

FPI-Publikationen – Wissenschaftliche Plattform „Polyloge“

Heilkraft der Sprache und Kulturarbeit

Internetzeitschrift für Poesie- & Bibliothherapie,
Kreatives Schreiben, Schreibwerkstätten, Biographiearbeit,
Kreativitätstherapien [Musiktherapie], Kulturprojekte
(Peer Reviewed)

Begründet 2015 von *Ilse Orth* und *Hilarion Petzold*

herausgegeben mit *Elisabeth Klempnauer*, *Brigitte Leeser* und *Chae Yonsuk* für

„Deutsches Institut für Poesietherapie, Bibliothherapie, Sprachkultur
und literarische Werkstätten“

an der „Europäischen Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Naturtherapien
und Kreativitätsförderung“ (EAG) in Verbindung mit der

„Deutschsprachigen Gesellschaft für Poesie- und Bibliothherapie“ (DGPB)

Thematische Felder:

Poesietherapie – Poesie – Poetologie

Bibliothherapie – Literatur

Kreatives Schreiben – Schreibwerkstätten

Biographiearbeit – Narratologie

Narrative Psychotherapie – Musiktherapie

Intermethodische und Intermediale Arbeit – Kulturarbeit

© FPI-Publikationen, Verlag Petzold + Sieper, Hückeswagen, Heilkraft der Sprache ISSN 2511-2767

Ausgabe 02/2022

**Ein Poesie- und Bibliotheraapeutischer Therapieprozess auf der
Basis der „Integrativen Therapie“ mit einem an Paranoide
Schizophrenie erkrankten Patienten im Rahmen der
Behandlung in einer Psychiatrischen Institutsambulanz –
salutogenetische Biographiearbeit, komplexe Ko-inkarnation**

Heike Heß

mit einem Vorwort von *Ilse Orth und Hilarion G. Petzold*, Hückeswagen *

* Aus der „Europäischen Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Naturtherapien und Kreativitätsförderung“ (EAG), staatlich anerkannte Einrichtung der beruflichen Weiterbildung (Leitung: *Univ.-Prof. Dr. mult. Hilarion G. Petzold*, *Dipl.-Sup. Ilse Orth, MSc*), Hückeswagen. Mail: forschung@integrativ.eag-fpi.de, oder: info@eag-fpi.de, Information: <http://www.eag-fpi.com>.

Weiterbildung: 'Poesie- und Bibliothherapie im Integrativen Verfahren'.

Inhalt

Vorbemerkung von *Ilse Orth, Hilarion G. Petzold:*

**Klinische und salutogenetische Biographiearbeit als komplexe Koinkarnation
im Bereich der kreativen Therapiemethoden**

- 1. Einleitung** Heike Hess
- 2. Zuweisung und Voraussetzung zur Integrativen Poesie- und
Bibliotherapie (IPBT)**
- 3. Anamnese**
- 4. Prozessdiagnostische Erhebungen**
 - 4.1 Bedürfnis- und Motivationsanalyse
 - 4.2 Probleme
 - 4.3 Ressourcen
 - 4.4 Identitätsbereiche
- 5. Ätiologische Überlegungen**
 - 5.1 Genesetheorie
 - 5.2 Resilienz und Protektive Faktoren
- 6. Behandlungsplan**
 - 6.1 Metaziele
 - 6.2 Grobziele
 - 6.3 Feinziele
- 7. Der Therapieverlauf in der Beschreibung der einzelnen Sitzungen**
 - 7.1 Das Erstgespräch am 17.2.2020
 - 7.2 Die zweite Therapiestunde
 - 7.3 Die dritte Therapiestunde
 - 7.4 Die vierte Therapiestunde
 - 7.5 Die fünfte Therapiestunde
 - 7.6 . Die sechste Therapiestunde

- 7.7 Pause
- 7.8 Die siebente Therapiestunde
- 7.9 Ein Besuch außer der Reihe
- 7.10 Die achte Therapiestunde

8. Resümee

9. Zusammenfassung/Summary

10.Literatur

11. Anhang

Vorbemerkung: Klinische und salutogenetische Biographiearbeit als komplexe Ko-inkarnation im Bereich der kreativen Therapiemethoden

Ilse Orth, Hilarion G. Petzold

Die vorliegende Darstellung eines integrativen Behandlungs- und Unterstützungsprozesses von *Heike Hess* haben wir mit Freude und Interesse gelesen, weil er *Therapie, Persönlichkeitsentwicklung* und *Lebenshilfe* in der **Biographiebegleitung** eines **Patienten** verbindet. Er braucht einerseits therapeutische Hilfe, das verlangt sein „**Rechtsstatus** als **Patient**“, der einen Rechtsanspruch auf *indikationsspezifische Behandlung* und auf die Gewährleistung seiner Patientenrechte hat (*Petzold, Petzold, Rodriguez-Petzold* 1996). Und er ist zugleich auch „**Klient**“, der – wo erforderlich – der *Unterstützung* und *Lebenshilfe* bedarf. Je schwerer die Erkrankung bzw. die Beeinträchtigung durch die Störung oder vorliegende Chronifizierung ist, desto wichtiger wird flankierende soziotherapeutische Unterstützung im „Bündel von Massnahmen“ (*Petzold, Petzold* 1993a, *Petzold, Sieper* 2008b; *Sieper, Petzold* 2011b). Wir unterscheiden diese Statusdifferenzen (*Petzold* 1998a, 2007a). Zuweilen ist ein Patient/eine Patientin als SelbstzahlerIn auch Kunde/Kundin (*Petzold, Petzold* 1997) und verbindet damit drei Rollen- bzw. Statusprofile. Vor allen Dingen aber sind sie **Mitmenschen**, die Wertschätzung, Zuwendung und einen „gastlichen Raum“ verdienen, wie es die „Grundregel der *Integrativen Therapie*“ vertritt (ders. 2000a). Das alles findet in diesem Text zusammen – für uns ein Grund zur Freude. In ihm wird eine *an Menschen engagierte Arbeit* auf dem Hintergrund *Integrativer Therapie* als **zwischenleibliche Therapie** und **Biographiearbeit** (ders. 2016f) vorgelegt und sichtbar, die aus komplexer „wechselseitiger Empathie“ (*Petzold, Mathias-Wiedemann* 2019a) **Ko-inkarnationen**, d.h. „wechselseitige Einleibungen/Verkörperungen“ möglich machen (*Petzold, Orth* 1991a, *Petzold* 2003a, 855ff). Das sind Kernprozesse der Heilung und Persönlichkeitsentwicklung im *Integrativen Ansatz* (*Orth, Petzold* 2000). Über die Freude hinaus wurde unser Interesse geweckt, weil hier ein psychotherapeutisches Behandlungs- und Dokumentationsformat, das „Behandlungsjournal“, zugrunde gelegt wurde (*Petzold, Orth-Petzold, Patel* 2010; *Petzold, Orth-Petzold* 2013), das jetzt auch in den Bereich der kreativtherapeutischen Methoden, hier der Poesie- und Bibliothherapie übertragen

wurde. Es hat sich inzwischen ja in zahlreichen psychotherapeutischen „Psychotherapiejournalen“ zur feinkörnigen Darstellung von Behandlungsprozessen bewährt (vgl. <https://www.fpi-publikation.de/behandlungsjournale/>) – und so ist der Text von *Heike Hess* ein Modell und eine Anregung für weitere Journale dieser Art. Sie sind indes noch mehr als eine klinische Prozessdokumentation und dazu wollen wir im Rahmen einer Vorbemerkung zu diesem Text einige Hintergrundperspektiven aufzeigen. Solche Behandlungsberichte müssen deshalb auch als Dokumentationen einer „**Strecke begleiteten Lebens**“ gesehen werden, als miterlebte, mitvollzogene, begleitete Biosodie/Biographie, *de jour à jour*. Gute Journale haben diese Qualität. Sie berichten von **Lebenswegen** – fachsprachlich von **Biosodien** (*bios*, βίος = Leben, *odos*, ὁδός = Weg), guten, belastenden, gelingenden und scheiternden Wegen durch Zeiten der Gesundheit und der Krankheit, durch vertraute Regionen der Heimat oder durch unvertraute der Fremde, wie es durch Krieg, Flucht, Vertreibung, die immer wieder in die Sprachlosigkeit führen, geschehen kann (*Goller* 2018; *Orth* 2015). In ihnen vollziehen sich spezifisch *menschliche* Lernprozesse, die in Therapien, Beratungen, in Prozessen der Biographiearbeit und der Supervision von all diesem zum Tragen kommen und in Behandlungsberichten (Journalen) aufgezeichnet werden. Ihren Niederschlag finden die **biosodisch** durchmessenen Strecken und durchschrittenen Szenen, Situationen, sozioökologischen Einbettungen (*embeddedness*) in „komplexen Lernprozessen“ (*Sieper, Petzold* 2002) als im Leibgedächtnis abgespeicherter **Biographie** (von βίος *bíos*, Leben‘ und *gráphō*, γράφω = ritzen‘, ‚malen‘, schreiben). Sie werden in mentalen Aufzeichnungen/**Mentalisierungen** (kognitiven, emotionalen, volitiven, perzeptiven) im Leibgedächtnis **verkörpert** (*embodiment*) – ein vielfältiges, multisensorisches und multimnestisches Geschehen (*Petzold, Orth* 2017c), das zur Ausprägung eines leiblichen Habitus führen kann – so *Bourdieu* (1997). Wir sehen dieses Geschehen als ein synergetisches Zusammenwirken von **Mentalisierungen** und **Verkörperungen**/Therapien und Supervisionen, die Biosodien begleiten, sind in diesen Begleitungsprozessen unlösbar verschränkt. Ihre Dokumentation in „Behandlungsjournalen“ – früher sprach man noch von „Fallberichten“, aber „Menschen sind keine Fälle (*Petzold* 2016h) – eignen sich als Aufzeichnungen von Lebensprozessen in allen therapiemethodischen Ansätzen, etwa für die Leib- und Bewegungstherapie, wie u.a. ein Journal von *Klara Kreidner-Salahshour* (et al. 2013) gezeigt hat. Sie sind auch für die Naturtherapien von Nutzen, wie in der

Gartentherapie eine Prozessdokumentation von *Krüschemper* ersehen lässt (*Krüschemper, Petzold* 2017). Im Bereich der Musiktherapie haben sich die Behandlungsjournale inzwischen gut etabliert (*Schuppener* 2017; vgl. <https://www.fpi-publication.de/?s=Musiktherap>). Das Anfertigen solcher Prozessdokumentationen auch in den kreativ- und naturtherapeutischen Methoden ist nicht nur zur **Qualitätssicherung** (*Petzold, Steffan* 2000b; *Petzold* 2008d) dieser nützlichen klinischen Wege breit ansetzender Behandlungen im Kontext **multimodaler Therapien** wichtig, die mit „**Bündeln von Maßnahmen**“ arbeiten (*Petzold* 2014i). Sie sind auch wichtig als Dokumentationen **salutogenetischer**, gesundheitsfördernder Maßnahmen, die in jedem therapeutischen Geschehen eine zentrale Stelle einnehmen sollten, weil sie als benigne Einwirkungen auf das „personale Leibsubjekt“ **interiorisiert** werden (*Petzold, Orth* 2017a) und damit zugleich ganzheitlich **Gesundheit** fördern und **Krankheit** mindern oder heilen, sowie Persönlichkeit bzw. Identität aufbauen (ders. 2012q). Mit all dem gehen solche Aufzeichnungen weit über „Fallgeschichten“ hinaus, sie sind Dokumente über Lebensverläufe, Zeugnisse gelebten Lebens (*Petzold, Orth-Petzold* 2013). Der weit gefasste Therapiebegriff im Integrativen Verständnis hat ja vor diesem Hintergrund stets vier Orientierungen:

- primär eine klinisch-kurative oder auch palliative Ausrichtung (1),
- dann eine gesundheitsfördernde (2),
- weiterhin eine Richtung auf Persönlichkeitsentwicklung (3)
- schließlich eine sozialpartizipative Orientierung auf kritische Kulturarbeit (4),

wie wir immer wieder unterstreichen (*Orth, Petzold* 2001). Zudem ist in der integrativen Art des Therapieverständnisses eine **doppelte Zielsetzung** wesentlich: die Verminderung von Pathologie bzw. Pathogenese und die Stärkung von Vitalität/Validität/Gesundheit und Förderung von Salutogenese. Das kann im Rahmen kurativer Therapie geschehen, die meistens mit Formen der biographischen Bearbeitung verbunden ist – oft „**Biographiearbeit**“ genannt. Die Integrative Therapie hat hier ihre eigenen Wege theorie- und forschungsgeleitet entwickelt (*Petzold* 2016f) basierend auf ihrer Grundüberzeugung, dass keine Form der Arbeit mit Menschen ohne ein Einbeziehen von **Biosodie und Biographie** auskommt und dass diese immer **beides**, pathogenetische und salutogenetische Momente umfasst (*Petzold* 2004n). Leider wird die gesundheitsfördernde Seite in den meisten Psychotherapien vernachlässigt. Jeder Mensch ist indes so geworden wie er ist

durch die „Gesamtheit aller salutogenetischen, nährenden/aufbauenden und pathogenetischen, abträglichen/defizitären/schädigenden Einflüsse“. Nicht nur das Abträgliche muss in Therapien und in Biographiearbeit fokussiert werden, auch das Aufbauende. Gerade die künstlerischen Therapiemethoden haben ein hohes Potential Salutogenese zu bewirken, selbst in der Bearbeitung von Belastendem, weil sie z. B. durch das Schreiben eines Gedichts oder das Lesen eines Gedichts (denn das ist auch ein schöpferischer/nachschöpferischer Akt) oder durch das Malen einer biographischen Szene, selbst wenn sie Leidvolles darstellt, die Fähigkeiten der Gestaltung (*poiesis*) aufruft und in ihrer bewältigenden Kraft wirksam werden lässt. Kreativität und Kokreativität in der therapeutischen Beziehung haben ein hohes, Selbstwirksamkeit und „persönliche Souveränität“ (Petzold, Orth 2014) bestärkendes Potential. Das systematische Nutzen von **Ressourcen** (Petzold 1997p) kommt bei den kreativtherapeutischen Methoden allein durch das Aufrufen der performativen Gestaltungsmöglichkeiten zum Tragen, denn diese sind selbst eine nicht zu unterschätzende Ressource. Gerade bei sehr schwer belasteten bzw. beeinträchtigten Patienten, wie es im vorliegenden Therapiebericht/Journal beschrieben wird, hat diese subtile Aktivierung eigenschöpferischer Möglichkeiten aufbauende Qualitäten.

Dokumentationen wie die vorliegende, sind immer eine Form kreativer/kokreativer Biographieerarbeitung/Biographiearbeit (Petzold 2016f), sei sie nun *kurativ* oder auf *coping* oder *supporting* orientiert – so die pathogenesemindernden Strategien – oder sei sie auf ein *Enlargement*, *Enrichment*, *Empowerment* gerichtet – so die salutogenesefördernden Strategien (Petzold, Trummer 2017). Solche Biographiearbeit kann in *kurativen* therapeutischen Prozessen eingesetzt werden, sie kann aber auch in der Lebensberatung; Bildungsarbeit und in der Persönlichkeitsentwicklung eingesetzt werden, also explizit mit *nicht-therapeutischer* Zielsetzung. Die in dem vorliegenden Bericht/Journal eingesetzten Wirkfaktoren sind ja nicht nur therapeutisch-reparativ, sie sind auch gesundheits- und entwicklungsfördernd, genauso wie die „Vier Wege der Heilung“ immer auch zugleich „Vier Wege der Förderung“ sind und einbezogen werden müssen, sonst würden sie die gesamte Salutogenese-Perspektive ausblenden, verlieren. Sie müssen deshalb als „**Vier Wege der Heilung u n d Förderung**“ zum Tragen kommen, werden deshalb immer in dieser Formel als ein fester Terminus genannt. Die kreativ- und naturtherapeutischen Methoden des **Integrativen Ansatzes** (Petzold, Orth 1990a;

Petzold, Leeser, Klemmner 2017) können deshalb sowohl in der klinischen, kurativen Therapie als auch in der Gesundheitsarbeit, Kreativitätsförderung und Persönlichkeitsentwicklung eingesetzt werden (*Petzold 2010b, Ostermann 2010*). Was uns mit dieser Vorbemerkung besonders wichtig ist, ist zu unterstreichen, dass selbst bei einem sehr schwerwiegenden Störungsbild in einer Therapie immer ein „ganzer Mensch“ biographisch begleitet wird unter Berücksichtigung seines So-Geworden-Seins in seiner Biographie, und das umfasst immer auch gesunde Seiten, die es zu sehen und zu fördern gilt. Die in der Arbeit von *Hess* systematisch eingesetzten „14 + 3 Heil- und Wirkfaktoren der *Integrativen Therapie* und Biographiearbeit (*Petzold 2016n*) sind deshalb stets nicht nur „psychologische Medikamente“ (*Janet 1919*) in der Behandlung der Störungen von „PatientInnen“, sie können auch als „psychologische Nahrungsergänzungsnahrung“ (*Petzold, Orth, Sieper 2021*) gesehen werden, die die gesunden Seiten von erkrankten und in verschiedenen Bereichen gestörten Menschen unterstützen. Sie können aber auch insgesamt gesunde Menschen stärken und ihr Gesundsein, ihre Fitness, Frische und ihr psychophysisches und geistiges Wohlbefinden fördern (*Petzold 2010b*). Wir nähern uns hier dem antiken Gedanken der „**Lebenskunst**“ (*Hadot 1991, 1999; Petzold 1999q*), der *ars vivendi*, die in der *Integrativen Therapie* einen wichtigen Platz einnimmt, diese Fähigkeit des Menschen, *prinzipiell*, und selbst in der Betroffenheit von schwerer Krankheit (*Wenk-Kolb 2016*, oder der Patient in nachstehendem Beispiel von *Heß*), das eigene Leben zu gestalten, es sinnvoll zu machen und in das Gesamt der Welt, der Mitmenschen, der Natur einzufügen. Das entspricht dem stoischen Gedanken der OIKEIOSIS, der Selbst- und Weltaneignung, den wir in der *Integrativen Therapie* wieder aufgegriffen haben. (*Petzold 2019d/2020c*).

„Denn wie das Material des Zimmermanns das Holz, des Bildhauers das Erz, so ist das Leben jedes einzelnen Menschen das Material seiner eigenen Lebenskunst [περὶ βίον τέχνης]“ (Epiktet, Diatriben 1, 15).

Dabei ist es wichtig zu sehen, und das ist uns für den Integrativen Ansatz auch wesentlich, dass der antike Gedanke der „Lebenskunst als Selbstgestaltung“ nicht nur individualisierend aufgefasst werden sollte. Das **persönliche Selbst ist eingebunden in das Gemeinwesen und die Natur**. Selbstgestaltung hat damit

auch eine ethische Komponente und Verpflichtung, nämlich mit seiner „Arbeit an sich selbst“ zum Gemeinwohl beizutragen, sich im „Miteinander“ zu entwickeln. Das Selbst ist nämlich in der Antike nicht individualisierend/individualistisch zu sehen, wie neuere Kritik am Lebenskunstkonzept *Foucaults* zu Recht beanstandet (*Kobusch* in: *Ackeren* et al. 204ff; *Kobusch* 2018). *Foucault* hat in der Folge von *Nietzsche* einen neuen Lebenskunstbegriff als eine „Selbsterschaffung“ vertreten. Die Kritik macht Sinn, denn die antike Philosophie ist nicht durch die Aufklärung gegangen und konnte deshalb die Idee eines emanzipierten Subjekts noch nicht realisieren. „Lebenskunst“ wird von *Foucault* (1984b, 2007) dem Menschen der Moderne anempfohlen – ähnlich in seiner Folge (*Schmid* 1999) – mit der Aufgabe, Bildhauer der *eigenen* Existenz zu werden. Wir sagen dabei zu *Foucaults* (1984b, 254) Frage: „... das Leben des Menschen, könnte es nicht ein Kunstwerk sein?“ Ja, es kann ein Kunstwerk werden. „Die eigene Existenz zu gestalten, Bildhauerin der eigenen Identität zu werden, ist ein gleichsam künstlerischer Zugang zu den Themen Leiblichkeit, Weiblichkeit und Identität“ (*Orth* 2010, 299) in gegebenen Lebensbezügen. Das alles bietet die Basis einer „Selbstgestaltung“: allerdings nicht – und das betonen wir – ohne den Anderen und das Andere, sondern nur in der Auseinandersetzung mit den Kontextbedingungen, **mit dem Anderen (Ökologie und Mitmenschen) und mit sich selbst**. In der Erarbeitung vielfältiger „Existenzstile“ (*Foucault* 1998, 496), einer „Kultur seiner selbst“ (*ibid.* 480ff) muss immer **der Andere** und letztlich das Gemeinwesen miteinbezogen werden. Wir nehmen hier in der integrativen Sicht eine vermittelnde Position zwischen *Foucaults* modernem, individualisierendem Ansatz und der klassischen antiken Sicht des normativ durch das Gemeinsame bestimmten Konzepts der Selbstverwirklichung ein. Zum „Bildhauer der eigenen Existenz“ wird man im „**Aushandeln von Positionen und Grenzen**“ mit anderen hin zu einer „**persönlichen Souveränität als mit anderen ausgehandelter**“ (*Petzold, Orth* 2014). Leben, das gleichsam als ein Kunstwerk gestaltet wird (*Foucault* 1998, 70ff, 434ff), bedarf der Anderen. Das ist ein Grundsatz in einer *Integrativen Therapie*, die den Menschen, sein *SELBST*, „als *Künstler und Kunstwerk*“ zugleich sieht (*Petzold* 1999p; *Petzold, Moser, Orth* 2012), denn diese Lebensarbeit ist „**Beziehungsarbeit**“ (*Petzold, Müller* 2005/2007), „**Identitätsarbeit**“ (*ders.*2012q), die in **Ko-respondenzen** und *POLYLOGEN* erfolgt, weil „**Sein Mit-Sein ist**“ (*ders.* 1978c/1991e, 2002c). Das wird gerade in der Entwicklungstheorie (*ders.* 1992e; 1999b; *Sieper* 2007b), der Psychotherapietheorie

und -praxis (ders. 2003a, 2012c, 2012h) und der Biographiearbeit (ders. 2016f) im Integrativen Ansatz deutlich und ist letztlich trivial: der Mensch ist in **Ko-inkarnationen** (ders. 2003a, 855ff.) aus **ko-kreativer Zwischenleiblichkeit** (*co-ire, coitus*) hervorgegangen und lebt über die Lebensspanne hin in ko-kreativer Zwischenleiblichkeit, wenn das Leben gelingt. Allein können Menschen nicht überleben, sie brauchen andere Menschen, **lebensnotwendig**. Weil das so ist, ist es auch zwingend notwendig, für das Leben anderer Menschen Verantwortung zu übernehmen. *Emmanuel Levinas* (1961), einer der bedeutendsten modernen Ethiker und auch ein Referenzphilosoph der *Integrativen Therapie* (Petzold 1996k), hat das zu einem Corner Stone seines Werkes gemacht. Im Konzept des **Anlitzes**, des menschlichen Gesichts, das alle Vielfalt des Menschseins als eines „**informierten und inkarnierten Leibsubjekts**“ (Petzold 2009c, Petzold, Sieper 2012a, Petzold, Orth 2017a) ausmacht und ausdrückt, blickt jeder Mensch einen anderen Menschen als Mensch an und wird zugleich als solcher gesehen. Das kann ein anderes Tier als das „Menschentier“. Durch diese „wechselseitige Anschauung“ in den *gazit dialogues* (und dann kommt ja noch die bedeutungsgebende verbale und nonverbale Sprache hinzu in der *motherese*) wird ihm ermöglicht, **als Angeschauter** (und Angesprochener, Angerührter) – von Säuglingszeiten an – ein Mensch zu werden. In der Säuglingsforschung (Petzold, van Beek, van der Hoek 1992, 1994) liefern wir damit eine entwicklungsneuropsychologische Bestätigung der Gedanken von *Levinas* (1999, 2022). **So ist jeder Mensch das Ergebnis ko-kreativer Menschwerdung**. Von Säuglingszeiten an sind Kinder, Heranwachsende mit vielfältigem, mimisch-gestischem Ausdruck eines jeweils „ganzen Menschen“ angeschaut, angesprochen und berührt worden (von der Mutter, dem Vater, Verwandten, Großeltern, Geschwistern), von verschiedenen Menschen, die dabei all ihre Vielfalt über ihre aktuelle Befindlichkeit in der je gegebenen Situation zum Ausdruck gebracht haben in Dialogen und Polylogen, denn Kinder, Menschen leben in „sozialen Netzwerken“, in „Konvois“ (Brühlmann-Jecklin, Petzold 2004; Hass, Petzold 1999/2011). Weil Menschen über ihr Leben hin in vielfältigsten Polyladen (Arbeitsgruppen, Familien, Teams etc.) in komplexen Beziehungen mit z.T. sehr unterschiedlichen Menschen stehen und von ihnen jeweils spezifisch empathiert werden bzw. sie auch empathieren müssen, es sind ja reziproke Prozesse, sind Menschen auf polyadische Interaktions- und Kommunikationsprozesse disponiert, in denen Dyaden oder Triaden Sonderfälle sind und zwar von Babyzeiten an. Es ist

keineswegs eine Entwicklung von einer „autistischen“ Phase (*M. Mahler*) über die Mutter-Kind-Dyade zu einer ödipalen Triade oder Triangulation anzunehmen. Hier greifen die klassischen, dyadisch zentrierten Bindungstheorien sensu *Bowlby*, *Ainsworth* zu kurz (*Petzold 2018d; Plüss-Staubli 2020*), sondern Babies können schon in den ersten Lebenswochen multiple Kontakte (Stimmen, Gerüche) diskriminieren, zunächst die familialen Nahraumpersonen und Caregiver wie Großmutter, Amme, Nany, und mit allen sind kokreative Interaktionen, Spiele, Vocals möglich. Dadurch nehmen Kinder und dann Menschen ihr Leben lang *multiple Sozialwelten* auf und **interiorisieren** „significant caring others“, werden von ihnen dann „mental“ und durch *embodiments* „bewohnt“. Sie haben die Menschen „im Sinn“, „tragen sie im Herzen“ – so die Alltagssprache, Das Kunstwerk jedes Menschen geht aus Kokreationen hervor und jeder Mensch kann zu anderen Menschen, zu ihren Selbstgestaltungsprozessen in kokreativer Weise beitragen. Das ist eine Grundvoraussetzung aller Therapie. Jegliche therapeutische Selbstveränderung und Selbstgestaltung ist deshalb nur in interaktiven, interpersonalen, konstruktiv-kommunikativen Beziehungen und in *konvivialen* Räumen mit salutogenen Qualitäten möglich (*Petzold 2000a*), durch die Menschen wachsen können. Das sind die Qualitäten, die *Winnicott* als „Möglichkeitsraum“, als „potential space“ bezeichnet hat (*Winnicott 1965/1974; Neubaur 1987*). Im folgenden Patienten-Journal von H. Heß kommen solche affilialen Qualitäten (*Petzold, Müller 2005/2007*) immer wieder zum Tragen. Sie stehen hinter allen methodisch-technischen Interventionen und verleihen ihnen Tiefenwirkung (*Petzold 2012c*). Kompetente und Menschen zugewandte TherapeutInnen müssen bemüht sein, mit ihren PatientInnen und für sie solche Räume zu schaffen.

I.O. und H.P, Februar 2022

1. Einleitung - Heike Hess

In dem vorliegenden Behandlungsjournal wird der Therapieprozess eines an paranoider Schizophrenie (F20.0, F20.5 ICD 10) erkrankten Mannes¹ im Rahmen einer Poesie- und Bibliothераapeutischen Einzelbehandlung beschrieben. Die Behandlung des Patienten erfolgt im Rahmen eines multiprofessionellen Behandlungssettings einer Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA).

Eine PIA ist eine ambulante Behandlungseinrichtung zur Behandlung akut- und chronisch schwer psychisch erkrankter Menschen und/oder Menschen mit komplexem Hilfebedarf. So werden in einer PIA vorrangig folgende Krankheitsbilder behandelt:

- Schizophrene Psychosen
- Depressionen, Manien und bipolare Störungen
- Angst- und Zwangsstörungen
- Schwere Persönlichkeitsstörungen
- Suchterkrankungen mit weiteren psychischen Störungen
- Dementielle Erkrankungen

Im Sinne einer Komplexbehandlung bieten die PIA's das gesamte Spektrum psychiatrisch-psychotherapeutischer Diagnostik und Therapie an. Die entsprechenden Behandlungsteams setzen sich in der Regel aus Fachärzten für Psychiatrie, Psychotherapie und/oder Psychosomatik, Psychotherapeuten, Sozialarbeitern, Ergotherapeuten und Gesundheits- und Krankenpflegern²zusammen.

