

Ernst Kern

Die Vermittlung psychosomatischer Zusammenhänge. Erfahrungsbericht über klientenzentrierte therapeutische Arbeit in einer stationären indikativen Gruppe

In: GFK Texte 2, 1995, S. 56-68

Über einen Zeitraum von ca. zweieinhalb Jahren habe ich im Rahmen der psychosomatischen Abteilung der Fachklinik Münchwies neben meiner Arbeit als Gruppentherapeut in einer Stammgruppe eine Sondergruppe angeboten, die sich mit der Vermittlung psychosomatischer Zusammenhänge beschäftigte.

Vorgeschichte der Indikativ-Gruppe

Zunächst wurde die Sondergruppe im Rahmen der Institution konzipiert als eine Standard- oder Pflichtgruppe, um den Patienten einmal wöchentlich grundlegende Informationen über Psychosomatik zu vermitteln, hieß dementsprechend auch "Psychosomatische Informationsgruppe". Später wurde der Name präzisiert als "Gruppe zum Verständnis psychosomatischer Zusammenhänge". Ich befand mich anfangs in der einerseits schwierigen Situation, kaum Strukturierungen und Anhaltspunkte über die Durchführung zu haben, andererseits damit auch große Freiheitsgrade zu besitzen, in welcher Form die Gruppe im Rahmen der vorgegebenen Thematik gestaltet werden könnte.

In diesem Aufsatz möchte ich versuchen, über meine Erfahrungen mit dieser Gruppe zu berichten. Dabei will ich einige *Grundfragen* diskutieren, die mich über die Zeit hinweg beschäftigt haben:

Was können die Ziele einer solchen Gruppe sein?

Auf welchen *handlungsleitenden Grundannahmen* kann das therapeutische Vorgehen beruhen (Entscheidung für ein *klientenzentriertes* Arbeiten)?

Welches *Gruppenmodell* paßt zum Verständnis dieser Gruppe, was passiert eigentlich während einer Stunde auf Gruppenebene? (Besonderes Gewicht liegt auf der Frage, welche Bedeutung die *Größe der Gruppe* spielen kann).

Was ist die *Rolle des Therapeuten*? Wie kann er den therapeutischen Prozeß fördern?

Auf *welchen Ebenen* kann in einer solchen Gruppe therapeutisch gearbeitet werden (Gespräch, Imagination, Körperbezug)?

Welche *Modellvorstellungen über psychosomatische Zusammenhänge* können zugrundegelegt werden?

Welche *Inhalte und Themen* haben sich bewährt hinsichtlich des Ziels einer Vermittlung psychosomatischer Zusammenhänge?

Neben der Diskussion dieser Fragen hoffe ich, daß auch das konkrete Vorgehen in der Gruppenarbeit ein Stück weit nachvollziehbar und transparent wird.

Ziele der Gruppe

Ausgehend von den Kostenträgern der stationären Behandlungen besteht der Auftrag an eine psychosomatische Klinik, Basisinformationen über Gesundheit und Psychosomatik an die Patienten zu vermitteln. Das bedeutet auf Ebene der Institution, daß die meisten der jeweils 72 Patienten der psychosomatischen Abteilung mindestens für einige Stunden in eine solche Sondergruppe zur Psychosomatik geschickt werden. Dadurch hat diese Indikativgruppe den Status einer Pflicht- oder Versorgungsgruppe und ist dementsprechend regelmäßig mit ca. 25 bis 35 Patienten besetzt. (Die

maximale Teilnehmerzahl lag bei 43, die minimale bei 18 Patienten). Die Gruppe fand jeweils einmal pro Woche für eine knappe Doppelstunde statt. Daneben bestehen für die Patienten umfangreiche therapeutische Angebote an Einzel- und Gruppentherapie in der jeweiligen Stammgruppe sowie an weiteren indikativen Gruppen.

In diesem Rahmen sah ich zunächst das allgemeine inhaltliche Ziel, dieser Gruppe von Patienten Einsichten über psychosomatische Zusammenhänge zu vermitteln.

Hierzu wählte ich einige Grundkonzepte aus (Strukturmodell, Streßmodell, energetisches Modell) und arbeitete für mich die Basis-Ideen heraus.

Eine Entscheidung fiel gleich zu Beginn, das Hauptziel in der Vermittlung eines psychosomatischen *Verständnisses* zu sehen und *nicht* im Produzieren einer Vielzahl von Informationen zu diesem Thema. Das bedeutete, als Gruppenleiter keine langen Vorträge zu halten, sich nicht als Allein-Experte für physiologische Vorgänge einzuführen.

Als psychologisches Ziel setzte ich mir, an der *Haltung* der Patienten *der eigenen Psychosomatik gegenüber* zu arbeiten.

Therapeutisches Vorgehen

Entsprechend meiner therapeutischen Ausbildung und Ausrichtung war es mein Anliegen, in dieser Gruppe mit ihrem gemischten didaktisch-psychotherapeutischen Anspruch im weitesten Sinne klientenzentriert zu arbeiten.

Unter "klientenzentriert" verstehe ich zunächst ganz allgemein nach Rogers die Auffassung, daß Psychotherapie bedeutet, eine bestimmte therapeutische Haltung (geprägt durch Empathie, Kongruenz und Akzeptanz) zu verwirklichen, mit Hilfe derer die Selbst-Empathie, das Selbst-Verständnis gefördert werden kann.

Das läßt sich nun in einer Gruppe (noch dazu mit ständig wechselnden Patienten und relativ großer Teilnehmerzahl) natürlich nicht in gleichem Maße und nicht auf die gleiche Art umsetzen wie in der Einzeltherapie.

Was kann klientenzentriertes Vorgehen in diesem Kontext bedeuten?

Dazu möchte ich einige Thesen formulieren: Klientenzentriertes Vorgehen des Gruppenleiters könnte bedeuten:

.
zu versuchen, sich so weit wie möglich auf die *inneren Bezugsrahmen* der Patienten zu beziehen und diese anzusprechen.

.
zu versuchen, ein Gruppenmodell zu verwirklichen, das *möglichst wenig leiterzentriert* sein soll (das bedeutet: wenig Vorträge, viel Arbeit im Dialog, handlungs- und erlebnisaktivierendes Lernen, Kleingruppenarbeit, Unterstützung von Selbsthilfegruppenelementen).

.
besondere Beachtung auf die *Atmosphäre in der Gruppe* zu legen und auf das therapeutische *Beziehungsangebot* als entscheidende Faktoren dafür, einen Raum zu öffnen, in dem Selbst-Empathie stattfinden kann.

.
ein therapeutisches Beziehungsangebot zu versuchen nicht in erster Linie als Psychosomatik-Experte, sondern auch als Selbst-Betroffener. Das bedeutet nicht eine Ablehnung der Verantwortung für die Gruppenleitung, vielmehr bedarf es gerade einer Übernahme dieser Verantwortung als Beziehungs- und Kommunikationsexperte.

.
immer wieder hinzuweisen auf *gesunde* seelische und körperliche Vorgänge, zu versuchen das Thema der Psychosomatik zu ent-pathologisieren (vgl. auch Lieb und v. Pein 1990, S. 35, wo ebenfalls die Bedeutung dieses Punktes herausgehoben wird).

Beispiel einer Gruppenstunde

Zum besseren Verständnis will ich beispielhaft den Ablauf einer Stunde beschreiben.

Es ist Freitagmorgens, 8 Uhr 45, die Patienten treffen in größeren Gruppen ein. In jeder Stunde gibt es drei bis sechs neue Gesichter. Einige Patienten sind schon länger in der Gruppe, deren Namen ich daher auch kenne, neben den Patienten aus meiner Stammgruppe. Man sitzt eng nebeneinander, der Raum ist gerade groß genug für 25-30, einige Angstpatienten machen bange Gesichter, die neueren Patienten wirken zum Teil skeptisch bis ablehnend. Ich versuche, die Sitzordnung zu einem Kreis zu gestalten, damit nicht manche in der zweiten Reihe oder hinter Ecken des Raumes verschwinden.

Ich beginne mit einer kurzen Einführung, in der ich jedesmal betone, daß es in dieser Gruppe um körperlich-seelische Zusammenhänge geht, daß darüber jeder etwas sagen kann, daß ich daher keine Vorträge halten will, sondern eine Gesprächsgruppe zu von mir vorgeschlagenen Themen, und daß ich dafür auf Mitarbeit angewiesen bin.

Dann stelle ich das heutige Thema vor, es geht um ein bestimmtes Verständnis von Gesundheit als beruhend auf grundlegenden Körperhythmen und zyklischen Prozessen, um die Auffassung von Krankheit als Störung solcher Körperhythmen.

