

Aus: Textarchiv H. G. Petzold et al. Jahrgang 2012

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

© FPI-Publikationen, Verlag Petzold + Sieper Hückeswagen.

*Klara Kreidner-Salahshour, Hilarion G. Petzold,
Susanne Orth-Petzold (2012):
Langzeittherapeutische Psychosebehandlung - ein
Behandlungsjournal narrativer Biographieerarbeitung* *

Erschienen in: „*Integrative Therapie*“ 4, 2012

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

Textarchiv H. G. Petzold et al.

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

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

**Integrative Bewegungs- und Leibtherapie als Teil der multiprofessionellen Behandlung
im integrierten Maßregelvollzug mit einem psychotischen Patienten als
langzeittherapeutischer Prozess – ein Behandlungsjournal
narrativer Biographieerarbeitung**

Klara Kreidner-Salahshour

Mit einer Einleitung von Hilarion G. Petzold und Susanne Orth-Petzold

Einleitung

Narrative Biographieerarbeitung und dokumentierte Praxeologie statt arbiträrer

Kasuistik

Hilarion G. Petzold, Susanne Orth-Petzold

In der Integrativen Therapie haben die Berichte über die Arbeit mit PatientInnen einen hohen Stellenwert, sind sie doch Dokumente klinischer Praxis, an denen man die Haltung von TherapeutInnen, die Qualität ihrer Bezogenheit zu den Patientinnen, aber auch deren Responsivität erfahren kann, sowie das Zusammenspiel in der therapeutischen Beziehung. Sie zeigen auch die Umsetzung von Theorie in Interventionen und die Anwendung von Behandlungsprinzipien eines Verfahrens – hier der Integrativen Therapie – mit seinen methodisch-technischen Möglichkeiten auf dem Boden seiner ethischen Grundannahmen und Grundhaltungen (Petzold 2000, 2000a; Lachner 2007; Petzold, Moser 2007), z.B. einer gendersensiblen, auf **Würde** und **Integrität** gerichteten Praxis (Petzold 2001d; Petzold, Orth 2011), die unter spezifischen Kontextbedingungen in der „**Hilfe bei der Neuorientierung des Lebens**“ konkret werden will (Hartz, Petzold 2010, Petzold, Sieper 1970). Jeder, der in dem Verfahren der **Integrativen Therapie** und seinen Methoden ausgebildet wird, hat unter Supervision Therapien durchzuführen, um fachliche Kompetenz und Performanz zu erlangen. Dabei werden **Behandlungsjournale** erstellt, die die eigene therapeutische Tätigkeit nach einem halbstandardisierten Verfahren dokumentieren (Petzold, Orth-Petzold, Patel 2010) – im „informed consent“ mit dem Patienten/der Patientin, die nach der „Integrativen Grundregel“ (Petzold 2000, 2000a) „PartnerInnen auf Augenhöhe“ im Behandlungsprozess sind (Petzold, Gröbelbauer, Gschwendt 1999) und der Dokumentation und ihrer Veröffentlichung (in strikt anonymisierter Form) zustimmen. So ist ein umfangreiches Archiv von **Behandlungsjournalen** entstanden (<http://www.fpi->

publikation.de/behandlungsjournale/index.php), das für AusbildungskandidatInnen, TherapeutInnen und ForscherInnen zugänglich ist, um klinisches Wissen weiterzugeben und die Qualität der Integrativen Therapie zu sichern. Es wird nachstehend wieder einmal ein solches Journal von uns eingeleitet, das – wie das Journal von *Andrea Patel* (<http://www.fpi-publikation.de/downloads/download-polyloge/download-nr-17-2010-petzold-h-g-orth-petzold-s-i-patel-a-ii.html>) – als Beispiel für eine Geschichte einer Therapeutin mit ihren Patienten und ihrem **gemeinsamen Prozess** stehen soll. Es ist eben keine „Fallgeschichte“.

Menschen sind keine Fälle! Wir haben diesen stigmatisierenden und unangemessenen Begriff „zu den Akten“ gelegt. Er ist nicht mehr zeitgemäß. **Therapien sind eine „Strecke begleiteten Lebens“**, die gemeinsam durchmessen wird und die nur durch Formen der Prozessdokumentation und Prozessforschung erfasst werden können (*Schiepek* 2008, 87f; *Tschuschke* 2009, 2012). Die auf Prä-Post-Messungen bei stark vorselegierten Populationen zentrierte Psychotherapieforschung, die am medizinisierten Paradigma randomisiert-kontrollierter Untersuchungen (RCT) ausgerichtet ist, stößt derzeit an ihre Grenzen (vgl. *Tschuschke* 2005, idem et al. 2012): aus ethischen Gründen, was z. B. die Randomisierung anbetrifft – man kann PatientInnen nicht auf Behandlungen „warten“ lassen –, weiterhin aus forschungslogischen und forschungsmethodischen Gründen. Die PatientInnen in ihrer jeweiligen „Andersheit“ (sensu *Levinas*) und Problemspezifität, was etwa ihre Komorbiditätssituation und Lebenslage (Netzwerk, Ressourcen, Belastungen etc.) anbelangt, sind kaum in vergleichbare Gruppen einzupassen, es sei denn unter starker Selektion, was zu keinen für die Praxissituation von PsychotherapeutInnen generalisierbaren Ergebnissen führen kann. Nicht minder gilt das für die Eigenart der TherapeutInnen in all ihrer persönlichen Verschiedenheit (Gender, Alter, Persönlichkeitsstruktur etc.) nebst ihrer methodischen Unterschiedlichkeit. Das alles und auch die daraus folgende Spezifität der therapeutischen Dyaden und Polyaden sind bisher in der Psychotherapieforschung nicht hinreichend erfasst worden. Es handelt sich dabei, und hier liegt die Schwierigkeit, nicht um standardisierbare Größen und damit auch um keine wirklich vergleichbaren „Untersuchungsgegenstände“ – eben weil es keine Gegenstände, **keine Objekte** sind. Und auch die Einflussbedingungen des Therapiegeschehens können – etwa durch die Unterschiedlichkeiten im Alltagsleben der PatientInnen – nicht stabil gehalten werden. Da hilft auch keine Manualisierung weiter. Das RCT-Paradigma grenzt bedeutsame Populationen aus, die therapeutischer Hilfen bedürfen (z. B. benachteiligte Schichten). Es liefert für sie, aber auch insgesamt, keine Belege für wirklich evidenzbasierte Behandlungen, weil es durch vielfältige Defizite im validen Erfassen, durch

Fehlannahmen und Artefaktbildungen, die *Volker Tschuschke* (2005, idem et al. 2012) zusammengestellt hat, belastet ist. Er kommt zu dem herben Schluss:

„EST-/RCT-Studien sind per definitionem unvalide, weil sie prinzipiell falsche Ergebnisse liefern, da sie aufgrund der dargelegten Defizite keine validen Ergebnisse liefern können. Wenn das der größte Fundus der empirischen, evidenzbasierten Psychotherapieforschung ist, dann wissen wir nichts über ihre Wirksamkeit. Speziell wissen wir nichts über die wahren Ingredienzen der therapeutischen Behandlungen, weil wir keine *Prozessforschung* unternehmen, um die tatsächlich wirksamen Veränderungsmechanismen zu entdecken“ (*Tschuschke et al. 2012*).

Tschuschke legt in seiner eigenen Untersuchung differenziertere Möglichkeiten des Erfassens vor (idem 2012), wobei, soweit wir aus den bislang vorliegenden Daten den Eindruck haben, dass die TherapeutInnenpersönlichkeiten nicht umfassend genug untersucht werden, sie also zu sehr als Einflußgröße ausgespart bleiben (was etwa ihre Depressionswerte, ihren Narzissmus, ihren Neurotizismus etc. anbelangt) – ein sicher sehr problematisches Thema. Die an einem Therapieprozess beteiligten Menschen müssen als „**Subjekte**“ gesehen und sichtbar werden, müssen in ihren Prozessen „erlebter Veränderung“ erfasst werden. Das geht nur durch differenzierte Mitbeteiligung der PatientInnen, denn es handelt sich ja beim Erfassen von Befindlichkeiten und von Krankheitserleben um „Qualia-Daten“ (*Beckermann 2001; Heckmann 2006; Michel 2011*), d. h. Erlebnisqualitäten von „**Subjekten**“ in Beziehungen zu anderen „**Subjekten**“, was man bislang in der Psychotherapie kaum diskutiert hat (*Petzold 2009c; Petzold, Sieper 2008c, 497-569; 2012a*). Das subjektive Moment muss festgehalten werden, aller Unsäglichkeiten des psychoanalytischen Objekt- und Objekt-Beziehungs-Jargons zum Trotz, denn Objekte können sich nun einmal nicht beziehen (vgl. schon *Roy Schafer 1976*), es geht vielmehr um **erlebte intersubjektive Bezogenheit** (*Petzold, Müller 2005/2007*). Solche Objekt-Sprache verdinglicht und behindert Erkenntnis- und Forschungsprozesse. Man sollte diese dysfunktionale, physikalistische Terminologie aufgeben.

Es sei noch eine andere im Diskursfeld der Psychotherapie und Psychotherapieforschung bislang nicht berücksichtigte Argumentationslinie angesprochen: Das Thema der **Qualia** (singl. quale, von lat. *qualis*, wie beschaffen), auch *raw feels* genannt, hat in der „Philosophie des Geistes“ und den Neuro- und Kognitionswissenschaften große Bedeutung und lebhaft Diskussionen ausgelöst (*Dretske 1997; Jackson 1982; Ramachandran, Hirstein 1997*). Es geht dabei um die *subjektiven Erlebnisgehalte eines mentalen Zustandes* (*Beckermann 2001; Chalmers 1996; Wright 2008*), d. h. um erlebte Qualitäten von Farben, Gerüchen, Klängen, von Personen- und Situationswahrnehmungen, von eigenleiblichem Spüren und

Selbstempfindungen usw., die letztlich nur dem Wahrnehmenden und Empfindenden selbst zugänglich und damit für andere schwer zu erfassen sind. Für therapeutisches Geschehen indes haben *Qualia* zentrale Bedeutung. Sie umfassen u. a. auch die subjektiven Lage-, Störungs- und Problembewertungen, das Lebensgefühl eines Menschen. In der Therapie erfordern *Qualia* ein subtiles, empathisches Erfassen – von beiden Seiten, auch von der der PatientInnen – also **wechselseitige Empathie** (Petzold, Müller 2005/2007, 40). Zugänglich wird das Erfasste in den dem Bewussten zugänglichen „Mentalen Repräsentationen“, die in „dichten Beschreibungen“, verbalen und nonverbalen „symbolischen Darstellungen“ in mehr oder minder prägnanter Form kommuniziert werden können (Petzold 2010f; Petzold, Orth 1993a, 158ff). Und auch dann ist das „Einander-Verstehen“ auf der „Qualia-Ebene“ keineswegs immer einfach. Thomas Nagel (1974) hat in seinem berühmten Aufsatz „*What is it like to be a bat?*“ – „Wie ist es, eine Fledermaus zu sein?“ das Qualia-Problem (ohne den Begriff zu nennen) pointiert aufgezeigt. „What is it like ... eine Frau, eine Punkerin, eine Greisin, eine anatolische Bäuerin usw. usw. zu sein?“, muss sich ein männlicher Therapeut bei dem entsprechenden Gegenüber fragen. Und „what is it like, wie ist es, ein männlicher Therapeut zu sein ... ?“, das müssen sich seine Patientinnen fragen. Es geht um den qualitativen Charakter des Erlebens, der „*ways things seem to us*“, wie Daniel Dennet (1993) es beschrieb. Und in der Therapie geht es dann um das „Einander-Erleben“, um den Austausch über interpersonale Qualia bzw. Qualia der Interpersonalität. Auf die komplexe Debatte um die Qualia kann hier nicht eingegangen werden (siehe aber Petzold, Sieper 2008c, 2012a). Von Daniel Dennets (1993) kruder Eliminierung des Konzeptes, über Joseph Levines (1983) „*explanatory gap*“, der (noch) bestehenden Erklärungslücke zwischen Qualia-Phänomenen und einer materialistischen Erklärung (Hardin 1987), zu Thomas Metzingers (2003) Position, der die Repräsentationen physiologischer Zustände vertritt, bis zu Davids Rosenthals (1991) Annahme von Metarepräsentationen, d. h. Repräsentationen von Repräsentationen, reicht das Spektrum der Vorstellungen, mit denen man sich zugleich im Zentrum des Body-Mind-Problems befindet. Wir sprechen im „Integrativen Ansatz“ der Humantherapie mit seinen psychotherapeutischen, soziotherapeutischen und leibtherapeutischen Formen (Petzold 2007t) von Körper-Seele-Geist-Weltverhältnissen, tendieren zu Levines Position und vertreten in der klinischen Praxis pragmatisch-heuristisch einen repräsentationalen Ansatz (Petzold, Sieper 2012a): aus der Physiologie als materieller Basis emergieren transmaterielle Repräsentanzen (ibid. und Petzold, van Beek, van der Hoek 1994). Wie auch immer letztlich kommende, überzeugende Erklärungen ausfallen werden – selbst für den Fall, wie Colin McGinn (1994) annimmt, dass das Problem mit unserer

evolutionsbiologisch begrenzten cerebralen Leistungskapazität gar nicht grundsätzlich lösbar sei – kommt man in der Psychotherapie um die **Qualia** nicht herum. Diese persönlichen emotionalen Wertgebungen (*valuation*), aber auch subjektiven kognitiven Einschätzungen (*appraisal*) in ihrer Subtilität (es geht also nicht nur um Emotionales) kommen bei der wechselseitigen Empathie, beim wechselseitigen Verstehen und Verständnis oder bei den wechselseitigen Identitätsattributionen usw. usw. zum Tragen (*Petzold* 2012a, 515f.), letztlich bei allen relevanten Geschehnissen in Therapien. *Beckermann* hat einmal ein gern zitiertes Beispiel zur Charakteristik von Quale-Erfahrungen gebraucht: Man gebe jemandem „einen Schluck Wein zu trinken, lasse ihn danach ein Pfefferminzbonbon lutschen und gebe ihm dann noch einen Schluck desselben Weins mit der Bemerkung: Das, was sich jetzt geändert hat, das ist der qualitative Charakter deines Geschmacksurteils“ (*Beckermann* 2001, 358). Psychotherapie ist durch einen beständigen **dichten Austausch** über subjektive Qualia-Erfahrungen gekennzeichnet, und die „Passung“, das Verstehen und die Veränderungspotentiale einer Therapie sind wesentlich von der Güte dieses Austauschs gekennzeichnet.

Für Therapeut wie für Patientin gilt es, einander Verstehenshilfen für die **empathischen** Prozesse eines **dichten Austauschs** zu geben, denn die sind keineswegs nur oder überwiegend Spiegelneuronenfunktionen, wie *Bauer* (2005), *Rizzolatti* (2008), *Stammler* (2009) und andere suggerieren, sondern Empathie bedarf hippocampal abgespeicherten kulturellen Wissens, das hoffentlich bei allen TherapiepartnerInnen in therapeutischen Dyaden oder Polyaden (in der Gruppentherapie) vorhanden ist. Andernfalls muss es in **dichten narrativen Austauschprozessen** vermittelt werden – das gilt für die Therapie wie für die Therapieforschung.

In der Forschung sind deshalb feinkörnige Prozessbeobachtungen und Selbstreports gefragt und dafür gibt es verschiedene Wege. Für den Forschungskontext seien hier erwähnt das von *Schiepek* (2003, 235ff, 2008) entwickelten Verfahren des computergestützten „synergetischen Prozessmanagements“ mit Real-Time-Monitoring oder die in einem naturalistischen Design durchgeführte innovative „PAP-S-Studie“ (Psychotherapiestudie Ambulante Psychotherapie - Schweiz) der Schweizer Therapie-Charta (*Tschuschke* et al. 2012), die als Prozess-Ergebnis-Studie angelegt ist und mit umfangreichen Tests und objektiver Experten-Diagnostik und Experten-Ratings Therapieprozesse engmaschig untersucht. Im Integrativen Ansatz haben wir gleichfalls im Rahmen unserer Bemühungen zu empirischer Qualitätssicherung (*Petzold* 2008d; *Petzold, Orth, Sieper* 1995; *Steffan, Petzold* 2001) Praxisstudien mit einem naturalistischen Design (mit komplexer Testbatterie, Stundenbegleitbögen;

Angehörigenbefragung durchgeführt (Petzold, Hass et al. 2000; Steffan 2002; Leitner et al. 2010). Das sind Wege, wie man sich einem neuen Verständnis wirksamer Psychotherapie nähern kann. Aus unserer heutigen Sicht wäre eine noch stärkere **PatientInnenbeteiligung** – in der Planung und auch in der Auswertung der Studien – wünschenswert gewesen (Gschwendt Petzold, Gröbelbauer 1999). Leider geschieht das allenthalben zu wenig (auch in der erwähnten PAP-S-Studie nicht).

Für den Praxiskontext müssen indes auch andere Hilfen gegeben werden als im Forschungssetting, damit TherapeutInnen und PatientInnen den Behandlungsverlauf besser erfassen und optimieren können. Für die Initialphase der Therapie arbeiten wir einerseits mit der Kurzfassung eines Stundenbegleitbogens zum Erfassen der PatientInnen-TherapeutInnen-Passung und zur Bewertung der thematischen Orientierung (Petzold 2008d, 18ff.). Mit diesem Bogen lassen sich schon früh im Prozess – nämlich in den ersten vier Sitzungen – Aussagen über einen positiven oder negativen Therapieverlauf machen. Offen ist bislang, inwieweit und in welcher Weise initiale Negativtendenzen durch Thematisierung und Bearbeitung dieser Ergebnisse aufgefangen werden können. Der Tendenz nach hat mangelnde Passung, was ihre Veränderbarkeit anbetrifft, bislang eher eine negative Perspektive. Man sollte deshalb bei einem solchen Befund eine Therapie über die probatorischen Sitzungen hinaus besser nicht fortführen und nicht einer therapeutischen Machbarkeitshybris erliegen oder gar einen „Widerstand“ annehmen, den es aufzulösen gelte, wo doch vielleicht wirklich keine „Passung“ gegeben ist und dadurch eine nicht zu klärende „Reaktanz“ (Petzold, Müller 2005/2007; Moser 2011) vorliegt.

Prozessdokumentierende Behandlungsjournale sind **Aufzeichnungen aus dem „Leben im Vollzug“** – wir sprechen von *Biosodie*, d. h. gelebtem Leben (*βίος*) auf dem *WEGE* (*ὁδός*), ein *WEG*, der von lebendigen Geschichten *in actu*, von „**Narrationen**“ erfüllt ist (Petzold 2003a, 200; Petzold, Orth 1993a, 127ff.). Die Journale sind auch im Sinne unserer Sprach- und Erzähltheorie (idem 2001b, 2003a, 333ff., 2010f) Niederschriften von **erzähltem, gelebtem Leben** und Dokument gemeinsamer Arbeit an solchen Lebensprozessen „auf dem *WEGE*“. In der Integrativen Therapie sehen wir Menschen unter der Perspektive einer „Philosophie des *WEGES*“ als Subjekte, die sich über die **Zeit** (*χρόνος / chrónos*) ihrer **Lebensspanne** auf dem Lebensweg, der den **Raum** (*τόπος / tópos*) durchmisst, gestalten und die zunehmend auch diesen *WEG* selbst zu gestalten lernen (idem 2005t, 2006u). Dabei erlebt und schafft jeder Mensch in dieser raumzeitlichen Verschränkung für sich und mit seinen WegbegleiterInnen **Lebenssinn** (Petzold 2001k). **Kontext/Kontinuum**, Szenen und

Geschichten und die Akteure in ihnen (idem 1990p) sind also die Konstituenten sinn-erfüllter Lebensvollzüge bzw. Lebensgeschichten. *Michail M. Bachtin* (2008) spricht vom „Chronotop“ (Χρονοτοπ), den Romanen, den Lebensdramen des sozialen Miteinanders, in denen sich Sinn figuriert. Ein therapeutischer Prozess ist Teil einer solchen „Lebensgeschichte im Vollzug“ – für den Patienten wie für die Therapeutin gleichermaßen – und er soll neben der Symptominderung bzw. -beseitigung „**Hilfen bei der Neuorientierung des Lebens**“ bieten. Er hat damit eine agogische Komponente, wie man sie in der klassischen Erwachsenenbildung mit der Zielsetzung der „Lebenshilfe“ findet (*Petzold, Sieper* 1970).

Für eine Therapie ist deshalb »Ausgangspunkt [...] das gegenwärtige Kontext/Kontinuum, das in einem extendierten, perspektivischen Hier-und-Heute erfahren wird als eine *historische und prospektive Gegenwart*. In diesem strukturellen Zusammenhang inszeniert sich menschliches Leben im Vollzug, geschehen Akte der „Emergenz“, erzählt sich *Biosodie*, schreibt sich *Biographie* oder wird geschrieben. Daraus folgt, dass das Kontinuum einer Lebensgeschichte, einer Lebenserzählung, eines Lebensentwurfes *insgesamt* und das Kontinuum eines Behandlungsvollzugs *insgesamt* Gegenstand der gemeinsamen Arbeit in der Therapie werden müssen, denn im therapeutischen Geschehen erzählt sich die *Biosodie* als lebendige Narration fort und sedimentiert sich *Biographie* als erzählte Geschichte. Auf diesem Grund werden dann neue *sinnvolle Lebensentwürfe* möglich« (*Petzold* 2003a, 322)

So ist das Journal von *Klara Kreidner-Salahshour* und ihrem Patienten, *Herrn F.* zu sehen und zu lesen, wobei beide in ihrer jeweiligen Weise als Autorin und Autor und in ihrer „doppelten Expertenschaft“ (idem 1901i) – sie für Therapieprozesse und er für seine Lebensprozesse – zu betrachten sind. Das Journal steht in der Tradition von Ärzten, Philosophen als Seelenführern, die seit der Antike ihre Arbeiten mit „Kasuistiken“ dokumentiert haben auf dem Hintergrund ihrer theoretischen Annahmen einerseits und andererseits auch zur Generierung von neuer Theorie. Wir finden Beispiele bei *Sokrates (Platon)*, *Aristoteles*, in den Texten, die dem *Hippokrates* zugeschrieben werden, bei *Seneca* oder bei *Epiktet*, um nur einige zu nennen. Solche Kasuistiken finden sich auch in der antiken Jurisprudenz und in ihrer gesamten Tradition bis in die Gegenwart oder in der Seelsorge seit den Zeiten der frühen Kirchenväter. Sie dienen der Übermittlung von Erfahrungen, aber auch der daraus abgeleiteten Erkenntnisse, die in Prinzipien, Regeln und Praxen ihren Niederschlag fanden und so auch zur ethischen Begründung und Legitimation des Handelns führten. In den Rechtswissenschaften dient die „*casuistry*“ der argumentativen Begründung in schwierigen Fällen. Im angloamerikanischen Recht werden gerichtlich entschiedene Fälle zur Rechtsfindung herangezogen – akkumuliertes Erfahrungswissen. In der Medizin dienen und

dienen exemplarische „Kasuistiken“ dazu, allgemeine Lehrsätze zu gewinnen und Forschungsfragen zu generieren. Bei aller Fokussierung in der somatischen Medizin auf „best practice“, gegründet auf kontrollierten und randomisierten Studien mit möglichst großen Fallzahlen, ist man in neuer Zeit in dieser Disziplin wieder auf die Bedeutung von „case reports“ als einen Weg, feinkörnig betrachtetes Wissen zu dokumentieren, zurückgekommen (Vandenbroucke 2001). Ja es sind neue Zeitschriften für Fallstudien entstanden (Kidd, Hubbard 2007). In solchen Studien – und darin liegt eine wichtige Bedeutsamkeit gegenüber den Untersuchungen an großen Populationen – geht das Subjekt, die Person, der Mensch nicht verloren (Hunter 1989). Er bleibt sichtbar, kommt vielleicht sogar noch klarer in den Blick. Und das bedeutet auch, mit „**komplexer Achtsamkeit**“ (Petzold, Orth, Moser 2012), die den sozioökonomischen Kontext, die „Lebenslage“ mitbetrachtet, auf seine Besonderheit und Verschiedenheit zu schauen: auf Gender, Schicht, Alter, Ethnie, so dass Gender- und Diversity-Aspekte berücksichtigt werden können und die **Integrität** der Menschen gesichert ist (Abdul-Hussein, Baig 2009; Petzold, Orth 2011).

Zugleich bildet sich damit ein Fundus von Erfahrungen und neuem Wissen, das eine andere Qualität und Charakteristik hat, als das auf der Grundlage statistischer Daten gewonnene. Beide Wissensquellen sind in der Psychotherapiewissenschaft erforderlich. Das Journal von Klara Kreidner-Salahshour und ihrem Patienten ist theoriegegründet: zum einen in der Metatheorie, klinischen Theorie und Praxeologie der Integrativen Therapie (Leitner 2010; Petzold 2003a; Sieper et al. 2007), zum anderen in der theoretischen Adaptierung dieser Theorie durch Kreidner-Salahshour an ihren Praxiskontext, ihr Arbeitsfeld, ihre klinische Zielgruppe, wie sie das in ihrer Arbeit über „*Emotionale Umstimmung über Gesten und Mudras in der Integrativen Bewegungs- und Leibtherapie mit konfliktscheuen psychisch kranken Straftätern*“ (eadem 2011) dargestellt hat. Diese Arbeit zeigt, dass sie aus einer theoretisch fundierten Praxis erwachsen ist, einen konzeptuellen und methodologischen Rahmen schaffen konnte, eine Praxeologie/Praxistheorie (Orth, Petzold 2004), die wiederum theoretisch elaborierte Praxis hervorbringen kann, wie das vorliegende Journal deutlich macht. Beide Arbeiten exemplifizieren in anschaulicher Weise den **Theorie-Praxis-Zyklus** (Petzold 2003a, 125f.) und das „Generative Theorie-Praxis-Modell für heuristik- und forschungsgegründetes Erkennen und Handeln“ (ibid. 134f.), wie es in der Integrativen Therapie-Theorie entwickelt wurde und die beständige Rekursivität von Theorie, Forschung und Praxis ermöglicht, wenn Therapeutinnen sich an Forschung beteiligen und ihre klinische

Arbeit bewusst als Prozess des Erkenntnisgewinns betreiben. Insofern ist es lohnenswert, auch die Arbeit *Kreidner-Salahshour* 2011 in Verbindung mit diesem Journal zu lesen.

In Soziologie, Sozial- und Managementwissenschaften sind Fallstudien eine erprobte Methode qualitativer Forschung, um komplexe Situationen und Zusammenhänge zu erfassen (*Borchardt, Göthlich* 2007; *Scholz, Tietje* 2002; *Stake* 1995). Sie haben auch in der feministischen Sozialwissenschaft positive Resonanz gefunden (*Carlson* 1992), gleichzeitig aber auch ein *cave* (*Peach* 1994), denn die Möglichkeiten des Missbrauchs und der Verletzung stehen im Raum, wenn Menschen so deutlich sichtbar werden. In der Medizinethik und natürlich in der Psychotherapieethik bei Situationen, in denen Menschen Unrecht geschah oder es zu Zwischenfällen kam, kommt man um die Einzelfallperspektive nicht herum (*Arras* 1991; *Johnsen* 1991). Mit den Problemen und Gefährdungspotentialen durch „casuistry“ muss man sich deshalb auseinandersetzen (*Johnsen, Toulmin* 1990). Fallstudien haben in allen Bereichen das Potential, missbräuchlich verwendet zu werden. In der Psychotherapie wird das deutlich, denn hier haben Fallstudien eine lange und durchaus problematische Tradition. Erst in neuerer Zeit beginnen sich Standards durchzusetzen, die solche Einzelfallberichte und -untersuchungen zu einer nützlichen Erkenntnisquelle machen (*Stuhr, Deneke* 1993; *Stuhr* 2007). Dabei ist immer die Wahrhaftigkeit von Fallberichten bzw. Studien ein prekäres Moment (*Yitschaky O., Yitschaky M., Zadik* 2011).

Es sind *Freuds* große Fallgeschichten, die ihn und die Psychoanalyse berühmt gemacht haben. Die hohe literarische Qualität und die Anschaulichkeit und Eingängigkeit hatten eine Faszination für die Leser – TherapeutInnen wie PatientInnen. Das Ziel der Fallgeschichten von *Freud* war, seine psychoanalytische Theorie zu untermauern und zu entwickeln. Sein ganzes Gebäude ruht auf seinen „großen Fällen“ – Dora, Wolfsmann, Rattenmann etc. Leider hatte sein Vorgehen Schönheitsfehler und mehr als das. Die Geschichte der PatientInnenberichte und Kasuistiken in der Psychoanalyse und Psychotherapie ist keine erfreuliche. Es ist bekannt, dass *Freud, Jung* und andere ihre „Fälle“ und „Falldarstellungen“ manipuliert haben, um ihre Theoreme mit solchem „Fallmaterial“ zu untermauern. Die historische Forschung hat indes in detaillierten Untersuchungen gezeigt, dass die „Fallgeschichten“ von *Sigmund Freud*, auf deren Basis seine Theorien gründen, von ihm systematisch und absichtsvoll verfälscht wurden. *Frank Sulloway* (1991, 2008), der Forscher der hier vieles recherchiert und aufgedeckt hat, hat zu Recht die Frage aufgeworfen, was von der Psychoanalyse denn dann noch Bestand haben kann, wenn dieses Fundament weggebrochen ist, die begründenden Daten falsch sind? Es sind Originalnotizen von *Freuds*

Analyse des „Wolfsmanns“, *Sergei Konstantinovitich Pankejeff*, gefunden worden, die zeigen, dass die Prozesse anders liefen, als von *Freud* berichtet (*Masson* 1984). Bei dem 1910 zu *Freud* in die Therapie gekommenen Patienten, dessen „Material“ ein „cornerstone“ von *Freuds* Theorie der „psychosexuellen Entwicklung“ wurde (*Gardiner* 1982), lagen die Fakten anders als dargestellt. Die von *Freud* publizierte Heilung hat nicht stattgefunden. *Pankejeff* selbst bezeichnete die Darstellungen als „Propaganda für die Psychoanalyse“ (*Goleman* 1990). *Karin Oberholzer* (1980) konnte ihn interviewen, und *Pankejeff* äußerte ihr gegenüber: die ganze Geschichte seiner Analysen sei eine „Katastrophe“ für ihn gewesen, denn er sei in dem gleichen Zustand wie vor der Behandlung. Als er mit über 90 Jahren starb, war er über 60 Jahre bei verschiedenen PsychoanalytikerInnen in psychoanalytischer Behandlung gewesen! Vielleicht ein extremer Fall, aber einer, dessen Schicksal unter den PatientInnen *Freuds* nicht solitär dasteht – man denke an *Emma Eckstein* (*Masson* 1984) oder *Horace Frink* (*Warner* 1994), man denke auch an das Faktum, dass wichtige Theoriematerialien *Freuds* aus der Analyse stammen, die er mit seiner Tochter *Anna Freud* durchführte. Heute eine inakzeptable Konstellation. Auch die frühe Kinderpsychoanalytikerin *Hermine Hugh-Hellmutth* (1919) mit ihrem selbst fabrizierten „*Tagebuch eines halbwüchsigen Mädchens*“ sei erwähnt, die ihren Neffen nach dem Tod ihrer Schwester als Ziehsohn aufnahm und trotz solchen Nahraums das Kind „prophylaktisch“ analysierte. Er tötete sie dann als Jugendlicher (*Graf-Nold* 1988; *Israëls* 1999, 153ff). – Dunkle Geschichten, die der Belesene kennt, und die man nicht gerne erzählt, aber an die man sich immer wieder einmal erinnern muss.

Deshalb ist es gut, dass heute PatientInnen-Geschichten als **Behandlungsberichte von Prozessverläufen** – zumeist begleitet durch Supervision – sorgfältig unter fachlichen Gesichtspunkten und in halbstandardisierter Form dokumentiert werden, wie wir das für das „**Behandlungsjournal als Prozessdokumentation**“ in der Integrativen Therapie erarbeitet und festgelegt haben (*Petzold, Orth-Petzold, Patel* 2010). Weiterhin muss der Patient/die Patientin mit dieser Dokumentation und ihrer Veröffentlichung in strikt anonymisierter Form einverstanden sein. Damit sind Falsifikationen und missbräuchliche Vernutzung von PatientInnenmaterialien kaum möglich, und es können Erfahrungen festgehalten werden, die auch für andere PsychotherapeutInnen nutzbar werden: ein Reichtum klinischen Wissens. Solche Berichte sollen nicht im Duktus der alten psychoanalytischen Falldarstellungen abgefasst werden: „Ich hatte da mal einen Fall ...“. Ganze Generationen von psychoanalytischen und tiefenpsychologischen PsychotherapeutInnen hatten mit solcher „*arbiträrer Kasuistik*“ die Theoreme ihres Ansatzes zu fundieren gesucht, fernab von phänomenologischer Beschreibung. Diese problematische Form der Materialsammlung hat

inzwischen einer differenzierten und elaborierten Methodik kasuistischer Dokumentation Platz gemacht (*Stuhr, Deneke 1993; Stuhr 2007*), die sich allerdings noch nicht genug in breiter Weise durchsetzt hat. Wir hatten uns in der Integrativen Therapie entschieden, um klinisches Wissen mit Praxisnähe zu generieren, den schon angesprochenen Weg von theoriegeleiteten bzw. theoretisch strukturierten Behandlungsberichten zu wählen (vgl. *Petzold, Orth-Petzold, Patel 2010*), die das integrative Therapiekonzept aufnehmen und so das Vorgehen des Kandidaten/der Kandidatin überprüfbar machen. Inzwischen sind mehr als 200 solcher Behandlungsberichte als Therapiejournal angefertigt worden. Wir haben versucht, für die Berichte über **Prozessverläufe** von Behandlungen eine an evidenzbasierten Konzepten empirischer Entwicklungspsychologie geeichte Folie bereitzustellen, mit der eine auf der integrativen Therapietheorie gegründete Systematik für die Dokumentation vorgegeben wird (*Petzold, Orth-Petzold, Patel 2010 24 – 26*). Damit wurde die kasuistische Arbeit auf ein solides Fundament gestellt, das Vergleichbarkeiten der dokumentierten Prozesse und damit eine fundierte **klinische Hermeneutik** zu begründen vermag, aber auch Anregungen für Forschungsfragen generiert. *Jüttemann (1981, 1990)* hat mit seinem Konzept der „Komparativen Kasuistik“ die Bedeutung solcher Materialien betont. Therapien als Abschnitte von Lebensstrecken – sie sind zugleich „Krankheitskarrieren“ (*Petzold, Hentschel 1991*) – und die in ihnen stattfindenden Prozesse von Biographieerarbeitung zu dokumentieren, ist für jedes Therapieverfahren wichtig, um einen Fundus klinischer Erfahrungen aufzubauen.

In den so genannten „Behandlungsjournalen“, die in der Ausbildung **von allen** angehenden integrativen TherapeutInnen erstellt werden müssen (*Petzold, Orth-Petzold, Patel 2010*), geht es um die reflexive, vertiefte Aneignung des erlernten Psychotherapieverfahrens durch Umsetzung in der Praxis der PatientInnenarbeit und zwar in einer Weise, dass in Prozessen „komplexen Lernens“ und „professioneller Sozialisation“ (*Sieper, Petzold 2002; Petzold, Orth, Sieper 2006*) die erworbene und nun applizierte **Kompetenz** (Fähigkeiten, Wissen) und **Performanz** (Fertigkeiten, Können) integriert aufgenommen werden können. Dabei spielt **Supervision** eine wichtige Rolle – als Gruppensupervision soll sie das Kennenlernen „klinischer Vielfalt“ ermöglichen: Weiterhin ist auch „**Kontrollanalyse**“ als supervisorische Einzelprozessarbeit wesentlich (*Petzold 1993g*). Sie soll „klinische Feinstrukturen in Kontinuität“ begleiten.

Offenbar verstehen sich Menschen als „Geschichten erzählende Wesen“ in ihrem Leben und Leid durch erzählte Geschichten und das Erzählen von Geschichten besser.

Behandlungsjournale als Materialien dokumentierter Lebensgeschichte machen das deutlich, denn eine Aufgabe des Heranwachsens und Erwachsenwerdens ist, „sich selbst im Lebensganzen verstehen zu lernen“ (Petzold 1981g), und dabei hat Erzählen eine zentrale Funktion. So haben wir im Integrativen Ansatz stets mit Erzählungen und den dabei evozierten biographischen Erinnerungs-Imaginationen gearbeitet. Wir nannten das „**narrative Biographiearbeit**“ oder exakter: „**narrative Biographiearbeit**“, so unser Begriff – in unseren frühen Projekten [1965 – 1972 ff] der Altenarbeit (Ch. Petzold 1972; Petzold, Müller 2004a) und der Drogentherapie (Petzold 1971c), in der Traumatherapie (idem 2001b), in der poesietherapeutischen Tagebucharbeit (Petzold, Orth 1993).

"**Biographiearbeit** heißt, aufgrund einer Übereinkunft in Vertrauen und Zuwendung, im Respekt vor der Integrität und Würde des Anderen g e m e i n s a m lebensgeschichtliche Ereignisse zu teilen und zu betrachten, um damit Biographie zu erarbeiten (nicht etwa zu bearbeiten) in selbstbestimmter Offenheit, Achtsamkeit und Wechselseitigkeit der PartnerInnen. Zielsetzung ist, dass jeder von ihnen seine Lebensgeschichte, sein Leben, seine Persönlichkeit besser in der und durch die Erzähl- und Gesprächsgemeinschaft mit dem Anderen vor dem Hintergrund der gegebenen Kultur und der Weltverhältnisse zu erfassen und zu verstehen vermag. Leben, das entfremdet wurde, kann in einer Neugestaltung wieder angeeignet werden durch Offenlegung von Entfremdendem (Armut, Elend, Gewalt, Vereinsamung, Verstressung) in Akten der Befreiung, denn diese verwandeln, sind schöpferisch. Aus solchen Erfahrungen **gemeinsamer Hermeneutik**, die in Prozesse **kokreativer Kulturarbeit** eingebettet sind, kann man einander besser verstehen lernen, wird es möglich, Menschen - und natürlich auch sich selbst in der eigenen Vielfalt - besser verstehen zu können." (Petzold "et al." 2001b, 345)

Die Arbeit mit biographischen Ereignissen und Materialien erfolgt in der Regel in „**Polylogen**“ (idem 2002c), ein Konzept, das bewusst über die Idee der Buberschen Dialogik hinausgreift, weil in jeder Lebenserzählung sich die Realität von **Polyaden** zeigt, viele Mitsprecher, Miterzähler, Mitakteure anwesend sind, was eine gemeinschaftliche Auslegungs- und Verstehensarbeit ermöglicht – und sei es z.T. nur auf einer virtuellen Ebene der Gedankengespräche. Dahinter steht ein an der longitudinalen Entwicklungspsychologie und Sozialisationsforschung, der modernen Gedächtnisforschung und einer differenzierten „chronosophischen“ Position der Zeitphilosophie (Petzold 1991o/2003a, 299ff) ausgerichtetes Verständnis von Biographie und von Identitätsprozessen („narrative Identität“, sensu Ricœur 1990; Petzold 2012a), wie man es in Integrativer Therapie, Agogik und Supervision zu Grunde legen muss (vgl. Swanton 2010).

Angeregt und motiviert zu dieser Form der Arbeit wurden *Petzold* und *Sieper* durch die narrative Kultur in den Herkunftsfamilien (*Petzold* 2011i, j; *Petzold-Heinz* 1997, 1992), dann durch den Kontakt mit der Erzähltheorie – insbesondere von *Paul Ricœur*, *Gérard Genette*, *Roland Barthes* u.a. in den Pariser Studientagen, später auch von *Bourdieu* (1993), der in „La misère du monde“ Menschen ihr Elend erzählen lässt. Die Integrative Sprachtheorie (*Petzold* 2010f) und die Kulturtheorie der IT (*Petzold, Orth, Sieper* 2013) hat mit ihren Bezügen zu *Paul Ricœur*, *Tzvetan Todorov*, *Michail M. Bachtin*, *Jury Lottman* u.a. versucht, das narrative Geschehen in Therapien immer auch als eine Form der „Kulturarbeit“ zu sehen, in der ein Mensch seine „**Hominität**“, sein Menschenwesen kultiviert und damit wieder zur „**Humanität**“ seines gesellschaftlichen Raumes beiträgt. In dem Behandlungsjournal von *Klara Kreidner-Salahshour* wird dies deutlich.

Für die klinische Kasuistik waren es die beeindruckenden Patientengeschichten von *Alexander Lurija*, Begründer der Neuropsychologie und wichtiger Referenzautor der Integrativen Therapie (*Petzold, Michailowa* 2008), die uns anregten. Seine Fallgeschichten sind nicht von *Freud* bestimmt, wie er mit einer Anspielung auf nicht seriöse Kasuistik ausführt. Mit „diesen ‚nichterfundenen Geschichten‘“, so *Lurija* (1993, 191), kann der Forscher mit Blick auf die Störungen „die Hauptfaktoren herauskristallisieren und Schritt für Schritt das Syndrom zusammensetzen“ (*ibid.*). *Lurija* ließ sich hier, wie er schreibt (*ibid.*, 182), für den Stil der Darstellung von den „Imaginären Portraits“ (1887) des englischen Essayisten *Walter Horatio Pater* (*1839, † 1894; vgl. *Stamm* 1997) inspirieren. Er versuchte in seiner wissenschaftlichen Arbeit die Prinzipien der klassischen Wissenschaft mit seinem Konzept einer „romantischen Wissenschaft“ (*Lurija* 1993) als zwei verschiedenen Erklärungsebenen zu verbinden und schreibt: „Während des größten Teils meiner Forschung bin ich immer klassischer und romantischer Wissenschaftler zugleich gewesen“ (*idem* 1993, 182). Diese romantische Forschung hat eine narrative, klinische Qualität und ist auf den Menschen gerichtet, der nicht nur Objekt für die Theorienbildung ist. Das zeigen *Lurijas* Patientengeschichten (*idem* 1991, vgl. *Métraux* 2004). Ganz anderes berichtet *Ferenczi* in seinem Klinischen Tagebuch vom 4. August 1932 über eine *Freud*-Aussage: „... die Neurotiker sind ein Gesindel, nur gut, uns finanziell zu erhalten und aus ihren Fällen zu lernen, die Psychoanalyse als Therapie sei wertlos“ (*Ferenczi* 1932/1988, 249). Sie sind eben „Fälle“, „Fallmaterial“, „Patientengut“. *Freud* war – wie man weiß – immer wieder resignativ-pessimistisch, schätzte seine Patienten nicht sonderlich. Eine solche Haltung lehnen wir ab. Es ging zwar viel von *Freud* aus, wie *Tschuschke* (2012) zu Recht betont, aber man muss dabei auch sehen, wie viel **Dissens** seine Positionen auslösten, so dass TherapeutInnen

sich immer wieder veranlasst sahen, andere Ansätze zu entwickeln, um seine als falsch erkannten und erlebten Positionen zu korrigieren (Leitner, Petzold 2009). So sagen auch wir in absichtsvoller Kontrastierung: Man muss für Patienten einen „gastlichen Raum“, einen Ort der **Konvivialität** zur Verfügung stellen (Orth 2010), wo notwendig, auch für sie eintreten (Leitner, Petzold 2010), ein genuines Interesse zeigen, wie es auch in den PatientInnengeschichten von *Oliver Sacks* (1995) zum Ausdruck kommt, der in der Tradition *Lurijas* von den Menschen erzählt, denen er in seiner therapeutischen Arbeit begegnet ist und die er behandeln konnte (Sacks 1993, 1995).

In der Integrativen Therapie haben wir konsequent einen methodischen Schwerpunkt bei der „**narrativen Praxis**“ (Ch. Petzold 1972; Petzold 1991o/2003a, 333ff; 2001b, 2003g) entwickelt, die ein zentrales Element leibtherapeutischen, soziotherapeutischen und kreativitätsmethodischen Arbeitswegen in der IT ist. Inzwischen sind vielfältige Formen „narrativer Therapie“ entwickelt worden (McLeod 1997; Epston, White 1991; White 2007), die allerdings alle am Fehlen einer *therapierelevanten* „Theorie der Sprache“ und an mangelnden Bezügen zur „Erzähltheorie“ (Fludernik 2006; Martínez, Scheffel 2009) kranken, denn erzähltheoretische Konzepte können für therapeutische Erzählarbeit, für die Arbeit mit „dichten Beschreibungen“ (Petzold 2010f; Orth, Petzold 2008), fruchtbar gemacht werden. Solche Erzählungen im therapeutischen Miteinander gemeinsamer Prozesse verdichten nämlich Lebenszusammenhänge, lassen sie *kognitiv* „klarer“ werden und *emotional* „spürbarer“ werden, und das trägt dazu bei, sie durch neues Wollen und Handeln (Petzold, Sieper 2008c) veränderbar zu machen.