Psychiatrische Institutsambulanzen stellen den Patienten ein komplexes Hilfsangebot zur Verfügung und haben vergleichsweise viel Zeit für jeden Einzelnen, und somit wird es möglich, eine tragfähige Beziehung zu den schwerkranken Menschen herzustellen, die Krankheitseinsicht zu fördern, Krisen rechtzeitig zu erkennen und

¹ Die Daten dieses Behandlungsberichts wurden insgesamt anonymisiert und verfremdet

² Auf Geschlechtsdifferenzierung kann nicht verzichtet werden. Menschen sind nicht geschlechtslos und Genderbenachteiligungen sind eine Realität.

Weil in der IT eine gendersensible Betrachtung für wichtig erachtet wird, aber auch die deutsche Sprache ein wichtiges Anliegen ist, wechseln wir in diesem Text immer wieder einmal das Geschlecht, um zu zeigen, dass uns Genderdifferenz und Gleichheitsgrundsatz ein Anliegen sind.

Krankenhausaufenthalte zu verhindern bzw. stationäre Behandlungszeiten zu verkürzen.

Die Autorin ist examinierte Krankenschwester mit einer Sozial- und Gemeindepsychiatrischen Zusatzausbildung. Sie absolvierte die Grund-, Aufbau- und Zertifikats- sowie die Therapeutische Qualifizierungsstufe der Poesie- und Bibliothherapie im Integrativen Verfahren an der EAG/FPI in Hückeswagen. Vor diesem beruflichen Hintergrund setzt sie wesentliche Elemente der Poesie- und Bibliothherapie im Therapiealltag der PIA um. Die Integrative Poesie- und Bibliothherapie stellt dabei einen Therapiebaustein im Rahmen einer Komplexbehandlung dar – in der IT spricht man hier von einem „Bündel von Maßnahmen“ (*Petzold* 2014i), sie versteht sich additiv und supportiv und findet sowohl im dyadischen Setting als auch im Gruppensetting statt. Im engen Austausch mit allen Fachschaften werden die einzelnen Therapieschritte immer wieder besprochen und abgeglichen. Die Behandlung eines an paranoider Schizophrenie erkrankten Patienten, die im Folgenden dargelegt wird, erfolgte im geschilderten Umfang erstmals.

Eine paranoide Schizophrenie ist eine komplexe psychische Störung mit formalen und inhaltlichen Denk- und Wahrnehmungsstörungen, Störungen des Affektes, des Antriebs, des Verhaltens und des Schlaf-Wach-Rhythmus. Man unterscheidet klassisch Symptome ersten und zweiten Ranges sowie Positiv- und Negativsymptome. (vgl. *Good, J.*, Polyloge 17/2020, Behandlung von Patienten mit einer Diagnose aus dem schizophrenen Formenkreis auf Basis der integrativen Therapie nach *Petzold*).

Die Uneinheitlichkeit des Störungsbildes sowie der oftmals häufige Wechsel der Symptome und die damit verbundene Irritierbarkeit der Patienten machen ein individualisiertes bzw. personalisiertes Vorgehen bei der Beziehungsgestaltung notwendig. Oft kann nur im Hier und Heute gearbeitet werden, häufig stellt allein die Anamneseerhebung einen mehrmonatigen Prozess dar – eine prozessualdiagnostische Begleitung (Theragnostik) findet ohnehin statt, so lange der Patient in Behandlung ist. So befindet sich auch der im Rahmen des vorliegenden Behandlungsjournals beschriebene Patient in einem langfristigen Behandlungsprozess, und es sind auch bei ihm z.B. Teile seiner Anamnese noch lückenhaft.

2. Die Voraussetzungen und Zuweisung zur Integrativen Poesie- und Bibliotherapie (IPBT)

Im Rahmen mehrerer interner Weiterbildungsveranstaltungen wurden dem multiprofessionellen Behandlungsteam der PIA in einem ersten Schritt zunächst das Therapieangebot der IBPT vorgestellt und die Indikation und Zugangsvoraussetzungen festgelegt. Dabei wurde herausgestellt, dass die Einsatzmöglichkeiten dieser Therapieform sehr vielfältig und die Voraussetzungen zur Teilnahme der Patienten wenig begrenzt sind und sie sich nicht auf spezielle Krankheitsbilder einengen lassen.

So sind als Voraussetzung zur Teilnahme lediglich folgende Aspekte wesentlich:

- Der Teilnehmende sollte kognitiv und affektiv erreichbar sein und die akute Krankheitsphase überwunden haben,
- er sollte dem Medium nicht ablehnend gegenüberstehen, und
- Sprachauffassung und -verständnis sollten vorhanden sein.

Die IPBT bietet dem Patienten verschiedene Denk-, Wahrnehmungs- und Erlebnisfelder, und das Schreiben begünstigt wechselwirksam Achtsamkeits- und Wahrnehmungsprozesse. Die Poesietherapie fördert die Emotionsregulation (z.B. durch Selbstoffenbarung, Verarbeitung belastender Ereignisse), sie hat eine hohe Selbstwirksamkeit (Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten, Ressourcen, die Annahme, Hindernisse überwinden zu können, Kognitionsförderung, Neubewertung) und verbessert die soziale Integration (Interaktion, Kommunikation, Solidaritätserleben). Sie ist überdies ein gutes Instrument zur Erarbeitung und Akzeptanz der eigenen Biografie. (vgl. *Heimes*, S. „Warum Schreiben hilft“)

Die IPBT im Rahmen der PIA-Behandlung erfolgt ressourcen- und erlebnisaktivierend sowie übungszentriert und stützend.

Die Zuweisung zu allen in der PIA stattfindenden Therapieangeboten erfolgt durch den behandelnden Psychiater. Dieser legt im Aufnahme-procedere gemeinsam mit dem Patienten einen Behandlungsplan fest. Dieser wird im Verlauf der Behandlung aktualisiert und dem Behandlungsprozess entsprechend angepasst. Im PIA- Setting

ist es möglich, einmal im Quartal eine 20minütige Prozessbesprechung („Fallbesprechung“)³ pro Patient durchzuführen. Zu dieser Prozessbesprechung sind alle Fachschaften anwesend und können ihre Erfahrungen, Eindrücke und Ideen zum Patienten einbringen.

Die Psychiaterin bespricht zunächst gemeinsam mit dem Patienten die Teilnahme am Behandlungsbaustein IPBT vor und ordnet diese dann schriftlich an. Um Struktur und Vorgehensweise grob planen und vor allem, um das Therapieangebot IPBT in den Gesamtprozess gut einbinden zu können, wurde das in der Anlage 1 beiliegende Formblatt erstellt, welches von der anordnenden Psychiaterin ausgefüllt wird.

Die Zuweisung des Herrn S. erfolgte vorrangig zur Stabilisierung, zur weiteren Beziehungsgestaltung, zur Emotionsregulation und zur Ressourcenförderung. An weiteren Therapiemaßnahmen sind neben der medikamentösen Therapie, die 8wöchigen Facharztkontakte mit 30minütigen, stützenden Einzelgesprächen, zu benennen.

3. Anamnese

Name: Herr S.

Geb. Datum: 19■■■

Aufnahmemodalitäten: PIA seit 04/2004 auf Empfehlung der Tagesklinik

Einweisungs- Diagnose: F20.0, F20.5 (ICD 10)

Biografische Anamnese:

Herr S. wurde 19■■■ als 3. Kind seiner Eltern geboren.

Über die Eltern des Patienten ist sehr wenig bekannt. Mutter und Vater sind über 80 Jahre alt und sehr krank. Der Vater sei sehr streng gewesen.

³ Im klinischen Kontext wird immer noch der Begriff „Fall“ benutzt. In der IT verwenden wir den Begriff nicht mehr, denn: Menschen sind keine „Fälle“ und sollten nicht zu solchen gemacht werden. Wir sprechen dann von Prozessen, Prozesssupervision etc. Wir stehen mit Ihnen in Prozessen. (Petzold 2016h).

Auch zu den beiden älteren Brüdern ist wenig bekannt, ein Bruder ist an Schizophrenie erkrankt und lebt schon lange im Heim. Zu ihm bestehe wenig Kontakt. Der andere Bruder ist verheiratet und hat mehrere Kinder.

Seit seiner Geburt lebt Herr S. im gleichen kleinen Ort (ca. 1800 Einwohner) in einer ländlichen Umgebung.

Er besuchte den Kindergarten und die Regelschule (Abschluss 10. Klasse) und absolvierte eine Berufsausbildung zum Mechatroniker.

Berufsbegleitend legte er an der VHS sein Abitur ab und schloss ein Studium [REDACTED] an, welches er nach wenigen Monaten wegen Überforderung abbrach.

Herr S. arbeitet als Mechatroniker. Er hat lange auf Montage und in Schichten gearbeitet. Jetzt wird er durch den Arbeitgeber auf verschiedenen Baustellen im Bundesland eingesetzt. In "Druckzeiten" mache er viele Überstunden, manchmal auch Nachtschichten. Nach eigenen Aussagen habe er große Verantwortung und müsse sehr genau arbeiten. Die Arbeit macht ihm Freude, sie bringt ihn allerdings auch oft an Grenzen. Dann kann er schlecht abschalten, spielt alle Arbeitsgänge gedanklich zu Hause noch einmal durch und notiert diese in einem Arbeitstagebuch.

Herr S. lebt in einer kleinen Mietwohnung.

Herr S. ist ledig, er hat noch nie eine feste Partnerschaft gehabt.

Außer zur Familie bestehen kaum soziale Kontakte.

Es gibt einen losen Bekannten, mit dem er schon mehrmals Urlaubsreisen unternommen hat.

Seine Hobbys sind das Schreiben, Lesen und Reisen

Konfession: [REDACTED]

Somatische Anamnese:

Herr S. leidet unter einer Hypertonie und einer Adipositas

Psychiatrische Anamnese:

- Vor 2006 mehrmals Kontakte zu unterschiedlichen Psychotherapeuten
- 2006-2014 mehrere stationäre Aufenthalte in der Psychiatrie
- 2014 Tagesklinik

- Seit [REDACTED] Patient der Psychiatrischen Institutsambulanz

Alle stationären Aufenthalte fanden bisher über den Jahreswechsel in verschiedenen psychiatrischen Kliniken statt. Genauere Informationen sind lediglich zum letzten Aufenthalt bekannt. Über die Voraufenthalte möchte Herr S. nicht sprechen und er bleibt diesbezüglich in seinen Äußerungen vage.

Der letzte stationäre Aufenthalt dauerte 4 Wochen. Herr S. kam auf Grund körperlicher Symptome auf freiwilliger Basis ins Krankenhaus. Dort sprach er abwechselnd mit unterschiedlichen Stimmen. Im Denken war er zerfahren und zeigte Symptome einer Ich-Störung und Wahnvorstellungen. Dabei spielte Verfolgungs-, Beobachtungs- und Beeinträchtigungserleben eine Rolle (Der BND hört alle ab, auf der Arbeit werden die Menschen durch die schlechte Luft krank, man habe ihm einen Chip implantiert und sein Blut vergiftet.) sowie akustische Halluzinationen (Knallgeräusche). Er existiere als zwei Personen, welche mit unterschiedlichen Stimmen sprächen. Medikamente habe er lange nicht mehr eingenommen.

Herr S. distanzierte sich von Suizidalität, hatte in der Vorgeschichte allerdings bereits mehrere Suizidversuche unternommen.

Im Rahmen des stationären Aufenthaltes kam es zu einer Teilstabilisierung des Patienten, Herr S. wurde auf Neuroleptika (Risperidon und Melperon) eingestellt und nachfolgend in der Tagesklinik behandelt.

Verlauf Tagesklinik-Behandlung [REDACTED]

Bei diesem Tagesklinikaufenthalt stabilisierte sich sein Befinden. Dort gab er an, dass er im Vorfeld des letzten stationären Aufenthaltes viel Stress an der Arbeit gehabt habe. Er habe sich bedroht und verfolgt gefühlt. Er habe sich ebenfalls große Sorgen um die Eltern gemacht. Die Kollegen der TK beschrieben eine gehobene Stimmungslage bei gleichzeitiger affektiver Verarmung und psychomotorischer Unruhe. Das Hauptaugenmerk der tagesklinischen Behandlung lag auf der Stabilisierung des Patienten, auf der Förderung von Kontaktfähigkeit und sozial angemessenem Verhalten, sowie auf der Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess. Es erfolgte eine medikamentöse Umstellung auf ein Depotpräparat (Xeplion 75mg), welches 4wöchentlich verabreicht wird. Unter dieser Medikation fühlte sich der Patient besser, die innere Anspannung und Unruhe gingen zurück und seine

kognitiven Fähigkeiten verbesserten sich deutlich. Er nahm Freizeitaktivitäten wieder auf und drängte auf eine baldige Wiederaufnahme seiner Arbeitstätigkeit.

Behandlungsverlauf in der PIA

Im April ■■■ kam Herr S. erstmals in die PIA.

Damals wirkte er gepflegt, wach, zugewandt, Stimmung subdepressiv, wenig schwingungsfähig, Antrieb leicht reduziert, Konzentration und Aufmerksamkeit ließen im Verlauf des Gespräches leicht nach, die Gedanken waren geordnet. Herr S. zeigte sich krankheitseinsichtig. Er war der Ansicht, dass seine Erkrankung „irgendwie erblich“ bedingt sei. Als bestehende Symptomatik gab Herr S. einzig ein gelegentliches Gedankenlautwerden („im Sinne von Selbstgesprächen“) an.

Im Gespräch war er um Anpassung bemüht, schweifte aber häufig ab. Er gab die Arbeit als stabilisierenden Faktor an, die schnellstmögliche Rückkehr an seine Arbeit war bestimmendes Thema. So stieg er über eine berufliche Wiedereingliederung in seine Tätigkeit als Mechatroniker wieder ein. Er arbeitete weiterhin auf verschiedenen Baustellen, nun aber in Wohnortnähe. Der Arbeitgeber ist ihm gegenüber bis heute zugewandt und an der zuverlässigen, genauen Arbeit des Herrn S. weiterhin interessiert, auch stellt er ihn für die Termine in der PIA frei. Diese Termine nimmt er regelmäßig wahr. Die Facharztvorstellungen finden 8wöchentlich statt. Die Depotinjektion wird 4wöchentlich von der Bezugspflegekraft verabreicht.

In der Regel verlaufen die Kontakte mit Herrn S. freundlich, aber auch sehr distanziert und kontrollierend ab. Herr S. ist sehr gewissenhaft, so hat er den „Spritzenpass“ stets bei sich und seine Termine weit im Voraus im Kopf. Er beobachtet genau und hinterfragt die Vorgänge mehrmals. Mit zunehmendem Beziehungsaufbau berichtet er auch von der Arbeit. Diese scheint ihm einerseits viel Spaß zu machen, andererseits ihn aber auch sehr zu fordern und ihn an seine Grenzen zu bringen.

Im Januar ■■■ ist er während eines Termins sehr aufgeregt, er berichtet von einem Fehler, der ihm an der Arbeit passiert sei. Diesbezüglich ist er sehr besorgt. Er lässt sich auf ein Gespräch dazu ein und berichtet detaillierter. Erstmals erzählt er im Pflegekontakt auch von den familiären Konstellationen.

Die Pflgetermine gestalten sich von nun an teilweise etwas offener, wobei Herr S. die Themen wählt, häufig nutzt er dabei philosophische und wissenschaftliche

(physikalische, elektrophysikalische) Erklärungen. Er reist 2x mit einem Freund zum Wandern nach Albanien und mehrmals nach Korsika. Von diesen Urlauben berichtet er ausführlich und detailliert.

Im April des folgenden Jahres erzählt er erstmals von seinem bestehenden Partnerschaftswunsch. Er möchte gern eine Frau finden, habe sich auch schon mehrmals verliebt, diese Gefühle wurden jedoch nicht erwidert.

Es kommt zu einem Zwischenfall im Wohnhaus, so berichtet Herr S., dass er sich bei der Nachbarin über den Lärm aus deren Wohnung beschwert habe. Hinterher habe er sich dafür geschämt und hat ihr Kuchen gebracht. Daraufhin habe er sich in die Nachbarin verliebt. Im Pflegegespräch dazu kann er die Geschehnisse aus der Distanz betrachten. Er zeigt sich traurig darüber, keine Freundin zu haben. Er fühle sich häufig sehr einsam.

Im April des wiederum folgenden Jahres bittet Herr S. um einen vorgezogenen Arzttermin. Im Pflegegespräch berichtet er von beziehungsweise wahnhaften Gedanken „...und ich weiß, dass das alles Quatsch ist, aber ich denke es immer wieder...“. Stimmenhören verneint er. Inhaltliche und formale Denkstörungen sind die beherrschenden Symptome. Herr S. ist sehr ängstlich und unsicher. Er möchte eine weitere Verschlechterung der Erkrankung verhindern und einen Krankenhausaufenthalt vermeiden. Die Medikation wird verändert, das Neuroleptikum erhöht. Es finden engmaschige Pflege-Krisengespräche statt, in denen er zwar weiter von Gedankenkreisen berichtet, sich zunehmend aber immer besser von diesen distanzieren und auch alternative Denkansätze finden kann.

Im Oktober desselben Jahres berichtet er von körperlicher Schwäche und Antriebsarmut. Er weine viel. Er suche jetzt über eine Partneragentur eine Frau, bisher bekäme er nur Absagen. In den folgenden Monaten stabilisiert sich sein Befinden wieder. Er erhält viel Anerkennung an der Arbeit und fährt nun ein Betriebsauto. Aktive Phasen wechseln sich mit antriebsschwächeren Phasen ab. Manchmal berichtet Herr S. von Gedankenkreisen und paranoid anmutenden Beziehungssetzungen, die er jedoch selbst in Frage stellt und sich von diesen distanzieren kann. In die Gespräche fließen mehr und mehr psychoedukative Inhalte ein (Frühwarnzeichen, Reizstöranfälligkeit, Stress...).

Im Oktober des folgenden Jahres kommt es noch einmal zu einer Krise, die Herr S. mittels Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung, kurzzeitiger Medikamentenerhöhung und häufigen Gesprächen gut bewältigen kann.

Insgesamt sind die Pflegekontakte von mehr Offenheit bestimmt, wobei Herr S. sein großes Sicherheits- und Kontrollbedürfnis und seine Vorliebe für detaillierte Beschreibungen beibehält. Veränderungen in seinem Lebensumfeld oder Alltagsbelastungen (z. B. Stress an der Arbeit, Nachtarbeit, Sorge um die Eltern, ...) führen zu Verunsicherungen, die sich in präpsychotischen/psychotischen Symptomen wie Gedankenkreisen, Gedankenlautwerden, inhaltlichen und formalen Denkstörungen u.Ä. äußern. Seit der Behandlung in der PIA konnten stationäre und teilstationäre Aufenthalte verhindert werden.

Im Juni zwei Jahre später sprach Herr S. in einem Arztgespräch davon, gern Tagebuch zu schreiben. Daraufhin erfolgte die Zuweisung zur Poesie- und Bibliothherapie.

4. Prozessdiagnostische Erhebungen

Bezugnehmend auf die Prinzipien, Methoden und Techniken der Integrativen Therapie wurden folgende Informationen erhoben und wie folgt gegliedert. (vgl. *Petzold* 1993p)

4.1 Bedürfnis- und Motivationsanalyse

Für einen erfolgreichen Prozess im Rahmen der IPBT ist eine Behandlungsplanung unerlässlich. Dieser Behandlungsplanung liegen die Bedürfnisse und Motivationen des Patienten zu Grunde. (vgl. *Jäckel* 2001)

In den Gesprächen mit Herrn S. wurde immer wieder sein Wunsch nach Beziehungsfähigkeit, vor allem der Wunsch nach einer Paarbeziehung deutlich. Er wolle verstanden und ernst genommen werden und habe Sorge, wichtige Gedanken könnten verloren gehen, deshalb wolle er seine Gedanken mitteilen. Das Schreiben sei für ihn ein wichtiges Ausdrucksmittel. Gleichmaßen erlebt Herr S. das Schreiben als befreiend und als belastend. In Krankheitsphasen schreibt er sehr viel, kann sich nicht begrenzen. Im Nachhinein schämt er sich für Teilinhalte.

Herr S. ist krankheitseinsichtig und fühlt sich durch seine Erkrankung sowohl stigmatisiert als auch privilegiert. Die Phasen von Gesundheit und Krankheit verschwimmen oft, und er wolle früher erkennen können, was ihm wann und in welchem Maße guttut. Er wolle akute Krankheitsphasen rechtzeitig erkennen, um damit schwere Verläufe abzumildern.

4.2 Probleme

Als eines der Hauptprobleme des Herrn S. ist das Krankheitsbild der Paranoiden Schizophrenie und die sich daraus ergebende Symptomatik zu benennen. Bei einer Schizophrenie ist von einem Zusammenspiel biochemischer, erblicher und psychosozialer Belastungsfaktoren auszugehen. Durch eine Reizüberflutung im Gehirn kann es auf der Grundlage der eigenen Biografie, erlebter Defizite und Überforderungen zu Sinnes- und Denkwahrnehmungsstörungen wie Wahnerleben, Halluzinationen, Ich-Störungen, Derealisationserleben u.a. kommen.

(vgl. Polyloge Ausgabe 17/2020 Behandlung von Patienten mit einer Diagnose aus dem schizophrenen Formenkreis auf Basis der Integrativen Therapie nach *Petzold* Jeannette Good*, St. Gallen).

Diese komplexe Symptomatik führt häufig zu einem sozialen Rückzug und zu Misstrauen der Betroffenen gegenüber ihrer Umwelt. Wahnhaftes Erleben zum Beispiel ist häufig nicht durch logische Interventionen zu unterbrechen, sondern führen beim Betroffenen vielmehr zur Bestätigung seiner wahnhaft besetzten Erlebniswelt. Auch in symptomfreien Phasen ist oft von einer erhöhten Reizstöranfälligkeit und einer verminderten Stressregulationsfähigkeit auszugehen. Individuelle Belastungsfaktoren bringen die Betroffenen schnell an Grenzen ihrer Flexibilität und Alltagstauglichkeit.

Nach Phasen akuter psychotischer Dekompensation kommt es häufig zu depressiven Nachschwankungen und zur Manifestierung der s.g. Minussymptomatik mit den Hauptsymptomen Antriebsstörungen, Affektverflachung und sozialem Rückzug.

An einer paranoiden Schizophrenie erkrankt zu sein ist für Herrn S., trotz der immer wieder optimierten medikamentösen Behandlung, ein Rucksack, den er bei der Bewältigung seines Alltags zu tragen hat.

In der Kontaktaufnahme ist Herr S. eher vorsichtig. Teilweise gelingt es ihm nicht so

gut, im Gespräch mitzuschwingen, er beharrt häufig auf seiner Sichtweise und distanziert sich über philosophisch- wissenschaftliche Exkurse. Als Gegenüber fällt es dann oft schwer, ihm inhaltlich zu folgen. Insgesamt wirkt er in zwischenmenschlichen Beziehungen oft sehr unsicher, er weiß Gefühle oft nicht richtig einzuordnen bzw. interpretiert Aussagen und Verhalten seiner Mitmenschen fehl.

Auf Kritik reagiert Herr S. mit Rückzug, er grübelt dann viel, versucht Erklärungen zu finden, die dann oftmals zu einer theoretisch-wissenschaftlichen Überschau werden, die ihn gedanklich immer weiter abschweifen lässt. Schlafstörungen stellen sich ein und führen bei ihm zur Anfälligkeit gegenüber äußeren Reizen, im Verlauf dann zur Reizüberflutung und ggf. zu einer Vermischung von Realität und Wunschdenken. Herr S. neigt überdies zu Stimmungsschwankungen. Er fühlt sich oft einsam und wünscht sich eine feste Partnerin. Nach eigenen Aussagen war er schon mehrmals unglücklich verliebt.

4.3 Ressourcen

Ressourcen sind Kraftquellen ("Source" franz. = "Quelle"). Es sind also die Quellen, aus denen all das geschöpft werden kann, was man zur Gestaltung eines zufriedenen, guten Lebens braucht. Das, was notwendig ist, um Probleme zu lösen und mit Schwierigkeiten zurecht zu kommen. Jede Situation, jede Herausforderung und jede Lebensphase braucht andere Ressourcen. Verwandte, Freunde, Partner, wichtige Menschen in der sozialen Umgebung können solche Ressourcen sein. Persönliche Eigenschaften, Fähigkeiten, Kompetenzen sind Ressourcen, auch das Aussehen und die individuelle Ausstrahlung. Ressourcen können in der Bereitschaft und Fähigkeit zu besonderen Anstrengungen liegen. Hobbys, wichtige Ziele im Leben, Überzeugungen, für die man eintritt, Ideen oder der Glaube, die Religion können Ressourcen darstellen, auch materielle Dinge wie eine Wohnung, ein Haus, Geld oder ein Auto. Wenn die Gegenwart nicht befriedigend erscheint, können es auch Erinnerungen, Erfahrungen in der Vergangenheit sein oder aber die Hoffnungen für die Zukunft.

(Vgl. *Petzold*, 1997p: Das Ressourcenkonzept in der sozialinterventiven Praxeologie und Systemberatung. *Integrative Therapie*, 23, 435-471)

Herr S. ist zielstrebig, zuverlässig und ehrgeizig. Der Arbeitgeber weiß seine Genauigkeit zu schätzen. Er interessiert sich für Literatur, für Technik, für Philosophie

und für Politik. Er lernt gern Neues kennen, er reist viel, ist häufig in der Natur unterwegs und sitzt gern an stillen Orten und beobachtet die Welt. Herr S. versucht, Erklärungen zu finden. Er schreibt seine Gedanken auf, schreibt Gedichte und Texte. Das Schreiben ist eine wichtige Ressource für ihn. Da er in stabilen Phasen eine gute und vor allem schnelle Auffassungsgabe hat, fällt es ihm nicht schwer, auch komplexere Aufgabenstellungen umzusetzen. Beim Schreiben ist er bereit, sich auf Neues einzulassen. Er bildet sich seine eigene Meinung und scheut sich nicht davor, diese dann auch mitzuteilen. Wenn es ihm einmal gelungen ist, zu vertrauen, dann lässt er sich auf die Beziehung ein. Er überprüft diese immer wieder, wird ihm etwas zu viel, sorgt er für Distanz. Er ist bereit, seine festgelegten Meinungen zu revidieren, wenn er die Argumente überprüft hat.

Herr S. ist ein emotionaler und mitfühlender Mensch, der sich an der Schönheit der einfachen und kleinen Dinge erfreuen kann.

4.4 Identitätsbereiche

Die Entwicklung der eigenen Identität ist ein andauernder, lebenslanger Prozess der Persönlichkeitsentwicklung. Er durchläuft dabei stetig unterschiedliche Stationen von Identitätsentwicklungen und -krisen. Die „5 Säulen der Identität“ nach dem Modell der Integrativen Therapiemethode (Petzold 2003a, 2001p, 2012q) stellen ein transparentes Arbeitsmittel dar, um die Identität des Menschen individuell fassbar zu machen.

1. Arbeit und Leistung

Die Arbeit ist für Herrn S. ein sehr wichtiger Aspekt zur Alltagsstrukturierung und auch zur Selbstverwirklichung. Er fühlt sich geschätzt und wichtig. Häufig geht er auch über seine Grenzen, er möchte auf keinen Fall seine Arbeit verlieren. Er lebt durch das Schreiben von Texten zu verschiedensten Themen (häufig aktuell politisch und/oder naturwissenschaftlich geprägt) seine Kreativität aus. Er liest viel, geht gern in die Natur und unternimmt Reisen. Er arbeitet phasenweise im Garten. Er besucht Cafe's, sitzt dort am Tisch, liest, schreibt und beobachtet Menschen.

2. Soziales Netz

Herr S. hat Kontakt zu seinen Eltern. Sie sind pflegebedürftig und leben im Heim. Herr S. fühlt sich einerseits zu den Eltern hingezogen, andererseits gerät er aber auch hier schnell in Überforderungssituationen. Dann kommt es gelegentlich zu paranoiden Beziehungssetzungen. In einer Krisensituation berichtete er zum

Beispiel, dass der Vater von einer Schwester des Pflegeheimes in den finanziellen Ruin getrieben werden sollte, sie nötige ihn zu Unterschriften. Das kam ihm sehr komisch vor und beunruhigte ihn.

Herr S. hat zwei Brüder.

