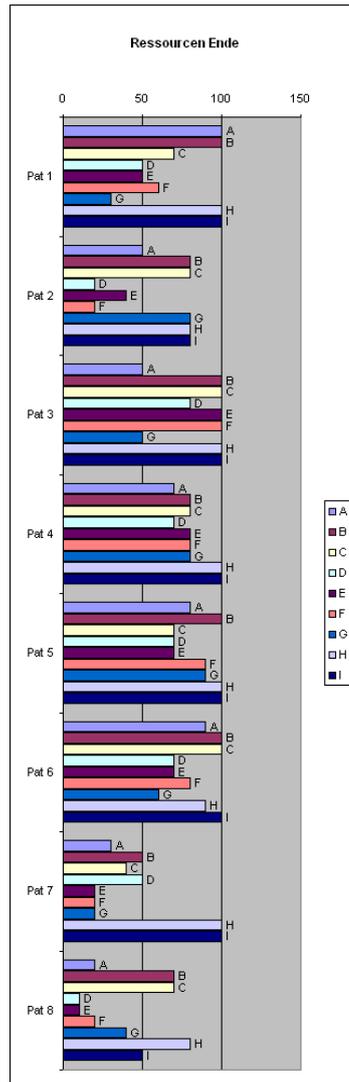
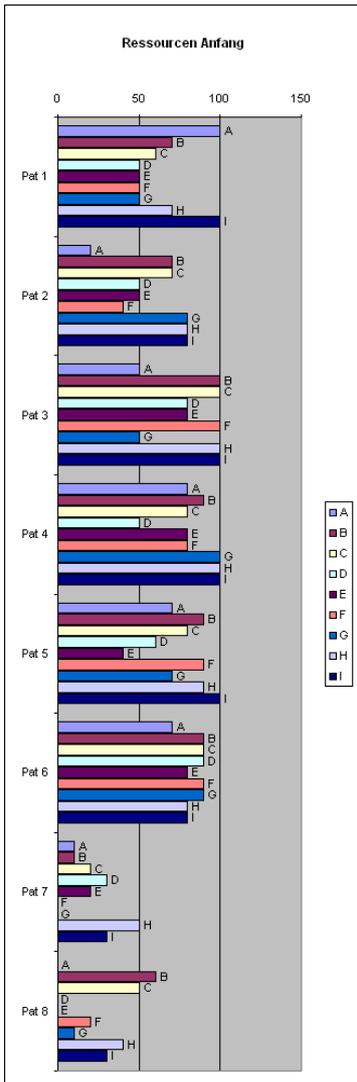












3.9.2. Bemerkenswertes bzw. Dynamiken während der Gruppenzeit

KONFLIKTE IN DER GRUPPE:

1. Konflikt: Frau P. (3. Pat.) und Herr B.(2. Pat.) hatten einen Konflikt miteinander, der in der Gruppe thematisiert wurde und wo es um das Thema Entwertung ging.
Deutlich wurde dabei, dass die Entwertung im Zusammenhang mit eigener Selbstunsicherheit stand. Beide Patienten konnten eigene Erfahrungsmuster aus ihrer Kindheit erkennen.
(S 1 Leib. S 2 So. K und Ress.)
2. Konflikt: Herr P. (4. Pat.) wurde von mir auf sein mehrmaliges Zuspätkommen angesprochen, dadurch entstand mir gegenüber Ärger, der Patient reagierte gereizt und fühlte sich verletzt. Deutlich wurde eine Überforderungssituation und schlechtes Zeitmanagement.
Er konnte in der nächsten Gruppenstunde sein altes Muster aus seiner Kindheit erkennen, es wurde dabei in der Gruppenstunde deutlich, dass es um das Thema „Erwartungen“ (Eltern-Übertragung) an mich ging.
Herr P. war am Ende recht gut in der Lage, seinen realen Anteil zu erkennen (Abgrenzung und Bedürfnis nach Anerkennung).
(S 1 Leib, S 2 So K und Ress.)

Befürchtungen:

Es gab meinerseits Befürchtungen, da eine zunächst vorgesehene Patientin bereits die tagesklinische Behandlung abgebrochen hatte, dieses für die verbliebenen Mitpatienten etwas irritierend schien und ich noch nicht einschätzen konnte, wie sich das auf die Gruppendynamik auswirken könnte.

Zudem hatte ein Gruppenmitglied (**6. Pat. Frau T.**) am Ende der teilstationären Therapie sich selbst und die Therapie entwertet, wollte aber dennoch an der Nachsorgegruppe teilnehmen, so dass ich auch nicht einschätzen konnte, ob sie mit ihren Entwertungen fortführen und somit dem Gruppenklima schaden könnte.

Bei einer weiteren Patientin war eher eine Sorge (**1. Pat. Frau B.**) bzgl. ihrer Stabilität und inwieweit sie sich der Patientengruppe öffnen könnte, da bei der Patientin eine große Irritierbarkeit, Misstrauen, aber auch aggressive Durchbrüche mit Selbstverletzung bestanden und sie möglicherweise viel Raum einnehmen oder aber auch die Gruppe lähmen könnte.

Von für mich entlastendem Vorteil war, dass ich die Bezugsperson während des 1. und 2. tagesklinischen Aufenthaltes war und die Patientin zu mir eine vertrauensvolle Beziehung entwickelt hatte.

