

# POLYLOGE

## Materialien aus der Europäischen Akademie für biopsychosoziale Gesundheit Eine Internetzeitschrift für „Integrative Therapie“ (peer reviewed)

2001 gegründet und herausgegeben von:

Univ.-Prof. Dr. mult. **Hilarion G. Petzold**, Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Hückeswagen,  
Donau-Universität Krems, Institut St. Denis, Paris, emer. Freie Universität Amsterdam

**In Verbindung mit:**

Dr. med. **Dietrich Eck**, Dipl. Psych., Hamburg, Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit,  
Hückeswagen

Univ.-Prof. Dr. phil. **Liliana Igrić**, Universität Zagreb

Univ.-Prof. Dr. phil. **Nitza Katz-Bernstein**, Universität Dortmund

Prof. Dr. med. **Anton Leitner**, Department für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie, Donau-Universität Krems

Dipl.-Päd. **Bruno Metzmacher**, Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen

Lic. phil. **Lotti Müller**, MSc., Psychiatrische Universitätsklinik Zürich, Stiftung Europäische Akademie für biopsychosoziale  
Gesundheit, Rorschach

Dipl.-Sup. **Ilse Orth**, MSc., Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen

Dr. phil. **Sylvie Petitjean**, Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel, Stiftung Europäische Akademie für biopsychosoziale  
Gesundheit, Rorschach

Prof. Dr. päd. **Waldemar Schuch**, M.A., Department für Psychosoziale Medizin, Donau-Universität Krems, Europäische  
Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Hückeswagen

Prof. Dr. phil. **Johanna Sieper**, Institut St. Denis, Paris, Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit,  
Hückeswagen

© FPI-Publikationen, Verlag Petzold + Sieper Hückeswagen.

**Ausgabe 09/2013**

### „Ich schätze meine Hände“

## Gruppentherapiekonzept zur Behandlung von Patienten mit somatoformen Störungsbildern auf der Basis der Integrativen Therapie mit Zielsetzung Erlebnisaktivierung, Psychoedukation und Ressourcenaktivierung

*Hildegard Harmeyer\**

---

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

# Inhaltsangabe

1. Einleitung	S. II
2. Zielgruppenbeschreibung	S.V
2.1 Patientengruppen	S. V
2.2 Zielsetzung	S. V
3. Theoretische Grundlagen	S. VI
4. Konzeptdarstellung	S. XII
4.1 Gefühle erkennen und wahrnehmen	S. XIV
4.2 Meinen Selbstwert erkennen	S. XVI
4.3 Kommunikation	S. XVIII
4.4 Ressourcen nutzen	S. XX
5. Prozessvignette	S. XXII
5.1 „Ich habe gar keine Freunde“	S. XXII
5.2 „Ich schätze meine Hände“	S. XXIII
6. Kritische Wertung	S. XXIV
Zusammenfassung/Summary	S.XXVI
Literaturverzeichnis	S. XXVII
Anlagen	S. XXXI
Anlage 1: 5 Säulen der Identität	S. XXXI
Anlage 2: Kontrollierter Dialog	S. XXXIII
Anlage 3: Phantasiereise	S. XXXV
Anlage 4: „Centering Modell“	S. XXXVII

# 1. Einleitung

In den letzten Jahren nahm die Zahl der Anträge an psychosomatische Reha-Leistungen seitens der Rentenversicherungsträger erheblich zu. Sie trug der medizinischen Erkenntnis Rechnung, dass viele somatische Erkrankungen in enger Korrespondenz zur psychischen Gesundheit des Menschen stehen, wenn nicht sogar ursächlich dort begründet sind. Diese Aufweichungen des dualistischen Denkens in der medizinischen Therapie konnten sich aber in der Allgemeinbevölkerung noch nicht entsprechend durchsetzen. Den Patientengruppen, die in den letzten Jahren in wachsender Zahl die psychotherapeutischen Praxen füllen, stehen die Bevölkerungsgruppen entgegen, die weiterhin Psychosomatik und Psychotherapie mit psychiatrischen Krankheitsbildern gleich setzen und vehement abstreiten, *nicht ganz richtig im Kopf zu sein*. Wird diesen nun ein psychosomatisches Reha-Heilverfahren angeboten, wird die Maßnahme oftmals nur mit Widerstand und Abwehr, wenn überhaupt angetreten. Neben den Einschränkungen, die die jeweilige Erkrankung für den Patienten in seinem persönlichen Leben bedeutet, ist es auch ein erheblicher Schaden für die allgemeine Volkswirtschaft aufgrund des hohen Krankenstandes und der zunehmenden Anzahl von Rentenanträgen gerade junger Arbeitnehmer (DEUTSCHE RENTENVERSICHERUNG 2007, S.14).

Als Diplomsozialpädagogin/ HP-Psychotherapeutin in einer psychosomatischen Abteilung einer Reha-Klinik der Rentenversicherung Westfalen ergab sich nun die Aufgabe, diesen Patienten im Rahmen eines Gruppentherapiekonzeptes Zugang zu psychosomatischen Zusammenhängen nahe zu bringen, hilfreiche Interventionen zur Krankheitsbewältigung vorzustellen und die Motivation für individuelle psychotherapeutische Behandlung zu fördern. Durch die Entwicklung dieses vorliegenden Gruppentherapiekonzeptes mit der oben genannten Zielsetzung auf der Basis der Integrativen Therapie, respektive unter Berücksichtigung des dritten Weges der Heilung und Förderung (PETZOLD 1988, S.173ff; idem 2012h), soll den Patienten die Möglichkeit gegeben werden, psychoedukativ, erlebnisaktivierend und ressourcenorientiert (PETZOLD 1990, S.765) Zugang zu psychotherapeutischen Vorgehensweisen zu gewinnen und zugleich die Akzeptanz ihrer inneren Distanz und des Widerstandes zu erfahren, basierend auf der Grundannahme, dass Psychotherapie nur in einer entsprechenden Motivationslage greifen kann.

Nach einer theoretischen Einordnung wird das Konzept mit seinen Bausteinen Gefühle, Selbstwert, Kommunikation und Ressourcen vorgestellt. Abschließend sollen zwei Prozessvignetten das Konzept praxisnah veranschaulichen. Im Schlusswort erfolgt eine kritische Würdigung des Konzeptes nach mehrjähriger Praxis unter Benennung der Bedeutsamkeit und Grenzen für die psychosomatische Rehabilitation.

## 2. Zielgruppenbeschreibung

Das folgende Konzept wurde im Rahmen der Klinik Rosenberg für Gastroenterologie, Diabetologie, Onkologie und Psychosomatik, Bad Driburg entwickelt. In dieser Klinik gibt es eine enge Verzahnung von somatischer und psychotherapeutischer Medizin in allen Fachbereichen. Die reguläre Zuweisung des Patienten geschieht durch Einweisung des Hausarztes, Begutachtung durch den medizinischen Dienst, Zuweisung des Rentenversicherungsträgers in die entsprechende Reha-Klinik und dortige Zuordnung zum psychosomatischen Heilverfahren durch den ärztlichen Leiter der psychosomatischen Abteilung. Der Patient wird dann zu einem psychosomatischen Heilverfahren eingeladen und darüber in Kenntnis gesetzt. Selten beantragt ein Patient aus eigenem Antrieb heraus ein psychosomatisches Heilverfahren. In der Regel wird die Rehabilitation im Rahmen allgemeiner Arbeitsunfähigkeit beantragt, die auf somatischen Beschwerden gründet. Teilweise werden die Patienten auch aufgrund längerer Arbeitsunfähigkeitszeiten von der Krankenkasse beauftragt, zu einem Heilverfahren zu kommen oder es erfolgt eine Zuweisung durch den Rentenversicherungsträger nach Ablehnung eines Rentenanspruches.

Entsprechend haben wir ein weites Spektrum der Motivationslagen der Patienten, denen wir durch unterschiedliche gruppentherapeutische Angebote, konfliktorientiert, ressourcenorientiert und tiefenpsychologisch begründet, gerecht werden wollen (KLINIK ROSENBERG 2005). Patienten, die über keinen Zugang zur Psychotherapie verfügen, sich selbst nur als organisch erkrankt wahrnehmen und/oder einen erheblichem Widerstand gegenüber therapeutischem Vorgehen haben, werden einer ressourcenorientierten psychoedukativen Gruppe zugeordnet mit einer dazugehörigen Kreativ- und Körpertherapiegruppe. Zum allgemeinen Behandlungssetting gehören ferner das Erlernen von Entspannungstechniken durch Autogenes Training, Progressive Muskelentspannung oder angeleitete Phantasiereisen; die körperliche Aktivierung durch Laufgruppen und weitere Maßnahmen der physikalischen Abteilung; Förderung von Beziehungsgestaltung durch Abschlussrunden sowie interne und externe Freizeitaktivitäten in der Patientengemeinschaft. Zuzüglich gehören somatische Diagnostik und Behandlung zum Therapieprogramm.

## 2.1 Patientengruppe

Die Patienten, die dieser ressourcenorientierten Therapiegruppe zugeführt werden, leiden vornehmlich unter einem somatoformen Störungsbild wie sie in ICD 10 unter F 45ff beschrieben werden, aber auch Patienten mit einem Erschöpfungssyndrom (Z 73.0) oder einer somato-psychischen Störung (F 54), werden zugewiesen. Den Patienten allgemein ist, dass sie ihre Beschwerden nicht psychisch verursacht sehen und/oder wenig Zugang zu ihrem eigenen innerseelischen Befinden haben, d. h. in der Regel einem mechanistischen Körperverständnis anhaften. Entsprechend sind oftmals auch ihre kommunikativen selbstexploratorischen Fähigkeiten eingeschränkt. Es sind hier auch Rentenversicherte zu nennen, die aus ost- oder südeuropäischen Ländern stammen und der deutschen Sprache nicht so mächtig sind und zugleich oft einer landestypischen somatischen Darreichung von psychischen Beschwerden anhaften.

