

Idiolektische Aspekte in der Systemischen Therapie

Metaphernarbeit im Umgang mit Körpersymptomen

Abschlussarbeit Fachspezifikum

Systemische Familientherapie

Fachsektion systemische Familientherapie ÖAGG

Vorgelegt von

Christoph Duit

am 26.März 2017

1. Begutachterin: Mag. Karin Brem-Gintenstorfer MSc

2. Begutachterin: Christine Blumenstein-Essen

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	2
Vorwort	4
Systemische Psychotherapie	5
<i>Entstehung</i>	5
Der Beginn der systemischen Familientherapie	5
Die strukturelle und die strategische Familientherapie	6
<i>Kybernetik I. Ordnung</i>	6
<i>Kybernetik II. Ordnung</i>	7
Differenzierungen systemischer Therapie	7
<i>Entwicklungen im deutschsprachigen Raum</i>	8
Bindungstheorie, Hirnforschung und Emotionalität	8
<i>Grundbegriffe der systemischen Therapie</i>	9
Was ist ein System?	9
Die Beobachtung des Beobachters	9
Wirklichkeitskonstruktion und Konstruktivismus	10
Autopoiese	12
Homöostase / Perturbation	12
Doppelte Kontingenz	12
Luhmanns Theorie sozialer Systeme	13
Menschen - „linguierende“ Wesen in einem „Multi-versum“	14
Idiolektische Gesprächsführung	16
<i>Definition</i>	16
<i>Geschichtliche Entwicklung</i>	17
<i>Gesprächsbeispiel A.D. Jonas</i>	18
<i>Methodik</i>	19
<i>Haltung</i>	22
Innere Weisheit	22
Ressourcenorientierung	23
Umgang mit Widerstand	25
Paralogik	25

Psychosomatik	26
<i>Psychosomatische Störungen im ICD-10</i>	27
<i>Unterschiedliche Betrachtungsweisen psychosomatischer Phänomene</i>	27
Psychoanalytische Perspektive	28
Verhaltens- und Systemtherapeutische Sichtweise	29
<i>Systemisch-konstruktivistische Konzepte zur Psychosomatik</i>	30
Umgang mit Symptomen in der systemischen Therapie	31
Leitlinien für den Umgang mit psychosomatischen Phänomenen	32
<i>Hypnosystemische Konzepte für den Umgang mit psychosomatischen Phänomenen</i>	33
Leben und Erleben ist Aufmerksamkeitsfokussierung	33
Prinzip der Wortwörtlichkeit	33
„Ich“ und „Es“	33
Wahr-gebungen statt Wahr-nehmungen	34
Wir sind viele	34
Problemmuster / Lösungsmuster	35
Utilisation	35
Metaphorisches Reframing nach A.D. Jonas	36
<i>Idiolektischer Umgang mit Psychosomatischen Phänomenen</i>	37
Vom Einzeller zum Menschen	37
Relevanz für die Psychotherapie	37
Archaische Relikte	38
Beispiele archaischer Relikte	40
Darmsprache	41
Muskelsprache	41
Hautsprache	42
Rückensprache	42
Psychiatrische „Störungen“ im Kontext der archaischen Relikte	43
Einbindung der Idiolektik in die systemischen Therapie anhand von Fallbeispielen	48
<i>Fallbeispiel 1: Wenn das Herz weh tut</i>	48
<i>Fallbeispiel 2: Eine beschissene Kindheit</i>	53
Schlussfolgerung	66
Literaturverzeichnis	68
<i>Systemische Therapie</i>	68
<i>Idiolektik</i>	69
Psychotherapie	70
Sekundärliteratur	70
Anhang	
<i>Alltagssprachliche Äußerungen und Redewendungen</i>	72
<i>Systemische Kritik von störungsspezifischen Ansätzen</i>	76

Vorwort

In der folgenden Arbeit möchte ich mich damit beschäftigen in wie weit idiolektische Erklärungsmodelle hilfreich sein können für eine erweiterte zirkuläre Hypothesenbildung in der systemischen Psychotherapie im speziellen Kontext von psychosomatischen Körperphänomenen.

Körpersymptome werden in meiner psychotherapeutischen Praxis von KlientInnen häufig zum Thema gemacht. Oft sind es chronische Erkrankungen oder Beschwerden welche die Menschen schon ein Leben lang begleiten. Meistens sind sie schulmedizinisch gut abgeklärt jedoch meist erfolglos behandelt. Daraus entsteht ein großer Leidensdruck der in den Therapiesitzungen immer wieder zum Ausdruck kommt.

Der systemische Umgang mit psychosomatischen Beschwerden ist lösungsorientiert und folgt der Leitfrage „Unter welchen Bedingungen ein solches Symptom ein sinnvoller Lösungsversuch sein könnte?“ In der psychotherapeutischen Praxis gestaltet es sich jedoch oft schwierig, das vermeintlich Sinnvolle an der Krankheit zu finden welches von der Umwelt (Ärzten, etc.) defizitär beschrieben und bekämpft wird zumal solche Beschwerden oft mit Schuld- und Schamgefühlen verbunden sind.

Die idiolektische Methode, mit ihrer evolutionären Psychosomatik, bietet da hilfreiche Metaphern an, die diese Körpersymptome in einem neuen Licht erscheinen lässt. Sogenannte „Störungen“ werden da eher als Ausdrucksformen unseres Organismus im Sinne einer Überlebenssicherung gesehen, welche in frühgeschichtlicher Zeit eine adaptive Funktion hatten, die jedoch ohne diesem Verständnis nicht in ihrem Wert gesehen werden können. Gelingt es diese anzuerkennen und zu würdigen fühlt sich der Organismus verstanden und muss die „Störung“ nicht mehr wiederholen.

David Jonas der Begründer der idiolektischen Gesprächsführung beschrieb eine Vielzahl solcher *Archaischer Relikte*. Diese waren ein Resultat seiner Forschungen in den Bereichen der Paläophysiologie und Paläoanthropologie.

Inwiefern diese Konzepte der archaischen Relikte hilfreich in der Hypothesenbildung der systemischen Psychotherapie sein können, will ich in der folgenden Arbeit beschreiben.

Systemische Psychotherapie

„Systemische Therapie ist die konsequente Anwendung systemischen Denkens in der (psycho-)therapeutischen Praxis mit dem Ziel, menschliches Leiden zu verstehen, zu lindern und zu beenden.“ (Dr. K. Ludewig)

Um diesen Satz etwas eingehender zu beleuchten, werde ich ein wenig über die Entstehungsgeschichte der systemischen Therapie erzählen, um dann systemisches Denken und die daraus entstehenden Implikationen für die Psychotherapie darzustellen mit dem besonderen Fokus auf psychosomatische Phänomene.

Entstehung

Der Beginn der systemischen Familientherapie

Erste Ansätze der systemischen Psychotherapie entwickelten sich in den 1950er Jahren nach Ende des zweiten Weltkrieges. Der steigende Bedarf an Psychotherapie aufgrund der vielen traumatisierten Kriegsrückkehrer ließ sich nicht mit den damals hauptsächlich analytisch orientierten Psychiatern und Psychotherapeuten decken. So suchte man vielerorts in den USA und Europa nach effektiveren weniger zeitintensiven Behandlungsmethoden.

Die „**Palo Alto Gruppe**“ im *Mental Research Institute* in Kalifornien damals bestehend aus Don Jackson, Jay Haley, Gregory Beatson, Paul Watzlawick, John Weakland und Virginia Satir begann in dieser Zeit neue Konzepte und Erklärungsmodelle in der Arbeit mit schizophrenen, jungen Männern und deren Familien zu entwickeln. Die von ihnen formulierte «Doppelbindungstheorie» beschreibt ein als schizophren bezeichnetes Verhalten, als einen «sinnvollen» Lösungsversuch mit widersprüchlichen Verhaltensaufforderungen umzugehen. Ein Beispiel für solch eine paradoxe Kommunikation ist zum Beispiel die Aufforderung „Wasch mich, aber mach mich nicht nass.“ Will man dieser nachkommen, kann man es nur falsch machen. Kommunizieren Eltern so mit von ihnen abhängigen Kindern so erscheint ein schizophrenes „verrücktes“ Verhalten nachvollziehbar. So entwickelte sich aus der psychoanalytischen Familien- und Mehrgenerationentherapie eine *wachstumsorientiert- humanistische Familientherapie*.

Die strukturelle und die strategische Familientherapie

Unterschiedliche Strömungen entwickelten sich daraus wie zum Beispiel die *strukturelle Familientherapie* von Salvador Minuchins oder die *strategische Familientherapie* von Jay Haleys.

Strukturelle Familientherapie

Salvador Minuchins ortete Störungen in Familiensystemen dort wo Grenzziehungen zu stark oder zu schwach vorgenommen wurden. Er nutzte oft drastische Metaphern und direktive Interventionen um die in seinen Augen richtige Hierarchie in Familien wiederherzustellen. Zum Beispiel stellte er einer Mutter von drei unbeherrschbaren Söhnen die provokante Frage: „How did you manage to create those monsters?“ (zu Deutsch: „Wie haben Sie es geschafft diese Monster zu kreieren?“)

Strategische Familientherapie

Jay Haley wurde bekannt mit seiner «Ordeal-Therapy» (zu Deutsch „Rosskur“). Er verschrieb Patienten mit einem Problem eine Aufgabe, die noch aufwändiger und unangenehmer war als das Problem selbst. Dahinter liegt die Idee, der Patient würde das Problem aufgeben, wenn es noch schwieriger sei es aufrecht zu erhalten als es zu lassen. Bei Einschlafstörungen, zum Beispiel, wies er den Klienten an, vor dem Schlafengehen die Wohnung zu putzen, Joggen zu gehen bis zur Erschöpfung, um sich dann für eine beschränkte Zeit mit allen quälenden Gedanken zu beschäftigen. Diese Intervention führte dazu, dass die Patienten das Problemverhalten aufgaben. (Schlippe / Schweitzer 2012, p47f)

Kybernetik I. Ordnung

Mitte der 1970er-Jahre entwickelte die „**Mailänder Gruppe**“ rund um die Ärztin und Psychoanalytikerin Mara Selvini Palazzoli, inspiriert von der kybernetischen¹ Erkenntnistheorie G. Batesons, die er in seinem 1972 erschienen Buch „Ökologie des Geistes“ beschrieb, erste Konzepte der Zirkularität, Neutralität und paradoxe Verschreibungen. Diese Entwicklungen sind vom Repertoire heutiger systemischer Therapie nicht mehr wegzudenken. (Ludewig 2009 p65 / Schlippe, Schweitzer 2012 p49) Im Buch „Paradoxon und Gegenparadoxon“ stellte die Mailänder Gruppe ein Therapiemodell für Familien mit schizophrenen und anorektischen Mitgliedern vor, die alles Vorangegangene an vermeintlicher Effektivität und Wirksamkeit in den Schatten

¹ Kybernetik ist die Wissenschaft, die sich mit Regelungs- und Steuerungskreisen beschäftigt.

stellte. Dabei ging es darum einer Familie mit dem paradoxen Therapieauftrag „Ändere uns ohne uns zu ändern!“ mit einer Gegenparadoxie zu antworten: „Wir können euch nur unter der Bedingung ändern, dass ihr euch nicht ändert.“

Kybernetik II. Ordnung

Die wesentlichste Wende in der systemischen Familientherapie geschah nach 1980. Es herrschte eine Unzufriedenheit mit dem autoritär und kämpferisch erlebten Therapiestil der strukturellen, strategischen und frühen Mailänder Familientherapie. (Schlippe, Schweitzer 2012 p53) Außerdem veränderten, bahnbrechende Erkenntnisse aus der Naturwissenschaft welche im Buch «Der Baum der Erkenntnis» von Varela und Maturana beschrieben werden, das Therapieverständnis grundlegend. Ging man davor davon aus, dass eine Intervention eine bestimmte Reaktion zur Folge haben müsste, diese also direkt kausal zusammenhängen, postulierte man jetzt, dass lebende Systeme nicht planmäßig veränderbar sind. Die Konzepte der **Autopoiese** (Erzeugung aus sich selbst; „Selbstschöpfung“), **Homöostase** (Selbstregulation von Systemen) und der **Wirklichkeitskonstruktion** (Es gibt keine Beobachtung, ohne einen Beobachter) gaben den theoretischen Hintergrund dazu. Aus diesem Denkgebäude der Kybernetik II. Ordnung, wuchs eine reflexivere, bescheidenere, mehr auf Sprache und Kooperation fokussierte systemische Therapie.

Differenzierungen systemischer Therapie

- die **Lösungsorientierte** Kurzzeittherapie nach Steve de Shazer mit der berühmt gewordenen Wunderfrage,
- die **Hypnosystemische** Therapie von Gunther Schmidt beeinflusst von der Zusammenarbeit mit dem Begründer der Hypnotherapie Milton Erikson mit kompetenz- und ganzheitlich- lösungsorientierten Konzepten wie Zielfokussierung, Pacing, Imagination und Utilisation
- und **Narrative** Ansätze von Michael White, die auf die Geschichten und deren „Deonstruktion“ durch Externalisierungstechniken etc. fokussieren, die Klienten erzählen.

Auch begannen zu der Zeit die Therapeuten hinter ihren Einwegspiegeln hervor zu kommen. Tom Andersen ein norwegischer Therapeut „erfand“ das sogenannte

„Reflektierende Team“ (Engl. reflecting team). Dies schaffte mehr Transparenz und führte zu einem Arbeiten auf gleicher Augenhöhe mit den Klientinnen.

Entwicklungen im deutschsprachigen Raum

Im deutschsprachigen Raum wurde die systemische Therapie stark durch die *Theorie sozialer Systeme* vom Soziologen und Gesellschaftstheoretiker Niklas Luhmann beeinflusst. In seinem 1984 erschienenen Buch „Soziale Systeme“ entwickelt er ein Begriffssystem welches versucht den komplexen und hochdifferenzierten sozialen Systemen in einer modernen Gesellschaft, gerecht zu werden. Er führte neue Begriffe ein wie jene der „doppelte Kontingenz“ (siehe Kapitel Grundbegriffe systemischer Therapie) und teilte menschliches Erleben in drei Klassen autopoietischer Systeme. Nämlich das Psychische, das Soziale und das Biologische, auf welche ich noch näher eingehen werde. Auch die „**Heidelberger Gruppe**“ rund um den Psychoanalytiker und Pionier in Familientherapie Helm Stierling prägte, durch ihre vielen Publikationen, das Verständnis systemischer Therapie. Wichtige Mitarbeiter waren Arnold Retzer, Fritz B. Simon, Gunther Schmidt und Gunthard Weber die mit ihrer Lehrtätigkeit, ihren Seminarangeboten und Vorträgen bis heute die systemische Landschaft maßgeblich beeinflussen.

Bindungstheorie, Hirnforschung und Emotionalität

Nicht unerwähnt möchte ich die sogenannte „emotionale Wende“ der systemischen Therapie lassen. War sie bis dahin eher „verkopft“ und auf Kognition ausgerichtet so konnten durch die Säuglingsforschung und die daraus resultierende Bindungstheorien von John Bowlby, die damals neuen Erkenntnisse der Hirnforschung in Bezug auf Emotionalität (Entdeckung der Spiegelneuronen siehe zum Beispiel „Warum ich fühle was du fühlst“ vom Arzt und Neurobiologen Joachim Bauer) und die Affektlogik (Theorie zum Zusammenwirken von Fühlen und Denken) von Luc Ciompi auch die emotionalen Aspekte in die therapeutische Beziehungsgestaltung integriert werden. (Ludewig 2009 p69, Schlippe, Schweitzer p65)

Grundbegriffe der systemischen Therapie

Was ist ein System?

Wikipedia definiert ein System folgendermaßen:

Als **System** (altgr. **σύστημα** *sýstēma*, ‚aus mehreren Einzelteilen zusammengesetztes Ganzes‘) wird allgemein eine Gesamtheit von Elementen bezeichnet, die miteinander verbunden sind und dadurch als eine aufgaben-, sinn- oder zweckgebundene Einheit angesehen werden können, als strukturierte **systematische** Ganzheit.

Aus dieser Definition geht allerdings nicht hervor, wer denn entscheidet was zu einer aufgaben-, sinn- oder zweckgebundene Einheit gehört oder nicht? Da kommt der Beobachter ins Spiel der diese Unterscheidungen, was zu einer sinn- oder zweckgebundenen Einheit gehört und was nicht trifft. Er zieht eine Grenze zwischen dem System (das, was dazugehört) und der Umwelt (das, was nicht dazugehört).

Die Beobachtung des Beobachters

Jede Beobachtung wird von einem Beobachter gemacht. Jeder Beobachtung liegt die Entscheidung zu Grunde was beobachtet wird. Dadurch bleibt das, was nicht beobachtet wird, unbeobachtet. Jede Beobachtung hat sozusagen einen „blinden Fleck“. Denn das, was nicht beobachtet wird entzieht sich der Beobachtung. (Luhmann, 2000, p.127)

Um diesem paradoxen Phänomen der Beobachtung zu entkommen wurde die Beobachtung des Beobachters „erfunden“: Die Kybernetik der Kybernetik. Oder auch die Kybernetik II. Ordnung.

Heinz von Foerster, ein Vertreter des radikalen Konstruktivismus, beschäftigte sich eingehend mit dieser Kybernetik der Kybernetik. Dazu prägte er den Begriff der „Trivialen Maschinen“ welche logisch, vorhersagbar und durchschaubar funktionieren. Eine triviale Maschine könnte zum Beispiel ein Auto oder ein Heizsystem sein. Nehmen wir die Heizung als Beispiel für einen einfachen Regelkreis. Bei der Heizung gibt es einen Temperaturfühler, einen Ist- und einen Soll-Wert. Die Heizung bekommt die Information vom Fühler über den Ist-Wert, stimmt der mit dem Soll-Wert überein, so muss nicht geheizt werden; ist es jedoch zu kühl schaltet sie sich automatisch ein. So ein Regelkreis

ist linear kausal miteinander verbunden und arbeitet vorhersagbar. Ist etwas defekt kann man die Fehlerquelle nach logischen Kriterien finden und reparieren.

„Nicht-triviale Maschinen“ funktionieren demgegenüber konträr. Sie haben eine Eigendynamik, verändern sich ständig und sind hoch dynamisch. Menschen sind zum Beispiel nicht-triviale Maschinen. Man kann sie nicht durchschauen und sie handeln nicht vorhersagbar.

Um dieser Komplexität von lebenden Systemen gerecht zu werden, wurde die Beobachtung der Beobachtung eingeführt. War zum Beispiel davor der Therapeut der Beobachter vom Familiensystem oder vom Klienten so beobachtet die Kybernetik II. Ordnung auch den gesamten Therapieprozess der ja wiederum eingebettet ist in eine Gesellschaft usw.

Heinz von Förster beschäftigte sich auch damit welche ethischen und gesellschaftlichen Implikationen diese Kybernetik II. Ordnung hat. In seinen Büchern „Kybernetik“ (1993) oder „Die Wahrheit ist die Erfindung eines Lügners“ (1998) geht er unter anderem dieser Frage nach. Dabei beschreibt er wie eine Wahrheit oder ein Erkenntnis von einem Beobachter konstruiert werden und nicht per se eine Wahrheit oder ein Erkenntnis sind. In einem Interview sagt er zu dem Thema folgendes:

“Wer von Wahrheit spricht, macht den anderen direkt oder indirekt zu einem Lügner. Diese beiden Begriffe gehören zu einer Kategorie des Denkens, aus der ich gerne heraustreten würde, um eine ganz neue Sicht und Einsicht zu ermöglichen. Meine Auffassung ist, dass die Rede von der Wahrheit katastrophale Folgen hat und die Einheit der Menschheit zerstört. Der Begriff bedeutet - man denke nur an die Kreuzzüge, die endlosen Glaubenskämpfe und die grauenhaften Spielformen der Inquisition - Krieg. Man muss daran erinnern, wie viele Millionen von Menschen verstümmelt, gefoltert und verbrannt worden sind, um die Wahrheitsidee gewalttätig durchzusetzen.”

(http://www.zeit.de/1998/04/Wahrheit_ist_die_Erfindung_eines_Luegners/komplettansicht am 11. März 2017)

Wirklichkeitskonstruktion und Konstruktivismus

Jede Beobachtung wird von einem Beobachter gemacht. Dieser Beobachter trifft Unterscheidungen. Insofern ist jede Aussage eines Beobachters „über die Welt auch eine Aussage über ihn selbst.“ (Lieb, 2014 p27) Gunther Schmidt spricht in dem Zusammenhang von *Wahr-gebung* statt von *Wahr-nehmung*. Damit meint er, dass wir

ständig das Wahrgenommene interpretieren und bewerten und es sich daher eher um einen aktiven Prozess handelt als um einen passiven. „Ich gebe diesem Phänomen diese Wahrheit“ statt „ich nehme Wahrheit“ wahr. Ein alltägliches Beispiel dazu: Ein Ehepaar macht einen Spaziergang. Dem Mann wird kalt. Er fragt seine Frau: „Schatz, willst Du nicht eine Jacke anziehen, damit dir nicht kalt ist?“ Anstatt sich selber eine Jacke anzuziehen projiziert er sein Bedürfnis auf die Frau oder anders ausgedrückt er hat die „**Wahrgebung**“ ihr sei auch kalt.