Es ist die Prozessualität „**wechselseitiger Empathie**“ – auch der Patient muss seine Therapeutin empathisch erfassen lernen und das muss ihm erlaubt sein (!) – und es ist der Prozess „**wechselseitigen Verstehens**“ – in der Tat muss man einander verstehen lernen –, die in einer gelingenden therapeutischen Beziehung **paradigmatisch** für ein neues Empathieren-können und Verstehen-können werden. Das muss sich aber in den Lebenszusammenhang des Patienten/der Patientin hinein generalisieren. Nur mit solcher Transferleistung werden nämlich „**korrektive Erfahrungen**“ (sensu S. Ferenczi und F. Alexander) **und** hinzukommend „**alternative Erfahrungen**“ (sensu Petzold, Orth, Sieper) auf der „*kognitiven, emotionalen, volitionalen und Handlungsebene*“ (idem 2012h) zu einem **nachhaltigen**, heilsamen Geschehen. Wir haben hier *Franz Alexanders* Konzeption über die emotionale Korrektion hinaus substantiell erweitert, um ein umfassendes neues

„*embodiment*“, eine neue **Verleiblichungen** von Welt mit Konsequenzen im Denken; Fühlen, Wollen und Handeln möglich zu machen (Petzold, Sieper 2012a; Hüther, Petzold 2012). Das geht in der Regel mit „*Lebensstiländerungen*“, „*Wandlungen der Identitätsperformanz*“ (Petzold 2012a) einher, sofern es – und das muss unterstrichen werden – eine Chancen gewährende und nicht mehr nur „*prekäre Lebenswelt*“ ist, die zum „*embodiment*“ zur Verfügung steht, sondern eine „*benigne Lebenswelt*“, die Ressourcen und Potentiale in konvivialen Räumen und menschengerechten Lebensrhythmen bietet ohne zerstörerische Unrast und „*maligene Beschleunigungen*“ (Petzold 2012p, Rosa 2012). Bleiben die Menschen im „*Minusmilieu*“, in „*prekären Lebenslagen*“ (Hecht, Petzold, Scheiblich 2012), so sind ihre Chancen gering, die angebotenen „**Hilfen für eine Neuorientierung des Lebens**“ – sie sind oft viel zu knapp bemessen – nutzen zu können. Hier werden oft weitergreifende Maßnahmen notwendig (Hartz, Petzold 2010). Wenn vor dem Hintergrund der Psychotherapieforschung von Reed (2006) die Aussage gemacht wird, dass der Großteil der psychisch Kranken als *chronisch belastet* anzusehen sei, dann muss unbedingt die Frage gestellt werden: Sind sie das nicht überwiegend, weil sie in *chronifiziert kranken Lebens- und Sozialwelten* leben müssen, *Gefangene prekärer Lebenslagen*? Ist das so, wie der Psychoanalytiker Hilgers (2009) festschreibend meint, dann bleiben sie „*at risk*“ und haben schlechte Chancen. Eine **biopsychosozialökologische** Sicht, wie wir sie im Integrativen Ansatz vertreten (Petzold 1974j, 2003a), darf vor dieser Faktizität nicht die Augen verschließen. Man entgeht damit auch dem leider leichtfertigen „*patient blaming*“, das massiv **fehlattribuierend** von Therapieresistenzen, von Unbehandelbaren, Abwehrem, Vermeidern etc. spricht. Vielmehr sieht man die Komplexität der Ursachen und Wirkungen in den **Lebensnarrationen** und auch die Unwilligkeit der öffentlichen Gesundheits- und Sozialsysteme in hinreichend breiter Weise für diese Notlagen die erforderlichen strukturellen Veränderungen in Angriff zu nehmen, so dass überhaupt alternative Gestaltungen der Lebensführung und damit neue Formen der Narrationen und der Neuorientierung des Lebens möglich werden. Man sieht allerdings auch die Ausblendungen der eigenen Profession der **Psycho**-therapeutInnen und ihre mangelnde Bereitschaft, sich einzugestehen: Für Menschen mit schweren Störungen und chaotisierten Lebensverhältnissen in prekären Lebenslagen reicht ein dyadisches, nur psychologisierend und individualisierend arbeitendes Setting nicht aus, um wirklich nachhaltige Hilfen zu bieten. Es sind zweifelsohne oft breiter greifende Massnahmen, Kooperationen mit anderen helfenden Berufen und anderen Agenturen der Hilfeleistung und Förderung (Sozialarbeit, Erwachsenenbildung, Breitensport etc.) erforderlich, die man in die „**psycho**-therapeutische“ Arbeit einbeziehen muss, um sie ggf.

„sozio-therapeutisch zu erweitern, damit nachhaltige Wirkungen erreicht und schwierige **Lebenslagen** verbessert und Neuorientierungen des Lebens möglich werden können.

„**Prekäre Lebenslagen** sind zeitextendierte Situationen eines Individuums mit seinem relevanten Konvoi in seiner sozioökologischen Einbettung und seinen sozioökonomischen Gegebenheiten (Mikroebene), die dieser Mensch und die Menschen seines Netzwerkes als 'bedrängend' erleben und als 'katastrophal' bewerten (präfrontal-kognitives *appraisal* & limbisch-emotionale *valuation*), weil es zu einer Häufung massiver körperlicher, seelischer und sozialer Belastungen durch Ressourcenmangel oder -verlust, Fehlen oder Schwächung 'protektiver Faktoren' und 'chancengebender Potentiale' gekommen ist. Die Summationen 'kritischer Lebensereignisse' und bedrohlicher Risiken lassen die Kontroll-, Coping- und Creatingmöglichkeiten der Betroffenen (des Individuums und seines Kernnetzwerkes) an ihre Grenzen kommen. Eine *Erosion* der persönlichen und gemeinschaftlichen Tragfähigkeit beginnt. Ein progredienter Ressourcenverfall des Kontextes ist feststellbar, so dass eine Beschädigung der persönlichen Identität, eine Destruktion des Netzwerkes mit seiner 'supportiven Valenz' und eine Verelendung des sozioökologischen Mikrokontextes droht, eine **destruktive Lebenslage** eintritt, sofern es nicht zu einer Entlastung, einer substantiellen '**Verbesserung der Lebenslage**' durch Ressourcenzufuhr kommt und durch infrastrukturelle Maßnahmen der Amelioration, die die Prekarität dauerhaft beseitigen und von *Morenos* (1923) Fragen ausgehen: 'Was hat uns ins diese Lage gebracht? Worin besteht diese Lage? Was führt uns aus dieser Lage heraus?'" (vgl. *Petzold, Sieper* 2008).

Ja, was führt Menschen aus **problematischen und destruktiven Lebenslagen** heraus? Das Behandlungsjournal von *Klara Kreidner-Salahshour* und *Herrn F.* vermag einen Eindruck von den langsamen Prozessen wachsenden, wechselseitigen Empathierens und Verstehens und von einem auch allmählich wachsenden und sich verändernden Selbstverstehens des Patienten, Herrn F. zu vermitteln, Prozessen, die Chancen bieten, dass er fähiger wird, sich selbst in seiner Lebenslage besser zu verstehen und zu regulieren. Es zeigt die verschiedenen „Wirk- und Heilfaktoren“, die *intentional und theoriegeleitet* eingesetzt werden oder in diesem komplexen Prozess *spontan und selbstorganisiert* „emergieren“ und zum Tragen kommen – nicht zuletzt unter den Einwirkungen der durchaus schützenden, aber auch zum Teil belastenden institutionellen Bedingungen. Das Journal lässt auch die Fragen zur „**Prekarität von Lebenslagen**“, die im Hintergrund stehen und die in der Zukunft auf *Herrn F.* zukommen, deutlich werden. Es zeigt damit auch unsere Verpflichtung in solidarisch-gemeinschaftlichen Staatswesen für unsere Mitbürger, Mitmenschen, die in prekäre oder desaströse Lebenslagen geraten sind, ja selbst in Devianz, umfassendere Hilfen und Chancen bereit zu stellen als diese oft geschieht und zwar nicht nur aus Gesichtspunkten **monetaristischer Ökonomie**, weil jeder in Verelendung chronifizierende Mensch den gemeinsamen Haushalt über die Jahrzehnte immens belastet. Vielmehr ist adäquate Hilfe eine Sache der **Humanität**. In einem solchen weiten Sinne verstandene „**humanitäre Ökonomie**“

(οἰκονομία, *oikonomía*) sieht, dass wir in demokratischen Staaten in einem „Haushalt“ leben, der auf Rechtsgleichheit, Gemeinwohl, Würde und Integrität der Menschen orientiert ist (Petzold, Orth 2011), gleichsam in einem gemeinsamen *Haus* (οἶκος, *oikos*), das durch sinnvolle *Regeln* (νόμοι, *nomoi/Regeln/Gesetze*) bestimmt ist. Das Prinzip solidarischer Hilfeleistung ist dabei essentiell und muss für alle Bereiche und Formen der Hilfe gelten, also auch für die Psychotherapie, die sich sicherlich mit ihrer Aufgabe „**Lebenshilfe für eine Neuorientierung des Lebens**“ stärker in Theorie, Forschung und Praxis auseinandersetzen muss, geht es doch für die Mehrzahl der PatientInnen darum, Gesundheit **und** Arbeitsfähigkeit wieder herzustellen. Das Prinzip solidarischer Hilfeleistung darf auf gesamtgesellschaftlicher Ebene und natürlich auch in den Feldern psychosozialer Arbeit nicht zur Disposition stehen oder verletzt werden. Tschuschke betont deshalb zu Recht: „Als ungemein wichtig für die Beurteilung der beschleunigt einseitigen Entwicklung einer medizinalisierten, technisierten Auffassung von Psychotherapie muss die Entwicklung eines ökonomisch orientierten Gesundheitssystems – der sogenannten Managed Care - in den USA angesehen werden. Dieser 'Fehlweg' in der Medizin (Reed, 2006, S. 42) zielt auf allein ökonomisch motivierte Denkweisen und hat nicht das Wohlergehen von Patienten im Sinn, sondern ausschließlich Kostenreduktion“ (Tschuschke et al. 2012). Ein solches System wollen wir als demokratiebewusste Europäer nicht, in deren Verfassungsgeschichte die „*Fraternité*“, die „Brüderlichkeit“ (will meinen „Mitmenschlichkeit“) eine zentrale Rolle spielt (Borgetto 1997; David 2002). Sie fehlt in der Amerikanischen Verfassung, steht aber in Artikel 1 der „*Erklärung der Menschenrechte*“ der Vereinten Nationen: „Alle Menschen sind frei und gleich an Würde und Rechten geboren. Sie sind mit Vernunft und Gewissen begabt und sollen einander im Geiste der Brüderlichkeit begegnen“. In einer besonnenen, an Humanität, Menschenwürde und Sorge für die Unversehrtheit/Integrität orientierten Haushaltsführung hat jeder Bereich, also auch die Psychotherapie, mitzuwirken (Sieper, Orth, Petzold 2010). Als PsychotherapeutInnen müssen wir mit unserer Expertise dazu beitragen, dass Menschen, unsere „Patientinnen und Partnerinnen“ (Petzold, Gröbelbauer, Gschwendt 1999), unter der Perspektive eines angemessenen, weitgefassten Verständnisses von „Störungen mit Krankheitswert“ in gestörten, belasteten „prekären Lebenslagen“ auch die angemessenen Hilfen erhalten. Angemessen sind Hilfen, die realistische und greifende Chancen zur Neuorientierung ihrer Lebensführung bieten, damit sie als Mitmenschen und MitbürgerInnen am gesellschaftlichen Leben wieder in menschenwürdiger Weise teilnehmen können*.

* (Literatur am Schluss des Beitrags)

Das Behandlungsjournal - Klara Kreidner-Salahshour und Herr F.

1. Persönliche Daten und Motivation der Therapeutin

Seit vielen Jahren arbeite ich als Bewegungstherapeutin in einer Allgemeinpsychiatrie. Mein Ausbildungshintergrund ist das 1. Staatsexamen mit den Fächern Sport und Englisch für das Lehramt Sek1, die Ausbildung zur Motopädin und die Weiterbildung zur Integrativen Bewegungs- und Leibtherapeutin (IBT).

Zu den Zeiten, als ich auf den Aufnahmestationen mit offenen, stark fluktuierenden Gruppen psychisch akut erkrankter Menschen arbeitete, sah ich keine Möglichkeit, einen Behandlungsbericht zu erstellen, da die Therapien im dyadischen Setting jeweils nur über einige Stunden gingen.

Nun arbeite ich seit circa zehn Jahren auf einer Spezialstation für den integrierten Maßregelvollzug in der Allgemeinpsychiatrie. Nachdem ich nach meinem Erziehungsurlaub „zufällig“ und nicht freiwillig in diesem Arbeitsfeld „gelandet“ war, fand ich mich dank des damaligen „Pioniergeistes“ vieler MitarbeiterInnen der Station, der offenen und guten Zusammenarbeit mit diesen KollegInnen und der Supervision gut in den neuen Arbeitsbereich hinein. Meine vielfältigen und differenzierten Selbsterfahrungen sowie all die anderen Lerninhalte der Weiterbildung in IBT kamen mir fachlich sehr zugute. Da viele Patienten über lange Zeiträume hinweg auf der Station blieben, waren nun längere therapeutische Prozesse möglich.

Vom Psychologen der Abteilung erhielt ich eines Tages den Auftrag, dass ich als Bewegungstherapeutin, mit Herrn F. arbeiten sollte – egal was und wie, damit Herr F. die Möglichkeit erhält, eine therapeutische Beziehung zu einer Frau zu wagen (*Metaziel: Intersubjektivität und Ko-respondenzfähigkeit – insbesondere Beziehungsfähigkeit zu einer weiblichen Therapeutin*). Aufgrund dieses klaren genderspezifischen und gleichzeitig sehr offenen Arbeitsauftrages entschied ich mich dafür, diesen Verlauf als Grundlage für diesen Behandlungsbericht zu nehmen.¹

Ich habe mich bewusst dafür entschieden, den Behandlungsprozess im Präsens zu schreiben, um dem Prozess die Lebendigkeit nicht zu nehmen.

Meine eigenen Überlegungen sowie Fachausdrücke habe ich jeweils in Klammern kursiv gedruckt beschrieben.

¹ Die Daten dieses Journals wurden insgesamt anonymisiert.

2. Meine Haltung zur Psychose

Um überhaupt in der Psychiatrie arbeiten zu können, war es für mich zwingend notwendig, eine Haltung gegenüber speziellem psychischem Erleben zu beziehen. Dazu waren für mich u.a. die Anregungen von *Dörner* (2010) sehr hilfreich. So ist meine Haltung Herrn F. gegenüber offen, sowohl hinsichtlich seiner äußeren Erscheinung und seiner Lebensführung als auch seinem psychotischen und „restpsychotischem“ Erleben gegenüber. Ich selbst werte psychotisches Erleben nicht als unrealistisch und unnormale, sondern spreche auch mit den Patienten und in diesem Fall mit Herrn F. stets von „persönlicher Realität“, die ich nicht mit ihm teile.

Daneben gibt es schließlich auch eine Grundlage für gemeinsames Wahrnehmen und Erleben als „gemeinsame Realität“, die es zwischen uns beiden, aber auch zwischen mehreren Menschen, Gemeinschaften etc. gibt. Als Beispiele dafür lenke ich den Blick z.B. auf die Gegenstände im Raum, der Blick aus dem Fenster, die anwesenden Personen im Raum, die Worte, die wir wechseln.

3. Einleitung

Für die Anfertigung von Behandlungsberichten orientieren wir uns in der Integrativen Therapie an:
Petzold, H.G., Orth-Petzold, S., Patel, A. (2010): Von der Abhängigkeit in die Souveränität. Über Professionalisierung in der Psychotherapie durch reflektierte und dokumentierte Praxis. *Polyloge*, Bei www.fpi-publikationen.de/materialien.htm - *POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit* 17/2010. <http://www.fpi-publikation.de/downloads/download-polyloge/download-nr-17-2010-petzold-h-g-orth-petzold-s-i-patel-a-ii.html>

Petzold, H.G., Orth-Petzold, S., Ratz, C. (2011): D A S S U P E R V I S I O N S J O U R N A L - Ein methodisches Konzept zur Sicherung und Entwicklung von Qualität in Supervision und klientenbezogener Arbeit.: www.fpi-publikationen.de/materialien.htm *Supervision: Theorie – Praxis – Forschung. Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift* – 1/2011. <http://www.fpi-publikation.de/downloads/download-supervision/download-01-2011-petzold-h-g-orth-petzold-s-ratz-c.html>.

In Bezug auf die offiziellen Vorgaben und Anforderungen an den Aufbau des Behandlungsberichtes möchte ich einleitend auf folgende Gegebenheiten der institutionellen Rahmenbedingungen hinweisen, in denen diese Integrative Bewegungs- und Leibtherapie stattgefunden hat:

1. Die Behandlung der Patienten auf der Spezialstation erfolgt im multiprofessionellen Team (Arzt, Psychologe, Pfl egeteam, Bezugspflege, Kunst-, Ergo, Arbeits- und Bewegungstherapie, Sozialarbeiter).

2. Damit das Fernziel der Verlegung in die Langzeitbeurlaubung als erste Etappe des Maßregelvollzugs erreicht werden kann, verfolgen die jeweiligen Berufsgruppen kurz- und mittelfristige je entsprechende Ziele, damit der Patient die Voraussetzungen für diese Beurlaubung erfüllen kann.
3. Im Falle von Herrn F. habe ich den Behandlungsauftrag zur IBT mit **einem** speziellen Ziel zu einem Zeitpunkt erhalten, an dem seine Psychotherapie schon sehr weit fortgeschritten war.
4. Ich greife auf bereits gestellte Diagnosen zurück, die von den Ärzten, Psychologen und in diesem Falle auch von Gutachtern gestellt werden, denn als Bewegungstherapeutin ist es in der Institution nicht mein Auftrag, Diagnosen zu stellen.
5. Auch biographische Angaben liegen einerseits bereits vor, zum anderen sind mir weitere Informationen aus Teamsitzungen und Supervisionen bekannt.
6. So ist die IBT **ein** Baustein der gesamten Rückfallprophylaxe.
7. Von daher ist dieser Behandlungsbericht über die IBT ein fachlicher **Ausschnitt** aus der Gesamtbehandlung eines multiprofessionellen Teams. Entwicklungen in den Beziehungen des Patienten zu den unterschiedlichsten Teammitgliedern und in den jeweiligen therapeutischen Prozessen wirken sich jeweils auf alle anderen Bereiche aus – wie es die Intention und Wirkweise einer multiprofessionellen Behandlung ist, durch deren *Polyloge*, d.h. dem vielseitigen Austausch (*Petzold* 2002c), *gibt es synergetische Effekte und Emergenzen* (*Petzold* 2007a). Diese Prozesse stelle ich in meinem Bericht nicht dar, weil diese Komplexität den Rahmen dieser Arbeit sprengen würde.
8. Gleichfalls wird an dieser Stelle nicht das institutionelle Setting – es geht ja um eine besondere „Institution“ (*ibid.*) dargestellt, obgleich das Thema der „Macht“ (*Foucault*) von einer integrativ arbeitenden Therapeutin nicht übergangen werden kann (*Petzold* 2009d; *Haessig, Petzold* 2009) und natürlich immer wieder reflektiert wurde. Auch das würde den Rahmen dieses Journals sprengen.
9. Mit Blick auf die Stundenzahl und den zeitlichen Rahmen kann aus integrativtherapeutischer Sicht von einem „Langzeitprozess“ der Behandlung gesprochen werden.

4. Theoretische und praxeologische Grundlagen

Zu den theoretischen Grundlagen der IT informieren:

Petzold, H.G. (2002b): Zentrale Modelle und KERNKONZEPTE der „INTEGRATIVEN THERAPIE“. Düsseldorf/Hückeswagen. Bei [www. FPI-Publikationen.de/materialien.htm](http://www.fpi-publikationen.de/materialien.htm) - *POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit* - 02/2002. <http://www.fpi-publikation.de/images/stories/downloads/polyloge/Petzold-Kernkonzepte-Polyloge-02-2002.pdf>.

Petzold, H.G. (2005r/2010): Entwicklungen in der Integrativen Therapie als „biopsychosoziales“ Modell und „Arbeit am Menschlichen“. Überlegungen zu Hintergründen und proaktiven Perspektiven. Integrative Therapie 40 Jahre in „transversaler Suche“ auf dem Wege. Krems, Zentrum für psychosoziale Medizin. Hückeswagen: Europäische Akademie für Psychosoziale Gesundheit. [www. FPI-Publikationen.de/materialien.htm](http://www.fpi-publikationen.de/materialien.htm) - *POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit* - 04/2010. <http://www.fpi-publikation.de/downloads/download-polyloge/download-nr-04-2010-petzold-h-g-2005r.html>

Leitner, A. (2010): Handbuch der Integrativen Therapie. Wien: Springer.

Petzold, H.G., Sieper, J., Orth, I. (2012): Literaturressourcen der Integrativen Therapie - Zentrale Themen und Konzepte in den Originaltexten ihrer Begründer. Bei [www.FPI-publikationen.de/materialien.htm](http://www.fpi-publikationen.de/materialien.htm) - *POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit* – 22/2012. <http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/22-2012-petzold-sieper-orth-literaturressourcen-der-integrativen-therapie-originaltexte.html>

An dieser Stelle seien kurz die theoretischen und praxeologischen Grundlagen aufgeführt, die von zentraler Bedeutung für den folgenden therapeutischen Prozess der IBT sind: das ist das komplexe Menschenbild (Petzold 2003e, 2012f), die Entwicklung in der Lebensspanne (Petzold 2003, 515ff; Sieper 2007b), das Konzept der Intersubjektiven Ko-respondenz und der therapeutischen Beziehung in „wechselseitiger Empathie“ (Petzold 2003a, 93ff, 2012c; Petzold, Müller 2005/2007) und grundsätzlichem Respekt, wie es die „Grundregel“ des Integrativen Ansatzes vertritt (Petzold 2000a), das Konzept des „informierten Leibes“ (idem 2003a, 1051ff, 2009c) und seiner Neuroplastizität (Hüther, Petzold 2012; Lamacz-Koetz 2009), worauf die integrative Persönlichkeits- und Identitätstheorie (Petzold 2012a) gründet. Methodisch sind das Verständnis des „komplexen Lernens“ (Sieper, Petzold 2002; Lukesch, Petzold 2011) und der Prozesse der „Interiorisierung“ (sensu Vygotskij, vgl. Petzold 2013e, h) wesentlich, das Tetradische System (1988n/1996a) und die „vier Wege der Heilung und Förderung“ (Petzold 1988n/1996a, 2012h), die „14 Heilfaktoren“ (Petzold 1993p/2003a, 985ff; 1994g). Hinter all diesem steht das komplexe Integrationsmodell des Integrativen Ansatzes (idem 2003a, 25ff; 2003e, 2007a; insgesamt Sieper 2006). Auf all diesem gründet eine reiche Praxeologie (Petzold 2003a, Bd. III; Orth, Petzold 2004) mit vielen originellen, erlebnisaktivierenden und behavioral-übenden **Methoden, Techniken und Medien** (Petzold 1977c, 1993h)

Für die Prozesse komplexen Lernens und der erlebnisaktivierenden Techniken orientieren wir uns in der IT an: Sieper, J., Petzold, H.G. (2002): Der Begriff des „Komplexen Lernens“ und seine neurowissenschaftlichen und psychologischen Grundlagen – Dimensionen eines „behavioralen Paradigmas“ in der Integrativen Therapie. Lernen und Performanzorientierung, Behaviourdrama, Imaginationstechniken und Transfertraining. Düsseldorf/Hückeswagen. Bei www.fpi-publikationen.de/materialien.htm - POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit - 10/2002 und <http://www.fpi-publikation.de/supervision/alle-ausgaben/04-2011-sieper-j-petzold-h-g-komplexes-lernen-in-der-integrativen-therapie-und-supervision.html>. Gekürzt in Leitner, A. (2003): Entwicklungsdynamiken der Psychotherapie. Wien: Kramer, Edition Donau-Universität. S. 183-251.

Lukesch, B., Petzold, H.G. (2011): Lernen und Lehren in der Supervision – ein komplexes, kokreatives Geschehen. www.fpi-publikationen.de/materialien.htm Supervision: Theorie – Praxis – Forschung. Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift – 5/2011 <http://www.fpi-publikation.de/downloads/download-supervision/download-05-2011-lukesch-b-petzold-h-g.html>.

Petzold, H.G., 1993p/2003a. Integrative fokale Kurzzeittherapie (IFK) und Fokaldiagnostik - Prinzipien, Methoden, Techniken. In: Petzold, Sieper (1993a) 267-340; repr. in: Bd. II, 3 (2003a) 985 - 1050. <http://www.fpi-publikation.de/downloads/download-polyloge/download-nr-25-2012-petzold-h-g-1993p.html>

Petzold, H.G., Orth, I. (1994a): Kreative Persönlichkeitsdiagnostik durch „mediengestützte Techniken“ in der Integrativen Therapie und Beratung. *Integrative Therapie* 4 (1994) 340-391. <http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/03-2012-petzold-h-orth-i-1994a-kreative-persoehnlichkeitsdiagnostik-durch-mediengestuetzte.html>

4.1 Die Entwicklung in der Lebensspanne

Für die *Lifespan Developmental Perspektive* der Integrativen Therapie orientieren wir uns an:

Petzold, H.G., Goffin, J.J.M., Oudhof, J., 1993. Protektive Faktoren und Prozesse - die „positive“ Perspektive in der longitudinalen, „klinischen Entwicklungspsychologie“ und ihre Umsetzung in die Praxis der Integrativen Therapie. In: *Petzold, H.G.*, 1993c. Frühe Schäden, späte Folgen? Psychotherapie und Babyforschung, Bd. I, Paderborn: Junfermann; und in : *Petzold, H.G., Sieper, J.*(1993a): Integration und Kreation, 2 Bde., Paderborn: Junfermann, 2. Auflage 1996, S. 173-266.

Sieper, J. (2007b): Integrative Therapie als „Life Span Developmental Therapy“ und „klinische Entwicklungspsychologie der Bezogenheit“ mit Säuglingen, Kindern, Adoleszenten, Erwachsenen und alten Menschen, *Gestalt & Integration*, Teil I 60, 14-21, Teil II 61 (2008) 11-21. Update 2011, in: [www. FPI-Publikationen.de/materialien.htm](http://www.fpi-publikationen.de/materialien.htm) - *POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für Psychosoziale Gesundheit* – 5/2011 <http://www.fpi-publikation.de/downloads/download-polyloge/download-nr-05-2011-sieper-johanna.html>

Die Integrative Therapie betont mit *Lurija* (2001; vgl. *Petzold, Michailowa* 2008) und anderen modernen Neurowissenschaftlern (*Chalupa, Berardi* et al. 2011; *Hüther, Petzold* 2012) die Neuroplastizität des Gehirns (*Petzold* 2009c; *Lamacz-Koetz* 2009) und zeichnet sich durch den „lifespan developmental approach“ aus (*Sieper* 2007b). So entwickelt sich das Leibsubjekt entsprechend der Persönlichkeitstheorie des Integrativen Ansatzes im Laufe des gesamten Lebens (*Petzold* 2003a, 570f), wobei neben Tendenzen zur Selbstaktualisierung Impulse zur Entwicklung des Menschen aus dem sozio-ökologischen Kontext (*Petzold* 2003a, 2006p) zum Tragen kommen – „interacting Leib – embodied and embedded“ (*Petzold* 2009c, 2012a).

Das bedeutet für den forensischen Bereich, dass ein Täter aufgrund jeweils unterschiedlichster Faktoren zu einem Täter „geworden“ ist.

Die Entwicklung von Gesundheit und Krankheit wird somit immer auch „multifaktoriell und lebenslaufbezogen“ (*Petzold* 1996f, 2002b, 47) betrachtet. So gilt es nach *Petzold* (2003a, 70), beim Blick auf die Entwicklung eines Menschen Risikofaktoren, protektive Faktoren und Resilienzen, gesundes Verhalten, Salutogenese, Ressourcenperspektiven, Ketten positiver, negativer und defizitärer Ereignisse, positive Vergangenheitseinflüsse (Propulsoren), unterstützende Gegenwartskräfte (Generatoren), Ziele und positive Zukunftsaussichten (Attraktionen) (*Petzold, Sieper* 1998; *Petzold, Müller* 2004) und entsprechend auch Negativeinflüsse und Belastungsfaktoren zu berücksichtigen wie z.B. Konflikte oder Aggressionen (*Petzold* 2003b, 2003c).

Folglich geht die Integrative Therapie auch von einer karrierebezogenen Gesundheits- und Krankheitstheorie aus (*Petzold, Hentschel* 1991).

Therapeutische Angebote, z.B. in diesem Fall die Integrative Bewegungs- und Leibtherapie im Rahmen des integrierten Maßregelvollzugs, sind demnach auch Teil eines Bereiches der

Lebenskarriere eines Täters, und somit gilt das therapeutische Milieu mit „karrierebegleitende(n) Interventionen“ (Petzold 2003a, 577) als ein Gesundheit fördernder Raum und protektiver Einfluss (*ibid.*, 578).

Klinische Interventionsstrategien sind *Heilen/Curing*, *Stützen/Supporting*, *Bewältigen/Coping*. Strategien, die Salutogenese und Potentiale fördern, sind *Erweiterung/Enlargement*, *Bereicherung/Enrichment*, *Ermächtigung/Empowerment* (Orth, Petzold 1995; Petzold, Orth 1999). Über Erlebnisaktivierung können schließlich neben den Kompetenzen und Performanzen des *Coping* auch die des *Creating* gefördert werden (Petzold 2003a, 2007a).

4.2 Intersubjektive Ko-respondenz

Die therapeutische Beziehung ist durch *Intersubjektive Ko-respondenz* charakterisiert. Nach dem *Intersubjektivitätsprinzip* - „Alles Sein ist Mit- Sein“ (Petzold 2002b, 35f) - ist der Mensch immer auf den Mitmenschen gerichtet und wird durch den Menschen zum Mitmenschen.

Für die Therapie mit psychisch kranken Straftätern war es für mich zu Beginn in einzelnen Fällen eine große Herausforderung, dass entsprechend dieses Prinzips der *Intersubjektivität* **jeder** Mensch als einzigartig mit Integrität und Würde respektiert wird (Petzold, Orth 2011; Sieper, Orth, Petzold 2010) und demnach auch das „differentielle(s) Mit-Sein“ (*ibid.*) der Täter gleichberechtigt ko-existiert.

Ko-respondenz als synergetischer Prozess entsteht durch menschliche Begegnung, Bezugnahme, Beziehung und Auseinandersetzung. Verbundenheit führt dabei zu Konsens, Verschiedenheit zu Dissens, und wenn Konsens über den Dissens gewonnen wird, wird der Andere in seiner Andersheit (Levinas 1963; Petzold 1996k) anerkannt, respektiert und wertgeschätzt. Diese Grundhaltung ermöglicht schließlich die „Zugehörigkeit zwischen Menschen im wechselseitigen Respekt ihrer Würde“ (Schuch 2000, 156) als Voraussetzung für diesen Prozess der *Intersubjektivität*, der insbesondere für viele Patienten in Psychiatrien eine heilsame korrigierende zwischenmenschliche Erfahrung ist.

Die Grundlage der therapeutischen Beziehung ist das *Ko-respondenzmodell* als ein Kernkonzept des Integrativen Ansatzes. Eine „konsensuelle Wahrheit auf Zeit“ im Sinne von Zielen, Themen, Interventionen und Sinn (Petzold 2003a, 1050; 2012c; Petzold, Müller 2005/2005) wird in diesem Fall zwischen Patient und Therapeutin durch offenes und kontroverses Reden gefunden, hinter der beide dann stehen können.

4.3 Die vier Wege der Heilung und Förderung

Die *vier Wege der Heilung und Förderung* sind Zugänge, die in der Integrativen Therapie gewählt werden, um Menschen Wege aufzuzeigen und sie dabei zu begleiten, „heil“ zu werden (Petzold 2012h, 1988n/1996a) – im Sinne von „pflegen, fördern, hegen *und* heilen“ (idem 2003a, 216).

4.3.1 Erster Weg der Heilung und Förderung: Bewusstseinsarbeit und Sinnfindung

Petzold beschreibt, dass es beim ersten Weg um „Heilung ... und Persönlichkeitsentwicklung ... durch den Gewinn `komplexen Bewusstseins´ und die Konstituierung von Sinn durch `Bewusstseinsarbeit“ (ibid., 218) geht. Der Horizont soll geweitet, *Störungen, Konflikte, Defizite* und ggf. dosiert auch *Traumata* sollen aufgedeckt werden. Zunehmende *Exzentrizität* schafft *partielle Souveränität* gegenüber festgeschriebenen *Narrativen* durch das Einnehmen unterschiedlicher *Foki*. Durch *mehrperspektivische Einsicht*, eine erweiterte Sinnerfassungskapazität und Intersubjektive Ko-responzenz können Vergangenes und Bestehendes um- und neubewertet werden. Erkenntnisgewinn über den Prozess der *hermeneutischen Spirale* (s. 4.6) kann zu Erfahrungen von *vitaler Evidenz* führen. Dabei wirken „körperliches Erleben, emotionale Erfahrung und rationale Einsicht im therapeutischen Geschehen zusammen...“ (ibid., 219). Es wird ermöglicht, sich selbst zu erkennen und zu verstehen.

4.3.2 Zweiter Weg der Heilung und Förderung: Nachsozialisation und Grundvertrauen

Hier geht es nach Petzold (ibid., 236) darum, dass durch *Defizite* und *Traumata* beschädigte oder mangelhaft ausgebildete Persönlichkeitsstrukturen wiederhergestellt werden und beeinträchtigtes Grundvertrauen durch Nachsozialisation restituiert wird. Dazu sollen dysfunktionale *Narrative* verändert und fehlende entwicklungsnotwendige Erfahrungen verankert werden. Dies soll durch den *Support*, „*alternativer, substitutiver und korrekativer Erfahrungen*“ (ibid.) vermittelt werden, damit Grundvertrauen, Zugehörigkeit und Kraft für „Neues“ entstehen können. Dieses Nachnähren, z.B. als „neue Erfahrungen von Respekt, Akzeptanz, leiblicher Achtsamkeit und Fürsorge“ (Braunbarth 2009, 71) kann sowohl durch den Therapeuten als auch durch eine Gruppe erfolgen. Braunbarth (2009) weist dazu auf „eine gute Zwischenleiblichkeit, Körperdialoge und Blickkontakte“ hin. Der therapeutische Stil der *selektiven Offenheit* und des *partiellen Engagements* ist hier angezeigt. Zusätzlich sollen *coping-Strategien* bereitgestellt werden.

4.3.3 Dritter Weg der Heilung und Förderung: Erlebnisaktivierung und Persönlichkeitsentfaltung

Beim dritten Weg sollen Ressourcen und Potentiale wie z.B. Kreativität, Fantasie, Sensibilität etc. erschlossen und entwickelt werden. Erlebnisaktivierung und „multiple Stimulierung“ werden in einer „fördernden Umwelt“

angestrebt. *Wachheit, Wertschätzung, Würde und Wurzeln* gelten als Grundqualitäten für die Möglichkeiten von Beziehungen und Erleben. Das gesamte Spektrum der *Methoden, Techniken und Medien* der Integrativen Therapie kann genutzt werden, um den perzeptiven, den memorativen, den expressiven und den reflexiven Leib (Petzold 1988n/1996a, 251) anzuregen. Defizite können kompensiert, *Anästhesierungen* und *Analgesierungen* des perzeptiven Leibes geweckt, *Ressourcen* aktiviert werden. *Hausaufgaben* bieten sich an, um den „Alltag als Übung“ (Dürckheim 1972; Petzold, Bloem, Moget 2004), als zusätzliches Übungsfeld zum Experimentieren zu nutzen und übende „Umbahnungen“ zur Verhaltensänderung anzuregen (Hüther, Petzold 2012; Lamacz-Koetz 2009).

4.3.4 Vierter Weg der Heilung und Förderung: Solidaritätserfahrung und Metaperspektive, Engagement und Empowerment

Der vierte Weg strebt die Förderung sozialer Kompetenzen wie „Interesse an anderen, Empathie, Wahrnehmung und Äußerung eigener Bedürfnisse, Bereitschaft zu Auseinandersetzung und Aushandeln von Lösungen“ (Braunbarth 2009, 73) an. In der Therapie erlebte Erfahrungen von Solidarität sollen im Alltag als praktizierte Hilfe für sich selbst und auch für andere umgesetzt, genutzt und erweitert werden. Dadurch können Hilflosigkeit überwunden, Kontrolle und Selbstwirksamkeit gewonnen und kraftvolles Empowerment gelebt werden (Petzold 1988n/1996a, 260; Petzold, Orth, Sieper 2006, 707). Gesellschaftliche Systeme unterschiedlichster Art sind dabei von Bedeutung.

4.4 Die 14 „Healing Factors“

Die 14 „Healing Factors“ der Integrativen Therapie (Petzold 1994g/2012n, 2003a, 1036ff) werden an dieser Stelle kurz aufgeführt, damit im Folgenden im Behandlungsverlauf jeweils an den entsprechenden Stellen darauf verwiesen werden kann, welche dieser therapeutischen Wirkfaktoren in der bewegungs- und leibtherapeutischen Arbeit zum Tragen kommen.

- Der 1. Heilfaktor als *empfindendes Verstehen als Empathie (EV)* kennzeichnet die mitfühlende, empathische, taktvolle, wertschätzende und damit oft nachsozialisierend korrigierende Beziehung der Therapeutin zum Patienten (protektiv). Als therapeutischer Stil gilt hier die „*selektive Offenheit*“ und „*partielle Teilhabe*“ (Petzold 1980g) sowie das „*Aushandeln von Grenzen*“ als Prinzip (*idem* 2003a, 834ff).
- 2. Heilfaktor: Der Patient wird *emotional angenommen* (protektiv) und *gestützt* (supportiv) (ES). Er wird akzeptiert, entlastet, getröstet, ermutigt, erhält positive Zuwendung und *positive selbstreferentielle Gefühle und Kognitionen* (Petzold 2003a, 630 ff) werden gefördert.
- 3. Heilfaktor: Der Patient erhält *Hilfen bei der realitätsgerechten, praktischen Lebensbewältigung/Lebenshilfe* (supportiv) (LH), wobei durchaus auch Ressourcen erschlossen werden. Die Unterstützung kann sowohl durch Rat als auch durch tätige Hilfe in schwierigen Lebenssituationen erfolgen.

- 4. Heilfaktor: *Förderung des emotionalen Ausdrucks* und *volitiver Entscheidungskraft* (EA). Dabei sollen zum einen Gefühle gezeigt, zum anderen aber auch über Gefühle und Willensregungen gesprochen werden - durchaus auch unter dem Aspekt der Entlastung.
- 5. Heilfaktor: *Förderung von Einsicht und Sinnerleben* (EE) als Einsicht in Zusammenhänge des Lebens, von Problemen oder auch von Bedingungen für Krankheit. *Förderung von Sinnerleben* bedeutet in der Integrativen Therapie „Förderung der Sinnerfassungs-, Sinnverarbeitungs- (und) Sinnschöpfungskapazität“ (*ibid.*, 1040).
- 6. Heilfaktor: Die *Förderung kommunikativer Kompetenz/Performanz und Beziehungsfähigkeit* (supportiv) zielt darauf ab, Worte für den verbalen Ausdruck zu finden, soziale Wahrnehmung und soziale Kompetenz zu schulen, Rollenflexibilität zu erwerben sowie Empathie zu entwickeln – und zusätzlich auch, sich empathieren zu lassen.
- 7. Heilfaktor: Bei der *Förderung leiblicher Bewusstheit* (LB) (supportiv) geht es darum, leibliche Regungen und Empfindungen bewusst wahrnehmen zu lernen, damit Gefühle sich entfalten und über den Leib ausgedrückt werden können (*ibid.*, 681ff). *Selbstregulation und psychophysische Entspannung* kann dann gelingen, wenn durch Verspannungen und Verkrampfungen bedingte Blockierungen gelöst und dysfunktionale Regulationen unterbrochen werden.
- 8. Heilfaktor: Bei der *Förderung von Lernmöglichkeiten, Lernprozessen und Interessen* (LM) gilt es, persönliche Lernstile und Lerninteressen bezüglich des Lernens in Schule, im Lebensalltag und im therapeutischen Prozess bewusst werden zu lassen und zu unterstützen.
- 9. Heilfaktor: Die *Förderung kreativer Erlebnismöglichkeiten und Gestaltungskräfte* (KG) impliziert die Sensibilisierung für eine breite und differenzierte Wahrnehmung der Welt und Realität „mit allen Sinnen“ (*Brooks* 1979) als Grundlage für den heilenden Prozess kreativen Schaffens mit unterschiedlichen Medien.
- 10. Heilfaktor: Bei der *Erarbeitung positiver Zukunftsperspektiven und Erwartungshorizonte* (PZ) geht es darum, sich mit Plänen, Visionen für die Zukunft und Lebenszielen auseinanderzusetzen. Damit wird dem Faktor Zeit über die Beschäftigung mit der Vergangenheit hinaus durch die Blickrichtung auf die Entwürfe für die Zukunft auch auf den Leib (in der Zeit) - Rechnung getragen.
- 11. Heilfaktor: Die *Förderung eines positiven, persönlichen Wertebezuges* (PW) setzt voraus, dass die Therapeutin sich ihrer eigenen Werte und Bewertungen von „Andersartigem“, von „sozialen Welten“ bewusst ist, um den Patienten/Klienten in dessen identitätsstiftenden Wertebezug zu fördern und unterstützen.
- 12. Heilfaktor: Die *Förderung von prägnantem Selbst- und Identitätserleben, Souveränität* (PI) erfordert, dass Prozesse positiver Selbstbewertungen und Selbstbeschreibungen ermöglicht und konstruktive Identitätsattributionen von außen aufgenommen werden, die zu einer stabilen Identität als Grundlage für persönliche Souveränität führen. Dabei sind geschlechtsspezifische Aspekte zu berücksichtigen sowie „gute Innenwelten“ und ein breites „Rollenrepertoire“ (*Petzold* 2003a, 1043) aufzubauen.
- 13. Heilfaktor: Die *Förderung tragfähiger, sozialer Netzwerke* (TN) ist insofern sehr wichtig, als dass unterstützende und ressourcenreiche Netzwerke für die Entstehung und Aufrechterhaltung von Gesundheit und Wohlbefinden und für das Identitätserleben von enormer Bedeutung sind. Zu berücksichtigen ist auch, dass ein Mensch immer Teil eines sozialen Netzwerkes war, ist oder sein wird, so dass alle Interventionen der Therapie immer auch in diese Netzwerke hineinwirken. Von daher sollte die Therapeutin auch um die Qualitäten des jeweiligen Netzwerkes wissen.

- 14. Heilfaktor: *Ermöglichen von Solidaritätserfahrungen und fundierter Partnerschaft (SE)* geschieht dann, wenn der Patient erlebt, dass jemand für ihn „engagiert eintritt“ und ihm dann solidarisch zur Seite steht, wenn es um Unrecht geht, das ihm geschieht oder geschehen ist. Auch wenn der therapeutische Prozess an sich durchaus eine solidarische Qualität haben kann, so sind Solidaritätserfahrungen insbesondere in therapeutischen Gruppen und in Selbsthilfegruppen möglich.

4.5 Das Tetradische System

In der Integrativen Therapie wird der therapeutische Prozess durch das Tetradische System, in dem vier Phasen unterschieden werden, strukturiert. *Waibel* und *Bumiller* (2009) haben dieses System (*Petzold* 1988n/1996a, 86) vereinfacht auf die IBT bezogen.

Die einzelnen Phasen laufen nicht im Sinne einer strikten Ordnung immer kontinuierlich ab. Zusätzlich kann es auch schnelle, fließende Hin- und Herbewegungen zwischen den Phasen geben. Das Tetradische System ist die Grundlage für die Struktur sowohl des gesamten Prozessverlaufes einer Therapie als auch einzelner Therapiestunden.

4.5.1 Initialphase

In der Initialphase als Einführung in den therapeutischen Prozess erfolgt die jeweilige Zielsetzung durch eine prozessorientierte Bestimmung des Themas. Ziele dieser Phase sind „Beziehungserarbeitung, Aufbau von Gruppenkohäsion, Warming up, Beobachtung wichtiger Leib-, Bewegungs- und Gruppenphänomene“ (*Waibel, Petzold et.al.* 2009, 10) als Grundlage für den weiteren Prozess. Als Modus der Anwendung von Interventionen kommt hier die übungs- und erlebniszentrierte Modalität zum Tragen.

4.5.2 Aktionsphase

Die Aktionsphase steht unter dem Schwerpunkt der Stimulierung, Exploration oder Vertiefung eines Themas. An dieser Stelle sind die Ziele, leibliches Erleben anzuregen, emotionale Resonanz zu erfahren und zu entwickeln, so dass prägnante Erfahrungen - auch im Sinne „vitaler Evidenz“ - möglich werden können. Dies kann sowohl im übungs- und erlebnis- als auch im konfliktzentrierten Vorgehen erfolgen.

4.5.3 Integrationsphase

In der Integrationsphase werden Verhaltensmuster und Kommunikationsstrukturen mit dem Ziel durchgearbeitet, reflektiert und integriert, die Fähigkeit zur Reflexion zu verbessern und Beziehungsmuster zu erkennen. Hier

kann der Fokus sowohl in die Vergangenheit als auch in die Gegenwart oder Zukunft gerichtet sein. Auch hier kann die übungs-, die erlebnis- und die konfliktzentrierte Modalität Grundlage für die Interventionen sein.

