

Emotionsentlastung durch Ich-Erweiterung

Alfred Drees

Ich möchte Gespräche vorstellen, mit denen es gelingt, Einsichten zu gewinnen, in die Befreiung von emotionalen Bindungsfixierungen. Emotionale Bindungen haben eine Halt-gebende Funktion. Gleichzeitig sind sie jedoch eine Quelle von neurotischen und psychosomatischen Leidenszuständen sowie von Konflikten und Lernblockaden. Sie lassen sich als eine spezifische Ich-Fixierung verstehen. Auch Gewalt, Geiz, Machtmissbrauch und narzisstische Größenfantasien sowie das Verhalten von heutigen Bonus-Fakiren und Hedge-Fonds-Regisseuren der Finanzwelt sind Ausdruck dieser einengenden Ich-Fixierung.

Mit der Aufklärung begann im Abendland eine auf das Selbst zentrierte Identitätsfindungssuche und damit eine Befreiung von kirchlichen und weltlichen Herrschaftsformen. Das führte jedoch zu einer Ich-Überforderung des Subjekts. Der Grundsatz von Kant: „Und handeln sollst du so, als hinge von dir und deinem Tun das Schicksal ab der deutschen Dinge und die Verantwortung wäre dein“, enthält bereits diese Überforderung. Sie fand ihren Ausdruck in der Zunahme von psychischen Störungen und Erkrankungen sowie von Konflikten und Business-Entgleisungen. Die Psychoanalyse hat sich diesem Beziehungs-gebundenem Ich verschrieben.

Glaubensvorstellungen und spirituelle Einstellungen enthalten traditionelle Methoden zur Auflösung dieser Blockaden. Im Rahmen prismatischer Gespräche lassen sich einengende Ich-Vorstellungen mit sozialen, kulturellen und religiösen Vorstellungen anreichern. Sie gewinnen damit eine Subjekt-entlastende Funktion und vermitteln Einsichten in unsere Identitätsvielfalt. Toleranz, ethisch-moralische und religiöse Einstellungen gewinnen auf diesem Weg neue Entfaltungsmöglichkeiten. Unser Informationszeitalter sowie die Aufklärungsweite der Globalisierung öffnen die Möglichkeitsräume prismatischen Wahrnehmungsvielfalt.

Den Begriff Prisma fanden wir in einem Vergleich zum Sonnenlicht, dass die Vielfalt seiner Farben prismatisch entfaltet. Prismatik als gruppentechnischen Verfahrens-begriff haben wir von dem Psychoanalytiker W. Loch übernommen. Er verglich Balintgruppen mit einem Prisma, mit dessen Hilfe sich die Arzt-Patient-Beziehung in den vielfarbigen Facetten des monochromatischen Lichts auffächern lasse, ohne dass dabei psychogenetische und Widerstandsarbeit notwendig sei.

Wir konnten diese Vorstellung in prismatischen Gruppen sowie in psychotherapeutischen, beratenden, supervidierenden und pädagogischen Anwendungsbereichen weiterentwickeln. Es war vor allem die metaphorische Vielfalt dieser Gespräche, die eine Ich-Erweiterung ermöglichte.

Wie erprobten prismatische Ich-Erweiterungsstrategien, im Vergleich zu metaphorischen und künstlerischen Ausdrucksmöglichkeiten. Wir verstanden sie, als eine Weiterentwicklung religiöser und tiefenpsychologischer Vorstellungen. Die Prismatik knüpft an Ideen der ästhetischen Erziehung des Menschen von Goethe und Schiller. Sie bildet eine wichtige Ergänzung psychotherapeutischer Praktiken. Friedrich Schiller beschrieb bereits 1795 in: Briefe über die ästhetische Erziehung des Menschen „die poetische Prismatik als eine vielfältige Brechung der Unendlichkeit.“ Er erklärte damit das Spannungsfeld zwischen dem Gebundensein und den Freiheitsmöglichkeiten des Menschen. Nossrat Peseschkian aus Wiesbaden wurde mit seiner „Positiven Psychotherapie“ und seiner orientalischen Phantasie-Vielfalt für uns ein wichtiger Helfer. Eine weitere Verwandtschaft fanden wir in der Psychokatalyse von Andrei Ermoshin. Der leitende russische ärztliche Psychotherapeut beschreibt ein „Space-Energetic-Paradigma“ als einen energetischen Raum menschlicher Bewusstseinsfelder. Tatjana Perz sucht diese Vorstellungen in Trier zu vermitteln. Eine weitere Verwandtschaft fanden wir bei Castoriadis, der bereits 1984 das gesellschaftlich Unbewusste, als eigentliche Quelle des psychosozialen Verhaltens beschrieb.

Leidenszustände und Konflikte sind an emotionale Gefühlsbindungen fixiert. Mit Hilfe der prismatischen Gesprächsmethode gelingt es, eine ganzheitliche Offenheit zu entfalten. um weitere Erlebensbereiche und kreative Möglichkeiten zu öffnen. Leidenszustände und Konflikte werden auf diesem Wege aus ihren Bindungsfixierungen befreit. In zahlreichen Behandlungs- und Betreuungsbereichen finden sich bereits entsprechende Gesprächseinstellungen, die verbesserte Behandlungs- und Betreuungsformen ermöglichen. Sie erweitern unsere Ich-Kompetenz, unsere Bindungsfähigkeiten und unser Identitätsgefühl.

Für Ärzte ist diese Einstellung jedoch schwierig, da die emotional-besetzte Leidensfixierung der Patienten sowie die rational begrenzten Heilungsvorstellungen mit den damit verbundenen notwendigen technisch-apparativen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, eine ganzheitliche Einstellung des Arztes erschweren. In der Betreuung und Therapie von Krebskranken sowie von sterbenden, traumatisierten, psychotischen und psychosomatischen Patienten ermöglicht die Prismatik eine Entlastung von

Therapeuten, Pflegenden und Betreuern sowie auch von Patienten und deren Angehörigen.