Verlaufs-Prozesse:

Der Therapieabbruch einer tagesklinischen Patientin war nur am Rande durch eine Mitpatientin Thema, „dass man sich von ihr zurückgezogen habe, weil sie unzuverlässig sei, zudem wohl noch ein Alkoholproblem bestehe“, was uns seinerzeit in der Tagesklinik nicht bekannt war.

Meine Befürchtungen gegenüber der (6. Pat.) **Frau T.** stellten sich nicht ein, **Frau T.** konnte erkennen, dass es mit dem Loslösungsprozess im Zusammenhang stand und ihren Ängsten vor den neuen Herausforderungen, die sich für sie am Arbeitsplatz - aber auch durch ihre neuen inneren Erkenntnisse ergaben - und jetzt zu neuen Konsequenzen führen müssten.

Es kam im privaten Bereich zur Verlobung der Patientin und im Anschluss zur Hochzeit, wo die gesamte Patientengruppe eingeladen war. Die Patientin bekam ein neues Aufgabengebiet und achtete mehr auf ihre Grenzen, um sich nicht zu überfordern. Dafür entstand ein stärkeres Bedürfnis nach Unternehmungen und Gemeinsamkeiten mit Ehemann und Freundeskreis, der vorher vernachlässigt - teils eingeschlafen war.

Frau B. (1. Pat.) gelang es langsam, sich der Gruppe zu öffnen bzw. die Pat.-Gruppe nahm großen Anteil, sie wurde streckenweise zum „Sorgenkind“ der Gruppe. Man nahm Telefon-Kontakt zu ihr auf, traf sich mit ihr bzw. holte sie von Zuhause ab und sprach diese Sorge innerhalb der Gruppe auch aus.

Um so mehr überraschte mich die Patientin mit Alleingängen, sei es, dass sie plötzlich in die Türkei fuhr um dort Urlaub zu machen (die Patientin ist in der Türkei geboren), und setzte mich so quasi am Gruppenende vor vollendete Tatsachen, dass sie ihren Urlaub plane, dieser für sie wichtig sei. Dieses setzte sie dann auch in die Realität um, entgegen meiner Befürchtungen einer eher instabilen Befindlichkeit.

Die Patientin blieb trotz einiger instabiler Phasen, in denen sie sich kurzfristig krankschreiben ließ bzw. zur Krisenbewältigung einen tagesklinischen Aufenthalt in Anspruch nehmen musste, im Arbeitsprozess.

Frau B. hatte wieder Kontakt zu einem türkischen Landsmann in der Türkei aufgenommen, zu dem bereits ein sporadischer langjähriger Kontakt bestand und verlobte sich noch zum Ende der Gruppenzeit mit dem Ziel, ihn Anfang des neuen Jahres zu heiraten.

Die Patientin traute sich, einen Führerschein zu machen, nahm an dem Fahrschulunterricht und später an Fahrstunden teil.

Es gab jedoch im Laufe der Zeit kurze instabilere Phasen, in denen sich die Patientin durch täglichen Kontakt mit ihrer Betreuerin entlasten konnte. Auch konnte

Frau B. die Gruppe für sich nutzen und sich dort mit ihren Ängsten und selbstverletzenden Tendenzen einbringen und sich wieder stabilisieren.

Es bestand ebenso in dieser Zeit ein telefonischer Kontakt mit mir und der Betreuerin, der mit der Patientin abgesprochen war.

Als es dann im weiteren Verlauf zur akuten Verschlechterung mit Suizidgedanken und Dekompensation am Arbeitsplatz kam, geriet die Patientin dann in eine Krise, die für einen Tag zur stationären Aufnahme im Haupthaus der Klinik auf der Intensivstation und im Anschluss daran zur Krisenbewältigung in die Tagesklinik führte.

Während des tagesklinischen Aufenthaltes entstand neben der Stabilisierung die Überlegung einer Traumatherapie.

Dieses ließ sich dann aber nicht verwirklichen, weil sich Frau B. nicht darauf einstellen konnte, sondern sich entschied, wieder an ihren Arbeitsplatz zurückkehren, was ihr scheinbar mehr Sicherheit bot.

Während des tagesklinischen Aufenthaltes nahm die Patientin weiterhin an der Nachsorgegruppe teil.

(S 1 Leib, S 2 So K, S 3 A + L und Ress.)

Herr P. (4. Patient) entdeckte, dass er die Trennung will, weil ihm deutlich wurde, dass es nur noch Abhängigkeit war und keine wirklich liebevoll verbindenden Gefühle mehr bestanden.

(S 1 Leib, S 2 So K und Ress.)

Herr W. (8. Pat.) war dabei, sich von seinem Partner zu lösen, hatte sich deutlich in seinem eigenen Selbstwert verbessert, war selbstständiger und selbstbewusster geworden. Er konnte wieder auf alte Ressourcen aufgreifen, lernte Holländisch, möchte zukünftig in Holland arbeiten und leben, was seiner vorgestellten Lebensweise entsprach.

(S 1 Leib, S 3 A + L und Ress.)

Frau R. (7. Pat.) schaffte es immer mehr, sich angstbesetzten Situationen zu stellen. Dadurch hatte sie schon einige Auseinandersetzungen mit ihrem Ehemann, die sie aber konstruktiv auflösen konnte.

Die Patientin möchte wieder teilzeitmäßig eine Arbeit aufnehmen, traut es sich wieder zu, ist deutlich selbstsicherer und selbstbewusster geworden.