Gunther Schmidt untermauerte in seinem Seminar „Hypnosystemische Konzepte zu psychosomatischen Themen“ das Phänomen der Wirklichkeitskonstruktion sehr knapp mit folgendem Faktum: 17% des menschlichen Sehnervs ist mit der Außenwelt verbunden. 83% von unserer „wahrnehmbaren, sichtbaren“ Welt ist Interpretation unseres Gehirns. (Semriach 2017, Schmidt) Der Prozess der Beobachtung und der Wahrnehmung an sich hat also wenig mit der Welt zu tun, vielmehr hat es mit unserer Möglichkeit zu tun, die Welt wahrzunehmen. Die Welt ist also nicht per se, wie sie ist, sondern vielmehr so wie wir sind bzw. ich bin. „Ich konstruiere mir die Welt wie ich sie aufgrund meiner Möglichkeiten wahrnehmen kann.“

Eine Fledermaus kann zum Beispiel in kompletter Dunkelheit ohne wo anzustoßen herumfliegen und nach Insekten jagen. Aufgrund ihrer Struktur „sieht“ sie die Welt ganz anders als wir Menschen. Dunkelheit ist für Sie in dem Sinne kein Thema, da sie aufgrund ihrer Struktur mit elektromagnetischen Wellen operiert die nicht zum Wahrnehmungsrepertoire des Menschen gehören.

Aber auch Menschen die zum Beispiel eine rot-grün Sehschwäche oder Blindheit haben sehen die Welt anders als wir, aufgrund ihrer inneren Struktur. Im Alltagsverständnis nimmt man zum Beispiel bei einem roten Auto die Farbqualität Rot als Teil des Autos wahr. (Lieb, 2014, p45) Konstruktivistisch betrachtet bildet sich die Farbe Rot aufgrund von unserer Möglichkeit diese Farbe wahrzunehmen in uns ab. Das Phänomen „rotes Auto“ und meine Wahrnehmung davon haben also nicht ursächlich was miteinander zu tun. Meine innere Struktur entscheidet darüber ob und wie ich es wahrnehme.

Autopoiese

Diesen Begriff prägten die Biologen F. Varela und H. Maturana in ihrem Buch „Der Baum der Erkenntnis“ (1984). Der Begriff meint, dass Lebewesen sich aufgrund ihrer Struktur selbst regulieren, erzeugen und erhalten. Ein Einzeller zum Beispiel, hat eine bestimmte innere Struktur (DNS), die weiß welche Stoffe sie durch ihre halbdurchlässige Membrane durchlässt um sich zu ernähren, welche nicht und welche Stoffe sie ausscheidet, also nicht mehr braucht. Ihre innere Struktur regelt also nicht nur innere Verarbeitungsprozesse sondern macht Kontakt, Interaktion und Austausch mit einer Umwelt möglich. Dieses Selbstorganisationsprinzip übertrugen F. Varela und H. Maturana auf den Menschen. Der Mensch nimmt auch aufgrund seiner inneren Struktur seine Umwelt wahr und reagiert dann entsprechend auf diese.

Homöostase / Perturbation

Homöostase meint, dass jeder Organismus nach einem „inneren Gleichgewicht“ strebt und versucht diesen aufrecht zu erhalten. Dieses Gleichgewicht wird durch innere Steuerungsmechanismen erlangt.

Mit Perturbation ist Störung gemeint. Wird ein Organismus gestört, wird das innere Gleichgewicht durcheinandergewirbelt. Was einen Organismus stören kann hängt entscheidend von seiner inneren Struktur ab. Störungen sind per se nichts Schlechtes. Sie ermöglichen dem Organismus sich wieder neu zu sortieren, induzieren also eventuell eine Veränderung von einer alten in eine neue Struktur. (siehe F. Varela und H. Maturana Baum der Erkenntnis)

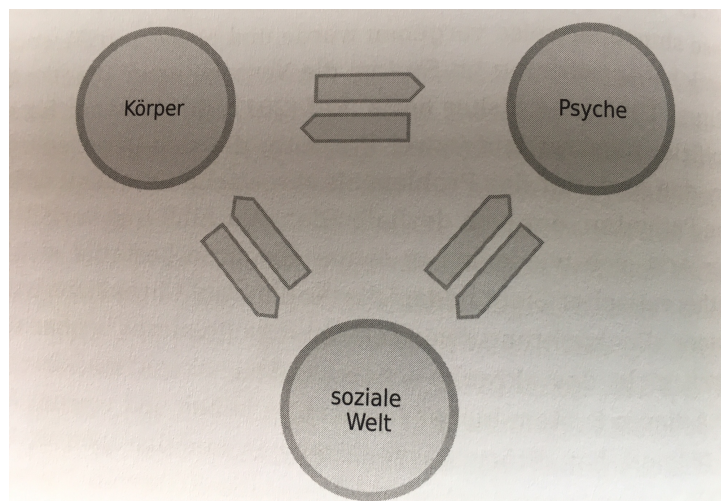
Doppelte Kontingenz

Beschreibt der Begriff der Kontingenz eine Möglichkeit, Prinzipielle Offenheit oder weitestgehend auch Ungewissheit, so meint die doppelte Kontingenz in Bezug auf Kommunikation oder soziale Systeme das Selbe nur für mindestens zwei Kommunikationsteilnehmende bzw. Systeme. Der Begriff beschreibt (in seiner idealisierten Form) unter welchen Voraussetzungen Kommunikation stattfinden kann. Eine soziale Situation in der sich mindestens zwei Teilnehmende wahrnehmen und alle Möglichkeiten offen sind. Nichts ist notwendig und nichts ist unmöglich. Diese Offenheit trifft auf beide Seiten zu, somit ist sie doppelt. Diese beiderseitige Offenheit beinhaltet

jedoch das Problem, dass kein Anfang möglich ist, da die jeweils eine Person/ das eine System sich jeweils auf die/das andere bezieht und umgekehrt.

Luhmann sieht den Begriff der doppelten Kontingenz nicht nur auf Personen sondern auch auf soziale Systeme zutreffend. Doppelte Kontingenz ist Bedingung dafür, dass Kommunikation und soziale Systeme in ihrem Idealfall nicht berechenbar funktionieren (emergente Ordnung). Die gesellschaftliche Wirklichkeit sieht jedoch meist so aus, dass im Lauf oder zu Beginn der Kommunikation bereits Festschreibungen stattfinden und somit auch ein Informations- und Anschlussmöglichkeiten gegeben sind. Die Kommunikation stabilisiert sich. Somit findet eine Kontingenzreduktion statt (Unsicherheitsminderung). Kommunikation als systembildende Operation findet statt und soziale Systeme können sich bilden. (Quelle: Wikipedia)

Luhmanns Theorie sozialer Systeme



(Abbildung übernommen aus Lieb (2014) p44)

Luhmann unterscheidet beim Menschen drei autopoietische Systeme nämlich das Biologische, das Psychische und das Soziale (Kommunikation), welche unabhängig voneinander operieren aber konstant miteinander verbunden sind. Der Körper ist dabei mit der Psyche verbunden durch Wahrnehmungen und Psyche und Kommunikation sind durch Sinn miteinander gekoppelt. (Lieb 2014 p44)

Ein Beispiel: Das Gehirn ist ein biologisches System kann aber nur durch das psychische System Bewusstsein wahrgenommen werden. Gleichzeitig kann sich das Bewusstsein nicht ausdrücken. Nur durch Kommunikation kann es kommunizieren. Diese drei Systeme sind, so symbiotisch sie teilweise miteinander verbunden sind (Ohne Körper, kein Bewusstsein, keine Kommunikation), füreinander Umwelten. Das heißt jedes

System entscheidet systemintern, aufgrund seiner Struktur wie es auf seine Umwelt reagiert und dies kann (muss aber nicht) Auswirkungen auf die anderen Systeme haben. (Köhler 2012), Lieb 2014, p45) Diese Betrachtungsweise hat natürlich Implikationen auf therapeutisches Handeln auf welche ich im Teil „systemische Konzepte zu Psychosomatik“ näher eingehen werde.

Menschen - „linguierende“ Wesen in einem „Multi-versum“

K. Ludewig schreibt in **Von der Familientherapie zur Systemischen Perspektive:**

*„Das Universum erweist sich hiernach als „Versum“ eines Beobachters (statt einer Welt). Und dennoch muss ich mich nicht als solipsistisches, einsam in meiner Innerlichkeit gefangenes Wesen begreifen, **zumal ich spreche**. Als Mensch, ein erst durch „In-Sprache-Seins“ konstituiertes Wesen, lebe ich in sprachlicher Koordination mit anderen. Und um mich als Mensch zu begreifen muss ich mindestens die Existenz eines anderen, mir gleichenden, autonomen Wesens annehmen, das mit mir die Konsensualität aufbaut, aus der heraus ich mich als Mensch erkennen kann. Das heißt mein Universum muss mit den Universen anderer koordiniert sein, es muss inmitten eines „Multi-versums“ existieren.“*
(Ludewig 1988 p233)

Maturana verwendete dafür den Begriff „Languaging“ was diesen, in seinen Augen menschlich biologischen Prozess, des in Sprache miteinander verbunden seins, sehr gut beschreibt. K. Ludewig übersetzte das ins Deutsche mit der Wortschöpfung „Linguieren“. Vergleichbar mit dem Lausen von Affen, „linguieren“ wir Menschen miteinander und kreieren so durch Abstraktion, den Gebrauch von Symbolen, Metaphern, Gesten und Mimik, Sprachmelodie und Dialekt etc. neue „Multi-versen“.
(Ludewig 1988 p233)

Dass diesem so alltäglich wirkenden Phänomen Sprache eigentlich ein komplexer Selektionsprozess zugrunde liegt, würde man nicht vermuten.

K. Ludewig beschreibt nach Luhmann diesen Selektionsprozess so:

Ein Adressat muss zuerst aus einer Information oder einem allgemeinem Verhalten eine Mitteilung machen damit er es verstehen kann. Bleibt es bei einer Information beobachtet er nur ein Verhalten fühlt sich aber nicht adressiert und kann auch nicht verstehen was mit der Information gemeint ist, umgekehrt kann er es verstehen sobald er es zu einer Mitteilung macht. (Ludewig 2017)

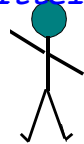
KOMMUNIKATION

Ein dreistelliger Selektionsprozeß nach Niklas Luhmann

1) Information



2) Mitteilung



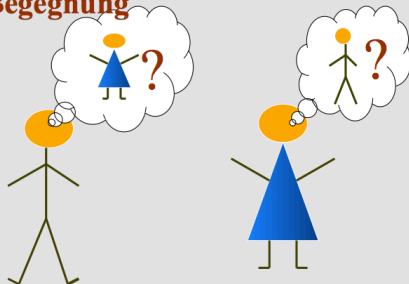
Beobachten



3) Verstehen

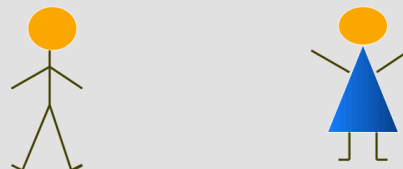
Abbildungen von K. Ludewig Foliensammlung Systemische Therapie - eine theoretische Auffrischung (Update) für Fortgeschrittene siehe <http://www.kurtludewig.de/allg-Texte.htm#2>.

Soziale Begegnung



Denn:
Beide sind **füreinander** undurchschaubar und unberechenbar

Doppelte Kontingenz:



Denn: für beide gilt:

Ich kann dies oder das
so oder so mitteilen

UND

... sie/er kann dies
oder das verstehen

Idiolektische Gesprächsführung

In einem aktuellen Branding-Workshop Ende 2016 wurde die Idiolektik folgendermaßen beschrieben:

Idiolektik bietet eine elegante und innovative Gesprächsmethode in Form von Seminaren, Ausbildungen und Gesprächsangeboten für Menschen, die sich persönlich weiterentwickeln oder Schwierigkeiten klären wollen. Unser Ziel ist es, neue Wege zu sich selbst und anderen zu ermöglichen. Wir würdigen die Einzigartigkeit und das tiefgehende Wissen der Gesprächspartner. Wir fragen einfach und zieloffen nach Schlüsselworten in deren Eigensprache (Idiolekt). So kommen Menschen zu Wort, werden gehört und gesehen und finden neue Perspektiven und eigene Lösungen.

(Quelle: Seminarunterlage von Hans Hermann Ehrat 2016, Wien)

Definition

Der Begriff Idiolektik kommt aus dem Griechischen und setzt sich zusammen aus „idios“, was soviel wie eigen, eigen-tümlich, eigen-tlich, eigen-artig heißt und „lexis“, was übersetzt werden kann mit Sprache, Rede - kurz Idiolektik ist die **Eigensprache**. (GIG Geschäftsstelle)

Der Idiolekt bezeichnet die „Sprachmuster, die eine Person verwendet, inklusive all ihrer phonetischen, grammatikalischen und die Wortwahl betreffenden Vorlieben. Ein Sprecher kann im Rahmen seines Idiolekts verschiedene Sprachstile haben, wobei er jeweils eine Version seiner Sprachmuster für einen bestimmten sozialen Kontext einsetzt. Darüber hinaus bilden die verschiedenen Idiolekte einer Gruppe von Sprechern, sei dies nun regional oder einer sozialen Schicht, einen bestimmten Dialekt.“ (Encyclopaedia Britannica)

Geschichtliche Entwicklung

Idiolektik beschreibt eine Form der Gesprächsführung, die von Adolphe David Jonas (*1914†1985) im deutschsprachigen Raum zwischen 1960 und 1985 entwickelt und gelehrt wurde. (Bindernagel, Winkler p90ff) A. D. Jonas, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapeut, bemerkte in seiner Arbeit, dass Gespräche, die in der Eigensprache des Patienten geführt werden, oft eine heilsame Wirkung haben. Vor allem bei Patienten mit psychosomatischen Beschwerden konnte er beobachten, dass ein eigensprachlich geführtes Interview zu einer Verbesserung der Symptomatik führt. Ein Jahr nach dem A.D. Jonas an einem Herzinfarkt in Wien verstarb, wurde die Gesellschaft für Idiolektik und Gesprächsführung (GIG) in Würzburg gegründet (Poimann p207) und versucht seit 2007 als eigenständiges Psychotherapieverfahren (von A.D. Jonas als idiolektische Kurzpsychotherapie bezeichnet) bei der European Association for Psychotherapy anerkannt zu werden.

Hilfreich zeigt sich die idiolektische Psychotherapie bei **psychosomatischen Störungen**, aber auch bei Angststörungen, depressiven, posttraumatischen und Anpassungsstörungen. Dabei führte A.D. Jonas viele dieser Krankheitssymptome auf sogenannte „Archaische Relikte“ zurück. Das sind „seelisch und körperlich manifestierte Verhaltensmuster, die aus unserer frühmenschlichen und vormenschlichen Vergangenheit stammen.“ (Bindernagel / Winkler 2008 p91) Einige davon sind in seinem Buch: „ Signale der Urzeit – Archaische Mechanismen in Medizin und Psychologie“ beschrieben.

Ein wesentliches Ziel der idiolektischen Psychotherapie ist es, die „guten Gründe“ für dieses oder jenes Verhalten und/ oder krankhafte Symptome zu erkennen, zu lassen und so wie sie sind anzuerkennen. Das ist oft nicht leicht, vor allem wenn der Klient und das „helfende Umfeld“ es als Störung und nicht als Anpassungsleistung erkennen und anerkennen will. (Bindernagel / Winkler 2008 p93) So kommt es häufig zu einem Kampf gegen sich selbst. Das verschlimmert und chronifiziert in der Regel die Symptomatik. Puruker schreibt dazu: „erst wenn ich „meinem Gegner“ [...] erlaube zu sein wie er ist, habe ich eine Chance, als ganze Person gesund zu sein bzw. gesund zu werden. [...] Im äußeren Dialog mit einem „Gesundheitsförderer“ ergibt sich so eine Art Friedensparlament, in dem die Interessen aller Seiten berücksichtigt werden können [...]“(Puruker 2004 p199) Bindernagel nennt das Behandlungsmodell „Transformation

durch Anerkennung“ (Bindernagel / Winkler 2008 p93), wobei der Fragende den Veränderungsoptionen des Klienten neutral gegenübersteht, ähnlich wie es in der systemischen Therapie als „Veränderungsneutralität“ bezeichnet wird. (Kriz 1991 p297)

Gesprächsbeispiel A.D. Jonas

Anfangs möchte ich ein Gesprächsbeispiel von D.A. Jonas geben welches im Buch Kurzpsychotherapie in der Allgemeinmedizin – das gezielte Interview (2009) auf Seite 135f zu finden ist. Ich finde es spannend wie schnell es Jonas gelingt die innere Dynamik (Selbstkritik) zu erfassen und in einen neuen Kontext zu stellen (Kompetenz). Dies verändert den intrapersonellen Dialog dahingehend, dass die Klientin mehr Zustimmungsfähigkeit zu sich bekommt. Dies wiederum wirkt sich auf ihr Körpersymptom (in dem Fall Neurodermatitis) positiv aus.

Th: Ich bin mir nicht recht darüber im klaren was Sie unter Sinn verstehen?

Pat: Etwas, das einem eine Bedeutung gibt.

Th: Dann hängt es davon ab, ob man eine bedeutsame Funktion hat oder nicht.

Pat: Das ist doch klar! Wenn ich die Idee hätte, eine nutzlose Kreatur zu sein, dann gäbe es keinen Grund für mich weiterzuleben.

Th: Wie kann man abschätzen, ob man nützlich oder nutzlos ist?

Pat: Wenn ich am Morgen nicht aus den Federn komme wenn ich keine Lust habe an den Seminaren teilzunehmen usw., dann frage ich mich, wozu ich da bin.

Th: Gemäß ihrer These ist die Antwort negativ, aber wie würden Sie diese formulieren?

Pat: Ich bin eine Nichts, eine Null.

Th: Damit sagen Sie mir nichts, wie wandelt man denn eine lebendigen Menschen in eine Null um?

Pat: Ich konfrontiere mich mit dem, was ich geleistet habe und wenn das Resultat Null ist, dann bin ich eine Null.

Th: Das klingt überzeugend. Aber eines kann ich nicht verstehen. Sie sagen: „Ich konfrontiere mich“, das sind ja zwei separate Elemente: das Ich, das die Lage einschätzt, und das Ich, das als ein Versager angesehen wird. Die Fähigkeit, ein Urteil zu fällen erfordert einen gewissen Grad an geistiger Bemühung. Das ist doch verwirrend. Solange Sie urteilen, ist ja nur ein Teil Ihres Selbst eine Null –

sozusagen: der Angeklagte. Der andere Teil – der Richter – muss doch Intelligenz besitzen, um ein Urteil zu fällen.

Pat: (nachdenklich) Tue ich das mir selbst an?

Th: Es gehört schon eine gewisse Intelligenz dazu, um ein so strenger Kritiker zu sein.

Pat: (lächelnd) So schlimm ist es ja gar nicht.

Methodik

Sehr anschaulich zeigt folgende Tabelle methodische Grundprinzipien der Idiolektik und welche Implikationen das für den Befragten oder die Klientin hat.

Idiolektik	was die Gesprächspartner davon haben
Zuhören (statt reden)	gehört werden, Raum für Eigenes
Fragen (statt raten)	sich selber entdecken, selbstbewusst werden
Respektieren (statt Recht haben)	gesehen werden, gelassen werden
Und vielleicht verstehen	verbunden sein
offen fragen dem Klienten folgen in Ton, Thema und Tempo	selbst bestimmen
kurz Fragen	Raum zum Erzählen
minimale Intention	eigene Motive und Ziele entwickeln
minimale Intervention	selbst wirksam werden
minimale Interpretation	selbst erklären, eigene Lösungen finden
positive nonverbale Signale beachten	sich wohl und sicher fühlen
Ressourcen aufgreifen	eigene Kraftquellen und Stärken wahrnehmen
Bilder aufgreifen	eigene Welten entdecken
Schlüsselwörter aufgreifen	das gehört zu mir, ich werde gehört
nicht bewerten	so bin ich - so darf ich sein
würdigen	so bin ich- und das ist gut so

(Quelle: GIG – Geschäftsstelle)

Kennzeichnend für ein idiolektisches Gespräch ist der sorgfältige und präzise Umgang mit der Eigensprache des Befragten. (GIG Geschäftsstelle 2012)

In der Eigensprache kommt die Einzigartigkeit des Befragten einschließlich seiner Körpersprache (Gestik, Mimik, Gangbild,...) und seiner Stimme (Intonation, Dialekt,...) zum Ausdruck. (Poimann 2008 p16)

Dabei steht im Dialog die individuelle Bedeutung der Worte nicht deren lexikalische Definition im Mittelpunkt. Der Fragende greift sogenannte „Schlüsselwörter“ auf und formuliert zum vermeintlich Unverfänglichsten eine kurze, konkrete und offene Frage. Schlüsselwörter sind Wörter, die dem Fragenden im Gesprächsfluss besonders auffallen, sei es durch die Betonung, den Dialekt oder durch eine bestimmte Bewegung. (Poimann 2008 p55; Jonas 1987 p25)

Wenn jemand zum Beispiel sagt: „In unserer Gesellschaft geht es nicht um das Wesentliche“, dann würde die idiolektische Frage dazu lauten: „Was ist wesentlich?“ Das Schlüsselwort ist in dem Fall „wesentlich“, die Frage dazu offen, kurz und konkret, und sie nimmt Bezug auf die vermeintlich größte Ressource - nämlich, dass dieser Mensch, wenn er/sie weiß, dass es in der Gesellschaft nicht ums Wesentliche geht – auf der anderen Seite weiß, was ihm/ihr wesentlich ist.

