

Dr. med. Gerhard Tuschy Douglasstr. 32 14193 Berlin
Arzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie-Psychoanalyse, Nervenarzt

Auf dem Weg zu einer integrativen, körperbezogenen Psychotherapie

Psychoanalytische Verfahren mit Elementen von Focusing, Verhaltenstherapie,
Traumatherapie und Schmerztherapie
Mit Fallbeispielen

Ich möchte zunächst die wichtigsten Stationen meines Werdegangs als Psychotherapeut nachzeichnen. In den ersten beiden Semestern des klinischen Teils meines Medizinstudiums (1959/60) kam ich erstmals mit dem Gebiet der psychosomatischen Medizin und Psychotherapie in Berührung. In dieser Zeit entstand mein Entschluss, nach dem Staatsexamen, nach Absolvierung der damals vorgeschriebenen Pflichtzeiten in der Chirurgie, Inneren Medizin und Gynäkologie/Geburtshilfe die Facharztausbildung für Neurologie und Psychiatrie anzuschließen und parallel dazu eine psychoanalytische Ausbildung. Nach dem Abschluss der Ausbildungen als Nervenarzt und Psychoanalytiker im Jahre 1968 blieb ich noch für fünf Jahre in der Psychiatrischen Klinik II der Freien Universität Berlin als Oberarzt für den Bereich der Psychotherapie und Dozent tätig. 1973 Wechsel in eine eigene Praxis mit dem Schwerpunkt meiner Tätigkeit als analytischer Einzel- und Gruppenpsychotherapeut, vereinzelt auch als Erziehungs-, Familien- und Paarberater.

Im Jahre 1982 lernte ich auf einer Fortbildung die Methode des **Focusings**, in den 60-er Jahren entwickelt von einem Schüler von Carl Rogers, **Eugene Gendlin** kennen. Dabei geht es im Wesentlichen darum, den Patienten in einem Zustand von Entspannung anzuleiten, seine unterschwellige Befindlichkeit, Gestimmtheit und Körperempfindungen zu registrieren und einen sprachlichen Ausdruck dafür kommen zu lassen, mit dem Ziel, einen „felt sense“, einen „gefühlten Sinn“, „eine körperlich gespürte Bedeutung“ zu finden. Wenn der zu den körpernahen Empfindungen passende Begriff gefunden wurde, kann es zu einem „shift“ kommen, einer inneren Bewegung, Wandlung, Veränderung, einer gefühlsmäßigen Entlastung, indem sich eine zuvor fokussierte störende Empfindung verändert oder auflöst. Damit hatte Gendlin einen möglichen Weg beschrieben, durch die Hinwendung zu unterschwelligem Erleben aktuelle Veränderungen im Körper- und Selbstgefühl zu erzielen, besonders

geeignet für die Beeinflussung von Verstimmungen, psychosomatischen Störungen, Verspannungen und Schmerzzuständen.

Eine zusammenfassende Darstellung der Methode des Focusing aus neuerer Zeit stammt von dem Psychotherapeuten **Klaus Renn „Focusing: Psychotherapie in innerer Achtsamkeit“**. In: Luise Reddemann (Hrsg): Kontexte von Achtsamkeit in der Psychotherapie. Kohlhammer 2011, S. 84 – 100.

Aus psychoanalytischer Sicht kann die Methode des Focusing als zum Bereich der „freien Assoziation“ zugehörig verstanden werden, die, über eine überwiegend kognitive Ebene hinausgehend, ausdrücklich körpernahe Empfindungen und Wahrnehmungen einbezieht. Der Patient wird angeregt, Einfälle dazu kommen zu lassen, möglichst ohne das Erlebte und Empfundene vorschnell zu bewerten und zu deuten. Das sprengt nicht den Rahmen des psychoanalytischen Behandlungs-Repertoires. Es ergibt sich eine Nähe zu östlichen meditativen Praktiken, auch wenn Gendlin von westlicher Philosophie und Psychotherapie-Praxis ausgegangen ist.

Je mehr nun ein Patient in der als geborgen und sicher empfundenen Therapie-Situation seine Aufmerksamkeit nach innen richtet, desto mehr gleitet er in einen veränderten Bewusstseinszustand, ein „Hypnoid“, eine „Trance“ mit einem stärkeren Hervortreten von Stimmungen, Körperempfindungen, einer Veränderung des Zeit- und Körpergefühls und sehr häufig mit dem zunehmenden Auftreten von inneren Bildern und Bildfolgen, also von Wachträumen. Die Patienten in diesen Wachträumen zu begleiten, wie ich es in einem auf dieser Internet-Seite befindlichen Vortrag („Die Einbeziehung von Wachtraum-Techniken in die tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie“) beschrieben habe, erwies sich für mich manchmal als therapeutisch noch effektiver als bei der Eingangsphase des Focusing mit dem Auffinden eines „Felt Sense“ zu verweilen. Diese Vorgehensweise entspricht dem sog. *frei assoziativen katathym-imaginativen Bilderleben* nach Hanscarl Leuner, dem Fördern innerer Bilder ohne die bekannten Themenvorgaben seiner sog. „Grundstufe“ mit den Motiven Wiese, Bach, Berg, Waldrand und Haus. Seither, seit 1982, beziehe ich, wann immer möglich, Wachtraum-Techniken in Psychotherapien mit ein.

1991 lernte ich in einer Fortbildung in Lindau die von Wolfgang Strobel so genannte „*klanggeleitete Trance*“ kennen. Den dort erhaltenen Anregungen weiter folgend, entwickelte ich in den nachfolgenden Jahren meine Form von „*klangbegleiteter Psychotherapie*“. Sie ist, wie oben auf dieser Internet-Seite zusammenfassend beschrieben, explizit imaginativ und körperbezogen. Schildert eine Patientin zum Beispiel eine innere Unruhe oder ein verspannt Sein, kann sie angeregt werden, diese Empfindungen intensiv wahrzunehmen und in der Wahrnehmung zu verbleiben, ohne sie zu bewerten oder sich dagegen zu wehren. Der Übergang in einen Bildprozess ist meist vergleichsweise einfach.

Dazu im Folgenden eine Fall-Vignette: Die 35-j. Krankenschwester mit einer Zwangssymptomatik zögert zunächst, sich ihren Körperempfindungen zu stellen. Mit anfangs noch offenen Augen gibt sie eine Unruhe in den Beinen an.

Beispiel 1: Zwangsstörung auf dem Boden früher Traumatisierungen

Therapeut: Wenn Ihre Beine machen dürften, was sie wollen, was würden sie dann tun?

Patientin: Sie würden laufen...

T: Wo könnte das sein?

P: Am Meer.

Es ergibt sich, dass sie nicht mehr aufhören kann zu laufen, obwohl es sie anstrengt.