Nachdem in der Quantenphysik und in der Astronomie zunehmend Einsichten in die Relativierung gewohnter Vorstellungen über materielle, energetische und zeitliche Wirkfaktoren gewonnen wurden, lassen sich inzwischen auch in Psychotherapien rationale Deutungen relativieren. Damit gelingt es, Vorstellungen über eine Erweiterung der naturwissenschaftlich orientierten Medizin gewinnen. Die zunehmende Hirnforschung, mit ihren Einsichten in unbewusste Prozesse und Vernetzungen sowie Vorstellungen zur Spiegelfunktion von Photonen und Neuronen, vermittelten weitere Einsichten, die zum Teil jedoch zu einengenden Beschreibungen des Gehirns führte. Das Gehirn verlor damit seine Funktion als Vermittlungsorgan des Subjektes für seine psychischen, organischen, sozialen und kulturellen Erlebensmöglichkeiten. Die noch immer vorherrschende Ich-Zentrierung verwandelt sich damit wissenschaftlich in eine Hirn-Zentrierung,

Die psychotherapeutische Prismatik wurde in den 70er Jahren in der Sozialpsychiatrie der medizinischen Hochschule Hannover entwickelt. Subjektakzeptanz und partnerschaftliche Gesprächsangebote ermöglichten ihre Entfaltung. Hierbei gelang es u.a. Wahnvorstellungen psychotischer Patienten als unzureichende Verdrängungskompetenz und Verarbeitungsformen des individuellen und des gesellschaftlichen Unbewussten zu verstehen. Wir gewannen dabei systemische Einsichten in transgenerationale Bindungen mit ihren sozialen, kulturellen und religiösen Erlebensbereichen. Als leitender Arzt in Duisburg/Rheinhausen konnte ich prismatisch defokussierende Gespräche mit Mitarbeitern und Patienten in der Klinik erproben und ihre Anwendungsvielfalt in zahlreichen Ländern und Institutionen weiter entfalten.

Die oft verblüffenden Ergebnisse prismatischer Ich-Erweiterung, mit denen Patienten und Konfliktpartner sowie Lehrende und Schüler sich aus ihren jeweiligen Fixierungen zu lösen vermochten und die dabei gewonnen Einsichten in psycho-soziale Blockaden sowie in unbewusste Bindungen, ermöglichten eine zunehmende Akzeptanz des jeweils anderen.

Einblicke in die kulturellen Unterschiede sowie die positiven Ergebnisse der Globalisierung in unserem Informationszeitalter haben wir als Einsichten in die potentiell vorhandene Entfaltungsmöglichkeiten des Menschen verstanden. Wir haben schließlich den Ausblick gewagt, dass sich humanitäre Einsichten und mitmenschliches Verhalten in der Zukunft weiter entfalten können. Die Auflösung emotionaler Einengungen kann

durch die zunehmende Ich-Erweiterung, die Überlebenschance der Menschheit ermöglichen.

Ich moechte nachfolgend einige Anwendungsbeispiele prismatischer Gespräche aus meinem Buch „Ich-Erweiterung“ vorstellen:

Eine akute Psychose im Aufnahmegespräch

sollte zeigen, dass auch in Situationen, in denen ein Patient noch nicht in der Lage zu sein scheint, ein geordnetes Gespräch zu führen und seinen augenblicklichen Zustand zu schildern, der Therapeut, sinnlich und Phantasie orientiert, Gesprächsblockaden im Einzelgespräch aufzulösen vermag.

Ein 24jähriger Wohnheimpatient kommt erneut in einem akut psychotischen Zustand mit angstvoll-autistischer Abwehr zur Aufnahme. Ich kann im Erstkontakt den starren Blick des Patienten nur schwer aushalten. Ein Gespräch ist nicht möglich. Ich versuche mich sinnlich auf den Patienten einzustellen und fühle mich dabei unsicher, wie schwimmend oder schwebend, ohne Halt. Ich sage ihm: „Es ist mir, als ob irgend etwas in mir, wie wild hin und her jagt. In mir entsteht das Bild eines Scheibenwischers, der gegen die Regenmasse auf der Frontscheibe eines Autos ankämpft“ Ich schildere daraufhin dem Patienten meine Empfindungen und meine Phantasie und bringe dieses Bild sofort in ein Halt gebendes Gesprächsangebot an den Patienten:

"Also, eigenartig, ich habe das Gefühl, wir zwei sitzen gemeinsam in einem Auto. Es regnet in Strömen. Die Scheibenwischer rasen wie wild über die Scheiben. Das Auto steht jedoch sicher. Wir sind an die Seite gefahren. Aber die aufblitzenden Lichter des Gegenverkehrs wirken weiterhin beängstigend."

Hiernach entkrampft sich der Blick und die Haltung des Patienten und er fragt überraschend: „Woher wissen Sie, dass ich zu Haus eine Autosammlung habe?“ Er beginnt dann stockend zu erzählen, dass er viele kleine Autos und Autobilder im Wohnheim in seinem Zimmer habe. Eigentlich habe er jedoch Angst um sein Kaninchen, das er im Garten halte. Er wolle doch gern im Zoo oder im Zirkus Tierwärter werden, am liebsten für Löwen. Wir diskutieren daraufhin aktuelle Gewaltprobleme Die Stimmung wird jetzt wärmend vertrauensvoll.