## 2.2 Zielsetzung

Entsprechend soll das Konzept für die heterogene Zielgruppe gestaltet sein:

- geringe sprachliche Komplexität,
- sprachliche Reduktion in der Vermittlung von Inhalten durch sinnenhafte Übungen und
- größtmögliche Handlungsorientierung.

Zielsetzung der therapeutischen Arbeit soll sein, die Patienten für weitere psychotherapeutische Maßnahmen vorzubereiten, indem sie

- ihre Selbst- und Fremdwahrnehmung stärken,
- einen Zugang zum Zusammenhang zwischen Psyche und Soma entwickeln können,
- ihre kommunikativen Fähigkeiten, sich selbst darzustellen, weiterentwickeln,
- sich mit störungsspezifisch relevanten Themen der Psychotherapie auf einer allgemeinen sachlichen Ebene auseinandersetzen können,
- sowie zur Motivationsförderung Techniken zum besseren Selbstmanagement im beruflichen und im privaten Alltag erwerben.

### 3. Theoretische Grundlagen

„Es gibt nichts hinter dem Leib,  
sondern der Leib ist ganz und gar seelisch.“  
Sartre (in Rudolf 2005<sup>2</sup>, S. 27)

Gerade somatoforme Störungen machen auf das Dilemma des dualistischen Denkens im medizinischen Vorgehen als auch in der psychotherapeutischen Praxis aufmerksam. Medizinische Prozedere orientieren sich an naturwissenschaftlichen Erkenntnissen und Vorgehensweisen bei der Diagnosefindung und bewerten die Behandlung an objektivierbaren, messbaren Parametern. Psychotherapeutisches Handeln hingegen widmet sich je nach Wurzel ihres Krankheitsverständnisses an unbewussten Triebkonstrukten, Konfliktthemen oder inkongruenten Kognitionen des jeweiligen Individuums. Auch der Patient mit einer somatoformen Störung erlebt sich auf gespalten in ein *hier bin ich und meine Gefühle* und *dort ist der Körper*. Dabei wird der Körper oft nicht mehr dem Selbst zugehörig empfunden, sondern vielmehr als ein Objekt, das Leiden schafft. Entsprechend sollte bei diesem Krankheitsbild auch in der therapeutischen Arbeit diese Spaltung aufgehoben werden, (weshalb im Folgenden sprachlich auch nicht mehr zwischen medizinischer und psychotherapeutischer Arbeit unterschieden wird). Diesem Auftrag fühlen sich psychosomatische Reha-Kliniken besonders verpflichtet. Hier kümmert sich nicht auf der einen Seite der Arzt einzig allein um die körperlichen Beschwerden und auf der anderen Seite ein Psychotherapeut um die Seele, sondern der leidende Mensch kann sich in der Behandlung wieder als Ganzes wahrnehmen: als ein „**informierter Leib**“, ein „**LEIB-SUBJEKT**“ (PETZOLD 2009c), das sich „konstituiert durch den *Körper* als die Gesamtheit aller physiologischen bzw. organischen Prozesse (Motorik, Sensorik, Tonusregulation etc.), durch die *Psyche* als die Gesamtheit aller Prozesse des Empfindens, Fühlens, und Wollens (z.B. Affekte, Emotionen, Stimmungen, Motivationen, Volitionen) und durch den *Geist* als die Gesamtheit aller kognitiven, reflexiven, mnestischen, imaginativen, wertenden, spirituellen Prozesse.“ (PETZOLD 1990, S. 795). Es geht dabei in der Initialbehandlung vielleicht zunächst einmal weniger darum, die Beschwerden (weg-) zu therapieren, sondern die somatoforme Störung als eine, wenn auch ungünstige Aus-

drucksform des Selbst zu verstehen, die ihre Hintergründe hat, und als eine Lösungsmöglichkeit des Patienten gesehen werden muss, vielleicht die einzige, die ihm momentan zur Bewältigung seiner Alltagsrealität zur Verfügung steht.

Diesem ganzheitlichen Blick auf den Leib ist die Integrative Therapie (IT) seit ihren Anfängen verpflichtet. Dabei wird unter dem Begriff **LEIB** die Körper-Seele-Geist-Einheit verstanden, in der alle Erfahrungen des Menschen, sowohl der körperlich gespürten als auch der geistig-emotional erlebten Prozesse seiner Lebensgeschichte, gegründet sind. „Der Mensch ist Leib-Subjekt in der Lebenswelt, das bedeutet, er ist ein Körper-Seele-Geist-Subjekt in Kontext und Kontinuum und steht in der lebenslangen Entwicklung einer souveränen und schöpferischen Persönlichkeit.“ (PETZOLD 2004a, S.111) Diese Annahme, die Petzold aus den anthropologischen Grundlagen Merleau-Ponty's bereits Mitte der 60er Jahre hermeneutisch-phänomenologisch für die IT herleitete, wird heute mit Forschungsergebnissen der Neurobiologie belegt (PETZOLD 2009c). Sie beschreiben eindrücklich wie seelisches Erleben und körperliche Stoffwechselfvorgänge miteinander verschränkt sind, was sowohl für benigne als auch maligne Erfahrungen gilt. Beispielsweise ist dies besonders gut für die Traumafolgestörungen erforscht, die oft den Hintergrund für somatoforme Erkrankungen bilden. Aber auch somatische Prozesse, wie z. B. die des endokrinen Systems, beeinflussen maßgeblich das seelische Empfinden und Verhalten. Petzold stellt in seinen neueren Schriften (z.B. PETZOLD 2004; PETZOLD, SIEPER 2012A) eine Zusammenschau der Forschung vor, wie sich diese memorativen Prozesse über neuronale Speichersysteme körperlich manifestieren und wie die Auswirkungen verschiedener life-events zu bestimmten Störungsbildern führen können. Unter dem Begriff des Leibgedächtnisses werden die neuronalen und immunologischen Speichersysteme und das genetische Gedächtnis verstanden, was PETZOLD in sein **Konzept des informierten Leibes** einordnet. „Der verleiblichte Niederschlag *differentieller Information* über das Zusammenwirken von somatischen Binnenraumerleben und Kontexterleben in der ‚Selbsterfahrung‘ (d. i. im ‚Leibgedächtnis‘ festgehaltene Erfahrung multipler Stimulierung) ist die Grundlage des ‚**informierten Leibes**‘ aus dem als Synergem ein ‚**personales Leib-Selbst**‘ *emergiert*, das ein reflexives/metareflexives Ich und dadurch eine hinlänglich konsistente **Identität** entwickeln kann.“ (PETZOLD & ORTH, SIEPER 2006, S.632)



Für die therapeutische Arbeit bei somatoformen Störungsbildern bedeutet dies, den Patienten die Möglichkeit zugeben, sich wieder *in* ihrem Körper-Selbst zu erleben. Bisher verschlossene oder anästhesierte Leibarchive sind durch Techniken zu öffnen, die alle Sinne ansprechen und vielfältige Ausdrucksmöglichkeiten bieten, allein und im Kontakt mit anderen, „Der informierte Leib setzt seine Informationen frei, und je vielfältiger er sensorisch stimuliert wird visuell, olfaktorisch, taktil etc. -, desto mehr wird in den Leibarchiven aktiviert, was akkumulativ zu Prozessen der innersektoralen Konnektivierung cerebraler Modalitäten führt: Das ‚Bild der Erinnerung‘ wird komplexer, schärfer. Deshalb wird in der Integrativen Arbeit mit Leib und Bewegung, mit kreativen Medien bei vorliegender Indikation ‚Erlebnisaktivierung‘ durch ‚multiple Stimulierung‘ eingesetzt, die unendlich mehr an Gedächtnisaktivierung – nicht nur auf der Inhaltsebene des Verbalen, sondern auf der Ebene emotionalen und propriozeptiven Erlebens also – bewirkt als in assoziativ gegründeter psychoanalytischer Arbeit.“ (PETZOLD 2004b, S. 132)

Bei multimodaler Herangehensweise geschieht dies in der Therapie besonders gut über Körper- und kreativtherapeutische Techniken, mit all dem was den Menschen innerlich und äußerlich in Bewegung setzt, ihn in Kontakt mit seinen leibhaftigen Quellen bringt und durch die therapeutische Arbeit für sich erfassen, verstehen und integrieren lernt und so zu seinem Selbst zugehörig wird. Dabei geht es nicht einseitig darum, pathologische Strukturen, maligne Narrative aufzuspüren. Die IT als Humantherapie mit ihrem Krankheits- und Gesundheitsmodell hat sich von der Fixierung auf pathologische Noxen gelöst und sieht ihren therapeutischen Impetus auf die ganzheitliche Persönlichkeitsentwicklung ausgerichtet. Das Modell der zeittextendierten, multifaktoriellen Be- und Überlastung in der Lebenskarriere der Integrativen Therapie (PETZOLD 1993b<sup>2</sup>, S.585) führt in einer Synopse pathogene wie salutogene Faktoren auf. „Pathogenese wird heute nicht monothematisch als Entstehung einer Erkrankung angesehen, sondern bi-thematisch als das Misslingen des Ausgleichs pathogener und salutogener Faktoren.“ (SCHUCH 1999, S.45) Krankheit wird damit unter Anwendung eines erweiterten Krankheitsbegriffes aus der verengenden Sicht auf einen Konfliktfokus herausgeholt. Nicht nur die Lösung von Konflikten allein verhilft dem Patienten zu einem erfüllten Lebensvollzug, sondern die Befähigung und Stärkung zur Realisierung und Nutzung seiner persönlichen Wünsche und Ziele, also die Förderung von Salutogenese.