4.5.4 Neuorientierungsphase

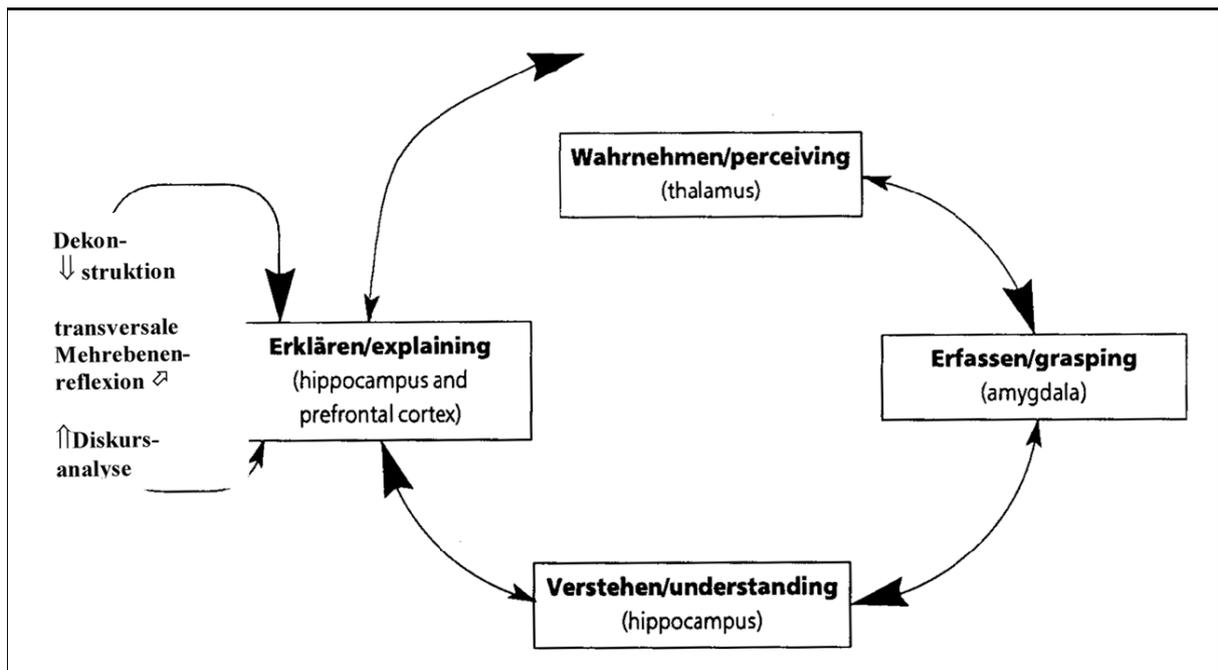
Die Phase der Neuorientierung ermöglicht es, Veränderungen zu erarbeiten und neue Handlungsentwürfe zu entwickeln sowie neues Verhalten - durchaus auch experimentell - mit dem Ziel zu erproben und einzuüben, das bisherige Verhalten zu verändern. Dafür eignet sich vor allem die übungszentrierte Modalität.

4.6 Die hermeneutische Spirale

In der Integrativen Therapie an sich ist die *hermeneutische Spirale* der Weg für Erkenntnisgewinn. Über den Prozess von *Wahrnehmen, Erfassen, Verstehen* und *Erklären* kann ein Patient von den Phänomenen seines Verhaltens zu den Strukturen seines Verhaltens finden. Ausgehend von der Wahrnehmung, auch über Bewegungsphänomene, kann er seine Befindlichkeit z.B. als Empfindungen oder Gestimmtheiten erfassen. Im kognitiven Verstehen geht es darum, den Sinn des Erlebten durch Worte begrifflich zu fassen, damit die subjektive Bedeutung intersubjektiv kommuniziert werden kann (Petzold 2003a). Ein individueller Sinn kann sich schließlich aus dem individuellen Erfahrungshintergrund und vernetzenden Zusammenhängen ergeben. Petzold spricht hier von „*narrativer*“ Erklärung (*ibid.*, 175), ohne dass diese einen Anspruch auf immerwährende Gültigkeit ergibt.

Ziel ist es, das aktive und passive Wahrnehmen zu schärfen, damit die emotionalen Qualitäten einer Situation in ihrer Komplexität und Bedeutung immer differenzierter erfasst werden können. Dies gilt als Grundlage dafür, den Sinn eines Phänomens oder Verhaltens immer besser zu verstehen und es dann schließlich im Zusammenhang erklären zu können. Damit wird eine vorläufige Erkenntnis vom Selbst oder von geteilter Lebenswelt möglich (*ibid.*).

Wesentlich ist, dass sich der Prozess der hermeneutischen Spirale sowohl vor und zurück als auch zurück und vor bewegen kann, es gibt also im Prozess Rückkoppelung auf vorgängige Erkenntnisschritte. Außerdem gibt es eine Metaebene, Metaprozesse. Sie entstehen durch den Therapeuten als exzentrische Feedback-Instanz und ggf. sogar durch einen Supervisor bzw. eine Supervisorin, deren Input den Prozess bereichern kann, indem eine „*transversale Mehrebenenreflexion*“ entsteht (Petzold 2007a; Petzold, Orth 1999, 112).



Die Hermeneutische Spirale (aus *Petzold 2007a*)

5. Kurzdarstellung der Institution (anonymisiert)

Herr F. wurde auf einer Spezialstation behandelt, auf der psychisch kranke Straftäter nach §63 des Maßregelvollzugsgesetzes im integrierten Maßregelvollzug einer Allgemeinpsychiatrie untergebracht sind. Zum Zeitpunkt seines dortigen Aufenthaltes wurden dort sowohl Patienten mit Persönlichkeitsstörungen, Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis sowie zu einem kleinen Teil zusätzlich mit leichten Minderbegabungen und ggf. komorbiden Krankheitsbildern behandelt. Voraussetzung für die Behandlung auf einer solchen geschlossenen Station in der Allgemeinpsychiatrie ist es, dass die Patienten mit ihrem Verhalten auf der Station nicht gefährlich sind und die gelockerten Sicherheitsbedingungen respektieren können. Auf dieser Station gibt es 19 Betten.

Eine Ärztin, zwei Psychologen, ein Diplompädagoge, ein Sozialarbeiter, Pflegekräfte, ein Ergo- und Kunsttherapeut, eine Bewegungstherapeutin und ein Lehrer arbeiten mit unterschiedlichen Zeitanteilen zusammen.

Neben den speziellen Therapieangeboten auf der Station wird auch die Infrastruktur der Klinik genutzt: die jeweiligen zentralen Räumlichkeiten von Ergo-, Kunst- und Bewegungstherapie sowie die zentralen Angebote der Arbeitstherapie, in denen die Maßregelvollzugspatienten in gemischten Gruppen mit allgemeinpsychiatrischen Patienten und z.T. auch mit Bewohnern von Wohngruppen integriert sind.

Ein großer Park und eine Cafeteria, ein Sommerfest und eine Veranstaltung zu Karneval bieten Möglichkeiten für erste begrenzte Ausgänge der Patienten im Klinikgelände.

6. Behandlungsauftrag

Den Behandlungsauftrag für die IBT habe ich vom Psychologen als leitenden Therapeuten des Herrn F. erhalten. Herr F. soll innerhalb der therapeutischen Beziehung zu mir als Bewegungstherapeutin die Möglichkeit erhalten, eine korrigierende Erfahrung für seine Beziehungsgestaltung mit Frauen machen zu können, da er aufgrund einer sehr gestörten Beziehung zu seiner Mutter Probleme im Umgang mit Frauen hat. Von daher liegt der Fokus im Behandlungsverlauf auf dem Genderaspekt. Der Psychologe berichtet, dass Herr F. zwei Frauenbilder hat: zum einem die beschützende mütterliche Frau und zum anderen die schöne, attraktive Frau zum Repräsentieren. Dabei wird die *Genderspezifität* (Orth 2011; Petzold, Orth 2011; Schigl 2012) im Zusammenhang des multiprofessionellen Teams bewusst genutzt.

Der Psychologe hatte, nachdem er selbst im therapeutischen Prozess mit Herrn F. bereits weit fortgeschritten war, ihm vorgeschlagen, zum Thema „Frau“ mit mir zu arbeiten. Herr F. lehnte das jedoch sehr vehement mit der Begründung ab: „Die Frau Kreidner ist eine Hexe, die hat stechende Augen!“

Erst viele Monate später (ich glaube, es war länger als ein Jahr) war Herr F. dazu bereit, zu mir zu kommen und konnte klar benennen, dass er eine Therapie im dyadischen Setting („Einzeltherapie“) bei mir mit dem Ziel wünsche, mehr Sicherheit zu gewinnen – im Umgang mit Frauen, im Alltag und in der gemeinsamen Realität.

7. Diagnose nach ICD-10²

Die Diagnose nach ICD-10: F 20.0 Paranoid-halluzinatorische Psychose, F 19.25 Polytoxikomanie habe ich aus den Akten entnommen. Herr F wurde zunächst entsprechend dem Psych-KG und dann nach § 126 a) St.PO in der Psychiatrie untergebracht.

² Die Daten dieses Journals wurden insgesamt anonymisiert.

Schließlich wurde er wegen einer Psychose, Polytoxikomanie mit instabiler Stimmung und Impulsivität nach § 63 des Maßregelvollzugsgesetzes verurteilt und im integrierten Maßregelvollzug der Allgemeinpsychiatrie untergebracht.

8. Biographische Anamnese

Auch die Daten zur Biographie sind aus den Akten entnommen. Herr F. wurde 1971 in W., einer kleineren Großstadt, geboren. Er ist 176 cm groß, zeigt einen bauchbetonten Fettansatz und war 2006 104 kg schwer.

- Angaben zur Familie:

Herr F. hat einen um 8 Jahre jüngeren Bruder und durch die Mutter und ihren neuen Partner eine Halbschwester, die 17 Jahre jünger ist. Während der ersten Lebensmonate wurde er durch die Großmutter betreut, da die Mutter nach seiner Geburt wegen Krankheit über einen langen Zeitraum in der Klinik war. Der Großvater war im Tiefbau tätig. Dieser habe ihm gut getan, habe ihn akzeptiert. Der Vater ist im kaufmännischen Bereich, die Mutter im Gesundheitsbereich beschäftigt. Die Schwester der Mutter war wegen „Stimmen“ in psychiatrischer Behandlung, die Großmutter mütterlicherseits hatte Alzheimer.

- Angaben zur Entwicklung:

Herr F. besuchte den Kindergarten. Nachdem er in der ersten 1. Klasse der Grundschule Schwierigkeiten hatte, habe die Mutter ihn wieder von der Schule genommen. Erste Verhaltensauffälligkeiten im Sinne von Schlägereien in Schule und starke Unruhe zeigten sich bereits im Schulalter. Es erfolgte eine Behandlung durch einen Schulpsychologen wegen verstärkter Aggressivität und Konzentrationsstörungen. Als Kind lag der IQ bei 116, in der Klinik dann bei 114.

Das Verhältnis zur Mutter war nicht gut. Er wurde häufig von ihr geschlagen, sie hatte ihn im Alter von sechs Jahren in die Peniswurzel gekniffen, was zu einer besonders nachhaltigen, negativen Erinnerung mit Folgewirkung in Bezug auf sein Verhältnis zu ihr bis heute führte. Die Eltern haben sich 1981 getrennt, die Scheidung erfolgte 1985. Die Kinder blieben beim Vater, der das Sorgerecht erhielt.

In der Realschule zeigt Herr F. mäßige Leistungen. Er war faul und hatte mehrfach ein Schuljahr wiederholt, schließlich beim Vater stark rebelliert, sodass er mit 17,5 Jahren

zwischenzeitlich bei der Mutter in deren neuer Familie lebte. 1989 oder 1990 wurde er mit einem Abgangszeugnis aus der 10. Klasse der Realschule entlassen.

1992 begann er eine Lehre zum Mechaniker. Im letzten Lehrjahr lebte er in einem Wohnheim. Den Gesellenbrief erhielt er 1994.

Er hat einen Sohn und seit 2003 keinen Kontakt mehr zur Kindesmutter und dem Kind.

- Angaben zum Drogenkonsum:

1992 starb der Großvater. Am Wochenende nach der Beerdigung habe er mit dem Drogenkonsum begonnen und seit 1993 regelmäßig Cannabis und Marihuana konsumiert. Nach der bestandenen Gesellenprüfung zog er mit der damaligen Freundin in ein Ballungszentrum und stieg dort dann innerhalb von sechs Wochen auf härtere Drogen (Heroin auch gespritzt – ca. 50-mal) um. Die Drogen finanzierte er über Diebstahl und Dealerei. Er erhielt auch Geld vom Arbeitsamt. 1994 ging er zur Bundeswehr. Hier nahm er sieben Monate lang keine Drogen, wurde dann rückfällig, wurde in der Küche eingesetzt, danach krankgeschrieben.

- Angaben zur psychischen Erkrankung:

Ende 1993/94 lagen keine Psychosesymptome vor.

Seit Aug./Sept 2000 besuchte Herr F. ein Schulkolleg mit der Vorstellung, dort das Abitur nachzuholen. Der Zeitpunkt der Entwicklung der psychischen Erkrankung ist nicht geklärt. Der konkrete Zeitpunkt der ersten Manifestation paranoider Wahnvorstellungen, akustischer Halluzinationen und anderer Wahrnehmungsstörungen war nicht festzustellen, lag auf jeden Fall längere Zeit vor der Straftat. Die spätere Ausprägung war eine paranoid-halluzinatorische Psychose. Herr F. zeigte seit mehreren Jahren die Symptome eines Verfolgungs-, Beziehungs- und Abstammungswahns mit imperativen Stimmen. Daraufhin erfolgte ein langjähriger Suchtmittelmissbrauch von Cannabis, Halluzinogenen, Opiaten, Heroin, Kokain und Alkohol.

9. Prozessdiagnostische Erhebung

Hier richten wir uns in der IT aus an:

Petzold, H.G., Osten, P. (1998): Diagnostik und mehrperspektivische Prozeßanalyse in der Integrativen Therapie. In: *Laireiter, A.* (1998) (Hg.): Diagnostik in der Psychotherapie. Wien: Springer, und erweitert in: *Petzold, H.G.* (1998h) (Hg.): Identität und Genderfragen in Psychotherapie. Soziotherapie und Gesundheitsförderung. Bd. 1 und 2, Sonderausgabe von *Gestalt und Integration*. Düsseldorf: FPI-Publikationen. (1998h) 118-141. ersch. in <http://www.fpi-publikation.de/artikel/textarchiv-h-g-petzold-et-al-/index.php>
Petzold, H.G., Orth, I. (1994a): Kreative Persönlichkeitsdiagnostik durch "mediengestützte Techniken" in der Integrativen Therapie und Beratung. *Integrative Therapie* 4 (1994) 340-391. <http://www.fpi->

publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/03-2012-petzold-h-orth-i-1994a-kreative-persoendlichkeitsdiagnostik-durch-mediengestuetzte.html

Osten, P. (2000): Die Anamnese in der Psychotherapie: Klinische Entwicklungspsychologie in der Praxis
Stuttgart: UTB Uni-Taschenbücher.

Ergänzend zur psychiatrischen und psychoanalytischen Diagnostik entwickelte die Integrative Therapie (IT) die Prozessuale Diagnostik als den Blick auf „die Gesamtheit aller Maßnahmen, die für das Erfassen und Verstehen eines Menschen im Kontinuum seiner Lebensspanne ... und seinem Kontext, ... unter Einbeziehung der eigenen Sichtweise dieses Menschen“ (Petzold 2003a, 989) erforderlich sind. Dies gilt der IT als die Grundlage für eine klinische Diagnose, eine Therapiekonzeption und die intersubjektive Ko-respondenz mit dem Patienten bezüglich einer „gemeinsamen diagnostischen Einschätzung seiner Situation“ (*ibid.*), aufgrund der dann, wenn es möglich ist, Konsens über Ziele, Inhalte und Rahmenbedingungen der Therapie gefunden werden kann.

Wahrnehmen, Erfassen und Verstehen bezieht sich dabei sowohl auf den Patienten, auf mich selbst als Therapeutin als auch auf die Interaktion zwischen mir als Therapeutin und dem Patienten. Erst dann kann das Wirkgefüge der Therapie in seiner komplexen Dynamik erklärt werden (*ibid.*).

9.1 Beziehungsanbahnung

Beziehungstheoretisch orientieren wir uns in der IT an:

Petzold, H.G., Müller, M. (2005/2007): **Modalitäten der Relationalität** – Affiliation, Reaktanz, Übertragung, Beziehung, Bindung – in einer „klinischen Sozialpsychologie“ für die Integrative Supervision und Therapie. Hückeswagen: Europäische Akademie und in: Petzold, H.G., Integrative Supervision, 2. Aufl. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften. 2007a, 367-431. <http://www.fpi-publikation.de/artikel/textarchiv-h-g-petzold-et-al-/petzold-h-g-mueller-m-2005-2007-modalitaeten-der-relationalitaet.html>

Petzold, H.G. (2012c): Psychotherapie – Arbeitsbündnis oder „Sprache der Zärtlichkeit“ und gelebte Konvivialität? Intersubjektive Nahraumbeziehungen als Prozesse affilialer „Angrenzung“ statt abgrenzender „Arbeitsbeziehungen“, *Integrative Therapie* 1, <http://www.fpi-publikation.de/artikel/textarchiv-h-g-petzold-et-al-/petzold-h-g-2012c-psychotherapie-arbeitsbuendnis-oder-sprache-der-zaertlichkeit-und-3.html>

Nachdem Herr F. den Vorschlag des Psychologen, bei mir in der IBT zum Fokus „Frau“ zu beginnen, zunächst vehement und kategorisch abgelehnt hatte, war es mein erstes Ziel, mit Herrn F. Kontakt aufzunehmen.

So gab es in der folgenden Zeit viele kurze Blickkontakte, ein vorsichtiges „Beäugen“ und von meiner Seite aus immer wieder eine bewusst wohlwollende nonverbale Zuwendung im Sinne einer auf ihn gerichteten leiblichen Präsenz immer dann, wenn wir uns begegneten - im Stationsflur und auf dem Gelände.

Eine passende Gelegenheit, um einen ersten aktiven Kontakt zu Herrn F. aufzunehmen, ergab sich, als ich im Klinikpark einen Igel auf dem Weg fand, der dort regungslos lag. Kurz danach begegnete ich Herrn F., der mit einer Krankenschwester im Gelände unterwegs war. Ich machte die beiden auf das Tier aufmerksam und erfuhr dann später auf der Station, dass Herr F. den Igel mittlerweile in einem Karton in seinem Zimmer hatte, um ihn dann zu einer Tierstation zu bringen. Dies war ein schöner und sachbezogener Anlass, um Herrn F. auf den Igel anzusprechen, und gern zeigte er mir das Tier in seinem Zimmer.

9.2 Lebenswelt- und Lebenslageanalyse

In der IT wird dieses Thema behandelt in:

Petzold, H.G. (2006p): Ökosophie, Ökophilie, Ökopsychosomatik Materialien zu ökologischem Stress- und Heilungspotential Bei [www. FPI-Publikationen.de/materialien.htm](http://www.fpi-publikationen.de/materialien.htm) - POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit - 16/2006 und Integrative Therapie 1 (2006) 62-99. <http://www.fpi-publikation.de/downloads/download-polyloge/download-nr-16-2006-petzold-hilarion-g.html>

Für Herrn F. als Maßregelvollzugspatient, der zum Zeitpunkt des Beginns der IBT bereits über mehrere Jahre auf der geschlossenen Station in der Psychiatrie als totaler Institution untergebracht ist, ist **die „Station“** seine aktuelle Lebenswelt und Lebenslage. Hier teilt er ein Zimmer mit einem anderen Patienten, hier gibt es sanitäre und Gemeinschaftsräume, hier finden das soziale Leben und die Therapien statt, hier wird er verköstigt, bekommt gesetzlich festgesetztes Taschen- und Bekleidungsgeld, hier gelten die Stationsregeln. Seine vorherigen Lebenswelten werden im Therapieverlauf aufgegriffen und ggf. beschrieben.

9.3 Netzwerk-/Konvoianalyse

Hier richten wir uns in der IT aus an:

Hass, W., Petzold, H.G. (1999): Die Bedeutung der Forschung über soziale Netzwerke, Netzwerktherapie und soziale Unterstützung für die Psychotherapie - diagnostische und therapeutische Perspektiven. In: Petzold, H.G., Märtens, M. (1999a) (Hg.): Wege zu effektiven Psychotherapien. Psychotherapieforschung und Praxis.: Modelle, Konzepte, Settings. Opladen: Leske + Budrich, S. 193-272. Bei: <http://www.fpi-publikation.de/artikel/textarchiv-h-g-petzold-et-al/hass-w-petzold-h-g-1999-neueinst-2011-die-bedeutung-der-forschung-ueber-soziale-netzwerke.html>

Brühlmann-Jecklin, E, Petzold, H.G. (2004): Die Konzepte ‚social network‘ und ‚social world‘ und ihre Bedeutung für Theorie und Praxis der Supervision im Integrativen Modell. Bei [www. FPI-Publikationen.de/materialien.htm](http://www.fpi-publikationen.de/materialien.htm) - SUPERVISION: Theorie – Praxis – Forschung. Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift - 5/2005 und in Gestalt 51(Schweiz) 37-49 und SUPERVISION: Theorie – Praxis – Forschung. Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift - 5/2004; <http://www.fpi-publikation.de/downloads/download-supervision/download-05-2005-bruehlmann-jecklin-e-petzold-h-g.html>.

Auch hier ist es für mich passend, Herrn F.'s Netzwerk und Konvoi zum Zeitpunkt der IBT zu benennen.

So hat er mittlerweile eine gute Beziehung zum Vater, der ihn regelmäßig besucht, und zu dem er auch ab und zu fährt – zunächst in Begleitung der Pflege, dann später, nachdem die entsprechenden Lockerungen dafür gegeben sind, auch allein. Auch mit dem Bruder ist er im guten Kontakt. Seine Großmutter wollte Herr F. auch gern noch einmal besuchen, durchaus in dem Bewusstsein, dass sie mittlerweile recht alt ist. Der Vater versorgt mittlerweile die Großmutter.

Ab und zu tauchte einmal ein Bekannter oder eine Bekannte aus der früheren Szene als Patient in der Klinik auf, die Herr F. dann zufällig im Gelände oder in der Cafeteria trifft, von denen er sich jedoch in der Regel distanziert. Herr F. hat dann auch in der Zeit, als er bereits Tagesurlaub hatte, einige Male einen alten Freund in dessen Wohnung besucht, dies jedoch wieder beendet, als dieser zunehmend instabiler wurde.

Als *Konvoi* würde ich in Anbetracht der speziellen Situation, über mehrere Jahre hinweg auf einer geschlossenen Station als nachsozialisierender Instanz untergebracht zu sein, durchaus das multiprofessionelle Personal dieser Station – dabei insbesondere einige Pfleger, den Psychologen und einige Patienten bezeichnen. Sind diese Menschen doch diejenigen, mit denen Herr F. den Alltag lebt, und die ihn bei den ersten Schritten wieder hinaus in die Gesellschaft (Einkäufe, Begleitung zu Arztbesuchen, erste Besuche beim Vater, Ferienfreizeit, Konzerte, Kinobesuche) begleiteten. Speziell zu zwei Patienten entwickelte Herr F. im Laufe der Zeit intensivere Beziehungen.

Auf der Station versteht er sich mit dem Patienten, mit dem er über einen langen Zeitraum hinweg das Zimmer teilt, recht gut. Zusätzlich entwickelt sich im weiteren Verlauf eine durchaus freundschaftliche Beziehung zu einem anderen Patienten, den Herr F. auch dann besucht, nachdem dieser in die Langzeitbeurlaubung in ein Wohnheim verlegt wurde. Eben aus diesem Grund wurde dann auch überlegt, dass Herr F. perspektivisch ebenfalls in dieses Wohnheim verlegt wird.

9.4 Leibfunktionsanalyse

Hier richten wir uns in der IT aus an:

Petzold, H.G. (2004h): Der „informierte Leib im Polylog“ - ein integratives Leibkonzept für die nonverbale/verbale Kommunikation in der Psychotherapie. In: Hermer, M., Klinzing, H.G. (Hg.) (2004): Nonverbale Kommunikation in der Psychotherapie. Tübingen: dgvtv. 107-156.

Petzold, H.G. (2009c): Körper-Seele-Geist-Welt-Verhältnisse in der Integrativen Therapie. Der „Informierte Leib“, das „psychophysische Problem“ und die Praxis. Psychologische Medizin 1 (Graz) 20-33. <http://www.fpi-publikation.de/artikel/textarchiv-h-g-petzold-et-al-/petzold-h-g-2009c-koerper-seele-geist-welt-verhaeltnisse-der-informierte-leib-das-psychoph.html>

*Orth, I., Petzold, H.G. (1998a). Heilende Bewegung - die Perspektive der Integrativen Leib- und Bewegungstherapie. In: Illi, U. Breithecker, D., Mundigler, S. (1998) (Hg.): Bewegte Schule. Gesunde Schule. Zürich: Internationales Forum für Bewegung (IFB). S. 183-199; repr. in *Polyloge* 4, 2009. <http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/04-2009-orth-i-petzold-h-g-heilende-bewegung.html>*

*Petzold, H.G. (1989h): "Leben ist Bewegung" - Überlegungen zum "komplexen Bewegungsbegriff" und zum Konzept der "Kommotilität" in der Integrativen Bewegungstherapie, Vortrag auf der Studientagung "Klinische Bewegungstherapie", 6. Juni 1989, Freie Universität Amsterdam, 1989h; repr. als: "Leben ist Bewegung" - Überlegungen zu einem integrativen Bewegungsbegriff und zur Kommotilität, in: **Bd. II, 3 (1993a) S. 1337-1348** und **(2003a) S. 977-1050**. ZIBT 1991 <http://www.dgib.net/?x=zeitschrift&y=online-archiv#a1994>*

Hinsichtlich der Leib- und Bewegungsdiagnostik ist es mir wichtig darauf hinzuweisen, dass im Sinne des komplexen Bewegungsbegriffes der IT (*Petzold* 1989h, 1993a/2003a, 977ff; *Höhmann–Kost* 2002) die motorische Bewegung für die bewegungs- und leibtherapeutische Arbeit mit Herrn F. eine eher geringe Rolle spielt. Vielmehr geht es in diesem Fall in der IBT mehr um die emotionale und die soziale Bewegung und den „lifespan“ - Aspekt. Wohl geht es jedoch auch um die Hinführung zu einer Wahrnehmung seines Leibes, den er über viele Jahre hinweg betäubt hat.

Der Leib ist auch vor dem Hintergrund der **medikamentösen Therapie** als fünfter Weg der Heilung (*Petzold* 2009c), der vom Arzt begleitet wird, zu betrachten – mit den entsprechenden Auswirkungen der Sedierung, verbunden mit einer Herabsetzung der Vitalität, des Abflachens von Gefühlen und Erlebnisfähigkeit, Einschränkungen der Konzentrationsfähigkeit, massiven Appetits und Gewichtszunahme.

Die mimische und gestische Ausdrucksfähigkeit ist ebenfalls leicht reduziert und jeweils abhängig vom Ausmaß der Medikation. Die Atmung erfolgt im oberen Atemraum. Herr F. ist wenig belastbar, schnell kurzatmig. Seine Haltung ist geprägt durch durchgedrückte Knie und eine extreme LWS-Lordose, zusätzlich streckt er den Brustbereich leicht vor. Die Hände sind im Vergleich zu der sonstigen kräftigen, z.T. massigen Gestalt klein mit fast schlanken Fingern.

Die Bewegungen erfolgen langsam, schwerfällig und rumpfnah, „schleichend“ und leise. Bei starkem „Hohlkreuz“ vollzieht er beim Gehen kaum eine Bewegung im Becken, ebenso bleibt der Rumpf starr.

Über einen längeren Zeitraum hinweg vollzog Herr F. synchron mit einem anderen Patienten schaukelnde, wiegende Bewegungen im Stand. Wenn er über den Stationsflur geht, streicht er oft mit einer Hand an der Wand entlang.

Spezielle Äußerungen von Herrn F. zum Thema „Leib“ werden im Verlauf aufgeführt.

Wesentliches zum Aussehen: Herr F. kleidete sich über einen langen Zeitraum hinweg meistens schwarz, seine T-Shirts haben häufig „gruselige“ Aufdrucke. Springerstiefel, Ketten und Armbänder mit für ihn symbolträchtigen Anhängern, und ein langer schwarzer Mantel vervollständigen sein auffallendes „Outfit“. Er trägt sein kräftiges, volles, leicht gewelltes Haar hüftlang, manchmal offen, mal zu einem Mozartopf gebunden. Bis auf das Gesicht, die Hand- und die Fußflächen sind alle für mich sichtbaren Körperregionen bunt und dicht tätowiert. Herr F. betont, dass er seit seinem 16. Lebensjahr schwarze Kleidung trägt und sich mit 18 Jahren von seinem ersten Lohn eine schwarze Lederjacke gekauft hat.

10. Behandlungsplan bzw. therapeutisches Rahmencurriculum Behandlungsplan – Ziele

Für die ein therapeutisches Rahmen-Curriculum und die Zielplanung in der IT richten wir uns aus an:
Petzold, H.G. (1996a): Integrative Bewegungs- und Leibtherapie. Ein ganzheitlicher Weg leibbezogener Psychotherapie. Ausgewählte Werke Bd. I, 1 und Bd I, 2, 3. revidierte und überarbeitete Auflage von 1988n. Paderborn: Junfermann. S. 208ff
Petzold, H.G., Sieper, J. (2008c): Integrative Willenstherapie. Perspektiven zur Praxis des diagnostischen und therapeutischen Umgangs mit Wille und Wollen. In Petzold, Sieper (2008a)473-592; auch in Petzold; Textarchiv 2008. <http://www.fpi-publikation.de/artikel/textarchiv-h-g-petzold-et-al-/index.php>
*Petzold, H.G., Leuenberger, R., Steffan, A. (1998): Ziele in der Integrativen Therapie In: Ambühl, H., Strauß, B. (Hg.), Therapieziele. Göttingen: Hogrefe. Und erweitert in: Petzold (1998h) (Hg.): Identität und Genderfragen in Psychotherapie. Soziotherapie und Gesundheitsförderung. Bd. 1 und 2, Sonderausgabe von *Gestalt und Integration*. Düsseldorf: FPI-Publikationen, S.142-188; <http://www.fpi-publikation.de/artikel/textarchiv-h-g-petzold-et-al-/h-g-petzold-r-leuenberger-a-steffan-1998-ziele-in-der-integrativen-therapie.html>*

Nachdem im Rahmen der Therapie mit dem Psychologen zunächst eine ausreichende psychische Stabilität erarbeitet, danach dann eine „Compliance“ oder besser „Adherence“ für die Behandlung möglich wurde³, so dass die *Einwilligung* zur Psychotherapie und zur medikamentösen Therapie gegeben war – der eigene Wille ist in der Behandlung immer wieder von Bedeutung (*Petzold, Sieper 2008c*), wurde schließlich im deutlich fortgeschrittenen Stadium der Psychotherapie in Absprache zwischen dem Psychologen und Herrn F. die Indikation zur IBT vom Psychologen gestellt. Das leitende Therapieziel für die IBT wurde mit diesem Behandlungsauftrag gegeben (*Metaziel: Intersubjektivität und Ko-responzenzfähigkeit: Förderung der Beziehungsfähigkeit zu einer weiblichen Therapeutin*). Das langfristige Ziel ist die Entlassung - zunächst in die Langzeitbehandlung, dann aus dem MRV und dann aus der Bewährung sowie ein drogenfreies Leben - auf der Grundlage von

³ „Compliance“ heißt eigentlich Unterwerfung, heute spricht man von „Adherence“, einer wechselseitigen Selbstverpflichtung (vgl. *Petzold, Sieper 2008; Leitner 2009*).

Stabilität und Gesundheit in dem Maße, dass keine weiteren rechtswidrigen Taten zu erwarten sind.

Herrn F. benennt in der ersten Stunde seinen Wunsch nach mehr Sicherheit im Umgang mit Frauen, im Alltag und in der gemeinsamen Realität als Ziel (*Grobziele: persönlichkeitsbestimmte und strukturelevante Ziele: 1. Förderung der Identität im Bereich „Leiblichkeit“ [mehr Sicherheit in der „nichtpsychotischen“ Welt]; 2. Fähigkeit zu angemessener Relationalität [mehr Sicherheit in der Regulierung von Nähe und Distanz]*). Ich entscheide mich dafür, Herrn F. seinen Weg gehen zu lassen und ihn dabei mit den mir zur Verfügung stehenden Methoden, Techniken und Medien der Integrativen Therapie auf dem Boden intersubjektiver Ko-respondenz zu begleiten und ihm im Sinne der „Integrativen Grundregel“ (Petzold 2000a) auf „Augenhöhe“ zu begegnen, indem ich in Rückkopplung mit dem Patienten auf das antworte, was er jeweils in der Situation zeigt. Ich versuche, ihn auf dem Boden der *hermenetischen Spirale* zu verstehen. Im Rahmen der therapeutischen Beziehung mache ich ein Beziehungsangebot im Sinne von ICH als Frau zum DU als Mann. Vor dem Hintergrund der psychotischen Erkrankung steht eine Stabilisierung im Vordergrund, so dass grundsätzlich ein stützender therapeutischer Stil angezeigt ist, in dem immer wieder auch „psychoedukativ“ Erklärungen gegeben werden. Das ist ein genuin integrativtherapeutischer Ansatz, „Theorie als Intervention“ (Petzold, Orth 1994) zu verwenden, der sich auch in der Verhaltenstherapie verbreitet hat⁴.

Es findet ein Termin pro Woche über 55 Minuten zunächst im Therapieraum auf der Station, später dann, entsprechend zugewonnener Lockerungen, in einem der Bewegungstherapieräume in einem anderen Haus auf dem Gelände statt. Nach einiger Zeit werden dann ergänzend „Walken“ und „Soziales Lernen“ angeboten und von Herrn F. zeitlich begrenzt angenommen.

Nach seiner Verlegung ins Wohnheim erfolgte eine kurze nachklinische ambulante Phase der IBT.

10. Behandlungsverlauf

⁴ In der IT kommt er aus ihrer „agogischen“ Tradition (Petzold, Sieper 1970; Sieper, Petzold 1993c). In der Verhaltenstherapie wird er seit den 1990er Jahren zunehmend verwendet: Kiesenberg, Hornung 1996; Behrendt, Schaub 1996.

Für die Verlaufs- und Strukturmodelle von Behandlungsprozessen in der IT richten wir uns aus an:
Petzold, H.G. (2012h): Integrative Therapie – Transversalität zwischen Innovation und Vertiefung. Die „Vier WEGE der Heilung und Förderung“ und die „14 Wirkfaktoren“ als Prinzipien gesundheitsbewusster und entwicklungsfördernder Lebensführung. Bei www.fpi-publikationen.de/materialien.htm - POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit – 15/2012. <http://www.fpi-publikation.de/downloads/download-polyloge/download-nr-15-2012-hilarion-g-petzold.html>

Für Prozesse der Biographiearbeit siehe:

*Petzold, H.G. „et al.“ (2001b): „Lebensgeschichten verstehen, Selbstverstehen, Andere verstehen lernen“ – Polyloge collagierender Hermeneutik und narrative „Biographiearbeit“ bei Traumabelastungen und Behinderungen. Düsseldorf/Hückeswagen. Düsseldorf/Hückeswagen. Bei www.fpi-publikationen.de/materialien.htm - POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für Psychosoziale Gesundheit - 04/2001 auch in: *Integrative Therapie* 4/2002, 332-416, <http://www.fpi-publikation.de/downloads/download-polyloge/download-nr-04-2001-hilarion-g-petzold-et-al-2001b.html> und in *Petzold, H.G. (2003g): Lebensgeschichten erzählen. Biographiearbeit, narrative Therapie, Identität. Paderborn: Junfermann, S. 332-416.**

*Petzold, H.G. (1999q): Das Selbst als Künstler und Kunstwerk - Rezeptive Kunsttherapie und die heilende Kraft „ästhetischer Erfahrung“. Düsseldorf/Hückeswagen: FPI/EAG. Und in: *Kunst & Therapie* 1-2/1999, 105-145, *Integrative Therapie* 3/2004, 267-299; auch in: Düsseldorf/Hückeswagen. Bei www.fpi-publikationen.de/materialien.htm - POLYLOGE: Materialien aus der Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit - 07/2001. <http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/update-2006-1999q-07-2001-petzold-h-g-das-selbst-als-kuenstler-und-als-kunstwerk.html>*

*Swanton, H. (2010): Die Bedeutung von Biographie in der Integrativen Supervision. Bei www.fpi-publikationen.de/materialien.htm In: *SUPERVISION: Theorie – Praxis – Forschung. Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift* - 10/2010. <http://www.fpi-publikation.de/supervision/alle-ausgaben/10-2010-swanton-helga-die-bedeutung-von-biographie-in-der-integrativen-supervision.html>*

Die Integrative Bewegungs- und Leibtherapie mit Herrn F. vollzog sich über insgesamt 90 Stunden. 80 Stunden fanden während des Aufenthaltes in der Allgemeinpsychiatrie statt, 10 Stunden als ambulante Therapie, nachdem er ins Wohnheim verlegt wurde, zwei Mal bat er von dort aus um einen Termin als Krisenintervention. Die Ergebnisse der prozessualen Diagnostik, der Prozess des Patienten sowie meine Strategien und Prozesse als Therapeutin sind in den nun folgenden chronologischen Behandlungsverlauf eingearbeitet. Innerhalb der einzelnen Phasen des Prozesses werde ich einige Stunden exemplarisch ausführlicher beschreiben.

Ich gliedere diesen Prozess in Abschnitte von jeweils einem halben Jahr, da halbjährlich eine Behandlungskonferenz für die Patienten des Maßregelvollzugs stattfindet. Die prozessimmanente Gliederung werde ich innerhalb der einzelnen Abschnitte vornehmen.

11.1 Erstes halbes Jahr: 1. – 15.Stunde Anbahnung und Aufbau einer therapeutischen Beziehung

Da Herr F. im Verlauf der bisherigen Behandlung im Maßregelvollzug überwiegend männliche Bezugspersonen hat, war es in einer Behandlungskonferenz aufgrund seiner Schwierigkeiten im Umgang und in der Beziehung zu Frauen eine wichtige Überlegung, ihm die zusätzliche Möglichkeit anzubieten, mit einer weiblichen Therapeutin zu arbeiten. Im Vorfeld hatte Herr F. über lange Zeit hinweg erhebliche Bedenken (*Übertragung*) bezüglich einer solchen Zusammenarbeit, die jedoch über eine vorsichtige Annäherung abgebaut werden konnten.

Schließlich nimmt Herr F. seit Mai 2007 an der IBT im dyadischen Setting teil. In der Initialphase als der ersten Phase der IBT kommt es zu ersten Kontakten, Suchbewegungen in die Richtung von in Beziehung kommen im Sinne einer Annäherung. Entlang der *hermeneutischen Spirale* von *Wahrnehmen, Erfassen, Verstehen und Erklären* (Petzold 2003a, 141ff) verläuft dieser Prozess des sich Annäherns und in Beziehung Tretens (EV).

Im Eingangsgespräch benennt Herr F. seine Ziele und wir vereinbaren die Rahmenbedingungen (siehe Kapitel 10). In der zweiten Stunde bittet er um Bedenkzeit, als ich ihm vorschlage, dass er ein Selbstbild als Einstieg in die inhaltliche Arbeit malen könne. Er geht nicht auf mein Angebot ein, stattdessen erzählt er schnell, viel und sprunghaft und berichtet über seinen Vater, seine Familie, seine Psychosewelt, die sich deutlich von der „gemeinsamen“ Welt unterscheidet (*offensichtlich aufgeregt und unsicher*). Er schildert sein subjektives Initialerlebnis hinsichtlich seines Psychoseerlebens und weist darauf hin, dass ihm viele Facetten seiner Seele unbekannt seien. Im Hinblick auf das weitere Vorgehen informiere ich (*Informationen über das Verfahren*) Herrn F darüber, dass es im weiteren Verlauf der IBT u.a. immer wieder auch möglich sei, mit Bewegung und kreativen Medien zu arbeiten, um sich auszudrücken (*KG*) und sich selbst besser kennenzulernen. Diesbezüglich zeigt er sich jedoch sehr zurückhaltend und benennt klar, dass er die Sprache als Ausdrucksmittel bevorzuge (*Sprache als Ressource; mögliche Abwehr gegen Bewegung und kreativen Ausdruck?*)

Dennoch malt er in der vierten Stunde ein Selbstbild mit dem Titel „Der Weg - der gewohnte“. In der dialogischen Bildbetrachtung wird deutlich, dass er sich in seinem speziellen Outfit gefällt, sich der dadurch bedingten Provokation für andere bewusst ist und das auch genießt. Er formuliert dann deutlich seinen Wunsch, geleitet und in der Therapie von mir geführt zu werden. Implizit möchte er „an die Hand genommen werden“.

Ich erkläre ihm *psychoedukativ* das Prinzip der *Intersubjektiven Ko-respondenz* (Petzold 1978c/2003a, 93ff) als Grundlage für die therapeutische Beziehung, rege dadurch seine

Selbstverantwortung an und mache ihm implizit deutlich, dass ich ihn ernst nehme und als erwachsenen Mann, als gleichberechtigtes Gegenüber anspreche und respektiere (*ES*). Bereits an dieser Stelle könnte das für ihn eine neue Erfahrung hinsichtlich der Beziehung *Frau – Mann* bedeutet haben. Im Nachhinein betrachtet wurde in der Kontrollanalyse deutlich, dass ich ihn **begleite** anstatt leite. Statt dem Kindlichen, Unwissenden und Bedürftigen (*regressive Tendenzen*) nachzukommen, geht es hingegen darum, dass er **seinen Weg geht** und ich ihn dabei **begleite**.

Das Thema Mann/Frau scheint ihn indes unbewusst beschäftigt zu haben, denn er berichtet in der folgenden Stunde von einem Traum, in dem er sich sehr plump empfunden hat und sich in der Realität auch gegenüber zarten Frauen so empfinde. An dieser Stelle wird mir bewusst, dass ich keine kräftige, massive und füllige Frau bin, mich zwar nicht als zerbrechlich bezeichnen würde, aber dennoch eher zartgliedrig bin. Ich äußere mich in dieser Situation zwar nicht dazu, nehme jedoch meine Gedanken wahr und frage mich, wie Herr F. mich wahrnehmen und wie er sich real in meiner Gegenwart fühlen könnte. Ich spreche das deswegen nicht an, weil ich das zu diesem Zeitpunkt als deutlich zu früh erachte (*Resonanz*). Dass Herr F. jedoch von seiner Unsicherheit gegenüber Frauen berichtet, über seine Wirkung auf andere Menschen nachdenkt und darüber erzählt, wie schwierig es für ihn ist, sich in Konflikten zu verhalten, weist für mich darauf hin, dass er sich selbst wahrnimmt und damit beschäftigt ist, „sich selbst zum Projekt zu machen“ (*Hartz, Petzold 2010*).

6.Stunde:

Auf seine *Ressourcen* (vgl. *Petzold 1997p*) bezogen und mit der Intention, ihm Sicherheit anzubieten, schlage ich Herrn F. in der nächsten Stunde vor, dass wir gemeinsam in den Park gehen, denn er ist sehr naturverbunden. Bislang fühlte er sich in der Natur und in seiner Szene sicher, sei über diese Randgruppe identifiziert. Im Park gibt es viele alte Bäume und er äußert, dass Bäume und Wald wichtig für ihn seien. Wir gehen langsam nebeneinander, schauen in die gleiche Richtung nach vorn. Herr F. beginnt zu erzählen, dass er sich seit mittlerweile zehn Jahren mit Runen beschäftige, davor habe er sich mit dem Satanskult beschäftigt, sich dann jedoch davon distanziert. Er sei sich darüber bewusst, „erst am Anfang seines für ihn richtigen Weges zu sein“ – im Hinblick auf die Therapie, auf die Runen und auch die anderen Dinge, die für ihn wichtig seien. Immer wieder weist er mich auf Krähen im Gelände hin, berichtet, dass er sie genau beobachtet, sie unterscheidet, dass sie zu ihm kommen, ihm Botschaften übermitteln und eine Bedeutung für ihn haben. Ich habe den Eindruck, dass er mich mit all seinen Äußerungen ein wenig testen und provozieren möchte, denn er berichtet auch, dass er es durchaus genieße, Andere durch sein Äußeres und Bemerkungen zu provozieren, es hingegen selbst als Gefahr empfinde, wenn er von Anderen provoziert werde (*Selbstwahrnehmung und Selbsteinschätzung sowie eine exzentrische Position sind gegeben*).

Ich höre wohlwollend zu, nehme zu den Aussagen über die Krähen keine Stellung, verspüre auch keinen Anlass, mich wegen des Satanskultes zu erschrecken oder das Thema „Runen“ abzutun oder in Frage zu stellen. Ich kann ihm seine Welt gut lassen und lasse mich nicht in seinen Wahn mit einbeziehen. Mir sind die Aspekte „Sicherheit“ (als eines seiner eingangs benannten *Ziele*) und *Beziehungsaufbau* zunächst wichtig. So rege ich als *Intervention* Herrn F. dazu an, den Blick auf Licht und Schatten zu lenken, auf die *Wahrnehmung* von Wärme und Kühle zu achten, denn dies ist die Welt, die wir gemeinsam wahrnehmen (*LB*). Er möchte barfuß gehen. Auch ich ziehe meine Schuhe und Strümpfe aus und „wir machen uns gemeinsam auf den Weg“ (*gemeinsame Realität*). Wir nehmen „den Boden unter unseren Füßen“ wahr – weiche, warme Wiese, kühles, feuchtes Moos, trockene, kurze Ästchen, kleine spitze Steinchen, *benennen* unsere *Wahrnehmungen* und *Empfindungen*. Ich schlage Herrn F. vor, während er auf unterschiedlichen Untergründen geht, auf *Spannung* und *Entspannung* in seinem Körper zu achten. Er stellt fest, dass er sich dann deutlich im gesamten Körper anspannt, wenn er über

kleine Hölzer und Steinchen geht, auch hält er dabei den Atem an. Ich rege ihn dazu an, wenn er es möchte, einmal auszuprobieren, was geschieht, wenn er trotz unangenehmem und schmerzhaftem Empfinden an den Fußsohlen ruhig und tief atmet (*LB*). Er stellt zu seinem Erstaunen fest, dass es ihm gelingt, ruhig und tief zu atmen, und dass es ihm dann durchaus leichter fällt, auf dem „pieksigen“ und schmerzhaften Untergrund zu stehen und zu gehen und Anspannung loszulassen (*Spannungsregulation, Petzold 2000g*). Er äußert sein Erstaunen darüber und ist angesichts dieser Erfahrung deutlich beeindruckt. So richtet Herr F. in dieser Stunde seinen Blick zunächst in die Vergangenheit, dann in die Zukunft, stellt seine „persönliche“ Realität provokant dar, testet meine Reaktion auf ihn und lässt sich durchaus auf die Wahrnehmung seines Leibes ein im Rahmen „gemeinsamer Realität“.