Gewalttraumatisierte Patienten

Prismatische Gespräche mit gewalttraumatisierten Patienten besitzen eine besonders rasch einsetzende Lösungsfunktion. Die Patienten gewinnen hierüber Zugang zu ihren prätraumatischen Gefühlen und Erlebensbereichen und können daraufhin ihre traumatischen Erlebnisse distanzierter in anderen Hirnbereichen abspeichern. In diesen Gesprächen läßt sich häufig verblüfft erleben, wie rasch, dank der Bereitschaft sinnlich-resonant zu kommunizieren, die Transformation leidensfixierter Zustände ermöglicht wird. Nachfolgend ein Beispiel für die Bedeutung freier Phantasien in der Behandlung einer gefolterten kurdischen Patientin:

Die 27jährige Patientin ist seit 6 Monaten in Deutschland. In der zweiten Stunde meiner prismatischen Behandlung berichtet sie von der Folter eines 10jährigen Mitgefangenen, die sie miterleben musste und nicht vergessen könne.

Wir hatten vereinbart, dass wir heute Phantasie-orientiert ihre Foltererlebnisse besprechen würden. Die Patientin sitzt bei ihrem Bericht total verspannt in ihrem Sessel. Ich schildere ihr, das ich nach der anfänglichen Überforderung durch ihren Bericht jetzt auf die Phantasieebene umschalten würde. Tatsächlich fühle ich mich daraufhin entspannt und schilderte, dass ich innerlich eine herrliche Hügel-landschaft erleben würde. Weiße Schwäne zögen darüber hinweg. Ein blauer Himmel. Es sei vielleicht Hochsommer. Eigenartige Bäume an den Hängen. Auf dem Höhenweg eines Hügels gingen Menschen spazieren.

Darauf unterbricht mich die Patientin mit einer erstaunlich veränderten Stimme und Haltung mit dem Satz, das sei ja wirklich toll, das sei ja wie ihre Heimat. Sie beschreibt jetzt im Detail, woher sie komme und dass ihr Dorf in einer Hügel-landschaft liege und dass sie zum Einkaufen mit ihrer Schwester immer über einen Hügel, wie den, den ich geschildert hätte, zum Nachbardorf gegangen seien.

Ich war überrascht von ihrer Stimmungsänderung und über die detaillierten Schilderungen, die sie jetzt von ihren Eltern und ihrer Kindheit berichten konnte. Ihre Traumafixierung konnte nach 7 weiteren prismatischen Sitzungen aufgelöst werden und ich konnte mich der Einladung zu ihrer Hochzeit, die vor der Therapie, Trauma-bedingt, blockiert war, nicht entziehen.

Eine Balintgruppentagung in Kuwait

In einer prismatischen Balintgruppentagung in Kuwait, ein Jahr nach dem Krieg mit dem Irak, ließen sich traumatische Leidenszustände von Gruppenmitgliedern prismatisch spiegelnd aufarbeiten:

Als Beispiel kann die Symptomlinderung eines Gruppenmitgliedes gleich zu Beginn der Tagung in Kuwait dienen. Er berichtete, dass er als Sozialarbeiter zahlreiche Patienten betreue, die seit dem Krieg unter ausgeprägten depressiven und Angstsymptomen sowie unter Schlafstörungen und Antriebslähmungen litten. Er schildert dabei die Qualen einer etwa 50-jährigen Frau, die erleben musste, wie vor ihren Augen ihr Mann und ihr 16jähriger Neffe mit dem Beil erschlagen wurden. Das Blut, der Anblick und ihre lähmende Verzweiflung gingen ihr wohl nicht mehr aus dem Kopf. An dieser Stelle beginnt er stockend in arabischer Sprache von seinem eigenen Leiden zu berichten. Er habe seit vielen Monaten starke Magenschmerzen und Schlafstörungen. Bei ihm sei es wohl der Verlust der Mutter während des Krieges. Darüber wolle er hier jedoch nicht reden. Ihm ging es darum - und jetzt wieder in englischer Sprache - er wolle fit sein für seine Aufgabe. "My job is my life, you know", und energisch: „you have to know doctor."

Die Gruppe reagiert betroffen, stellt sich jedoch rasch auf das bereits trainierte sinnliche und Phantasie-Setting ein. Lähmende, lustlose und ekeleregende Empfindungen und Stimmungsbilder werden wach. Eine abgeschlagene blutende Hand tanzt durch ein Gewirr von Schiffsmasten, "wie ein Derwisch mit wehendem Schweif." „ Die Blutstropfen tanzen mit, färben das Meer". Kopfschmerzen und Magenbeschwerden stellen sich ein. Dann folgen Erlebnisse und Bilder von brennenden Ölfeldern, "die wie Kerzen eine Hochzeitsfeier beleuchten". Viel Volk, Tanz und lustige Musik. Die Stimmung öffnet sich jetzt für friedliche Kamelkaravane im Gegenlicht der untergehenden Sonne. Verträumte Meeres-

stimmungen und zärtliches Wiegen eines Säuglings kontrastieren mit grauen Nebelfeldern. Eine riesige Moschee ragt in den Himmel, in vorbeijagende Wolken, "ist's like a sword, or a bow of a ship". "On the trip in a nowhere land" ergänzt lachend eine Psychologin, die als Religionslehrerin tätig ist.

Der Sozialarbeiter greift die einzelnen Stimmungsbilder auf und sucht sie assoziativ mit eigenen sozio-familiären Erlebnisfeldern zu verknüpfen. Im Sinne prismatischer Selbsterfahrung, gelingt es dem Gruppenmitglied, das wechselseitig sich tragende Leiden zwischen seiner 50jährigen Klientin und dem eigenen familiären Belastungshintergrund zu verstehen und es im Kontext eines gemeinsamen soziokulturellen und religiösen Eingebundenseins zu mildern. In der letzten Gruppensitzung, vier Tage später, berichtet der Sozialarbeiter, dass seine Magenschmerzen bereits seit Tagen verschwunden seien. "They just flew away." Wichtig sei ihm jedoch zu berichten, dass er bei seiner Klientin eine ganz neue Gesprächsbasis gefunden habe. Er sei jetzt lockerer und könne mit ihr über familiäre und lebenspraktische Fragen sprechen.