Dabei sind die Grenzen von Psychotherapie und Agogik fließend. Der Mensch ist lernfähig und Entwicklungsprozessen unterworfen bis ins hohe Alter hinein, was nicht zuletzt z.B. die viel genutzten Seniorenuniversitäten belegen. Es gilt die innere Perspektive bei den Menschen dafür zu eröffnen durch möglichst vielgestaltige Angebote. Über therapeutische Arbeit mit den weit reichenden Möglichkeiten kreativtherapeutischer Techniken, die insbesondere die nonverbale Ausdrucksfähigkeit stimulieren, aber auch in der therapeutischen Beziehung mit anderen sowie zum Therapeuten können korrektive Erfahrungen erlebt (!), das Verhaltensrepertoire erweitert, das Selbstverständnis vertieft und damit eine Neuausrichtung im Lebensvollzug und –gestaltung ermöglicht werden. Damit wird auch das herkömmliche Verständnis von Ressourcenorientierung überschritten. Ressourcen sind nicht nur Möglichkeiten, um Belastendes zu bewältigen oder maligne Muster zu kompensieren i.S. von Coping-strategien, sondern sind als innere Potentiale zu betrachten, bisher nicht genutzte Persönlichkeitsanteile oder können sich als neue Antworten des Menschen auf seine Lebenswelt i.S. eines life-span-development entwickeln. „Ressourcen sind gute Quellen, aus denen die Kreativität schöpft, die einerseits Belastungen und Probleme abpuffern kann, zum anderen aber Grundlage für Potentiale (sie sind mit dieser nicht gleichzusetzen) bietet. Ressourcen stehen der Person oder Personengruppen zur Bewältigung wie auch ko-kreativen Lebensgestaltung zur Verfügung“ (PETZOLD 1997, S.441) Therapeutische Behandlung kann somit den Menschen wieder zu neuer Flexibilität im Umgang mit seiner Lebenswelt befähigen und ihn neue Ausdrucksmuster für die Eindrücke seines Lebensumfeldes finden lassen.

Wesentliche Impulse für die methodische Umsetzung finden sich ausführlich beschrieben im sogenannten ‚Dritten Weg der Heilung und Förderung‘, den die Integrative Therapie als Erlebnisaktivierung bezeichnet. „In der erlebnisaktivierenden Arbeit werden gute Quellen der Vergangenheit erschlossen und neu durchlebt [...]. Besonders bei hohem Abwehryniveau, geringem Introspektionsvermögen oder großer Depravierung und damit Einschränkung der Vermögen des perzeptiven und expressiven Leibes ist mit diesem Zugang Plateauarbeit möglich und ein guter Weg der Heilung und Förderung gegeben.“ (PETZOLD 1988, S.251) Durch gezieltes Aktivieren von brachliegenden oder neuen Persönlichkeitsanteilen wird dem Patienten die Möglichkeit gegeben, aus seinen negativen Kreisläufen auszusteigen und sich handlungsfähig und kreativ an der Gestaltung seines Lebens zu erleben.

Dies führt zu Selbstentfaltung und Selbstwertbestätigung. Letztlich wird damit der Blick des Patienten geöffnet für neue oder bekannte gute Perspektiven, manchmal über das Krankheitsgeschehen hinaus. Denn nicht immer kann es gelingen, Krankheit aus dem Leben des Patienten zu eliminieren, manchmal kann das Ziel auch *nur* heißen, *mit* der Krankheit ein erfülltes Leben zu führen. "Je vielfältiger die Erlebnis- und Erfahrungsmöglichkeiten, desto nachhaltiger werden die Selbstheilungskräfte des Menschen stimuliert. Die Beschneidung der Sinne, die Unterdrückung des Ausdrucks, die Begrenzung der Aktivität, die Monotonie führen in die Krankheit." (ILJINE 1942, S.31).

Das Vorgehen geschieht unter Berücksichtigung der beiden therapeutischen Modalitäten erlebniszentriert-stimulierend und übungszentriert-funktional (SCHUCH 1999, S.39). Dabei sind alle Methoden, Techniken und Medien der (im weitesten Sinn) kreativen Therapie bedeutsam. Zu nennen sind insbesondere Kunst- und Bewegungstherapie, aber auch Tanzen, Rollenspiele, gemeinsame sportliche Aktivitäten und auch fernöstliche Bewegungsmeditationen, alle Möglichkeiten, die den Patienten in Selbstwahrnehmung und Ausdrucksfähigkeit stärken. Es geht darum, den Patienten auf allen seinen Empfindungs- und Wahrnehmungskanälen anzusprechen, wobei Methoden und Techniken gleichermaßen die Körper-, Gefühls- und Geistesebenen anregen sollten. Dabei soll sich die Stimulierung nicht auf das Therapiegesehen zu begrenzen, sondern den Alltag als Erlebnis- und Experimentierfeld mit einbeziehen.

Neben einer vertrauensvollen und von Empathie getragenen Therapeuten-Klienten-Beziehung (GRAWÉ & GRAWÉ-GERBER 1999, S.69) sowie einem therapeutischen Geschehen, das die Ressourcen des Klienten stimulierend anspricht, ist die Gruppe als wesentlicher Wirkfaktor zu nennen. Im Kontext von Personen mit gleichem Leiden können die Patienten sich ‚wieder-erleben‘, Rückmeldung geben und bekommen, Stimulierung durch Nachahmung gewinnen und durch Vertrauen und Unterstützung Wertschätzung und Gehaltensein erfahren (REVENSTORF 1992, S.303ff).

Betrachtet man all diese Faktoren zusammen, bietet gerade ein psychosomatisches Heilverfahren einen einzigartigen Lernort, an dem Diagnostik, Psychoedukation, Einzel- und Gruppentherapie, nonverbale Therapieeinheiten, Leben in einer Patientengemeinschaft und Wechsel von Therapie- und Freizeit als Übungsfeld miteinander verschränkt sind.

Bezogen auf die o. g. Zielgruppe mit somatoformen Störungsbildern werden inhaltlich folgende Themen konzeptuell aufgegriffen:

- *Gefühle*, da somatische Symptome oft Restitute von verdrängten Affektlagen sind
- *Selbstwert*, da Krankheiten immer eine Einschränkung der Lebensqualität und damit Einbußen des Selbstwertes bedeuten
- *Kommunikation*, weil die Selbstexploration dieser Patienten oftmals eingeschränkt ist und diese mangelnde Kommunikationsfähigkeit in beruflichen wie privaten Kontexten häufig zu einer konflikthaften Beziehungsgestaltung mit unterdrückten Affektlagen führt
- *Ressourcen*, um die negativen Auswirkungen von Erkrankungen für Patienten tragbarer zu machen und alternative Entwicklungswege aufzuzeigen.

Dabei folgt der Aufbau der einzelnen Therapiestunden dem hermeneutischen Prinzip in der IT: Wahrnehmen und Erfassen – Verarbeiten und Verstehen – Handeln und Verändern. (PETZOLD 1993a<sup>2</sup>, S. 123ff) Nach einer einleitenden Übung zur Selbst-Wahrnehmung, werden in einem psychoedukativen Gruppengespräch die Erfahrungen und Eindrücke der Teilnehmer aufgegriffen und in einen Sinnzusammenhang eingeordnet. Dies mündet in eine abschließenden Übung zur Anleitung von neuem Verhaltensrepertoire. Auf andere Weise wird die thematische Arbeit in den begleitenden kreativ- und körpertherapeutischen Behandlungsbausteinen vertieft und ergänzt.

## 4. Konzeptdarstellung

Im Folgenden wird die methodische Umsetzung der oben genannten Themenfelder in unseren Therapiebausteinen Gesprächsgruppe, Kreativgruppe und Körpertherapiegruppe dargestellt. Das Schaubild bietet zunächst eine Übersicht über die inhaltliche Gestaltung, Erklärungen zu den angeführten Übungen finden sich dann im folgenden erläuternden Text. Dabei wird die inhaltliche Ausgestaltung der Gesprächsgruppe ausführlicher dargestellt und für die nonverbalen Therapiebausteine Kreativ- und Körpertherapiegruppe nur exemplarisch angedeutet, da ein vertiefendes Darstellen der vielfachen kreativ- wie körpertherapeutischen Umsetzungen den Rahmen der hier vorgestellten Arbeit übersteigen würde<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Die vorgeschlagenen Übungen entstammen der Selbsterfahrung in der Therapieausbildung, vor-maligen Tätigkeit in der agogischen Bildungsarbeit und sind oftmals auch aus der eigenen therapeu-tischen Praxis der Autorin erwachsen.

Siehe dazu die reiche Fachliteratur, exemplarisch sei hier angeführt: HAUSMANN & NEDDERMEYER 1996, STEVENS 1975, HÖHMANN-KOST 2002, VOPEL 1996, ORTH 1994.

An dieser Stelle danke ich auch den Arbeitskollegen R.T. Venth und U. Borcke, die für die körper-therapeutischen Gruppenbausteine verantwortlich zeichnen.

<b>Themenbaustein</b>	<b>Gesprächsgruppe</b>	<b>Kreativtherapie</b>	<b>Körpertherapie</b>
1. Modulbaustein: <b>Gefühle</b>	<b>E:</b> Einführung Partnergespräch in 4 Ecken über die Grundgefühle <b>P:</b> Gruppengespräch: Psychosoma, Umgang mit Gefühlen <b>Ü:</b> Anleitung nach Themenfokus	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Freie Arbeit mit Fin-gerfarben</li> <li>➤ Verlaufenlassen von Seidenfarbe auf Japanpapier</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Jemandem etwas Gutes tun - von jemandem etwas Gutes bekommen</li> <li>➤ Tragen von Armgewichten</li> </ul>
2. Modulbaustein <b>Selbstwert</b>	<b>E:</b> Vorstellspiel: „Ich bin der (Name)“ <b>P:</b> Gruppengespräch: Selbst-Wert-Gefühl und Selbstverantwortung <b>Ü:</b> „Ich schätze an mir/Ich mag an mir“	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Kreative Arbeit mit den „Fünf Säulen der Identität“</li> <li>➤ Karten erstellen aus Japanpapier</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Lieblingsplatz wählen</li> <li>➤ Ich in der Gruppe</li> </ul>
3. Modulbaustein <b>Kommunikation</b>	<b>E:</b> Ballspielen <b>P:</b> Gruppengespräch: Ballspielregeln = Gesprächsregeln <b>Ü:</b> Der kontrollierte Dialog	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Partnerbild</li> <li>➤ Gruppenbild</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Führen und geführt werden</li> <li>➤ Rücken an Rücken</li> </ul>
4. Modulbaustein <b>Ressourcen</b>	<b>E:</b> Fantasieübung: Lebenskraft <b>P:</b> Gruppengespräch: Centering-Modell v. M. S. Hartmann <b>Ü:</b> Dreiergespräch: Meine Ressourcen	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Collage: Meine Ressourcen</li> <li>➤ Mandala malen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Das tun, was ich brauche</li> <li>➤ Kreis dirigieren</li> </ul>
Legende	<b>E:</b> Warming-up, <b>P:</b> Psychoedukatives Gruppengespräch, <b>Ü:</b> Übung zur praktischen Umsetzung und Einübung		

Abb. 1: Themen- und Methodenübersicht in Gesprächsgruppe, Kreativ- und Körpertherapie (eigene Darstellung)

## 4.1 Gefühle erkennen und wahrnehmen

Patienten mit somatoformen Störungen haben oftmals keinen oder keinen unmittelbaren Zugang zu Gefühlswahrnehmung und Gefühlsausdruck. Das psychodynamische Modell (HOFFMANN & HOLZAPFEL 1995, S.214) sieht einen Großteil somatoformer Störungsbilder als frühe Störung infolge defizitärer Spiegelung von Gefühlsartikulation des Säuglings durch die primären Bezugspersonen, beispielsweise durch eine depressive Mutter (RUDOLF 2005, S.11)<sup>2</sup>.