Zunächst frage ich, was die Patienten darunter verstehen, wenn sie sagen, "ich fühle mich krank", oder "ich fühle mich gesund".

Dann schließe ich eine kurze Übung an: Zuerst lasse ich eine Faust langsam anspannen, auf dem Höhepunkt der Anspannung etwas anhalten und dann langsam lösen. Ich lasse die Übung noch mit einem anderen Muskelbereich wiederholen, dann skizziere ich ein Schema zum allgemeinen Ablauf von Spannungszyklen in der folgenden Form zusammen mit einer entsprechenden Kurve an die Tafel.

AUFLADUNG - (größte) ANSPANNUNG -
ENTLADUNG - (größte) ENTSPANNUNG

Ich erkläre dieses Schema am Beispiel vom Muskeltonus, und sammle erste Beispiele aus der Gruppe ein. Meist gibt es ein oder mehrere Patienten, die unter phasenhaft stärkerem Muskelzittern in den Händen oder Beinen leiden. Dieses Symptom kann beschrieben werden als ein "Hängenbleiben" des normalen Ablaufs einer Muskelbewegung in der chronischen Anspannung.

Ich schließe noch eine Atemübung an, die den obigen Viertakt noch einmal auf andere Weise demonstriert:

EINATMEN - einen Moment die Anspannung halten - AUSATMEN - einen Moment die Entspannung halten.

Einige berichten über ihre chronischen Atemprobleme, über Hyperventilationsanfälle oder ein Gefühl, immer zu wenig Luft zu bekommen.

Jetzt ist die Idee der Spannungszyklen für die Patienten erlebbar und damit deutlicher geworden, und ich frage nach weiteren wichtigen zyklischen oder rhythmischen Prozessen des Körpers neben der Atmung und dem Muskeltonus. Der Herzschlag bzw. Blutkreislauf wird genannt, Patienten mit Herzphobien, Herzrhythmusstörungen oder starken Blutdruckschwankungen berichten über ihr Erleben der Symptomatik. Wieder versuche ich die Bedeutung eines rhythmisch rundlaufenden Prozesses für das Wohlfühlen und für Gesundheit, im Gespräch herauszuarbeiten.

Der Verdauungszyklus und der Wach-Schlafzyklus sind weitere wichtige Kreisläufe des Körpers, die vielen Patienten einleuchten, Schlafstörungen und Verdauungsprobleme werden beschrieben sowie die üblichen Versuche, solche Störungen zu beseitigen.

Angesprochen werden können jetzt noch z.B. Gefühlszyklen, Sexualitätszyklen, Beziehungszyklen (allein sein - mit anderen sein) Aufmerksamkeits- und Leistungszyklen. Es ist aber nicht entscheidend, all diese Punkte anzusprechen, wichtig ist, daß die Grundidee deutlich wird, was auch an nur einem oder zwei solcher rhythmischer Körpersysteme vermittelt werden kann. Ich weise noch auf die mögliche Verschachtelung von Zyklen hin, z.B. die Einbettungen des Atemzyklus in den Wach-Schlafzyklus in den Wochen/Monats/Jahreszyklus und schließlich in den Lebenszyklus.

Immer wieder betone ich die zentrale Bedeutung *funktionierender* Zyklen und Rhythmen des Körpers als Träger von Wohlbefinden und Gesundheit, eines ausgewogenen Verhältnisses von Anspannung und Entspannung, von Streß und Erholung, von Energieaufnahme und Energieverbrauch.

Das leitet abschließend über zu einer Beschäftigung damit, welche Konsequenzen eine solche Sichtweise für Gesundheitsverhalten hat. Ich gebe das Beispiel einer Schaukel (oder eines Schwungrades), die man gerade im richtigen Moment und weder zu stark noch zu schwach anschieben muß, will man einen runden und ausgewogenen Schwung erreichen. Der Transfer dieses Bildes wird diskutiert auf den möglichen Umgang mit Schlafstörungen, Verdauungsproblemen, Kreislaufstörungen...

Die Absicht des Stundenaufbaus ist es, daß die Patienten am Ende der Stunde ihren eigenen Bezugsrahmen für Krankheit bzw. Gesundheit angefragt haben, in kurzen Übungen einfache rhythmische Körpervorgänge erlebt haben, eine Modellvorstellung zum Verständnis solcher Prozesse erhalten haben, ihre eigenen Symptombereiche darauf beziehen konnten und schließlich zu einem anderen Umgang mit funktionellen Störungen angehalten wurden.

Mir geht es in diesem Aufsatz jetzt nicht darum, die Indikativgruppe über eine Aufzählung solcher Stundeninhalte zu beschreiben und zu definieren, also eine Art Konzept mit Übungsprogramm aufzustellen (am Ende werde ich die von mir erprobten Stundeninhalte kurz aufzählen). Die vorgestellte Stunde sollte nur als Beispiel zur besseren Vorstellbarkeit dienen.

Mir geht es vielmehr zunächst darum, das *besondere therapeutische Arbeiten* in einer in diesem Rahmen stattfindenden Gruppe zu reflektieren, ausgehend von der Überzeugung, daß die *Qualität* einer solchen Gruppe *nicht hauptsächlich* in einem festgelegten Sechs- oder Acht-Stunden-Programm liegt.

Aber was macht es dann aus, ob sich Patienten durch ein solches therapeutisches Angebot erreichen und bewegen lassen, ob sie bereit sind, ihr in der Regel sehr fixiertes somatisches Krankheitsmodell in Frage zu stellen und sich auf andere Sichtweisen einzulassen?

Meine These ist, daß das zum größeren Teil *von der Art und Weise* abhängt, wie die Patienten inhaltlich *und* beziehungsweise angesprochen werden, welche *Atmosphäre* in der Stunde entsteht und wie mit den Vorbehalten, Widerständen und der Angst der Patienten dem Thema und der großen Gruppe bzw. dem Therapeuten gegenüber umgegangen wird.

Das Gruppenmodell und die Rolle des Therapeuten dabei

Ich habe Stunden erlebt, in denen ich ein identisches inhaltliches Angebot gemacht hatte, einmal kam es zu intensiver Beteiligung und Auseinandersetzung in der Gruppe, das andere Mal verpuffte es und blieb irgendwie hängen, zog an den meisten vorbei.

Abgesehen von dem Streß, den eine solche Unberechenbarkeit des Ablaufs einer Gruppe dem Leiter macht, sind solche Erfahrungen äußerst interessant. Was macht es denn aus, ob eine solche große Gruppe mit wenig vertieften Beziehungen "läuft" oder nicht (mal vorausgesetzt, daß der Therapeut die zu vermittelnden Inhalte einigermaßen klar hat)?

(Die Frage der Gruppengröße interessiert mich besonders, da ich selber in diesem Zusammenhang das erste Mal mit einer solchen Zahl als Gruppenleiter zu tun hatte).

Dazu möchte ich einige Überlegungen anführen:

Zu Beginn einer Stunde erlebte ich mich als Therapeut in dieser Gruppe in einer Art "Entertainer-Funktion", die anfangs herrschende Spannung (viele Menschen, die meisten kennen sich untereinander nicht, ein Teil ist immer ganz am Anfang der Therapie) etwas zu lockern.

Als günstig hat es sich erwiesen, zunächst Vorgaben zu machen, einfache Konzepte, kurze Erklärungen, kleine Übungen sowie klare Fragen dazu zu stellen, um sichernde Form und Struktur anzubieten. Dann kommt es darauf an, herauszufinden, wo in der Gruppe zunächst Energie und Gesprächsbereitschaft vorhanden ist.

Die ersten Redebeiträge sind immer sehr wichtig, sie setzen Normen für die folgenden. Wenn die ersten Patienten sehr offen über sich sprechen, kann das für andere Mut machen, diesem Beispiel zu folgen. Wenn sie über die Ärzte schimpfen, über die Arbeitgeber, wenn sie die gesellschaftlichen Verhältnisse anprangern, die daran schuld seien, daß sie jetzt Rückenschmerzen haben, so bricht schnell eine fruchtlose und manchmal schwer zu beendende Diskussion über solche Mißstände in der bösen Welt los.

Hier ist es als Leiter essentiell wichtig, den Faden der Stunde nicht aus den Augen zu verlieren und das Gespräch so zu führen, daß es immer wieder auf das Thema zurückgeht.