Prismatisieren in der Sterbeszene

Sterbende und krebserkrankte Patienten finden in unserer Gesellschaft, so auch in der heutigen Medizin, kaum Gesprächspartner. Auch Psychotherapeuten tun sich noch schwer mit dem Trauma des "sterben müssen". Dieses Trauma zu überwinden, gelingt im Rahmen prismatisch spiegelnder Gespräche, mit deren Hilfe Facetten gelebten Lebens wieder erinnert und den Patienten „erwachsenes Sterben“ ermöglicht wird. Hierüber lässt sich die blockierte Kommunikation zwischen Patienten, Angehörigen, Therapeuten und Helfern in der Sterbeszene auflösen. Der Horizont bisher gelebten Lebens sterbender Patienten kann sich erneut entfalten. Die prismatische Gesprächsorientierung kann darüber hinaus Konfliktspannungen und „burn-out-Symptome“ bei Mitarbeitern verringern helfen und hierbei Einsichten in die sinnlich imaginativen Kommunikationsformen vermitteln. In der Supervision von Sterbehelfern sowie von Angehörigen sterbender und verstorbener Patienten gelingt es, prismatische Einstellungsänderungen zu vermitteln. In der Erprobung prismatischer Arbeitsweisen mit Ärzten unterschiedlicher Fachbereiche konnte ich diese Kompetenz in prismatischen Trainingsgruppen vermitteln. Nachfolgend ein Versuch mit Rollenspielelementen:

Eine prismatische Balintgruppe für Ärzte

arbeitete an der Lösung von Trauerfixierungen. Ein Landarzt berichtet in der Gruppe von einer Patientin, die seit dem Tod ihres Sohnes an Leukämie, vor etwa zwei Jahren, wie gelähmt sei. Auch ihr Mann könne kein ordentliches Gespräch mehr mit ihr führen. Er säße oft nur stumm neben ihr. Sie sei inzwischen in einer psychosomatischen Klinik gewesen und habe anschließend Psychotherapie gehabt. Es habe jedoch nichts geholfen.

In einem Rollenspiel übernimmt der Arzt die Rolle der Patientin und wird interviewt von einer Internistin.

Die Kollegin schildert verblüfft, bereits am Beginn ihres Gesprächs, ihre Phantasie von einer großen roten Fahne auf einem Berggipfel. Für alle überraschend berichtet jetzt der behandelnde Arzt, tief bewegt, von einer weißen Fahne mit einer Fledermaus, die der kranke Sohn hergestellt habe und die dieser jeweils nach stationärer Entlassung auf dem Hof gehisst habe mit einem hoffnungsvollen Blick auf dem nahen Berg gerichtet. Die Fahne habe man über seinen Sarg gelegt und mit ihm begraben. Die Tageszeitung habe davon ein Bild gebracht.

Alle sind verblüfft über die intuitiv wahrgenommene Fahne am Beginn des Interviews. Sie sind tief bewegt und diskutieren, inwieweit die Trauer mit der vergrabenen Fahne des toten Sohnes verbunden sei und ob durch die fantasierte Fahne das Assoziationsfeld erweitert würde und ob dadurch eine Lösung der Trauerfixierung ermöglicht werde.

Die Interview führende Internistin schildert, dass sie das Gespräch abbrechen musste, nachdem die anwachsende Traurigkeit, wie sie schildert, sie hilflos und sprachlos gemacht habe. Der betroffene Arzt schildert die gleichen Gefühle. Er kann dabei seine Tränen nur mühsam zurückhalten. Er habe seit Monaten, wenn die Patientin vor ihm sitzen würde, diese Trauerlähmung. Er berichtet, dass er den an Leukämie erkrankten Sohn 7 Jahre lang betreut habe, bis zu dessen Tod mit 11 Jahren. Er habe noch an seinem Sterbebett gesessen.

In dem nachfolgenden Gruppengespräch vermag eine Gruppenteilnehmerin aus ihrer Trauer und ihrer dabei entstehenden Körperverspannung ein Bild von einem wild zu Tal herabstürzendem Wasserfall zu berichten und dabei kraftvoll eine bizarre Berglandschaft zu beschreiben. Der betroffene Arzt berichtet jetzt in veränderter Stimmung über den bis zum Tod sich aktiv und kreativ gebenden Patienten, der auch bis zuletzt die Mutter getröstet habe. Nach weiteren Bildern in der Gruppe, von unendlicher Weite, von wärmenden Kaminfeuer, von tröstenden und von sexuellen und humorvollen Szenen, von Herbststimmungen und huldvoll gespendeten Früchten berichtet der Arzt, dass er jetzt wohl mit seiner Patientin freier sprechen könne. Er habe ein breiteres Gesprächsniveau gewonnen.

In der nächsten Gruppenstunde berichtet der Hausarzt, dass die Patientin in der folgenden Behandlungsstunde keine Trauerverspannung mehr gezeigt habe und entlastet von ihrer neuen Arbeitsstelle berichtet habe. Auch hier hatte die metaphorische Vielfalt die Lösung gebracht. Die veränderte Haltung und Einstellung des Arztes führte zu einer veränderten Haltung seiner Patientin.

