

Hilfreiches liegt auf dem Weg – Ressourcen und Resilienz in der Eigensprache

Tilman Rentel

*Schläft ein Lied in allen Dingen
Die da träumen fort und fort
Und die Welt hebt an zu singen,
triffst Du nur das Zauberwort
Joseph von Eichendorff*

Zusammenfassung

Therapeutische Prozesse können sehr wirksam durch das Wahrnehmen und Verstärken bereits vorhandener Ressourcen der Patienten und ihrer Resilienz unterstützt werden. Im therapeutischen Gespräch liegen diese hilfreichen Kräfte in Form der individuellen Ausprägung der Sprache der Patienten und ihren einzigartigen inneren und äußeren Verbindungen sozusagen auf dem Weg. Das achtsame Wahrnehmen dieser eigensprachlichen Schlüsselsignale und das sich Führen lassen durch einfache offene Fragen im idiolektischen Gespräch eröffnet den Patienten die Möglichkeit, nicht nur ihre Belastungen in Worte zu fassen, sondern in den Bildern ihrer Sprache auch hilfreiche Ideen zu entwickeln. So werden sie als Experten ihrer eigenen Lebens- und Leidenssituation wahrgenommen und gewürdigt. Dies stärkt die Selbstheilungskräfte und unterstützt effektiv den Heilungsprozess.

Eigene Wertungen und Hypothesen zurückzustellen, um diesen Prozess möglichst wenig zu stören, erfordert ein hohes Maß an Präsenz und Achtsamkeit.

Das so ermöglichte wertschätzende „Heben“ der „Wort-Schätze“, ermöglicht es, dass die Patienten von evolutionär bereitgestellten Reaktionsmustern der Erstarrung bzw. des Kampfes oder der Flucht in einen oft neuen Zustand der Sicherheit begleitet werden können.

Das eigene Nichtwissen in Bezug auf die Wirklichkeit der Patienten wird zu einer wichtigen Ressource, die den Therapeuten helfen kann, wach, interessiert und zieloffen den Menschen zu begegnen, die ihre Begleitung suchen.

Alte und neue Fragen

Als Arzt und Psychotherapeut begleite ich seit vielen Jahren Menschen mit psychischen Erkrankungen auf ihren Wegen bei der Suche nach mehr Lebendigkeit und Gesundheit.

In diesem Artikel möchte ich beschreiben, wie der achtsame Umgang mit der Eigensprache im therapeutischen Gespräch einen sehr direkten Zugang zu den Ressourcen dieser Menschen ermöglichen kann.

Schlüsselwörter

Kommunikation, Ressource, Resilienz, Eigensprache, Idiolektik, polyvagale Theorie, Sprachentwicklung.

Abstract

Finding help on the way – resources and resilience in the idiolect

A therapeutic process can be effectively enhanced by sensing and reinforcing the present resources and the resilience of the patient. In the therapeutic dialogue, a therapist can find helpful ideas in the individual aspects of the patient's language and its inner and outer associations. The mindful perception of these verbal and nonverbal key signals, and the ability of the therapist to let the patient lead the process by asking the simple and open questions of the idiolectic interview, not only gives a space within which the patient can find words for worries and strain, but also enables the patient to develop helpful ideas using the metaphors of the patient's own distinct language. The patient is validated as an expert of his/her own life which activates the self healing potential.

To hold back one's own judgements and hypotheses as therapist and not interrupt this process demands a great amount of self control and awareness.

Thus the treasure that lies in the patient's language may enable him to proceed from the evolutionary set of emergency reactions like immobilisation, or fight or flight, to a new state of safety.

Our own "not-knowing" concerning the patient's reality becomes an important resource which helps the therapist to stay present, interested and open minded in the contact with the patient.

Key words

Communication, resources, resilience, idiolectic interview.

Jeder Mensch macht im Laufe seines Lebens hilfreiche und belastende Erfahrungen. Das, was ein Mensch wahrnimmt und sein Handeln in jedem Moment seines Lebens erfüllt entweder überlebenswichtige Grundbedürfnisse oder lässt diese schmerzhaft unerfüllt. Erfahrungen von erfüllten Grundbedürfnissen oder eigene Fähigkeiten zu ihrer Erfüllung werden als Ressourcen wahrgenommen. Der Umgang und die Bewältigung belastender Erfahrungen wird als Widerstandskraft oder Resilienz beschrieben.

Begegnen wir einem Menschen in der therapeutischen Situation so lernen wir häufig entlang dem klassischen in der somatischen Medizin entwickelten Schema vorzugehen: Wir fragen nach dem, was einem Menschen fehlt, nach dem wie es dazu kam und wie wir ihm helfen können. Wir analysieren also die Defizite und Belastungen, ihre Entstehungsbedingungen und bieten entsprechende Hilfen von außen an. In meiner Arbeit mit Kindern und Jugendlichen, mit traumatisierten Menschen und mit körperlich schwer kranken Menschen habe ich die Erfahrung gemacht, dass eine andere Herangehensweise nicht nur rasch Vertrauen ermöglicht hat, sondern dass dadurch auch wichtige Hilfen auf dem Weg in den Blick gekommen sind, die oft unerwartet aus den Tiefen der Erfahrungen und Vorstellungen der Betroffenen selbst aufgetaucht sind. Bei dieser Herangehensweise werden eher die Ressourcen fokussiert bzw. die Resilienz als Fähigkeit mit Belastungen umzugehen. Statt Hilfen und Lösungen von außen anzubieten werden vielmehr die Ideen und Vorstellungen der Betroffenen selbst genutzt um passende weitere Schritte auf dem Weg der Gesundung zu entwickeln. Der Blick richtet sich weniger auf die Geschichte der Entstehung der Schwierigkeiten als in Richtung der Visionen, Ziele und Motive eines Menschen.

Ähnliche Erfahrungen wurden von vielen Therapeuten in den letzten Jahren beschrieben und entsprechende Methoden entwickelt, um die „klassische“ Herangehensweise zu ergänzen und zu erweitern.

Lawrence LeShan (2010) hat dies nach den 60 Jahren seiner Arbeit mit Krebspatienten beeindruckend in einem Interview zum Ausdruck gebracht. Er habe nach ca. 30 Jahren der erfolgreichen Arbeit mit dem defizit-orientierten Modell von seinen Patienten das Gefühl vermittelt bekommen, er solle andere Fragen stellen als bisher und nach und nach habe er von seinen Patienten gelernt, welche Fragen von den Patienten als noch hilfreicher erlebt wurden: Was ist bei diesem Menschen in Ordnung? Was gibt ihm im Leben Freude, Begeisterung und Sinn? Was wünscht er sich, um in dieser Richtung kleine Schritte zu gehen?

Auch Luise Reddemann (2012) beschreibt in ihrer Arbeit als Analytikerin mit schwer traumatisierten Menschen, vieles in dieser Richtung von ihren Patientinnen gelernt zu haben. Es scheint als würde bei entsprechender Evaluation der Wirksamkeit einzelner therapeutischer Interventionen im direkten Prozess der praktischen Arbeit mit Klienten aber auch in der Interventionsforschung zwangsläufig die große Bedeutung von an Ressourcen orientierten und auf den Fähigkeiten der Resilienz basierten Interventionen zu Tage treten. So fand auch Grawe (2004) in seinen Interventionsforschungen zu den Wirkfaktoren von Psychotherapie die herausragende Wirksamkeit dieser Interventionen und beschrieb die Ressourcenaktivierung als primäre Wirkkomponente von Psychotherapie: Die Aktivierung von Ressourcen führe über die Befriedigung wichtiger Grundbedürfnisse beim Patienten zu einer Inkonsistenzreduktion.