(S1 Leib, S 2 So K und Ress.)

Herr B. (2.Pat.) hatte zunächst somatische Beschwerden - war gestürzt (Band-scheibenvorfall, der konservativ behandelt wurde), entdeckte über die Urlaubszeit und die daraus entstandene Abwesenheit der Ehefrau, wie wenig Gefühle noch ihr gegenüber bestanden, fühlte sich aber noch ihr gegenüber verpflichtet.

(S Leib, S 2 So K und Ress.)

Herr Sch. (5. Pat.) entwickelte die Idee, sich selbstständig zu machen, hat durch die Teilzeit-Arbeit wieder mehr Selbstvertrauen entwickelt, bekam dort positive Rückmeldung.

Er wirkte insgesamt selbstsicherer und selbstbewusster.

(S 1 Leib, S 2 So K, S 3 A + L und Ress.)

Frau P. (3. Pat.) schaffte es, allein Aktivitäten aufzunehmen, grenzte sich gegenüber ihren Eltern/ihrer Mutter ab und schaffte es, schließlich zum Ende der Gruppenzeit aus dem Bekanntenkreis eines Gruppenmitgliedes eine Beziehung aufzunehmen. Die Patientin hatte aber auch gelernt allein zu sein, konnte dies auch inzwischen genießen.

(S 1 Leib, S 2 So K und Ress.)

3.9.3. Bemerkenswerte Rückmeldungen nach Gruppenende

Herr B. (2. Pat.) nimmt nach ca. 4 Monaten einen Telefon-Kontakt zu mir auf, möchte ein Gespräch - fühlt sich in einer Krise, der behandelnde Therapeut ist in Urlaub.

Wir verabreden uns in der Tagesklinik und es wird deutlich, dass der Patient in einem Konflikt steht. Er habe Kontakt zu seiner früheren Jugendliebe bekommen. Er habe sich seinerzeit für seine Frau entschieden. Inzwischen könne er aber sehen, dass die andere Frau ihm das entgegenbringen würde, was ihm mit seiner Frau fehle. Sie sei emotionaler, offener und es kämen bei ihm Gefühle von Verliebtheit durch, was sich auch durch Mimik und Gestik zeige. Der Patient hat aber noch Spielraum, sich Zeit zu nehmen, sieht auch seine Verantwortung seiner Frau gegenüber.

Ich riet dem Patienten, zunächst eine Pro- und Kontraliste zu erstellen und im Anschluss daran mit seiner Ehefrau seine Befindlichkeit, Wünsche, Erwartungen und seine Grenzen in seiner zu ihr Beziehung aufzuzeigen. Ein Paargespräch bei seinem Therapeuten sei zu überlegen. Der Patient schien am Ende entlastet zu sein. Er stand kurz vor einer REHA-Maßnahme und wollte die Zeit für sich nutzen, um sich über seine Entscheidung klar zu werden.

Herr B. meldet sich ca. 1 Jahr später bei mir, mit der Bitte um ein nochmaliges Gespräch. Dabei wurde deutlich, dass er sich trennen will, obwohl seine Ehefrau ihm sehr viel Druck macht, agiert, nicht mehr isst (anorektisch ist) und er Angst um sie hat, dass sie suizidal werden könnte. Es hat sich inzwischen eine Beziehung zwischen ihm und seiner Jugendliebe entwickelt, die der Patient bisher seiner Ehefrau verschweigt, auch aus Rücksichtnahme aufgrund der v. g. Thematik. Mit dem Patienten wurde besprochen, sich ggf. an Notdienste zu wenden, falls die Angst konkret wird bzw. dafür zu sorgen, dass seine Ehefrau therapeutische Hilfe bekommt.

Des Weiteren wird der Patient gebeten, sich in ambulante therapeutische Behandlung zu begeben und ggf. ein begleitendes Paargespräch in Anspruch zu nehmen.

(S 1 Leib, S 2 So K und Ress.)

Frau B. (1. Pat) besucht die Tagesklinik ca. ½ Jahr nach Gruppenende. Sie hat inzwischen in der Türkei geheiratet, der Ehemann ist nach Essen nachgezogen. Sie

wirkt strahlend und gibt an, sich gut zu fühlen, ist noch im Arbeitsprozess. Es besteht Kinderwunsch.

Später erfahren wir in der T. K., dass die Patientin schwanger war, einen Abort hatte und darüber in eine Krise gekommen ist mit kurzzeitigem stationären Aufenthalt innerhalb unseres Hauses.

(S1 Leib, S 2 So K, S 3 A + L und Ress)

3.9.4. Legende

5 Säulen der Identität:

1. Säule	Leiblichkeit	=	S 1 Leib
2. Säule	Sozialer Kontext	=	S 2 So K
3. Säule	Arbeit u. Leistung	=	S 3 A + L
4. Säule	Materielle Sicherheit	=	S 4 M. S.
5. Säule	Werte und Normen	=	S 5 W + N
6. Ressourcen:	>	=	Ress.

3.10. Abschlussgedicht am Abschiedsabend

Zum Abschluss möchte ich das Gedicht einer Patientin am Abschiedsabend einfügen:

Meine Gruppe

Der Abschied soll nicht für immer sein
mir fallen – wen wundert's - nicht ein paar Worte ein
Der Dienstag ist reserviert für meine Gruppe
es ist das wöchentliche Salz in der Suppe.
Für jeden Einzelnen hab ich was geschrieben
und bis meiner ehrlichen Haut dabei treu geblieben.