Durch so eine Art des Fragens wird der/die Befragte zur/zum Expertin/en seiner Lebenssituation. Er bekommt die Möglichkeit, sich selbst mit seinen Verhaltensweisen und/oder Krankheitsbildern neu zu verstehen, da nicht die Defizite, sondern die Sinnhaftigkeit -oder anders gesagt - die „guten Gründe“ für dieses oder jenes Verhalten erfragt werden. Dabei achtet und respektiert der Fragende sein Gegenüber ohne Wenn und Aber. Das Wissen, dass jedes Lebewesen einzigartig ist und Gründe für dieses oder jenes Verhalten hat, hilft der/dem Fragenden, behutsam mit den Ideen und Wertvorstellungen des Gegenübers umzugehen. (Hans Hermann Ehrat p.5) Nur der Befragte weiß, wie er, was und wieviel er erzählen will. Er bestimmt Thema, Ton und Tempo des Gespräches. Der Fragende geht lediglich auf das Gesagte ein. Ohne Anstrengung greift er Schlüsselwörter auf und formuliert seine Fragen. Der Fragende versucht also hinzuhören, statt zu reden, zu fragen statt zu raten, zu respektieren, statt recht zu haben ... und vielleicht gelingt es ihm so zu verstehen? Durch so ein Eingehen bekommt man authentische Informationen vom Gegenüber. Unter Wahrung seiner Selbstbestimmtheit wird der Befragte zum Experten seiner Lebenssituation.

Manchmal lässt sich im Gesprächsverlauf feststellen, dass es zu einer qualitativen Wende kommt. Dies äußert sich manchmal durch Tränen des Befragten oder eine „Berührtheit“, die beim Fragenden entsteht. Dies lässt sich zurückführen auf die Funktionsweise unseres Gehirns. Ist nämlich der Neokortex, der unter anderem für Sinneseindrücke, Bewegungen und Assoziationen zuständig ist, überfordert, springt das nächst darunterliegende System, sprich das limbische System, ein. Das limbische System verarbeitet und speichert Emotionen und Triebe.

Das kann in einem idiolektischen Gespräch ganz von alleine passieren, indem man konkret nach der individuellen Bedeutung des Gesagten fragt. Das kann zu einer Überforderung des Neokortex führen, was wiederum das limbische System einspringen lässt und so wichtige Gefühle beim Befragten zum Ausdruck kommen können.

Wichtig für den Gesprächsführer ist es, in dieser zweiten Phase des Gespräches nicht gleich nachzufragen wie in der ersten.

Spielt in der ersten Phase das „Schlüsselwörterprinzip“ eine zentralere Rolle, so ist in der zweiten Phase eher die „idiolektische Haltung“ ausschlaggebend. In dieser zweiten Phase ist es für den Fragenden wichtig, den „Sachverhalt“ des Befragten klar vor Augen zu haben. Das meint, dass in dieser Phase der Inhalt, das Thema oder auch die Problematik in die Fragestellung mit einfließen sollten. Dabei werden auch bestimmte Techniken verwendet wie zum Beispiel die paradoxe Intervention oder der „Advocatus Diaboli“. (Poimann 2008 p95)

Das Buch „Einfach Fragen“ von Horst Poimann stellt die Vorteile einer idiolektischen Frageform sehr klar dar. Dieses Buch sollte meiner Meinung nach Pflichtlektüre für jeden therapeutisch tätigen Menschen sein.

Haltung

Diese Form des Gesprächs ist durch eine besondere Haltung gekennzeichnet, die die Basis für die Beziehungsgestaltung zwischen Fragendem und Befragtem ist.

Am prägnantesten beschreiben die **Volkacher Axiome** die Haltung für die Idiolektische Gesprächsführung. (GIG Geschäftsstelle, 2012)

- Das Selbstorganisationsprinzip oder die innere Weisheit des Menschen sorgt unter gegebenen Umständen für optimale Verhaltensweisen, um zu leben.
- In der Eigensprache des Menschen kommt dieser umfassend in seiner Ganzheit zum Ausdruck.
- IdiolektikerInnen anerkennen als einzige Kraft der Veränderung das dem Menschen innewohnende Selbstorganisationsprinzip.

Haltung	Humor	Ergebnisse
Zieloffenes intensives, wertfreies Zuhören	offene, einfache Fragen	Authentische Information
Eigene Hypothesen für sich behalten	Nachfragen, beschreiben, erklären, erzählen lassen	Angenehme Gesprächsatmosphäre
Kontrolle über Inhalte und Ziele aufgeben	Gleiche Sprache und Bedeutungsebene beibehalten	Symmetrisches partnerschaftliches Verhältnis
Sich und dem anderen Zeit lassen	Eigensprache des anderen aufnehmen	Geteilte Verantwortung
Gesprächspartner bestimmt	Schlüsselworte aufnehmen, im Bild bleiben	Kein Widerstand
Thema, Ton, Tempo,		Guter Bezug
Nähe und Distanz zum Focus	Fragen nach Routine, Ressourcen etc.	Perspektive entsprechend Geschehen
Humor		Humorvolle Lockerung
Taktische Naivität		

Abbildung Poimann / Schuster p299

Innere Weisheit

In der Idiolektik werden Wörter, unabhängig von ihrer lexikalischen Bedeutung und dem logisch nachvollziehbaren Sinnzusammenhang, als für sich stehende Phänomene betrachtet. Hinter jedem „**Schlüsselwort**“ versteckt sich sozusagen eine eigene Welt, jedes Wort ist also wie ein Schlüssel der mir die Türen öffnen kann in die Welt des

Anderen. Ein Vorgehen nach dem „Schlüsselwörterprinzip“ vereinfacht das Nachfragen ungemein, so kann eine Idiolektikerin praktisch jeden Begriff aufgreifen, der ihr beim Hinhören auffällt und dazu eine Frage stellen. Wie zum Beispiel: „Was meinst du mit ... ? Wie kann ich mir das ... vorstellen?“ „Kannst du mir das ... beschreiben?“ So nachgefragt kommt sie zur individuellen Bedeutung des Gesagten – und so kann der Befragte seine innere Welt weiter explorieren ohne sich von „fremden“ Begriffen abgrenzen oder „schützen“ zu müssen. Der Befragte kann in seiner Sprache und in seiner Logik bleiben und so seine inneren „Welten“ weiter explorieren.

„Von Außen erscheint das Gespräch vielleicht sogar sprunghaft und unlogisch.“ (Bindernagel 2007) Das wird in der Idiolektik **Paralogik** genannt, was soviel wie „neben der Logik“ heißt. Es kommt vor, dass der Gesprächspartner einen inneren Zusammenhang erkennt der meistens nicht bewusst ist aber manchmal während eines Gesprächs bewusst werden kann. Solche Phänomene bezeichnen die Idiolektik als „**Aha-Effekt**“ oder „**Aha-Erlebnisse**“. Kommt es in einem Gespräch dazu kann die Klientin oder der Klient neue Verknüpfungen machen, die oft eine Ich-Stärkende „Nebenwirkung“ haben. Diese Verknüpfungen müssen im Gespräch nicht ausgesprochen oder explizit gemacht werden. Das gleich verstehen zu wollen, oder in Worte zu packen würde dem „Wunder“ was da vielleicht gerade passiert ist, nicht gerecht werden und vielleicht sogar etwas zerstören was gerade aufgekeimt ist. Solche Momente verlangen viel Demut und Achtsamkeit beim Zuhörer und auch viel Vertrauen auf die autonomen Prozesse oder die „**innere Weisheit**“ des Gegenübers.

Ressourcenorientierung

Die **Ressourcenorientierung** ist eine wesentliche Komponente der idiolektischen Gesprächsführung. Ressourcenorientierung meint, dass bei der Auswahl des Schlüsselwortes, welches man für die nächste Frage verwenden will, dasjenige auswählt, welches vermeidlich am Unverfänglichsten ist. Das heißt, man sollte das am wenigsten problembeladene Wort auswählen, das Wort wo man die größte Ressource vermutet. Das ist oft nicht leicht, da Menschen in helfenden Berufen eher dem Duktus folgen Defizite aufzuspüren, um dann nach Lösungen zu suchen. (Poimann 2008 p56)

Ressourcenorientiert zu Arbeiten heißt nicht, dass defizitäres oder traumatisches Material vom Klienten nicht angeschaut oder angesprochen werden kann und es heißt

auch nicht irgendetwas Positives in einer problematisch erlebten Situation zu finden. Folgendes Beispiel zur Erläuterung:

Klient: „Die Trennung von meiner Frau war damals eine echt schwierige Zeit für mich.“

Grundsätzlich lässt sich feststellen, dass es um einen „problematischen“ Inhalt geht. Trotzdem lässt sich über die Auswahl eines geeigneten Schlüsselwortes der weitere Gesprächsverlauf bis zu einem gewissen Grad lenken. Folgende Schlüsselwörter stehen in dieser kurzen Gesprächssequenz zur Verfügung: Trennung, Frau, damals, schwierig und Zeit. Trifft man eine Auswahl des vermeintlich unverfänglichsten dann wäre das vielleicht Zeit. Trennung, würde wohl eher problematisch kategorisiert und in dem Fall Frau auch, da dieses Wort im Konnex schwierig und Trennung steht. Idiolektisch könnte der Therapeut wie folgt weiter fragen:

Wie haben sie diese Zeit überstanden? / Wie haben Sie das ausgehalten/geschafft? Was hat ihnen geholfen in dieser Zeit?

Diese Fragen sind eher ressourcenorientiert, da sie darauf fokussieren wie es der Klient geschafft hat mit dieser Situation fertig zu werden. Diese Fragen machen den Klienten zum Experten seiner Situation und ich als Therapeut oder Berater kann mir seine Fähigkeiten und Kompetenzen die es braucht um mit so einer Situation klar zu kommen, erklären lassen.

Eine defizitorientierte Frage wäre in dem Fall vielleicht:

Was war das schwierige für sie? Wie schwierig war es auf einer Skala von 1-10 wenn 1 aushaltbar und 10 absolut unaushaltbar wäre? Was war das Schwierige an der Trennung? Warum haben Sie Schwierigkeiten mit der Trennung gehabt?

Diese Fragen nehmen das Problematische in den Fokus. Ein solches Vorgehen ist natürlich auch möglich, nur braucht es viel mehr professionelle Erfahrung und therapeutische Vorannahmen um damit gut (im Sinne von: für den Klienten hilfreich) umgehen zu können. (Poimann 2008 p57) Des weiteren bleibt natürlich das Risiko, dass ein solches Vorgehen den Klienten retraumatisiert, bzw. Erlebensnetzwerke aktiviert die eher ein Problemerleben beim Klienten induzieren und stabilisieren, als zur Lösung oder Auflockerung davon beitragen.

Grawe (2004) schreibt in seinem Buch „Neuropsychotherapie“ ebenfalls über das Konzept der Ressourcenorientierung und -aktivierung. Die Grundbedürfnisse des Menschen nach Orientierung, Kontrolle, Bindung, Soziales, Lust und Selbstwert, spielen

dabei eine wesentliche Rolle. Sind diese erfüllt, fühlt sich der Mensch sicher. Auch Poimann schreibt dazu: „nur wenn der Patient in eine positive Grundgestimmtheit gerät, [...] ist er in der Lage, [...] motivationale Ziele zu entwickeln.“ (Poimann 2008 p85) Solche Ziele oder anders ausgedrückt solche neuen Perspektiven zu entwickeln ist ein wesentliches Element jeder Psychotherapie. Als TherapeutIn trägt man die Verantwortung die Beziehung /das Setting so zu gestalten, dass der Klient oder die Klientin in den sogenannten „Annäherungsmodus“ kommen kann damit Lernfähigkeit und im besten Fall Kreativität möglich ist.

Umgang mit Widerstand

A.D. Jonas schreibt: „in dem Moment, in dem wir uns anstrengen, sind wir auf dem falschen Weg.“ (Jonas 1980 p10) Anstrengend wird es im therapeutischen Prozess dann, wenn der Therapeut dem Patienten helfen will, bzw. wenn er meint zu wissen, was das Gegenüber braucht, um zur Genesung zu gelangen. Durch gezielte Naivität lässt sich in der Idiolektik der unwissende Therapeut vom wissenden Patienten „belehren“. (Poimann p80) Würde hingegen der psychoanalytische Therapeut meinen, dass der Patient den Bewusstwerdungsprozess des verdrängten Konflikts vermeiden will und demnach im Widerstand (Kriz 1991 p48) sei, sagt A.D. Jonas: „ In der Idiolektik gibt es keinen Widerstand.“ (Winkler 2007)

Paralogik

„In der Idiolektischen Gesprächsführung werden inhaltliche und nichtinhaltliche Informationen gleichgestellt.“ (Ehrat 2004 p25) Die Gesprächspartner gehen aufeinander ein: verbal, nonverbal², paraverbal³ und präverbal⁴. Resonanz entsteht von

² **Nonverbale** Signale / Mitteilungen sind Gestik, Mimik, Körperhaltung, Stimmintonation, Stimmmodulation, Hautfarbe (z.B. Erröten, Erblässen,...), Geruch, Körperreaktionen (z.B.: Schwitzen, Zittern, etc. ...) und Berührung und Haptik.

³ Mit **Paraverbalen** Signalen / Mitteilungen sind alle sprachmelodischen, intonalen Mitteilungen gemeint. Zum Beispiel: Stimmlage, Resonanzraum und das Sprechverhalten wie Artikulation, Lautstärke, Sprechtempo und Sprachmelodie (Wikipedia & GIG Geschäftsstelle 2012) Hierbei könnte mir auffallen ob die Stimme gepresst oder frei klingt, weit oder eng etc.

⁴ „**Präverbal**, meint alles was Prä-Verbal, also vor dem Wort, unabhängig von den nonverbalen und paraverbalen Signalen wahrgenommen werden kann. Oft versucht man präverbale Signale zu überhören, sie sind jedoch von besonderer Bedeutung, da sie einen oft ausgelassenen Aspekt sichtbar machen. Präverbale Signale haben „in der Regel eine gefühlte Qualität und werden vielfach als innere Gestimmtheit oder Stimmung in Brust oder Bauch wahrgenommen. Es handelt sich um Übertragungen einer inneren Gestimmtheit. Da wir äußerst rational konditionierte Wesen sind, vertrauen wir vielfach allein den Wahrnehmungen des Verstandes (was durch den Sehsinn und Hörsinn dorthin vermittelt wird) und können häufig von den gefühlten Wahrnehmungen wie abgeschnitten sein. Dabei verlieren wir einen

allein, wenn sich die Gesprächspartner aufeinander einlassen. Im therapeutischen Setting lässt sich der Therapeut auf die eigensprachlichen Äußerungen des Gegenübers ein. Anstatt von seinen eigenen Erfahrungen zu erzählen, fragt er nach, was und wie der Andere das Gesagte meint. Bei diesem „kokreativen Prozess“ entsteht zwischen Therapeut und Patient ein sogenannter „intersubjektiver Raum“. Eine spontane einzigartige Beziehung zwischen zwei Subjekten. (Bindernagel 2008 p95)

Eine wertschätzende und respektvolle Haltung vor den „guten Gründen“ des Gegenübers führt dazu, dass sich der Befragte nicht ausgefragt, sondern gehört fühlt. Durch die Ressourcenorientierung im Gespräch gelangt der Befragte neurobiologisch gesehen in den Annäherungsmodus. In diesem müssen wir uns nicht verteidigen oder rechtfertigen. Wir können ganz entspannt darauf los plaudern und die Dinge von verschiedenen Seiten betrachten. Wenn ein Gespräch so gelingt, kann es passieren, dass andere Perspektiven oder vielleicht sogar ungeahnte Lösungen in einem Gespräch auftauchen. (Bindernagel 2007, Bindernagel / Winkler 2008 p91)

Psychosomatik

Von psychosomatischen Störungen spricht man, wenn man akute oder chronische Symptome vorliegen hat, welche weder rein körperlich noch rein psychisch erklärt und behandelt werden können. (Hähnlein / Rimpel 2008, p.39)

Um solche Beschwerden zu verstehen, zu heilen oder zu lindern bedarf es komplexerer Betrachtungsweisen welche in der Medizin im bio-psycho-sozialen Modell einen Behandlungsansatz finden. Dieses Modell geht von biologischen, psychischen und sozialen Faktoren aus die eine Krankheit bedingen.

Da solche Phänomene weder rein somatisch (körperlich) noch rein psychisch erklärbar sind meint Martin B. F. Bökmann (Bökmann 2000 pXI) es sei „eine integrierte Sicht erforderlich, weil Patienten nicht nur mit ihren Körpern zum Arzt kommen, sondern mit Ideen und Gefühlen, mit Interaktionsmustern und Glaubenssystemen. Es gibt keine biologischen Probleme ohne psychosoziale Implikationen, keine psychosozialen Probleme ohne biologische Implikationen. Ärzte haben mit psychosozialen Problemen zu tun, Psychologen und Psychiater mit biologischen Problemen, ob sie es mögen oder nicht.“

wichtigen Wahrnehmungskanal, der sich dann vielfach durch die Hintertür atmosphärisch wieder einfindet und unsere Fragen oder Begegnungen mit beeinflusst.“ (GIG Geschäftsstelle 2012)

Psychosomatische Störungen im ICD-10

Psychosomatische Störungen finden sich im Manual „Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme“ kurz ICD-10 hauptsächlich unter den «Dissoziativen Störungen (Konversionsstörungen F44)» und den «somatoformen Störungen F45». (Hähnlein / Rimpel 2008 p.51ff)

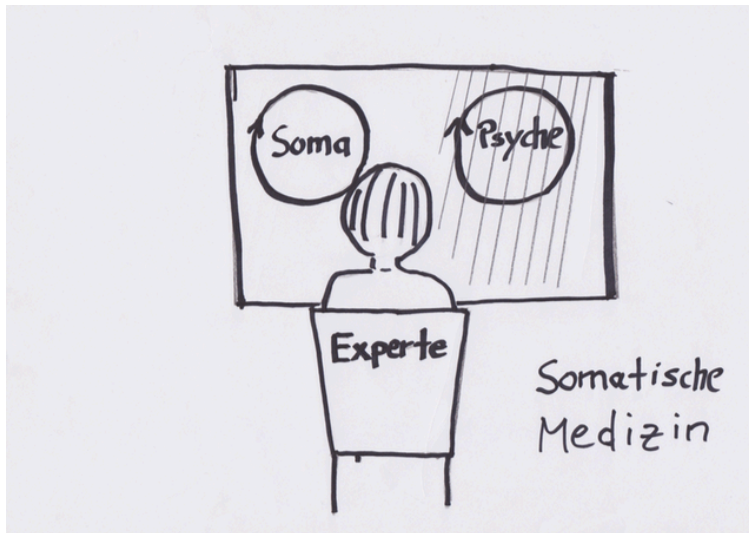
Somatoforme Störungen sind körperliche Beschwerden die organisch jedoch nicht verifizierbar sind. Trotz negativer Befunde und wiederholten Untersuchungen bestehen diese Patienten auf weiteren Tests und medizinischer Betreuung. Bestehen körperliche Symptome werden diese oft im übertrieben Maße vom Patienten dargestellt.

Der Bereich der Dissoziativen Störung umfasst alle Störungen der Bewegung und der Sinnesempfindung.

Dann gibt es noch verschiedene Formen der «Essstörungen», die «nichtorganischen Schlafstörungen» und die «nichtorganischen sexuellen Funktionsstörungen» die in den Ziffern F50, F51 und F52 zu finden sind. Die Diagnoseziffer F54 umfasst die «psychischen und Verhaltensstörungen bei andernorts klassifizierten Störungen und Krankheiten». Bei Letzterem kombiniert man die Diagnoseziffern dann. Zum Beispiel bei Asthma F654 und J45, Colitis Ulcerosa (F54 und K51). Weiters anzuführen ist die «Histrionische Persönlichkeitsstörung» F60.4 und «sonstige Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen» welche unter F68.0 «die Entwicklung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen» zum Beispiel Hospital-Hopper-Syndrom, Münchhausen-Syndrom und «Wandernder» Patient zusammengefasst haben. (Hähnlein / Rimpel 2008 p.51ff)

Unterschiedliche Betrachtungsweisen psychosomatischer Phänomene

In der **somatischen Medizin** beobachtet der Arzt im Normalfall nur den Körper. Findet er durch Untersuchungen wie Röntgenbilder, Bluttests, etc. keine hinreichende Erklärung, für ein körperliche Symptom, muss das Problem in einem anderen System zum Beispiel in der Psyche, zu verorten sein. Er schickt den Patienten also zum Psychiater oder zur Psychotherapeutin.



Folgende Abbildungen wurden von Lieb (2014) übernommen.
 Abb.1: Die somatische Perspektive: Der Arzt beobachtet den Körper

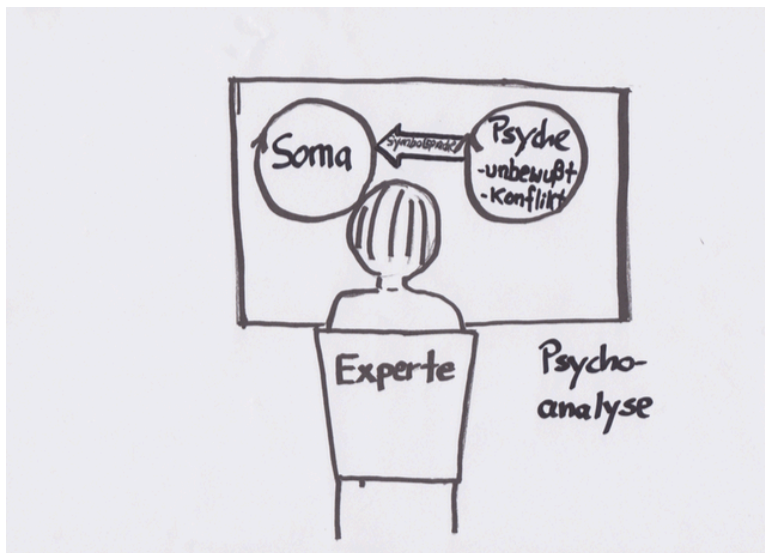


Abb.2: Die psychoanalytische Perspektive: Der Psychotherapeut beobachtet die Psyche und deren Abteilung „Unbewusstes“.