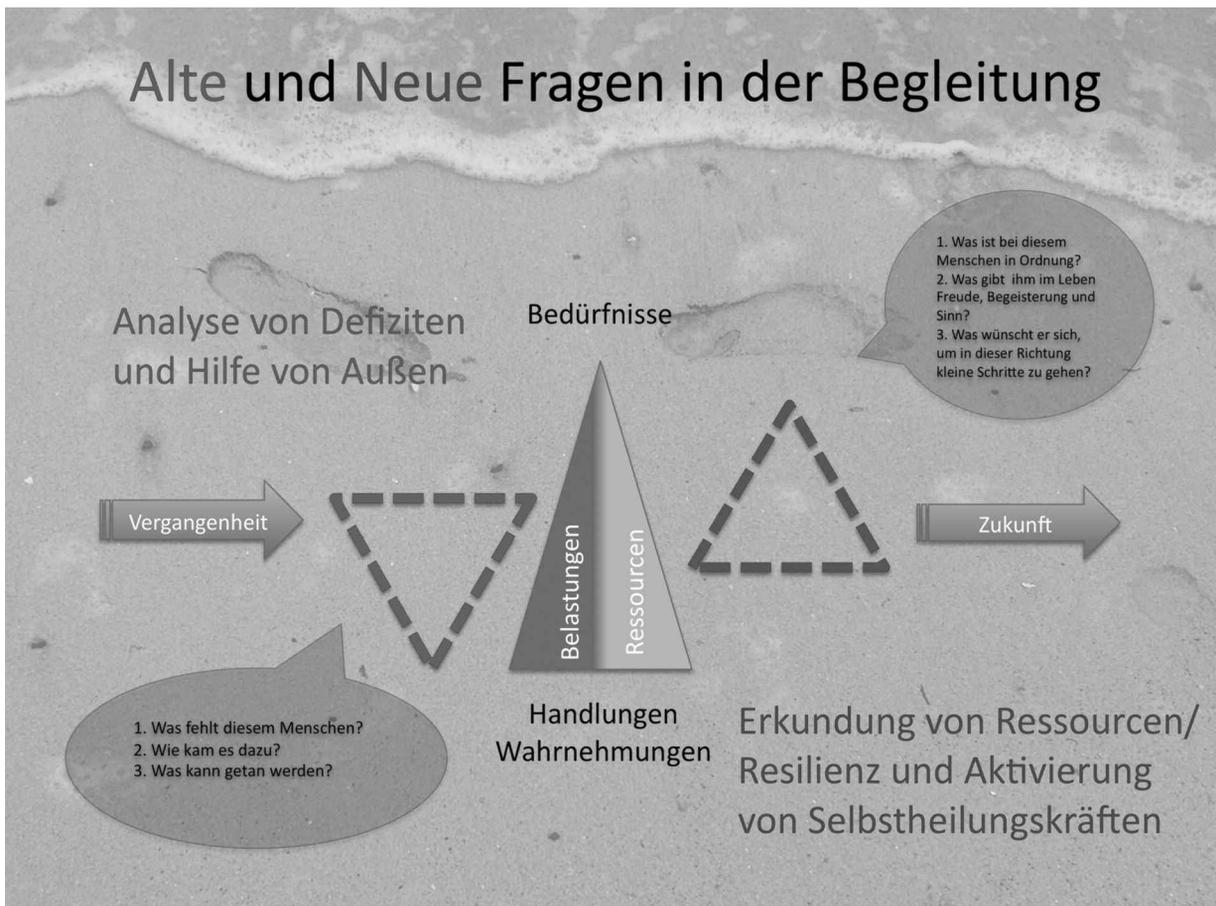
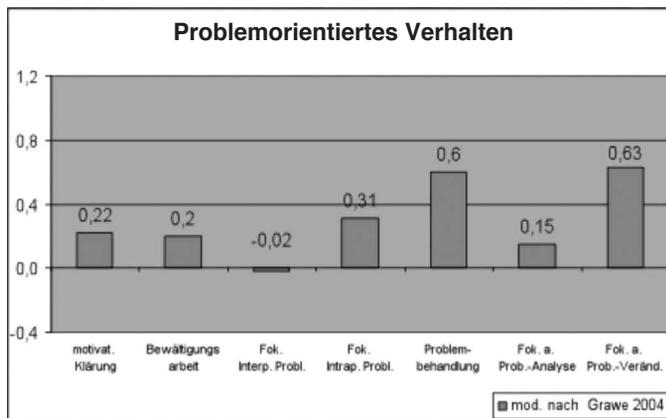


Abb. 1:
Alte und
Neue Fragen



Wirkung verschiedener Problembehandlung auf das Sitzungsergebnis in Effektstärken. Effektstärke ist eine statistische Maßzahl (Cohen 1970), die es erlaubt, die in verschiedene wissenschaftlichen Arbeiten ermittelte Veränderungen, die z. B. in Prozentzahlen dargestellt sind, miteinander in ihrer Wirkung vergleichen.

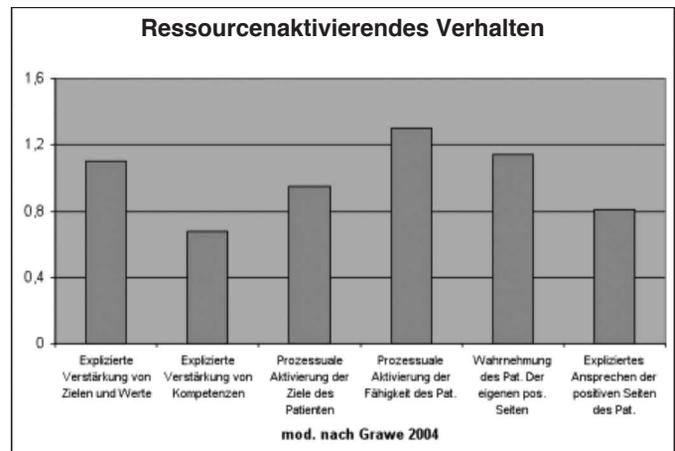


Tabelle 2
Wirkung der beim Patienten aktivierten Ressourcen während der Problemaktivierung auf das Sitzungsergebnis als Effektstärke. Ressourcenaktivierendes Verhalten zeigt in 6 verschiedenen Techniken hohe Effektstärken (0.68–1.3) bezogen auf den Stunden-Outcome einer einzelnen Sitzung. Die Effektstärken wurden ermittelt, indem Daten aus zwei Beurteilerquellen, nämlich aus der subjektiven Perspektive des Patienten und der „objektiven“ Perspektive eines außenstehenden Beobachters, zu einander in Beziehung gesetzt wurden. Ausgewählt wurden 60 Sitzungen aus 8000 Therapiesitzungen, in denen Patienten nach ihren Angaben sehr schmerzhaft Erfahrungen in der Therapiesitzung gemacht hatten, also Probleme aktiviert waren. Die Effektstärken können als außerordentlich hoch angesehen werden. Gute Effektstärken in psychotherapeutischen Kontexten werden durchschnittlich bei Werten um 0.85 gefunden. Die ressourcenorientierten Verhaltensaktivitäten liegen deutlich über diesen Werten (s. Tab. 2). Sie liegen in der Regel auch über den Werten anderer psychotherapeutischer Effektstärken, z. B. der von verhaltenstherapeutische Interventionen oder medikamentöse Behandlung.