Voll Power ist Aysel, nur leider sehr still
ist kann sie nicht so wie sie will.
Viel Glück für Dich, denn bald soll alles anders sein
Du läufst in den hoffentlich sicheren Hafen der Ehe ein.

Eigentlich ist Thomas ein Mann wie ein Baum
jähzehnte langes Versteckspiel glaubt man ihm kaum.
Mit Deinen Problemen bist Du nicht allein
Dich selbst verteidigen kann's auf Dauer nicht sein.

Sympathisch, offen, herzlich das ist sie
die Frau P. ... getaufte Stefanie.
Du solltest mehr an Dich als an andere denken
Du bist stark genug, Dein Leben selbst zu lenken.

Auf seine lustige, übliche Art sprechen gem die Frauen an.
Wie kann das sein? Der ewige Kämpfer Christian!
Die richtige Fahrtrinne für Dein Leben findest Du nur
in eigenen Händen, nicht in Literatur.

Das liebe, ängstliche, scheue Rolf Angelika
war bisher nur für Job und Familie da.
Mutig gehst Du Deinen Weg, vielen
ich wünsche Dir, Du kommst ein Ziel bald an.

Der kleine Pascal mit Augen so schön
war in der Gruppe sehr selten geseh'n.
Vielleicht bist Du noch nicht so weit
zu schätzen diese wichtige Zeit.

Gut aussehend, stylisch und modern
hat man Alexander auf Anhieb gem.
Um Deinen Lebensraum wahr zu machen
solltest Du zuerst von Träumen aufwachen.

Fühlen und spüren gehören zum ABC
Von unserer „Leiterin“ Frau Etse.
Sie sind stets kompetent und professionell
die 9 Monate vergingen viel zu schnell.

Und ich bin die Sabine T.
die Kleine mit der oft großen Klappe.
Ich habe gelernt nicht mehr durchs Leben zu hetzen
kann jetzt erfolgreich Grenzen setzen.

Auch wenn wir gleich auseinander gehen
wünsche ich, dass wir uns bald wieder sehen.

19.12.2006

Saline

Von unserer „Leiterin“ Frau Etse.
Sie sind stets kompetent und professionell
die 9 Monate vergingen viel zu schnell.

Und ich bin die Sabine T.
die Kleine mit der oft großen Klappe.
Ich habe gelernt nicht mehr durchs Leben zu hetzen
kann jetzt erfolgreich Grenzen setzen.

Auch wenn wir gleich auseinander gehen
wünsche ich, dass wir uns bald wieder sehen.

19.12.2006

Saline

3.11. Abschlussbemerkungen

Um zu einer weiteren Stabilisierung beizutragen und den Behandlungserfolg effektiver zu gestalten, ist es sicher nachhaltiger, wenn eine nachgehende ambulante Nachsorgegruppe angeschlossen wird.

Es wird unerlässlich sein, dass die Patienten die Techniken und Fähigkeiten anwenden, die sie sich in der Therapie angeeignet haben, um evtl. Rückfällen vorzubeugen.

Innerhalb einer Gruppe wird durch den Austausch auf bereits vorhandene Potentiale zurückgegriffen bzw. werden neue miteinander erarbeitet und durch professionelle Begleitung ausgebaut und gefestigt.

Dieses alles kann eine Nachsorge-Gruppe leisten.

Die Integrative Therapie bietet dazu ein breites Spektrum von Methoden und Techniken zur Förderung der Ressourcen, aber auch im Sinne von Konfliktlösungsstrategien und Selbstmanagement an und bietet somit die Möglichkeit, den Alltag zu bewältigen und das psychische Wohlbefinden zu stärken.

Das Praxisbeispiel dieser Arbeit hat aufgezeigt, dass die aus der Integrativen Therapie in Einsatz gebrachten Interventionen und Techniken positive individuelle Veränderungsprozesse bewirkt haben.

Dieses hat sich ganz besonders in den Lebenspanoramen gezeigt bzw. wurde von den Patienten auch explizit ausgedrückt.

Die im Gruppenverlauf entstandenen intersubjektiven Austauschprozesse im Sinne des „**Sharing**“ hatten eine identitätsstärkende Wirkung. Durch das gegenseitige Berührtwerden entstanden gemeinsame Erfahrungen, die wiederum das gegenseitige Vertrauen zueinander und das Zutrauen zu sich selbst und somit das Selbstvertrauen verstärkte. Es wurde die Erfahrung des „sich-gegen-seitig Stützens“ gemacht, (ein Gruppengefühl - ein „Wir“ hatte sich entwickelt) die äußeren Beistände konnten verinnerlicht werden zu „inneren Beiständen“ und diese verstärkten die Selbstwirksamkeit im Sinne „sich-selber zum Gefährten werden“ (Stern, D. N. 1985 und in Petzold 1995, Seite 193 - 218).

Diese Erfahrungen hatten wiederum Einfluss auf das Selbstgefühl und führten zu mehr innerer Selbstsicherheit verbunden mit der guten Erfahrung „vom Bild des Anderen“.

Möglicherweise haben diese Erfahrungen zu „persönlich bedeutungsvollen Beziehungen geführt (Petzold 1980e, 1979k) die bestärkten, sich der „der sozialen Welt“ zu öffnen, was der Erlebnisaktivierung - **3. Weg der Heilung** - und der Solidaritätserfahrung - **4. Weg der Heilung** - entsprechen.