Andere somatische Symptomatiken stehen im direkten Bezug zu Konflikten, in denen Affekte verdrängt werden und nur als somatische Restitute infolge der physiologischen Stoffwechselreaktion erhalten bleiben (MENTZOS 2000, S.243). Diesen Zusammenhang (Psyche-Soma-Modell) soll dem Patienten nahe gebracht werden, indem der Patient eigene verdrängte Affektlagen wahrnimmt oder bei anderen erkennt.

### Gesprächsgruppe:

Nach der Eingangsrunde, in der verstärkt auf die momentane Befindlichkeit eingegangen wird, in dem bei Nennung einer körperlichen Beschreibung auch die Stimmung erfragt wird, erfolgt eine Kleingruppenübung. In die vier Ecken des Raumes werden große Plakate mit jeweils einem Grundgefühl gelegt (Wut, Trauer, Freude, Angst) und den jeweils gleichen Fragezettel:

- In welcher Situation haben Sie dieses Gefühl schon einmal erlebt?
- Welche Auswirkung hatte dies auf Ihren Körper?
- Wie gehen Sie gewöhnlich mit dieser Situation/diesem Gefühl um?
- Was hilft Ihnen dabei?

Die Patienten werden aufgefordert, sich in Gruppen zu 2 – 3 Personen zusammenzutun und jeweils von Ecke zu Ecke zu gehen und sich dort ca. 10 – 15 Minuten über die vorliegenden Fragen auszutauschen. Anschließend werden die Erfahrungen in einem Schaubild festgehalten. Die Patienten tragen zu den verschiedenen Gefühlen ihre Erfahrungen zusammen. Dabei wird besonders die somatische Symptomatik bei einer Gefühlsregung verdeutlicht.

---

<sup>2</sup> Siehe zu diesem Thema auch die Kapitel ‚Blickdialoge‘ in PETZOLD 1992, S. 770f und ‚Spiegeln‘ in PETZOLD 1992, S.775f und in Integrative Therapie in der Lebensspanne - Dimensionen einer ‚elastischen‘ und ‚aktiven‘ Behandlungstechnik, ebenso LICHTENBERG 1990.

Beispiele: **Wut** = roter Kopf, Blutdruck steigt, Kraft spüren, laut werden, körperlich sich abreagieren wollen durch Schlagen, Druck im Bauch, nicht mehr klar denken können. **Traurigkeit** = blass, Augen sind verhangen, kraftlos, Gefühl von Kälte und Leere, Sprachlosigkeit. **Angst** = stumm, bewegungslos, Zittern, Kälte, Druck auf dem Herzen, Gänsehaut, Durchfall. **Freude** = Aktivität, in Kontakt treten, Bedürfnis sich mitzuteilen, Körper in der Expansion, Wärme.

Damit können die Patienten die somatische Seite von Gefühlen erfassen, erkennen und die enge Verbindung von seelischer, geistiger und körperlicher Reaktion herstellen. Edukativ wird eingebracht, wie ein Kind Gefühle lernt an einem für viele Patienten bekannten Beispiel des Kindes, welches Bauchschmerzen hat und schreit. Viele Elternpatienten sagen spontan, dass das Kind Kummer hat. Damit ergibt sich auch die Möglichkeit für die Patienten, über sich selbst zu sprechen. Auch Redewendungen wie ‚da liegt mir was auf dem Magen‘ o.ä. sensibilisiert die Patienten für den Psyche-Soma-Zusammenhang. Das Gespräch fokussiert zum Ende hin auf ein konkretes Gefühl, und wie man damit umgehen kann. Z. B. wie kann ich in einem Streit mit meiner Wut am Arbeitsplatz umgehen?“.

### Kreativtherapeutisch

Kreativtherapeutisch wird das Thema aufgegriffen mit unstrukturiertem Material, welches Möglichkeiten zur sinnlichen Gestaltung und haptischem Ausdruck bietet wie z. B. Malen mit Fingerfarben. Auch das Laufenlassen von Seidenmalfarbe auf Japanpapier lockert die innere Kontrollabwehr.



Abb. 2: Medium Fingerfarbe (Patientenarbeit)

### Medium Fingerfarbe

unbekannt, ungewohnt, Widerstände werden empfunden und überwunden, ist Kinderkram (= Affekterleben wird in der frühen Kinderzeit erlernt), Material ist stark haptisch (d.h. stark an frühes Affekterleben erinnernd), völlig unstrukturiert (Darstellung von Atmosphären und nicht Objekten/Szenen), schnell werden innere Vorbehalte gelöst, entstehen farbige Flächen, die ansprechen und motivieren, durch das Arbeiten mit den ganzen Händen lösen sich Spannungen, wird Erleichterung und Ruhe empfunden



## Körper-/Leibtherapeutisch

Körper-/Leibtherapeutisch gibt es Übungen zum Loslassen, Getragensein und Spüren, wie es sich besonders in der Partnerübung „Tragen von Armgewichten“ ausdrückt: Die Gruppenmitglieder finden sich in Dreiergruppen zusammen. Nacheinander nimmt jeder einmal die passive Rolle ein und legt sich auf eine Matte. Während die anderen seine Arme halten, darf der Liegende seine Armgewichte ganz an die Tragenden abgeben.

### 4.2 Meinen Selbstwert erkennen

Insgesamt ist den Patienten mit somatoformen Störungen die geringe Selbstwahrnehmung gemein. Vielfach leben sie in normativ vorgegebenen beruflichen und sozialen Bezügen, ohne die eigene Befindlichkeit wahrzunehmen. Der Selbstwert bezieht sich aus ihrer Anpassung an die vorgegebene Maxime und Unterordnung an die nahen Beziehungspersonen. Wenn diese aus persönlichen oder auch krankheitsbedingten Gründen nicht mehr eingehalten werden können, verfällt der Patient in eine depressive Stimmungslage (GRAWE & GRAWE-GERBER 1999, S.67). Es geht darum, dass die Patienten diesen Prozess erkennen und die Eigenverantwortlichkeit für ihr Selbstwertgefühl wahrnehmen.

#### Gesprächsgruppe:

Die Eingangsrunde gestaltet sich aktiv, in dem jeder Patient sich mit einer Körperbewegung/-geste einzeln im Kreis vorstellt und diese Geste von den Mitpatienten wiederholt wird. Dabei benennen die Teilnehmer in der Auswertung die Individualität und die Selbstsicherheit als besonders hervorstechende Themen durch diese Übung.

Im folgenden Rundgespräch wird das Thema weitergeführt anhand eines zu erarbeitenden Tafelbildes. Das Wort SELBST-WERT-GEFÜHL wird aufgeteilt in seine drei Wortbestandteile. Das SELBST entspricht dem Selbstbewusstsein: Meine Herkunft, meine Stärken und Schwächen, meine Wünsche, meine Verletzungen... Meinen WERT beziehe ich aus dem, wie ich mich selbst dafür anerkenne, meine Stärken und Schwäche positiv oder negativ bewerte. Daraus entwickelt sich schließlich ein sicheres oder unsicheres GEFÜHL für sich selbst. Zunächst werden mit den Patienten Stichworte zu den einzelnen Worten gesammelt mit der Zielsetzung: „Wenn ich meine Fähigkeiten und Unzulänglichkeiten kenne - weiß

ich was ich kann und kann stolz darauf sein - und das gibt mir Sicherheit!“. Psychoedukativ fließen Ergänzungen aus dem Depressionsmodell ein (HOFFMANN & HOLZAPFEL 1995, S.129).