Abb. 2:
Problemorientierte vs Ressourcenorientierte Verhaltensweisen

tion und einem verbesserten Wohlbefinden. Dies verbessere sowohl die Therapiebeziehung als auch die Aufnahmebereitschaft und aktive Mitarbeit des Patienten. In der Folge versuche der Patient deutlich aktiver die eigenen Probleme zu bewältigen, was über die Veränderung störungsspezifischer Kontrollparameter mit einer Symptomreduktion einhergehe.

Ressourcen liegen auf dem Weg

Nun wurden einige wichtige Werkzeuge zur Aktivierung von Ressourcen entwickelt. Vielen von ihnen ist gemeinsam, dass sie neben der „eigentlichen“ therapeutischen Arbeit als Zusatzelement eingesetzt werden. Beispielhaft seien Imaginationsübungen wie z. B. die Vorstellung eines „Sicheren Ortes“ genannt, die weite Verbreitung gefunden haben. Einerseits ist dies grundsätzlich sehr zu begrüßen, andererseits besteht die Gefahr eines Missverständnisses. Nämlich, dass es wieder der Therapeut zu sein habe, der hier gute Ideen anbiete und so dem Patienten implizit die Rolle des Lernenden zuweise. Auch Reddemann weist in ihren aktuellen Seminaren darauf hin, dass es vielmehr darum gehe, in der Erzählung der Patienten Orte der Sicherheit wahrzunehmen und diese durch Nachfragen und Beschreiben lassen anzureichern. Sich als Therapeut von den Patienten über seine Ressourcen belehren zu lassen und sie damit in eine Position des Experten zu bringen wirkt sich erheblich stärkend auf ihre Selbstwirksamkeit und ihren Selbstwert aus.

Ressourcen liegen immer schon auf dem Weg. Dadurch dass man diese Schätze auf dem Weg erkennt und für wahr nimmt, lassen sie sich aktivieren und können den therapeutischen Pro-

zess bereichern. Doch wo liegen sie und wie können wir sie erkennen?

In den verbalen Therapieverfahren nutzen wir die Sprache als Kommunikationsmedium.

Es bietet sich an, sprachliche Zugänge zu Ressourcen zu erforschen. Die Erfahrung, dass insbesondere nonverbale Verfahren, wie z. B. Körper-, Musik- oder Gestalttherapie mit der Ressourcenarbeit von jeher wesentlich direkter verbunden waren lässt uns vermuten, dass hinter der lexikalischen Ebene der Worte Schätze verborgen sein könnten, die es zu heben lohnt. Hierzu ist es notwendig, die innere Struktur von Sprache, ihre evolutionäre Entstehung ebenso wie ihre ontogenetische Entwicklung vom Säugling bis zum Erwachsenen Menschen etwas genauer zu betrachten.

Entwicklung von Sprache

Noch lange bevor Sprache wie wir sie heute gebrauchen entstand, fand Kommunikation zwischen Lebewesen untereinander und ihrer Umwelt über Bewegungen und Begreifen statt. Auf der Entwicklungsstufe der Reptilien und als Neugeborener in den ersten Lebensmonaten ist das zentrale „Sprachorgan“ der Körper mit seinen sensorischen Wahrnehmungen und motorischen Äußerungen. Zentrale Funktionen werden auf dieser Ebene vom entwicklungsgeschichtlich ältesten Teil der Gehirns geleistet, dem Stammhirn. Auf dieser Ebene werden sowohl Bedürfnis befriedigende Situationen der Sicherheit und Geborgenheit als auch Situationen der Gefahr oder gar Lebensbedrohung wahrgenommen und als Körpererinnerungen und motorische Schemata im impliziten Gedächtnis gespeichert.



Abb. 3:
Entwicklung von Sprache

Als nächster Entwicklungsschritt entwickelte sich bei den Säugtieren und auch bei den nun heranwachsenden menschlichen Säuglingen das sogenannte „soziale“ Gehirn. Mit diesen im sogenannten Mittelhirnbereich gelegenen limbischen Strukturen wurde es nun möglich Bilder und Episoden wahrzunehmen, abzuspeichern und soziale Beziehungen über das Wahrnehmen und Äußern von Gefühlen zu regulieren. Ab diesem Entwicklungsschritt konnten nicht nur somatosensorischen Spuren unserer Erfahrungen im Körper gespeichert werden, sondern diese zusätzlich mit Bildern Szenen und Kontexten sowie emotionalen Färbungen abgespeichert werden. Es entstehen die ersten bewussten Erinnerungen unseres episodischen Gedächtnisses.

Mit der Entwicklung und Ausreifung der jüngsten evolutionären „Errungenschaft“ unseres Großhirns, des Neokortex, begann die Fähigkeit Erfahrungen, die bisher nur körperlich, episodisch und emotional gespeichert werden konnten zu symbolisieren und Begriffe für Erfahrungen zu bilden. Die Geburt der Worte und der verbalen Sprache, mit der wir Menschen nun in die Lage versetzt wurden über das, was wir vorher nur „begreifen“ und „einsehen“ konnten nachzudenken und uns mit anderen Menschen darüber auszutauschen. Der menschliche Verstand wuchs in einem Ausmaß und einer Geschwindigkeit, die viele kulturelle Fortschritte ermöglichte. Das Organ Gehirn wurde zunehmend zum Lösen von Problemen eingesetzt und nicht mehr nur zum Regulieren sozialer Beziehungen bzw. Steuern körperlicher Vorgänge. Diese rasante Entwicklung ließ den Menschen und insbesondere den erwachsenen Menschen mitunter vergessen, dass die „älteren“

Hirnfunktionen dadurch nur ergänzt und nicht verdrängt wurden. Wie übereinandergeschichtete Zwiebelschalen umhüllt unsere für höhere kognitive Funktionen entwickelte Hirnrinde die älteren Schichten des Emotionen und soziale Beziehungen regulierenden Mittelhirns und des Stammhirns, welches die basalen Körperfunktionen steuert.

Sprache war schon immer mehr als nur ein Mittel zum sachlichen Informationsaustausch. Sie war und ist das Medium zur Vermittlung sozialer Bindungen und zur Regulierung von Beziehungen.

In vielen Gesprächen, nicht zuletzt auch in therapeutischen Gesprächen kann man eine gewisse „Kopflastigkeit“ im Sinne einer Betonung rationaler Funktionen beobachten. Vegetativ-körperliche und bildhaft-episodische Inhalte geraten so aus dem Fokus.

Wenn ein Problem, das wir z. B. von Patienten erzählt bekommen kognitiv analysiert wird und daraus Hilfen abgeleitet werden kann es sein, dass wir die im Patienten selbst bereitliegenden Ressourcen übersehen und ungenutzt lassen.

Wertschätzen von Wortschätzen

Wie und Wo finden sich denn nun aber die dem Patienten inwohnenden Ressourcen auf dem Weg, wenn er uns doch offensichtlich ein Defizit schildert?