Einer ist ebenfalls an einer paranoiden Schizophrenie erkrankt und lebt schon lange in einem Wohnheim für chronisch psychisch kranke Menschen.

Der andere Bruder ist verheiratet, hat 3 Kinder und wird als sehr gläubig beschrieben. Die Beziehung zu ihm sei wechselhaft. Herr S. beschreibt ihn als selbstbewusst und eigensinnig. Er suche häufig dessen Nähe, es gäbe aber auch immer wieder Phasen größeren Abstandes. Was die Besuche der Eltern anbelangt ist Herr S. ambivalent. Einerseits würde er sie gern selbst versorgen, andererseits wisse er genau, dass er diese nicht ausfüllen könne.

Herr S. erzählt nicht gern über seine Familie, er weicht Fragen zu ihr aus oder wird misstrauisch und geht auf Distanz. Er berichtet eher beiläufig über die Familie, häufig in Krisen- oder Verunsicherungssituationen.

Zu Arbeitskollegen hat Herr S. lediglich im Rahmen der Arbeitstätigkeit Kontakt. Am liebsten arbeite er aber allein, über private Themen unterhalte er sich mit ihnen nicht. Herr S. berichtete mehrfach von einem Freund. Mit ihm sei er schon mehrfach verreist. In letzter Zeit habe er sich von ihm distanziert, da zunehmend Alkohol konsumiert wurde.

3. Körper/Geist

Herr S. ist über 1,80 groß und übergewichtig. Er versucht, sich über Bewegung fit zu halten. Phasenweise besucht er ein Fitnessstudio, pandemiebedingt sei er dort aber seit 1,5 Jahren nicht mehr gewesen. Herr S. bezeichnet sich selbst als „Genussmenschen“, auch als „Lebemann“. Er ist gut gekleidet und trägt gern einen breitkrempigen Hut und einen langen Mantel.

Durch seine psychische Störung ist er in seinem Leben phasenweise stark beeinträchtigt. Es fällt ihm schwer, zu entspannen. Ein geregelter Schlaf-/Wachrhythmus ist ihm sehr wichtig. Er kennt sowohl seelisch ausgeglichene als auch depressive und überbordende Phasen. Es fällt ihm teilweise schwer, diese adäquat einzuordnen. Er nimmt seine Medikamente regelmäßig ein. Teilweise ist er diesbezüglich ambivalent. Wenn es ihm allerdings gelingt, in den Prodromalphasen vor akuten Schüben die Situation gut einzuschätzen, reguliert er diese Phasen rechtzeitig selbstständig über die Einnahme der Bedarfsmedizin.

4. Normen und Werte

Gesetze, Merksätze, Formeln und Regeln sind für Herrn S. sehr wichtig. Er empfindet sie als „wichtiges Gerüst“ für Stabilität und Ordnung. Er selbst sagt, dass er deshalb an der Arbeit so geschätzt werde, weil er sich an die Vorgaben halte und sehr zuverlässig sei. Gerade in der Mechatronik sei es wichtig, zu verstehen „...wie die Ströme fließen und die Kräfte sich verteilen...“.

Die aktuelle Pandemie verunsichert Herrn S. sehr. Er hinterfragt manche Regel, widerlegt diese und entwickelt verschiedene eigne Ideen zur Entstehung und zum Umgang mit dem Virus. Das hält ihn jedoch nicht davon ab, sich akribisch an die staatlicherseits proklamierten Regeln und Empfehlungen zu halten und andere Menschen auf ihr Fehlverhalten hinzuweisen.

Er bezeichnet sich selbst als Christ, er gehört der [REDACTED] Kirche an.

Manchmal hilft er in der Gemeinde, vorrangig bei technischen Fragen. Er sei streng und leistungsorientiert erzogen worden. Probleme wurden innerhalb der Familie gelöst und nicht nach außen getragen. Unstimmigkeiten wurden nicht ausdiskutiert. Über die psychische Erkrankung seines Bruders wurde kaum geredet. Zu Feiertagen wurde dieser aus dem Heim nach Hause geholt, über Auffälligkeiten wurde „...drüber weg gegangen“. Auch die psychische Erkrankung des Herrn S. selbst sei innerhalb der Familie kaum Thema.

5. Materielle Sicherheit

Durch seine längere Betriebszugehörigkeit verdient Herr S. nach seinen eigenen Angaben gut und hat keine finanziellen Schwierigkeiten oder Schulden. Er habe sich auch gut versichert. Er lebt in einer Mietwohnung, möchte sich gern vergrößern, scheut aber die Veränderung und den Aufwand. Seit einiger Zeit darf er ein Betriebsauto nutzen, darauf ist er sehr stolz. Geld gibt Herr S. für Bücher, Reisen und „gutes Essen“ aus.

5. Ätiologische Überlegungen

5.1 Genesetheorie

Herr S. sieht die Ursache seiner Erkrankung hauptsächlich in einer erblichen Komponente.

Sicher stellt diese einen erheblichen Teil der Ursachen für die Entwicklung seiner psychischen Störung dar.

Nach den spärlichen Angaben des Patienten zu seiner Herkunft und seinem Gewordensein ist ein Aufwachsen in einem emotionalen Mangelmilieu mit starker Leistungsorientierung und strenger Gesetzlichkeit zu vermuten. Die Entwicklung eines starken, gesunden Selbst wurde höchstwahrscheinlich erheblich behindert. Kompensationsversuche scheinen Selbstüberhöhung, Entwicklung eines besonderen Sendungsbewusstseins, aber auch die Übernahme eines hohen Leistungsanspruches zu sein.

Durch die frühe Erkrankung des Bruders und den Umgang der Familie damit, erhöhten sich die Verunsicherung bei Herrn S. und der Druck, gut zu funktionieren, sich unauffällig ins Familienleben einzugliedern und gleichzeitig gute Leistungen zu erbringen wuchs stetig.

Die Abschottung der Familie nach außen ließ das Üben sozialer Interaktionen und den Abgleich unter Gleichaltrigen offensichtlich ebenfalls nicht zu, was der erheblichen inneren Verunsicherung des Herrn S. nur Vorschub geleistet haben muss.

Interessant ist die Feststellung, dass die stationären Aufenthalte des Patienten jeweils über den Jahreswechsel stattfanden und dass es auch in der ambulanten Behandlung u.a. jeweils zu einer erhöhten Vulnerabilität und Reizstöranfälligkeit des Patienten zum Jahresende kam. Es lässt sich vermuten, dass es in der Geschichte des Herrn S. besonders prägende, verunsichernde, möglicherweise traumatisierende Erlebnisse in dieser Zeit gab.

Die Festigung der vertrauensvollen therapeutischen Beziehung ist als Grundstein der weiterführenden Biographieerarbeitung unerlässlich. Um diesen Beziehungsaufbau nicht zu gefährden, stellt das Einholen fremdanamnestischer Informationen keine Option dar.

5.2 Resilienz und Protektive Faktoren

Als wichtigster protektiver Faktor ist bei Herrn S. seine Fähigkeit zur eigenen Strukturierung zu benennen. Durch sehr genaue, teilweise fast zwanghaft anmutende Verhaltensweisen schafft er es, für sich Sicherheiten zu installieren, die ihn dazu befähigen, seine Arbeit gewissenhaft zu verrichten. So plant er beispielsweise Arbeitsaufgaben und deren Abläufe ganz genau im Voraus schriftlich. Er überprüft Arbeitsschritte und Resultate genau, erkennt Fehler und

analysiert diese. Diese Fähigkeit führt z.B. dazu, dass der Arbeitgeber die Leistungen des Patienten zu schätzen weiß und an seiner Weiterbeschäftigung sehr interessiert ist. Darüber erhält der Patient Aufwertung und Wertschätzung. In gesunden Phasen hilft ihm diese Eigenschaft bei der Alltagsbewältigung, in Prodromalphasen gelingt es ihm durch diese Fähigkeit mehr und mehr, eine Reizüberflutung zu erkennen und mit individuellen Bewältigungsstrategien frühzeitig zu reagieren. In Akutphasen seiner Psychose allerdings entgleitet ihm die Fähigkeit zum Analysieren und ständiges Nachdenken wird ihm zum Verhängnis. Ein Gedanke kommt zum anderen und er verirrt und verliert sich, wie er es selbst bezeichnet, „...im großen Universum gedachter Realitäten...“. Die regelmäßigen Termine in der PIA wirken sich positiv aus. So hat Herr S. regelmäßig einen Anlaufpunkt, er erhält auch hier Wertschätzung und Unterstützung in schwierigen Phasen und kann durch das ambulante Setting Nähe und Distanz selbst beeinflussen. Ebenfalls stabilisiert ihn der vorhandene Kontakt zur Familie.

6. Behandlungsplan

Der Behandlungsplan ist ein therapeutisches Rahmencurriculum, in dem Probleme, Ressourcen und Potentiale erhoben und differenzierte Ziele und Inhalte gemeinsam mit dem Patienten erarbeitet werden.

(Petzold, Leuenberger, Steffan 1998; Patient als Partner, Petzold, Orth 1999).

Herr S. möchte an seiner Beziehungsfähigkeit arbeiten. Das Schreiben ist für ihn ein wichtiges Mittel des eigenen Ausdrucks. Er möchte seine Gedanken mitteilen und dafür ein Maß, einen Ausdruck finden, der sein Gegenüber nicht überfordert. Gleichzeitig hat er Sorge, dass ihm „...wichtige Gedanken verloren gehen könnten...“.

Zu Beginn der Poesietherapie hatte er längere Zeit nicht geschrieben. Er hatte Angst davor, wie er es in seinen Krankheitsphasen mehrfach erlebt hat, in einen Schreibsog zu geraten, der ihm dann nicht mehr guttat. So stand er auch der Therapieform zunächst ambivalent gegenüber: erwartungsvoll, freudig und ängstlich zugleich. Seine Befürchtungen sind nach wie vor, nicht verstanden zu

werden und auch, von der jeweiligen Thematik wieder so vereinnahmt zu werden, dass er den Gedanken- und Schreibfluss nicht stoppen kann. Auch vor dem Aufkommen negativer Erinnerungen hat er großen Respekt. Dass er sich auf den Erstkontakt zur Poesietherapie einlässt, steht mit der bereits bestehenden Beziehung zur Therapeutin als seine Bezugspflegerkraft in engem Zusammenhang.

Alle bisher zusammengetragenen Informationen dienen der Bestandsaufnahme der aktuellen Gegenwart des Patienten und deren emotionaler Bewertung sowie der kognitiven Einschätzung dieser und fließen in den Behandlungsplan ein. Gemeinsam mit dem Patienten werden Therapieziele formuliert. Diese Therapieziele leiten sich in der Integrativen Therapie sowohl von der Metatheorie (Anthropologie, Epistemologie, Gesellschaftstheorie...) und der Lebenssituation des Patienten, als auch von der Beziehung zum Therapeuten ab. Im Therapieverlauf werden die Behandlungsziele immer wieder neu besprochen, überprüft und dem Prozess angepasst.

6.1 Metaziele

Metaziele werden auch Leit-, Global oder Richtziele genannt. Sie leiten sich aus den Theorien großer Reichweite ab. (z.B. Anthropologie, Gesellschaftstheorie, Ethiktheorie)

Sie bestimmen das therapeutische Handeln immer mit und dienen der bewussten Handlungssteuerung persönlicher und therapeutischer Entwicklungsprozesse. (Metatheorie vgl. *Petzold* 1992a, S. 480-521)

Für Herrn S. wären als Metaziele zu benennen:

- Verbesserung der Kontakt-, Begegnungs-, Beziehungs- und Bindungsfähigkeit (Ko-respondenzfähigkeit)
- Förderung von Kreativität und Ko-Kreativität (*Petzold, Orth* 1997)
- Erlangung „Persönlicher Souveränität“ (Selbstaktualisierungs-, Regulations- und Entwicklungsfähigkeit in Bezug auf die eigenen Kompetenzen, Performanzen und Potentiale (*Petzold, Orth* 1998))

- Souveräner Umgang mit der psychischen Störung und daraus resultierend die Erhaltung bzw. Verbesserung seiner Lebensqualität.

6.2 Grobziele

Die Grobziele leiten sich aus den Theorien mittlerer Reichweite (z.B. Persönlichkeits-, Entwicklungs-, Krankheits- und Gesundheitstheorie) ab. (Realexplikative Theorien, vgl. *Petzold*, 1992a, S. 522-616)

Für Herrn S. sind folgende Grobziele zu benennen:

1. *Persönlichkeitsbestimmende und Strukturelevante Ziele:*

- Erlangen „Persönlicher Souveränität“ (*Petzold, Orth* 1998b) durch die Entwicklung eines stabilen Selbst mit entsprechenden selbstreferentiellen Emotionen und Kognitionen und der Fähigkeit der Selbstsorge (*Foucault*, 1985b)
- Stabilisierung bzw. auch Kennenlernen von adäquatem Emotionsausdruck
- Erleben eines von Grundvertrauen getragenen Lebensgefühls, d. h. auch, ein Experte der eigenen Erkrankung zu sein (z.B. durch Psychoedukation)
- Stärkung von primären Ich-Funktionen wie das Wahrnehmen, Denken, Erinnern, Fühlen, Entscheiden und Handeln (deren folgerichtiges Zusammenwirken im Rahmen der Psychose häufig in ein Chaos geraten und zu Fehlinterpretationen/-handlungen führen können)
- Erhöhung der Ambiguitäts-/Frusttoleranz durch lösungs- und ressourcenorientierte Gestaltungsstrategien (*Petzold* 1997a)
- Entwicklung einer stabilen und prägnanten Identität (5 Säulen der Identität) mit der Gewichtung auf das Erkennen eigener Wünsche, Bedürfnisse und Grenzen bezüglich der Säulen: *Soziales Netz* (Zuneigung/Liebe), *Körper/Geist (Leiblichkeit)* und *Normen & Werte*
- Verbesserung der Kommunikation mit anderen Menschen, Abbau von Misstrauen
- Fähigkeit zur Selbstregulation vor allem in den Bereichen der eigenen Bedürfnisse, Intentionen und Motivationen (z. B. Warum veröffentliche ich diesen Text im Internet?) sowie psychischer und körperlicher Zustände und Befindlichkeiten (z.B. Stressregulation bei erhöhter Reizstöranfälligkeit)

- Nutzen der internen Ressourcenlage z.B. der Fähigkeit der Planung und Umsetzung von Zielen, Genauigkeit etc. (*Petzold 1997a*)

2. Kontextbezogene Ziele:

- Nutzung und Einbeziehung der externen Ressourcen durch die Erhaltung der Arbeitsfähigkeit (*Petzold 1997b*)
- Verbesserung der Interaktion und Kommunikation perspektivisch auch mit anderen Menschen durch die Teilnahme an der Schreibgruppe in der PIA
- Adäquater, selbstbewusster Umgang mit Umwelteinflüssen (*van der Mei, Petzold, Bosscher 1997*), aktuell Pandemie- Situation

3. Kontinuumsbezogene Ziele:

- Entwicklung haltgebender Zukunftserwartungen z.B. in Bezug auf den Wunsch einer größeren Wohnung in einer anderen Wohngegend, ggf. mit Hilfe des Sozialdienstes der PIA

6.3 Feinziele

Die Erarbeitung von Feinzielen erfordert praxeologische Überlegungen zu Methoden, Medien und Techniken.

- Kennenlernen der IPBT (Inhalte, Ziele, Aufbau der Stunden)
- Interessenorientierte Auswahl von Texten (z.B. *Hermann Hesse*), d.h. die Interessen und Erfahrungen des Patienten als Ressource erkennen
- Anfangs kognitive Gewichtung, d.h. intellektuelle Fähigkeiten des Patienten nutzen (z.B. Erläuterungen zu Zeit-/Literatur Epochen, zu Biografien von Künstlern etc.), über diese Vorgehensweise das Interesse und Vertrauen des Patienten wecken
- Strukturierungs- und Distanzierungsmöglichkeiten beim Schreiben kennenlernen und trainieren (Struktur durch literarische Formen, Schreibstil, Zeit u.Ä.)
- Spannungsabbau ggf. durch andere Medien (Musik, Bewegung, Malen)
- Kommunikation trainieren (z.B. üben im Rollenspiel)

- Förderung spielerischen Ausprobierens (ggf. durch die Dramatisierung von Texten)
- Hervorheben eigener Ressourcen
- Förderung der Kreativität u.a. durch Schreibspiele
- Sich selbst zum Projekt machen... (vgl. *Petzold* H.G., upd. v.1999q: Das Selbst als Künstler und als Kunstwerk ...Polyloge 09/2006,)
- Psychoedukation im aktuellen Bezug, eine gemeinsame Sprache finden, die es dem Patienten ermöglicht, die Theorie mit seinem Erleben zu verbinden

7. Der Therapieverlauf in der Beschreibung der einzelnen Sitzungen

„Therapie hat das Ziel, im Verlauf therapeutischer Prozesse vorhandene dysfunktionale Strukturen/Schemata zu verändern oder funktional Strukturen zu optimieren und zu entfalten.“

(*H.G. Petzold, R. Leuenberger, A. Steffan* 1998: Ziele in der Integrativen Therapie, Zitat aus Kapitel 2.2 Ziele im Therapieverlauf, -struktur und prozesstheoretische Aspekte)

Der therapeutische Prozess gestaltet sich in der Integrativen Therapie nach den Phasen des Tetradschen Modells (vgl. *Petzold, H.G.* 2003)

Das gilt sowohl für den gesamten Therapieprozess, als auch für den Aufbau und Ablauf der einzelnen Therapiesitzungen. Die Übergänge der einzelnen Phasen dieses Modells sind teilweise fließend.

In der Initialphase der Therapie geht es als erstes darum, ein gutes Arbeitsbündnis mit dem Patienten zu schließen, die Passung festzustellen und zu bekräftigen.

So erhält der Auf- und Ausbau einer vertrauensvollen, tragfähigen therapeutischen Beziehung vor allem zu Beginn der IPBT absolute Priorität.

(*Petzold* 2000a)

Gleichzeitig stellt eine fundierte Krankenbeobachtung, mit der Gewichtung auf die Belastbarkeit des Patienten im kognitiven und affektiven Bereich und in der

daraus hervorgehenden Einschätzung des tagesaktuellen psychopathologischen Erscheinungsbildes des Patienten eine wesentliche Aufgabe zu Beginn jeder Therapiestunde dar.

Das Anpassen der Inhalte, des Tempos und der Komplexität der Aufgabenstellungen ist demzufolge dringend notwendig und erfordert solides fachliches Wissen und umfassende Berufserfahrung im Umgang mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis.

Herr S. verfügt über eine schnelle Auffassungsgabe, durch die erhöhte Reizstöranfälligkeit, die das Krankheitsbild mit sich bringt, kann seine Belastbarkeit jedoch ganz unterschiedlich ausgeprägt sein.

Kleinschrittiges Vorgehen, selektive Offenheit und stetiges Anpassen der Ziele des Behandlungsplanes sind in Absprache mit Herrn S. die Voraussetzung für das Schaffen positiver Erfahrungen im Rahmen der Poesie- und Bibliothherapie. Die Bearbeitung problemrelevanter Ereignisse bzw. Ereignisketten (z.B. durch negative Convoys) sowie pathogener und defizitärer Einflussfaktoren ist in der IPBT nur am Rande und nur ressourcen- und übungszentriert und auf keinen Fall offen und konfliktzentriert möglich.

Sowohl für das Einzel- als auch das Gruppensetting im Rahmen der IPBT nutzt die Therapeutin ein Arbeitsmaterial, welches es ermöglicht, das therapeutische Vorgehen nach den entsprechenden Wirkfaktoren (14 plus 3 Wirkfaktoren der Heilung und Förderung) und den „4 Wegen der Heilung und Förderung“ (vgl. *Petzold* 1993p) konkreter zu planen und mit Inhalt zu füllen. Gleichzeitig gelingt es dadurch besser, die Therapiestunde und deren Verlauf zu evaluieren. Diese Evaluation bildet wiederum die Grundlage dafür, die nächste Stunde im Rahmen des Gesamt-Therapieauftrages zu planen.

Die einzelnen Therapiestunden sind inhaltlich chronologisch dokumentiert.⁴

In Klammern (fett gedruckt) erscheinen intermittierend Abkürzungen, die die jeweiligen Aspekte des Behandlungsverlaufes benennen. Dabei kennzeichnet die vorstehende römische Ziffer den jeweiligen Prozessbereich:

4

Aus den vielen Eindrücken während der Seminare in Hückeswagen, nahm ich Inspirationen und Anregungen zur Auswahl von Texten, zur Vorgehensweise in den Therapiestunden und zur therapeutischen Grundhaltung in meinen Arbeitsalltag mit.

- I. Prozess des Patienten (Viation1),
- II. Strategien des Therapeuten (Trajekt),
- III. Prozesse des Therapeuten (Viation2),

Gegebenenfalls erfolgen kurze Erklärungen in kursiver Schriftart.

Weiterhin werden folgende Abkürzungen verwendet:

- Patient **P**
- Therapeut **Th**
- Übertragung **Ü**
- Gegenübertragung **GÜ**
- Abwehrvorgänge **AV**
- Widerstände **W**
- Beziehung **BZ**
- Kontakt **K**
- Rollenangebote **RA**
- Partielles Engagement **PA**
- Selektive Offenheit **SO**

Für die „vierzehn plus drei Wirk- und Heilfaktoren“ stehen die festgelegten Abkürzungen:

1. Einführendes Verstehen, Empathie **EV**
2. Emotionale Annahme und Stütze **ES**
3. Hilfen bei der realitätsgerechten praktischen Lebensbewältigung **LH**
4. Förderung emotionalen Ausdrucks und volitiver Entscheidungskraft **EA**
5. Förderung von Einsicht, Sinnerleben, Evidenzerfahrungen **EE**
6. Förderung kommunikativer Kompetenz und Beziehungsfähigkeit **KK**
7. Förderung leiblicher Bewusstheit, Selbstregulation, psychophysischer Entspannung **LB**
8. Förderung von Lernmöglichkeiten, Lernprozessen und Interessen **LM**
9. Förderung kreativer Erlebnismöglichkeiten und Gestaltungskräfte **KG**
10. Erarbeitung positiver Zukunftsperspektiven und Erwartungshorizonte **PZ**

11. Förderung positiver persönlicher Wertebezüge, Konsolidierung der existentiellen Dimension **PW**
12. Förderung eines prägnanten Selbst- und Identitätserlebens und positiver selbstreferentieller Gefühle und Kognitionen, d.h. „persönlicher Souveränität“ **PI**
13. Förderung tragfähiger sozialer Netzwerke **TN**
14. Ermöglichung von Empowerment- und Solidaritätserfahrung **SI**
15. Förderung eines lebendigen und regelmäßigen Naturbezugs (**NB**)
16. Vermittlung heilsamer ästhetischer Erfahrungen (**ÄE**)
17. Synergetische Multimodalität (**SM**)

7.1 Das Erstgespräch

Wer bin ich

*Wenn ich verzweifelt bin
schreib ich Gedichte*

*Bin ich fröhlich
schreiben sich die Gedichte
in mich*

*Wer bin ich
wenn ich nicht
schreibe*

Rose Ausländer

Ablauf/Planung

Inhalt/ Ziele:

- Ankommen (**Th**)
- Kennenlernen der Therapieform (**Th**)
- Austausch zu den Erfahrungen bzgl. des Lesens/ Schreibens (**Th+P**)

Vorbereitung/Materialien:

Papiere/ Stifte, Kästchen mit Buchstabensteinen auf den Tisch stellen, Gedicht „Wer bin ich“ *Rose Ausländer*, Verschiedene Bleistifte mit Zitat (Insel Verlag)

Initialphase:

- a) Ankommen, Befindlichkeit
- b) Vorstellung der Therapieform (Klärung meiner Rolle im jetzigen Prozess)
- c) Vorlesen des Gedichtes „Wer bin ich“ *Rose Ausländer*

Aktionsphase:

- a) Einführung des Buchstaben-Kästchens, wahlloses Verteilen der Steine auf dem Tisch
- b) Gespräch über Lese- und Schreiberfahrungen des Patienten
- c) Einladung, Wörter zu legen, die gerade einfallen (spielerische Atmosphäre schaffen)
- d) Welches Wort spricht Sie am meisten an?

Integrationsphase:

- a) Erklärungen des inhaltlichen Vorgehens der Therapiestunden anhand der Beispielwort-Übung
- b) Gespräch über Befürchtungen im Zusammenhang mit dem Schreiben etc., einführen der Abläufe und erster Regeln (kein Richtig oder Falsch, Schreiben ist kein Muss, Vorlesen ist kein Muss...)