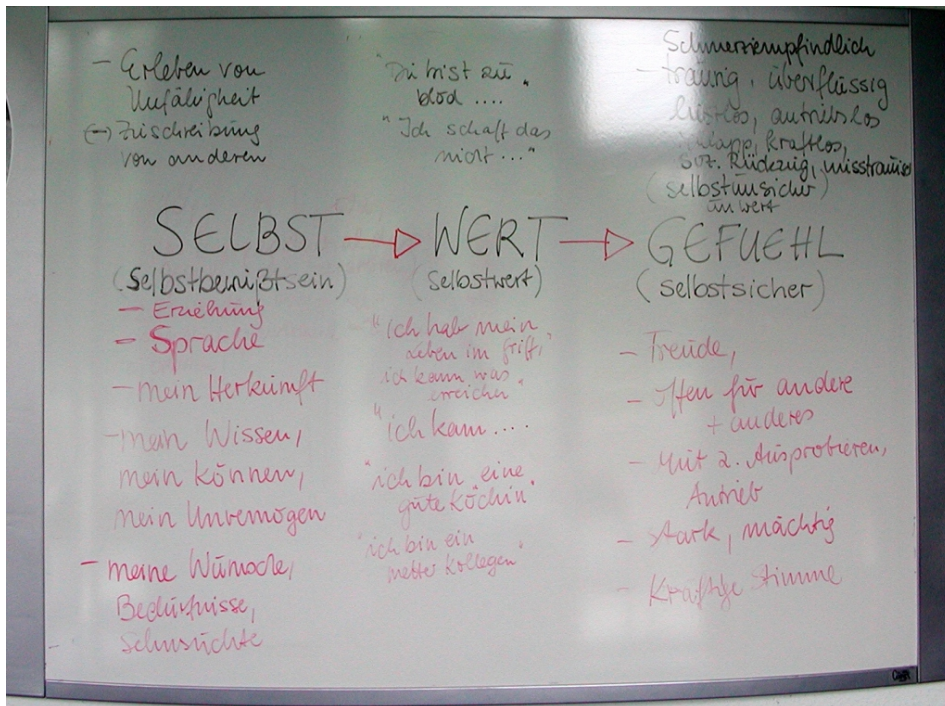


Abb.3: Selbstwertgefühl (Beispiel für eine Gruppenarbeit)

Abschließend wird mit der Übung „Ich schätze an mir..., ich mag an mir...“ die Verantwortung für den eigenen Selbstwert eingeübt. Die Teilnehmer werden reichum aufgefordert, den Satzanfang für sich selbst fortzusetzen und laut zu benennen. Dabei wird Hilfestellung geleistet, auch einfache Fähigkeiten zu benennen und Qualitäten, die nicht unbedingt sogleich zum Nutzen für andere sind.

### Kreativtherapeutisch

Kreativtherapeutisch soll über einfache Mittel erfahren werden können, wie der Einzelne sich Befriedigung und Anerkennung verschaffen kann, was z. B. bei Fortführung des Seidenmalbildes von der Stunde vorher erfahren werden kann, indem aus den simplen Verlaufs Bildern Passepartout-Karten gestaltet werden. Selbst das unscheinbarste Bild bekommt dadurch Geltung und löst beim Patienten Stolz aus, und wird noch durch die positive Resonanz der anderen Gruppenteilnehmer verstärkt. Möglich ist aber auch eine Collagenarbeit zu den fünf Identitätssäulen (PETZOLD & ORTH 1994, S.371): Körper, Arbeit und Leistung, soziales Netz, Finanzen und Wohnen, Werte und Lebenssinn, um die eigene Lebenssituation zu reflektieren (siehe dazu Anlage 1). Diese Arbeit ist jedoch in der Umsetzung mit den Pati-

enten komplexer und zeitintensiver. Einfacher gelingt es, indem die Patienten einen großen Kreis auf ihr Blatt malen, das eine Torte darstellt. Die Patienten sollen nun diese in fünf Tortenstücke teilen, die für die fünf Lebensbereiche stehen und durch die Größen- und Farbwahl und weitere beliebige Ausgestaltung deutlich machen, wie wichtig diese für ihre aktuelle Alltagssituation sind.

### Körper-Leibtherapeutisch

Körpertherapeutisch wird die eigene Identität gefördert durch Übungen wie

- „Meinen Lieblingsplatz wählen“ oder
- „Mein Platz in der Gruppe“

## 4.3 Kommunikation

Wie oben schon beschrieben, haben diese Patienten häufig Schwierigkeiten mit einer angemessenen Selbstexploration. Das mangelnde Spiegeln (PETZOLD 1992, S.775f) der Bezugspersonen führte nicht nur zur defizitären Affektwahrnehmung, sondern auch zu mangelnder Ausbildung der kommunikativen Fähigkeiten, was zu häufigen Konflikten in der späteren Beziehungsgestaltung führt. Dies insbesondere vor dem Hintergrund, dass in der Kommunikation größtenteils nonverbale Anteile wirken wie Mimik, Gestik, Modulation der Stimme u. a., die gerade Ausdruck der emotionalen Schwingungen sind. Das Gruppenangebot will die eigene Mitteilungsfähigkeit stärken.

### Gesprächsgruppe:

Zum Eingang wird in der Gruppe Ball gespielt und anschließend die Erfahrungen darüber ausgetauscht. Im Rundgespräch wird in einem Tafelbild festgehalten, was zu einem gelungenen Ballspiel beiträgt:

- Blickkontakt halten,
- Spaß haben,
- Reaktionsschnell sein,
- Konzentration und Präsenz zeigen,
- Kreativität entwickeln,
- Gruppengefühl haben,
- Aktion und Re-Aktion erleben.

Nun werden mit den Patienten die „Ballspielregeln“ auf eine gelungene Kommunikation übertragen. Die Teilnehmer benennen dabei auch die Schwierigkeiten im Sprechen mit anderen z.B. Monologe oder Aneinandervorbeireden in Gesprächen. Psychoedukativ werden alternative Gesprächsregeln vorgestellt. Besonders werden der gegenseitige Blickkontakt im Gespräch (= Spiegeln), die ungeteilte Aufmerksamkeit, das wechselweise Sprechen und der geteilte Humor als hilfreiche Verhaltensweisen hervorgehoben. Zum Abschluss können in der Übung „Der kontrollierte Dialog“ (siehe dazu Anlage 2 SCHWÄBISCH & SIEMS 1974, S.168) das aufmerksame und empathische Zuhören und Sprechen erprobt werden.

### Kreativtherapeutisch

Kreativtherapeutisch wird das Gelernte auf nonverbale Weise bei einem Partnerbild vertieft: Zwei Patienten malen miteinander ein Bild ohne sich vorher abzusprechen und auch während der Arbeit miteinander zu sprechen. Einer beginnt zu malen, der andere reagiert auf das Gemalte mit eigenen Ideen, in dem er darauf malerisch eingeht oder eigene Impulse setzt. Anschließend wird in der Gruppe besprochen, wie jedes Paar diese Aufgabe gelöst hat: „Sind sie aufeinander eingegangen oder hat jeder für sich eine Fläche gemalt?“ „War es ein gemeinsames Tun oder dominierte einer den anderen?“ und ähnliche Fragen.



Abb.4: Wechsel von Aktion und Reaktion (Patientenarbeit)

## Körper-/Leibtherapeutisch

Körper-/Leibtherapeutisch wird das Agieren und Empfangen in den Übungen

- „Führen und geführt werden“ oder
- In der Übung „Dialog Rücken an Rücken“ erlebnisorientiert fortgesetzt.

## 4.4 Ressourcen nutzen

Erkrankungen schränken immer die Lebensqualität ein, insbesondere sozial, finanziell als auch bewegungsmäßig. Erkrankungen werden negativ bewertet und als identitätskränkend erlebt. Der sinkende Selbstwert stellt eine Gefahr für depressive Folgeerkrankungen dar, was oftmals symptomverstärkend wirkt. Ressourcen dagegen wirken aufbauend, selbstwertstärkend und auch ablenkend, was sich besonders bei Schmerzstörungen als hilfreich erwiesen hat. Die Patienten können durch Nutzung ihrer Ressourcen aus der eigenen Ohnmacht heraustreten und sich selbstwirksam erleben, was stabilisierend und oftmals symptomreduzierend wirkt. Dabei sind nach PETZOLD (1997, S. 438) „Ressourcen alle erdenklichen Mittel der Hilfe und Unterstützung, [...] mit denen Überforderungssituationen und Krisen bewältigt werden können: innere Ressourcen/Stützen wie physische Vitalität, emotionale Tragfähigkeit, Willensstärke, geistige Werte, aber auch äußere Ressourcen/Stützen wie Freunde, soziale Netzwerke, Unterkunft, Geld.“

### Gesprächsgruppe:

Zum Eingang wird dem Patienten die Phantasiereise „Meine Lebenskraft“ angeboten (BEITEL 1996, S. 49f) (siehe dazu Anlage 3). Über die Entspannungsübung kommt man zugleich in Berührung mit ureigensten Ressourcen. Im folgenden Rundgespräch wird mit den Patienten das Centering-Modell von HARTMANN (1991) (siehe Anlage 4) aus der Psychoonkologie erarbeitet. Dieses übersichtliche Modell ordnet die verschiedenen Möglichkeiten ressourcenorientierten Handelns in sieben Felder. Ohne Vorgaben wird mit den Teilnehmern erörtert, aus welchen Lebensbereichen sie Kraft schöpfen, wie z. Bsp. Familie, Heimwerken, Garten. Dabei werden die Patienten aufgefordert, möglichst anschaulich zu berichten. Die Teilnehmer können sich dabei ihrer ganz persönlichen Ressourcen bewusst werden. Passive Teilnehmer profitieren hier von aktiven. Die genannten Kraftquellen werden dann unter die Oberbegriffe eingeordnet. Psychoedukativ werden noch aus Sicht der Psychohygiene Ergänzungen erläuternd eingefügt. Mit einem ent-



sprechenden Handout setzen sich die Teilnehmer in Dreiergruppen zusammen und tragen für sich ein, was sie in Zukunft an Ressourcen nutzen wollen, in der Gruppe nennt jeder noch einmal seine wichtigste Ressource.



Abb. 5: Ressourcenkreis (eigene Darstellung aus der Gruppenarbeit)

### Kreativtherapeutisch

Kreativtherapeutisch kann das persönliche Ressourcenfeld in Form einer Collage umgesetzt werden. Das Malen eines Mandalas stellt eine praktische Übung zur Ressourcennutzung dar, hier zur Entspannung und Schmerzablenkung.

### Körper-/Leibtherapeutisch

### Körper-/Leibtherapeutisch

wird die Verantwortung für das eigene Wohlergehen gefördert durch die Übungen

- „Das tun, was ich brauche“ oder
- „Kreis dirigieren“

## 5. Prozessvignetten

Die Patienten reagieren sehr unterschiedlich auf das Konzept. Für den Einen wird das Thema Gefühle sehr wichtig und hilfreich, andere können mit dem Ressourcenmodul mehr anfangen. Zwei Beispiele sollen dies verdeutlichen. Dabei sind dies keine ausführlichen Prozessvignetten, die Daten wurden reduziert und verfremdet, es sollte lediglich zur Veranschaulichung ein Praxisbezug hergestellt werden.