Hierzu ein Beispiel aus einem Gespräch mit einem 25-jährigen Mann, der nach einem Überfall in der eigenen Wohnung an Intrusionen, Vermeidung, Ängsten und vegetativer Übererreg-

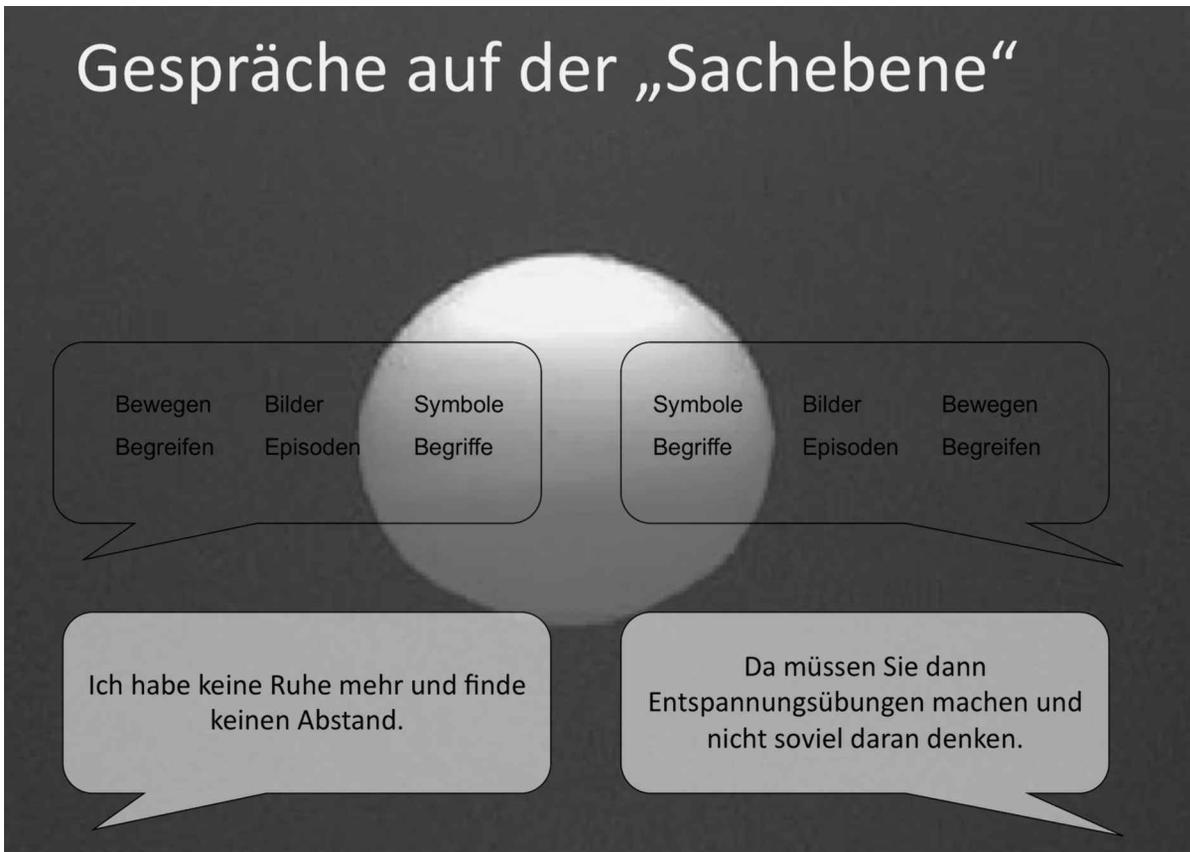


Abb. 4:
Gespräche auf
der Sachebene



Abb. 5:
Wortschätze in
der Eigen-
sprache

gung (beschleunigter Atmung und schnellem Herzschlag) litt. Die Eigensprache des Patienten steht in diesem Dialog im Fokus der Aufmerksamkeit.

Patient: Ich habe keine Ruhe mehr und finde keinen Abstand.

Therapeut: Was verbinden Sie mit Ruhe und Abstand?

Patient: Ah (lächelt, entspannt). In meinem letzten Urlaub in der Dominikanischen Republik mit meiner Freundin. Da hatte ich so richtig gut Abstand.

Therapeut: Möchten Sie mir davon mehr erzählen?

Patient: Da war ich tauchen und unter Wasser, da ist eine Ruhe, da kann man so richtig abschalten.

Therapeut: Wie kann ich mir das vorstellen, wie Sie das machen?

Patient: Ich achte auf meinen Atem und schaue mich einfach nur um.

Therapeut: Was sehen Sie da?

Patient: Es ist ganz blau um einen herum und es gibt viel verschiedene Fische und Korallen zu sehen. Und ich schwebe mittendrin.

Therapeut: Wie schaffen Sie das?

Patient: Das ist gar nicht so einfach. Das macht man mit dem Atem.

Therapeut: Da bin ich neugierig. Wie geht das?

Patient: Wenn man flach atmet, dann bleibt man unten und wenn man tiefere Atemzüge nimmt, dann steigt man nach oben.

Therapeut: Stellen sie sich vor, ich möchte tauchen lernen, wie würden Sie mir das beibringen mit dem Atmen.

Patient: Das ist Übungssache, man muss das ausprobieren. Und erst mal z. B. im Schwimmbecken üben, wo es noch nicht so drauf ankommt.

In diesem kurzen Gesprächsausschnitt wird deutlich, wie nah die benötigten Ressourcen (positive Erinnerungsbilder beim Tauchen im Urlaub zusammen mit der bewussten Steuerung der Atmung als Selbstberuhigungsstrategie) manchmal an der aktuellen Traumafolgesymptomatik liegen, ohne dass der Patient vorher die Verbindung von sich aus geknüpft hätte. Durch eine konsequent ressourcenorientierte Gesprächshaltung und das Aufgreifen eigensprachlicher Signale (s. u.) des Patienten lässt sich das neuronale Ressourcennetzwerk mit entsprechender körperlicher Entspannungsreaktion rasch aktivieren. Der Patient findet im Ressourcenbereich viel leichter wichtige Lösungsstrategien, um z. B. mit der aktuellen vegetativen Übererregung umgehen zu lernen. So kann er im Bild durch bewusste Wahrnehmung seinen Atem steuern.

Sind solche Lösungsansätze auf Seiten des Patienten im Gespräch erst einmal aufgetaucht, lassen sich natürlich vielfältige therapeutische Angebote hier ohne Mühe anknüpfen. In diesem Fall ließe sich z. B. das Bild der Ruhe und Entspannung beim Tauchen als „Wohlfühlort“ verankern und als heilsames Gegenbild zu den belastenden intrusiven Bildern des Traumas nutzen. Außerdem könnten Atemübungen als Selbstberuhigungsstrategien eingesetzt werden. (aus: Bindernagel, Winkler, Krüger, Rentel, 2010, S. 219–220).

Die Eigensprache

Der Schlüssel zu diesen hinter den Worten liegenden „Schatzkammern“ ist die Eigensprache des Menschen. Hiermit sind die Sprachmuster gemeint, die eine Person verwendet, inkl. all ihrer phonetischen, grammatikalischen, nonverbalen und die Wortwahl betreffenden Vorlieben. Die Eigensprache einer Person, auch Idiolekt (griechisch: idios = eigen, lektos = Rede-weise) genannt, die Sprache also, mit denen ein Mensch seine Welt beschreibt, wird geprägt durch seine individuellen Lebenserfahrungen mit all ihren einzigartigen Sinneseindrücken, Bewegungen, Gefühlen, Bildern, Szenen und Gedanken. In der Eigensprache leben neben den lexikalischen Bedeutungen der Worte sehr persönliche Verbindungen. Sie sind wie Türen, die in die lebendige Welt des Gegenübers einladen.