In den weiteren Stunden benennt Herr F., dass er „Boden unter die Füße“ (*strukturelevantes Grobziel: Förderung der Identität im Bereich „Leiblichkeit“*) bekommen, weiterkommen und die dazu notwendigen Schritte gehen möchte (*Motivation vgl. Jäkel 2012 und Volition vgl. Petzold, Sieper 2008a sind gegeben*). Auf das Angebot, sich mit dem Igelball die Füße zu massieren (*Sensibilisierung der Wahrnehmung der Füße, Spannungsregulation: LB*) lässt er sich noch ein, weitere Möglichkeiten, über den Leib die Wahrnehmung des Bodens zu erfahren, lehnt er ab. So mache ich als Therapeutin Bewegungsangebote und auf der Grundlage einer differenzierten *Selbsteinschätzung* kann Herr F. seine Position angemessen vertreten und sich mit adäquaten Worten abgrenzen, d.h. er grenzt sich gegenüber einer Frau ab und wird darin von einer Frau respektiert (*korrigierende Erfahrung in der Beziehung Mann/ Frau*).

Das Thema „Boden“ setzt sich in den Themen der folgenden Stunden fort: als Herrn F.'s persönlicher „Boden“ (*Ressourcen*), als „zukünftiger“ Boden (*Entwicklungswünsche als persönliche Entwicklungsziele*), als „Boden“ für die therapeutische Beziehung und als realer Boden für Spaziergänge im Park, Gehmeditation im Garten und dann doch Fußmassage im Stand mit einem Stock als Widerstand und für Atemübungen (*als Bewegungs- und Wahrnehmungsangebote*).

Zum Thema „Ich kann“ (*Internale Positivkonzepte; positive Bewertungen; Ressourcen*) schreibt Herr F. auf: „Runen schreiben und lesen; erkennen, dass ich mich in einigen Situationen selbst verleugne; entscheiden, was mir wichtig zu sagen ist; Radfahren, Schleife binden; magische Knoten binden; manchmal träumen; das Rufhorn blasen; ein wenig mit dem Computer umgehen; lesen und schreiben; ein wenig Englisch; lernfähig sein, wenn mich etwas interessiert; mich anpassen; Computerspielen; schwimmen; meine Beobachtungsgabe könnte besser sein“.

Als Ziel benennt Herr F. ganz klar, dass er ohne Drogen leben will. Bewusstseinerweiterung und Spiritualität waren und sind nach wie vor sein zentrales Thema. Er möchte jedoch sein Bewusstsein legal z.B. durch Trance drogenfrei erweitern, und er beschäftigt sich auch theoretisch und praktisch mit Runen. Er wünscht sich „erdende“ Beziehungen (*Fähigkeit zu angemessener Relationalität*), Gespräche (*Ko-respondenz*), Arbeit an seiner Biographie (*Grobziel: kontinuumsbezogenes Ziel; Bearbeitung problemrelevanter lebensgeschichtlicher Ereignisse, die Auswirkungen auf die aktuelle Situation haben*), am Atem (*strukturelevantes Ziel im Bereich „Leiblichkeit“*) und Erfahrungen in der Natur. Er möchte mehr Kenntnisse in der Kräuter- und Heilpflanzenkunde erwerben (*Wissen*), Träume und Runen deuten können (*Selbsterkenntnis*), besser mit dem Computer umgehen können, Visualisieren.

Ich habe den Eindruck, dass der Boden für eine gelingende therapeutische Beziehung insbesondere auch dadurch bereitet wird, dass ich Herrn F.'s großes Bedürfnis nach Bewusstseinerweiterung ernst nehme (*EV, ES*). Anhand des Symbols eines Baumes erläutere ich ihm die Entwicklung der menschlichen Persönlichkeit und betone, dass es in den unterschiedlichen Kulturen Rituale und Raum für die Bewusstseinerweiterung gebe. Wenn dort Spezialisten und Erfahrene bewusstseinerweiternde Prozesse für Menschen mit „guten Wurzeln und starkem Stamm“ – mit einer stabilen Psyche und Persönlichkeit - verantwortungsvoll anleiten und begleiten, können diese Prozesse innerhalb des tragenden sozialen Kontextes erlebt und die tiefgreifenden Erfahrungen integriert werden. Hingegen führe der Drogenmissbrauch in den westlichen Kulturen als Flucht vor unliebsamer und schmerzhafter Realität zu Vereinzelung und persönlicher Zerstörung (*Kognition*).

Meine eigenen Erfahrungen mit dem holotropen Atmen sind wohl ein guter „Boden“ dafür, dass ich in meinen Ausführungen authentisch bin und weiß, wovon ich rede.

Als Probleme (*Selbstwahrnehmung, Selbsteinschätzung; internale Negativkonzepte*) benennt Herr F. sein geringes Selbstwertgefühl. Auch sei er der Ansicht, keine Stärken zu haben (*hier gibt es einen Widerspruch zu „ich kann“ - s.o. -*), außerdem schwanke sein Lebenswille. Er habe den Eindruck, eher theoretisch als praktisch begabt zu sein. Er wolle zwar drogenfrei leben, sei sich jedoch unsicher darüber, ob ihm das auch gelingen werde, schließlich sei er durch langen Suchtmittelmissbrauch geprägt. Zurzeit experimentiere er mit den

Wirkungen von Koffein und Nikotin und beobachtet sich sehr genau (*Exzentrizität ist diesbezüglich möglich*). Durch die Medikation habe er massiven Appetit, esse sehr viel und habe mittlerweile ein hohes Körpergewicht. Sein Selbstbild sei geprägt von der germanischen Welt, und aktuell identifiziere er sich mit der Mittelalterszene und orientiere sich gedanklich darin (*Sinn*). Er finde sich selbst mittlerweile „normal“ im Gegensatz zu der Zeit vor seiner Einweisung in die Psychiatrie.

Er sagt, dass er mit der therapeutischen Arbeit mit mir zufrieden sei (12. Stunde).

So habe ich den Eindruck, dass Herr F. und ich in dieser ersten Phase der IBT (*Initialphase*) ein erstes Stück Weg gemeinsam gegangen sind. Herr F. äußert sich zufrieden über den bisherigen Prozess. Wünsche, Ziele, Stärken und Schwächen sowie Unsicherheiten sind benannt – soweit bislang möglich. Punktuelle Abgrenzung gelingt. Ein erster Boden ist gegeben, eine akzeptable Arbeitsbeziehung angebahnt und aufgebaut.

Im Sinne des *Tetradischen Systems* beginnt ab jetzt die *Aktionsphase* des gesamten therapeutischen Prozesses.

14. Stunde:

Vor dem Hintergrund der schizophrenen Erkrankung und Herrn F.'s Wunsch nach Sicherheit in „gemeinsamer Realität“ sowie der massiven übergreifenden Grenzverletzungen seiner Mutter (*Thema der Initialphase des Tetradischen Systems*) schlage ich Herrn F. ein Bewegungsexperiment zum Thema „mein persönlicher Raum“ vor, auf das er sich einlässt (*Aktionsphase; LB*).

Ich bitte ihn darum, sich innerhalb des Raumes einen Platz zu suchen, an dem er sich wohl fühlt. Wir führen Übungen zu Erdung, zur Erfahrung der körperlichen Grenze und der Kinesphäre durch, so dass er sich an diesem Platz, mit dem Rücken ca. einen Meter von einem großen Fenster entfernt mit Blick zur Tür, schließlich sicher fühlt (*Wahrnehmen/hermeneutische Spirale*). Ich erkläre ihm, dass ich mich nun aus unterschiedlichen Richtungen langsam so weit annähern werde, bis er „Stop“ sagt. Es gelingt ihm sicher und gut wahrzunehmen, wann er sich jeweils abgrenzen will. Die jeweiligen Grenzen markiere ich mit einem zusammengelegten Seilchen, so dass schließlich ein recht großer geschlossener Kreis um ihn herum markiert ist. Herr F. setzt sich dann in seinen Kreis und schaut sich um. Ich frage ihn: „Wie geht es Ihnen an Ihrem Platz in Ihrem Raum?“ „Es ist gut, einen so großen Raum für mich allein zu haben, und ich fühle mich sicher darin.“ (*Wahrnehmen; Erfassen*). Eine Zeitlang sitzt er zufrieden am Boden und schaut sich um. Ich sitze außerhalb des Kreises in einer anderen Ecke des Zimmers. Er schaut sich um, ich schaue ihn an, wir schauen uns an. „Ja, ich bin wohl sicher, aber ich bin auch allein hier drinnen. Es gibt keine Verbindung nach draußen, die Grenze ist starr“. Ich frage: „Ist es Ihnen wichtig, auch eine Verbindung zu haben?“ „Ja.“ „Wie könnte das denn gehen?“ „Da müssten Lücken in der ‚Mauer‘ sein, die Grenze müsste durchlässig sein.“ Er ersetzt die Seilchen schließlich durch Sandsäckchen, die er in Abständen entlang der durchgängigen „Seilchenlinie“ legt, setzt sich und schaut sich wiederum um. „Ja, so ist es gut! Ich bin hier drinnen und kann auch nach draußen sehen, es gibt auch einen Weg hinaus“.

In der Reflexion (*Integrationsphase*) versteht er, dass es für ihn im Alltag auf der Station eben nicht so ist, dass er sich sicher fühlt. Häufig ist es ihm eng, fühlt er sich unwohl, ist ihm einfach alles zu viel und er möchte sich nur zurückziehen oder sich wehren. Aus einem sicheren persönlichen Schutzraum heraus bewusst und gezielt „nach außen“ in den Begegnungsraum zu gehen, kenne er eben nicht. Deutlich wird, dass Herr F. sich sprachlich differenziert ausdrücken kann und Qualitäten „dichter Beschreibung“ erreicht. Wir sehen das auch in einem bewegungstherapeutisch ausgerichteten Verfahren als *Kompetenz* (Petzold 2010f; Orth, Petzold 2008). Wir vereinbaren, in der nächsten Stunde an diesem Thema weiterzuarbeiten.

15. Stunde:

In der nächsten Stunde lässt sich Herr F. darauf ein, sich innerhalb seines persönlichen Raumes ein eigenes Haus zu gestalten, obwohl ihn der Besuch seines Vaters am Vortag sehr angestrengt hat, und er durch die gestrige Bedarfsmedikation noch sehr müde ist. Herr F. gestaltet zielsicher, zügig, entschlossen und sein Tun kommentierend mit Hilfe von Sandsäckchen, Seilchen und Sitzwürfeln die Inneneinrichtung eines größeren Raumes: Bett, Sitzmöbel, Unterhaltungsmedien und notwendige Haushaltgeräte wie Herd, Kühlschrank und Waschmaschine (*Aktionsphase*). Er benennt, dass das Haus im Wald stehe, von Bäumen umgeben sei, der

nächste Nachbar ca. 8 km weit entfernt wohne und um ihn herum nichts weiter als Wildnis sei (*es gibt eine Ordnung in der Wildnis, weit weg von der „Zivilisation“*).

Er erzählt, dass ihm viel Raum um sich herum wichtig sei, den hätte innerhalb der Stadt am ehesten eine großzügigen Altbauwohnung, die für ihn jedoch unerschwinglich sei (*realistische Einschätzung seiner psychischen und materiellen Lebenswirklichkeit*).

Er fügt hinzu, dass er jedoch auch ein Mensch sei, der bei Ausgängen stets die Gruppe im Blick habe (*sicherer Schutzraum mit variablen Grenzen; Affiliation*), und dass er sich mittlerweile so sehr an die Begleitungen (*Lockerungsstatus in Begleitung*) gewöhnt habe, dass er sich ohne Begleitung in der Stadt sicherlich unwohl fühlen würde.

So wird deutlich, dass er sowohl Distanz zu anderen benötigt, jedoch eindeutig auch auf andere Menschen bezogen ist und menschliche Nähe sucht und benötigt.

Von sich aus lädt er mich spontan und locker zu einem Besuch in sein Reich ein. Für mich ist es eine Herausforderung (*Grenzüberschreitung*), in seinen Raum zu treten, ihm näher zu kommen. Er weist mir einen Sitzplatz zu und aufgrund der Anordnung der Sitzgelegenheiten sitzen wir vis á vis, durch einen Tisch (Sitzwürfel) getrennt, relativ nah frontal voreinander. Ich empfinde Enge (*Resonanz; Gegenübertragung*), und ich reguliere mich über meinen Atem, schaffe mir innerlich Raum und erde mich, um im Begegnungsraum zentriert zu bleiben. Ich beobachte, dass er zu schwitzen und leicht mit den Händen und Armen zu zittern beginnt (*autonome vegetative Körperreaktionen*), den Blickkontakt meidet und leiblich aus dem Kontakt geht. Für mich ist er als Gegenüber atmosphärisch nicht mehr anwesend. Ich vermute, dass er Angst vor dieser Nähe hat und frage: „Wie geht es Ihnen jetzt?“ (*eine Verbindung herstellen/Fokus auf die Selbstwahrnehmung/verbaler Ausdruck; EA*). Stockend beschreibt er: „Ich weiß es nicht, irgendwie komisch, ich weiß nicht, so seltsam ... nicht wohl.“ „Wo sollte ich sitzen, dass sie sich wohl fühlen?“ „Nicht mehr im Haus!“ (*Regulierung von Nähe und Distanz/ Erfahrung von Selbstwirksamkeit*). Ich verlasse seinen Raum, frage ihn, wie er sich fühle (*EA*). Ich lenke seine Wahrnehmung auf seinen Atem, seinen Herzschlag, frage ihn, ob er noch schwitze (*Fokussierung der Aufmerksamkeit auf das aktuelle Leiberleben; LB*), und er spürt, dass er nun ruhiger ist. In diesem Dialog in „gebührendem Abstand“ wird deutlich, dass Herr F. leiblich wieder im Kontakt mit mir ist, mich anschaut und auch wieder differenzierter in vollständigen Sätzen sprechen kann.

In der Reflexion (*Integrationsphase*) erkläre ich psychoedukativ Herrn F. den Zusammenhang seiner leiblichen Phänomene (*Stress/Angst/emotionale Differenzierung*) mit zu großer Nähe und Herr F. kann erkennen, dass es ihm in der vorangegangenen Situation nicht gelungen ist, die für ihn angemessene Nähe bzw. Distanz zu regulieren (*EE*). Über diese Situation hinaus wird ihm nun deutlich, dass ihn *nahegehende* Fragen und Bemerkungen ebenso beunruhigen, sei es in der IBT oder im Alltag (*Schärfung der Wahrnehmung; Verstehen; Erklären; EE*).

Im Sinne des *komplexen Lernens*, in dem der Mensch als Ganzes angesprochen wird (*Sieper, Petzold 2002*) wird in diesem Fall im Bewegungsexperiment der eigene Raum *motorisch* gestaltet. Die Besuchssituation löst eine *Emotion* aus, die sich vegetativ äußert und Raum nimmt. In der Reflexion wird die Angst benannt und differenziert, ebenso wie das Gefühl der „Entspannung“ und „Beruhigung“ zum Ende des Experimentes. Die *Wahrnehmung* seines eigenleiblichen Spürens und seiner Emotionen wird geschärft, die Selbstwahrnehmung wird gefördert. Indem er in der Reflexion den Zusammenhang von der beängstigenden Situation und seiner Reaktion darauf erkennt und erfasst und auch Strukturen seiner Wahrnehmung und seiner Reaktionen (*Stile*) im Sinne von Unruhe bei nahegehenden Fragen und Bemerkungen erkennt, wird die *Kognition* angesprochen. In der *Kommunikation* und *Interaktion* mit mir gibt es eine soziale Realität. Die *Volition* ist gegeben, sowohl eingangs durch die Entscheidung zur IBT als auch durch das sich Einlassen auf das Bewegungsexperiment.

11.2 Zweites halbes Jahr: 16. - 32. Stunde „Ankommen“

In der nun folgenden zweiten Phase (*Aktionsphase*) wird der therapeutische Prozess hinsichtlich Herrn F. ´s persönlicher Themen, der therapeutischen Beziehung und auch der Interventionen intensiviert. Als mögliche Ziele habe ich eine sukzessive Hinführung zu wohltuenden Leiberfahrungen über Atem, Bewegung, Wahrnehmung und Musik „im Hinterkopf“ (*LB; zur Unterstützung des von ihm selbst angegebenen Ziels, mehr Sicherheit zu gewinnen*), bin jedoch weiterhin offen für seinen Weg.

Mittlerweile findet die IBT, wenn wir nicht auf seinen Wunsch hin in den Park hinausgehen, in einem Raum in der Bewegungstherapie-Etage eines Hauses auf dem Gelände statt. Hier setzt sich Herr F. jeweils auf einen Sitzwürfel, lehnt sich mit dem Rücken an die Wand, hat die Tür im Blick, und ich sitze links von ihm im rechten Winkel. Wir sind ca. 2,50 m voneinander entfernt (*ausreichend Raum für die Kinesphäre, nicht frontal konfrontierend*). In der Regel erzählt er von sich aus über aktuelle Begebenheiten, Stimmungen oder Probleme. Zugewandt, interessiert und empathisch höre ich zu, schaue ihn wohlwollend und freundlich an, bin wach und wende mich ihm leiblich präsent zu – „bin für ihn da“ (*leibtherapeutische Interventionen des non-touching approach; EV; ES*). In der Regel frage ich vertiefend nach, so dass daraus oft Themen für die einzelnen Stunden entstehen.

Bei einem Angebot zum kreativen und experimentierenden Umgang mit einem flummiähnlichen Ball (*erlebnisorientierte Modalität; KG*) öffnet sich Herrn F.'s *Leibgedächtnis*, und er erinnert sich an und erzählt über Spielszenen im Freien und Freunde aus der Zeit zwischen zehn bis vierzehn Jahren (*amikaler Konvoi/ peers in der Vorpubertät und Pubertät; Zugang zu Ressourcen*). Ein Luftballon (*Symbol*) erinnert ihn an unbeschwerte Kinderzeiten, und er wünscht sich auch für seinen Erwachsenenalltag verspielte Unbeschwertheit (*später werden Computerspiele für ihn wichtig*). Er beschäftigt sich allein mit den Materialien und lehnt mein Angebot zum Mitspielen deutlich ab (*Abwehr von Nähe durch motorische Interaktion; Abgrenzung gelingt*).

Weitere Themen:

Er ist sich darüber bewusst, dass er perspektivisch aufgrund seiner Krankheit (*psychische Behinderung*) unfähig dazu sein wird, einer regulären Arbeit nachzugehen.

Er nimmt sich selbst in der Art wahr, dass er in seinen Gedankengängen sprunghaft ist und seine ungewollten provokanten Bemerkungen nicht steuern kann (*Kommunikations- und Denkstil*). Dies habe sich insbesondere in der Zeit in der Szene entwickelt, und er sei der Meinung, dass ein *Umlernen* für ihn schwierig sei. Im Nachhinein hätte er bei Drogen an einigen Punkten doch „nein“ sagen sollen (*exzentrische Sicht; Selbsteinschätzung; eine neue Bewertung seines damaligen Verhaltens; Einsicht/Reue*), insbesondere das letzte Jahr vor der Inhaftierung sei für ihn sehr schwer gewesen.

Er tue sich schwer damit, Entscheidungen zu treffen – konkret, ob er sich ein spezielles Kleidungsstück kaufen oder das Geld für einen Computer sparen soll – und formuliert das Bedürfnis, in dem Sinne geführt zu werden, dass ich ihm diese Entscheidung abnehme. Ich erkläre, warum ich auf dieses Bedürfnis nicht eingehen kann und rege ihn statt dessen dazu an, jeweils die Vor- und Nachteile für das eine und das andere zu sammeln, um dann abzuwägen (*Kognition; Vermittlung einer Strategie als Kompetenz, er selbst muss entscheiden: LH*), so dass er schließlich zu einer Entscheidung tendiert.

19.Stunde

Herr F. berichtet, dass er die Arbeitstherapie vorzeitig beendet habe, weil er sich durch einige andere Patienten stark gestört und belästigt fühle, die in ihrem Verhalten bizarr seien und die ganze Zeit über viel reden und auch ihn permanent „volllabern“ (in dieser Gruppe der AT – für Herrn F. aufgrund seines aktuellen Lockerungsstatus die einzige Möglichkeit, zur AT zu gehen - arbeiten z.T. viele entwicklungsgestörte Menschen). Er könne das nicht aushalten, das strengt ihn sehr an, belaste ihn enorm (*Problem; Konflikt; mangelnde Abgrenzungsfähigkeit; Reizüberflutung; soziale Überforderung*). Seine derzeitige Strategie damit umzugehen sei es, sich zurückzuziehen. Am liebsten würde er gar nicht mehr zur AT gehen wollen (*aktuelles Konfliktverhalten*). Er scheint deutlich belastet.

Ich biete ihm an, dass wir gemeinsam eine neue Strategie erarbeiten können, damit er besser mit diesem Problem umgehen kann (*LH; KK*). Im gemeinsamen Überlegen und Abwägen von Möglichkeiten kommt er zu dem Ergebnis, dass er dem Arbeitstherapeuten von seinen Schwierigkeiten mit diesen Patienten berichtet und den Wunsch äußert oder sogar den Vorschlag macht, dass er einen anderen Arbeitsplatz bekommt, an dem er möglichst weit weg von diesen Patienten sitzen kann (*Selbstfürsorge; Selbstwirksamkeit; aus der Defensive in eine konstruktive Offensive*).

Anschließend steht Herr F. auf und läuft unruhig im Raum herum, ohne etwas zu sagen. Ich spreche ihn auf dieses Gehen an (*Phänomen*) und frage, was gerade in und mit ihm los sei. Er sagt: „Früher habe ich durch

schnelle Zunge und Taten meiner Hände viel Unheil angerichtet!“ In der Reflexion wird deutlich, dass es durch seine *mangelnde Impulskontrolle* auch zu Gewalt und sein *aggressives Verhalten* zu viel Unheil gekommen ist. Von daher ziehe er sich aktuell bei Konflikten (*die Situation in der AT ist ein Konflikt*) zurück. Er könne sich mittlerweile bewusster und differenzierter wahrnehmen, von daher innehalten und sich bremsen, auch wenn es ihm noch nicht immer gelinge (*mittlerweile deutlich stärkere Impulskontrolle; Einsicht in eigene Verhaltensstruktur; gute Selbsteinschätzung*).

Er bleibt stehen, schaut mich an und sagt: „Der schlimmste Schmerz ist: Einsicht in vieles und Gewalt über nichts! Das ist passend für meine Situation! Ich weiß zwar oft, was richtig oder falsch für mich ist, aber ich kann das Falsche noch nicht immer lassen!“ Er scheint erfüllt von diesem starken Schmerz (*starkes Gefühl; Kognition; Anspruch an sich selbst versus unsichere Handlungskontrolle führt zu einem Empfinden von Unfähigkeit im Sinne von Ohnmacht*).

Emotional sehr bewegt redet er weiter: „Ich empfinde einen stummen Schrei mit einer Träne in Anbetracht dessen, was mir alles begegnet ist.“ Ich bin sehr berührt (*Resonanz*) und mir kommt das Bild „Der Schrei“ von E. Munch in den Sinn (vgl. *Petzold 1983g*). Ich frage Herrn F., ob er seinen Zustand genauer beschreiben oder ohne Worte ausdrücken möchte oder könne, doch dazu fühlt er sich nicht imstande (*Ausdruck eines Gefühls, das er noch nicht näher differenzieren, zeigen und benennen kann*). Ich schlage ihm vor, dass er vielleicht zu einem späteren Zeitpunkt versuchen könnte, Worte oder einen Ausdruck für diesen Schrei zu finden (*EA*).

Er hält inne und geht dann weiter im Raum herum. Nach einiger Zeit sagt er: „Einerseits fühle ich mich wie eine eingesperrte Katze, die keine Mäuse mehr fangen kann und andererseits genieße ich die kostenlose Versorgung und Wärme.“ (*Verlust der Freiheit; Regression in der totalen Institution*). In der Reflexion macht er deutlich, dass er sich kindlich erlebe und nun doch leider erwachsen werden müsse. Auch komme die verlorene Freiheit nun langsam in kleinen Schritten zurück und es sei mittlerweile schwierig für ihn, damit umzugehen. „Diese Entwicklung ist ein Neuanfang für mich!“ (*zunehmendes Maß an Bewusstsein über Empfindungen, Gefühle und Lebenssituation; Neuorientierung; EE*).

In dieser Stunde verdichten sich Lebenszeiten (*Kontinuum: Vergangenheit, Gegenwart; Zukunft*) dadurch, dass Herr F. emotional und kognitiv ausgehend von den *Phänomenen* Zugang zu seinen *Strukturen* erhält. Sein Blick zurück und die aktuelle Insuffizienz hinsichtlich seines Konfliktverhaltens schmerzen ihn - das alles wühlt ihn auf. Er erlebt aber auch das „Versorgtwerden“ und die „Wärme“ als *korrigierende* Erfahrungen in der „aktuellen fließenden Gegenwart“, die als heilsames Kontinuum im Kontext des sicheren therapeutischen Raumes erlebt wird. Wir vermeiden in der IT das punktualistische Konzept des „Jetzt“ bzw. „Hier und Jetzt“ (ausgesprochen, ist es schon vergangen) und sich dadurch *prospektiv* zu einer Sicht auf seine Entwicklung öffnen kann (*Petzold 1991o*), auch wenn sie noch nicht deutlich ist.

20. Stunde

In der folgenden Stunde berichtet Herr F. über viele Stimmungsschwankungen in der letzten Woche. Er habe sich in den letzten Wochen in der IBT unwohl gefühlt, da er mich als „zu nah an seinem Existentiellen“ erlebt habe. Er sei sich unsicher darüber, ob es für ihn gut wäre, an dieser Stelle weiterzuarbeiten, da er Sorge habe, dann für ein Leben draußen in der entsprechenden Szene zu wenig hart zu sein.

In dieser Krise wird deutlich, dass Herr F. Nähe zugelassen hat und ihn das in Gedanken und Gefühlen offensichtlich bewegt, was ihm sichtlich „unangenehm“ ist. Er spürt Veränderung, die Härte scheint aufzuweichen, und er fragt sich, ob das noch für seine „social world“ (*Petzold 2003a, 667ff*) passt. Als Fortschritt gilt, dass es ihm gelingt, dies mir gegenüber anzusprechen (*KK*).

Ich gebe ihm als Feedback, dass es ihm gelungen sei, sich selbst wahr- und ernstzunehmen, die Verantwortung für sich zu übernehmen und sich mit passenden Worten in adäquater Weise abzugrenzen. Auch beziehe ich mich auf weitere zurückliegende Situationen, in denen es um seine gelungenen Abgrenzungen ging (*KK*). Ich erkläre ihm, dass Therapie Veränderung bedeute und Angst machen könne. (*Kognition*). Wichtig sei es, dass er das Tempo und den Weg bestimmen könne. Er selbst weist darauf hin, dass er das Team als Unterstützung im Rücken hinter sich habe und sich ggf. auch dahinter verstecken könne (*Aspekt der Nachbeelterung, wobei „die Institution“ - in diesem Fall „das Team“ als Ganzes als Teil der Institution - als stützend erlebt wird; TN*).

21. -24. Stunde

In der nächsten Stunde kommt Herr F. trotz sehr großer Müdigkeit, möchte gar nichts tun, kann auch gar nichts tun (*Pause, Abwehr – weil es sehr intensiv war?*), hat „seine“ Musik mitgebracht. Ich respektiere sein Bedürfnis, nehme ihn so, wie er ist (*EV; ES*). Er entscheidet sich dazu, Musik zu hören (*sorgt für sich selbst*), und ich höre ebenfalls zu (*gemeinsame Realität*). Im späteren Verlauf habe ich dann erfahren, dass er sich gut über Musikhören regulieren kann und die Wahl der Musik eine Möglichkeit dafür ist, seine Gefühle auszudrücken (*Affektregulation*). Schließlich bittet er darum, die Stunde früher zu beenden. In der Musikwahl liegen allerdings auch Risiken, da sie ggf. verdüstern oder beunruhigen kann (z.B. Heavy Metal, Black Metal, *Petzold 2013*).

Das Thema „Abgrenzung“ – in der Cafeteria und gegenüber einem ehemaligen Freund, spricht er in der darauf folgenden Stunde an. Er nimmt seine diesbezüglichen Unsicherheiten und Ängste, insbesondere in Anbetracht des anstehenden Einzelausganges, wahr, benennt sie und formuliert Wünsche nach Hilfestellung durch die Pflege (*möchte an die Hand genommen werden*). Er verspürt trotz großer Müdigkeit diffuse Unruhe und lässt sich auf das Angebot ein, sich mit einem Igelball die Hände, Arme, den Nacken und die Brust zu massieren (*Stimulierung der leiblichen Selbstwahrnehmung mit Wirkung auf Muskulatur und Nerven - sowohl entspannend als auch anregend; LB*).

In einer anderen Stunde, in der auch sehr müde ist, bricht er nach einer Fußmassage über unterschiedliche Materialien und einer Selbstmassage am Rücken mit einem Noppenball die Therapie nach 35 Minuten ab. Wegen seiner großen Müdigkeit war eine Reflexion bezüglich seiner Wahrnehmungen und Empfindungen nicht möglich.

Zum Jahresabschluss wünscht er sich dann einen Spaziergang im Park.

In der 25. Stunde entscheidet er sich dann erneut dafür, die IBT fortzusetzen, wenngleich er in den letzten beiden Wochen am liebsten aufgehört hätte und führt dies auf seine schlechte Stimmung und Befindlichkeit zurück. Er benennt jedoch, dass ihm der *Transfer* der „Abgrenzung“ in den Alltag durchaus gelungen sei (*Neuorientierung; Einüben eines neuen Verhaltens*). Ich gebe ihm als Feedback, dass er sich nun noch einmal ganz **bewusst** für die IBT entschieden hat und informiere ihn über Therapiephasen und -verläufe (*Kognition*). Wir vereinbaren neue *Ziele*: Herr F. möchte lernen, sich zu „erden“ und sich mit der „Atmung“ zu beschäftigen. Ich mache ihm das Angebot, dass die Therapiestunden sowohl hier im BWT-Raum als auch draußen sowie auch in den Raum auf der Station stattfinden können, je nach seinem Bedürfnis (*Sicherheit; Berücksichtigung seiner Ressource*). Und ich weise ihn erneut darauf hin, dass die jeweiligen Inhalte von seiner Befindlichkeit und seinen Bedürfnissen abhängen werden (*Intersubjektive Ko-respondenz; EV; ES*).

Herr F. erlebt die Stunde als sehr konstruktiv und erscheint sehr zufrieden. Offensichtlich bemerkt er seinen Veränderungsprozess, schließlich hat er mit dem Transfer und der Veränderung seines Verhaltens begonnen – und das ist sicherlich anstrengend. Ebenso macht eine stärkere Selbstwahrnehmung empfindlicher, fordert mehr Verantwortung für sich selbst. Der vertraute „Boden unter den Füßen“ (*narrativ*) scheint unsicher zu werden - umso sinniger erscheint vor diesem Hintergrund das Thema „Erdung“.

Im weiteren Verlauf der folgenden Stunden zeigt sich Herr F. offener für übungs- und erlebnisorientierte Angebote zur Leiberfahrung (*LB*) - z.B. Dehnungen in Verbindung mit dem Atem, zunächst im Stand, dann in der Rückenlage, Hinführung zur Bauchatmung, Körperwahrnehmung im Liegen, in Verbindung mit dem Atem. Er zeigt sich interessiert, motiviert, konzentriert, schließlich auch ausgeglichener. Ich gebe Informationen zur Atmung, zur Haltung und Haltungsschwäche (*Kognition*), verweise auf Möglichkeiten der Unterstützung durch Physiotherapie im Hause (*multiprofessionelle Behandlung*) und gebe einen Überblick über die Möglichkeiten, diesbezüglich im Rahmen der IBT daran zu arbeiten. Dabei ist er z.T. sehr bemüht und auch sehr fein in seiner Wahrnehmung – auch seiner körperlichen Fehllage (massive Lendenwirbellordose) und Verspannungen. Die Lage des Kopfes und seine Arme fühlen sich unangenehm an. Anregungen zur vertiefenden Wahrnehmung lehnt er klar ab, möchte seine Arme nicht mehr zum Thema machen (*Abwehr; Leibgedächtnis soll nicht geweckt werden; Angst vor Labilisierung? Abgrenzung gelingt*). Übungen zur Einübung der Bauchatmung führen im Nachhinein zu Nachempfindungen im Sinne von Zucken und Ziehen im Beckenbereich in der Zeit nach der Stunde. Liegen auf einem Stab als Widerstand eröffnet eine zarte Spur des Empfindens einer neuen, nicht benennbaren Qualität in diesem neuen unteren Atemraum. Als Hausaufgabe rege ich als Angebot an, dass er mit einem kurzen Besenstiel selbständig im Zimmer übt.

28. Stunde

Unterbrochen wird diese „bewegungsorientierte“ Sequenz dadurch, dass seine Mutter in der letzten Woche versucht hat, über den Klinikpfarrer Kontakt zur Klinik und zu ihm aufzunehmen. Herr F. benennt eindeutig und klar, dass er eine Kontaktabstimmung über die Kirche ablehne (*Abgrenzung gegenüber der Institution Kirche*). Er wäre u.U. dann für eine Begegnung mit der Mutter offen gewesen, wenn sie über den Psychologen oder den leitenden Stationspfleger angebahnt worden wäre. Er berichtet, dass sein Bruder vor ca. 1 -1,5 Jahren eine Begegnung mit der Mutter gehabt habe. Daraufhin habe er begonnen, einen Brief an sie zu schreiben, diesen Brief jedoch vernichtet. Herr F. ist deutlich bewegt und vermisst den Psychologen, der nicht im Dienst ist, so dass er nicht mit ihm darüber sprechen kann. Ich biete Herrn F. an, das, was ihm jetzt wichtig ist, mit mir zu besprechen. Er lässt sich darauf ein und erzählt, dass die Beziehung zu seiner Mutter sehr schwierig gewesen sei. Sie habe ihn erniedrigt und beleidigt (*keine Wertschätzung; Kränkung; Verletzung der Integrität*). „Bereits als Baby habe ich mich gegen sie gewehrt. Ich habe ihr die Flasche aus der Hand geschlagen und sie gebissen!“ (*Selbsteinschätzung: ich bin ein schlechter Mensch, mit meinen Händen habe ich Unheil angerichtet; internes Negativkonzept*). Das hört sich für mich aus entwicklungspsychologischer Sicht in Bezug auf die betonte Intention seines Verhaltens unrealistisch an und klingt sehr rebellisch, fast ein wenig stolz. Ich höre zu, frage nicht nach, damit ich ihm nicht zu nahe trete, will ihn nicht unterbrechen. Im Alter zwischen 17 und 19,5 habe er noch einmal bei ihr gewohnt. Bei der letzten Begegnung mit 21 Jahren habe sein Bruder ihn unauffällig daran gehindert, mit dem Messer auf sie loszugehen. Er habe ein Messer in der Hand hinter seinem Rücken gehabt. Aktuell verspüre er heftige Wutgefühle und Aggressionen gegen seine Mutter und wisse nicht wohin mit seinen Gefühlen. Auch hier höre ich mitfühlend und ganz zugewandt zu (*EV*). Er fährt fort: „Weil ich all diese Erfahrungen mit meiner Mutter hatte, kann ich keine Beziehungen mehr zu Frauen eingehen.“ (*Narrativ; Übertragung: Selbstzuschreibung; Selbsteinschätzung*). An dieser Stelle erscheint es mir möglich, seine Aufmerksamkeit auf das Erleben der aktuellen Gegenwärtigkeit zu richten: „Nun ist Herr B. (Psychologe) nicht da. Ich bin eine Frau, und sie haben mit mir über ihre Mutter gesprochen“ (*KK*). Ihm wird deutlich, dass er mittlerweile so viel Vertrauen zu mir hat, dass dies für ihn möglich war (*positive Entwicklung der therapeutischen Beziehung; korrigierende Erfahrung in der Beziehung*).

Mann/Frau). Beobachten konnte ich, dass Herr F. trotz starker Gefühle über die gesamte Zeit einen sicheren Realitätsbezug hatte, im Kontakt war und sich differenziert ausdrücken konnte.

In der folgenden Stunde möchte Herr F. ohne spezielles Thema reden und dazu hat er „seine“ Musik mitgebracht, da sie ihm Sicherheit gibt. In den letzten Stunden hatte er sich im Leiberleben und in der therapeutischen Beziehung auf „Neuland“ eingelassen, wahrscheinlich benötigt er jetzt erst einmal „sicheren Boden“. Es geht um intensives Musikerleben über Drogen (*Konfluenz*), was ihm aktuell ohne Drogen nur in ganz kleinen Sequenzen gelingt (*Sehnsucht nach Konfluenz*). Dennoch will er auf gar keinen Fall mehr Drogen irgendeiner Art nehmen. Körperlich fühlt er sich verkrampft und steif, da helfen auch keine Atemübungen. Meinen Vorschlag, perspektivisch auch einmal über Bewegung und Musik zu intensiven Gefühlen zu kommen, lehnt er eindeutig und massiv, im Ansatz ungehalten ab. Dazu sei er auf eine passende Umgebung und Gleichgesinnte angewiesen (*Abwehr*). Ich thematisiere die plötzlich deutlich angespannte Stimmung zwischen ihm und mir - sie kann besprochen und aufgelöst werden (*Abgrenzung gelingt; Beziehung wird thematisiert; Dissenz wird angesprochen, über die Metaebene wird ein neuer Konsens gefunden; KK*).

Mittlerweile wird in größeren Abständen die therapeutische Beziehung, die ja ein wesentliches Ziel des therapeutischen Prozesses ist, zum Thema (*KK*). Hier findet eine *Neuorientierung* in dem Sinne statt, dass ich Herrn F. kontinuierlich, empathisch, verständnisvoll, respektvoll und wohlwollend begegne (*EV; ES*). Dies ist die Möglichkeit, sein *Narrativ* – Misstrauen und Unsicherheit gegenüber Frauen – zu lockern und eine *Narration* zu beginnen, wenn auch in der „Laborsituation“ der IBT (*KK*).

Beim nächsten Termin wünscht er sich einen Spaziergang. Er erzählt, was ihm in den Sinn kommt, kann Frühlingssonne und Morgenlicht genießen (*Sensibilisierung der Wahrnehmung*). Er hat mittlerweile einen Computer und ein Computerspiel und möchte mit einem andern Patienten gemeinsam spielen (*beginnende gemeinsame Realität; Beziehung; Beschäftigung*).

Ein früherer Mitschüler aus dem Kolleg habe ihm gesagt, dass er im Verlauf der Zeit hier immer besser aussehe, er selbst bemerke ebenfalls eine langsame, aber stetige Verbesserung und sei sehr zufrieden mit sich (*positive Fremdattribution trifft auf positive Selbstwahrnehmung und Selbstbewertung; Beginn einer in Teilaspekten neuen Identität hinsichtlich Aussehen und allgemeiner Befindlichkeit; PI*).

Beim *übungsorientierten* Gehen im Park unter den Gesichtspunkten „Erden, Bodenkontakt, Aufrichtung im Gehen“ (*Wahrnehmen, Erfassen, Verstehen, Erklären*) empfindet Herr F.: „Ich richte mich auf und fühle mich stolz! Das ist ein ganz neues Gefühl!“ (*PI*). Auch wenn nach kurzer Zeit Schmerzen im Rücken (Hohlkreuz) auftreten, so ist dies bezogen auf das „Hier und Jetzt“ eine neue/korrigierende Erfahrung, ebenso wie - an einem guten Platz auf einer leichten Anhöhe zu „sein“ (unter einem Baum bewusst stehend, dessen Zweige wie ein Zelt hängen) und sich dabei als von Baum behütet zu empfinden. *Erlebnisorientiert* nimmt Herr F. die neuen Kräfte des Baumes im April wahr und dabei verspürt auch er selbst neue, dem Leben zugewandte Kräfte (*Neuroorientierung; neue Narration*) als Ereignis von „*vitaler Evidenz*“ (*EE; LB; PI*).

An dieser Stelle möchte ich anmerken, dass ich in der IBT immer wieder gern die Natur, den großen Klinikpark mit seinen vielen Wegen und schönen Wiesenflächen nutze und dabei auf die natur- und landschaftstherapeutischen Möglichkeiten des Integrativen Ansatzes zurückgreife (*Petzold 2011g*). Für die Maßregelvollzugspatienten, die noch keinen Einzelausgang haben, ist es eine willkommene Gelegenheit, mit mir hinauszugehen. Herr F. fühlt sich in der Natur sicher und wohl – auch aufgrund seiner spirituellen Ausrichtung auf das Germanentum, und speziell der Baum hat von daher nicht nur in seiner akuten psychotischen Phase eine wichtige Bedeutung für ihn.

Ich selbst gehe auch sehr gern in den Park, da ich sehr naturverbunden bin und die unterschiedlichsten Eindrücke in den jeweiligen Jahreszeiten liebe. Gleichzeitig tut es in bestimmten Zeiten gut, mit dem/den Patienten zu gehen – Seite an Seite, mit dem gemeinsam nach vorn gerichteten Blick – und entweder zu schweigen oder „einfach so“ ins Gespräch zu

kommen. Dabei kann bei mir eigenes Erleben „mitfließen“, während ich gleichzeitig offen für den Patienten bin.

Als Art der Intervention dominierte bislang das aktive *narrativ-beziehungsorientierte* Zuhören (EV; ES) den Prozess (Petzold 2001b, 2002b), abgesehen von punktuell *übungs- und erlebniszentriertem perzeptiv-leiborientiertem* Vorgehen (LB). Ausgehend von der Diagnose „Psychose“ habe ich auf die *konfliktorientierte* Modalität bislang bewusst verzichtet und stattdessen den Bezug zur Realität – durchaus *übungsorientiert* in den Bewegungsangeboten, im Hinblick auf die therapeutische Beziehung (KK), und den eigenen Leib (LB) im Sinne *störungsspezifischen Vorgehens* in den Vordergrund gestellt. Außerdem verkörpert meine Art des Daseins einen Realitätsbezug (KK; PI). Die Suchtproblematik ist zum Zeitpunkt der IBT nicht aktuell, weil Herr F. seit seinem Aufenthalt in der Psychiatrie per Psych KG mittlerweile über einen langen Zeitraum hinweg weder Alkohol noch Drogen konsumiert hat. So wird dieses Thema in der IBT nicht explizit angesprochen und angegangen, zumal Herr F. nach §63 und nicht nach §64 verurteilt wurde, d.h. die primäre Diagnose ist F.20. Demzufolge wird der Drogenmissbrauch als Folge der Primärerkrankung gesehen und gewertet.

Im bisherigen Verlauf der *prozessorientierten Diagnostik* wurde deutlich, dass die Mimik von Herrn F differenzierter und der Ausdruck seiner Befindlichkeiten über den Körper eindeutiger geworden ist. Seine Gefühle kann er benennen, äußert sie angemessen. Er versteht Zusammenhänge, kann differenzieren und analysieren, sich verbal differenziert ausdrücken, seine Schwächen und Stärken benennen (*differenzierte Ich-Funktionen*).

Im intersubjektiven Prozess mit mir kann Herr F. im Laufe der Zeit zunehmend Offenheit, Interesse und Vertrauen sowie eine sicherere Regulierung von Nähe und Distanz entwickeln (KK).

11.3 Drittes halbes Jahr: 33. – 49. Stunde „Erste Schritte in eine neue Welt“

33.Stunde:

Herr F. fühlt sich körperlich wohl, hält sich jedoch zunächst bezüglich seiner psychischen Befindlichkeit zurück und erzählt dann doch, dass es ihm seit einigen Tagen schlecht gehe. Er möchte Musik hören (*Sicherheit*) und geht dabei im Raum herum (*Spannungsregulation*). Beim Gehen als Ausgangspunkt für eine Sensibilisierung der Selbstwahrnehmung biete ich ihm an, während des Gehens seinen Körper in der Bewegung bewusst *wahrzunehmen* (LB). Er lässt sich darauf ein und beschreibt, dass er seine Wirbelsäule wie einen unbeweglichen Stock erlebe, den Kopf hingegen als sehr leicht, als ob er wegfliegen möchte. Es falle ihm sehr schwer, im Raum anzukommen (*Empfinden*). Er ist dennoch gut im Kontakt mit mir, und wir sind verbal im Dialog. Er geht weiterhin vorwärts und benennt nach einiger Zeit eine beängstigende Enge, die ihm dabei begegne, der er „sich

selbst“ entgegensetzen müsse und auch wohl könne. Nach einiger Zeit bleibt er stehen. Ich frage: „Mögen Sie einmal ausprobieren wie es für sie ist, rückwärts zu gehen?“ Er versucht, einige Schritte rückwärts zu gehen, hält dann inne: „Hier sind Mauern hinter mir. Da kann und will ich nicht weitergehen“ (*Erfassen*). In der Reflexion (*Verstehen*) sagt er, dass hinter ihm die Psychose mit den Aggressionen liege, die er nicht mehr haben wolle (*Distanzierung vom psychotischen Erleben*). „Aber damit habe ich auch meine schöne Welt verloren, nach der ich mich sehne“ (*Verlust*). Dabei wird er melancholisch. „Meine schöne bunte kleine Traumwelt steht im Gegensatz zu der realen und verlogenen Welt der Allgemeinheit. Im Moment bin ich genau dazwischen“ (*Erklären*)(LB; EA; EE; KK; PI).