Ebenso zeigten die Aussagen der Patienten auf, dass das Lebenspanorama einen wichtigen Beitrag zu einem besseren gegenseitigen Verständnis „**Intersubjektivität**“ leistete und somit zu einem positiven Gruppengefühl, einem „Mit-einander“ im Sinne der Solidarität, dem **4. Weg der Heilung**, beitrug.

Es wäre im weiteren zu wünschen, dass Nachsorgeprogramme zu einem festen Bestandteil nach einem tagesklinischen aber auch einem stationären Aufenthalt gehörten und das psychotherapeutische Angebot in Soziotherapie im Sinne der Rehabilitation mehr zur Anwendung käme, wie es seinerzeit 2000 mit der Einführung des § 37 a SGB V - Soziotherapie - vom Gesetzgeber vorgesehen ist.

3.12. Persönliches Nachwort

In den vielen Jahren der therapeutischen Arbeit mit Patienten habe ich mich immer wieder neu gefragt, was hat wirklich gewirkt - was hat zum Heilungsprozess beigetragen?

Neben den bekannten Parametern zum Erfassen der Wirkfaktoren bin ich auch durch persönliche Erfahrungen immer mehr zu der Erkenntnis gekommen, dass eine gelungene Beziehung als eine heilsame Neuerfahrung das Allerwichtigste war neben dem Gefühl, sich verstanden, akzeptiert und angenommen zu fühlen.

Ich war z. B. oftmals erstaunt, was ich von Patienten als besonders hilfreich oder wichtig zurückgemeldet bekam, und es waren dann Situationen, wo ich liebevoll...menschlich...geduldig ...aber auch konfrontativ...Ärger aufzeigendeben authentisch wahrgenommen wurde, und nicht in den von mir vorgestellten Interventionen, von denen ich annahm, dass sie besonders hilfreich oder wirkungsvoll waren.

Ebenso gab es bei Rückmeldungen immer mal wieder die Aussage, wie sehr sich Patienten untereinander verstanden - und eingefühlt erlebten aufgrund gleicher Symptome. Das schien sehr wichtig zu sein und wurde auch als „Wichtig“ deklariert im Sinne, dass die Professionellen das gar nicht nachvollziehen können, weil sie diese Symptome nicht haben.

In der Integrativen Therapie durch Hilarion Petzold ist die Beziehung - „**Intersubjektivität**“, (Petzold 1991a, S.59) und die Fähigkeit des Menschen, sich in den anderen hineinzusetzen - „Empathie“, in seine Haut zu schlüpfen und während der Dauer des Tausches die Welt aus seiner Sicht zu erleben (Rahm .a., 1993, S. 81) ein bestehender Bestandteil und findet sich in den Interventionen und Techniken wieder.

Natürlich ist und bleibt es subjektiv, sich in den anderen hineinzufühlen, was aber sicher als positiv erlebt wird, ist der Versuch des Verstehens, das sich „in-Beziehung-setzen“, der Austausch, um ein besseres Verständnis zu bekommen, was letztlich dem Verständigungsprozess dienlich ist und das Gefühl vermittelt, ein wirkliches Interesse am Gegenüber zu haben - offen für einen Dialog zu sein, eine verständnisvolle Begleiterin „auf Zeit“ zu sein.

3.13.

Zusammenfassung: „Integrative Therapie in der Nachsorge psychiatrischer Patienten nach Behandlung in einer allgemeinpsychiatrischen Tagesklinik“

Diese Graduierungsarbeit möchte einen Einblick geben über „**Integrative Therapie**“ in der Nachsorge psychiatrischer Patienten nach Behandlung in einer allgemeinpsychiatrischen Tagesklinik.

Es wird dabei unter dem Aspekt der Wirkfaktoren im Sinne der Heilung und Förderung auf den **3. und 4. Weg der Heilung der** Integrativen Therapie zurückgegriffen, in denen es im Besonderen um **Erlebnisaktivierung, Persönlichkeitsentfaltung** sowie **Solidaritäts-Erfahrung** und **Engagement** geht. Dabei kommen die in der Integrativen Therapie bewährten Techniken des **Lebenspanoramas** - Lebensentscheidungen - Lebensvisionen, Ressourcen-Analyse, **Intermediär-Objekt** und das **Sharing** (Methode z. emotionalen Austausch/Mitteilung durch wechselseitiges Berührtsein) zum Einsatz. Anhand eines Fragebogens, der zu Gruppenbeginn und -ende erstellt wurde, bezogen auf die **5 Säulen der Identität** und die **Ressourcen** soll eine Graphik aufzeigen, welche Veränderungen sichtbar geworden sind.

Schlüsselwörter: Nachsorge-Gruppe - Integrative Therapie - Soziotherapie - Fragebogen > 3. und 4. Weg d. Heilung/ 5 Säulen d. Identität - Auswertung des Fragebogens in % -Rangfolge – auch grafisch dargestellt.