Die Idiolektik ist eine besondere Art der Gesprächsführung die einen sehr respektvollen und achtsamen Umgang mit der Eigensprache des Gesprächspartners methodisch umsetzt. Sie wurde in den 70er Jahren von A.D. Jonas entwickelt und gelehrt. Er praktizierte lange Jahre in New York als Psychoanalytiker bevor er insbesondere in der Behandlung von psychosomatischen Patienten die Haltung und Methode der Idiolektik entwickelte und sie später in Deutschland und Österreich lehrte. Wichtige Einflüsse auf diesem Weg erhielt Jonas durch die Linguistik, durch neurophysiologische Forschungsarbeiten z. B. zur Stressphysiologie (Cannon) und insbesondere durch Studien der evolutionären Anthropologie. Zusammen mit seiner Frau Doris F. Jonas erforschte er die Wurzeln unseres Verhaltens, unserer Sprache und unseres Körpers in der Jahrtausende dauernden Entwicklungsgeschichte des Menschen.

Er war seiner Zeit in vielen Aspekten voraus, und es ist erfreulich festzustellen, dass viele Ideen und Grundlagen seiner Arbeit in den letzten Jahren durch die aktuelle neurobiologische Forschung ebenso unterstützt werden. Ähnliche methodisch an Ressourcen orientierte Ansätze konnten in der Therapiefor- schung als besonders wirksam evaluiert werden (Grawe, 2004) und erlangten in vielen aktuellen Therapieansätzen zunehmende Bedeutung.

Evolutionäre Aspekte menschlicher Verhaltensmuster

Jonas (1977, 1987) stellte häufig Bezüge in seiner Arbeit zu den instinktiv im Menschen angelegten Reaktionsweisen her, indem er von der Annahme ausging, dass jedes Verhalten eines Menschen zu bestimmten Zeiten eine adaptive Komponente enthielt, die für sein Überleben notwendig war. Sei es in der evolutionären Entwicklungsgeschichte oder in seiner individuellen Entwicklung stellten also bestimmte später als dysfunktional erscheinende Verhaltensmuster eine bestmögliche Lösung unter den gegebenen Umständen dar. Diese Reaktionsweisen beschrieb er unter dem Begriff „Archaische Relikte“ und diese Ideen bieten für eine Vielzahl psychosomatischer Symptome eine Erklärung vor dem Hintergrund der menschlichen Entwicklungsgeschichte (Winkler 2010).

Da der amerikanische Psychiater und Hirnforscher Steven Porges mit seinen aktuellen Studien zum Aufbau des autonomen Nervensystems im Rahmen seiner polyvagalen Theorie (Por-

ges, 2010) die Annahmen von Jonas bestätigt und vertieft möchte ich Sie kurz mit den Grundzügen seiner Erkenntnisse vertraut machen, da ich im folgenden Fallbeispiel hierauf Bezug nehmen werde.

Das autonome Nervensystem, der Teil des Nervensystems, der unwillkürlich und nicht bewusstseinsgesteuert Reaktionen initiiert hat ein abgestuftes Wahrnehmungs- und Verhaltensrepertoire entwickelt für verschiedene Sicherheits- bzw. Bedrohungsszenarien in der Umwelt.

Analog der Evolution der weiter oben bei der Sprachentwicklung beschriebenen Hirnanteile stellen auch im autonome Nervensystem die jüngsten Strukturen die komplexesten aber auch anfälligsten Funktionen zur Verfügung, während bei deren Ausfall durch Überforderung auf ältere Strukturen und Reaktionsweisen zurückgegriffen wird.

Befindet sich ein Mensch in einer für ihn sicheren Umgebung, so ermöglicht ihm der jüngste Anteil des autonomen Nervensystems, der ventrale myelinisierte Anteil des Nervus Vagus, die Nutzung von Verhaltensweisen, die zum Aufbau und der Erhaltung sozialer Beziehungen geeignet sind: Hierzu gehören Orientierungsbewegungen des Kopfes und Blickbewegungen um Kontakt aufzunehmen, die Innervation der mimischen Muskulatur und der Rachenmuskulatur um Gefühle auszudrücken und Laute zu formen, die Nutzung der Stimme und die Filterung von hohen Tönen im Frequenzbereich der menschlichen Sprache um sprachliche Signale auch über größere Entfernungen zu senden und zu empfangen. All dies in einer eini-

germaßen entspannten Körperhaltung vermittelt durch die viszeromotorischen Fasern des ventralen Vagusnerven, der Herzaktionen und Atmung harmonisiert. Wenn man sich diesen Zustand vergegenwärtigt erscheint er nicht nur in der therapeutischen Situation als erstrebenswerter Zielzustand. Hier kann man in Ruhe über alles Reden und beieinander sein. Kommt das autonome Nervensystem mithilfe seiner von Porges Neuroception genannten Fähigkeit jedoch zu der Bewertung, dass in der Umwelt eine für ihn bedrohliche Situation besteht so bereitet es hierfür (zumindest in der Evolution) adaptivere Verhaltensmuster des Kampfes oder der Flucht vor, indem der sympathische Anteil des vegetativen Nervensystems aktiviert wird und vermittelt über die Stresshormone dem Kreislauf und der Willkürmuskulatur Energie zur Verfügung stellt, um rasch in Bewegung zu kommen und den Gegner abzuwehren bzw. sich selbst in Sicherheit zu bringen.

Nützen auch diese Rettungsversuche nichts oder erscheinen sie von vornherein als aussichtslos, so springt die älteste schon im Bereich der Einzeller vorhandene Überlebensstrategie an: die Immobilisation, das Erstarren unter dramatischer Reduktion des Stoffwechsels und das mentale sich Zurückziehen von den Sinneseindrücken der Umgebung (Dissoziation) um dem Organismus die Chance zu geben, möglichst unauffällig abzuwarten, bis die Lebensbedrohung vorüber ist, oder falls der Tod nicht zu verhindern ist, diesen wenigstens möglichst schmerzfrei zu erleiden. Diese Reaktion, die quasi einen körperlichen und mentalen Winterschlaf darstellt, wird vom dor-