Über den Computer erfahre er „heile“ Welt, aber auch „reale, brutale Welt“. Im Gegensatz zu sonst trägt er heute Kleidung in helleren Farben (*innere Veränderung drückt sich im Außen aus*), und er meint, dass ihm das nicht gut tue. Eigentlich sei es ihm wichtig, über seine Kleidung (s. Leibfunktionsanalyse) zu demonstrieren, dass er anders sei (*Identität durch Opposition*).

Insgesamt ist er im Verlauf der Stunde gut in Zeit und Raum orientiert.

Im weiteren Verlauf wird deutlich, dass Herr F. sich von der Psychose distanzieren kann, auch wenn es seiner Meinung nach sehr lange gedauert hat, bis dies für ihn möglich war. Er zeigt Krankheitseinsicht und Compliance/Adherence hinsichtlich der Medikation, auch wenn er dadurch oft sehr müde ist. Er findet zunehmend bewussten Zugang zur „normalen“ Welt, zu gemeinsamer Realität (*Neuorientierung, Angrenzung*). Derzeit gelingt ihm dies auch über Handy und Computer als Gesprächsstoff, insbesondere mit dem Patienten W. auf der Station (*neue Beziehung wird aufgebaut*). Auch berichtet er stolz, dass er sich beim Zahnarzt mit der Sprechstundenhilfe über ein Handy unterhalten habe und damit einen Schritt aus seiner eigenen Welt heraus in die gemeinsame Realität gegangen sei. Er wolle auch etwas schaffen und helfe morgens in der Cafeteria im Klinikgelände mit, draußen die Tische und Stühle für den Tag aufzustellen. Dort sei es gut, dass dann noch keine Gäste da seien, denn mit dem Publikumsverkehr komme er nicht zurecht. Hingegen benennt er seinen Wunsch nach Gemeinsamkeit, Kontakten, Beziehungen und möchte sich auch gern über seine Musik und seine persönliche Welt – Germanentum – mit Gleichgesinnten austauschen. (Darin kann natürlich auch ein magisch-mythisches Gefährdungspotenzial liegen, das aber jetzt nicht thematisiert wird, vgl. *Petzold* 2013b).

Im Weiteren äußert er, dass er nach wie vor sicherer und adäquater in der Kontaktaufnahme, insbesondere zu Frauen, werden möchte (*Ziel*). Trotz phasenweisem und wesentlichem Wunsch nach Rückzug benennt er Begleitung und Gemeinsamkeit, Gesellschaft und Ansprache als für ihn wichtig und wohltuend (*Nähe und Distanz*).

Ab der 40. Stunde nimmt er zusätzlich an einer Kleingruppe zum Thema „soziales Lernen“ teil, die der Diplompädagoge und ich überwiegend gemeinsam leiten (KK).

In der 42. Stunde berichtet er über schnell wechselnde Stimmungsschwankungen, deren Ursachen für ihn bislang noch nicht deutlich seien. Er sehne sich nach

Rückzugsmöglichkeiten, vornehmlich in der Natur, würde gern einmal ausgiebig durch Landschaft laufen, an schönen Plätzen innehalten, und ein wichtiges Ziel sei es, einmal nach Stonehenge zu pilgern. *(Nachdem er sich „der Welt“ und den Menschen genähert hat, scheint er auch wieder „seinen Raum“ zu suchen: „hin zur sozialen Welt“ und „weg von der sozialen Welt“ - nicht im Sinne von Ambivalenz, sondern in dem Sinne, dass es nach einem Entwicklungsschritt immer wieder ein Innehalten als „Rückschritt“ gibt, um die neuen Erfahrungen zu integrieren, analog zur kindlichen Entwicklung.)*

So bewegt er sich einerseits „nach außen“, macht „Schritte vorwärts“, indem er auch an der Gruppe „zügiges Gehen/Walken“ teilnimmt (LB) und überlegt, ob er Kontakt zu einer früheren Freundin aufnehmen soll, die den Kontakt zu ihm abgebrochen hatte - lässt dies dann doch sein, weil es ihm zu schwierig zu realisieren erscheint. Auch beschäftigt er sich damit, ob er eine andere alte Freundin wiedertreffen möchte, in die er sich einerseits ein wenig verliebt hat, andererseits aber auch genau prüfen möchte, inwieweit sie stabil ist, bevor er sich tiefer auf sie einlassen kann/möchte *(hier zeigt er eine hohes Maß an Verantwortung für sich selbst)*. Dann wiederum bewegt er sich wieder „zurück“ und benötigt auf der Station innerhalb der Gruppe seines Wohnbereiches zunehmend Ruhe und Entspannung, die er sich auch nimmt *(Neuorientierung auf dem Boden von Sicherheit; Regulierung von Nähe und Distanz; Regulierung von außen und innen; Wahrnehmen und Respektieren eigener Bedürfnisse; Selbstfürsorge)*.

Insgesamt entsteht für mich der Eindruck, dass er seine Selbstwahrnehmung, seine Befindlichkeit und seine Verletzbarkeit zunehmend besser einschätzen kann, sich entsprechend Unterstützung holt – sei es auf der Station oder von mir – oder sich abgrenzt und zurückzieht. Er kann mir sagen, dass er sich in der IBT gut aufgehoben fühlt, scheint die Therapiestunden zu genießen, hat klare Vorstellungen von dem, was er in dieser Zeit möchte. Er ist der Meinung, dass er noch viel an sich arbeiten müsse, und der Schwerpunkt der IBT für ihn derzeit im Thema „Regulierung von Nähe und Distanz“ liege *(Umgang mit Grenzen, Angrenzungs- und Abgrenzungsfähigkeit als Feinziel von Ich-Stärke als persönlichkeitsbestimmendem Ziel; LB)*.

In der 43. Stunde äußert Herr F., dass er sich selbst spüre, wenn er an der Wand entlangstreife, außerdem gebe die Wand nicht nach. Differenziertere Empfindungen kann er nicht benennen.

Während er in der 45. Stunde redet, läuft er wieder einmal im Raum herum und streicht mit der Hand an der Wand entlang. Darauf angesprochen, was er dabei empfinde (EA), kann er beschreiben, dass das Herumlaufen im Raum mit Unruhe zu tun habe und das Entlangstreichen an der Wand mit Halt. Als Intervention biete ich ihm an, sich einmal mit dem Rücken an der Wand anzulehnen und den Druck zu verstärken (LB). Zusätzlich rollt er dann den Rücken an der Wand ein wenig hin und her, was dazu führt, dass sein Empfinden von Halt intensiviert wird. Zum Thema „Halt“ benennt er dann in der Reflexion, dass ihm aktuell seine Musik Halt gebe *(Ressource aus der Vergangenheit, alte Welt)*, ebenso der Computer *(aktuelle, neue Ressource; neue Welt)*. Früher habe er

sich Halt von seiner Mutter gewünscht, ihn aber nicht von ihr bekommen (*retrospektiver Blick auf Mangelserfahrung*). Aktuell wünsche er sich Halt von seiner Freundin, sei sich jedoch nicht sicher, ob sie ihm den geben könne. Die Frage, ob er durch irgendjemanden aus dem Team Halt erfahre, beantwortet er mit „Ja! Von Herrn B. (*Psychologe*) und Herrn S. (*leitender Pfleger auf der Station*)“! (EE).

Herr F. zeigte in der Vergangenheit einen gestörten Tag- und Nachtrhythmus und kann den „normalen“ Rhythmus derzeit nur mit Hilfe von Medikamenten einhalten. Er stellt nun fest, dass er beginnt, einen Zusammenhang zwischen hellem, sonnigen Wetter und schlechter Stimmung zu erkennen und will das noch näher beobachten. So falle ihm auf, dass er sich jeweils in diesem und im letzten Frühling an besonders schönen Tagen schlecht fühle. Deutlich besser gehe es ihm ab beginnendem Herbst und Winter, und es sei ihm noch unklar, ob die Wärme auf seinen Kreislauf wirke oder ob er das Licht nicht möge (*Wahrnehmen eines Phänomens*). Gute Erfahrungen und schöne Erinnerungen an Sommer habe er aus einer Zeit, als er als ca. Fünfjähriger mit den Großeltern und den Eltern in Oberbayern war und sehr schöne Ferien erlebt hat (*retrospektiver Blick auf supportive Erfahrung in den ersten Lebensjahren*).

Er identifiziere sich zwar über seine „dunklen“ Anteile, erlebe die Dunkelheit der Nacht und die Kälte des Winters als angenehm, stelle jedoch mit Erschrecken fest, dass es „grauere“ Anteile gebe, die er durchaus anziehend finde. So bewundere er die Unauffälligkeit einiger Menschen auf der Station, speziell die des Herrn W. (*mit ihm entwickelt er mittlerweile über den Computer eine Beziehung*). In diesem Zusammenhang kann mit Herrn F. das Thema „Projektion“ besprochen werden (*Kognition*).

Als Ausdruck dieser inneren Veränderung sind seine Kleidung - hellere Farben und unauffälligerer Stil, die er bewusst einsetzt - sowie harmonischere Musik zu werten. Gleichzeitig erscheint er in Ansätzen weich mit der Sehnsucht nach einer romantischen Liebesbeziehung, auch wenn er sich noch oft ironisch und zynisch äußert. Zusätzlich entsteht der Eindruck, dass er zunehmend mehr Eigeninitiative und Eigenverantwortung entwickeln kann.

In der therapeutischen Beziehung zeigt er sich in den weiteren Stunden zunehmend offener. Er ist mittlerweile körperlich entspannter, wählt bequeme Sitzpositionen am Boden und ist eigeninitiativ in Bezug auf das jeweilige Thema, bringt manchmal stützende Musik mit und äußert sich klar, wenn er nach draußen gehen möchte. In der Regulierung von Nähe und Distanz als eines seiner Grundthemen zeigt er mir gegenüber mittlerweile deutlich mehr Sicherheit.

Nach einiger Zeit wird die Medikation niedriger dosiert. Er ist dadurch wacher, und es gelingt ihm gut, sich von den nun stärkeren Eindrücken abzugrenzen. Verbale Angriffe schwieriger Patienten auf der Station habe er in den letzten Wochen nicht mehr gemeldet, da er sich allein durch die Anwesenheit der Pflege geschützt gefühlt habe. Über seine zunehmenden Lockerungen sei er sehr zufrieden, freue sich, dass er zu einem Mittelalterevent begleitet wird. Er genieße Gesellschaft, sei eigentlich nicht gern allein, denn früher haben ihn seine Eltern zur Strafe auch schon einmal allein eingeschlossen (*korrigierende, supportive Erfahrungen - es ist jemand für ihn da!*; *Erinnerungen an belastende Erlebnisse im Sinne von Defiziten werden benannt*).

Er ist kooperativ und absprachefähig.

In der 46. Stunde erzählt er, dass er im Ausgang unerwartet seiner früheren Freundin B., der Mutter des gemeinsamen Kindes begegnet sei. Das habe ihn sehr getroffen; und es wird deutlich, dass es ihn nach wie vor schmerzt, dass er sich damals von der schwangeren B. getrennt hat. Er erzählt ein wenig über die damals an sich schöne Beziehung. Gegangen sei er, weil er damals merkte, wie zunehmend „fürchterlich chaotisch er drauf gewesen sei“ (*u. U. bereits psychotisch oder /und Drogenkonsum*), dass er sich B. so nicht mehr habe zumuten wollen“ (*verantwortungsbewusst; einfühlsam*) und es selbst in der an sich schönen Situation nicht mehr habe aushalten können. Nach wie vor sei die Entscheidung stimmig, dass er sich von B. und dem Kind getrennt habe.

47. Stunde:

Herr F. kommt müde zur Stunde. Nach der Nacht und oft intensiven Träumen brauche er morgens sehr lange Zeit, um in den Alltag zu finden. Er sehne sich so sehr danach, in wohligen Nichts aufgehoben zu sein, dort, wo alles schön und harmonisch sei. Diese große Sehnsucht wird für mich auch durch die Intonation seiner Stimme deutlich, mit der er erzählt. In diesem harmonischen, wohligen Nichts möchte er gehalten werden und sich sicher und wohl fühlen (*Bedürfnis nach Konfluenz; nach Regression; Erinnerung an seine schöne bunte Psychosewelt; Flucht vor der neuen, anstrengenden „Realität“?*). In der realen Welt der Ellenbogenmentalität habe er jedoch mittlerweile eine Möglichkeit gefunden, sich über Technik (*Umgang mit Handy, Computer als Kompetenz und Mittel zur Kommunikation als Neuorientierung*) zu verankern.

Wieder einmal geht es um das Thema „Hin und weg“, die Ambivalenz des Seins in Bezug auf Regulierung von Nähe und Distanz, den durchaus schmerzhaften Abschied von der Psychose, hinein in die soziale und gesellschaftliche Realität. Doch es gibt mittlerweile einen „Anker“ (*ein Anker – festes Metall gräbt sich in den Grund - gibt Halt, auch wenn das Schiff schwimmt; Wasser/Gefühl/flüssige Form/in Bewegung*).

Ich kann das sehr gut nachfühlen (EV), komme in Kontakt mit eigenen vergangenen Sehnsüchten nach „Aussteigen“ und „Auflösen“, mit meinem alten Leiden an der Leistungsgesellschaft und meinen großen Schwierigkeiten, dort meinen Platz zu finden, als großes Thema in meiner Biographie. So verspüre ich auch eine große Solidarität ihm gegenüber, und es gibt von mir aus sehr verstehende Schwingungen.

Ich biete ihm an, dass er sich im Raum einen guten Platz suche könne und es sich dort richtig wohlig ergehen lasse solle (*meine Intention: er soll herausfinden, wie er es sich aktiv in der „dreidimensionalen“, materiellen Welt wohlig und angenehm einrichten kann; Selbstwirksamkeit; Selbstfürsorge; LB*). Herr F. legt sich ein wenig von einer Wand entfernt auf den Boden und findet schnell heraus, dass es für ihn wichtig ist, den Kopf abzustützen, sich selbst zu halten. Loszulassen und damit die Kontrolle abzugeben scheint für ihn nicht passend zu sein, hingegen scheint es ihn zu stabilisieren, sich selbst zu spüren und zu halten. Im Hinblick auf „sich selbst spüren“ entsteht in mir der Impuls, ihm warme Sandsäckchen, die auf der Heizung liegen, anzubieten (ES). Er willigt ein, und ich bringe und reiche ihm so viele Säckchen wie er haben möchte (*ich Sorge für ihn; zwischenleibliche Zuwendung; Bemutterung*). Er nimmt die Säckchen gern an und legt sie sich an den Rücken und an den Bauch und belegt seinen Rumpf, seine Beine und Arme so weit damit, wie es die Seitenlage erlaubt. Auch hier vollzieht sich der Prozess im Sinne der *hermeneutischen Spirale*: er nimmt Wärme und Druck wahr, erfasst das als angenehm, versteht, dass ihn das gut stabilisiert und kann sich erklären, dass er sich damit in der „Realität“ etwas Gutes tun kann. Als Anregung für die Woche soll er in den nächsten Tagen ausprobieren, wie er sich „Gutes tun kann“. Diese „Hausaufgabe“ (Petzold, Orth 1993a) hat das Ziel, die neue Erfahrung ühend zu stabilisieren, und dabei auch zu üben, seinen Willen „für sich“ einzusetzen (Petzold, Orth 2008). Das Erspüren der wohltuenden, warmen Sandsäckchen, kann als eine „euthyme Erfahrung“ gesehen werden (Petzold, Moser, Orth 2012), die geeignet erscheint, wird sie konsequent angewendet, Neubahnung „sanfter Gefühle“ anzuregen (Petzold, Sieper 2012e).

In der nächsten Stunde berichtet er, dass er seit Jahren schon sehr gern mit dem Rücken an einer Heizung liege und seine Umwelt betrachte. Auch erzählt er seinen Traum aus der letzten Nacht, der ihn sehr nachdenklich stimme. Angeregt durch die inneren Bilder aus der germanischen Mythologie seiner Traumszenerie stellt er sich sowohl die Frage nach seiner persönlichen Gegenwart und Zukunft als auch die nach der Zukunft der Menschheit (*persönliche Prospektion; inwieweit fühlt er sich als Teil der Gesellschaft – Outsider oder Insider?*). Es tue ihm gut, über diesen Traum zu sprechen (*zunehmende Öffnung mir gegenüber; KK*). Das Angezogenensein von archaischen bzw. dunklen Mythen, „Mythen der Macht“ ist nicht untypisch für ein bestimmtes Milieu, in dem sich immer wieder psychotische und psychosegefährdete Menschen finden (Gothics, Black und Death-Metal Milieu, Petzold 2013b). Hier gilt es, Realitätsbezüge herzustellen und zu stärken und mythotropem Abgleiten gegenzusteuern (*ibid.*).

Herr F. nimmt an einer mehrtägigen Ferienfreizeit mit einigen Patienten von der Station teil. An einem Tag besuche ich die Gruppe und nehme an einer längeren Wanderung teil. Herr F. nutzt die Gelegenheit, um bei der Anfahrt zum Ausgangspunkt der Wanderung allein in meinem Auto mitzufahren. Er lässt sich trotz großer Müdigkeit dazu motivieren, an der Wanderung teilzunehmen.

Zum Abschluss dieses Halbjahres sei eine Äußerung von Herr F. bezüglich seines „Outfits“ (*Identität*) aus einer Stunde „Soziales Lernen“ erwähnt, in der er allein anwesend war, und die ich von daher auch allein durchgeführt habe. Sein „Mäntelchen“ (offener, schwarzer langer Ledermantel) verleihe ihm Macht, denn die Menschen weichen ihm aus, er habe freie Bahn, und es komme nicht zu Körperkontakten. Die „Tarnjacken“ (unauffällige Outdoorjacke) lassen ihn unauffällig erscheinen, er müsse dann häufiger ausweichen, und es komme zu Berührungen (*EE*).

Es wird deutlich, dass Herr F. über eine differenzierte Selbst-, Fremd und Situationswahrnehmung verfügt. Er kann seine Befindlichkeit, seine Wahrnehmungen und seine Verletzbarkeit zunehmend besser einschätzen und sich entsprechend abgrenzen bzw. Hilfe holen (*Ich-Kompetenzen*). Die Abgrenzung von mir, von zu starken Reizen, von schlechten Einflüssen und von illegalen Suchtmitteln gelingt derzeit.

Seit einigen Wochen nimmt Herr F. am Walken im Gelände teil. Hier benennt er, dass er sich dabei spüre (*LB*). Er kann durchaus ein zügiges Tempo über 20–40 Minuten halten. (zum integrativen, therapeutischen Lauf- und Ausdauertraining vgl. *van der Mei, Petzold, Bosscher 1997; Waibel, Petzold Z*)

11.4 Viertes halbes Jahr: 50. - 62. Stunde „Neuer Boden für Rückblicke und Neuorientierungen“

Im Kontakt erlebe ich Herrn F. insgesamt authentisch und offen, er kann seine jeweiligen Grenzen klar benennen, emotionale Bewegung und Berührung sind für mich wahrnehmbar (*unbewusster Ausdruck von Gefühlen gelingt*). Die therapeutische Beziehung gestaltet sich mittlerweile hinsichtlich zentraler Themen offener.

Aufgrund einer Gewichtszunahme infolge der Psychopharmaka und der damit verbundenen Einschränkungen wie Belastung der Gelenke, Kreislaufbelastung und einer deutlichen Einschränkung der Beweglichkeit fällt es Herrn F. schwer, sich in seinem Körper „zu Hause“ zu fühlen. Er leidet darunter und distanziert sich in der Folge von körperlichen Übungen (*Abwehr*), die ich deswegen immer wieder einmal vorschlage, damit er dennoch einen spürenden Bezug zu seinem für ihn derzeit sich so unangenehm verändernden Körper aufnimmt (*Veränderung des Leib-Selbst(?); offensichtlich versucht er, den Körper „auszublenden“, um Einschränkungen nicht wahrnehmen zu müssen – erneute Anästhesierung?; LB*). Er beschreibt seinen Zenit als überschritten. Er akzeptiere diese Begrenzungen zugunsten eines geregelten Tag-Nacht-Rhythmus, damit er nicht durch chronisches Schlafdefizit psychosegefährdet sei (*in diesem Fall geht er sehr verantwortungsvoll mit sich und seiner Krankheit um; Ich-Kompetenz*). Als ein wesentliches Ziel formuliert er später auch, perspektivisch verantwortlich mit der Krankheit leben zu können. (*Kontextbezogenes Ziel: Handhabung von Umwelteinflüssen als Erkennen von Risikoeinflüssen entsprechend der eigenen Vulnerabilität*). So strebe er die Kompetenz an, später einmal bei psychotischem Erleben sofort selbständig Hilfe organisieren zu können.

Er beschreibt die Beziehungen zu einigen männlichen Pflegern und zu seinem Therapeuten Herrn B. als stützend, erlebt sie z.T. als Vorbild (*supportive Beziehungen*). Er weiß, dass er auf Männer bezogen ist, da er auch als Kind den Vater zuverlässig als Vorbild (*exzentrischer Blick auf seine Sozialisation*) gehabt hat. Er benennt jedoch, dass dadurch, dass ich in der IBT kontinuierlich und zuverlässig für ihn da bin, ihm auch eine Beziehung zu mir möglich geworden sei (*KK*). Die Beziehung sei durch diese zuverlässige Kontinuität geprägt (*therapeutische Beziehung ist in diesem Aspekt gelungen*). Von seiner Mutter kenne er dies nicht (*Retrospektive auf Erfahrung eines Defizits; hier vergleicht er mich mit seiner Mutter; d.h. dass keine Mutterübertragung auf mich vorliegt, sondern dass er mich - in meiner Funktion/Person - sieht; gleichzeitig macht er eine neue Erfahrung in der Beziehung mit mir als Frau; Neuorientierung*).

Seine Mutter habe geduldet, dass seine Oma ihm den linken Arm festgebunden hatte, als er als Kleinkind „mit links“ zu hantieren begann. Während er erzählt wird er zwar traurig, behält jedoch die Fassung (*emotionale Involvierung*). Kurze Erinnerungsbilder tauchen in den nächsten Tagen auf. Er geht davon aus, dass er ein umerzogener Linkshänder ist und stellt sich die Frage, was ihm dadurch alles verbaut wurde.

An dieser Stelle sei kurz Wichtiges aus dem „Sozialen Lernen“ erwähnt: Zu viel Freiheit habe nach Herrn F. dazu geführt, dass er sich zerstört habe. Schließlich sei ein großer Wunsch nach Versorgung entstanden, nun sei er versorgt, habe dafür aber keine Freiheit mehr, dennoch sei es stimmig für ihn. Lediglich kleine, zusätzliche Freiheiten wie z.B. ein Kinobesuch nach 22:00 Uhr seien noch erstrebenswert.

Eine kognitive Differenzierung von Gefühlen zeigt er zunächst hauptsächlich bei „negativen, dunklen Gefühlen“. Er kann unterschiedlichen Gefühlen jeweilige körperliche Regungen zuordnen, ist lebendig im Ausdruck und wach in der Aufmerksamkeit. Auch weiterhin zeigt er sowohl eine Hinwendung zur Welt als auch den Wunsch nach „Eremitentum“.

In der 54. Stunde macht er noch einmal deutlich, dass er sich in seinem Körper nicht mehr wohl fühle. Auch beschreibt er, dass er in seiner persönlichen Entwicklung in zunehmendem Maße sensibler und offener auch für harmonischere Musik werde und entsprechend die Umwelt und viele Reize und Einflüsse als aggressiver erlebe (*zunehmend verletzbar, weil weicher und feinsinniger*). Bereits als Jugendlicher habe er sich bewusst von der massiven Leistungsgesellschaft abgewendet und sich ihr verweigert und sich an den Rand der Gesellschaft (*Drogenszene*) begeben (*kontinuumsbezogene Perspektive; biographischer Rückblick*). Nun wolle er auch hier nicht mehr sein (*bewusste Abwendung von bisheriger Identität stiftender „social world“*). Ich ermutige ihn, seine Befindlichkeit und seine Bedürfnisse auch weiterhin wahr- und ernstzunehmen (*LB*), sich zu schützen und sich gezielt wohltuende Reize zu suchen, in der Gewissheit, dass sich das Ausmaß an stützenden Einflüssen, Kontakten und Beziehungen – wie z.B. mittlerweile die Freundschaft mit Herrn W., die therapeutischen Beziehungen – vergrößert, so dass er sich auf diese Weise eine förderliche Umwelt mit förderlichen Beziehungen erschaffen könne (*anstehender Übergang; bewusster, sukzessiver Aufbau einer neuen „social world“*).

Er spielt mir eine sehr traurige Musik vor, die ihm zurzeit wichtig ist. Er gibt mir den englischen Text zu lesen – es geht um tiefste Enttäuschung, Einsamkeit, nicht mehr leben können und wollen, verlassen worden sein, um eine vergangene und enttäuschte Liebe, um Sehnsucht, auch um Todessehnsucht (*„seine Musik“ als Ausdruck für seine Emotionen; er teilt sich über die Musik und die Texte mit; Intersubjektivität*). Er kann erkennen und benennen, dass ein sehr dunkles Kapitel seines Lebens beendet und die neue Entwicklung erst in zartesten Anfängen zu fühlen sei (*EE*). Er ist sehr traurig, fast ein wenig verzweifelt, sehr bewegt und sehr authentisch, grenzt sich jedoch von vertiefenden Fragen klar ab, fordert Pausen im Gespräch ein (*Übergang als Krise; Destabilisierung seiner bisherigen Identität – psychisch, aber auch vor dem Hintergrund der körperlichen Missempfindungen; Veränderungen im Leib-Selbst*). Ich frage ihn, ob er suizidale Absichten habe, doch er betont eindeutig und glaubhaft, dass er nicht suizidal sei, auch wenn die Gefühle von Einsamkeit und Dunkelheit sehr massiv waren und seien.

In der 55. Stunde lässt er sich in der letzten Stunde des Jahres auf ein Resümee des vergangenen Jahres ein: einzelne Sandsäckchen stehen für wichtige Dinge des Jahres (*Reflexion: Standortbestimmung, Bewusstseinsarbeit, Identität stiftend*), das er als „das“ entscheidende Jahr für sich wertet: erhebliche Ausweitungen der Lockerungen; Anschaffung von wichtigen Gegenständen; verbesserte Fähigkeiten zur adäquaten Abgrenzung von nicht förderlichen Einflüssen, Kontakten und Beziehungen aufgrund zugenommener Sensibilisierung für eigene Bedürfnisse; verstärktes Meiden von Konflikten; Bedürfnis nach harmonischerer Musik, nach Ruhe bei nach wie vor vorhandenen inneren Tumulten und Unruhe; eine Trennung von Innen und Außen - er übertrage Tumulte und Unruhe nicht mehr nach außen und stimuliere dies auch nicht mehr durch

Außenreize wie entsprechende Medieninhalte wie heftige Musik und Horrorfilme-; Wahl- und Entscheidungsmöglichkeiten und -fähigkeiten in Bezug auf seine Kleidung; konstruktive freundschaftliche Beziehung zu Herrn W., der mittlerweile in die Langzeitbeurlaubung in ein Wohnheim verlegt wurde; mehr Vertrauen und Offenheit zu mir in Bezug auf für ihn existentielle Themen; sein Umgang mit der Krankheit (*Ich-Kompetenzen*).

Herr F. überblickt seine Entwicklung selbständig, kann die einzelnen Aspekte recht zügig und klar benennen (*differenzierte verbale Ausdrucksfähigkeit als Kompetenz und Ressource*) und schaut schließlich sehr zufrieden auf den Verlauf des Jahres. Als Ziel für das nächste Jahr (*Prospektion; Lebensentwurf*) formuliert er die Langzeitbeurlaubung ins Wohnheim, könnte jedoch auch akzeptieren, wenn dies erst im übernächsten Jahr gelänge.

In der ersten Stunde des neuen Jahres möchte er einen Spaziergang machen und wünscht sich für das Jahr ein zunächst langsames Entwicklungstempo, um das bislang Erreichte festigen zu können (*sehr realistische Selbsteinschätzung*). Er hat über Silvester Herrn W. im Wohnheim besucht und kann sich gut vorstellen, auch in dieses Wohnheim verlegt zu werden. Der wesentliche Grund dafür sei die dort vorhandene unterstützende Nähe zu Herrn W. (*mittlerweile auch eine supportive Beziehung*).

Es entwickelt sich das Thema „Respekt“ – vor ihm selbst und auch vor anderen und Herr F. formuliert dies auch als ein großes Ziel (*persönlichkeitsbestimmtes Grobziel*) für das neue Jahr. Im Hinblick darauf mache ich ihn darauf aufmerksam, dass es für ihn z.B. wichtig sei, seine Worte sorgsam und gezielt zu wählen, um unnötige Konflikte und Verletzungen zu vermeiden, aber auch, um einen respektvollen, wertschätzenden Umgang mit sich selbst zu üben (*Vorschlag zur Korrektur seines bisherigen sprachlichen Ausdrucks/Stils als Ausdruck seiner inneren Haltung; wenn er seine wertschätzenden Worte hört, wirken diese wiederum als Eindruck - auch auf ihn selbst; in diesem Sinne erschafft er durch bewusste Wortwahl eine neue Realität; Selbstwirksamkeit; KK; PI; PW*).

Zusätzlich erlebt er das bisherige gemeinsame Wohnen mit Herrn O. in einem Zimmer als sehr angenehm und konnte besonders durch die Art, in der dieser bislang eigene Grenzen benannte und ihm gegenüber Kritik äußerte, diese Kritik annehmen. Da Herr O. bald verlegt wird, rege ich ihn dazu an, ihm dies zum Abschied auch einmal zu sagen (*Umsetzen/Einüben wertschätzender Kommunikation als ein Aspekt sozialer Kompetenz; KK*). Herr F. wünscht sich eine Therapiepause, was ich gut akzeptieren kann (*EV; ES*), denn in den letzten Wochen gab es für ihn viel innere und äußere Bewegung.

Nach vier Wochen Pause trägt Herr F. einen neuen Button als Symbol für eine gemäßigttere Gangart und Richtung: „Der alte – das Symbol für 16 Jahre Heavy Metal – ist ‚einfach‘ verschwunden!“ (*Ausdruck innerer Veränderung, zur Metal-Culture, vgl. Petzold 2013b*).

Nachdem nun auch Herr O. verlegt sei, fühle auch er sich bereit und ausgerichtet auf die Unterbringung ins Wohnheim und sei auf eine örtliche Neuorientierung - auch in eine andere Stadt - ausgerichtet. Hier in der Klinik habe er keine förderlichen Beziehungen mehr. Er strebe regelmäßige Besuche bei Herrn W. an (*mittlerweile feines Gespür für förderliche Einflüsse*), in dieser Beziehung erlebe er ein Gleichgewicht von „Geben und Nehmen“. In Bezug auf Konflikte mit Patienten auf der Station (*sein Problem: unangemessenes Konfliktverhalten bei ursprünglich mangelnder Impulskontrolle; statt körperlicher Angriffe neigt er durchaus noch zu einer „spitzen Zunge“; verbaler Stil;)* habe er in den letzten Jahren die erfolgreiche Strategie entwickelt, Eskalationen von Konflikten dadurch zu vermeiden, dass er mit den jeweils Beteiligten erst im Nachhinein gesprochen und seine Meinung gesagt habe, wenn die Emotionen abgekühlt sind (*Steuerung seines Verhaltens gelingt; Impulskontrolle gelingt*).

Vor dem Hintergrund seiner „Aufbruchstimmung“ schlage ich Herrn F. vor, schriftlich zu sammeln, was er als „Gepäck“ im Sinne von Rüstzeug für eine perspektivische Verlegung mitnehmen kann (*exzentrischer Blick auf Ressourcen im Sinne persönlicher Stärken und erworbener Kompetenzen; PZ*).

Er schreibt auf:

- „Worte ... sanft wie eine Wolke; stark und unnachgiebig wie ein Baum; verletzend wie ein Schwert; die Wahrheit wie einen Mantel reichend“
- Innehalten in der Krise
- meine Meinung vertreten
- auch mal verbal (un-) angemessen attackieren
- sanfte, wahre Worte, die angemessen bis ironisch (..?..), so dass sie angenommen werden
- Alltagsfertigkeiten in der Realität trainieren und bei unverarbeiteten Krisen Rücksprache halten

(*Schwerpunkt: verbaler Ausdruck; Konfliktverhalten*)

In Bezug auf sein Konfliktverhalten berichtet er beim nächsten Termin, dass er in der letzten Woche am Fußballstadion nach einem Spiel beim Flaschen sammeln (damit bessert er sein Taschengeld auf) von einem anderen Sammler verbal angegriffen und körperlich bedrängt worden sei (*Revierkampf*). Es sei ihm gelungen, nicht auf diesen Angriff einzugehen, sondern sich ruhig zu entfernen (*Affektregulation, angemessenes Konfliktverhalten*). Herr F. wünscht sich, dass sich ihm noch weitere Möglichkeiten eröffnen, auf diese Weise „in freier Wildbahn“ soziale Fertigkeiten zu üben (*Ziel: Einüben von Performanz der erworbenen Kompetenzen*).

Im Weiteren denkt er konstruktiv über ein zukünftiges Leben in einem Wohnheim nach und entwickelt Ideen zur Tagesstrukturierung. Dabei ist er sich seiner recht guten lebenspraktischen Fertigkeiten bewusst – kann kochen, möchte sich dort selbst versorgen, schafft sich Kochgeschirr an und weiß, dass er sparsam wirtschaften kann (*Ressourcen; Selbstwahrnehmung; Selbsteinschätzung; internale Positivkonzepte*). Im Blick auf die Zukunft wird ihm deutlich, wie viel Unterstützung er diesbezüglich hier auf der Station noch bekomme, wie wichtig und wohltuend ihm die über Jahre gewachsenen Beziehungen zu einigen Pflegern und zu seinem Therapeuten seien, von denen er sich angenommen und unterstützt fühle – so wie er sei (*zeittextendierte Entwicklungsförderung als wirksame aktuelle Unterstützungsfaktoren; positive Lernerfahrungen im stationären Alltag*). Ihm wird bewusst, dass er sich einen fließenden Übergang in dem Sinne wünscht, dass er auch vom Wohnheim aus noch Kontakt zur Station haben kann (*mittlerweile klare und gute Ausrichtung auf die Zukunft; dadurch bedingt ein wertschätzender Blick auf die aktuellen stabilisierenden, supportiven Beziehungen und Bedingungen; plant einen für sich passenden Übergang -*

analog zu jemandem, der sein Elternhaus verlässt; gute Einschätzung der Situation; gute Selbsteinschätzung;).

Auf sein psychotisches Erleben angesprochen äußert er, dass er sich mittlerweile deutlich stärker in der Realität verankert fühle und zudem auch wisse, wie er sich bei Bedarf Hilfe holen könne. Wenn auch der Abschied aus „der eigenen Welt“ mit Wehmut verbunden sei, so sei er doch mittlerweile sicher, dass er auch „Anderes“ bekommen werde.

Eine Woche später konkretisiert er, dass er in den Anfangswochen/-monaten nach dem Wechsel in das Wohnheim in einer anderen Stadt ein Mal pro Woche einen Gesprächstermin mit ihm vertrauten Personal von der Station als therapeutische Begleitung wünsche (*nimmt sein Bedürfnis wahr, äußert es; macht konkreten Vorschlag; übernimmt Verantwortung für sich selbst*).

Im Team wird entschieden, dass dies durch die IBT erfolgen soll.

Nach der Vorstellung im Wohnheim gibt ihm der Psychologe eine gute Rückmeldung bezüglich seiner Selbstdarstellung (*Fremdattribution*). Dennoch zeigt Herr F. Sorge, ob er sich angemessen dargestellt habe (*Selbstzweifel in Anbetracht einer Situation außerhalb des vertrauten Umfeldes*). Ich bestätige die Aussage des Psychologen (*PI*).

Er berichtet über eine neue, freundschaftliche Beziehung zu einer Frau, durch die er auch zur Ruhe komme und Kraft gewinnen könne. Dennoch erkenne er deutlich, dass es für ihn besser sei, diese Beziehung nicht zu intensivieren (*Einschätzung förderlicher/nicht förderlicher Beziehungen gelingt*).

Eine Zeitlang gelingt es ihm, sich auf der Station von z.T. provozierenden Bemerkungen anderer Patienten zu distanzieren, indem er sie ignoriert. Er hofft, dadurch das Verhalten der anderen „löschen“ zu können. Dennoch kommt es schließlich zu Konflikten mit speziell einem Patienten. Bei der Suche nach der Ursache dafür, warum Herr F. in diesem Fall emotional so stark reagiert (*wahrnehmen; erfassen*), kann er erkennen, dass er neidisch ist, dass dieser Patient als erstgeborener Sohn wie ein „Pascha“ in seiner Familie gilt. Er selbst sei auch ein erstgeborener Sohn, doch in seiner Familie gebe es einen großen Scherbenhaufen (*defizitärer familiärer Support*), wengleich die Beziehungen zu Vater und Bruder den Umständen entsprechend gut geworden seien (*Gewinn positiver Beziehungen*). Auch sei er froh darüber, seine Oma noch einmal gesehen zu haben. Insgesamt gebe es für ihn sehr viel Schmerz im Zusammenhang mit seiner Familie (*Familie tritt in den Vordergrund; ebenso die dazugehörigen Emotionen, die er benennt*). Er verstehe, dass er aus diesem Grund häufig sehr ärgerlich auf Herrn E. reagiere, insbesondere dann, wenn dieser seine Familie nicht schätze, sondern seiner Meinung nach ausnutze (*erklären*). Er selbst habe einige Jahre „in der Szene“ verbracht (*Drogenmissbrauch, negativer amikaler Konvoi, schwacher sozioökonomischer Kontext; Fehlen protektiver Faktoren; gescheiterte Adoleszenz; negative Zukunftserwartungen*). Eine Szenedisco, in der er auch einen kleinen Job hatte, sei über viele Jahre hinweg seine Ersatzfamilie gewesen, mit allem Guten und auch Schlechten. Einerseits habe dort ein „hartes Milieu“ geherrscht, andererseits sei von ihm dort gefordert worden, keine „harten Drogen“ mehr zu nehmen (*protektiver und supportiver Einfluss im Randgruppenmilieu*). Das „D...“ sei von daher auch ein Teil seiner Identität und wenn z.B. jemand wie Herr E. darüber herziehe, sei er an diesem Punkt auch sehr verletzbar. Es ist deutlich, dass Herr F. tief berührt ist, und seine starken emotionalen Reaktionen auf die benannten stationären Konflikte Hinweise auf alte Verletzungen sind. Von daher besprechen wir vor dem Hintergrund dessen, dass er ja auch an seiner Biographie arbeiten will, dass er in der nächsten Zeit einmal versuchen könne, genauer hinzuspüren, ob und wenn welche situationsunabhängigen Gefühle aktiviert werden, wenn er verbal angegriffen werde oder sich über das Verhalten von Herrn E. oder anderen ärgere (*Schärfung der emotionalen Wahrnehmung; Einüben von Exzentrizität; kontinuumsbezogene Ausrichtung; EE; LB*). Herr F. sagt, dass ihn das alles sehr anstrengt, und er erscheint mir recht „mitgenommen“, so dass ich ihn darauf anspreche, was er jetzt nach der Stunde zu tun gedenke (*LB*). Er plant, den Rückweg zur Station länger zu gestalten und

angenehme Musik zu hören (*Selbstfürsorge: Selbstausdruck und emotionale Selbstregulation über Musik als Kompetenz*).

62.Stunde:

Zwei Wochen später kann Herr F. im Gespräch über weitere Konflikte mit anderen Patienten auf der Station erkennen, dass er sich seit den Verlegungen von Herrn W. und Herrn O. in seiner Position auf der Station nicht mehr wie bislang sicher, sondern nun allein fühle (*EE; Verlust wichtiger gewachsener Beziehungen im Stationsalltag*). Diesem Schmerz über die Abschiede habe er als Aggression gegenüber den anderen Patienten Ausdruck gegeben. Anschließend berichtet er, dass er speziell in Geschäften, in denen TV-Geräte mit Flachbildschirm angeboten werden, starke Schweißausbrüche bekomme und sich sehr unwohl fühle (*wahrnehmen; erfassen*). Ich frage nach, woran das liegen könne (*EE*), und er *erkennt*, dass er sich in diesem Ambiente – Verkäufer mit Krawatte und Anzug – mit seinem Wunsch nach einem solchen Gerät seiner Position „am Rande der Gesellschaft“ sehr bewusst werde. Während er früher stolz gegen die „Spießbürgerlichkeit“ rebelliert habe (*oppositionelles Verhalten gegenüber der Gesellschaft*), dominiere nun der Aspekt des „sich nicht angenommen Fühlens“ (*die Gesellschaft schaut kritisch auf ihn; durch den §63 ist er „ausgegrenzt“*). Er erklärt sich das dadurch, dass seine Eltern ihn früher häufig „herumgereicht“ haben (*sich nicht wert geschätzt fühlen; „zuviel“ sein; im Wege sein; wenig beachtet werden*), da die Mutter berufstätig war, und er es sich deswegen als Kind sehr stark gewünscht hatte, Eltern zu haben, von denen einer für ihn da gewesen wäre (*[subjektive] emotionale Deprivation; Defizite*). Außerdem habe er sich von seiner Mutter nicht verstanden gefühlt (*mangelnde Empathie und damit auch mangelndes Modell für emotionales Lernen; wie mag die emotionale Differenzierung erfolgt sein?*).

So berichtet er heute auch über „seine“ Diagnose einer „frühen Störung“, die er im Rahmen einer wissenschaftlichen Untersuchung des ... -Institutes zu einem eingegrenzten Thema des Maßregelvollzugs erhalten habe. Er begründet dies damit, dass seine Mutter nach seiner Geburt wegen „irgendwelcher Brustprobleme“ ca. sechs bis neun Monate lang im Krankenhaus bleiben musste, und Oma und Vater sich um ihn gekümmert hatten (*das weist auf eine sicherlich ernsthafte Erkrankung der Mutter hin*). Ich erkläre ihm *psychoedukativ* anhand der Entwicklungspsychologie (*EE*), dass er dadurch sicherlich an Oma und Vater gebunden und die Mutter für ihn dann, als sie nach Hause kam, zunächst eine „Fremde“ war, die er deswegen ablehnte (*Kognition: „ich erkläre ihm die Welt“*). Seine negative *Selbstbewertung* „ich bin aggressiv, weil ich ihr das Fläschchen aus der Hand geschlagen habe und sie gebissen habe“ wird durch diese Sichtweise korrigiert, so dass es zu einer *Umbewertung (Reframing)* seines Verhaltens und seiner Biographie kommt (*PI; sicherlich war es auch für die Mutter schwierig, nach der Krankheit und dem langen Krankenhausaufenthalt die alltägliche Verantwortung für das Kind zu übernehmen, so dass sich u.U. ihre Anspannungen im tonischen Dialog auf den Säugling übertragen haben*).

Nun beschreibt Herr F. zwei Typen von Frauen, zu denen er sich hingezogen fühlt – der eine Typ: schön, attraktiv und schlank, der andere Typ: füllig, mit breitem Becken und großen Brüsten. Beim zweiten Typ verspüre er jedoch keinerlei sexuelle Ambitionen. Im Erforschen möglicher Ursachen (*EE*) kann er erkennen, dass er auf diesen Frauentyp seine kindlichen Bedürfnisse nach Mütterlichkeit richtet. Die reale Nähe zu einer Frau sei bislang immer „irgendwie“ schwierig gewesen, so dass es entweder Streit gegeben oder er sich dann zurückgezogen habe. Ich erkläre ihm, dass es möglich sein könne, dass sich in der körperlichen Nähe zu einer Frau seine kindlichen und erwachsenen Bedürfnisse mischen (*EE*). Er scheint sich gesehen zu fühlen, ist emotional deutlich gerührt (*EV; ES*). Ihm wird klar, dass seine unterschiedlichen Bedürfnisse nicht von einem dieser bislang bevorzugten Frauentypen erfüllt werden können und er von daher in jedem Fall enttäuscht ist und sein wird und kann seine Probleme mit den bisherigen Partnerinnen verstehen (*EE*). Er gewinnt emotionalen Zugang zu seinem Schmerz über den Mangel an verlässlicher, kontinuierlicher Zuwendung durch die Mutter und möchte dem in der nächsten Zeit auch Raum geben. Ich weise Herrn F. darauf hin, dass er malen, schreiben oder Gespräche suchen könne (*EA*). Da er sehr berührt ist, bittet er mich darum, ihn zur Station zu begleiten (*ES*).

Herr F. hat sich derzeit zentralen persönlichen Themen auch emotional angenähert. Er verfügt über eine gute *Introspektions-* und *Reflexionsfähigkeit*, und unsere therapeutische Beziehung erscheint mir mittlerweile tragend. Von daher denke ich, dass durch sein eingangs formuliertes *kontinuumsbezogenes Ziel* der Bearbeitung problemrelevanter lebensgeschichtlicher Ereignisse, die Auswirkungen auf die aktuelle Situation haben, - „Arbeit an der Biographie“ -, eine Versöhnung mit der eigenen Geschichte möglich sein (*EE*)

und auf dieser Grundlage eine positive und passende Verankerung in der gesellschaftlichen Realität angestrebt werden könnte (PZ).