Summary: "Integrative therapy in the aftercare of psychiatric patients after treatment in a general psychiatric day clinic"

This classification work would like to give an insight about „integrative therapy“ in the aftercare of psychiatric patients after treatment in a general-psychiatric day clinic. Besides, one falls back under the aspect of the active factors for the purposes of the healing and support on the 3rd and 4th way of the healing of the integrative therapy in which it is in particular about experience activation, personality development as well as solidarity experience and engagement. Besides, there are used the technologies proven in the integrative therapy of the life panorama – life decisions – life visions, resource analysis, Intermediär object and the Sharing (method z. emotional exchange / communication by mutual touched being). With the help of a questionnaire which was provided at group beginning and group end covered to 5 columns of the identity and the resources graphic arts should indicate which changes have become visible.

Keywords: Aftercare group integrative therapy - Soziotherapie - questionnaires > 3rd and 3rd way d. Healing / 5 columns d. Identity - evaluation of the questionnaire in % order of rank - also graphically shown.

4. Literaturangabe

Ferenczi, S., „Ohne Sympathie keine Heilung“,
S. Fischer-Verlag 1988 – und in Petzold, H. G. „Integrative Therapie“, Klinische Praxeologie, Seite 296, 1080, 1181, Bd. II/3.
Junfermann-Verlag, 1993a.

Iljine, V. N. (1942) **und in Petzold, H. G. & I. Orth (1990)** „Die neuen Kreativitätstherapien“, Bd. II,
Seite 203 – 212, „Kokreation – die leibliche Dimension des Schöpferischen“
Seite 870 – 876, Therapie als Metapraxis,
Junfermann-Verlag.

Kames, H. , Ein Fragebogen zur Erfassung der „Fünf Säulen der Identität“. Fachzeitschrift „Integrative Therapie“,4/ 1992,
Seite 363 - 386, Junfermann-Verlag.

Linehan, M., „Dialektische Behaviorale Therapie“, DBT Research Unit Freiburg 2002(Übersetzung aus Skills Training Manual „for Treating Borderline Personality Disorders 1993“ durch Abteilung f. Psychiatrie und Psychotherapie Freiburg, 2002,
S. 10 – 44.

Moreno, J. L., „Gruppenpsychotherapie und Psychodrama“
Thieme-Verlag 1946 – und in „Theorie der Spontanität-Kreativität“
Petzold, H. G. & I. Orth (1990), Seite 189 – 202.
Junfermann-Verlag.

Petzold, H. G., „Überforderungserlebnis und nostalgische Reaktion bei ausländischen Arbeitern in der BRD“, Genese, Diagnose, Therapie, 1968 a, S. 51.,
www.fpi-publikationen.de/bibliographie.htm . - 273 -

Petzold, H. G., „Gestalttherapie und Psychodrama“, 1973a,
Nicol-Verlag, Kassel.

- Petzold, H. G., „Die psychodramatische Technik der Zukunftsprojektion.
Referat VI. Intern. Kongr. f. Psychodrama u. Soziodrama, Amsterdam
22.-26. Aug. 1971, Seite 15, erweiterte Fassung in: Petzold 1979 k.
www.fpi-publikationen.de
- Petzold, H. G., „Integrative Therapie 4, Modelle und Konzepte zu
integrativen Ansätzen der Therapie, 1980b, S. 323 – 350,
in www.fpi-publikationen.de .
- Petzold, H. G., „Die Rolle des Therapeuten und die therapeutische
Beziehung“,
Seite 228, Anthropologische Konzepte,
Seite 271, Rollen des Therapeuten,
Junfermann-Verlag, 1980.
Petzold, H. G.- Bubolz, E., „Psychotherapie mit alten Menschen“,
1980e, 1979k,
Junfermann-Verlag.
- Petzold, H. G., „Psychodrama-Therapie“,
Seite 116, Dynamische Aspekte des Psychodramas,
Seite 198 - Die Technik der Zukunftprojektion – Zur
Seite 247 Zeitstrukturierung im Psychodrama,
Junfermann-Verlag, 1985.
- Petzold, H. G., „Integrative Bewegungs- und Leibtherapie“, B 1/1,
Seite 31, zum „komplexen Leibkonzept“ der Integrativen
Bewegungstherapie – anthropologische Positionen,
Seite 173 - 283, die „vier Wege der Heilung“ in der „Integrativen
Therapie“, anthropologische und therapeutische Grundpositionen
der Integrativen Therapie,
Teil II: Praxeologische Konzepte,
Seite 303, Beziehung zum Leib des anderen,
Seite 310, Beziehung zur Lebenswelt., Junfermann-
Verlag, 1988.
- Petzold, H. G., „Integrative Bewegungs- und Leibtherapie“, B. 1/2,
Seite 426 – 437, Die Rolle der Gruppe in der
Integrativen Therapie,
Seite 484, Wege der Heilung, Junfermann-Verlag, 1988.
- Petzold, H. G., Ilse Orth, „Die neuen Kreativitätstherapien Bd. I,
Seite 144, „Der kreative Prozess“,
Seite 251, „Einführendes Verstehen“, Junfermann-Verlag, 1990.
- Petzold, H. G., Ilse Orth, „Die neuen Kreativitätstherapien“ Bd. II,
Seite 590, „Konzepte zur Metatheorie“ – Die hermeneutische
Spirale,

Seite 622 - 637, „Praxeologie“ Junfermann-Verlag, 1990.