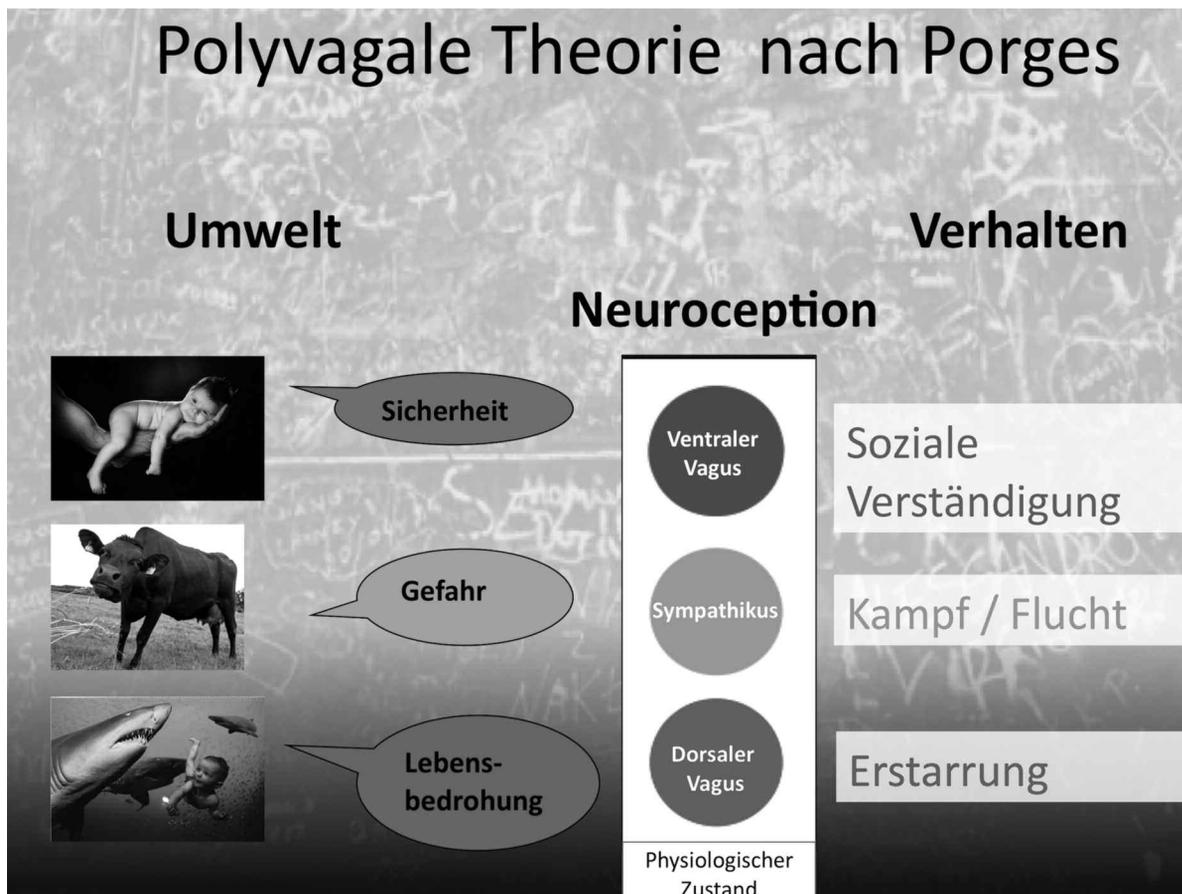


Abb. 6:
Polyvagale
Theorie nach
Steven
Porges

salen Vaguskomplex vermittelt, der über die inneren Organe den Kreislauf herunterregelt und die Willkürmuskulatur bis hin zur Lähmung erschlaffen lässt. Dadurch, dass vorher jedoch meist der Organismus durch die Sympathikusaktivierung innerlich noch auf Höchstleistung für Kampf oder Flucht eingestellt ist, entsteht eine Mischung aus äußerer Erstarrung und innerem vegetativem Sturm, wie er von traumatisierten Patienten sehr quälend erlebt und in Therapien häufig eindrucksvoll beschrieben werden kann, wenn sich diese wieder in Sicherheit bringen konnten und ihr ventraler Vagus ihnen ermöglicht Worte für den sprachlosen Schrecken zu finden.

Fallbeispiel „Wasser im Ballon“

Um die beschriebenen Aspekte der körperlichen, bildhaften und kognitiven Sprachebenen sowie die verschiedenen die Sicherheitslage reflektierenden vegetativen Begleitreaktionen und ihre Relevanz für den therapeutischen Prozess besser verständlich zu machen möchte ich im Folgenden eine Gesprächssequenz aus einem Aufnahmegespräch schildern, welches auf einer psychosomatischen Station stattfand, auf der Patienten,

die zusätzlich an einer körperlichen Erkrankung leiden behandelt werden.

Eine 21-jährige Patientin mit der Grunderkrankung einer pulmonalen Hypertonie, hatte 3 Monate zuvor im Rahmen einer Lungenentzündung eine lebensbedrohliche Krise mit schwerem Lungenödem auf der Intensivstation nur knapp überlebt. Vom somatischen Befund her überraschend gut genesen entwickelte sie seitdem ausgeprägte Ängste mit starken Somatisierungssymptomen. Ihre körperliche Leistungsfähigkeit war hochgradig eingeschränkt, ohne dass dies durch ein Fortschreiten der pulmonalen Grunderkrankung zu erklären gewesen wäre.

Psychosomatischen Zusammenhängen stand die Patientin sehr skeptisch gegenüber und war überzeugt, dass die erlebten Körperphänomene eine organische Ursache haben, was sie verständlicherweise zusätzlich in Angst versetzte.

Das erste Therapiegespräch fand im Patientenzimmer statt, da die Patientin schon nach wenigen Schritten über deutliche Atemnot klagte und massive Ängste sie in ihrer Mobilität erheblich einschränkten. Auf die Frage, was sie aktuell belastete benannte sie einen Druck, den sie im Brustbereich verspüre.

Dieses Schlüsselwort wurde als Einstieg in ein idiolektisches

Fragen des Therapeuten	Antworten der Patientin unter Berücksichtigung der sprachlichen Ebenen		
	Bewegen – Begreifen	Bilder – Episoden	Symbole – Begriffe
Wie erleben Sie den Druck ?	(hält den Atem an und fasst sich mit der Hand an die Brust)		
Wie kann ich mir den Druck bildlich vorstellen?		Es ist wie ein Ballon, der zum Platzen voll ist mit Wasser.	
Wie schaut dieser Ballon aus?		Er ist eigentlich dunkelblau, aber im Moment ist die Gummihaut fast transparent hellblau, so als könnte das Wasser ihn jeden Moment zum Platzen bringen.	
Was wäre gut, was mit dem Ballon geschieht?	<i>Das Wasser müsste irgendwie raus und Luft wieder rein</i>		
Wie kann das Wasser raus?	<i>Es müsste irgendwie rausfließen.</i>		
Wohin könnte es fließen ?		<i>Ins Meer.</i>	
Was verbinden Sie mit dem Meer ?		<i>Einen wunderschönen Urlaub in Amerika am Strand ...</i>	
Was haben Sie dort gemacht?	<i>Da sind wir am Strand entlang gerannt und haben den Wind gespürt.</i>		
Was haben Sie da gespürt ?	<i>Das war ein tolles Gefühl von ...</i>		<i>... Freiheit</i>
Woher kennen Sie diese Freiheit noch?		<i>Vom Handball spielen.</i>	
Wie war es beim Handball ?	<i>Nach dem Training und Auspowern ein tolles Gefühl von Erschöpfung und Zufriedenheit</i>		
Erschöpfung und Zufriedenheit ?	<i>Ja, so wie jetzt grad. Ich fühle mich ziemlich erschöpft, aber ich bin sehr überrascht, der Druck von vorhin ist weg.</i>		