Wenn der Einstieg glückt und ein oder zwei Patienten begonnen haben, über persönliche psychosomatische Erfahrungen zu erzählen (z. B. über den letzten Schwindelanfall), *dann geschieht etwas Eigenartiges: Es entsteht irgendwie eine Atmosphäre ähnlich wie in einer Selbsthilfegruppe, andere berichten von ihren Erfahrungen, es erfolgt so etwas wie eine implizite Solidarisierung "wir als psychosomatisch betroffene Menschen".*

An dieser Stelle wird die Gesprächsführung sehr einfach, der Leiter kann sich eher zurücknehmen, diese Gruppenatmosphäre "trägt" das Thema und nimmt die Angst und Widerstände. *Jetzt wirkt die Gruppengröße eindrucksvoll unterstützend, "so viele sitzen wir in einem Boot".*

Der Übergang vom dumpfen vor-sich-hin-Brüten einer Gruppe zu dieser dichten und öffnenden Atmosphäre geht meist sprunghaft, ganz plötzlich, dann ist Energie in der Gruppe und breitet sich aus, steckt an. (Manchmal geht der Übergang auch allmählich, kontinuierlich, und bisweilen gelingt er auch gar nicht.)

Über solche in diesem Sinne besonders gelungene Stunden hört man dann noch Tage später Patienten miteinander sprechen, anderen die ausgehändigten Zettel zeigen, in der nächsten Stunde ist die Gruppe meist noch besser besucht, kaum einer fehlt.

Förderliche Bedingungen für eine öffnende Gruppenatmosphäre

Manches der angesprochenen Phänomene ist bekannt aus jeder therapeutischen Gruppenarbeit, z.B. die Probleme, den Anfang zu finden, die Widerstände und das Mißtrauen in der Gruppe.

Die für klientenzentriertes Vorgehen entscheidende Frage der *therapeutischen Beziehung* stellt sich mit einer großen Gruppe ständig wechselnder Patienten aber auf einer anderen Ebene als in kleineren Gruppen mit festen Beziehungen. Der Therapeut kann nicht mehr in gleicher Weise in Beziehung sein zu den einzelnen Patienten, wie es z.B. in einer Stammgruppe möglich ist, wo zu jedem eine persönliche Beziehung besteht und er Informationen über Geschichte und Problembereiche hat.

Aus den Erfahrungen in der Indikativgruppe über psychosomatische Zusammenhänge erscheint mir folgende Beobachtung wichtig: Neben den aktuell aufgenommenen Einzelbeziehungen im Dialog mit den Patienten in der Gruppe steht der Therapeut in Beziehung zu so etwas wie dem "Gruppenkörper" der Großgruppe, und anscheinend können auf dieser Ebene ähnliche, Widerstände abbauende, therapeutisch gesehen öffnende und förderliche Beziehungsphänomene entstehen wie in der Dyade.

(Das kann auch als ein Hinweis darauf genommen werden, daß das Angebot einer größeren Gruppe - oft aus pragmatischen Gründen entstanden, um viele Patienten gleichzeitig "versorgen" zu können - nicht nur Nachteile hat gegenüber einer kleineren Gruppe von 8 - 12 Patienten, in der sicherlich intensiver an den Problemen der Einzelnen gearbeitet werden kann.)

Das Unangenehme für den Gruppenleiter ist, da er eine solche Atmosphäre, wie die eben beschriebene, nicht "machen" kann, er kann sie nicht gezielt herstellen, so gern er das auch täte, sie muß letztlich entstehen, wachsen.

Das bedeutet aber nicht, daß er gar nichts tun kann, im Gegenteil: Er kann und sollte Bedingungen anbieten, die das Zustandekommen einer solchen Atmosphäre möglich machen.

Einige solcher *Bedingungen* möchte ich ansprechen:

Das allgemeine didaktische Vorgehen

Es hat sich in vielen Stunden als günstig erwiesen, mit Hilfe kleiner Übungen, Spiele, Rätsel, Imaginationen, Geschichten erlebnisnahe und aktiv zu erfahrende Elemente einzusetzen.

Solche Übungen müssen speziell zugeschnitten werden, da sie bestimmten Bedingungen genügen sollten: Abgesehen davon, daß sie zu psychosomatischen Themen führen sollen, sollten sie sich ohne viel körperlichen und räumlichen Aufwand durchführen lassen und sie sollten verschiedene Grade des

Sich-Einlassens bis hin zum Gar-Nicht-Mitmachen gut zulassen können. Ein Beispiel dafür wäre die Anspannungsübung aus der oben beschriebenen Stunde.

Experimente mit Austeilen kleiner Fragebogen für jeden Einzelnen zum aktuellen Ausfüllen erwiesen sich als nicht sehr erfolgreich.

Dagegen zeigte ein vorübergehendes Aufteilen (für ca. 5 bis 10 Minuten) der Großgruppe in Kleingruppen von 3-5 Patienten, von denen einer die Rolle des Schreibers der Gruppe einnehmen soll, als sehr wirksam.

In einer Stunde zur Öffnung des psychosomatischen Themas sollen die Patienten z. B. Sprichwörter sammeln, die mit Körperteilen oder körperlichen Vorgängen zu tun haben. Mit dieser Aufgabe wurden sie zunächst aufgeteilt in Kleingruppen, sofort kam es zu lebendigen Gesprächen und heftigen Diskussionen. Wieder wirkte die Atmosphäre ansteckend, eine lebhaftige Kleingruppe in einer Ecke des Raumes übt einen positiven Druck auf die benachbarten Kleingruppen aus.

(Natürlich gelingt es nie, alle oder auch nur die meisten der Patienten zu aktivieren, einige bleiben immer unbeteiligt. Diesen Anspruch habe ich rasch aufgegeben, um so mehr, als er gar nicht realistisch ist; einige der neueren Patienten sind manchmal auch körperlich in so schlechter Verfassung oder haben so wenig Konzentrationsfähigkeit, daß sie nur wenig mitbekommen.)

Als didaktische Hilfsmittel sind natürlich eine Tafel sehr nützlich sowie kurze schriftliche Zusammenstellungen zu den wichtigen Inhalten eines Themas. Mit Hilfe solcher Zettel kann eine Stunde auch gut begonnen werden (z.B: mit einer Liste möglicher Lebensbereiche, die Streß verursachen können), die Patienten können am Ende einer Stunde eine Zusammenfassung (z. B. "Die Energiebereitstellungsreaktion und ihre Wirkung in den verschiedenen Körpersystemen") erhalten oder ein Papier akzentuiert auf ansprechende Weise Aspekte des Themas ("101 Schleichwege zum Einschlafen" aus Hales, 1989).

Neben diesen didaktischen Überlegungen will ich der Frage, was von therapeutischer Seite her einen im von mir geschilderten Sinne positiven Stundenverlauf fördern kann, noch von anderer Perspektive her nachgehen, indem ich sie von einigen grundlegenden therapeutischen Zugangsebenen her betrachte:

- von der Gesprächsebene
- von der imaginativen Ebene
- von der körperbezogenen Ebene

Gesprächsebene

Nicht besonders hervorzuheben brauche ich, daß erprobte Gesprächsführungsweisen z. B. der Gesprächstherapie oder der kognitiven Verhaltenstherapie für das therapeutische Vorgehen als Basisverhalten dienen.

Ich möchte stattdessen nur einige spezielle Aspekte erwähnen, die mir im Lauf der Gruppenarbeit besonders aufgefallen sind.

Zum einen ist das der Versuch, als Leiter die *inneren Bezugssysteme* der Patienten zum jeweiligen Thema anzusprechen und im Gespräch herauszuarbeiten, sie damit dort "abzuholen", wo sie gerade sind und nicht einfach mit einem "besseren" Wissen lehrmeisterhaft zuzuschütten. Diese Modelle der Patienten sind dabei möglichst wenig zu kritisieren oder in Frage zu stellen, sondern als subjektiv sinnvolle Konstruktionen zu bestätigen.

Viele neue Patienten kommen mit einseitig somatischen Sichtweisen (vgl. Leidig und v. Pein 1993), sind z. B. überzeugt, daß ihre Kopfschmerzen nur organische Ursachen haben, ("es kommt von meiner kaputten Wirbelsäule, die strahlt aus").

Unter Anschluß an die persönlichen Bezugssysteme und subjektiven Krankheitsmodelle ist es dann möglich, alternative psychosomatische Vorstellungen danebenzuhalten, als ein Angebot eines auch *möglichen* Verständnisses (z.B. "welche Botschaft meines Körpers an mich könnte auch in meiner Allergie stecken?").

Für die Atmosphäre in der Gruppe kann eine solche therapeutische Haltung Widerstände und Ängste mindern, fruchtlose Ja-aber-Diskussionen kommen nicht so oft auf, die Patienten fühlen sich ernst genommen und haben nicht das Gefühl, von etwas überzeugt werden zu sollen.