T: Was müsste passieren, damit sie ruhiger gehen oder sich sogar ausruhen könnten?

P: Meine Schwester müsste dabei sein.

T: Das wäre hier möglich...

Sie beruhigt sich zunehmend, in ihrem inneren Bild geht sie mit der Schwester zusammen am Strand entlang und genießt die Atmosphäre.

In diesem ersten begleiteten Wachtraum zu Beginn der Behandlung, hier nur verkürzt wiedergegeben, verzichtete ich bewusst auf ein stärker konfrontatives Vorgehen. Wenn sie als Kind nächtliche Angstzustände hatte, flüchtete sie zu der zwei Jahre älteren Schwester ins Bett und konnte im Gefühl des geschützt Seins weiter schlafen. Die Schwester war eine Art von Schutzfigur in ihrer Kindheit, nachdem der Vater in ihrem 6. Lebensjahr verstorben war und die Mutter, kaum mehr ansprechbar und emotional unzugänglich, das Motto ausgab: „Wir müssen jetzt tapfer sein“. In der *Traumatherapie*

geht es in der anfänglichen *Stabilisierungsphase* zunächst um eine Ich-Stärkung des Patienten als Vorbereitung dafür, dass er einer Trauma-Konfrontation gewachsen ist, um nicht retraumatisiert zu werden. Das kann geschehen, wenn Erinnerungen an schwerwiegende unverarbeitete Erlebnisse zu früh aktiviert werden, ehe eine sinnvolle emotionale Distanzierung davon möglich ist.

In der Stabilisierungsphase haben sich besonders zwei imaginative Vorgehensweisen bewährt: 1. Die Anregung, eine *Schutzfigur* zu finden, die der traumatisierten Patientin das Gefühl vermitteln kann, in einer als bedrohlich erlebten Situation nicht allein zu sein und unterstützt zu werden. Das können reale Beziehungspersonen aus der Kindheit oder Gegenwart sein, aber auch Gestalten aus Märchen und Mythen oder Schutztiere, ein Hund, ein Panther, ein Bär. Wichtig ist, dass die Schutztiere gut gefüttert und gestreichelt werden. Das Aufsuchen eines „*sicheren inneren Ortes*“ ist ein anderes und vielfach bewährtes imaginatives Vorgehen, ein Ort, der von den Patienten auch außerhalb der Therapiesitzungen aufgesucht werden kann. Auffallend ist dabei, dass sich die Patienten meist allein an einem idyllischen Ort (zum Beispiel am Meer, Strand, Garten, Bergwiese) befinden, ohne sich einsam und verlassen zu fühlen, in sich selbst ruhend und zur Welt und zum Leben zugehörig fühlend und als Teil davon. (Voraussetzung dafür ist, dass sich die Patientin, der Patient in der Therapie aufgehoben fühlen kann.) Von der umfangreichen Literatur des deutschsprachigen Raums sei hier nur auf die Publikationen von Luise Reddemann verwiesen, besonders auf ihr Buch „*Psychodynamisch-Imaginative Traumatherapie*“ (2004).

In einer späteren Sitzung fokussiert die oben angeführte Patientin eine äußerst unangenehme Spannung im Unterbauch. Diese Missempfindung sei ihr seit 15 Jahren gut bekannt, sie vermeide das Hinspüren. Sie habe den Eindruck, dass diese ihr unangenehmen Körperempfindungen zu ihrer rastlosen Tätigkeit von früh bis spät beigetragen haben. Sie gehe möglichst spät zu Bett, damit sie vor Müdigkeit schnell einschlafen könne, um nicht ihrer inneren Unruhe, besonders im Unterleib lokalisiert, ausgeliefert zu sein. (Der folgende Ausschnitt aus der betr. Sitzung ist wiederum verkürzt, reale Dauer etwa 25 Minuten.)

T: Es wäre gut, wenn Sie dieses unangenehme Gefühl erst einmal aushalten und betrachten, so lange es Ihnen möglich ist.

Ein paar Minuten später

T: Können Sie das Gefühl im Unterleib näher beschreiben?

P: Es ist dort schwarz und schwarzbraun, wie dicke Striche und Linien wirr durcheinander.

T: Vielleicht gelingt es Ihnen, das in Gedanken zu malen und sich das gemalte Bild dann anzuschauen.

P: Wie ich schon sagte, dicke dunkle Balken durcheinander.

T: Gefällt Ihnen das Bild oder eher nicht?

P: Überhaupt nicht.

T: Was müssten Sie an diesem Bild, das Sie jetzt in Ihrer Phantasie vor sich liegen sehen, verändern, damit es Ihnen besser gefällt?

P: Ich müsste die Farbe orange hineinmalen.

Etwas später:

T: Wie gelingt Ihnen das?

P: Gut. Jetzt gefällt mir das Bild.

T: Sind noch andere Farben dabei?

P: Ja, es ist bunt.

T: Wenn Sie dem Bild einen Titel geben würden...?

P: Regenbogen.

Ihr fällt dazu eine Urlaubserinnerung mit einem Regenbogen ein. Zum Schluss ihres Wachtraums befindet sie sich in einer ihr vertrauten Urlaubslandschaft. Sie liegt, der Regenbogen reicht nun bis in ihren Unterleib hinein. Zuletzt habe ich zur Unterstützung der Tiefentspannung begleitend eine große Klangschale umfahren, einen tiefen wohligen Ton erzeugend, also ein *Element von Klangtherapie* hinzugefügt. (Das wäre zwar entbehrlich, reichert aber die Atmosphäre an und verhilft der Patientin zu einer noch größeren Erlebnistiefe.) Am Schluss einer derartigen Sitzung kann man die Empfehlung anschließen, sich ein solches *Ruhebild* bewusst einzuprägen, als Variante eines „sicheren inneren Ortes“. Zuletzt noch die Frage, wie sich der Unterleib jetzt anfühle. Das Spannungsgefühl sei sehr viel schwächer als zu Beginn und wie sie es sonst immer empfinde. Zunächst war nicht zu erwarten, dass damit nach 15 Jahren die

beschriebenen Missempfindungen dauerhaft beseitigt oder gelindert werden können. Es handelt sich aber um die äußerst wichtige Erfahrung für die Patientin, dass ein derart fixiertes Symptom, das unterschwellig ihr Lebensgrundgefühl beeinträchtigt hat, innerhalb kurzer Zeit veränderbar ist. In einer der nächsten Sitzungen ergab sich spontan ein Hinweis auf die Bedeutung des Symptoms für sie. Im Verlauf der Visualisierung ihrer Missempfindung sagt die Patientin unvermittelt, dass ihr Körpergefühl im Unterleib mit ihrem Großvater zu tun habe, mit dem sie im Alter zwischen zwei und fünf Jahren oft in einem Bett geschlafen habe.