11.5 Fünftes halbes Jahr (63. – 80. Stunde): „Stabilität als Grundlage für Verstehen, Erklären und Perspektiven“

63. Stunde:

In dieser Stunde gelingt es Herrn F., mir zu erzählen, dass seine Mutter ihm im Alter von ca. 6 Jahren unvermittelt in den Penis gekniffen habe, als er trotz ihres Beschlusses, dass im Flur niemand mehr nackt herumlaufen solle, er es dennoch nach dem Baden einmal getan habe (*Traumatisierung; Opfer; Angriff auf die Wurzel seiner Männlichkeit*). Für ihn sei das überhaupt nicht nachvollziehbar und logisch gewesen, schließlich sei auch die Mutter von Zeit zu Zeit nackt aus dem Badezimmer in den Flur gekommen. Warum habe dieses Verbot nicht auch für sie gegolten? Herr F. ist angespannt, redet aufgeregt, schnell und viel in einem Schwall und betont, dass er bis heute die Verknüpfung „Frauen kommen mir zunächst nahe und dann tun sie mir weh“ als Muster in sich trage (*Übertragung auf Frauen*). Er betont, dass er bis heute gebraucht habe, um mir in der IBT davon zu erzählen (*stabiler persönlicher und intersubjektiver „Boden“ scheint gegeben zu sein – außerdem ist das Ende der IBT in Sicht*). Aus meiner *Gegenübertragung* heraus bin ich sehr erschrocken und besorgt und denke, dass ich ihn jetzt und in Zukunft auf keinen Fall verletzen darf. In der Situation bin ich nicht auf die Idee gekommen, ihm auf der *Metaebene* zu erklären, dass Nähe zuzulassen und zu erleben immer auch die Möglichkeit des Schmerzes impliziert. Stattdessen bemühe ich mich zunächst einmal um eine besonders behutsame Haltung ihm gegenüber (*EV; ES*).

Er erklärt, dass er nach den IBT Stunden häufig sehr berührt und aufgewühlt sei, danach jeweils Zeit brauche, um nachzudenken und nachzuspüren.

Wiederholt formuliert Herr F. als eindeutiges Ziel seiner weiteren Therapie, mehr Sicherheit im Umgang mit Frauen entwickeln zu wollen, vorzugsweise in realen Kontakten, z.B. in der Cafeteria, doch insbesondere als „Üben“ mit dem weiblichen Pflegepersonal auf der Station, da hier durch die Rollen ein Sicherheitsabstand gegeben ist. Vor dem Hintergrund seines ihm bewussten Musters (*Narrativ; Übertragung*) „Frauen verletzen mich“ will er sich auch darin üben, die aktuelle Realität zu sehen (*präzise Wahrnehmung der aktuellen Situation*) und zu gestalten (*Verantwortung für eigenes Handeln; Selbstwirksamkeit; Verflüssigung des Narrativs*). Ich rege ihn dazu an, sich dabei selbst zu schützen und dann abzugrenzen, wenn es erforderlich ist (*LB*).

Er ist sich seiner kindlichen Bedürfnisse nach Nähe, Schutz und Bemmutterung bewusst und kann sie zunehmend wahrnehmen. Ich erkläre ihm, dass er als erwachsener Mann durchaus selbst für diese kindlichen Anteile Sorge tragen könne, wenn er damit im Kontakt ist (*PI*). Er berichtet, dass ihm dies in Ansätzen bereits gelinge. Er hält sich jedoch für nicht liebenswert, habe ein sehr geringes Selbstwertgefühl, wahrscheinlich aufgrund von geringer Selbstachtung. Er wird sich auch des Musters bewusst: „Ich wurde verletzt und konnte mich damals nicht wehren und in der Folge verletze ich andere, wenn ich sie als schwächer erlebe“ und bezieht dies auf sein – in Ansätzen durchaus dissoziales - Verhalten gegenüber einigen Patienten auf der Station (*am Modell gelernt; von der Opfer- in die Täterrolle*). Wiederholt wird ihm deutlich, dass er sich bislang gut von mir als Frau in der therapeutischen Beziehung abgrenzen und schützen konnte, indem er seine jeweilige Belastungsgrenze hinsichtlich Themen, Interventionen und Pausen in der IBT wahrgenommen und benannt hat, so dass er den Prozess gut steuern konnte.

Vor diesem Hintergrund ist es interessant, dass er die Zahnärztin gewechselt hat und nun sehr zufrieden darüber ist, dass die neue Ärztin jeden Arbeitsschritt und eventuell auftretende Schmerzen genau ankündigt und beschreibt, so dass er sich gut vorbereiten kann und nicht hilflos ausgeliefert ist (*kein Opfer mehr in der Situation „erst kommt sie mir nahe und dann tut sie mir weh“; Selbstwirksamkeit*).

In der folgenden Stunde erzählt er aus seiner Biographie: Als Kind sei er sehr früh und insgesamt viel allein gewesen. So mochte er z.B. bereits als 5-6 jähriger nicht mit in die großen Einkaufszentren fahren (*evtl. ein Hinweis auf eine Tendenz zu hoher Sensibilität gegenüber äußeren Reizen?*) und habe seine Eltern bei den großen Einkäufen nicht begleitet. Von daher habe er es schon früh gelernt, sich selbst das Essen zuzubereiten (*Defizite hinsichtlich einer Versorgungskonstanz, Präsenz der Eltern, emotionaler Zuwendung; maligne Progression in Bezug auf Selbständigkeit; entwickelt sich jedoch als Ressource hinsichtlich einer Selbstversorgung*). Er war ca. 10 Jahre alt, als seine Mutter aus der gemeinsamen Wohnung ausgezogen sei. Nachdem er im Sommer von einem Ferienlager an der Nordsee nach Hause zurückgekehrt sei, war sie einfach weg. Der Vater habe keinerlei Erklärungen dazu gegeben (*u.U. traumatische Erfahrung – auch wenn die*

Beziehung zur Mutter gestört war; dysfunktionaler Kommunikationsstil – auch zwischen Vater und Sohn; Herr F. wird die „Welt nicht erklärt“; es bleiben unbeantwortete Fragen; der Junge wird nicht respektiert, in seinen Bedürfnissen nicht erkannt und gesehen; Gefühle haben keinen Raum, werden nicht gezeigt und benannt, werden nicht kommuniziert, und Herr F. bleibt mit seinen Fragen und Gefühlen allein). Mir fällt dazu ein, dass er immer wieder benennt, dass er den Sommer mit Licht und Wärme nicht mag (*Erklären?*) Von da an sei er an den Nachmittagen meist allein gewesen, habe mit 13 Jahren zum ersten Mal Klebstoff geschnüffelt, sei mit einigen Mädchen aus dem Haus herumgezogen (*u.U. Beginn eines negativen amikalen Konvois?*). Insgesamt sei er sehr froh darüber, jetzt hier nach wie vor im MRV zu sein: er sei versorgt, und immer kümmere sich jemand um seine psychischen Belange (*nachträgliche Bemutterung; Nachsozialisation*).

Durch einen Fernsehbericht über den hohen Medienkonsum von Kindern, deren dominantes Gefühl Traurigkeit ist, kommt er in Kontakt zu seinen eigenen Erfahrungen und Gefühlen von Traurigkeit und Einsamkeit als Kind. Neu ist, dass er über seine Mediengewohnheiten erzählt: von brutalen Inhalten während der Zeit seiner Psychose hin zu phantastischen Dramen und Tragödien sowie zu realistischen Verbrechensermittlungen in der Gegenwart. Immer wieder sind seine Essattacken ein Thema. Mittlerweile ist er sich darüber bewusst, dass diese neben den Medikamenten auch durch seine Hungererfahrungen (*psychophysischer Stress*) aus der Zeit bedingt sind, in denen er kaum Geld für Nahrung hatte. Wir besprechen Möglichkeiten der Verhaltensänderung (*LM*), denn Herr F. möchte nicht noch mehr zunehmen (*kognitive Aspekte zur Neuorientierung*). Als Verstärker gilt der erfolgreich veränderte Umgang mit dem vormals übermäßigen Kaffeekonsum.

67. Stunde:

In Bezug auf Frauen habe er nach wie vor Angst davor, von einer Frau abgelehnt oder verletzt zu werden. Wenn ihn ein Mann ablehne, so mache ihm das weniger aus. Ich frage ihn, wie es ihm in der Beziehung zu mir als Frau gehe (*KK; Konfrontation mit der Realität; Metakommunikation über die therapeutische Beziehung*). Hier sei es für ihn nach wie vor notwendig, dass er mein Geschlecht ausblende, um sich auf die Unterstützung und Hilfe einlassen zu können (*Bewusstsein über seine Angst vor Verletzung durch eine Frau als Übertragung*). Mit dem Blick auf die reale therapeutische Beziehung könne er jedoch wahrnehmen und erkennen, dass er in dieser Beziehung zu mir als einer Frau damit begonnen habe, sich zu öffnen und bislang nicht verletzt wurde (*korrigierende Beziehungserfahrung; Neuorientierung*). Er erkenne, dass er hier neues Verhalten wage und neue Erfahrungen mache. Ganz klar könne er den Beginn eines neuen Prozesses ausmachen. „Oftmals fühle ich mich wie ein schüchternes kleines Mädchen, dem die harte Welt der ‚Realität‘ oft weh tut. Und schließlich habe ich über viele Jahre hinweg versucht, mich mit Drogen davor zu schützen.“ Wir erarbeiten, dass auch ein Mann schüchtern und verletzbar sein darf (*EE; PI*). Herr F. stellt jedoch fest, dass es ihm sehr schwer falle, dies Männern gegenüber zu zeigen, obwohl es ihm gegenüber einigen Patienten auf der Station durchaus ein Bedürfnis sei (*Problem*).

Er sagt, dass er spüre, sich heute ein wenig zu sehr geöffnet zu haben und vorhabe, sich auf der Station mit Musik zu regulieren.

Ich nehme wahr, dass auch mir diese „Bestandaufnahme“ unserer Beziehung nahegegangen ist und mich seine Verletzbarkeit anrührt. Ich spreche das zwar nicht an (warum habe ich das eigentlich nicht getan? – wahrscheinlich, weil ich sonst geweint hätte, weil mich das so sehr gerührt hat), doch implizit beeinflusst das meine leibliche, nonverbale Kommunikation – meine Intonation der Stimme, meinen Blick, meine Körperhaltung, meine Zuwendung – und sicherlich hat Herr F. meine leicht feuchten Augen wahrgenommen (*EV; ES*). Aber die Arbeit mit „sanften Gefühlen“ der Berührtheit und auch das (durchaus kontrollierte) Zulassen von Berührtheit sind ein wichtiger Faktor in der Behandlung verhärteter Patienten (*Petzold, Sieper 2012e*).

Nachdem einige Termine wegen mehrfacher Zahnarztbesuche ausgefallen sind, freut Herr F. sich zwar auf die folgende Stunde, braucht jedoch lange Zeit, um „psychisch“ anzukommen und zur Ruhe zu kommen. Er macht die Erfahrung, wie wichtig es für ihn ist, auch „mit Ängsten da zu sein“ (*Angst zulassen und zuzugeben*).

Nach einer weiteren Pause möchte er an „seinen Themen“ weiterarbeiten, d.h. er erzählt (*EE*). Mit ca. 17 Jahren habe er während seiner Lehrzeit Probleme mit seinem Vater gehabt (*wahrscheinlich aufgrund der Pubertät und wegen der Drogen*), von daher habe er eine Zeitlang bei seiner Mutter mit ihrer neuen Familie gelebt. Dort habe er im Wohnzimmer geschlafen. In dieser Zeit sei er sehr rebellisch gewesen, seine Mutter habe ihn in Konfliktsituationen geschlagen (*Gewalterfahrungen; Modell für dysfunktionales Verhalten bei Konflikten*). Diese Heftigkeit beschreibe er als Symptom in der gesamten Familie, in der stets laut und eindeutig gestritten worden sei (*dysfunktionaler Kommunikationsstil bei sicherlich problematischer Beziehungskonstellation der Eltern – über lange Zeit hinweg; zeittextendierte Belastung auch im Sinne von Stress*).

Weiterhin beschreibe er seine Abscheu vor alkoholisierten Frauen, die ihm gegenüber Gefühle zeigen wollen. Hier sehe er den Ursprung in einer Szene zwischen ihm als ca. 17/18-Jährigem und seiner Mutter, als sie ihn einmal am Heiligabend nach einem heftigen Streit alkoholisiert habe umarmen wollen (*Wahrnehmen, Erfassen,*

Verstehen, Erklären). „Alkoholgeruch und verbale und körperliche ‚Gefühlsduselei‘ eckelt mich an!“ Von daher toleriere er mittlerweile bei Frauen keinen Alkohol- und keinen Drogenkonsum bzw. – missbrauch in seiner Gegenwart und lasse Nähe nur nüchtern zu (*formuliert seine Schutzmaßnahmen; ursprüngliche Szene prägt sein Verhalten*). Auch stellt er fest, dass es für ihn sehr schwierig sei, eine passende Frau hier im Gelände kennen zu lernen. Schließlich sei er selbst krank, und die Bürde einer ebenfalls kranken Frau könne er nicht mittragen (*Dies weist auf eine sehr realistische Selbst- und Fremdwahrnehmung hin*). Es gebe jedoch eine gute, langjährige Freundin im Hintergrund, die ihr Leben weitestgehend im Griff habe (*trotz aller Unsicherheiten und Schwierigkeiten im Umgang mit Frauen sucht er immer wieder Kontakte, Begegnungen und Beziehungen*).

Nachdem er eineinhalb Jahre lang der einzige war, der in der damaligen Clique nicht gekifft hatte, habe er zwei Tage nach der Beerdigung seines Großvaters als letzter mit dem Kiffen angefangen. Zum Großvater hatte er eine enge Beziehung, der habe ihm gut getan (*supportive Beziehung*). Als Anlass für das Kiffen nennt Herr F., seine Unfähigkeit zu trauern, auch die Familie habe die Trauer verdrängt (*die emotionale Betroffenheit, der große Schmerz des Verlustes der wahrscheinlich wichtigsten Bezugsperson; die Trauer wird nicht ausgedrückt und geteilt; es gibt keinen Trost; mangelnde Kommunikation; Trauer wird verdrängt; diese starken Gefühle werden nicht gelebt; starke emotionale Isolation – das alles wahrscheinlich noch in der Pubertät; „critical life event“ als Ursache für den Drogenmissbrauch?*). Er spricht von etwas grundsätzlich „Großem“, das er noch nicht näher beschreiben oder ausdrücken könne (*Alexithymie; Erfahrung von etwas „Numinosem“?*) – schließlich standen da die „Söhne“ vom Großvater, sein Vater und er (*diese Beschreibung drückt für mich seine starke emotionale Beziehung zum Großvater aus; bringt den Vater in die Position eines Bruders*). Außerdem habe er es gar nicht gut gefunden, dass sein jüngerer Bruder nicht mit zur Beerdigung gehen durfte (*auch dieses Kind wird nicht gesehen und respektiert; ihm wird nicht erlaubt, Abschied vom Großvater zu nehmen; der Tod wird tabuisiert*). Seine tiefe Berührung füllt den Raum und prägt die Atmosphäre. Ich kann gut mitschwingen und Anteil nehmen (*EV; ES*), und zwischenzeitlich sind wir beide auch eine Weile still. Schließlich beendet er die Stunde ein wenig vorzeitig.

Nach dieser biographischen Orientierung auf eine zentrale emotional sehr belastende Erfahrung gibt es in der nächsten Stunde wieder einen Wechsel in der Zeitdimension. Er erklärt sich eine unerklärliche Unruhe vom Wochenende mit der anstehenden Verlegung ins Wohnheim. Er sei zwiegespalten – einerseits müsse er das „heimelige Nest“ verlassen (*Aufbruch; Abschied; anstehender Übergang; neuer Lebensabschnitt in neuer Umgebung und neuer Stadt; neue sozio-ökologische Bedingungen*), andererseits habe er im letzten halben Jahr „Realität“ trainiert und erfolgreich bewältigt (*Neuorientierung ist gelungen*) – gleichzeitig freue er sich darauf, auch wieder in „vertrautes Milieu“ zu kommen. Er betont explizit, wie wichtig es ihm sei, darauf zu achten, sich ausreichende „Feldkompetenzen“ zu erhalten, um im entsprechenden Milieu kommunikationsfähig zu bleiben. – In diesem Zusammenhang sei erwähnt, dass er Anregungen für eine gewaltfreie Kommunikation bei Konflikten durchaus auch kategorisch mit der Begründung zurückwies, dass ihn in der Realität „so“ niemand verstehen würde, dort sei „Klartext“ angesagt (*klarer Blick auf die „social world“ einer Randgruppe der Gesellschaft; exzentrische Position; Kommunikation wird auf der Metaebene betrachtet*). Seiner Tendenz, bei vermeintlicher Aversion dissozial zu kontern, sei er sich bewusst und möchte das für Notfälle auch bewahren. Durch die Therapie habe er einen Feinschliff erhalten, durch den er neue Perspektiven auf die Umwelt und auf sich selbst erhalten habe (*Differenzierung der Selbst- und Fremdwahrnehmung; Erweiterung seiner Wahrnehmungs- und Sinnerfassungskapazität; „Zwischen“-Bilanz*). Für mich entsteht der Eindruck, dass er im Moment dieses Niveau halten und stabilisieren will (*Selbstregulierung; Innehalten auf dem erreichten Plateau*). Bildlich beschreibt er als Therapieerfolg, dass er mittlerweile mehr „Buntes“ nach außen zeige – Kleidung, Musik, Kommunikation, Verhalten – und mehr „Dunkelgrau/Schwarzes“ im Innern habe. Damit meine er eine Struktur, die Abgrenzung von schädigenden Substanzen und Einflüssen. Früher sei es innen „bunt“ im Sinne von unstrukturiert und schillernd und außen „schwarz“, das heißt heftig und gewaltig gewesen (*sehr gute Introspektionsfähigkeit; Erweiterung seines verbalen und nonverbalen Ausdrucksspektrums; emotionale Umstimmung; gelingende Impulskontrolle; deutlich reduziertes psychotisches Erleben*). Dennoch betont er, dass er auch nach meinem Urlaub motiviert sei, die IBT fortzusetzen (*Volition*).

Seine aktuelle Stabilität hinsichtlich seiner psychotischen Erkrankung wird ihm in der IBT schließlich dadurch bewusst und führt zu einer deutlichen Erleichterung, als er aus der Metaperspektive auf das krankheitsbedingte Verhalten zweier Patienten blicken kann (*EE; PI*). In den vorangegangenen Konflikten auf der Station hatte er zunächst keinerlei Verständnis für deren seiner Meinung nach mangelnde Krankheitseinsicht.

Herr F. sucht nach Erklärungen für seine Erkrankung, seinen Schädigungen und Störungen. Ich erkläre ihm psychoedukativ den *lifespan developmental approach* der Integrativen Therapie für die Entstehung von Gesundheit und Krankheit, nutze also „Theorie als Intervention“ (*Petzold, Orth 1994*), und er findet in seinem Leben einen langen Zeitraum von schwierigen Bedingungen (*EE*). Aufgrund der Berufstätigkeit beider Eltern habe er sich als kleines Kind herumgereicht gefühlt (*a.a.O.*), dann ab der Grundschulzeit an den Nachmittagen allein gelassen (*Defizite; mangelnde Fürsorge; sehr früh und viel allein*). Er habe zu wenig Grenzen und zu viel

Freiheit gehabt (*vernachlässigt, maligne Überforderung*). Zusätzlich sei in dieser Zeit, als er ca. 7,5 Jahre alt war, sein Bruder geboren worden – seiner Meinung nach als Resultat eines Versöhnungsversuches der Eltern (*der bisherige Einzelkindstatus verändert sich; aufgrund des großen Altersunterschiedes sicherlich wenig Berührungspunkte zum Bruder*). Er habe damals die Kinder beneidet, deren Mutter zu Hause war und leckeres Essen gekocht hatte (*mangelnde Versorgung*). Seine Mutter habe die Familie verlassen, als er ca. 10 Jahre alt war. Dadurch sei er noch mehr auf sich selbst gestellt gewesen, und ab ca. 12/13 Jahren sei es mit ihm „bergab“ gegangen (*beginnende Pubertät; zu wenig Grenzen*). Die „kontinuierliche“ Arbeit seiner Mutter sei für ihn mit schmerzhaften Verlusten und Defiziten in Bezug auf Zuwendung und Nahrung besetzt gewesen. Er selbst habe sich früh gegen Arbeit gewehrt, als er durch seine Lehre mit der Leistungsgesellschaft konfrontiert worden sei, sich dann von den „Spießern“ und dem gesellschaftlichen System abgewendet (*oppositionelles Verhalten; in der Folge Identifizierung durch die Randgruppen*) und irgendwann um 2002 herum das Bedürfnis nach einer Totalversorgung entwickelt und auch benannt (*tiefes kindliches Bedürfnis tritt in den Vordergrund*).

Für mich ergibt eine *Kontinuum-Analyse* aufgrund der anamnestischen und prozessdiagnostischen Daten eine Kette ungünstiger Bedingungen sowie prolongierter Mangel Erfahrungen in einem konflikträchtigen Familienmilieu bei aggressivem und damit dysfunktionalem Kommunikationsstil:

- U.U. liegt eine genetische Disposition vor.
- Zu Entwicklungsschädigungen kommt es insbesondere in den ersten Lebensjahren durch lang andauernde Defizite in der Versorgung und emotionalen Zuwendung, Traumata, Störungen und adverse psychosoziale Einflüsse bei primär konfliktreicher Paarbeziehung der Eltern und die gestörte Mutter-Kind-Beziehung bei dysfunktionalem Kommunikationsstil innerhalb der Familie. Deutlich wird, dass mit zunehmendem Alter und einer zunehmenden Reduzierung auf die „Kernfamilie“ Vater, Mutter, Kind die bereits von Anfang an vorhandenen multiplen Schwierigkeiten zunehmen. Der Aspekt von daraus resultierendem Dauerstress spielt sicherlich auch eine entscheidende Rolle.
- Eine Negativkarriere im Lebenslauf beginnt mit der Einschulung. Aggressionen und Konzentrationsprobleme als Schulschwierigkeiten sind u.U. durch eine Bindungsstörung, sicherlich jedoch auch durch Herrn F. 's emotionale Probleme, damals zusätzlich aktuell aufgrund des mütterlichen Übergriffes, bedingt.
- Die Negativkarriere setzt sich fort mit dem Abgangszeugnis der Realschule, der Entlassung aus der Bundeswehr, der Trennung von Partnerin und Kind. Herr F. beendet zwar die Lehre, übt jedoch niemals den Beruf aus, so dass insgesamt ein Scheitern an Entwicklungsaufgaben vorliegt.
- Auslösende Akturfaktoren führen schließlich zu negativen Einflüssen. Als ein wesentliches *critical life event* gilt der Tod des Großvaters. Hier beginnt, vor dem Hintergrund der späten Pubertät, der Drogenmissbrauch und dann auch die Identifikation mit dem Randgruppenmilieu, später dann – mit 19 (*beginnende Adoleszenz*) - die bewusste oppositionelle Haltung zur Leistungsgesellschaft als *unbewusste Rebellion* gegen die Berufstätigkeit der Mutter, die er als Grund für seine *subjektiv empfundene Vernachlässigung* sieht. Gleichzeitig lehnt er das Leistungsprinzip der Eltern ab – auch wenn dadurch gesicherte ökonomische Verhältnisse gegeben waren.
- Der Ausbruch der Psychose ist unklar.
- Insgesamt ziehen sich *prolongierte Mangel Erfahrungen* und ein *dysfunktionaler Kommunikationsstil* durch die Kindheit, Jugend und das junge Erwachsenenalter bis hin zur Einweisung in die Psychiatrie.

- Probleme gibt es jeweils an den „Lebensübergängen“: bei der Geburt, bei der Einschulung, in der Pubertät, mit beginnender Adoleszenz.
- All diese offensichtlich gegenüber den *Protektivfaktoren* überwiegenden *Belastungsfaktoren* führten schließlich zum massiven Drogenmissbrauch, zum Leben in der Szene, zur Psychose und zum Delikt.

Aufgrund aktueller Rückenschmerzen werden in der 73. Stunde Herrn F. 's Tätowierungen und damit der Aspekt, damals den Schmerz zu genießen (*masochistische Tendenzen*) und sich dadurch wahrzunehmen, Thema. Zurzeit schwankte er zwischen dem Wunsch nach zwei neuen Tattoos und der Tatsache, dass dies Schmerz bereiten würde (*Ambivalenz; zugenommene Sensibilität*). Interessant erscheinen die gewünschten Motive: „Freya“ als Symbol für ewiges Leben und eine „schwängere Meerjungfrau“, damit assoziiere er Leidenschaft – Musik und evtl. Zärtlichkeit – doch mit wem? (*Ausdruck seiner Sehnsüchte; da geht es um „Leben“ und „Geborenwerden“*). Nach einer Zeit der Reflexion zum Thema sagt er, dass er den Austausch mit mir möge (*die Beziehung zu einer Frau gelingt*).

In den letzten Stunden seines Klinikaufenthaltes (*beginnende Endphase der Therapie*) werden Herrn F. aufgrund schwieriger Erlebnisse im aktuellen Alltag (*Phänomen*) Strukturen seiner Wahrnehmung und seines Verhaltens, tiefe Gefühle sowie z.T. lang zurückliegende Erfahrungen bewusst, und er öffnet sich noch mehr mir gegenüber (*EE; KK; 1. Weg der Heilung*).

Herr F. berichtet in der 74. Stunde über eine konstruktive Selbstregulation (*Performanz*) in einer Situation wahnhaften Erlebens, als sich in einem Kaufhaus eine Frau am CD-Stand vorgedrängelt hatte. Er hatte natürlich auch schon auf der Station darüber geredet. Seine bislang bewährte Abschirmstrategie für schwierige Situationen anhand des MP3-Players (*Reduktion von Außenreizen*) habe nicht funktioniert, stattdessen habe er sich zurückgezogen, habe die psychotische Episode erkennen und einordnen können (*exzentrische Position ist möglich*). Das Verhalten der Frau habe in ihm sowohl die Idee einer Annäherung als auch das Gefühl ausgelöst, nicht wahrgenommen zu werden. Herr F. kann einen Bezug zu seinem Thema „Frau – Angst und Begehren“ als möglichen Auslöser für eine „aufregende“ Situation herstellen (*anhand unseres Dialoges wird er sich dessen bewusst*).

Er fühle sich Frauen gegenüber so unsicher wie ein Pubertierender und sexuell schüchtern (*weitere Öffnung mir gegenüber; er zeigt seinen „weichen Kern“ unter der „harten Schale“; sehr differenzierte Selbstwahrnehmung und Selbsteinschätzung; EA*). Er wünsche sich eine

Frau, die ihn schon lange kenne und ihn mit seinen „Macken“ annehmen könne. Er benötige viel Vertrauen. Er sei froh, jetzt noch einmal mit einer Frau über dieses gesprochen zu haben.

In der nächsten Stunde berichtet Herr F. über weiterhin intensive Träume, ohne die Inhalte zu beschreiben, wobei er mittlerweile in den Träumen eigenes Verhalten steuern sowie partiell nach einer Aufwachphase weiterträumen könne. Ich erkläre ihm diverse Möglichkeiten, mit eigenen Traumbildern umzugehen - z.B.: Welche Sequenzen/Personen sind mit starken Gefühlen verbunden? Gibt es eine Verbindung von Tagesgeschehen und Traumszenen/Traumfiguren? Traum Inhalte als Symbole für eigenen Themen ... (EE; *Anknüpfen an seine eingangs formulierten Wünsche und Ziele*).

Hinsichtlich seiner Psychose benennt er, dass er die Psychose bis zu dem Zeitpunkt gern gehabt habe, als sie weder für ihn noch für andere gefährlich gewesen sei. Er wünsche sich, dass er sich perspektivisch dann professionelle Hilfe holen könne, wenn er sie benötige, „schließlich werde seine Lampe immer ein wenig glühen“ (*Krankheitseinsicht; Kognition; verantwortlicher Umgang mit sich und der Krankheit*). Dadurch wird deutlich, dass er in Bezug darauf eine *exzentrische Position* entwickelt hat. Im Hinblick auf unvermittelt auftretendes psychotisches Erleben erkläre ich ihm die Möglichkeit, über mentales Training neues Verhalten in Krisensituationen einzuüben und zu festigen (*LM; Kognition*). Herr F. hört aufmerksam zu, einiges davon ist ihm bereits vertraut (*auch hier beziehe ich mich auf seine eingangs erwähnten Wunsch, mit Visualisierungen zu arbeiten*).

Ungefähr zwei Wochen später kommt es zu einer plötzlichen, unverhofften Krise beim Zusammensein mit seinem Freund. In dieser Situation, in der ihm dieser über dessen Delikt erzählte, trank er Bier und fiel damit in die alte Struktur des „Sichbetäubens“. In der darauffolgenden Stunde trägt er wieder seine alte Weste als Symbol für die Vergangenheit, ist sehr betroffen, gut im Kontakt, auch wenn er nichts Näheres über den Auslöser für das Trinken erzählen will. Nach einem anstrengenden Gespräch mit der Chefärztin, dem Psychologen, dem Bezugspfleger und seinem Freund ist er dennoch sehr erleichtert. Er benötige nun einen „Notfallplan“ für neue, unvorhergesehene Situationen, den er ganz allein für sich entwickeln möchte, lehnt mein Angebot, ihn dabei zu unterstützen, ab - schließlich müsse er zukünftig auch schwierige Situationen allein meistern.

Beim nächsten Termin sagt er, dass ihm nach der letzten IBT- Stunde deutlich geworden sei, dass er nicht darauf vorbereitet gewesen sei, im Zusammensein mit einem Menschen, dem er vertraue, „bedrängt“ zu werden (*hier ist mir auch nicht eingefallen zu sagen, dass das schließlich immer wieder einmal vorkommen kann*). In Zukunft wolle er in derartigen Situationen sofort über sein Handy Kontakt zur Station aufnehmen.

Nun berichtet er:

Als Herr W. ihm über dessen Delikt und die damaligen Begleitumstände erzählt habe, habe er durch seine Empathie sehr stark dessen inneres Chaos wahrgenommen und gespürt und sei gleichzeitig mit seinen eigenen chaotischen Zuständen in Fühlung gekommen (*Aufbrechen des Leibgedächtnisses; Vergessenes /Verdrängtes tritt in den Vordergrund*). Er sei froh, „nur“ zum Alkohol gegriffen zu haben, obwohl er Geld für „mehr“ gehabt habe. Dies werte er für sich als erfolgreichen Lern- und Steuerungsprozess (*diese Bewertung gefällt mir*). Dennoch erkenne er die Struktur, sich in einer sehr schwierigen, aktuell emotional nicht zu bewältigenden Situation zu betäuben, „abzuschließen“ wie damals nach dem Tode des Großvaters, als er damit begonnen habe, ernsthaft und dauerhaft Drogen zu konsumieren (*EE*). Gleichzeitig sei ihm bewusst geworden, dass er sein eigenes Kind „verstoßen“ habe (*internales Negativkonzept; negative Selbstbewertung*). An dieser Stelle interveniere ich und weise ihn darauf hin, dass er sein Kind durch seinen Weggang auch geschützt habe – vor seinen eigenen chaotischen Zuständen (*PI; Reframing; Umbewertung seines Verhaltens*). Herr F. hält inne, lässt diese Aussage auf sich wirken und kann sie annehmen.

Nun erzählt er, dass er in der Zeit, als er bei seiner Mutter gewohnt habe, häufig an Abenden bis in die Nacht hinein auf seine damals ca. 2,5-jährige, recht schwierige Halbschwester habe aufpassen müssen. Damals sei er durch ihr Kindergeschrei „genervt und hilflos“ gewesen (*alte Szenen tauchen auf, er ist jedoch emotional stabil; er versucht, sich seine emotionale Betroffenheit zu erklären*). Er betont dabei jedoch ganz klar seine moralische Grenze, Menschen, die kleiner als 1,50m seien, zu bedrängen oder in Konflikten zu verletzen. Er thematisiert sein verändertes Medienverhalten und die Notwendigkeit, sich vor der vielschichtigen Destruktivität in der Gesellschaft zu schützen (*er nimmt Verantwortung für seine Verletzbarkeit*). Nach wie vor sei er geprägt durch seine Ambivalenz zwischen Rückzug in die Natur, nach Kanada oder sonst wohin und seinem Bedürfnis nach menschlichem Austausch und Beziehungen (*Nähe und Distanz*).

Als er sich in der Stadt von einer ehemaligen Mitschülerin aus dem Kolleg erkannt sieht /sah, und diese sich seines Erachtens nach deswegen erschrocken hastig entfernt habe, fühlt/e er sich beschämt ob dessen, was die anderen damals und auch heute wohl über ihn denken würden (*Selbstbewertung; Einfühlen in Andere; exzentrische Position*).

Seit einigen Wochen trägt er wieder seine „Kutte“, seit gestern den Metaller-Mantel (*alte Strukturen*). Er sucht nach möglichen Ursachen - die bevorstehende Verlegung ins Wohnheim (*anstehender neuer Lebensabschnitt, Ortswechsel; neue Umgebung als Krise*), der Schrecken durch Herrn W., dessen Delikt (*Destabilisierung*), Unruhe unter den Patienten auf der Station, der Hersteinbruch - doch er findet keine Erklärung. Als ich ihn frage, wie er sich denn fühle, wenn er seine „Kluft“ trage (*LB; EA*), wird ihm bewusst, dass er sich dadurch nach außen hin abgrenzt, aus Angst vor verletzender Nähe – gleichzeitig fühle er sich sehr verletzbar und hätte eigentlich gern schützende und wohltuende Nähe. Er nennt seinen Mantel „eine Krücke“ und erkennt über diese Funktion sein Bedürfnis nach Schutz und Stütze (*EE*).

Schließlich eröffnet er zum Thema „alte Strukturen“, dass es ihn selbst nach zwei Jahren immer noch Arbeit koste, „Geräte“ unterschiedlichster Art – wie Hammer, Messer, Sägen, Zangen etc. – als Gebrauchsgegenstände zu sehen und nicht als Verteidigungs- und Angriffswaffen. Dies führe er u.a. darauf zurück, dass er bereits als Fünf- und Sechsjähriger ohne seine Eltern z.B.: Aktenzeichen XY im Fernsehen angeschaut habe (*Gewalt in Bildern; Spiegelneurone*). Er möchte dieses Thema in der nächsten Stunde noch fortsetzen.

Dazu kommt es jedoch nicht, denn unmittelbar vor der Therapie hat er erfahren, dass er in drei Tagen einen Vorstellungstermin im Wohnheim hat und dann ganz bald verlegt werden wird. Er ist sehr durcheinander und aufgewühlt, bleibt dennoch in der Therapie, trotz seiner Tendenz, sich mit Musik zurückzuziehen (*er lässt Nähe zu, auch wenn er emotional sehr instabil ist*). Unterschiedliche Gefühle und Gedanken tauchen auf, und es gelingt ihm, so zu sein, wie er gerade ist und findet Worte (*EA*): Er empfinde Wehmut ob der guten Unterstützung durch die Station, die er als gutes Elternhaus bezeichnen könne. Dort haben sie ihn stets bei der Hand genommen – nun müsse er sich selbst bei der Hand nehmen. Das wolle er auch tun, dazu habe er einen sehr starken Willen. Doch es tauche auch Angst vor seiner Suchtstruktur auf – und auch hier sei er sehr entschlossen, dem nicht nachzugehen, und er wolle noch stärkere Kontrollmechanismen entwickeln. Damals sei die Disco ein wichtiger Halt gewesen, habe Schlimmeres verhindert (*trotz des Randgruppenmilieus ein protektiver Einfluss*). „Ich fühle mich wie ein Pubertierender, der jetzt allein in die Welt hinaus geht und das, was er gelernt hat, nun umsetzen muss!“ Ich weise ihn darauf hin, dass er auch weiterhin durch das Team der Klinik unterstützt werde, und dass er weiterhin zur IBT kommen könne. Er betont, dass das für ihn auch eine Bedingung sei, um ins Wohnheim zu gehen.

Bei allen Gefühlen von schwerem Abschied und Angst vor sich selbst und dem Neuen erscheint er dennoch offen und bereit für den neuen Schritt. Sicherheit gebe ihm, dass er sich auch dem Umgang mit Geld gewachsen fühle (*positives Selbstkonzept; Selbsteinschätzung; Kompetenz; Ressource*).

Für die letzte Stunde in der Klinik (80. Stunde) wünscht er sich, dass ich mit ihm in den Baumarkt gehe. Dort wolle er mir seine Fantasien erzählen, die die unterschiedlichen Werkzeuge in ihm hervorrufen. Ich bereite mich

in der Supervision darauf vor und habe dann den Hinweis der Supervisorin im Hinterkopf: „Er darf alles denken und sich vorstellen, aber nicht alles tun!“. Auf dem Weg dorthin plaudern wir, er kennt den Weg, ich folge ihm. Wir gehen gemeinsam zu Fuß – aus der Klinik „in die Welt“, und ich begleite ihn (*sinnbildlich für seinen Weg aus der Klinik ins Wohnheim – und auch real werde ich ihn im Übergang durch die Fortsetzung der IBT begleiten*). Im Baumarkt geht er zielstrebig zu den jeweiligen Regalen - mir ist mulmig zumute - und benennt leise und prägnant seine Fantasie, wozu die einzelnen Werkzeuge zu nutzen wären. Ich sage ihm, dass ich keine weiteren Detailschilderungen hören möchte (*ich schütze mich; grenze mich ab*), zum Glück hat Herr F. das auch gar nicht vor. Beim Hinausgehen erklärt er, dass es seit ca. 4 Jahren einen deutlichen, tiefen „Graben“ zwischen diesen Fantasien und deren Umsetzungsideen gebe, und dass er diese Fantasien gern los wäre. Er führt sie auf falschen Medienkonsum in seiner Kindheit zurück (*Verstehen; Erklären*). Ich erkläre ihm, wie und warum ihn diese Medienbilder so stark geprägt haben (*Kognition*). Er sagt, dass er sich mir gegenüber bislang so weit geöffnet habe, und es ihm von daher nun wichtig gewesen sei, mir gegenüber auch diesen Aspekt seiner Person offen zu machen. (*Warum? Will er wissen, wie ich nun auf ihn reagiere? Was ich von ihm denke? Ich bin berührt, finde es gut, dass er sich öffnet - auch in seiner „Gewalt“; spreche das jedoch nicht explizit an; doch meine Haltung ist annehmend, auch habe ich ihm – wieder einmal – „die Welt erklärt“*). Im weiteren Gespräch wird deutlich, dass er sich sehr klar darüber ist, dass er diese Fantasien keinesfalls umsetzen darf, dass er sich der gesellschaftlichen Regeln sehr bewusst ist und mittlerweile sehr gut einschätzen kann, wie sein jeweiliger Zustand bezüglich psychotischen Erlebens ist (*Dies weist auf ein ausreichendes Maß an Autonomie und partieller Souveränität hin*). Er weiß, dass und wann er sich ggf. Hilfe holen muss.

11.6 Ambulante Phase (81. – 90. Stunde)

Im Team wurde vereinbart, dass Herr F. weiterhin so lange zur IBT kommen kann und soll, bis er eine ausreichende Beziehung zur Bezugsbetreuung im Wohnheim aufgebaut hat. In Absprache mit ihm wurde eine Betreuerin ausgewählt.

In den folgenden Stunden berichtet Herr F. über die erste Zeit im Wohnheim, wo er die Umstellung und die Selbstversorgung gut meistere und seine Freiheit genieße, auch wenn ihm der Neubeginn Stress bereite und ihm das „warme Nest“ fehle. Er scheint aufgeregt, zufrieden, stolz, froh.

Als Thema ergibt sich „Bewusstseinsweiterung“ – über Drogen und andere Wege. Herr F. ist sich sehr darüber bewusst und im Klaren, dass es für ihn wichtig ist, auch weiterhin den Fokus auf die alltägliche, materielle Welt zu richten und zu üben. Er habe es nicht mehr nötig, sein Bewusstsein zu erweitern. Ich informiere ihn über Zustände des erweiterten Bewusstseins aus der Sicht der Naturwissenschaft, der vergleichenden Religionen und der Hirnforschung. Seine Frage nach „Sinn“ beantwortet er für sich selbst mit: „Was ist, ist!“ (*PW*).

Von Drogen hält er sich fern, auch wenn er sehr schnell über die örtlichen Gegebenheiten informiert ist. Er beschäftigt sich verstärkt mit dem PC und verbringt viel Freizeit mit Herrn W.

Als Herr F. in der vierten Woche im Beisein eines Betreuers überraschend von einem seit längerem unruhigen und aggressiven Bewohner ins Gesicht geschlagen wird, ist er sehr betroffen, durcheinander, nimmt Bedarfsmedizin, macht einen Spaziergang, um sich zu sammeln und zu beruhigen und trinkt eine Flasche Bier, auch wenn er es eigentlich nicht wollte. Er teilt sich dem Personal sofort mit, eine enge Begleitung bei zukünftigen Krisensituationen wird vereinbart, er will sich in Zukunft besser steuern (*Rückfall in alte Strukturen bei Überforderung; Kontextbezogenes Ziel: Handhabung von Umwelteinflüssen [Erkennen von Risikoeinflüssen entsprechend der eigenen Vulnerabilität]*).

Auch wenn es für ihn zunächst eine Herausforderung ist, eine Bezugsbetreuerin zu haben, so könne er nun das umsetzen, was er durch die Beziehung zu mir gelernt habe (*Transfer gelernter Verhaltens*).

Sein Thema „Nähe und Distanz“ zeigt sich in folgenden Aspekten und erfordert eine Regulierung:

- Im Vergleich zur Station ist seiner Meinung nach eine sorgsamere Wortwahl angezeigt und hemmt ihn im spontanen, gefühlsmäßigen Ausdruck.
- Er hält sich mit dem Thema Sexualität zurück.
- Er spricht bei der Betreuerin an, dass er klare und eindeutige Grenzen benötige, um dem Personal nicht „auf die Nerven zu gehen“, denn er suche gern viel Kontakt zum Personal.
- Es ist notwendig, dass er sich von den überwiegend deutlich schwächeren Mitbewohnern abgrenzt.
- Durch die räumliche Nähe ist die Beziehung zu Herrn W. enger geworden. Dadurch werden ihre Unterschiede deutlicher, und es entstehen Reibungspunkte, was ihn traurig stimme.

In der 87. Stunde berichtet Herr F. dass er nun im Wohnheim „angekommen“ sei. Er fühle sich von der Betreuerin „angenommen“, könne gut mit ihr über anfallende Probleme sprechen. Er äußert den Wunsch, zunächst ca. vier Mal 14-täglich zur IBT zu kommen, um dann zu überlegen, wie die Therapie ausklingen könne. Es sei ihm gelungen, hier Gelerntes auf die neue Situation und die Beziehung zur Betreuerin zu übertragen.

Ich stimme seinem Anliegen zu – im Team gab es bereits dahingehende Überlegungen und Absprachen – und mache ihm das Angebot, in den verbleibenden Stunden seine Mutter zum Thema zu machen. Vielleicht gäbe es einen Weg, dass er aus einer exzentrischen Position heraus das Verhalten seiner Mutter verstehen (*EE*) und evtl. eine innere *Versöhnung* oder zumindest doch eine *Aussöhnung* (zur Differenz vgl. *Petzold* 1988n/1996a, 224,234) angebahnt werden könne (*Aushandeln eines Zieles im intersubjektiven Ko-responzenzprozess*).

Herr F. ist damit einverstanden und berichtet:

Der Großvater mütterlicherseits sei in der Gefangenschaft und Kriegsveteran gewesen und habe sich dann nach dem Krieg stark zurückgezogen (*emotionaler Rückzug*). Die Großmutter mütterlicherseits habe ein Kind in den Trümmern (*Trauma, Trauer*) verloren, seine Mutter sei dann nachfolgend die älteste von drei Schwestern. Eine seiner Tanten sei psychisch krank (ggf. *genetische Disposition bei Herrn F.*) und in der Psychiatrie gewesen („Stimmen gehört“). Seine Eltern hätten „wegen ihm“ geheiratet, der Vater sei damals 24 Jahre alt, die Mutter ca. 4-5 Jahre jünger gewesen (*Konventionen als Grund für die Heirat; Eltern beide jung; u.U. andere Lebenspläne gehabt; u.U. schwierige Paarkonstellation*). Die Mutter war im Gesundheitsbereich im Schichtdienst tätig. Nach der Geburt sei die Mutter wegen „irgendwelcher Brustprobleme“ 6-9 Monate lang im Krankenhaus gewesen (*Mutter muss zu dem Zeitpunkt ca. 20 J. alt gewesen sein; durch die Krankheit – sicherlich ernsthaft krank, ansonsten wäre sie nicht so lange im Krankenhaus gewesen - belastet und zwar mehrfach: 1. mit 19 Jahren sicherlich ungewollt schwanger; 2. ein ungewollter Lebenschnitt durch Schwangerschaft und Geburt [hier wirkt auch die hormonelle Veränderung]; 3. Heirat – neuer Status - als Krise; 4. ernste Krankheit, sonst wäre sie nicht so lange im Krankenhaus gewesen; 5. Trennung vom Neugeborenen, der nach dem Krankenhausaufenthalt wahrscheinlich an die Schwiegermutter und ggf. den Ehemann /Vater gebunden war; 6. junge Eltern, in diesem Fall die junge Mutter, gelten als Risikofaktor für die Entwicklung eines Kindes- aus der Sicht der Kinder- und Jugendpsychiatrie; insbesondere die Mutter könnte durch das Kind überfordert gewesen sein*).