### 5.1 „Ich habe keine Freunde“

Ein junger Patient in den 30ern kommt mit einem Reizdarmsyndrom im Rahmen einer Trennungssituation. Er zeigt sich im Verlauf des Heilverfahrens angepasst, freundlich, jovial, unauffällig. Das psychosomatische Therapieprogramm geht scheinbar spurlos an ihm vorüber. Erst zum Ende beim Modul Ressourcen horcht er auf, als seine Mitpatienten von ihren sozialen Kontakten und Aktivitäten berichten. Er habe keine Freunde und glaube, er bräuchte auch keine. „Samstags die Einfahrt fegen“ und „das Auto waschen“ seien für ihn die wichtigsten Ressourcen. Doch zugleich stutzt er, fragt sich und ist in seinem Selbstverständnis unsicher geworden. Diese Erkenntnis geht ihm nicht aus dem Kopf. Tage später im Abschlussgespräch kann er sich öffnen und berichten, weshalb er nicht auffallen will, keine vertrauensvollen Bindungen aufbaut, immer die Einfahrt und das Auto sauber hält. Er wurde im Alter von 5 Jahren von seinen Eltern, die Schiffer waren, bei Fremden abgegeben und seine Eltern kamen nie wieder. Immer wieder hatte er als Kind in der Einfahrt gestanden und gewartet, dass sie wiederkämen. Er habe alle seine Tränen versteckt, sei brav und angepasst gewesen, habe nie Beziehungen aufgebaut, weil er immer auf seine Eltern gewartet hätte. Der Patient hatte Zugang zu tief verschütteten Verlassenheitsängsten und seiner Trauer gewonnen, die durch seine Trennung re-aktualisiert wurden. Dabei veränderte sich sein Selbstverständnis und ihm wurde die Dringlichkeit der weiteren Aufarbeitung durch Psychotherapie bewusst.

## 5.2 „Ich schätze meine Hände“

Ein älterer russlanddeutscher Patient in den 50ern, Bauarbeiter, mit einer somatisierten Depression nimmt passiv, aber aufmerksam am Therapiegeschehen teil. Er teilt sich wenig mit. Was in seinem Kopf vorgeht, bleibt verborgen. Ein nicht unangenehmer, aber doch fremd bleibender Patient. Das ändert sich beim Modul Selbstwert. Bei der Abschlussübung „Ich schätze an mir“, die oft anfänglich zäh verläuft wegen der vermeintlichen Eitelkeit bei dieser Übung, sagt er unvermittelt: „Ich schätze meine Hände“. Daraufhin ermuntert mehr zu berichten, erzählt er zunehmend lebendiger werdend in Mimik, Gestik und stimmlicher Modulation von dem Haus in Russland, das er gebaut habe, von der Arbeit mit dem Vieh auf der Kolchose, vom Halten seines kleinen Enkelsohnes und von handwerklichen Arbeiten, die er heute verrichten würde. Der Patient taucht aus seiner depressiven Zurückhaltung auf und erinnert, mit Stolz in der Stimme, lebhaft diese Momente tiefer Befriedigung im Spüren seiner Hände. Es ist ein Luftloch in dem grauen Nebel der somatisierten Depression entstanden, und es ergibt sich therapeutisch nun eine Möglichkeit, tiefer mit ihm ins Gespräch über seine Fähigkeiten und Wünsche zu kommen.



## 6. Kritische Wertung

Das Konzept wird nun seit einigen Jahren in unserer Klinik angewandt, inzwischen auch von verschiedenen Kollegen fortgeführt und verändert. Die Reaktion der Patienten ist unterschiedlich. Ein Teil der Patienten kann Zugang zu eigener verdrängter Konfliktlage gewinnen und nimmt weitere psychotherapeutische Hilfe in Anspruch, entweder durch Wechsel in eine unserer konfliktorientierten Gruppen oder als ambulante Weiterführung. Andere profitieren von den allgemein vermittelten psychotherapeutischen Erkenntnissen und wollen sie zu einer besseren Alltagsbewältigung nutzen. Letztlich bleiben aber auch immer Patienten in ihrem Widerstand verhaftet. Hier wirkt insbesondere die Konstellation von Psychotherapie und Rehabilitationsklinik eines Rentenversicherungsträgers als ungünstig und eher krankheitsverstärkend. Letztendlich bleibt anzuerkennen, dass Psychotherapie nicht alles kann, insbesondere da somatoforme Störungsbilder häufig als Folge strukturell früher Schädigungen zu sehen sind. Unter dem Blickwinkel des Defizitmodells sind dann anderen therapeutischen Maßnahmen, die Regression und Nachreifung ermöglichen, Vorrang zu geben gegenüber einem konfliktorientiertem Vorgehen (RUDOLF 2005, S. 84). Es bleibt der Auftrag psychosomatischer Rehabilitation, den Patienten dort anzunehmen, wo er steht und mit ihm den nächsten Schritt im Rahmen seiner Möglichkeiten zu erarbeiten. Das bedeutet, den Widerstand als Schutzmechanismus zu akzeptieren.

Der klinische Nutzen dieses vorliegenden Konzeptes liegt darin, dass konfliktorientierte Gruppen zunächst von ‚widerständigen‘ Patienten entlastet und nicht mehr torpediert werden. Zumindest die Angebote zu einem verbesserten Alltagsmanagement (Kommunikationsregeln, Affektumgang und Ressourcennutzung) werden von fast allen Teilnehmern positiv wahrgenommen und führen zu einer positiven Bewertung des Heilverfahrens. Das vorliegende Konzept mit den vier Modulbausteinen entlastet den klinisch tätigen Psychotherapeuten und gibt gerade auch Berufsanfängern Sicherheit im Umgang mit dieser Klientengruppe. Dabei können die methodischen Umsetzungen der vier Themenbausteine auf die jeweilige Gruppenzusammensetzung und das therapeutische Vermögen des Behandlers zugeschnitten werden.

Das vorliegende Gruppentherapiekonzept greift damit auch die Ergebnisse der in der Psychotherapieforschung benannten Wirkfaktoren auf (FEDERSPIEL & LACKINGER 1996, S.177):

- „Am wichtigsten ist, dass die Therapeutin ihre Klient/innen aktiv unterstützen und ihre Selbstheilungskräfte wecken.“ Durch Ressourcenorientierung kann Patienten ein rascher Zugang dazu vermittelt werden.
- „Klient/innen müssen die Ursachen verstehen, die hinter ihren Störungen und Problemen liegen und die versteckten Motive hinter den eigenen Einstellungen begreifen.“ Hierzu kann Psychoedukation eine wesentliche Hilfestellung bieten.
- „Was verändert werden soll, muss man aktuell erfahren, im Hier und Jetzt. Schließlich müssen Klient/innen, wollen sie gesunden, ihre Stärken spüren lernen und selbständig Handelnde werden“. Dies bewirkt erlebniszentriertes - handlungsorientiertes Vorgehen.
- „Wichtig ist die Eigeninitiative. Wer bereit ist, neue Gedanken aufzunehmen und neues Verhalten auszuprobieren, hat gute Aussichten auf Erfolg. Dazu müssen Therapeut und Klient aktiv zusammenarbeiten.“

## Zusammenfassung / Summary

### **Zusammenfassung: „Ich schätze meine Hände“ - Gruppentherapiekonzept zur Behandlung von Patienten mit somatoformen Störungsbildern auf der Basis der Integrativen Therapie mit Zielsetzung Erlebnisaktivierung, Psychoedukation und Ressourcenaktivierung**

Die vorliegende Arbeit stellt ein Konzept zur klinischen Gruppentherapie von Patienten mit somatoformen Störungen vor mit der Zielsetzung, diese an psychotherapeutisches Vorgehen heranzuführen und für weitere Behandlung aufzuschließen und zu motivieren. Basierend auf dem Konzept des Informierten Leibes und dem Dritten Weg der Heilung und Förderung in der Integrativen Therapie nach Petzold wird ein Konzept entwickelt mit vier Modulen, die psychoedukativ, interaktionell und übend die Themen Gefühle, Selbstwert, Kommunikation und Ressourcen behandelt. Nach einer theoretischen Darstellung des Konzeptes wird die Anwendung in den Modulbausteinen Kerngruppe, Kreativ- und Körpertherapie vorgestellt. Zur Veranschaulichung der Wirksamkeit folgen zwei Prozessvignetten. Abschließend erfolgt eine kritische Würdigung der erfolgten Praxis und des klinischen Nutzens für die Behandler.

**Schlüsselwörter:** Somatoforme Störungen, Behandlungskonzept in der Rehabilitation, 3. Weg der Heilung und Förderung in der IT, ressourcenorientierte Erlebnisaktivierung

### **Summary: “I value my hands”. A Concept for Group Therapy in the Treatment of Somatoform Disorders on the Basis of Integrative Therapy aiming at Psychoeducation, Experience and Resource Activation**

The following article presents a concept for clinical group therapy for patients with psychosomatic diseases with the aim to give them an approach into psychotherapy and motivate for further treatment. Basing on the theories of the informed body and the third way of healing and fostering in Integrative Therapy of H. G. Petzold a concept will be developed with four modules, which treat in a psycho-educating, interacting and practising way the subjects feelings, one's own worth/self-confidence, communication and resources. After a theoretical representation of the concept the modules will be presented in the practice of group therapy, creative therapy and body therapy. Two casebooks illustrate the effectiveness. Finally follows a critical appreciation of the practice and the clinical benefit for the treating therapists.

**Keywords:** Somatoform Disorders, Treatment in Rehabilitation, 3. Pathway of Healing and Fostering, Resource Oriented Experience Activation

## Literaturverzeichnis

BEITEL, E. (1996): Bochumer Gesundheitstraining – ein ganzheitliches Übungsprogramm, Dortmund.

DEUTSCHE RENTENVERSICHERUNG (HRSG) (2007): Zukunft jetzt – Das Magazin der Deutschen Rentenversicherung – Immer öfter spielt der Kopf nicht mit, Berlin. Jg. 2, H. 2, S. 14.

FEDERSPIEL, K. & K. LACKINGER (1996): Kursbuch Seele – Was tun bei psychischen Problemen? Beratung, Selbsthilfe, Medikamente, 120 Psychotherapien auf dem Prüfstand, Rheda-Wiedenbrück.