Neuorientierungsphase:

- a) „Wie geht es Ihnen jetzt?“ „Können Sie sich diese Therapieform vorstellen?“ „Welche Wünsche, welche Befürchtungen haben Sie?“
- b) „Was möchten Sie am Ende der Stunde noch sagen oder legen (Steine)?“
- c) Organisatorische Absprachen
- d) Bleistift mit Zitat (Insel- Verlag) aussuchen lassen und als Symbol schenken
- e) Verabschiedung

14+3 Heil- und Wirkfaktoren:

1.EV, 6. KK, 8. LM, 9. KG

Die Vier Wege zur Heilung und Förderung (Petzold 2012h)

2. *Nach/Neusozialisation* (Stärkung von Grundvertrauen, Selbstwert und emotionale Regulation)

Modalitäten:

- Übungszentriert-funktional

Auswertung/Dokumentation:

Initialphase

- a) Herr S. kommt pünktlich. Er wirkt sehr aufgeregt. Sein Befinden beschreibt er als „Psychisch stabil, körperlich müde, viel Arbeitsstress, Schmerzen in den Füßen...“ Sein Befinden im Hier und jetzt im Augenblick beschreibt er mit „...neugierig, unsicher, müde...“. **(I. AV)**
- b) Er hört aufmerksam zu, stellt auch Fragen. Er fragt, ob ihn die Therapeutin weiterhin auch medizinisch und als Bezugsschwester im Team mit seiner Psychiaterin betreuen würde. Er befürchtet, dass sich die Rollen „in (seinem) Kopf sehr vermischen“ könnten. Es ist Herrn S. wichtig, von der Therapeutin nicht als „medizinischer Fall“ **(I. Ü)** gesehen zu werden, sondern als Autor, als Künstler **(I. PZ)**. Geklärt wird, dass die Depot-Injektionen, Blutentnahmen etc. zukünftig von einer anderen Person durchgeführt werden. Es wird ihm zurückgemeldet, dass es gut und wichtig ist, aufkommende Bedenken offen mitzuteilen. Herr S. wird ermutigt, diese möglichst unmittelbar in der entsprechenden Situation anzusprechen. **(III. GÜ)** Er erzählt, dass er gern und viel schreibt und dass er überlegt sich einen besonderen Künstlernamen zuzulegen. **(I. K)** Diesen möchte er aber nicht preisgeben, auch den Inhalt des Geschriebenen nicht. **(I. BZ)**
- Er denke auch über eine Veröffentlichung nach, rechne sich aber nicht viel Erfolg aus. Im Verlauf wird er ausweichend, wirkt angespannt und kommt auf allgemeine Themen zurück. Um dem Patienten nicht das Gefühl zu geben, ausgefragt zu werden, wird nicht weiter nachgefragt. **(III. GÜ)** Im Folgenden stellt die Therapeutin die Therapiemethode vor und erklärt, dass es nicht darum geht, Texte zu veröffentlichen, sondern dass der Text als eine Botschaft von sich, über sich, für sich, aber auch, wenn gewollt, an Andere zu verstehen ist. **(II. LM)** Diese Intervention scheint Herrn S. zu beruhigen. Um ihm noch mehr Sicherheit zu geben, wird über Schweigepflicht und über die prinzipielle Freiwilligkeit zum Schreiben und auch zum Vorlesen gesprochen. **(III. GÜ Werte/Regeln sind dem Patienten sehr wichtig)**

- c) Die Therapeutin liest das Gedicht „Wer bin ich“ von Rose Ausländer vor. Dieses Gedicht wurde ausgewählt, um zu unterstreichen, welche Kraft in Worten steckt, und wie heilsam das Schreiben sein kann. **(II. KG)** Es wird erklärt, dass alles schon im Menschen vorhanden ist, es in der Poesietherapie nicht darum geht, ein Werk zu erschaffen, sondern darum, den Gedanken zunächst einmal freien Lauf zu lassen, und dass es darüber möglich sein kann, Gedanken zu sortieren und sich Erleichterung zu verschaffen. **(II. LM)** Herr S. kann mit dem Text etwas anfangen, er deutet an, dass er besonders viel schreiben, wenn es ihm schlecht ginge. Phasen mit viel und wenig schreiben würden sich abwechseln. **(I. K, BZ)**

Aktionsphase/ Integrationsphase:

- a) Herr S. beschaut sich die Steine ganz genau, er vermutet, dass sie an der Ostsee gesammelt wurden. Das wird ihm bestätigt. **(III. SO)** Er kommt ins Erzählen über die Ostsee, seine Liebe zum Meer. Er genieße es, am Meer zu sitzen. Er befühlt die unterschiedlichen Steine. **(I. Bz, II. *Eingesetztes Medium Steine, haptische Erfahrung für den Patienten, I. RA weckt positive Erinnerungen „Leibarchiv“*)**
- b-d) Herr S. wird eingeladen, Worte zu legen, die ihm gerade einfallen. **(II. KG)**
- Das verunsichert ihn zunächst. Die Therapeutin erzählt ihm, dass sie das Meer auch gern mag und legt das Wort „Wellen“. **(III. SO II. EV)**
- Herr S. legt „Auf“, „Ab“, dann „Nebel“. **(I. BZ Pat. beginnt zu vertrauen)**
- Nun kommt ein Gespräch in Gang, die Therapeutin beschreibt den Ablauf einer Therapiestunde **(II KK)**. Es wird Herrn S. angeboten, sich ein Wort von den inzwischen 9 Wörtern, die auf dem Tisch liegen, auszusuchen. Er entscheidet sich spontan für „Nebel“ und legt noch ein „Hesse“ dazu. Er nimmt dann Bezug auf „Im Nebel“...und zitiert die ersten Zeilen des Gedichtes. Er kann es nicht mehr vollständig auswendig. Es wird ihm angeboten, den Text zu holen, **(II. EV, III. GÜ)** das möchte er. Herr S. liest ihn dann laut vor. Er erzählt, dass „Siddharta“ früher sein Lieblingsbuch gewesen sei. Befragt nach weiteren Lese- und Schreiberfahrungen erzählt er, dass er früher viel gelesen habe, jetzt ginge das oft nicht mehr so gut,

weil er sich abends schlecht konzentrieren könne. Er habe am liebsten Biografien und Geschichtliches gelesen. **(I.BZ P lässt Th an seinen Interessen teilhaben)**

Herr S. verfällt dann in eine Art Selbstgespräch mit dem Grundtenor, „Wenn das nicht mehr geht (mangelnde Konzentration), dann will ich auch nichts Anderes mehr lesen.“ Er redet leise und undeutlich vor sich hin. Er wirkt traurig, vermeidet den Blickkontakt zur Therapeutin. **(I.Ü P geht dadurch in Distanz zu Th)**

Die Therapeutin meldet ihm ihre Beobachtung zurück und fragt ihn, ob er das Gefühl benennen kann, das ihn gerade erfasst hat. **(II. EV, III. GÜ)** „Am ehesten Traurigkeit...“ Die Therapeutin gibt ihm zurück, dass sie seine Traurigkeit verstehen kann. **(II.EV, ES)** Daraufhin nimmt Herr S. wieder Blickkontakt auf **(II.EV)** und erzählt, dass er vor Jahren Franz Kafkas „Die Verwandlung“ vorgelesen und auf CD aufgenommen habe. Dies würde er jetzt manchmal zum Einschlafen hören, es beruhige ihn, seine eigene Stimme zu hören. Da er die Erzählung gut kenne, habe er auch nicht das Gefühl, etwas Wichtiges zu versäumen, wenn er sich nicht ausreichend darauf konzentrieren könne. **(I. BZ)** Herr S. fragt nach, ob die Therapeutin das komisch findet. Spontan meldet sie ihm ihr Angerührtsein über diese Vorgehensweise zurück und hebt besonders seine Kreativität im Umgang mit der Konzentrationsproblematik hervor. **(II. EV)** Herr S. erzählt dann, dass er seit seiner Kindheit Tagebuch schreibe. Zur Zeit schreibe er 3 Tagebücher: ein Arbeitstagebuch, Stresskurven und ein „ganz privates Tagebuch“. Momentan fehle ihm die Fantasie, um andere Texte zu schreiben. **(I.BZ, P fasst Vertrauen und berichtet ausführlicher von sich)**

Neuorientierungsphase:

- a) Herr S. gibt auf Befragen hin Wohlbefinden an. Das Gespräch habe ihm gutgetan, er wolle gern wiederkommen. Er wünscht sich, dass die Therapeutin Texte mitbringt, über die gemeinsam gesprochen werden kann. „Vielleicht finde ich dadurch meine Fantasie wieder“
- b) Herr S. sucht sich den Bleistift mit dem Zitat: „Es kommt ein neuer Tag, eine neue Nacht“ von *Rose Ausländer* aus. Begründung: „Weil ich heute zum ersten Mal von ihr gehört habe“.

Es folgen organisatorische Absprachen. Er kann erst in 4 Wochen wiederkommen, weil es arbeitsmäßig nicht anders einzurichten ist. Terminvereinbarung und Verabschiedung. **(II.KK)**

Ideen für die nächste Sitzung:

- Langsames, behutsames Vorgehen
- Hesse Gedicht als Einstieg auswählen (*Vorliebe des Patienten, sicheres Terrain für ihn*)
- Weiter ins Gespräch kommen, Vertrauensverhältnis aufbauen
- Feste Strukturen einführen z.B. durch 3 Worte „Ich, Heute, Hier“, sowohl am Anfang als auch am Ende (*einsetzen, um den Patienten im Hier und Heute ankommen zu lassen, Krankenbeobachtung*)
- Am Ende der Stunde die Frage stellen: Was wollen Sie hierlassen? (*Als Möglichkeit der Distanzierung vom in der Therapiestunde Erlebten anbieten*)
- Für die Therapeutin wichtig als Vorbereitung: In die Biografie von H. Hesse einlesen, Gedicht aussuchen

7.2 Die zweite Therapiestunde

Die Welt unser Traum

*Nachts im Traum die Städt' und Leute,
Ungeheuer, Luftgebäude,
Alle, weißt du, alle steigen
Aus der Seele dunklem Raum,
Sind dein Bild und Werk, dein eigen,
Sind dein Traum.*

*Geh am Tag durch Stadt und Gassen,
Schau in Wolken, in Gesichter,
Und du wirst verwundert fassen:
Sie sind dein, du bist ihr Dichter!
Alles, was vor deinen Sinnen
Hundertfältig lebt und gaukelt,
Ist ja dein, ist in dir innen,
Traum, den deine Seele schaukelt.*

*Durch dich selber ewig schreitend,
Bald beschränkend dich, bald weitend,
Bist du Redender und Hörer,*

*Bist du Schöpfer und Zerstörer.
Zauberkräfte, längst vergeßne,
Spinnen heiligen Betrug,
Und die Welt, die unermessne,
Lebt von deinem Atemzug.*

Hermann Hesse

Ablauf/Planung

Inhalt/Ziele:

- Vertrauensaufbau
- weiter mit der Therapieform vertraut werden
- Selbstwertstärkung, Interesse an Literatur wiederentdecken

Vorbereitung/Materialien:

Bücher und Bild (Aquarell „Sonnenblumen in Montagnola“) von *H. Hesse* auf dem Tisch auslegen, Schreibmaterial, Stifte, Wasser/ Glas

Initialphase:

- a) Ankommen, Befindlichkeit „Ich/Heute/Hier“
- b) Rückmeldung zum Befinden nach der letzten Stunde, noch einmal den Ablauf einer Therapiestunde wiederholen
- c) Einführung ins Thema, Gespräch über *Hermann Hesse*, Vorlesen des Gedichtes „Die Welt unser Traum“

Aktionsphase:

- a) „Welcher Vers, welches Wort spricht Sie an?“ Satz, Wort, Stimmung benennen
(Alternativ: Bild „Sonnenblumen in Montagnola“
Welches Gefühl löst das Gedicht/Bild in Ihnen aus?“
„Aus welchen Situationen kennen Sie dieses Gefühl?“
- b) Situativ einschätzen: Schreiben oder im Gespräch? (*Pat. Ist häufig sehr ausschweifend, philosophierend, wenn schreiben, dann auf gute Zeitstruktur und deren Einhaltung achten*)

Integrationsphase

- a) „Wie ging es Ihnen beim Schreiben/Erzählen?“
- b) Wenn geschrieben: Teilen? Was und wie?

Neuorientierungsphase

- a) Gespräch über literarische Formen: „Können Sie mit Gedichten etwas anfangen?“ Andere Präferenzen? Welche?
Vor- und Nachteile von Lyrik
„Welche Art des Schreibens bevorzugen Sie?“
- b) Ideen/Wünsche für die nächste Stunde?
- c) Befinden „Ich/Heute /Hier“

14+3 Heil- und Wirkfaktoren:

1. **EV**, 2. **ES**, 6. **KK**, 7. **LB**, 8. **LM**, 9. **KG**

Die Vier Wege zur Heilung und Förderung

2. **Nach/Neusozialisation** (Stärkung von Grundvertrauen, Selbstwert und emotionale Regulation)

Modalität:

- Erlebniszentriert-stimulierend (ressourcenorientiert)

Auswertung/Dokumentation:

Initialphase

Herr S. ist pünktlich, wirkt aufgeregt, überdreht, motorisch unruhig - hat Nachtdienst gehabt. Er ist unsicher: einerseits ist es nachts an der Arbeit ruhiger, allerdings ist sein Schlaf tagsüber schlechter. Kurzes psychoedukatives Gespräch (*Reizstöranfälligkeit im Rahmen der Erkrankung, Schlafhygiene*). Möglichkeit eines Attests zur Befreiung von Nachtschichten vorgestellt. Herr S. ist ambivalent, will es sich überlegen. Er wird gefragt, was helfen könnte, im Hier- und Heute anzukommen. Herr S.: „Frische Luft, weiß nicht...“ Es wird ihm eine kleine Übung angeboten, auf die er sich auch einlässt. (**I. BZ**)

Zunächst wird der Raum gelüftet und Herrn S. wird ein Glas Wasser angeboten. Er wird gebeten, 3 Wörter spontan aufzuschreiben, Thema: „Ich/Heute/Hier“. Er ist sich unsicher, kommt sich komisch vor (**I. W**) Die Therapeutin entscheidet sich, diese Übung mitzumachen. Beide schreiben jeweils 3 Wörter auf. (**II.ES, III. BZ, SO**) Die Wörter der Therapeutin werden zuerst vorgelesen. (*Vorbildfunktion*) Daraufhin liest

Herr S. seine Wörter spontan auch vor, diese sind: Ich: „will doch arbeiten“, Heute: „Hummeln im Arsch“, Hier: „d'accord“. **(I.BZ lässt sich ein)** Die Therapeutin bietet ihm an, mit ihr durch den Raum zu gehen. Übung: Wenn die Therapeutin in die Hände klatscht, bleiben beide stehen, zeigen auf eine Ecke des Raumes und rufen „Da“, „Dort“ oder „Hier“. **(II. LB Wechsel zu Bewegung zur körperlichen Entspannung und Frustrabbau)** An dieser Übung hat Herr S. sichtlich Freude. In der nächsten Runde möchte er das Klatschen **(I. RA Übernahme von Kontrolle und Verantwortung)** und die Rufe der 3 Worte „Da, Dort, Hier“ übernehmen. Herr S. wird animiert, auszuprobieren, nun seine aufgeschriebenen Wörter zu rufen. **(II. KG)** Er probiert das aus, zunächst zaghaft. **(II.KG)** Er bittet die Therapeutin, wieder mitzumachen. **(I. BZ)**

Es wird sich darauf geeinigt, dass beide durch den Raum gehen, abwechselnd aufstampfen und dann jeweils eines der eigenen 3 Wörter, welches den Beteiligten jeweils spontan in den Sinn kommt, laut auszurufen. Herr S. probiert immer mehr aus und verändert dabei von sich aus auch seine Lautstärke. **(I.BZ Vertrauen, kann mehr von sich zeigen II.EV, ES)**

Die Therapeutin kann sich zunehmend zurücknehmen. Die Übung wird beendet, in dem sich Patient und Therapeutin noch einmal das Wort nennen, welches den intensivsten Eindruck hinterlassen hat.

Herr S.: „D'accord“

Therapeutin: „Wie geht es Ihnen jetzt?“ **(II. LB Kognitives Bewusstmachen von leiblich Erlebtem)** Herr S.: „Ausgepumpt, besser“

Therapeutin: „Wollen Sie heute weiter über das Schreiben sprechen, oder finden Sie etwas anderes heute wichtiger?“

Herr S. spontan: „Lesen, Schreiben...!“

Th: Wie ging es Ihnen nach der letzten, der ersten Stunde?

P: „...habe viel nachgedacht, warum ich keine Fantasie mehr habe und ob das vielleicht auch besser ist.“ Weiterhin berichtet er, dass er viele Bücher habe: „eine echte Bibliothek, ich kann nichts wegwerfen was auf Papier ist.“ Er habe nach seinen Büchern von H. Hesse gesucht, verweist auf die Bücher auf dem Tisch: „habe ich noch nicht gefunden ...“

Er beginnt, in den Büchern zu blättern und erklärt der Therapeutin, welche er auch besitzt. Er wird gefragt, ob er das Gedicht „Die Welt unser Traum“ kennt und ob sich beide es heute gemeinsam anschauen wollen.

Aktionsphase

Nachdem die Therapeutin das Gedicht vorgelesen hat, liest Herr S. es noch einmal selbst, zunächst leise und dann laut vor. Er stellt sich dazu hin, geht im Raum auf und ab. Er liest langsam, sehr betont und mit großer Gestik vor.

Dann analysiert er einzelne Textstellen, verliert sich dabei schnell und wird ausschweifend. Es wird sein großes Wissen und Interesse an und über Literatur, aber auch an philosophischen und politischen Fragen deutlich.

Es scheint ihm wichtig, mit seinem Wissen der Therapeutin gegenüber zu glänzen.

Eigene Erfahrungen und Empfindungen zum Gedicht gibt er nicht preis. **(I. Ü, AV)**

Die Therapeutin lässt ihn gewähren, unterbricht ihn zunächst nicht. **(III.GÜ,**

Souveränität stärken) Das Gedicht wird in einer Art „Literarischer Analyse“ (Herrn Ss. Begrifflichkeit) besprochen. Die Therapeutin schlägt vor, dass Herr S. zu jedem Satz von H. Hesse nur einen eigenen erklärenden Satz sagt. **(II. KK Strukturierung)** Herr S. ist einverstanden. Er macht dann hinter jeder Gedichtzeile einen Haken, wenn er sie vorgelesen hat und seinen Satz dazu gesagt hat. **(I.RA)**

Integrationsphase/Neuorientierungsphase

Herr S. fühlt sich wohl. Es mache ihm Freude, über „solche Dinge“ zu reden, nicht jeder verstehe das. **(I. BZ)**

Er sei jetzt viel entspannter. **(II.LB)**

Über das Hesse- Gedicht habe er jetzt genug geredet, das könne er für sich abhaken.

Das sei nicht immer so. Oftmals verliere er sich beim Schreiben und komme dann „vom Hundertsten ins Tausende“, „Manchmal werde ich dann in eine Welt gesogen, die skurril und fantastisch ist, die mir aber nicht immer guttut. Manchmal tut es gut zu schreiben, manchmal auch nicht...meistens merke ich das erst hinterher. Erst war's gut, dann nicht mehr..., wo ist die Grenze? Verstehen Sie das?“ **(I.BZ)**

Die Therapeutin signalisiert Verständnis. **(II. EV, ES)** Sie erläutert ihm, dass es beim Schreiben Möglichkeiten gibt, sich selbst Grenzen zu setzen, z.B. je nach dem in welcher literarischen Form man sich ausdrückt. **Th:** „Möchten Sie darüber mehr erfahren?“ **(II. LM) P:** Keine Antwort. **(I. AV Unsicherheit)** Herr S.: „Ich mag gern Gedichte, wenn ich sie lese, dann mache ich mir auch mal eigene daraus. Wenn ich meine eigenen später lese, verstehe ich sie nicht mehr oder anders.“, er weicht dem Blickkontakt aus. „Meistens schreibe ich aber freie Texte über Gedanken, die ich

habe. Ich habe viele Gedanken..., wichtige Gedanken..., naja, ...das verstehen Sie vielleicht nicht.“ Er schaut die Therapeutin unsicher an. **(I.Ü)**

Sie meldet ihm zurück, dass auch für sie selbst das Schreiben ein gutes Medium ist, Gedanken zu sortieren. **(III. GÜ, SO)**

Herr S.: „Ich schreibe auch über die Welt, was sie im Innersten zusammenhält...“
(I.BZ)

„Goethe?“ fragt die Therapeutin nach. **(II.KK, Zuhören, in den kommunikativen Austausch gehen)**

Herr S.: „Ja, aber der wusste es auch nicht wirklich. Keiner weiß das.“

Die Therapeutin geht auf die Aussage kurz ein: „Kann es nicht verschiedene Erklärungen geben, und hat nicht jeder Mensch eigene Gedanken und Fragen, und ist es nicht so, dass große Fragen eben manchmal keine oder viele kleine Antworten haben...?“ **(III. angetöntes eigenes Thema der Therapeutin, überfordert den Patienten, ist nicht zielführend)**

Herr S. nickt verständnisvoll und wirkt nachdenklich, gedanklich abschweifend.

Die Therapeutin versucht, Herrn S. wieder auf das Hier und Heute zu orientieren und bitte ihn noch einmal, 3 Worte aufzuschreiben, so wie am Anfang der Stunde: „Wie geht es Ihnen jetzt, hier im Augenblick -Ich, Jetzt, Hier-?“. Herr S. schreibt: zu Ich: „Ich“, Jetzt: „Zufrieden“, Hier: „Sicher“ **(I.BZ)**

Wie wollen wir weitermachen? Herr S.: „So wie heute!“ „Was ist mit dieser Frau Ausländer?“ „Vielleicht sollte ich häufiger kommen...“ **(I.BZ)**

Die Therapeutin bremst ein wenig **(III.GÜ)**: „Herr S., das hier sollte eine Zeit sein, die Ihnen guttut, sie nicht zusätzlich zu ihrem Alltagsstress belastet.“

Herr S. „Gut, dann komme ich in 4 Wochen.“ Es wird ihm noch zugesichert, dass er sich auch zwischendurch bei aufkommenden Fragen, Verschlechterung des Befindens etc. telefonisch melden kann. **(III.BZ)**

Ideen für die nächste Sitzung

Kleinschrittiges, strukturiertes Vorgehen, Vertrauensaufbau, Rose Ausländer Gedicht, Bewegung am Anfang

7.3 Die dritte Therapiestunde

*Und Wiesen gibt es noch
Und Bäume und*

Sonnenuntergänge
Und Meer
Und Sterne
Und das Wort
Das Lied
Und Menschen
und

Rose Ausländer

Ablauf/Planung

Ziel: Therapieform festigen, Vertrauens-/ Beziehungsaufbau, Strukturierung, Verbesserung von Kommunikation, Selbstwertstärkung, Emotionsregulation

Initialphase

- a) Ankommen, Befindlichkeit: Ich/Heute/Hier, Reste letzte Stunde
- b) Körperliche Auflockerung: „Stampf, Stampf, Klatsch“ oder „Gehen im Raum“
- c) Kurze Einführung Biografie Rose Ausländer

Aktionsphase

- a) Erklärung Zwischenzeilengedicht
- b) Gedicht „Und Wiesen gibt es noch“ vorlesen
- c) Je nach Situation und Befinden des Pat. entweder schreiben (*Zeitliche Begrenzung einführen 10 Minuten*)
oder mit vorsichtiger Strukturierung erzählen lassen

Integrationsphase

- a) Befindlichkeit „Wie fühlten Sie sich beim Schreiben?“ *Eingehen auf letzte Stunde („mal tut es gut, mal nicht, merke es oft erst hinterher“)*
- b) Teilen (Vorlesen? Inhalt erzählen etc.)
- c) Befinden nach dem Teilen - *Bei großen Unsicherheiten/ Misstrauen auf Theorie zurückgehen (z.B. Literarische Formen im Sinne von Theorie als Intervention)*

Neuorientierungsphase

- a) Was nehmen Sie heute mit? Was wollen Sie besser hierlassen?

- b) Kurz und prägnant die heute kennengelernten Strukturmöglichkeiten (Zeit, Form) zusammenfassen und über den Transfer in den „Schreiballtag“ sprechen
- c) Befinden (Ich/Jetzt/Hier), Organisatorisches

14+3 Heil- und Wirkfaktoren

1. **EV**, 2. **ES**, 4. **EA**, 6. **KK**, 7. **LB**, 8. **LM**, 9. **KG**

Die Vier Wege zur Heilung und Förderung

1. *Nach/Neusozialisation* (Stärkung von Grundvertrauen, Selbstwert und emotionale Regulation)

Modalitäten:

- Übungszentriert-funktional
- Erlebniszentriert-stimulierend (ressourcenorientiert)

Auswertung/Dokumentation

Initialphase

Herr S. kommt pünktlich, hält wenig Blickkontakt, ist ausweichend, wirkt motorisch unruhig. Es sprudelt aus ihm heraus: Die Arbeit sei sehr stressig, es gäbe Probleme mit einem Kollegen, abends sei er zu nichts mehr fähig. Er führe z.Z. nur sein Arbeitstagebuch täglich, das mache ihn traurig „...da fehlen mir ganze Tage, an denen ich meine Gedanken nicht festhalte. Vielleicht sind das aber wichtige Gedanken, gerade die, die ich brauche...“ Er berichtet, dass er sehr viele Tagebücher habe. Diese wolle er irgendwann alle durchlesen und vielleicht auch ordnen. Vor manchen habe er Angst, „da stehen Dinge drin, die will ich nicht wissen...“ (**I. BZ, II. EV, ES III. Aktives Zuhören**)

Die Therapeutin stellt ihm Möglichkeiten des Umgangs mit Geschriebenem vor (Aufbewahren, Vernichten, Lesen etc...). (**II. LM**)

Das kann Herr S. kaum an sich heranlassen, er gerät mehr unter Druck, ist körperlich angespannt, schwitzt stark und seine Körperhaltung verkrampft sich. Er sitzt auf der Kante des Stuhles, die Hände umklammern die Knie. (**I.Ü, W,**)

Die Therapeutin drückt ihre Freude darüber aus, dass Herr S. trotz seines Stresses

gekommen ist und fragt ihn, was ihm jetzt guttun würde. **(II. ES, III. GÜ)** Das kann er nicht benennen. Daher wird ihm eine körperliche Ablenkung vorgeschlagen: „Das Gehen im Raum“. **(II. Methodenwechsel)** Beide gehen gemeinsam **(III. PE Erfahrung der letzten Stunde)**. Zunächst erfolgt der Input über die Therapeutin, beide gehen z.B. schnell, stampfend, in Schlingelinien, begrüßen sich usw. Während Herr S. sich in der verbalen Kommunikation sonst eher kontrolliert verhält, probiert er sich beim Stampfen und Klatschen kraftvoll aus, kommt regelrecht ins Schwitzen. **(II. LB)** Am Ende der Übung wird er gefragt, wie er sich jetzt fühlt und wie er jetzt im Augenblick gern gehen würde. **(II. EA)** Herr S.: „Wie ein schleichendes Kätzchen“. Er geht mit ausholenden Armbewegungen, mit großen, lauten Schritten durch den Raum. **(II. LB)** *Die Bewegung passt nicht zum körperlichen Ausdruck, es wird jedoch nicht interveniert, weil es darum geht, dass Herr S. übt und spürt, sich körperlich auszudrücken. Er soll sich dabei wohlfühlen und nicht durch Richtig oder Falsch verunsichert werden.)*

Th: „Wie Fühlen Sie sich? Sagen Sie spontan 3 Worte zu „Ich, Heute, Hier“ **(II. Etablierung von Ritualen als sicherheitsgebenden Struktur)**

Herr S.: „Ich: „Sanfte Großkatze“, Heute: „befreit“, Hier: „d´accord“. **(I. BZ)**

Es erfolgt die Überleitung zur Aktionsphase, indem die Therapeutin ein paar kurze, prägnante Informationen zum Leben und Werk von Rose Ausländer gibt. Herr S. zeigt sich sehr interessiert. **(II. LM)** Insgesamt wirkt er jetzt körperlich deutlich entspannter.

Aktionsphase

Herr S. wird gefragt, ob er sich vorstellen kann, heute etwas zu schreiben. Er ist ambivalent. „Was man aufschreibt, das ist dann auch da... schwarz auf weiß, richtig oder falsch...“ **(I. Ü, W)**

Die Therapeutin erklärt nochmals die Regeln, geht nochmals auf ihre Schweigepflicht ein. Dabei wird vor allem Wert auf seine eigene Souveränität und Entscheidungskompetenz gelegt. **(III. GÜ)**

Das weitere Vorgehen wird detailliert besprochen. **(II. ES, LM)**

Die Therapeutin liest das Gedicht vor.

Herr S. entscheidet sich spontan zu schreiben. **(I. BZ)**

Er bekommt eine Schreibvorlage (Anhang) und eine Zeitvorgabe von 10 Minuten. Das setzt ihn unter Druck. „Sie bestimmen also, wann ich aufhöre zu schreiben?“

(I. W, Ü)

Die Vor- und Nachteile der Zeitstruktur werden erläutert. Dabei wird vorsichtig auf die letzte Stunde eingegangen (Herrn Ss. Aussage bzgl. des Schreibens: „Manchmal tut es gut, manchmal nicht, ich merke es erst hinterher“) Es wird ihm vorgeschlagen, die Zeit selber im Auge zu behalten und auf seiner Armbanduhr einzustellen. **(III. GÜ, II. LM, EV)**

Darauf lässt er sich ein und beginnt zu schreiben. Er nutzt die Zeit voll aus, ist erschrocken über das Klingeln der Uhr.

Herr S. legt den Stift weg mit den Worten: „Es gibt viel mehr dazu zu sagen...“ Die Therapeutin bestätigt das, es kommt zu einem Gespräch darüber, dass Manches auch offenbleiben darf und /oder auch später wieder Thema werden kann.

Integrationsphase

a) **Th:** „Wie fühlten Sie sich beim Schreiben?“ **P:** „Erst gut, ich trete beim Schreiben in eine andere Dimension ein. Dann schlecht - als es klingelte... - ich muss darüber nachdenken...“ **(I.AV)**

b) **Th:** „Wie wollen Sie mit dem Geschriebenen Text umgehen?“

Die Therapeutin geht noch einmal auf ihre Rolle ein, hebt ihre Schweigepflicht hervor.

P: „Er ist noch nicht fertig.“ Mehr möchte er dazu nicht sagen.