Psychoanalytische Perspektive

In der **Psychoanalyse** (siehe Abb.2) geht man davon aus, dass unbewusste Konflikte psychosomatische Beschwerden verursachen. Diese unterbewussten Konflikteherde kommen in diesem Erklärungsmodell nicht direkt, sondern durch eine Art Geheimsprache / Symbolsprache zum Ausdruck. Diese kann der Patient oder die Patientin nicht ohne die Hilfe einer Therapeutin entschlüsseln, da er/sie sich dessen nicht bewusst ist.

Der wissende Therapeut, muss die Übersetzungsarbeit dieser Symbolsprache leisten. Ähnlich wie eine Ärztin mit ihren Beobachtungsinstrumenten, muss der

psychoanalytische Therapeut ausreichend über die Triebregungen, Motive und Abwehrmechanismen Bescheid wissen. Nur so kann er die Geheimsprache dechiffrieren (entziffern) und sie dem Klienten oder der Klientin ins Bewusstsein bringen. (Lieb 2014 p166)

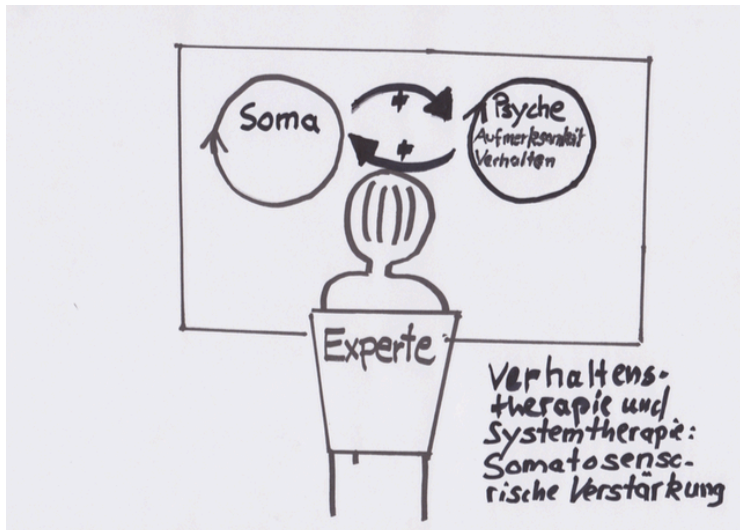


Abb.3: Verhaltenstherapeuten und Systemtherapeuten beobachten die Interaktion zwischen Soma und Psyche – z.B. gegenseitige eskalierende Verstärkungsprozesse (in Anlehnung an Rief und Hiller 2012)

Verhaltens- und Systemtherapeutische Sichtweise

Das **Verhaltens- und Systemtherapeutische Konzept** geht davon aus, dass sich Psyche und Körper wechselseitig beeinflussen, das heißt verstärken und abschwächen können. Herrscht zum Beispiel ein bestimmtes Körperphänomen vor wie z. B. ein Druck auf der Brust, so löst dies in der Psyche vielleicht bestimmte Emotionen aus wie z.B. Angst oder Ärger. Diese sogenannten somatosensorischen De- und Eskalationsprozesse kann sich der Klient an- aber auch abtrainieren. Hier werden psychosomatische Phänomene eher als „Beziehungsstörungen“ zwischen Körper und Psyche angesehen und behandelt. (Lieb 2014)

Die Heidelberger Gruppe beschrieb in ihren Anfängen klassische „psychosomatische Familienmuster“ mit dem **Tetralemma Konfliktmodell** (Simon 2012 p171f). Dabei gehen sie davon aus, dass bei Familien die ihre Konflikte normalerweise in einer zweiwertigen Logik wie „Richtig – Falsch“, „Entweder – Oder“ oder „Alles und Nichts“ zu lösen versuchen, es schwierig ist, ohne Konflikt eine andere Position einzunehmen. Droht ein Familienmitglied auf eine, von der Familie abgelehnte Seite zu wechseln, können Körpersymptome als Lösungsversuch dafür auftreten. Denn als „Kranker“ kann

man sich ein Verhalten erlauben was als Gesunder vielleicht sozial sanktioniert würde. Sie beschreiben folgende mögliche zentrale Konflikte die für eine Symptombildung relevant sein könnten: Bindung und Abgrenzung, Autonomie und Abhängigkeit und Individuation und Bezogenheit.

Ihre Empfehlung für den/die TherapeutIn ist dabei eine Sowohl als Auch-Position einzunehmen, Vieldeutigkeit zu fördern und sich zum Anwalt der Ambivalenz zu machen. (Lieb 2014)

Diese Konzepte entsprechen systemtheoretischen Modellen der Kybernetik I. Ordnung da sie von einem monokausalem Ursache- Wirkungsprinzip ausgehen. Aus systemisch-konstruktivistischer Sicht sind jedoch direkte Kausalitätszusammenhänge zwischen Körpersymptom und psychischen oder sozialen System nicht haltbar, sie können höchstens einen hypothetischen Zusammenhang herstellen. (Lieb 2014)

Systemisch-konstruktivistische Konzepte zur Psychosomatik

Ausgangspunkt einer systemisch- konstruktivistischen Sichtweise ist die Dreiteilung nach Luhmann von Psyche, Körper und Sozialem (Kommunikation) als jeweils in sich geschlossene autopoietische, aber permanent miteinander verbundenen Systemen. (Lieb 2014 p44) Wobei der Körper sich nur über die Psyche „ausdrücken“ kann und Psyche und Kommunikation die einzigen Systeme sind die mit Sinn operieren.

Aus dieser Sicht, lässt sich nicht eindeutig sagen in welches System primär zu intervenieren sei, da jedes System sich wechselseitig beeinflusst. Man könnte zum Beispiel ins System Körper mit Medikamenten oder ins System Psyche mit Therapeutischen Methoden intervenieren.

Dieser Grundprämisse folgend, ist die Idee, dass der Körper der Psyche Signale gibt, eine vielleicht hilfreich erfundene Metapher, mehr aber auch nicht. Der Körper operiert nicht mit Sinn. Sinn wird ihm durch die Psyche gegeben. So eine, meist vom Therapeuten erfundene Metapher, könnte sich genau so auch schädlich auswirken. (Lieb 2014 p41) Zum Beispiel wenn die Klientin die Erklärung wählt „Mein Körper hat mir immer Signale gesendet und ich war so dumm und habe sie nicht wahrgenommen. Jetzt ist es leider zu spät um...“ oder wenn es für die richtige Deutung von Körpersignalen die „Dolmetscherarbeit“ eines Experten braucht. (Lieb 2014)

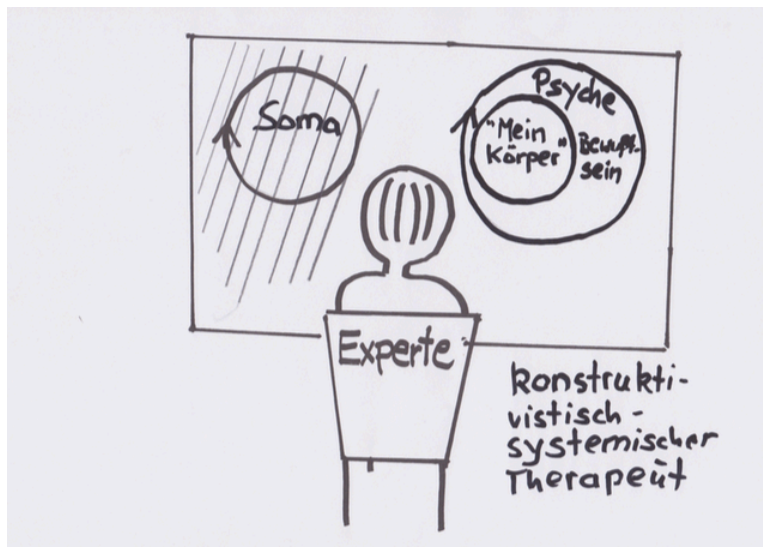


Abb.4: Der konstruktivistisch-systemische Therapeut beobachtet die Konstruktionen der Psyche von „ihrem“ Körper.

Das bio-psycho-soziale Modell geht von der Annahme aus, es stehe in einem Verhältnis von „Teile zum Ganzen“. Ein „bio-psycho-sozialer Patient“ interagiert mit dem Experten als seiner Umwelt. Die in Abbildung 4 gezeigte Sichtweise macht jedoch noch komplexere Betrachtungsweisen möglich, da es von der operationalen Geschlossenheit dieser Systeme ausgeht. Man kann sich zum Beispiel die Frage stellen welches dieser Systeme eine harte Form und welche weiches Medium ist. Dabei engt das Härtere den Möglichkeitsraum des Weicheren ein. Hat zum Beispiel eine Familie den Wert von Leistungsorientierung (harte Form), so schränkt es möglicherweise das System Psyche (weiches Medium) eines Familienmitgliedes in seinem Handlungsspielraum ein. Die Psyche kann entweder dieser Leistungsorientierung folgen oder es nimmt eine Weder-Noch-Position ein um sich einem möglichem Konflikt zu entziehen. (Lieb 2014)

Umgang mit Symptomen in der systemischen Therapie

Aus systemischer Perspektive ergeben sich zwei Möglichkeiten Veränderung beim Klienten zu induzieren.

Die Erste sucht innerhalb der vom Klienten getroffenen Unterscheidungen mit therapeutischen Methoden nach hilfreichen Lösungsmöglichkeiten. Wird zum Beispiel vom Klienten die Unterscheidung: „Enge ist schlecht und Weite ist gut getroffen.“, so hilft der Therapeut metaphorisch gesprochen dem Klienten vom beengten Land in ein weites, offenes Land zu gelangen.

Die Zweite Möglichkeit dekonstruiert oder neukonstruiert die vom Klienten getroffene Unterscheidung. (Lieb 2014 p29f) Dies käme eher dem Bild gleich nicht im Land nach Veränderungen zu suchen sondern die Landkarten über das Land in einen anderen Kontext zu rücken. In diesem Fall würde der Therapeut versuchen Enge in einen vielleicht positiv bewerteten Kontext zu setzen oder es für sinnvoll erklären. Daraus ergeben sich andere Beschreibungen und Bewertungen die vielleicht verstörend wirken können aber unter Umständen zu einer Neubewertung der Situation führen.

Leitlinien für den Umgang mit psychosomatischen Phänomenen

H. Lieb formuliert folgende Leitlinien im Umgang mit psychosomatischen Phänomenen.

- Folge der Erzählung des Klienten. Berichtet er über Körperliches suche nicht nach Problemen in der Psyche oder in der sozialen Welt. Lass Dir erklären wie er sich die Vorgänge erklärt was für ihn relevant ist in Bezug auf das Problem.
- Akzeptiere und Würdige die Art und Weise wie der Klient sein Problem beschreibt und bewertet.
- Frage nach wie sein Umfeld (Familie, Freunde, etc.) das Problem beschreiben, bewerten und erklären würde. (Zirkularität)
- Bleib neugierig! Suche nach alternativen Beschreibungen, Erklärungen und Bewertungen oder biete diese gegebenenfalls an.
- Folge der Frage was der Körper mit diesem „Signal“ sagen will und biete gegebenenfalls deine Sichtweise an. Prüfe aber jeweils sorgfältig ob und wie der Klient daran ankoppelt und ob es sich als ziieldienlich herausstellt oder nicht.
- Lass dir die Beziehungsmuster die sich aufgrund des Körpersymptoms ausgebildet haben beschreiben. Beleuchte das Beziehungsmuster zwischen jetzigem Behandler, Klienten und Symptom.
- Unterlasse ideologische Missionierungen
- Überprüfe dein therapeutisches Handeln – Führen deiner Interventionen zur Musterunterbrechung?

Hypnosystemische Konzepte für den Umgang mit psychosomatischen Phänomenen

Um 1980 herum erfand Gunther Schmidt den hypnosystemischen Ansatz. Damit verband er Konzepte der Hypnotherapie von Milton Erikson mit systemischen Zugangsweisen und baute sie zu einem Integrationskonzept aus. (Schmidt 2014 p7)

Im Ausbildungsseminar in Semriach 2017 zum Thema „Hypnosystemische Konzepte zu psychosomatischen Themen“ erläuterte er diese sehr lebendig und begeistert. Im folgenden Abschnitt nehme ich hauptsächlich darauf Bezug.

Von folgenden Annahmen geht Gunther Schmidt aus:

Leben und Erleben ist Aufmerksamkeitsfokussierung

Jedes Erleben wird Moment für Moment konstruiert durch Prozesse der Aufmerksamkeitsfokussierung. Wir erleben die Welt über unsere 5 Sinne (visuell, auditiv, kinästhetisch, olfaktorisch, gustatorisch kurz VAKOG⁵ genannt) Dabei läuft ein großer Teil unwillkürlich ab, nur der kleinere, bewusste Teil ist „steuerbar“. (Schmidt 2015 p48,53)

Prinzip der Wortwörtlichkeit

Unser Geist setzt Worte und Bilder (Metaphern), in die man sich intensiv hineinversetzt mit denen man sich also intensiv assoziiert, direkt in körperliches Erleben um. Imaginiere ich zum Beispiel eine für mich angsteinflößende Situation, so wirkt sich das direkt auf meine Herzfrequenz, meine Muskeltätigkeit, meine Hormonregulierung, meine Atmung, meine Emotionen, etc. aus. Unser Organismus macht also keinen Unterschied ob eine angsteinflößende Situation faktisch real stattfindet oder sie sich nur in meiner Phantasie abspielt. Die Körperreaktionen sind die Selben.

„Ich“ und „Es“

In der Hypnosystemischen Arbeit geht es unter anderem darum, unwillkürlich ablaufende Prozesse für den Klienten nutzbar zu machen. Ein dafür hilfreiches Konzept ist die Unterteilung zwischen Ich und Es. „Ich“ meint dabei mehr das Willkürliche-Ich, die Kognition, etc. „Es“ hingegen meint mehr das Unwillkürliche oder das Intuitive. Zum

⁵ Der Begriff VAKOG kommt aus dem NLP (Neurolinguistisches Programmieren) und setzt sich aus den jeweiligen Anfangsbuchstaben der fünf Sinneskanäle zusammen: **v**isuell, **a**uditiv, **k**inästhetisch, **o**lfaktorisch, **g**ustatorisch.

Beispiel kommt das im folgenden Satz gut zum Ausdruck: „*Ich* wünsche mir ein glückliches, beschwerdefreies Leben aber *es* funktioniert nicht (*es geschieht ganz unwillkürlich*).“ „Ich“ und „Es“ werden oft als antagonistische Anteile erlebt, dann arbeiten oder kämpfen sie gegeneinander. Ziel in der hypnosystemischen Arbeit ist es, mit „Ich“ und „Es“ in einen respektvollen Dialog zu treten damit sie in eine kooperativere Beziehung treten können als zuvor und im Idealfall ein kompetentes Team ergeben. (Schmidt 2015 p 47) Die Metapher, dass diese zwei Teile in unterschiedlichen Welten leben, in denen sie situationsadäquat, goldrichtig agieren und reagieren fördert einen verständnisvolleren Umgang mit ihnen. So können die Rückmeldungen aus den Welten genutzt werden um den gewünschten Soll-Zustand zu erreichen.

Wahr-gebungen statt Wahr-nehmungen

Menschliches Leben bedeutet: in ständigen Rückkoppelungsprozessen, ständigen interaktionellen Prozessen mit anderen „Umwelten“ zu sein. Das was wir in unserer Alltagssprache als Wahrnehmung bezeichnen ist eigentlich ein hochkomplexer, autopoietischer Prozess, in dem Reize fokussiert, ausgewählt und verarbeitet werden. (Schmidt 2011 p19) Welche Reize ein Individuum fokussiert und vor allem, wie diese interpretiert und bewertet werden, hängt stark von den autobiografischen Erlebnissen ab. Gunther Schmidt spricht deshalb lieber von Wahrgebungsprozessen. Dieser Begriff macht deutlicher, dass wir keine quasifotografische Abbildung der Welt wahrnehmen sondern diese höchst individuell erleben und mit eigenen Wahrgebungen versehen.

Wir sind viele

Aus hypnosystemischer Sicht sind Menschen im positiven Sinne „multiple Persönlichkeiten“. (Schmidt 2015 p53) Die jeweilige Aufmerksamkeitsfokussierung bestimmt darüber welche „Persönlichkeitsvariante“ von einem Menschen gerade aktiv ist. Ähnlich haben wir auch nicht nur eine Vergangenheit oder Zukunft, sondern ein ganzes Pool an unterschiedlichen Erlebnisnetzwerken. „Je nachdem welche in uns gerade feuern erleben wir diverse Gegenwarten.“(Schmidt 2011p20) Nach dem hebbischen Gesetz: „wires that fire together, wire together“ (deutsch: Zellen, die miteinander feuern, vernetzen sich), kann früher Erlebtes durch bestimmte Trigger (Geruch, Musik, Mimik,...) in der Gegenwart reaktiviert werden. Dies kann dazu führen, dass jemand zum Beispiel sehr assoziiert (verbunden) mit seinem Leiden-Ich ist. Damit

einhergehend würde sich seine Wahrnehmung einengen, er/sie würde vielleicht eher dazu neigen in Schwarz-Weiß Kategorien zu denken und er würde vielleicht eher dunkle Episoden seines Lebens erinnern, in denen etwas Misslungen ist. Umgekehrt könnte man sich sehr assoziiert mit seinem Kompetenten-Ich fühlen was ein ganz anderes Körpererleben nach sich ziehen würde, was wiederum eher positive Erinnerungen wachrufen würde etc.

Problemmuster / Lösungsmuster

Gunther Schmidt schlägt folgende Vorgehensweise im Umgang mit Problemen/Beschwerden vor:

- 1.) Klient schildert Problem, Beschwerde, Anliegen -> Pacing, Pacing, Pacing⁶
- 2.) Gewünschtes Erleben? Skalierung -> Variationen!
- 3.) Gefundene Variation werten als: Es ist veränderbar!
Darin zeigt sich schon hilfreiches Wissen im Klienten.
- 4.) Einladen zum systematischen Vergleich von Problem- und Lösungsmustern
Pendeln zwischen den Problem- und Lösungsmustern.
Auswirkungen und sinnliche Erlebnis Elemente benennen
- 5.) Gefundene Unterschiede werten als „Vertragsbedingungen des Organismus“ und Symptome als „Feedback-Kompetenz / Botschaften von Bedürfnissen“
-> Auswirkungen?
- 6.) Planen was hilfreiche nächste Schritte wären

Utilisation

Utilisation meint die konstruktive, zieldienliche Verwendung besonderer Merkmale, Fähigkeiten oder Interessen des Klienten. (Hähnlein & Rimpel 2008 p159) Auch unterbewusst und problemhaft erlebte Prozesse gilt es dabei nutzbar zu machen. Aus hypnosystemischer Sicht ist jedes Problemerkennen, jede Beschwerde, jedes Symptom welches der Klient beschreibt eine kompetente Rückmeldung, die Auskunft darüber gibt was gebraucht wird. (Schmidt 2011 p22)

⁶ „Pacing“ ist ein Begriff aus dem NLP (Neurolinguistischen Programmieren) und heißt soviel wie „Schritt halten“ (Vergleich: „Pacemaker“ heißt im Englischen Herzschrittmacher). Beim Pacing geht man als Beraterin mit dem Klienten mit, bis dieser sich gehört, gesehen und vielleicht sogar verstanden fühlt. Pacing ist im NLP eng gepaart mit dem Begriff „Leading“ (zu Deutsch leiten).

Metaphorisches Reframing⁷ nach A.D. Jonas

Spannend fand ich, dass Gunther Schmidt David Jonas, den Begründer der idiolektischen Methode, kannte und gerade im Bereich der Psychosomatik dessen paläoantropologischen Konzepte der archaischen Relikte übernahm.

Dabei empfahl Gunther Schmidt folgende Vorgehensweise:

- 1.) Klient schildert psychosomatisches / somato-psychisches Problem -> Pacing
- 2.) Gewünschtes Ergebnis? -> Variationen? (Skalierungsfragen)
- 3.) Bewertung des Problem-Erlebens bisher?
- 4.) Für Dich erscheint das Problem verständlicher Weise als schlecht, schlimm usw.
Aber die „Seite“ in Dir, welche die Problem-Reaktion macht, lebt offenbar in einer (Albtraum-artigen) anderen Welt in der die Reaktion angemessen ist. In welcher Welt lebt diese Seite?
-> Metaphorische Re-Kontextualisierung -> Auswirkungen beschreiben lassen

Erklärung:

Gunther Schmidt bietet dabei den Klienten auch aktiv sein Fachwissen als Arzt und Psychotherapeut an. Er erzählt dem Klienten aus der „Welt der Seegurke“ und bietet dem Klienten diese Metapher der archaischen Sichtweise an. Mit Rekontextualisierung meint er die Auswirkungen einer solchen Sichtweise auf den aktuellen Kontext des Klienten zu besprechen. Die archaische Metapher wird sozusagen in den Kontext des Erlebens der Klienten gebracht.

- 5.) Die Bilder mit Ressourcen anreichern – „Muster des Gelingens“ etablieren

⁷ Reframing ist ein Begriff der sich aus dem Englischen ableiten lässt. Ein „frame“ bezeichnet einen Rahmen. Reframing ist eine Methode aus der systemischen Therapie bei der eine Situation oder eine Problematik in einen „neuen Rahmen gesetzt“ wird. Dadurch kann ein neuer Sinnzusammenhang eine neue Sichtweise entstehen und eine Neubewertung der Situation oder des Problems stattfinden.