T: Wie haben Sie Ihr Verhältnis zum Großvater als kleines Kind in Erinnerung?

P: An sich nicht schlecht. Ich grübele oft darüber nach, ob er mich angefasst hat. Ich erhoffe mir von der Therapie, dass ich das herausfinde.

T: Vielleicht finden wir da etwas heraus, vielleicht auch nicht. Das ist auch nicht entscheidend. Es geht vorerst darum, dass Sie durch die hier erhaltenen Anregungen mit der Zeit lernen, ihr Körpergefühl und damit auch Ihr Selbstgefühl günstig zu beeinflussen. Wenn Sie jetzt noch einmal in ihre Empfindung eintauchen...

P: Ja, jetzt ist auch mein Großvater dort in meinem Körper.

T: Wie ist das für Sie.

P: Ich möchte das nicht, er soll dort weg.

T: Wer könnte Ihnen dabei helfen?

P: Wieder meine Schwester.

T: Vielleicht noch jemand?

P: Meine Mutter, meine Tochter, mein Mann.

T: Vielleicht gelingt es Ihnen, sie zum Schutz alle um sich zu versammeln...

P: Ja, das geht.

T: Dann sollte es doch gelingen, ihn abzudrängen...

P: Dem wird jetzt gesagt, dass er verschwinden muss.

Auch hier kann es sich wiederum nur um eine erste Annäherung daran handeln, körperliche Korrelate von frühen Traumatisierungen zu modifizieren und potenziell zu beseitigen. Entscheidend ist, *dass es nicht notwendig ist, die Patientin in Bilder und*

Erinnerungen konkreter traumatisierender Situationen hineinzubegleiten; es sei denn, sie drängen sich der Patientin von selbst auf.

In dieser mir wichtigen Einstellung wurde ich in letzter Zeit durch die Lektüre von den Büchern des amerikanischen Trauma-Therapeuten **Peter A. Levine** bestätigt:

„Traumaheilung“ mit dem Untertitel: „Das Erwachen des Tigers“ (1998), „Sprache ohne Worte“ (2011), weiterhin zusammen mit der Schmerztherapeutin Maggie Phillips „Vom Schmerz befreit“ (Untertitel: „Entdecken Sie die Kraft ihres Körpers, Schmerzen zu überwinden“ (2013) sowie: „Vom Trauma befreien““. Untertitel: Wie Sie seelische und körperliche Blockaden lösen“ (7. Auflage 2013). Nach Auffassung des Autors sind auch Schmerzzustände auf Traumatisierungen im weitesten Sinn zurückzuführen: *„Da Schmerzen auf Trennung beruhen – vom Körper, der Gemeinschaft, der Seele, der Familie und geliebten Menschen, heißt Schmerzen heilen, dieser Verbindungen wieder herzustellen“* (S. 175). In „Vom Schmerz befreit“ und „Vom Trauma befreien“ finden sich detaillierte Anleitungen dafür, wie Schmerzzustände und Traumafolgen aus ganz unterschiedlichen Ursachen mit der von ihm entwickelten Methode des „Somatic Experience“ von den Betroffenen selbst allmählich gelindert und potenziell beseitigt werden können. Es geht dabei zusammenfassend um ein achtsames Erkunden des Körpers, um das Gewahrwerden von Körperempfindungen, ohne diese verändern zu wollen. So können Schmerzzustände unterschiedlichster Art aufgelöst, der positive Bezug zu Körperbereichen wieder hergestellt werden, wenn dieser durch traumatische Ereignisse (Unfälle, Operationen mit ihren Folgen, Naturkatastrophen, Vergewaltigungen, Folter, Misshandlungen und seelische Verletzungen - auch wenn diese weit zurückliegen) beeinträchtigt worden ist.

Meist werden jedoch von Schmerz Betroffene und Traumatisierte Menschen jedoch nicht allein durch die Lektüre dieser Bücher beschwerdefrei werden, sondern eher im Rahmen einer begleitenden Psychotherapie bei einem Behandler, der mit den Konzeptionen von **P. Levine**, vertraut ist. Diese weisen auch Berührungspunkte mit denjenigen von **J. Kabat-Zinn** in seinem Buch „Gesund durch Meditation“ auf. Auch hier muss wieder die grundlegende Pionierarbeit von **E. Gendlin** mit der Entwicklung des „Focusings“ genannt werden, auf welches oben schon Bezug genommen wurde.

Schließlich muss hier auch P. Levines mit Maggie Klein verfasstes Buch über die Behandlung traumatisierter Kinder erwähnt werden: „Verwundete Kinderseelen heilen. Wie Kinder und Jugendliche traumatische Erlebnisse überwinden können“ (2005). Die dort sehr anschaulich dargestellte Vorgehensweise bei der Traumatherapie von Kindern lässt sich weitgehend auch auf die Behandlung Erwachsener übertragen und ist deshalb auch für Erwachsenen-Psychotherapeuten lehrreich, darüber hinaus aufgrund des für die Kinder zum Ausdruck kommenden Mitgefühls und der liebevollen Haltungen ihnen gegenüber auch sehr berührend. Die Lektüre dieses Buchs schärft auch den Blick für die Tragweite frühkindlicher Traumatisierungen mit potenziellen Auswirkungen bis weit ins Erwachsenenalter.

Ohne seine Trauma-Konzeption hier im Einzelnen wiedergeben zu können, sollen hier einige mir wesentlich erscheinende Aspekte seiner Sicht zusammengefasst werden. P. Levine (Biologe, Physiker und Psychologe) geht von Beobachtungen bei Tieren in freier Wildbahn aus. Wird zum Beispiel eine Gazelle von einem Geparden gejagt, wird sie entweder überwältigt – dann fällt sie in eine Art von Totstellreflex - oder sie kann entkommen und überlebt. Im letzteren Fall ist sie um eine Erfahrung reicher, die sie zukünftig noch wachsamer und aufmerksamer werden lässt; der extrem hohe Adrenalinspiegel normalisiert sich durch die Flucht, es verbleiben keine körperlichen oder vegetativen Spuren bei dem betr. Tier zurück, wenn es seine angestammte Herde wieder erreicht. Evolutionsbiologisch haben zumindest die höheren Tiere die Fähigkeit zur Verarbeitung von Traumen und ihren Folgen entwickelt.