Eine prismatische Balintgruppe mit Seelsorgern

Nachdem ich bereits in den 70er Jahren eine Ratlosigkeit bei Seelsorgern wie bei Ärzten und Krankenschwestern im Umgang mit Krebskranken und Sterbenden fand, konnte ich Ende der 80 Jahre mit einer Gruppe von evangelischen Geistlichen eines Universitätskrankenhauses ein Jahr lang sinnlich-intuitive Gesprächsformen trainieren. Im Mittelpunkt standen Gespräche mit Sterbenden. Es zeigte sich hierbei, dass Seelsorger einen unendlichen Schatz biblischer Gleichnisse besitzen. Auch sie konnten lernen, damit den sinnlichen Bezug zu ihren Klienten zu finden.

Eine Teilnehmerin stellte eine Patientin vor, deren Fall sie immer noch stark beschäftigte. Sie schildert tief bewegt, wie hilflos und ärgerlich, ja, wie wütend sie

sei. Die Patientin habe in ihr große Ängste hervorgerufen. Sie berichtete dann knapp: „Eine junge Mutter bringt ihr 6-Monate altes Baby in der Badewanne um. Sie gilt als krank und kommt in die geschlossene Psychiatrie, da sie stark Suizid gefährdet ist. Mehr erzähle ich von der Geschichte nicht. Es interessiert mich, wie die Gruppe damit umgeht.“

„In den ersten Phantasiebildern der Gruppe tauchen Brunnen auf, „an denen Kinder sitzen, die hineinzufallen drohen.“ „Oder, sind es Schächte, in die etwas hineinfällt - einfach so, ins unendlich Dunkle“. „Da sind Puppen oder Babys die in Kirchen oder Hallen vor Altären aus Kinderwagen gekippt werden“. „Oder Wickelkinder, die so stark geschnürt sind, dass nichts steckt in einer Metallröhre, in der sie sich nicht bewegen kann.“ „Einem Baby wird die linke Seite seiner Haut abgezogen, auf der man lateinische Ziffern malt, um sie später als Lampenschirm zu verwenden.“ Jetzt werden KZ-Erinnerungen wach. Ein kleiner Junge erlebt, wie sein Vater von KZ-Schergen abgeholt wird. Tränen, „der Schmerz von damals ist wieder da.“ Die Protagonistin antwortet gehetzt auf diese Einfälle der Gruppe: „Mir werden die Hände heiß und nass. Ich halte es kaum noch in der Runde aus. Angst steigt in mir hoch. Die Wut ist fort. Was kommt auf mich zu? Wo muss ich durch?“

Hiernach in der nächsten Runde: „Frauen werden an den Haaren durch Straßen gezerrt, hin zum Scheiterhaufen.“ „Andere Scheiterhaufen brennen.“ „Eine Frau steht in den lodernden Flammen, das Volk grölt, freut sich, spuckt genüsslich aus. Aber die Frau schreit: „Ich war es nicht“. Einige Gruppenmitglieder sind in ausgelassener Stimmung. Es wird gegrillt, geröstet, Schweine und Lämmer duften knusprig-lecker. Die Gruppenstimmung wird hektisch und chaotisch. Die Protagonistin kann sich dem Sog nicht entziehen und berichtet: „Ich fühle mich, als ob ich auf einem Rost stehe, wo kalte Flammen an mir hochschlagen“. Einige Gruppenmitglieder berichten über körperliche Beschwerden, Bauch- und Kopfschmerzen sowie Druck im Brustkorb. Es tauchen Bilder von Priestern auf, die einer Frau nachjagen. Priester mit ernsten, feierlichen Minen an einem Tisch sitzend und Recht sprechend. Das Opferlamm und der Opfertod Christi leuchtet auf. Ein Seelsorger rennt verstört hinaus. Er berichtet anschließend, dass er in der Phantasie Jesus vom Kreuz genommen und in Stücke zerhackt habe. Aber, das sei nicht seine Phantasie. So etwas käme nie von ihm.

Die Protagonistin berichtet abschließend. „Bei mir geschieht derweil Eigenartiges. Je mehr die Gruppenmitglieder sich schlecht fühlen, weicht bei mir die Spannung. Fast habe ich das Empfinden, in die Haut der Kindesmörderin zu gleiten und unendliche Weiten zu fühlen. War es das, was ich wollte? Der Schrei der Frau "ich war es nicht", läßt mich endlich ihre Nähe spüren. Ich glaube, jetzt kann ich bei ihr sein und mit ihr sprechen.

Das war eine spannungsgeladene und schwierige Gruppensitzung. Sie erinnerte mich an vergleichbare Erlebnisse in psychiatrischen Supervisionsgruppen, wenn psychotische Patienten vorgestellt worden waren. Hiermit war ein Bann gebrochen. In der Gruppe ließ sich hierüber erarbeiten, in welchem hohem Maße wir in der Lage sind, nachdem wir die Grenzen unserer rationalen, religiösen und emotionalen Schutzbereiche hinter uns gelassen haben, sinnlich resonant die Welt eines Patienten in uns in einer Weise lebendig werden zu lassen, dass wir sie wie unser eigenes Erleben in uns wahrnehmen. Dass in einer Gruppe von Seelsorgern sich dieses Erleben vor allem in

Form religiös getragener Vorstellungen und Einfälle seinen Ausdruck sucht, wurde erst nach mehreren vergleichbaren Gruppenprozessen verstanden.

Im Abschlussgespräch der einjährigen Supervisions- und Trainingsveranstaltung wurde einhellig hervorgehoben, dass die Gespräche mit Sterbenden, Dank der prismatischen sinnlich-intuitiven Orientierung, einen tragenden Grund gewonnen hätten. Ich selbst erlebte diese Gruppe als mich bereichernd. Ich gewann Einblicke in die Rolle des Seelsorgers und ich verstand, dass auf Grund der Beziehungs-übergreifenden Funktion des Seelsorgers und Dank des Reichtums an Gleichnissen aus biblischen Schriften, sinnliche Resonanzfähigkeit und metaphorisch narrative Phantasiefähigkeit für diese Berufsgruppe rascher zu vermitteln sind.