Idiolektischer Umgang mit Psychosomatischen Phänomenen

Vom Einzeller zum Menschen

Werfen wir einen Blick auf die Entstehung des Lebens auf dieser Erde, so wird unschwer erkennbar, wie kurz es uns Menschen eigentlich erst gibt. Die Entwicklung vom Einzeller bis hin zu komplexeren Lebensformen wie Säugetieren dauerte zwischen 3,3 und 4 Milliarden Jahre! Eine für uns Menschen fast unvorstellbar lange Zeitspanne von Selektions-, Differenzierungs- und Anpassungsprozessen. Den Homo Sapiens schätzt die Wissenschaft auf etwa 2 Millionen Jahre. 90% dieser Zeit verbrachte der Mensch als Jäger und Sammler. Das heißt sein Erbgut ist auf körperliche Beanspruchungen und Reaktionen optimiert und nicht unbedingt auf Tätigkeiten wie Emails schreiben in wolkenkratzerhohen Bürogebäuden. Spannend ist wie sich diese Entstehung des Lebens in unserer DNS (Erbgut) abbildet. Vergleicht man menschliche DNS mit zum Beispiel der DNS einer Banane so gibt es eine 50%ige Übereinstimmung! Zur Hälfte ist der Mensch also so gesehen, eine Banane. Zu 60% übereinstimmt unsere DNS mit der einer Taufliege, zu 75% mit der von Fadenwürmern, zu 90% mit der von Schweinen zu 98,5 % mit der von Schimpansen und zu 99,5 % mit der von jedem anderen Menschen dieser Erde. (Falkner 2013) Diese Zahlen beleuchten eindrücklich wie viel wir unter genetischen Gesichtspunkten gemeinsam haben mit anderen Lebewesen und welche Vielfalt von Menschen ein bescheidener Unterschied von 0,5% ausmachen kann.

Genetisch betrachtet sind in uns viele archaische Reaktionen und Verhaltensweisen angelegt die zu Zeiten des Säbelzahn timers überlebenswichtig waren, heutzutage aber vielleicht als krankheitswertig oder als zu bekämpfende Störung gelten. (Winkler P., 2004 p130)

Relevanz für die Psychotherapie

In Anbetracht dieser Geschichte des Lebens erscheint es sinnvoll, diese paläophysiologischen und paläoantropologischen Ideen als biologische Basis für ein neues evolutionäres Verständnis von psychosomatischen Symptomen heranzuziehen.

David Jonas, der Begründer der idiolektischen Methode war diesbezüglich ein Vorreiter seiner Zeit. Er entwickelte eine Gesprächsführungsmethode die auf der Eigensprache beruht, da er beobachtete wie adäquat neurophysiologische Vorgänge in dieser zum Ausdruck kommen. Jonas schreibt dazu in seinem Artikel (Jonas 2004 p105) „Wie entstehen psychosomatische Symptome? „Das im Vordergrund unserer

psychotherapeutischen Technik stehende Werkzeug ist die Eigensprache des Patienten. Er benützt den lexikalischen Wortschatz, um diesen zum Träger seiner Gefühle zu gestalten. Die Eigensprache und die Sprache des Volksmundes besitzen die erstaunliche Fähigkeit, neurophysiologische Vorgänge in einer Weise darzustellen, die man bisher nur als metaphorisch betrachtet hat. Jedoch lässt eine nähere Untersuchung die zugrundeliegenden paläophysiologischen Mechanismen erkennen.“ Diese paläophysiologischen Mechanismen hatten bei Tieren niederer Entwicklungsstufen eine adaptive, meist überlebenssichernde Funktion. (Jonas A.D. 2004 p25, Jonas D.F. & Jonas A.D. 1994) Ohne Kenntnis dieser Zusammenhänge werden diese Phänomene als Erkrankungen bezeichnet, obwohl sie sinnvolle und überlebenssichernde Körperphänomene sind. (Ehrat H.H. 2008 p104)

In seiner psychotherapeutischen Tätigkeit nutzte Jonas die Eigensprache auch als diagnostisches Werkzeug und machte immer wieder die Erfahrung, dass sich physiologische Vorgänge präzise in der (Eigen)Sprache abbilden.

Die Anerkennung und Würdigung dieser vermeintlichen „Störungen“ oder „Krankheiten“ als eine Leistung des Organismus ermöglicht einen Paradigmenwechsel.

Es gilt also:

- Wird eine „körperliche Botschaft“ verstanden muss sie sich nicht wiederholen.
- Wird eine „verbale Botschaft“ gehört, braucht sie nicht wiederholt werden
- Körperliche und verbale Botschaften sind so gesehen als gleichwertig zu betrachten. (Ehrat H.H. 2008 p104)

Archaische Relikte

Im folgenden Teil möchte ich auf einige dieser archaischen Relikte näher eingehen, möchte aber vorausschicken, dass ich die teilweise sehr komplexen medizinischen Erklärungen versucht habe in eine für mich verständliche Sprache zu „übersetzen“.

Wichtig erscheint mir auch zu erwähnen, dass ein psychotherapeutisches Gespräch niemals körperliche Untersuchungen und eine ärztliche Behandlung

ersetzen kann. Es ist essenziell bei allen psychosomatischen Körperphänomenen die Patienten von ärztlicher Seite gut begleiten zu lassen und diagnostisch gut abgeklärt zu wissen.

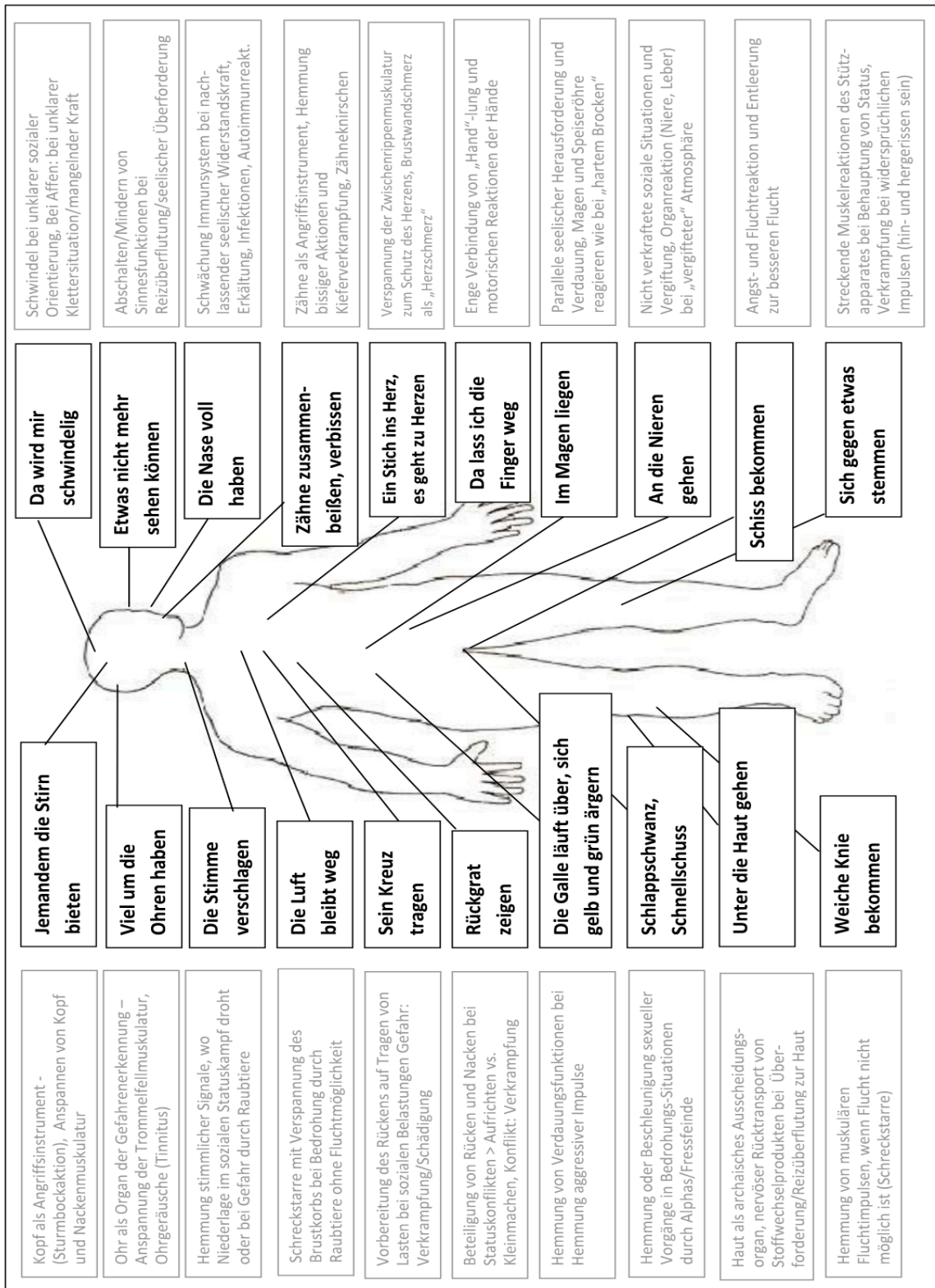
In unserer Sprache gibt es eine Vielzahl von unterschiedlichen körperbezogenen Redewendungen, Beschreibungen und Ausdrucksformen. Man findet diese zu allen Körperteilen und Organen. Jeder Mensch verwendet diese in seiner Eigensprache höchst individuell. Dem idiolektisch geschulten Therapeuten geben diese eigensprachlichen Äußerungen präzise Auskunft über die Funktionsweise der somato-psychischen Beschwerde.

Eine kleine Auswahl solcher Redewendungen und Sprichwörter habe ich im Anhang dieser Arbeit zusammengestellt. Im therapeutischen Gespräch kann es von Vorteil sein auf solche Redewendungen Bezug zu nehmen und sich die individuelle Bedeutung des Gesagten beschreiben zu lassen. Denn Kopfschmerzen sind nicht gleich Kopfschmerzen, etc.

Im folgenden Teil werde ich ein paar der archaischen Relikte näher beschreiben.

Beispiele archaischer Relikte

(Abbildung von Peter Winkler)



Beispiele für archaische Relikte nach Jonas und Jonas und ‚organsprachliche‘ Entsprechungen in Redewendungen

Darmsprache

Erkrankungen der Magen und Darmschleimhaut z.B. Colitis Ulcerosa & Morbus Crohn

Die Seegurke (ein Stamm und Stachelhäuter der im Meer lebt) aber auch andere Lebewesen stoßen bei einem Angriff oder Annäherung eines Feindes den gesamten Darminhalt und Teile der Dickdarmschleimhaut aus, um diesen sozusagen, dem Feind zum Fraß vorzuwerfen. Dieses Ablenkungsmanöver verschafft der Seegurke Zeit zum Fliehen und ist so gesehen eine sinnvolle Schutzreaktion in bedrohlichen Situationen die dem Überleben dient.

Dem Menschen ist diese Körperreaktion als mögliche Antwort auf bedrohliche Situationen geblieben. In der Eigensprache drückt sich die „Darmsprache“ etwa so aus: „Ich hatte eine beschissene Kindheit.“ „Da hab’ ich mich angeschissen vor Angst.“ „Da stecke ich tief in der Scheisse.“

Die eigensprachlichen Äußerungen weisen auf die vom Organismus unternommenen Lösungsversuche hin die eine adäquate Antwort auf die individuelle Situation sind. Damit „weisen sie auf sinnvolle Zusammenhänge zwischen körperlicher Phänomenologie und seelischer Bedrohung hin. Die Frage nach der Bedeutung solchen Verständnisses ist hinfällig, weil davon ausgegangen werden muss, dass Organismen neben verbalen Botschaften auch zu körperlichen Aussagen fähig sind.“ (Ehrat 2008 p110)

Ähnlich verhält sich unser Magen wenn eine „schwer verdauliche Situation“ vorliegt. Dann liegt uns etwas „wie ein Stein im Magen“ was für den Organismus aber keinen Unterschied macht, da für ihn das Prinzip der Wortwörtlichkeit (siehe Hypnosystemischer Umgang mit psychosomatischen Phänomenen) gilt. Magensäfte werden dann vermehrt produziert, so wie wenn es eine schwerverdauliche Nahrung zu verdauen gäbe. Gibt es aber nichts zu verdauen, werden eigene Organstrukturen verdaut und so beschädigt. Gastritis, Ulcus Ventriculi und Ulcus Duodeni sind die Folge. (Ehrat, 2016)

Muskelsprache

Herzinfarkt

In bedrohlichen Situationen hat unser Organismus grundsätzlich drei sinnvolle Notfallprogramme: Flucht, Kampf und den Totstellreflex.

Zum Fliehen benötigt der Organismus vereinfacht gesagt eine erhöhte Herzfrequenz, schnelleren Atem, Schweiß um die Körpertemperatur kühl zu halten und Adrenalin um möglichst aufmerksam und schnell reagieren zu können. Ähnliche körperliche Reaktionen werden beim Kampfmodus ausgelöst, wobei dort oft ein Rotwerden und ein erhöhter Muskeltonus bemerkbar sind.

Droht Gefahr entscheidet unser Organismus innerhalb von Millisekunden wie er reagiert und bereitet sich auf die Reaktion vor.

Rangniedere Tiere, so wie Menschen die sich in Gruppen gewöhnlich unterordnen, reagieren eher mit Flucht und dem Totstellreflex.

Die Totstellreaktion ist im Tierreich zum Beispiel beim Opossum beobachtbar. Dieses Tier aus der Gattung der Beutelratte macht es sich zu nutze, dass Raubtiere normalerweise kein Aas fressen. Bemerkt der Angreifer, dass es sich um lebloses Aas handelt, lässt er von seiner Beute ab. Im Tierreich ist dieser Reflex umkehrbar das heißt, das Opossum erwacht wieder zum Leben nach einer kurzen Zeit des Scheintodes und kann so dem Angreifer normalerweise entkommen. Manche Tiere stoßen in dieser Situation sogar Aasgeruch aus und machen damit die Täuschung perfekt.

Der Mensch war aus evolutionärer Sicht, eine längere Zeitspanne eher Beute für wilde Tiere als Jäger. Insofern ist er auch mit dem Totstellreflex ausgestattet. Für Ihn führt diese Körperreaktion jedoch oft zum Tod durch Herzinfarkt da unser Herzmuskel für so eine abrupte Drosselung der Blutzufuhr nicht ausgerichtet ist. So führt diese ursprünglich überlebenssichernde Reaktion oft zu eine lebensbedrohlichen Situation für den Menschen.

Hautsprache

Rückensprache

Die archaische Erklärung, warum der menschliche Rücken so auf „Belastungen“ reagiert, hängt damit zusammen, dass der Mensch in seiner Frühgeschichte sein eigenes Lasttier war. Verantwortungsübernahme für die Gemeinschaft hieß damals, ein erlegtes Beutetier oft kilometerweit bis zur Feuerstelle zu tragen. (Winkler 2004 p151f) Heute heißt Verantwortungsübernahme nicht mehr ein Reh am Rücken vom Supermarkt nach

Hause zu tragen. Trotzdem reagiert der Organismus ganz ähnlich auf „Belastungen“: er aktiviert die zum Tragen einer Last benötigten Rücken- und Schultermuskulatur. Da aber meist die körperliche Beanspruchung ausbleibt, wird die Aktivierung der Muskelgruppen gehemmt, was zu Verspannungen führen kann. Dabei bleibt die Muskulatur so lange angespannt bis die „belastende“ Situation vorbei ist.

Horst Poimann und Peter Winkler schreiben sehr eindrücklich im Idiolektik Reader – wichtiges aus zwei Jahrzehnten über die unterschiedlichen Ausprägungen bei Rückenbeschwerden die in der Eigensprache exakten Ausdruck finden.

Peter Winkler (Winkler 2004 p153) unterscheidet dabei 4 Kategorien:

Typ 1: belastet, bedrückt, es schwer haben, vom Schicksal gebeugt sein

Themen: Überforderung, Nachlassende Kräfte bei Dauerbeanspruchung, Verantwortung, traumatische Erlebnisse

Typ 2: ein breites Kreuz haben, sein Kreuz tragen, sich etwas aufladen, etwas wird auf dem eigenen Rücken ausgetragen

Themen: Verantwortung bei scheinbar guter Verkraftung

Typ 3: sich jemandem beugen, klein begeben, unterwürfig sein

Im Gegensatz zu: sich auflehnen, sich etwas entgegenstemmen, unbeugsam sein

Themen: Statusproblematik, vor Allem bei zuwiderlaufende Handlungstendenzen

Typ 4: sich auf etwas versteifen, eine starre Haltung demonstrieren, etwas stock und steif behaupten

Themen: Inflexibilität, Sturheit, Zwanghaftigkeit

Psychiatrische „Störungen“ im Kontext der archaischen Relikte

Panikattacken

Unter Panikattacken versteht man plötzlich auftretende Körpersymptome wie Atemnot, Herzrasen, Hyperventilation, Zittern, Übelkeit und Erbrechen ohne erkennbaren Anlass. Diese Panikreaktion versetzt den Körper in Alarmbereitschaft (Flucht- oder Kampfreaktion) und wird oft als lebensbedrohlich erlebt.

Die archaische Erklärungsweise sieht bei dieser Körperreaktion einen Zusammenhang mit gehörnten Tieren. Diese Herdentiere haben in rivalisierenden Situationen die

Fähigkeit das Muskelgewebe rund um die zu schützenden inneren Organe (Herz, Lunge, Leber, etc.) so anzuspannen, dass es einem Angriff mit einem Horn besser standhalten kann. Die Anspannung des Muskelgewebes dient dem Schutz und ist somit eine wichtige überlebenssichernde Reaktion dieser Tiere.

Klaustrophobie

Die Klaustrophobie beschreibt die Angst vor engen Räumen. Menschen mit dieser Diagnose generieren Symptome die eine Flucht ermöglichen sollen: erhöhte Pulsfrequenz, Schweißausbruch und Adrenalinausstoß sind die beobachtbaren Körperphänomene. Unter der archaischen Perspektive sind diese Körperphänomene „goldrichtig“ denn Tiere die in Enge sind und keine Fluchtmöglichkeit haben stecken in einer lebensbedrohlichen Situation aus der es schnellstmöglich zu fliehen gilt. Die Symptome sind so gesehen eine kompetente, überlebenssichernde Reaktion des Organismus auf die zu eng erlebte Situation.

Agoraphobie

Agoraphobie ist die Angst sich auf offene Plätze zu begeben. Auch diese, Angst ist archaisch gesehen höchst sinnvoll, betrachtet man die lebensbedrohliche Situation welcher sich ein Beutetier aussetzt wenn es über offene Wiesen oder Lichtungen geht. Eine Exposition birgt immer die Gefahr angegriffen zu werden, es ist also intelligent große Plätze indirekt oder am Rand zu überqueren.

Bühnenangst

Menschen sind soziale Wesen und auf Zugehörigkeit in einer Gruppe angewiesen. Die Gruppe schützt den Einzelnen solange er im Verband der Gruppe ist. Sobald ein Mensch sich in irgendeiner Form exponiert, wird er/sie angreifbar. Ein Mensch der vor Anderen zum Beispiel einen Vortrag hält begibt sich in eine Situation maximaler Exposition, archaisch gesehen eine lebensbedrohliche Situation, die folgerichtig oft lebenserhaltende Körperreaktionen triggert. So dienen das Herzrasen, Schweißproduktion, schnellerer Atem und ähnliches der Vorbereitung auf eine bestmögliche Flucht. Und auch das sogenannte „Blackout“ vor Prüfungen oder Vorträgen ist ein Überbleibsel des Totstellreflexes. Dabei beschränkt sich der Organismus auf die Durchblutung der lebenswichtigen inneren Organe, die Extremitäten bleiben so unterversorgt. Das Erinnern von Gedächtnisinhalten ist in lebensbedrohlichen Situation für den Organismus nicht wichtig. Überlebenssichernde Maßnahmen gilt es in solchen Momenten zu aktivieren. Der Neurobiologe Manfred Spitzer beschreibt das so: „Bog vor

Urzeiten ein Säbelzahn tiger um die Ecke, suchte man besser schnell das Weite. Wer sich dann zurücklehnte und das Problem auf sich wirken ließ, hatte eher schlechte Karten“. (Scheufler 2013) Dieser Blickwinkel würdigt die Angst und die daraus resultierenden Körperreaktionen als sinnvolle und dem Überleben dienlich. Können diese „guten Gründe“ für die Körperreaktionen gesehen werden müssen diese manchmal nicht mehr so vehement in Erscheinung treten.

Schwindel

Schwindel ist bei Primaten ein überlebenswichtiges Signal. Wenn diese kletternd von Ast zu Ast unterwegs sind kommt der Schwindel wenn sie am Ende eines Astes mehrere Wahlmöglichkeiten zu umliegenden Bäumen haben. Der Schwindel hindert sie daran voreilig zu Springen, hilft ihnen innezuhalten, um die Distanz und die dafür nötige Kraft gut abzuschätzen um dann sicher zum nächsten Ast zu gelangen.

Menschen in Entscheidungssituationen die unüberblickbar sind leiden oft an heftigen Schwindelattacken. Gelingt es diesen ihre körperliche Reaktion als sinnvollen Ausdruck ihrer momentanen Situation anzuerkennen treten die Symptome in den Hintergrund. David Jonas beschreibt in seinen Publikationen, dass Schwindel auch aus Gewissensgründen auftreten kann. Betrachtet man das Gewissen als eine „Möglichkeit“ und die vielleicht nicht gelebten Wünsche des Individuums als andere „Möglichkeit“ so kann dies sehr wohl auch Ursache für Schwindel sein.

In dem Seminar mit Gunther Schmidt zum Thema: „Hypnosystemische Konzepte zu psychosomatischen Themen“ erklärt er, dass für den Körper das Prinzip der Wortwörtlichkeit gilt. Die folgenden archaischen Relikte können gut unter diesem Blickwinkel gesehen werden.