Beim Menschen bleibt jedoch vielfach die Bewältigung von Traumen im Ansatz stecken, weil die mit Angst, Schrecken und Lähmung (Immobilität) verbundenen Gefühle nicht verkraftbar sind und zunächst abgespalten werden müssen. Die Erinnerung an ein Trauma bleibt dann, wenn überhaupt, eher blass, formal, ohne Gefühlsbeteiligung; die Folgen der unvollständig gebliebenen Gefühlsreaktionen bleiben jedoch weiterhin im Körper repräsentiert. Daraus können vielfältige psychische und psychosomatische Symptome entstehen wie zum Beispiel eine generelle Unfähigkeit, Gefühle bei sich selbst wahrzunehmen und integrieren zu können, in der Fachsprache *Alexithymie* genannt („Gefühle nicht lesen können“), oder auch verschiedenartige Schmerz-, Unruhe- oder Spannungszustände. Der Zugang zu

positiven lebendigen Körperempfindungen ist weitgehend versperrt. Bei genauerem Hinsehen erscheinen solche Menschen vielfach starr.

In der Behandlung solcher Patienten geht es auch um eine Anleitung, sich den körperlichen Blockierungen, so weit möglich, behutsam anzunähern, *„innehalten und im Betrachten verweilen“*, sich vorzustellen, dass die Atembewegungen die betroffenen Bereiche beleben, die Atmung dabei ohne direkte Beeinflussung geschehen zu lassen, nach der Formel des Autogenen Trainings *„Es atmet mich“*. Der besonders durch das Heben und Senken der Bauchdecke gespürte spontane Atem ist wie *ein Anker, ein Heimathafen*, wie es **Jon Kabat-Zinn** in seinem 1990 in den USA erschienenen Buch *„Full Catastrophe Living“* ausdrückt, in der deutschen Übersetzung *„Gesund durch Meditation“* (S. 106, O. W. Barth Verlag, 2011).

Es kann wie im obigen Fall auch versucht werden, die Blockierungen und Missempfindungen zu visualisieren, vielleicht imaginativ malen zu lassen und die Patientin in einem Wachtraum zu begleiten. Dieser kann um so mehr einen positiven Verlauf nehmen, je mehr sich die betreffende Person in der Therapiesituation sicher und geborgen fühlt.

Es geht um einen Lernprozess, der die Patienten befähigt, auch zwischen den Sitzungen selbständig Entspannungsübungen durchzuführen, um das Erlernen von Selbstentspannungstechniken, die möglichst täglich für etwa 20 – 25 Minuten durchgeführt werden sollten. Bewährt haben sich auch längere tägliche Spaziergänge in der Natur; *mit dem Gehen kommt auch das Seelische ins Fließen*.

Damit ist nicht ein schweißtreibendes „Power-Walking“ oder gar Joggen gemeint. Das kann zwar in Grenzen auch sinnvoll sein, dient aber oft eher der Abwehr unliebsamer und als quälend empfundener Gefühle wie Unruhe, Gespanntheit oder innerer Leere.

Um auf die oben erwähnte Krankenschwester zurückzukommen: Obwohl sie bisher noch nicht die innere Ruhe gefunden hat, sich zu Hause genügend abgrenzen und entspannen zu können, sind die Missempfindungen im Unterbauch nahezu verschwunden. Es war also nicht nötig, die Patientin mit ihrer potenziellen frühen

Traumatisierung durch die möglicherweise sexuell gefärbten Annäherungen des Großvaters direkt zu konfrontieren.

Erste Teilerfolge der Behandlung sind schon jetzt, nach etwa 30 Sitzungen erkennbar. Sie wirkt inzwischen ruhiger, heiterer und gelassener als zu Beginn der Therapie. Sie berichtet über eine Abnahme ihrer Zwänge und Vermeidungshaltungen. Sie kann schon deutlich besser Türklinken anfassen, ohne ein Taschentuch zu benutzen; das ist nur eins ihrer Zwangssymptome. Wesentlich ist, dass sie die zuvor totale Kontrolle über ihre sechsjährige Tochter ein wenig lockern kann. Sie hatte zuvor versucht, sie möglichst „rund um die Uhr“ zu überwachen, in der sie überwältigenden Befürchtung, dass sie *außerhalb des Hauses sexuell missbraucht werden könnte oder sich mit Keimen infiziert*.

Im vorliegenden Fall kann von Elementen einer „*imaginativen Körperpsychotherapie*“ auf psychoanalytischer Grundlage gesprochen werden oder auch als Variante der von **Hanscarl Leuner** so bezeichneten **frei assoziativen katathym-imaginativen Psychotherapie**. Damit wird nicht der Rahmen des heute in der Fachwelt akzeptierten erweiterten psychoanalytischen Behandlungs-Repertoires überschritten. Das gilt auch für die Einbeziehung von Klängen in analytische und tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapien, für die von mir seit über 20 Jahren praktizierte *klangbegleitete Psychotherapie*. Leuner selbst hat schon den Boden dafür bereitet, indem er auf die Möglichkeit einer **musikalischen katathym-imaginativen Psychotherapie** hinwies.

Hanscarl Leuner: Lehrbuch der Katathym-imaginativen Psychotherapie, S. 457-458, Huber 1993
„Die begleitenden Gefühle und Affekte werden deutlich aktiviert. Das führt oft zu einer tieferen Bewegtheit.“ „Die Erlebnisweise...kann Qualitäten und Intensitätsgrade erreichen, die an die erlebnisintensiven Tagtraumformen bei hilfswieser Anwendung von Halluzinogenen erinnern.“

Beispiel 2: generalisierte Angststörung

In den Texten, die auf meiner Homepage zugänglich sind, finden sich Beispiele dafür, wie sich Klänge sinnvoll in Psychotherapien integrieren lassen. Hier soll ein weiteres Beispiel folgen. Es handelt sich um eine 70-jährige kinderlos verheiratete Frau, als junge Erwachsene für einige Jahre als Sprechstundenhelferin tätig. Durch eine *generalisierte Angststörung* beeinträchtigt, hatte sie es über viele Jahre möglichst

vermieden, ohne Begleitung die Wohnung zu verlassen, weil sie sich außerhalb des Hauses diffus bedroht fühlte, ohne die dort drohenden potenziellen Gefahren genauer bezeichnen zu können. Einen großen Raum nahm und nimmt in ihren Angstvorstellungen die Befürchtung ein, dass dem Ehemann etwas zustoßen und sie ohne ihn nicht weiterleben könnte. Ohne hier auf die Entstehung der Angststörung in ihrer Kindheit mit ungünstigen familiären Rahmenbedingungen einzugehen, soll im folgenden die in diesem Fall gewählte therapeutische Vorgehensweise in Umrissen skizziert werden. Diese besteht in der Einbeziehung von *Gongklängen*. Damit erwies sich eine *dosierte Angstmobilisierung und -exposition* in der als geschützt und sicher erlebten Therapiesituation als möglich, die Konkretisierung von archaisch anmutenden Ängsten, die dann jeweils symbolisch auf Bildebene bearbeitet und aufgelöst werden konnten bzw. können. Dosierte Angstexpositionen bei Phobien und Ängsten gehören bekanntlich zum Repertoire der *Verhaltenstherapie*.