Als die Mutter dann nach Hause gekommen sei, sei Herr F. an den Vater und die Oma gebunden gewesen. Eine später vom Jugendamt eingeleitete Maßnahme zur Zusammenführung von Mutter und Sohn (gemeinsame Radtour durch Holland) beschreibt Herr F. als misslungen (*Bis es zu einer solchen Maßnahme kommt, müssen in der Regel einige Schritte im Vorfeld erfolgt sein. Bekannt ist, dass es aufgrund von Schwierigkeiten, insbesondere aggressiven Verhaltens und Konzentrationsschwierigkeiten in der Schule zu einem Kontakt mit einem Psychologen kam – ob es eine längere Beratung/Behandlung war, weiß ich nicht. Ein systemischer Ansatz der Behandlung/Therapie wäre aufgrund der erfolgten Maßnahme „Radtour“ zur Zusammenführung von Sohn und Mutter denkbar. Dies weist zusätzlich auf eine zum damaligen Zeitpunkt gestörte Mutter-Kind-Beziehung hin. Verdacht auf Entwicklungsschädigungen in den ersten Lebensjahren. Sicherlich Defizite [auch als schmerzhafter Verlust empfunden und in der Therapie auch so formuliert].*)

In seiner Kindheit hätten Vater und Mutter sehr oft lautstark gestritten (*problematische Beziehungskonstellation sowie dysfunktionaler Kommunikationsstil der Eltern bedeuten „zeittextendierten Stress“ [Mei van der, Petzold et. al. 1997]; maladaptive emotionale und kognitive Reaktionsbildungen?*) jedoch nicht in der direkten Gegenwart des Kindes – er habe es abends und nachts gehört (*Dies macht Kindern normalerweise Angst, löst häufig auch Schuldgefühle aus, denn Kinder denken, dass sie selbst die Ursache für diesen Streit sind - ?- Auf jeden Fall entstehen Gefühle von Angst und Einsamkeit – denn allein im Bett in dieser diffusen „Atmosphäre“ von Konflikten, emotionaler Heftigkeit, akustischer Zeuge verbaler und vielleicht auch körperlicher Aggressionen zu sein – die Lautstärke erregter Stimmen, Schimpfwörter, ggf. Geräusche körperlicher Auseinandersetzungen - bedeutet Stress. Zusätzlich können sich auch Ohnmacht und Handlungsunfähigkeit breit machen und das Kind „erfassen“. Mit diesen frühen vorsprachlichen „Atmosphären“ und den in der weiteren Entwicklung präziser zu erfassenden „akustischen Szenen“ war Herr F. auf jeden Fall allein. Die Frage ist, wie und ob er die Erregung regulieren konnte, wie er das einordnen konnte, welches Grundgefühl dadurch entstanden ist. Vielleicht könnten diese Gefühle mit den Qualitäten von Heftigkeit, Undifferenziertheit, Bedrohung und Angst beschrieben werden? Zu Aggression und IBT vgl. Bloem, Moget, Petzold 2004; Petzold 2003c*).

Er sei der Meinung, dass sein Bruder das Ergebnis eines Versöhnungsversuches der Eltern ist. Schließlich habe die Mutter die Familie verlassen.

Herr F. kann aus einer exzentrischen Position heraus erkennen, dass seine Mutter „ein schweres Schicksal“ gehabt habe (*EE*). Doch dann wird er wütend und ärgerlich, kann sie nicht verstehen und reagiert wieder als Sohn. Er ist aufgewühlt und aufgeregt und sagt, dass er nun Zeit brauche, um all dem nachzuspüren. Das widersprüchliche Verhalten seiner Mutter – einerseits Grenzüberschreitungen und Gewalt und dann wiederum Äußerungen von Zuwendung – passten für ihn nicht zusammen.

In der nächsten Stunde betont Herr F., dass er sich nach wie vor nicht dazu in der Lage sehe, eine Begegnung mit seiner Mutter auszuhalten, denn selbst in inneren Dialogen mit ihr reagiere er immer noch sehr emotional und heftig. Sie habe keinerlei Verständnis für ihn gehabt, sich nie in ihn einfühlen können. Ihm werde deutlich, dass seine Eltern über Macht versucht hätten zu erziehen, sein Vater ihm schließlich jedoch Raum geben konnte und ihm selbst die Verantwortung für sein Leben überlassen habe (*Support*).

Ich schildere meinen Blick aus der Metaperspektive auf die Situation, in der er als Jugendlicher in der neuen Familie seiner Mutter wohnte und äußere, dass es für sie sicherlich auch schwierig gewesen sei, ihn - den ohnehin schwierigen Sohn und noch dazu aus der alten Beziehung – aufzunehmen (*EE*). Herr F. hingegen ist der Meinung, sie habe das wegen finanzieller Vorteile getan.

Es gelingt ihm zwar durch meine Unterstützung, partiell aus einer exzentrischen Position und Metaperspektive auf seine Mutter zu schauen, er bewertet sie jedoch nach wie vor aus dem Gefühl des verletzten Kindes. Deswegen reagiert er dann sehr emotional, ist sich dessen bewusst und scheut von daher eine Begegnung mit seiner Mutter, um sich zu schützen (*gute Selbstwahrnehmung und Selbsteinschätzung*).

In der 89. Stunde berichtet er, dass er keinen Versuch unternommen habe, einen erneuten inneren Dialog mit seiner Mutter zu führen. Er habe Angst vor heftigen Gefühlen, die er dann u.U. auf andere Situationen übertrage. Er wolle seinen mittlerweile guten Eindruck im Wohnheim hinsichtlich seines sozialen Verhaltens und seines Verhaltens in schwierigen Situationen nicht schädigen. Es wird deutlich, dass er nach wie vor in einem solchen Dialog aus der Sicht und dem Gefühl des verletzten Kindes anklagend fragen und Vorwürfe machen würde (*EE*). „Schließlich habe ich wegen ihres Verhaltens Angst davor, dass Frauen mich verletzen könnten!“ Als ich von der Möglichkeit spreche, er könne ihr dies ja auch als erwachsener Mann in einem inneren Dialog erklären, ist er tief berührt. Innere Bilder und schmerzhaft Gefühle tauchen auf, die er nicht benennt. Trotz deutlicher emotionaler Involvierung bleibt er im Kontakt mit mir.

Dann kann er den Blick wieder auf die Gegenwart richten - darauf, dass er sich in der „professionellen“ Beziehung zur Betreuerin wohl fühle, dort den sicheren Umgang mit einer Frau übe und auch genieße. Hinsichtlich einer Begegnung mit seiner Mutter fühle er sich ambivalent – einerseits wäre es schön, sie noch einmal zu umarmen, andererseits wolle er von ihr nichts wissen. Er nehme diesen Schmerz an und sei bereit, damit zu leben (*PI*).

Für die letzte Stunde planen wir ein Resümee, auf das Herr F. sich vorbereiten soll.

Hier fasst Herr F. zusammen:

„Zunächst hatte ich mich sehr darum bemüht, Sie nicht als Frau wahrzunehmen. Im Verlauf der IBT ist es mir schließlich gelungen, Sie als eigenständige Frau und nicht als Täterin oder Opfer zu sehen. Dies gelingt mir nun auch bei der Betreuerin im Wohnheim. Lediglich gegenüber einer Frau in der Tagesstrukturierenden Maßnahme, die mir gefällt, bin ich noch sehr gehemmt. Meine Vergangenheit gehört zu mir, hat mich in meiner Identität geprägt. Mit meinem Schmerz und meinen Tränen bin ich gern allein, und auch die sind ein Teil von mir. Während meines Aufenthaltes auf der Station habe ich mehr gelernt, als ich vorher gedacht hatte. Eigentlich möchte ich den anderen Patienten gern von meiner Bereitschaft zur Therapie etwas abgeben, ihnen Mut machen.“

Ich bin sehr überrascht über seine prägnanten Aussagen und Selbsteinschätzungen und sehr froh über den hinsichtlich des *Metazieles* gelungenen therapeutischen Prozess. Herr F. ist mir bei all seiner „Andersheit“ ans Herz gewachsen und so bin ich „natürlich“ wieder einmal deutlich gerührt.

Ich überreiche ihm zum Abschied ein Päckchen: ein Kuscheltier - Schildkrötenbaby als Übergangsobjekt. Gern nimmt er das Geschenk, packt es schnell aus und freut sich riesig. „Das ist Billy, der soll auf meinem Bett sitzen!“ Er packt ihn so in die Seitentasche seines Rucksackes, dass der Kopf hinausschaut. Ich erkläre ihm, warum ich diese kleine Schildkröte für ihn ausgewählt habe, dass ich ihm wünsche, dass er auf sich aufpasst und sich bei Bedarf rechtzeitig in seinen Panzer zurückzieht und schützt. Ihm wird noch einmal deutlich, dass er bei all seinem Bemühen um sein „hartes“ Äußeres sehr empfindsam und verletzlich ist.

Wir resümieren noch einmal das für ihn zentrale Thema der „Abgrenzung“, und dass es für ihn notwendig sein wird, sich einer Frau gegenüber in seinen so vielfältigen Gefühlen zu zeigen und mitzuteilen, um sich passend öffnen und abgrenzen zu können.

11.7 Abschluss

In aktuellen Krisen fragte Herr F. noch zweimal nach einem Termin und kam dann zur IBT in die Klinik. Relativ schnell konnte er aus dem Wohnheim in eine betreute Einzelwohnung ziehen, später dann in eine eigene Wohnung.

Wenn Herr F. zur Visite der „Externen“ in die Klinik kam und sich unsere Wege auf dem Stationsflur kreuzten, begrüßte er mich jeweils sehr direkt und benannte kurz und prägnant seine jeweilige Befindlichkeit.

Seit längerer Zeit hat er eine Liebesbeziehung zu einer Frau. Auch wenn beide getrennte Wohnungen haben, verbringen sie die meiste mögliche Zeit miteinander in seiner Wohnung. Sich im Alltag ausreichend wahrzunehmen und abzugrenzen, fällt Herrn F. immer wieder noch schwer. Wenn es ihm nicht gelingt, fühlt er sich leicht überfordert und zeigt die Tendenz zur psychischen Labilität.

Mittlerweile ist er aus dem MRV entlassen, hat eine Bewährungszeit, während der er durch einen Bewährungshelfer begleitet wird.

11. Dreizügiges Karrierepanorama

Für diese Technik beziehen wir uns in der IT auf:

Petzold, H.G., Orth, I., 1993a. Therapietagebücher, Lebenspanorama, Gesundheits-/Krankheitspanorama als Instrumente der Symbolisierung, karrierebezogenen Patientenarbeit und Lehranalyse⁵ in der Integrativen Therapie. *Integrative Therapie* 1/2 (1993) 95-153; auch in: *Frühmann, Petzold* (1993a) 367-446 und *Petzold, H.G., Sieper, J.* (1993a): *Integration und Kreation*, 2 Bde., 2. Auflage 1996. Paderborn: Junfermann S. 125-171.

Petzold, H.G., 1993p/2003a. Integrative fokale Kurzzeittherapie (IFK) und Fokaldiagnostik - Prinzipien, Methoden, Techniken. In: *Petzold, Sieper* (1993a) 267-340; repr. in: Bd. II, 3 (2003a) 985 - 1050. <http://www.fpi-publikation.de/downloads/download-polyloge/download-nr-25-2012-petzold-h-g-1993p.html>

Petzold, H.G., Orth, I. (2006): Der „Schiefe Turm“ fällt nicht – Salutogenetische Arbeit mit Neuromentalisierungen und kreativen Medien in der Integrativen Therapie. Hückeswagen: Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit. Erw. in *Petzold, Sieper* (2008a) 593-653 und http://www.fpi-publikation.de/images/stories/downloads/textarchiv-petzold/petzold_orth_2008a_der_schiefe_turm_faellt_nicht.pdf

Nach Herrn F.´s Entlassung aus der Langzeitbeurlaubung habe ich mit ihm ein abschließendes Gespräch geführt.

Der Anlass dazu war das dreizügige Karrierepanorama. Ich habe ihm erklärt, dass es mir wichtig sei, dieses Panorama im Hinblick auf den Behandlungsbericht durchzuführen und

⁵ Der Begriff Lehranalyse, aus dem tiefenpsychologischen Paradigma (*Freud, Ferenczi, Adler, Jung*) kommend, ist in den verschiedenen Ländern und Scientific Communities unterschiedlich im Gebrauch. Oft wird generalisierend von „Lehrtherapien“ gesprochen. Mit dem Lehranalyse-Begriff ist ein psychodynamisches, interpersonales Geschehen gemeint. In diesem Sinne kann mit Bezug auf die neoferenczianische Tradition der IT auch von Lehranalysen gesprochen werden. Insgesamt wird bei der „professionellen Selbsterfahrung“ in der Integrativen Therapie von „Lehrtherapie“ als übergreifendem Terminus gesprochen (vgl. *Petzold, Leitner, Orth, Sieper* 2008; *Petzold, Orth, Sieper* 2006).

habe ihn darum gebeten, ob er es mit Blick auf seine damalige persönliche Situation zu Beginn der IBT durchführen könne. Herr F. war so nett!!!

Zu Beginn unserer gemeinsamen Arbeit wäre das unter gar keinen Umständen passend gewesen, das Karrierepanorama durchzuführen, da es zu der Zeit grundlegend war, eine therapeutische Beziehung anzubahnen – und dazu war es notwendig, Herrn F. den Weg bestimmen zu lassen. Außerdem hätte in der Initialphase auch zu viel belastendes Material freigesetzt werden können, und die erforderliche volitionstherapeutische Arbeit hatte noch nicht begonnen (*Petzold, Sieper 2008; Petzold, Orth 2008*).

Was in meinem Leben hat mir gut getan? (oberes linkes Drittel des Blattes)

- der Anker als Schutzsymbol
- das Bewusstsein um die eigene Vergänglichkeit
- Slave (Musik)
- Musik spielte ab dem 6. Lebensjahr eine wichtige stützende Rolle; bereits als Jugendlicher war er von „seiner“ Musik im Kern berührt und mit seiner heftigen Energie in Kontakt gekommen
- zu 1% die Metallerzene, die ihn vom weiteren Missbrauch harter Drogen abgehalten hat
- starke Gefühle

Was hat mir in meinem Leben gefehlt? (unteres rechtes Drittel des Bildes)

- ein Zuhause
- eine liebevolle Mutter
- eine Hand, die mich hält – so wie ich bin
- ein sehendes Herz
- jemand, der mich an die Hand nimmt

Zur Zeit des Beginns der IBT fühlte er sich „auf der Station“ gesehen, hatte dort mittlerweile „ein Zuhause“; auch gab es bereits gute Erfahrungen mit Frauen aus der Pflege, insbesondere mit einer Muslimin, die ihm von ihrem Fastenessen abgegeben hatte, obwohl er gegen einen türkischen Patienten auf der Station rechtsradikale Sprüche geäußert hatte.

Was hat mir in meinem Leben geschadet? (Mitte des Bildes)

- Drogen, harte Drogen
- Leben in der Szene
- Beziehungen zu Menschen, die ihn nicht gesehen und nicht verstanden haben
- Leben auf der Straße
- Musik (zieht sich in alle Bereiche des Panoramas)
- Seine Sicht auf die Welt (?)
- Nicht mehr zu fühlen, weil betäubt durch Drogen, nur sehr wenig zu fühlen
- Wahnerleben

Nach der Reflexion des Panoramas lenkte ich seine Aufmerksamkeit auf die Gegenwart, das aktuelle Kontext/Kontinuum (*Petzold 1991a*), damit Herr F. sich nach dem Rückblick wieder stabilisieren kann.

Er sagt, dass er im Vergleich zu seinem ersten Bild (im grünen Mantel auf einen Wald zugehend) er jetzt mit einer Partnerin an der Hand gemeinsam gehe: sein Mantel sei blau, der seiner Partnerin ist grün. Sie sei eine Gefährtin auf Augenhöhe. Auch sie beschäftige sich sehr stark mit der germanischen Mythologie (worin ein gewisses Risiko mit Blick auf die

magische Dimension psychotischen Geschehens liegen kann, *Petzold* 2013). Er habe nun ein Zuhause, das habe er nie gehabt, keine Wohnstätte sondern ein wirkliches Zuhause!

13. Resümee des Behandlungsverlaufes

Zum Abschluss möchte ich zunächst noch einmal die meines Erachtens zentralen Themen des therapeutischen Prozesses von Herrn F. aufführen.

Ausgehend von einer Förderung der Wahrnehmung der unterschiedlichen Dimensionen des Leibes ist es Herrn F. gelungen, aus der Konfluenz in die Beziehung zu anderen Menschen zu gehen - sowohl auf als auch außerhalb der Station, z.B. auch zu alten Freunden. Dabei konnte er Nähe und Distanz zunehmend sicherer regulieren. Dies führte dann auch zu mehr Sicherheit im Umgang mit Frauen. Schließlich ist es ihm gelungen, seine Ohnmacht als Opfer zu überwinden und Selbstverantwortung und Selbstfürsorge zu übernehmen.

In Bezug auf das Thema „Frau als Therapeutin“ konnte Herrn F. ´s anfängliche Übertragung, dass eine Frau eine Hexe ist - sei sie nun gut oder schlecht – und Macht hat, vor der er Angst hat, aufgelöst werden, auch wenn das nicht explizit thematisiert wurde.

Er hat meine Zuverlässigkeit, mein Verständnis, meine Wertschätzung und meine Begleitung bekommen, und ich bin ihm empathisch zuverlässig begegnet. Er konnte davon profitieren, dass er von mir immer realitätsgebundene, für ihn nachvollziehbare Angebote erhalten hat. Ich bin deutlich bei mir geblieben und habe mich nicht in seinen Wahn einbeziehen lassen. Durch die Art meines Daseins habe ich einen Realitätsbezug verkörpert.

So konnte Herr F. mich über einen sehr langen Zeitraum hinweg als supportives Fremdbild verinnerlichen und auch dadurch neue Erfahrungen mit sich selbst machen. Es war offensichtlich, dass er sich zunehmend wohler und sicherer in meiner Gegenwart fühlte - gesehen, unterstützt und angenommen.

Das alles führte zu neuen Selbstattributionen und damit neuen Identifikationen und „Archivierungen im Gedächtnis (Internalisierung, bzw. Interiorisierung *Petzold* 2012e), d.h. zur Ausbildung von „mentalenen Repräsentationen“ (*Petzold/Orth* 1994, 353; *Petzold, Orth, Sieper* 2013).

Das Ineinandergreifen von *hermeneutischer Spirale* und *Tetradischem Modell* ist Struktur gebend für den gesamten therapeutischen Prozess. Mit Blick auf die *hermeneutische Spirale*

ging es im ersten Teil des Prozesses darum, dass Herr F. sich selbst, andere und die Umwelt zunächst einmal *wahrnimmt* und seine Empfindungen *erfasst*. In diesen Zeitraum fallen die leibzentrierten Interventionen. Im zweiten Teil des Verlaufes dominierten dann das *Verstehen* und *Erklären*, bei dem das Sprechen im Vordergrund stand. Zwischenzeitlich hat er auch dabei immer wieder auf das *Wahrnehmen* dessen zurückgegriffen, was ihn genährt hat, um sich wieder zu erden. In dieser Zeit wurde der Patient dann auch selbständig im Umfeld aktiv und kam auf der lebenspraktischen Ebene ins Handeln. Hinsichtlich des *Tetradischen Systems* war dies die Phase der *Neuorientierung*, in der ich ihn sowohl kognitiv als auch beziehungsmäßig begleitet habe, und wir überwiegend das Erfahrene und Erlebte besprochen haben.

Zu den *Wegen der Heilung und Förderung* will ich einige Beispiele für die drei Wege nennen, die in diesem Verlauf zum Tragen gekommen sind.

Im 1. *Weg der Heilung und Förderung* sucht Herr F. z.B. nach Erklärungen für seine Erkrankung, seine Schädigungen und Störungen und blickt aus der Metaperspektive auf sein Leben unter dem Aspekt des *lifespan developmental approach*. Auch entwickelt er zunehmend eine exzentrische Position zu bislang festgeschriebenen Narrativen wie u.a. seine Tendenz zu dissozialem Verhalten oder aber darauf, das eigene Kind verlassen zu haben.

Im 2. *Weg der Heilung und Förderung* dominieren im Sinne des Nachnährens als restituierende Nachsozialisation die korrigierenden Erfahrungen in der therapeutischen Beziehung zu mir als Frau. Die leibtherapeutischen Interventionen, wie u.a. das Bewegungsexperiment zum „persönlichen Raum“ oder aber die Übungen zur Aufrichtung und zur Atmung sind Anteile des 3. *Weges der Heilung und Förderung*.

14. Nachgedanken zur Psychose

Zusätzlich zu der bereits oben erörterten multifaktoriellen Genese von Krankheit seien an dieser Stelle noch folgende Aspekte zur speziellen Pathogenese einer Psychose benannt:

Petzold (2003a) führt unter dem Gesichtspunkt der IT folgende negative Synergie zur Entstehung einer Psychose im Jugendalter auf: eine unglücklich verlaufende Lebenskarriere „mit schwerwiegenden, frühen *Schädigungen des archaischen Leib-Selbst*“ (*ibid.*, 581) durch *Defizite* und/oder *Polytraumatisierungen* führen zu einer Beeinträchtigung eines funktionsfähigen *Ichs* und damit einer kohärenten *Identität*.

Im psychotischen Erleben kommt es dabei zu einer Einengung oder Fixierung des Horizontes der Wahrnehmung oder aber zur Konfluenz als Auflösung von Grenzen und zu einer

Aktivierung *archaischer Leib-Selbst* Erfahrungsqualitäten (Petzold 2003a, 529). Die Tiefen des Unbewussten öffnen sich und bei schwindender *Exzentrizität* ist keine *Mehrperspektivität* mehr möglich (*ibid.*, 148). So bricht z.B. in den Phantasmen der Psychose aus dem *Leib-Selbst* manchmal der Bereich auf, der „vor aller Bewusstheit“ (*ibid.*, 228) liegt. Dabei handelt es sich um „Erfahrungen im sprachlosen Raum“ (*ibid.*, 518) In diesem Transverbalen regiert das Schweigen oder der Schrei. Kreative Gestalten sowie optische und akustische Halluzinationen haben eine „magische Qualität“ (*ibid.*, 892), handelt es sich doch im Wahnerleben der psychotischen Patienten um eine „Fixierung auf den *magischen* Interpretationsmodus, mit dem Atmosphärisches durch Symbolisches *erfassbar* wird“ (*ibid.*, 882). Nach Petzold (*ibid.*) ist demnach „die Entwicklung im Bereich des Seelenlebens ... nicht weitergegangen“. „Atmosphären und Bilder blieben ohne Worte. Es konnte keine Sprache gefunden werden; und damit wurden diese Erfahrungen aus der Alltagskommunikation ausgeschlossen; und die Patienten mit ihrer archaischen Erlebniswelt von der der ‚normalen Menschen‘ ausgegrenzt“ (*ibid.*, 892). Ein solcher „‚maligner Durchbruch‘ destruktiver, unbewusster Dynamiken“ (*ibid.*, 264) bringt den Therapeuten an die Grenzen des Verstehbaren, an die Grenzen der Vernunft (*ibid.*).

Herrn F.'s „Reste“ des Wahns sind die Krähen, die immer noch zu ihm sprechen, die für ihn immer noch eine besondere Bedeutung haben, und die immer noch sehr schnell seine Aufmerksamkeit auf sich ziehen.

Im Verlauf der Therapie hat er niemals detailliert über seine destruktiven Wahninhalte gesprochen, auch nicht über die Details seiner Träume, in denen es auch häufig um offensichtlich brutale Bilder ging. Er berichtete wohl häufig über seine Vorliebe für Horrorfilme und PC-Spiele, hielt sich jedoch auch bezüglich der Inhalte zurück. Er verwies wohl auf die „harten Texte“ „seiner“ Musik. Von daher sehe ich hierin den von Petzold beschriebenen *sprachlosen* Raum, der allerdings auch „mythotroph“ entgleisen kann, wozu ein bestimmtes „Black Metal“ Genre der Musik beitragen kann (Petzold 2013b). Hier wird eventuell Beratung notwendig

15. Nachwort

An dieser Stelle gilt mein Dank an erster Stelle Herrn F., der sein Einverständnis dazu gegeben hat, dass ich seinen Prozess in diesem Behandlungsbericht beschreiben durfte. Ich danke ihm auch für das Vertrauen, das er mir entgegengebracht hat.

Danken möchte ich auch meinem Kollegen Willi G., der mir den Behandlungsauftrag gegeben hat, Dr. med. *Mechthild Sievers*, durch die ich in der Supervision und Cornelia Jakob-Krieger, durch die ich in Supervision und Kontrollanalyse fachliche Unterstützung erhielt und Michael K. für die abschließende Formatierung des Textes. Der Bericht wurde durch Dipl.-Sup. *Cornelia Jakob-Krieger* betreut und von Prof. Dr. *Hilarion Petzold* und Dr. med. *Susanne Orth-Petzold* beraten. Mein Dank gilt schließlich insbesondere meinem Mann Mohammad, der mich zu Hause sehr entlastet hat, so dass ich die nötige Zeit zum Schreiben hatte.

Zusammenfassung: Integrative Bewegungs- und Leibtherapie als Teil der multiprofessionellen Behandlung im integrierten Maßregelvollzug mit einem psychotischen Patienten als langzeittherapeutischer Prozess – ein Behandlungsjournal

Dieser Behandlungsbericht beschreibt den Verlauf einer dreijährigen Integrativen Bewegungs- und Leibtherapie im integrierten Maßregelvollzug mit einem Patienten mit der Diagnose F20.0 Paranoid-halluzinatorische Psychose und F19.25 Polytoxikomanie nach ICD-10. Für diesen Patienten wird die therapeutische Beziehung zu einer Frau für eine korrigierende Beziehungserfahrung unter dem Genderaspekt im Rahmen einer dyadischen Therapie (Einzeltherapie) bewusst angestrebt und genutzt. Zentrale Themen, u.a. die Regulierung von Nähe und Distanz, werden sowohl durch leibzentrierte Interventionen als auch - insbesondere im zweiten Teil - durch das therapeutische Gespräch bearbeitet. Im gesamten therapeutischen Prozess greifen die „hermeneutische Spirale“ und das „Tetradische Modell“ Struktur gebend ineinander. Von den „Vier Wegen der Heilung und Förderung“ kommen in diesem Verlauf die Wege 1-3 zum Tragen. Das Behandlungsjournal wird von einem Text zur narrativen Biographieerarbeitung von Hilarion G. Petzold und Susanne Orth-Petzold eingeleitet.

Schlüsselwörter: Integrative Bewegungs- und Leibtherapie, integrierter Maßregelvollzug, Psychose, therapeutische Beziehung, Genderaspekt

Summary: Integrative movement-and-body-therapy as a part of the multiprofessional treatment in integrated forensic psychiatry of a general psychiatric hospital with a psychotic patient in a longterm treatment process – a documentary treatment journal

This treatment journal describes a three-year integrative movement-and-body-therapy in an integrated forensic psychiatric institution with a patient with a diagnosis F20.0 paranoid-hallucinatory psychosis and F19.25 Polytox-Addiction under ICD-10. For this patient the therapeutic relationship with a woman in the context of a dyadic therapy (individual therapy) is consciously sought and used for a corrective relationship experience under the aspect of gender. Central themes, among others the regulation of closeness and distance, are treated by body centred interventions as well as – especially in the second part of the treatment – by the therapeutic conversation. Throughout the therapeutic process the “hermeneutic spiral” and the “tetradic model” structure giving access into each other. Of the “4 ways of healing” in this course the paths 1-3 are significant. The Journal has an introductory text concerning narrative elaboration of biographies by Hilarion G. Petzold and Susanne Orth-Petzold.

Keywords: integrative movement-and-body-therapy, forensic psychiatry, psychosis, therapeutic relationship, gender aspect

Literatur zum Behandlungsjournal Klara Kreidner-Salahshour

- Behrendt, B. Schaub, A. (2005): Handbuch Psychoedukation und Selbstmanagement. Verhaltenstherapeutische Ansätze für die klinische Praxis. Tübingen: DGVT-Verlag.
- Braunbarth, I. (2009): Angststörungen. In: Waibel, Jakob-Krieger, (2009) 99-121
- Brooks, V.W. (1979, 1991, 7. Auflage): Erleben durch die Sinne. Sensory Awareness. In der deutschen Bearbeitung von Charlotte Selver. Paderborn: Junfermann..
- Brühlmann-Jecklin, E, Petzold, H.G. (2004): Die Konzepte ‚social network‘ und ‚social world‘ und ihre Bedeutung für Theorie und Praxis der Supervision im Integrativen Modell. Bei www. FPI-Publikationen.de/materialien.htm - SUPERVISION: Theorie – Praxis – Forschung. Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift - 5/2005 und in Gestalt 51(Schweiz) 37-49 und SUPERVISION: Theorie – Praxis – Forschung. Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift - 5/2004; <http://www.fpi-publikation.de/downloads/download-supervision/download-05-2005-bruehlmann-jecklin-e-petzold-h-g.html>.
- Chalupa, L.M., Berardi, N., Caleo, M., Galli-Resta, Pizzorusso, T. (2011): Cerebral Plasticity: New Perspectives. Cambridge: The MIT Press.
- Dörner, K., Plog, U., Teller, C., Wend, F. (2012, 21. Auflage): Irren ist menschlich. Lehrbuch der Psychiatrie und Psychotherapie. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Dürckheim, K.v. (1972): Der Alltag als Übung. Bern: Huber.
- Haessig, H., Petzold, H.G. (2009): Transversale MACHT in der Supervision - integrative und differentielle Perspektiven. Mit einem Geleitwort von Hilarion G. Petzold. [www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm](http://www.fpi-publikation.de/materialien.htm) Supervision: Theorie – Praxis – Forschung. Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift - Jg. 2009. <http://www.fpi-publikation.de/supervision/alle-ausgaben/10-2008-haessig-h-transversale-macht-in-der-supervision-integrative-und-differentielle-perspektiven.html>.
- Hartz, P., Petzold, H.G. (2010): Chancen für arbeitslose Frauen und Männer, die ihr Leben neu gestalten wollen. Zeitschr. für Medizinische Psychologie 2, 47 – 67. vgl. <http://www.minipreneure.de/>
- Hass, W., Petzold, H.G. (1999): Die Bedeutung der Forschung über soziale Netzwerke, Netzwerktherapie und soziale Unterstützung für die Psychotherapie - diagnostische und therapeutische Perspektiven. In: Petzold, H.G., Märzens, M. (1999a) (Hg.): Wege zu effektiven Psychotherapien. Psychotherapieforschung und Praxis.: Modelle, Konzepte, Settings. Opladen: Leske + Budrich, S. 193-272. Bei: <http://www.fpi-publikation.de/artikel/textarchiv-h-g-petzold-et-al-hass-w-petzold-h-g-1999-neueinst-2011-die-bedeutung-der-forschung-ueber-soziale-netzwerke.html>.
- Hömann-Kost, A. (2002, 2. vollst. überarb. Auflage): Integrative Leib- und Bewegungstherapie – eine Einführung. Bern: Hans Huber.
- Hüther, G., Petzold, H.G. (2012): Auf der Suche nach einem neurowissenschaftlich begründeten Menschenbild. In. Petzold, H.G. (2012f): Die Menschenbilder in der Psychotherapie. Interdisziplinäre Perspektiven und die Modelle der Therapieschulen. Wien: Krammer, 207-242.
- Jäkel, B. (2012): Motive und Motivationen als Grundlage menschlichen Verhaltens - Überlegungen zu einer integrativen Motivationstheorie. POLYLOGE 13/2012, <http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/13-2012-jaekel-brigitte-motive-und-motivationen-als-grundlage-menschlichen-verhaltens.html>.
- Kieserg A., Hornung, W.P. (1996). Psychoedukatives Training für schizophrene Patienten (PTS). Tübingen: DGVT-Verlag.
- Leitner, A. (2010): Handbuch der Integrativen Therapie. Wien: Springer.
- Leitner, A. (2009): Von der Compliance zu Adherence, vom Informed Consent zu respektvollem Informed Decision Making. Integrative Therapie 1, 71-86.
- Lamacz-Koetz, I. (2009): Neurobiologische Konzepte und ihre Bedeutung für die Integrative Therapie. In: POLYLOGE 6/2009. <http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/06-2009-lamacz-koetz-i-neurobiologische-konzepte-und-ihre-bedeutung-fuer-die-int-therapie.html>.
- Levinas, E. (1963): La trace de l'autre, Paris: Seuil; dt. (1983): Die Spur des Anderen. Freiburg: Alber.
- Lukesch, B., Petzold, H.G. (2011): Lernen und Lehren in der Supervision – ein komplexes, kokreatives Geschehen. [www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm](http://www.fpi-publikation.de/materialien.htm) Supervision: Theorie – Praxis – Forschung. Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift – 5/2011 <http://www.fpi-publikation.de/downloads/download-supervision/download-05-2011-lukesch-b-petzold-h-g.html>.
- Lurija, A.R. (2001, 6. Auflage): Das Gehirn in Aktion. Einführung in die Neuropsychologie. Reinbek: Rowohlt.
- Mei, S. van der, Petzold, H.G., Bosscher, R. (1997): Runningtherapie, Stress, Depression – ein übungszentrierter Ansatz der Integrativen leib- und bewegungsorientierten Psychotherapie. Integrative Therapie 3, 374-429.
- Orth, I. (2010): Weibliche Identität und Leiblichkeit – Prozesse ‚konvivaler‘ Veränderung und Entwicklung Überlegungen für die Praxis. In: Petzold, H.G., Orth, I. Sieper, J. (2010):

- Gewissensarbeit, Weisheitstherapie, Geistiges Leben als Themen moderner Psychotherapie. Wien: Krammer.
- Orth, I., Petzold, H.G. (1998a): Heilende Bewegung - die Perspektive der Integrativen Leib- und Bewegungstherapie. In: Illi, U. Breithecker, D., Mundigler, S. (1998) (Hg.): *Bewegte Schule. Gesunde Schule*. Zürich: Internationales Forum für Bewegung (IFB). S. 183-199; repr. in *Polyloge* 4, 2009. <http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/04-2009-orth-i-petzold-h-g-heilende-bewegung.html>.
- Orth, I., Petzold, H.G. (2004): Theoriearbeit, Praxeologie und „Therapeutische Grundregel“ Zum transversalen Theoriegebrauch, kreativen Medien und methodischer und „sinnlicher Reflexivität“ in der Integrativen Therapie mit suchtkranken Menschen. In: Petzold, H.G., Schay, P., Ebert, W. (2004): *Integrative Suchttherapie: Theorie, Methoden, Praxis, Forschung*. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften. Band I, 133-161.
- Orth I., Petzold H.G. (2008): Leib und Sprache. Über die Poiesis integrativer und kreativer Psychotherapie - Zur Heilkraft von „Poesietherapie“ und „kreativen Medien“. *Integrative Therapie* 1, 99-132. <http://www.fpi-publikation.de/artikel/textarchiv-h-g-petzold-et-al-/orth-i-petzold-h-g-2008-leib-und-sprache.html>.
- Osten, P. (2000): *Die Anamnese in der Psychotherapie: Klinische Entwicklungspsychologie in der Praxis* Stuttgart: UTB Uni-Taschenbücher.
- Petzold, H.G. (1977c): Die Rolle der Medien in der integrativen Pädagogik. In: Petzold, H.G., Brown, G., 1977. (Hg.) *Gestaltpädagogik. Konzepte der integrativen Erziehung*. München: Pfeiffer, S. 101-123. <http://www.fpi-publikation.de/images/stories/downloads/textarchiv-petzold/petzold-1977c-die-medien-in-der-integrativen-paedagogik-und-therapie.pdf>.
- Petzold, H.G.(1980g): Die Rolle des Therapeuten und die therapeutische Beziehung in der integrativen Therapie. In: Petzold, H.G.(1980): *Die Rolle des Therapeuten und die therapeutische Beziehung*. Junfermann: Paderborn.
- Petzold, H.G. (1983g):. Der Schrei in der Psychotherapie. In: *Schreien. Trans. Magazin für therapeutische Kultur*, Kaiser Verlag, München; erweitert als Petzold, H.G. (1985h): *Der Schrei in der Therapie*. In: Petzold, H.G. (Hg.) (1985g): *Leiblichkeit. Philosophische, gesellschaftliche und therapeutische Perspektiven*, Paderborn: Junfermann, S. 547-572.
- Petzold, H.G. (1988n/1996a, 3. revidierte und überarbeitete Auflage): *Integrative Bewegungs- und Leibtherapie. Ein ganzheitlicher Weg leibbezogener Psychotherapie. Ausgewählte Werke Bd. I, 1 und Bd I, 2*, Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G. (1989h): "Leben ist Bewegung" - Überlegungen zum "komplexen Bewegungsbegriff" und zum Konzept der "Kommotilität" in der Integrativen Bewegungstherapie, Vortrag auf der Studententagung "Klinische Bewegungstherapie", 6. Juni 1989, Freie Universität Amsterdam, 1989h; repr. als: "Leben ist Bewegung" - Überlegungen zu einem integrativen Bewegungsbegriff und zur Kommotilität, in: Bd. II, 3 (1993a) S. 1337-1348 und (2003a), S. 977-1050. ZIBT 1991 <http://www.dgib.net/?x=zeitschrift&y=online-archiv#a1994>.
- Petzold, H.G. (1991o): *Zeit, Zeitqualitäten, Identitätsarbeit und biographische Narration - Chronosophische Überlegungen*, Bd. II, 1 (1991a), S. 333-395; (2003a), S. 299 - 340.
- Petzold, H.G. (1993h): *Grundorientierungen, Verfahren, Methoden - berufspolitische, konzeptuelle und praxeologische Anmerkungen zu Strukturfragen des psychotherapeutischen Feldes und psychotherapeutischer Verfahren aus integrativer Perspektive*. *Integrative Therapie* 4, 341-379 und in: Hermer, M. (Hg.), *Psychologische Beiträge*, Pabst Science Publishers, Lengerich 1994, 248-285. Auch bei: <http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/05-2012-petzold-hilarion-grundorientierungen-verfahren-methoden.html>.
- Petzold, H.G. (1993p/2003a): *Integrative fokale Kurzzeittherapie (IFK) und Fokaldiagnostik - Prinzipien, Methoden, Techniken*. In: Petzold, Sieper (1993a) 267-340; repr. in: Bd. II, 3 (2003a) 985 - 1050. <http://www.fpi-publikation.de/downloads/download-polyloge/download-nr-25-2012-petzold-h-g-1993p.html>.
- Petzold, H.G. (1994g): *Unterwegs zu einer allgemeinen Psychotherapiewissenschaft: "Integrative Therapie" und ihre Heuristik der "14 healing factors" - theoriegeschichtliche, persönliche und konzeptuelle Perspektiven und Materialien. Überarbeitete und ergänzte Fassung eines Vortrages auf dem Symposium der Rheinischen Landesklinik in Düren, 10.09.1994*. In: Weißig, N. (1995) (Hg.): *Differenzierung und Integration*. Köln: Kohelet Press, 6-83. Wiederveröffentlicht als 2012n *POLYLOGE* 2013 und in *Textarchiv* 1994. <http://www.fpi-publikation.de/artikel/textarchiv-h-g-petzold-et-al-/index.php>.
- Petzold, H.G. (1996f): *Krankheitsursachen im Erwachsenenleben - Perspektiven für Diagnostik, Therapie und Lebenshilfe aus integrativtherapeutischer Sicht*. *Integrative Therapie* 2/3, 288-318 und *POLYLOGE* 10/2013. <http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/02-2013-petzold-h-g-1996f-krankheitsursachen-im-erwachsenenleben-perspektiven-fuer.html>.

- Petzold, H.G. (1996k): Der „Andere“ - das Fremde und das Selbst. Tentative, grundsätzliche und persönliche Überlegungen für die Psychotherapie anlässlich des Todes von *Emmanuel Lévinas* (1906-1995). *Integrative Therapie* 2-3, 319-349.
- Petzold, H.G. (1997p/2007a): Das Ressourcenkonzept in der sozialinterventiven Praxeologie und Systemberatung. *Integrative Therapie* 4 (1997) 435-471 und in: Petzold, H.G. (1998a/2007a): *Integrative Supervision*. Wiesbaden: VS Verlag, S. 353-394.
<http://www.fpi-publikation.de/artikel/textarchiv-h-g-petzold-et-al-/petzold-h-g-1997p-das-ressourcenkonzept-in-der-sozialinterventiven-praxeologie-und-system.html>.
- Petzold, H.G. (2000a): Eine „Grundregel“ für die Integrative Therapie als Verpflichtung zur Transparenz und Anstoß, „riskanter Therapie“, Fehlern und Ungerechtigkeiten in der Psychotherapie entgegenzuwirken. Vortrag an der EAG, Düsseldorf/Hückeswagen Mai 2000. Bei www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm – *POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit* – 1/2000. Updating 04/2005. <http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/01-2000-petzold-2000a-grundregel>.
- Petzold, H.G. (2000g): Integrative Traumatherapie: Integrierende und Differentielle Regulation (IDR-T) für posttraumatische Belastungsstörungen - „quenching“ the trauma physiology. *Integrative Therapie* 2/3, 367-388; auch in Petzold, H.G., Wolff, H.-U., Landgrebe, B., Josić, Z. (2002): Das Trauma überwinden. Integrative Modelle der Traumatherapie. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G. (2001b): „Lebensgeschichten verstehen, Selbstverstehen, Andere verstehen lernen“ – Polyloge collagierender Hermeneutik und narrative „Biographiearbeit“ bei Traumabelastungen und Behinderungen. Düsseldorf/Hückeswagen. Düsseldorf/Hückeswagen. Bei www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm - *POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für Psychosoziale Gesundheit* - 04/2001 auch in: *Integrative Therapie* 4/2002, 332-416, <http://www.fpi-publikation.de/downloads/download-polyloge/download-nr-04-2001-hilarion-g-petzold-et-al-2001b.html> und in Petzold, H.G. (2003g): Lebensgeschichten erzählen. Biographiearbeit, narrative Therapie, Identität. Paderborn: Junfermann, S. 332-416.
- Petzold, H.G. (2002c): *POLYLOGE: die Dialogzentrierung in der Psychotherapie überschreiten. Perspektiven „Integrativer Therapie“ und „klinischer Philosophie“*. Hommage an Mikhail Bakhtin. Düsseldorf/Hückeswagen. Bei www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm - *POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit* - 04/2002, <http://www.fpi-publikation.de/images/stories/downloads/polyloge/Petzold-Dialog-Polylog-Polyloge-04-2002.pdf>
- Petzold, H.G. (2002b): Zentrale Modelle und Kernkonzepte der „Integrativen Therapie“. Düsseldorf/Hückeswagen, bei www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm – *POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit* – 02-2002.
- Petzold, H.G. (2002c): *POLYLOGE: die Dialogzentrierung in der Psychotherapie überschreiten. Perspektiven „Integrativer Therapie“ und „klinischer Philosophie“*. Hommage an Mikhail Bakhtin. Düsseldorf/Hückeswagen. Bei www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm - *POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit* - 04/2002, <http://www.fpi-publikation.de/images/stories/downloads/polyloge/Petzold-Dialog-Polylog-Polyloge-04-2002.pdf>.
- Petzold, H.G. (2003a): *Integrative Therapie: Modelle, Theorien und Methoden für eine schulenübergreifende Psychotherapie*. 3 Bde. Paderborn: Junfermann. überarb. und ergänzte Neuauflage von 1993.
- Petzold, H.G. (2003e): Menschenbilder und Praxeologie. 30 Jahre Theorie- und Praxisentwicklung am „Fritz Perls Institut für Integrative Therapie, Gestalttherapie und Kreativitätsförderung“ (1972-2002). Teil I, *Gestalt* 46 (Schweiz) 3-50. Teil II, *Gestalt* 47, 9-52, Teil III, *Gestalt* 48, 9-64. Updating 2006k als: Integrative Therapie als „angewandte Anthropologie“ in einer „transversalen Moderne“ - Menschenbild und Praxeologie. Bei www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm. *POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit* 2/2011 <http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/02-2011-petzold-h-g-2006k-update2011-integrative-therapie-anthropologie-menschenbild-u.html>.
- Petzold, H.G. (2004h): Der „informierte Leib im Polylog“ - ein integratives Leibkonzept für die nonverbale/verbale Kommunikation in der Psychotherapie. In: Hermer, M., Klinzing, H.G. (Hg.) (2004): *Nonverbale Kommunikation in der Psychotherapie*. Tübingen: dgvt. 107-156.
- Petzold, H.G. (2006a/2011j): Lust auf Erkenntnis. ReferenztheoretikerInnen der Integrativen Therapie, Polyloge und Reverenzen - Materialien zu meiner intellektuellen Biographie zu 40 Jahren „transversaler Suche und kokreativer Konnektivierung“ (updating Petzold, H.G. (2011j, Update von 2002p): Neueinstellung Fassung 2011j Textarchiv: <http://www.fpi-publikation.de/artikel/textarchiv-h-g-petzold-et-al-/index.php>.