Th: „Gut. Mögen Sie sagen, wie es Ihnen mit dem Gedicht von Rose Ausländer ging? Hat es gute oder schlechte Gefühle in Ihnen ausgelöst?“

P: „Ich mag die Natur, ich kann stundenlang auf einer Bank sitzen und genießen.“ Dann erzählt er, dass er gerne nach Süd-Frankreich fährt. Dort laufe er durch die kleinen Orte, sitze in kleinen Cafe´s und nehme die Geräusche und Gerüche in sich auf. Manchmal vergesse er die Zeit darüber und auch das, was er eigentlich tun wollte. Der Mensch mache die Natur kaputt, das mache ihm große Angst. „Ich muss dann immer weiterdenken und das Schöne wird schlecht und das Schlechte ist nicht mehr schön. Wir hinterlassen nur Müll auf der Erde. Ich möchte gern auch etwas Schönes hinterlassen.“ Dann erzählt er, dass er gern schreibe. In der ersten Erkrankungsphase hätte das aber überhandgenommen. Er habe Dinge geschrieben, die andere nicht verstehen konnten. Er habe erklären wollen, wie die Menschen sind, er habe für sein Recht kämpfen wollen. Er habe in 2 Welten gelebt. Diese zweite Welt sei eine „perfekte Illusion“. Er wisse, dass diese nicht real sei, doch manchmal sei er auch unsicher. **(I. BZ)** Am Ende seiner Ausführungen bedankt sich die

Therapeutin für seine Offenheit und sein Vertrauen. **(II. EV, ES, III.)**

Th: Mögen Sie sagen, wie es Ihnen jetzt geht? **P:** „Gut, aufgeregt...Was denken Sie jetzt von mir.“ **(I.K, BZ)** **TH:** „ich bin sehr berührt und kann Ihre Gedanken über die Natur gut nachvollziehen.“ **(II. EV, ES, III. SO)** Bezugnehmend auf sein Talent, sich schriftlich ausdrücken zu können, wird seine Kreativität als Ressource hervorgehoben. **(II. KG)** Die Therapeutin schlägt vor, dass sie ihm, wenn er es möchte, zurückmelden kann, wenn sie etwas nicht verstehe oder ihr etwas nicht logisch erscheint. Dann habe er für sich noch einmal die Möglichkeit, es zu überprüfen. **(II. Methodenwechsel Psychoedukation: Überprüfen von Realität und eigener Wahrnehmungen)**

Neuorientierungsphase

a) Th: „Was nehmen Sie heute mit?“

P: „Ich kann mir den Wecker stellen, weiß aber gar nicht, ob ich das will.“ Herr S. geht deutlich auf Distanz. **(I. W, AV)**

Die Therapeutin bewertet das nicht, Herr S. soll spüren, dass er Nähe und Distanz zu ihr selbst bestimmen kann. **(II. EA)**

Th: „Was wollen Sie hierlassen?“

P: „Meinen Zettel, ich will den nicht lesen, sonst mache ich mir weiter Gedanken. Sie sollen es auch nicht lesen!“ **(I.Ü)**

Th: „Wollen Sie sich vom Text verabschieden, und wenn ja, wie?“

P: „Zerstören?... Nein, ich brauch ihn vielleicht noch...“ **(I.AV, BZ *Testung der Beziehung?*)**

Th: „In einen Umschlag stecken, zukleben, ich schließe ihn für Sie weg?“ **(III.BZ)**

P: Herr S. überlegt länger „Ja...“, vielleicht können wir das nächste Mal mit dem Text weitermachen...“

Er bekommt einen Umschlag, packt das Gedicht hinein und schreibt auf den Kleberand: „Nicht öffnen!“

Th: „Wie geht es Ihnen jetzt? (Ich, Heute, Hier)

P: Ich: „gut gelaunt“, Heute: „Mutig“, Hier: „d´accord“ **(I. BZ, II.KG)**

Verabschiedung, Organisatorische Absprachen Nächster Termin

Ideen für die nächste Sitzung

- Körperlichen Starter anbieten

- Weiterarbeit am Text? Bilder von Natur mitbringen? Diesbezüglich auf die Wünsche des Patienten eingehen
- Ankommen lassen, schauen, wo er steht, was er mitbringt...
- Neue Form, um sich beim Schreiben strukturieren zu können

7.4 Die vierte Therapiestunde

Ablauf/Planung

Ziele:

- Ressourcen erkennen, stärken
- Vertrauens-/ Beziehungsaufbau
- Verbesserung von Kommunikation
- Selbstwertstärkung, Emotionsregulation

Vorbereitung/Materialien: Papier, Stifte, Briefumschläge, Vorlage

Zwischenzeilengedicht

Initialphase

a) Ankommen/Befindlichkeit „Ich, Heute, Hier“

(Darauf achten, was der Patient mitbringt. Nicht zu schnell vorgehen!

Aufgaben nicht zu komplex stellen! Zeit geben, anzukommen. Was bringt der Patient als Thema mit? Liegen psychoswertige Symptome vor?)

b) Körperbetonten Starter anbieten bspw. Gehen im Raum mit Vorgabe oder

Übung „Vulkan“ (situativ entscheiden, strukturiertes Anleiten, Ideen des Patienten kreativ einbauen und seine Eigeninitiative stärken, genaue

Krankenbeobachtung)

c)

Aktionsphase

Bezugnahme auf die letzte Stunde - Reste? Thema „Und“ von *Rose Ausländer* wieder aufgreifen und kreativ daran weiterarbeiten. Oder:

Vorstellen des Gedichtes „Manchmal spricht ein Baum“ von *Rose Ausländer*

(Die Therapeutin bleibt bei der Autorin, weil Herr S. sich für sie interessiert und weil die Gedichte klare, strukturierte und übersichtliche Aussagen treffen, die den Patienten ermutigen sollen, selbst klare kurze Aussagen zu formulieren)

Schreibvorlage in Form eines Zwischenzeilengedichtes aushändigen, Arbeitsphase
(10 Minuten)

(Gute Krankenbeobachtung und entsprechende Intervention)

Integrationsphase

a) „Wie haben Sie sich beim Schreiben gefühlt? Wie wollen sie mit dem Geschriebenen umgehen?“

(ggf. Lösungen anbieten, Patient die Verantwortung geben, auf seine Vorschläge strukturierend und kreativ eingehen, um sein Selbstvertrauen und das Vertrauensverhältnis zur Therapeutin zu stärken)

b) Teilen, Gespräch dazu, ggf. Überschrift für das eigene, zwischen den Zeilen entstandene Gedicht, finden lassen. *(Im Gespräch die gesunden Anteile hervorheben und stärken, psychoedukative Interventionen anbieten, gute Krankenbeobachtung, behutsames Strukturieren des Gespräches. Starke Orientierung auf das Hier und Heute.)*

Neuorientierungsphase

a) „Was nehmen Sie aus der heutigen Stunde mit? Was wollen Sie hierlassen? Was soll mit dem Text geschehen?“ *(Im Gespräch die gesunden Anteile hervorheben und stärken, edukative Interventionen anbieten, gute Krankenbeobachtung, behutsames Strukturieren des Gespräches. Starke Orientierung auf das Hier und Jetzt.)*

b) „Ich, Jetzt, Hier“ *(Ggf. über Bewältigungsstrategien und Umgang mit erhöhter Vulnerabilität z.B. Gedankenkreisen, eingehen.)*

c) Organisatorisches, Verabschiedung

14+3 Heil- und Wirkfaktoren

1. EV, 2. ES, 5. EE, 6. KK, 8. LM, 11. PW, 12. PI

Die Vier Wege zur Heilung und Förderung

2. *Nach/Neusozialisation* (Stärkung von Grundvertrauen, Selbstwert und emotionale Regulation)

Modalitäten:

- Übungszentriert-funktional
- Erlebniszentriert-stimulierend (ressourcenorientiert)

Auswertung/Dokumentation:

Initialphase

a) Herr S. kommt pünktlich. Er wirkt aufgeregt, spricht schnell. Er habe sich auf den heutigen Termin gefreut, er wolle unbedingt über einen Text sprechen. Er könne momentan wieder kreativer sein.

P: „Die Gedanken springen in meinem Kopf. Sie sind wie bunte Flummis, sie prallen von den Wänden ab, es wirkt heillos durcheinander, dabei nutzen sie doch die immer gleichen Flugbahnen...“ (**I.K, BZ, Beschreibung von Psychose naher Symptomatik?**) Die Therapeutin geht inhaltlich auf seine Beschreibung nicht ein und vertieft das Thema nicht. Sie lenkt das Gespräch auf alltägliche Abläufe und allgemeine Fragen zum Befinden, um die kognitive Leistungsfähigkeit des Patienten, vor allem in Bezug auf Denkstörungen, am heutigen Tag besser einzuschätzen zu können. (**II.ES, PI, III. GÜ**)

Th: „Wie geht es Ihnen? Wie läuft die Arbeit? Corona?“

Herr S. überlegt kurz, reagiert dann adäquat und zielgerichtet. Die Arbeit sei sehr anstrengend, es falle ihm schwer, eine Maske zu tragen, weil er dann so schwitze, aber er habe auch Angst, sich selbst oder jemand anderen anzustecken. Er fühle sich sonst aber wenig durch das Virus beeinträchtigt.

Th: „Und jetzt hier im Raum? Wollen Sie wieder versuchen es in 3 Worten auszudrücken? „Ich, Heute, Hier“

P: „Ich freue mich, heute hier zu sein, hier ist ein guter Ort...“

Es wird ihm ein Einstieg mit Bewegung vorgeschlagen. Das lehnt Herr S. heute ab. Er fühle sich körperlich ausgepowert und möchte lieber über einen Text sprechen, den er aufgeschrieben hat. Er habe doch noch über das Gedicht „Und“ nachdenken müssen. (**I. BZ**)

Er bringt mehrere beschriebene Blätter mit. Es seien „eine Menge vielschichtiger Gedanken dabei herausgekommen“. Herr S. erscheint ausreichend belastbar, indem

sein Wunsch respektiert wird, soll das Vertrauensverhältnis weiter gestärkt werden.

(II.EV, ES, PI,)

Die Therapeutin hat jedoch die Befürchtung, dass er sich emotional zu sehr in den Text hineinbegibt und dabei zu weitschweifig wird. Aus anderen Kontakten mit Herrn S. und auch aus dessen eigenen Erzählungen ist bekannt, dass sich in solchen Situationen bei ihm Reales und Unreales vermischen können und es zu Psychose Symptomen kommen kann. Sie entschließt sich, ihre Sorge offen darzulegen und entsprechende Vorgehensweisen, Sicherheiten und Regeln zu besprechen. **(III. GÜ, SO *Offenlegung der Befürchtungen der Therapeutin, Kongruenz, Echtheit*)**

In erster Linie erscheint es wichtig, festzulegen, wie mit dem Text umgegangen werden soll. Herr S. wird nach seinen Vorstellungen befragt. Er möchte den Text insgesamt vorlesen und dann die Meinung der Therapeutin dazu hören.

Th: „Was versprechen Sie sich davon?“ **P:** „Vielleicht haben Sie ja die gleiche Meinung, oder ich kann sie von meiner Meinung überzeugen, dann weiß ich, dass ich richtig liege.“ **(I. BZ)**

Th: „Das sind Ihre aufgeschriebenen Gedanken und Gefühle, da gibt es kein Richtig oder Falsch. Sie sind da nicht von meiner Wertung abhängig. Ich kann Ihnen also nicht sagen, ob Ihre Gedanken richtig sind. Ich kann Ihnen sagen, ob ich Ihren Gedanken formal folgen kann und vor allem, wie es mir mit Ihrem Text geht.“

(II. EV, ES, PI) Es ist ein sehr langer Text. Was halten Sie davon, wenn Sie zunächst einen Teil vorlesen?“ **(III. *Vorschlag zur Strukturierung*)**

P: „Es gehört alles zusammen, ich kann mich nicht entscheiden, es ist alles wichtig.“ **(I.W)**

Th: „Ich möchte ehrlich zu Ihnen sein: ich mache mir Sorgen, dass es Sie zu sehr unter Druck setzt, den ganzen Text zu lesen. Sie haben mir gesagt, dass es Ihnen manchmal nicht guttut, zu lesen und zu schreiben, weil Sie dann von einem Gedanken zum anderen kommen.“ **(II. EV, ES, PI, LM, III. GÜ, SO *Offenlegung der Befürchtungen der Therapeutin, Kongruenz, Echtheit*)**

Herr S. ist ambivalent.

P: „Ja das stimmt, ich glaube aber, alles ist gleich wichtig... und ich will Ihnen doch sagen, was ich mir gedacht habe. Es war so viel Schönes dabei, das möchte ich nicht verlieren“ **(I.BZ, *teilt Unsicherheit, Sorge mit der Therapeutin*)**

Th: „Ich freue mich, dass Sie ihren Text mit mir teilen wollen und ich möchte ihn auch gern hören.“ **(II.EV,ES)**

Es erscheint wichtig, wertzuschätzen, dass Herr S. seine Gedanken teilen möchte, andererseits ist es wichtig, ihn zu schützen. Er soll die Erfahrungen machen, sich nicht in seinen Gedanken zu verheddern. Das wichtigste Ziel dieser Stunde sollte sein, dass Herr S. sein Schreiben als Ressource zur Stärkung seines Selbstwertgefühls erlebt. Die Therapeutin fragt den Patienten daher, ob er sich vorstellen kann, dass ein Zeichen vereinbart wird, das beide anwenden können, wenn das Gefühl entsteht, das ihm das Lesen nicht guttut. Es wird das Wort „Pause“ vereinbart. (II.

Therapeutische Beziehung, Offenlegung der Befürchtungen, Gemeinsame Absprache)

Aktionsphase

Herr S. beginnt mit dem Vorlesen. Nach einigen Sätzen schweift er ab. Er kritisiert seinen eigenen Schreibstil. **P:** „Das hält keiner Literaturkritik stand“ und „Ich kann nie beim Thema bleiben!“ Er wird richtig ärgerlich über sich selbst.

Th: „Pause!“ Um ihn auf das Wesentliche zurückzuführen wird Herr S. gefragt, welche Überschrift, er seinem Text geben würde. (II. **EE, PI**)

Herr S. antwortet spontan: „Das Schöne“

Die Therapeutin macht ihm den Vorschlag, einen Textmarker zu nehmen, die erste Seite zu überfliegen und die Worte zu markieren, in denen er beschreibt, was schön ist. (II. **EE III. GÜ**)

P: „Warum nur die erste Seite?“ (I.W)

Die Therapeutin erklärt noch einmal, dass die Zeit ja begrenzt ist und deshalb Struktur wichtig sei. (II. **LM Strukturierung**)

P: „Dann will ich lieber wieder auf die Uhr gucken.“ (I.BZ) Er lacht verschmitzt: „Da schaffe ich vielleicht mehr Seiten.“

Es kommt zur Einigung auf 10 Minuten. Herr S. ist eifrig bei der Sache. Beobachtbar ist, dass er sehr konzentriert arbeitet. Er schafft 3 Seiten!

P: „Und jetzt, das hat doch keinen Zusammenhang und klingt auch nicht gut“

Th: „Mögen Sie einmal ausprobieren, drei der markierten Wörter als Anregung für einen neuen Text zu nehmen? Sozusagen eine Aussage von heute auf den Text von gestern. Eine Aussage, die den alten Text präzisiert, nicht ersetzt.“ (II.**ES, PW**)

Das möchte er ausprobieren. Er wirkt freudig erregt und will schnell anfangen. Wir einigen uns wieder auf 10 Minuten. Er schreibt in einem Fluss, streicht kaum durch. Es entsteht ein Text. In diesem beschreibt Herr S., was er schön findet - z.B. die

Sterne und die Augen von Menschen. Seine Sehnsucht nach einer Freundin wird im letzten Satz sehr deutlich.

Integrationsphase

Die Therapeutin fragt Herrn S., wie er sich jetzt fühlt. Er gibt an, zufriedener mit sich zu sein. Es gäbe noch so viel zum Schreiben, „aber das war das, was in 10 Minuten möglich war.“ (**I. Positive Erfahrung**)

An dieser Stelle hätte es die Möglichkeit gegeben, darauf einzugehen, dass der Text ja nicht fertig sein muss und, dass er diesen noch fertig stellen könnte. Auch, dass der Text sich verändern könnte, wenn er ihn zu einem anderen Zeitpunkt noch einmal weiterschreiben würde, weil alles im Fluss ist. Diese Intervention wird jedoch unterlassen und das Augenmerk darauf gerichtet, Herrn S. in seinem Erleben, sich strukturieren zu können und wichtige Gedanken zusammenfassen zu können, zu stärken.

So erhält er positive Rückmeldungen zum Schreibprozess und es wird herausgehoben, dass die Struktur im Alltag eine seiner Stärken ist. Als Beispiel dafür dienen sein gut geführter Spritzenpass, auch auf sein Arbeitstagebuch, in dem er aufführt, welche Arbeiten er durchgeführt hat und welche noch zu tun sind, geht die Therapeutin ein. (**II. LM, PI**)

P: „Das mache ich, weil es mir Sicherheit gibt, ich habe immer Sorge, etwas zu vergessen.“

Th: „Struktur haben Sie als hilfreich kennengelernt und Sie können sie in einigen Bereichen gut anwenden. Sie haben diese Fähigkeit in sich. Das heißt, Sie könnten sie auch beim Schreiben einsetzen.“

P: „Beim Schreiben klappt das nicht, nicht immer jedenfalls, manchmal verliere ich mich darin, es ist wie in einem Strudel...“

Herr S. scheint gedanklich abzuschweifen, spricht nicht weiter, seine Augen blicken starr und fixieren etwas im Raum, das sich der Therapeutin nicht erschließt. Deshalb entscheidet sich die Therapeutin, auf seinen aktuellen Text von zurückzukommen.

Das positive Gefühl des heutigen Schreibprozesses aufnehmend, wird Herr S. gefragt, wie er mit dem neu entstandenen Text verfahren möchte.

Er möchte ihn vorlesen. (**I.BZ**)

Die Therapeutin zeigt sich erfreut und interessiert.

Herr S. liest den Text vor, dabei hält er häufig inne, ergänzt und erklärt das Geschriebene.

Die Therapeutin lässt ihn gewähren, sie möchte ihn nicht unterbrechen, weil sie sein Selbstwertgefühl stärken möchte. Deutlich bemerkbar ist, dass er sich sehr anstrengt, sich zu begrenzen und vor allem, dass es ihm auch teilweise gelingt.

(II.KK, PI Man kann ihm also, wenn er von der psychotischen Symptomatik her stabil ist, mehr zutrauen!)

Nach dem Vorlesen schaut er die Therapeutin erwartungsvoll an.

Sie meldet ihm ihre Berührtheit zurück.

Er fragt, ob es „zu viel Durcheinander“ sei. Das wird verneint. Die Therapeutin bestätigt ihm, dass sie seine Gedanken gut nachvollziehen konnte und dass sie in ihr ein Gefühl von Glücklichkeit und gleichzeitiger Sehnsucht auslösten.

Th: „Wie ging es Ihnen mit dem Vorlesen?“

P: „Ich habe nichts gefühlt, naja doch ein bisschen, wie soll ich das erklären...“

Die Therapeutin schlägt ihm vor, den Text noch einmal vorzulesen. Diesmal nur seinen neuen, verdichteten Text, der auf seinem Blatt steht.

Darauf lässt er sich ein. Er liest zunächst schnell und mit leiser Stimme, dann lauter werdend, die Stimme zur Aussage passend modulierend. Nach dem letzten Wort hält er inne. Dieser Moment darf kurz nachhallen. Herr S. ergreift dann das Wort und zeigt sich berührt. „Das war schön...ich fühle mich leichter“ **(I.BZ Vertrauen, II.PI)**

Er erhält Bestärkung in der Wahrnehmung seines Gefühls und wird gefragt, ob er es nun dabei bewenden lassen kann, oder ob noch etwas gesagt werden soll.

P: „Ich fühle mich jetzt besser, ruhiger. Es gibt auch so viel Schönes in meiner Welt.“

Die Therapeutin bestärkt ihn in seiner positiven Erinnerung.

Neuorientierungsphase

Th: „Was möchten Sie nun mit dem Text tun?“

P: „Ich nehme ihn mit nach Hause an meine Pinnwand.“ Auch dazu wird er ermuntert.

P: „Gefällt ihnen der Text? Sie können ihn auch behalten, sie sind ja daran beteiligt“ **(I.BZ Vertrauen)**

Die Therapeutin bedankt sich und kopiert den Text für sich. Sie erklärt ihm, dass es allein seine Leistung ist und dass sie findet, dass er sich sehr mutig auf den Prozess eingelassen hat. **(II.EV, ES)**

7.5 Die fünfte Therapiestunde

*Heute fürchte ich nichts,
heute zeige ich mich
freimütig schutzlos dem Tag
und wage, mich zu freuen,
weil ich lebe,
weil ich auf eine Art lebe,
die nur ich weiß und kann,
ein Leben unter Milliarden,
aber das meine, das etwas sagt,
was kein anderer sagen kann.
Das Einmalige eines jeden Lebens.
Es macht heiter, zu wissen,
dass jeder recht hat mit sich selbst...*

Luise Rinser

Ablauf/Planung

Ziel:

- Ressourcen erkennen, stärken (Eduktion: Reizstöranfälligkeit)
- Strukturierung
- Verbesserung der Kommunikation
- Selbstwertstärkung, Emotionsregulation

Vorbereitung/Materialien: Ansichtskarten mit verschiedenen Motiven, Arbeitsblatt „Freies Assoziieren und Verdichten...“ (Anhang 3), Papier, Stifte

Initialphase

- a) Ankommen/ Befinden „Ich/Heute/Hier“
„Wie erging es Ihnen nach der letzten Stunde? Wie läuft der Alltag?“ (Schlaf, Konzentration, Arbeit...) Krankenbeobachtung und Einschätzung des aktuellen Befindens bzgl. psychosomatischer Symptome
- b) Körperlicher Starter je nach Verfassung des Patienten
(z.B. Gehen im Raum, Vulkan etc...) *(Kreative Anpassung an die Bedürfnisse des Patienten, ggf. weglassen)*

Aktionsphase

- a) Einleitung zum Thema, Vorlesen des Gedichtes „Heute fürchte ich nichts“ von Luise Rinser
Auslegen der Ansichtskarten auf dem Tisch, eine Karte entsprechend der Stimmung auswählen lassen
(*Begrenzte Anzahl Karten wählen: Reizüberflutung!*)
- b) Freies Schreiben dazu (10 Minuten)

Integrationsphase

- a) Befinden beim Schreiben
(*Krankenbeobachtung, Eingehen auf eventuelle Störungen z.B. Denkstörungen etc.*)
- b) Gespräch zum Text

Neuorientierungsphase

- a) Verdichten des Textes auf 6 Zeilen
- b) Befinden/Überschrift
- c) Teilen („Was mögen Sie mitteilen?“ *Souveränität des Patienten, Ressourcen benennen, ggf. edukative Intervention*)
- d) Befinden
- e) Organisatorisches, Verabschiedung

14+3 Heil- und Wirkfaktoren

1. **EV**, 2. **ES**, 4. **EA**, 5. **EE**, 6. **K**, 7. **LB**, 12. **PI**

Die Vier Wege zur Heilung und Förderung

2. *Nach/Neusozialisation* (Stärkung von Grundvertrauen, Selbstwert und emotionaler Regulation)

Modalitäten:

- Übungszentriert-funktional
- Erlebniszentriert-stimulierend (ressourcenorientiert)

Auswertung/Dokumentation:

Initialphase

Herr S. kommt pünktlich. Er fühlt sich wohl und freut sich auf die Stunde. Nach der letzten Stunde sei er sehr glücklich gewesen, weil er gemerkt habe, dass er noch schreiben kann und welche Freude es ihm bereitet. Er habe auch zu Hause wieder geschrieben

P: „Wissen Sie, ich habe mir vor Jahren einen alten Schreibtisch restauriert. Ich sitze sehr gern daran beim Schreiben. Es fühlt sich gut an, mit der Hand über das Papier zu streichen. Manche Worte sind schönes Papier nicht wert.“ **(I.BZ)**

Es fehle ihm derzeitig aber an Ideen, worüber er schreiben könnte. An der Arbeit laufe es besser, ruhiger. Er käme mit seinem Kollegen besser zurecht, das sei jetzt ein anderer.

Durchführung der bekannten Übung „Ich/Heute/Hier“:

P: „Ich bin ich/weiß noch nicht genau/Viele Treppen“

Herr S. wirkt geordnet, von der Stimmung her ausgeglichen und ist offen für Neues. Es sind keinerlei psychosomatische Symptome erkennbar.

a) Herumlaufen möchte er heute nicht. Er fühle sich kaputt. **(I.W)**

Die Therapeutin schlägt ihm ein Klatschspiel (ähnlich „Kofferpacken“) vor.

(II.LB, auch gute Möglichkeit der Krankenbeobachtung)

Herr S. lässt sich darauf ein, zunächst zögerlich, dann ist er zunehmend mit Spaß bei der Sache. Vor allem wenn sich die Therapeutin verklatscht, hat er sichtlich Freude. Bei diesem Spiel ist sehr gut beobachtbar, dass sich Herr S. gut konzentrieren kann, vom Affekt her ist er angepasst und aufgelockert, in der Umsetzung gestellter Aufgaben teilweise etwas verlangsamt.

Aktionsphase

Die Therapeutin führt das Thema ein und liest das Gedicht „Heute fürchte ich nichts“ von Luise Rinser vor. Herr S. meint, heute sei ein guter Tag für ihn. Er hilft der Therapeutin, die Ansichtskarten zu verteilen und erzählt dabei von einer Reise nach Frankreich. Er spazierte gern durch kleine Gassen und säße dann oft lange in Cafe´s und schaue in die Gegend. Er freue sich darauf, dies wieder tun zu können. Das heutige Vorgehen wird besprochen, die Therapeutin entscheidet sich, ihm das Arbeitsblatt zu geben. **(II. übungszentrierte funktionale Modalität um seine Ressource der Genauigkeit und Struktur zu fördern)**

Herr S. findet es interessant und möchte es gern nutzen.

Die Therapeutin erklärt ihm den Ablauf der Schreibübung und erinnert ihn an das

Sicherheitswort „Pause“ als Möglichkeit der Unterbrechung bei Reizüberflutung, Überforderung etc.

Herr S. hat heute seinen eigenen Füller dabei. Er legt Wert auf gute Schreibgeräte. Ein Sicherheitswort brauche er sicher nicht, aber er wolle es sich mal merken.

P: „Sie können es ja nutzen, wenn Sie das Gefühl haben, ich müsse unterbrochen werden.“ **(I.BZ)** „Es ist gut, so ein Wort zu haben, dann weiß ich, dass Sie mir nichts Schlechtes wollen, wenn Sie mich unterbrechen, sondern, dass sie mir helfen wollen. Ich habe dem Wort zugestimmt, auch wenn es mir in dem Moment vielleicht nicht passt.“ **(I.BZ Vertrauensvorschuss, PZ - Herr S. möchte sich an die Absprache halten und die Unterbrechung nicht negativ bewerten)**

Herr S. wählt spontan eine Karte aus: Cartoon „Snoopy“

Herr S. schreibt konzentriert und zügig, er nutzt auch die Rückseite des Arbeitsblattes. Er wirkt dabei interessiert und nimmt mehrmals Blickkontakt zur Therapeutin auf. Dadurch signalisiert er, dass alles ok bei ihm ist. **(I.BZ)** In der Rückmeldung zum Schreiben gibt er an, sich durch die Zeitvorgabe manchmal gehetzt zu fühlen. Es mache aber auch Spaß, und er könne später noch weiter darüber nachdenken, oder sei das verboten? **(I.Ü)**

Die Therapeutin ist über diese Aussage etwas irritiert. Sie möchte nicht diejenige sein, die Herrn S. etwas verbietet. Außerdem würde sie gern wissen, wie er darauf kommt und aus welchen Situationen in seinem Leben er ein solches Gefühl kennt. **(III.GÜ)**

Um ihn nicht zu verunsichern und einem Abschweifen vom Thema entgegenzuwirken, entscheidet sie sich jedoch, konsequent beim Thema „Heute“ zu bleiben. Sie erklärt ihm lediglich, dass er natürlich selbst entscheidet, wie er mit den Themen nach der Stunde umgeht. **Th:** „Die Stunde hier ist eine Möglichkeit, etwas Neues auszuprobieren. Sie können spüren, wie sich das Neue für Sie anfühlt und dann natürlich selbst entscheiden, wie Sie damit weiter umgehen wollen. Es geht darum, Erfahrungen zu sammeln.“ **(II.EE, PI)** Dann lenkt sie wieder zum Thema über. Herr S. gibt an, sich beim Schreiben wohlgeföhlt zu haben. Diese Aussage deckt sich mit den Beobachtungen der Therapeutin

Integrationsphase

a/b) Nach kurzer Aufforderung beginnt Herr S. über den Text, den er zur Karte geschrieben hat, zu erzählen. Dabei schweift er ab und trifft Feststellungen, die er dann gleich wieder revidiert und durch neue Sichtweisen ersetzt.

P: „Manchmal fühlt sich das Leben an wie eine große Masse. Meine Gefühle sind widersprüchlich und ich weiß nicht, welchem Gefühl ich vertrauen soll. Denke ich eins, kommt schon das nächste und das erscheint mir wichtiger denn je...“

An dieser Stelle könnte die Therapeutin noch genauer nachfragen, sie entscheidet sich jedoch dagegen und setzt ein Stopp mit „Pause“. Dies tut sie, um Herrn S. auf das eigentliche Thema zurückzuführen und seine guten Erfahrungen mit dem Einhalten der Struktur im Schreibprozess weiter zu fördern.

P: „Sie können mir wohl nicht mehr folgen?“ **(I. Ü)**

Th: „Doch, das kann ich. Sie beschreiben ihre Gefühle gut und verständlich. Ich möchte gern mit Ihnen beim Thema „Heute“ und der von Ihnen ausgewählten Karte bleiben.“ **(II. EA)**

Herr S. beschreibt daraufhin, warum er die Karte gewählt hat. Er mag diesen Humor: „lustig und so viel Wahrheit“.

c) Bezugnehmend auf seine Erfahrung aus der letzten Stunde, schlägt ihm die Therapeutin die Nutzung des Textmarkers zum Markieren wichtiger Gedanken in seinem Text vor. Im Anschluss daran wird ihm angeboten, einen neuen, verdichteten Text von 6 Zeilen zu schreiben.

Herr S. markiert und schreibt dann seinen Text, dazu benötigt er insgesamt nur 10 Minuten.

Nach dem er mit einem Kringel als Punkt geendet hat, steht er auf und läuft im Raum auf und ab.