Nach kurzen einleitenden Gesprächen und einem Bericht, wie es ihr in der Zwischenzeit nach jeweils zwei oder drei Wochen ergangen ist, legt sie sich in der Regel für etwa 20 Minuten zwischen vier große Gongs, wie es auf dem Foto unten auf meiner Homepage (im Untermenü Ausgewählte Klanginstrumente) abgebildet ist. Bei der bildbegabten Frau stellen sich bei Erklängen der mächtigen, dunklen, diffusen und *entgrenzenden, die Abwehr lockernden* Gongklänge innerhalb von wenigen Minuten bedrohliche Bilder ein, zum Beispiel schwarz gekleidete oder gerüstete finstere Gestalten, die in feindseliger Haltung auf sie zukommen. Anfangs war es notwendig, ihr bei der imaginativen Bewältigung solcher Situationen zu helfen. Die Patientin kann zum Beispiel angeregt werden, aus einem als sicher empfundenen Abstand mit einer der Gestalten, die der Anführer der Gruppe sein könnte, in Kontakt zu treten, mit ihr zu verhandeln, um eine auf Versöhnung abzielende Begegnung anzustreben. Wenn die Bedrohung und die Angst dafür zu groß sind, empfiehlt sich eine emotionale Distanzierung in der fiktiven Gefahrensituation. Das ist zum Beispiel durch die Frage möglich, ob sich die Patientin vorstellen könne, sich nicht nur in der Konfrontation mit den auf sie zukommenden Gestalten zu befinden, sondern gleichzeitig auch *über der Situation zu schweben und die Szene von oben zu betrachten*. Dann kann der oben betrachtende Teil der Patienten sich ihrem hilflos

ausgelieferten Selbst-Anteil unterstützend zuwenden und aus der Gefahrensituation verhelfen.

In der therapeutischen Begleitung hat es sich bewährt, die Patientin für eine gelungene Auseinandersetzung mit bedrohlichen Gestalten, die die innere Szene zum Schluss friedlich verlassen, anzuerkennen. Sie habe sich ja nun eine *Belohnung* verdient. Im vorliegenden Fall begibt sich die Patientin dann an ihren *sicheren inneren Ort*, einen von ihr gepflegten *Klostergarten*, von teils hohen Hecken, teils einer Mauer mit einem Tor umgeben. Zusätzlich hat sie sich als *Kraft- und Schutztier* einen schwarzen Panther geschaffen.

Im Lauf der jetzt knapp einjährigen Behandlung mit einem Stundenabstand von zwei bis drei Wochen ist sie inzwischen in der Bewältigung ihrer fiktiven Gefahrensituationen so selbständig, dass eine verbal-aktive Begleitung und Unterstützung durch den Therapeuten meist nicht mehr notwendig ist. Der Transfer in das Alltagsleben geschieht auch hier in der Regel *wie von selbst*. Die Patientin kann sich inzwischen deutlich besser allein auf der Straße bewegen, ihre Grundstimmung hat sich spürbar aufgehellt. In einem solchen Fall wäre es jedoch aufgrund des Gewichts der frühen Prägungen und der Chronifizierung der Symptomatik unrealistisch, eine grundlegende Behebung der Angst- und Abhängigkeits-Disposition zu erwarten. Hier ist mit einer Linderung dieser Dispositionen schon viel geholfen, die, wie in diesem Fall, zu einer spürbaren Verbesserung der Lebensqualität mit einem vergrößerten Aktionsradius führen kann.

Beispiel 3: Krebsangst, Nikotin-Abhängigkeit, Selbstunsicherheit

Der 45-jährige Vertreter meldet sich ein halbes Jahr nach einer erfolgreich verlaufenen Krebs-Operation. Es gebe zwar keine Hinweise auf das Vorliegen von Metastasen. Er wolle aber etwas für die Stärkung seiner Immun-Abwehr tun. Bei seinen täglichen Werbe-Touren muss er etwa acht bis zehn Kunden aufsuchen. Vor der Behandlung musste er in seiner Selbstunsicherheit schon jeweils am Vorabend sorgfältig die Route des nächsten Tages planen. Er gab den Konsum von täglich etwa 30 Zigaretten zu. In den Pausen zwischen zwei Kundenbesuchen überfalle ihn der Zwang zu Rauchen.

Versuche, in psychoanalytisch orientierten Gesprächen mit dem Ziel, innere Konflikte namhaft zu machen und zu bearbeiten, erwiesen sich schnell als wenig ergiebig. Auf das Angebot, sich auf die Klangliege zu legen und die Saitenklänge mit ihren sehr deutlich spürbaren Vibrationen zu genießen, ging er gern ein. Schon nach etwa zehn Sitzungen war er imstande, in eine Art von *glückseligem Entspannungszustand* gelangen zu können. Als Therapeut kann man in einem solchen Fall mit suggestivem Unterton anmerken, dass der *Patient alles dazu Notwendige in sich trage, um sich ohne Suchtmittel in sich selbst sicher und aufgehoben zu fühlen*. Die diesbezügliche wiederholte Bestätigung durch den Therapeuten kann dann zur Verankerung des gefühlten Wohlbehagens beitragen, das allmählich durch den Patienten auch außerhalb der Therapie-Situation abrufbar wird. Nach den ersten zehn Sitzungen zog es den Patienten zu den meist noch stärker als die Klangliege körperlich wirkenden Gongs. Inzwischen haben 35 Sitzungen stattgefunden. Der Patient versichert glaubhaft, nur noch selten in einem Gespräch mit Kunden eine Zigarette zu rauchen, höchstens ein oder zweimal täglich, ohne dass wie früher eine Suchtspirale ausgelöst werde. An Wochenenden komme er ohne Anstrengung ganz ohne Zigaretten aus. Er hat sich in seiner emotionalen Ausstrahlung spürbar verändert, indem er zufrieden und gut gelaunt wirkt. Er müsse sich abends nicht mehr auf den nächsten Tag vorbereiten, sein Beruf mache ihm Spaß; er fühle sich von seinem Chef und seinen Kollegen mehr als zuvor anerkannt. Er könne Spannungen und Konflikte an sich abprallen lassen und behalte seine gute Stimmung. Nachfolgend sein unverändert übernommener Selbstbericht:

„Meine Klangtherapie bei Dr. Tuschy

Im März 2010 begann ich nach einer Krebs-OP eine Therapie bei Herrn Dr. Tuschy. Mein Grund bzgl. der Therapie war die Angst vor dem Rezidiv, Umgang mit Stress + Aggressionen und das Rauchen mir abzugewöhnen.