- Petzold, H.G. (2006p): Ökosophie, Ökophilie, Ökopsychosomatik Materialien zu ökologischem Stress- und Heilungspotential Bei [www. FPI-Publikationen.de/materialien.htm](http://www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm) - *POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit* - 16/2006 und *Integrative Therapie* 1 (2006) 62-99. <http://www.fpi-publikation.de/downloads/download-polyloge/download-nr-16-2006-petzold-hilarion-g.html>.
- Petzold, H.G. (2007a, 2. erweiterte Auflage): *Integrative Supervision, Meta-Consulting und Organisationsentwicklung*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften [1998a].
- Petzold, H.G. (2009c): Körper-Seele-Geist-Welt-Verhältnisse in der Integrativen Therapie. Der „Informierte Leib“, das „psychophysische Problem“ und die Praxis. *Psychologische Medizin* 1 (Graz) 20-33. <http://www.fpi-publikation.de/artikel/textarchiv-h-g-petzold-et-al-/petzold-h-g-2009c-koerper-seele-geist-welt-verhaeltnisse-der-informierte-leib-das-psychoph.html>.
- Petzold, H.G. (2009d): „Macht“, „Supervisorenmacht“ und „potentialorientiertes Engagement“. Überlegungen zu vermiedenen Themen im Feld der Supervision und Therapie verbunden mit einem Plädoyer für eine Kultur „transversaler und säkular-melioristischer Verantwortung“. Bei www.FPI-publikationen.de/materialien.htm - *Supervision: Theorie – Praxis – Forschung. Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift* – 4, 2009. <http://www.fpi-publikation.de/supervision/alle-ausgaben/04-2009-2009d-petzold-h-g-macht-supervisorenmacht-und-potentialorientiertes-engagement.html>.
- Petzold, H.G. (2010f): „Sprache, Gemeinschaft, Leiblichkeit und Therapie“. Materialien zu polylogischen Reflexionen, intertextuellen Collagierungen und melioristischer Kulturarbeit – Hermeneutica. Bei www.FPI-publikationen.de/materialien.htm - *POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit* - 7/2010. <http://www.fpi-publikation.de/downloads/download-polyloge/download-nr-07-2010-petzold-h-g-2010f.html>.
- Petzold, H.G. (Hg.) (2011g): *Going Green: Die heilende Kraft der Landschaft. Integrative Naturtherapie, Schwerpunktheft Integrative Therapie* 3, Wien: Krammer.
- Petzold, H.G. (2012a): *Identität. Ein Kernthema moderner Psychotherapie – interdisziplinäre Perspektiven* Wiesbaden: VS Verlag.
- Petzold, H.G. (2012c): Psychotherapie – Arbeitsbündnis oder „Sprache der Zärtlichkeit“ und gelebte Konvivialität? Intersubjektive Nahraumbeziehungen als Prozesse affilialear „Angrenzung“ statt abgrenzender „Arbeitsbeziehungen“, *Integrative Therapie* 1, <http://www.fpi-publikation.de/artikel/textarchiv-h-g-petzold-et-al-/petzold-h-g-2012c-psychotherapie-arbeitsbuenndnis-oder-sprache-der-zaertlichkeit-und-3.html>.
- Petzold, H.G. (2012e): Internalisierung, Introjektion, TäterInnen-Introjekte – „integrative Interiorisierung“. Konzeptuelle Ordnungsversuche in Sprachverwirrungen der Psychotherapie. Bei www.FPI-publikationen.de/materialien.htm - *POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit* – 16/2012.
- Petzold, H.G. (2012f): *Die Menschenbilder in der Psychotherapie. Interdisziplinäre Perspektiven und die Modelle der Therapieschulen*. Wien: Krammer. (in Druck).
- Petzold, H.G. (2012h): *Integrative Therapie – Transversalität zwischen Innovation und Vertiefung. Die „Vier WEGE der Heilung und Förderung“ und die „14 Wirkfaktoren“ als Prinzipien gesundheitsbewusster und entwicklungsfördernder Lebensführung*. Bei www.FPI-publikationen.de/materialien.htm - *POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit* – 15/2012. <http://www.fpi-publikation.de/downloads/download-polyloge/download-nr-15-2012-hilarion-g-petzold.html>.
- Petzold, H.G. (2012n/1994g): **KOMPLEXE HUMANTHERAPIE I: Unterwegs zu einer allgemeinen Psychotherapiewissenschaft – "Integrative Therapie" und ihre Heuristik der "14 healing factors"** - theoriegeschichtliche, persönliche und konzeptuelle Perspektiven und Materialien (1994g) Einleitung und Nachwort 2012n, o). EAG-Paper 2012p. Bei www.FPI-publikationen.de/materialien.htm - *POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit* – 03/2013. <http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/index.php>.
- Petzold, H.G. (2013b): Infernalisches Schreien von „Rechts“ - Mythotropie und mythopathische Dimensionen des „National Socialist Black Metal“, des „Black Metal“ and „Death Metal“. In: *Petzold, Orth, Sieper* (2013).
- Petzold, H.G., Bloem, J., Moget, P. (2004): Budokünste als „Weg“ und therapeutisches Mittel in der körper- und bewegungsorientierten Psychotherapie, Gesundheitsförderung und Persönlichkeitsentwicklung – transversale und integrative Perspektiven. *Integrative Therapie* 1-2, 24-100.
- Petzold, H.G., Hentschel, U. (1991): *Niedrigschwellige und karrierebegleitende Drogenarbeit als Elemente einer Gesamtstrategie der Drogenhilfe. Wiener Zeitschrift für Suchtforschung* 1, 11-19 und in: *Scheiblich, W., Sucht aus der Sicht psychotherapeutischer Schulen*, Lambertus, Freiburg 1994, 89-105.

- Petzold, H.G., Leitner, A., Sieper, J., Orth, I. (2008). Materialien und Konzepte zu Lehrtherapien und Selbsterfahrung in der Psychotherapie – Perspektiven der Integrativen Therapie Bei: www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit - 24/2008. <http://www.fpi-publikation.de/downloads/download-polyloge/download-nr-24-2008-petzold-leitner-sieper-orth.html>
- Petzold, H.G., Leuenberger, R., Steffan, A. (1998): Ziele in der Integrativen Therapie In: Ambühl, H., Strauß, B. (Hg.), Therapieziele. Göttingen: Hogrefe. Und erweitert in: Petzold (1998h) (Hg.): Identität und Genderfragen in Psychotherapie. Soziotherapie und Gesundheitsförderung. Bd. 1 und 2, Sonderausgabe von *Gestalt und Integration*. Düsseldorf: FPI-Publikationen, S.142-188; <http://www.fpi-publikation.de/artikel/textarchiv-h-g-petzold-et-al/h-g-petzold-r-leuenberger-a-steffan-1998-ziele-in-der-integrativen-therapie.html>.
- Petzold, H.G., Michailowa, N. (2008a): Alexander Lurija – Neurowissenschaft und Psychotherapie. Integrative und biopsychosoziale Modelle. Wien: Krammer.
- Petzold, H.G., Moser, S., Orth, I. (2012): Euthyme Therapie - Heilkunst und Gesundheitsförderung in asklepiadischer Tradition: ein integrativer und behavioraler Behandlungsansatz „multipler Stimulierung“ und „Lebensstilveränderung“ in: *Psychologische Medizin*, Heft 3 und 4 und in: Textarchiv 2012 <http://www.fpi-publikation.de/artikel/textarchiv-h-g-petzold-et-al/index.php>.
- Petzold, H.G., Müller, L. (2004c): Integrative Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie – Protektive Faktoren und Resilienzen in der diagnostischen und therapeutischen Praxis. *Psychotherapie Forum* 4, 185-196. <http://www.fpi-publikation.de/images/stories/downloads/textarchiv-petzold/petzold-mueller-2004c-integrative-kinder-und-jugendlichenpsychotherapie-rotektive-faktoren.pdf>.
- Petzold, H.G., Müller, M. (2005/2007): Modalitäten der Relationalität – Affiliation, Reaktanz, Übertragung, Beziehung, Bindung – in einer „klinischen Sozialpsychologie“ für die Integrative Supervision und Therapie. Hückeswagen: Europäische Akademie und in: Petzold, H.G., Integrative Supervision, 2. Aufl. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften. 2007a, 367-431. <http://www.fpi-publikation.de/artikel/textarchiv-h-g-petzold-et-al/petzold-h-g-mueller-m-2005-2007-modalitaeten-der-relationalitaet.html>.
- Petzold, H.G., Orth, I. (1993a): Therapietagebücher, Lebenspanorama, Gesundheits-/Krankheitspanorama als Instrumente der Symbolisierung, karrierebezogenen Patientenarbeit und Lehranalyse in der Integrativen Therapie. *Integrative Therapie* 1/2 (1993) 95-153. Auch in: Frühmann, Petzold (1993a), 367-446; und Petzold, H.G., Sieper, J. (1993a, 2. Auflage): Integration und Kreation, 2 Bde., 1996. Paderborn: Junfermann, S. 125-171.
- Petzold, H.G., Orth, I. (1994a): Kreative Persönlichkeitsdiagnostik durch "mediengestützte Techniken" in der Integrativen Therapie und Beratung. *Integrative Therapie* 4 (1994) 340-391. <http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/03-2012-petzold-h-orth-i-1994a-kreative-persoenehkeitsdiagnostik-durch-mediengestuetzte.html>.
- Petzold, H.G., Orth, I. (2008): Der „Schiefe Turm“ fällt nicht – Salutogenetische Arbeit mit Neuromentalierungen und kreativen Medien in der Integrativen Therapie. Hückeswagen: Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit. Erw. in Petzold, Sieper (2008a) 593-653 und http://www.fpi-publikation.de/images/stories/downloads/textarchiv-petzold/petzold_orth_2008a_der_schiefe_turm_faellt_nicht.pdf.
- Petzold, H.G., Orth, I. (2011): „Genderintegrität“ – ein neues Leitparadigma für Supervision und Coaching in vielfältigen Kontexten. In: Abdul-Hussain, S. (2011): Genderkompetente Supervision. Mit einem Beitrag von Ilse Orth und Hilarion Petzold zu „Genderintegrität“. Wiesbaden: VS Verlag. 195-299.
- Petzold, H.G., Orth, I., Sieper, J. (2006): Erkenntnistheoretische, entwicklungspsychologische, neurobiologische und agogische Positionen der „Integrativen Therapie“ als „Entwicklungstherapie“. In: Petzold, H.G., Schay, P., Scheiblich, W. (2006): Integrative Suchtarbeit. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften. 627-713. <http://www.fpi-publikation.de/downloads/download-polyloge/download-02-2005-petzold-h-g.html>.
- Petzold, H.G., Orth, I., Sieper, J. (2010): Gewissensarbeit, Weisheitstherapie, Geistiges Leben als Themen moderner Psychotherapie. Wien: Krammer,
- Petzold, H.G., Orth, I., Sieper, J. (2013): „Mythen, Macht und Psychotherapie“. Therapie als Praxis kritischer Kulturarbeit. Bielefeld: Aisthesis (in Druck).
- Petzold, H.G., Osten, P. (1998): Diagnostik und mehrperspektivische Prozeßanalyse in der Integrativen Therapie. In: Laireiter, A. (1998) (Hg.): Diagnostik in der Psychotherapie. Wien: Springer, und erweitert in: Petzold, H.G. (1998h) (Hg.): Identität und Genderfragen in Psychotherapie. Soziotherapie und Gesundheitsförderung. Bd. 1 und 2, Sonderausgabe von *Gestalt und Integration*. Düsseldorf: FPI-Publikationen. (1998h) 118-141. In <http://www.fpi-publikation.de/artikel/textarchiv-h-g-petzold-et-al/index.php>.

- Petzold, H.G., Sieper, J. (1998): Einige Überlegungen zur geschlechtsspezifischen Betrachtung von Identitätsprozessen. In: Petzold, H.G. (1998h) (Hg.): Identität und Genderfragen in der Psychotherapie, Soziotherapie und Gesundheitsförderung. Bd 1 und 2. Sonderausgabe von *Gestalt und Integration*. Düsseldorf: FPI-Publikationen.
- Petzold, H.G., Sieper, J. (2008a): Der Wille, die Neurowissenschaften und die Psychotherapie. 2 Bände. Bielefeld: Sirius, S. 593-653.
- Petzold, H.G., Sieper, J. (2008b): Integrative Soziotherapie - zwischen Sozialarbeit, Agogik und Psychotherapie. Zur Konnektivierung von Modellen der Hilfeleistung und Entwicklungsförderung für optimale Prozessbegleitung. Bei www.fpi-publikationen.de/materialien.htm - *POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit* - 25/2008. <http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/19-2008-petzold-h-g-sieper-johanna-integrative-soziotherapie.html>.
- Petzold, H.G., Sieper, J. (2008c): Integrative Willenstherapie. Perspektiven zur Praxis des diagnostischen und therapeutischen Umgangs mit Wille und Wollen. In Petzold, Sieper (2008a)473-592; auch in Petzold; Textarchiv 2008. <http://www.fpi-publikation.de/artikel/textarchiv-h-g-petzold-et-al-/index.php>
- Petzold, H.G., Sieper, J. (2012e): Über sanfte Gefühle, Herzensregungen, „euthyme Erfahrungen“ und „komplexe Achtsamkeit“ in der „Integrativen Therapie“. Überlegungen anlässlich 40 Jahre FPI und 30 Jahre EAG. *Gestalt und Integration* 73, 23 – 43.
- Schuch, H.W. (2000): Grundzüge eines Konzeptes und Modells Integrativer Psychotherapie. *Integrative Therapie* 2-3, 145-202.
- Schigl, B. (2012): Psychotherapie und Gender. Konzepte. Forschung. Praxis. Welche Rolle spielt die Geschlechtszugehörigkeit im therapeutischen Prozess? Wiesbaden: VS –Verlag.
- Sieper, J. (2006): „Transversale Integration“: Ein Kernkonzept der Integrativen Therapie - Einladung zu korrespondierendem Diskurs. *Integrative Therapie*, Heft 3/4 (2006) 393-467 und erg. in: Sieper, Orth, Schuch (2007) 393-467. In: *POLYLOGE* 14/2010. <http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/14-2010-sieper-johanna-transversale-integration-ein-kernkonzept-der-integrativen-therapie.html>.
- Sieper, J. (2007b): Integrative Therapie als „Life Span Developmental Therapy“ und “klinische Entwicklungspsychologie der Bezogenheit“ mit Säuglingen, Kindern, Adoleszenten, Erwachsenen und alten Menschen, *Gestalt & Integration*, Teil I 60, 14-21, Teil II 61 (2008) 11-21. Update 2011, in: www.fpi-publikationen.de/materialien.htm - *POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für Psychosoziale Gesundheit* – 5/2011 <http://www.fpi-publikation.de/downloads/download-polyloge/download-nr-05-2011-sieper-johanna.html>.
- Sieper, J., Orth, I., Petzold, H.G. (2010): Warum die “Sorge um Integrität” uns in der Integrativen Therapie wichtig ist - Überlegungen zu Humanität, Menschenwürde und Tugend in der Psychotherapie. In: Petzold, H.G., Orth, I. Sieper, J. (2010a): Gewissensarbeit, Weisheitstherapie, Geistiges Leben - Themen und Werte moderner Psychotherapie. Wien: Krammer. S. 367 – 460. http://www.fpi-publikation.de/images/stories/downloads/textarchiv-petzold/sieper-orth-petzold_sorge-um-integritaet_2010.pdf
- Sieper, J., Petzold, H.G. (1993c): Integrative Agogik - ein kreativer Weg des Lehrens und Lernens. In: Petzold, H.G., Sieper, J. (1993a): Integration und Kreation, 2 Bde., 2. Auflage 1996. Paderborn: Junfermann, S.359-370. <http://www.fpi-publikation.de/downloads/download-supervision/download-nr-06-2011-sieper-j-petzold-h-g.html>
- Sieper, J., Petzold, H.G. (2002): Der Begriff des „Komplexen Lernens“ und seine neurowissenschaftlichen und psychologischen Grundlagen – Dimensionen eines „behavioralen Paradigmas“ in der Integrativen Therapie. Lernen und Performanzorientierung, Behaviourdrama, Imaginationstechniken und Transfertraining. Düsseldorf/Hückeswagen. Bei www.fpi-publikationen.de/materialien.htm - *POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit* - 10/2002 und <http://www.fpi-publikation.de/supervision/alle-ausgaben/04-2011-sieper-j-petzold-h-g-komplexes-lernen-in-der-integrativen-therapie-und-supervision.html>. Gekürzt in Leitner, A. (2003): Entwicklungsdynamiken der Psychotherapie. Wien: Kramer, Edition Donau-Universität. S. 183-251.
- Waibel, M. J., Jakob-Krieger, C. (2009): Integrative Bewegungstherapie. Störungsspezifische und ressourcenorientierte Praxis. Stuttgart: Schattauer.
- Waibel, M., Petzold, H.G. (2009): Integrative Ausdauertherapie bei depressiven Erkrankungen. In: Waibel, Jakob-Krieger (2009), 81-97.
- Waibel, M.J., Petzold, H.G., Orth, I., Jakob-Krieger, C. (2009): Grundlegende Konzepte der Integrativen Leib- und Bewegungstherapie (IBT) . In: Waibel, Jakob-Krieger, (2009) 1-20.

Literatur zur Einleitung Petzold, Orth-Petzold:

- Arras, John D. (1991): Getting Down to Cases: The Revival of Casuistry in Bioethics. *The Journal of Medicine and Philosophy*, 16, 29-51.
- Barlow, D. H. (2010). The dodo bird– again– and again. *The Behavior Therapist*, 33, 15–16.
- Barthes, R. (1988): Einführung in die strukturelle Analyse von Erzählungen. In: *idem*: Das semiologische Abenteuer [fz. 1965]. Frankfurt: Suhrkamp.
- Barthes, R. (2003) Mythen des Alltags. Frankfurt: Suhrkamp.
- Bauer, J. (2005): Warum ich fühle, was du fühlst: intuitive Kommunikation und das Geheimnis der Spiegelneurone. Hamburg: Hoffmann und Campe.
- Beckermann, A. (2001): Analytische Einführung in die Philosophie des Geistes. 2. Aufl. Berlin: De Gruyter.
- Borchardt, A., Göthlich, S.E. (2007, 2. Auflage): Erkenntnisgewinnung durch Fallstudien. In: *Albers, S., Klapper, D. et al.*: Methodik der empirischen Forschung. Wiesbaden: Gabler, S. 33–48.
- Borgetto, M. (1997): La Devise: «Liberté, Égalité, Fraternité». Paris: PUF.
- Bourdieu, P. (1993): La misère du monde. Paris: Éditions du Seuil; dt. (1997): Das Elend der Welt. Zeugnisse und Diagnosen alltäglichen Leidens an der Gesellschaft. Konstanz: UVK.
- Carlson, A.Ch. (1992): Creative Casuistry and Feminist Consciousness: The Rhetoric of Moral Reform. *Quarterly Journal of Speech*, 78, 16–33.
- Chalmers, D. (1996): *The Conscious Mind*. Oxford: Oxford University Press.
- David, M. (2002): *Le Peuple, les droits de l'homme et la république démocratique*. Paris: l'Harmattan.
- Dennett, D. (1993): Quining Qualia. In: *A. J. Marcel, E. Bisiach*: Consciousness in Contemporary Science. Oxford: Clarendon Press, S.42–77.
- Dretske, F. (1997): *Naturalizing the Mind*. Cambridge Ma: MIT Press.
- Epston, D., White, M. (1991): Experience, contradiction, narrative and imagination: Selected papers of David Epston and Michael White, 1989-1991. Adelaide: Dulwich Centre Publications.
- Ferenczi, S. (1932/1985): *Journal clinique*. Paris: Payot; dt. (1988): Ohne Sympathie keine Heilung. Das klinische Tagebuch (1932). Frankfurt: Fischer.
- Fludernik, M. (2006): *Erzähltheorie. Eine Einführung*. Darmstadt: WBG.
- Gardiner, M. (1982): Der Wolfsmann vom Wolfsmann. Sigmund Freuds berühmtester Fall. Erinnerungen. Berichte und Diagnosen. Frankfurt: Fischer.
- Genette, G. (1972): *Figures III*, Paris: Seuil.
- Goleman, D. (1990): As a Therapist, Freud Fell Short, Scholars Find. *The New York Times* March 06, 1990. <http://www.nytimes.com/1990/03/06/science/as-a-therapist-freud-fell-short-scholars-find.html?sec=&spon=&pagewanted=all>.
- Graf-Nold, A. (1988): *Der Fall Hermine Hug-Hellmuth. Eine Geschichte der frühen Kinder-Psychoanalyse*. München/Wien: Internationaler Psychoanalytischer Verlag.
- Hardin, C.L. (1987): Qualia and Materialism: Closing the Explanatory Gap, *Philosophy and Phenomenological Research*, 48, 281–98.
- Hartz, P., Petzold, H. G. (2010): Chancen für arbeitslose Frauen und Männer, die ihr Leben neu gestalten wollen. *Zeitschr. für Medizinische Psychologie* 2, 47 – 67. vgl. <http://www.minipreneure.de/>
- Hecht, A., Petzold, H.G., Scheiblich, W. (2013): Theorie und Praxis differentieller und integrativer, niedrigschwelliger Arbeit (DINA) – die „engagierte Perspektive“ Integrativer Suchtthilfe. In: *Petzold, H.G., Scheiblich, W., Lammel, U. A.*: Integrative Suchttherapie. 3. erw. u. überarb. Aufl. Wiesbaden: VS Verlag (in Vorber.).
- Heckmann, H.-D., Walter, S. (2006): *Qualia – Ausgewählte Beiträge*. 2. Aufl. Paderborn: mentis.
- Hilgers, M. (2009): Das Prekariat auf der Couch, *Frankfurter Rundschau*, 18.10.2009; <http://www.psychotherapiepraxis.at/pt-forum/viewtopic.php?f=68&t=10922>.
- Hug-Hellmuth, H (1919): *Tagebuch eines halbwüchsigen Mädchens*. Leipzig, Wien: Internationaler Psychoanalytischer Verlag.
- Hunter, K.M. (1989): A Science of Individuals: Medicine and Casuistry. *Journal of Medicine and Philosophy*, 14, 193–220.
- Israëls, H. (1999): *De weense kwakzalver*, Amsterdam: Bert Bakker.
- Jonsen, A.R. (1986): Casuistry and Clinical Ethics. *Theoretical Medicine*, 7, 65–74.
- Jackson, F. (1982): Epiphenomenal Qualia, *Philosophical Quarterly*, 32, 127–36.
- Jonsen, A.R. (1991): Casuistry as Methodology in Clinical Ethics. *Theoretical Medicine*, 12, 295–307.
- Jonsen, A. Toulmin, St. (1990): *The Abuse of Casuistry: A History of Moral Reasoning*. Berkeley: University of California Press.
- Jüttemann, G. (1981): Komparative Kasuistik als Strategie Psychologischer Forschung. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie* 29, 101-118.
- Jüttemann, G. (1990): *Komparative Kasuistik*. Heidelberg: Asanger.
- Lachner, G. (2007): Ethik und Werte in der Integrativen Therapie. In: *Sieper, Orth, Schuch* (2007) 299-338.

- Leitner, E., Petzold, H.G. (2005/2010): Dazwischengehen – wo Unrecht geschieht, Integrität gefährdet ist, Würde verletzt wird. Ein Interview mit Hilarion Petzold zum Thema „Engagement und Psychotherapie“ und Integrativen Positionen. Hückeswagen: Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit. Erw. in Petzold, Orth, Sieper 2010, 279 – 366 und POLYLOGE, Ausgabe 10/2010, <http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/10-2010-leitneri-e-c-petzold-h-g-ein-interview-dazwischengehen.html>
- Levine, J. (1983): Materialism and Qualia: The Explanatory Gap. *Pacific Philosophical Quarterly*, 4, 354–361.
- Lurija, A.R. (1991): Der Mann, dessen Welt in Scherben ging. Zwei neurologische Geschichten. Reinbek: Rowohlt.
- Lurija, A.R. (1992): Das Gehirn in Aktion. Einführung in die Neuropsychologie. Reinbek: Rowohlt. 6. Aufl. 2001.
- Lurija, A.R. (1993): Romantische Wissenschaft. Reinbek: Rowohlt.
- Kidd, M., Hubbard, C. (2007): Introducing journal of medical case reports. *J. Medical Case Reports* 2007, 1:1.
- McLeod, J. (1997): Narrative and Psychotherapy, London: Sage Publications.
- Masson, J.M. (1984): The Assault On Truth: Freud's Suppression of The Seduction Theory. New York. Pocket; dtsh. (1994): Was hat man dir, du armes Kind, getan? Reinbek: Rowohlt 1984; überarbeitete Neuausgabe (1995): Was hat man dir, du armes Kind, getan? oder: Was Freud nicht wahrhaben wollte. Freiburg im Breisgau:
- Martínez, M., Scheffel, M. (2009): Einführung in die Erzähltheorie. München: C.H.Beck, 1999, 8. Aufl. 2009.
- Métraux, A. (2004): Die Lebensgeschichte im Hirn: Einige Gedanken über den pathographischen Zugang zur Neuropsychologie. In: Janzén, W. (2004) (Hg.): Gehirn, Geschichte und Gesellschaft: Die Neuropsychologie Alexander R. Lurijas (1902-1977). Reihe: International Cultural-historical Human Sciences. Band 9. Berlin: Lehmanns Media. 53-66.
- Metzinger, T. (2003): Being No One. The Self-Model Theory of Subjectivity., Cambridge Mass.: MIT Press.
- Michel, J. G. (2011): Der qualitative Charakter bewusster Erlebnisse: Physikalismus und phänomenale Eigenschaften in der analytischen Philosophie des Geistes. Paderborn: mentis.
- Moreno, J.L. (1923): Rede über den Augenblick, Wien: Anzengruber.
- Moser, A. (2011): Reaktanz – ein zentrales Konzept für die Supervision. *Supervision* 14/2011 <http://www.fpi-publikation.de/supervision/alle-ausgaben/14-2011-moser-annemarie-reaktanz-ein-zentrales-konzept-fuer-die-supervision.html>
- Moser, J., Petzold, H.G. (2007): Ethische Grundprinzipien und Implikationen für Supervision und Psychotherapie – Integrative Perspektiven. Bei www.fpi-publikation.de/materialien.htm - SUPERVISION: Theorie – Praxis – Forschung. Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift - 03/2007. http://www.fpi-publikation.de/images/stories/downloads/supervision/moser_petzold_supervision-03-2007-korrigiert_120809.pdf.
- Nagel, T. (1974): What is it like to be a bat? *The Philosophical Review*. 83, 435–450.
- Obholzer, K. (1980): Gespräche mit dem Wolfsmann. Reinbek: Rowohlt; frz. (1981): Entretiens avec l'homme aux loups. Une psychanalyse et ses suites. Paris: Gallimard.
- Orth, I. (2010): Weibliche Identität und Leiblichkeit – Prozesse „konvivialer“ Veränderung und Entwicklung Überlegungen für die Praxis. In: Petzold, H.G., Orth, I. Sieper, J. (2010): *Gewissensarbeit, Weisheitstherapie, Geistiges Leben als Themen moderner Psychotherapie*. Wien: Krammer Orth I., Petzold H.G. (2008): Leib und Sprache. Über die Poiesis integrativer und kreativer Psychotherapie - Zur Heilkraft von „Poesietherapie“ und „kreativen Medien“. *Integrative Therapie* 1, 99-132. <http://www.fpi-publikation.de/artikel/textarchiv-h-g-petzold-et-al-/orth-i-petzold-h-g-2008-leib-und-sprache.html>.
- Pater, W. (1887): Imaginary Portraits. London: Macmillan.
- Peach, L.J. (1994): Feminist Cautions About Casuistry. *Policy Studies*, 57, 143–160.
- Petzold, Ch. (1972b): Lebendige Geschichte – alte Menschen berichten. Anleitung zur Arbeit mit Biographie und biographischen Erfahrungen nach Hilarion G. Petzold. Büttgen: VHS Büttgen.
- Petzold, H.G. (1971c): Möglichkeiten der Psychotherapie bei drogenabhängigen Jugendlichen. In: G. Birdwood, Willige Opfer, Rosenheimer Verlag, Rosenheim. S. 212-245.
- Petzold, H.G. (1974j): Psychotherapie und Körperdynamik, 2. Aufl. 1977. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G. (1981g): Sich selbst im Lebensganzen verstehen lernen. In: *Pro Senectute, H.D. Schneider*, (Hg.), Vorbereitung auf das Alter. Paderborn: Schöningh, 1981, S. 89-112; repr. 1985a, 93-122 und 2004a, 219-248.
- Petzold, H.G. (1986e): Konfluenz, Kontakt, Begegnung und Beziehung im Ko-respondenz-Prozeß der Integrativen Therapie. *Integrative Therapie* 4, 320-341.
- Petzold, H.G. (1990i): Selbsthilfe und Professionelle - Gesundheit und Krankheit, Überlegungen zu einem "erweiterten Gesundheitsbegriff", Vortrag auf der Arbeitstagung "Zukunftsperspektiven der Selbsthilfe", 8.-10. Juni 1990, Dokumentation, Düsseldorf, auch in: Petzold, H.G., Schobert, R., 1991. *Selbsthilfe und Psychosomatik*, Paderborn: Junfermann, S. 17-28

- Petzold, H.G. (1990p): Integrative Dramatherapie und Szenentheorie - Überlegungen und Konzepte zur Verwendung dramatherapeutischer Methoden in der Integrativen Therapie. In: *Petzold, Orth* (1990a) II, 849-880; repr. Bd. II, 2, (1992a) S. 897-925 und (2003a) S. 681-700.
- Petzold, H.G. (1993m): "Kontrollanalyse" und Gruppensupervision in "Kompetenzgruppen" - zwei unverzichtbare, aber unterschiedliche Methoden der psychotherapeutischen Weiterbildung in einer integrativen Perspektive. In: *Frühmann, R., Petzold, H.G.* : Lehrjahre der Seele. Paderborn: Junfermann, S. 479-616.
- Petzold, H.G. (2000): Einführung zu einer Grundregel für die IT. Gehalten auf dem Arbeitstreffen „Psychotherapie und Ethik“, Europäische Akademie für Psychosoziale Gesundheit, 1. Mai 2000. Europäische Akademie für Psychosoziale Gesundheit, Hückeswagen. und in: *Petzold, Orth, Sieper* 2010, 437-460. *Textarchiv H.G.Petzold* Jg. 2000. <http://www.fpi-publikation.de/artikel/textarchiv-h-g-petzold-et-al/index.php>.
- Petzold, H.G. (2000a): Eine „Grundregel“ für die Integrative Therapie als Verpflichtung zur Transparenz und Anstoß „riskanter Therapie“, Fehlern und Ungerechtigkeiten in der Psychotherapie entgegenzuwirken. Vortrag an der EAG, Düsseldorf/Hückeswagen Mai 2000. Bei www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm – *POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit* – 1/2000. Updating 04/2005. <http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alleausgaben/01-2000-petzold-2000a-grundregel>.
- Petzold, H.G. (2000d): Client Dignity konkret - PatientInnen und TherapeutInnen als Partner in „kritischer Kulturarbeit“ - eine Initiative. *Integrative Therapie* 2/3, 388 – 396.
- Petzold, H.G. (2003g): Lebensgeschichten erzählen. Biographiearbeit, narrative Therapie, Identität. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G. (2006p): Ökosophie, Ökophilie, Ökopsychosomatik Materialien zu ökologischem Stress- und Heilungspotential Bei www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm - *POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit* - 16/2006 und *Integrative Therapie* 1 (2006) 62-99. <http://www.fpi-publikation.de/downloads/download-polyloge/download-nr-16-2006-petzold-hilarion-g.html>
- Petzold, H.G. (2006u): Der Mensch „auf dem Wege“ – Altern als „Weg-Erfahrung“ des menschlichen Lebens. Festvortrag 20 Jahre Pro Senectute Österreich, Wien: *Thema Pro Senectute* 1 (2006) 40-57. In *Textarchiv* 2006: <http://www.fpi-publikation.de/artikel/textarchiv-h-g-petzold-et-al/index.php>
- Petzold, H. G. (2007t): Der Integrative Ansatz in Psychotherapie, Agogik und Kulturarbeit. Kremser Symposion Psychotherapie und Medizin **Integration** – Möglichkeiten und Grenzen. Donau-Universität Krems 31. Mai bis 2. Juni 2007. Videovortrag. http://www.eag-fpi.com/video_petzold.html
- Petzold, H.G. (2008d): Qualitätssicherung in der Integrativen Therapie. Stundenbegleitbögen, IT-Ceckliste, Zielkartierung, Willendiagnostisches Interview als Instrumente für die Praxis. Bei: www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm - *POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für Psychosoziale Gesundheit* – 22/2008. http://www.fpi-publikation.de/images/stories/downloads/polyloge/petzold_qualitaetssicherung_polyloge-22-2008c.pdf
- Petzold, H. G. (2010f): „Sprache, Gemeinschaft, Leiblichkeit und Therapie“. Materialien zu polylogischen Reflexionen, intertextuellen Collagierungen und melioristischer Kulturarbeit – Hermeneutica. Bei www.FPI-publikationen.de/materialien.htm - *POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit* - 7/2010. <http://www.fpi-publikation.de/downloads/download-polyloge/download-nr-07-2010-petzold-h-g-2010f.html>
- Petzold, H.G. (2011i, Update von 2002h): „Klinische Philosophie“ – Menschen zugewandtes Lebenswissen von Natur und Kultur in der Integrativen Therapie. Collagierte Materialien (I) zu einer „intellektuellen Biographie“ –, Neueinstellung Fassung 2011i, <http://www.fpi-publikation.de/artikel/textarchiv-h-g-petzold-et-al/index.php>.
- Petzold, H.G. (2011j, Update von 2002p): „**Lust auf Erkenntnis**“. ReferenztheoretikerInnen der Integrativen Therapie. Polyloge und Reverenzen – Collagierte Materialien (II) zu einer intellektuellen Biographie und zu 45 Jahren „transversaler Suche und kokreativer Konnektivierung“ (1965-2010) – Erstversion 2002p, erw. 2004b und Updating 2006e, Neueinstellung Fassung 2011j *Textarchiv*: <http://www.fpi-publikation.de/artikel/textarchiv-h-g-petzold-et-al/index.php>.
- Petzold, H.G., Gröbelbaur, G., Gschwend, I. (1998): Patienten als "Partner" oder als "Widersacher" und "Fälle". Über die Beziehung zwischen Patienten und Psychotherapeuten - kritische Gedanken und Anmerkungen. *Gestalt* (Schweiz) 32, 15-41 und in: *Petzold, Orth* (1999a) 363-392 sowie in: *Psychologische Medizin* (Österr.) 1/1999 (S. 32.39) u. 2/1999 (S. 30-35).
- Petzold, H.G., Hentschel, U. (1991): Niedrigschwellige und karrierebegleitende Drogenarbeit als Elemente einer Gesamtstrategie der Drogenhilfe. *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung* 1, 11-19 und in: *Scheiblich, W.*, Sucht aus der Sicht psychotherapeutischer Schulen, Lambertus, Freiburg 1994, 89-105.

- Petzold, H.G., Michailowa, N. (2008a): Alexander Lurija – Neurowissenschaft und Psychotherapie. Integrative und biopsychosoziale Modelle. Wien: Krammer.
- Petzold, H.G., Müller, L. (2004a): Biographiearbeit mit alten Menschen – Erarbeiten und Teilen biographischer Erfahrung. Bei www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm - POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit - 02/2004. Auch in Petzold, H.G. (2004a): Mit alten Menschen arbeiten. Erweiterte und überarbeitete Neuauflage von 1985a in zwei Bänden. Bd. I: Konzepte und Methoden sozialgerontologischer Praxis. München: Pfeiffer, Klett-Cotta. S.249-262.
- Petzold, H.G., Müller, M. (2005/2007): **Modalitäten der Relationalität** – Affiliation, Reaktanz, Übertragung, Beziehung, Bindung – in einer „klinischen Sozialpsychologie“ für die Integrative Supervision und Therapie. Hückeswagen: Europäische Akademie und in: Petzold, H.G., Integrative Supervision, 2. Aufl. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften. 2007a, 367-431. <http://www.fpi-publikation.de/artikel/textarchiv-h-g-petzold-et-al-/petzold-h-g-mueller-m-2005-2007-modalitaeten-der-relationalitaet.html>
- Petzold, H.G., Orth, I. (1993a): Therapietagebücher, Lebenspanorama, Gesundheits-/Krankheitspanorama als Instrumente der Symbolisierung, karrierebezogenen Patientenarbeit und Lehranalyse in der Integrativen Therapie. *Integrative Therapie* 1/2 (1993) 95-153; auch in: Frühmann, Petzold (1993a) 367-446 und Petzold, H.G., Sieper, J.(1993a): Integration und Kreation, 2 Bde., 2. Auflage 1996.Paderborn: Junfermann S. 125-171. <http://www.fpi-publikation.de/downloads/download-polyloge/download-nr-26-2012-petzold-hilarion-g-orth-ilse.html>.
- Petzold, H. G., Orth, I. (2011): „Genderintegrität“ – ein neues Leitparadigma für Supervision und Coaching in vielfältigen Kontexten. In: Abdul-Hussain, S. (2011): Genderkompetente Supervision. Mit einem Beitrag von Ilse Orth und Hilarion Petzold zu “Genderintegrität”. Wiesbaden: VS Verlag. 195-299.
- Petzold, H.G., Orth, I., Sieper, J. (2006): Erkenntnistheoretische, entwicklungspsychologische, neurobiologische und agogische Positionen der „Integrativen Therapie“ als „Entwicklungstherapie“. In: Petzold, H.G., Schay, P., Scheiblich, W. (2006): Integrative Suchtarbeit. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften. 627-713. <http://www.fpi-publikation.de/downloads/download-polyloge/download-02-2005-petzold-h-g.html>.
- Petzold, H.G., Sieper, J. (1970): Zur Verwendung des Psychodramas in der Erwachsenenbildung, *Zeitschrift f. prakt. Psychol.* 8, 392-447.
- Petzold, H.G., Sieper, J. (2008b): Integrative Soziotherapie - zwischen Sozialarbeit, Agogik und Psychotherapie. Zur Konnektivierung von Modellen der Hilfeleistung und Entwicklungsförderung für optimale Prozessbegleitung. Bei www.FPI-publikationen.de/materialien.htm - POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit - 25/2008. <http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/19-2008-petzold-h-g-sieper-johanna-integrative-soziotherapie.html>
- Petzold, H.G., Sieper, J. (2012a): “Leiblichkeit“ als “Informierter Leib“embodied and embedded – Körper-Seele-Geist-Welt-Verhältnisse in der Integrativen Therapie. Quellen und Konzepte zum „psychophysischen Problem“ und zur leibtherapeutischen Praxis. In: Petzold, H.G. (2012f): Die Menschenbilder in der Psychotherapie. Interdisziplinäre Perspektiven und die Modelle der Therapieschulen. Wien: Krammer, 243-321.
- Petzold-Heinz, I. (1957): Der Helfer der Verwundeten. Aus Kindheit und Leben von Henry Dunant. Möckmühl: Aue Verlag.
- Petzold-Heinz, I. (1992): Der Umzug – Wohnung und Quartier als Lebenswelt. In: Petzold, H.G., Petzold, Ch.: Lebenswelten alter Menschen, Hannover: Vincentz, S. 128-133.
- Ramachandran, V.S., Hirstein, W. (1997): Three laws of qualia; What neurology tells us about the biological functions of consciousness, *Journal of Consciousness Studies*, 4, 429–57.
- Ricœur, P. (1989): Zeit und Erzählung. Band II. Zeit und literarische Erzählung. München: Fink
- Ricœur, P. (1990): Soi-même comme un autre. Paris: Seuil; dt.: (1996); dtsch. Das Selbst als ein Anderer. München-Freiburg: Wilhelm Fink.
- Rizzolatti, G. (2008). Empathie und Spiegelneurone : die biologische Basis des Mitgefühls. Frankfurt: Suhrkamp.
- Rosenthal, D. (1991): The Nature of Mind. Oxford: Oxford University Press.
- Sacks, O. (1987): Der Mann, der seine Frau mit einem Hut verwechselte. Reinbek: Rowohlt Verlag.
- Sacks, O. (1993): Lurija und die romantische Wissenschaft. In: *Lurija* (1993)7 – 22.
- Sacks, O. (1994): Folgen von Lurijas Konzeption für eine veränderte Rehabilitationspraxis bei Hirnschädigungen. In: *Jantzen* (1994) 108-124.
- Sacks, O. (1995): Der Tag, an dem mein Bein fortging. Reinbek: Rowohlt.
- Schiepek, G. (2008): Die Bedeutung der Neurobiologie für eine integrative Psychotherapie. *Integrative Therapie* 3, 243-254.

- Scholz, R.W., Tietje, O. (2002): *Embedded Case Study Methods. Integrating Quantitative and Qualitative Knowledge*. Thousand Oaks: Sage.
- Sieper, J., Orth, I., Petzold, H.G. (2010): Warum die "Sorge um Integrität" uns in der Integrativen Therapie wichtig ist - Überlegungen zu Humanität, Menschenwürde und Tugend in der Psychotherapie. In: Petzold, H.G., Orth, I., Sieper, J. (2010a): *Gewissensarbeit, Weisheitstherapie, Geistiges Leben - Themen und Werte moderner Psychotherapie*. Wien: Krammer. S. 367 – 460. http://www.fpi-publikation.de/images/stories/downloads/textarchiv-petzold/sieper-orth-petzold_sorge-um-integritaet_2010.pdf.
- Sieper, J., Petzold, H.G. (2002): Der Begriff des „Komplexen Lernens“ und seine neurowissenschaftlichen und psychologischen Grundlagen – Dimensionen eines „behavioralen Paradigmas“ in der Integrativen Therapie. Lernen und Performanzorientierung, Behaviourdrama, Imaginationstechniken und Transfertraining. Düsseldorf/Hückeswagen. Bei [www. FPI-Publikationen.de/materialien.htm](http://www.fpi-publikationen.de/materialien.htm) - POLYLOGE: *Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit* - 10/2002 und <http://www.fpi-publikation.de/supervision/alle-ausgaben/04-2011-sieper-j-petzold-h-g-komplexes-lernen-in-der-integrativen-therapie-und-supervision.html>. Gekürzt in Leitner, A. (2003): *Entwicklungsdynamiken der Psychotherapie*. Wien: Kramer, Edition Donau-Universität. S. 183-251.
- Spence, D.P. (1982a): *Narrative truth and historical truth*. New York: Norton.
- Stake, R.E. (1995): *The Art of Case Study Research*. Thousand Oaks: Sage.
- Stamm, U. (1997): *Ein Kritiker aus dem Willen der Natur*. Würzburg: Königshausen und Neumann.
- Stamm, F.M. (2009): *Das Geheimnis der Anderen – Empathie in der Psychotherapie. Wie Therapeuten und Klienten einander verstehen*. Stuttgart: Klett-Cotta Verlag.
- Stuhr, U. (2007): Die Bedeutung der Fallgeschichte für die Entwicklung der Psychoanalyse und heutige Schlußfolgerungen. *Psyche*, 61(9-10), 943-965.
- Stuhr, U., Deneke, F.-W. (Hg.) (1993): *Die Fallgeschichte. Beiträge zu ihrer Bedeutung als Forschungsinstrument*. Heidelberg: Asanger.
- Sulloway, F.J. (1979): *Freud: Biologist of the Mind. Beyond the psychoanalytic Legend*. Boston: Harvard University; franz. Übers. (1998): *Freud, Biologiste de l'Esprit*. Paris: Fayard; dtsh. (1979): *Freud, Biologe der Seele*. Köln: Hohenheim.
- Sulloway, F.J. (1991): *Freud's Cases Histories: the social Construction of Psychoanalysis*. *Isis*. 82, 245-275.
- Sulloway, F.J. (2008): *Geschichte der Wissenschaft und Freuds Psychoanalyse*. In: Leitner, Petzold (2008).
- Swanton, H. (2010): Die Bedeutung von Biographie in der Integrativen Supervision. Bei [www. FPI-Publikationen.de/materialien.htm](http://www.fpi-publikationen.de/materialien.htm) In: *Supervision: Theorie – Praxis – Forschung. Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift* - 10/2010. <http://www.fpi-publikation.de/supervision/alle-ausgaben/10-2010-swanton-helga-die-bedeutung-von-biographie-in-der-integrativen-supervision.html>
- Thier, K. (2010): *Storytelling. Eine Methode für das Change Management*. Heidelberg: Springer.
- Tschuschke, V. (2005): *Psychotherapie in Zeiten Evidenzbasierter Medizin. Fehlentwicklungen und Korrekturvorschläge*. *Psychotherapeutenjournal* 4, 106-115.
- Tschuschke, V. (2012): *Die Fehlentwicklung in der derzeitigen Psychotherapieforschung*. Vorträge auf dem 1. AGHPT-Kongress "Humanistische Psychotherapie - Einheit und Vielfalt" am 12./13.10.2012 in Berlin. Audios <http://www.aghpt.de/index.php/vortraege>
- Tschuschke, V., Cramer, A., Koemeda, M., Schulthess, P., von Wyl, A., Weber, R. (2012): *Psychotherapieforschung – Grundlegende Überlegungen und erste Ergebnisse der naturalistischen Psychotherapie-Studie ambulanter Behandlungen in der Schweiz (PAP-S)*. <http://www.psychotherapiecharta.ch/charta/de/component/jdownloads/finish/18-neue-wiss-artikel/128-pap-s-tschuschke>.
- Vandenbroucke, J.P. (2001): *In defense of case reports and case series*. *Ann. Internal. Medicine* 4, 330–34
- Warner, S.L. (1994): *Freud's analysis of Horace Frink, M.D.: a previously unexplained therapeutic disaster*. *J. Am. Acad. Psychoanal.* 1, 137-152.
- White, M. (2007): *Maps of narrative practice*. New York: W.W. Norton.
- Wright, E. (2008): *The Case for Qualia*, Cambridge, MA: MIT Press.
- Yitschaky, O., Yitschaky, M., Zadik, Y. (2011): *Case report on trial: Do you, Doctor, swear to tell the truth, the whole truth and nothing but the truth?* *Journal of Medical Case Reports* 5, 179, <http://www.jmedicalcasereports.com/content/5/1/179>.

Korrespondenzadresse:

Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit

Wefelsen 5

42499 Hückeswagen

Deutschland

E-Mail-Adressen:

forschung.eag@t-online.de

klara.kreidner@googlemail.com