P: „...und doch weiß ich, was ich weiß...“

Einen kurzen Moment lang ist die Therapeutin verunsichert und befürchtet, den Pat. überfordert zu haben. **(III.GÜ)** Sie steht auf und geht auch durch den Raum. Sie spricht Herrn S. an und fordert ihn zu einer kleinen Übung auf, um in das Hier/Heute zurückzukehren. **(II. Methodenwechsel)**

Herr S. nimmt sofort Blickkontakt auf. Die Therapeutin beginnt zu stampfen und zu klatschen, wie der Patient es aus einer vorherigen Sitzung kennt. Er schließt sich sofort an. Beide klatschen in verschiedenen Rhythmen. Herr S. kann diesen Wechseln gut folgen und probiert selbst Verschiedenes aus. **(II.EV, LB)** Dann setzt er sich erschöpft auf seinen Platz.

Th: „Wie fühlen Sie sich jetzt?“

P: „Es war gut, Dampf abzulassen, ich hatte zu viel Energie ...“ Bezugnehmend auf den zweiten verdichteten Text sagt er: „Das soll die Überschrift zu meinem Gedicht sein: Und doch weiß ich, was ich weiß!“

Th: „Wie möchten Sie mit dem Text umgehen?“

Herr S. liest den Text vor. Er möchte ihn ein zweites Mal lesen. Er wird ermuntert, dabei durch den Raum zu gehen. **(II.LB)**

Er meldet zurück, dass es für ihn angenehmer sei, im Gehen zu lesen. **(I. BZ)**

Nach dem Vorlesen wirkt er sehr zufrieden mit sich. Die Therapeutin meldet ihm zurück, dass sie die Worte berührt haben **(II. EV, ES)**, dass sie ihm gut zuhören konnte und dass er mit diesen wenigen Worten seine Gefühle gut transportieren konnte.

P: „Da habe ich die Aufgabe also richtig erfüllt.“ **(I.Ü, Testung der BZ)**

Diese Bemerkung bleibt so stehen. Die Therapeutin verzichtet auf die Erklärung, dass es nicht - wie in der Schule - um das Erfüllen einer Aufgabe geht, weil es ihr im Augenblick wichtiger erscheint, dass Herr S. mit einem guten Gefühl und einer guten Erfahrung diese Stunde beendet. **(III.GÜ)**

Th: „Wie möchten Sie mit dem Geschriebenen umgehen?“

P: „Ich möchte den Text und die Karte mitnehmen. Die kommen an meine Pinnwand.“

Th: „Wie wäre es, wenn Sie auch den Textmarker mitnehmen, damit Sie auch zu Hause wichtige Gedanken markieren können?“

(III.Ü Die Therapeutin ist sich unsicher – war sie mit dieser Aussage zu forsch, drückt sie ihm zu viel von ihrem eigenen Wunsch nach mehr Struktur auf?) Die Therapeutin korrigiert ihre Aussage.

Th: „Sie können sich ja überlegen, ob Sie, auf Grund der Erfahrung, die Sie hier mit dem Markieren wichtiger Textstellen gemacht haben, dieses auch zu Hause probieren wollen.“

Herr S. zuckt mit den Schultern: „Mal sehen, wenn, dann nehme ich grüne Tinte!“
Es folgt die Verabschiedung.

7.6 Die sechste Therapiestunde

Ablauf/Planung

Ziel:

- Ressourcen erkennen, stärken (Psychoedukation: Reizstöranfälligkeit, Was tut mir gut?)
- Vertrauens-/ Beziehungsaufbau
- Strukturierung des Schreibprozesses, Kennenlernen des Listengedichtes als literarische Form
- Verbesserung von Kommunikation
- Selbstwertstärkung, Emotionsregulation

Vorbereitung/Materialien: Papiere, Stifte, Buch *John Strelecky* „Das Cafe am Rande der Welt“, *Bertold Brecht* „Vergnügungen“

Initialphase

- a) Ankommen, Befindlichkeit „Ich/Jetzt/Hier“
- b) Gehen im Raum („Auf dem Weg sein“ Test mit Aufforderungscharakter und Vorgaben zum Gehen in verschiedenen Tempos und Haltungen; Enden mit Körperhaltung zu: Momentan fühle ich mich...)
Genaue Krankenbeobachtung, psychosewertige Symptomatik?

Aktionsphase

- a) Vorstellen Listengedicht *Bertold Brecht* „Vergnügungen“ (Arbeitsblatt)
- b) Freies Schreiben (10 Min) zu: „Was bereitet mir Freude?“

Integrationsphase

- a) Kurzes Gespräch
- b) Markieren der wichtigsten Gedanken
- c) Befinden

Neuorientierungsphase

- a) Eigenes Listengedicht „Meine Vergnügungen“
- b) Austausch dazu
- c) „Was nehmen Sie mit?“, „Was können Sie sich heute noch Gutes tun?“
- d) Verabschiedung

Während des gesamten Prozesses auf die Mitschwingungsfähigkeit des Pat. achten, nicht überfordern. Aufgabenstellung an Befinden anpassen!

e)

14+3 Heil- und Wirkfaktoren

1. **EV**, 2. **ES**, 3. **LH**, 5. **EE**, 6. **KK**, 7. **LB**, 8. **LM**

Die Vier Wege zur Heilung und Förderung

2. *Nach/Neusozialisation* (Stärkung von Grundvertrauen, Selbstwert und emotionale Regulation)

Modalitäten:

- Übungszentriert-funktional
- Erlebniszentriert-stimulierend (ressourcenorientiert)

Auswertung/Dokumentation

Initialphase

Herr S. kommt pünktlich. Er wirkt sehr angespannt, schlecht konzentriert und motorisch unruhig. Es ginge ihm nicht so gut. Er hätte viel Stress. Es sei zu viel los.

P: „Ich möchte mich auskotzen, einfach nur auskotzen, alles raus...“

Die Therapeutin schlägt ihm vor, durch den Raum zu laufen. Das möchte er nicht.

(I. W)

Sie fragt, ob beide gemeinsam einfach einmal laut schimpfen wollen, um etwas Druck abzulassen.

P: „Dann denken Sie, ich bin verrückter als ich bin.“ **(I.Ü)**

T: „Das denke ich nicht. Mir selbst hilft es gut, einfach mal laut zu schimpfen, wenn ich mich sehr gestresst fühle.“ **(II. EV, ES, III. SO)**

Die Therapeutin regt an, Wörter auszusuchen, die nicht mit dem Ärger in Verbindung stehen, z.B. Gemüsesorten... Herr S. lacht und lässt sich auf den Vorschlag ein.

Zunächst beginnen beide in normaler Lautstärke nacheinander Gemüsesorten aufzuzählen, im Verlauf werden sie immer lauter. Herr S. hat sichtlich Freude an der

Übung und stampft dann zunehmend auf, er endet mit „Chicorée“.

Die Therapeutin beendet die Übung, in dem sie ihn auffordert, ruhig ein- und auszuatmen, sich zu strecken und eine bequeme Position einzunehmen. **(II.LB)**

Herr S. sagt, er fühle sich jetzt körperlich ruhiger.

Die Therapeutin entscheidet, das heutige Thema nicht wie geplant durchzuführen, weil Herr S. weiterhin unruhig und abgelenkt wirkt. Er wackelt mit den Beinen und schaut sich immer wieder im Zimmer um. Die Therapeutin spricht ihn an und versucht, beruhigend auf ihn einzuwirken, in dem sie ihm sagt, dass es ok ist, wenn er angespannt ist, dass das sein darf. Sie fragt ihn, was ihm in solchen Situationen guttun könnte. **(II. EV, ES, PI)**

Es folgt ein eher psychoedukatives Gespräch, in dem Herr S. von seinem „Notfallplan“ berichtet. Am liebsten sei er dann allein in seiner Wohnung, dort fühle er sich sicher, er lege sich in die Badewanne und höre über Kopfhörer laut Musik. Würde das alles nichts helfen, nähme er seine Bedarfsmedikation. In diesem Vorgehen wird er bestärkt. Die Therapeutin leitet zum Thema Vulnerabilität und Stress über und befragt ihn nach seinen Vorstellungen dazu. **(II.LM, PI Psychoedukation)**

Darauf reagiert Herr S. ausweichend. **(I.W, Ü)** Er lenkt auf andere Themen über und beginnt darüber zu philosophieren, warum der Mensch Corona so schlecht beherrschen könne. Als er beginnt, die Ästhetik der Zahl Pi zu erläutern, setzt die Therapeutin das vereinbarte Stoppzeichen, in dem sie „Pause“ sagt.

Sie erklärt Herrn S., dass sie ihm nicht mehr folgen könne. **(II. EV, EE, KK III. BZ)**

Herr S. äußert daraufhin, dass die Therapeutin wohl keine große Ahnung und Interesse für Naturwissenschaften habe. **(I. AV, W Entwertung zur eigenen Ehrenrettung)** Auf diese Bemerkung geht die Therapeutin nicht weiter ein. **(III.GÜ)**

Gemeinsam wird der weitere Verlauf des Tages besprochen. **(I. BZ, III. BZ)**

Herr S. hat heute frei, er wird jetzt nach Hause gehen und sich zurückziehen.

Die Therapeutin bestärkt ihn darin, dass er seine Symptomatik gut kennt und gute Bewältigungsstrategien zu deren Besserung einsetzen kann. Sie bietet ihm an, sich am nächsten Tag telefonisch zu melden. **(II. EV, ES, PI, Ressourcenaktivierung, III. BZ,)**

Weiterhin werden noch einmal die Abläufe und Möglichkeiten der PIA aktualisiert. **(II.LM Psychoedukation)**

Beim Verabschieden wirkt Herr S. etwas lockerer und übergibt der Therapeutin einen Text, den er vor Jahren geschrieben habe. Er würde sich freuen, wenn die Therapeutin ihn lesen würde. Es sei ein Geschenk an sie. **(I. BZ)** Sie bedankt sich für das Vertrauen. **(II. EV, ES)**

Herr S. wird gefragt, was er sich von der Therapeutin bzgl. des Umgangs mit dem Text wünscht.

P.: „Ich will keine Rückmeldung, ich weiß es nicht, vielleicht auch doch...“

Die Therapeutin macht den Vorschlag, dass sie ihn erst einmal zur Seite lege und beide in der nächsten Stunde, wenn es ihm besser gehe, darüber sprechen könnten, wie sie damit umgehen wollen. Das erleichtert ihn.

Herr S. schlägt einen Termin in 14 Tagen vor.

7.7 Pause

Am nächsten Tag ruft Herr S. an. **(III.BZ)**

Er berichtet, dass es ihm besser ginge. Nach der Einnahme der Bedarfsmedizin habe er gut geschlafen.

Die Therapeutin könne dem Text umgehen wie sie wolle, er sei ein Geschenk.

Die Therapeutin bedankt sich nochmals für das Vertrauen und auch für den Anruf. **(II.EV, ES, III.BZ)** Auch gibt sie ihm positive Rückmeldungen zum Umgang mit der gestrigen schwierigen Situation und zeigt ihm noch einmal auf, wie gut es ihm gelungen ist, die Situation einzuschätzen und entsprechend zu reagieren. **(II. PI)**

Am Wochenende wird Herr S. seinen Bruder und die Eltern besuchen.

Bei weiterer Unruhe und Einschlafstörungen wird er wiederholt die Bedarfsmedizin einnehmen. Bei weiterem Bestehen der Symptomatik möchte Herr. S. am Montag einen Termin mit seiner Psychiaterin vereinbaren. Darin bestärkt ihn die Therapeutin und spricht vorsichtig das Thema „Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung“ an. Sie erläutert ihm, dass es bei seiner erhöhten Reizstöranfälligkeit wichtig ist, Außenreize zu vermindern. **(II. EV, ES, PI, Psychoedukation)**

Am Telefon wirkt Herr S. zugänglich und absprachefähig.

Montag

Herr S. meldet sich kurz telefonisch. Es ginge ihm besser. Er ist im Kontakt einsilbig und ausweichend. **(I.W, Ü)**

Die Therapeutin meldet ihm ihre Freude über die Verbesserung seines Befindens zurück und erinnert ihn an seine nächste Depot-Injektion (**III. GÜ** *Reaktion auf das distanzierte Verhalten aus Sorge vor Dissimulation*)

Tag der Depotinjektion

Herr S. kommt pünktlich zur Depot-Injektion ins Haus. Die durchführende Kollegin berichtet, dass sich Herr S. wohl fühlte und nur kurz von einer schwierigen Situation am Wochenende erzählte, die er gut in den Griff bekommen habe.

Tag des vereinbarten Folgetermins für die Poesietherapie

Herr S. erscheint nicht zum Termin und meldet sich auch nicht. Die Therapeutin ruft ihn daraufhin an. Er sagt, dass er viel arbeiten müsse und dass er es deshalb nur zum Injektionstermin in die PIA schaffe. Er wirkt dabei distanziert und einsilbig. Das Telefonat mit der Therapeutin scheint ihm unangenehm zu sein. (**I. W, Ü** *Regulierung von Nähe und Distanz zur Therapeutin?*)

Die Therapeutin reagiert freundlich und offen. (**II. EV, ES, PI III. GÜ, BZ**)

Es liegt die Vermutung nahe, dass Herrn Ss. Rückzug mit der Übergabe des Textes zu tun hat. Die Therapeutin überlegt kurz, ob sie ihm eine Rückmeldung dazu geben sollte, entscheidet sich dann aber dagegen. Sie spürt einen deutlichen Wunsch nach Distanz und Rückzug bei Herrn S. Diesen möchte sie respektieren. (**III.GÜ**)

Die Therapeutin bekräftigt, dass sie sich freuen würde, wenn er wieder zur Poesietherapie käme. Sie bestärkt ihn aber auch darin, das Tempo selbst zu bestimmen. Zum Abschluss lässt sie noch einmal einfließen, dass sein Text bei ihr sicher sei. (**II. EV, ES, PI, III. BZ**)

Dafür bedankt sich Herr S. und verabschiedet sich mit den Worten „Bis bald“.

Injektionstermin

Herr S. kommt zur Injektion ins Haus.

Die Therapeutin richtet es so ein, dass sie ihm auf dem Flur begegnet. Sie möchte ihm zeigen, dass der Umgang miteinander weiter ungezwungen erfolgen kann, und dass die Therapie von ihrer Seite aus gern weiter gehen kann. (**II. EV, ES, III. BZ**)

Sie begrüßt ihn herzlich und fragt nach seinem Befinden.

Das beantwortet er mit „gut!“ Es kommt zu einem kurzen Smalltalk mit anschließender Verabschiedung. (**III. BZ**)

Die Therapeutin fragt absichtlich nicht danach, ob Herr S. wieder zur Poesietherapie kommen möchte. Sie möchte ihn nicht bedrängen, weil im Verlauf der Therapie deutlich wurde, wie wichtig es für Herrn S. ist, Entscheidungen selbstständig zu treffen. (II. PI)

4 Wochen später

Zum nächsten kombinierten Injektions-/ und Arzttermin lässt sich Herr S. eine Woche „aus Sicherheitsgründen“ arbeitsunfähig schreiben.

Er vereinbart einen neuen Termin nach dem Jahreswechsel zur Poesietherapie.

7.8 Die siebente Therapiestunde

Ich

*Etwas in mir
Ist gerade und aufrecht
Etwas in mir
Zieht sich zusammen.*

*Etwas in mir
Schreitet nach vorne
Etwas in mir
Hält sich zurück.*

*Etwas in mir
Sagt: „Hier bin ich!“
Etwas in mir
Sagt: „Laßt mich allein!“*

*Etwas in mir tanzt.
Etwas in mir weint.*

Und ich?

Petra Fietzek

Ablauf/Planung

Ziel/Thema:

- Bestandsaufnahme: Klärung der Beziehung, Therapieauftrag

Initialphase

- a) Ankommen, Befindlichkeit „Ich, Heute, Hier“
- b) Rückmeldung zu „Citoyens de l’universe“
(Keine Wertung, kein inhaltliches Eingehen!)
- c) „Wozu wollen Sie heute die Zeit nutzen?“

Aktionsphase

- a) Erklärung Clustering, Gedicht „Ich“ von *Petra Fietzek* vorlesen
- b) Clustern (10Min)

Integrationsphase

- a) „Wie ging es Ihnen mit der Aufgabe, wie fühlen Sie sich jetzt?“
- b) „Wie geht es mit dem Cluster weiter?“

Vorstellen literarischer Formen zur Strukturierung - z.B. „Elfchen“ oder die Anzahl der Verse begrenzen

(Situativ nach verbleibender Zeit und vor allem nach dem Befinden des Patienten entscheiden.

Bedenken: Pat. hat zwanghafte Persönlichkeitszüge. Das kann ihm einerseits nützen, andererseits seine Kreativität aber auch einschränken)

Neuorientierungsphase

- a) Erneute Schreibphase ca. 10 Minuten
- b) Befinden, „Was möchten Sie teilen?“
- c) „Was lassen Sie hier?“, „Was nehmen Sie mit?“
- d) Organisatorische Absprachen

14+3 Heil- und Wirkfaktoren

1. EV, 2. ES, 3. LH, 4. EA, 5. EE, 6. KK, 8. LM, 12. PI

Die Vier Wege zur Heilung und Förderung

2. *Nach/Neusozialisation* (Stärkung von Grundvertrauen, Selbstwert und emotionale

Regulation)

Modalitäten:

- Übungszentriert-funktional
- Erlebniszentriert-stimulierend (ressourcenorientiert)

Auswertung/Dokumentation

Initialphase

Herr S. kommt pünktlich. Er wirkt aufgeregt und redet schnell. Auf Fragen antwortet er adäquat, strukturiert und folgerichtig.

Von der Stimmung her wirkt er leicht euphorisch. Das formale Denken scheint nicht gestört.

Er beschreibt Wohlbefinden. An der Arbeit laufe es gut. Über die Feiertage hatte er eine schwierige Phase. Mit Bedarfsmedizin habe er das gut hinbekommen.

Insgesamt verhält er sich zu dieser Thematik ausweichend und leitet schnell zu anderen Themen über. **(I. W)**

Die Therapeutin fragt an dieser Stelle nicht weiter nach, weil sie aus der Vorgeschichte weiß, dass der Patient bereits mehrmals über die Weihnachtsfeiertage dekompenzierte, es zu schweren Schüben und für Herrn S. schambesetzten Klinikaufenthalten kam. **(III.GÜ)**

Sie meldet ihm jedoch zurück, dass es eine große Leistung von ihm ist, die krisenbehaftete Zeit allein bewältigt zu haben und, dass er daraus Mut und Kraft für die Zukunft ziehen kann. **(II. EV, ES, EE, PI)**

Nun erfolgt der Start mit der bereits ritualisierten „Ich, Heute, Hier“ - Übung.

P: „Fühle mich stark, habe frei, weiß noch nicht“

Herr S. berichtet, dass er in den letzten Wochen wenig geschrieben habe. Es sei um die Menschen, um Unvernunft und die Krise gegangen.

P: „Immer nur Corona und über die Natur redet jetzt keiner mehr...“

Die Therapeutin fragt, ob Herr S. eine Rückmeldung zu seinem Text haben möchte.

Herr S. hat dieses Thema bisher ausgelassen. **(I.AV, Ü)** Womöglich ist die

Weitergabe des Textes an die Therapeutin für ihn schambesetzt, oder er ist unsicher, wie der Inhalt auf sie gewirkt haben könnte.

Bezüglich der weiteren Beziehungsgestaltung ist es der Therapeutin wichtig, dass Herr S. spüren kann, dass sie ihn ernst nimmt.

So bleibt das unentschuldigte Fernbleiben von der letzten Stunde und die längere Pause unerwähnt. Auch stellt die Therapeutin keine Mutmaßungen über einen möglichen Zusammenhang mit der Übergabe des Textes an sie und dem Wegbleiben des Herrn S. an.

Nach kurzer Überlegung möchte Herr S. eine Rückmeldung haben. **(I.BZ)**

Die Therapeutin gibt ihm eine ehrliche, empathische Rückmeldung und stellt dabei seine Kreativität als Ressource heraus. Dabei achtet sie darauf, nicht inhaltlich auf die einzelnen Textstellen einzugehen, teilt ihm aber ihr positives Berührtsein mit.

(II.EV, ES, EA, PI III. BZ, SO)

Herr S. deutet an, dass er in Krankheitsphasen schnell dazu neige, seine Texte mit anderen zu teilen.

P: „Wenn es mir dann besser geht, bereue ich das manchmal, weil ich mich selbst nicht mehr verstehen kann.“

Th: „Warum ist das Teilen so wichtig? Was meinen Sie jetzt mit Abstand dazu?“

P: „Wenn andere meine Gedanken lesen und wenn sie mich dann auch verstehen, wenigstens der eine oder andere, dann kann ich mich auch besser verstehen, dann kann ich meinen Gedanken trauen, mir vertrauen... Meine Psychose ist oft quälend, aber gerade am Anfang ist sie eine perfekte Illusion. So perfekt, wie das Leben nicht sein kann.“ **(I. BZ)**

Herr S. berichtet dann ausführlich von seiner ersten psychotischen Erkrankungsphase. Er habe ein technisches Studium begonnen und bald gemerkt, dass ihn dieses inhaltlich überforderte. Er habe seine Berufung auch eher darin gesehen, wissenschaftliche Theorien und kulturhistorische Ereignisse in literarischen Texten zu verarbeiten. Er habe dann Tag und Nacht geschrieben.

P: „Was soll ich nun damit tun? Es sind vielleicht wichtige Gedanken dabei. Die sollen nicht verloren gehen. Ich muss das alles noch mal lesen und katalogisieren. Davor habe ich aber große Angst.“

An dieser Stelle versucht die Therapeutin zu intervenieren, Möglichkeiten aufzuzeigen, wie Herr S. mit seinen Texten umgehen könne etc. **(II. LM)**

Herrn S. ist dafür jedoch zum jetzigen Zeitpunkt nicht erreichbar. Dieses Thema sollte ggf. zu einem späteren Zeitpunkt der Therapie noch einmal aufgegriffen werden.

Herr S. erzählt weiter, dass er gern ein Schriftsteller geworden wäre. Er schreibe gern an seinem alten Schreibtisch mit der Hand. Er wohne in einer Einraumwohnung.

Daran wolle er etwas ändern, er wolle so gern umziehen, mache sich aber Sorgen, wegen seiner ganzen Sachen.

An dieser Stelle überlegt die Therapeutin, Herrn S. weitere Möglichkeiten der Bewältigung vorzuschlagen und ihm z.B. einen Termin beim Sozialdienst zu organisieren. **(III.GÜ)**

Sie unterlässt das allerdings, weil Herr S. auf Grund seines Störungsbildes zu Misstrauen und schneller Verunsicherung neigt, weil dieses Thema nicht zur Zielstellung der Zusammenarbeit und zu einer Vermischung der Rolle der Therapeutin führen würde.

Th: „Wenn es im Augenblick noch nicht möglich ist, heißt das ja nicht, dass es generell nicht möglich sein kann. Es kann vielleicht ein Fernziel sein.“

Was glauben Sie, wie kann die Therapie hier, das Schreiben bei der Bewältigung von Krisen und dem Erreichen von Zielen helfen? Haben Sie da eine Idee?“

P: „Ich weiß es nicht..., wenn ich schreibe, kann ich Druck ablassen. Es macht mich glücklich. Doch wenn ich in die Psychose rutsche, dann vermischt sich Reales mit Unrealem. Dann bekomme ich einen Schreibwahn... - ich schreibe und höre nicht auf, ich denke und denke... Es ist wie eine Sucht, ich kann nicht aufhören. Ich sehne mich danach, zu schreiben...“ **(I.BZ, Pat. berichtet sehr offen von sich)**

Th: „Wichtig ist also, dass Sie früher spüren könnten, ob und wann Ihnen das Schreiben guttut?“

Die Therapeutin greift auf das Herrn S. aus der Psychoedukation bekannte Ampel-Bild im Zusammenhang mit der individuellen Belastbarkeit/Reizstöranfälligkeit zurück. **(II. LM, KK)**

Herr S. kann inhaltlich gut folgen.

In diesem Modell geht es darum, rechtzeitig zu erkennen, wie belastbar der Betroffene gerade ist. In der Schlussfolgerung daraus gilt es festzulegen, welcher Stressor, Reiz etc. vermieden werden kann, bzw. welche Maßnahmen zur Stabilisierung ergriffen werden können.

Damit leitet die Therapeutin wieder zur IPBT über und fragt Herrn S., was er bisher in der Therapie als hilfreich empfunden hat.

Dazu benennt er das Vorgeben fester Schreibthemen, Zeitstruktur und die festgelegte Schreibmenge.

Herr S. möchte gern weitere Strukturierungsmöglichkeiten für Zeit und Form kennenlernen.

Aktionsphase

Da noch 30 Minuten Zeit verbleiben, der Patient kognitiv gut belastbar erscheint und gern „noch etwas anderes denken“ möchte, stellt ihm die Therapeutin anhand des mitgebrachten Arbeitsblattes (Anhang) die Methode des Clustering vor.

In den letzten Sitzungen war beobachtbar, dass Herr S. die Struktur eines Arbeitsblattes als hilfreich annehmen kann. Es erscheint wie ein Rahmen, der eine feste Struktur um die Menge an Gedanken setzt. Der Patient ist es aus seiner Arbeit gewohnt, klare Aufgabenstellungen strukturiert abzuarbeiten. Das scheint eine Ressource zu sein, die gut beim Schreiben einsetzbar ist. **(II.LM, PI)**

Herr S. bekommt die Aufgabe, den ersten Gedanken, der ihm beim Vorlesen des Gedichtes „Ich“ von *Petra Fietzek* einfällt, als Clusterkernwort zu nutzen, um davon ausgehend, weitere Schlagwörter zu assoziieren. (5 Minuten).

Das tut er schnell und konzentriert. Sein Kern-Wort lautet „Angst“.

Auf Nachfrage fühlt sich Herr S. wohl, der Gedanke an die „Angst“ mache ihm keine Angst.

Integrationsphase/ Neuorientierungsphase

Die Therapeutin regt nun an, dass Herr S. - ausgehend von seinem Cluster - spontan einen Text schreibt, der aus maximal 10 Sätzen besteht.

Die Aufgabe besteht darin, dann mit dem Schreiben aufzuhören und das Geschriebene - so wie es ist - stehen zu lassen.

Auch dieser Aufgabe widmet sich Herr S. sofort, er schreibt schnell und zügig.

Zwischenzeitlich zählt er immer wieder die Sätze nach. Es entsteht der Eindruck, dass durch das Zählen für ihn ein guter Realitätsbezug möglich ist und er dadurch nicht so weit ausschweift. Nach gut 10 Minuten ist er fertig.

Als erstes befragt ihn die Therapeutin nach seinem Gefühl beim Schreiben.

Th: „Hat Ihnen das Schreiben gutgetan? War es entlastend? Konnten Sie gedanklich beim Thema bleiben?“

Herr S. fühlt sich wohl. Er gibt an, sich „beschwingt bis nachdenklich“ zu fühlen. Er möchte seinen Text unbedingt vorlesen.

Darum wird er nun gebeten.

Er tut es, während er durch den Raum geht und die Sätze sehr betont vorliest.

Am Ende sagt er „Es sind 11 Sätze und es gäbe noch viel mehr zu sagen! Aber das ist alles, was ich im Moment dazu sagen kann!“

In diesem Gedanken bestärkt ihn die Therapeutin.

Es ist für den Moment alles gesagt, seine Aussage ist verständlich, sie ist inhaltlich gut nachvollziehbar, kurz und präzise.

Th: „Was nehmen Sie heute mit, was lassen Sie hier?“

P: „Angst ist auch notwendig. Ich möchte das Gedicht mitnehmen, das Sie vorgelesen haben. Und ich bin froh, dass ich Ihnen meinen Text gegeben habe, er ist bei Ihnen in guten Händen.“ (I. BZ)

Die Therapeutin bedankt sich noch einmal für sein Vertrauen.

Es folgt Organisatorisches. Nächster Termin auf Wunsch des Patienten in 8 Wochen statt.

7.10 Ein Besuch außer der Reihe

Herr S. kommt ohne Termin in die PIA und bittet um ein kurzes Gespräch. (I. BZ) Er wirkt etwas aufgedreht und redet viel. Darauf angesprochen erklärt er, dass er heute besonders glücklich sei. Er habe behördliche Unterstützung bei einem Problem erfahren. Obwohl er psychisch krank sei, würde er auch sehr viel Positives erleben. Dann überreicht er der Therapeutin ein Gedicht.