Wir begannen mit der Klangliege.

Dr. Tuschy empfahl mir die Augen zu schließen und an etwas Angenehmes zu denken.

Ich spürte die Vibrationen der Saiten nach und nach im ganzen Körper, der Obertongesang wirkte entspannend auf mich. Ich spürte eine gewisse Schwerelosigkeit und ein warmes wohliges Gefühl im Bauch. Ich begann auch außerhalb der Therapie tagsüber, mich in eine ähnliche Situation durch Entspannungsübungen zu bringen.

Nach mehreren Sitzungen bemerkte ich, wie der Alltagsstress mich nicht mehr so schnell belastete. Es gelang mir immer öfter, nicht mehr unter den Anspannungen zu leiden. In der darauffolgenden Zeit konnte ich immer besser mit Stress umgehen und fühlte mich nicht mehr so leer und verbraucht. Meine Reizschwelle für Aggressionen wurde immer höher.

Unterdessen sprachen wir in den Sitzungen über das Rauchen. Ich fand heraus, dass ich meist in Stresssituationen zur Zigarette griff. Dr. Tuschy riet mir in solchen Momenten nachzudenken, was passieren würde, wenn ich nicht rauchen würde. Diesen Rat nahm ich an und setzte mich damit auseinander, und tatsächlich passierte nichts Anderes, als wenn ich zur Zigarette gegriffen hätte. Nach einiger Zeit (ca. 2 Monate) gelang es mir immer besser, das Rauchen zu steuern. Heute rauche ich nicht mehr, höchstens mal eine in Gesellschaft, aber ohne rückfällig zu werden. Nach ca. 6 Monaten wechselten wir von der Klangliege zu den Gongs. Die Empfindungen während der Sitzungen sind noch intensiver, ich fühle mich wie in einer Hülle geborgen. Die Frequenzen umspannen mich im Einklang mit meinem Körper, die Gongs versetzen mich in eine Tiefenentspannung.

Die Klangtherapie hat mir bisher sehr gut geholfen, die Angst vor dem Rezidiv zu verlieren sowie dem Umgang mit Stress gewachsen zu sein. Heute bin ich ein lebensbejahender Mensch, der das Leben genießt. Mittlerweile ist es mir möglich, Zugang zu meinem Inneren zu haben und mich in jeder Situation zu entspannen. Die Sitzungen bei Dr. Tuschy möchte ich weiter durchführen, denn sie sind für mich eine Bereicherung.“

Dieses Fallbeispiel ist bemerkenswert; zeigt es doch, dass in manchen Fällen auch ohne psychoanalytisch orientierte Bearbeitung innerer Konflikte durch eine „Klangtherapie“, mit einem überwiegend ressourcenorientierten, Potenziale fördernden Vorgehen Behandlungserfolge möglich sind. In diesem Fall wurde dies dadurch erleichtert, dass offenbar keine sog. Frühstörung (eine wesentliche Beeinträchtigung der kindlichen Entwicklung schon in den ersten beiden Lebensjahren) vorliegt. Wichtig ist die Entstehung einer Sicherheit gebenden Übertragungsbeziehung, für deren Steuerung Erfahrungen als analytischer Psychotherapeut günstig sind. Der Patient soll nicht von der Therapie-Situation abhängig werden; er muss eines Tages gehen können, innerlich bereichert und gefestigt, um sein Leben ohne Behandlung fortsetzen zu können.

Beispiel 4 : Nicht-medikamentöse Schmerztherapie bei rezidivierender Ischialgie

Bei dem etwa 50-j. Homöopathen Herrn B. traten die einseitigen Schmerzen im Ischiasverlauf erstmals vor etwa 12 Jahren in einer Überlastungssituation auf. Sie waren zeitweise so stark, dass er weder sitzen, liegen noch stehen konnte. Einzig ein schnelles sich Bewegen, Laufen half. Die Schmerzhäufigkeit und -intensität konnte er in Grenzen durch Sport, insbesondere Fahrradfahren günstig beeinflussen, dies aber, wenn überhaupt, nur kurzfristig. Die organische Abklärung ergab zwar einen Befund im MRT; dieser konnte jedoch die Symptomatik und ihre Schwankungen nicht ausreichend erklären. Ich lernte Herrn B. auf einem Intensiv-Kurs für Klangtherapie im Rahmen einer biologischen Schmerztherapie kennen, bei welchem ich vielfach Einzelsitzungen durchführte, wie auch bei Herrn B. Nachfolgend Auszüge aus seinem Selbstbericht:

„Bei einem einführenden Gespräch wies mich Herr Tuschy darauf hin, dass es bei dieser Art von Schmerzsyndrom wahrscheinlich keinen Sinn mache, nach einer Ursache zu suchen. Dies nahm ich gerne an, war doch meine bisherige Suche völlig erfolglos. Stattdessen sprachen wir darüber, dass ich wohl eine Möglichkeit finden müsse, den Schmerz in „achtsamem Gewahr werden“ zu erkunden und so zu „befrieden“. Auch dies war für mich sofort einleuchtend, hatte ich doch bereits oftmals in meinem Leben positive Erfahrung damit gemacht, wenn ich Schmerzen anderer Art mit „vorurteilslosem Beobachten“ begegnet bin. Diese Herangehensweise kenne ich aus der buddhistischen Tradition der „Vipassana-Meditation“, die ich einige Jahre übte, in den vergangenen Jahren unter vermeintlichem Zeitmangel allerdings vernachlässigte.

Ich bat Herrn T. um eine „Klang-Session“ mit dem Monocord mit der Idee, die im Gespräch gefundenen Erkenntnisse zu verdichten und durch körperliche Wahrnehmung verankern zu können.

Er fragte mich in der Entspannungssituation nach meiner Körperwahrnehmung, und ich teilte ihm mit, dass ganz ausgeprägt der Nervus Ischiaticus bis in die Fußsohlen schmerzhaft dominierte. Von dieser Stelle an erzähle ich mein „Bildererleben“.

Der Nerv erschien mir wie eine aufs äußerste gespannte Gitarrensaite. Dann wurde diese Saite zum Seil, auf dem ein Seiltänzer stand. Das Seil war in ca. 1,5 m Höhe über dem Boden zwischen zwei dicken Eichen aufgespannt. Es war ein sehr dickes Drahtseil, und dennoch schien der Seiltänzer der Festigkeit des Seils nicht zu trauen. Immer wieder schaute er ängstlich zum Seil hinunter. Wenn er allerdings nach oben schaute, war die Ängstlichkeit verflogen. Die Szenerie war ein ständiges Hin und Her von nach unten und oben: in den Himmel schauen mit Zuversicht, Leichtigkeit und Vertrauen, im Wechsel mit nach unten schauen mit Schwere, Ängstlichkeit und Unsicherheit. Interessanterweise veränderte sich der Seiltänzer. Während er beim nach unten Schauen ein gelb-schwarzes Kostüm trug und eine weiße venezianische Gesichtsmaske mit langer Nase wirkte er, gleichzeitig auch etwas schwergewichtig und ungelenk, entwickelte sich beim nach oben Schauen eine Leichtigkeit des Körpers des Tänzers, bei tänzerischer Beweglichkeit.