Eine Balintgruppe in einem Hospiz in Lindau am Bodensee

Aus meinem Buch: „Intuition in der Sterbebegleitung in Hospiz und Familie“

Ich hatte die Möglichkeit, engagierte Lindauer Bürger kennen zu lernen, die Alleinsterbenden in Lindauer Krankenhäusern Gespräche anboten. Ich erlebte das Engagement aber auch die Überforderung dieser freiwilligen Helfer und habe den Laienhelfern prismatisch entlastende Gruppengespräche in Krankenhäusern angeboten. Dazu wurden auch Krankenpfleger und Altenpflegekräfte, sowie Ärzte und Seelsorger der Kliniken eingeladen. Inzwischen laufen die Gruppen in einem eigenem stationären Hospiz.

Ich lernte in diesem jahrelangen Ringen um fachliche, bürokratische und öffentliche Akzeptanz die Schwierigkeiten und die Notwendigkeit von Hospiz Einrichtungen. Während in angelsächsischen Ländern in den letzten zwei Jahrzehnten sich eine breite Hospizbewegung entfaltete, konnte sie sich in Deutschland nur zögernd durchsetzen. Die bei uns noch überwiegend kirchlich orientierten Träger dieser Bewegung erzeugten Abwehr und Skepsis bei den weltlich orientierten Ärzten und Betroffenen. Außerdem behinderten finanziell bedingte Kompetenzrängeleien zwischen den unterschiedlichen Organisationen eine zügige Entwicklung, obwohl den Betroffenen wie Fachleuten und Helfern die Not und Verlassenheit der Sterbenden vertraut war. Die freiwilligen Helfer in Lindau waren anfangs überwiegend Frauen. Sie kamen aus allen Gesellschaftsschichten. Sie begannen im Rahmen eines ökumenischen Gebetskreises und entfalteten unter der unerschrockenen und hartnäckigen Leitung von Frau Dornier ein weltlich offenes, mitmenschlich und religiös getragenes Engagement, das mir Erstaunen und höchsten Respekt abforderte. Ich treffe mich mit der Gruppe inzwischen seit 22 Jahren zur Supervision und schildere nachfolgend eine Gruppenstunde aus der Anfangszeit:

Eine Teilnehmerin berichtete über ihre Gespräche mit einer krebskranken älteren Frau im Finalstadium. Ihr bitterer Kommentar: "die ist nur ins Krankenhaus gebracht worden, um dort zu krepieren". Die Vortragende schilderte dann ihre Schuldgefühle. Sie wisse nicht, wie sie den Kontakt wieder aufnehmen solle. Sie habe vorher eine gute Beziehung zu der Frau gehabt. Sie habe sie regelmäßig besucht und habe gemeinsam mit ihr Kaffee getrunken. Jetzt, bei der Verschlimmerung des Leidens, habe man die Patientin unsinnigerweise noch einer medizinischen Intensivtherapie unterworfen. Die Aggressionen gegen das Krankenhaus klingen nur unterschwellig an. Hilflosigkeit und Schuldgefühle stehen ganz im Vordergrund ihres Erlebens. Die Gruppenmitglieder reagieren nach diesem Bericht mit zahlreichen körperlichen Missempfindungen:

"Mir liegt ein schwerer Stein auf dem Magen." „es ist so, als ob mein Bauch quillt und quillt, auseinandertreibt.." „...nagende, fressende Kopfschmerzen.." „ich kann nicht richtig durchatmen.." „die Brust ist wie zugeschnürt". Das erste Vorstellungsbild zu dieser beengenden Stimmungsphase schildert eine Teilnehmerin, die sich wie unbeweglich in einem Zimmer eingesperrt erlebt: "Halbdunkel...keine Fenster...keine Türen...kalt, keine Konturen zu sehen, keine Hoffnung" „Ich kann mich da nicht fühlen. Ich kann mich nicht bewegen." Ich selbst war überrascht von der Fülle der Körpermissempfindungen am Beginn der Sitzung. Die Vortragende schildert dann im einzelnen die desolate Situation der Krebspatientin, die wie apathisch bewegungslos in ihrem Bett an Schläuchen festgehalten werde und nicht aufstehen könne. Sie sei erstaunt über die körperlichen Beschwerden der einzelnen Gruppenmitglieder. Sie entsprächen genau den Schmerzen der Patientin.

Hiernach wird eine zweite Stimmungsphase in der Gruppe eingeleitet durch ein Gruppenmitglied, das noch immer über Luftnot und Brustenge klagt. Im Vordergrund steht bei dieser Laienhelferin ein depressiv verzweifertes Gefühl, das sie den übrigen Gruppenmitgliedern vermittelt und das in dem Vorstellungsbild einer griechischen Landschaft Ausdruck findet, in der ein Einzelner tieftraurig, allein gelassen keine Beziehung zur Welt aufzunehmen vermag.

In der Gruppe werden jetzt aggressiv getönte Bilder frei: flammend brennende Landschaften, Explosionen, blitzende Messer. Bei einigen tritt quälende Müdigkeit auf. Andere versuchen mit Ratschlägen und Erklärungen Halt in der Gruppe zu finden. Die Vortragende erinnert sich an ärgerlich und hilflosmachende Situationen mit dieser Patientin. Hierüber habe sie jedoch verstanden, wie notwendig die regelmäßige Aussprache sei. Hiernach tritt nach einer längeren Pause, eine deutliche Stimmungsänderung in Form einer tragenden, zum Teil weihewollen Stimmung ein. Die Körpermissempfindungen sind völlig abgeklungen. Eine Teilnehmerin hatte über ein Folgebild den Duft der umgebenden Natur wahrnehmen können. Sie fühlte sich jetzt völlig gelöst, entspannt und in der Gruppe wieder eingebunden. Eine Teilnehmerin schildert, dass sie gebetet habe und dass ihr das Ruhe und Kraft gegeben habe, ähnliche Situationen besser durchzustehen. Die Stimmungsbilder und Empfindungen kreisen abschließend um entspannte und schwebend leichte Gefühle, weiße Wolken, die über eine erhabene Landschaft kreisen, ein Floß, das auf einem breiten Strom still dahingleitet, eine spiegelnde Vielfalt.