GRAWE, K. & M. GRAWE-GERBER (1999): Ressourcenaktivierung – Ein primäres Wirkungsprinzip der Psychotherapie. In: Psychotherapeut, Heidelberg. Jg. 44, H. 2, S. 63-73.

HARTMANN, M.S. (1991): Praktische Psycho-Onkologie, München.

HAUSMANN, B. & R. NEDDERMEYER (1996): Bewegt sein - Integrative Bewegungs- und Leibtherapie in der Praxis. Paderborn.

HOFFMANN, S.O. & G. HOLZAPFEL (1995)<sup>5</sup>: Neurosenlehre, Psychotherapeutische und Psychosomatische Medizin, Stuttgart.

HÖHMANN-KOST, A. (2002)<sup>2</sup>: Bewegung ist Leben, Bern.

ILJINE, V.N. (1942): Das therapeutische Theater, Paris.

KLINIK ROSENBERG (HRSG)(2005): QM Handbuch – Behandlungspfade und Gruppenkonzepte, Bad Driburg.

LICHTENBERG, J.D. (1990): Einige Parallelen zwischen den Ergebnissen der Säuglingsbeobachtung und klinischen Beobachtungen an Erwachsenen, besonders Borderlinepatienten und Patienten mit narzisstischer Persönlichkeitsstörung. In: Petzold, H. (Hrsg.)(1995): Die Kraft liebevoller Blicke. Psychotherapie und Babyforschung. Paderborn

MENTZOS, ST.(2000)<sup>17</sup>: Neurotische Konfliktverarbeitung, München.

ORTH, I. (1994): Unbewusstes in der therapeutischen Arbeit mit künstlerischen Methoden – Überlegungen aus der Sicht „Integrativer Therapie“. In: Integrative Therapie – Kreative Medien und Diagnostik, München. Jg. 20, H.4, S. 312-339.

PETZOLD H. (1988) Ein ganzheitlicher Weg leibbezogener Psychotherapie - Die vier Wege der Heilung und Förderung. In: Petzold H. (1996)<sup>3</sup> Integrative Bewegungs- und Leibtherapie I1. Paderborn, S.173ff

PETZOLD, H. (1990): Integrative Therapie in der Lebensspanne, S. 649-788. In: PETZOLD, H. (1993b<sup>2</sup>): Integrative Therapie II - 2. Klinische Theorie, Paderborn.

PETZOLD, H. (1992): Konzepte zu einer integrativen Emotionstheorie und zur emotionalen Differenzierungsarbeit als Thymopraktik, S. 789-870 In: PETZOLD, H. (1993b<sup>2</sup>): Integrative Therapie II - 2. Klinische Theorie, Paderborn.

PETZOLD, H. (1993a)<sup>2</sup>: Integrative Therapie II - 1. Klinische Philosophie, Paderborn.

PETZOLD, H. (1993b)<sup>2</sup>: Integrative Therapie II - 2. Klinische Theorie, Paderborn.

PETZOLD, H. (1997): Das Ressourcenkonzept in der sozialinterventiven Praxeologie und Systemberatung. In: Integrative Therapie – Ressourcen in Organisation. München, Jg. 23, H. 4, S 435–471.

PETZOLD, H. (2004a): Der informierte Leib und performative Synchronisation in der Integrativen Leib- und Bewegungstherapie als psychophysiologisches Behandlungsverfahren – Teil. In: Psychologische Medizin, Jg. 15, H. 1, S. 10-20

PETZOLD, H. (2004b): Der ‚informierte Leib im Polylog‘ – ein integratives Leibkonzept für die nonverbale/verbale Kommunikation in der Psychotherapie. S. 107-156  
In: HERMER, M. (2004): Nonverbale Kommunikation in der Psychotherapie, Tübingen.

PETZOLD, H. (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. (2012h): KOMPLEXE HUMAN THERAPIE III: Integrative Therapie in der „dritten Welle“ – Transversalität zwischen Innovation und Vertiefung. Die „Vier WEGE“ und die „14 Wirkfaktoren“ als Prinzipien heilender, gesundheitsbewusster und entwicklungsfördernder Lebensführung. *Integrative Therapie* 3-4.

PETZOLD, H. & I. ORTH (1994): Kreative Persönlichkeitsdiagnostik durch mediengestützte Techniken in der Integrativen Therapie und Beratung. In: *Integrative Therapie - Kreative Medien und Diagnostik*, Jg. 20, H. 4, S. 340-391.

PETZOLD, H. & I. ORTH, J. SIEPER (2006): Erkenntniskritische, entwicklungspsychologische, neurobiologische und agogische Positionen der ‚Integrativen Therapie‘ als Entwicklungstherapie, S.627 – 765 In: Petzold, H. & P. Schay, W. Scheiblich (Hrsg.)(2006): *Integrative Suchtarbeit*, Wiesbaden.

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.

REVENSTORF, D. (1992): Richtungen und Ansätze in der Psychotherapie. In: Bastiane, R. (Hrsg)(1996): *Klinische Psychologie – Band 2*, Stuttgart. S.303-360.

RUDOLF, G. (2005)<sup>2</sup>: *Strukturbezogene Psychotherapie – Leitfaden zur psychodynamischen Therapie struktureller Störungen*, Stuttgart.

SCHWÄBISCH, L. & M. SIEMS (1974): Anleitung zum sozialen Lernen für Gruppen und Erzieher – Kommunikations- und Verhaltenstraining, Reinbek.

SCHUCH, H.W. (1999): Intersubjektivität, Kreativität, Leiblichkeit – Grundzüge eines Modells Integrativer Therapie, Georgsmarienhütte. (= Ohrbecker Studien Nr. 17 – Haus Ohrbeck).

STEVENS O.J (1975): Die Kunst der Wahrnehmung- Übungen der Gestalt-Therapie, München.

VOPEL, K.W. (1996): Aufwärmspiele 2 – Lebendiges Lernen und Lehren Spiel, die verbündeten, Hamburg.

# Anlagen

## Anlage 1: 5 Säulen der Identität

Zum Themenbaustein „Selbstwertgefühl“, Kreativtherapie

In: PETZOLD & ORTH 1994, S. 340-391

„Die menschliche Persönlichkeit, die Identität jedes Menschen, wird von fünf wichtigen Bereichen bestimmt“

### 1. Leiblichkeit

Auf unsere Identität wirkt alles, was mit dem Körper, unserem Leib zu tun hat, seiner Gesundheit, seinem Kranksein, seiner Leistungsfähigkeit, seinem Aussehen, mit der Art und Weise, wie wir uns mögen oder „in unserer Haut wohl fühlen“ oder eben auch unwohl fühlen, und natürlich, wie andere Menschen uns in unserer Leiblichkeit wahrnehmen, ob sie uns anziehend finden oder uns ablehnen, schön finden oder hässlich, als gesund und vital oder als krank und gebrechlich.

### 2. Soziales Netzwerk

Weiterhin wird unsere Persönlichkeit und Identität nachhaltig bestimmt von unseren sozialen Beziehungen, unserem sozialen Netzwerk, den Menschen, die für uns wichtig sind, mit denen wir zusammen leben und arbeiten, auf die wir uns verlassen können, Menschen, für die auch wir da sein können und denen wir etwas bedeuten. Natürlich gehören auch Leute zu unseren sozialen Netzwerken, die uns nicht wohl gesonnen sind, uns feindselig gegenüberstehen oder schaden.

### 3. Arbeit, Leistung, Freizeit

Unter diese Überschrift kann der dritte Bereich gesellt werden, der unsere Persönlichkeit, unsere Identität trägt. Leistungen, die wir im Arbeitsbereich erbringen, Arbeitszufriedenheit, Erfolgserlebnisse, Freude an der eigenen Leistung, auch entfremdete Arbeit, Arbeitsbelastungen, überfordernde sowie erfüllte oder fehlende Leistungsansprüche bestimmen unsere Identität nachhaltig und natürlich der Bereich unserer Freizeit. Überdies werden wir in unseren beruflichen Rollen und Leistungen gesehen und wertgeschätzt oder auch negativ beurteilt.

### 4. Materielle Sicherheit

Der vierte Bereich hat mit unseren materiellen Sicherheiten zu tun, unserem Einkommen, den Dingen, die wir besitzen, z.B. Mietwohnung oder Haus, aber auch dem ökologischen Raum, dem wir uns zugehörig fühlen oder wo wir Fremde sind. Fehlende materielle Sicherheiten belasten unser Identitätsleben schwer.



## 5. Werte

Der fünfte und letzte Bereich, der unsere Persönlichkeit und Identität trägt, sind unsere Werte. Das, was wir für richtig halten, von dem wir überzeugt sind, wofür wir eintreten und von dem wir glauben, dass es auch für andere Menschen wichtig sei. Das können religiöse oder politische Überzeugungen sein, unsere „persönliche Lebensphilosophie“, Grundprinzipien, an denen wir uns ausrichten und die wir mit anderen Menschen teilen.

Versuchen Sie jetzt Ihre Identitätsbereiche, die „Säulen“, die Ihre Identität tragen, bildlich darzustellen, in Formen, Farben, Symbolen. Sie können, wenn sie möchten, diese Anleitung auch noch einmal einsehen. Sie liegt neben dem Zeichenblatt.

## Anlage 2: Kontrollierter Dialog

Zum Themenbaustein: Kommunikation, Gesprächsgruppe

In: Schwäbisch & Siems 1974, S 168f

In dieser Übung soll geübt werden, vor dem Aussprechen jedes eigenen Gedankens, den vorangegangenen Satz des Partners zu paraphrasieren. Wer es kann, kann auch statt der Paraphrase (Stufe 2 des partnerzentrierten Gesprächs) den gefühlsmäßigen Inhalt des vorangegangenen Satzes des Partner verbalisieren (Stufe 3 des partnerzentrierten Gesprächs), das wird aber erst Lernziel der 4.Sitzung.