An dieser Stelle geschah etwas Merkwürdiges. Immer wenn der Tänzer nach unten schaute, wurden meine Nervenschmerzen sehr stark. Sie verloren sich hingegen, wenn „mein“ Tänzer nach oben schaute. Herr T. fragte mich, in welche Richtung der Tänzer gehen möchte, und gleich war klar, dass er weg will von der Erde, immer mehr nach oben strebte, immer leichter wurde, immer heller, immer spielerischer, immer lustiger und fröhlicher, immer vertrauter und sicherer, bis er sich schließlich im Himmel in Millionen kleinste Teile auflöste und seine „Substanz“ letztendlich verschwand. Tränen, der „Verzückung“ (Rührung, Seligkeit, Beseeltsein, des Glücks) liefen mir über die Wangen. Ich gebe zu, dass sich das etwas theatralisch liest. Ich schreibe es einfach und ehrlich so wieder, wie ich es erlebt habe und überlasse dem Leser ein „Berührt sein“ oder eben auch nicht. Meine Nervenschmerzen jedenfalls waren weg!!!!

Nach der Behandlung hatte ich ein Werkzeug, mit dem ich meine Schmerzen beeinflussen konnte. In der klangtherapeutischen Sitzung ist ein Bild aufgekommen, das ich nun jederzeit abrufen kann. Im Verlaufe des Tages war es denn auch so. Immer mal wieder tauchten die Schmerzen – allerdings abgeschwächt – wieder auf, vor allem im Sitzen und Liegen, und

jeweils war es ganz einfach, das Bild „meines“ Seiltänzers aufkommen zu lassen, ihn nach oben schauen zu lassen, und je höher er stieg, desto geringer wurde der Schmerz und verschwand letztendlich wie beim ersten Mal während der Auflösung der Substanz des Seiltänzers im Himmel.

Am nächsten Tag habe sich das Bild noch erweitert, indem der Seiltänzer Menschen, die sich unter dem Seil befanden, auch Kinder und Alte, auf das Seil hinaufbat, und es sei eine ausgelassene, fröhliche Stimmung aufgekommen. In der besonderen Atmosphäre eines Ferien-Workshops, entfernt von jeglichen Alltagskonflikten, konnte Herr B. seine Schmerzen imaginativ günstig beeinflussen und sogar zum Verschwinden bringen. Dabei dürften die von ihm erwähnten Monochordklänge während der Wachträume die Gefühls-Intensität des Bilderlebens verstärkt und mit zu der Veränderbarkeit der Schmerzen beigetragen haben. *Herr B. konnte die ihn tief berührende Erfahrung machen, einen direkten Zugang zu seinem Schmerzempfinden gefunden zu haben, die Schmerzen sogar auflösen zu können, statt ihnen nur wie früher kurzfristig davonzulaufen.*

In den mitgeteilten Wachträumen bewegt sich der Seiltänzer zwischen zwei Polen: der mit Angst und Unsicherheit erlebten Situation auf dem Seil beim Blick nach unten und dem sich beglückt Fühlen beim Aufsteigen in den Himmel und dem damit verbundenen immateriell Werden. Letzteres kann als eine *spirituelle Erfahrung* bezeichnet werden. Am Anfang der „Seiltanz“ zwischen Angst und einer Art von positiv erlebter Jenseits-Erfahrung; in der Fortsetzung der Wachträume die Linderung dieser Spannung dadurch, dass er andere Menschen zu sich auf das Seil holt und Sicherheit durch mitmenschliche Verbundenheit gewinnt.

Es fällt natürlich auf, dass sich die innere Szene nicht dahin entwickelt, dass der Seiltänzer das Seil verlässt und sich unter die auf der sicheren Erde befindlichen Menschen begibt. Er, der Seiltänzer als Alter-Ego von Herrn B. wählt einen ganz eigenen, aus psychoanalytischer Sicht narzisstisch anmutenden Weg aus seinem existenziellen Dilemma. Das dürfte als Ausdruck einer ganz eigenen Strategie der Lebensbewältigung zu verstehen sein, die sich für ihn offenbar bewährt hat.

Für eine nachhaltige Bewältigung der Schmerzsymptomatik wird es nach der Rückkehr an seinen Heimatort entscheidend sein, dass Herr B. seine angestrengte Lebensführung in dem Sinn verändert, dass er möglichst oft nach etwa 2 ½ Stunden angestrenzter Praxistätigkeit jeweils für etwa 20 – 30 Minuten eine Ruhepause zum Meditieren,

Visualisieren und Entspannen folgen lässt. Das würde einen „Paradigmenwechsel“ bedeuten, nämlich, sich nicht mehr ausschließlich (aus einer tief verankerten Selbstunsicherheit heraus) für Andere aufzuopfern, sondern verstärkt auch die eigenen Ruhebedürfnisse wahrzunehmen, sie ernst zu nehmen und ihnen Raum zu geben.

Beispiel 5: Rezidivierende depressive Verstimmungen auf dem Boden ausgeprägter früher Traumatisierungen

Die 77-j. Patientin leidet seit dem Tod ihres Ehemannes sieben Jahre vor Therapiebeginn immer wieder an depressiven Verstimmungen. Es fällt ihr schwer, Nein zu sagen, sich abzugrenzen. In ihrem Umfeld gilt sie als wohlhabend und großzügig. Freundinnen erwarten wie selbstverständlich, von ihr im Restaurant und auf Reisen eingeladen zu werden. So weit sie sich zurückerinnern kann, hatte sie sich als besonders entgegenkommend und hilfsbereit zeigen müssen, um ein Gefühl von Existenzberechtigung zu empfinden. Im Zusammenhang mit ihrer Kindheitssituation ist die Entstehung dieser Einstellung gut nachvollziehbar. Sie war das einzige Kind eines jüdisch-nichtjüdischen Elternpaares. In der stets gegenwärtigen Gefahr von Deportation und Tod wurde sie unter dem Motto „um keinen Preis auffallen“ zu äußerster Anpassung, Zurückhaltung und Bescheidenheit angehalten. Hinzu kam, dass die Familie während der Bombenangriffe auf die Stadt in der Wohnung verblieb und das Aufsuchen von Luftschutzbunkern meist vermied. Nach dem Krieg holte sie das in der Schule Versäumte schnell nach, machte ein gutes Abitur, studierte und war erfolgreich in einem sozialen Beruf tätig.