Für die Vermittelbarkeit psychosomatischer Sichtweisen in einer solchen Gruppe habe ich weiterhin eine *möglichst einfache* Darstellung als entscheidenden Faktor erlebt. Für den Therapeuten heißt das, er sollte vor der Stunde die zu vermittelnden Konzepte für sich auf einige Leitsätze gebracht haben, auf die er im Verlauf immer wieder zugreift. Das bedeutet auch, keine Angst vor Vereinfachungen zu haben, solange die zu vermittelnden Botschaften stimmen (z. B. "Psychosomatische Reaktionen betreffen auch gesundes und normales Erleben", oder "Stresserleben hängt wesentlich auch von meinen Bewertungen ab") und sich nicht längere Zeit in komplizierte Fachdiskussionen über Spezialprobleme verwickeln lassen.

Viel verwendet in der Gesprächsführung habe ich Frageformen, die ich im Focusing kennengelernt habe. Sie haben das Ziel, im Gespräch das Körpererleben anzufragen, z.B. wo eine bestimmte Spannung im Körper sitzt, wo der Mittelpunkt eines Gefühls ist, wie ein Wohlgefühl bemerkt werden kann, woran im Körpererleben Streß gespürt wird.

Die im Focusing-Modell (z.B. Gendlin 1981, Wiltschko 1992) beschriebene Bewegung zielt ab auf das Anspüren der körperlichen Resonanz ("felt sense") zu etwas ("spür mal, wie das ist, das Muskelzittern da zu haben"), aus der sich dann Symbolisierungen entfalten können ("wenn Du so dahinspürst, kommt dazu ein Satz oder ein Bild...").

Fragen dieser Art können in einer solchen Gruppe nicht ständig gestellt werden, da zu ihrer wirklichen Beantwortung für den einzelnen meist mehr Zeit und Ruhe nötig wäre, als die Gruppenatmosphäre es bei 20-30 Patienten zuläßt. Dennoch halte ich sie für sehr nützlich, fokussieren sie doch immer wieder auf den Körper und richten die Wahrnehmung nach innen, fragen damit immer wieder die Haltung dem eigenen Körper gegenüber an, und genau um die soll es ja gehen.

Imaginative Elemente

Als sehr hilfreich habe ich das Anbieten von kurzen Imaginationen oder sogenannten Gruppenfocusings (das sind Gruppenimaginationen, die nach dem Focusing-Modell aufgebaut sind) erlebt.

Für das Thema "positive psychosomatische Erlebnisweisen" biete ich z.B. eine Phantasiereise an mit dem Thema "Mein Körper als Wohnung: in welchem Zimmer, an welchem Ort in dieser Wohnung würde ich mich wohlfühlen?".

In der Imagination werden die Patienten durch ihren Körper geführt mit dem Angebot, auf das Bild einer Wohnung (das kann auch ihre reale eigene Wohnung sein) zu symbolisieren, durch diese Wohnung zu gehen und sich genügend Zeit zu nehmen, einen guten Platz zu finden.

Ein solches Angebot ist gut im Sitzen durchführbar, es läßt für den Einzelnen offen, wie weit er sich einlassen will. Manche Patienten brechen nach kurzer Zeit ab, einige lassen die Augen auf, was ich ausdrücklich erlaube, bevor ich beginne. Ein guter Teil der Gruppenteilnehmer findet aber Kontakt zu inneren Bildern und Szenen, anschließend wird aus einer deutlichen Betroffenheit heraus berichtet, die Atmosphäre in der Gruppe wird sofort persönlicher und lebendiger.

Andere Beispiele für Gruppenimaginationen: Ich setze mich mit meinem Liebessymptom an einen Tisch und stelle ihm drei Fragen" (Lieb und v. Pein, 1990), oder: "Stelle Dir Deine Führerscheinprüfung/Lehrprüfung/Bewerbungsgespräch vor" (als Stressinduktion).

Erlebnis- und handlungsbezogene Ebene

Schließlich halte ich Elemente in der Durchführung einer solchen Gruppe für günstig, die die Patienten auf einer Erlebnis- und Handlungsdimension erreichen.

Man kann z. B. statt einer Gruppenimagination ein Rollenspiel initiieren, in dem der Patient seinem Symptom konkret gegenüber sitzt und sich mit ihm zu verständigen versucht, man kann Stresssituationen herstellen, indem man den Patienten ein schwieriges Problem zu lösen gibt und dabei Druck macht oder indem man ankündigt, gleich werde man einen auswählen, der etwas vor der ganzen Gruppe erzählen muß.

Kleine Atemübungen haben oft eindrucksvolle Wirkung, z. B. bewirkt schon eine Minute verbundenes Atmen (also ohne Pause zwischen Ein- und Ausatmen), daß bei den meisten Patienten sich das Hauptsymptom leicht meldet (Schwindelgefühle, Kniezittern, Herzstechen, flaes Gefühl im Magen). Im Anschluß daran läßt sich hervorragend die normale Energiebereitstellungsreaktion des Körpers herausarbeiten und das Verständnis für "funktionelle" Störungen verbessern (diese Übung ist bei Lieb und v. Pein 1990 genau beschrieben).

Ich habe auch experimentiert mit großen Schemazeichnungen auf Karton, die ich in der Gruppe herumgehen ließ und auf der jeder, der wollte, etwas mit Farbstiften zum Thema eintragen konnte.

Neben dem unmittelbaren Nutzen für jeden einzelnen, durch solche Übungen ins Tun und ins Erleben zu kommen, tut die ganze Gruppe etwas Gemeinsames, sie atmet gemeinsam, bewegt sich gemeinsam, malt, spielt eine Szene oder diskutiert (in Kleingruppen) gemeinsam. Das stärkt außerordentlich das Gruppengefühl und ist oft ein wesentlicher Beitrag zum Erreichen des geschilderten "atmosphärischen Qualitätssprunges".

Spezielle Probleme

Bei dem Versuch der Durchführung einer solchen Indikativgruppe nach den von mir beschriebenen Leitlinien entstehen bestimmte Problempunkte, manche sind für alle Therapiegruppen mehr oder weniger relevant, andere sind spezifischer für den gegebenen Kontext. Einige dieser Probleme möchte ich ansprechen, sie beleuchten die therapeutische Praxis von einer eigenen Seite, und es läßt sich möglicherweise etwas daraus lernen.

Der Raum

Beim äußeren Rahmen angefangen, habe ich deutlich erlebt, welchen Einfluß der Raum auf die Gruppenatmosphäre haben kann.

Zu Beginn stand für diese Gruppe nur ein eindeutig zu kleiner Gruppenraum (vorgesehen für einen Kreis von vielleicht maximal 15 Personen) zur Verfügung, der die Gruppe eher erstickt oder erdrückt hat. Zu wenig Sauerstoff, zu wenig persönlicher Sitz-Raum, zuviel Ablenkung, zuviel Energie nötig, um sich vom Nachbarn abzugrenzen.

Das andere Extrem habe ich erlebt, als die Gruppe einmal umständehalber in einen großen (optisch sehr schönen und hellen) Raum verlegt werden mußte. Die Gruppenteilnehmer formierten sich in einem Viertel des Raums zu einem großen und zerfaserten Kreis, ich hatte die ganze Stunde das Gefühl, die Konzentration der Patienten wird nach außen in die Weite des Raumes abgesogen. Es kam keine Dichte auf, der Raum gab keinen Halt, stellte kein angemessenes "Gefäß" für die Gruppe dar.

Der Raum, in dem die Gruppe schließlich ihre Heimat fand, lag größtmäßig in der Mitte, genügend Platz für ca. 25 bis 30 Patienten, annähernd viereckig und guten Halt gebend.

Regelmäßig kommt es vor, daß es Patienten mit Angstsymptomatik unter den vielen Menschen zu eng wird, kaum einmal habe ich allerdings dramatische Angstanfälle in der Gruppe erlebt. Entweder die Angst ließ sich aktuell thematisieren, dann meist auch als herausragendes Beispiel für psychosomatische Zusammenhänge, oder die Patienten regulierten die Situation selber, indem sie kurz rausgingen. Hier erweist sich der Vorteil eines stationären Settings, sollte es einem Patienten wirklich mal schlecht gehen, gibt es sofort Auffangmöglichkeiten. So gut wie immer kamen die Patienten aber spätestens nach einigen Minuten wieder zurück, so als gäbe es ein "Ziehen" zurück in die Gruppe.

Möglicherweise bietet das geschilderte dichte Gruppengefühl auch ein angstreduzierendes Angebot, gerade Patienten mit Angstsymptomatik sind oft besonders bedürftig nach Halt und Zugehörigkeit.

Probleme der Gesprächsleitung

Als kritisch für die Gesprächsleitung hat sich bei manchen Patienten die große Bühne erwiesen, die eine solche Gruppe anbieten kann. Gerade bei stärker narzißtisch oder hysterisch strukturierten Patienten habe ich es öfters erlebt, daß sie diese Bühne zu einer übertriebenen Selbstdarstellung nutzen.