Winterschlaf

Es gibt Lebewesen die bei Klimaänderung wie einem Kälteeinbruch in Winterschlaf verfallen.

Der menschliche Organismus reagiert manchmal mit ähnlichen Phänomenen wie Müdigkeit, Antriebslosigkeit und Lustlosigkeit die eigenen vier Wände zu verlassen wobei es keinen Unterschied macht ob es sich tatsächlich um einen Temperatursturz oder um eine Veränderung hin zu einem kühlen zwischenmenschlichen Klima handelt. (Prinzip der Wortwörtlichkeit)

Diese Müdigkeit und Antriebslosigkeit gilt es dann im therapeutischen Gespräch nicht „weg zu therapieren“ sondern vielmehr geht es um die Würdigung des Organismus wie sensibel er das Klima wahrnimmt und wie vorteilhaft es ist in Situationen in denen zwischenmenschliche Kälte vorherrscht, in den Energiesparmodus zu wechseln. Beginnt man als Therapeut, in einer solchen Situation dem Patienten Ratschläge zu geben, ihn zu motivieren etc. ist man beidseitig schnell ausgepowert. Der Patient, da er sich für sein Verhalten rechtfertigen muss und der Therapeut, da all seine tollen Interventionen und Ideen nicht auf fruchtbaren Boden stoßen.

Die idiolektische Herangehensweise hingegen rückt die kompetente Reaktion des Organismus in den Vordergrund und würdigt das was ist, ohne wenn und aber. Symptome werden so gehört und (Zitat Jonas) „schmelzen weg wie Schnee an der Sonne.“

Verstopfte Nase

Unsere Nase hat unter anderem die wichtige Funktion kalte Luft beim Einatmen zu erwärmen um den Wärmehaushalt zu regulieren. Dafür schwellen die Nasenschleimhäute an und so gelangt die erwärmte Luft in die Lungen.

Unser Organismus macht keinen Unterschied ob tatsächlich kalte Lufttemperatur oder ob ein zwischenmenschlich kaltes Klima vorherrschend ist. Beides kann ein Anschwellen der Nasenschleimhäute bewirken, kann also zu einer verstopften Nase führen. Eigensprachliche Äußerungen wie „Ich hab die Nase voll“ können insofern wichtige diagnostische Hinweise geben und den Therapeuten zum Nachfragen anregen. So könnte man sich beschreiben lassen von was die Nase denn voll sei und würde dann vielleicht Hinweise vom Patienten über eine stressige Arbeitssituation mit einem Chef bekommen der Druck ausübt und kaltherzige Personalentscheidungen trifft.

„Der jammernde Patient“

Gunther Schmidt berichtete in seinem Seminar: „Hypnosystemische Konzept zu psychosomatischen Themen“ in Semriach (Österreich) im Jänner 2017 von einem YouTube-Video, (siehe <https://www.youtube.com/watch?v=LU8DDYz68kM>) das eine Wasserbüffelherde im Krüger Nationalpark in Süd-Afrika zeigt die von ein paar Löwen angegriffen wird. Diesen gelingt es ein Kalb von der Herde zu separieren. Bei der Jagd fällt es in einen nahe liegenden Fluss. Im Wasser wird das Kalb von einem Krokodil angefallen. Trotzdem schaffen es die Löwen das Kalb aus dem Wasser zu zerren, dabei schreit das Kalb sehr laut. Diese Schreie erreichen die Büffelherde. Wieder allen

Erwartens kehrt diese um und schafft es schließlich Löwen für Löwen wegzujagen. Das Büffelkalb kehrt wieder in die Herde zurück, es hat den Angriff überlebt und wurde von der Herde gerettet.

Gunther Schmidt gibt das als Beispiel dafür das „Jammern“ beim Menschen eine Kompetenz ist, um in der Herde zu bleiben. Dieses Jammern aktiviert beim Zuhörer den Fürsorgetrieb der sich in Form von Mitleid, Anbieten von Hilfe oder Ratschlägen manifestiert. (Jonas, (2009)p329) Zugehörigkeit zu einer Gruppe ist für den Menschen von existenzieller Bedeutung. Gelingt es einem Menschen über den Ausdruck seines Leids Zugehörigkeit zu erfahren, so ist das als wichtige Kompetenz zu sehen, in der „Herde“ zu bleiben.

Einbindung der Idiolektik in die systemischen Therapie anhand von Fallbeispielen

Anhand zweier Fallbeispiele möchte ich die Einbindung der Idiolektik in systemische Therapiesitzungen darstellen.

Fallbeispiel 1: *Wenn das Herz weh tut*

Herr Schmid (Name geändert), 47 Jahre alt, gelernter Bürokaufmann, arbeitete 18 Jahre bei der Gemeinde Wien und wurde 2002 wie er sagt aus dem Job „*ausgeschieden*“. Zu seiner zwei Jahre jüngeren Schwester pflegt er derzeit keinen Kontakt diese sei in Invaliditätspension aufgrund von Herzproblemen. Seine Mutter ist wieder verheiratet (schon über 20 Jahre) und hat Brustkrebs. Sein Vater interessiert sich hauptsächlich für Pferderennen und Glücksspiel. Herr Schmid erlitt mehrmals einen Herzstillstand und aktuell kommt es immer wieder zu Herzrhythmusstörungen. Er wurde schließlich am Herzen operiert. Dieser in seinen Worten „Schicksalsschlag“ hängt ihm nach – und tut ihm „im Herzen weh“. Beziehung kann er keine Erfüllende leben – gleichzeitig weiß er für sich, dass man nur zu zweit glücklich werden kann.

In die Psychotherapie kommt er als Geschickter und Klagender: „*Ich weiß auch nicht was ich da soll, ich bin doch nicht verrückt und bilde mir die Schmerzen nur ein. Aber mein Arzt meint, ich sollte daher kommen.*“ Neben den körperlichen Beschwerden zeigt sich eine mittelschwere Depression.

Die Stunden mit ihm gestalten sich relativ ähnlich. In den Sitzungen erlebe ich ihn sehr leidend und als „Opfer“ seiner Umstände, machtlos und nicht handlungsfähig. Diese starren, verfestigten Ansichten versuche ich immer wieder zu verflüssigen oder zur dekonstruieren.

Die folgende Sitzung ist ungefähr die 6. Stunde mit ihm. Wir hatten uns ein Monat lang nicht gesehen, da er krankheitsbedingt seine Termine nicht wahrnehmen konnte.

Th (Therapeut): Wir haben uns ja jetzt lang nicht gesehen... ich glaub das war ein ganzes Monat jetzt ...

*Kl (Klient): Ja zu meinem Geburtstag war **ich schwer grippös**, ... und ich habe eine ziemlich harte Zeit hinter mir. Wieder mit den **Bandscheiben**, die **Finger schlafen mir schon wieder ein**, **Schlafstörungen**, woa, ... (Pause) a ganz a zähe Zeit.*

Mehrere körperliche Beschwerden tauchen da in der Anfangssequenz auf. Auf mich, als Therapeuten, wirken die Inhalte schwer und anstrengend. Mein erster Impuls ist es meinen Fokus auf die Ressourcen zu richten. Um „bei dem Klienten zu bleiben“ (*Pacing*) gebe ich ihm eine Rückmeldung wie seine Inhalte bei mir ankommen.

Th: Das hört sich anstrengend an...

Kl: Hm,... Sehr ... (Pause) das zehrt! Energie null.

Th: Gibt's irgendwas, was... (sucht)

Kl: (unterbricht) was Positives?

Th: Nein, vielleicht irgendetwas was sie da durchgetragen hat durch diese schwere Zeit?

Kl: Es hat bisschen gedauert mit meinem Geburtstag, ich hab das dann nachgeholt mit einem Schulfreund (...) Der kam mit der Bahn zu mir, auf einen Kaffee. Ja das war sehr nett.

Th: Was hat es ausgemacht, dass das nett war?

Eine klassische idiolektische Frage: Ich lasse mir die individuelle Bedeutung von „nett“ erklären.

Kl: Naja wir haben über alte Zeiten gesprochen (lächelt)

Th: (lächelt auch)

Kl: Ich hab' das g'spürt, dass das echt war. Das ist mir ja immer wichtig, na.

Th: Ah, sie haben das gemerkt, dass das echt war.

Einfache Wiederholungen der Eigensprache des Klienten ohne eigene Bilder, Wörter oder Hypothesen einzubringen.

Kl: Ja der hat sich irrsinnig gefreut und ist mir um den Hals gefallen. (...) Ja das ist der Mittelschulfreund mit dem ich damals in Frankreich war.

Nach idiolektischen Gesichtspunkten ist das Wort „Frankreich“ das vermeintlich Unverfänglichste. Ich als Therapeut sehe darin eine mögliche Ressource da es vom problematischen Inhalten zeitlich und räumlich weit entfernt scheint. Gleichzeitig ist die

Sequenz gespickt von nonverbalen Signalen: der Klient lächelt während des Erzählens über alte Zeiten und wirkt lebendiger auf mich. Also frage ich dort nach:

Th: Sie waren also einmal in Frankreich? (erstaunt)

Kl: Ja, da ist es mir gutgegangen und ihm weniger – Eine Hand wäscht die Andere. ...

Th: Was haben Sie da gemacht? Oder können Sie mir was aus Frankreich erzählen?

Kl: Ja das sind die Weichengeschichten... was ich immer sag, wo ich oft denke, hätt' ich es so gemacht, wär's so gekommen, hätt ich das gemacht, wäre es anders gekommen... (...)

Hier zeigt sich sein Problemmuster deutlich: „Wie wäre es gekommen wenn ich es anders gemacht hätte?“. Ein ständiges Hadern mit getroffenen Entscheidungen, welche bei ihm oft in negative Zukunftsszenarien münden und seine depressive Problematik verstärken. Insofern gibt mir seine Eigensprache („Weichengeschichten“, „immer“, „oft“) präzise diagnostische Hinweise über seine Problematik (Gedankenkreisen & Häufigkeit). Das höre ich, gehe aber (noch) nicht darauf ein.

Th: Können sie mir ein bisschen erzählen aus Frankreich?

Kl: Ja, nur Gutes!

Th: Na dann legen sie los!

Kl: Ich war 17. (...) Das waren noch die Zeiten mit Mofa und so (...)

(Minute 3:37)

Nach drei Minuten sind wir bei einem Thema angelangt, welches eine große Ressource für den Klienten ist. Im weiteren Gesprächsverlauf erzählt der Klient von seiner Jugendliebe, einer Französin, die er in Wien kennenlernte und dann in Frankreich besuchen fuhr während seiner Lehrzeit. In der Zeit erlebte er sich sehr in seiner Kraft (jung, sportlich, attraktiv,...). Nach 7 Minuten pendelt das Thema wieder ins „Problemmuster“.

Kl: Leider. Ich bin dann andere Wege gegangen,... hab meine Lehrabschlussprüfung gemacht, habe meine Dienststelle bekommen, also nach der Lehr bekommt man

dann einen Fixplatz bei der Gemeinde. Ich hab' dann da eine andere kennengelernt...

Th: Und sie waren dann ja 18 Jahre bei der Gemeinde...

Kl: Ich war insgesamt vom Start weg, 18 Jahre dort...

Th: Und was genau war der Auslöser, dass sie dann...

Kl: Ja meine ganzen G'schichten.

Th: Welche?

Einfache, konkretisierende und öffnende Frage.

Kl: Mit den Krankheiten wie sie gekommen sind.

Th: Weshalb sind die denn gekommen?

Hier versuche ich seine eigenen Konzepte und Ideen was die Entstehung der Krankheiten anbelangt zu erfragen. Ich steige idiolektisch betrachtet in die „Eigenlogik“ des Klienten ein und lasse mir diese beschreiben.

Kl: Man geht dort nicht freiwillig weg.

Th: Wie erklären sie sich das, das die gekommen sind?

Kl: Wenn ich das wüsste dann wäre ich der liebe Gott.

Th: Aha. Und was würde der liebe Gott sagen?

Wertfrei, einer idiolektischen Haltung entsprechend akzeptiere ich seine Konzepte und Ideen und lasse sie mir weiter schildern.

Kl: Der würd' sagen Schicksal.

Th: Also es ist Schicksal... (Pause) Aber dann könnten Sie ja nichts tun, dass es ihnen besser geht oder?

Kl: Naja, ich sag, auf der einen Seite gibt es das für mich, ich denke eben so, auf der anderen Seite kann man es bis zu einem gewissen Grad beeinflussen und dann aber wieder nicht... und manche Menschen sind eben gesegnet, manche nicht (er betont dieses Wort „nicht“ sehr eigentümlich) Wie erklärt man sich das sonst, das dann Kinder schwer krank werden oder der eine bekommt Krebs, der andere nicht, der

eine lebt sein Leben, wird nie krank, der eine ist Millionär, dem einem fällt alles in den Schoß dem andern nicht, usw.

Th: Mhm

Kl: Oder auch in den Beziehungsgschichteln...

Th: Na klar, ... und wie kann man sich das erklären?

Kl: Na, kann man sich eh nicht erklären...

Th: Naja, aber ich finde es trotzdem wesentlich, weil es ja auch um den Einfluss geht. Und das was ich jetzt höre ist: Man kann es beeinflussen, aber nicht alles. Stimmt das?

Das Konzept des Einflusses führe ich in das Gespräch ein. Einfluss hat man nur dann wenn man sich nicht als „Opfer“ seiner Umstände erlebt sondern als agierender „Täter“. Spannender Weise führt es uns direkt zu traumatisch erlebten Inhalten in denen sich Herr Schmid hilflos ausgeliefert fühlte.

Kl: Mhm. Naja wie soll ich das beeinflussen wie das ganze begonnen hat, mit der Kündigung und so... Ich war ein halbes Jahr im Krankenstand, und dann ich war ja VB, Vertragsbediensteter, da ist man ja kündbar, ich war nicht pragmatisiert, da ist man nicht kündbar. Wie soll man das beeinflussen? Zu Silvester habe ich ein Exzem, eine Blutvergiftung und mein Stiefvater führt mich ins SMZ Ost, und ich denk OK du gehst rein, die machen irgendwas, du kriegst eine Salbe oder Tabletten und dann, sie bleiben da, sie werden operiert und in der Nacht hab' ich einen Herzstillstand. Wie soll ich das beeinflussen?

Th: Mhm...

Kl: Da ist man ja ausgeliefert...

Th: und dann?

Kl: Dann hat die gesamt Misere angefangen.

Herr Schmidt beschreibt das traumatische Erlebnis des Ausgeliefert seins. In solch lebensbedrohlich erlebten Situationen bleiben dem Organismus drei Möglichkeiten: Flucht, Kampf oder Totstellen. In meinen Augen gibt die Wortwahl von Herrn Schmidt schon Auskunft über seine Reaktion. Er verwendet „Ausgeliefert sein“ und

Herzstillstand welche ich als Totstellreaktion einordnen würde. Unter diesem Gesichtspunkt macht seine Körperreaktion des Herzstillstands für mich Sinn.

Die Gespräche mit Herrn Schmid sind in dieser Art weiter gelaufen.

Herr Schmid ist noch einige Male zu mir in Therapiesitzungen gekommen. Da ich es jedoch nicht geschafft habe einen Therapieauftrag von ihm zu bekommen habe ich ihn gebeten zu überprüfen ob dieses Setting wirklich passend ist für ihn. Er entschied sich danach zu pausieren.

Fallbeispiel 2: Eine beschissene Kindheit

Frau Meier (Name geändert), 44 Jahre alt, verheiratet, Mutter von einer 15 jährigen Tochter leidet seit 20 Jahren an Kolitis Ulcerosa, bisher ohne Heilungserfolg. Die somatischen Beschwerden äußerten sich so, dass sie manchmal bis zu 5 Stunden am Tag auf der Toilette verbringen musste. Ihr Leidensweg mündet in einer Berufsunfähigkeitspension mit depressiven Phasen und führt sie schließlich auch zu mir.

In ihrer Kindheit erlebte sie einen sexuellen Missbrauch und einen gewalttätigen und alkoholsüchtigen Vater. Dieser verstarb vor 7 Jahren. Ihre Mutter sieht sie einmal die Woche, Ihre jüngere Schwester ertrank in einem Brunnen mit 1,5 Jahren, zur älteren Schwester gibt es keinen Kontakt.

Jetzt wünscht sie sich ihr Leben in Ordnung zu bringen, mehr Leichtigkeit und nicht aufgefressen zu werden vom schlechten Gewissen, wenn sie ihren Weg geht. Dazwischen nutzt sie ihre Stunden bei mir immer wieder um ihre Rolle als Mutter zu klären, „Elterncoaching“.

Nach zirka einem halben Jahr Therapie lade ich sie zu einem idiolektischen Gespräch mit Dr. Hans Hermann Ehrat in Wien ein. Frau Maier nimmt die Einladung an.

Im Gespräch mit Dr. H.H. Ehrat kommen unter anderem ihre somatischen Reaktionen deutlich in ihrer Eigensprache zum Ausdruck. Frau Meier beschreibt dabei ihre „beschissene Kindheit“ in der sie in ständiger Angst vor dem aggressiven Vater lebte (in ihren Worten hat sie sich vor ihrem Vater „angeschissen“) und ihr sensibles Bauchgefühl. Dr. Ehrat, Arzt für Allgemeinmedizin mit dem Spezialgebiet der Psychosomatik und

Psychotherapeut, nahm das zum Anlass ihr dabei das archaische Relikt am Beispiel Seegurke zu erklären. Die Seegurke stößt in bedrohlich erlebten Situationen den Darminhalt aus und wirft das dem Angreifer sozusagen zum Fraß vor. Dieses Ablenkungsmanöver nutzt sie um ihr Überleben zu sichern und zu Entkommen. Durch diese neue Perspektive kann Frau Meier die Reaktionen ihres Darmes als sinnvolle Kompetenz ihres Organismus verstehen. Gunther Schmidt würde es als „metaphorisches Reframing“ bezeichnen. In diesem neuen Sinnzusammenhang wird aus der Krankheit eine „Begabung ihres Bauches“. Frau Meier scheint sich viel aus diesem Gespräch, für sich und den Blick auf ihre Krankheit, profitiert zu haben.

In den Therapiesitzungen danach nimmt sie immer wieder wertschätzenden Bezug auf dieses Gespräch.

Für den weiteren Therapieverlauf empfiehlt Dr. Hans Hermann Ehrat die traumatisierten Anteile, auf die die Colitis Ulcerosa eine Reaktion war, zu bearbeiten.

In der darauffolgenden Stunde beginnen wir (auf Wunsch von Fr. Meier hin) die Arbeit mit den traumatisierten Anteilen. Ich verwende dafür eine Methode aus der Psychodynamisch-Imaginativen Traumatherapie von Luise Reddemann die „die Arbeit mit verletzenden, inneren Anteilen“ genannt wird. Dies ist der Arbeit mit inneren Anteilen sehr ähnlich.

Im Idealfall folgt man folgender Struktur (Christine Blumenstein-Essen und Margarete Mernyi, Theorie und Methodik Seminar XIII 22. Bis 24. September 2016):

- 1.) den Widersacher benennen
- 2.) dem Widersacher eine Gestalt geben
- 3.) aus welchem Grund ist „er“ entstanden und weshalb verhält er sich auf seine spezielle Weise
- 4.) falls das Jüngere-Ich empathiebedürftig ist, Verständnis für dessen Leid entwickeln und versorgen (zum Beispiel an einen inneren sicheren Ort bringen)
- 5.) Kontakt herstellen zwischen Erwachsenen-Ich (=Beobachtendes-Ich) und Widersacher
- 6.) Anerkennen was der Widersacher in der Zeit des Jüngeren-Ichs geleistet hat

- 7.) Herstellung eines Realitätsbezuges -> Erwachsenen/Beobachtendes-Ich anerkennt die sinnvolle / schützende Funktion vom Widersacher erkennt aber gleichzeitig das es zum jetzigen Zeitpunkt nicht mehr Zeitgemäß ist
- 8.) Anregen von Kooperation
- 9.) Alltagskontext herstellen

Im ersten Schritt mit Fr. Meier wird der Widersacher benannt, externalisiert und im Raum platziert. Dabei gehen wir von einem aktuellen Symptom aus, mit welchem Frau Meier zu kämpfen hat. Sie kommt mit ihrem erhöhten Schlafbedürfnis nicht zurecht, welches sie immer wieder in stressige Situationen bringt da sie durch das lange Schlafen zu nichts kommt. Frau Meier platziert diesen Anteil in einer Ecke des Raumes hinter der dort stehenden Pflanze.

Th (Therapeut): Aber er versteckt sich hinter der Pflanze.

Fr. M.: Na ich, ich positioniere ihn dorthin. Weil ich ihn nicht mag den Anteil, weil ich ihn nicht positiv finde. Will ich ihn weit weg haben oder so, keine Ahnung. Das war jetzt einfach so aus dem Bauch heraus. Also wenn es etwas wäre was mir gefällt, würd' ich es hier auf den Tisch stellen, riesen groß, aber ...

Die Eigensprache oder Organsprache der Klientin „einfach so aus dem Bauch heraus“ fällt mir sofort auf und lässt mich als Therapeut vermuten, dass der Bauch eine Schlüsselrolle einzunehmen scheint.

Th: und den wollen sie möglichst weit weg haben, und auch möglichst klein.

Fr. M.: Er ist aber nicht klein.

Th: Wie groß ist er denn?

Klassische Konkretisierungs-Frage, denn klein ist nicht gleich klein – und ich als Therapeut möchte herausfinden was sie damit meint wenn sie das sagt. In dem Fall greife ich nicht ihr Schlüsselwort („nicht klein“) auf sondern benutze das mir geläufige gegenteilige Wort. Bei diesem frage ich nach der individuellen Bedeutung.