Im abschließenden Gespräch über die Erlebnisse, Stimmungen und Gefühle in der Gruppe wurde verstanden, welche Gefühlsvielfalt in der Beziehung zwischen der vortragenden Teilnehmerin und ihrer Krebspatientin enthalten ist und dass erst nach dem Zulassen der einzelnen Facetten dieser quälenden Gefühlsmischung aus Angst, Trauer, Schuldgefühlen und Aggressionen auch die tragenden Gefühle und die Aspekte des "Sterben-Lassen-Könnens" Raum gewinnen

und sich darüber mit religiösen Vorstellungen verbinden können. Die nächste Gruppensitzung eröffnet eine Teilnehmerin mit der Bemerkung, die wichtigste Hilfe, die sie durch diese Gruppenmethode erfahren habe, sei die Vorstellung und das Erleben, dass die in ihr wachgewordenen Empfindungen und Phantasieeinfälle während des Gruppenprozesses nicht die ihren seien, sondern spiegelnd, vom Patienten kommend, von ihr nur ausgestaltet wurden. Sie könne sich auf diese Weise der jeweiligen Erlebenswelt eines Patienten öffnen, ohne dass ihre eigene religiös getragene Vorstellungswelt davon beeinträchtigt würde.

Psychosomatische Konfliktverarbeitung

ist ein weiterer Anwendungsbereich der Prismatik. Es ist nicht selten verblüffend, wie rasch sich Schmerzen und Verspannungszustände bereits nach wenigen Minuten auflösen lassen. Die Schmerzbereiche werden hierbei vom Patienten bildsprachlich, ohne Ursachensuche, beschrieben. Ein entsprechend drückendes oder stechendes Phantasieprodukt wird dann als Ursache der Schmerzen von ihm fantasievoll in Worten ausgemalt, um es dann irgendwohin „zu entsorgen“. Die in den körperlichen Verspannungs- oder Schmerzbereichen enthaltenden, aber nicht ansprechbaren psychischen Probleme sind in dem bedrückenden oder Schmerzen hervorrufenden Gegenstand enthalten und werden damit entsorgt. Danach öffnen sich bis dahin blockierte Erlebensbereiche. Diese verblüffenden Ergebnisse prismatisch-defokussierender Arbeit sind schamanistischen und anderen „Wunderheilungen“ verwandt, ohne jedoch an spirituelle Vorstellungen gebunden zu sein.

Magenbeschwerden

Auch bei diesem Krankheitsbild kann ich in diesem Rahmen weder auf die Krankheitsgeschichte des Patienten noch auf grundsätzliche Überlegungen zur psychosomatischen Theorie von Magen Erkrankungen zurückgreifen.

Der Patient berichtet über erhebliche Magenbeschwerden, die sich erneut eingestellt hätten, nachdem seine Mutter wieder verstärkt in sein Leben eingegriffen habe. Er berichtet im Einzelnen von den häufigen Telefonaten und Besuchen der Mutter, die er doch nicht abwehren könne, da seine Mutter unter ihrer Isolierung leide.

Auf meine Bitte schildert der Patient jetzt detailliert die Qualität und den Austragungsort seiner Beschwerden. Auf seinem Magen liege etwas wie ein kalter, ekeliger grün-grauer Stein mit rauher, glitschiger Oberfläche, der unter dem Rippenbogen nach oben drücken würde. Der Patient berichtet daraufhin, dass seine Magenbeschwerden schon weniger geworden seien, nachdem er den ekeligen Stein auf einer Wiese abgelagert habe

Nachdem sich auch bei mir ein unangenehmer Magendruck eingestellt hat, gewinne ich intuitiv das Bild einer Kirche. Ich forme in mir das Bild einer kleinen Wallfahrtskirche und schildere dem Patienten detailliert meine Stimmung, die Landschaft, eine kleine Anhöhe und eine breite Wiese auf

der ein Prozessionszug mit schwarz gekleideten Nonnen und einem Priester im weißen Kleid zur Kirche emporsteigt. Es ist sonnig und Herbst.

Der Patient: Er sei wirklich erstaunt darüber, wie ich zu meiner Phantasie gekommen sei. Er habe vor etwa 10 Jahren auch unter erheblichen Magenbeschwerden gelitten. Aber damals habe seine Mutter überhaupt keinen Anteil daran gehabt. Er wolle über die Zusammenhänge ein anderes Mal sprechen. Wichtig sei ihm, dass er damals über eine Ordensschwester zu einer kleinen Wallfahrtskirche gekommen sei und eine Wallfahrt mitgemacht habe. Diese Kirche, in der Nähe von Koblenz, sei so gewesen, wie ich sie geschildert hätte. Auf Nachfrage schildert er schließlich, dass er dort seine Beschwerden verloren habe. Er habe seinen Glauben in der letzten Zeit wohl auch vernachlässigt. Vielleicht solle er erneut eine Wallfahrtskirche besuchen, die hier im Rheinland von dem gleichen Orden unterhalten werde.

In den nachfolgenden Stunden lassen sich seine religiösen und Selbstwertzweifel ansprechen und bildsprachlich anreichern. Die Magenbeschwerden tauchen auch in den abschließenden vier Behandlungsstunden nicht mehr auf.