Einerseits sind solche Patienten für den Stundeneinstieg ganz wichtig, da sie sich oft als erste trauen, etwas zu erzählen. Auf der anderen Seite ist es notwendig, ihren Bericht zu kanalisieren im Hinblick auf das Thema, auch rechtzeitig zu begrenzen und dabei den Beitrag als Aufforderung für die anderen zu verwenden.

Ein anderes Problem stellen provokative, aggressive Patienten dar, die wiederum die Gruppenbühne als Gelegenheit nehmen können, den Therapeuten (oder einen Mitpatienten) zum Kampf herauszufordern, zu sabotieren oder irgendwie destruktiv zu wirken. Bei neu angekommenen Patienten richten sich solche Angriffe oft gegen die Behandlungsangebote in der Klinik, gegen mangelnde oder falsche Betreuung oder gegen organisatorische Mängel.

In der Regel hängen sich an solche Kampfansagen meist ein oder zwei andere Patienten dran, die Stimmung wird insgesamt negativ, abwertend, feindseliger.

Hier ließ sich oft die Größe der Gruppe als hilfreich nutzen. Meist fanden sich Patienten in der Gruppe, in der Regel waren das schon länger in der stationären Behandlung befindliche, die gegenteilige und positive Erfahrungen gemacht hatten. Sie berichteten vielleicht sogar über eine anfangs auch skeptische Einstellung, die sich dann aber allmählich gewandelt hat.

Was man im Einzelgespräch kaum erreichen könnte, wird damit in der (Groß)Gruppe durch Aussagen der Selbst-Betroffenen eher möglich, den Meckerern den Wind aus den Segeln zu nehmen.

Das Aufwallen von solchen negativen Stimmen und Stimmungen ist in einer solchen "Pflicht"-Gruppe mit vielen neu angekommenen Patienten naturgemäß nicht selten, läßt sich aber insgesamt erstaunlich gut, insbesondere mit Hilfe der Gruppe, bearbeiten.

Eine für den Gesprächsleiter unangenehme Situation kann es sein, wenn auf Fragen, Angebote, Übungen hin keiner etwas sagt. Wiederum dank der Größe der Gruppe (einer hat meist was zu sagen) kommt das recht selten vor, einige Male habe ich es dennoch erlebt. Wenn sich eine solche Schweige-Stimmung ("das geht uns nichts an", "was will der eigentlich von uns") mal ausgebreitet hat, dann ging die gesamte Stunde nicht mehr viel an Beteiligung in der Gruppe.

Nicht unbedingt als problematisch, aber im Sinne meiner Zielvorstellungen als unproduktiv habe ich abgehobene oder zu kopflastige Diskussionen erlebt, die zu weit von den persönlichen Erfahrungen der einzelnen entfernt waren. Sicherlich sind auch manche theoretischen Fragen berechtigt und sollten beantwortet werden soweit man dazu in der Lage ist. Ich habe jedoch immer auf ein inneres Gefühl geachtet, das warnte, nicht zu sehr vom Ziel "Arbeit an der persönlichen Haltung der eigenen Psychosomatik gegenüber" wegzukommen.

Probleme bei Übungen und Imaginationen

Eine anderes Problem kann bei Übungsangeboten und handlungsaktivierenden Teilen auftreten, wenn einige Patienten demonstrativ nicht mitmachen ("was soll das denn", "sowas Blödes mache ich nicht mit") und damit die Übung auch für die anderen in Frage stellen. Das habe ich eher selten erlebt, es ist aber günstig, wie schon erwähnt, die Übungen so abzustimmen, daß eine Verweigerung ohne große Probleme möglich ist und den anderen ein Mitmachen dennoch nicht zu schwer gemacht wird. Alle Teilnehmer machen bei einer solchen Gruppe sowieso nie mit, es gibt immer einige die ausscheren, sei es aus Angst, aus Trotz oder aus gesundheitlichen Gründen.

Bei Imaginationen stürzen manche Patienten zielsicher in ihre persönlichen Gruselkeller, wenden sich z.B. bei der Anleitung, den guten Ort im Körper zu finden, sofort dem schlechtesten Ort zu, der ihnen in den Sinn kommt und bleiben dort hängen. Problematisch fand ich dabei, das in der großen Gruppe überhaupt erstmal mitzubekommen (ich habe dann gelernt, nach Imaginationen explizit nach solchen negativen Erfahrungen zu fragen) und damit angemessen umzugehen. Manchmal habe ich es in der Stunde noch bearbeiten können, manchmal habe ich mit dem Patienten nach der Stunde noch ein

wenig gesprochen, auf jeden Fall abgesichert, daß er sich damit an seinen Bezugstherapeuten in der Klinik wendet.

Inhaltliche Widerstände

Von vorneherein auf eher heftigen Widerstand bei einem ganzen Teil der Patienten stoßen Themenangebote wie "Mein Krankheitsgewinn", "die Funktion des Symptoms im Familienkontext", oder "die Botschaft meines Symptoms an mich", da dadurch möglicherweise wichtige Konzepte der Patienten, mit denen Eigenverantwortung für die Erkrankung ausgeschlossen werden, in Frage gestellt werden könnten.

Der Widerstand zeigt sich in verschiedenster Form, als offene Empörung über die Unterstellung, man habe Vorteile von seiner Krankheit, als trotzig Passivität oder als Störmanöver in Form von halblauten Nebengesprächen mit dem Nachbar.

Bei solchen für Psychosomatik wichtigen Themen habe ich verschiedene Zugänge ausprobiert, um trotz der Vorbehalte einen Einstieg möglich zu machen.

Eine therapeutische Binsenweisheit ist es, die auftretenden Widerstände ernst zu nehmen, ihren Sinn verstehen zu wollen und das im Gespräch auch deutlich zu machen.

Je nach erzählerischem Talent kann man anhand der Schilderung kleiner Geschichten (wie ich z.B. von dem Leid durch eine Grippe auch etwas Positives haben kann, nämlich z. B. endlich einmal umsorgt zu werden) und "ungefährlichen" Beispielen hinführen an das kritische Thema.

Gute Erfahrungen habe ich auch mit einem augenzwinkernd provokativen Vorgehen gemacht, z.B. eine Stunde zum Gesundheitsverhalten, mit dem Einstieg zu eröffnen "was kann ich alles tun, um krank zu werden" und "wie werde ich noch kränker, wenn ich schon krank bin".

Dieser humorvolle Zugang (unterstützt durch ausgeteilte Kopien mit Vorschlägen dazu) öffnete für die meisten Patienten eine Beschäftigung mit dem Thema krankheitsfördernder Lebensgewohnheiten und leitete eine intensive Diskussion über gesundheitsbewußteres Leben ein.

Zugrundegelegte psychosomatische Modellvorstellungen

Die Mehrzahl der Patienten, die in eine psychosomatische Klinik kommen, haben ein *einseitig medizinisches Modell* über die eigene Erkrankung und über das körperliche Funktionieren im allgemeinen (vgl. zu genaueren Zahlen Leidig und v. Pein 1993).

Manche haben eine zehn- bis zwanzigjährige Geschichte somatischer Behandlungsversuche hinter sich. Etliche verstehen die Zuweisung in eine *psycho-somatische* Fachklinik durch die Kostenträger nicht, erleben das als Kränkung ("ich bin doch nicht verrückt", "ich bilde mir meine Schmerzen doch nicht ein").

Oft hört man von den Patienten, "ich hab's an den Nerven". Könnte man hier eine psychosomatische Idee vermuten, stellt sich bei näherem Nachfragen meist eine diffuse somatische Vorstellung der Nerven heraus als irgendwelche Kabel oder Röhren, die irgendwie gestört sind.

Das Hauptproblem dieser einseitig somatischen Krankheitsmodelle (die im richtigen Kontext ja durchaus angemessen sein können) ist, daß darin kaum *Eigenverantwortung* vorkommt, daß der Patient selber sich den Experten überläßt und auf äußere Reparatur seines Körpers hofft.

Die konträre Vorstellung wäre eine einseitig psychologische Sichtweise. Viele Patienten meinen bei der Auseinandersetzung mit psychologischen Sichtweisen Vorwürfe zu hören wie "das kommt alles von der Psyche, ist alles nur Einbildung", und wehren sich (zu Recht) dagegen. Gerade als Psychologe neigt man bisweilen dazu, eine solche einseitig psychologische Sichtweise gegen die überwiegend vorherrschend einseitig medizinische Sichtweise anzubieten.

Es bedarf also spezifisch *psycho-somatischer Modellvorstellungen*, die genügend überzeugende Kraft haben, eine echte Alternative zu den einseitigen Sichtweisen anzubieten.