Abb. 7: Lebensbedrohung – Gefahr – Sicherheit

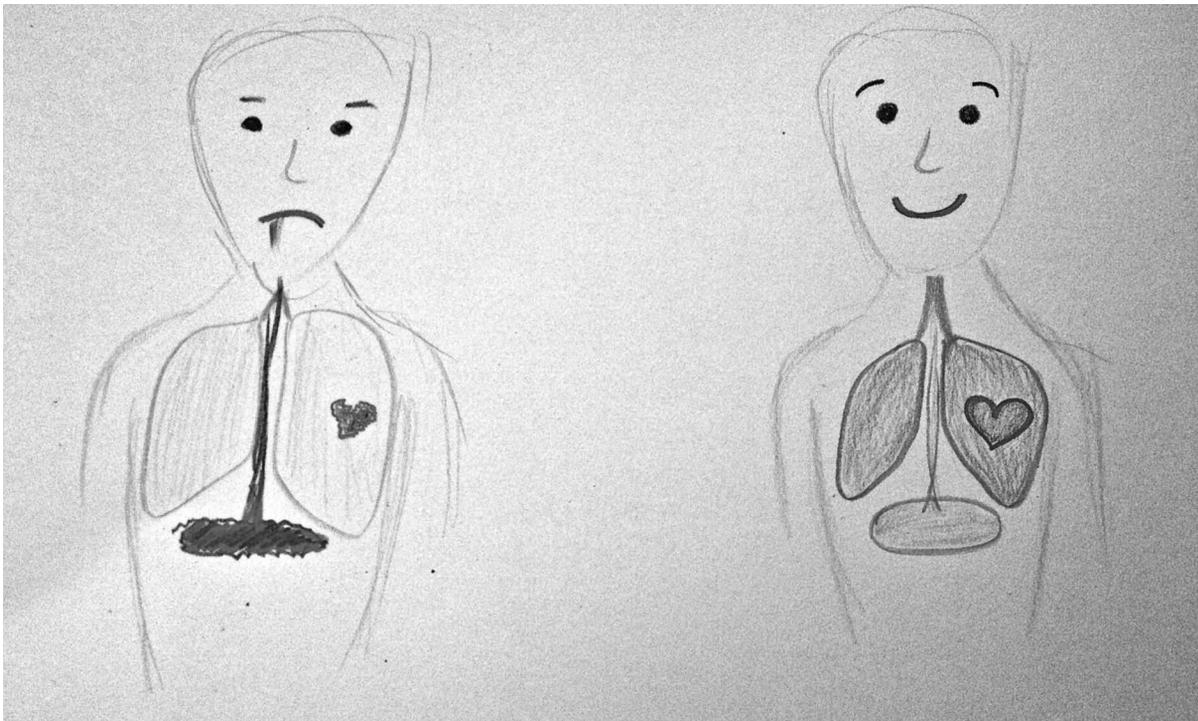


Abb. 8: 21-jährige Patientin, Selbstbild vor und nach der Therapie

Gespräch genutzt, und konsequent auf die Ressourcen und Resilienzen fokussiert, die in der Eigensprache der Patientin zum Ausdruck kamen. Die Antworten der Patientin sind entsprechend den sprachlichen Ebenen in Spalten sortiert und in Bezug auf die Kategorien **Lebensbedrohung** – *Gefahr* – **Sicherheit** gekennzeichnet.

Hier hatte die Patientin im Gespräch erstmals eine eigene Erfahrung von psychosomatischen Funktionszusammenhängen am eigenen Körper erlebt. Eigene assoziative Prozesse im Gespräch ermöglichten ihr ausgehend von einem als lebensbedrohlich wahrgenommenen Körpersymptom, welches mit einem hohen Maß an Immobilisation einherging über die Zwischenschritte aktiver Bewegung und Bewältigung einen Zustand von innerer Ruhe und Sicherheit zu aktivieren. Diese Erfahrung ermöglichte es, dass die Patientin hoch motiviert Imaginationen von jenem Stranderlebnis zur Selbstberuhigung einsetzte. Außerdem konnte sie beim nächsten Therapiegespräch 2 Tage später langsam und in Begleitung des Therapeuten im Gespräch vertieft in die Details der Stranderlebnisse in Amerika sowie die Handballabenteuer erstmalig seit Monaten über 500 m in einen nahe gelegenen Park laufen. Aufgrund der so erzielten Selbststeuerung und Stabilität konnte die Patientin in einigen EMDR-Sitzungen die Momente der Todesangst im Angesicht des Notarztes, der sie im Zustand des ausgeprägten Lungenödems alleine zuhause angetroffen hatte bearbeiten. Sie erlangte so trotz ihrer weiterhin bestehenden Grunderkrankung und den mit ihr verbundenen Resten von Realangst eine relative Freiheit und Mobilität wieder, die es ihr ermöglichte wichtige Autonomiestritte z. B. Wechsel ihrer Ausbildung entsprechend ihrer eigenen Neigungen und Auszug aus dem Elternhaus zu planen.

Idiolektische Haltung und Fragetechnik

Sprachkürze gibt Denkweite (Jean Paul)

Schaut man die Fragen des Therapeuten in der obigen Sequenz nochmals unter den Aspekten der Haltung und Technik der Interventionen an fällt Folgendes auf:

Der Therapeut hält sich mit eigenen Ideen, Bildern, Handlungsvorschlägen soweit wie möglich zurück, um einen Raum im Gespräch zu öffnen der sich weit und sicher anfühlt.

Dies gelingt durch ein hohes Maß an Präsenz, die dem Gesprächspartner neben den nonverbalen Signalen der Zugewandtheit durch genaues Zuhören und Aufgreifen seiner Eigensprache bemerkbar gemacht wird. Durch das interessierte Aufgreifen der Schlüsselworte im Gespräch wird die Patientin in ihrer Lebenswirklichkeit gewürdigt und als Expertin ihrer Prozesse wird sie ermächtigt in ihrer subjektiv erlebten Wirklichkeit wieder selbst wirksam zu werden. Dies ist im Gespräch zu verfolgen am allmählichen Übergang aus einer **Schreckstarre** im Angesicht der intrusiven Körpererinnerungen an das Lungenödem über *aktive Bewältigungsideen* und Bewegungen des in Fluss Kommens bis hin zur Schilderung **sicherer Situationen** von Freiheit und spielerischer Leichtigkeit. Der Therapeut lässt sich beschreiben, belehren und würdigt so das, was da ist ohne es zu bewerten. Dort, wo sichtbar häufig an den nonverbalen Signalen vermittelt durch das autonome Nervensystem Signale der Bewältigung von Belastungen (Resilienz) bzw. von körperlichem Wohlbefinden (Ressourcen) auftauchen werden diese vom Therapeuten fokussiert, um dem Gesprächspartner die Wahl zu lassen, ob er noch bei der Würdigung der problematischen Bereiche verweilen, oder vielleicht schon kleine Schritte entwickeln möchte,



Abb. 9: Idiolektische Fragetechnik

um Unterschiede in Richtung mehr Sicherheit, mehr Lebendigkeit im Gespräch zu suchen.

Die aus dieser Haltung tatsächlicher Unwissenheit (in Bezug auf die Wirklichkeit der Patienten) folgenden verbalen Interventionen des Therapeuten bestehen aus sprachlich sehr einfach gehaltenen, kurzen, konkreten und offenen Fragen, die den anderen in keine Richtung drängen, sondern vielmehr den sich ergebenden Fluss des Gesprächs und Prozess im Patienten möglichst wenig stören. Bewegungen und Wahrnehmungen werden ebenso fokussiert wie Bilder und konkrete Episoden. Abstrakte Konzepte und kognitive Bewertungen treten in den Hintergrund. Dies bedingt eine spürbare Lebendigkeit der Gespräche, was wiederum zum Gefühl der Sicherheit beiträgt.

Eine ausgesprochene Zieloffenheit ermöglicht assoziative Gesprächsverläufe, die keiner linear-kausalen Logik folgen, sondern ähnlich Tagträumen den Reichtum impliziter Erfahrungen und Bilder an die Oberfläche kommen lassen.

Hierin ähnelt das idiolektische Gespräch anderen Prozessen, die methodisch die innere Verarbeitung und Prozesslogik des Patienten möglichst frei lassen (z. B. Träumen, Imaginationen, hypnotherapeutische Prozesse, moderne analytische Prozesse, in denen weniger gedeutet als gefragt wird und auch Abschnitten, die mir aus EMDR-Prozessen bekannt sind, in denen meist nur mit der Frage „was ist jetzt da“ der Fluss nicht am weiter fließen gehindert wird, allenfalls bei Blockaden durch ressour-

cenorientiertes Einweben von Fragen ein Impuls zum Weiterfließen angeboten wird).

Eigensprache und Selbstheilungskräfte

Folgende Annahmen liegen der achtsamen Würdigung der in der Eigensprache sichtbar werdenden individuellen Wahrnehmungs- und Verhaltensmuster im idiolektischen Gespräch zugrunde (Volkacher Axiome der Idiolektischen Gesprächsführung).