Chronifizierte Metastasenängste.

Ein frühpensionierter Lehrer mit einem vor 8 Jahren operierten „Neuroendokrinen Carcinoid“ im Dünndarm leidet seit vielen Jahren immer wieder unter „fürchterlichen Todesängsten“, die sich vor allem, als stechende und brennende Schmerzen im Schulter und Herzbereich ausbreiten. Sie treten dann auf, wenn er zu den regelmäßigen Kontrolluntersuchungen geht, bei denen u.a. die Metastasengröße gemessen wird. Einige hätten sich in all den Jahren von 30 auf 42 mm vergrößert. Der Patient kommt zu mir, um sich die Schmerzen „wegzaubern“ zu lassen. Mit diesem Patienten gelang es, prismatisch, in jeweils einer Behandlungsstunde, die Schmerzen zu beseitigen und daran anschließend seine aggressionsgehemmten Lebenseinstellungen zu besprechen. So kam er erneut im November 2006 mit entsprechenden „qualvollen“ Körperbeschwerden nachdem er der Aufforderung des behandelnden Arztes nach vierteljähriger Kontrolluntersuchung nicht mehr nachkommen wollte.

Er schildert mir detailliert, wie seine stechenden Schmerzen seinen linken Oberkörper erfasst hätten und ihm den Schlaf rauben würden. Danach konnten wir die Funktion seiner Beschwerden zum Ausweichen von quälenden Verpflichtungen sowie seine erneuten Krebs-zentrierten Todesängste besprechen. Auf meine ihm bereits vertraute prismatische Frage nach dem geheimnisvollem Gerät, das da in seinem Körper die Schmerzen hervorrufen würde, beschreibt er detailliert einen alten verrosteten Heizkörper, der Hitze und elektrische Strahlen aussenden würde. Er möchte ihn in Silberpapier einhüllen und weg tun.

Auf meine Frage, wohin er ihn entsorgen würde, antwortet er, für mich verblüffend, in das Fegefeuer. Die Antwort überraschte mich, da er vor drei Monaten seine Beschwerden in Form eines brennenden Dornbusches auf einem Beichtstuhl ablagern wollte. Entscheidend hierbei ist, dass er mit der detaillierten Schilderung die Beschwerden verliert.

Wir konnten jetzt verdrängte Schuldgefühle, die er seit seiner Kindheit mit sich herumtragen würde, ansprechen und vertiefen. Er erinnert sich dabei an seine strenge Erziehung und die beängstigen Mahnungen des Dorfpriesters

Die prismatische Arbeitsweise

Abschließend möchte ich die Arbeitsweise der Prismatik zusammenfassen: Die prismatische Gesprächskompetenz beinhaltet, emotionale Übertragungsgefühle in körperlich-sinnliche Empfindungen umzuwandeln. Wenn wir schildern, in welche Stimmung wir geraten sind und welche körperlichen Empfindungen wir in uns wahrnehmen und wenn wir daran anschließend unsere Phantasien öffnen, dann treten Konflikte und Leidenszustände zurück. Wichtig hierbei ist, die Phantasien detailliert in Worten, mit vielen Adjektiven, auszuformen und keinen deutenden Bezug zu suchen. Damit gelingt es, die im Gespräch auftauchenden eigenen Gefühle als Reaktionsinstrumente zu verstehen und einzusetzen und sie phantasievoll dem Gesprächspartner oder der Gruppe zurückzuspiegeln. Die Anfangsschwierigkeit besteht darin sich spielerisch metaphorisch auszutauschen. Es ist häufig verblüffend zu erleben, wie sich über diese anfangs ungewohnte sinnliche Einstellung und über detaillierte Wie-Fragen die emotionalen Spannungen, Konflikte und Beziehungsfixierungen defokussierend auflösen lassen. Übertragungsdeutungen und belastende Gegenübertragungsgefühle lassen sich damit vermeiden. Hiernach lassen sich eigene Vorstellungen und Erlebnisse schildern und sie als jeweils erweiternde Möglichkeitsräume vermitteln. Die Prismatik kann in der jetzt partnerschaftlichen Orientierung zurücktreten und gemeinsame Deutungen ermöglichen.

Werden die beschriebenen Beispiele und Überlegungen zu einer erweiterten Ich-Kompetenz führen? Gewinnen wir damit zunehmend Einsichten in psychologische, medizinische, soziale und pädagogische Arbeitsbereiche? Erwerben wir damit Verständnis und Akzeptanz für jeweils andere Vorstellungen und Lebensweisen? Wird unserer Zusammenleben damit humaner?

Weitere Überlegungen und Beispiele aus anderen Anwendungsbereichen finden sie in meinem Buch: „Ich-Erweiterung“. Vor der Publikation per homepage bei mir abrufbar.

Bücher des Autors

- (1995): Freie Phantasien. Vandenhoeck und Ruprecht. Göttingen
- (1996): Folter: Opfer, Täter, Therapeuten. Psychosozial Verlag, Gießen
- (2001): Intuition in der Sterbebegleitung in Klinik, Hospiz und Familie. Pabst Science
- (2002): Prismatische Balintgruppen Pabst Science Publishers Lengerich
- (2004): Prismatisch-defokussierende Gespräche in der Psychiatrie. Pabst Science
- (2004): Prismatische Poesie. Pro Business Berlin
- (2006): Prismatisieren. Selbstverlag
- (2008): Du kannst Deine Türen öffnen. Pro Business Berlin
- (2009): Ich-Erweiterung. Im Druck

Prof. Dr. med. Alfred Drees
Friedrich Ebert Str.26 - 47799 Krefeld
Tel.: 02151/503922 - Fax: 02151/503955
Email: info@alfred-drees.de - Homepage: www.alfred-drees.de