Da dieser Aufsatz in erster Linie ein Erfahrungsbericht sein soll, möchte ich an dieser Stelle nur kurz die Modelle skizzieren, vor deren Hintergrund ich in der Gruppe gearbeitet habe. Sie sollten auch in einfacher Form vermittelbar sein und zumindest potentiell genügend Plausibilität und Überzeugungskraft besitzen, um bisherige Vorstellungen über den eigenen Körper und die eigenen Krankheit in Frage stellen zu können.

Strukturmodell

Als grundlegendes und nützliches Modell hat sich ein Strukturmodell erwiesen, welches verschiedene Aspekte einer psychosomatischen Reaktion systematisiert (Franke 1981). Im allgemeinen wird auf den eigenen Körper erst dann geachtet, wenn eine Störung auftritt, z.B. eine Magenverstimmung, Kopfschmerzen, für deren Beseitigung (im Sinne von Reparatur) zunächst der Arzt aufgesucht wird.

Das Strukturmodell weist nun auf den größeren Zusammenhang eines Symptoms und insbesondere funktioneller Störungen in der Lebensführung, im Verhalten, im inneren Dialog und in der Gefühlswelt hin.

Das Modell gibt folgendes Schema vor (Franke 1986):

Situation
Was löst mein Unbehagen aus?
(z.B: jemand kritisiert mich)
Körperreaktion
Wie reagiert mein Organismus? (mein Herz rast)
Gedanken
Was denke ich dann? ("ich mache nichts richtig")
Gefühle
Wie fühle ich mich dann? (ich fühle mich hilflos)
Verhalten
Was tue ich (was nicht)?
(ich sage Entschuldigung und gehe weiter)

Die verschiedenen situationalen, kognitiven, emotionalen, physiologischen und verhaltensmäßig-motorischen Komponenten haben jeweils wieder Rückkoppelungen (z. B. löst ein bestimmtes Verhalten wieder bestimmte Gedanken aus usf.) miteinander. Dennoch läßt sich das Strukturmodell linear verstehen (nach dem Schema "zuerst ...dann... und dann...), es geht ihm auch darum, wenn-dann Zusammenhänge zu erkennen (*wenn* die Person eine bestimmte Lebensführung hat, *dann* bringt das z.B. häufig Stresssituationen mit sich, die *dann* auch zu bestimmten Körperreaktionen, Gefühlen, Gedanken, Verhaltensweisen führen und möglicherweise in funktionellen Magenbeschwerden resultieren), um damit das normalerweise isoliert betrachtete Symptom (Magenbeschwerden, Herzsrasen) in größerem Zusammenhang sehen zu können.

Ein wichtiges Anliegen des Strukturmodells ist es, zu zeigen, daß bei jeder Komponente einer psychosomatischen Reaktion ein Eingreifen und eine Veränderung möglich ist: sowohl eine Veränderung der Situation (z.B. ein Wechsel des Arbeitsplatzes), alternative Gedanken, ein anderer (z.B. offenerer) Umgang mit meinen Gefühlen oder selbstbehauptendere Verhaltensweisen können Hilfe bringen. Dieses Modell hat zusätzlich den Vorteil, daß es sich auch auf nicht-gestörte, auf gesunde körperlich-seelische Reaktionen anwenden läßt. So hat z.B. auch ein Waldlauf oder eine freudige Überraschung alle diese emotionalen, kognitiven, physiologischen und verhaltensmäßigen Anteile, die herausgearbeitet werden können.

Stressmodell

Ein wichtiges Ziel der Indikativgruppe zur Psychosomatik ist es, Zusammenhänge zwischen der Lebensführung und der psychosomatischen Erkrankung deutlich werden zu lassen.

Stress muß dabei als wichtiger Auslöser solcher Erkrankungen gesehen werden.

Ein Einstieg über den Stressbegriff hat den Vorteil, daß er häufig verwendet wird und alltagsnah erscheint, auch wenn er normalerweise relativ unspezifisch ("ich bin im Stress", "das hat mich gestreßt") gebraucht wird.

Im Folgenden möchte ich stark vereinfacht einige wichtige Konzepte der Stressforschung darstellen als das "Stressmodell", mit dem ich in der indikativen Gruppe zur Psychosomatik gearbeitet habe (vgl. Holst und Scherer 1987).

Eine erste begriffliche Unterscheidung kann getroffen werden zwischen den sogenannten *Dis-Stress* und *Eu-Stress*, zwischen krankmachenden Über-Forderungen und lebendig haltenden Anforderungen. Zu wenig Anforderung kann genauso krankmachend sein wie zuviel.

Negativer Stress entsteht,

· wenn wir uns überfordert fühlen

· wenn die üblichen Bewältigungsmechanismen versagen

· wenn man die Situation nicht ändern kann, aber auch Flucht oder Vermeidung nicht möglich sind (sich ausgeliefert fühlen)

· wenn die Situation länger andauert (Fluglärm, Scheidung), verstärkt sich der Stress und die Wahrscheinlichkeit von Krankheit steigt.

Das heißt, mögliche Auslöser von Stressreaktionen können *kritische Lebensereignisse* oder chronische *Überforderungssituationen* sein, denen die Person nicht ausweichen und die sie auch nicht wirklich bewältigen kann.

Viele kleinere Stressoren, die über längere Zeit auf die Person einwirken, können zusammenwirken und irgendwann dazu führen, daß die Schwelle zum manifesten Symptom (Herzrasen, Magengeschwür) überschritten wird. Das hilft zum Verständnis, warum manche Erkrankungen erst nach vielen Jahren weitgehend gleichbleibender Arbeitsbedingungen auftreten (siehe Margraf 1990, Stressmodellgraphik).

Von großer Wichtigkeit für das Stresserleben ist die *subjektive Bewertung der Situation*.

Das läßt sich anhand von Beispielen (wie z.B. daß ein und dasselbe Ereignis wie nächtlicher Lärm einmal zu massivem Ärger und damit Stress führen kann, vermutet man rücksichtslose Leute auf der Straße, das andere Mal zu Erleichterung und Entspannung, erwartet man jemand aus der Familie zurück).

Die Bewertung der Situation spielt also eine große Rolle, aber auch die *subjektive Bewertung meiner eigenen Fähigkeiten* und Möglichkeiten zur Bewältigung der Situation.

Diese Einschätzung hängt eng mit dem Selbstbild zusammen, dafür sind auch Lernerfahrungen, wie z.B. eine *"erlernte Hilflosigkeit"* relevant. Wenn man sich in vergangenen Erfahrungen als sehr inkompetent und unfähig erlebt hat, oder diese Bewertung vermittelt bekommen hat, wird man sich auch in der Gegenwart oft hilflos fühlen.

Das persönliche *Kontrollbewußtsein* bestimmt mein Erleben, inwieweit ich selber auf mein Handeln und mein Leben Einfluß nehmen kann oder inwieweit ich den Umständen und anderen Menschen ausgeliefert bin.

Ein letzter Bereich des Stressmodells spricht Möglichkeiten und typische Arten der *Stressverarbeitung* an.

Hier wird zunächst unterschieden in aktive *Bewältigung*, d.h. ein offenes Sich-Auseinandersetzen mit einem stressenden Ereignis, und in *Verteidigungsstrategien*, die z.B. die Situation verzerren oder wichtige Elemente verleugnen.

Bewältigungsversuche können abzielen auf eine *eigene Handlung* (z.B. meinen Arbeitskollegen, über den ich mich geärgert habe, anzusprechen) oder auf eine *intrapsychische Verarbeitung* (z.B. indem ich mir klarzumachen versuche, daß der Kollege es wohl nicht so gemeint hat), um so die durch den Stress entstandene Erregung zu verarbeiten.

Hinsichtlich des üblichen, gewohnheitsmäßigen Umgangs mit problematischen Reizen lassen sich zwei Typen unterscheiden, die sich beide in einer psychosomatischen Klinik häufig finden lassen (Funkkolleg): Die sogenannten "Verdränger" und die "Über-Sensiblen".

Die *Verdränger* neigen dazu, potentiell bedrohliche oder stressauslösende Reize zu übersehen, bemerken damit erst viel zu spät beginnende somatische oder psychosomatische Störungen. Solche Patienten sind oft bemerkenswert gleichgültig gegenüber Körpersignalen, auch gegenüber Schmerzen und körperlichen Krankheiten, dementsprechend ist der Umgang mit dem eigenen Körper.