P: „Das möchte ich Ihnen schenken. Ich habe es gestern Abend geschrieben. Ich habe mir vorgenommen, nur 10 Zeilen zu schreiben. Naja, es sind wieder 11 geworden...Die letzte als Kernaussage gedacht...die zählt also gar nicht dazu.“

(II. LH, EA, EE, KK)

Die Therapeutin bedankt sich und fragt, wie es ihm mit dieser Struktur gegangen sei und wie er sich beim Schreiben gefühlt habe. „Gut, ich war richtig erleichtert darüber. Mir ging noch viel mehr durch den Kopf, aber ich habe es dann weggelegt und mir gesagt, morgen schaue ich, ob ich noch mehr dazu schreiben will. Nun bringe ich es Ihnen...“ Die Therapeutin bedankt sich nochmals und unterstreicht, dass es ihm gut gelungen ist, sich selbst zu begrenzen, sich einen Endpunkt zu setzen. Er winkt ab: „Na, immer klappt das nicht!“

Th: „Diesmal hat es gut geklappt, das können Sie, wenn Sie mögen, als positive Erfahrung auf der „Haben-Seite“ verbuchen.“ Herr S. schaut auf die Uhr und muss auf einmal ganz schnell los.

7.9 Die achte Therapiestunde

Aufhebung

*Sein Unglück
ausatmen können
tief ausatmen so dass man wieder einatmen kann
Und vielleicht auch sein Unglück
sagen können in Worten
in wirklichen Worten
die zusammenhängen
und Sinn haben
und die man selbst noch
verstehen kann
und die vielleicht sogar
irgendwer sonst versteht
oder verstehen könnte
Und weinen können
das wäre schon fast wieder Glück*

Erich Fried

Ablauf/Planung

Ziel/Thema:

- Erleben von eigener Souveränität beim Schreiben (Strukturen als Unterstützung und „Helfer“)
- Förderung der Ressource Genauigkeit und Kontrolle, um der Überflutung der durch die eigenen Gedanken entgegenzuwirken und darüber Sicherheit zu gewinnen

Vorbereitung/Materialien: Schreibmaterialien, Stifte, Vorbereitete Mappe „Werkzeugkasten“ mit diversen Arbeitsblättern, Gedicht: „Aufhebung“ Erich Fried

Initialphase/Aktionsphase

- a) Ankommen, Befinden

Besonders auf Kognition, Belastbarkeit und Anspannung achten

Ggf. Körperlichen Starter zur Druckentlastung anbieten, durch

Lautstärkeübungen mit körperlichem Ausdruck

- b) „Was haben Sie seit der letzten Stunde umsetzen können?“ „Was können wir noch trainieren?“ *Bezugnehmen den letzten ungeplanten Besuch, Stärkung des Selbstwertgefühles des Patienten*

„Was war hilfreich?“ *Im Gespräch, die erlebte Souveränität herausarbeiten.*
Wichtig: Pat. diese Erfahrungen selbst benennen lassen! Dazu passend die Hilfsmittel (Zeit, Form...) konkretisieren und am Flipchart visualisieren.

Integrationsphase:

a) Übergabe der Mappe „Werkzeugkasten“, gemeinsames durchgehen der Materialien und Gespräch dazu

Was ist hilfreich, was zu viel, was könnte anders sein? Kein „Muss“ sondern eine Möglichkeit!

Neuorientierungsphase

a) Umsetzung in den Alltag, wie weiter in der Therapie?

b) Gedicht von *Erich Fried* „Aufhebung“

c) Organisatorisches, Verabschiedung

14+3 Heil- und Wirkfaktoren

1. **EV**, 2. **ES**, 4. **EA**, 5. **EE**, 7. **LB**, 8. **LM**, 9. **KG**, 12. **PI**

Die Vier Wege zur Heilung und Förderung

2. *Nach/Neusozialisation* (Stärkung von Grundvertrauen, Selbstwert und emotionale Regulation)

Modalitäten:

- Übungszentriert-funktional
- Erlebniszentriert-stimulierend (ressourcenorientiert)

Auswertung/Dokumentation:

Initial-/ Aktionsphase

Herr S. kommt pünktlich zum Termin. Er wirkt angespannt und verärgert.

Beim Bäcker hätte ein Mann ohne Maske gestanden, das habe ihn geärgert.

Er redet schnell, ist logorrhöisch. Sein Ärger habe nichts mit der Therapeutin zu tun.

(I. Ü)

Sie bietet ihm an, mit ihr gemeinsam durch den Raum zu gehen und, wie schon öfter geübt, laut zu schimpfen, um die Energie loszuwerden, die nicht hierher in die gemeinsame Stunde gehört. **(II.EV, ES, LB)**

Darauf lässt sich Herr S. ein. Beide gehen durch den Raum und rufen, wie aus einer vorherigen Sitzung schon bekannt, laut Namen von Gemüsesorten. Herr S. stampft dann kräftig auf der Stelle und ruft laut „Scheiße!“ Die Therapeutin bittet ihn aufzuzählen, was er heute alles schlecht findet.

Er zählt Verschiedenes auf, darüber beruhigt er sich. Das, was er vorbringt, wirkt adäquat und nachvollziehbar. Herr S. wirkt über die Corona-Situation beunruhigt und ist ambivalent bezüglich der Maßnahmen.

Es kommt zu einem Austausch über die Ohnmacht, selbst wenig tun zu können und darüber, wie diese Ohnmacht das Wohlbefinden behindert. Die Therapeutin stellt Herrn S. ihre eigene Ratlosigkeit bzgl. der Corona- Lage zur Verfügung. **(II.EV, ES, III.SO)**

Sie fragt ihn, wie er mit der Wut umgehen möchte und bietet ihm dann eine Schreibübung an: Schreiben eines Wut-Gedichtes.

Am Flipchart schreibt die Therapeutin die Worte auf, die Herr S. ihr in Bezug auf die Vorübung, noch einmal spontan zu ruft.

Er erhält den Auftrag, ein Gedicht mit 3 Strophen zu je 3 Zeilen zu schreiben. Dabei wird ihm eine Vorlage aus dem „Werkzeugkasten“ zur Verfügung gestellt. Er soll diese Aufgabe nach 10 Minuten beenden, egal, wie weit er ist.

Herr S. schreibt darauf los. Beobachtbar ist, wie er immer wieder zählt, durchstreicht, neu schreibt.

Im Verlauf des Schreibprozesses wird er gelassener. Als ihm die Therapeutin das nahe Ende des Zeitlimits ankündigt, entgegnet er, dass er sowieso gerade fertig geworden sei.

Th: „Wie ging es Ihnen beim Schreiben?“

P: „Das hat mir Spaß gemacht, kann ich es vorlesen?“

Herr S. steht auf, geht auf und ab, stampft auf den Boden und deklamiert seinen Text.

Th: „Wie fühlen Sie sich jetzt?“

P: „Das tut gut, mal so richtig den Ärger rauszulassen, aber wenn ich das beim Bäcker gemacht hätte, dann hätten die mich gleich abgeholt...“

Es folgt ein kurzes Gespräch über angepasstes Verhalten in der Öffentlichkeit. Credo des Patienten: Anpassung ist im Umgang miteinander notwendig, doch der Ärger, die Wut dürfen sein! Es kommt auf den Raum an, wo und wie man den Ärger rauslassen kann.

P: „Also besser kontrolliert explodieren, als ungeplant zu implodieren...“ Die Therapeutin geht auf seine Äußerung ein, indem sie ihn auf das Thema „Umgang mit Stress“ im Rahmen der Psychoedukation aufmerksam macht. **(II.LM)**

Integrationsphase

Im Folgenden leitet die Therapeutin zum heutigen Thema über. Dabei geht sie noch einmal auf den kurzen, ungeplanten Besuch des Patienten ein und befragt Herrn S. noch einmal zu seinen Erfahrungen mit der Strukturgebung beim Schreiben. **(II.PI)**

Herr S. erzählt, dass er zunächst euphorisch gewesen sei. Er sei dazu übergegangen, sich die Zeit am Radiowecker einzustellen. Er könne aber nicht immer gleich aufhören zu schreiben... **(I. PZ große Erwartungen an sich, Enttäuschung bei nicht Erfüllung II. EA, PI)**

Besprochen wird, dass es keine Niederlage ist, ein vorgegebenes Ziel nicht zu erreichen, sondern dass es wichtig ist, am Ball zu bleiben.

Gemeinsam lassen Therapeutin und Patient im Gespräch die bisherigen Therapiestunden Revue passieren. **(I.BZ, II. EA, EE, III. EV, ES, BZ)**

Parallel dazu schreibt die Therapeutin am Flipchart die Erfahrungen mit, die Herr S. in der Therapie als hilfreich erlebt hat (Zeitvorgabe, Schreibmenge festlegen, Wichtiges markieren). Immer wieder betont sie dabei, dass es wichtig ist, sich diese Abläufe anzueignen, sie zu trainieren, damit sie in Fleisch und Blut übergehen können.

Th: „Was halten Sie davon, für das eigene Schreiben eine Art „Werkzeugkoffer“ zu nutzen?“

Herr S. erzählt daraufhin von seinem Werkzeugkoffer an der Arbeit. Es sei ihm wichtig, immer alles an Ort und Stelle zu haben und gleich wieder zu finden. Es falle ihm schwer, seine Werkzeuge an Kollegen auszuborgen.

Th: „Wie könnte denn Ihr Schreibwerkzeugkoffer aussehen?“

Herr S. meint, dass er das genau überlegen müsse, was da praktisch sei und was nicht. **(I.AV)**

Die Therapeutin übergibt ihm die vorbereitete Mappe mit den Kopien der Arbeitsblätter, die Herr S. in den letzten Stunden kennengelernt hat.

Gemeinsam gehen beide sie durch. Herr S. erinnert sich an in der Therapie Geschriebenes. Ja, er könne diese Arbeitsblätter zu Hause mal ausprobieren.

Vielleicht könne er auch eigene entwerfen.

Dann reagiert er ausweichend. „Naja ich will ja nicht immer nur begrenzt schreiben, ich will ja auch mal viel schreiben, einen Roman vielleicht...“ **(I.AV, W)**

Th: „Das eine schließt das andere nicht aus. Wichtig ist, dass es Ihnen gut geht beim Schreiben und dass Sie rechtzeitig bemerken können, wenn es Ihnen nicht guttut. Wichtig ist auch, dass Sie sich dann selbst unterbrechen können. Der „Werkzeugkoffer“ könnte also für die Zeiten sein, in denen Sie unsicher sind, ob Ihnen das Schreiben gerade hilfreich ist oder eben nicht.“ **(II.EE, PI, III. GÜ)**

Neuorientierungsphase

Th: „Darf ich Ihnen zum Abschluss dieser Stunde noch ein Gedicht vorlesen?“

Die Therapeutin liest das Gedicht „Aufhebung“ von *Erich Fried* vor.

Herr S. fühlt sich von diesem angesprochen und möchte das Gedicht mitnehmen.

P: „Wenn ich alles so gut könnte, wie weinen, das wäre gut! Aber Männer weinen nicht...Das ist doch Quatsch, oder?“ **(I.BZ, GR)**

Seine Einschätzung wird bestätigt, aber nicht weiter vertieft. **(II. EV, ES)**

Th: „Wie fühlen Sie sich jetzt?“

P: „Es geht mir gut, mein Kopf ist voll. Ich bin nicht mehr wütend.“

Th: „Was nehmen Sie heute mit?“

P: „Nun ja, ich will üben, lieber wenig schreiben, als gar nicht schreiben. Ich habe auch oft Spaß beim Schreiben. Jetzt kommt der Frühling, da gehe ich in die Natur. Dann schreibe ich über Blumen und sowas...Dann werde ich nicht so viel Zeit haben, um hierher zu kommen.“ **(I.AV)**

Th: „Wann wollen wir uns wiedersehen?“ **(II. PI Förderung der eigenen Souveränität des Pat., selbstbestimmte Regulierung von Nähe und Distanz zur Therapeutin)**

Herr S. möchte keinen Termin festlegen.

P: „Ich übe weiter und dann melde mich bei Ihnen, wenn ich wieder mehr Zeit habe. Ich komme wieder“ **(I.BZ)**

Die Therapeutin erwidert, dass sie sich darauf freue. **(II. EV, ES, III. BZ)**

Verabschiedung.

Ein Fuck – Gedicht

So eine Scheißwelt

Scheiß-Kack-Fuck

Verfluchte Scheiß-Mist-Welt!

So eine blaue Welt

Blau-Grau-Fuck

Verdammte blaue Kugel-Welt!

So eine Ärgerwelt

Rotz-debile-Corona

engstirnige, Luxus Kotz-Welt!

Meine Welt freifluktierend im Universum...

S.

8. Resümee

Die Integrative Poesie- und Bibliothherapie einem an Schizophrenie erkrankten Patienten näherzubringen war auch für die Therapeutin eine Ersterfahrung. Sie gelang einerseits durch jahrelange Erfahrung im Umgang mit an Psychosen Erkrankten, durch regelmäßige supervisorische Validierung und andererseits durch die Einbindung in ein multiprofessionelles Team, das die Therapieschritte des Patienten aus unterschiedlichen Perspektiven begleitete und die Therapeutin stützte. Bei der Dokumentation der einzelnen Therapiestunden wurde sich für die vorliegende ausführliche Form entschieden, um zu zeigen, wie vielschichtig jede einzelne Therapieeinheit ist. Immer wieder hatte sich die Therapeutin bewusst zu machen, dass es die vielen kleinen Schritte sind, die der Patient in einer empathischen, geschützten, auf Augenhöhe basierenden dyadischen Atmosphäre geht, die ihn voranbringen (*Petzold* 1980g) und nicht das Gehen mit Siebenmeilenstiefeln auf einem Weg, der vorwiegend vom Therapeuten vorgezeichnet wurde. Sich immer wieder auf das Tempo des Patienten, das ihm jeweils möglich war, einzustellen, war eine der größten Herausforderungen.

Während des Therapieprozesses ließ sich Herr S. erstaunlich gut auf die Beziehung zur Therapeutin ein. An verschiedenen Stellen wurde sein ausgeprägter Wunsch nach Autonomie deutlich, so regelte er z.B. Nähe und Distanz in der Beziehung durch Abwehr- und Abgrenzungsprozesse, die sich unter anderem im Nichterscheinen zur Therapie zeigten. Kreativ übernahm er teilweise bei einigen Übungen die Führung und durch die Intellektualisierung von emotionalen Themen und Themenwechseln gelang es ihm, die Kontrolle zu bewahren.

Deutlich wurde immer wieder die eingeschränkte Belastbarkeit des Patienten. So führten teilweise vermeintlich bedeutungslose Begebenheiten zu großer Verunsicherung und zu kognitiven Störungen, die oft in körperlicher Anspannung Ausdruck fanden oder dazu führten, dass Herr S. das jeweilige Thema gedanklich kaum verlassen konnte.

Eine hilfreiche Erfahrung zum Umgang mit derartigen Situationen war für Herrn S. die Einführung von Bewegungsspielen, die zur Druckentlastung führten. Beim Umsetzen von Wut und Ärger in kreative Wort- und Bewegungsspiele waren das modellhafte Mittun und die selektive Offenheit der Therapeutin hilfreich. Sie befähigten den Patienten, Mut zu fassen, sich selbst auszuprobieren und Unsicherheit und Scham zu überwinden.

Entlastend und stabilisierend war ebenfalls die Vermittlung psychoedukativer Inhalte

Während des gesamten Therapieprozesses wurde sich auf dem 2. und teilweise auch auf dem 3. Weg der Heilung und Förderung bewegt. („Vier Wege der Heilung und Förderung“ *Petzold, 2003a*). Dabei wurde das Hauptaugenmerk vor allem auf eine Verbesserung des Grundvertrauens und eine Erweiterung des emotionalen Erlebens-, Ausdrucks- und Mitteilungsspektrums, (*Petzold, 2003a; Petzold, Orth, 1999a*) sowie auf das Erleben von alternativen Erfahrungsmöglichkeiten gelegt. Das sollte den Patienten anregen, seine Selbstwahrnehmung und seine Ressourcen zu fördern, um dadurch mehr persönliche Souveränität (Ich-Stärkung) zu gewinnen. (*Petzold 2003a; Petzold, Orth, 1993a, 1998b*).

Von den „14 plus 3“ Wirk- und Heilfaktoren der Integrativen Therapie (*Petzold, 2003a; Petzold, Orth, Sieper, 2019*) kamen vorrangig die Faktoren:

1. Einführendes Verstehen (**EV**)
2. Emotionale Annahme und Stütze (**ES**)
5. Förderung von Einsicht, Sinnerleben, Evidenzerfahrungen (**EE**)

6. Förderung kommunikativer Kompetenz und Beziehungsfähigkeit **(KK)**
7. Förderung leiblicher Bewusstheit, Selbstregulation, psychopathologischer Entspannung **(LB)**
8. Förderung von Lernmöglichkeiten, Lernprozessen und Interessen **(LM)**
9. Förderung kreativer Erlebnismöglichkeiten und Gestaltungskräfte **(KG)**
12. Förderung eines prägnanten Selbst- und Identitätserleben und positiver selbstreferentieller Gefühle und Kognitionen, d.h. persönlicher Souveränität **(PI)**

zum Tragen.

Dabei stand der Aufbau und die Festigung einer tragfähigen Beziehung im Vordergrund, die Wirkfaktoren EV und ES waren bei jedem Kontakt zum Patienten essenziell. Im Fall von Herrn S., war es von Vorteil, dass zwischen der Therapeutin und dem Patienten bereits im Vorfeld (die Therapeutin in der Rolle der Bezugspflegerkraft) eine längere vertrauensvolle Beziehung bestand.

Für den Einsatz der IPBT im Rahmen der Behandlung eines schwer psychisch erkrankten Menschen erwies sich ein langsames und sehr strukturiertes Vorgehen in Kombination mit einer sorgfältigen und kontinuierlichen Krankenbeobachtung als wesentlich, um Überforderungen vorzubeugen.

Im Rahmen der Supervisionen gelang es, zusätzlich Augenmerk auf die prozessuale Wahrnehmung und Verarbeitung der Therapiestunden zu legen, auch wurden die Beziehungsarbeit und der Vertrauensaufbau zwischen dem Patienten und der Therapeutin als Voraussetzung für die Förderung der Entwicklung von persönlicher Souveränität immer wieder herausgestellt. Ziel sollte es sein, dass sich der Patient über eine differenziertere Selbstwahrnehmung zum Gefährten/ zum Berater werden kann.

Der Verlauf der Behandlung zeigte, dass Herr S. trotz seiner schweren Störung partiell gut belastbar war. Die Therapeutin erlebte ihn als Partner bei der Gestaltung des Therapieprozesses. Durch intermittierendes Innehalten im Prozess, um genauer nachzufragen, gelang es ihr, die jeweiligen Befindlichkeiten und Bedürfnisse des Patienten zu verstehen und auf sie einzugehen. Durch gezieltes Nachfragen bei allgemeinen Aussagen des Patienten konnten seine Selbstwahrnehmung geschärft und sein erzählendes Ausdrücken gefördert werden. So konnte die Therapeutin lernen, dem Patienten schrittweise mehr zuzutrauen und konnte ihre anfängliche

generelle Vorsicht in Achtsamkeit wandeln. Somit erreichten beide eine Ebene, auf der es möglich war, dem Patienten Beobachtungen und Befürchtungen zum Abgleich zur Verfügung zu stellen, und ihm einen Großteil die Verantwortung für sich im Therapieprozess zu übergeben.

Resümierend kann festgestellt werden, dass Herr S. im Ko-kreativen Prozess davon profitiert, dass er sich gesehen, gehört und nicht bewertet fühlte. Er hatte Raum, sich auszudrücken und zu erkennen, was ihm guttut. Er konnte seine Gedanken und Empfindungen abgleichen, konnte Neues ausprobieren, Kontrolle übernehmen und Selbstwirksamkeit erfahren.

Dabei erschien das Training, Druck ablassen zu können als besonders hilfreich. Im Verlauf der Therapie konnte der Patient ein Gefühl dafür bekommen, „was guttut“ und damit seine „Angst vor dem Schreibwahn“ vermindern. Die Vorgabe fester Themen, einer begrenzten Schreibzeit und die Festlegung der Schreibmenge stellten sich als eine positive Lernerfahrung heraus. Herr S. hat üben können, seine Probleme zu benennen und erfahren, dass er darüber zu einem Ordnen und zu mehr Übersicht über seine Gedanken kommen kann.

Hieraus rekrutierte sich der Therapieauftrag für die vorerst letzte Stunde, einen „Werkzeugkasten“ für den Patienten zusammenzustellen u. A. bestehend aus verschiedenen Vorlagen und Arbeitsblättern zur Strukturierung der Textmenge (Anzahl von Versen, verschiedene literarische Formen etc.) und zur Festlegung der Schreibzeit, einem Textmarker für das Markieren von Schlagwörtern aus einem Text u.v.m.

Im Arbeitsumfeld der Therapeutin wandelte sich im Therapieverlauf die anfängliche Zurückhaltung des Teams in Interesse und Wertschätzung. Übereinstimmend mit dem behandelnden Psychiater des Patienten wurde die Ergänzung der Therapie durch die IPBT als hilfreich und bereichernd empfunden.

Bei der Therapeutin haben sich im Therapieverlauf das Interesse und die Freude an der Methode im Umgang mit schwerstpsychisch kranken Menschen weiter verstärkt, stellt sie doch eine weitere Möglichkeit dar, diesen so hochkomplexen Patienten auf einer „klugen Herzesebene“ (*Ilse Orth* im Rahmen einer Supervision im März 2021) zu begegnen und gleichermaßen von ihnen zu profitieren.

9. Zusammenfassung/ Summary

Zusammenfassung: Ein Poesie- und Bibliothherapeutischer Therapieprozess auf der Basis der „Integrativen Therapie“ mit einem an Paranoide Schizophrenie erkrankten Patienten im Rahmen der Behandlung in einer Psychiatrischen Institutsambulanz - Klinische und salutogenetische Biographiearbeit als komplexe Ko-inkarnation

Dargestellt wird der Ablauf eines Poesie- und Bibliothherapeutischen Therapieprozesses eines an paranoide Schizophrenie erkrankten Mannes im Rahmen der Behandlung in einer Psychiatrischen Institutsambulanz. Die Therapie wurde mit den Methoden der „*Integrativen Therapie*“ im Einzelkontakt durchgeführt. Ausgehend von der Anamnese der Biografie des Patienten sowie Prozessdiagnostischer und Ätiologischer Überlegungen wird der therapeutische Prozess ausführlich dargestellt. In Vorbemerkungen von Orth und Petzold wird gezeigt, dass sich in solchen Prozessen komplexe Biographiearbeit als salutogenetische Prozesse zwischenleiblicher Ko-inkarnation vollziehen.

Schlüsselwörter: „*Integrative Poesie- und Bibliothherapie*“, Paranoide Schizophrenie, Psychiatrische Institutsambulanz, salutogenetische Biographiearbeit, komplexe Ko-inkarnation

Summary: Treatment of a patient with paranoid schizophrenia with Poetry Therapy and Bibliotherapy based on „*Integrative Therapy*“ in a psychiatric outpatient clinic – Clinical and salutogenetic biography work as complex co-incarnation

This paper details the treatment of a man with paranoid schizophrenia with Poetry Therapy and Bibliotherapy based on „*Integrative Therapy*“ in a psychiatric outpatient clinic. Therapy was conducted with methods of Integrative Therapy in one-on-one sessions. The therapeutic process is presented based on the medical and biographical history of the patient as well as process diagnostic and etiological considerations. In preliminary remarks by Orth and Petzold it is shown that in such processes complex biographical work takes place as salutogenetic processes of inter-corporeal co-incarnation

Keywords: „*Integrative Poetry Therapy and Bibliotherapy*“, Paranoid Schizophrenia, Psychiatric Outpatient Clinic, salutogenetic biography work, Complex Co-Incarnation

10.Literatur

- Ackeren, M., Kobusch, T., Müller, J.* (2011): Warum noch Philosophie? Historische, systematische und gesellschaftliche Positionen. Göttingen: Walter de Gruyter
- Abfalter, I., Stefan, R., Höfner, C.* (2021): Grundbegriffe der Integrativen Therapie, Wien: Facutas.
- Ausländer, R.* (2021): „Und Wiesen gibt es noch“, „Wer bin ich“
<https://orteundmenschen.wordpress.com/tag/rose-auslander/>
- Beek Y. van, Hoek A.-M. van der, Petzold H.G.* (1993): Early Parent-Infant Communication. Ein Forschungsvideo. Fakultät der Bewegungswissenschaften. VU Amsterdam. Projekt frühe Eltern-Kind-Kommunikation. <https://www.fpi-publikation.de/polyloge/01-2016-beek-y-van-hoek-a-m-van-der-petzold-h-g-1993-early-parent-infant-communication-ein-forschungsvideo-fakultaet-der-bewegungswissenschaften-vu-amsterdam-projekt-fruehe-eltern-kind-kom/> ---
<https://www.youtube.com/watch?v=cCvHyaLaDq8&feature=youtu.be>
- Bourdieu, P.* (1997): Die verborgenen Mechanismen der Macht. Suhrkamp: Frankfurt.
- Bourdieu, P. et al.* (1997): Das Elend der Welt. Zeugnisse und Diagnosen alltäglichen Leidens an der Gesellschaft. Konstanz: Konstanzer Universitätsverlag.
- Brecht, B.* (2021): „Vergnügungen“ <https://www.deutschland-lese.de/streifzuege/literarisches/bertolt-brecht/arbeitsblatt-gedicht-vergnuegungen/>
- 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>.
- Fietzek, P.* (2019) „Ich“ Text während eines Seminars in Hückeswagen erhalten
- Fried, E.* (2021) „Aufhebung“ <https://www.deutschelyrik.de/aufhebung-1100.html>
- Foucault, M.* (1984b): Eine Ästhetik der Existenz (1984). In: Von der Freundschaft der Lebensweise. Michel Foucault im Gespräch. Berlin: Merve.
- Foucault, M.* (1985b): Hermeneutik des Subjekts. In: Foucault, M. (Hg.): Freiheit und Selbstsorge. Frankfurt: Suhrkamp. 32-60.

- Foucault, M.* (1998): Foucault, ausgewählt und vorgestellt von Mazumdar, P. München: Diederichs.
- Foucault, M.* (2007): Ästhetik der Existenz. Schriften zu Lebenskunst. Frankfurt: Suhrkamp.
- Goller, E.* (2018): Fern der Heimat. Zur Bedeutung von Heimat und Ort im Lebensverlauf alternder Heimatvertriebener. Frankfurt: Mabuse-Verlag.
- Good, J.* (Polyloge 17/2020): Behandlung von Patienten mit einer Diagnose aus dem schizophrenen Formenkreis auf Basis der integrativen Therapie nach *Petzold* <https://www.fpi-publikation.de/polyloge/17-2020-good-jeannette-behandlung-von-patienten-mit-einer-diagnose-aus-dem-schizophrenen-formenkreis-auf-basis-der-integrativen-therapie-nach-petzold/>
- Hadot, P.* (1991): Philosophie als Lebensform : geistige Übungen in der Antike. Berlin: Gatzka,
- Hadot, P.* (1999): Wege zur Weisheit – oder was lehrt uns die antike Philosophie? Frankfurt: Eichborn.
- Hass, W., Petzold, H.G.* (1999/2011): 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) (Hrsg.): 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>
- Heimes, S.* (2012): „Warum schreiben hilft – Die Wirksamkeitsnachweise der Poesietherapie“, Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG, Göttingen/ Vandenhoeck & Ruprecht LLC, Bristol, CT, U.S.A. 2012 ISBN 978-3-525-40161-3
- Hesse, H.* (1986), „Die Welt unser Traum“ Herausgeber: Suhrkamp Verlag; 22. Edition (25. März 1986), SBN-13 : 978-3518035900
- Heuring, M., Petzold H.G.* (12/2005): Rollentheorien, Rollenkonflikte, Identität, Attributionen; <https://www.fpi-publikation.de/supervision/12-2005-heuring-monika-petzold-h-g-rollentheorien-rollenkonflikte-identitaet-attributionen/>
- Jäckel, B.* (2001): Überlegungen zu einer integrativen Motivationstheorie. Integrative Therapie 1-2,145-172.
- Janet, P.* (1919): Les médicaments psychologiques. Paris: Alcan.
- Kobusch, W.* (2018): Selbstwerdung und Personalität. Spätantike Philosophie und ihr Einfluß auf die Moderne. Tübingen: Mohr Siebeck.