Sowohl im Klienten als auch im Therapeuten besteht ein selbstorganisierendes Prinzip („innere Weisheit“). Diese innere Weisheit schafft unter den gegebenen Umständen aktuelle optimale Verhaltensweisen um zu leben.

In der Eigensprache, im Idiolekt, kommt der Andere in seiner Gesamtheit zum Ausdruck.

Idiolektik ermöglicht durch ausschließliche Fokussierung auf die Eigensprache des anderen die Akzeptanz des selbstorganisierenden Prinzips (innere Weisheit). Die innere Weisheit ist die Kraft, die Veränderung ermöglicht.

Mit diesen Grundannahmen steht die Idiolektik in einem gemeinsamen Arbeitsfeld mit all jenen Methoden, die die Selbstheilungskräfte des Patienten konsequent und sorgfältig nutzen, um auf ihnen aufbauend konstruktive Veränderungsprozesse anzuregen. Die zunächst paradox erscheinende radikale An-



Abb. 10: Umgang mit eigenen Hypothesen

nahme dessen was ist (vergleiche auch Linehan, DBT) und damit die Förderung der inneren Zustimmungsfähigkeit des Patienten zu sich selbst schafft die Voraussetzung für innere Wachstumsprozesse. Vor jeder Bewegung in Richtung Lösung steht die unbedingte Annahme und damit die Erfüllung des primären Grundbedürfnisses nach Bindung.

Umgang mit eigenen Hypothesen

Das Schwierigste beim Erlernen dieser einfach anmutenden Form der Gesprächsführung ist das Weglassen; Weglassen eigener Hypothesen, eigener Bilder, eigener sprachlicher Zusammenfassungen, Weglassen interessanter Deutungen, Weglassen guter Ratschläge. Dieses Weglassen kann Wege entstehen lassen, die der Patient selbst entdeckt und mit größerer



Motivation beschreiten wird als je ein von außen vorgeschlagener Weg. Dies erfordert ein hohes Maß an Vertrauen in die oben beschriebenen Selbstheilungskräfte des Patienten. Die Erfahrung zeigt, dass das Weglassen eigener Steuerung und das sich Einlassen auf das idiolektische Gespräch genau dieses Vertrauen bestärkt, indem es einen immer wieder staunend Zeuge von heilsamen Prozessen sein lässt, die im Resonanzraum zwischen den Gesprächspartnern entstehen.

Da das Weglassen aber einfacher wird, wenn wir uns bewusst machen, wie wir das genau tun, im Folgenden ein paar Hinweise zum Umgang mit eigenen Ideen, Hypothesen und Bildern im idiolektischen Gespräch.

Zunächst einmal gilt es, auch die eigenen Gedanken, Bilder und Ideen wahrzunehmen, die sich in der Resonanz zum Gesprächspartner zwangsläufig einstellen und sie als Zeichen unserer Lebendigkeit zu würdigen. Auch wenn wir sie im idiolektischen Gespräch nicht fokussieren, ist es in Ordnung, wenn wir uns für diesen Schritt etwas Zeit lassen. Zeit, in der wir den Prozess unseres Gegenübers nicht stören, vorausgesetzt es gelingt, unsere Ideen nicht vorschnell anzubieten.

Ähnlich dem Affen, der einen Fisch beobachtet wie dieser immer wieder an die Oberfläche eines Flusses kommt und wieder im Wasser eintaucht, laufen wir sonst Gefahr, den Fisch retten zu wollen, in der Annahme, dieser sei bestimmt dem Ertrinken nahe und ihn zu uns auf den Baum in „Sicherheit“ zu bringen.

Als Zweiten Schritt lassen wir unsere Hypothesen und Bilder bewusst los in dem Wissen, dass sie möglicherweise mehr über unsere innere Landschaft aussagen, als über die des Gesprächspartners.

Dann nutzen wir die nun bewusster wahrgenommene Unwissenheit über Aspekte des Erlebens des Patienten und fragen zieloffen nach. Wir lassen uns seine Sichtweise beschreiben und auf seine Standpunkte einladen.

So kann das eigene Nichtwissen zu einer unschätzbaren Ressource werden, da es uns hilft, wach, interessiert und zieloffen den Menschen zu begegnen, die unsere Begleitung suchen.

Bevor wir ihnen durch unsere Haltung und Technik das Vertrauen ausleihen, ahnen diese Menschen oft selbst nichts von den ihnen innewohnenden Wachstums- und Selbstheilungskräften. So ist es eine Herausforderung für beide Seiten die naheliegende Rollenverteilung zu meiden, in der man als wissender und erfahrener Therapeut den Menschen mit seinen Defiziten durch geschickte therapeutische Interventionen auf die Sprünge helfen muss. Um Missverständnissen vorzubeugen ist

es wichtig klarzustellen, dass Hilfen von außen manchmal sehr nützlich sein können und auch notwendig sind. Ist dies jedoch die einzig mögliche Strategie bleibt leider in vielen Fällen dadurch das Hilfreiche, was schon auf dem Weg liegt auf der Strecke: Die inneren Erfahrungsreichtümer, Bewegungsräume und Wortschätze der Patienten im Gespräch aktivieren zu können lässt die eigene Arbeit zuletzt leichter, spielerischer und lebendiger werden und leistet so einen Beitrag zur Selbstfürsorge der Therapeuten.

Oder mit den Worten einer Patientin: „Es tut gut zu erleben, dass die Therapie dem Therapeuten Spaß macht, dann kommt man sich nicht ganz so blöd vor und es macht glücklich, wenn man selbst auf Lösungen kommt.“

Literatur

- BINDERNAGEL, D.; WINKLER, P.; KRÜGER, E.; RENTEL, T. (Hrsg.) (2010): Schlüsselworte – Idiolektische Gesprächsführung in Therapie, Beratung und Coaching. Carl-Auer.
- GRAWE, K. (2004): Neuropsychotherapie, Hogrefe.
- JONAS, A.D., JONAS, D.F. (1977). Signale der Urzeit – Archaische Mechanismen in Medizin und Psychologie. Stuttgart (Hippokrates Verlag). [Neuaufgabe (1996): Würzburg (Huttenscher Verlag 507)].
- Jonas, A.D., Daniels, A. (1987). Was Alltagsgespräche verraten – Verstehen Sie Limbisch? Wien (Hannibal). [Neuaufgabe (1996). Würzburg (Huttenscher Verlag 507)].
- LESHAN, L. (2010). Die Melodie des eigenen Lebens finden, Diagnose Krebs – Wendepunkt und Neubeginn, Interview mit Wolf Büntig 2010 in New York, 2 DVD, Auditorium-Netzwerk.
- PORGES, S. (2010). Die Polyvagal-Theorie, Neurophysiologische Grundlagen der Therapie. Emotionen, Bindung, Kommunikation & ihre Entstehung.
- REDDEMANN, L. (2012). Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie PITT – Das Manual: Ein resilienzorientierter Ansatz in der Psychotraumatologie, Klett-Cotta.
- WINKLER, P. (Hrsg.) (2010). Eigensprache, Körpersymptome verstehen mit evolutionärer Psychosomatik und Idiolektik. Seminare mit A.D. Jonas. Würzburg (Huttenscher Verlag 507).
www.idiolektik.de

Anschrift des Autors

Dr. med. Tilman Rentel

Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

Prof. Ernst-Nathan-Straße 1

D-90419 Nürnberg

E-Mail: tilman.rentel@klinikum-nuernberg.de