Auf der anderen Seite neigen die *Übersensiblen* zur gegenteiligen Haltung, sie geben schon bei kleineren Stresssituationen oder körperlichen Mißempfindungen Alarm, stellen zum Teil durch ihre Überängstlichkeit überhaupt erst stärkere vegetative Reaktionen her, was mit der Zeit zu einem negativen Teufelskreis z. B. in Richtung einer somatisierten Angstsymptomatik führen kann.

Systemisches Modell

Am Rande hinweisen möchte ich auf die Bedeutung systemischer Sichtweisen für das Verständnis eines möglichen Krankheitsgewinns und der Aufrechterhaltung von Symptomen.

Damit ist gemeint, psychosomatische Erkrankungen auch von ihrer Bedeutung innerhalb der Familie oder in der Arbeitssituation her zu betrachten. Ein Begriff wie Krankheitsgewinn ist ja nur sinnvoll aus einer erweiterten Perspektive, aus der subjektiven Sicht ist er kaum zu verstehen ("ich habe doch nichts von meinen Schmerzen!"). Es ist daher recht kränkungsträchtig, wenn man versucht, solche Konzepte zu vermitteln.

Die Reaktionen früher der Eltern, heute der Familie oder der Partner spielen eine wichtige Rolle bei der Entstehung und Aufrechterhaltung von Symptomen und psychosomatischen Erkrankungen. Besonders die Familientherapie hat viel zum Verständnis solcher Zusammenhänge beigetragen. Lieb und v. Pein (1990) versuchen in einem Kapitel ihres ausgezeichneten (für Betroffene geschriebenen) Einführungsbuches zur Psychosomatik den möglichen positiven Sinn eines Symptoms herauszuarbeiten. Sie zählen dafür bestimmte, für psychosomatische Familien typische, Kommunikations- und Zuwendungsmuster auf, zu deren Aufrechterhaltung psychosomatische Symptome ihren Beitrag leisten können.

Als häufige Vertreter solcher *familiärer Regeln* werden (in kleinen Cartoons) aufgezählt:

.
Harmonie um jeden Preis (Konflikte sind zu vermeiden)

.
Jeder ist für jeden da

.
Veränderungen sind bedrohlich

.
Intimität ist gefährlich.

Jeweils anhand von Beispielen wird erläutert, wie Symptome wie Kopfschmerzen oder Angstanfälle dazu dienen können, z. B. offene Auseinandersetzungen in einer Familie zu unterbinden oder eine (als Krankenpflege deklarierte) Nähe ohne Intimität in einer Partnerschaft zu sichern.

Wichtig zu betonen ist, daß es nicht darum geht, einzelnen Personen oder den Regeln selber die Schuld an einer Erkrankung zuzusprechen, sondern von einer erweiterten Sichtweise einen möglichen Sinn psychosomatischer Symptome zu erkennen (z. B. ein Familiensystem zusammenzuhalten oder vor vermeintlichen Gefahren zu schützen).

Im Rahmen einer solchen großen Indikativgruppe ist es nicht möglich, hier sehr weit zu gehen. Es ist schon viel erreicht, wenn überhaupt die Möglichkeit eines solchen Zusammenhangs der Symptomatik mit familiären Bedingungen angenommen werden kann. Die persönliche Erarbeitung der Verbindungen der eigenen Krankheits- und Familiengeschichte muß in den jeweiligen Einzeltherapien bzw. Stammgruppen geleistet werden.

Energetisches Modell

Insgesamt prägte meine Ausbildung in Focusing und besonders in Körpertherapie als Hintergrund deutlich die Art, wie ich Psychosomatik persönlich verstehe und wie ich versucht habe, dieses Verständnis in der Indikativgruppe umzusetzen und zu vermitteln.

Für eine spezifisch energetische Sichtweise des körperlich-seelischen Lebens liegen weit weniger gut ausgearbeitete Konzepte vor als für die vorher genannten. Ich beziehe mich an dieser Stelle auf Modelle, die im Bereich der Körperpsychotherapie diskutiert und verwendet werden, hier ist die Theoriebildung erst im Entstehen und relativ heterogen (was nicht unbedingt ein Nachteil sein muß, da dadurch viele kreative und originelle Ansätze entstehen können).

Entscheidende Unterschiede zu den klassischen Modellen (von denen das Strukturmodell ein moderner Vertreter ist) bestehen in der Auffassung, ob Psycho-Somatik dualistisch verstanden werden kann: Ob es also um irgendwelche Wechselwirkungen (wie kompliziert oder systemisch auch immer) zwischen hier Körper und dort Psyche geht, oder ob so ein Modell auf der Grundannahme eines einheitlichen psychosomatischen Prozesses beruhen sollte.

Als Pionier einer spezifisch energetischen Sichtweise, dessen Ideen erst jetzt allmählich besser verstanden werden, muß Wilhelm Reich gesehen werden, der eben an den Begriffen von Prozeß und Energie als für Psychosomatik fundamental ansetzte.

Ich will hier nur zwei Konzepte von Reich hervorheben, die ich zum Verständnis einer energetisch-prozeßhaften Sichtweise besonders nützlich fand:

· den Begriff der funktionalen Identität

· die Modellvorstellung, daß lebendige Prozesse einen grundlegend zyklischen, rhythmischen, pulsierenden Charakter haben.

Im Kontrast zu einer additiven (es gibt Körperreaktionen *und* Gefühle *und* Gedanken *und*...) oder interaktionistischen (eine Funktion *wirkt auf* andere und umgekehrt) Sichtweise von psychosomatischen Zusammenhängen versuchte Reich eine ganzheitliche Theorie des Menschen aus energetischer Perspektive zu entwerfen.

Ein zentrales Konzept ist bei ihm das der funktionalen Identität, welches meint, daß die verschiedenen Dimensionen des Erlebens und Verhaltens (Gefühle, Gedanken, Handlungen, Körperreaktionen) nur Aspekte des gleichen grundlegenden Vorgangs sind, sie sind untereinander "funktional identisch". Diesen zugrundeliegenden Prozeß versuchte Reich mit dem Begriff der Lebensenergie (oder später in seinem Orgon-Konzept) zu fassen, was hier aber nicht weiter diskutiert werden kann.

Hervorhebungswert erscheint mir das Modell, dessen theoretische Bedeutung erst in letzter Zeit wieder entdeckt wird, da es eine *nicht-dualistische* Sichtweise des Menschen anbietet. Damit versucht es Seele und Körper auf andere Art und Weise zu verbinden als die klassischen dualistischen Modelle.

Konkret anwenden ließ sich die energetische Sichtweise unter Bezug auf zyklische, rhythmische Körperprozesse als Träger von Gesundheit und Wohlbefinden. Diese Sichtweise wurde in ihrer Umsetzung im anfangs beschriebenen Stundenbeispiel ausführlich vorgestellt.

Zu beachten ist: Es handelt sich jeweils um *Modelle*, also um *Vorschläge für bestimmte Sichtweisen*, es geht nicht um die "Wahrheit", wie denn Psychosomatik nun wirklich funktioniert.

In der Durchführung der Indikativgruppe zeigte sich, daß die verschiedenen Modelle jeweils auf ihre Art sehr nützlich eingesetzt werden konnten, indem sie jeweils einen anderen Ausschnitt des Themas "Psychosomatik" beleuchten und verständlich machen können.

Konkrete Stundeninhalte

Abschließend soll ein kurzer Überblick gegeben werden über die Stundeninhalte, mit denen versucht wurde, die verschiedenen Modelle zu vermittelbar zu machen und ein Verständnis für

psychosomatische Zusammenhänge zu wecken. Zum Teil wurden die Stunden schon weiter oben in kurzer oder ausführlicherer Form als Beispiele dargestellt.

Allgemeine Hinführungen zur Thematik

1

Der Weg in die stationäre Behandlung
(Medizinische und psychologische Behandlungsversuche; Vorstellungen der Pat. über psychosomatische Behandlung; Motivation)

2

Redewendungen zur Psychosomatik
(Redewendungen und Sprichwörter suchen, die Körperteile oder psychosomatische Zusammenhänge ansprechen (wie z. B. "das geht mir an die Nieren");
Bezüge zu den Störungsbereichen der Pat. herstellen.

3

Wahrnehmung
(Übungen, um die Subjektivität der Wahrnehmung zu demonstrieren, z. B. anhand von Kippfiguren.
Wie nehme ich meinen Körper, meine Krankheit, mein Wohlbefinden wahr?)