- Kreidner-Salahshour, K., Petzold, H. G., Orth-Petzold, S. (2013):* Narrative Biographieerarbeitung und dokumentierte Praxeologie statt arbiträrer Kasuistik (Petzold/Orth-Petzold). Kreidner-Salahshour: Integrative Bewegungs- und Leibtherapie als Teil der multiprofessionellen Behandlung im Integrierten Maßregelvollzug mit einem psychotischen Patienten als langzeittherapeutischer Prozess – ein Behandlungsjournal narrativer Biographieerarbeitung. Integrative Therapie 3-4 (2013) und Textarchiv <http://www.fpi-publikation.de/artikel/textarchiv-h-g-petzold-et-al-/kreidner-salahshour-k-petzold-h-g-orth-petzold-s-2012-langzeittherapeutische-psychose.html>
- Krüsckemper, S., Petzold, H. G. (2017):* Integrative Gartentherapie in der Arbeit mit biographisch belasteten Menschen am Beispiel einer Klientin – ein kommentiertes Behandlungsjournal mit einem Vorwort von Hilarion G. Petzold. *Grüne Texte* 18/2017, <http://www.fpi-publikation.de/images/stories/downloads/grueneTexte/krueskemper-integrative-gartentherapie-biographisch-belasteter-mensch-gruene-texte-18-2017.pdf>
- Leeser, B. (2017).* Worte werden Bilder – Bilder werden Worte: Poesietherapie in der klinischen Behandlung von Depressionen und Erschöpfungskrankheiten. In: *H.G. Petzold, B. Leeser, E. Klempnauer* (Hrsg.) (2017). Wenn Sprache heilt: Handbuch für Poesie- und Bibliothherapie, Biographiearbeit und Kreatives Schreiben. Bielefeld: Aisthesis Psyche.
- Levinas, E. (1961):* Totalité et Infini: Essai sur l'extériorité, Paris: Le Livre de Poche.
- Levinas, E. (1999):* Die Spur des Anderen. Untersuchungen zur Phänomenologie und Sozialphilosophie. Freiburg i.Br. / München: Karl Alber.
- Levinas, E. (2022):* Ethik als Erste Philosophie. Aus dem Französischen übertragen und mit einem Nachwort versehen von Gerhard Weinberger. Wien: Sonderzahl-Verlag.
- Montaigne, Michel de (1580/1998):* Essais de messire Michel de Montaigne,... livre premier et second (I ed.). Bourdeaux:Impr. de S. Millanges (<https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/btv1b8609579f/f13.item>; dtsh. (1998): Essais. Erste moderne Gesamtübersetzung von Hans Stilett. Frankfurt am Main.: Eichborn Verlag
- Neubaur, C. (1987):* Übergänge, Spiel und Realität in der Psychoanalyse D.W. Winnicotts, Frankfurt: Athenäum.
- Orth I.(1993):* Integration als Lebensaufgabe – in: *Petzold, H.G. (1993o):* Leben als Integrationsprozeß und die Grenzen des Integrierens. In: *Petzold, Sieper* (1993a) 385-394. https://www.fpi-publikation.de/downloads/?doc=polyloge_orth-petzold-thema-integration-persoенliche-lebensaufgabe-integrationsprozess-grenzen-10-2015.pdf
- 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, S. 245-278.

Orth, I. (2015): Unsägliches sagbar machen, *Heilkraft der Sprache* 01/2015, <https://www.fpi-publikation.de/heilkraft-der-sprache/01-2015-orth-ilse-unsaegliches-sagbar-machen-interview/>

Orth, I., Petzold, H.G. (2000): Integrative Therapie: Das „biopsychosoziale“ Modell kritischer Humantherapie. *Integrative Therapie* 2/3, 131-144, und in Petzold, H.G. (2001a): Integrative Therapie – Das „biopsychosoziale“ Modell kritischer Humantherapie und Kulturarbeit. Ein „lifespan developmental approach“. Paderborn: Junfermann. <http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/08-2000-orth-i-petzold-h-g-2000-integrative-therapie-das-biopsychosoziale-modell.html>

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. <https://www.fpi-publikation.de/textarchiv-petzold/orth-i-petzold-h-g-2008-leib-sprache-geschichte-in-einer-integrativen-und-kreativen/>

Orth, I., Petzold H.G. (2014) „Heilkraft der Sprache“ Kreatives Schreiben als WEG der Kokreativität in Heilkraft der Sprache 03/2015, <https://www.fpi-publikation.de/heilkraft-der-sprache/03-2015-orth-ilse-petzold-hilarion-g-2014-kreatives-schreiben-als-weg-der-kokreativitaet/>

Ostermann, D. (2010) Gesundheitscoaching. Wiesbaden VS Verlag für Sozialwissenschaften

Petzold, H. G. Die Gesamtbibliographie Hilarion Gottfried Petzold und MitarbeitverInnen 1958 – 2009 findet sich bei: <http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/01-2009-petzold-h-g-gesamtbibliographie-h-g-petzold-25-03-1944-1958-2009-upd> und wird jährlich auf Position 1 des jeweiligen Jahrgangs als Update aktualisiert in die POLYLOGE gestellt. Alle hier im Text genannten aber nicht aufgeführten Texte finden sich dort unter Jahreszahl und Sigle. Die fett gedruckten Titel sind von besonderer Wichtigkeit für das Journal, Abschlussarbeiten und das Abschlusscolloquium. Die Mehrzahl dieser Texte ist im Netz zugänglich.

Petzold, H.G.(1978c/1991e): Das Ko-respondenzmodell in der Integrativen Agogik. *Integrative Therapie* 1, 21-58; revid. und erw. als 1991e in: (1991a) 19-90/2003a, 93-140. <http://www.fpi-publikation.de/supervision/alle-ausgaben/07-2017-petzold-h-g-1978c-1991e-2017-das-ko-respondenzmodell-als-grundlage-integrativer.html>

Petzold, H.G. (1980g): Die Rolle des Therapeuten und die therapeutische Beziehung in der Integrativen Therapie; POLYLOGE Materialien aus der Europäischen

Akademie für psychosoziale Gesundheit Eine Internetzeitschrift für „Integrative Therapie“ Ausgabe 05/2013 <https://www.fpi-publikation.de/polyloge/05-2013-petzold-h-g-1980g-rolle-des-therapeuten-therapeutische-beziehung-integrative-therapie/>

Petzold, H.G. (1992a): Integrative Therapie; Modelle, Theorien und Methoden einer schulenübergreifenden Psychotherapie; Band II Klinische Theorie. Junfermann: Paderborn, 2. überarbeitete Auflage 2003.

Petzold, H.G. (1992e): Integrative Therapie in der Lebensspanne, ders. Integrative Therapie, Paderborn: Junfermann, Bd. II, 2 (1992a) S. 649-788; (2003a) S. 515 – 606

Petzold, H.G. (1993p): Integrative fokale Kurzzeittherapie (IFK) und Fokaldiagnostik - Prinzipien, Methoden, Techniken. In: *Petzold, Sieper* (1993a) 267-340; repr. in: Bd. II, 3 (2003a) 985 - 1050.

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; auch Textarchiv 1996: <http://www.fpi-publikation.de/images/stories/downloads/textarchiv-petzold/petzold-1996k-der-andere-das-fremde-das-selbst-tentative-persoenliche-ueberlegungen-emmanuel-lvinas.pdf> und in: *Petzold, H.G., Orth, I.* (1999a): Die Mythen der Psychotherapie. Ideologien, Machtstrukturen und Wege kritischer Praxis. Paderborn: Junfermann. S. 337-360. - 2. erw. Aufl. als *Petzold, Orth, Sieper*, Bielefeld Aisthesis (2013).

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. (1997a) (Hrsg.): Schwerpunktheft 25 Integrative Therapie in Deutschland. Integrative Therapie 3.

Petzold, H.G. (1997b): Zehn Jahre Pro-Senectute Österreich. Ein Interview. Pro Senectute, Zeitschrift für Geriatrie und Altenpflege 1 (1997) 4-11.

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. https://www.fpi-publikation.de/downloads/?doc=textarchiv-petzold_petzold-1997p-das-ressourcenkonzept-in-der-sozialinterventiven-praxeologie-und-systemberatung.pdf

- Petzold, H.G.* (1998a): Integrative Supervision, Meta-Consulting & Organisationsentwicklung. Modelle und Methoden reflexiver Praxis. Paderborn: Junfermann. 2. erw. Aufl. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften 2007a. Norweg. Übers. (2008): [Integrativ supervision og organisasjonsutvikling](#) - filosofiske- og sosialvitenskapelige perspektiver. Oslo: Conflux.
- Petzold, H.G.* (1999b): Psychotherapie in der Lebensspanne. *Gestalt* (Schweiz) 34, 43-46. Textarchiv 1999; <http://www.fpi-publikation.de/images/stories/downloads/polyloge/petzold-1999b-psychotherapie-in-der-lebensspanne-polyloge-23-2016.pdf>
- Petzold, H.G.* (1999p): Psychotherapie der Zukunft - Reflexionen zur Zukunft und Kultur einer korrespondierenden und evidenzbasierten Humantherapie. Erw. von (1998i): "Psychotherapie der Zukunft", Abschlußvortrag gehalten auf dem 4. Deutschen Psychologentag, Würzburg 5.10.1998. Düsseldorf: Fritz Perls Institut. Erw. Veröffentlichung als (1999p): Integrative Therapie 4, 338-393. <https://www.fpi-publikation.de/polyloge/04-2000-petzold-h-1999p-psychotherapie-der-zukunft-reflexionen-zur-zukunft-und-kultur/>
- Petzold H.G.* (.1999q): Das Selbst als Künstler und als Kunstwerk. Erw. *POLYLOGE* 09/2006, <https://www.fpi-publikation.de/polyloge/09-2006-petzold-h-g-upd-v-1999q-das-selbst-als-kuenstler-und-als-kunstwerk-rezeptive/>
- 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.* (2001p/2004): „Transversale Identität und Identitätsarbeit“. Die Integrative Identitätstheorie als Grundlage für eine entwicklungspsychologisch und sozialisationstheoretisch begründete Persönlichkeitstheorie und Psychotherapie – Perspektiven „klinischer Sozialpsychologie“. Düsseldorf/Hückeswagen, bei www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm - *POLYLOGE*: Materialien aus der Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit - 10/2001, Update 2004, Integrative Therapie 4 (2004) 395-422, 4 (2005) 374-397. Erw. in *Petzold, H.G.* (2012a): Identität. Ein Kernthema moderner Psychotherapie – interdisziplinäre Perspektiven Wiesbaden: Springer VS Verlag. S. 407-605. <https://www.fpi-publikation.de/polyloge/04-2020-petzold-hilarion-g-2012q-transversale-identitaet-und-identitaetsarbeit-die-integrative-identitaetstheorie-als-grundlage-fuer-eine-entwicklungspsychologisch-und/>
- 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 & Methoden einer schulenübergreifenden Psychotherapie*. (2. Überarbeitete und erweiterte Auflage). Paderborn: Junfermannsche Verlagsbuchhandlung. Band 1: Klinische Philosophie; Band 2: Klinische Theorie; Band 3: Klinische Praxeologie.

Petzold, H. G. (2003a): *Integrative Therapie*. 3 Bde. Paderborn: Junfermann.

Petzold, H.G. (2004n): Geleitwort. In: *Lorenz, R.* (2004): *Salutogenese: Grundwissen für Psychologen, Mediziner, Gesundheits- und Pflegewissenschaftler*. Mit einem Geleitwort von Hilarion G. Petzold. München: Ernst Reinhardt. S. 8-12. 3te durchgesehene Aufl. 2016.

Petzold, H.G. (2008d): *Qualitätssicherung in der Integrativen Therapie*. Stundenbegleitbögen, IT-Checkliste, Zielkartierung, Willendiagnostisches Interview als Instrumente für die Praxis. Bei: www.fpi-publikation.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. (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. (2010b): *Gesundheit, Frische, Leistungsfähigkeit – Potentialentwicklung in der Lebensspanne durch „Integratives Gesundheitscoaching“*. In: *Ostermann, D.*, *Gesundheitscoaching*. Wiesbaden VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 9-26 und *POLYLOGE* 11/2010.
<http://www.fpi-publikation.de/artikel/textarchiv-h-g-petzold-et-al-/petzold-h-g-2010b-gesundheit-frische-leistungsfahigkeit.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, 73-94. <http://www.fpi-publikation.de/artikel/textarchiv-h-g-petzold-et-al-/petzold-h-g-2012c-psychotherapie-arbeitsbuenndnis-oder-sprache-der-zaertlichkeit-und.html>

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* Erschienen in: *Integrative Therapie* 3/2012 und *POLYLOGE* 15/2012, <http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/15-2012-petzold-h-g-2012h-transversalitaet-innovation-vertiefung-vier-wege.html>

Petzold, H.G. (2012q): „Transversale Identität und Identitätsarbeit“. Die Integrative Identitätstheorie als Grundlage für eine entwicklungspsychologisch und sozialisationstheoretisch begründete Persönlichkeitstheorie und Psychotherapie – Perspektiven „klinischer Sozialpsychologie“. In *Petzold, H.G.* (2012a): Identität. Ein Kernthema moderner Psychotherapie – interdisziplinäre Perspektiven Wiesbaden: Springer VS Verlag. S. 407-605. Überarbeitete und erweiterte Fassung von 2001p; <https://www.fpi-publikation.de/polyloge/04-2020-petzold-hilarion-g-2012q-transversale-identitaet-und-identitaetsarbeit-die-integrative-identitaetstheorie-als-grundlage-fuer-eine-entwicklungspsychologisch-und/>

Petzold, H. G. (2014i): Integrative Depressionsbehandlung auf neurowissenschaftlicher Grundlage – Veränderung des „depressiven Lebensstils“ mit „Bündeln“ komplexer Maßnahmen in der „Dritten Welle“ Integrativer Therapie <http://www.fpi-publikation.de/images/stories/downloads/textarchiv-petzold/petzold-2014i-integrative-depressionsbehandlung-neurowissenschaftliche-grundlage-dritte-welle.pdf>

Petzold, H. G. (2016f): NARRATIVE BIOGRAPHIEARBEIT & BIOGRAPHIEERARBEITUNG in der Integrativen Therapie, Integrativen Poesie- & Bibliothherapie und in Schreibwerkstätten mit „kreativem Schreiben“ Praxeologisches Material zur Vor- u. Nachbereitung biographischen Arbeiten Hückeswagen: Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit und im Interent-Archiv „*Heilkraft der Sprache*“ 2/2016 <https://www.fpi-publikation.de/polyloge/12-2016-petzold-h-g-2016f-narrative-biographiearbeit-biographieerarbeitung-in-der/>; gekürzt in: *Petzold, Leeser, Klempnauer* 2018, 339 -370.

Petzold G. H. (2016h): Menschen sind keine „Fälle“ – prekäre Implikationen für den systemischen Diskurs. „*Systemmagazin*“ Online-Journal für systemische Entwicklungen, 02/2016; <http://systemmagazin.com/menschen-sind-keine-faelle-prekaere-implikationen-fuer-den-systemischen-diskurs/> und erw. Textarchiv 2016 <http://www.fpi-publikation.de/artikel/textarchiv-h-g-petzold-et-al/petzold-hilarion-g-2016h-menschen-sind-keine-faelle-prekaere-implikationen-fuer-den.html>

Petzold, H. G. (2016n): „14 plus 3“ Einflussfaktoren und Heilprozesse im Entwicklungsgeschehen: Belastungs-, Schutz- und Resilienzfaktoren – Die 17 Wirk- und Heilfaktoren in den Prozessen der Integrativen Therapie – A preliminary report (unter Mitarbeit von I. Orth und J. Sieper 2014). <https://www.fpi-publikation.de/polyloge/31-2016-petzold-h-g-orth-i-sieper-j-2014d-2016n-14-plus-3-einflussfaktoren-und-heilprozesse-im->

entwicklungsgeschehen-belastungs-schutz-und-resilienzfaktoren/ auch in: *Beratung Aktuell*, 3/21, [http://beratung-aktuell.de/wp-content/uploads/2021/10/BA-3-2021 .pdf](http://beratung-aktuell.de/wp-content/uploads/2021/10/BA-3-2021.pdf) . Ersch. erweitert als *Petzold, H. G., Sieper, J., Orth, I. POLYLOGE 2*, (2021):

Petzold, H. G. (2018d): Embodiment und Mentalisierung, Phantasie und Selbstgestaltung in der Integrativen Therapie mit Puppen und Puppenspiel: Die Entwicklungstheorie von "My Body-Mind-World in Process". Arbeitspapier. Hückeswagen: Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Naturtherapien und Kreativitätsförderung.

Petzold, H. G. (2019d/2020c): Notizen zur „OIKEIOSIS“, Selbstfühlen und Naturfühlen. Transversale Selbst-, Natur-, Welterkenntnis, „Green Meditation“, „Green Writing“, „Grünes Handeln“ – anthropologische und mundanologische Konzepte der Integrativen Therapie. *Grüne Texte* 14/2019 <https://www.fpi-publikation.de/downloads/?doc=petzold-2019d-2020c-oikeiosis-selbstfuehlen-naturfuehlen-transversal-gruene-texte-14-2019.pdf>; Ohne Vorspann: *POLYLOGE* 5/2020, <https://www.fpi-publikation.de/downloads/?doc=petzold-2019d-oikeiosis-selbstfuehlen-naturfuehlen-transversal-polyloge-05-2020.pdf>.

Petzold, H.G., Beek, Y. van, Hoek, A.-M. van der (1994/2016): Grundlagen und Grundmuster "intimer Kommunikation und Interaktion" - "Intuitive Parenting" und "Sensitive Caregiving" von der Säuglingszeit über die Lebensspanne. In: *Petzold, H.G.* (1994j): Die Kraft liebevoller Blicke. Psychotherapie und Babyforschung Bd. 2.: Paderborn: Junfermann, 491-646. <http://www.fpi-publikation.de/images/stories/downloads/polyloge/petzold-beek-hoek-1994a-grundlagen-intime-kommunikation-intuitive-parenting-polyloge-02-2016.pdf>

Petzold, H. G., Leeser, B., Klempnauer, E. (2017): Wenn Sprache heilt. Handbuch für Poesie- und Bibliothherapie, Biographiarbeit, Kreatives Schreiben. Bielefeld: Aistheis.

Petzold, H.G., Leuenberger, R., Steffan, A. (1998): Ziele in der Integrativen Therapie In: Ambühl, H., Strauß, B. (Hrsg.), Therapieziele. Göttingen: Hogrefe. Und erweitert in: *Petzold* (1998h) 142-188. <http://www.fpi-publikation.de/artikel/textarchiv-h-g-petzold-et-al-/index.php>

Petzold, H. G., Mathias-Wiedemann, U. (2019a/2020): Das integrative Modell „komplexer, wechselseitiger Empathie“ und „zwischenleiblicher Mutalität“ als Grundlage melioristischer Lebenspraxis, Therapie und Supervision. Forschungsbericht aus der Europäischen Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Hückeswagen. *POLYLOGE* 3/2019, <https://www.fpi-publikation.de/downloads/?doc=petzold-mathias-2019a-integrative-modell-wechselseitige-empathie-zwischenleiblich-polyloge-03-2019.pdf>

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, 18-36 und 4, 42-59 und in: *Petzold, H. G., Ellerbrock, B., Hömberg, R.* (2018a): Die neuen Naturtherapien. Handbuch der Garten-, Landschafts-, Waldtherapie und Tiergestützten Therapie, Green Care und Green Meditation. Bd. I. Bielefeld: Aisthesis. S. 189-255. In: Textarchiv 2012. <http://www.fpi-publikation.de/images/stories/downloads/textarchiv-petzold/petzold-moser-orth-2012-euthyme-therapie-heilkunst-asklepiadische-tradition-integrativ-behavioral.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. 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.* (1985a/2005): Poesie und Therapie. Über die Heilkraft der Sprache. Poesietherapie, Bibliothherapie, Literarische Werkstätten, Paderborn: Junfermann. 3. Aufl. : Bielefeld: Edition Sirius beim Aisthesis Verlag 2005
- Petzold, H.G., Orth, I.* (1990a/2007): Die neuen Kreativitätstherapien. Handbuch der Kunsttherapie, 2 Bde., Junfermann, Paderborn. 3. Aufl. Bielefeld: Aisthesis 2007.
- Petzold, H.G., Orth, I.* (1991a): Körperbilder in der Integrativen Therapie - Darstellungen des phantasmatischen Leibes durch "Body Charts" als Technik projektiver Diagnostik und kreativer Therapeutik. *Integrative Therapie* 1, 117-146; repr. *Integrative Therapie*, Paderborn: Junfermann, Bd. II, 3 (1993a) S. 1201-1230; (2003a) S. 885 – 904.
- Petzold, H. G., Orth, I.* (2014): Wege zum „Inneren Ort persönlicher Souveränität“ - "Fundierte Kollegialität" in Beratung, Coaching, Supervision und Therapie. In: www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm Supervision: Theorie – Praxis – Forschung. Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift – Jg. 2014. <http://www.fpi-publikation.de/supervision/alle-ausgaben/06-2014-petzold-h-g-orth-i-1998-2014-wege-zum-inneren-ort-persoenerlicher-souveraenitaet.html>
- Petzold, H. G., Orth, I.* (2017a): Interozeptivität/Eigenleibliches Spüren, Körperbilder/Body Charts – der „Informierte Leib“ öffnet seine Archive: „Komplexe Resonanzen“ aus der Lebensspanne des „body-mind-world-subject“. Hückeswagen: Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit. *POLYLOGE* 22/2018; <http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/22-2018-petzold-h-g-orth-i-2017a-interozeptivitaet-eigenleibliches-spueren-koerperbilder.html>.
- Petzold, H. G., Orth, I.* (2017c): Einige Gedanken zur Übung und zu Mantren in der „Green Mediation“ □ der Integrativen Therapie. Hückeswagen:

Forschungsbericht aus der Europäischen Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Naturtherapien und Kreativitätsförderung.

- Petzold, H.G., Orth, I., Sieper, J.* (2021): Integrative Therapie der „Dritten Wellen“ in einer „prekären, transversalen Moderne“ – Wege „personalisierter Psychotherapie“ als Praxeologie der „17 Wirkfaktoren“ und differentieller „Bündel von Maßnahmen“ *POLYLOGE* 2/2021.
- Petzold H.G., Orth-Petzold, S., Patel A* (2017): Souveränität..Profession, Prozessdokumentation, *POLYLOGE*17/2010, <https://www.fpi-publikation.de/polyloge/17-2010-petzold-orth-p-patel-a-souveraenitaet-profession-prozessdokumentation/>
- Petzold, H. G., Orth-Petzold, S.* (2013): Narrative Biographieerarbeitung und dokumentierte Praxeologie statt arbiträrer Kasuistik. In: *Salahshour et al.* (2013) 2-17. *POLYLOGE* <http://www.fpi-publikation.de/images/stories/downloads/textarchiv-petzold/kreidner-salahshour-petzold-orth-petzold-2012-langzeittherapeutische-psychosebehandlung.pdf>
- Petzold, H.G., Petzold, Ch.*(1993a): Soziotherapie als methodischer Ansatz in der Integrativen Therapie. In: *Petzold, Sieper* (1993a) 459-482; repr. Bd. II, 3 (1993a) S. 1263-1290; (2003a) S. 927 - 946. <https://www.fpi-publikation.de/e-books/petzold-h-g-sieper-j-hrsg-1996-integration-und-kreation-strukturen-methoden-organisation-band-2/>
- 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-publikation.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. <http://www.fpi-publikation.de/images/stories/downloads/polyloge/petzold-sieper-2012a-leiblichkeit-informierter-leib-embodied-embedded-konzepte-polyloge-21-2012.pdf>
- Petzold, H.G., Sieper, J., Orth, I.* (2000/2002, Neueinstellung 2019) Eine „Dritte Welle“ der Integrativen Therapie im neuen Millennium – vertiefende Projekte und ko-kreative Polyloge zu Natur, Kunst/Kultur und Ökologie integrativ-humantherapeutischer Theorie und Praxis-Transgressionen II

Petzold, H.G., Steffan, A. (2000b): Ausbildungsevaluation und Qualitätssicherung in der Integrativen Therapie – das EAG-Qualitätssicherungssystem. *Integrative Therapie* 2/3, 355 – 366.

Petzold, H. G., Trummer, A. (2017): „Lernen ein SELBST zu werden“ – SUBJEKTLERNEN – „Lernen die Menschen und die Welt zu verstehen“ – WELTLERNEN – „Pro Juventute Österreich Workshop“ – Weiterbildung und Organisationsentwicklung, *POLYLOGE* Jg. 2017. <http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/34-2017-petzold-h-g-trummer-a-2017-lernen-ein-selbst-zu-werden-subjektlernen.html>

Plüss Staubli, S. (2020): Die Bedeutung von sicheren emotionalen Bindungen als Schutzfaktoren in der frühen Kindheit im Kontext der Integrativen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. *POLYLOGE* 9, 2020; <https://www.fpi-publikation.de/downloads/?doc=pluess-bedeutung-sichere-emotionale-bindungen-schutzfaktoren-kindheit-polyloge-09-2020.pdf>

Rinser, L. (2021): „Heute fürchte ich nichts“ http://treibgut-fundstuecke.blogspot.com/2012_01_30_archive.html

Schuppener, F. (2017): „Im Einklang mit sich selbst“ – Der Aufbau einer therapeutischen Beziehung mit Hilfe identitätsfördernder integrativ-musiktherapeutischer Arbeit mit einem Klienten mit schwerer psychischer Persönlichkeitsstörung vom passiv-aggressiven Typ mit zwanghaften und narzisstischen Anteilen. <https://www.fpi-publikation.de/behandlungsjournale/schuppener-f-identitaetsfoerdernde-integrativ-musiktherapeutische-arbeit-08-2016/>

Schmid, W. (1999): Philosophie der Lebenskunst. Frankfurt/M.: Suhrkamp, 3. Aufl.

Sieper, J. (2007b/2011): 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-publikation.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., Petzold, H.G. (2002/2011): 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-publikation.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.

Sieper, J., Petzold, H. G. (2011b): Soziotherapie/Sozialtherapie – ein unverzichtbares Instrument gegen soziale Exklusion und für die psychosoziale Hilfeleistung in „prekären Lebenslagen“. Bei www.fpi-publikationen.de/materialien.htm - *POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit* – 3/ 2011, <http://www.fpi-publikation.de/downloads/download-polyloge/download-nr-03-2011-sieper-j-petzold-h-g-2011a.html>.

Strelecky, J. (2016) „Das Cafe am Rande der Welt“; dtv Verlagsgesellschaft mbH&Co.KG, München, 29. Auflage 2016

van der Mei, S.H., Petzold, H.G., Bosscher, R.J. (1997): Runningtherapie, Stress, Depression – ein übungszentrierter Ansatz in der Integrativen leib- und bewegungsorientierten Psychotherapie. Textarchiv H.G. Petzold et al. Abgerufen von https://www.fpi-publikation.de/downloads/?doc=textarchiv-petzold_mei-petzold-bosscher-1997-runningtherapie-integrative-leib-und-bewegungsorientierte-psych

Wenk-Kolb, P. (2016): Aus meinem Weg erzählt ... Hingabe an das Leben als persönliche Lebensaufgabe. Ein Erfahrungsbericht unter Einbeziehung der Integrativen Therapie. *Die Heilkraft der Sprache* 7/2016. <https://www.fpi-publikation.de/heilkraft-der-sprache/07-2016-wenk-kolb-p-aus-meinem-weg-erzaehlt-hingabe-an-das-leben-als-persoенliche/>

Winnicott, D.W. (1965): The maturational process and the facilitating environment: studies in the theory of emotional development, London. Hogarth Press; dtsh. Reifungsprozeß und fördernde Umwelt, München: Kindler 1974

11.Anhang

Poesie- und Bibliothherapie

Indikation - Ziele – Maßnahmen

Name:

Geburtsdatum:

Diagnosen (nach ICD10):

Behandelnder Arzt/Therapeut:

Weitere Therapiemaßnahmen:

Dyadische Therapie (Einzelther.) 60 Min.)

Frequenz/Dauer:

Gruppentherapie (90 Min/wö.) **Dauer:**

Therapieauftrag:

- Ressourcen- und Kreativitätsförderung
- Emotionsregulation, Achtsamkeit
- Spannungsabbau, Stressregulation
- Verarbeitung belastender Erlebnisse
- Selbstkonzept, Lebensziele, Neu- und Umbewertung
- Selbstoffenbarung
- Solidaritätserfahrung und Interaktion in der Gruppe
- Biografie-Erarbeitung
-
-

Modalitäten:

- Übungszentriert-funktionale Modalität
- Erlebniszentriert-stimulierende (ressourcenorientiert) Modalität
- Konfliktzentriert-aufdeckende Modalität: – Arbeit im Prozess
- Supportive, beratend-soziotherapeutische Modalität
- Supportive, beratend-soziotherapeutische Modalität
- Medikamentengestützte, supportive Modalität