Petzold, H. G., „Integrative Therapie“, Bd. II/1, Klinische Philosophie,
Seite 7, Vorwort,
Seite 19 - 21, Das Ko-respondenzmodell als Grundlage der Integrativen Therapie und Agogik (1978c/1991e),
Seite 52 – 61, „Das Modell der Ko-respondenz als Methode der Konsensfindung, Konzeptbildung und Vorbereitung von Kooperation“,
Seite 91 – 151, „Konzepte zu einer mehrperspektivischen Hermeneutik leiblicher Erfahrung und nicht-sprachlichen Ausdrucks in der Integrativen Therapie“,
Seite 153 – 159, Integrative Therapie als intersubjektive Hermeneutik bewusster und unbewusster Lebenswirklichkeit ,
Junfermann-Verlag, 1991a.

Petzold, H. G., „Integrative Therapie“, Bd. II/2, Klinische Theorie,
Seite 487 – 490, Erkenntnistheorie,
Seite 535, Persönlichkeitstheorie,
Seite 592 – 611, Klinische Theorie, Prozessuale Diagnostik und Therapeutik im Lebenszusammenhang,
Seite 625, in Prozeßtheorie,
Seite 962, das „neue Integrationsparadigma“,
Junfermann-Verlag, 1992a.

Petzold, H. G., „Integrative Therapie“, Bd. II/3, Klinische Praxeologie,
Seite 1263, „Soziotherapie als methodischer Ansatz in der Integrativen Therapie“ in Zusammenarbeit mit
Christa Petzold (1992), Junfermann-Verlag, 1993a.

Petzold, H. G., „Integrative Therapie“,
Ressourcenkonzept in der sozialinterventiven Praxeologie und Systemberatung, Seite 441,
Junfermann-Verlag, 4/1997.

Petzold, H. G., „Integrative Therapie“, Das „biopsychosoziale“ Modell kritischer Humantherapie und Kulturarbeit, Jubiläumsausgabe, Seite 135, Netzwerktherapie, soziotherapeutische Interventionen in „prekären Lebenslagen“ und >

Schuch, H. W., Seite 145 - 202, Grundzüge eines Konzeptes und Modells „Integrative Psychotherapie“,
Seite 367, „Integrative TraumaTherapie: Integrierende und Differentielle Regulation für posttraumatische Belastungsstörungen“.
Junfermann Verlag, 2001.

Petzold, H. G., POLYLOGE, Internetzeitschrift für „Integrative

Therapie“. Ausgabe 2003/2004, Integrative Traumatherapie und Trostarbeit,
Seite 19, „Trost ist ein von der Psychotherapie vernachlässigter Heilfaktor erster Ordnung bei Belastungen, Verletzungen, Verlusten“
Seite 24, Trostarbeit und Ermutigung sind Beziehungsarbeit,
Seite 26, Integrative Traumatherapie als Arbeit mit „protektiven Faktoren“ und „Resilienzen“ (Widerstandskräfte),
Seite 36, Der regulations- und entspannungstherapeutische Ansatz der IDR (Integrative und Differentielle Relaxation – auch „Iso-Dynamische Regulation), (offene Augen, tiefes Ausatmen, Spreitzen und Reiben der Hände) – „innerer Beistand“. FPI-Publikationen, Verlag Petzold + Sieper, Düsseldorf/Hückeswagen.

Petzold, H. G., J. Sieper, „Gestalt und Integration VIII“, Integrative Therapie und Gestalttherapie am Fritz Perls Institut, Begriffliche, persönliche und konzeptionelle Hintergründe und Entwicklungen,
Seite 22 – 96, in www.fpi-publikationen.de. (1988)

Petzold, H. G., J. Sieper, „Integration und Kreation“ Bd. 1, Jubiläumsband zu 20 Jahren Weiterbildung an der „Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit“ und am „Fritz Perls Institut für Integrative Therapie, Gestalttherapie und Kreativitätsförderung“,
Seite , Theorien und Konzepte, Grundgedanken des Integrativen Ansatzes und zur Integrativen Therapie,
Seite 17, „Definition und Ziele des Integrativen Ansatzes“,
Seite 74, „Tree of Science“ der Integrativen Therapie,
Seite 125, Therapietagebücher, Lebenspanorama, Gesundheits-/ Krankheitspanorama als Instrumente der Symbolisierung und karrierebezogenen Arbeit in der Integrativen Therapie, Junfermann-Verlag, 1993.

Petzold, H. G., Petzold, Christa, „Integration und Kreation“, B. 2, s. o. Seite 459 - 482, Soziotherapie als methodischer Ansatz in der Integrativen Therapie, Junfermann-Verlag 1993.

Rahm, Dorothea, Hilka Otte, Susanne Bosse, Hannelore Ruhe-Hollenbach, „Einführung in die Integrative Therapie“,
Seite 17, Einleitung,
Seite 33, Zum hermeneutischen Vorgehen: die Auslegung von Lebensgeschichten,
Seite 36, Erkennen als Ko-respondenz-Prozess: vom Aushandeln von Wahrheit,
Seite 73 – 76, Über Vorstellungen vom Menschen (Anthropologie)
Seite 79 – 82, Ko-respondenz/Intersubjektivität,

Seite 92 – 93, Persönlichkeitstheorie – das Selbst,
Seite 116, Kontext und Kontinuum/Persönlichkeitsprozess,
Seite 150 – 152, Das Bild von mir bei mir und anderen ,
Seite 154/155, Identität, Gewissen, Selbstwert/Die Säulen der
Identität,
Seite 213, Übergangsobjekte,
Seite 328 – 335, Grundlagen der therapeutischen Arbeit, die vier
Wege der Heilung,
Seite 416 - 422 Kreative Medien /Arbeit mit Übergangs- und Interme-
diärobjecten,
Seite 464, Biographische Daten und gegenwärtige Situation -
anhand der fünf Identitätsbereiche (fünf „Säulen“ der Identität),
Junfermann Verlag, 1993.