Zum Strukturmodell

1

Funktionelle Störungen:
"Wann fühle ich mich eigentlich angespannt?"
(jeder Pat. sucht Beispiele für eine gestörte Körperreaktion und erweitert die Sichtweise nach dem Strukturmodell auf Auslösesituation, Gedanken, Gefühle, Verhalten)

2

Funktionelle Störungen:
Energiebereitstellungsreaktion kennenlernen
(Herstellung der Energiebereitstellungsreaktion durch Körperübung; einordnen eigener Symptombereiche als chronische Ausprägungen einer normalen Körperreaktion; alternative Gedanken, Verhaltensweisen. Vgl. Lieb und v. Pein 1990, S. 104ff)

3

Wohlbefinden: Gute Gefühle im Körper finden
(Imagination: Mein Körper als Wohnung, Suche nach dem guten Ort.
"Wann fühle ich mich eigentlich wohl?" Situationen, Körperempfinden, Gedanken dabei, Gefühle, konkretes Verhalten)

4

Die Botschaft meines Symptoms an mich
(Imagination: Ich setze mich mit meinem Symptom an einen Tisch und stelle ihm 3 Fragen; siehe Lieb und v. Pein, 1990, S. 49)

Zum Streß-Modell

1

Streß als Auslöser psychosomatischer Reaktionen
(Kennenlernen des Stressmodells; guter und schlechter Streß, kritische Lebensereignisse als Stressoren)

2

Stressverarbeitungsmechanismen
(Stressverarbeitung und Krankheit, Abwehr und Bewältigungsmechanismen)

3

Bedeutung der subjektiven Bewertung
für das Stresserleben

(Zusammenhänge mit dem Selbstbild, Kontrollerleben, "kognitive Fallen" eines negativen inneren Dialogs, erlernte Hilflosigkeit)

4

Gesundheitsverhalten als Stressbewältigung

("wie werde ich krank?", "wie werde ich noch kränker?", "Wie werde bzw. bleibe ich gesund?")

5

Freizeitverhalten und Streß

(Umgang mit Pausen, mit Wochenenden, mit Urlaub. Bedeutung von Sport, Hobbies, Sozialkontakten)

6

Verschiedene Arten von Streß

(körperlicher Streß, innerpsychischer Streß, sozialer Streß.

Rollenspiel oder Imagination (z. B. "meine Führerscheinprüfung"))

Zum zyklisch-energetischen Modell

1

Zyklisch-rhythmische Körperprozesse als Grundlage von Gesundheit und Wohlbefinden

(Herausarbeiten solcher Grund-Prozesse: Atmung, Herzschlag, Verdauung, Wach-Schlaf-Zyklen, Muskeltonus. Kleine Körperübungen zur Demonstration. Betrachtung von funktionalen Störungen als Störung solcher Grundrhythmen)

2

Schlafstörungen

(Besprechung von Schlafstörungen als Beispiel für eine Rhythmusstörung des Körpers.

Physiologie des Schlafes, Träume, Schleichwege zum Einschlafen, vgl. Hales 1989)

Zu systemischen Aspekten der Psychosomatik

1

Krankheitsgewinn

("Was habe ich von meiner Krankheit, welchen Sinn könnte sie haben?". Möglicher direkter und indirekter Nutzen in Familie, am Arbeitsplatz)

2

Familiäre Dimension der psychosomatischen Erkrankung

(Reaktionen des Partners, der Familie auf die Erkrankung, verstärkte Versorgung, weniger Verantwortung, Kind sein dürfen.

Verschiedene familiäre Muster und Stile im Umgang mit Krankheit)

3

Einsamkeit, Langeweile, Kontaktmangel als Hintergründe von psychosomatischen Erkrankungen

Zu einzelnen Körperbereichen, Körpersystemen oder Gefühlen als Beispiele für psychosomatische Zusammenhänge

- Mein Rücken, meine Wirbelsäule

- Schmerzen

- Atmung

- Angst

- Ärger

Diese Aufzählung verstehe ich weder als vollständig noch als die einzig mögliche Umsetzung einer Gruppe für psychosomatische Zusammenhänge.

Die Inhalte versuchen, die von mir vorgestellten Modelle didaktisch umzusetzen, dabei habe ich bewußt Verschiedenes ausprobiert.

Es konnte in dieser Gruppe nicht darauf ankommen, die Patienten umfassend über Psychosomatik zu informieren. Manche nehmen nur zwei- oder dreimal teil, andere kommen 10 oder 12mal, wenn sie

sich wirklich angesprochen fühlten (das war bei etlichen der Fall, obwohl gesagt wurde, man "müsse" nicht öfter als 6mal die Gruppe besuchen).

Wenn das Ziel der Gruppe die Arbeit an der Haltung der eigenen Psychosomatik gegenüber ist, können viele verschiedene Inhalte auf ähnliche Weise den Weg zu diesem Ziel ebnen. Obwohl ich natürlich darauf geachtet habe, bestimmte von mir als grundsätzlich wichtig erachtete Stundeninhalte (wie die Vorstellung des Strukturmodells, eine Auseinandersetzung mit dem Streßbegriff, Kennenlernen der energetischen Sichtweise) in kürzeren Abständen, regelmäßig zu wiederholen.

Zusammenfassung und Schlußbemerkung

In diesem Aufsatz habe ich versucht, über meine Erfahrungen in der Durchführung einer stationären indikativen Gruppe zur Psychosomatik zu berichten.

Das Ziel der Gruppe war die Vermittlung eines Verständnisses für psychosomatische Zusammenhänge, d.h. aus psychologischer Sicht ging es darum, an der Haltung der eigenen Psychosomatik gegenüber zu arbeiten.

Das therapeutisch-didaktische Vorgehen in der Gruppe wurde unter klientenzentrierten Gesichtspunkten diskutiert, besonderer Wert gelegt wurde dabei auf nicht-leiterzentrierte Aspekte der Gruppenarbeit, auf die Beachtung der inneren Bezugssysteme der Patienten, der Gruppenatmosphäre sowie auf eine Ent-Pathologisierung der Thematik. Eine zentrale These war, daß die Qualität einer solchen Gruppe in starkem Maße von der Art und Weise abhängt, wie die Patienten inhaltlich und beziehungsmäßig angesprochen werden. Gelingt das, so entsteht ein "atmosphärischer Qualitätssprung", durch den die Größe der Gruppe unterstützend und tragend zur Wirkung kommen kann.

Es wurden förderliche Bedingungen für eine solche öffnende Gruppenatmosphäre diskutiert unter Bezug auf verschiedene Interventionsebenen des Gruppenleiters (Gesprächsebene, imaginative Ebene, Erlebnis- und handlungsbezogene Ebene).

Als zugrundegelegte psychosomatische Modellvorstellungen wurden das Strukturmodell, das Streßmodell, das systemische Modell und das energetische Modell vorgestellt. Abschließend folgte ein Überblick über die verwendeten Stundeninhalte.

Wenn es auch manchmal mühsam und zeitaufwendig war, eine solche Gruppe vorzubereiten, wenn es auch manchmal anstrengend und "stressig" war, die Gruppe durchzuführen, so habe ich dadurch viel gelernt.

Zum einen fand ich es interessant, mit einer so großen Gruppe zu arbeiten und den hier wirkenden besonderen Prozessen und atmosphärischen Phänomenen auf die Spur zu kommen.

Zweitens habe ich die hier geforderte Mischung aus therapeutischer und pädagogisch-didaktischer Arbeit als spannende Aufgabe und starke Anregung auch für die sonstige therapeutische Praxis erlebt.

Schließlich beschäftigte mich die Möglichkeit der Umsetzung einer klientenzentrierten Haltung in diesem Rahmen, unter Einbezug von Gesprächsebene, Imagination und Körper.

Ich hoffe, in diesem Artikel einige meiner Erfahrungen mitteilbar gemacht zu haben und vielleicht dem einen oder anderen Anregungen für die eigene Arbeit gegeben zu haben.

Literatur:

- Franke, A. (1981) Psychosomatische Störungen: Theorien und Versorgung, Kohlhammer, Stuttgart.
- Gendlin, E. (1981), Focusing. Müller, Salzburg.
- Hales, D.(1989), Schlafen wie ein Murmeltier. Rowohlt, Hamburg.
- v. Holst, D. und Scherer, K (1987), Streß. In: Funkkolleg Psychobiologie, Studienbegleitbrief 6, Dt. Institut für Fernstudien an der Universität Tübingen.
- Leidig, S. und v. Pein, A. (1993) Stationäre Gruppentherapie für Patienten mit chronifizierten somatoformen Störungen. In: Praxis der Klinischen Verhaltensmedizin und Rehabilitation, 22, S. 73-78.
- Lieb, H. und v. Pein, A. (1990), Der kranke Gesunde. Trias, Stuttgart.

- Margraf, J. und Schneider, S. (1990) Panik. Angstanfälle und ihre Behandlung. 2. Aufl., Springer: Berlin/Heidelberg.
- Wiltchko, J. (1992) Von der Sprache zum Körper. Hinführungen zur Focusing-Therapie II. Würzburg, DAF.