Bisher fanden 50 Sitzungen tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie statt, anfangs mit einer Wochenstunde, später alle zwei Wochen, zuletzt meist in dreiwöchigem Abstand. Die Rekonstruktion und Aufarbeitung ihre inneren Werdegangs musste keinen breiten Raum einnehmen, da sie in besonderem Maß zu Selbstreflexion fähig und sich im Klaren darüber war, wie sich ihre äußerst schwierige Kindheitssituation auf ihre Persönlichkeitsentwicklung und ihr Lebensgrundgefühl ausgewirkt hatte. Das dürfte ihr zwar in Grenzen bei der Lebensbewältigung bis zu Therapiebeginn geholfen haben; ein

wesentlicher Einfluss auf ihr in der Tiefe brüchiges Selbstgefühl war ihr dadurch jedoch nicht möglich. Es war naheliegend, in diesem Fall den Schwerpunkt der Behandlung auf ein *ressourcenorientiertes und Potentiale förderndes Vorgehen* zu legen.

Es stellte sich heraus, dass sie am meisten von einer *klangbegleiteten Psychotherapie*, wie ich sie vielfach durchführe, profitieren konnte. Sie begab bzw. begibt sich nach einem meist nur kurzen einleitenden Gespräch in eine bequeme Liegesitz-Haltung. Ich sitze in etwa zwei Meter Abstand, die vor mir liegende „Körpertambura“ (im Untermenü Klanginstrumente abgebildet) spielend, einen leisen, anregenden, Trance fördernden Hintergrundklang erzeugend. Anfangs erwies sich eine verbale Begleitung und Entspannungsanleitung als sinnvoll; jetzt ist die Pat. in der Lage, sich im *Schutz der Übertragungsbeziehung* selbst in ihren von ihr so genannten „Traumwald“ zu begeben, wie sie es in dem folgenden unverändert wiedergegebenen Text schildert. Der *Traumwald*, ihr *sicherer innerer Ort*, ist inzwischen so gut in ihr verankert, dass sie sich auch außerhalb der Sitzungen dorthin zurückziehen und ein Gefühl von Sicherheit gewinnen kann. Es ist zu vermuten, dass es den Eltern trotz ihres steten bedroht Seins gelungen war, dem Kleinkind einen „Kern von Urvertrauen“ zu vermitteln, an das in der Therapie angeknüpft werden konnte bzw. kann. Auch hier geschieht der *Transfer in den Alltag* „wie von selbst“; die Patientin kann sich inzwischen besser behaupten und abgrenzen; sie ist in ihrer Grundstimmung deutlich ausgeglichener. Nachfolgend ihr unverändert wiedergegebener Selbstbericht:

„In den ersten Stunden der Klangtherapie habe ich eine weite Ebene, vielleicht mongolische Landschaft gesehen, in der zauberhafte Gesänge ertönten. Ein Bild der Weite und Ruhe.

In späteren Sitzungen befand ich mich in einem exotischen Wald auf einer Lichtung mit einem kleinen See, der umstanden war von wuchernden Farnen und anderen Gewächsen. Ringsum blühende Fülle und Wärme. Es ertönten Gesänge von einem Riesenvogel oder heilenden Zauberer. Die heilenden Gesänge gelten mir. Ich bin noch klein, unbelastet von Angst, Kummer und Verpflichtungen, ein Teil der unbelasteten Natur und darf unter den heilenden Tönen gedeihen. Ein unschuldiger paradiesischer Zustand, in dem es aber um mich geht, ich, meine Heilung, mein Gedeihen stehen im Mittelpunkt. Dieses Gefühl ist ungeheuer wohltuend, weil es sonst wenig um mich geht, ich mich aus den Augen verliere und mich nicht abgrenzen kann.

Ich kann im Alltag auf das Gefühl, dass es letztlich um mein Heil, meine Heilung geht, zurückgreifen. Soweit ich nicht heil bin, kann ich auch niemand anderem seelisch helfen.

Zur Zeit befinde ich mich während der Sitzungen in wechselnden Landschaften und werde zum Teil der Natur. Ich werde selbst zu Gras, Bäumen und Blumen, bin lebensberechtigt und lebenswichtig wie sie und darf mich einfach des Daseins erfreuen. Die Natur singt, und ich singe mit ihr. Unterhalb meines Ichbewusstseins existiert eine tiefere Schicht der Ruhe, des selbstverständlichen Vorhandenseins, einer tieferen Lebenswirklichkeit, einer Verbindung mit allem was ist. Ich muss nichts als sein“. (2011)

„Oft bin ich jetzt bei einem kleinen von Schilf umgebenen Waldsee. Ich bin noch ein Keim des Lebens, ein von schädlichen Einflüssen noch unbelastetes Baby. Es ertönt eine Stimme, die auf mich und die mich umgebende Natur einen heilsamen Zauber ausübt. Ich bin heil und darf gedeihen. Ich spüre meinen lebensvollen Kern, mich selbst und lebe nicht, wie sonst so oft, nur für und durch andere“. (Juni 2012)

Die oben angeführten fünf Fall-Darstellungen sollen in exemplarischer Art und Weise illustrieren, wie sich auf psychoanalytischer Grundlage je nach den Erfordernissen des jeweiligen Patienten auch Methoden anderer Psychotherapie-Schulen sinnvoll in ein psychotherapeutisches Gesamtkonzept einbeziehen lassen, so dass von einer *integrativen, körperbezogenen Psychotherapie* gesprochen werden kann.

Bekanntlich werden von den Krankenkassen und den Privatversicherungen zur Zeit nur die analytischen Verfahren und die Verhaltenstherapie akzeptiert. Um diese offiziell anerkannten Therapiemethoden besser von einander abgrenzen oder auch vergleichen zu können, ist es sinnvoll, in Effektivitätsstudien von den jeweils „reinen“ Methoden, einem Entweder-oder auszugehen. Das gilt aber nicht für die Tätigkeit von Psychotherapeuten in Klinik und Praxis außerhalb der Psychotherapie-Forschung. Die Psychotherapie-Richtlinien der Kostenträger erlauben es einem auf psychoanalytischer Grundlage tätigen Behandler, bei entsprechender Begründung in den Therapieanträgen auch Elemente der Verhaltenstherapie, des Focusings, der katathym-imaginativen Verfahren (einschließlich der Verwendung von Klängen und imaginativer Körperpsychotherapie), sowie der Trauma- und Schmerztherapie mit einzubeziehen.

(November 2012, ergänzt im Dezember 2013)