Ramin, G, Petzold, H. G., “Integrative Therapie mit Kindern “ in
Petzold, H. G., 1993a, “Integrative Therapie”,
Klinische Praxeologie, S. 1089 – 1120 -1150,
Junfermann-Verlag.

Schmitz, H., „Leib und Gefühl“, Materialien aus einer philosophischen
Therapeutik, Junfermann-Verlag, 1989.

Stern, D. N., „Die Lebenserfahrung des Säuglings“,
Klett-Cotta 1992 – und in Petzold, H. G, 1995,
„Die Kraft liebevoller Blicke“, Seite 193 - 218,
Junfermann - Verlag

A b s t r a k t :

Patienten, die während eines Klinikaufenthaltes psychotherapeutisch behan-
delt werden, haben nach der Entlassung oft Schwierigkeiten, das Erlernte im
Alltag umzusetzen.

Es ist darum für den Langzeiterfolg unerlässlich, dass Patienten die Techniken
und Fähigkeiten anwenden, die sie sich in der Therapie angeeignet haben,
damit das Selbstmanagement weiterentwickelt und gestärkt werden kann.

Die **Integrative Therapie** bietet dazu ein breites Spektrum von Methoden
und Techniken zur Förderung der Ressourcen, aber auch im Sinne von

Konfliktlösungsstrategien und Selbstmanagement an und bietet somit die Möglichkeit, den Alltag zu bewältigen und das psychische Wohlbefinden zu stärken.

Der methodischer Ansatz der Soziotherapie in der **Integrativen Therapie** als theoriegeleitete, planvolle Arbeit mit Menschen in sozialen Systemen und die Beeinflussung solcher Systeme und Kontexte auf der Mikro- (unmittelbarer persönlicher Bereich) und Mesoebene (das Milieu mit seinen Werten und Normen, die soziale Lage mit ihren beruflichen Perspektiven) kann durch Interventionsmethoden Möglichkeiten anbieten, die sozialen Fähigkeiten (Kompetenzen) und Fertigkeiten (Performanzen) von Einzelnen und Gruppen im Sinne der Bewältigung zu fördern und zu solidarischem Handeln im Sinne der Ko-kreativität beitragen.

Diese Graduierungsarbeit möchte einen Einblick geben über „**Integrative Therapie**“ in der Nachsorge psychiatrischer Patienten nach Behandlung in einer allgemeinpsychiatrischen Tagesklinik. Es wird dabei unter dem Aspekt der Wirkfaktoren im Sinne der Heilung und Förderung auf den **3. und 4. Weg der Heilung der Integrativen Therapie** zurückgegriffen, in denen es im Besonderen um **Erlebnisaktivierung**, **Persönlichkeitsentfaltung** so wie **Solidaritäts-Erfahrung** und **Engagement** geht. Dabei kommen die in der Integrativen Therapie bewährten Techniken des **Lebenspanoramas** - Lebensentscheidungen - Lebensvisionen, Ressourcen-Analyse, **Intermediär-Objekt** und das **Sharing** (Methode z. emotionalen Austausch/Mitteilung durch wechselseitiges Berührtsein) zum Einsatz. Anhand eines Fragebogens, der zu Gruppenbeginn und -ende erstellt wurde, bezogen auf die **5 Säulen der Identität** und die **Ressourcen** soll eine **Graphik** aufzeigen, welche Veränderungen sichtbar geworden sind.

Das Praxisbeispiel dieser Arbeit hat aufgezeigt, dass die aus der **Integrativen Therapie** in Einsatz gebrachten Interventionen und Techniken positive individuelle Veränderungsprozesse bewirkt haben. Dieses hat sich ganz besonders in den Lebenspanoramen gezeigt bzw. wurde von den Patienten auch explizit ausgedrückt.

Die im Gruppenverlauf entstandenen intersubjektiven Austauschprozesse im Sinne des „**Sharing**“ hatten eine identitätsstärkende Wirkung. Durch das gegenseitige Berührtwerden entstanden gemeinsame Erfahrungen, die wiederum das gegenseitige Vertrauen zueinander und das Zutrauen zu sich selbst und somit das Selbstvertrauen verstärkte. Es wurde die Erfahrung des „sich-gegen-seitig Stützens“ gemacht, (ein Gruppengefühl - ein „Wir“ hatte sich entwickelt) die äußeren Beistände konnten verinnerlicht werden zu „inneren Beiständen“ und diese verstärkten die Selbstwirksamkeit im Sinne „sich-selber zum Gefährten werden“. Diese Erfahrungen hatten wiederum Einfluss auf das Selbstgefühl und führten zu mehr innerer Selbstsicherheit verbunden mit der guten Erfahrung „vom Bild des Anderen“.

Ebenso zeigten die Aussagen der Patienten auf, dass das Lebenspanorama einen wichtigen Beitrag zu einem besseren gegenseitigen Verständnis **„Intersubjektivität“** leistete und somit zu einem positiven Gruppengefühl, einem „Mit-einander“ im Sinne der Solidarität, dem **4. Weg der Heilung**, beitrug.