Fr. M.: Er ist irgendwie gasförmig, sag ich jetzt einmal und deswegen kann er sich sehr gut ausbreiten, anscheinend, sag ich jetzt einmal. Kommt in alle Fugen hinein.

Th: Und wie groß ist er jetzt?

Ich bleibe beharrlich, da ich abschätzen will wie „bedrohlich“ er sein könnte, bzw. wie raumeinnehmend oder mächtig. Aus ihrer Beschreibung (gasförmig, gut ausbreiten, kommt in alle Fugen hinein) könnte man schließen das er nicht leicht fassbar ist. Das bestärkt mich darin zu sehen wo wirklich die Grenzen des Anteiles sind, also wie groß er denn tatsächlich ist.

Fr. M.: Groß.

Th: Wie groß?

Fr. M.: Er geht ziemlich bis an die Decke.

Th: Bis an die Decke – hinter der Pflanze bis an die Decke, wie so eine Luftsäule?

Ich bringe ein eigenes Bild ein. Luftsäule war nicht ihr Wort.

Fr. M.: Er quillt auch überall raus.

Th: Er quillt auch raus.

Ich wiederhole schlicht ihre Aussage. Im Neurolinguistischen Programmieren nennt man dieses Vorgehen „pacing“, worauf sich auch Gunther Schmidt bezieht. Ich gehe mit ihr in ihre Welt und lasse sie mir beschreiben.

Fr. M.: ja, nicht so wie in so einer Säule, sondern so wie Wasser, das kann auch überall in alle Fugen rein.

Th: Und der sorgt dafür das sie länger schlafen als sie eigentlich wollen, der sorgt dafür...

Ich nehme Bezug auf das eigentliche Anliegen.

Fr. M.: das ich Sachen aufschiebe, bis zum Anschlag. ...

Th: An was erinnert Sie das?

Diese Frage ist zu unkonkret und offen und ich greife kein Schlüsselwort von ihr auf. Gleichzeitig will ich damit eigentlich ihre Bewertungen, Konzepte und Ideen zum „Problem“ abfragen.

Fr. M.: An was erinnert mich das?

Sie wiederholt die Frage – findet aber keine Antwort – sie ist für den jetzigen Moment im Gespräch zu offen und komplexitätserweiternd.

Th: Manchmal ist das so wie, das da noch ein Vater dahinter oder davor steht, oder eine Mutter, oder andere Personen die da auch noch drinnen enthalten sind, die internalisiert wurden.

Fr. M.: Fallt ma' jetzt nix ein, im Moment.

Th: Es ist nicht so wie der Vater, der immer Stress gemacht hat?

Das Thema „Vater der Stress macht“ bringe ich ein, da ich die Klientin und ihre Problematik ja schon kenne. Ich biete ihr also meine Hypothese dazu an und schaue ob sie anschließt.

Fr. M.: Nein.

Zweimal habe ich es jetzt probiert ihr meine Hypothese „anzubieten“, sie geht nicht darauf ein, kann nicht anschließen, also muss ich es anders versuchen.

Th: Es ist wirklich so wie ein Anteil von Ihnen der verletzend oder so wie ein Widersacher ist – er macht etwas was sie nicht wollen.

Fr. M.: Ja. Widersacher ist besser, ja. Verletzend würde ich nicht sagen, aber er bringt mich letztendlich dann auch in Stress, bzw. auch in eine Stimmung, wo ich dann auch wieder sehr streng mit mir bin, oder keine Ahnung, sehr streng mit mir, naja wo ich einfach unzufrieden bin, weil ich dem nachgegeben habe.

Th: Angenommen der würde irgendwas sagen, was würde der denn sagen?

Mit dieser Frage gehe ich in Richtung „innerer Dialog“, mich interessiert es wie diese inneren Anteile miteinander reden.

Fr. M.: Er aus seiner Sicht würde wahrscheinlich nur sagen: Geht sich alles noch irgendwie aus, irgendwann, keine Ahnung.

Th: Der würd' sagen geht sich eh alles aus.

Fr. M.: Ja, obwohl ich dann tatsächlich sehe, dass es stressig wird. Kannst es immer noch machen, dafür hast du immer noch Zeit, so in die Richtung. Muss ja nicht jetzt sein, muss ja nicht gleich sein. Ja, das ist dieser Anteil. So wie man in der modernen Zeit sagen würde: „Jetzt chill' einmal!“

Th: Aber das hört sich ja eigentlich positiv an?!

An dieser Stelle entpuppt sich für mich der Widersacher als positiv. Ich bestärke diese Sicht und schaue wie die Klientin reagiert.

Fr. M.: Ja aber wenn ich danach dann vor dem Resultat stehe, ähm, es geht sich nicht mehr aus und ich hab' einen Stress weil, ich bin dann nur halbfertig geworden, hab das nicht ordentlich vorbereitet?

Th: Aber dann müssten wir vielleicht eher mit dem Teil arbeiten der diese Ansprüche hat? Oder?

Fr. M.: Also rein an...

Th: (unterbricht) an diesen ist nicht zu rütteln...

Fr. M.: (lacht) Ja das wirkt jetzt auf sie wahrscheinlich so, aber rein aus ähm wie man grundsätzlich weiß wie viel Schlaf der Mensch braucht, bin ich eine die zu viel Schlaf braucht.

Th: Ein zu viel liegt ja immer im Auge des Betrachters. Es gibt ja kein normal in dem Sinne, oder?

„Einstreutechnik“ Mit dieser Frage „verstöre“ ich ihre Sichtweise, denn für sie gibt es ja ein normales Schlafverhalten.

Fr. M.: Naja es gibt schon so Statistiken: Wieviel Schlaf braucht ein Baby, ein Kleinkind, ein Schulkind ein Erwachsener...

Th: OK, aber dieser Anteil sorgt dafür, dass sie einmal chillen...

Ihr Dilemma ist eigentlich nicht „chillen“ zu können, da sie von sich erwartet eine Leistung bringen zu müssen. Mit meiner Intervention stelle ich das zuvor als problemhaft beschriebene Verhalten in einen anderen Kontext. Dies wird auch Reframing genannt. Eine gängige Umdeutungsmethode die in unterschiedlichen Therapierichtungen Anwendung findet.

Fr. M.: Ähm, vielleicht ...

Th: (unterbricht) und was hätten sie gern, was wünschen sie sich eigentlich? Denn auch das ist ja irgendwie eine Qualität die jetzt ja nicht negativ ist? Mal zu chillen, mal zu entspannen? Aber kommt vielleicht in den falschen Momenten daher? Da müsste man vielleicht verhandeln, dass der dann kommt wenn sie das wollen?

Ich versuche den Auftrag zu klären und dem eigentlichen Problem „auf die Schliche“ zu kommen.

Fr. M.: Ja aber wenn das jetzt so überhand nimmt...

Th: Naja, das geht natürlich nicht.

Hiermit verstärke ich ihren Einwand – dies mache ich aus der Intention und Erfahrung heraus, dass je stärker ich mich auf ihre Seite stelle es die Wahrscheinlichkeit erhöht das Fr. M. eine neue Perspektive einnimmt – sich auf den Gegenpol stellt.

Th: Na gut, können wir „Den“ mal fragen, wie alt der glaubt, dass Sie sind, wenn er so stark ist?

Diese Frage ist oft hilfreich. Sie macht den Kontext klarer in dem das unerwünschte Symptom seinen Ursprung hat und welche Erlebnisnetzwerke oder „jüngere-Ichs“ es eigentlich anspricht.

Fr. M.: Ok und? (Pause) Wie alt der glaubt das ich bin?!

Th: Ja wenn er stark wird...

Fr. M.: (überlegt) soll ich das jetzt laut machen oder wie?

Th: Nein sie können das auch so machen, im Kontakt mit dem Anteil...

Fr. M.: Oh... (Pause) Kind.

Th: Wie alt?

Fr. M.: 6.

Th: Was war da?

Fr. M.: hm, keine ruhige Nacht. Also kein Recht irgendwie zu chillen, sag ich jetzt einmal. Tagsüber gedrillt vom Vater also man durfte nicht sitzen oder ausrasten oder nichts tun. Also eigentlich eher so getrieben, weil wenn ich erwischt werde, dann gibt's **Stunk!** Und auch in der Nacht, also Geschrei und Schläge und Ja.

Das Problemmuster, in dem sich das Körpersymptom *Colitis Ulcerosa* entwickelt hat, schält sich heraus.

Ein innerer jüngerer Anteil von Frau Meier und nicht ihr jetziges, beobachtendes, Erwachsenen-Ich werden vom Symptom angesprochen. Das erklärt einerseits die Diskrepanz ihres Erlebens, andererseits erweitert allein diese „Erkenntnis“ den Handlungsspielraum der Klientin da sie so das Symptom in einen anderen Kontext stellen kann.

Im Gespräch tauchen wir weiter in die damalige Erlebniswelt der 6-jährigen ein. Frau Meier erzählt von bedrohlichen Situationen mit ihrem Vater, ihr Angst in der Nacht und ihr ständiges „auf der Lauer sein“. Schließlich fällt ihr ein wiederkehrender Traum ein, den ich im Gespräch aufgreife und mit dem wir weiter arbeiten.

*Th: Könnt ma' die 6 jährige da irgendwie ... Wo ist denn die 6 jährige jetzt gerade?
Ist die noch dort in dem Gasthof?*

Fr. M.: mhm

Th: Könnten Sie mal Kontakt aufbauen zu der? Das wir einmal schauen was die braucht und wie wir die in Sicherheit bringen können?

Mit dieser Frage biete ich ihr die Möglichkeit Verständnis für die Bedürfnisse dieses Anteils zu entwickeln (Sicherheit, Geborgenheit, Schutz, liebevolle Aufmerksamkeit.

Fr. M.: (lange Pause)

Th: hmmm, was ist da jetzt?

Ich spüre eine Betroffenheit bei mir. Die offene Frage ermöglicht ihr darauf einzugehen oder auch nicht. In der Idiolektik wird dieses Wahrnehmen als präverbale Wahrnehmung bezeichnet.

Fr. M.: pfff keine Ahnung, es brennt, mir ist schlecht ... und ja...

Ihr Körper reagiert augenblicklich. Frau Meier hält sich ihren Bauch und beugt sich nach vorne.

Th: Was ist mit der Kleinen.

Fr. M.: Die versteckt sich.

Th: Wo versteckt sie sich denn?

Fr. M.: Ja immer wieder wo anders. Wo ihrer Meinung nach gute Verstecke sind, wo man sich zurück ziehen kann.

Th: Sieht sie das, das Sie da sind?

Fr. M.: mm (Kopfschütteln)

Th: Was braucht es damit die Kleine Sie wahr nehmen kann?

Fr. M.: Also es ist eher jetzt so, eine Metaposition, das ich eher so auf die Situation hinsehe.

Fr. M. wählt eine für sie gut handelbare Distanz zum „Problemgeschehen“ – aus dieser Beobachterposition schafft sie es auf das Ereignis zu schauen ohne überwältigt zu werden.

Th: Können Sie aus der Position zu ihr Sprechen?

Fr. M.: (nickt)

Th: Wollen Sie mit ihr in Beziehung treten?

Fr. M.: Ich hab da grad jetzt so ein Bild, ja

Th: Was denn für eins?

Metaphern aufgreifen und beschreiben lassen mit kurzen und offenen Fragen.

Fr. M.: Da gibt's so eine Geschichte aus der Vorweihnachtszeit. „Das Mädchen mit den Zündhölzern“ oder so irgendwie, kennen Sie das?

Th: Nein.

Ich kenne die Geschichte wirklich nicht, ich muss mich in dem Fall nicht „taktisch naiv“ verhalten. Auch wenn ich die Geschichte kennen würde, würde es Sinn machen sich diese in ihren eigenen Worten beschreiben zu lassen. Denn durch ein Nachfragen kann sie den Kontext herstellen der für sie relevant ist.

Fr. M.: Nein? und da gibt's halt. Ich hab das schon 2 oder dreimal gelesen und da ist irgendwo immer so ähnlich, ähnliche Bild, oder dasselbe Bild dabei. So ein zusammengekauertes Mädchen, was so auf den Boden schaut und so versucht sich selber zu wärmen oder so. Also eigentlich weiß sie das sie niemanden hat dem sie sich anvertrauen kann, wo sie hingehen kann, ja. Poa (Stöhnt, zieht sich zusammen und hält sich ihren Bauch)

Diese Körpersignale geben mir wichtige Hinweise darüber, wie assoziiert (verbunden) Fr. M. mit dem kleinen Mädchen ist.

Th: Magst du sie da raus holen?

Fr. M.: Hm (nickt)

Th: Was braucht's dafür?

Fr. M.: keine Ahnung?

Da sie in der Situation selber keine Möglichkeit sieht (aus welchem Grund auch immer) biete ich ihr etwas an und beobachte ob sie anschließen kann oder nicht.

Th: Gibt's vielleicht Helfer, oder Wesen die Sie da unterstützen könnten?

Fr. M.: Naja wirklich rausholen kann man sie ja nicht.

Th: Sicher?

Fr. M.: Mit 6 Jahren ist das doch quasi höhere Fügung!?

Th: Naja es ist ja sowieso schon vorbei, aber trotzdem ähm,

Fr. M.: Also aus der Emotion rausholen oder?

Th: Ich sehe es eher so wie einen inneren Anteil der da drinnen steckt. Und den kann man auf jeden Fall rausholen.

Fr. M.: (seufzt) Also ich würd' sagen da braucht es Gegenpole.

Fr. M. macht eine Pendelbewegung in Richtung Gegenpol / Ressource – diese Chance muss ich unbedingt nützen.

Th: zum Beispiel?

Fr. M.: Na so ein Gefühl von Sicherheit, Freiheit und Leichtigkeit, Vertrauen, was auch immer.

Th: Und gibt es irgendein Wesen was das verkörpert? Was man da mitnehmen könnte?

Fr. M.: Ich weiß jetzt nicht ob das optimal ist. Das Wesen wäre meine verstorbene Schwester zur hab' ich aber auch in meiner Kindheit in gewissen Situationen schon gesprochen. Nur war's damals eher in die Richtung so, das ich sie beneidet habe, dass sie anders ist und nicht mehr da ist und das nicht mehr alles ertragen muss und so. Andererseits aus jetziger Perspektive würd' ich sagen die hat auf mich geschaut, das ich aus dem Ganzen gut rauskomme.

Th: Mhm. (Pause)

Fr. Meiers verstorbene Schwester ertrank mit 1,5 Jahren in einem Brunnen des Gasthofes, beim gemeinsamen Spielen, Fr. Meier verständigte die Eltern, die im Gasthof am arbeiten waren und ihrer Aufsichtspflicht anscheinend nicht ausreichend nachkommen konnten, doch leider kam jede Hilfe zu spät. Ich vermute, dass Fr. M. starke Schuldgefühle hatte, weil sie den Tod ihrer Schwester nicht verhindern konnte. Ihre vage Andeutung, dass sie ihre Schwester sogar darum beneidet hat (Tod zu sein) bestätigt wie schwer es in der Zeit für sie gewesen sein muss. Sie deutet das mit dem Satz: „Sie hat das nicht mehr alles ertragen müssen“ an. Insofern sehe ich ihre Schwester als wesentlichen Baustein der Problematik, jedoch an der Stelle nicht als richtiges „Wesen“ um die 6-Jährige da raus zu holen.

Fr. M.: Können Sie die Frage noch einmal stellen?

Th: Ob es irgendein Wesen gibt, welches diese Qualitäten verkörpert. Leichtigkeit, Sicherheit und Vertrauen.

Fr. M.: Irgendwas großes Starkes.

Th: Was könnte das sein? Eher ein Tier oder ein ich weiß nicht... Wesen?

Fr. M.: Ein Wesen.

Th: Was für ein Wesen?

Ich stelle eine Konkretisierungs-Frage.

Im weiteren Gesprächsverlauf taucht das Bild vom „heiligen Martin“ auf. Dieser verkörpert für Frau Maier positive Qualitäten von Stärke und Schutz. Mit dessen Hilfe gelingt es die 6-Jährige aus der Situation raus zu holen.

Ich begleite Frau Meier durch eine sehr intensive Gesprächssequenz.

Die Figur des „heiligen Martin“ ermöglicht auch eine Begegnung mit dem Vater. Ich biete Frau Meier fertige Sätze an die sie an ihren Vater richten kann, sie findet jedoch ihre eigenen Worte.

Fr. M.: (weint) Es ist total beschissen eine Kindheit in Angst zu haben.

Th: Ja. (Pause) das können wir ihm ja mal sagen. (Pause) das das beschissen ist eine Kindheit in Angst zu haben.

Fr. M.: Ich will endlich keine Angst mehr haben müssen.

Th: Ja.

Fr. M.: Nicht ständig auf der Hut sein müssen. (weint)

Th: und wollen Sie als Erwachsene ihm noch etwas sagen – das Sie jetzt dafür sorgen das die Kleine jetzt in Sicherheit ist. Und an einem guten Platz ist und gut aufgehoben ist?

Da Frau Meier in diesem Teil sehr assoziiert mit dem 6-jährigen Kind wirkt, spreche ich sie bewusst als Erwachsene an.

Fr. M.: Als Erwachsene fällt mir momentan nur ein, dass es nicht OK ist seine Aggressionen, seinen Zorn und seine Wut so an anderen auszuleben. Das macht man nicht, das kann man einfach nicht tun.

Im weitem Gesprächsverlauf gehen wir mit dem Kind an einen inneren sicheren Ort, den Frau Meier sehr bildhaft beschreibt.

Th: Braucht's noch was für den Teil?

Fr. M.: Ähm, Trotzphase fällt mir ein. Weil ich hatte so das Gefühl das ich mich jetzt aktuell – das ich meine Trotzphase nachhole.

Wenn das dann aufkommt so quasi, ähm du bist nie zur Ruhe gekommen und du darfst das jetzt. Na und na dann hast halt nicht alles erledigt – ein bisschen trotzig kommt mir das vor.

Fr. M. stellt hier einen wichtigen Bezug zur aktuellen „Problematik“ her – ohne mein Zutun. In der Idiolektik wird so etwas als „Aha-Erlebnis“ bezeichnet.

Th: Ja. Ich hab's mir auf jeden Fall mal aufgeschrieben, weil es wird sich heute nicht mehr ausgehen, aber Trotzphase – ich hab's mal da stehen und vielleicht können wir nächstes Mal daran weiterarbeiten.

Fr. M.: Schau ma mal, vielleicht brauch ich den gar nicht mehr. Also so wie sich das nach dem Wochenende entwickelt hat, habe ich das Gefühl es gibt Wunder, das sich was in Luft auflöst. (lacht und Seufzt)

Th: In Luft auflöst (lacht) ja schau ma mal...

Fr. M.: Ich kann ja einfach das Fenster weit aufmachen und ihn aussen hauen. Das er so ... dann verduftet er einfach.

Es taucht hier wieder das Bild von diesem „gasförmigen Etwas“ aus der Anfangssequenz des Gespräches auf. Es wäre natürlich spannend dort weiter zu fragen, doch ist die Sitzung an dem Punkt zu Ende.

Schlussfolgerung

Die Fallbeispiele und auch die persönliche Erfahrung in meiner therapeutischen Praxis zeigen, wie gut sich die idiolektische Gesprächsführung in die systemische Psychotherapie integrieren lässt. Besonders im Umgang mit psychosomatischen Körperphänomenen kann die Idiolektik mit Hilfe ihrer paläophysiologischen und paläoanthropologischen Metaphern der archaischen Relikte zu einer Erweiterung der Hypothesenbildung in der systemischen Therapie beitragen. Sie bereichern den Horizont des / der Therapeuten im Hinblick darauf, unter welchen Umständen das generierte Symptom ein Lösungsversuch sein könnte.

Bietet man dem Klienten, der Klientin eine solche Metapher an, können Körpersymptome die vorher vielleicht als Krankheit oder Störung gesehen wurden in einem neuen Licht erscheinen. In diesem können Klienten die kompetenten, oft überlebenswichtigen Maßnahmen des Organismus als solche sehen. Das Symptom welches vorher als wegzumachende Störung galt, kann so als sinnvoller Lösungsversuch des Körpers integriert werden.

Wichtig erscheint mir anzumerken, dass es als TherapeutIn nicht darum geht dem Klienten die eigenen Ideen der archaischen Relikte überzustülpen. Im Gegenteil: Im therapeutischen Kontext greift man die eigensprachlichen Äußerungen der Klienten auf und verwendet sozusagen das, was einem gegeben wird. Die Konzepte der archaischen Relikte können helfen um hellhörig zu werden, wenn man eine bestimmte körperbezogene Redewendung wiederholt vom Klienten zu Hören bekommt. Dort kann man einsteigen. Das spannende ist, dass es jedes Mal ein einzigartiger Prozess ist auf den man sich als TherapeutIn einlässt. Ich kann es nicht wissen sondern nur meine Metaphern / Erklärungsmodelle, etc. anbieten, um dann wieder in der Rückkoppelung mit dem Klienten, der Klientin zu sehen, wo er/sie anschlussfähig ist und was er oder sie daraus macht. Die archaische Erklärungsweise ist so gesehen lediglich eine Hypothese oder eine vielleicht hilfreiche Metapher, sonst nichts.

Besonders schön finde ich, wie schlicht und präzise in der Eigensprache der Menschen Körpersymptome zum Ausdruck kommen und welcher direkten Zugang man zu Ihnen bekommt wenn man dort einsteigt.