Anders aber als beim partnerzentrierten Gespräch, bei dem sich ein Partner für einige Zeit ganz auf den anderen einstellt, kann beim kontrollierten Dialog das Gespräch hin- und herpendeln und ein normales „Zwiegespräch“ sein - nur dass die vorangegangene Äußerung des Partner noch einmal in eigenen Worten wiederholt werden, bevor man selbst Stellung nimmt.

### Ablauf

Der jeweilige Zuhörer soll, bevor er auf den Gesprächsbeitrag des Partners antwortet oder seine eigene Meinung darstellt, in seinen Worten versuchen, zu wiederholen, was sein Partner gesagt hat, und gibt dem Sprecher die Möglichkeit, zu ergänzen oder richtig zustellen. Erst wenn der Sprecher glaubt, richtig verstanden worden zu sein, kann der Zuhörer nun seinerseits seine Ansicht oder Meinung zu dem Gesprächsthema vorbringen. Auch sein Beitrag wird wiederholt von seinem Partner, bevor dieser antwortet. Das Gespräch verläuft also abwechselnd und ist ständig durchsetzt mit Wiederholungen der Beiträge des anderen.

Um diese Regel einhalten zu können, ist es wichtig, dass die einzelnen Gesprächsbeiträge nicht allzu lang werden, da der Zuhörer überlange Äußerungen nicht entsprechend wiederholen kann. Ein schnellerer Wechsel zwischen Sprecher- und Zuhörerrolle erhöht die Aufmerksamkeit bei den Partnern, und auf diese Weise wird vermieden, dass ein Partner in eine passive Rolle gedrängt wird, die es ihm unmöglich macht, seinen Standpunkt dazustellen

Ein Beispiel:

A: „Also, wenn ich das alles lese, dann glaube ich, dass wir beide zunächst einmal einige Zeit brauchen werden, um uns in den Ablauf einzufinden zu können“

B: „Du meinst also, dass wir uns erst mal an das Programm gewöhnen müssen? (Tonfall offenfragend!)“

(A: „Hmhm“)

Ich bin genau derselben Meinung. Besonders sehe ich die Gefahr, dass mir alles viel zu langsam geht und ich das Gefühl bekomme, das Ganze geht nicht voran.“

A: „Habe ich das richtig verstanden, dass du die Gefahr siehst, dass du zu ungeduldig bist und zu leicht enttäuscht wirst!?

(B: „Hmhm“)

Ich könnte mir vorstellen, dass dabei aber hilft, wenn wir uns von vornherein sagen, dass wir sehr viel Geduld haben müssen.“

B: „Du meinst, dass wir uns nicht zuviel vornehmen sollten?!

(A: „Nein, ich glaube, wir müssen damit rechnen, dass wir viel Zeit brauchen werden.“)

Du meinst, wir sollte nicht gleiche eine völlig Umkrempelung unser Persönlichkeit und unserer Beziehung versprechen?!

(A: „Hmhm“)

Ich..“ usw. usw.

Dieses Gespräch wird Ihnen vielleicht fremd und unwirklich erscheinen. In der Tat ist es ungewöhnlich, so mit jemand zu sprechen. Doch ist es unbedingt erforderlich, dass Sie sich zu Beginn des Programms an die Regel halten, jeden Gesprächsbeitrag zu wiederholen (rückzumelden). Nur so können Sie die Erfahrung machen, die nötig ist, um später Ihre individuelle Art des „verstehenden Sprechens“ zu finden. Vielleicht wird es später nur noch nötig sein, längere Gesprächsphasen hin und wieder zu wiederholen oder nur noch bei missverständlichen Gedanken zu prüfen, ob Sie richtig verstanden haben. Diese Regel und die Erfahrung, die Sie in diesem Gespräch machen, ist eine Vorbedingung für die richtige Durchführung der Einleitungsgespräche der nächsten Sitzung. Auch für das partnerzentrierte Gespräch ist diese Übung eine wichtige Vorübung.

Wir sind nicht der Meinung, dass diese Gesprächsform in Ihrem Alltag so strikt angewendet werden kann. Aber wenn Sie über die zehn Sitzungen jedes Mal im kontrollierten Dialog auf „überschießende“ und extreme Weise üben, den anderen erst einmal zu verstehen, bevor sie selbst sprechen, dann wird sich diese verstehende Haltung von selbst auf Ihren Alltag übertragen. Dann werden Sie eine verstehende Gesprächshaltung auf *Ihre* Art und Weise verwirklichen, ohne dass Sie dabei unrecht oder gekünstelt wirken.

Da dieser kontrollierte Dialog den meisten Menschen zunächst sehr schwer fällt, sollen Sie ihn in dieser Übung nur für kurze Zeitabschnitte üben, und zwar zweimal – damit Sie durch das Feed-back vom Tonband gleich einen Lernerfolg feststellen können:

### Anlage 3: Phantasiereise „Meine Lebensenergie“

Zum Themenbaustein: Ressourcen, Warming up in der Gesprächsgruppe

In: BEITEL 1996, S.40f

In der folgenden Vorstellungsübung werden verschiedene Gesichtspunkte des heutigen Themas angesprochen. Wählen Sie das für sich aus, was Sie besonders anspricht und lassen Sie das andere beiseite.-

Setze dich oder lege dich locker und bequem hin, mach es dir so bequem wie möglich und schließe die Augen. Spüre, ob du auch ganz bequem und locker sitzt oder liegst - und wenn dich noch etwas stört, verändere ruhig noch deine Lage.

Und nun kämme sozusagen mit deinem inneren Auge deinen Körper durch, d.h. versuche zu spüren, die dein Körper auf der Unterlage aufliegt. Du brauchst dabei deine Lage nicht zu verändern, versuche nur zu spüren, wie, auf welche Weise die einzelnen Teile und Stellen deines Körpers mit der Unterlage in Berührung sind.

Beginne mit den Füßen: Liegen deine beiden Fersen - oder stehen deine beiden Fußsohlen gleichermaßen auf dem Boden auf? Berühren sie beide die Unterlage mit der gleichen Stelle?

Und deine Beine: Fühlt sich die Art, wie dein linkes Bein mit der Unterlage in Kontakt ist ebenso an wie der Kontakt des rechten Beines?

Und fahre damit fort. Vergleiche jetzt, wie dein linkes Hüftgelenk die Unterlage berührt und wie dein rechtes, das Becken links und rechts, und der Brustkasten, die Rippen. Bewegen sich die Rippen, wenn du atmest, links und rechts auf die gleiche Weise?

Und dein Rücken und die beiden Schulterblätter. Berührt dein Rücken links und rechts der Wirbelsäule die Unterlage auf die gleiche Weise?

Und der Kopf, wie fühlt er sich an? Und wie liegt er vielleicht auf der Unterlage auf?

Achte nun auf deiner Atmung. Deine Atmung geht ruhig und gleichmäßig. Erlebe und genieße das ruhige Fließen deiner Atemzüge und spüre, wie du dich bei jedem Ausatmen immer tiefer und tiefer entspannst.

Und nun stell' dir einen Ort der Ruhe und der Kraft vor, einen Ort, an dem du dich besonders wohl fühlst und dich besonders gut entspannen kannst. Achte auf die Besonderheiten dieses Ortes, auf die Gerüche, auf die Geräusche, die Farben,

die dich dort umgeben. Nimm von seiner Kraft und Energie und von seiner Ruhe soviel wie möglich in dich auf. Lass dir Zeit an diesem Ort.

Und nun, an deinem Ort der Ruhe, stelle dir die Bereiche deines Lebens vor, aus denen du Lebensenergie und Vitalität schöpfst.

Lass dir Zeit bei deinen Vorstellungen.

Versuche für dich herauszufinden, aus welchen Bereichen dir die meiste Lebensenergie zufließt. Vielleicht ist es mehr der berufliche Bereich, vielleicht mehr der private. Und richte dann deine Aufmerksamkeit auf den Bereich, aus dem du die meiste Energie schöpfst. Und verweile bei diesen Vorstellungen und Bildern.

Rufe dir diese Situationen, aus denen du die meiste Lebensenergie schöpfst, so intensiv wie möglich ins Bewusstsein und achte dabei besonders auf deine Gefühle.

Lass dir jetzt einige Augenblicke Zeit, dich diesen Vorstellungen hinzugeben.

Mach dir bewusst, wie deine Gesundheit gestärkt und gestützt wird, wenn du dir Situationen besonderer Lebensenergie, besonderer Stärke, besonderer Freude in deine Erinnerung rufst.

Du kannst dir jederzeit in Alltagssituationen, auch außerhalb einer Entspannungsübung, wann immer du es brauchst, dir diese Gefühle der Zuversicht und der Stärke vergegenwärtigen und dadurch eine Stärkung deiner Lebensenergie erfahren.

Und nun stell' dich allmählich darauf ein, diese Übung bald zu beenden.

Beende nun diese Übung in der folgenden Reihenfolge: Wende dich zunächst wieder deiner Atmung zu und stell dir vor, die du jedes Mal beim Einatmen Kraft und Lebensenergie in die aufnimmst, was immer du darunter verstehst. Und stell dir vor, wie du beim Ausatmen dieses Gefühl der Kraft und Energie in deinem ganzen Körper strömen lässt. Wiederhole mehrere dieser tiefen Atemzüge.

Nun bei geschlossenen Augen die Hände mehrerer Male zu Fäusten ballen, wieder öffnen und wieder zu Fäusten ballen, dabei tief und kräftig weiteratmen. Dann bei geschlossenen Augen die Arme und Beine kräftig bewegen, tief durchatmen, recken und strecken und ganz zum Schluss die Augen öffnen.

Lass dir nun wieder Zeit, in deiner Gegenwart richtig anzukommen.

Wenn sie diese Vorstellungsübung im Liegen gemacht haben, so drehen Sie sich bitte jetzt langsam auf die Seite und setzen Sie sich auf. Bleiben Sie mit geöffneten Augen nun noch eine Weile ruhig sitzen.

## Anlage 4: „Centering Modell“ – Woher kann ich meine Lebensenergie beziehen

Zum Themenbaustein: Ressourcen, Gesprächsgruppe

In: HARTMANN 1991