Arbeitet man mit der von Gunther Schmidt geprägten Metapher, des „Ich“ und des „Es“, wobei „Es“ oft in einer „alptraumartigen-Welt“ lebt in der andere Gesetzmäßigkeiten gelten (z.B. das Prinzip der Wortwörtlichkeit), lässt sich hier eine idiolektische Betrachtungsweise sehr gut integrieren. „Es“ würde dann idiolektisch gesehen, vielleicht in einer Welt des Säbelzahn timers oder der Seegurke leben. In jedem Fall würde eine solche Betrachtungsweise dazu beitragen Verständnis für „Es“ zu entwickeln. Oft gelingt es so auch „Ich“ und „Es“ in eine kooperativere Beziehungsgestaltung einzubinden.

Bisher wurde nur ein Bruchteil der archaischen Relikte beschrieben, die es vielleicht tatsächlich gibt. Es kann also gut sein, das man als TherapeutIn es mit einem archaischen Relikt zu tun hat, welches noch gar nicht beschrieben wurde. Insofern ist es mit Sicherheit lohnenswert vorsichtig und nicht allzu schnell mit Erklärungen und Zuschreibungen von archaischen Relikten zu sein. Denn sobald man als TherapeutIn glaubt Verstanden zu haben, hört der Verstehensversuch auf. Sobald man mal eine Erklärung gefunden hat, sucht man nicht mehr nach anderen Möglichkeiten. Das kann natürlich auch eine Erleichterung für den Klienten bedeuten wenn er endlich eine für sie oder ihn passende Erklärung für ein Körperphänomen gefunden hat. Fixe Zuschreibungen können Sicherheit und Orientierung gewähren und die Komplexität reduzieren. Gleichzeitig birgt es aber die Gefahr, alle vorangegangenen erfolglosen Lösungsversuche abzuwerten und zu verurteilen. Dadurch würden es leicht dazu kommen auch frühere biografischen Episoden abzuwerten. Mir erscheint es diesbezüglich wichtig, dass es bei einem achtungsvollen Intrapersonellen Dialog bleibt und auch ich, als Therapeut, nicht in die Falle tappe, meine Ansichten über die Anderer zu stellen.

Abschließen möchte ich meine Arbeit mit einem Zitat von David Jonas. Dieser sagte: „Wenn sie sich idiolektisch unterhalten können, werden sie nie wieder ein langweiliges Gespräch führen.“ In diesem Sinne freue mich auf eine abenteuerliche, psychotherapeutische Tätigkeit.

Literaturverzeichnis

Systemische Therapie

BÖKMANN, MARTIN (2000) **Systemtheoretische Grundlagen der Psychosomatik und Psychotherapie**, Berlin Heidelberg, Springer -Verlag

HÄHNLEIN, VERA & RIMPEL, JÜRGEN (2008): **Systemische Psychosomatik** – Ein integratives Lehrbuch, Stuttgart, Klett-Cotta

SCHLIPPE, ARIST VON, SCHWEITZER JOCHEN (2012) **Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung I** – Das Grundlagenwissen, Göttingen, Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co, KG

LUDEWIG KURT (2009) **Einführung in die theoretischen Grundlagen der systemischen Therapie**, Heidelberg, Carl-Auer-Systeme-Verlag

SCHLEIFFER ROLAND (2013) **Verhaltensstörungen** – Sinn und Funktion, Heidelberg, Carl-Auer-Systeme-Verlag

REITER, Ludwig, BRUNNER, Ewald Johannes & REITER-THEIL, Stella (1988) **Von der Familientherapie zur Systemischen Perspektive**, Berlin Heidelberg, Springer-Verlag

Ludewig Kurt – Problem – „Bindeglied“ klinischer Systeme. Grundzüge eines systemischen Verständnisses psychosozialer und klinischer Probleme.

LIEB, H., (2014): **Störungsspezifische Systemtherapie** – Konzepte und Behandlung – Störungen systemisch behandeln, Heidelberg, Carl-Auer-Verlag

SCHMIDT, G., (2014) **Liebesaffären zwischen Problem und Lösung** – Hypnosystemisches arbeiten in schwierigen Kontexten, Heidelberg, Carl-Auer-Verlag

SCHMIDT, G., (2014) **Einführung in die Hypnosystemische Therapie und Beratung**, Heidelberg, Carl-Auer-Verlag

LEEB, W.A., TRENKLE, B., (2011) **Der Realitätenkellner** – Hypnosystemische Konzept in Beratung, Coaching und Supervision, Heidelberg, Carl-Auer-Verlag

SCHMIDT, G. – Berater als „Realitätenkellner“ und Beratung als koevolutionäres Konstruktionsritual für ziieldienliche Netzwerkaktivierungen – Einige hypnosystemische Implikationen

LIEB, H. 2014 zum Thema **Angststörungen** zu finden unter:

http://www.carl-auer.de/fileadmin/carl-auer/materialien/machbar/stoerungsspezifische_systemtherapie/MB_000023.pdf

am 12.März 2017

LIEB, H. 2014 zum Thema **Psychosomatik** zu finden unter:

http://www.carl-auer.de/fileadmin/carl-auer/materialien/machbar/stoerungsspezifische_systemtherapie/MB_0000014.pdf

am 12. März 2017

KÖHLER, B. (2012) in Die Systemtheorie Luhmanns zu finden unter <http://www.bertramkoehler.de/Sys0.htm> am 14.März 2017

LUDEWIG, K. (2017) Foliensammlungen <http://www.kurtludewig.de/allg-Texte.htm#2>. am 14.März 2017

Idiolektik

EHRAT, HANS-HERMANN & POIMANN, HORST (2004), **Idiolektik Reader – Eigensprache – Psychosomatik – Edukation – wichtiges aus zwei Jahrzehnten**, Würzburg, Huttenscher-Verlag 507

POIMANN H., WINKLER P. – Idiolektik – der Zugang zur Psychosomatik der Wirbelsäule

WINKLER P. Psychosomatik – Die Organe sprechen für sich – Organsprache und Eigensprache als Schlüssel zu Leib und Seele.

JONAS A.D. Wie entstehen psychosomatische Symptome

PURUKER, H.K., Wer weiß was für mich gesund ist – Gesundheitsförderung Idiolektisch gesehen

BINDERNAGEL, D. / KRÜGER, E. / RENTEL, T. / WINKLER, P., 2008: **Handbuch der Idiolektik – Ich spreche also bin ich. Eigensprache in der menschlichen Begegnung**, Würzburg, Huttenscher-Verlag 507

EHRAT H.H. **Archaische Relikte in der Psychosomatik**

BINDERNAGEL, D. / WINKLER, P., **Idiolektische Psychotherapie**

POIMANN, H., **Ressourcenorientierung in der Idiolektik**

JONAS, A.D. / DANIELS, A., 1987: **Was Alltagsgespräche verraten – Verstehen sie limbisch?** Würzburg, Huttenscher-Verlag 507

JONAS, D.F. / JONAS, A.D., 1977: **Signale der Uhrzeit – Archaische Mechanismen in Medizin und Psychologie**, Würzburg, Huttenscher-Verlag 507

WINKLER, P., 2010: **Eigensprache – Körpersymptome verstehen mit evolutionärer Psychosomatik und Idiolektik – Seminare mit A.D. Jonas**, Würzburg, Huttenscher-Verlag 507

JONAS, A.D., (2014): **Kurzpsychotherapie in der Allgemeinmedizin – Das gezielt Interview**, Würzburg, Huttenscher-Verlag 507

POIMANN, H. (2008): **Idiolektik: richtig Fragen** – praktische Übungen zur Idiolektischen Gesprächsführung, Würzburg, Huttenscher-Verlag 507

WINKLER, P. (2007): Unveröffentlichter Vortrag: **Idiolektischer Umgang mit Widerstand**. Sommerwerkstatt am 20.07.2007 2007 (erhältlich beim Verfasser)

EHRAT, H.H. (2016): Unveröffentlichte Texte zum Thema **Archaische Relikte** (erhältlich beim Verfasser)

Encyclopaedia Britannica

GESELLSCHAFT FÜR IDIOLEKTIK UND GESPRÄCHSFÜHRUNG (GIG) Geschäftsstelle, 2012:

Impulse zur Haltung. Abrufbar unter

<http://www.idiolektik.de/idiolektik/gespraech/haltung> (31.03.2017)

Die Eigensprache. Abrufbar unter

http://www.idiolektik.de/idiolektik/gespraech/technik_idiolektik (31.03.2017)

KRASZNAI, L., 2017: Idiolektik. Abrufbar unter

<https://www.eigensprache.com/%C3%BCber-mich/> am 26. März 2017

Psychotherapie

KRIZ, J., (1991) Grundkonzepte der Psychotherapie

GRAWE, K., 2004: Neuropsychotherapie

Sekundärliteratur

KÖSTNER, Rudolf (2003): Körpersprache und Redewendungen – Die Brücke von Mensch zu Mensch, Renningen, expert Verlag

SCHEUFLER, Simone (2013) Blackout in der Prüfung zu finden unter

http://www.focus.de/familie/lernen/lernhilfen/blackout-in-der-pruefung-die-besten-strategien-gegen-stress_id_2139310.html am 3.3.2017

FALKNER, Markus (2013) Der Mensch ist zur Hälfte eine Banane zu finden unter:

<http://www.morgenpost.de/kultur/berlin-kultur/article115517396/Erbgut-der-Mensch-ist-zur-Haelfte-eine-Banane.html> am 12. März 2017

Büffelherde im Krüger Nationalpark siehe

<https://www.youtube.com/watch?v=LU8DDYz68kM>

Anhang

Alltagssprachliche Äußerungen und Redewendungen

	Körpersprache und Redewendungen
Sinnesorgane	<p>NASE: die Nase voll haben von etw., jemanden nicht riechen können, das stinkt mir ganz gewaltig, einen guten Riecher haben für etw., jemandem auf der Nase herumtanzen / an der Nase herumführen, jemandem etw. unter die Nase reiben, anrüchig sein, hochnäsiger sein, die Nase überall hineinstecken, auf die Nase fallen, den Braten riechen, sich gegenseitig beschnuppern,</p> <p>OHREN: viel um die Ohren haben, Ohrensausen haben, auf den Ohren sitzen, ein offenes Ohr für jemanden haben, Jemandem in den Ohren liegen, etwas im Ohr behalten, die Ohren spitzen, auf einem Ohr taub sein, in ein Ohr rein - zum anderen heraus, es faustdick hinter den Ohren haben, mir klingeln die Ohren, jemanden übers Ohr hauen, die Ohren hängen lassen, die Ohren (Löffel) langziehen, jemandem eine Ohrfeige verpassen, sich etw. hinter die Ohren schreiben, ein Schlitzohr sein, grün hinter den Ohren sein</p> <p>AUGEN etwas nicht sehen können, den Durchblick verlieren, keinen Überblick haben, die Augen vor etwas verschließen, jm aus den Augen gehen, etwas im Auge behalten, jemandem schöne Augen machen, jemandem etwas unter vier Augen sagen, seinen eigenen Augen nicht trauen können, "Er ist mir ein Dorn im Auge", aus den Augen aus dem Sinn, das ist Augenauswischerei, jemandem die Wünsche von den Augen ablesen, jemanden wie seinen Augapfel hüten, ein /beide Auge/n zudrücken, jm zublinzeln Freudentränen vergießen, da kamen mir die Tränen, Krokodielstränen vergießen, ein gutes Augenmaß haben, große Augen machen, jemandem die Augen öffnen, kurzsichtig sein, etwas nicht einsehen können,</p>

Kopfsprache	Kopf hängenlassen, das bereitet mir Kopfzerbrechen, ich weiß nicht wo mir der Kopf steht, mit dem Kopf durch die Wand , Kopf an Kopf Rennen, sich etwas in den Kopf setzen, den Kopf aus der Schlinge ziehen, einen klaren Kopf bewahren, den Kopf in den Sand stecken, Flausen im Kopf haben, Kopf und Kragen riskieren, Hals über Kopf, für jemanden den Kopf hinhalten, jemanden den Kopf waschen, jemanden vor den Kopf stossen, jemanden auf dem Kopf herumtrampeln oder herumtanzen, jemandem auf den Kopf spucken, es wächst mir über den Kopf, mir fällt die Decke auf den Kopf, den Kopf unter dem Arm tragen, ein Dickkopf, Trotzkopf, Hitzkopf oder Dummkopf sein, jm die Stirn bieten, etw. mit eiserner Stirn leugnen,...
Halssprache	einen Kloß oder einen Frosch im Hals haben, da habe ich mir etwas aufgehalst, das muss ich mir vom Halse halten / schaffen, mir steht das Wasser bis zum Hals, mir hängt alles zum Halse heraus, das blieb mir im Halse stecken, jemanden den Hals umdrehen, sich etwas aufhalsen, Halsabschneider, Geizhals, den Schalk im Nacken haben, das kostet mir Kopf und Kragen, etwas in den falschen Hals bekommen, das schnürt mir die Gurgel zu, das kotzt mich an, etw. nicht schlucken können,
Mundsprache	da bleibt mir die Spucke weg, das hinterließ einen bitteren Nachgeschmack, das kommt mir nicht über die Lippen, von dem habe ich die Schnauze voll, dem werde ich die Suppe versalzen, jemanden den Mund stopfen, der konnte den Rachen nicht voll genug kriegen, jemanden den Mund wässrig machen, jm den Mund verbieten, jm über den Mund fahren, einen großen Mund haben, den Mund verbrennen, sich kein Blatt vor den Mund nehmen, nach dem Munde reden, das Wort im Munde herumdrehen, jm etwas in den Mund legen, sich über jm das Maul zerreißen, jm das Maul stopfen, Lästermaul, Lügenmaul, sich auf die Lippen oder die Zunge beißen, die Zunge zähmen, sich in etwas verbissen haben, sich durchbeißen, jm. die Zähne zeigen, sich die Zähne an etwas ausbeissen, auf Zahnfleisch zu gehen, auf den Zahn fühlen ...
Atemorgane / Lungensprache	um den Atem ringen, tief Luft holen, wieder aufatmen können, einen langen Atem haben, Verschnaufpause, seinem Ärger Luft machen, sich brüsten, den Atem verschlagen, eine geschwellte Brust haben, sich eng auf der Brust fühlen, schwach auf der Brust sein, jm etwas husten,

<p>Verdauungssystem / Magen- und Darmsprache</p>	<p>mir geht es beschissen, mir ist das scheißegal, Schleimscheißer, Scheißkerl, Hosenscheißer, die Hosen gestrichen voll haben, voll in der Scheiße stecken, Klugscheißer, der rennt daher wie ein wildgewordener Furz, der Korinthenkacker, eine stink Wut haben, einen Stein im Magen haben, etwas verdauen müssen, etwas nicht verdauen können, Kummerspeck haben, das schlägt mir auf den Magen, das stieß mir sauer auf, einen nervösen Magen haben,</p>
<p>Herz- Kreislauforgane, Muskelsprache</p>	<p>sich wie gelähmt fühlen, angespannt sein, aus dem Gleichgewicht geraten, auf etw. gespannt sein, verspannt sein, verkrampft sein, sich hingelassen fühlen, entspannt sein, zurückhalten sein, keinen Fuß breit nachgeben, das geht mir zu Herzen, einen Stich ins Herz bekommen, für jm ein Herz haben, jm oder etw. ins Herz schließen, ein großes, kaltes oder hartes Herz haben, etw. nicht übers Herz bringen, dem Herzen einen Stoß geben, sich schweren Herzens trennen, sich etw. zu Herzen nehmen, da blieb mir das Herz stehen, alles haben wollen was das Herz begehrt, das Herz am rechten Fleck haben</p>
<p>Hauterkrankungen / Hautsprache</p>	<p>sich aufgekratzt fühlen, hautnah, Gänsehaut bekommen, etw. geht unter die Haut, eine ehrliche Haut sein, mit heiler Haut davonkommen, sich seiner Haut erwehren, eine zu dünne Haut haben, dünnhäutig sein, sich ein dickeres Fell wünschen, Elefantenhaut, aus der Haut fahren, jm mit Haut und Haaren (nicht) leiden können, das juckt mich nicht, in jm Haut stecken, mir stehen die Haare zu berge, mit Haut und Haaren, sich in die Haare kommen, etwas am Schopf packen, ungeschoren davonkommen,</p>
<p>Bewegungsapparat / Rückensprache</p>	<p>etw. auf seine Schultern nehmen, auf beiden Schultern tragen, auf die leichte Schulter nehmen, jm die kalte Schulter zeigen, jm auf die Schulter klopfen, hinter dem Rücken tuscheln, es lief mir eiskalt über den Rücken, jm in den Rücken fallen, mit dem Rücken zur Wand stehen, kreuzlam sein, den Buckel für andere hinhalten, jm den Buckel runterrutschen, Rückgrat zeigen, sich auf etwas versteifen, hartnäckig sein, beugsam sein, buckeln, klein begeben, unterwürfig sein, sich auflehnen, unbeugsam sein, starre Haltung demonstrieren, etw. stock und steif behaupten, ein breites Kreuz haben, sein Kreuz tragen, sich etw. aufladen, etw. wird auf dem eigenen Rücken ausgetragen, belastet sein, bedrückt sein, vom Schicksal gebeugt sein, es schwer haben,...</p>

Bewegungsapparat – Hände	Da lass ich die Finger weg, jm. die Hand für's Leben reichen, für jm. die Hand ins Feuer legen, sich die Hand für jm. abhacken lassen, Hand aufs Herz legen, etw. in die Hand versprechen, mir sind Hände und Füße gebunden, ich habe alle Hände voll zu tun, sich mit Händen und Füßen wehren, Hand an sich legen, jm. um den Finger wickeln, jm. in die Finger geraten, in die Finger schneiden, sich die Finger verbrennen, es juckt mich in den Fingern,
Bewegungsapparat – Beine	weiche Knie bekommen, in die Knie gehen, da fingen die Knie an zu schlottern, Zittern, am Stock gehen, Menschen die sich gehen lassen, Menschen die sich quer legen, oder verstellen, es ist zum davonlaufen, den Boden unter den Füßen verlieren, auf wackligen Beinen stehen, Fersengeld bezahlen, mit dem linken Bein aufstehen, sich jm an die Ferse(n) heften, auf eigenen Füßen stehen, auf den Füßen herumtrampeln, auf Kriegs-Fuß leben, auf großem Fuße leben, sein Glück mit Füßen treten, jm. ein Bein stellen, Blei an den Gliedern haben, einen Klotz am Bein haben
inneren Organe / Organsprache	an die Nieren gehen, dem ist wohl eine Laus über die Leber gelaufen, die beleidigte Leberwurst, Frisch von der Leber weg reden, die Galle läuft über, sich gelb und grün ärgern,
Geschlechtsorgane	Schlappschwanz,

Erweitert und übernommen von Köster, Rudolf (2003) und Winkler Peter

Systemische Kritik von störungsspezifischen Ansätzen

Wie schon erwähnt, geht eine systemische Betrachtungsweise davon aus, dass jede Beobachtung durch Unterscheidungsprozessen von einem Beobachter gemacht wird. Daraus lässt sich schließen, dass jede Aussage eines Beobachters „über die Welt auch eine Aussage über ihn selbst ist.“ (Lieb, 2014 p27)

Führe ich als Beobachter/ Expertin/ Therapeut den Begriff „Störung“ ein, so muss ich definieren was keine Störung, also „normal“ ist und was eine Störung also „abnormal“ ist. Diese Beschreibung sagt primär etwas über den Beobachter / Experten / Therapeuten aus und nicht unbedingt etwas über den Klienten und dessen vermeintlich vom Experten beobachtende Störung.

Insofern müsste man hinterfragen ob eine Unterscheidung zwischen Störung und Nicht-Störung hilfreich ist für eine „erfolgreiche“ Therapie. Dienen diese Kategorien dem Patienten oder dem behandelnden Arzt oder Therapeuten? Sagen diese Konzepte wirklich etwas über den Klienten aus oder eher über die Therapeuten oder „Expertenlandschaft“ und deren Werte und Begrifflichkeiten? Unterstützt es ein Arbeiten auf Augenhöhe?

Karl Tomm ein kanadischer Professor für Psychiatrie und Leiter des Family Therapy Programmes in Calgary, Alberta, kritisiert den DSM und ICD10 wie folgt:

- Ontologische Kritik

DSM & ICD10 bauen darauf auf das psychische Probleme innerhalb von Menschen angesiedelt sind und nicht zum Beispiel in der Interaktion zwischen Menschen entstehen. Geht man von dieser Annahme aus hat das weitreichende Implikationen auf therapeutisches Handeln etc.

- Empirische Kritik

Dabei kritisiert er, dass diagnostische Kriterien nicht nur durch empirisch belegte Forschung sondern unter anderem von Komitees festgelegt werden. So wurde die Diagnose Homosexualität aus einer früheren Version des DSM aufgrund einer internen Wahl der APA (American Psychiatric Association) herausgenommen anstatt empirischer Belege.

- Politische Kritik

Diagnosen können nur von bestimmten Berufsgruppen vergeben werden – das fördert deren Vormachtstellung in der Gesellschaft. Weiters sind mittlerweile fast alle

therapeutischen und psychosozialen Leistungen an Diagnosen verknüpft, Leistungsempfänger mit Diagnose werden dadurch bevorzugt behandelt.

- Humanitäre Kritik

Eine defizitorientierte Etikettierung von Menschen stigmatisiert und kann missbräuchlich verwendet werden um den Typisierten zu entmündigen oder sonst wie zu schaden.

- pragmatische Kritik

Da Diagnosen das in den Vordergrund rücken, was sie beschreiben, gerät der Kontext in dem eine Störung auftritt aus den Augen. Anstatt einem dynamischen Modell in dem zeit- und kontextbezogene Zustände beschrieben werden, fördern Diagnosen sobald sie einmal festgelegt sind eher ein statisches Modell. Das führt manchmal eher zu Chronifizierungsprozessen. (Siehe auch Lieb 2014 p111f)